



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

LA MUJER Y SU MORTALIDAD
POR CAUSAS EN EL AÑO 2000.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

ACTUARIA

P R E S E N T A :

ELSA ORTÍZ ÁVILA

DIRECTOR: M. EN D. MARÍA TERESA VELÁZQUEZ URIBE



FACULTAD DE CIENCIAS
UNAM

DIVISION DE ESTUDIOS PROFESIONALES



2005

M. 340355

FACULTAD DE CIENCIAS
SECCIÓN DE LICENCIATURA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Elsa Ortiz Avila

FECHA: 26 de Enero - 2005

FIRMA: [Firma]

ACT. MAURICIO AGUILAR GONZÁLEZ
Jefe de la División de Estudios Profesionales de la
Facultad de Ciencias
Presente

Comunicamos a usted que hemos revisado el trabajo escrito:

"La mujer y su mortalidad por causas en el año 2000."

realizado por Elsa Ortiz Avila

con número de cuenta 09624598-5 , quien cubrió los créditos de la carrera de: Actuaría

Dicho trabajo cuenta con nuestro voto aprobatorio.

Atentamente

Director de Tesis
Propietario

M. en D. María Teresa Velázquez Uribe

[Firma]

Propietario

M. en D. Alejandro Mina Valdés

[Firma]

Propietario

Dra. María Edith Pacheco Gómez Muñoz

[Firma]

Suplente

Act. María Aurora Valdés Michell

[Firma]

Suplente

Act. Marina Castillo Garduño

[Firma]

Consejo Departamental de Matemáticas

[Firma]



Act. Jaime Vázquez Alamilla

FACULTAD DE CIENCIAS
CONSEJO DEPARTAMENTAL
DE
MATEMÁTICAS

Agradecimientos:

A Dios porque siempre me ha escuchado.

A mis padres por darme todo y enseñarme a crecer.

A mi abuelito Rodolfo (†) a quien siempre amare por llenarme de alegría mientras estuvo conmigo.

A mis hermanos por estar siempre a mi lado y ayudarme en todo.

A mis abuefitas por quererme y creer en mí.

A mis tíos y tías por preocuparse siempre por mí.

A Lupe porque siempre que necesite que alguien me escuchara, estuvo ahí.

A mis amigos por el tiempo compartido, los consejos dados y todo su cariño.

A Tere Velázquez por su paciencia, amistad y apoyo, así como por el tiempo dedicado a mí para la realización de este trabajo.

A María Edith Pacheco por confiar en mí y ser tan linda persona.

A mis sinodales Alejandro Mina, Aurora Valdés y Marina Castillo por su ayuda para concluir este trabajo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a mis profesores por ofrecerme una educación de gran calidad.

Introducción	1
Capítulo I. Situación actual de la mujer en México	
1.1 Estructura de la población femenina	5
1.1.1 Índice de masculinidad	6
1.1.2 Índice de sobremortalidad masculina	7
1.2 Esperanza de vida al nacimiento	8
1.3 Mujer y familia	9
1.3.1 Hogares y familias	9
1.3.2 Aumento de la jefatura femenina	10
1.4 Educación	12
1.4.1 Matrícula escolar	13
1.4.2 Promedio de escolaridad	13
1.4.3 Analfabetismo	14
1.5 Participación económica	15
1.5.1 Tasas de participación económica femenina, 1991-2000	16
1.5.2 Características sociodemográficas de las mujeres económicamente activas	18
1.5.3 Características del empleo femenino	19
1.6 Fecundidad	20
1.6.1 Diferencias socioeconómicas de la fecundidad	21
1.6.2 El cambio en el nivel y la estructura por edad de la fecundidad	22
1.6.3 Edad media de la fecundidad	23
1.7 Salud Reproductiva	24
1.7.1 Planificación familiar	24
1.7.2 Práctica anticonceptiva	25
1.7.2.1 Diferencias socioeconómicas y demográficas en el uso de métodos anticonceptivos	26
1.7.2.2 Estructura del uso de métodos anticonceptivos	29
1.7.3 Aborto	29
1.7.4 Cobertura de atención prenatal y del parto	31
1.8 Conclusiones	32
Capítulo II Principales causas de muerte de la población femenina	
2.1 Metodología	34
2.2 Principales causas de muerte a nivel nacional	35
2.3 Principales causas de muerte por grupos de causas	36
2.3.1 Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y deficiencias de la nutrición	38
2.3.2 Enfermedades no transmisibles	38
2.3.3 Causas externas de la morbilidad y mortalidad	39

2.4	Importantes causas de muerte	40
2.4.1	Enfermedad cardiovascular	40
2.4.2	Cáncer	41
2.4.2.1	Cáncer cérvico-uterino	41
2.4.2.2	Cáncer de la mama	42
2.4.3	Diabetes Mellitus	43
2.4.4	VIH/SIDA	44
2.4.5	Muerte materna	45
2.4.5.1	Defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio	46
2.5	Principales causas de muerte por grupos de edad	46
2.5.1	Mortalidad femenina infantil	47
2.5.2	Mortalidad femenina preescolar	48
2.5.3	Mortalidad femenina adolescente y escolar	48
2.5.4	Mortalidad femenina en jóvenes	48
2.5.5	Mortalidad femenina en adultos	49
2.5.6	Mortalidad femenina en la vejez	49
2.6	Conclusiones	50
Capítulo III Mortalidad femenina por entidad federativa		
3.1	Causas de muerte por grupos y por entidad federativa	51
3.1.1	Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y deficiencias de la nutrición	51
3.1.2	Enfermedades no transmisibles	55
3.1.3	Causas externas de la mortalidad	59
3.2	Conclusiones	61
Capítulo IV Tipificación		
4.1.	Metodología de selección de grupos de mortalidad	62
4.1.1	Selección de las entidades federativas	65
4.2	Aplicación de la tipificación directa	66
4.2.1	Metodología	67
4.3	Conclusiones	70
Conclusiones		71
Anexo A Principales causas de muerte femeninas, 1997-2000		74
Anexo B Importantes causas de muerte por grupo de edad, 2000		75
Anexo C Principales causas de muerte por entidad federativa, 2000		76
Anexo D Índice de Marginación por entidad federativa, 2000		77
Bibliografía		78

Índice de Cuadros

Capítulo I Situación actual de la mujer en México

Cuadro 1.1 Tasas de los hogares jefaturados según sexo y edad del jefe, 1990-2000	11
Cuadro 1.2 Porcentaje de tipo de hogares según sexo del jefe de familia, 1992-2000	12
Cuadro 1.3 Distribución porcentual de la matrícula femenina, 1990-2000	13
Cuadro 1.4 Población femenina analfabeta según grupos de edad, 1990-2000	15
Cuadro 1.5 Tasas de alfabetización en la población femenina según periodos de edad, 1990-2000	15
Cuadro 1.6 Tasas de crecimiento de la población económicamente activa por quinquenios, 1985-2000	16
Cuadro 1.7 Tasas de participación de la población femenina en la actividad económica según grupos de edad, 1991-2000	17
Cuadro 1.8 Tasas de participación económicamente activa femenina por tipo de localidad, 1991-2000	17
Cuadro 1.9 Tasas de participación económica femenina por estado civil, 1991-2000	18
Cuadro 1.10 Estructura de la población económicamente activa femenina según categoría ocupacional, 1976-2000	19
Cuadro 1.11 Tasa Global de Fecundidad por entidad federativa, 2000	22
Cuadro 1.12 Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que usan métodos anticonceptivos según grupos de edad, 1976-1997	26
Cuadro 1.13 Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que usan métodos anticonceptivos por entidad federativa, 1992-2000	28
Cuadro 1.14 Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que usan métodos anticonceptivos según nivel de escolaridad, 1992-1997	28
Cuadro 1.15 Aceptantes de métodos anticonceptivos definitivos, 1990-1998	29
Cuadro 1.16 Porcentaje de usuarias por tipo de método, 1992-1998	29
Cuadro 1.17 Porcentaje de atención prenatal según tipo de agente, por periodos 1994-2000	32

Capítulo II Principales causas de muerte de la población femenina

Cuadro 2.1 Cinco principales causas de muerte según grupos de edad, 2000	50
--	----

Capítulo IV Tipificación

Cuadro 4.1 Indicadores de la mortalidad femenina por entidad federativa, 2000 “Grupo de mortalidad alta”	64
Cuadro 4.2 Indicadores de la mortalidad femenina por entidad federativa, 2000 “Grupo de mortalidad media”	64
Cuadro 4.3 Indicadores de la mortalidad femenina por entidad federativa, 2000 “Grupo de mortalidad baja”	65
Cuadro 4.4 Aplicación del método de tipificación de las poblaciones seleccionadas	68
Cuadro 4.5 Tasas brutas de mortalidad observadas y tipificadas, 2000	68
Cuadro 4.6 Tasas brutas y tipificadas de mortalidad Oaxaca-Sinaloa, 2000	69
Cuadro 4.7 Tasas brutas y tipificadas de mortalidad Oaxaca-Quintana Roo, 2000	69

Índice de Gráficas

Capítulo I Situación actual de la mujer en México

Gráfica 1.1 Pirámide de población femenina, por grandes grupos de edad 1990-2000	6
Gráfica 1.2 Índice de Masculinidad según grupos de edad 1990-2000	7
Gráfica 1.3 Índice de sobremortalidad masculina según grupos de edad 2000	8
Gráfica 1.4 Esperanza de vida al nacimiento femenina, 1980-2000	9
Gráfica 1.5 Tasas de fecundidad según grupos de edad, 1992-2000	24
Gráfica 1.6 Porcentaje de abortos por entidad federativa, 1997	31

Capítulo II Principales causas de muerte de la población femenina

Gráfica 2.1 Tasas de mortalidad de las principales causas de muerte en la población femenina, 1997-2000	36
Gráfica 2.2 Tasas de mortalidad femenina por enfermedad isquémica del corazón según grupos de edad, 2000	41
Gráfica 2.3 Tasas de mortalidad femenina por cáncer cérvico-uterino y de mama según grupos de edad, 2000	43
Gráfica 2.4 Tasas de mortalidad femenina por diabetes mellitus según grupos de edad, 2000	44
Gráfica 2.5 Tasas de mortalidad femenina por SIDA y muerte materna según grupos de edad, 2000	46

Capítulo IV Tipificación

Gráfica 4.1 Porcentaje de la población por grandes grupos de edad de la población femenina Nacional, Oaxaca, Sinaloa y Quintana Roo, 2000	70
---	----

Índice de Mapas

Capítulo III Mortalidad femenina por entidad federativa

Mapa 3.1 Tasas de mortalidad femenina de afecciones originadas en el periodo perinatal, por entidad federativa, 2000	53
Mapa 3.2 Tasas de mortalidad femenina de enfermedades infecciosas intestinales por entidad federativa, 2000	53
Mapa 3.3 Tasas de mortalidad femenina de enfermedades respiratorias bajas por entidad federativa, 2000	54
Mapa 3.4 Tasas de mortalidad femenina de deficiencias de la nutrición por entidad federativa, 2000	54
Mapa 3.5 Tasas de mortalidad femenina de enfermedad isquémica del corazón por entidad federativa, 2000	56
Mapa 3.6 Tasas de mortalidad femenina de cáncer cérvico-uterino por entidad federativa, 2000	57
Mapa 3.7 Tasas de mortalidad femenina de cáncer de mama por entidad federativa, 2000	57
Mapa 3.8 Tasas de mortalidad femenina de diabetes mellitus por entidad federativa, 2000	58
Mapa 3.9 Tasas de mortalidad femenina de enfermedades crónicas del hígado por entidad federativa, 2000	58
Mapa 3.10 Tasas de mortalidad femenina de enfermedad cerebrovascular por entidad federativa, 2000	59
Mapa 3.11 Tasa de mortalidad femenina de accidentes en vehículo de motor por entidad federativa, 2000	60
Mapa 3.12 Tasas de mortalidad femenina de homicidios por entidad federativa, 2000	60

Introducción

En la historia de la humanidad hasta los inicios de la época moderna, estuvo caracterizada por una elevada mortalidad causada por enfermedades provocadas principalmente por agentes externos al organismo humano o por carencias: epidemias, plagas, guerras y hambres. En la era moderna, con sus revoluciones agrícola e industrial, social y cultural algunas sociedades mejoran su dotación de alimentos, alojamiento, higiene personal y pública, sus condiciones de vida en general; ello permite un primer control de enfermedades endémicas y transmisibles que se refleja en un lento declinar de la mortalidad (Camposterga Cruz, Sergio, 1992).

Asimismo el país se caracteriza hoy en día por un perfil de salud-enfermedad en rápida transformación, caracterizado por una paulatina reducción de las defunciones atribuibles a padecimientos infecciosos, así como una tendencia creciente de muertes por enfermedades crónico-degenerativas y por lesiones. De esta forma la disminución del riesgo de fallecimiento por enfermedades transmisibles contribuyó al incremento en la esperanza de vida, las mayores ganancias resultaron del abatimiento de las enfermedades infecciosas y parasitarias. Aún cuando, en lo general, se ha logrado disminuir sensiblemente la mortalidad por estas causas, su control constituye uno de los objetivos primordiales de la política de salud. La sobrevivencia y la salud constituyen una aspiración fundamental de toda la sociedad. El mejoramiento de la salud eleva el bienestar de la población y genera un círculo virtuoso entre la salud y el despliegue de las capacidades y potencialidades de los individuos. Uno de los mayores logros en nuestro país ha sido la reducción significativa de la mortalidad y morbilidad. Por eso una de las variables de mayor importancia a lo largo del tiempo en los estudios de población, es sin lugar a duda la *mortalidad*. La fenomenología que recubre a los eventos relativos a la muerte, han establecido consecuencias diversas, pues no sólo se dan en un nivel micro sino que, sus repercusiones pueden alterar la dinámica poblacional de una sociedad determinada. Entre los principales determinantes de este descenso en la mortalidad destacan la expansión de los servicios educativos y la infraestructura sanitaria, así como la ampliación de los servicios públicos de salud (Alba, Francisco, 1989).

