

Cuadernos de salud reproductiva

Zacatecas



Consejo Nacional de Población

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

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
Zacatecas

Primera edición: abril de 2001
ISBN: 970-628-526-1

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

Consejo Nacional de Población

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

DR. JORGE G. CASTAÑEDA
Secretario de Relaciones Exteriores

LIC. FRANCISCO GIL DÍAZ
Secretario de Hacienda y Crédito Público

LIC. JOSEFINA VÁZQUEZ MOTA
Secretaria de Desarrollo Social

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

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

DR. REYES S. TAMEZ GUERRA
Secretario de Educación Pública

DR. JULIO FRENK MORA
Secretario de Salud

LIC. CARLOS ABASCAL CARRANZA
Secretario del Trabajo y Previsión Social

LIC. MARÍA TERESA HERRERA TELLO
Secretaria de la Reforma Agraria

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

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

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

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General del Consejo Nacional de Población

Secretaría de Gobernación

LIC. SANTIAGO CREEL MIRANDA
Secretario de Gobernación

LIC. RAMÓN MARTÍN HUERTA
Subsecretario de Gobierno

MTRO. JUAN MOLINAR HORCASITAS
Subsecretario de Desarrollo Político

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

ING. JOSÉ LUIS DURÁN REVELES
Subsecretario de Comunicación Social

ING. GILBERTO DE JESÚS LOZANO GONZÁLEZ
Oficial Mayor

LIC. RAÚL R. MEDINA RODRÍGUEZ
Contralor Interno

Consejo Nacional de Población

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General

GABRIELA BREÑA SÁNCHEZ
Directora General de Programas de Población

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

DRA. CECILIA RODRÍGUEZ D.
Directora de Comunicación en Población

MTRO. VIRGILIO PARTIDA BUSH
Director de Investigación Demográfica

MTRA. CRISTINA AGUILAR IBARRA
Directora de Educación
en Población

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

MTRO. OCTAVIO MOJARRO DÁVILA
Director de Consejos Estatales de Población

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

LIC. DANIEL ÁVILA FERNÁNDEZ
Director de Administración

Índice

Presentación	9
Introducción	11
1 Fecundidad e inicio de la vida reproductiva	13
Edad a la primera unión	14
Tipo de primera unión	16
Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)	17
Intervalo protogenésico	18
2 Preferencias reproductivas	21
Número ideal de hijos e hijas	21
Deseo de más hijos o hijas	23
3 Práctica anticonceptiva	25
Conocimiento de métodos anticonceptivos	25
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos	28
Estructura de uso de métodos anticonceptivos	32
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos	34
Anticoncepción posparto	36
Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos	38
4 Salud materna	41
Nivel de la mortalidad materna	41
Causas de mortalidad materna	43
Aborto	44
5 Atención a la mujer embarazada	45
Atención prenatal	45
Cobertura institucional de la atención prenatal	47

Inicio de la atención prenatal	47
Intensidad y calidad de la atención prenatal	49
Atención del parto	50
Lugar de atención del parto	51
Tipo de parto	52
Atención durante el puerperio	53
6 Lactancia materna	55
Edad de la ablactación	57
7 Mortalidad infantil	58
8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA	61
VIH/SIDA	62
9 Cáncer cérvico uterino y de la mama	67
Cáncer cérvico uterino	67
Cáncer de la mama	69
Conclusiones	71
Anexo estadístico	73
Nomenclatura de las entidades federativas	79

Presentación

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

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

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

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

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

Dr. Rodolfo Tuirán
Secretario General

Introducción

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

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

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

El análisis de los factores determinantes de las diferentes dimensiones de la salud reproductiva supera con mucho el alcance de este documento, cuyo propósito principal es brindar un panorama general del estado de la salud reproductiva en Zacatecas. En éste se describen las tendencias recientes y la situación actual de los principales indicadores que pueden ser construidos con información proveniente de las encuestas sociodemográficas más recientes y de representación estatal, de las estadísticas vitales y del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Con el objeto de disponer de elementos que permitan dimensionar el grado de rezago que presentan los grupos sociales menos favorecidos, se analizan los principales indicadores de la salud reproductiva de acuerdo con el lugar de residencia de las mujeres (rural o urbano), y su nivel de escolaridad. 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.

Aun cuando a lo largo del presente siglo México ha experimentado un acelerado proceso de urbanización, en Zacatecas este proceso ha sido incipiente. En 1995, 50.2 por ciento de la población estatal residía en localidades de más de 2 500 habitantes. De las 5 141 localidades censadas en el estado, 91.6 por ciento contaba con menos de 500 habitantes y en ellas residía 22 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 Zacatecas mantiene un rezago en este rubro. En 1997, el promedio de escolaridad alcanzado por la población de 15 años y más de la entidad ascendió a 6.4 años, en tanto que para el país esta cifra fue de 7.4 años. En ese mismo año, el porcentaje de la población que no había asistido a la escuela ascendió a 8.9 por ciento, 30.8 por ciento no había concluido la primaria, 23.4 por ciento terminó la instrucción primaria, 19.1 por ciento contaba con algún grado de secundaria o su equivalente y 17.8 por ciento tenía estudios posteriores a secundaria. Cabe hacer notar que no se aprecian diferencias significativas entre hombres y mujeres en los niveles de escolaridad alcanzados: el número promedio de años de escolaridad fue de 6.5 para los hombres y de 6.3 para las mujeres. La proporción que representan las personas sin instrucción es ligeramente mayor entre las mujeres que entre los hombres: 9.2 y 8.5 por ciento, respectivamente.³

Un indicador que refleja las condiciones socioeconómicas que prevalecen en la entidad es el índice de marginación. Al respecto, cabe destacar que Zacatecas es uno de los ocho estados del país cuyo índice de marginación es *alto*. La marginación *alta* es una realidad que caracteriza a cuatro de los 56 municipios de la entidad, en los cuales reside 6.9 por ciento de la población del estado. En 32 municipios, el nivel de marginación es *medio* y en ellos reside 38.9 por ciento de la población; mientras que en los 20 municipios restantes, donde habita poco más de la mitad de la población (54.2%), la marginación es *baja* o *muy baja*.⁴

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

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

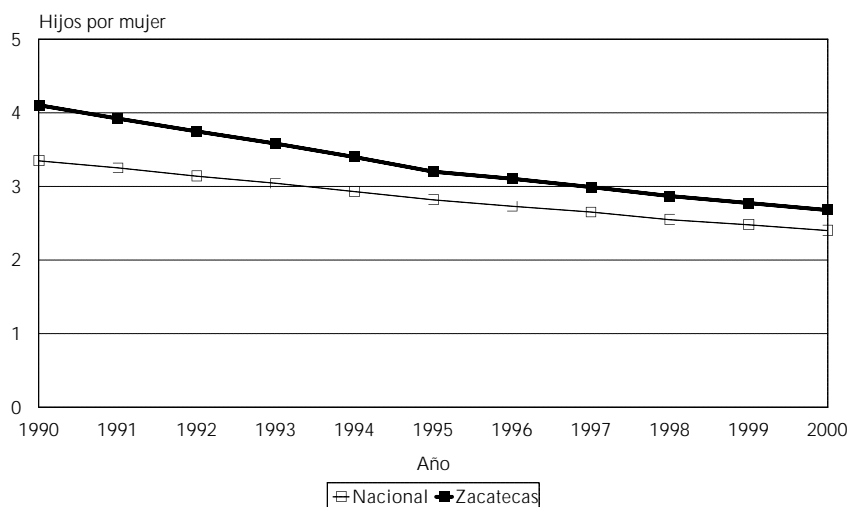
⁴ CONAPO/Progres, *Índices de marginación*, 1995, México.

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 el estado de Zacatecas, las mujeres también redujeron de manera significativa el tamaño de su descendencia. La tasa global de fecundidad pasó de 4.1 hijos por mujer en 1990 a 3.75 en 1992, descendió a 2.99 hijos en promedio en 1997, y para el año 2000 se estima en 2.68 hijos por mujer. Este descenso ha sido tan pronunciado que la brecha que separaba a Zacatecas del Distrito Federal (la entidad federativa con la menor fecundidad) se redujo de 1.95 hijos en 1990, a 0.88 hijos en el año 2000. Este nivel de fecundidad es el séptimo más alto del país, y ubica a Zacatecas entre las dieciséis entidades que se encuentran por encima del promedio nacional (véase gráfica 2).

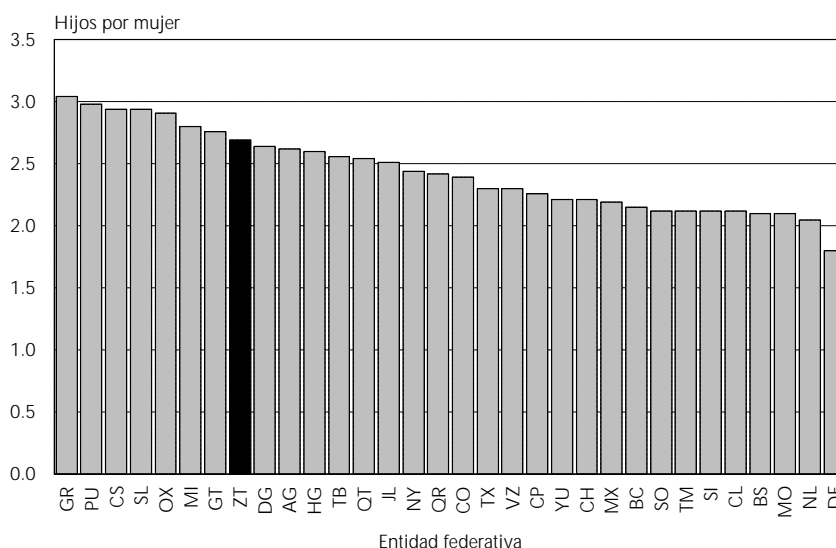
Gráfica 1.
Zacatecas: tasa global de fecundidad, 1990-2000



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.

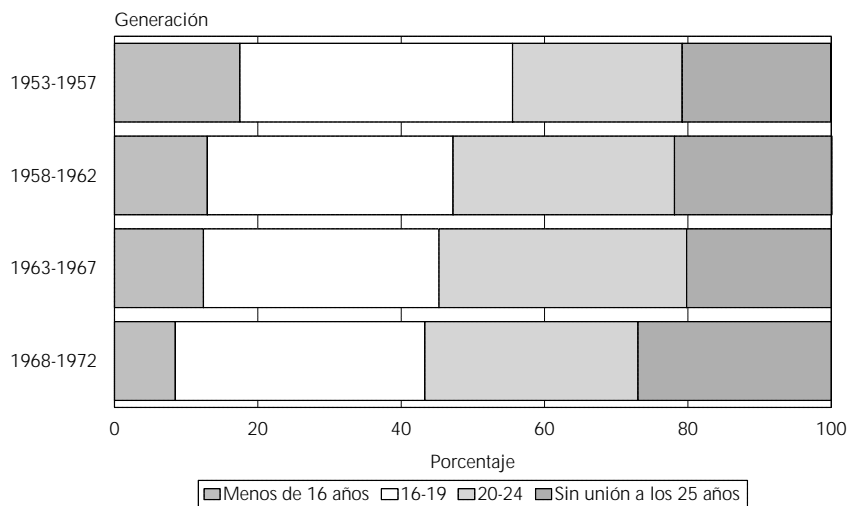
Edad a la primera unión

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.

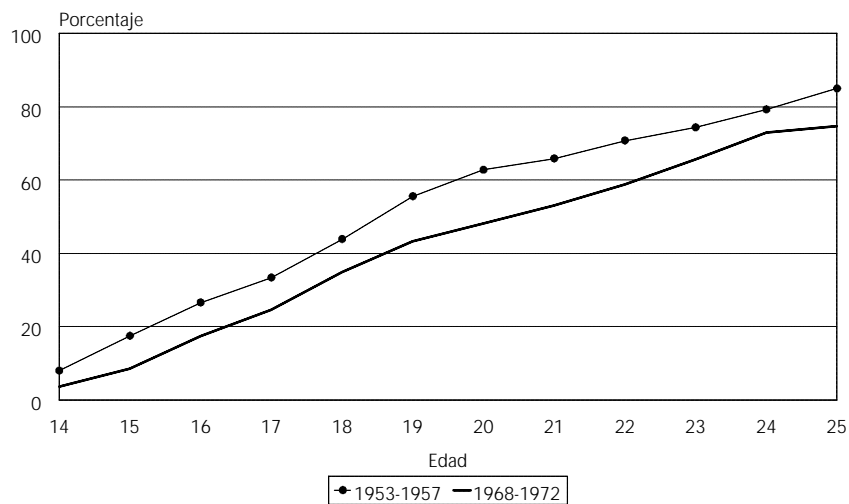
En el caso de Zacatecas, este indicador muestra que entre las generaciones 1953-1962 y 1968-1972 se da un recorrimiento de más de un año en la edad mediana al matrimonio (de 19.9 a 21.4 años). Una tendencia más clara de la postergación de la primera unión puede apreciarse en la disminución del porcentaje de mujeres que contrae nupcias a edades tempranas entre las generaciones más recientes: mientras que 55.6 por ciento de las mujeres nacidas entre 1953 y 1957 se unió antes de cumplir 20 años, 43.3 por ciento de la generación 1968-1972 presentó esa característica. Asimismo, el porcentaje de mujeres que se unió antes de los 16 años de edad, disminuye de 17.5 a 8.5 por ciento, entre generaciones (véanse gráficas 3 y 4).

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



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

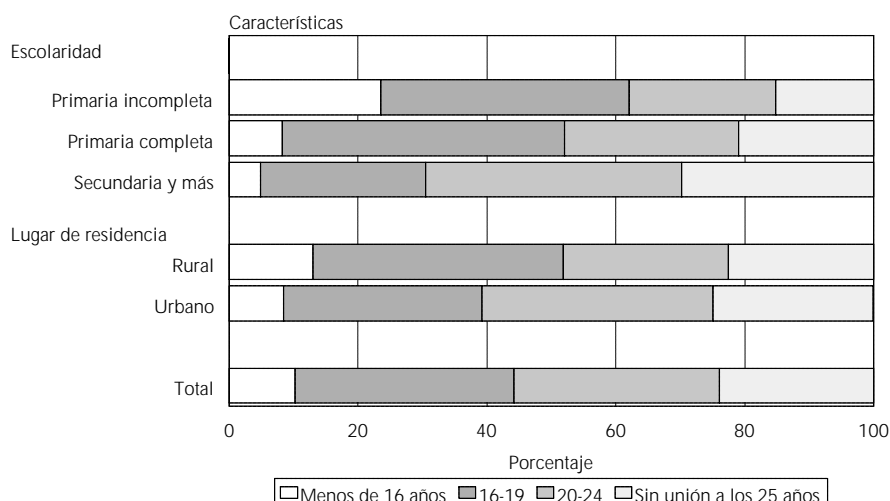
Gráfica 4.
Zacatecas: proporción acumulada
de mujeres nacidas entre 1953-1957 y entre 1968-1972
que se encontraban unidas en primeras nupcias a cada edad, 1997



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

El matrimonio a edades tempranas es más común en el medio rural que en el urbano: 51.9 por ciento de las mujeres de la generación 1963-1972, residentes en localidades rurales se unió antes de cumplir 20 años de edad; en contraste, en las localidades urbanas este valor fue de 39.2 por ciento (véase gráfica 5). Cuando se analiza el patrón de nupcialidad de acuerdo al nivel educativo de la mujer, las diferencias se agudizan: tres de cada diez mujeres (30.5%) con secundaria y más se unió antes de cumplir 20 años de edad, mientras que entre las mujeres con primaria incompleta este valor ascendió a poco más de seis de cada diez (62.1%).

