

Cuadernos de salud reproductiva

Tamaulipas



Consejo Nacional de Población

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

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: Adriana Canela, Martha Mora, Myrna Muñoz,
Alberto Reyes, Guillermo Sánchez 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 (FNUAP)  **UNFPA**

© 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
Tamaulipas

Primera edición: septiembre de 2000
ISBN: 970-628-522-9

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

Consejo Nacional de Población

LIC. DIÓ DORO CARRASCO ALTAMIRANO
Secretario de Gobernación y
Presidente del Consejo Nacional de Población

EMB. ROSARIO GREEN
Secretaria de Relaciones Exteriores

LIC. JOSÉ ÁNGEL GURRÍA TREVIÑO
Secretario de Hacienda y Crédito Público

DR. CARLOS M. JARQUE URIBE
Secretario de Desarrollo Social

M. en C. JULIA CARABIAS LILLO
Secretaria de Medio Ambiente, Recursos Naturales y Pesca

ING. ROMÁ RICO ARROYO MARROQUÍN
Secretario de Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural

LIC. MIGUEL LIMÓN ROJAS
Secretario de Educación Pública

LIC. JOSÉ ANTONIO GONZÁ LEZ FERNÁNDEZ
Secretario de Salud

LIC. MARIANO PALACIOS ALCOCER
Secretario del Trabajo y Previsión Social

LIC. EDUARDO ROBLEDO RINCÓN
Secretario de la Reforma Agraria

LIC. ROSARIO ROBLES BERLANGA
Jefa de Gobierno del Distrito Federal

LIC. SOCORRO DÍAZ PALACIOS
Directora General del Instituto de Seguridad y
Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

LIC. MARIO LUIS FUENTES ALCALÁ
Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

JOSÉ ÁNGEL PESCADOR OSUNA
Subsecretario de Población y de Servicios Migratorios
y Presidente Suplente del Consejo Nacional de Población

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General del Consejo Nacional de Población

Secretaría de Gobernación

LIC. DIÓ DORO CARRASCO ALTAMIRANO
Secretario de Gobernación

LIC. DIONISIO PÉREZ JÁ COME
Subsecretario de Gobierno

LIC. ARMANDO LABRA MANJARREZ
Subsecretario de Desarrollo Político

LIC. HUMBERTO LIRA MORA
Subsecretario de Asuntos Religiosos

JOSÉ Á NGEL PESCADOR OSUNA
Subsecretario de Población y de Servicios Migratorios

LIC. JORGE TELLO PEÓN
Subsecretario de Seguridad Pública

LIC. GABINO CUÉ MONTEAGUDO
Subsecretario de Comunicación Social

LIC. GERARDO CAJIGA ESTRADA
Oficial Mayor

LIC. RAÚ L R. MEDINA RODRÍGUEZ
Contralor Interno

Secretaría General del Consejo Nacional de Población

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General

GABRIELA BREÑA SÁNCHEZ DRA. ROSA MARÍA RUBALCAVA
Directora General de Programas de Población Directora General de Estudios de Población

LIC. ALICIA CARVAJAL SANTILLÁN MTRO. VIRGILIO PARTIDA BUSH
Directora de Comunicación en Población Director de Investigación Demográfica

MTRA. CRISTINA AGUILAR IBARRA MTRO. JOSÉ LUIS ÁVILA MARTÍNEZ
Directora de Educación Director de Estudios Socioeconómicos
en Población y Regionales

MTRO. OCTAVIO MOJARRO DÁVILA M. en I. GUSTAVO ARGIL CARRILES
Director de Consejos Estatales Director de Apoyo Técnico
de Población

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	22
3 Práctica anticonceptiva	24
Conocimiento de métodos anticonceptivos	24
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos	27
Estructura de uso de métodos anticonceptivos	30
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos	31
Anticoncepción posparto	34
Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos	36
4 Salud materna	39
Nivel de la mortalidad materna	39
Causas de mortalidad materna	41
Aborto	42
5 Atención a la mujer embarazada	43
Atención prenatal	43
Cobertura institucional de la atención prenatal	45

Inicio de la atención prenatal	45
Intensidad y calidad de la atención prenatal	46
Atención del parto	48
Lugar de atención del parto	49
Tipo de parto	50
Atención durante el puerperio	51
6 Lactancia materna	52
Edad de la ablactación	54
7 Mortalidad infantil	56
8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA	59
VIH/SIDA	60
9 Cáncer cérvico uterino y de la mama	64
Cáncer cérvico uterino	64
Cáncer de la mama	66
Conclusiones	68
Anexo estadístico	70
Nomenclatura de las entidades federativas	76

Presentación

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

El Programa Nacional de Población 1995-2000 establece entre sus prioridades asegurar a las personas de todos los grupos sociales y regiones del país, el acceso a la información pertinente, veraz y comprensible y a una amplia gama de servicios de salud reproductiva incluida la planificación familiar, la salud perinatal, la salud de la mujer y la prevención, detección y manejo de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

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

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

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

Dr. Rodolfo Tuirán
Secretario General

Introducción

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

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

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

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

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

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

Cabe destacar que México ha experimentado un acelerado proceso de urbanización a lo largo del presente siglo, que también se manifiesta en Tamaulipas. En 1995, casi 83 por ciento de la población estatal residía en localidades de más de 2 500 habitantes; sin embargo, de las 9 424 localidades censadas en el estado, 97.8 por ciento contaba con menos de 500 habitantes y en ellas residía 10.5 por ciento de la población.² La gran cantidad de localidades pequeñas y de difícil acceso representa un reto para las acciones orientadas a satisfacer las demandas de salud y de otros servicios públicos.

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

El avance educativo del país ha sido notable en las décadas pasadas, y también en el estado de Tamaulipas. En 1997, el promedio de escolaridad alcanzado por la población de 15 años y más de la entidad ascendió a 7.8 años de educación formal, en tanto que para el país esta cifra fue de 7.4 años. Tamaulipas, junto con Aguascalientes, se encuentra en el séptimo nivel más alto de escolaridad de todas las entidades del país, superada en dos años por el Distrito Federal (9.8 años de escolaridad promedio), que es la entidad con el nivel más alto de escolaridad de la República. En 1997, sólo 6.8 por ciento de la población no había asistido a la escuela, 20.7 por ciento no había concluido la primaria, 17.9 por ciento terminó la instrucción primaria, 23.6 por ciento contaba con algún grado de secundaria o su equivalente y 31 por ciento tenía estudios posteriores a secundaria. Cabe hacer notar que no se aprecian diferencias acentuadas entre hombres y mujeres en los niveles de escolaridad alcanzados: el número promedio de años de escolaridad fue de ocho para los hombres y de 7.6 para las mujeres. La proporción que representan las personas sin instrucción es ligeramente mayor entre las mujeres que entre los hombres: 7.3 y 6.3 por ciento, respectivamente.³

Se prevé que el desarrollo económico y social alcanzado por Tamaulipas tendrá implicaciones positivas para la salud reproductiva de su población. Cabe destacar que esta entidad es una de las ocho del país cuyo índice de marginación es *bajo*; 57.7 por ciento de la población de la entidad reside en municipios de *muy baja* marginación, 21.6 por ciento vive en municipios de *baja* marginación, 17.2 por ciento en condiciones de marginación *media*, y 3.5 por ciento reside en municipios de *alta* marginación.⁴

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

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

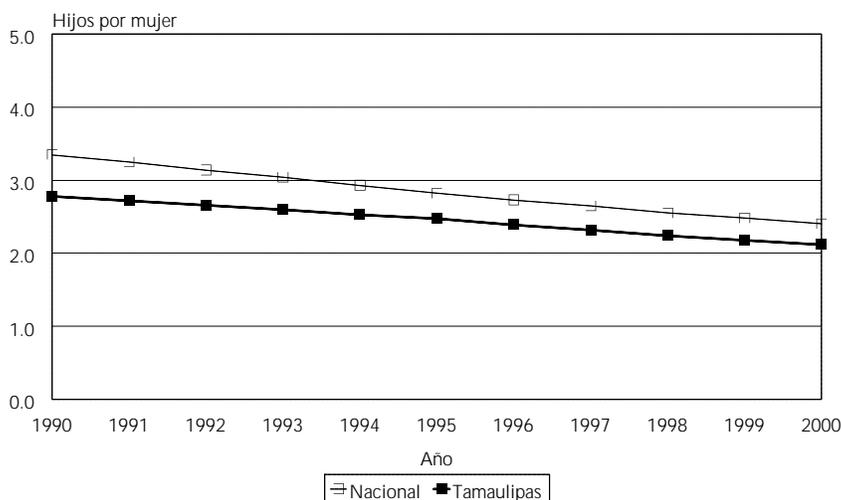
⁴ CONAPO/Progres, *Índices de marginación, 1995*, México.

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 en la actualidad (año 2000) se estima que se sitúa en alrededor de 2.4 hijos por mujer (véase gráfica 1).

En Tamaulipas las mujeres también redujeron de manera significativa el tamaño de la descendencia, aunque esta disminución no fue tan pronunciada como la que presentaron las entidades de alta fecundidad. La tasa global de fecundidad pasó de 2.78 hijos por mujer en 1990 a 2.66 en 1992; descendió a 2.32 en 1997, y en la actualidad se estima en 2.12 hijos por mujer. Este nivel de la fecundidad es el quinto más bajo del país junto con el de Sinaloa y Sonora, y ubicó a Tamaulipas entre las dieciséis entidades que se encuentran en la actualidad por debajo del promedio nacional (véase gráfica 2).

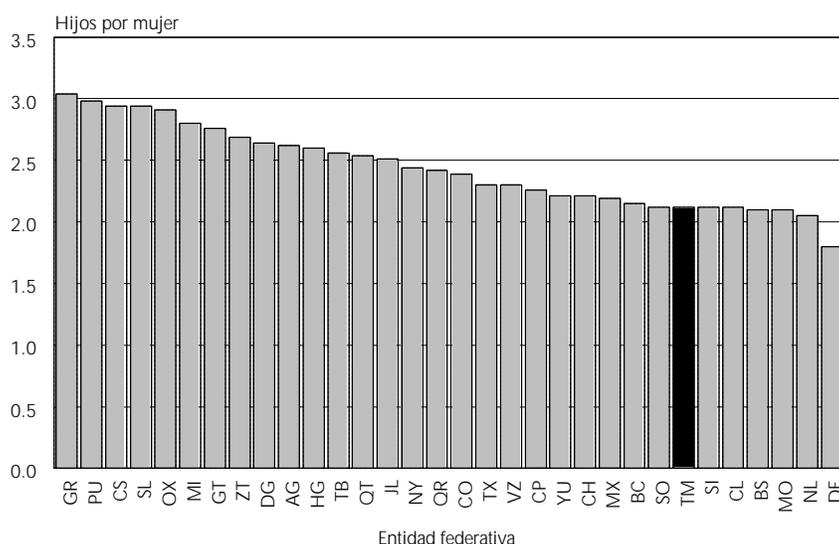
Gráfica 1.
Tamaulipas: tasa global de fecundidad, 1990-2000



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.

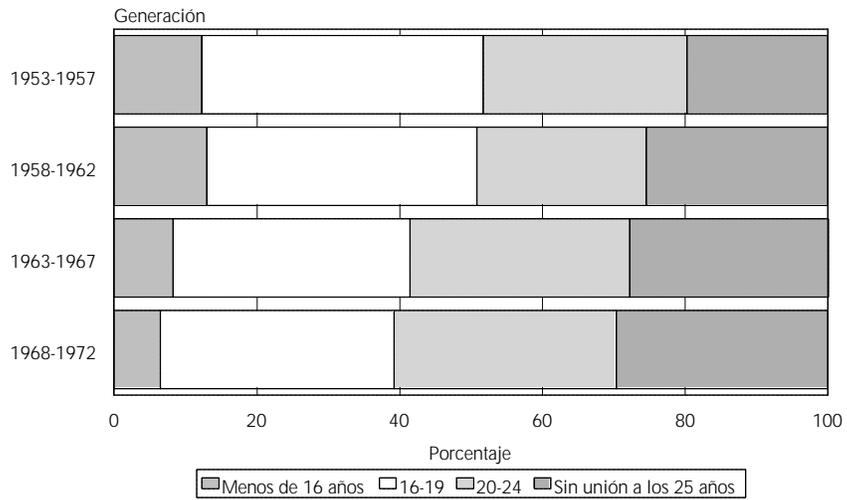
Edad a la primera unión

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.

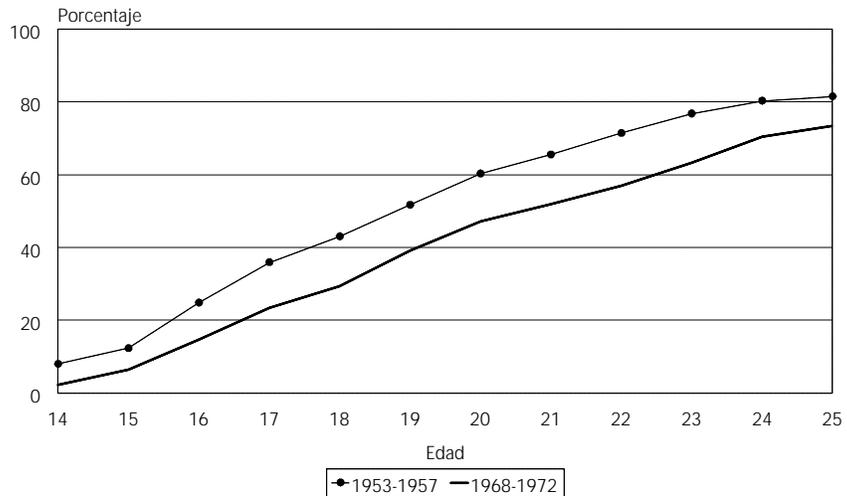
En el caso de Tamaulipas, este indicador muestra que entre las generaciones 1953-1962 y 1968-1972 se da un retraso de casi dos años en la edad mediana al matrimonio (de 19.9 a 21.6 años), lo que sugiere que en la entidad han ocurrido cambios en el patrón de matrimonio. La tendencia a la postergación de la primera unión también puede apreciarse en la disminución del porcentaje de mujeres que contrae nupcias a edades tempranas en las generaciones más recientes: mientras que 51.7 por ciento de las mujeres nacidas entre 1953 y 1957 se unió antes de cumplir 20 años, 39.2 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 12.3 a 6.5 por ciento, entre generaciones (véanse gráficas 3 y 4).

Gráfica 3.
Tamaulipas: 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.