El estudio de los factores asociados a la mortalidad evidencia ciertas relaciones estadísticas entre estructuras de la mortalidad por causas y los niveles de desarrollo social, cultural y

económico. De esta manera es importante tomar a la mortalidad y a sus causas de muerte, como un indicador importante, ya que sus problemáticas interesan diversamente a una serie de ciencias que por todo son de gran importancia para el bienestar del país, como lo son: medicina, salud pública y la demografía. El análisis de las causas de mortalidad de la mujer constituye uno de los mejores medios de que se dispone para la apreciación de las condiciones de salud de las mujeres de un país. En consecuencia, el estudio de las causas de muerte resulta ser un instrumento más de investigación en el análisis de la mortalidad misma y de los niveles de desarrollo de la sociedad. La ampliación de las capacidades y opciones de las mujeres para realizar su proyecto de vida las lleva a un avance en su calidad de vida y de esta forma, conforme aumenta su escolaridad, una ocupación adecuada en su entorno de familia, un buen acceso a los servicios de salud y una correcta disposición de ingresos monetarios suficientes para adquirir bienes y servicios, tiende a reducir en gran medida su mortalidad y morbilidad y con ello aumentar las oportunidades reales de disfrutar una vida larga y saludable.

El propósito de este trabajo sobre las causas de muerte de la mujer en México en el año 2000 es ofrecer un panorama de los avances en su conocimiento, de las insuficiencias y limitaciones en su documentación y análisis y de las tareas y líneas de investigación que deben de emprenderse a fin de contribuir a implementar políticas que efectivamente reduzcan la mortalidad de la población femenina en la mayor medida posible, para lo que también es necesario conocer la situación actual por la que está pasando la mujer en nuestro país, en donde se toman distintos factores que influyen en el curso de la vida como lo es, su fecundidad, la relación con su familia y hogar, el avance en su educación, y la importancia que tiene la salud para el estudio de la mortalidad por causas.

Tanto factores biológicos como los sociales –en su sentido más amplio, que incluiría la acción de éstos sobre los factores ambientales- son determinantes de un nivel dado de mortalidad, de una estructura de causas de defunción. Los primeros son básicos, en cuanto que la sobrevivencia siempre estará enmarcada dentro de los límites de la “mortalidad biológica”. Dentro de estos límites es posible la acción de los factores sociales. Sin intención de hablar de límites precisos, la mortalidad tendría dos componentes: uno endógeno –causas de muerte intrínsecas al organismo- y otro exógeno - causas de muerte cuyo origen son agentes externos al organismo. Estas relaciones se producen por el hecho

de que ciertas causas de muerte -las exógenas- pueden considerarse “controlables” por el avance en el desarrollo social (Alba, Francisco , 1989).

Otro ángulo importante para la mortalidad es trabajar con entidades específicas y de esta manera poder hacer una comparación entre ellas para conocer la situación que se vive a lo largo del país.

Con este trabajo se busca dar cuenta de los problemas que en este momento aquejan a las mujeres ya sea éste de tipo social o físico y que en ellas, así como toda la población de nuestro país haya una cultura preventiva de la salud y el bienestar familiar.

El motivo de esta investigación es por la escasa información con la que se cuenta, así como la poca divulgación que ésta tiene y así se espera que la población y las autoridades pertinentes tomen conciencia de cuáles son las causas de muerte más frecuentes entre las mujeres del país y enfocarse en ellas como un grave problema del país.

Este trabajo se dividió en tres capítulos en los que se habla particularmente de la mujer en México.

En el primer capítulo, se trabajaron temas de carácter social que permitieron comprender la evolución que tiene la mujer en contextos de vital importancia para la sociedad, como lo son su estructura por edad, la familia y el hogar, la educación, la participación económica, la fecundidad y algunos temas de salud reproductiva.

En el segundo capítulo, se trabajó principalmente con el tema sobre causas de muerte en mujeres en el año 2000, así como una división por grupos de edad para enfocarse en las principales causas de muerte que aquejan a cada etapa del ciclo de la vida.

En el tercer capítulo, se hizo un análisis de las principales causas de muerte a nivel de entidad federativa.

En el cuarto capítulo, se hizo una tipificación en tres entidades (Oaxaca, Sinaloa y Quintana Roo), con su tasa bruta de mortalidad para así conocer la diferencia entre la mortalidad de

cada una de estas entidades las cuales tienen características importantes y exclusivas por lo que fue de gran ayuda el trabajar con ellas también se analizaron las principales causas de muerte en cada una de estas regiones.

Por último, se tiene un apartado de conclusiones, en el que se plasman las premisas principales que se obtuvieron de esta investigación.

Capítulo I Situación actual de la mujer en México

Para la elaboración de este capítulo se utilizaron las siguientes fuentes de información: El XI Censo Nacional de Población y Vivienda-1990, el XII Censo Nacional de Población y Vivienda-2000, así como las siguientes encuestas nacionales: las Encuestas Nacionales de la Dinámica Demográfica-1992, 1997 y 1999, las Encuestas Nacionales de Empleo-1991, 1997 y 2000, elaborados por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI); la Encuesta Nacional de Salud-2000, la Encuesta Nacional de la Fecundidad y la Salud-1997 elaboradas por la Secretaría de Salud (SSA) y El Instituto Nacional de Salud Pública; la Encuesta de Seguimiento de la Situación de la Mujer-1999, elaborada por el Grupo Interdisciplinario para la Mujer, Trabajo y Pobreza (GIMTRAP) y la Fundación MacArthur; las Proyecciones de la Población en México 2000-2050, elaboradas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO).

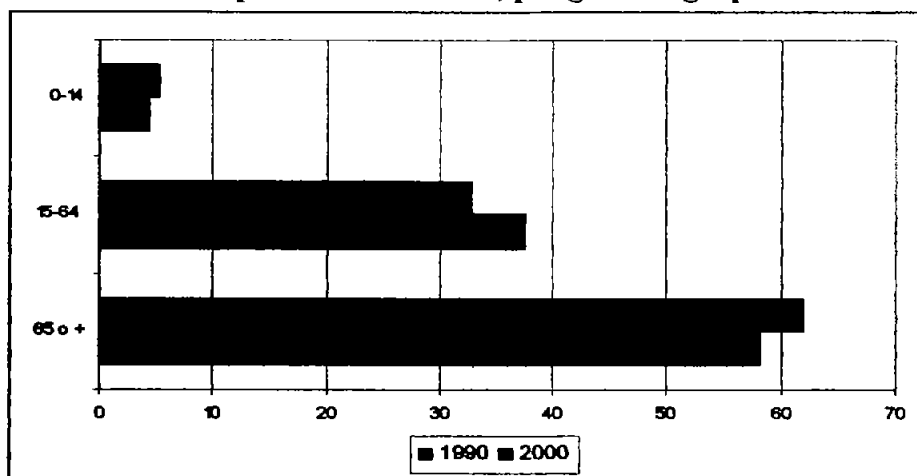
En este capítulo se tratan temas importantes que permitan conocer la situación que atraviesan las mujeres en el país, pues el desarrollo y el mejoramiento de la condición social de la mujer son aspectos íntimamente interrelacionados, cómo los cambios que tiene la estructura de la población femenina, su esperanza de vida, los cambios en la estructura de los hogares y las familias, los avances en la educación, su importante introducción en la actividad económica, sus cambios en la fecundidad y sus mejoras en temas de salud.

1.1 Estructura de la población femenina

En el año 2000 la población mexicana suma más de 97 millones de habitantes de los cuales 47,592,253 son hombres y 49,891,159 son mujeres, las cuales representan más de 50 por ciento del total de la población, en 1990 el país contaba con más de 80 millones habitantes de los cuales 39,656,911 eran hombres y 41,103,478 eran mujeres, las cuales también representaban más del 50 por ciento del total de la población. En los últimos 30 años, se han producido cambios notables en la estructura por edades a consecuencia del rápido descenso de la fecundidad y la transformación de los patrones reproductivos, lo que ha dado lugar a un proceso gradual de envejecimiento de la población, expresado en un continuo aumento de la población adulta y ancianos en el país. Entre 1990 y 2000, el peso relativo de las mujeres menores de 15 años respecto de la población femenina total, disminuyó proporción de 37.5 a 32.8%; el de las que tienen entre 15 y 64 años aumentó de

58.1 a 62%; y el de las de la tercera edad (65 años o más) creció en el mismo periodo de referencia de 4.4 a 5.2% (Gráfica 1.1) (INEGI, 1990-2000). En números absolutos, las mujeres menores de 15 años suman alrededor de 16.4 millones en el año 2000, la población femenina en edades productivas (de 15 a 64 años) asciende a 30.9 millones, y las mujeres de la tercera edad constituyen alrededor de 2.6 millones. La transformación de la estructura por edades entre 1990 y 2000 también se expresa en el incremento de la edad media de la población femenina (de 24.2 a 26.5 años), que en ambos años fue ligeramente superior a la de la población masculina (de 23.4 a 25.6 años).

Gráfica 1.1 Pirámide de población femenina, por grandes grupos de edad 1990-2000



Fuente: Cálculos propios basados en la información de los Censos de Población y Vivienda, 1990-2000

1.1.1 Índice de masculinidad

Es importante al hablar de población y de género conocer el tamaño de la población femenina en comparación con la masculina, por eso se trabajó con el Índice de Masculinidad para conocer el número de mujeres que hay en el país por cada 100 hombres, el cual se calcula de la siguiente manera:

$${}_nIM_x = ({}_nH_x / {}_nM_x) * 100$$

donde:

${}_nIM_x$ número de hombres que hay, por cada mujer en el grupo de edad $x, x+n$

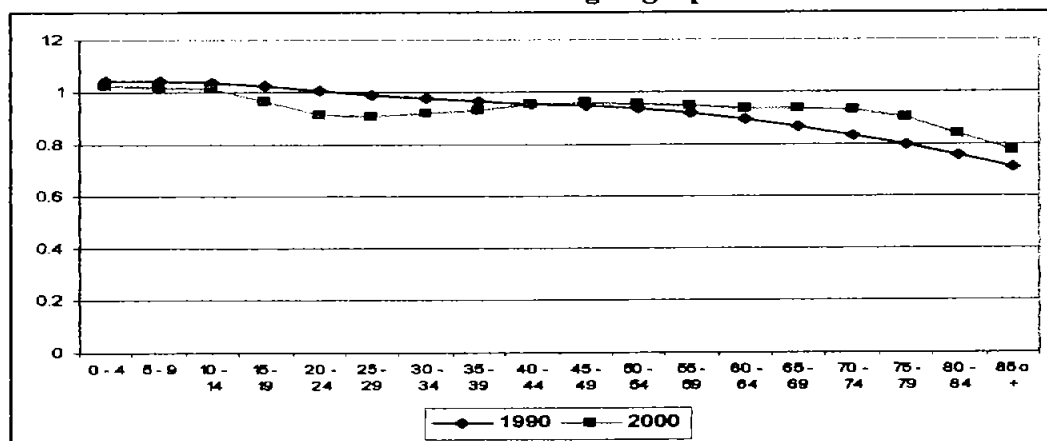
${}_nH_x$ número de hombres en el grupo de edad $x, x+n$

${}_nM_x$ número de mujeres en el grupo de edad $x, x+n$

En 1990 en el grupo de edad de 0-4 años había 104.3 hombres por cada 100 mujeres y así siguió la tendencia hasta grupo de edad de 25-29 años donde había 99.2 hombres por cada

100 mujeres y esta tendencia siguió aumentando para las mujeres y disminuyendo para los hombres hasta llegar al grupo de edad de 85 años o más con 71.1 hombre por cada 100 mujeres (Gráfica 1.2). En el 2000 continuó la misma tendencia que en 1990, en el primer grupo de edad hay 104.3 hombres por cada 100 mujeres esta tendencia se mantuvo hasta el grupo de edad de 24-29 años donde hay 99.3 hombres por cada 100 mujeres y siguió así hasta llegar al grupo de 85 años o más donde hay 72.3 hombres por cada 100 mujeres (Gráfica 1.2); conforme aumenta la edad para los hombres y las mujeres es mayor la diferencia entre cuántas mujeres hay más que hombres y este hecho se debe a la sobre mortalidad masculina, que empieza a edad más temprana en hombres que en mujeres, pues a partir de los 20 años comienza hacerse una brecha más amplia entre cuantos hombres mueren por cada mujer.

Gráfica 1.2 Índice de Masculinidad según grupos de edad 1990-2000



Fuente: Cálculos propios basados en la información de los Censos de Población y Vivienda, 1990-2000

1.1.2 Índice de sobremortalidad masculina

El Índice de sobremortalidad masculina se calcula:

$${}_n\text{ISM}_x = ({}_n\text{DH}_x / {}_n\text{DM}_x) * 100$$

donde:

${}_n\text{ISM}_x$ número de defunciones de masculinas que hay, por cada defunción femenina en el grupo de edad $x, x+n$

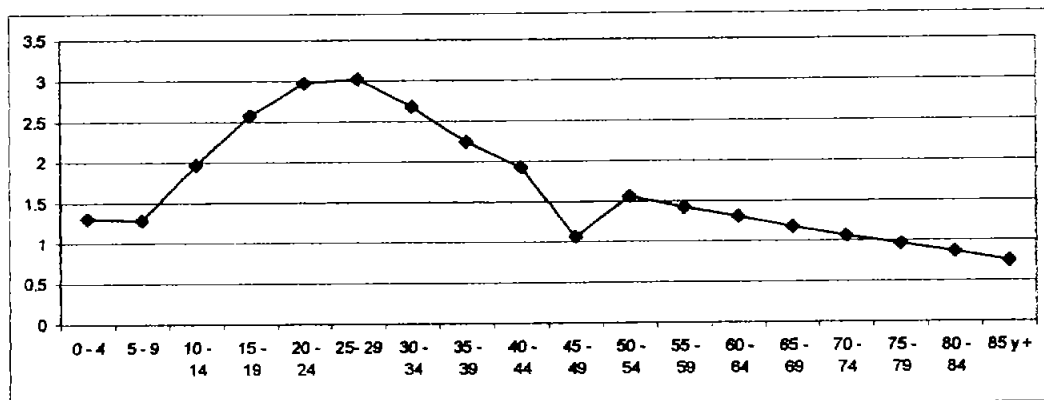
${}_n\text{DH}_x$ número de defunciones masculinas en el grupo de edad $x, x+n$

${}_n\text{DM}_x$ número de defunciones femeninas en el grupo de edad $x, x+n$

En el 2000 por cada 100 defunciones femeninas en el grupo de edad de 0-4 años hay 130 defunciones masculinas, pero conforme aumenta la edad esta brecha comienza hacerse más

evidente hasta llegar al grupo de edad de 20-24 años donde por cada 100 defunciones femeninas hay 300 defunciones masculinas, después de este grupo de edad el número de defunciones masculinas comienzan a parecerse más al número de defunciones femeninas (Gráfica 1.3).