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

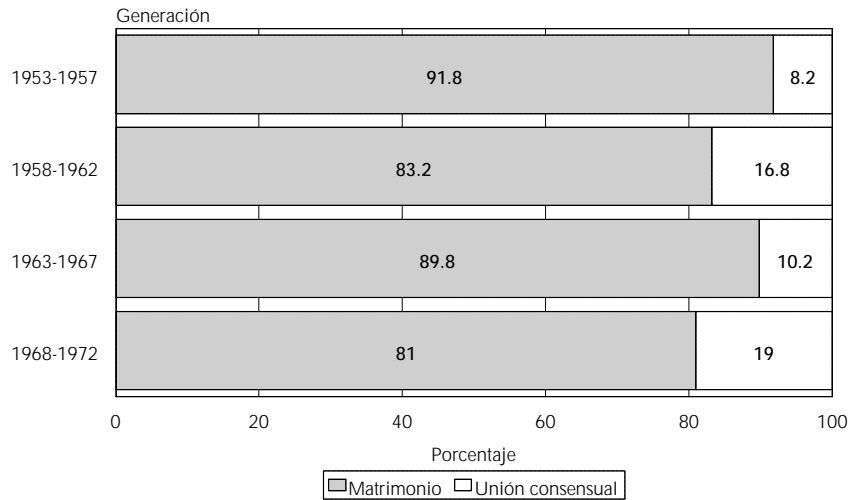


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Tipo de primera unión

En Zacatecas, 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, 8.2 por ciento inició su primera unión de manera consensual, mientras que para la cohorte 1968-1972 esta proporción aumentó a 19 por ciento, cifra menor a la observada en el país en su conjunto (36.3%).

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



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

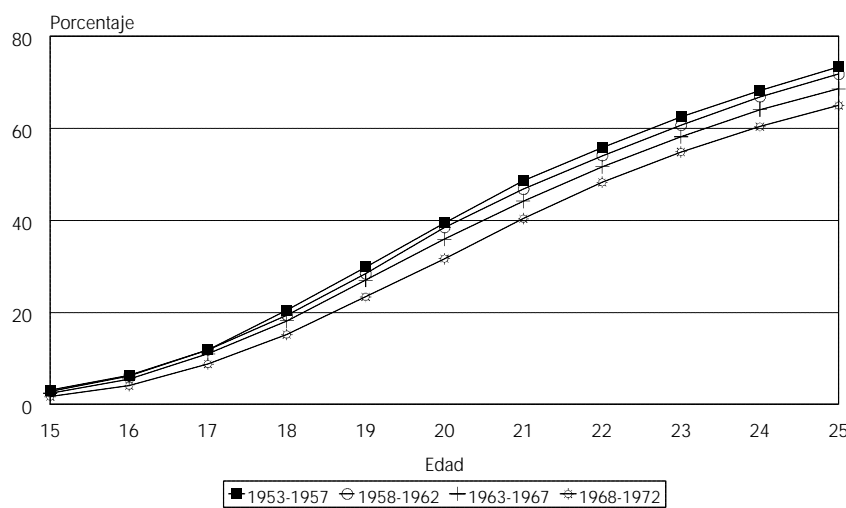
Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)

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

La probabilidad de iniciar la maternidad antes de los 20 años comienza a reducirse entre las mujeres más jóvenes: 39.5 por ciento de las mujeres nacidas entre 1953 y 1957 tuvo a su primer hijo(a) antes de esa edad, mientras que 31.7 por ciento de las mujeres de la generación 1968-1972 presentó este comportamiento. A pesar de este ligero retraso en el inicio de la maternidad, destaca que entre las mujeres más jóvenes, cerca de 15 por ciento lo hizo antes de cumplir la mayoría de edad.

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

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



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

Intervalo protogenésico

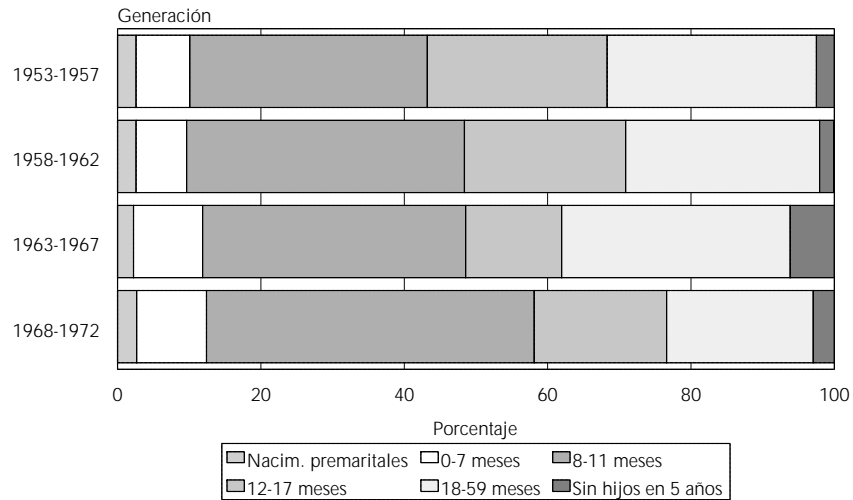
El tiempo que transcurre entre la primera unión y el nacimiento del primer hijo(a), denominado intervalo protogenésico, permite caracterizar una pauta del patrón reproductivo que tiene profundas implicaciones demográficas y sociales.

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

En esta entidad, entre diez y doce por ciento de las mujeres unidas de las diferentes generaciones bajo observación tuvo un embarazo premarital. Se entiende como mujeres con embarazo premarital a todas aquellas que tuvieron su primer nacimiento cuando se encontraban solteras o dentro de los primeros siete meses de la unión o matrimonio. Entre las generaciones extremas se aprecia un ligero aumento: en la cohorte más reciente este porcentaje asciende a 12.4 por ciento, mientras que en la generación 1953-1957 es de 10.1 por ciento. Aún cuando los resultados sugieren que los embarazos premaritales están aumentando en Zacatecas, 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.

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



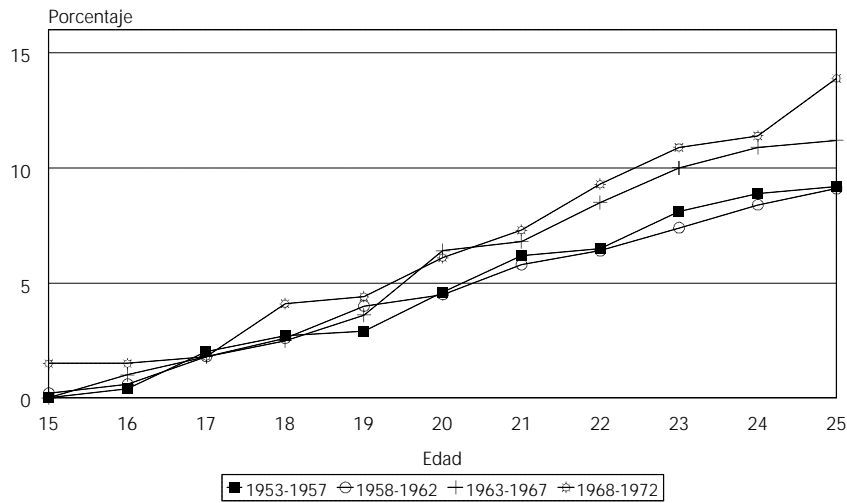
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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 Zacatecas, se ha producido un ligero aumento en la proporción de mujeres que se embarazan de su primer hijo(a) bajo esa circunstancia, de tal manera que la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 25 años de edad fue de alrededor de nueve por ciento entre las mujeres de las generaciones 1953-1957 y 1958-1962, y aumentó a 13.9 por ciento en la generación más reciente.

En este estado, la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 20 años también aumentó ligeramente entre las generaciones extremas, al pasar de 4.6 por ciento entre las mujeres de la generación 1953-1957 a 6.1 por ciento entre las nacidas en el periodo de 1968-1972. 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: 11.6 por ciento de las mujeres de la generación 1953-1957 que tuvieron 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 aquéllas 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.
Zacatecas: probabilidad acumulada de tener un embarazo premarital antes de cumplir edades específicas, por generación



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

2 Preferencias reproductivas

El tamaño de familia deseado y el tiempo que se desea esperar entre un hijo y otro son algunos indicadores de las preferencias reproductivas de las personas. La formación de las preferencias e ideales reproductivos es un proceso dinámico y sumamente complejo. Las fuentes de esas preferencias son múltiples y diversas: los individuos y las parejas las adoptan en función de su pertenencia a grupos y redes sociales específicas, las obtienen de las instituciones sociales con las que tienen contacto (familia, escuela, religión, instituciones de salud, entre otras), de las ideologías prevalecientes, de su posición en la estructura social 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 Zacatecas fue de cuatro, mientras que a escala nacional este valor fue de 3.2. El número ideal de la descendencia, declarado en Zacatecas, fue mayor a la paridad promedio de las mujeres en edad fértil unidas de la entidad (3.5) y mayor que el nivel de la fecundidad registrado en 1997 (3 hijos 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 5.6 hijos(as), mientras que las mujeres adolescentes (de 15 a 19 años), que se encuentran al inicio de su vida reproductiva, mostraron preferencias por familias menos numerosas (3.6 en promedio). Cabe hacer notar que a partir de los 35 años, el promedio del número ideal de hijos(as) es menor que la descendencia alcanzada.

La escolaridad de las mujeres se asocia a diferentes ideales reproductivos, de tal forma que a medida que aumentan los años de educación formal disminuye el número ideal de hijos(as). Así, mientras que las mujeres con primaria incompleta declararon un ideal de 4.8 hijos(as) en promedio, las mujeres con secundaria o más externaron una preferencia por poco más de tres (3.2 en promedio), esto es, cerca de dos hijos(as) de diferencia entre los grupos extremos. Es importante resaltar que, en promedio, las mujeres con primaria incompleta reportaron una fecundidad deseada igual a la paridad alcanzada, en tanto que entre las mujeres de mayor escolaridad predominan aquellas que todavía no alcanzan el tamaño de familia deseado.

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

Características	Ideal	Paridad
Total	4.0	3.5
Grupo de edad		
15-19*	3.6	0.7
20-24	3.4	1.6
25-29	3.5	2.1
30-34	4.0	3.4
35-39	4.1	4.4
40-44	4.9	5.6
45-49	5.6	7.2
Escolaridad		
Sin escolaridad	-	-
Primaria incompleta	4.8	4.8
Primaria completa	4.0	3.4
Secundaria y más	3.2	2.1
Lugar de residencia		
Rural	4.5	4.1
Urbano	3.6	3.1

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Los tamaños ideales de familia son mayores en el medio rural que en el ámbito urbano (4.5 y 3.6, respectivamente) y en ambos casos se observa que el número ideal de hijos e hijas es mayor que la descendencia alcanzada.

Poco más de la mitad de las mujeres con cuatro y cinco o más hijos(as) declararon un tamaño de familia ideal igual a su paridad actual. Cabe señalar que la mayoría de las mujeres con tres hijos(as) (54%) desea una descendencia más numerosa, predominando entre éstas la preferencia por familias con cuatro descendientes (véase cuadro 2).

El tamaño de familia declarado con mayor frecuencia como ideal es de tres, cuatro y cinco o más (26%, 28.9% y 25.9%, respectivamente), mientras que sólo 0.3 por ciento de las mujeres declaró que su ideal era no tener descendencia.

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

Paridad	Número ideal de hijos/as					
	0	1	2	3	4	5 y más
Total	0.3	1.2	17.6	26.0	28.9	25.9
0	0.0	1.1	39.5	32.6	15.2	11.6
1	0.0	5.0	27.1	42.3	17.5	8.1
2	0.4	0.2	30.2	26.9	33.6	8.7
3	0.4	0.7	7.1	37.9	35.6	18.4
4	0.2	0.2	9.2	4.3	51.5	34.6
5 y más	0.6	0.7	8.9	16.5	18.5	54.8

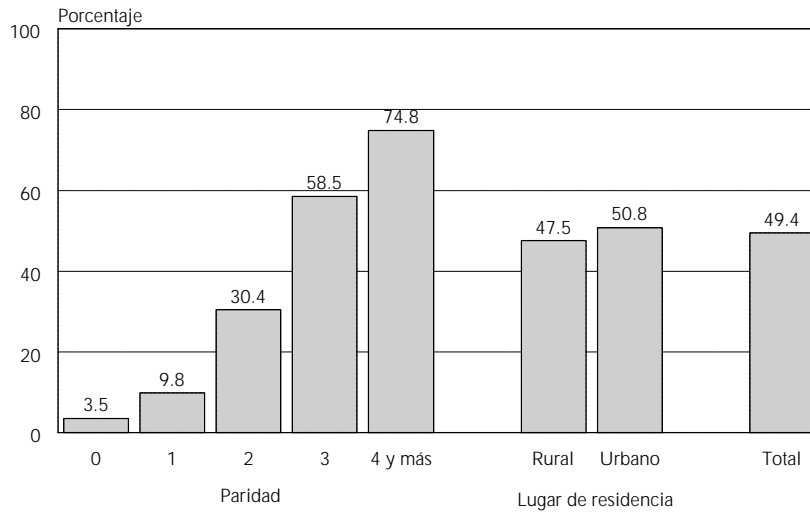
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en laENADID, 1997.

Deseo de más hijos e hijas

En Zacatecas, la mitad de las mujeres unidas en edad fértil (49.4%) se encuentra con paridad satisfecha, debido a que expresa su deseo de ya no tener más hijos(as) (véase gráfica 10). Esta situación es mayor en el ámbito urbano que en el rural (50.8% y 47.5%, respectivamente).

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

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



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

3 Práctica anticonceptiva

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

Conocimiento de métodos anticonceptivos

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

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

En el estado de Zacatecas, el porcentaje de mujeres en edad fértil que declaró conocer al menos un método anticonceptivo en 1997 fue de 97.4 por ciento (véase cuadro 3). El conocimiento de los medios de regulación de la fecundidad es casi universal en la entidad, y éste se incrementó 4.1 puntos porcentuales con respecto a 1992. La difusión de la planificación familiar se ha generalizado de tal forma que sólo se registran pequeñas diferencias entre grupos socioeconómicos y demográficos. Los menores niveles de conocimiento de métodos se observan entre las mujeres adolescentes (92.1%), con paridad cero (93.6%) y sin escolaridad (93.7%).