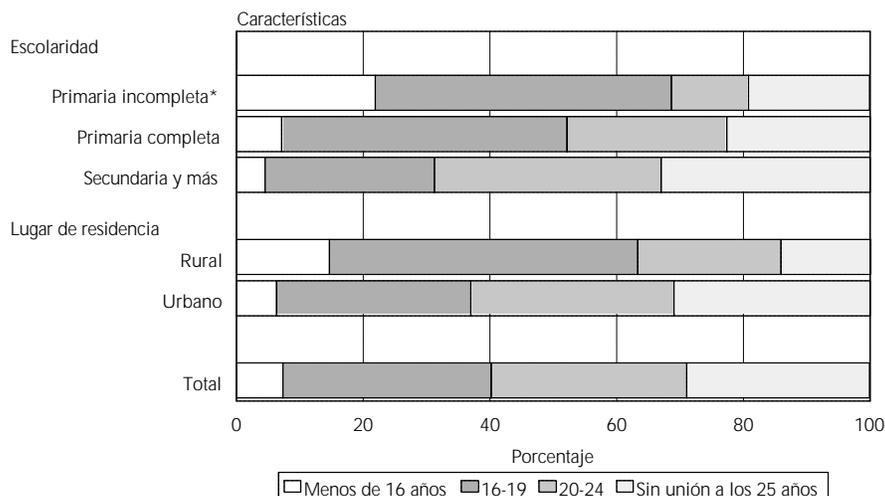
Gráfica 4.
Tamaulipas: proporción acumulada
de mujeres nacidas entre 1953-1957 y entre 1968-1972
que se encontraban unidas en primeras nupcias a cada edad, 1997



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

El matrimonio a edades tempranas es más frecuente en el medio rural que en el urbano: 63.3 por ciento de las mujeres de la generación 1963-1972, residentes en localidades rurales, se unió antes de cumplir 20 años de edad; en contraste, en las localidades urbanas este valor ascendió a 37 por ciento (véase gráfica 5). Cuando se analiza el patrón de nupcialidad de acuerdo al nivel educativo de la mujer, las diferencias se agudizan: 31.2 por ciento de las mujeres 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 68.7 por ciento.

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



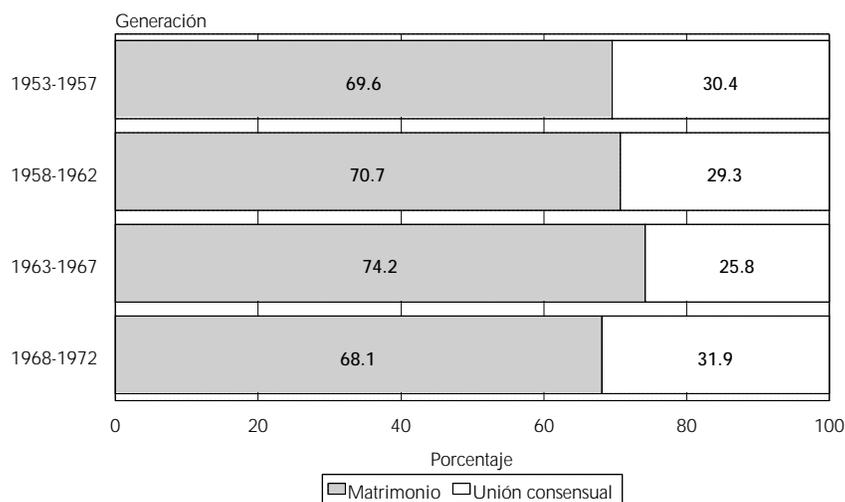
* Menos de 100 casos en muestra.
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Tipo de primera unión

En Tamaulipas, a diferencia del ámbito nacional, no se observan cambios en la forma en la que se inicia la vida en pareja. 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 la proporción de uniones consensuales se ha mantenido alrededor de 30 por ciento, con excepción de las mujeres nacidas entre 1963 y 1967 cuya proporción disminuyó a una de cada cuatro (véase gráfica 6). Así, para las mujeres de la generación 1968-1972, 31.9 por ciento se unió de manera consensual, cifra menor a la observada en el país en su conjunto (36.3%).

Gráfica 6.

Tamaulipas: 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.

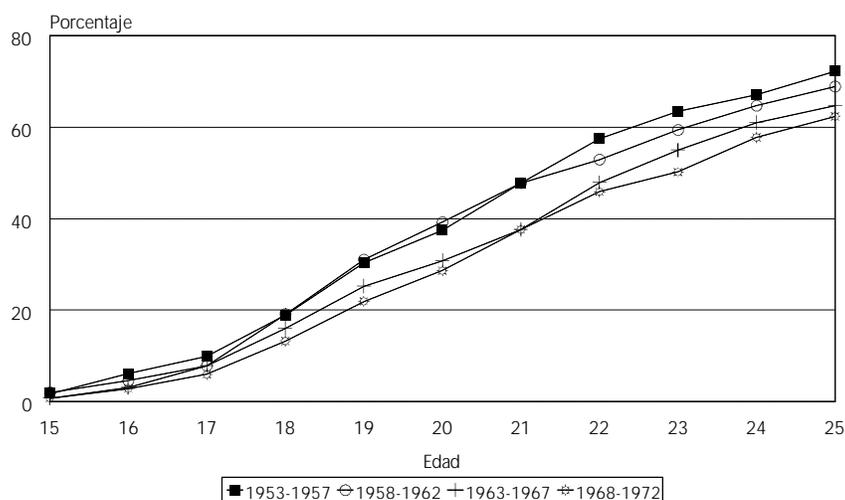
Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)

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 Tamaulipas se han registrado algunos cambios en la edad a la que las mujeres inician la maternidad, como lo muestra la probabilidad acumulada de que ocurra este evento antes de cumplir cada edad, para las distintas generaciones de nacimiento (véase gráfica 7).

La probabilidad de iniciar la maternidad antes de los 20 años comienza a reducirse entre las mujeres más jóvenes: poco menos de cuatro de cada diez mujeres nacidas entre 1953 y 1962 tuvieron a su primer hijo(a) antes de los 20 años de edad, mientras que alrededor de tres de cada diez mujeres de las generaciones más recientes (1963-1967 y 1968-1972) presentaron este comportamiento. Asimismo, el porcentaje de mujeres que inicia la maternidad antes de cumplir la mayoría de edad es más bajo entre las mujeres de las generaciones recientes: pasó de 18.9 por ciento entre las mujeres de la generación 1953-1957 a 13.2 por ciento entre las nacidas en el periodo 1968-1972.

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

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



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

Intervalo protogenésico

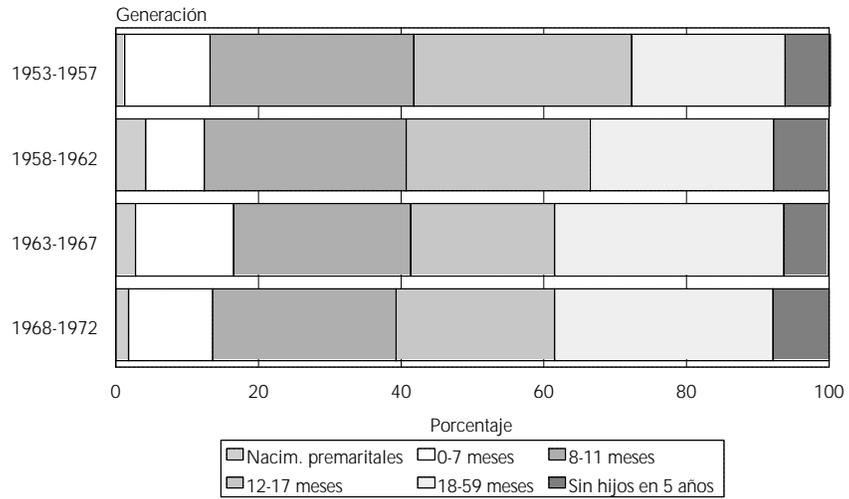
El tiempo que transcurre entre la primera unión y el nacimiento del primer hijo(a), denominado intervalo protogenésico, permite caracterizar una pauta del patrón reproductivo que tiene profundas implicaciones demográficas y sociales.

El análisis de la duración del intervalo protogenésico de las mujeres unidas de 25 a 49 años según generación de nacimiento muestra que la mayor parte de las mujeres de cada una de las generaciones observadas tuvo su primer hijo(a) durante los primeros 18 meses de la unión o matrimonio, lo cual indica que la práctica de postergar la llegada del primer hijo(a) no se ha extendido entre la población de Tamaulipas (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 Tamaulipas, a diferencia del conjunto nacional, las mujeres unidas de la generación más reciente no presentan una proporción mayor de embarazos premaritales que las generaciones anteriores a ellas. Se entiende como mujeres con embarazo premarital a todas aquellas que tuvieron su primer nacimiento cuando se encontraban solteras o dentro de los primeros siete meses de la unión o matrimonio. En la generación más reciente este porcentaje asciende a 13.6, mientras que en la generación previa es de 16.5 por ciento y en la de mayor edad es de 13.2. Los datos sugieren que tanto los nacimientos de madres solteras, como las concepciones premaritales, están disminuyendo después de haber registrado un aumento.

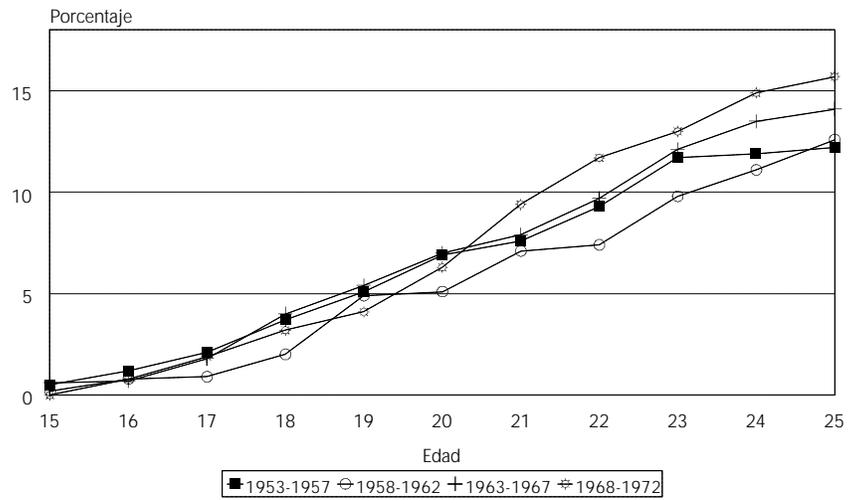
Con el objeto de conocer con mayor precisión la incidencia del embarazo premarital, se calculó la probabilidad acumulada de que una mujer inicie el embarazo del primer hijo(a) estando soltera (véase gráfica 9). En Tamaulipas se ha producido un ligero aumento en la proporción de mujeres que se embarazan de su primer hijo(a) bajo esa circunstancia, de tal

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



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

Gráfica 9.
Tamaulipas: 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.

manera que la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 25 años de edad aumentó de 12.2 por ciento entre las mujeres de la generación 1953-1957 a 15.7 por ciento para las mujeres de la generación 1968-1972. Asimismo, el peso de los embarazos premaritales en la probabilidad de tener al primer hijo(a) antes de los 25 años de edad ascendió, para esas mismas generaciones, a 16.9 y 25.2 por ciento, respectivamente.⁶

En este estado fronterizo, la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 20 años ha oscilado entre cinco y siete por ciento en las distintas generaciones. Sin embargo, 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. Mientras que 18.4 por ciento de las mujeres de la generación 1953-1957 que tuvo a su primer hijo(a) durante la adolescencia inició el embarazo estando soltera, este porcentaje aumentó a 22 por ciento entre las mujeres de la generación 1968-1972.

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

2 Preferencias reproductivas

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

Número ideal de hijos e hijas

En 1997, el número ideal de hijos e hijas que en promedio declararon las mujeres unidas de Tamaulipas fue de tres hijos(as), mientras que para ese mismo año, a escala nacional, fue de 3.2 (véase cuadro 1). Ambos promedios se encuentran por encima del nivel de la fecundidad registrada en ese año en los dos contextos (Tamaulipas registró una TGF de 2.3 hijos en 1997 y el país de 2.7). Las mujeres de distintos grupos de edad registran diferencias importantes en el número ideal de hijas(os), de manera que a mayor edad mayor número de hijos(as) deseados. Las mujeres de 45 a 49 años de edad declararon un ideal promedio de 4.1, mientras que las mujeres adolescentes (de 15 a 19 años), que se encuentran al inicio de su vida reproductiva, mostraron preferencias por familias más pequeñas (2.5). Cabe hacer notar que a partir de los 35 años, el promedio del número ideal de hijas(os) es menor que la descendencia alcanzada.

La escolaridad alcanzada por 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 hijas(os). Así, mientras que las mujeres con primaria incompleta declararon un ideal de 3.6 hijos(as), las mujeres con secundaria o más externaron una preferencia menor en casi un hijo(a) (2.7 en promedio). Es importante resaltar que, en promedio, las mujeres con primaria incompleta reportaron como ideal 0.3 hijos(as) menos al de la paridad alcanzada, en tanto que las de mayor escolaridad declararon como ideal 0.8 hijos(as) más que su fecundidad real.

Los tamaños ideales de familia son mayores en el medio rural que en el ámbito urbano (3.7 y 2.9, respectivamente) y se observa que en ambos casos el número ideal de hijos e hijas es ligeramente mayor a la descendencia alcanzada.

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

Características	Ideal	Paridad
Total	3.0	2.6
Grupo de edad		
15-19*	2.5	0.7
20-24	2.6	1.4
25-29	2.8	2.0
30-34	3.0	2.6
35-39	3.1	3.4
40-44	3.7	3.9
45-49	4.1	4.8
Escolaridad		
Sin escolaridad	-	-
Primaria incompleta	3.6	3.9
Primaria completa	3.2	2.7
Secundaria y más	2.7	1.9
Lugar de residencia		
Rural	3.7	3.2
Urbano	2.9	2.5

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Cerca de la mitad de las mujeres con tres hijos(as) declaró un número ideal de hijos e hijas igual a su paridad. Cabe señalar que casi tres de cada cinco mujeres con dos hijos(as) (59.7%) reportó un número ideal mayor que su paridad, en tanto que para la mayoría de las mujeres con cinco hijos(as) ó más (64.9%) el número citado como ideal es más reducido que la descendencia alcanzada (véase cuadro 2).

El tamaño de familia más frecuentemente citado fue de dos y tres (34.2% y 35.6%, respectivamente), mientras que sólo 1.4 por ciento declaró que su ideal era no tener descendencia.

Deseo de más hijos o hijas

En Tamaulipas la gran mayoría de las mujeres unidas en edad fértil (58.9%) se encuentra con paridad satisfecha debido a que expresa su deseo de ya no tener más hijos(as) (véase gráfica 10). Esta situación es ligeramente mayor en el ámbito urbano que en el rural.

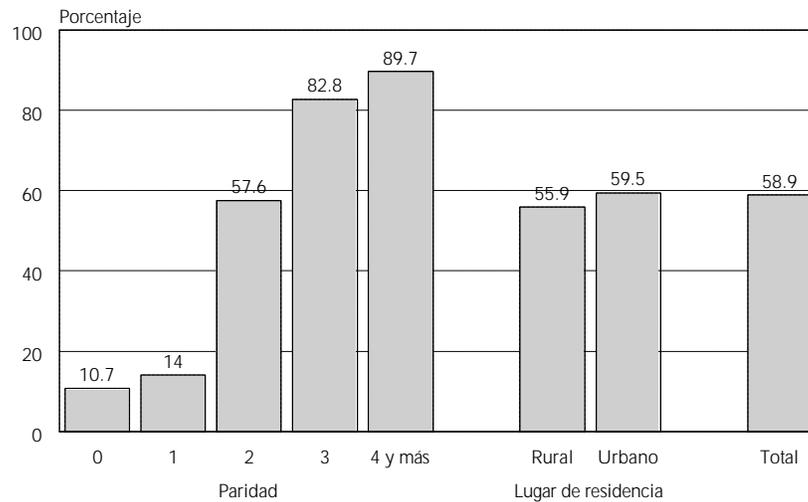
Las mujeres con menos de dos hijos(as) en su mayoría desean ampliar el tamaño de su descendencia. En contraste, entre las que ya han tenido dos hijos y entre aquéllas con paridades mayores, casi seis y nueve de cada diez, respectivamente, no desean incrementar su paridad.