Gráfica 1.3 Índice de sobremortalidad masculina según grupos de edad 2000



Fuente: Cálculos propios basados en la información de los Censos de Población y Vivienda, 1990-2000

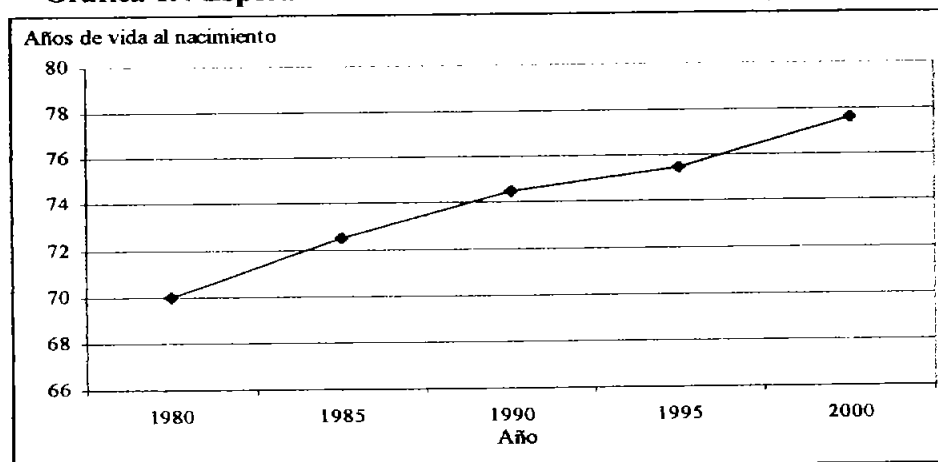
1.2 Esperanza de vida al nacimiento

Uno de los logros sociales más importantes del México contemporáneo es el descenso notable de la mortalidad. La vida media de las y los mexicanos se ha incrementado en más del doble al cabo de las pasadas siete décadas, al aumentar de 66.5 años en 1980 a 75.3 años en el año 2000, con incrementos similares tanto en hombres (de 64.4 a 73.1 años) como en mujeres (de 70 a 77.6 años)¹ (Gráfica 1.4).

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. Se estima que en el año 2000, la mortalidad infantil será del orden de 23.35 defunciones por mil nacidos vivos, lo que representa una reducción de 32 por ciento con relación a la tasa registrada en 1990.

¹ CONAPO, Indicadores demográficos, 2000-2003, México, 2000

Gráfica 1.4 Esperanza de vida al nacimiento femenina, 1980-2000



Fuente: www.inegi.gob.mx, Indicadores Sociodemográficos, INEGI

1.3 Mujer y familia

La familia es un ámbito privilegiado del proceso de socialización primaria de los individuos, opera como espacio productor y transmisor de pautas y prácticas culturales y adquisición de hábitos y conforma un contexto fundamental para la formación de identidades, en particular en lo relativo a los papeles asignados socialmente a mujeres y hombres. En México es reconocido el hecho de que las familias mexicanas viven una prevalencia de disolución de uniones, sin embargo, poco se sabe acerca de las implicaciones que tienen los cambios observados en el predominio de los distintos tipos de hogares y el papel que desempeña en ellos la mujer (CONAPO, 2001).

1.3.1 Hogares y familias

A pesar de la tendencia de manejar indistintamente los términos de “familia” y “hogar”, es importante destacar la diferencia entre cada término. Se considera que en la primera el tiempo pasado y futuro se enlazan en una continuidad simbólica que trasciende a los individuos y sus generaciones, en tanto que el hogar representa un asentamiento acotado en el tiempo y el espacio que cumple una función económica. En la práctica, esto significa que en el hogar, un grupo de individuos, emparentados o no, comparten alimentos y gastos dentro del mismo ámbito doméstico a modo de “un pequeño taller en el que se produce el primero de los bienes, que es la vida y la mayor parte de los servicios que cada individuo recibe a lo largo de su propio ciclo vital” (CONAPO, 2001).

Tradicionalmente, los estudios sociodemográficos sobre la familia se han centrado en el análisis del hogar para abordar las formas en que los grupos domésticos se organizan para llevar a cabo la subsistencia cotidiana y para reproducirse a través del tiempo. Esto supone que los miembros de un hogar no sólo están unidos por lazos de sangre, adopción o alianza, sino que establecen relaciones interdependientes para satisfacer sus necesidades, determinar y cumplir deberes y responsabilidades en función de características demográficas y sociales individuales en los que la mujer constituye un elemento clave para el ajuste en la transformación de la sociedad en el ámbito familiar, su comportamiento demográfico y su creciente participación en la vida pública dan como resultado cambios en las estructuras ocupacionales, educativas y de prestación de servicios, y de la nueva tecnología doméstica, las que contribuyen a dar una nueva dimensión al futuro de la sociedad y por eso los hogares encabezados por mujeres son un grupo de especial preocupación para los programas de política social orientados al combate de la pobreza. Ellas viven cotidianamente la condición social de ser mujeres y jefas de hogar, lo que en algunos casos las enfrenta al conflicto derivado de la necesidad de obtener ingresos monetarios y atender la responsabilidad del cuidado y crianza de los hijos(as), posición que a su vez condiciona su acceso al mercado de trabajo y las coloca en una situación de extrema vulnerabilidad y es así que los hogares dirigidos por mujeres se han incrementado en gran número en los últimos años (CONAPO, 2001).

1.3.2 Aumento de la jefatura femenina

Ser jefe de un hogar supone que sus miembros reconocen, sobre la base de una estructura de relaciones jerárquicas, a la persona más importante de la familia, es decir, aquella que representa regularmente el hogar y que además, tenga mayor autoridad en la toma de decisiones o sea el principal soporte económico. En México, los hogares jefaturados por mujeres aumentaron de 19 por ciento en 1997 a 19.6 por ciento en el año 2000, entre las principales tendencias demográficas que explican este importante aumento destacan la viudez femenina como resultado de una mayor sobrevivencia y esperanza de vida de las mujeres; el aumento de la separación y el divorcio; el aumento de las madres solteras; y los patrones migratorios de hombres y mujeres, particularmente el desplazamiento de mujeres jóvenes a áreas urbanas. Factores de otra índole apuntan al aumento de la escolaridad femenina y a los efectos que la crisis económica y los programas de ajuste llevados a cabo durante la década de los ochenta tuvieron sobre las oportunidades de empleo y los ingresos

reales masculinos, lo que, aunado a la creciente incorporación femenina en las actividades extradomésticas, promovieron una mayor responsabilidad económica de las mujeres en los hogares. Otro factor sociodemográfico estrechamente vinculados con la condición de jefe de hogar es la edad, la cual varía de acuerdo con el sexo, entre 1990 y 2000, las tasa de los hogares jefaturados por mujeres presentan una tasa de 5.26 en el grupo de edad 12 a 19 años, pero en el grupo de 25 a 34 años aumenta su tasa de jefatura a 5.05 y alcanza su mayor ocurrencia en el grupo de 35 a 44 años con una tasa del 5.84, a pesar de este aumento en los siguientes grupos de edad la tendencia disminuye hasta el grupo de edad 55 a 64 años, con la tasa más baja (4.6); y en el grupo de 65 años y más se obtuvo un aumento considerable en su tasa (5.41), en contraste las tasas de crecimiento de los hogares jefaturados por hombres son menores en todos los grupos de edad, en el mismo periodo (Cuadro 1.1)

Cuadro 1.1 Tasas de los hogares jefaturados según sexo y edad del jefe, 1990-2000

Grupos de edad	Hombres	Mujeres
12-19	2.57	5.26
20-24	1.63	5.11
25-34	2.26	5.05
35-44	3.36	5.84
45-54	3.28	5.05
55-64	3.27	4.6
65 o +	3.86	5.41

Fuente: INEGI, XI y XII Censos Generales de Población y Vivienda, 1990 y 2000

La frecuencia con que hombres y mujeres son reconocidos como jefes de hogar varía dependiendo del tipo de hogar. Los datos más recientes señalan que los hombres encabezan, por lo general, hogares de tipo nuclear en tanto que más de la mitad de los hogares que encabezan las mujeres son no nucleares (Cuadro 1.2).

Cuadro 1.2 Porcentaje de tipos de hogares según sexo del jefe de familia, 1992-2000

Tipo de hogar	Sexo	1992	2000
Unipersonal	Hombre	9.88	10.4
	Mujer	10.12	9.6
Nuclear biparental*	Hombre	19.92	19.88
	Mujer	0.08	0.12
Nuclear monoparental	Hombre	2.22	2.7
	Mujer	17.78	17.3
Nuclear sin hijos	Hombre	19.68	19.74
	Mujer	0.32	1.26
Extenso y compuesto	Hombre	14.88	12.74
	Mujer	5.12	7.26
Total		100	100

Fuente: CEPAL, Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2002

* Con hijos

A pesar de los cambios ocurridos en las relaciones de pareja en el ámbito del hogar, aún persisten pautas tradicionales que hacen recaer sobre las mujeres la mayor parte del peso de las tareas domésticas, al tiempo que asignan mayor autoridad al hombre en las decisiones familiares importantes. Si bien estas pautas tradicionales siguen muy arraigadas en la mayor parte de las familias mexicanas, el comportamiento de las nuevas generaciones está cambiando.

1.4 Educación

La educación es un factor fundamental para promover la incorporación plena de los individuos a la vida social, económica y política del país, también es una clave para desarrollar las facultades de las personas y su potencial en los diversos contextos de la vida, así como para adquirir capacidades y conocimientos que requieren para el desempeño de actividades productivas adecuadamente remuneradas. Como ningún otro componente del desarrollo social, la educación ejerce una acción directa para atenuar las disparidades sociales, fortalecer los valores modernos, y contribuir tanto a la formación de los ciudadanos, como a la conformación de una sociedad justa, participativa y democrática. Este hecho, aunado a las demandas de equidad social, las presiones ejercidas por el aparato productivo y las perspectivas de la competencia económica internacional, imponen nuevos y complejos retos al sistema educativo nacional. Las previsiones relativas a la inserción de la población en el sistema educativo formal constituyen una herramienta útil para planear el

futuro de la educación en nuestro país. A partir de ellas es posible determinar los requerimientos de infraestructura física y humana que permitan desarrollar las capacidades de los individuos y potenciar el capital humano necesario para alcanzar las metas establecidas de desarrollo social y económico (Gutiérrez Guzmán , Francisco, 2000:20-21).

Los cambios en el volumen y estructura por edades de la población, promovidos por la declinación intensa y acelerada de la fecundidad, han implicado una disminución del peso absoluto de los grupos en edad de cursar la enseñanza preescolar y primaria, y en pocos años más de aquellos en edad de cursar la secundaria. En contraste, debido entre otros factores al arribo de generaciones todavía numerosas que nacieron en la época de alta fecundidad la demanda en los niveles medio superior y superior continuará aumentando en los próximos años

1.4.1 Matrícula escolar

La matrícula escolar que compone la enseñanza en México, se divide en tres niveles; básica que agrupa preescolar, primaria y secundaria, media superior que agrupa profesional técnico y bachillerato y superior que agrupa normal licenciatura, licenciatura universitaria y tecnológica y posgrado han registrado un crecimiento para las mujeres en la última década, el mayor aumento se obtuvo en la educación superior que pasó de 42.8 a 49.0 por ciento entre 1990 y 2000, la educación básica pasó de 48.7 a 49 por ciento y la media superior pasó de 42.8 a 50.6 por ciento (Cuadro 1.3).

Cuadro 1.3 Distribución porcentual de la matrícula escolar femenina 1990-2000

Año	Básica	Media Superior	Superior
1990	48.7	48.4	42.8
2000	49.0	50.6	49.0

Fuente: SEP, Estadísticas Básicas del Sistema Educativo Nacional

Este mayor acceso en todos los niveles de escolaridad, ha llevado a las mujeres a permanecer un mayor número de años en la escuela.

1.4.2 Promedio de escolaridad

El promedio de años de escolaridad de los mexicanos y las mexicanas se incremento de 6.6 años a 7.7 años entre 1990 y 2000. En cuanto a la mujer su promedio de escolaridad aumentó de 6.3 a 7.2 años en promedio en el mismo periodo, pero el tamaño del lugar de

residencia marca la diferencia, esto se refleja claramente al comparar la escolaridad de la población rural y urbana, en 1997, los años promedio de escolaridad de las mujeres residentes en localidades rurales era de 4.4, contra 7.9 de las mujeres urbanas, en el 2000 sucede lo mismo, los años promedio de escolaridad de las mujeres residentes en localidades rurales es de 4.7, contra 8.1 de las mujeres urbanas; en el caso de la población masculina, en 1997, el grado promedio de escolaridad de los hombres residentes en localidades rurales era de 4.8, contra 8.6 de los hombres urbanos, en el 2000 el grado promedio de escolaridad de los hombres residentes en localidades rurales es de 4.9, contra 8.8 de los hombres urbanos, esta brecha entre hombres y mujeres en cuanto a los años promedio de escolaridad es más amplia en la zona rural, pues en el año 2000 los hombres rurales tienen en promedio ocho meses más de escolaridad que las mujeres rurales, mientras que esta diferencia es de tres meses en la zona urbana y de acuerdo con los datos disponibles en el 2000, 26 por ciento de las mujeres rurales de 15 años y más no saben leer ni escribir, contra nueve por ciento de las mujeres urbanas. Debido a estos aumentos en el promedio de años de escolaridad de la mujer, se ha presentado una disminución muy favorable en los niveles de analfabetismo en el país (Gutiérrez Guzmán , Francisco, 2000:20-21).