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

Características	1992	1997
Total	93.3	97.4
Grupo de edad		
15-19	84.0	92.1
20-24	95.5	98.5
25-29	97.3	99.5
30-34	98.3	98.7
35-39	97.6	99.4
40-44	98.6	100.0
45-49	92.5	95.5
Paridad		
0	86.6	93.6
1	98.4	99.6
2	99.3	100.0
3	98.2	100.0
4 y más	98.0	99.0
Escolaridad		
Sin escolaridad	86.0	93.7*
Primaria incompleta	93.8	96.3
Primaria completa	91.3	96.3
Secundaria y más	96.0	99.3
Lugar de residencia		
Rural	91.1	95.3
Urbano	95.3	99.1

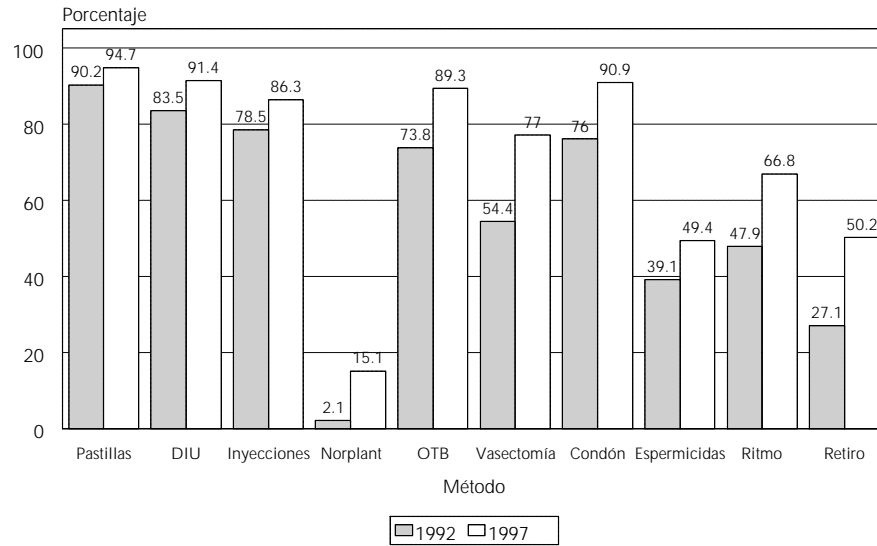
* Menos de 100 casos en muestra.

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

La pastilla ha sido, desde el inicio de la difusión de la planificación familiar en México, el método anticonceptivo más conocido y en Zacatecas continúa siendo el más popular: poco más de nueve de cada diez mujeres conocía o había oído hablar de ellas, tanto en 1992 como en 1997 (véase gráfica 11). Después de la pastilla, los métodos más conocidos fueron, en el último año bajo observación, el dispositivo intrauterino (DIU) (91.4%), el condón (90.9%), la oclusión tubaria bilateral (OTB) o esterilización femenina (89.3%), la inyección (86.3%), y la vasectomía (77%).

Entre 1992 y 1997, se observan incrementos importantes en el conocimiento de todos los métodos de planificación familiar, tanto en el ámbito urbano como en el rural, destacando aquellos que requieren de la participación directa o indirecta del varón. Asimismo, destaca el incremento en el conocimiento de la OTB y del Norplant (véase cuadro 4).

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



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

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

Método	1992			1997		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	90.2	88.5	91.7	94.7	91.5	97.2
DIU	83.5	81.4	85.3	91.4	86.1	95.4
Inyecciones	78.5	77.0	79.8	86.3	81.1	90.3
Norplant	2.1	1.2	2.9	15.1	7.9	20.7
OTB	73.8	68.9	78.1	89.3	84.3	93.3
Vasectomía	54.4	44.8	63.0	77.0	64.2	86.8
Condomes	76.0	66.8	84.2	90.9	83.7	96.4
Locales	39.1	29.3	47.7	49.4	33.7	61.4
Ritmo	47.9	34.3	59.8	66.8	54.6	76.2
Retiro	27.1	19.4	33.9	50.2	37.6	59.8

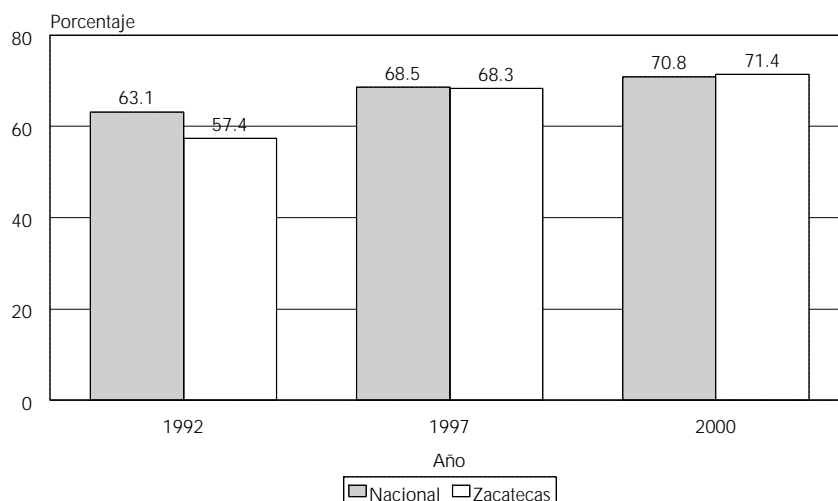
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos

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

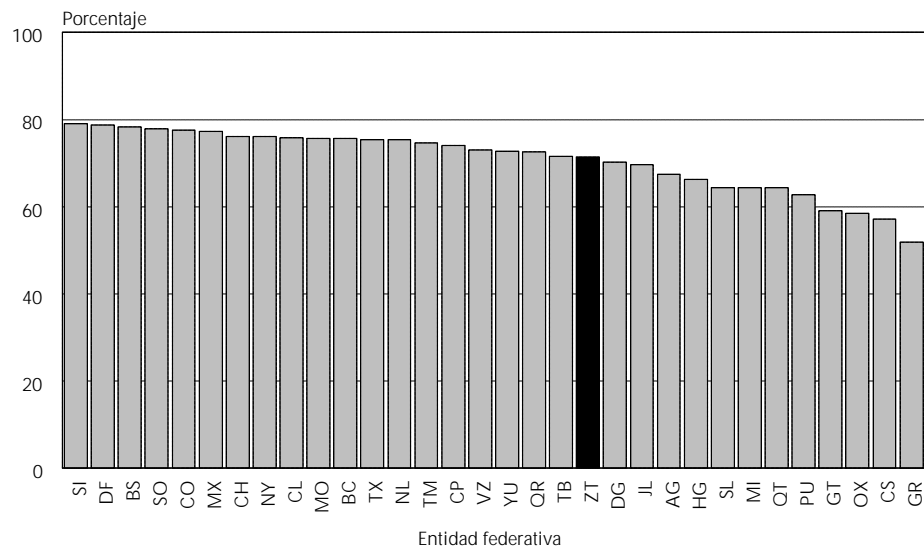
En el estado de Zacatecas, el porcentaje de mujeres casadas o unidas que hacía uso de alguna forma de regulación de su fecundidad fue de 57.4 por ciento en 1992, esta cifra ascendió a 68.3 por ciento en 1997 y se estima que en el 2000 fue de 71.4 por ciento, cifra ligeramente mayor al promedio nacional (véase gráfica 13).

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



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

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Estos resultados sugieren avances en el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres de Zacatecas, y su desagregación según algunas variables sociodemográficas indica que en el quinquenio 1992-1997 éstos se registraron particularmente entre las mujeres unidas o casadas de 20 a 29 y de 40 a 49 años, y las mujeres con dos hijos(as) o más (véase cuadro 5). Para estos grupos de mujeres, los niveles de prevalencia anticonceptiva en 1992 eran considerablemente menores a los que se registran cinco años después, con incrementos superiores a diez puntos porcentuales entre un año y otro. Cabe señalar que el nivel de uso de las mujeres unidas sin hijos(as) registró una reducción de 2.5 puntos porcentuales entre 1992 y 1997, al pasar de 11.6 a 9.1 por ciento. En 1997, los mayores niveles de uso se presentaron entre las mujeres de 25 a 44 años de edad; en esas edades más de siete de cada diez mujeres utilizaba algún método para regular su fecundidad (véase gráfica 14).

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

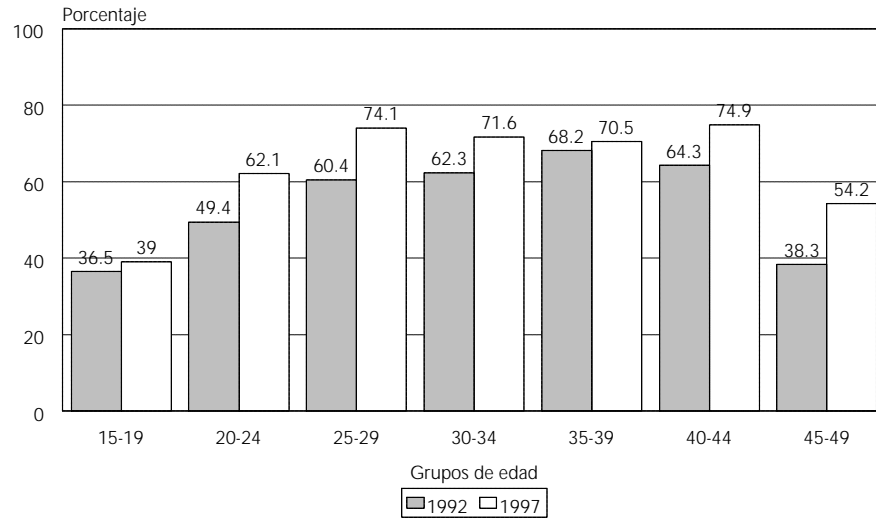
Características	1992	1997
Total	57.4	68.3
Grupo de edad		
15-19*	36.5	39.0
20-24	49.4	62.1
25-29	60.4	74.1
30-34	62.3	71.6
35-39	68.2	70.5
40-44	64.3	74.9
45-49	38.3	54.2
Paridad		
0	11.6	9.1
1	53.7	62.9
2	65.0	76.3
3	64.1	79.3
4 y más	60.0	70.4
Escolaridad		
Sin escolaridad	43.0	-
Primaria incompleta	53.6	71.5
Primaria completa	57.6	63.4
Secundaria y más	68.9	72.4
Lugar de residencia		
Rural	49.4	61.8
Urbano	65.6	73.4

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

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



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

El rezago social también ha condicionado la práctica anticonceptiva. Sin embargo, el notable aumento en la prevalencia observado en Zacatecas entre los grupos más rezagados dio lugar a que en 1997, el nivel de uso que se registró entre las mujeres con primaria incompleta fuera muy similar al de las mujeres de mayor escolaridad (71.5% y 72.4%, respectivamente) y que la brecha entre las mujeres rurales y las urbanas mostrara una importante reducción (véase cuadro 5).

Estructura de uso de métodos anticonceptivos

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

La estructura de uso que se observó en Zacatecas en 1997 muestra alguna diferencia con el patrón nacional, ya que si bien la OTB fue el método más usado, esta tuvo un peso relativo menor (36%), seguida por el DIU (30.8%), los métodos naturales (11.9%) y la pastilla (11.4%). Entre 1992 y 1997 destaca el incremento de 6.6 puntos porcentuales en la participación relativa del DIU y la reducción de 4.4 puntos en la de las pastillas (véase cuadro 6).

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

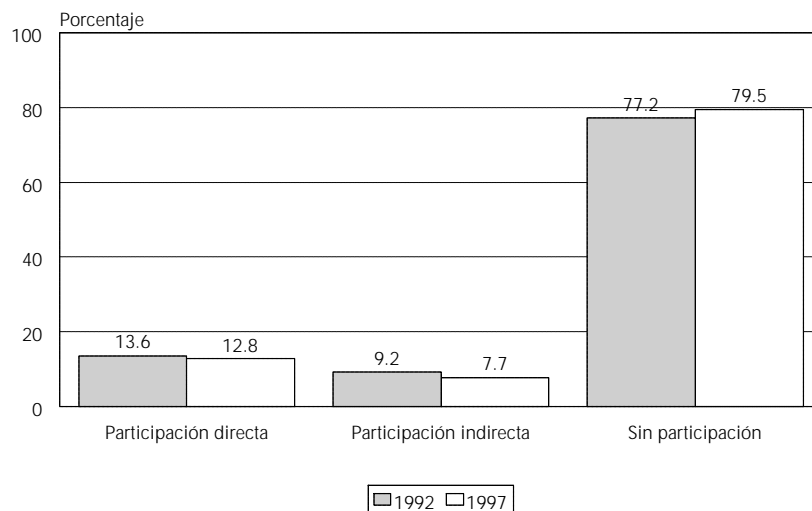
Método	1992			1997		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	15.8	17.2	14.7	11.4	11.7	11.3
DIU	24.2	24.2	24.2	30.8	27.5	32.9
Inyecciones	4.3	8.0	1.6	2.1	3.0	1.4
Locales	0.1	0.2	0.0	0.2	0.3	0.1
Condomes	6.1	6.3	6.0	7.0	8.9	5.8
OTB	33.5	29.3	36.5	36.0	34.4	37.0
Vasectomía	1.2	0.3	1.8	0.6	0.3	0.8
Naturales	14.9	14.5	15.3	11.9	13.9	10.7

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

Tanto en el área rural como en las ciudades predominó el uso de métodos modernos y, en 1997, el porcentaje que usaba estos métodos era similar en ambos contextos (86.1% y 89.3%, respectivamente). Al interior de las localidades rurales los cambios más importantes en la mezcla de métodos fueron: el aumento en la participación de la OVB (de 29.3% a 34.4%), y la disminución en el uso de la pastilla (de 17.2% a 11.7%). En las localidades urbanas aumentó de manera importante el uso del DIU (de 24.2% a 32.9%) y disminuyó el porcentaje de mujeres que recurrió a los métodos naturales y a la pastilla para regular su fecundidad (4.6 y 3.4 puntos porcentuales, respectivamente).

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 0.6 y siete por ciento de las mujeres unidas usuarias de anticonceptivos en Zacatecas. Sin embargo, existen otros medios de regulación de la fecundidad en los cuales los hombres participan en su utilización de manera directa e indirecta, que sumados representan una de cada cinco usuarias (20.5%) (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 12.8 por ciento de las usuarias y en el segundo 7.7 por ciento. El peso relativo de los métodos que exigen la participación del varón se redujo ligeramente entre 1992 y 1997 como consecuencia de la reducción de la vasectomía y del ritmo.

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



Nota: Participación directa= Condón, vasectomía y retiro.