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

Paridad	Número ideal de hijos/as					
	0	1	2	3	4	5 y más
Total	1.4	4.0	34.2	35.6	15.5	9.2
0	2.4	8.7	47.0	34.0	7.5	0.3
1	0.0	6.2	53.9	32.9	4.9	2.1
2	1.9	2.3	36.3	41.7	15.1	2.9
3	1.6	3.9	19.0	48.4	19.1	8.0
4	1.3	1.3	22.8	15.8	41.4	17.5
5 y más	2.1	3.0	22.9	24.7	12.2	35.1

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

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



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

3 Práctica anticonceptiva

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

Conocimiento de métodos anticonceptivos

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

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

El estado de Tamaulipas registró uno de los mayores porcentajes de mujeres en edad fértil que declaró conocer al menos un método anticonceptivo en 1997 (98.5%) (véase cuadro 3). La difusión de la planificación familiar se ha generalizado de tal forma que prácticamente no se registran diferencias entre grupos socioeconómicos y demográficos.

La pastilla ha sido, desde el inicio de la difusión de la planificación familiar en México, el método anticonceptivo más conocido y en Tamaulipas continúa siendo el más popular: alrededor de 96 por ciento de las 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, las inyecciones (94.5%), el condón (94.2%), la oclusión tubaria bilateral (OTB) o esterilización femenina (91.7%), el dispositivo intrauterino (DIU) (91.0%), y la vasectomía (85.3%).

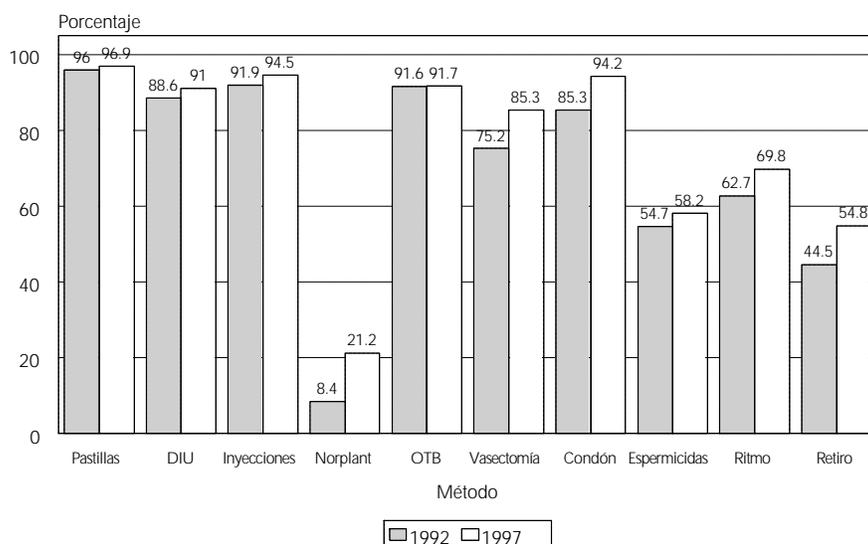
Cuadro 3.
Tamaulipas: porcentaje de mujeres
en edad fértil que conoce al menos un método
anticonceptivo, según características seleccionadas, 1992 y 1997

Características	1992	1997
Total	98.1	98.5
Grupo de edad		
15-19	95.4	95.8
20-24	97.7	98.7
25-29	98.5	99.4
30-34	99.8	98.7
35-39	99.3	99.5
40-44	100.0	100.0
45-49	99.1	99.4
Paridad		
0	95.5	96.3
1	100.0	99.9
2	99.8	100.0
3	99.7	100.0
4 y más	99.5	99.3
Escolaridad		
Sin escolaridad	99.1	99.3
Primaria incompleta	97.3	97.2
Primaria completa	95.1	96.4
Secundaria y más	99.8	99.7
Lugar de residencia		
Rural	92.6	95.8
Urbano	99.2	99.0

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

Dado el alto nivel de conocimiento que se registró en los años de referencia, no se observaron cambios importantes en el conocimiento de los distintos métodos, con excepción del Norplant, ya que el porcentaje de mujeres que declaró conocerlo aumentó 1.5 veces (al pasar de 8.4% en 1992 a 21.2% en 1997); de la vasectomía, que registró un aumento de diez puntos porcentuales; y de los condones, que aumentaron casi 25 puntos porcentuales en el medio rural (véase cuadro 4).

Gráfica 11.
Tamaulipas: 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.
Tamaulipas: 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	96.0	88.5	97.5	96.9	92.8	97.5
DIU	88.6	74.8	91.4	91.0	85.7	91.8
Inyecciones	91.9	83.8	93.5	94.5	90.8	95.1
Norplant	8.4	4.8	9.1	21.2	17.2	21.9
OTB	91.6	81.0	93.6	91.7	86.1	92.6
Vasectomía	75.2	54.2	79.3	85.3	70.1	87.8
Condomes	85.3	62.9	89.6	94.2	87.8	95.3
Espermicidas	54.7	27.9	59.9	58.2	40.3	61.1
Ritmo	62.7	28.7	69.4	69.8	46.5	73.6
Retiro	44.5	22.3	48.8	54.8	41.6	56.9

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

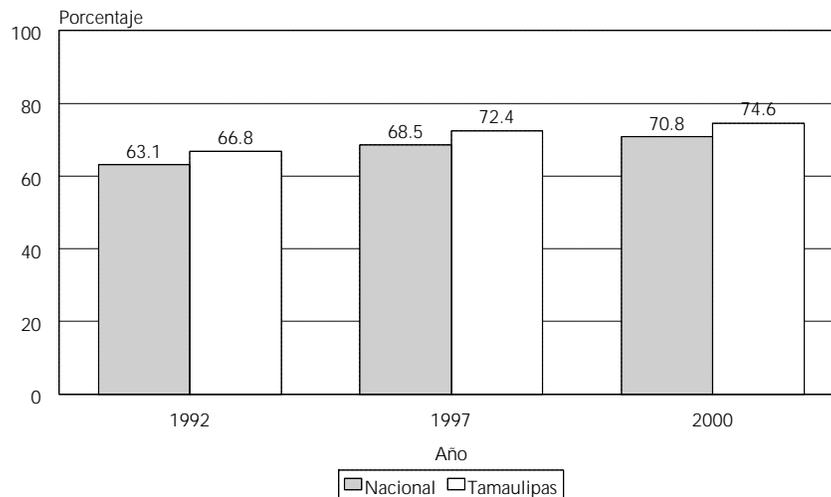
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos

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 durante el año 2000 este porcentaje ascenderá a 70.8 por ciento (véase gráfica 12).

En el estado de Tamaulipas, el porcentaje de mujeres casadas o unidas que hacía uso de alguna forma de regulación de su fecundidad fue de 66.8 por ciento en 1992, esta cifra ascendió a 72.4 por ciento en 1997 y se estima que en la actualidad es de 74.6 por ciento, lo que ubica a la entidad dentro de las 20 que están por encima del promedio nacional (véase gráfica 13).

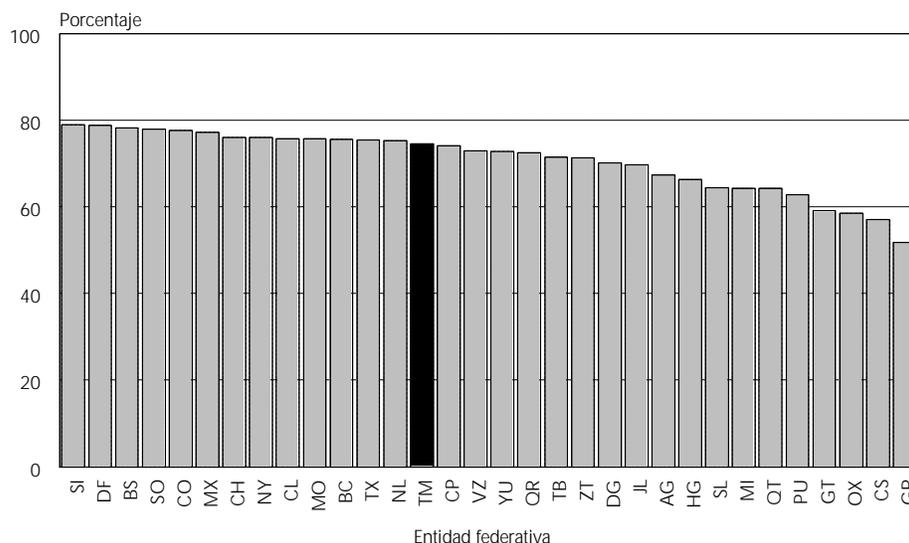
Estos resultados sugieren avances considerables en el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres de Tamaulipas en el quinquenio 1992-1997 que se evidencian al desagre-

Gráfica 12.
Tamaulipas: 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.

garlos según algunas variables sociodemográficas (véase cuadro 5). En este periodo, la prevalencia anticonceptiva se incrementó en casi todos los grupos de edad, con excepción del grupo de mujeres de 30 a 34 años, cuya prevalencia anticonceptiva se mantuvo en alrededor de 73 por ciento. A pesar del aumento sustantivo experimentado entre las mujeres con paridad cero, el nivel de uso continúa siendo muy reducido (23.9%). En 1997, los mayores niveles de uso se presentaron entre las mujeres de 25 a 44 años de edad; en esas edades alrededor de siete y ocho de cada diez mujeres utilizaban algún método para regular su fecundidad (véase gráfica 14).

El rezago social también ha condicionado la práctica anticonceptiva. Sin embargo, el notable aumento en la prevalencia observado en Tamaulipas 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 (71.1% y 72.6%, respectivamente) y la brecha entre mujeres rurales y urbanas fuera casi inexistente (71.6% y 72.5%, respectivamente).

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

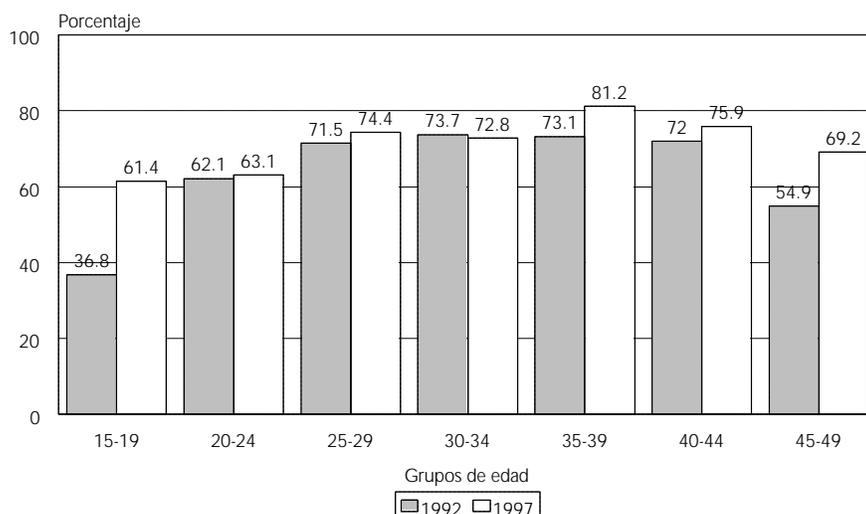
Características	1992	1997
Total	66.8	72.4
Grupo de edad		
15-19*	36.8	61.4
20-24	62.1	63.1
25-29	71.5	74.4
30-34	73.7	72.8
35-39	73.1	81.2
40-44	72.0	75.9
45-49	54.9	69.2
Paridad		
0	13.8	23.9
1	54.4	60.7
2	72.8	80.5
3	77.8	86.3
4 y más	74.9	81.2
Escolaridad		
Sin escolaridad	51.9*	-
Primaria incompleta	63.3	71.1
Primaria completa	69.5	72.6
Secundaria y más	69.8	72.6
Lugar de residencia		
Rural	55.0	71.6
Urbano	69.5	72.5

* 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.
Tamaulipas: 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.

Estructura de uso de métodos anticonceptivos

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

La estructura de uso de métodos que se observó en Tamaulipas en 1997 muestra algunas diferencias con el patrón nacional: la OTB apareció como el método más usado por las mujeres en edad fértil (42.7%); como segundo método se ubicaron tanto el DIU como la pastilla (16.1% en ambos casos); y los naturales se ubicaron como el cuarto método más importante (10.8%). A pesar de la importancia relativa de la pastilla en la mezcla de métodos, es importante señalar que, entre 1992 y 1997, ésta redujo su participación en casi cinco puntos porcentuales, en tanto que la OTB disminuyó alrededor de cuatro puntos. Por el contrario, el DIU y los métodos naturales incrementaron su participación en la estructura de uso en 4.2 y 3.3 puntos porcentuales, respectivamente (véase cuadro 6).

Tanto en el área rural como en las ciudades predominó el uso de métodos modernos. Sin embargo, en 1997, el porcentaje que usaba estos métodos era ligeramente mayor en la zona rural que en la urbana (90.5% y 89%, respectivamente). Al interior de las localidades rurales

Cuadro 6.
Tamaulipas: 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	20.9	27.9	19.7	16.1	21.6	15.1
DIU	11.9	11.8	11.9	16.1	12.5	16.7
Inyecciones	7.5	2.4	8.4	7.1	5.8	7.3
Locales	0.0	0.0	0.0	0.5	0.4	0.5
Condomes	4.6	4.1	4.7	6.0	3.8	6.4
OTB	46.6	46.7	46.5	42.7	46.3	42.1
Vasectomía	1.2	0.7	1.2	0.7	0.0	0.9
Naturales	7.5	6.5	7.6	10.8	9.5	11.0

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

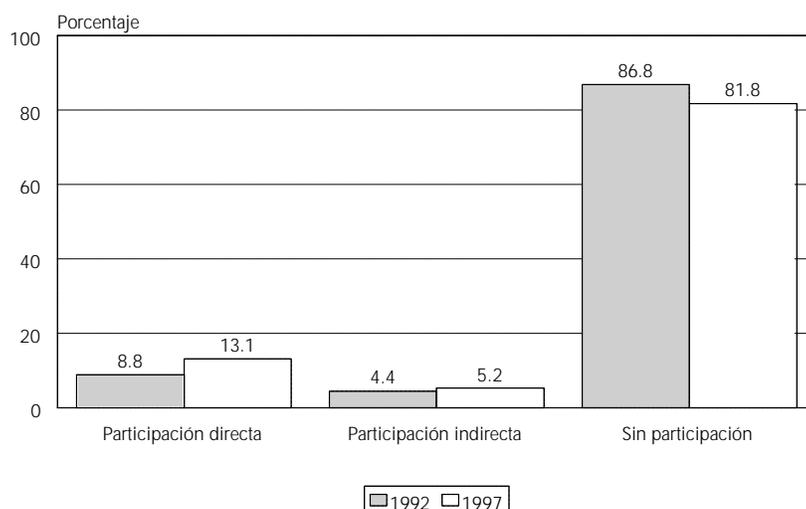
los cambios más importantes en la mezcla de métodos fueron: una disminución en el uso de la pastilla (de 27.9% a 21.6%) y un aumento en los métodos naturales (de 6.5% a 9.5%). En las localidades urbanas cabe destacar el aumento en el uso del DIU (de 11.9% a 16.7%) y la reducción en el porcentaje de mujeres que recurrió a la OTB (de 46.5% a 42.1%) y a la pastilla para regular su fecundidad (de 19.7% a 15.1%).