1.4.3 Analfabetismo

Gracias a las acciones realizadas por el Sistema Educativo Nacional, el nivel de analfabetismo en México se ha reducido de manera significativa, sin embargo, la persistencia de este fenómeno se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres. El porcentaje de personas analfabetas de 15 años y más se redujo de 10.6 por ciento en 1997 a 8.8 en 2000. En la población femenina estos valores descendieron de 12.9 por ciento en 1997 a 11.5 y en la población masculina de 8.0 por ciento a 7.6 en el mismo periodo (Cuadro 1.4). Debido a los patrones educativos imperantes en el pasado, el analfabetismo se concentra en las generaciones de mayor edad, el porcentaje de analfabetismo en mujeres de 45 años y más paso de 27.4 a 22% y el menor porcentaje se encuentra en el grupo de 15-24 años de edad pasando de 5.1 a 2.8%, no obstante se destaca la importante disminución que se observa, entre 1990 y 2000, en todos los grupos de edad de la población femenina (Cuadro 1.4) y el aumento en la tasa de alfabetización entre un año y otro han aumentado de 84.3 a 89.5 en mujeres adultas, el aumento en la tasa de alfabetización en mujeres jóvenes pasa de 93.2 a 96.8 (Cuadro 1.5).

Cuadro 1.4 Población femenina analfabeta según grupos de edad, 1990-2000

Grupos de edad	1990	2000
15-24	5.1	2.8
25-44	12.5	8.4
45-59	27.4	22
60 o +	41	38.5
Total	12.9	11.5

Fuente: CEPAL, Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2002

Cuadro 1.5 Tasas de alfabetización en la población femenina según periodos de edad, 1990-2000

Año	Adultas (25 años y más)	Jóvenes (15-24 años)
1990	84.3	93.2
2000	89.5	96.8

Fuente: SEP, Estadísticas Básicas del Sistema Educativo Nacional

1.5 Participación económica

Durante la segunda mitad del siglo XX, la economía mexicana atravesó por etapas de crecimiento sostenido, crisis y reestructuración. Mientras la primera etapa terminó hace casi veinte años, las dos restantes han incidido en la importancia relativa de los diferentes sectores en la generación del producto interno bruto, así como en la dinámica y la estructura del empleo. La capacidad de la economía en el país para generar puestos de trabajo productivos, al menos a la misma velocidad que crece la población en edades laborales, será uno de los principales retos que enfrentará el país en los próximos años, pues la población económicamente activa (PEA) en México aumenta año tras año. Un claro ejemplo sucede a partir del quinquenio de 1985-1990, donde la tasa de crecimiento de la PEA era de 3.3, en años posteriores no fue tan amplio el crecimiento de la PEA pues en el quinquenio de 1990-1995 la tasa fue de 2.8, cinco puntos porcentuales menos que el quinquenio pasado y ahora en el quinquenio de 1995-2000 la tasa es de 2.2 (Cuadro 1.6) y en su crecimiento influye la evolución demográfica de nuestro país, el comportamiento de la estructura productiva y los cambios en el mercado de trabajo y la dinámica que seguirá la PEA en cuanto a su volumen, composición y distribución geográfica dependerá de la evolución de estos factores, asimismo, las políticas laborales jugarán un papel fundamental en el equilibrio entre oferta y demanda de mano de obra.

Cuadro 1.6 Tasas de crecimiento de la población económicamente activa por quinquenios, 1985-2000

1985-1990	1990-1995	1995-2000
3.3	2.8	2.2

Fuente: www.inegi.gob.mx, Estadísticas Sociodemográficas, INEGI

De esta manera, en la evolución de la PEA convergen distintos aspectos: el crecimiento de las inversiones pública y privada, la evolución del ingreso, los cambios tecnológicos, las políticas de las empresas para elevar la productividad, la edad de jubilación de los trabajadores, los beneficios de la seguridad social, las posibilidades existentes para la ampliación del trabajo por cuenta propia, los niveles de escolaridad, la migración internacional y el crecimiento demográfico del pasado, entre otros. La incorporación del potencial creativo de las mujeres mexicanas en los distintos procesos de la vida económica, en condiciones de igualdad con el varón, es un acto de justicia social y constituye una de las bases fundamentales para impulsar el desarrollo nacional. La importante participación de las mujeres a la producción económica y a la reproducción social se basan tanto en su trabajo doméstico como el extra doméstico (CONAPO, 2000).

1.5.1 Tasas de participación económica femenina, 1991-2000

La incorporación de la mujer a la actividad económica ha aumentado de manera sostenida durante los últimos 25 años, pues la tasa de participación femenina de la población de 12 años y más se incrementó de 31.5 por ciento en 1991 a 39.8 por ciento en 1996 y se estima que en el año 2000 la PEA ascendió a 43.3 millones, de los cuales alrededor de 14.9 millones son mujeres. Diversos estudios han mostrado que en México el trabajo femenino ya no se reduce principalmente a las jóvenes, como en las décadas de los sesenta y setenta, sino que se presenta cada vez con mayor medida entre la población adulta, entre 1991 y 2000, los mayores aumentos se registraron entre las mujeres de 25 a 64 años y en el último año las mujeres de 25 a 54 años son las que en mayor proporción participaron en la actividad económica (Cuadro 1.7).

Cuadro 1.7 Tasas de participación de la población femenina en la actividad económica según grupos de edad, 1991-2000

Grupos de edad	1991	1996	2000
15-24	34.5	35.1	36.1
25-54	38.2	34	45.6
55-64	24.4	27.8	29.6
65 o +	12.4	14	14.9

Fuente: www.inegi.gob.mx, Estadísticas Sociodemográficas del INEGI

La creciente participación de las mujeres en la actividad económica remunerada se debe a la convergencia de factores socio-demográficos y económicos. Entre los que destacan; cambios en las pautas matrimoniales, el descenso de la fecundidad y la significativa elevación de los niveles educativos de las mujeres, así el rápido crecimiento en la tasa de participación femenina se observa particularmente en las áreas más urbanizadas, la tasa de participación económica en esta área tuvo un incremento de 10 puntos entre 1991 y 2000, mientras en el área rural este aumento fue menor a los ocho puntos (Cuadro 1.8) (CONAPO, 2000).

Cuadro 1.8 Tasas de participación económicamente activa femenina por tipo de localidad, 1991-2000

Población	1991	1997	2000
Urbana	34.9	40.1	45
Rural	28.4	34	36

Fuente: www.inegi.gob.mx, Estadísticas Sociodemográficas del INEGI

la presencia cada vez mayor de la población femenina en el mercado de trabajo también constituye una expresión de la proliferación de estrategias generadoras de ingreso, mediante las cuales las mujeres contribuyen a sostener el nivel de vida de sus familias, particularmente deteriorado con las crisis y los ajustes económicos, esta demanda de fuerza de trabajo femenina ha sido impulsada por la expansión del empleo tanto en las actividades reservadas tradicionalmente a las mujeres, como en aquellas actividades que no presentan una preferencia marcada por uno de los sexos. No obstante, gran parte de las tareas económicas desempeñadas por las mujeres siguen ocultas o subregistradas en las estadísticas, debido a la definición de las actividades económicas y a las características de los procedimientos de registro de los censos y las encuestas, lo cual se vincula, a su vez, con consideraciones culturales sobre la división del trabajo entre mujeres y hombres. A los

factores anteriores hay que añadir los cambios en la estructura sectorial del empleo (CONAPO, 2000).

1.5.2 Características sociodemográficas de las mujeres económicamente activas

Es conocido que las mujeres de mayor edad, casadas o en unión libre y con responsabilidades familiares (trabajo doméstico y/o cuidado de los hijos), son las que más han acelerado su incorporación a la actividad económica en los últimos años. Esto ha sido demostrado utilizando las más variadas fuentes de información disponibles, desde censos poblacionales, hasta encuestas de ocupación y de fecundidad. Entre 1991 y 2000, la mayor participación en el mercado laboral se observa entre las mujeres separadas (de 58.5 a 64.7%) y divorciadas (70 a 73.1%), respectivamente, seguidas por las mujeres solteras (37.6 a 42%). En contraste, las mujeres casadas (25.8 a 33.8%), viudas (27.1 a 32%) o en unión libre (22.8 a 33.3), las que tienen una tasa de participación de alrededor de 30 por ciento. Sin embargo, debe destacarse que todas las mujeres, independientemente de su estado civil, registraron entre 1991 y 2000, un aumento en su tasa de participación laboral (Cuadro 1.9) (CONAPO, 2000).

Cuadro 1.9 Tasas de participación económica femenina por estado civil, 1991-2000

Estado civil	1991	1996	2000
Soltera	37.6	40.4	42
Casada	25.8	32.7	33.8
Separada	58.5	63.5	64.7
Divorciada	70	72.6	73.1
Viuda	27.1	31.2	32
Unión libre	22.8	29.5	33.3

Fuente: www.inegi.gob.mx, Estadísticas Sociodemográficas del INEGI

Este es un hecho muy significativo para la vida femenina y para el análisis del mercado de trabajo desde una perspectiva de género, lo que quiere decir que las mujeres no están abandonando la actividad económica conforme aumenta su edad, se casan o se unen y tienen sus primeros hijos, sino todo lo contrario; tal vez en respuesta a las necesidades familiares, las mujeres andan en busca de una ocupación determinada que les permita contribuir a solventar las necesidades de sus unidades domésticas.

1.5.3 Características del empleo femenino

Es preciso reconocer que la incorporación de las mujeres a la actividad económica no es suficiente para mejorar su condición social. La cristalización efectiva de los avances derivados de su creciente inserción en la vida económica depende, en el ámbito laboral, del tipo de ocupación que desempeñen las mujeres, de las características de los procesos económicos en los que participen, de sus formas y niveles de remuneración, de la duración de la jornada laboral, y de las prestaciones sociales a las que tengan acceso, entre otros factores. Por su parte, en el ámbito familiar dependen de una distribución más equitativa de las tareas y responsabilidades domésticas entre mujeres y hombres, del acceso a infraestructura y servicios de apoyo y del poder de uso y destino de sus ingresos (García Guzmán, Brígida, 1999).

La participación de las mujeres se asocia primordialmente con el trabajo asalariado, el trabajo por cuenta propia y el trabajo sin pago. En 1990, los porcentajes de mujeres en esas posiciones laborales eran del orden de 72, 21.9 y 6.1 por ciento, respectivamente, ahora en el 2000 los porcentajes son 70.5, 27.6 y 1.9 (Cuadro 1.10) y cabe mencionar que el mayor aumento se presenta en las mujeres que trabajan por cuenta propia de 1990 al año 2000.

Cuadro 1.10 Estructura de la población económicamente activa femenina según categoría ocupacional, 1976-2000

Año	Asalariadas	Cuenta propia	Sin pago
1990	72	21.9	6.1
2000	70.5	27.6	1.9

Fuente: CEPAL, Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2002

Cabe hacer notar que, en 1997, más de 50 por ciento de las mujeres ocupadas tenían un ingreso de hasta dos salarios mínimos (27.4 por ciento percibía menos de un salario mínimo y 25.4 por ciento de uno a dos salarios mínimos), lo que refleja su inserción en actividades de baja productividad y escasa calificación.

1.6 Fecundidad

El descenso de la fecundidad que ha ocurrido en México desde mediados de los años sesenta, es uno de los cambios demográficos que tienen las mayores implicaciones positivas para la salud reproductiva del que se sabe que (CONAPO, 2000):

- a) un menor número de nacimientos reduce el tiempo que las mujeres están expuestas durante su vida al riesgo de complicaciones perinatales (de 63 meses con una fecundidad de siete hijos a 18 meses con una fecundidad de dos);
- b) una elevada fecundidad está relacionada con la mayor ocurrencia de embarazos en las edades extremas del periodo reproductivo. El embarazo en mujeres muy jóvenes menores de 20 años de edad y entre las mayores de 35 años presenta una mayor probabilidad de muerte neonatal y perinatal;
- c) una fecundidad elevada acorta el tiempo de espaciamiento entre los nacimientos, lo que se traduce en un menor periodo de recuperación física de la madre entre parto y parto, y una mayor competencia entre hermanos por los recursos del hogar para su crianza (lactancia, alimentos, atención médica y tiempo de los padres).

En los años sesenta, la tasa global de fecundidad (TGF) alcanzó su máximo histórico, con valores por encima de siete hijos por mujer, muy pocas personas, mayoritariamente de las clases medias y altas de la sociedad, tenían conocimiento de los métodos modernos para regular la fecundidad y éstos eran accesibles sólo en algunos servicios privados, por esta razón, fueron los grupos acomodados que residían en las grandes ciudades quienes iniciaron primero la regulación de su fecundidad, posteriormente, a partir de 1974, con el cambio de la política de población y del impulso de los programas de planificación familiar, la fecundidad comenzó a descender vertiginosamente (CONAPO, 2000). En unos cuantos años, esta pauta se generalizó a casi todos los grupos sociales: entre 1994 y 1997 la TGF pasó de 2.9 hijos a 2.65 hijos respectivamente y ahora en el 2000 es de 2.4 hijos por mujer. Este descenso en la fecundidad ha propiciado que el crecimiento natural de la población disminuyera de 1.8 en 1997 a poco menos de 1.67 por ciento en el año 2000. Si la tendencia continuara con la tasa observada hace cinco lustros, la población tendría el potencial para duplicar su tamaño cada 22 años, mientras que con la tasa actual le llevaría

casi el doble de tiempo multiplicar dos veces su tamaño original pues hoy en día, la planificación familiar goza de amplia aceptación social y en consecuencia, todos los estratos sociales y ámbitos territoriales del país, por ello, para la mayoría de las mexicanas y los mexicanos, la reproducción dejó de ser concebida como un capricho de la naturaleza y hoy en día forma parte de los eventos que pueden ser planeados y anticipados por las personas, además por sus vínculos con la salud, la fecundidad también es una expresión del grado en que las mujeres y sus parejas ejercen sus derechos reproductivos. El embarazo premarital y en la adolescencia, así como la mayor fecundidad de los grupos en condiciones de pobreza y marginación², son en gran medida resultados de la falta y diferencia de recursos (económicos, sociales, culturales) y del poder que se requiere para tomar decisiones de manera libre, informada y responsable sobre la sexualidad y la reproducción.