Participación indirecta= Locales y ritmo

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

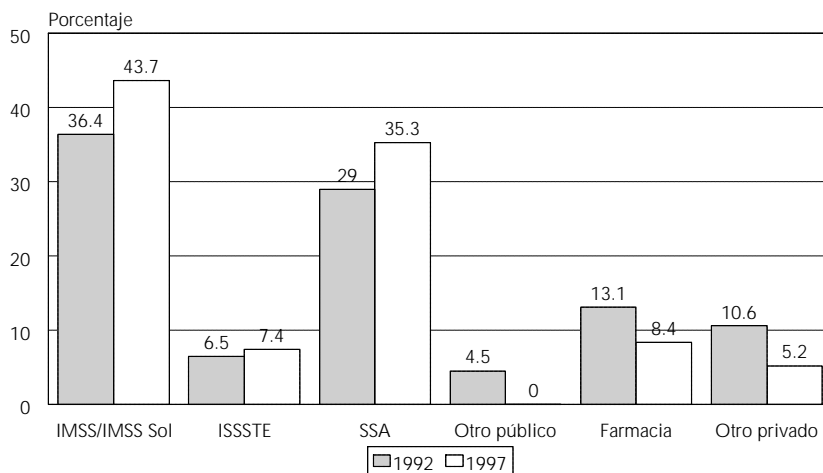
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos

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

Durante los años noventa, las instituciones públicas de salud en Zacatecas incrementaron su participación como fuentes de obtención de métodos anticonceptivos, al pasar de 76.4 por ciento en 1992 a 86.4 en 1997. En contraste, el sector privado redujo su participación de 23.7 a 13.6 por ciento entre esos años.

Entre las instituciones del sector público destacan el IMSS, que atendió a 43.7 por ciento de las usuarias de anticonceptivos en 1997, y la SSA, que atendió a 35.3 por ciento. Entre 1992 y 1997, tanto el IMSS como la SSA incrementaron su participación como fuentes de obtención de métodos anticonceptivos (véase gráfica 16).

Gráfica 16.
Zacatecas: 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 laENADID, 1992 y 1997.

El crecimiento del IMSS y de la SSA como fuentes de obtención de anticonceptivos se dio tanto en el ámbito urbano como en el rural: el IMSS pasó de 39.6 a 48 por ciento, entre 1992 y 1997, en el ámbito urbano, y de 32 a 36.3 por ciento en las localidades rurales; por su parte, la SSA aumentó su participación en las áreas rurales de 37.1 a 47.6 por ciento en el periodo de referencia, y en el ámbito urbano pasó de 23 a 28 por ciento. Tanto en 1992 como en 1997, el IMSS fue la principal fuente de obtención de métodos anticonceptivos en el ámbito urbano, mientras que en las localidades rurales fue la SSA (véase cuadro 7).

Cuadro 7.
Zacatecas: 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/IMSS Sol	36.4	32.0	39.6	43.7	36.3	48.0
ISSSTE	6.5	2.4	9.5	7.4	1.8	10.8
SSA	29.0	37.1	23.0	35.3	47.6	28.0
Otro público	4.5	6.3	3.2	0.0	0.0	0.1
Farmacia	13.1	14.1	12.3	8.4	9.9	7.5
Otro	10.6	8.2	12.4	5.2	4.4	5.6

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

La fuente de obtención de los métodos que requieren de la intervención de personal de salud para su utilización, como son los quirúrgicos (OTB) y el dispositivo intrauterino, es principalmente el sector público. Este es el caso para más de nueve de cada diez usuarias del DIU y de la OTB (véase cuadro 8). Asimismo, cerca de dos terceras partes de las usuarias de la pastilla y el condón obtienen el método en el sector público.

Cuadro 8.
Zacatecas: 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	86.4	13.6
Pastillas	63.1	36.9
DIU	97.2	2.8
Inyecciones	-	-
Condones*	65.8	34.2
OTB	90.1	9.9

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

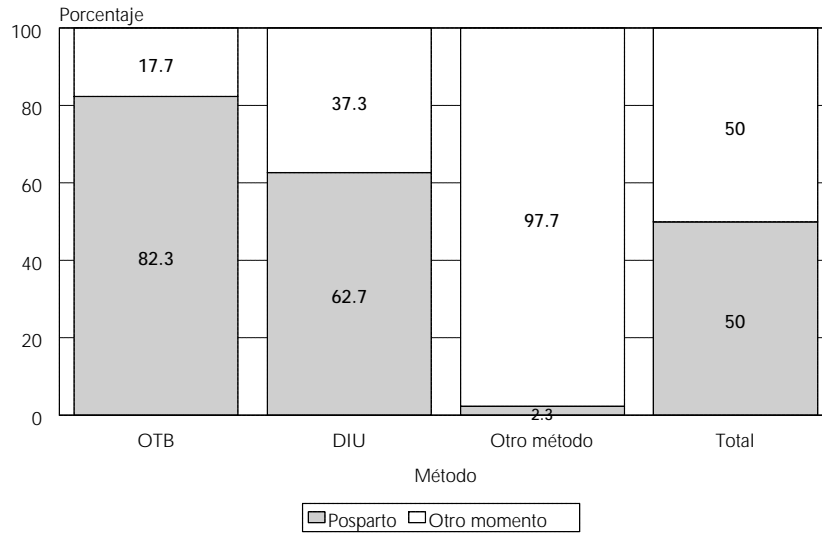
La importancia de estos programas en Zacatecas se manifiesta en el hecho de que una de cada dos mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos en 1997 inició el uso del método en el periodo posparto de su último hijo(a) nacido vivo (véase gráfica 17). Asimismo, 82.3 por ciento de las usuarias de la OTB y 62.7 por ciento de las usuarias del DIU comenzaron el uso del método en ese momento.

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 Zacatecas, 86.2 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 en el periodo 1994-1997, declaró haber recibido información sobre planificación familiar durante las revisiones del embarazo, y 68.3 por ciento reportó que les ofrecieron algún método para cuando su embarazo terminara (véase gráfica 18).

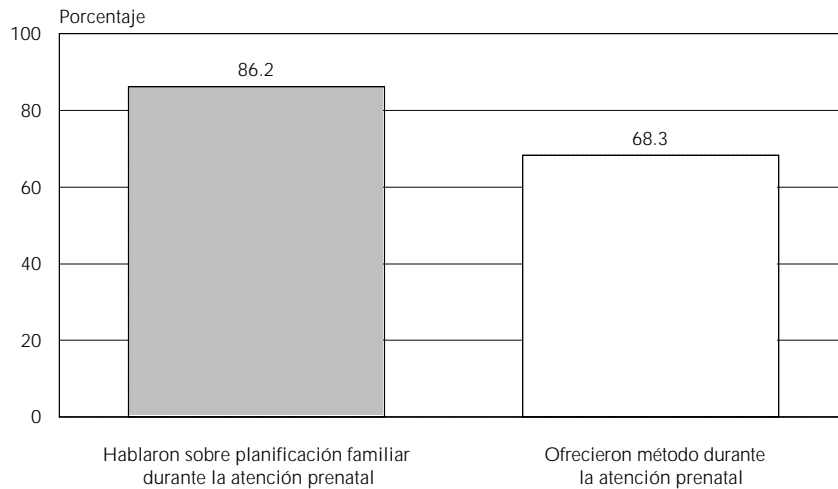
⁷ Se consideró que una mujer adoptó un método en el periodo posparto cuando inició el uso de un método moderno en el mes y año en el que ocurrió el nacimiento de su último hijo nacido vivo.

Gráfica 17.
Zacatecas: 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.

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



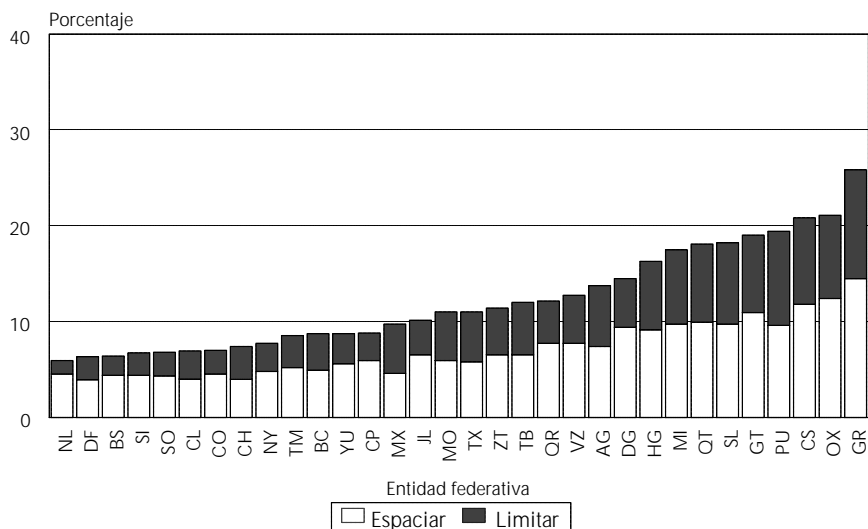
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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 Zacatecas, para el año de 1997, fue del orden de 11.4 por ciento, cifra que lo ubicó entre las 19 entidades que presentaron un porcentaje menor que el estimado para el país en su conjunto (véase gráfica 19).

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



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

El comportamiento de la demanda insatisfecha según diversas características sociodemográficas de las mujeres, como se muestra en el cuadro 9, indica que: a) a mayor edad menor demanda insatisfecha de anticonceptivos, cuyo valor es particularmente elevado, y mayor a la media estatal, en los tres grupos de edad menores de 30 años; de 24.9, 15.2 y 13 por ciento para los grupos 15-19, 20-24 y 25-29 años, respectivamente; b) en el medio rural el porcentaje de demanda insatisfecha es casi el doble del que se registra en el medio urbano (véase gráfica 20); y c) las mujeres con paridad cero y con tres hijos(as) presentan un menor nivel de demanda insatisfecha, en relación con aquéllas de cualquier otra paridad.

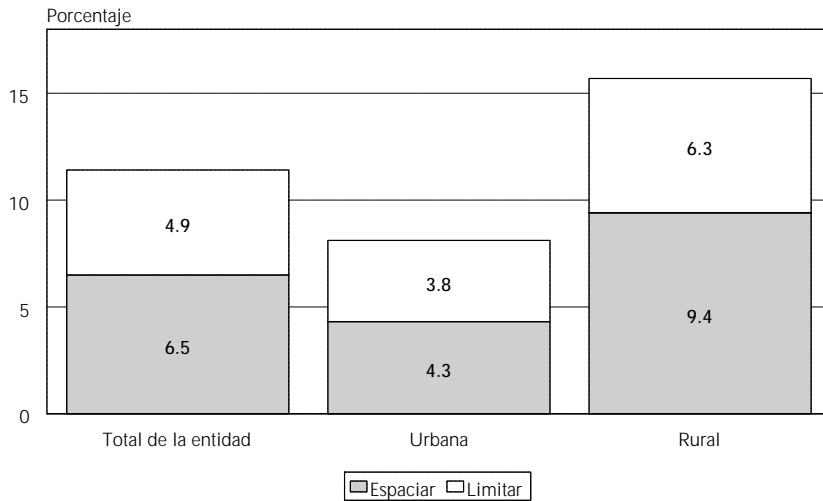
Cuadro 9.
Zacatecas: distribución porcentual de las mujeres en edad fértil unidas de acuerdo a la demanda de servicios de planificación familiar, según características seleccionadas, 1997

	Uso de anticonceptivos			Demanda no satisfecha			Sin	Falla del	
	Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar	demanda	Infecundas	método
Total	68.3	36.6	31.7	11.4	6.5	4.9	9.4	9.4	1.5
Edad quinquenal									
15-19	39.0	39.0	0.0	24.9	24.9	0.0	29.6	1.6	4.9
20-24	62.1	55.9	6.2	15.2	12.8	2.4	17.5	1.0	4.3
25-29	74.1	56.9	17.1	13.0	8.8	4.2	10.1	1.3	1.5
30-34	71.6	38.8	32.8	10.3	4.6	5.8	9.2	8.3	0.5
35-39	70.5	23.6	46.9	11.1	3.5	7.7	7.4	10.2	0.8
40-44	74.9	15.6	59.4	7.4	1.8	5.6	1.7	15.3	0.7
45-49	54.2	5.5	48.7	3.9	0.0	3.9	0.0	41.9	0.0
Paridad									
0	9.1	9.1	0.0	7.3	7.3	0.0	60.2	22.4	1.1
1	62.9	61.3	1.7	16.4	15.7	0.7	12.6	3.4	4.6
2	76.3	57.1	19.2	12.4	8.1	4.3	6.8	3.6	0.8
3	79.3	33.9	45.4	8.2	5.4	2.9	7.0	3.6	1.8
4 y más	70.4	22.1	48.2	11.2	2.6	8.6	2.5	15.5	0.4
Escolaridad									
Sin escolaridad	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	71.5	31.3	40.1	10.0	5.7	4.3	4.9	12.9	0.7
Primaria completa	63.4	37.3	26.1	15.9	9.8	6.2	11.0	8.7	0.9
Secundaria y más	72.4	43.2	29.1	8.6	4.9	3.7	11.8	4.5	2.7
Lugar de residencia									
Urbano	73.4	38.0	35.4	8.1	4.3	3.8	9.9	6.9	1.8
Rural	61.8	34.7	27.1	15.8	9.4	6.3	8.7	12.7	1.1

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Gráfica 20.
Zacatecas: 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.

Llama la atención que en este estado la escolaridad de la mujer no este jugando un papel tan importante en la satisfacción de las necesidades de métodos anticonceptivos. Las brechas entre intenciones reproductivas y las prácticas de regulación de la fecundidad incluso son un poco mayores entre las mujeres con primaria completa que entre las de menor escolaridad.

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

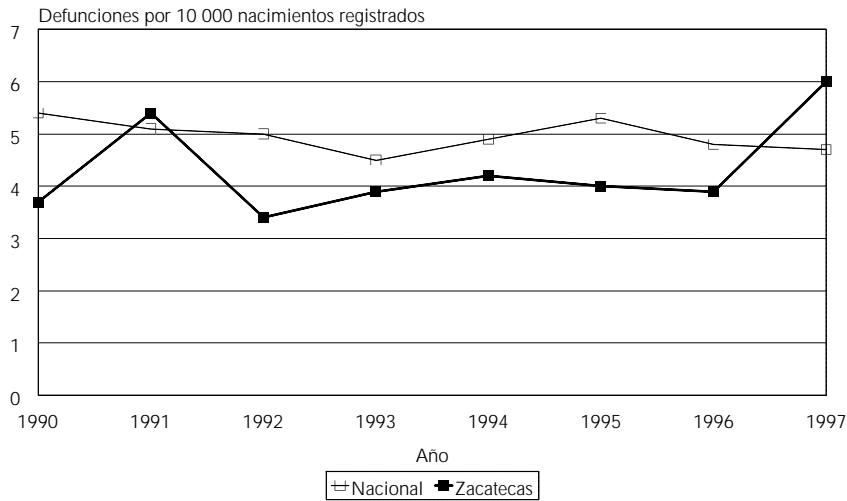
En el país, la mortalidad materna ha disminuido en los años recientes. La SSA estima que entre 1980 y 1997, la tasa de mortalidad materna se redujo de 9.5 a 4.7 defunciones por diez mil nacimientos registrados, lo que equivale a poco más de mil muertes por año.