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 0.7 y seis por ciento de las usuarias de anticonceptivos en Tamaulipas. 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 cerca de una de cada cinco usuarias (véase gráfica 15). Se consideran métodos de uso directo el condón, la vasectomía y el retiro; y de uso indirecto, los métodos locales y el ritmo. En el primer grupo se encuentra 13.1 por ciento de las usuarias y en el segundo 5.2 por ciento. El peso relativo de los métodos que exigen la participación directa o indirecta del varón aumentó entre 1992 y 1997, especialmente en el medio urbano, como resultado del aumento en el uso de los condones y de los naturales, así como de la disminución en el uso de la OTB.

Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos

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

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



Nota: Participación directa= Condón, vasectomía y ritmo.

Participación indirecta= Locales y ritmo.

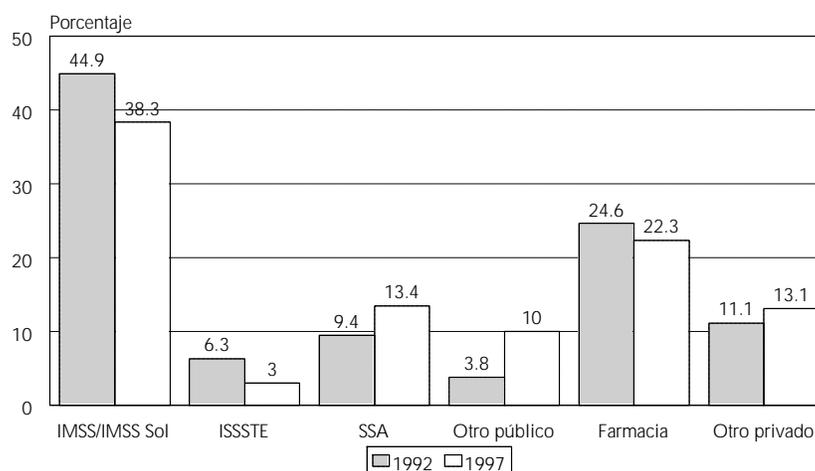
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

Durante los años noventa, las instituciones públicas de salud en Tamaulipas constituyeron la principal fuente de obtención de métodos anticonceptivos: en 1992 su peso relativo fue de 64.4 por ciento, y en 1997 fue de 64.7 por ciento (véase gráfica 16). Sin embargo, a diferencia del entorno nacional, un mayor porcentaje de usuarias de anticonceptivos recurre al sector privado de la entidad, que comprende principalmente farmacias (22.3%) y consultorios y hospitales privados (13.1%). Entre las instituciones del Sector Salud destaca el IMSS, el cual atendió a casi dos quintas partes (38.3%) del total de mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos, y la SSA, que atendió a 13.4 por ciento de las usuarias.

En el área rural, el IMSS fue la principal fuente de obtención de métodos anticonceptivos, tanto en 1992 como en 1997, aunque cabe destacar que en este último año perdió importancia relativa debido al incremento en la participación de la SSA, la cual ocupó el segundo lugar en la provisión de métodos (véase cuadro 7). En el ámbito urbano, el IMSS y las farmacias fueron las principales fuentes de obtención de métodos modernos durante el periodo 1992-1997; en este último año, el IMSS atendió a 38.9 por ciento de las usuarias en ese ámbito, el sector privado en conjunto a 37.1 y la SSA a 10.8 por ciento.

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

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



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

Cuadro 7.
Tamaulipas: 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	44.9	50.3	44.0	38.3	34.2	38.9
ISSSTE	6.3	1.8	7.0	3.0	2.3	3.1
SSA	9.4	18.3	7.9	13.4	28.8	10.8
Otro público	3.8	5.3	3.6	10.0	9.1	10.1
Farmacia	24.6	15.9	26.0	22.3	13.8	23.7
Otro	11.1	8.3	11.6	13.1	11.7	13.4

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

Cuadro 8.
Tamaulipas: 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	64.6	35.4
Pastillas	36.0	64.0
DIU	90.3	9.7
Inyecciones*	11.8	88.2
Condomes*	33.6	66.4
OTB	79.3	20.7

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Anticoncepción posparto

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

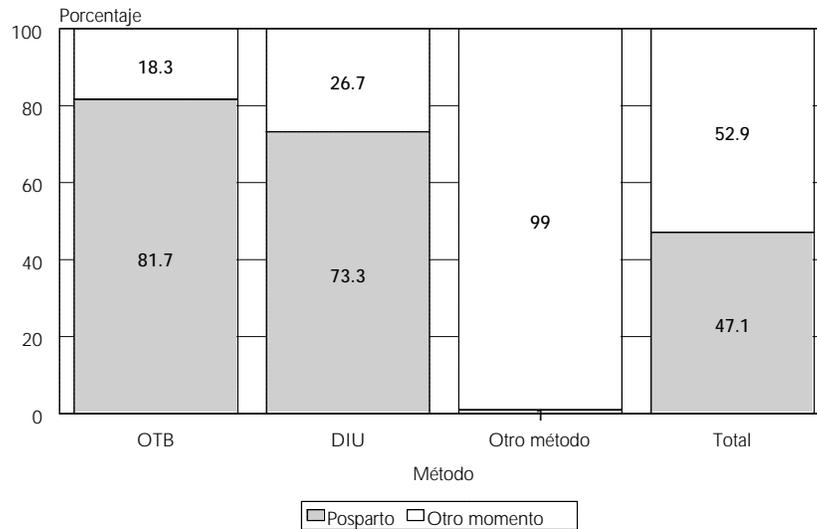
Los programas posevento obstétrico han buscado aprovechar el espacio privilegiado que brinda la atención prenatal y del parto para promover la planificación familiar entre las mujeres, así como el hecho de que la búsqueda de atención obstétrica es la principal causa de utilización de los servicios de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

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

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

La importancia de estos programas en Tamaulipas se manifiesta en el hecho de que 47.1 por ciento de las mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos en 1997 inició el uso del método en el periodo posparto de su último hijo nacido vivo (véase gráfica 17). Asimismo, ocho de cada diez usuarias de OTB (81.7%) y alrededor de tres de cada cuatro usuarias de DIU (73.3%) comenzaron el uso del método en ese mismo periodo.

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

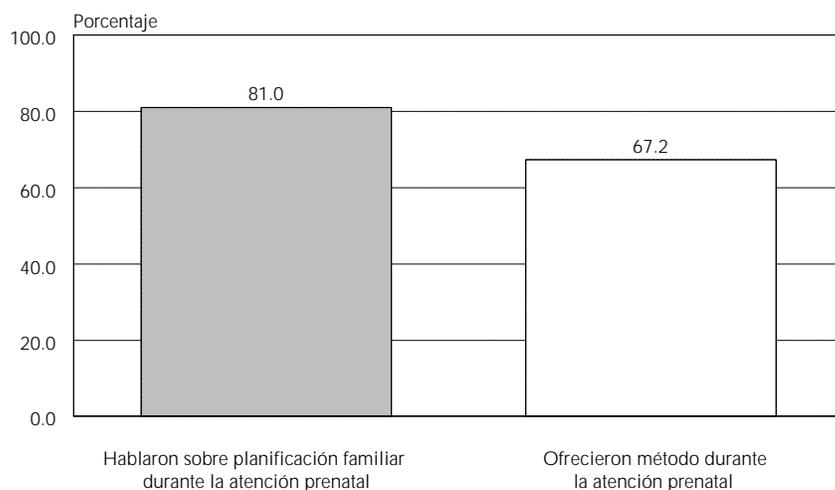


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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

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

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



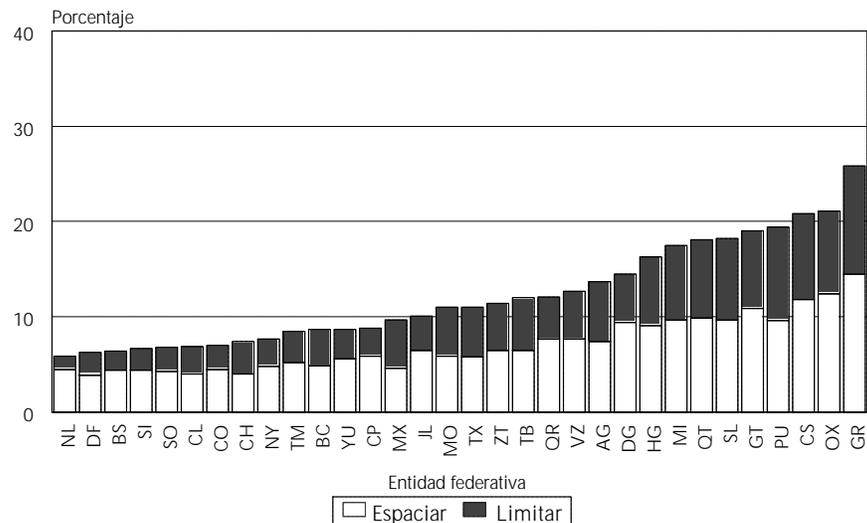
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos

Un indicador aproximado de la demanda de métodos anticonceptivos puede construirse con base en el número de mujeres que hacen uso de estos medios, y que por lo tanto tienen una demanda satisfecha, más el número de mujeres que no hace uso de método anticonceptivo alguno, a pesar de expresar su deseo de querer limitar o espaciar su descendencia y estar expuestas a un embarazo, situación que se conoce como demanda insatisfecha. Uno de los principales propósitos de la política de población ha sido abatir la demanda insatisfecha debido a que expresa limitaciones en el ejercicio de los derechos reproductivos. En 1987, una de cada cuatro mujeres en edad fértil unidas (25.1%), presentaba demanda insatisfecha en el país, en tanto que diez años después esta proporción se redujo a más de la mitad, es decir 12.1 por ciento.

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en Tamaulipas, para el año de 1997, fue del orden de 8.5 por ciento, lo que lo ubicó entre las diez entidades mejor situadas en este renglón (véase gráfica 19).

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



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

El comportamiento de la demanda insatisfecha por grupos de edad da cuenta de que en Tamaulipas las mujeres jóvenes presentaban valores muy elevados en este indicador en 1997: 14 y 18 por ciento de las mujeres unidas de 15 a 19 y de 20 a 24 años de edad, respectivamente, en tanto que esta situación era casi inexistente entre las mujeres de mayor edad (4.1% y 1.3% para los grupos 40-44 y 45-49, respectivamente). Con respecto a la paridad, los mayores niveles de demanda insatisfecha se encontraban entre las mujeres sin hijos(as) (9.9%) y con un hijo(a) (16.9%), en tanto que únicamente alrededor de cinco por ciento de las mujeres con tres hijos(as) o más se encontraba en esa situación (véase cuadro 9).

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 estudios de secundaria o más que entre las de menor escolaridad. Sin embargo, la demanda insatisfecha en el medio rural es mayor que en el urbano (9.4% y 8.4%, respectivamente) (véase gráfica 20).

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

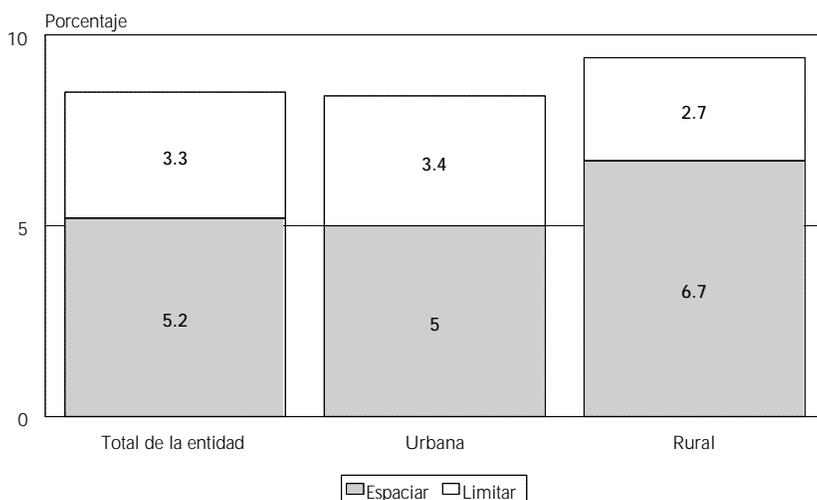
	Uso de anticonceptivos			Demanda no satisfecha			Sin demanda	Infecundas	Falla del método
	Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar			
Total	72.4	28.7	43.7	8.5	5.2	3.3	9.3	8.0	1.7
Edad quinquenal									
15-19*	61.4	59.0	2.4	14.0	13.6	0.4	24.6	0.0	0.0
20-24	63.1	50.4	12.7	18.0	15.4	2.6	17.2	0.2	1.5
25-29	74.4	45.8	28.6	8.4	4.7	3.7	12.0	2.6	2.6
30-34	72.8	21.0	51.8	8.4	3.6	4.9	11.1	5.1	2.5
35-39	81.2	16.1	65.1	4.6	0.6	4.0	2.1	10.0	2.1
40-44	75.9	5.2	70.7	4.1	1.1	3.0	0.6	18.4	1.0
45-49	69.2	2.0	67.2	1.3	0.0	1.3	0.0	29.5	0.0
Paridad									
0	23.9	23.6	0.3	9.9	6.7	3.2	47.1	18.3	0.8
1	60.7	54.0	6.7	16.9	15.3	1.7	12.0	8.5	1.8
2	80.5	42.6	37.9	8.0	4.0	3.9	6.9	4.1	0.6
3	86.3	15.0	71.3	5.3	1.1	4.3	2.4	3.9	2.0
4 y más	81.2	8.0	73.1	4.4	1.1	3.3	0.6	10.9	2.9
Escolaridad									
Sin escolaridad	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	71.1	18.7	52.4	6.6	3.6	3.0	3.4	16.1	2.8
Primaria completa	72.6	27.6	45.0	8.0	4.6	3.5	8.1	9.7	1.5
Secundaria y más	72.6	34.0	38.5	9.4	5.8	3.5	12.6	3.9	1.6
Lugar de residencia									
Urbano	72.5	28.7	43.9	8.4	5.0	3.4	9.4	7.8	1.9
Rural	71.6	28.8	42.9	9.4	6.7	2.7	9.0	9.3	0.7

* Menos de 100 casos en muestra.

-Tamaño de muestra insuficiente.

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

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



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

4 Salud materna

Nivel de la mortalidad materna

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

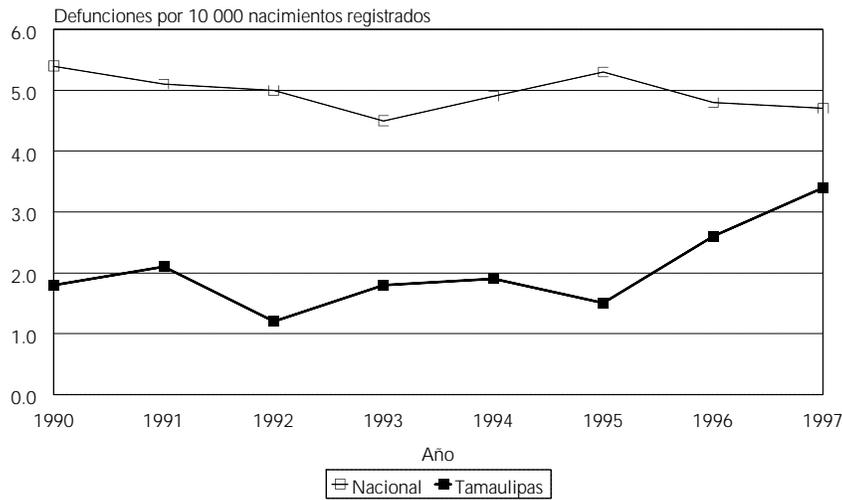
En el país, la mortalidad materna ha disminuido en los años recientes. La SSA estima que entre 1980 y 1997, la tasa de mortalidad materna se redujo de 9.5 a 4.7 defunciones por diez mil nacimientos registrados, lo que equivale a poco más de mil muertes por año.