1.6.1 Diferencias socioeconómicas de la fecundidad

A pesar de que el descenso de la fecundidad se ha generalizado a lo largo del territorio, este proceso no ha ocurrido de manera simultánea, ni con el mismo impulso en las distintas regiones, entidades, clases sociales y grupos étnicos del país. La fecundidad de las mujeres que residen en áreas rurales ha sido tradicionalmente mayor a la de las que residen en contextos urbanos; sin embargo, se advierte una clara convergencia en las tasas globales de fecundidad en todas las entidades federativas a partir de la década de los ochenta.

En el 2000 la distancia que las separa es de 1.2 hijos, en este año Guerrero y Puebla son las entidades con mayor TGF (3 hijos por mujer), seguidas por Chiapas, San Luis Potosí y Oaxaca (2.9 hijos en cada caso). El Distrito Federal es la entidad con menor TGF del país (1.8 hijos), seguida por Baja California Sur, Colima, Morelos, Nuevo León, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, donde cada mujer tiene al final de su vida reproductiva 2.1 hijos (Cuadro 1.11).

² La Marginación expresa por un lado, la dificultad para propagar el progreso técnico en el conjunto de la estructura productiva y en las regiones del país, y por el otro, la exclusión de grupos sociales del proceso de desarrollo y del disfrute de sus beneficios. La marginación en un conjunto de entidades federativas del país permite aproximarse al conocimiento de la actual desigualdad regional de las oportunidades sociales, por eso el índice de marginación permite discriminar entidades federativas según el impacto global de las carencias que padece la población como resultado de la falta de acceso a la educación primaria, la residencia en viviendas inadecuadas, la percepción de ingresos monetarios bajos y las derivadas de la residencia en localidades pequeñas, aisladas y dispersas, como debe ser la falta de servicios de salud, equipamientos infraestructura adecuada, lo cual conforma una precaria estructura de oportunidades que obstruyen el pleno desarrollo de las potencialidades humanas.

Cuadro 1.11 Tasa Global de Fecundidad por entidad federativa, 2000

Entidad	Tasa	Entidad	Tasa
Nacional	2.4		
Aguascalientes	2.6	Morelos	2.1
Baja California	2.2	Nayarit	2.4
Baja California Sur	2.1	Nuevo León	2.1
Coahuila	2.4	Oaxaca	2.9
Colima	2.1	Puebla	3.0
Campeche	2.3	Querétaro	2.5
Chiapas	2.9	Quintana Roo	2.4
Chihuahua	2.2	San Luis Potosí	2.9
Distrito Federal	1.8	Sinaloa	2.1
Durango	2.7	Sonora	2.1
Guanajuato	2.8	Tabasco	2.6
Guerrero	3.0	Tamaulipas	2.1
Hidalgo	2.6	Tlaxcala	2.3
Jalisco	2.5	Veracruz	2.3
México	2.2	Yucatán	2.2
Michoacán	2.8	Zacatecas	2.7

Fuente: CONAPO, con base en Proyecciones de la Población de México, 2002-2030, México, 2002

1.6.2 El cambio en el nivel y la estructura por edad de la fecundidad

La numerosa descendencia que caracterizaba los patrones reproductivos de mediados de la década de los sesenta y principios de la de los setenta, originaba que las mujeres procrearan hijos(as) durante gran parte de su periodo fértil, así con el cambio de la estructura por edad de 1992 al año 2000 que disminuyó en todos los grupos de edad, a partir de esto las mujeres comenzaron a tener hijos a una edad más tardía. El descenso de la fecundidad significó una reducción del tiempo que las mujeres dedican a la crianza de sus hijos(as): con una descendencia de siete hijos(as) las mujeres destinaban, en promedio, 25 años de su vida a la crianza de sus hijos(as), desde el momento en el que nacía su primogénito(a) hasta que el último cumplía seis años de edad, en lugar de los poco más de diez años que dedican con una fecundidad menor a tres hijos (CONAPO, 2000).

En los primeros años de la transición de la fecundidad, el descenso fue más rápido para los grupos 20 a 24 y 25 a 29 años de edad, que para el grupo más joven de 15 a 19 años de edad, con una tendencia al rejuvenecimiento del perfil etéreo (CONAPO, 2000). Entre 1992 la máxima fecundidad se concentraba en el grupo de edad de 20 a 24 años, representando el 16.82 por ciento del total de los nacimientos en ese año, al encontrarse la máxima fecundidad en este grupo de edad se la considera que en 1992 el perfil de la fecundidad

contaba con una edad cúspide temprana y el año 2000 la máxima fecundidad de se concentraba en el grupo de 25 a 29, con el 13.1 por ciento del total de los nacimientos, dando paso a una edad cúspide tardía. En este grupo la fecundidad de las mujeres se redujo de 168 nacimientos por mil mujeres en 1992 a 130 mil en el 2000. Por lo anterior, la contribución del grupo 20 a 24 a la tasa global de la fecundidad pasó de 27.1 en 1992 a 24.6 por ciento en el 2000, siendo el grupo de 25 a 29 años el de mayor fecundidad, lo que sugiere que el patrón reproductivo está cambiando hacia un mayor espacio en la posición del nacimiento del primer hijo y tomando en cuenta en comportamiento de la fecundidad por edades se pensaría que en algunos años más no se percibirá la diferencia entre la fecundidad de los grupos de edad de 20 a 24 y 25 a 29 años, lo que dará lugar a una edad cúspide dilatada (Gráfica 1.5).

1.6.3 Edad media de la fecundidad

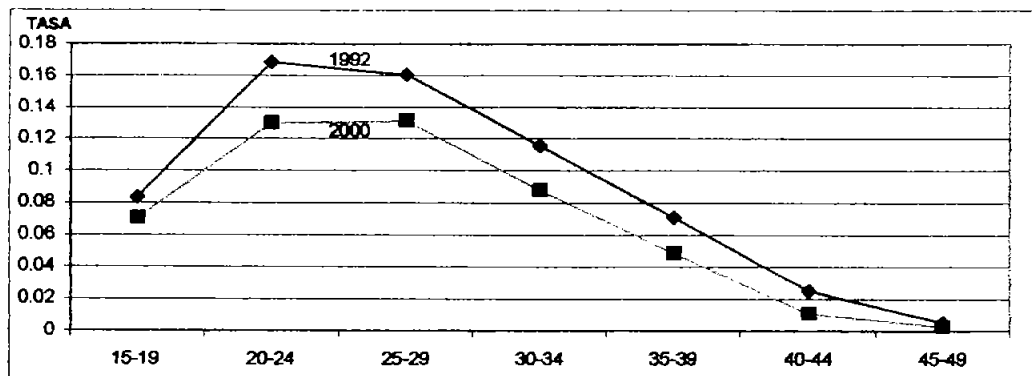
Se ha estimado que entre 1974 y 2000, la edad media de las mujeres al nacimiento de su primer hijo aumentó casi cuatro años, al pasar de 19.8 a 23.9 entre 1974 y 2000. Asimismo se ha producido un mayor espaciamiento de los nacimientos, lo que se manifiesta en el incremento del número promedio de años que transcurre entre dos partos consecutivos, de 4.1 a 5.8 en el mismo periodo (CONAPO, 2000).

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, pues el embarazo en la adolescencia temprana está asociado a un mayor riesgo para la salud de la madre y de su descendencia, asimismo, la maternidad temprana puede limitar las oportunidades de desarrollo personal de la mujer (CONAPO, 2000). 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).

Debido a todos estos cambios ocurridos durante los últimos años (reducción de la fecundidad, ampliación del periodo de tiempo que se deja pasar entre un hijo y otro y disminución de la fecundidad en edades extremas), los patrones reproductivos han sido cada vez más favorables a la salud. En el quinquenio de 1977 a 1981, cerca de 4 de cada 10 nacimientos podían considerarse como favorables, debido a que eran hijos de mujeres entre

20 a 34 años, primogénitos o nacimientos subsecuentes no demasiado próximos entre sí, ni de orden muy elevado para la madre. Para en periodo entre 1996 y 2000, los nacimientos con estas características representan cerca de 6 de cada 10, lo que significa un incremento de dos nacimientos favorables.

Gráfica 1.5 Tasas de fecundidad según grupos de edad, 1992-2000



Fuente: Cálculos propios con base datos del Consejo Nacional de Población y las Encuestas Nacionales Demográficas, 1992-2000

1.7 Salud reproductiva

La salud y la educación son derechos fundamentales del ser humano y constituyen los pilares que determinan el bienestar de la población. La salud es un elemento central y una precondition para la realización del potencial productivo de hombres y mujeres. La búsqueda de la eficiencia en las políticas de salud es una de las tareas más importantes que un país puede proponerse, ya que ésta es uno de los principales elementos para el desarrollo humano y, por lo tanto, una condición indispensable para lograr los objetivos de equidad social y de género (CONAPO, 2000).

1.7.1 Planificación familiar

Las acciones de planificación familiar están orientadas a garantizar el ejercicio efectivo del derecho que tienen las personas a decidir de manera libre, responsable e informada, acerca del número y espaciamiento de sus hijos(as), con pleno respeto a su dignidad y en un marco que favorezca el bienestar de la familia, la salud de la madre y de su descendencia. Este derecho humano básico, que abarca la provisión de servicios de planificación familiar, así como la disponibilidad de información, orientación y consejería, atañe a toda la población en edad reproductiva y es una garantía individual constitucionalmente tutelada (En concordancia con lo establecido en la Ley General de Población vigente, la prestación de

servicios es de forma gratuita en todas las instituciones del sector público). Uno de los requisitos indispensables para que las personas puedan ejercer su derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo, es que conozcan los medios de regulación de la fecundidad, pues el principal determinante de la disminución de la esta 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 y utilización de la planificación familiar por parte de las mujeres unidas y parejas en todos los estados del país. Con esta Ley, el Estado reconoció como una garantía individual el derecho de toda persona a decidir cuántos hijos(as) tener y cuándo tenerlos, y a disponer de la información suficiente acerca de cómo y dónde obtener los métodos anticonceptivos, de cuáles son los más convenientes de acuerdo con sus preferencias y condiciones personales.

Los esfuerzos orientados a ampliar el acceso y mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar y de integrar este componente dentro de una gama más amplia de servicios de salud, bajo el enfoque de la salud reproductiva, han sido un disparador, junto con otros progresos económicos y sociales, del proceso de incorporación de la práctica anticonceptiva en el país.

1.7.2 Práctica anticonceptiva

El conocimiento de los métodos anticonceptivos se ha difundido ampliamente en los últimos años, a través de los agentes institucionales de salud y de los medios masivos de comunicación³. En 1992, 93.6 por ciento de las mujeres unidas conocía algún método anticonceptivo, en el año 2000 se estima que esta proporción ascendió a 96.9 por ciento, esta prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en la República creció de 63.1 en las mujeres unidas en edad fértil en noviembre de 1992, a 66.5 en 1995 y se estima que en el año 2000 este porcentaje es de 70.8.

³ CONAPO, Situación Actual de la Mujer en México, 2000, México, 2000

1.7.2.1 Diferencias socioeconómicas y demográficas en el uso de métodos anticonceptivos

Las mujeres de todos los grupos de edad muestran a través de los años un incremento en el uso de métodos anticonceptivos. En 1976, los mayores niveles de uso se presentaron en las edades de 25 a 39 años, pero en los últimos años se advierte un desplazamiento hacia el grupo 40-44 años. El grupo de mujeres unidas adolescentes (15 a 19 años), a pesar de registrar los menores niveles de uso de anticonceptivos, muestra incrementos significativos y constantes de más de un punto porcentual promedio al año entre 1976 y 1997: de 14.2 por ciento que registró a mediados de los setenta, a 36.4 por ciento en 1992, situándose así en 45 por ciento en 1997 (Cuadro 1.12).

Cuadro 1.12 Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que usan métodos anticonceptivos según grupos de edad, 1976-1997

Grupos de edad	1976	1987	1992	1997
15-19	14.2	30.2	36.4	45
20-24	26.7	46.9	55.4	59.3
25-29	38.6	54	65.7	67.8
30-34	38.6	62.3	70.1	75.4
35-39	37.9	61.3	72.6	76.1
40-44	25.1	60.2	67.4	74.5
45-49	11.8	34.2	50.5	61.4

Fuente: CONAPO, Cuadernos de Salud Reproductiva, 2000

La dinámica de uso de métodos anticonceptivos según paridad, da cuenta de un patrón de adopción mucho más rápido entre las mujeres con dos y tres hijos, poco más lento entre las mujeres con cuatro hijos(as) o más, y mucho más tardío entre las mujeres que se encuentran en las etapas iniciales de la reproducción con cero y un hijo(a)⁴, a pesar de que en 1997 el uso de anticonceptivos entre las mujeres sin hijos(as) registró un nivel muy bajo —lo que expresa una fuerte preferencia por tener al menos un hijo(a) antes de recurrir a la utilización de anticonceptivos—, debe destacarse el incremento registrado en el periodo bajo observación: 20.7 por ciento en 1992 a 23.9 por ciento en 1997⁵. Este incremento ha significado una reducción de la brecha que las separaba de los grupos de paridades con los niveles mayores de uso. En 1987 el 4.4 por ciento de las mujeres sin hijos usaba un método anticonceptivo, este valor era seis veces mayor entre las mujeres con dos hijos; en 1997 la diferencia se redujo a 3.4 veces. Estos resultados sugieren que las parejas recién formadas

⁴ Ibidem Pág. 25

⁵ Ibidem Pág. 25

están modificando el patrón, sumamente arraigado a la cultura mexicana, de iniciación temprana de la maternidad.