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

En el periodo 1989-1991, se registraron en Zacatecas 48 defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, las cuales ascendieron a 54 en el periodo 1995-1997.⁸ Las muertes maternas se concentran en los grupos de edad que más aportan a la fecundidad: dos de cada tres mujeres que murieron entre 1995 y 1997 por causas maternas tenían entre 20 y 34 años de edad; una de cada siete tenía entre 35 y 39 años; una de cada seis era menor de 20 años y una de cada 27 tenía 40 años o más (véase gráfica 22).

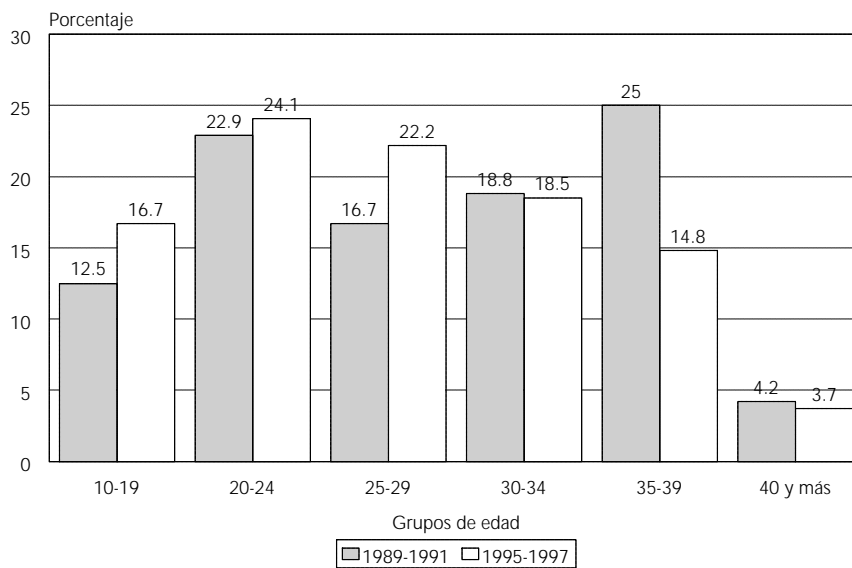
⁸ INEGI, Bases de defunciones generales 1989-1997.

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



Fuente: fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

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



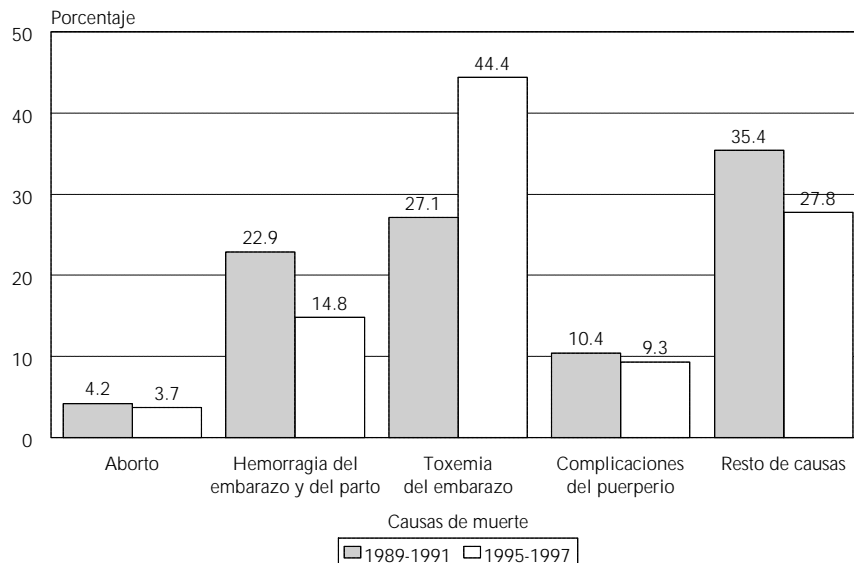
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

Causas de mortalidad materna

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

En Zacatecas, la toxemia del embarazo se constituyó en la principal causa de mortalidad materna, presentando un importante aumento porcentual en la década de los noventa (véase gráfica 23). Entre 1989 y 1991 esta causa fue responsable de poco más de una de cada cuatro defunciones maternas del estado y en el periodo 1995-1997 su peso se incrementó a poco más de cuatro de cada diez. Las hemorragias del embarazo y del parto fueron la segunda causa en importancia y su peso relativo tuvo una disminución, al pasar de poco más de una de cada cinco a una de cada siete entre los periodos analizados. Las complicaciones del puerperio fueron la tercera causa de muerte materna, y su participación relativa se mantuvo en alrededor de una de cada diez defunciones. El aborto y sus complicaciones, la cuarta causa más importante, disminuyeron ligeramente su peso relativo entre ambos periodos.

Gráfica 23.
Zacatecas: 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 Zacatecas, los datos de las encuestas sociodemográficas indican que la experiencia del aborto ha disminuido ligeramente en los últimos años. En 1992, una de cada cuatro mujeres alguna vez embarazadas (24.9%) había experimentado un aborto, y en 1997 esta proporción fue de 21.7 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 remisión, de ser necesario, a servicios de salud especializados; y la detección y tratamiento oportunos de los problemas que así lo requieran. La protección que obtiene quien asiste a los servicios de atención prenatal se refleja en un menor riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, la efectividad de la atención prenatal varía según la edad gestacional en que se inicia, el número de visitas que se realicen durante el embarazo y la calidad de la atención prenatal. Esta última depende, a su vez, de la capacitación técnica del proveedor de los servicios y de las acciones concretas que se lleven a cabo en cada consulta.

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

En Zacatecas, 95.3 por ciento de las mujeres tuvo alguna revisión durante el embarazo del último o penúltimo hijo(a) nacido vivo entre 1994 y 1997, porcentaje que la ubica entre las doce entidades mejor situadas en este renglón. La proporción de mujeres que acudió con un médico para recibir esta atención fue de 87.6 por ciento (véase cuadro 10).

A pesar del elevado porcentaje de mujeres que acudió con el médico para la atención prenatal, la cifra varía dependiendo de la edad de la madre y del orden de nacimiento: 80.4 por ciento de las mujeres de 35 años o más acudió con un médico para la atención de su embarazo, cifra que asciende a 93.2 por ciento entre aquéllas menores de 20 años; y 79.6 por

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).

ciento de aquéllas con cuatro hijos(as) o más, contra alrededor de 93 por ciento de las que tenían uno o dos descendientes. Las mujeres que residían en localidades rurales también presentan un porcentaje más bajo de revisión prenatal con un médico, en comparación con las que vivían en áreas urbanas (82.6% y 91.8%, respectivamente). Sin embargo, la diferencia más pronunciada se presenta entre los grupos de escolaridad extremos, de tal forma que mientras 94.2 por ciento de las mujeres con secundaria y más acudió con un médico para la revisión de su embarazo, 80 por ciento de aquéllas con primaria incompleta tuvo esa oportunidad.

Cuadro 10.
Zacatecas: 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	87.6	2.7	5.1	4.7
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	93.2	1.8	2.1	2.9
20-34	87.8	2.6	4.5	5.1
35-49	80.4	4.1	11.3	4.1
Orden de nacimiento				
1	92.7	3.5	1.9	1.9
2	93.0	2.0	2.6	2.4
3	86.5	3.3	4.4	5.8
4 o más	79.6	2.3	10.0	8.1
Escolaridad				
Sin escolaridad	-	-	-	-
Primaria incompleta	80.0	3.2	8.6	8.2
Primaria completa	87.1	1.2	5.2	6.4
Secundaria y más	94.2	3.2	2.0	0.6
Lugar de residencia				
Urbano	91.8	2.1	3.1	3.0
Rural	82.6	3.3	7.4	6.7

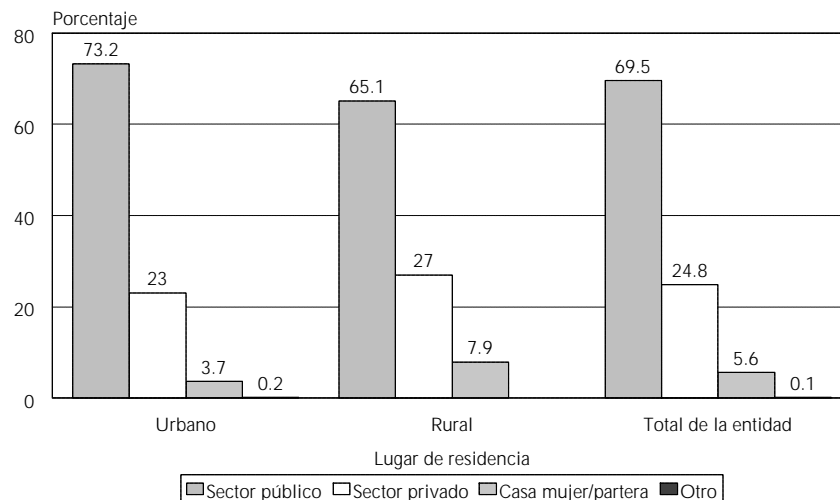
- Tamaño de muestra insuficiente.

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 69.5 por ciento de las mujeres embarazadas que solicitaron atención, el sector privado atendió a 24.8 por ciento y 5.6 por ciento se atendió en casa. Contrario a lo que se observa en la mayor parte del país, el mayor porcentaje de usuarias del sector público se localizó en las zonas urbanas (73.2% contra 65.1% en las zonas rurales), y en este ámbito, el porcentaje de usuarias del sector privado es menor que en el ámbito rural (23% y 27%, respectivamente).

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



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

Inicio de la atención prenatal

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

En Zacatecas, el porcentaje de mujeres que inició con oportunidad la revisión prenatal, del total que tuvo este tipo de atención, ascendió a 79.3 por ciento; 17.3 por ciento inició en el segundo trimestre y 3.3 por ciento en el tercero (véase cuadro 11). El nivel de escolaridad de la mujer se asocia directamente con el inicio oportuno: mientras que 70.5 por ciento de las mujeres con primaria incompleta inició la revisión del embarazo en el primer trimestre, la proporción ascendió a cerca de nueve de cada diez (88.7%) entre aquellas con secundaria y más. Asimismo, ocho de cada diez mujeres menores de 35 años iniciaron oportunamente la atención de su embarazo, proporción que se redujo a siete de cada diez (71.4%) entre aquellas que tenían 35 años o más. El inicio oportuno también fue mayor entre las residentes de las zonas urbanas (81.9% contra 76.2% en el medio rural).

Cuadro 11.
Zacatecas: 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	79.3	17.3	3.3
Edad de la madre al nacimiento del hijo			
12-19	81.4	13.5	5.1
20-34	80.3	17.2	2.5
35-49	71.4	22.0	6.6
Escolaridad			
Sin escolaridad	-	-	-
Primaria incompleta	70.5	25.3	4.1
Primaria completa	76.2	18.5	5.4
Secundaria y más	88.7	10.5	0.8
Lugar de residencia			
Urbano	81.9	15.7	2.3
Rural	76.2	19.2	4.6

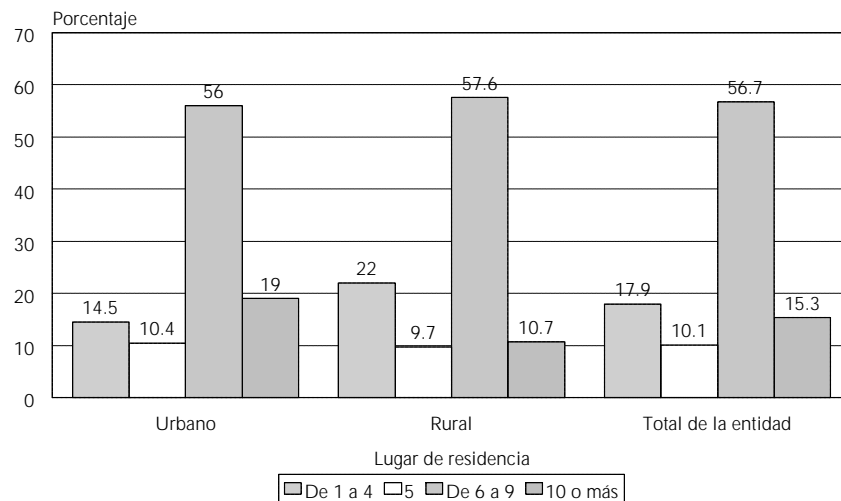
- Tamaño de muestra insuficiente.

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 Zacatecas, las mujeres embarazadas recibieron, en promedio, 7.4 consultas de atención prenatal (7.9 en la zona urbana y 6.7 en la zona rural). Sin embargo, cabe destacar que 17.9 por ciento de estas mujeres recibió cuatro o menos consultas prenatales, elevándose esta proporción a 22 por ciento entre las mujeres del medio rural (véase gráfica 25).

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

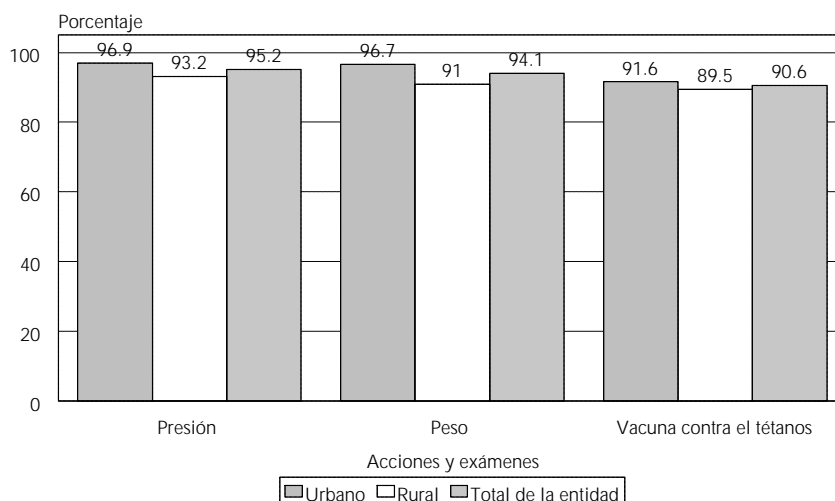


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

La calidad de los servicios de la atención prenatal está determinada, en buena medida, por el tipo de acciones y exámenes que se realizan durante la consulta. Entre ellas destacan el control del peso y la presión arterial de la mujer embarazada y la aplicación de la vacuna contra el tétanos. Al respecto, conviene señalar que a 95.2 por ciento de las mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal por algún agente de salud se le tomó la presión arterial; a 94.1 por ciento se le pesó; y a 90.6 por ciento se le aplicó la vacuna contra el tétanos (véase gráfica 26). Estos valores ubican al estado de Zacatecas por encima de las cifras nacionales (92.3% para la presión, 91.4% para el peso, y 80.2% de vacunación). Aún cuando el porcentaje de mujeres que recibió servicios prenatales de calidad es mayor en el ámbito urbano que en el rural, las diferencias entre ambos contextos no son acentuadas.