En Tamaulipas, la tasa de mortalidad materna ha aumentado en años recientes (véase gráfica 21). No obstante lo anterior, el estado se ubica entre las diez entidades con el menor nivel de mortalidad materna. Es importante señalar que el nivel de la mortalidad materna de Tamaulipas en 1997 (3.4 defunciones por diez mil nacimientos registrados) fue 60.5 por ciento menor que el de Tlaxcala, que es la entidad con la tasa de mortalidad materna más elevada del país (8.6 defunciones por diez mil nacimientos registrados).

En el periodo 1989-1991, se registraron en Tamaulipas 38 defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, las cuales ascendieron a 50 en el periodo 1995-1997.⁸ Las muertes maternas se concentran en los grupos de edad que más aportan a la fecundidad (véase gráfica 22). Tres de cada cuatro mujeres que murieron entre 1995 y 1997 por causas asociadas al embarazo tenían entre 20 y 34 años de edad, 12 por ciento tenía 35 años o más, y casi una de cada siete tenía menos de 20 años.

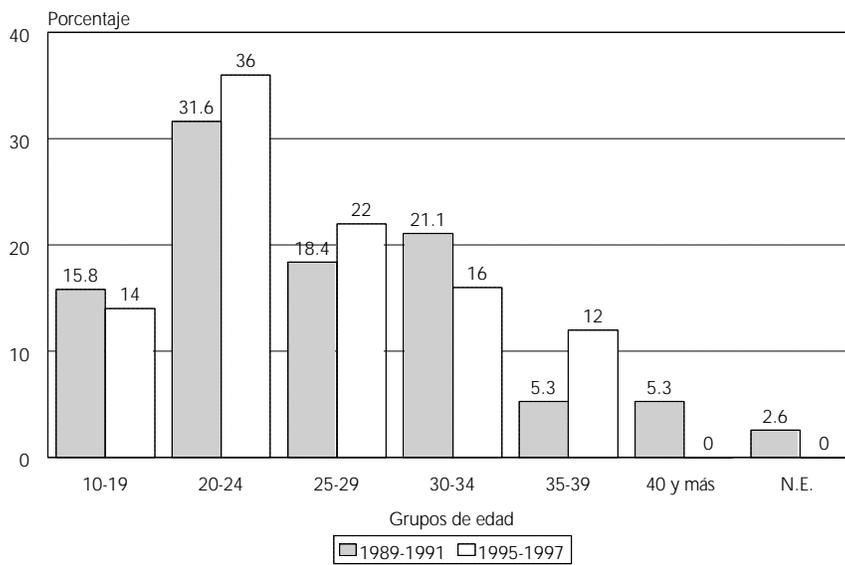
⁸ INEGI. Bases de defunciones generales 1989-1997.

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



Fuente: SSA/BGEI, Mortalidad 1990-1997.

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



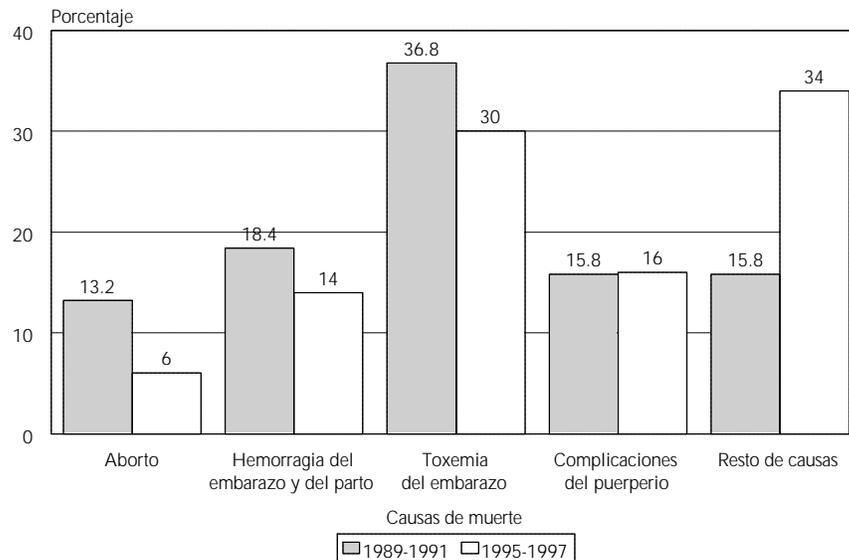
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

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 Tamaulipas, la toxemia del embarazo fue la principal causa de muerte materna, aunque cabe mencionar que su importancia relativa ha disminuido en los años noventa, al pasar de 36.8 por ciento en el periodo 1989-1991 a 30 por ciento en el periodo 1995-1997 (véase gráfica 23). Las complicaciones del puerperio fueron la segunda causa en importancia entre 1995 y 1997, mismas que representaron una sexta parte de las defunciones maternas. La tercera causa corresponde a las hemorragias del embarazo y del parto, la cual redujo su participación relativa de 18.4 por ciento en el periodo 1989-1991 a 14 por ciento entre 1995 y 1997. El aborto, la cuarta causa más importante, presentó una disminución importante, al pasar de 13.2 a 6 por ciento.

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



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

Aborto

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

En Tamaulipas, los datos de las encuestas sociodemográficas indican que la experiencia del aborto no se ha reducido en los últimos años. Tanto en 1992 como en 1997, poco más de una de cada cinco mujeres alguna vez embarazadas había experimentado un aborto (22.5% y 22.4%, respectivamente).

5 Atención a la mujer embarazada

Atención prenatal

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

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

En Tamaulipas, 95.2 por ciento de las mujeres tuvo alguna revisión durante el embarazo del último y penúltimo hijo nacido vivo entre 1994 y 1997, lo que la ubica entre las entidades con la mayor cobertura de atención prenatal del país y en el décimo primer nivel con la mayor cobertura de la atención brindada por un médico (90.5%) (véase cuadro 10).

A pesar del elevado porcentaje de mujeres que acudieron con el médico para la atención prenatal, la cifra varía dependiendo del orden de nacimiento. El porcentaje más bajo de mujeres que recibieron atención prenatal con un médico lo registran las madres con cuatro o más hijos(as) (81.4%). Las mujeres que residían en localidades rurales también presentan un 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).

centaje más bajo de revisión prenatal con un médico, en comparación con las que vivían en áreas urbanas (88% y 90.9%, en cada caso). Sin embargo, la diferencia más pronunciada se presenta entre los grupos de escolaridad extremos, de tal forma que mientras 93.3 por ciento de las mujeres con secundaria y más acudió con un médico para la revisión de su embarazo, 87.2 y 89.4 por ciento de las mujeres con primaria completa e incompleta, respectivamente, tuvieron esa oportunidad.

Cuadro 10.
Tamaulipas: 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	90.5	3.0	1.7	4.8
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	92.1	2.5	1.0	4.4
20-34	90.0	3.4	1.6	5.0
35-49	-	-	-	-
Orden de nacimiento				
1	94.1	4.0	0.3	1.6
2	94.5	3.2	0.6	1.7
3	86.3	0.0	3.8	9.9
4 o más	81.4	3.4	4.2	11.0
Escolaridad				
Sin escolaridad	-	-	-	-
Primaria incompleta	89.4	1.4	3.0	6.3
Primaria completa	87.2	3.8	2.9	6.1
Secundaria y más	93.3	3.0	0.8	3.0
Lugar de residencia				
Urbano	90.9	2.8	1.4	4.9
Rural	88.0	4.4	3.3	4.3

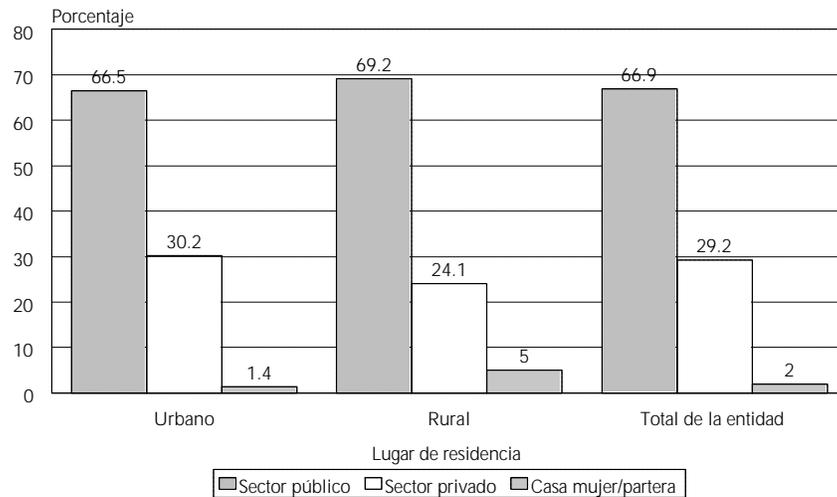
- Tamaño de muestra insuficiente.

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 66.9 por ciento de las mujeres embarazadas que solicitaron atención; el sector privado atendió a 29.2 por ciento; y apenas dos por ciento se atendió en casa. El mayor porcentaje de usuarias del sector privado se localizó en las zonas urbanas.

Gráfica 24.
Tamaulipas: 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 Tamaulipas, el porcentaje de mujeres que inició con oportunidad la revisión prenatal, del total que tuvo este tipo de atención, ascendió a 80.3 por ciento; 16.8 por ciento inició en el segundo trimestre; y 2.9 por ciento en el tercero (véase cuadro 11). El nivel de escolaridad de la mujer se asocia directamente con el inicio oportuno: mientras que tres de cada cuatro mujeres con primaria incompleta iniciaron la revisión del embarazo en el primer trimestre, la proporción ascendió a 84.9 por ciento entre aquéllas con secundaria y más. El inicio oportuno también fue mayor entre las residentes de las zonas urbanas con respecto a las rurales (81.5% y 73.5%, en cada caso).

Cuadro 11.
Tamaulipas: 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	80.3	16.8	2.9
Edad de la madre al nacimiento del hijo			
12-19	76.4	18.8	4.8
20-34	81.3	16.1	2.6
35-49	-	-	-
Escolaridad			
Sin escolaridad	-	-	-
Primaria incompleta	74.8	20.2	5.0
Primaria completa	72.7	23.7	3.6
Secundaria y más	84.9	13.4	1.7
Lugar de residencia			
Urbano	81.5	15.7	2.7
Rural	73.5	22.4	4.1

- Tamaño de muestra insuficiente.

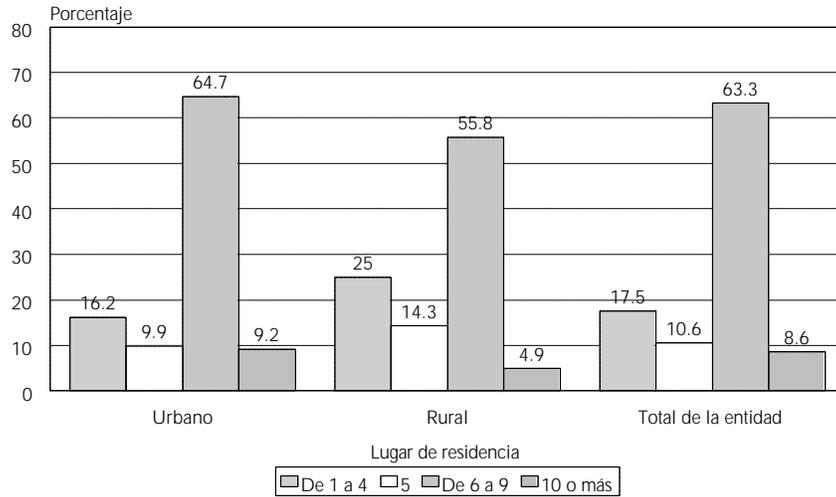
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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 Tamaulipas, las mujeres embarazadas recibieron, en promedio, 6.9 consultas (7 en las zonas urbanas y 6.2 en las zonas rurales). Sin embargo, cabe destacar que 17.5 por ciento de las mujeres tamaulipecas recibió cuatro o menos consultas prenatales, elevándose esta proporción a una de cada cuatro entre las residentes de localidades rurales (véase gráfica 25).

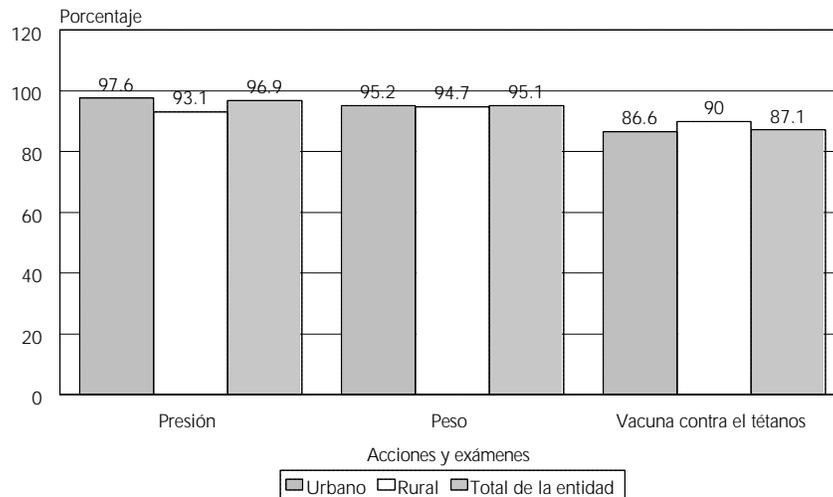
La calidad de los servicios de la atención prenatal está determinada, en buena medida, por el tipo de acciones y exámenes que se realizan durante la consulta. Entre ellas destacan el control del peso y la presión arterial de la mujer embarazada y la aplicación de la vacuna contra el tétanos. Al respecto, conviene destacar que a 96.9 por ciento de las mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal por algún agente de salud se le tomó la presión arterial; a 95.1 por ciento se le pesó; y a 87.1 por ciento se le aplicó la vacuna contra el tétanos (véase gráfica 26). Estos valores ubican al estado de Tamaulipas por encima de las cifras nacionales (91.4% para el peso, 92.3% para la presión, y 80.2% de vacunación).

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



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

Gráfica 26.
Tamaulipas: 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.

Es importante señalar que si bien el porcentaje de mujeres que recibió servicios prenatales de calidad es mayor en el ámbito urbano que en el rural, las diferencias entre ambos contextos no son acentuadas. En el caso de la aplicación de la vacuna contra el tétanos, como era de esperarse, son las mujeres que residen en áreas rurales las que recibieron con mayor frecuencia esta medida de salud (90% contra 86.6% en áreas urbanas).

Atención del parto

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

En el país se ha dado un incremento acelerado en la proporción de partos atendidos por personal médico: de 66 por ciento en 1985-1987 a 81.5 por ciento en 1994-1997. De todas las entidades del país, Tamaulipas ocupó el noveno lugar más alto en cuanto al porcentaje de partos atendidos por un médico (94.2%), lo que denota lo avanzado que se encuentra este estado en el proceso de medicalización de la atención obstétrica (véase cuadro 12).