Por otra parte el lugar de residencia (rural y urbana) es una variable que aluden a los ámbitos sociales, culturales y geográficos en que vive la población y que condicionan la demanda y uso de los servicios de planificación familiar. En las áreas urbanas, aunque con niveles de uso son mayores, la demanda sólo creció 1.7 veces en el mismo periodo de referencia. En 1976, poco más de cuatro de cada diez mujeres unidas empleaba un método anticonceptivo; durante la década siguiente, la prevalencia anticonceptiva continuó aumentando a un ritmo acelerado, de dos puntos porcentuales por año, lo que favoreció que la brecha existente entre ambos contextos geográficos se ampliara ligeramente. En el periodo comprendido entre 1997 y 2000, el uso de anticonceptivos en las localidades urbanas aumentó de 73.3 por ciento a 78 por ciento, con un incremento anual promedio de poco más de un punto porcentual. Esta desaceleración en el ritmo de incremento de la prevalencia anticonceptiva en el ámbito urbano, aunado a su vigorización en el medio rural, favoreció la reducción de la brecha que las separaba: de 19.7 puntos, en 1977, a 15.9 puntos porcentuales en 2000. En 1992, por cada usuaria del medio rural había 1.6 en el área urbana y en el 2000 se redujo hasta 1.1 por ciento⁶. En 1997, el 53.6 por ciento de las mujeres unidas en edad fértil de las áreas rurales practicaba la anticoncepción; en los siguientes diez años, este grupo representaba ya una tercera parte del total y, en 2000, poco más de tres años empleaba un método de regulación de la fecundidad (55%)⁷. Esto implicó que, entre 1997 y 2000, la demanda efectiva de anticonceptivos se aumento en el medio rural.

A pesar de los avances alcanzados en el uso de métodos, aún persisten diferencias entre entidades federativas. En el año 2000, los estados con mayor prevalencia de uso son Sinaloa (79.0%), Distrito Federal (78.8%), Baja California Sur (78.3%) y Sonora (77.9%). La menor prevalencia se ubica en Guerrero (51.8%), Chiapas (57.1%), Oaxaca (58.5%) — estados más pobres del país— y Guanajuato (59.1%) (Cuadro 1.13).

⁶ Ibidem Pág. 25

⁷ Ibidem Pág. 25

Cuadro 1.13 Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que usan métodos anticonceptivos por entidad federativa, 1992-2000

Entidad	1992	1997	2000	Entidad	1992	1997	2000
Nacional	63.1	68.5	70.8				
Aguascalientes	57.5	63.5	67.4	Morelos	66.5	73.8	75.7
Baja California	73.7	74.1	75.6	Nayarit	70.3	74.0	76.1
Baja California S.	77.2	77.1	78.3	Nuevo León	75.4	73.6	75.3
Campeche	60.8	71.6	74.1	Oaxaca	46.3	55.1	58.5
Coahuila	73.5	75.3	77.6	Puebla	49.5	59.4	62.8
Colima	70.2	73.7	75.8	Querétaro	50.3	61.1	64.3
Chiapas	49.9	53.5	57.1	Quintana Roo	62.6	69.9	72.6
Chihuahua	71.0	74.1	76.1	San Luis Potosí	51.9	60.6	64.4
Distrito Federal	75.9	78.1	78.8	Sinaloa	70.9	77.4	79.0
Durango	58.6	67.4	70.2	Sonora	70.4	76.0	77.9
Guanajuato	53.5	54.6	59.1	Tabasco	66.9	68.7	71.5
Guerrero	46.9	47.4	51.8	Tamaulipas	66.8	72.4	74.6
Hidalgo	60.2	63.2	66.3	Tlaxcala	57.9	72.1	75.4
Jalisco	59.6	66.7	69.7	Veracruz	59.9	70.3	73.0
México	71.1	75.4	77.3	Yucatán	56.2	70.5	72.8
Michoacán	55.8	60.9	64.3	Zacatecas	57.4	68.3	71.4

Fuente: CONAPO, Cuadernos de Salud Reproductiva, 2000

Como ha sido señalado en múltiples investigaciones, la escolaridad de la mujer está positivamente relacionada con la adopción de la práctica anticonceptiva, las mujeres que más rápidamente incorporaron el uso de métodos anticonceptivos en México fueron y son las que tienen mayores niveles de escolaridad. En 1976, más de una de cada dos mujeres con secundaria y más utilizaba algún medio para regular su fecundidad. En el quinquenio 1992-1997, todas las mujeres de diferentes niveles de escolaridad registraron incrementos en el uso de métodos anticonceptivos, destacando aquellas sin escolaridad, quienes incrementaron su prevalencia en 25.7 por ciento, mientras que aquellas con secundaria y más lo hicieron en sólo 1.6 por ciento. Como resultado de lo anterior, la brecha entre grupos de escolaridad extremos se redujo en los años de referencia, al pasar de 35.4 puntos porcentuales en 1992 a 26.8 puntos en 1997 (Cuadro 1.14).

Cuadro 1.14 Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que usan métodos anticonceptivos según nivel de escolaridad, 1992-1997

Nivel de escolaridad	1992	1997
Sin escolaridad	38.2	48
Primaria incompleta	56.4	61.3
Primaria completa	66.7	69.8
Secundaria y más	73.6	74.8

Fuente: CONAPO, Cuadernos de Salud Reproductiva, 2000

1.7.2.2 Estructura del uso de métodos anticonceptivos

El tipo de método que utilizan las mujeres mexicanas para regular su fecundidad ha cambiado radicalmente en los últimos años. En la fase inicial de los programas oficiales de planificación familiar, la utilización de métodos anticonceptivos definitivos en el país aumento entre 1990 y 1997, pues a partir de 1998 la aceptación de estos métodos obtuvo una disminución en todo el país (Cuadro 1.15).

Cuadro 1.15 Aceptantes de métodos anticonceptivos definitivos, 1990-1998

Periodo	OTB
1990	168 359
1992	186 648
1994	198 580
1996	236 448
1997	238 575
1998	229 562

Fuente: www.imss.gob.mx. Instituto Nacional del Seguro Social

Los métodos anticonceptivos no definitivos tienen gran aceptación entre las mujeres que aún no tienen hijos, de estos métodos el DIU, es el más aceptado, pues de 1992 al año 1998 es el único método en el que el número de usuarias aumento por pasar de 17.7 a 23.63 por ciento, mientras que los preservativos y espermaticidas permanecen constantes entre 1992 y 1998 con 5.0 por ciento, las pastillas han sido el método con la mayor reducción de porcentaje entre este mismo periodo por pasar de 25.3 a 5.6 por ciento (Cuadro 1.16).

Cuadro 1.16 Porcentaje de usuarias por tipo de método, 1992-1998

Método	1992	1995	1998
Pastillas	15.3	12.7	5.60
DIU	17.7	21.9	23.6
Inyecciones	5.10	4.60	2.40
Preservativos y espermaticidas	5.00	5.10	5.00
Métodos tradicionales	12.2	13.4	9.90

Fuente: www.imss.gob.mx, Base de datos del Instituto Nacional del Seguro Social

1.7.3 Aborto

Se le denomina aborto a la muerte del no nacido en cualquier momento⁸ y cuando se habla de éste como posible método de control de la natalidad, como tal y como se lleva a cabo en diversos países, la primera reacción es de un completo rechazo. Sin embargo, cuando la posibilidad del aborto se plantea ante situaciones concretas de la vida, la actitud en mucho

⁸ Velázquez Uribe, María Teresa, Revista Ciencias No. 69, Marzo 2003, Pág.63

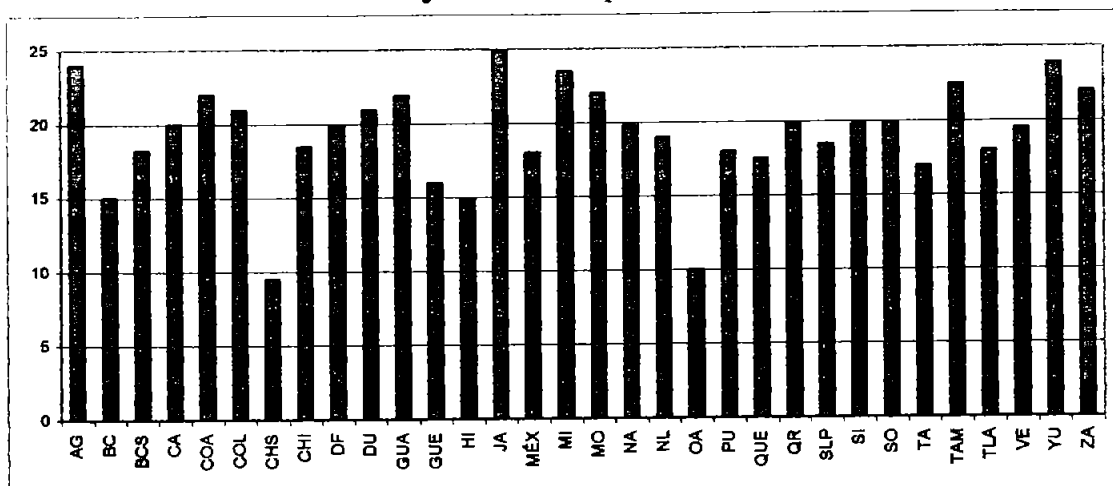
menos radical. En general, se observa que los hombres aceptan más fácilmente que las mujeres el aborto provocado. El único caso en que sucede al revés, es aquél en que la criatura puede nacer anormal a causa de alguna enfermedad. Sin embargo, la razón más fuerte para aceptar el aborto se plantea cuando el embarazo o nacimiento del niño puede poner en riesgo la vida de la madre, en estas circunstancias sea también superior el porcentaje de los hombres que aprueben el aborto. Por último, es interesante volver a mencionar cómo, a pesar del rechazo aparentemente generalizado que tiene el aborto, éste no es rechazado tan rotundamente y, en determinados casos, es aceptado en un alto porcentaje como método eficaz de evitar un nacimiento.

El aborto representa un problema social y de salud pública por las serias implicaciones que tiene para la salud materna. A pesar de esto en el año 2000 se sabe que ocurrieron 84 defunciones por aborto en el país, se estima, con base en las encuestas sociodemográficas, que la incidencia del aborto en México ha venido descendiendo de 196 mil abortos anuales en 1997 a menos de 180 mil abortos en el 2000⁹. A partir de estas encuestas, se estima que en 1995 ocurrieron alrededor de 110 mil abortos inducidos en el país y cerca de 102 mil en 1997 y cerca de 98 mil en el 2000. 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 15 a 49 años alguna vez embarazadas en 1987 a 19.6 en 1992, a 19 por ciento en 1997 y 18.3 por ciento en 2000. Asimismo, la *tasa global de abortos*, es decir, el promedio de abortos que tienen una mujer a lo largo de su vida fértil, ha descendido de manera acelerada entre 1976 y 2000, inclusive más rápidamente que la fecundidad: mientras que la tasa global de fecundidad disminuyó poco más de la mitad entre 1976 y 2000 (de 5.6 a 2.4 hijos promedio por mujer), la tasa de abortos se redujo a la doceava parte en el mismo periodo (de 1.2 a 0.09). Este descenso en los abortos ha coincidido con el rápido incremento en el uso de métodos de planificación familiar en el mismo periodo. La proporción de mujeres alguna vez embarazadas que ha experimentado al menos un aborto se mantuvo casi constante entre 1992 y 2000 en el ámbito nacional (de 19.6% a 18.3%, entre un año y otro). En 1997 este descenso se registró en 18 estados de la República, mientras que en 14 se reportó un aumento. Dentro de éstos últimos, llaman la

⁹ Ibidem Pág. 25

atención Michoacán, Guanajuato, Colima y Chiapas, cuyos aumentos son de aproximadamente cinco puntos porcentuales entre un año y otro. Las entidades con los porcentajes más altos de mujeres que han experimentado al menos un aborto son Jalisco (24.8), Aguascalientes (24.3), Michoacán (23.9), Yucatán (23.7) y Tamaulipas (22.4), en contraparte, las entidades con la menor proporción de mujeres con abortos son Oaxaca (11.7), Chiapas (13.9), Hidalgo (14.7) y Baja California (15.1) (Gráfica 1.6).

Gráfica 1.6 Porcentaje de abortos por entidad federativa, 1997



Fuente: CONAPO, Cuadernos de Salud Reproductiva, 2000

1.7.4 Cobertura de atención prenatal y del parto

En la mayoría de los casos, el embarazo es un proceso que transcurre sin complicaciones. Existen; sin embargo, condiciones de la madre y del feto que si no se detectan y tratan de manera oportuna y adecuada, pueden poner en riesgo la salud e incluso la vida de ambos. Diversos estudios han mostrado los beneficios de la atención prenatal como una estrategia para la detección oportuna de complicaciones, y como una intervención eficaz para promover la salud de la madre y del recién nacido. Este efecto se logra a través de la educación para la salud; la identificación de las mujeres expuestas a riesgos específicos y su referencia, de ser necesario, a servicios de salud especializados; la detección y el 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 riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto hasta 15 veces menor. Sin embargo, la efectividad de la atención prenatal varía según el número de visitas que se realicen durante el embarazo, la edad gestacional en que se inicia, la capacitación técnica del proveedor de los servicios y las acciones concretas que se lleven a cabo en cada consulta.

Los servicios de atención prenatal son ofrecidos por instituciones del sector público, social y privado. La cobertura de la atención prenatal por algún tipo de agente ha aumentado en el país de 92.3 en 1994-1997 a 93.4 de 1998-2000. En el primer periodo los médicos proporcionan 83.5 por ciento de total de las atenciones, las enfermeras o promotoras 2.5 y las parteras 6.2, en este último periodo los médicos proporcionan 84.4 por ciento de total de las atenciones, las enfermeras o promotoras 2.8 y las parteras 6.4, siendo más frecuentes el uso de parteras entre las mujeres sin escolaridad y aquellas que se embarazan entre los 45 y 49 años (Cuadro 1.17).