Gráfica 26.

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



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

Atención del parto

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

En el país, se ha dado un incremento acelerado en la proporción de partos atendidos por personal médico, de 66 por ciento en 1985-1987 a 81.5 por ciento en 1994-1997. En Zacatecas, 90.1 por ciento de los partos fueron atendidos por un médico y 7.2 por ciento por una partera, lo que denota avances importantes en el proceso de medicalización de la atención obstétrica (véase cuadro 12).

A pesar del elevado porcentaje de partos asistidos por un médico, se observan algunas diferencias al analizar tanto la edad de la madre como el orden de nacimiento: mientras que 95.9 por ciento de las mujeres menores de 20 años fueron asistidas en el parto por un médico, esta proporción se redujo a 85 por ciento entre aquéllas de 35 años o más; por su parte, 94.3 por ciento de las primíparas y 98.2 de aquéllas con dos descendientes recibieron atención obstétrica medicalizada, contra 79.7 por ciento de aquéllas que tenían cuatro hijos(as) o más. La diferencia en el porcentaje de mujeres con primaria incompleta y con secundaria y más, cuyo parto fue atendido por un médico, fue de 9.2 puntos porcentuales (86% y 95.2%, respectivamente); mientras que este porcentaje fue similar en las zonas urbanas y rurales (90.4% y 89.7%, respectivamente).

Cuadro 12.
Zacatecas: 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	90.1	1.1	7.2	1.6
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	95.9	0.8	3.3	0.0
20-34	90.1	1.0	7.2	1.7
35-49	85.0	2.4	11.4	1.2
Orden de nacimiento				
1	94.3	0.9	4.3	0.5
2	98.2	0.1	1.1	0.6
3	92.1	1.9	4.5	1.5
4 o más	79.7	1.7	15.8	2.8
Escolaridad				
Sin escolaridad	-	-	-	-
Primaria incompleta	86.0	3.1	9.1	1.8
Primaria completa	89.2	0.1	9.1	1.6
Secundaria y más	95.2	0.3	4.1	0.4
Lugar de residencia				
Urbano	90.4	0.6	7.2	1.8
Rural	89.7	1.7	7.2	1.3

- 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, 91.7 por ciento de los partos ocurridos en el periodo de referencia se atendieron en una institución de salud: 36.3 por ciento de las mujeres acudieron a la SSA para la atención de su parto, una tercera parte (34.3%) acudió al IMSS y 16.5 por ciento se atendió en el sector privado. Conviene señalar que 8.1 por ciento de las mujeres atendieron su parto en casa de la partera o en su domicilio (véase cuadro 13).

Cuadro 13.
Zacatecas: 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						Casa partera/mujer	Otro lugar/no especificado
	IMSS/IMSS-Sol.	ISSSTE	SSA	Otras públicas	Sector privado			
Total	34.3	4.4	36.3	0.2	16.5	8.1	0.3	
Escolaridad								
Sin escolaridad	-	-	-	-	-	-	-	
Primaria incompleta	24.5	0.1	48.6	0.3	16.0	10.0	0.5	
Primaria completa	32.4	1.4	38.8	0.0	16.3	11.2	0.0	
Secundaria y más	42.6	10.0	25.6	0.2	17.6	4.1	0.0	
Lugar de residencia								
Urbano	41.3	6.5	30.2	0.1	13.5	8.3	0.0	
Rural	26.3	1.8	43.3	0.2	20.0	7.9	0.6	

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

El estrato socioeconómico marcó pautas distintas en la utilización de los servicios de salud. Las mujeres con estudios de secundaria o más acudieron en porcentajes mayores al IMSS, mientras que las mujeres con menores niveles de escolaridad utilizaron más a menudo los servicios de la Secretaría de Salud. Al sector privado acudió alrededor de 16 por ciento de aquellas con primaria y cerca de 18 por ciento de las que cursaron secundaria o más.

En el medio urbano, las opciones más utilizadas para la atención del parto fueron el IMSS y la SSA (41.3% y 30.2%, respectivamente). En el ámbito rural, la mayoría de los partos fueron atendidos en la SSA (43.3%), siguiendo en importancia el IMSS y el sector privado (26.3% y 20%, respectivamente).

Tipo de parto

En Zacatecas, durante el periodo 1994-1997, 23 por ciento de los partos se resolvió mediante la operación cesárea, por lo que se ubicó entre las 16 entidades que registraron un porcentaje menor que el estimado para el conjunto del país (26.5%) (véase cuadro 14).

De los partos que se atendieron en el IMSS, 31.5 por ciento se resolvió mediante la operación cesárea; en el sector privado esta cifra ascendió a 28.1 por ciento; y en la Secretaría de Salud a 16.7 por ciento. Cabe señalar que las normas de salud establecen que este tipo de intervención no debe ser mayor de 20 por ciento de los partos atendidos.

Cuadro 14.
Zacatecas: 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	77.0	23.0
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
12-19	75.6	24.4
20-34	77.7	22.3
35-49	74.2	25.8
Lugar de atención del parto		
IMSS/IMSS-Sol	68.5	31.5
SSA	83.3	16.7
Otras públicas	-	-
Sector privado	71.9	28.1
Lugar de residencia		
Urbano	74.2	25.8
Rural	80.4	19.6

- Tamaño de muestra insuficiente.

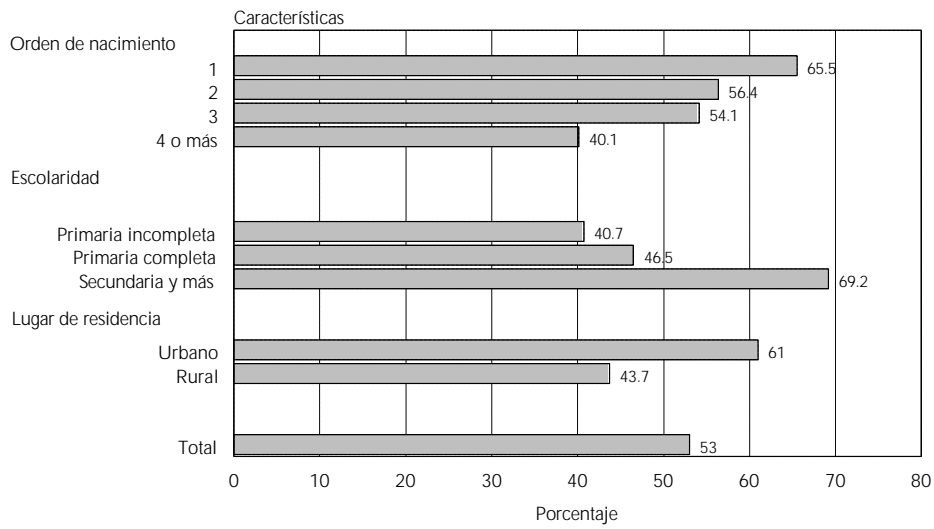
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en laENADID, 1997.

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 Zacatecas, el porcentaje de mujeres que acudió a revisión durante el puerperio (53%) fue menor que el promedio nacional, cifra que lo ubicó entre las 15 entidades con un porcentaje más bajo que el estimado para el país en su conjunto. Las mujeres que utilizaron con menor frecuencia este servicio fueron las de paridades altas (40.1% de las mujeres con cuatro hijos(as) o más contra 65.5% de las primíparas); aquéllas con menores niveles de escolaridad (40.7% de las mujeres con primaria incompleta, a diferencia de 69.2% de las mujeres con secundaria y más); y las que residían en localidades rurales (43.7% en tanto que 61% de las que habitaban en áreas urbanas acudieron a revisión durante el puerperio) (véase gráfica 27).

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



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

6 Lactancia materna

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

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

En Zacatecas, 90.6 por ciento de los niños y las niñas nacidas entre 1994 y 1997 recibió lactancia materna con una duración mediana de 12.1 meses (véanse cuadros 15 y 16). Estos resultados indican una incidencia 6.1 por ciento más baja y una duración mediana 35 por ciento menor que la observada en Oaxaca, que es el estado donde la práctica de la lactancia está más difundida (96.5%) y su duración es más prolongada (18.6 meses).

La práctica de la lactancia se encuentra ampliamente difundida entre los diversos grupos socioeconómicos y demográficos del estado (véase cuadro 15). Los porcentajes más bajos de niños(as) amamantados se registran entre los hijos(as) de mujeres de 35 años y más (82.8%) y entre aquellos cuyas madres se atendieron el parto en el sector privado (80.5%). Cabe hacer notar que el porcentaje de niños y niñas rurales que recibió leche materna es similar respecto a los que nacieron en el ámbito urbano (89.7% y 91.3%, respectivamente); sin embargo, la duración mediana de la lactancia es mayor en el medio rural: 12.5 meses contra 9.3 meses en la zona urbana.

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

Total		90.6
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
	12-19	90.9
	20-34	91.8
	35-49	82.8
Escolaridad		
	Sin escolaridad	-
	Primaria incompleta	88.4
	Primaria completa	89.9
	Secundaria y más	92.1
Lugar de atención del parto		
	Sector público	93.2
	Sector privado	80.5
	Casa	-
Lugar de residencia		
	Urbano	91.3
	Rural	89.7

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

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

Duración de la lactancia*	Total	Urbano	Rural
Primer cuartil	5.0	4.2	6.3
Mediana	12.1	9.3	12.5
Tercer cuartil	18.3	18.4	18.2

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

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

Edad a la ablactación

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

La ablactación temprana es una práctica ampliamente difundida en el territorio nacional: dos de cada tres bebés que nacieron entre 1994 y 1997 fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad. En Zacatecas, 63.5 por ciento de los niños y niñas fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad; 30.3 por ciento recibió algún alimento diferente a la leche materna dentro del periodo recomendado por la norma de salud; y 1.4 por ciento recibió alimentos diferentes a la leche materna después de los ocho meses (véase cuadro 17). En esta entidad, la duración mediana de la lactancia exclusiva fue de 3.5 meses, cifra ligeramente mayor a la registrada para el país en su conjunto (3.1).

La práctica de ablactar tempranamente a los niños(as) es más frecuente en las zonas urbanas que en las rurales (65.9% y 60.5%, respectivamente). La ablactación tardía es muy baja en la entidad, encontrándose entre las mujeres menores de 20 años el mayor porcentaje de niños(as) que fueron ablactados después de los ocho meses (4.4%).

Cuadro 17.
Zacatecas: 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	24.4	39.1	30.3	1.4	4.8
Edad de la madre al nacimiento del hijo					
12-19	32.9	29.6	29.2	4.4	4.0
20-34	21.8	42.5	30.2	0.7	4.8
35-49	33.1	26.0	32.7	2.8	5.4
Escolaridad					
Sin escolaridad	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	26.2	39.1	30.1	0.6	4.0
Primaria completa	20.1	40.5	34.6	0.6	4.2
Secundaria y más	26.8	38.3	27.1	1.9	6.0
Lugar de residencia					
Urbano	25.4	40.5	29.3	0.2	4.5
Rural	23.2	37.3	31.5	2.8	5.1

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

7 Mortalidad infantil

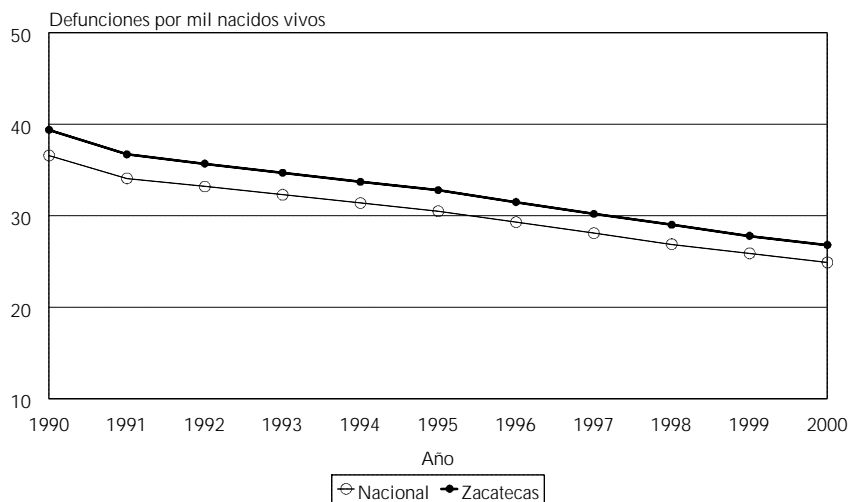
El notable descenso de la mortalidad en México es fiel reflejo de las mejoras en las condiciones generales de vida de la población del país a lo largo del siglo xx. Asociado a este descenso, se registra un importante aumento en la esperanza de vida al nacimiento: en 1930 los hombres vivían, en promedio, 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 Zacatecas, la tasa de mortalidad infantil experimentó un importante descenso al pasar de 39.4 defunciones por cada mil nacidos vivos en 1990 a 26.8 por mil 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 año 2000 la tasa de Zacatecas es 35.4 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, lo que sitúa a Zacatecas como la novena entidad con la mayor mortalidad infantil en el país (véase gráfica 29).