Cuadro 12.
Tamaulipas: 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	94.2	1.5	3.3	1.0
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	93.8	2.7	2.4	1.1
20-34	94.0	1.1	3.8	1.1
35-49	-	-	-	-
Orden de nacimiento				
1	98.0	0.9	0.4	0.7
2	95.2	2.3	1.3	1.2
3	93.7	0.0	5.0	1.2
4 o más	86.2	1.2	11.4	1.1
Escolaridad				
Sin escolaridad	-	-	-	-
Primaria incompleta	86.7	2.1	5.8	5.4
Primaria completa	89.7	1.7	7.7	0.9
Secundaria y más	98.0	1.1	0.7	0.1
Lugar de residencia				
Urbano	96.2	0.8	1.8	1.2
Rural	83.2	5.4	11.4	0.0

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

A pesar del elevado porcentaje de partos asistidos por un médico, se observaron algunas diferencias al analizar tanto el orden de nacimiento como el nivel de escolaridad de la madre: mientras que 98 por ciento de las primíparas fue asistida en el parto por un médico, esta proporción se redujo a 86.2 por ciento entre aquéllas con cuatro hijos(as) o más; por su parte, la diferencia en el porcentaje de mujeres con primaria incompleta y con secundaria y más, cuyo parto fue atendido por un médico, fue de 11.3 puntos porcentuales (86.7% y 98%, respectivamente). Asimismo, el porcentaje de mujeres que atendió su parto con un médico fue sensiblemente mayor en las zonas urbanas con respecto a las zonas rurales (96.2% y 83.2%, en cada caso).

Lugar de atención del parto

En estrecha relación con el agente que atendió el parto, 92.2 por ciento de los partos ocurridos en el periodo de referencia se atendieron en una institución de salud: cuatro de cada diez acudió al IMSS, una de cada cinco se atendió en una institución privada y una de cada once lo hizo en SSA (véase cuadro 13).

El estrato socioeconómico marcó pautas distintas en la utilización de los servicios de salud. Las mujeres con estudios de secundaria o más acudieron en porcentajes mayores al IMSS y al sector privado, mientras que las mujeres con primaria incompleta utilizaron más a menudo los servicios del IMSS, de la SSA y de otras instituciones públicas como Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de Defensa Nacional (SDN) y la Secretaría de Marina (SM).

En el medio urbano, las opciones más utilizadas para la atención del parto fueron el IMSS y los servicios privados (43.2% y 21.4%, respectivamente). En el ámbito rural, 35 por ciento de los partos fue atendido en el IMSS, siguiendo en orden de importancia el sector privado (20.1%) y la SSA (15.2%).

Cuadro 13.

Tamaulipas: distribución porcentual de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos por lugar donde fue atendido el parto, según características seleccionadas, 1994 - 1997

	Lugar de atención del parto						
	IMSS/IMSS-Sol.	ISSSTE	SSA	Otras públicas	Sector privado	Casa partera/ mujer	Otro lugar/no especificado
Total	41.9	2.7	9.2	17.2	21.2	4.1	3.6
Escolaridad							
Sin escolaridad	-	-	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	35.7	1.6	18.1	19.5	15.4	8.4	1.2
Primaria completa	45.8	2.0	7.6	19.6	14.5	7.7	2.7
Secundaria y más	42.8	3.3	7.6	14.8	25.3	1.5	4.8
Lugar de residencia							
Urbano	43.2	2.8	8.1	18.1	21.4	2.8	3.7
Rural	35.0	2.4	15.2	12.4	20.1	11.4	3.5

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Tipo de parto

En Tamaulipas, durante el periodo 1994-1997, poco menos de uno de cada tres alumbramientos (32.5%) se resolvió mediante la operación cesárea, valor muy por encima del registrado a escala nacional (26.5%), lo que la ubica como la séptima entidad con el mayor porcentaje de cesáreas del país (véase cuadro 14). Cabe destacar que a pesar del elevado porcentaje de partos asistidos por personal médico que presentó esta entidad, el peso relativo de los partos por cesárea es sensiblemente menor al observado en Nuevo León (48.6%) y el Distrito Federal (42.3%), que son las dos entidades que muestran los mayores niveles en este indicador.

De los nacimientos que se atendieron en el sector privado, 54.4 por ciento se resolvió mediante la operación cesárea; en el IMSS esta cifra ascendió a 30 por ciento; en otras instituciones públicas (PEMEX, SDN, SM) a 28.4 por ciento; y en la SSA a 16.4 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.
Tamaulipas: 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	67.5	32.5
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
12-19	67.2	32.8
20-34	67.5	32.5
35-49	-	-
Lugar de atención del parto		
IMSS/IMSS-Sol	70.0	30.0
SSA*	83.6	16.4
Otras públicas	71.6	28.4
Sector privado	45.6	54.4
Lugar de residencia		
Urbano	65.2	34.8
Rural	80.6	19.4

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

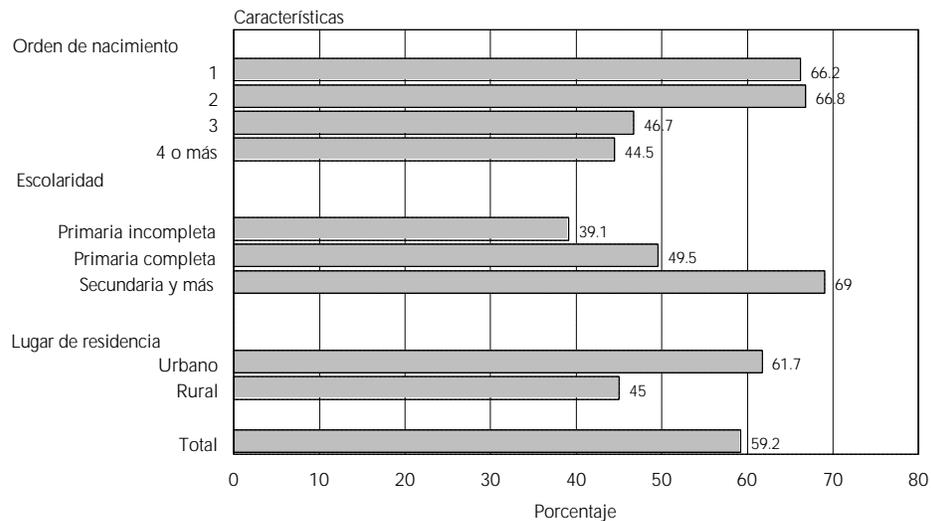
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Atención durante el puerperio

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

En el estado de Tamaulipas, el porcentaje de mujeres que acudió a revisión durante el puerperio (59.2%) fue similar al promedio nacional. Las mujeres que con menor frecuencia utilizaron este servicio fueron las de paridades altas (44.5% de las mujeres con cuatro hijos(as) o más contra 66.2% de las primíparas); aquéllas con primaria incompleta (39.1% a diferencia de 69% de las mujeres con secundaria y más); y las que residían en localidades rurales (45% en tanto que 61.7% de las que habitaban en áreas urbanas acudieron a revisión durante el puerperio) (véase gráfica 27).

Gráfica 27.
Tamaulipas: 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).

Después de Baja California, Tamaulipas presenta el segundo porcentaje más bajo de niños y niñas nacidas entre 1994 y 1997 que recibió lactancia materna (84.6%) y la cuarta duración mediana más corta (6.1 meses) de todo el país (véanse cuadros 15 y 16). Estos resultados indican una incidencia 12.3 por ciento más baja y una duración mediana de la tercera parte de 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).

Con respecto a la edad de la madre, se observó que las adolescentes tendían a amamantar a sus hijos(as) con menor frecuencia que las mujeres de edades intermedias (20 a 34 años). También se advierte que el porcentaje de niños(as) amamantados aumenta conforme el nivel de escolaridad de la madre es mayor, de tal manera que mientras 82.5 y 81.8 por ciento de los hijos(as) de las mujeres con primaria incompleta y completa fueron amamantados, respectivamente, la frecuencia de amamantamiento entre aquéllos cuyas madres tenían estudios de secundaria o más fue de 86.1 por ciento. Asimismo, la práctica de la lactancia fue ligeramente más frecuente entre las mujeres atendidas en el sector público que en el privado (86.9% contra 82.8%).

Cabe hacer notar que no se observaron diferencias importantes en el porcentaje de niños y niñas que recibió leche materna según lugar de residencia (84.1% en el ámbito urbano y 87.6% en el rural); sin embargo, las mujeres que habitan en localidades rurales amamantaron, en promedio, 3.6 meses más que aquellas residentes en áreas urbanas (9.1 y 5.5 meses, respectivamente).

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

Total	84.6
Edad de la madre al nacimiento del hijo	
12-19	78.1
20-34	86.7
35-49	-
Escolaridad	
Sin escolaridad	-
Primaria incompleta*	82.5
Primaria completa	81.8
Secundaria y más	86.1
Lugar de atención del parto	
Sector público	86.9
Sector privado	82.8
Casa	-
Lugar de residencia	
Urbano	84.1
Rural	87.6

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Cuadro 16.
Tamaulipas: 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	2.7	2.6	3.4
Mediana	6.1	5.5	9.1
Tercer cuartil	12.9	12.7	18.8

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

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

Edad de la ablactación

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

La ablactación temprana es una práctica ampliamente difundida en el territorio nacional: dos de cada tres bebés que nacieron entre 1994 y 1997 fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad. Tamaulipas ocupó el octavo lugar en el país en cuanto a ablactación temprana: 73.8 por ciento de los niños(as) en esta entidad fue ablactado antes de los cuatro meses de edad; uno de cada cinco recibió algún alimento diferente a la leche materna dentro del periodo recomendado; y apenas 1.7 por ciento no recibió oportunamente nutrientes provenientes de otros alimentos ajenos a la leche materna (véase cuadro 17). En esta entidad, la duración mediana de la lactancia exclusiva fue de 2.3 meses, es decir, 0.8 meses menos que la duración registrada para el país en su conjunto (3.1).

Cuadro 17.
Tamaulipas: 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	45.5	28.3	20.2	1.7	4.3
Edad de la madre al nacimiento del hijo					
12-19	41.7	30.1	21.9	1.6	4.8
20-34	46.4	27.1	20.7	1.9	3.9
35-49	-	-	-	-	-
Escolaridad					
Sin escolaridad	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	42.7	29.3	10.2	4.2	13.5
Primaria completa	36.2	32.3	27.5	0.6	3.4
Secundaria y más	49.5	26.0	20.2	1.3	2.9
Lugar de residencia					
Urbano	46.5	28.0	19.7	1.6	4.2
Rural	39.6	30.0	22.7	2.6	5.1

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Tanto en las zonas urbanas como rurales se encontraba muy extendida la práctica de ablactar tempranamente a los niños(as), con una frecuencia ligeramente mayor en las primeras (74.5% contra 69.6% en las áreas rurales). La escolaridad es una variable directamente asociada con la ablactación temprana: mientras que 72 y 68.5 por ciento de los hijos(as) de madres con primaria incompleta y completa, respectivamente, fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad, la proporción ascendió a tres de cada cuatro entre los hijos(as) de mujeres con secundaria y más. La ablactación tardía es prácticamente inexistente en la entidad, encontrándose en el grupo con primaria incompleta y en las áreas rurales los mayores porcentajes de mujeres que introdujeron alimentos diferentes a la leche materna después de los ocho meses (4.2% y 2.6%, respectivamente).

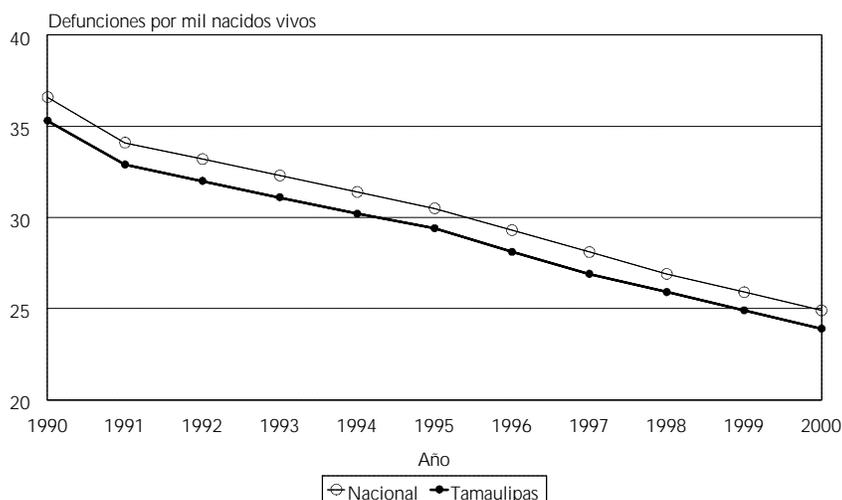
7 Mortalidad infantil

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. En la actualidad, 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 en la actualidad esta proporción se estima en 24.9 por mil. Sin embargo, todavía persisten marcadas diferencias en el territorio nacional y una proporción importante de las defunciones infantiles se considera evitable.

En el estado de Tamaulipas, la tasa de mortalidad infantil experimentó un importante descenso al pasar de 35.3 defunciones por cada mil nacidos vivos en 1990 a 23.9 por mil en la actualidad (véase gráfica 28). Esta reducción equivale a evitar 32 por ciento de los decesos, los

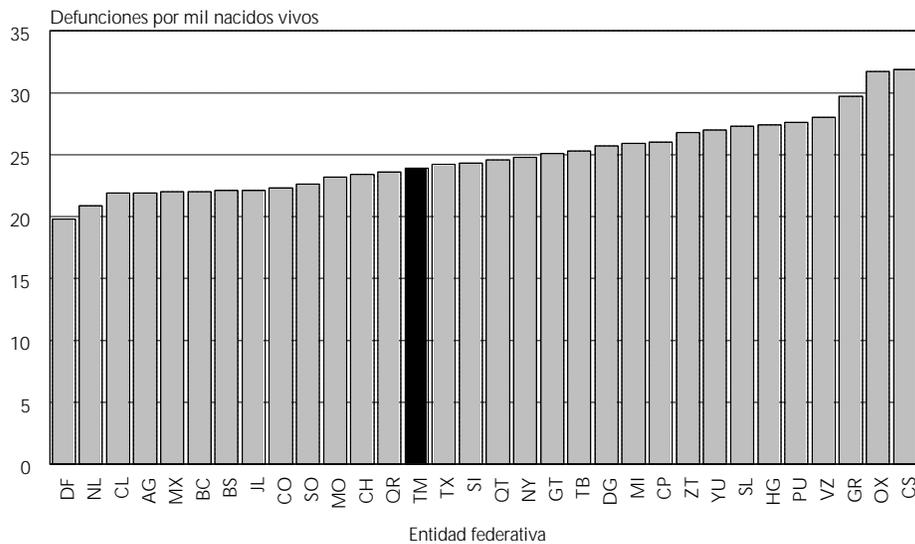
Gráfica 28.
Tamaulipas: tasa de mortalidad infantil, 1990 - 2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

cuales habrían ocurrido de haberse mantenido el nivel de mortalidad de 1990. En la actualidad, la tasa de Tamaulipas es 20.7 por ciento mayor que la del Distrito Federal (19.8 defunciones por mil), que es la entidad con el menor nivel de mortalidad infantil registrado (véase gráfica 29).