Cuadro 1.17 Porcentaje de atención prenatal según tipo de agente, por periodos 1994-2000

Tipo de agente	1994-1997	1998-2000
Médicos	83.5	84.4
Enfermeras o promotoras	2.5	2.8
Parteras	6.2	6.4

Fuente: CEPAL, Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2002

El número de consultas constituye un elemento importante de la eficiencia y calidad de la atención prenatal. En 1994-1997, cada mujer embarazada recibió, en promedio, 6.9 consultas (7.3 consultas en promedio en la zona urbana y 5.8 en la zona rural) y en 1998-2000, cada mujer recibió, en promedio 7.2 consultas (7.43 en promedio zona urbana y 6.1). Debe señalarse que la Norma Oficial Mexicana para la atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido establece que las mujeres embarazadas debe recibir un mínimo de cinco consultas prenatales. El análisis de la atención del parto muestra un aumento en la proporción de partos atendidos por personal médico, de 81.5 en 1994-1997 a 83.7 en 1998-2000. Del total de partos atendidos en 1998-2000, 75 por ciento se resolvió vía vaginal y el 25 restante mediante la operación cesárea. Se considera que la tasa de cesárea registrada en el Sistema Nacional de Salud es muy alta ya que la norma de salud establece que este tipo de intervención no debe ser mayor a 20 por ciento de los partos atendidos.

1.8 Conclusiones

En los últimos años la mujer en México ha experimentado una serie de transformaciones en su entorno de vida, que podrían suponer una mejoría en el bienestar general de población, reflejado en el aumento de la esperanza de vida de la población femenina pasando de 37

años en 1930 a más del doble (77.6 años) en el año 2000. Uno de los principales cambios que ha tenido la población femenina en México es que creció entre 1990 y el año 2000 un 12.3 por ciento, haciéndose más evidente el envejecimiento de la población, pues en este mismo periodo de tiempo, la población femenina de 15 a 64 años en el año 2000, equivale al 63% del total de la población femenina. Otro importante cambio que ha tenido la mujer, es que día con día se inserta más como jefe de familia, entre 1990 y el año 2000 las tasas de crecimiento de los hogares jefaturados por mujeres son cada vez más, y en comparación con los hombres en todos los grupos de edad las mujeres encabezan más hogares que los hombres. La educación para la mujer es un factor estratégico para alcanzar su autonomía y cada vez la escolaridad de las mujeres aumenta en los tres niveles de enseñanza, encontrándose el porcentaje más alto de asistencia la educación media superior en el año 2000, estos avances de la mujer en todas las modalidades del sistema educativo han sido fundamentales para la incorporación del potencial creativo de las mujeres mexicanas en los distintos procesos de la vida económica. Esta incorporación se refleja en el aumento de la tasa de participación económica que entre 1990 y el año 2000 creció 8.3 puntos porcentuales, haciéndose más evidente este aumento entre las edades de 25 a 54 años de edad y tanto la inserción de las mujeres en responsabilidades económicas de las familias y su afán de superación factores que hacen que las mujeres separadas y divorciadas las que tienen las tasas de participación económica más altas, seguidas de las mujeres solteras. Así como la mujer puede tener mayor decisión en su vida laboral, de igual manera se ha visto que la tiene en su vida reproductiva, tomando las decisiones necesarias en su planificación familiar, que es una acción que garantiza el ejercicio efectivo que tienen las mujeres a decidir cuantos hijos tener, acciones reflejadas en la tasa global de la fecundidad del año 2000 que es de 2.4 hijos por mujer, ya que a mediados de los setenta era de 7 hijos por mujer, otro factor que ha disminuido a la fecundidad, es el uso de métodos anticonceptivos, que se estima que en la última década, ha habido un aumento en el uso de estos métodos tanto en localidades urbanas como en las rurales, reflejando un cambio en la edad media de la fecundidad aumentando 4 años de 1974 al año 2000, siendo los grupos de edad de 20 a 24 años y 25 a 29, donde ocurren el mayor número de nacimientos. Todos estos progresos solo se hacen a través de una toma de decisiones adecuadas y convenientes de la mujer, que para ser posibles es necesario el acceso, uso y goce igualitario de los bienes y servicios materiales y simbólicos en la sociedad.

Capítulo II Principales causas de muerte de la población femenina

Las fuentes de información que se utilizaron para la realización de este capítulo son cifras a partir de las base de datos de defunciones de Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) y de la Secretaría de Salud (SSA) y las Proyecciones de la Población en México, 2000-2050, elaboradas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO).

En este capítulo se presentan las causas de muerte en la población femenina, con base en las tasas de mortalidad por causa, trabajando las principales causas de muerte por tipo de grupo, así como un análisis de las principales causas a nivel nacional y por grupos de edad entre 1997 y el año 2000, para enfocarse en ellas y llevar a cabo las medidas que contribuyan a la conservación y prolongación de la vida., también se realiza un resumen sobre importantes causas de muerte como lo son: las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer tanto cérvico-uterino como de mama, SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida), muerte materna porque han desencadenado algunas de las políticas de salud más importantes en todo el país, así como la información sobre las medidas tomadas para su control.

2.1 Metodología

Para trabajar con causas de muerte primero se determino el peso de estas, trabajando con el porcentaje total, el cual se define de la siguiente manera:

$$p=(D_c/TDF)*100$$

p porcentaje de la causa c

D_c número de defunciones de la causa c

TDF total de las defunciones femeninas

y después con la tasa de mortalidad por causas, la cual se define de la siguiente manera:

$$d_c= (D_c/N)*100,000$$

donde:

d_c tasa de mortalidad de la causa c

D_c número de defunciones de la causa c

N población total femenina a mitad del año

2.2 Principales causas de muerte femeninas a nivel nacional

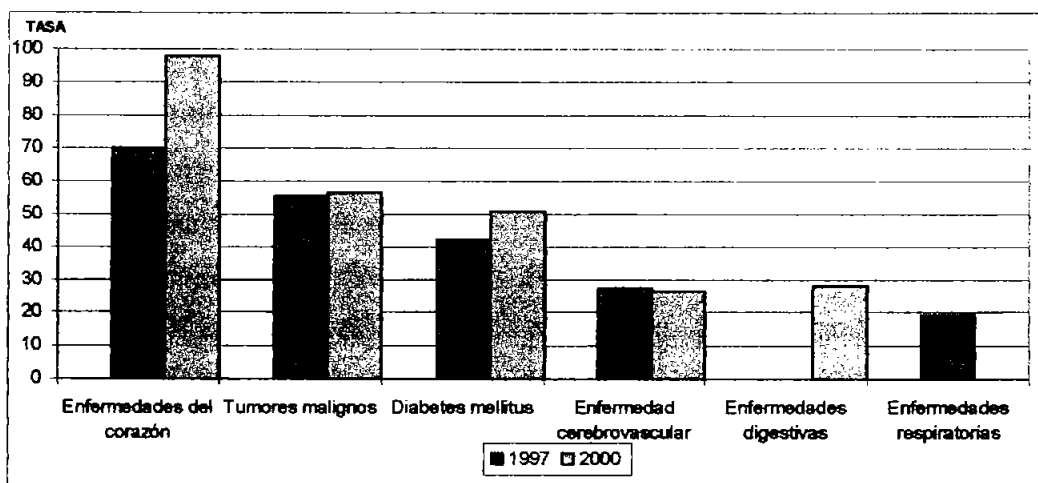
Actualmente la población de México, experimenta un proceso de transición epidemiológica, caracterizado por el cambio en el perfil de enfermedades. Por un lado los padecimientos infecto-contagiosos tienden a disminuir su peso relativo en la mortalidad y, por otro, los crónico-degenerativos aumentan de manera paulatina y sostenida, como ha ocurrido en los países desarrollados, resultado del proceso de envejecimiento a que han estado sujetas sus poblaciones. En el año 2000 en México se registraron 193,302 defunciones femeninas y la magnitud que adquiere el número de defunciones en la población de edad avanzada (152,564) supera a las defunciones entre menores de 45 años (40,738) y el patrón predominante está constituido por las causas crónico-degenerativas en toda la población.

En 1997 las cinco principales causas de muerte femenina eran: enfermedades del corazón, con una tasa de 70.1 defunciones por cada mil mujeres; tumores malignos (55.8); diabetes mellitus (42); enfermedad cerebrovascular (27.4); enfermedades respiratorias (19.2), en el año 2000 las cinco principales causas de muerte en la población femenina son: enfermedades del corazón, con una tasa de 97.7 defunciones por cada 100 mil habitantes; tumores malignos (56.67); diabetes mellitus (51.06); enfermedades digestivas (28); y enfermedad cerebrovascular (26.54) (Gráfica 2.1) (Anexo A).

Entre 1997 y el año 2000 se han dado pocos cambios en las principales causas de muerte femeninas, en las enfermedades del corazón entre estos dos periodos aumentó la tasa de mortalidad por esta causa 27.6 puntos porcentuales, mientras que por tumores malignos el aumento fue de casi un punto, en la diabetes mellitas aumentó 9.6 puntos y mientras la enfermedad cerebrovascular bajó casi un punto, las enfermedades digestivas desplazaron a las enfermedades respiratorias en este mismo periodo. En el 2000 estos cinco padecimientos crónico-degenerativos (las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares y la diabetes), cobraron en total 1131,338 de las defunciones totales en mujeres, es decir el 68 por ciento del total de las defunciones femeninas con base a esto conviene señalar que se trata de más de 70 enfermedades en conjunto, de tal manera que sus concentraciones de frecuencias son mayores al total de las demás causas.

Con base en lo anterior se puede ver que las 5 principales causas de defunción son no trasmisibles, lo cual se traduce diciendo que los padecimientos infecto-contagiosos han sido desplazados de los primeros 5 lugares en el año 2000. Esta circunstancia da a la población mexicana un perfil de salud que se transforma rápidamente, lo que, aunado a la transición demográfica, impone nuevos retos al actual modelo de atención a la salud. En el caso de la población masculina, las cinco principales causas están representadas por las enfermedades del corazón, con una tasa de 96.6 defunciones por cada 100 mil habitantes; enfermedades digestivas (56); accidentes (54.2); tumores malignos (53); y diabetes mellitus (41.9).

Gráfica 2.1 Tasas de mortalidad¹ de las principales causas de muerte en la población femenina, 1997-2000



¹ Defunciones por cada 100,000 habitantes

Fuente: Cálculos propios con base en las defunciones INEGI/Secretaría de Salud (Anexo A).

2.3 Principales causas de muerte femeninas por grupos de causas

Uno de los grandes logros sociales más relevantes de México es el descenso de la mortalidad y una de las estrategias para estudiar la mortalidad por causas consiste en agrupar la información de acuerdo a las características específicas de cada enfermedad, en el caso de este trabajo, las defunciones se clasificaron en tres grupos para facilitar el análisis de acuerdo al tipo de intervenciones de salud requeridas para controlar su impacto en la salud de la población.

A estos tres grupos se les llamó:

1. Enfermedades transmisibles (infecto-contagiosas), maternas, perinatales y deficiencias de la nutrición

En este grupo se incluyen:

- a) Enfermedades Infecciosas y Parasitarias
- b) Infecciones respiratorias
- c) Causas Maternas
- d) Ciertas Afecciones originadas en el Periodo Perinatal
- e) Deficiencias de la Nutrición

2. Enfermedades no transmisibles (crónico-degenerativas)

En este grupo se incluyen:

- a) Cáncer
- b) Diabetes Mellitus
- c) Enfermedades Endocrinas, Metabólicas, Hematológicas e Inmunológicas
- d) Trastornos Mentales y Enfermedades del Sistema Nervioso
- e) Enfermedades de los Órganos de los Sentidos
- f) Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares
- g) Enfermedades Respiratorias
- h) Enfermedades Digestivas
- i) Enfermedades del Sistema Genito-Uterino
- j) Enfermedades de la Piel
- k) Enfermedades del Sistema Músculo Esquelético
- l) Anomalías Congénitas
- m) Enfermedades de la Boca

3. Causas externas de la morbilidad y mortalidad

En este grupo se incluyen:

- a) Accidentes
- b) Lesiones Intencionales

2.3.1 Enfermedades femeninas transmisibles, maternas, perinatales y deficiencias de la nutrición

En este primer grupo de causas de muerte se presentaron 30,343 defunciones femeninas (Anexo A) durante el año 2000, lo que es el 16.05 por ciento de las defunciones totales del país, en primer lugar en este grupo cabe mencionar que el mayor número de defunciones son debidas a afecciones originadas durante el periodo perinatal que presentaron 8,140 defunciones en ese año y una tasa de 16.0 defunciones por cada 100 mil habitantes, la cual obtuvo un considerable descenso, ya que en 1997 su tasa era 16.15, en donde se incluyen muerte por asfixia y trauma al nacimiento, así como bajo peso al nacimiento y prematuridad.

En segundo lugar se encuentran las enfermedades infecciosas y parasitarias con 7,825 defunciones en el año 2000, su tasa en 1997 era de 15.53 defunciones por cada 100 mil habitantes, la que en el año 2000 obtuvo un descenso y llegó a 15.49 donde el mayor número de muertes se presentaron a causa de las enfermedades infecciosas intestinales con 2,571 defunciones y una tasa de 5.09.

En tercer lugar se encuentran las enfermedades respiratorias con 6,849 defunciones en el año 2000. Entre 1997 y el año 2000 la tasa de mortalidad por esta causa tuvo un descenso pasando de 13.78 defunciones por cada 100 mil habitantes a 13.56 en este periodo de tiempo, en donde el mayor número de defunciones se debe a las infecciones respiratorias bajas.

En cuarto lugar se encuentran las deficiencias de la nutrición con 6,200 defunciones en el año 2000, pasando de 12.58 defunciones por cada 100 mil habitantes a 12.27 entre 1997 y el año 2000.

2.3.2 Enfermedades femeninas no transmisibles

Las enfermedades crónico-degenerativas en México como en todo el mundo, son la principal causa de muerte. En este grupo se concentran 148,497 defunciones femeninas (Anexo A), que son el 78.57 por ciento de las defunciones totales del país, lo cual coloca a estas enfermedades en el primer lugar de causas de muerte en México. Las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar con 49,387 defunciones, con una tasa de 97.9 defunciones por cada 100 mil habitantes, la cuál obtuvo un considerable aumento pues en

1997 era de 70 defunciones por cada 100 mil habitantes, el mayor número de defunciones es a causa de la enfermedad isquémica del corazón con 19,988 defunciones, con una tasa de 39.58.