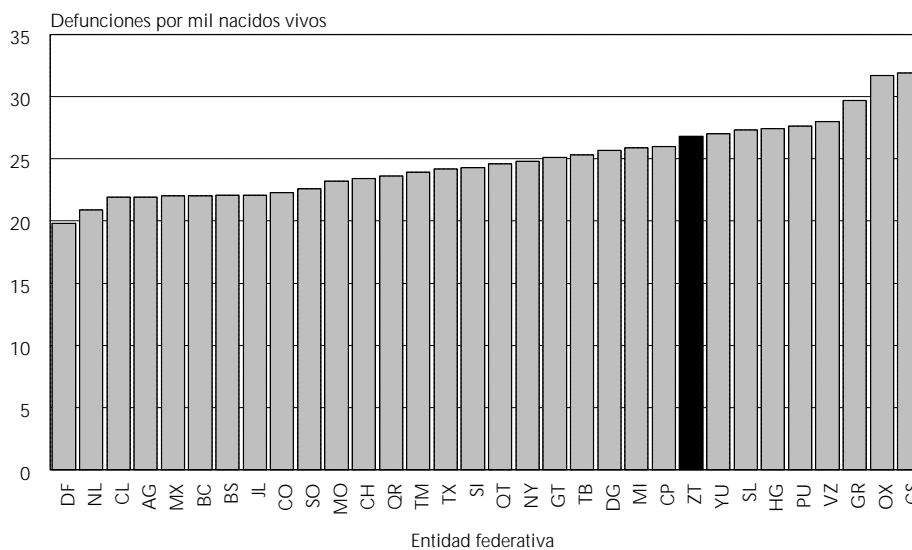
En Zacatecas, al igual que en el ámbito nacional, las afecciones perinatales fueron la principal causa de la mortalidad infantil en 1997, pero a diferencia del entorno nacional, esta causa de muerte experimentó un ligero aumento respecto a 1990. Estas defunciones están estrechamente vinculadas con la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

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



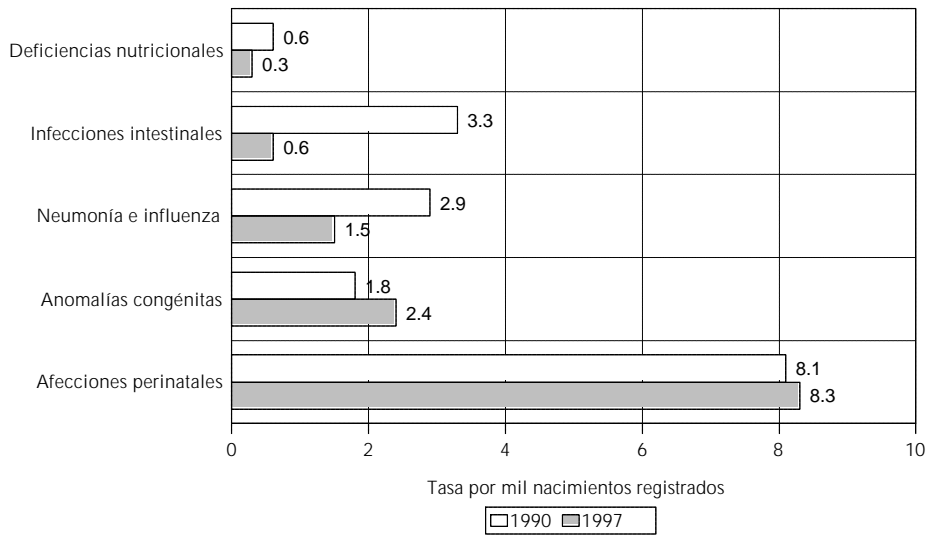
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA

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

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

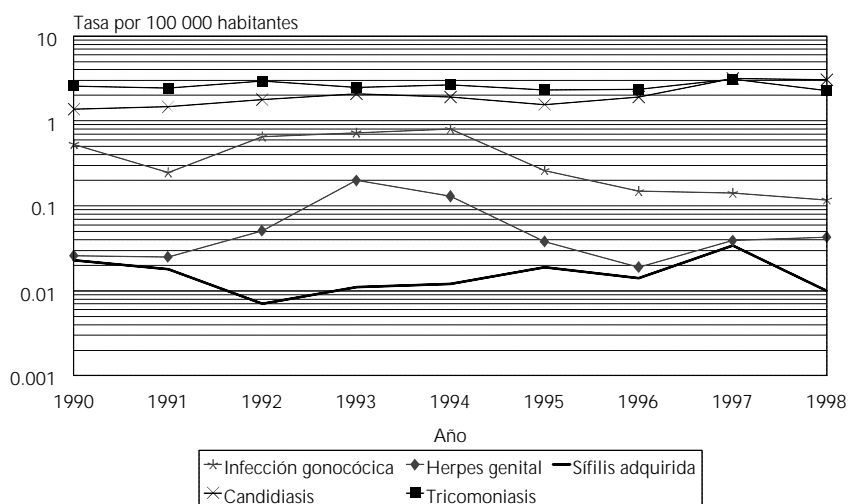
De acuerdo con las estadísticas oficiales, las ETS representan en el país una de las diez primeras causas de morbilidad, con un promedio de 350 mil casos anuales entre 1996 y 1998. Los índices de incidencia de las principales ETS presentaron incrementos importantes entre 1990 y 1998, tanto en términos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

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

En Zacatecas, las dos principales ETS registraron un comportamiento errático entre 1990 y 1998, y el nivel alcanzado en este último año es mayor al registrado para el país en su conjunto: la candidiasis urogenital presentó una incidencia de 304.9 casos por 100 mil habitantes y la tricomoniasis urogenital ascendió a 226.1 por 100 mil (véase gráfica 31). Esto significa que en 1998, Zacatecas ocupa el séptimo lugar con el índice de incidencia más alto de tricomoniasis y se encuentra entre los 18 estados que presentan una incidencia de candidiasis más alta que la del país en su conjunto.

La incidencia de las ETS clásicas en Zacatecas presentaron un comportamiento muy irregular, con una tendencia decreciente. Así, entre 1990 y 1994, la tasa de incidencia de la gonorrea pasó de 53.3 a 80.6 y en 1998 a 11.8 casos por 100 mil; mientras que la sífilis adquirida pasó de 2.3 a un caso por 100 mil habitantes. Cabe destacar que en 1998 la incidencia de ambas enfermedades fue menor que la registrada para el país en su conjunto.

Gráfica 31.
Zacatecas: 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.

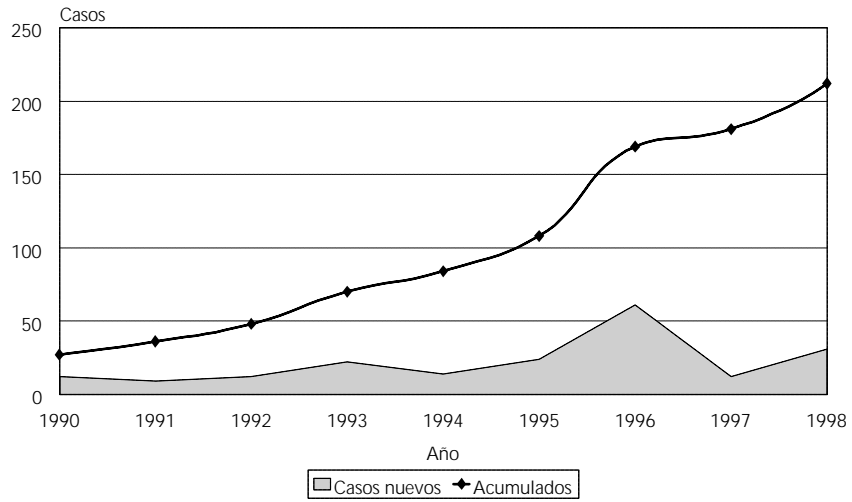
VIH/SIDA

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 que se reportan, como al subregistro de los mismos. De acuerdo con las estimaciones del Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), los casos acumulados de esta enfermedad, desde los primeros notificados en 1983 hasta el 31 de diciembre de 1999, ascendían a 64 mil. Asimismo, en 1997 se estimaba que el número de personas seropositivas (aquellas que viven con el VIH, pero que no han desarrollado el SIDA) oscilaba entre 116 mil y 174 mil personas.

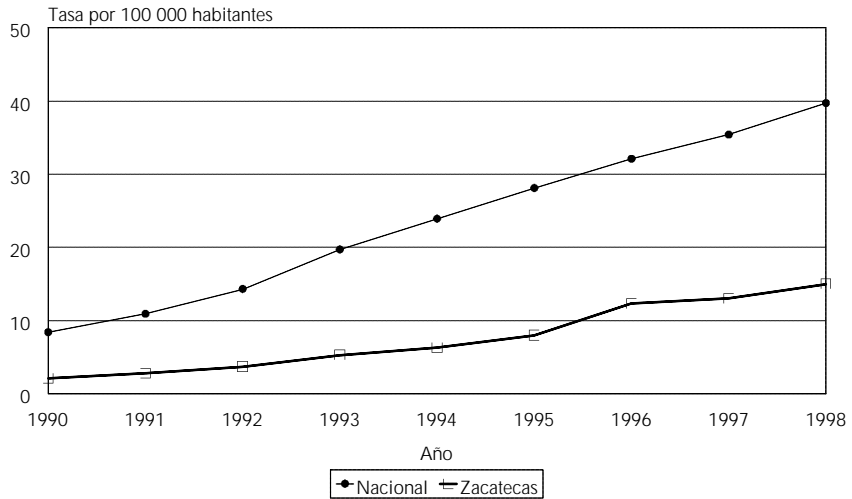
En Zacatecas, el incremento en el número de casos de SIDA fue lento hasta 1992. A partir de este año presentó un comportamiento irregular con una tendencia creciente. Hasta el 31 de diciembre de 1998 se habían registrado 212 casos en el estado, con lo que la incidencia acumulada del SIDA pasó de 2.1 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 15 casos por 100 mil en 1998 (véanse gráficas 32 y 33). A pesar de este incremento, Zacatecas presentó la sexta incidencia acumulada de SIDA más baja del país.

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



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

La proporción de casos cuyo factor de riesgo se desconoce 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 Zacatecas fue ligeramente mayor que lo registrado para el país (29.7% y 28.7%, respectivamente).

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

En Zacatecas, la principal vía de transmisión del VIH/SIDA fue la sexual (81.9%); poco menos de uno de cada siete casos fue contagiado por vía sanguínea (14.8%); y dos por ciento fue infectado por vía perinatal (véase cuadro 18). De los casos cuya vía de transmisión fue la sexual, el contacto heterosexual concentró 40.9 por ciento, siguiendo en orden de importancia el homosexual (24.2%) y el bisexual (16.8%). La razón hombre/mujer de casos de SIDA fue de siete, es decir, había siete hombres infectados por cada mujer.

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

Categoría de transmisión	Casos	Porcentaje
Total	212	100.0
Vía sexual	122	81.9
Homosexual	36	24.2
Bisexual	25	16.8
Heterosexual	61	40.9
Vía sanguínea	22	14.8
Transfusión	18	12.1
Hemofílico	0	0.0
Usuario de drogas intravenosas	3	2.0
Donador remunerado	1	0.7
Exposición ocupacional	0	0.0
Homosexual/drogas	2	1.3
Perinatal	3	2.0
Subtotal	149	100.0
No documentado	63	29.7

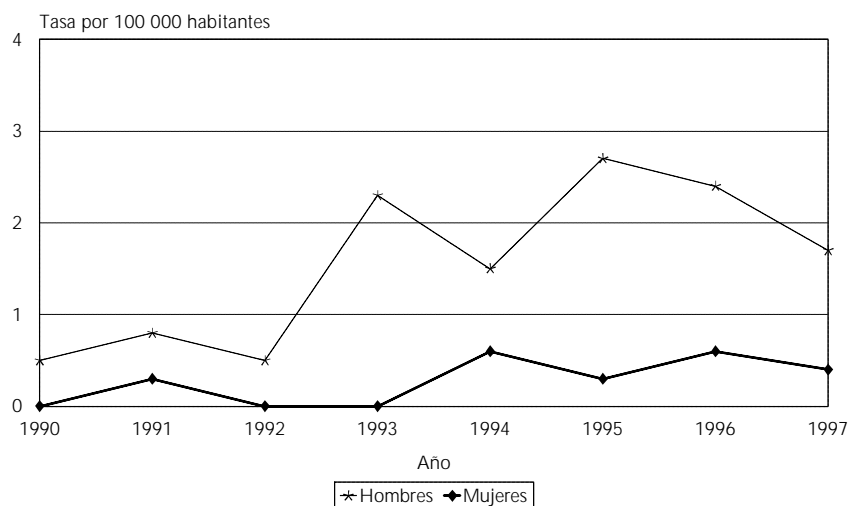
Fuente: registro Nacional de Casos de SIDA. Dirección General de Epidemiología, SSA.

Entre 1989 y 1997, el SIDA ha cobrado 97 muertes en el estado de Zacatecas,¹⁰ con una tasa de mortalidad que ha aumentado de 0.2 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 1.1 en 1997. Cabe destacar que en Zacatecas esta patología todavía no se encuentra dentro de las 20 principales causas de mortalidad general, como ocurre en la mayoría de los estados del país (23 entidades).

La tasa de mortalidad masculina por esta causa presenta una clara tendencia ascendente, al pasar de 0.5 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 1.7 defunciones por 100 mil en 1997 (véase gráfica 34). La tasa de mortalidad femenina es considerablemente menor, registrándose 0.3 defunciones por cada 100 mil mujeres en 1991 y 0.4 defunciones por 100 mil en 1997.

Durante el periodo 1989-1997 fallecieron 82 hombres y 15 mujeres por esta enfermedad. En el caso de los varones, 61 por ciento tenía al momento de morir entre 30 y 44 años de edad. En tanto que ocho de cada diez defunciones femeninas ocurrieron entre los 25 y los 39 años de edad (véase cuadro 19).

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



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

¹⁰ INEGI, Bases de defunciones generales 1989-1997.

Cuadro 19.
Zacatecas: 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	0.0	0.0	0.0
1-4	0.0	0.0	0.0
5-14	0.0	0.0	0.0
15 - 19	0.0	0.0	0.0
20 - 24	5.2	6.1	0.0
25 - 29	11.3	9.8	20.0
30 - 34	23.7	22.0	33.3
35 - 39	24.7	24.4	26.7
40 - 44	12.4	14.6	0.0
45 - 49	8.2	6.1	20.0
50 - 64	9.3	11.0	0.0
65 y más	5.2	6.1	0.0

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

9 Cáncer cérvico uterino y de la mama

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

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

Cáncer cérvico uterino

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

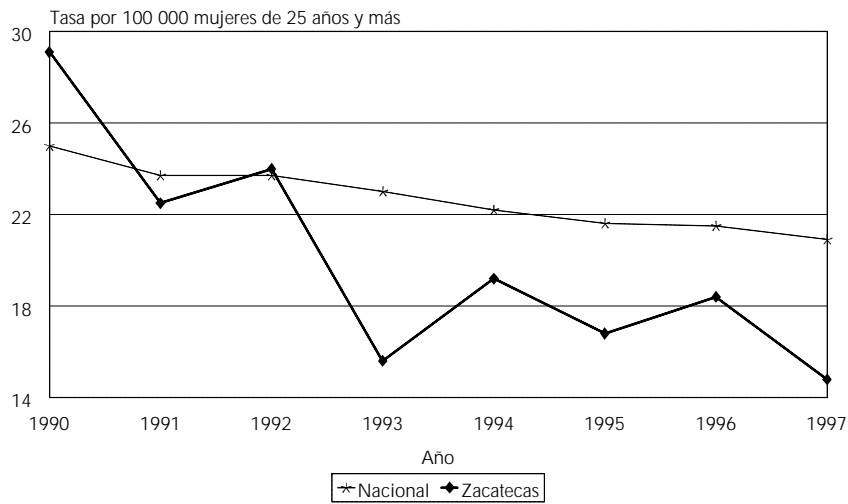
Ante esta situación, el Sector Salud presentó en marzo de 1998 un nuevo Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino con una nueva normatividad, nuevas estrategias y líneas de acción que han sido incorporadas al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Asimismo, se incluyó el elemento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

En Zacatecas, en el periodo 1990-1997, la mortalidad por cáncer cérvico uterino presenta una tendencia a la baja y a partir de 1993 la tasa ha sido menor que la estimada para el país en su conjunto. En 1997, la tasa de mortalidad fue de 14.8 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, por lo que Zacatecas se ubicó, junto con Nuevo León, como la entidad con el más bajo nivel de mortalidad por este cáncer en el país (véase gráfica 35).