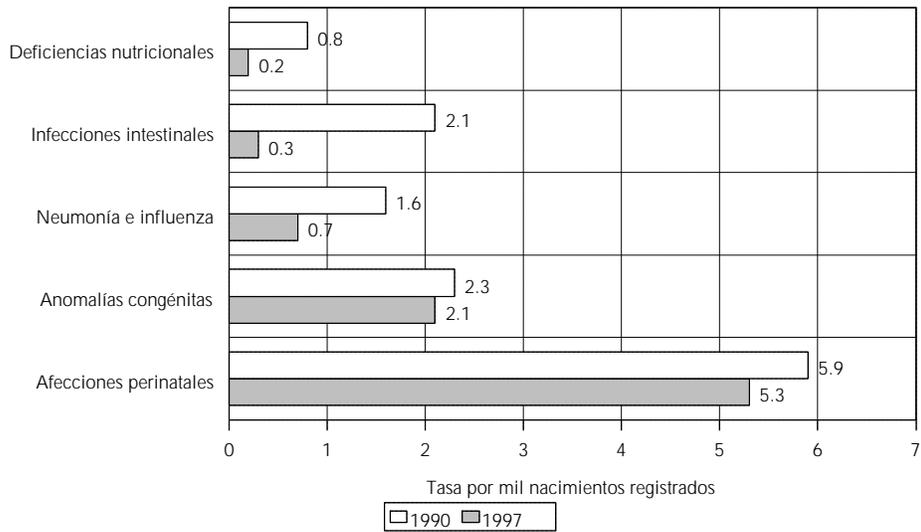
Gráfica 29.
Tasa de mortalidad infantil por entidad federativa, 2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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

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



Fuente: SSA/BGEI, Mortalidad 1990-1997.

8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA

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

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

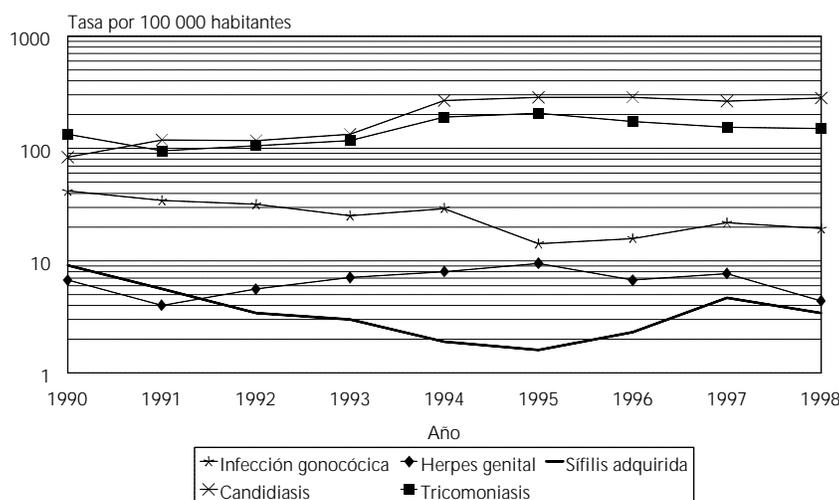
De acuerdo con las estadísticas oficiales, las ETS representan en el país una de las diez primeras causas de morbilidad, con un promedio de 350 mil casos anuales entre 1996 y 1998. Los índices de incidencia de las principales ETS presentaron incrementos importantes entre 1990 y 1998, tanto en términos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

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

En Tamaulipas, las principales ETS mostraron un aumento muy importante en su grado de incidencia durante los primeros años de la década de los noventa; los niveles alcanzados en 1998 son mayores a los registrados para el país en su conjunto: la candidiasis urogenital presentó una incidencia de 279.8 casos por 100 mil habitantes y la tricomoniasis urogenital ascendió a 150.1 casos por 100 mil (véase gráfica 31). A pesar de que estas enfermedades muestran un descenso entre 1996 y 1998, los niveles de incidencia han estado siempre por encima de los registrados en el país.

La incidencia de las ETS clásicas en Tamaulipas mostraron descensos importantes entre 1990 y 1998, pero siempre con un nivel mayor al nacional: entre esos años, la tasa de incidencia de la gonorrea pasó de 41.7 a 19.3 casos por 100 mil habitantes; y la de la sífilis adquirida pasó de 9.1 a 3.4 casos por 100 mil. Cabe destacar que en 1998 la incidencia de estas dos enfermedades eran 23.7 y 88.9 por ciento mayores, respectivamente, que las registradas para el ámbito nacional.

Gráfica 31.
Tamaulipas: 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

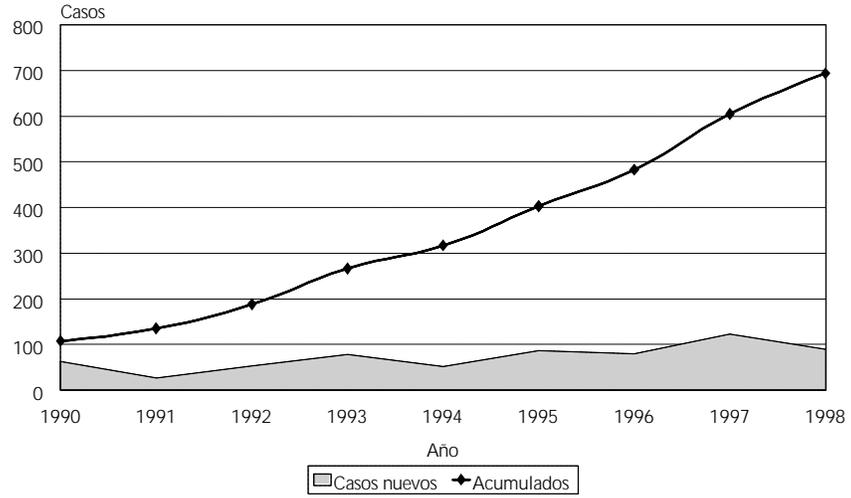
El SIDA se ha convertido en un problema social y de salud pública en México, dado el acelerado incremento del número de personas que han adquirido esta enfermedad y los elevados costos inherentes a su tratamiento. En 1997, el SIDA se ubicó como la decimoquinta causa de muerte en el país, la tercera entre 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 casos. Sin embargo, se considera que esta cifra subestima el nivel de casos realmente existente en toda la República, debido tanto al retraso con que se reportan, como al subregistro de los mismos. De acuerdo con las estimaciones del Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), los casos acumulados de esta enfermedad, desde los primeros casos notificados en 1983 hasta el 31 de diciembre de 1999, ascendían a 64 mil. Asimismo, en 1997 se estimaba que el número de personas seropositivas (aquellas que viven con el VIH, pero que no han desarrollado el SIDA) oscilaba entre 116 mil y 174 mil personas.

En Tamaulipas, el incremento en el número de casos de SIDA se ha producido de manera acelerada. Hasta el 31 de diciembre de 1998 se habían registrado 694 casos en el estado, con lo que la incidencia acumulada del SIDA pasó de 4.7 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 26.1 en 1998 (véanse gráficas 32 y 33). A pesar de este aumento, Tamaulipas se encuentra entre las 24 entidades de la República que están por debajo de la cifra registrada para el país en su conjunto (39.7 casos por 100 mil habitantes).

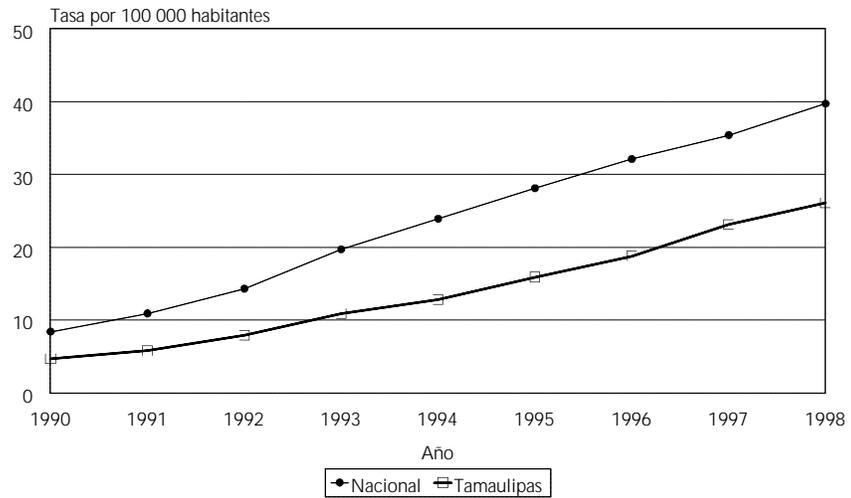
La proporción de casos cuyo factor de riesgo se desconoce, ilustra la importancia del subregistro del SIDA, ya que una parte importante de los casos se notifica mediante el certificado de defunción, donde no se consigna la información sobre el factor de riesgo. Hasta diciembre de

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



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

1998, la magnitud de este fenómeno en Tamaulipas fue 34.5 por ciento mayor que lo registrado para el país (38.6% 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 Tamaulipas, la principal vía de transmisión del VIH/SIDA fue la sexual (90.4%); 7.3 por ciento de los casos fue contagiado por vía sanguínea; y 1.6 por ciento fue infectado por vía perinatal (véase cuadro 18). De los casos cuya vía de transmisión fue la sexual, el contacto heterosexual concentró 34.3 por ciento, siguiendo en orden de importancia el homosexual (31.5%) y con un menor porcentaje el bisexual (24.6%). La razón hombre/mujer de casos de SIDA fue de siete, es decir, había siete hombres infectados por cada mujer.

Entre 1989 y 1997, el SIDA ha cobrado 392 muertes en el estado de Tamaulipas,¹⁰ con una tasa de mortalidad que ha aumentado de 0.8 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 2.8 defunciones por 100 mil en 1997. En este último año, el SIDA ocupó el décimo sexto lugar dentro de las 20 principales causas de mortalidad general en la entidad.

La tasa de mortalidad masculina por esta causa presentó una clara tendencia ascendente, al pasar de 1.5 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 4.8 en 1997 (véase gráfica 34). La tasa

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

Categoría de transmisión	Casos	Porcentaje
Total	694	100.0
Vía sexual	385	90.4
Homosexual	134	31.5
Bisexual	105	24.6
Heterosexual	146	34.3
Vía sanguínea	31	7.3
Transfusión	20	4.7
Hemofílico	3	0.7
Usuario de drogas intravenosas	5	1.2
Donador remunerado	3	0.7
Exposición ocupacional	0	0.0
Homosexual/drogas	3	0.7
Perinatal	7	1.6
Subtotal	426	100.0
No documentado	268	38.6

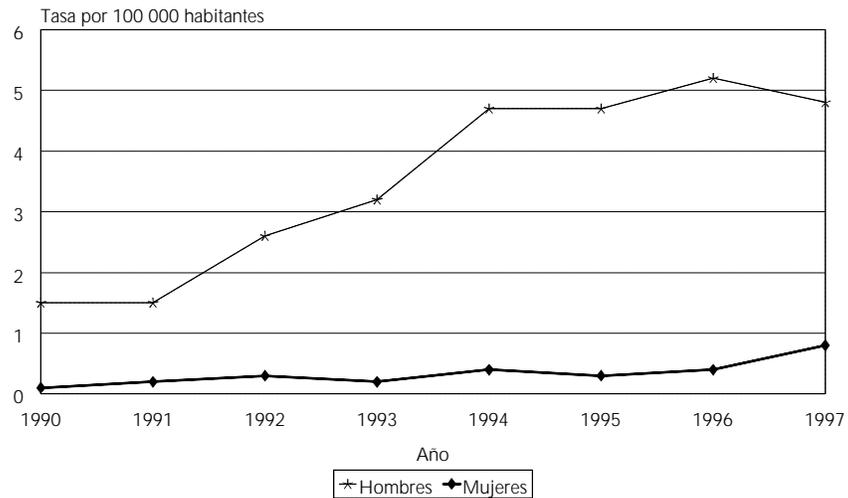
Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA. Dirección General de Epidemiología, SSA.

¹⁰ INEGI. Bases de defunciones generales 1989-1997.

de mortalidad femenina, por su parte, presentó un comportamiento de altibajos con una tendencia creciente, ésta pasó de 0.1 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 0.8 en 1997.

Durante el periodo 1989-1997 fallecieron 357 hombres y 35 mujeres por esta enfermedad. En el caso de los varones, tres de cada cuatro (75.4%) tenían al momento de morir entre 25 y 44 años de edad, mientras que poco más de siete de cada diez mujeres (71.3%) que fallecieron por esta causa tenían entre 20 y 39 años (véase cuadro 19).

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



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

Cuadro 19.
Tamaulipas: 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	0.5	0.3	2.9
1-4	0.5	0.3	2.9
5-14	0.3	0.3	0.0
15 - 19	1.5	1.4	2.9
20 - 24	8.2	7.9	11.4
25 - 29	19.5	18.3	31.4
30 - 34	26.2	27.0	17.1
35 - 39	16.4	16.9	11.4
40 - 44	12.3	13.2	2.9
45 - 49	6.7	7.0	2.9
50 - 64	6.7	6.2	11.4
65 y más	1.3	1.1	2.9

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

9 Cáncer cérvico uterino y de la mama

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

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

Cáncer cérvico uterino

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

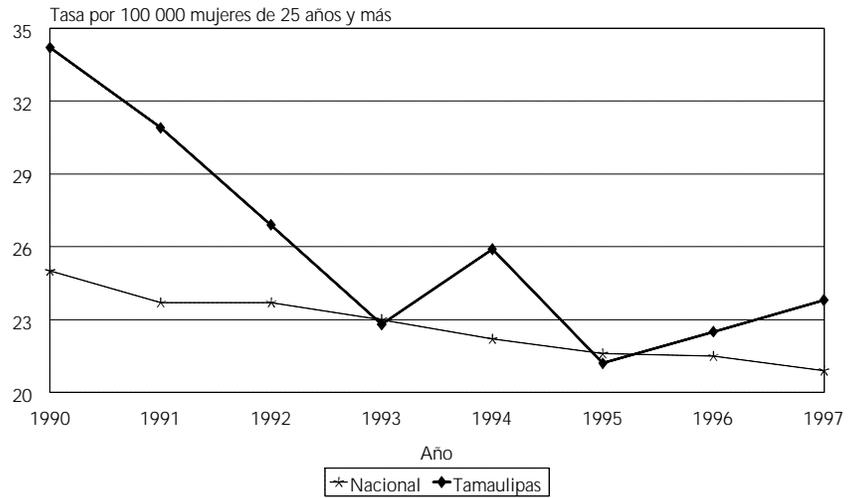
Ante esta situación, el Sector Salud presentó en marzo de 1998 un nuevo Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino con una nueva normatividad, nuevas estrategias y líneas de acción que han sido incorporadas al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Asimismo, se incluyó el elemento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

En Tamaulipas, la mortalidad por este cáncer presentó un comportamiento descendente, no obstante, en casi todos los años presentó niveles mayores a los registrados para el país en su conjunto (véase gráfica 35). En 1997, la tasa de mortalidad por cáncer del cuello del útero en Tamaulipas fue de 23.8 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, lo que ubicó a esta entidad entre las dieciséis que registran un nivel más alto que el nacional.

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.