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

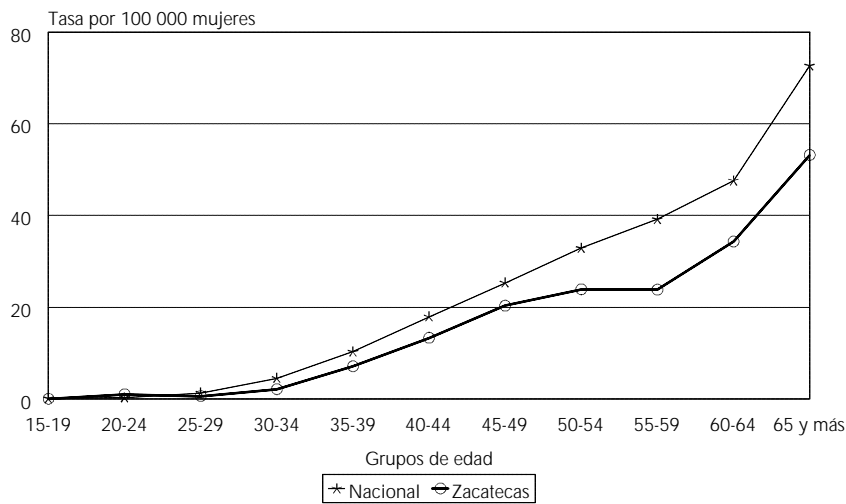
En Zacatecas, en el periodo 1995-1997, la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino para prácticamente todos los grupos de edad es menor que la observada a escala nacional, destacando las mujeres de 65 años y más, que presentaron una tasa de mortalidad menor que sus homólogas nacionales en cerca de 20 puntos porcentuales (véase gráfica 36).

Gráfica 35.
Zacatecas: 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.
Zacatecas: 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.

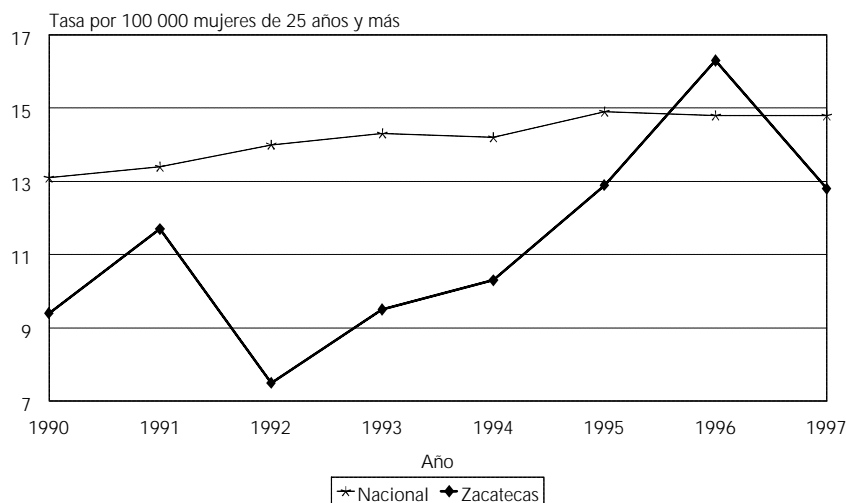
En la actualidad se encuentra en fase de elaboración la Norma Oficial para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de la Mama. Sin embargo, el Sector Salud ya ha iniciado acciones de capacitación entre los prestadores de servicios y ha equipado algunas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

En Zacatecas, la tasa de mortalidad por cáncer mamario presentó una tendencia a la alza entre 1990 y 1997, con un nivel menor al registrado para el país en su conjunto excepto en 1996. En 1997, la tasa de mortalidad fue de 12.8 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, esto es, dos puntos porcentuales menor que la registrada para toda la República, lo que situó a la entidad entre las 21 que presentan una tasa de mortalidad por esta patología menor que la nacional (véase gráfica 37).

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

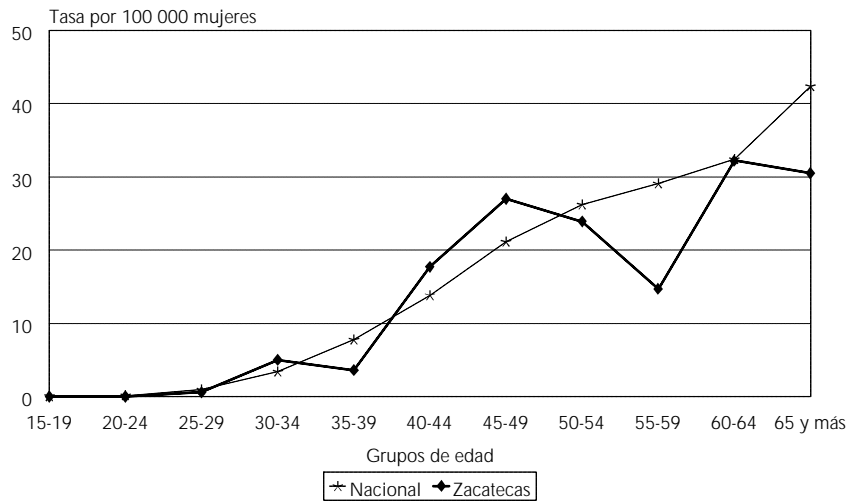
En Zacatecas, las mujeres de todos los grupos de edad registraron un nivel de mortalidad menor que el promedio nacional, con excepción de los grupos 30-34, 40-44 y 45-49. Entre los grupos con menores tasas destacan las mujeres de 55 a 59 y de 65 años y más, que presentaron una diferencia con sus homólogas nacionales de 14.4 y 11.9 puntos porcentuales, respectivamente (véase gráfica 38).

Gráfica 37.
Zacatecas: 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.
Zacatecas: 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 Zacatecas se encuentran en una situación similar a la observada en el país en su conjunto.

La población de Zacatecas se encuentra en una fase de plena transición demográfica y se estima que en el 2000 el nivel de la fecundidad fue de 2.7 hijos por mujer, nivel que corresponde al observado en el país en 1996. El conocimiento de métodos anticonceptivos es prácticamente universal, lo que ha permitido que su utilización sea una práctica generalizada (71.4%), con un nivel de uso similar al de los países más desarrollados.¹¹ Asimismo, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos es menor que la estimada para el país en su conjunto, y las brechas entre regiones y grupos sociales han tendido a reducirse.

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

- ❖ La persistencia de patrones de nupcialidad temprana. En la generación más reciente, poco más de cuatro de cada diez mujeres se unen antes de cumplir 20 años de edad.
- ❖ El inicio de la maternidad a edades tempranas. Una de cada tres mujeres de la generación más reciente inició esta transición del curso de vida antes de los 20 años de edad.
- ❖ Las mujeres con paridad cero no experimentaron avances en la utilización de métodos anticonceptivos entre 1992 y 1997.
- ❖ Las mujeres menores de 20 años son las que presentan los mayores niveles de demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos.

En la dimensión de la salud materno-infantil, Zacatecas se encuentra en un proceso intermedio en la medicalización de la atención prenatal y del parto (87.6% de las mujeres embarazadas acudieron a consulta con un médico y 90.1% se atendió el parto con este agente de salud, entre 1994 y 1997).

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

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

- ✦ La entidad registra la sexta tasa de mortalidad materna más alta del país (seis defunciones por diez mil nacidos vivos registrados).
- ✦ La tasa de mortalidad infantil es la novena más alta de la República.
- ✦ Cerca de 18 por ciento de las mujeres que tuvieron atención prenatal recibió menos de cinco consultas prenatales, elevándose esta proporción a 22 por ciento entre las residentes del medio rural, lo que contraviene la norma de salud respectiva.

Con relación a las enfermedades de transmisión sexual, Zacatecas registra la séptima tasa más alta de incidencia de tricomoniasis urogenital del país, y una tasa de incidencia de candidiasis mayor que la nacional. Sin embargo, la entidad registra la incidencia más baja de sífilis adquirida y la sexta incidencia acumulada más baja de SIDA.

En relación con otros indicadores de la salud de la mujer, las tasas de mortalidad por cáncer cérvico uterino, que se registraron en Zacatecas entre 1993 y 1997, fueron menores que las registradas a escala nacional, y en el último de referencia, la entidad registró, junto con Nuevo León, el nivel más bajo de mortalidad del país por esta patología. Con respecto al cáncer de la mama, el estado presenta una tendencia a la alza en la mortalidad entre 1990 y 1997, aún cuando el nivel alcanzado generalmente ha sido menor al registrado en el país en su conjunto.

Anexo estadístico

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

Año	Nacional	Zacatecas
1990	3.35	4.10
1991	3.25	3.92
1992	3.14	3.75
1993	3.04	3.58
1994	2.93	3.40
1995	2.82	3.20
1996	2.73	3.10
1997	2.65	2.99
1998	2.55	2.87
1999	2.48	2.77
2000	2.40	2.68

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Datos gráfica 4.
Zacatecas: 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	8.0	3.6
15	17.5	8.5
16	26.6	17.4
17	33.4	24.6
18	43.9	35.0
19	55.6	43.3
20	62.8	48.2
21	65.9	53.1
22	70.8	58.8
23	74.4	65.7
24	79.3	73.0
25	85.0	74.8

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

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

Generación	Menos de 16 años	16-19	20-24	Sin unión a los 25 años
1953-1957	17.5	38.0	23.7	20.7
1958-1962	12.9	34.3	30.9	22.0
1963-1967	12.4	32.9	34.5	20.2
1968-1972	8.5	34.8	29.7	27.0

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

Datos gráfica 5.

Zacatecas: 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	23.6	38.5	22.7	15.2
Primaria completa	8.3	43.8	26.9	21.0
Secundaria y más	4.9	25.6	39.7	29.8
Rural	13.0	38.9	25.6	22.5
Urbano	8.5	30.7	35.9	24.8
Total	10.3	33.9	31.9	23.9

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

Datos gráfica 7.

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

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	3.1	2.8	2.4	1.7
16	6.3	6.2	5.5	4.1
17	11.9	11.9	11.0	8.8
18	20.5	19.4	18.2	15.2
19	29.9	28.4	27.0	23.4
20	39.5	38.5	35.9	31.7
21	48.6	46.8	44.2	40.4
22	55.8	54.1	51.7	48.3
23	62.5	60.7	58.2	54.9
24	68.2	66.9	64.1	60.4
25	73.4	71.8	68.6	65.0

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

Datos gráfica 8.
Zacatecas: 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	2.6	7.5	33.1	25.1	29.2	2.5
1958-1962	2.6	7.1	38.7	22.5	27.0	2.0
1963-1967	2.3	9.6	36.7	13.4	31.8	6.2
1968-1972	2.7	9.7	45.7	18.5	20.5	2.9

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

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

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	0.0	0.2	0.0	1.5
16	0.4	0.6	1.0	1.5
17	2.0	1.8	1.8	1.8
18	2.7	2.6	2.5	4.1
19	2.9	4.0	3.6	4.4
20	4.6	4.5	6.4	6.1
21	6.2	5.8	6.8	7.3
22	6.5	6.4	8.5	9.3
23	8.1	7.4	10.0	10.9
24	8.9	8.4	10.9	11.4
25	9.2	9.1	11.2	13.9

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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

Año	Nacional	Zacatecas
1990	5.4	3.7
1991	5.1	5.4
1992	5.0	3.4
1993	4.5	3.9
1994	4.8	4.2
1995	5.3	4.0
1996	4.8	3.9
1997	4.7	6.0

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

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

Año	Nacional	Zacatecas
1990	36.6	39.4
1991	34.1	36.7
1992	33.2	35.7
1993	32.3	34.7
1994	31.4	33.7
1995	30.5	32.8
1996	29.3	31.5
1997	28.1	30.2
1998	26.9	29.0
1999	25.9	27.8
2000	24.9	26.8

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

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

Año	Infección gonocócica	Herpes genital	Sífilis adquirida	Candidiasis	Tricomoniasis
1990	53.3	2.6	2.3	137.4	259.1
1991	24.6	2.5	1.8	146.3	242.1
1992	65.4	5.1	0.7	177.7	293.0
1993	72.8	20.0	1.1	209.1	249.1
1994	80.6	13.0	1.2	191.3	264.6
1995	26.2	3.8	1.9	156.6	232.8
1996	14.8	1.9	1.4	190.6	234.2
1997	14.1	3.9	3.4	317.3	309.8
1998	11.8	4.3	1.0	304.9	226.1

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

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

Año	Casos nuevos	Acumulados
1990	12	27
1991	9	36
1992	12	48
1993	22	70
1994	14	84
1995	24	108
1996	61	169
1997	12	181
1998	31	212

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

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

Año	Nacional	Zacatecas
1990	8.4	2.1
1991	10.9	2.8
1992	14.3	3.7
1993	19.7	5.3
1994	23.9	6.3
1995	28.1	8.0
1996	32.1	12.3
1997	35.4	13.0
1998	39.7	15.0

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

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

Año	Hombres	Mujeres
1990	0.5	0.0
1991	0.8	0.3
1992	0.5	0.0
1993	2.3	0.0
1994	1.5	0.6
1995	2.7	0.3
1996	2.4	0.6
1997	1.7	0.4

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

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

Año	Nacional	Zacatecas
1990	25.0	29.1
1991	23.7	22.5
1992	23.7	24.0
1993	23.0	15.6
1994	22.2	19.2
1995	21.6	16.8
1996	21.5	18.4
1997	20.9	14.8

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

Datos gráfica 36.

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

Edad	Nacional	Zacatecas
15-19	0.1	0.0
20-24	0.3	1.0
25-29	1.3	0.6
30-34	4.5	2.1
35-39	10.3	7.1
40-44	17.9	13.3
45-49	25.3	20.3
50-54	32.9	23.9
55-59	39.2	23.8
60-64	47.6	34.3
65 y más	72.7	53.2

Tasa por 100 000 mujeres.

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

Datos gráfica 37.

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

Año	Nacional	Zacatecas
1990	13.1	9.4
1991	13.4	11.7
1992	14.0	7.5
1993	14.3	9.5
1994	14.2	10.3
1995	14.9	12.9
1996	14.8	16.3
1997	14.8	12.8

Tasa por 100 000 mujeres de 25 años y más.

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

Datos gráfica 38.

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

Edad	Nacional	Zacatecas
15-19	0.0	0.0
20-24	0.1	0.0
25-29	0.9	0.6
30-34	3.4	5.0
35-39	7.8	3.6
40-44	13.8	17.7
45-49	21.1	27.0
50-54	26.2	23.9
55-59	29.1	14.7
60-64	32.4	32.2
65 y más	42.4	30.5

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
Zacatecas

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.