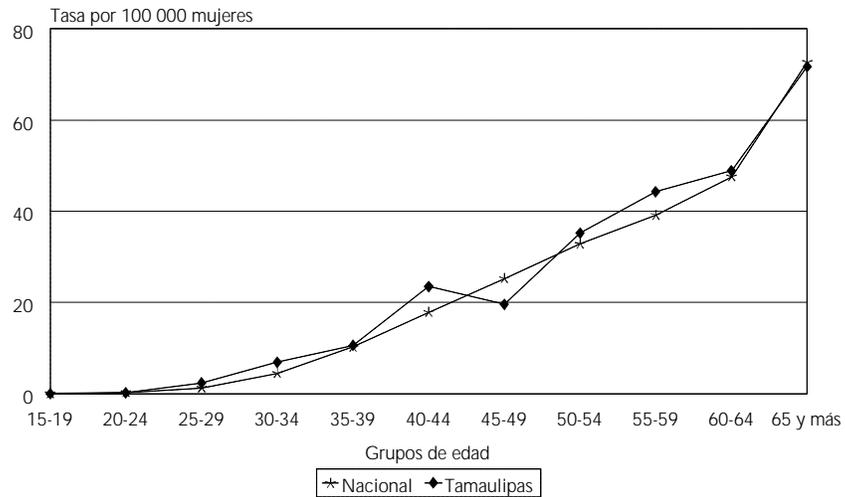
En Tamaulipas, las tasas de mortalidad por cáncer cérvico uterino que se registraron para todos los grupos de edad en el periodo 1995-1997, son similares o mayores que las observadas a escala nacional, con excepción de las mujeres de 45 a 49 años, cuya tasa de mortalidad estatal fue 22.5 por ciento menor que la del país en su conjunto (véase gráfica 36).

Gráfica 35.
Tamaulipas: 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.
Tamaulipas: 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.

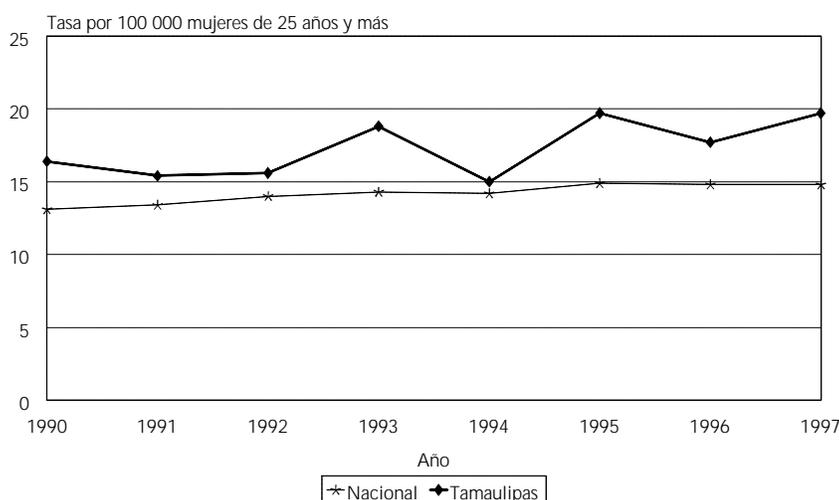
En la actualidad se encuentra en fase de elaboración la Norma Oficial para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de la Mama. Sin embargo, el Sector Salud ya ha iniciado acciones de capacitación entre los prestadores de servicios y ha equipado algunas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

En Tamaulipas, la tasa de mortalidad por cáncer mamario mostró una clara tendencia ascendente, a pesar de los altibajos experimentados entre 1990 y 1997. En este último año, la tasa de mortalidad por este cáncer fue de 19.7 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más (véase gráfica 37). En el último año bajo observación se ubicó como el séptimo estado con el nivel más alto de mortalidad por este cáncer en el país.

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

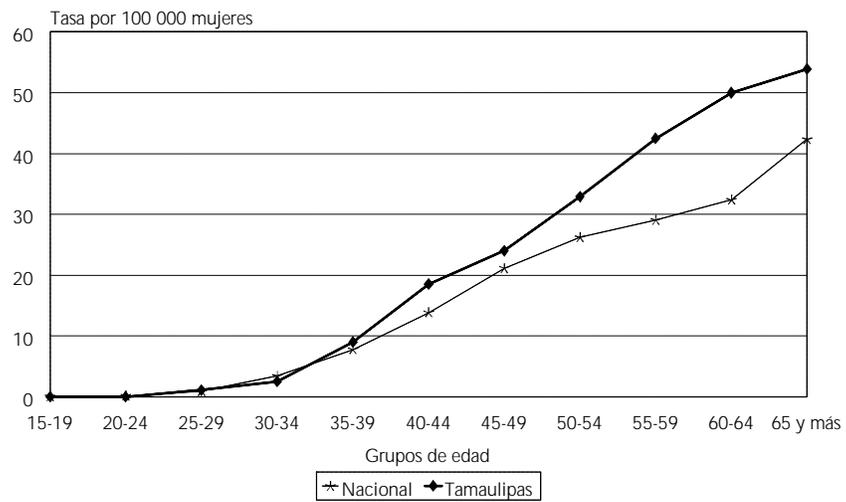
En Tamaulipas, las mujeres de casi todos los grupos de edades registraron un nivel de mortalidad mayor que el conjunto del país, destacando la mujeres de 55 a 64 años, cuyas tasas se encontraban más de 40 por ciento arriba del nivel nacional (véase gráfica 38).

Gráfica 37.
Tamaulipas: 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.
Tamaulipas: tasa de mortalidad
por cáncer de la mama según grupos de edad, 1995-1997



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

Conclusiones

La información de este trabajo da cuenta de que en múltiples indicadores de la salud reproductiva, el estado de Tamaulipas se encuentra en una mejor situación que la observada para el país en su conjunto, en concordancia con el desarrollo económico y social que ha alcanzado esta entidad.

La población de Tamaulipas se encuentra en una fase avanzada de la transición demográfica, y en la actualidad ya alcanzó el nivel de fecundidad de reemplazo intergeneracional (2.1 hijos por mujer). El conocimiento de métodos anticonceptivos es prácticamente universal, lo que ha permitido que su utilización sea una práctica generalizada (74.6%), con un nivel de uso similar o mayor al de los países más desarrollados.¹¹ Asimismo, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos se encuentra entre las diez más bajas del país, y las brechas entre regiones y grupos sociales han tendido a reducirse.

No obstante estos importantes logros en el ámbito de la reproducción, Tamaulipas 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. Entre la generación más reciente, cuatro de cada diez mujeres se unen antes de cumplir 20 años de edad.
- ✦ El inicio de la maternidad a edades tempranas. Entre las mujeres más jóvenes, poco más de una de cada ocho inició esta transición del curso de vida antes de la mayoría de edad.
- ✦ La probabilidad de que las mujeres cursen un embarazo estando solteras antes de cumplir los 25 años está aumentando muy rápidamente en Tamaulipas: 15.7 por ciento de las mujeres de la generación más reciente se encuentra en esa situación.
- ✦ Las mujeres menores de 25 años y con paridad uno son las que presentan los mayores niveles de demanda insatisfecha.
- ✦ Las instituciones de salud del sector público de la entidad constituyen las principales fuentes de obtención de métodos anticonceptivos (64.7%); sin embargo, el nivel de participación de este sector está por debajo de la cifra nacional (72.2%). En contraparte, el sector privado, aunque presenta una tendencia a disminuir su participación, continua atendiendo a poco más de un tercio de las usuarias.

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

- ✦ El sector público atiende la demanda de métodos de mayor continuidad, que dependen del personal de salud para su utilización, como el dispositivo intrauterino y la operación femenina, los cuales son preferidos por las multíparas, y particularmente por aquellas con paridad satisfecha (entre ocho y nueve de cada diez usuarias de estos métodos obtuvieron el método en las instituciones del sector público). En contraste, las mujeres que usan métodos temporales, como los hormonales orales e inyectables y los métodos locales, acuden en su mayoría al sector privado (más de seis de cada diez).

En la dimensión de la salud materno-infantil, Tamaulipas ha alcanzado niveles muy elevados de cobertura médica en la atención prenatal y del parto (90.5% de las mujeres embarazadas acudieron a consulta con un médico y 94.2% se atendió el parto con este agente de salud, entre 1994 y 1997). Asimismo, la tasa de mortalidad materna en el estado es la octava más baja del país, mientras que la tasa de mortalidad infantil es la décimo primera más baja de la República.

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

- ✦ El porcentaje de partos que se resuelven por cesárea es muy elevado (32.5%), lo que sitúa a Tamaulipas como la séptima entidad con el mayor porcentaje en este renglón.
- ✦ En Tamaulipas, tanto la incidencia de la lactancia como su duración se ubican entre los cinco valores más bajos del país. Asimismo, la ablactación ocurre en la mayoría de los casos antes del periodo recomendado por la norma de salud correspondiente.

Con relación a las enfermedades de transmisión sexual, Tamaulipas registra una incidencia mayor que la del país en su conjunto, con excepción del herpes genital. Respecto al VIH/SIDA, Tamaulipas se encuentra dentro de las 24 entidades que tienen una tasa de incidencia acumulada de SIDA menor que la del país en su conjunto.

En relación a otros indicadores de la salud de la mujer, la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino, que se registró en Tamaulipas en 1997, es mayor que la registrada en el país, mientras que la tasa de mortalidad por cáncer de la mama es la séptima más alta de la República.

Anexo estadístico

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

Año	Nacional	Tamaulipas
1990	3.35	2.78
1991	3.25	2.72
1992	3.14	2.66
1993	3.04	2.60
1994	2.93	2.53
1995	2.82	2.47
1996	2.73	2.39
1997	2.65	2.32
1998	2.55	2.24
1999	2.48	2.18
2000	2.40	2.12

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Datos gráfica 4.
Tamaulipas: 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	2.2
15	12.3	6.5
16	24.8	14.7
17	35.9	23.3
18	43.0	29.4
19	51.7	39.2
20	60.3	47.1
21	65.5	51.9
22	71.4	57.0
23	76.8	63.3
24	80.3	70.4
25	81.5	73.4

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

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

Generación	Menos de 16 años	16-19	20-24	Sin unión a los 25 años
1953-1957	12.3	39.4	28.6	19.7
1958-1962	13.0	37.8	23.8	25.4
1963-1967	8.3	33.2	30.7	27.9
1968-1972	6.5	32.7	31.2	29.6

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

Datos gráfica 5.

Tamaulipas: 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*	21.9	46.8	12.1	19.1
Primaria completa	7.1	45.1	25.2	22.6
Secundaria y más	4.5	26.7	35.9	32.9
Rural	14.6	48.7	22.6	14.2
Urbano	6.3	30.7	32.1	30.9
Total	7.3	32.9	30.9	28.8

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Datos gráfica 7.

Tamaulipas: 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	1.7	1.9	0.7	0.7
16	6.1	4.5	3.0	2.8
17	9.8	7.8	7.8	5.9
18	18.9	19.1	16.0	13.2
19	30.3	31.0	25.2	21.9
20	37.5	39.2	30.8	28.6
21	47.8	47.8	37.6	37.6
22	57.5	52.9	47.9	45.9
23	63.5	59.4	55.0	50.2
24	67.1	64.7	61.0	57.8
25	72.3	68.9	64.8	62.4

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

Datos gráfica 8.

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

Generación	Nacim. premaritales	0-7 meses	8-11 meses	12-17 meses	18-59 meses	Sin hijos en 5 años
1953-1957	1.3	11.9	28.6	30.5	21.5	6.3
1958-1962	4.2	8.2	28.3	25.8	25.7	7.7
1963-1967	2.8	13.7	24.8	20.2	32.1	6.3
1968-1972	1.8	11.8	25.7	22.2	30.6	7.9

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

Datos gráfica 9.

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

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	0.5	0.2	0.6	0.0
16	1.2	0.8	0.7	0.8
17	2.1	0.9	1.8	1.9
18	3.7	2.0	4.0	3.2
19	5.1	4.9	5.4	4.1
20	6.9	5.1	7.0	6.3
21	7.6	7.1	7.9	9.4
22	9.3	7.4	9.7	11.7
23	11.7	9.8	12.1	13.0
24	11.9	11.1	13.5	14.9
25	12.2	12.6	14.1	15.7

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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

Año	Nacional	Tamaulipas
1990	5.4	1.8
1991	5.1	2.1
1992	5.0	1.2
1993	4.5	1.8
1994	4.8	1.9
1995	5.3	1.5
1996	4.8	2.6
1997	4.7	3.4

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

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

Año	Nacional	Tamaulipas
1990	36.6	35.3
1991	34.1	32.9
1992	33.2	32.0
1993	32.3	31.1
1994	31.4	30.2
1995	30.5	29.4
1996	29.3	28.1
1997	28.1	26.9
1998	26.9	25.9
1999	25.9	24.9
2000	24.9	23.9

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

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

Año	Infección gonocócica	Herpes genital	Sífilis adquirida	Candidiasis	Tricomoniasis
1990	41.7	6.7	9.1	83.3	133.2
1991	34.2	4.0	5.6	118.7	95.1
1992	31.7	5.6	3.4	117.2	105.2
1993	25.1	7.1	3.0	133.9	116.7
1994	29.2	8.0	1.9	266.4	190.5
1995	14.2	9.5	1.6	283.6	205.6
1996	15.8	6.7	2.3	286.1	174.1
1997	21.8	7.7	4.7	263.2	154.5
1998	19.3	4.4	3.4	279.8	150.1

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

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

Año	Casos nuevos	Acumulados
1990	63	108
1991	27	135
1992	53	188
1993	78	266
1994	51	317
1995	86	403
1996	80	483
1997	122	605
1998	89	694

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

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

Año	Nacional	Tamaulipas
1990	7.4	4.7
1991	10.9	5.8
1992	14.3	7.9
1993	19.7	10.9
1994	23.9	12.8
1995	28.1	15.9
1996	32.1	18.8
1997	35.4	23.1
1998	39.7	26.1

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

Año	Hombres	Mujeres
1990	1.5	0.1
1991	1.5	0.2
1992	2.6	0.3
1993	3.2	0.2
1994	4.7	0.4
1995	4.7	0.3
1996	5.2	0.4
1997	4.8	0.8

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

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

Año	Nacional	Tamaulipas
1990	25.0	34.2
1991	23.7	30.9
1992	23.7	26.9
1993	23.0	22.8
1994	22.2	25.9
1995	21.6	21.2
1996	21.5	22.5
1997	20.9	23.8

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.

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

Edad	Nacional	Tamaulipas
15-19	0.1	0.0
20-24	0.3	0.2
25-29	1.3	2.4
30-34	4.5	6.9
35-39	10.3	10.6
40-44	17.9	23.5
45-49	25.3	19.6
50-54	32.9	35.2
55-59	39.2	44.3
60-64	47.6	48.9
65 y más	72.7	71.7

Tasa por 100 000 mujeres.

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

Datos gráfica 37.

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

Año	Nacional	Tamaulipas
1990	13.1	16.4
1991	13.4	15.4
1992	14.0	15.6
1993	14.3	18.8
1994	14.2	15.0
1995	14.9	19.7
1996	14.8	17.7
1997	14.8	19.7

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.

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

Edad	Nacional	Tamaulipas
15-19	0.0	0.0
20-24	0.1	0.0
25-29	0.9	1.1
30-34	3.4	2.5
35-39	7.8	9.0
40-44	13.8	18.5
45-49	21.1	24.0
50-54	26.2	32.9
55-59	29.1	42.5
60-64	32.4	50.0
65 y más	42.4	53.9

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
Tamaulipas

Se imprimió en
Imagen y Arte Gráfica S. A. de C. V.
Andrés Molina Enriquez núm. 152,
Col. San Pedro Iztacalco
C.P. 08240. México, D. F.

El tiraje fue de 500 ejemplares.