El cáncer se encuentra en segundo lugar con 28,619 defunciones y con una tasa de 56.67 defunciones por cada 100 mil habitantes, que en 1997 era de 53.72 y el mayor número de defunciones es a causa del cáncer cérvico-uterino con 4,634 defunciones y una tasa de 9.17 defunciones por cada 100 mil habitantes, así como por el cáncer de mama con 3,478 defunciones y con una tasa de 6.88.

La diabetes se coloca en tercer lugar con un total de 25,789 en el año 2000 y pasando de 45.86 defunciones por cada 100 mil habitantes en 1997 a 51.06 en el año 2000.

Las enfermedades digestivas ocupan el cuarto lugar con 14,136 defunciones y con una tasa de 28 defunciones por cada 100 mil habitantes, donde la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado son la causa del mayor número de defunciones dentro de este tipo de enfermedades con 5,814 defunciones y una tasa de 11.51 defunciones por cada 100 mil habitantes.

Las enfermedades cerebrovasculares ocupan el quinto lugar con 13,406, al contrario de las enfermedades no transmisibles antes mencionadas, las enfermedades cerebrovasculares obtuvieron un descenso en su tasa de mortalidad pasando de 26.94 defunciones por cada 100 mil habitantes a 26.54 de 1997 al año 2000.

2.3.3 Causas externas de la mortalidad femenina

Una atención especial merece las defunciones causadas por el tercer grupo de causas de muerte, en todos los grupos de edad, ya que han mostrado un importante incremento en estos últimos años, ya que este grupo presenta un total de 10,149 defunciones femeninas (Anexo A), esto es el 5.3 por ciento de las defunciones totales. Los accidentes presentaron 7,959 defunciones y una tasa de 15.76 en donde los accidentes de tráfico de vehículo de motor registraron 2,964 defunciones y su tasa es de 5.86 defunciones por cada 100 mil habitantes, que en 1997 esta también era de 5.86.

Las lesiones intencionales presentaron 1,811 defunciones y una tasa de 3.58 defunciones por cada 100 mil habitantes, en donde las agresiones (homicidios) registraron 1,217 defunciones en el año 2000, la tasa de mortalidad entre 1997 y el año 2000 continuo constante representando 2.44 defunciones por cada 100 mil habitantes en 1997 y en el año 2000 2.4.

2.4 Importantes causas de muerte femeninas

Uno de los retos mas importantes de la sociedad es desarrollar programas y acciones enfocadas a prevenir enfermedades e incapacidades, manteniendo la salud de la población. En México se han creado importantes políticas de población, especialmente en enfermedades que ocupan los primeros lugares en causas de muerte como: enfermedades cardiovasculares, cáncer, que en la población femenina los tipos de cáncer más importantes son el cáncer cervico-uterino y de mama, la diabetes mellitus, un lugar también ocupa el SIDA, aunque no es una enfermedad que se traduce en pérdida de muchas vidas, su continuo aumento de muertes es un motivo de gran preocupación. Por último la mortalidad materna también merece una importante participación ya que muchas mujeres pierden la salud en un proceso vital como lo es la reproducción; y otras encuentran la muerte.

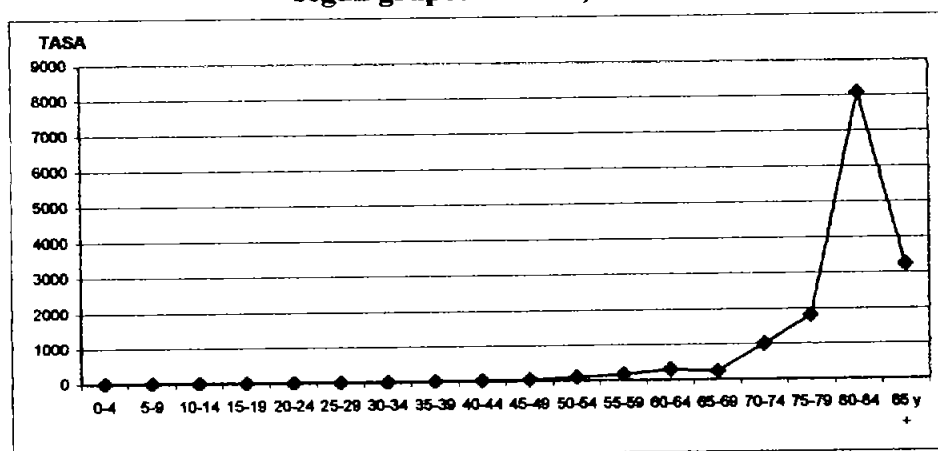
2.4.1 Enfermedad cardiovascular

Dentro de las causas que han provocado el incrementó de estas enfermedades se encuentra la magnitud de la transición demográfica que se derivó de la acelerada dinámica que tuvo la población hasta los años sesenta. En México, estas enfermedades constituyen un problema de salud pública y al igual que ocurre en otros países del mundo, es el resultado de esta escalada epidemiológica; las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de muerte y anualmente ocurren cerca de 70,000 defunciones por este motivo y 26,000 por enfermedades cerebrovasculares. Se presentan 44,070 muertes por enfermedad isquémica del corazón siendo 24,102 hombres y 19,988 mujeres (Secretaría de Salud, 2001).

Otras enfermedades, como la hipertensión arterial, dislipidemias y obesidad, son factores de riesgo que elevan la probabilidad de presentar estos padecimientos, específicamente enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares. De acuerdo a los resultados de la Supervisión Integral realizada en al año 2000, se encontró que el 74% de las Unidades de Salud del Primer Nivel de Atención de la SSA implemento un programa de

acción para enfermedades cardiovasculares considerado como indispensable para brindar la atención adecuada en la detección de estas enfermedades así como proteger la salud, prevenir o retardar la aparición de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, sus factores de riesgo; así como las complicaciones de mayor prevalencia entre las poblaciones adulta y adulta mayor y elevando la calidad de vida en este grupo poblacional. Dentro los grupos de edad con más defunciones se tiene que partir del grupo de 80 a 84 años las defunciones son más de 3,212, con una tasa de 8,071 defunciones por cada 100 mil habitantes (Gráfica 2.2) (Anexo B).

Gráfica 2.2 Tasas de mortalidad¹ femenina por enfermedad isquémica del corazón según grupos de edad, 2000



¹ Defunciones por cada 100,000 habitantes

Fuente: Cálculos propios con base en las defunciones del INEGI/Secretaría de Salud (Anexo B)

2.4.2 Cáncer

En los sesenta, el cáncer se encontraba entre las diez principales causas de muerte en México, en tanto que en el año 2000 es la tercera causa de muerte en las mujeres. 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 juntas suman el cinco por ciento de las defunciones totales de las mujeres de 25 años y más, en el ámbito nacional.

2.4.2.1 Cáncer cérvico-uterino

A pesar de que la mortalidad por esta causa registró un descenso en la década de los noventa, México se ubica en el 2000 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 novedoso Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico-Uterino, que incorpora un marco normativo más actualizado, así como 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 sobre la disminución de la incidencia de esta patología podrán ser visibles hasta dentro de algunos años.

Al analizar la mortalidad por grupos de edad se observó que, los grupos que presentaron una tasa más alta son partir del grupo de edad de 40 a 44 años con una tasa de 15.7 defunciones por cada 100 mil habitantes y aumento en cada uno de los siguientes grupos de edad hasta llegar al grupo de edad de 85 años y más con una tasa de 36.75 (Gráfica 2.3) (Anexo B), como ocurre con la mayoría de los tumores malignos, ésta se incrementa con la edad.

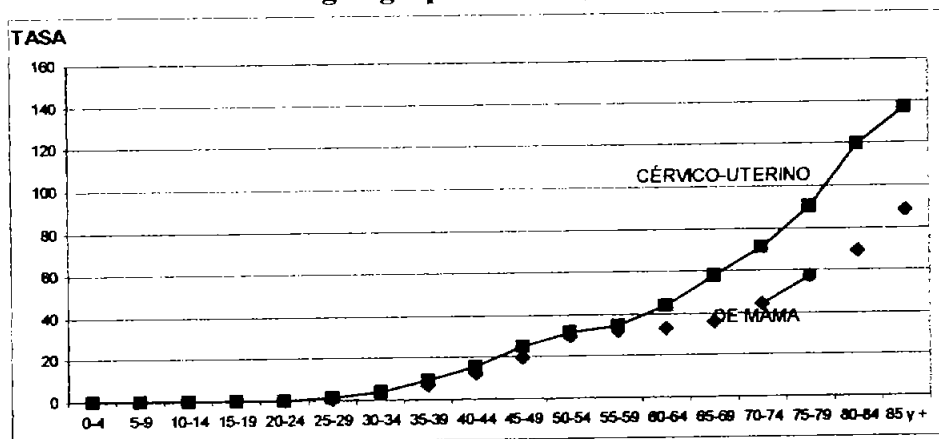
2.4.2.2 Cáncer de la mama

El cáncer de la mama es una enfermedad que va en aumento. En el país, la tasa de mortalidad ascendió a en el año 2000 a 6.8 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, lo que implicó la pérdida de más de tres mil vidas por esta causa este año. 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.

La probabilidad de fallecer por esta causa aumenta rápidamente a partir de los 30 años de edad. A escala nacional, en el año 2000, más de 75 por ciento de las defunciones por cáncer de la mama se registró en mujeres mayores de 50 años. Al analizar la distribución de la tasa de mortalidad por cáncer de la mama según grupos de edad, se observa que las mujeres más expuestas a fallecer por esta patología son a partir de los grupos de 55 a 59 años de edad con una tasa de 32 defunciones por cada 100 mil habitantes, que aumenta hasta el grupo de

85 años y más con una tasa de 88.1 (Gráfica 2.3) (Anexo B). Estas diferencias reflejan la diversidad de factores de riesgo involucrados en el desarrollo de esta enfermedad, dentro de los cuales destacan los siguientes: tener más de 35 años, haber experimentado la menarca antes de los 12 años, iniciar la maternidad después de los 30 años, experimentar la menopausia después de los 52 años y padecer de obesidad.

Gráfica 2.3 Tasas de mortalidad¹ femenina por cáncer cérvico-uterino y de mama según grupos de edad, 2000



¹ Defunciones por cada 100,000 habitantes

Fuente: Cálculos propios con base en las defunciones del INEGI/Secretaría de Salud (Anexo B)

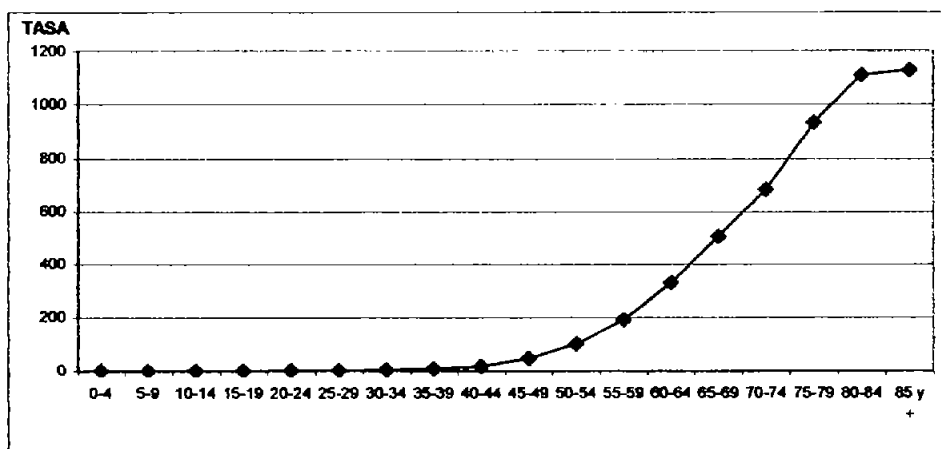
2.4.3 Diabetes Mellitus

Al comparar 1960-1992, la mortalidad en los años sesenta era predominantemente en edades jóvenes y por padecimientos de tipo infeccioso o relacionados con desnutrición y con el mal saneamiento del medio ambiente; A partir de 1992, se registro una inversión, siendo aún considerable la mortalidad en edades bajas, pero en el año 2000 comienza a predominar en edades más avanzadas, los grupos con una tasa de mortalidad más alta comienza a partir del grupo de 45 a 49 años de edad con una tasa de 46 defunciones por cada 100 mil habitantes y así aumenta hasta el grupo de 85 años o más con una tasa de 1130 (Gráfica 2.4) (Anexo B).

La prevalencia de la diabetes en México a través del tiempo la ha llevado a ser la una de las principales causas de muerte en México, esto se refleja en la mortalidad, cuyo aumento es impresionante y alarmante. El fenómeno más importante en esto es la urbanización de la población a partir de los años treinta, aumento que resulta paralelo con la mortalidad por diabetes. Se podría decir que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de

mortalidad en el país y que la diabetes ocupa el tercer lugar, pero esto tiene algunos sesgos, sabemos que los certificados de defunción siempre resulta en primer lugar la enfermedad cardiovascular, porque se sobre representa, mientras que la diabetes rara vez aparece, porque, en muchos casos, la causa directa de la muerte en diabéticos es cardiovascular, pero obviamente la enfermedad base es la diabetes. Más aun, si uno toma la mortalidad por enfermedades únicas y no pone juntas todas las enfermedades cardiovasculares, la diabetes resultaría la primera causa de muerte en el país, aun por encima del infarto al miocardio.

Gráfica 2.4 Tasas de mortalidad¹ femenina por diabetes mellitus según grupos de edad, 2000



¹ Defunciones por cada 100,000 habitantes

Fuente: Cálculos propios con base en las defunciones del INEGI/Secretaría de Salud (Anexo B)

2.4.4 VIH/SIDA

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se ha convertido en un problema de salud pública para nuestro país, dado su acelerado incremento y los elevados costos inherentes a su tratamiento. En el año 2000, el SIDA se ubica en el lugar 17 con 4,225 defunciones de las cuáles 3,582 corresponden a los hombres y tan solo 643 a mujeres. Al 1 de enero de 1999, se habían reportado más de 38 mil casos en México, y un año después (1 de enero de 2000) el número acumulado de casos diagnosticados de SIDA ascendió a 42,762. De acuerdo con las estimaciones del Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), los casos acumulados de esta enfermedad, notificados entre 1983 y el 31 de enero de 2000, ascendían a 64 mil. Asimismo, 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.

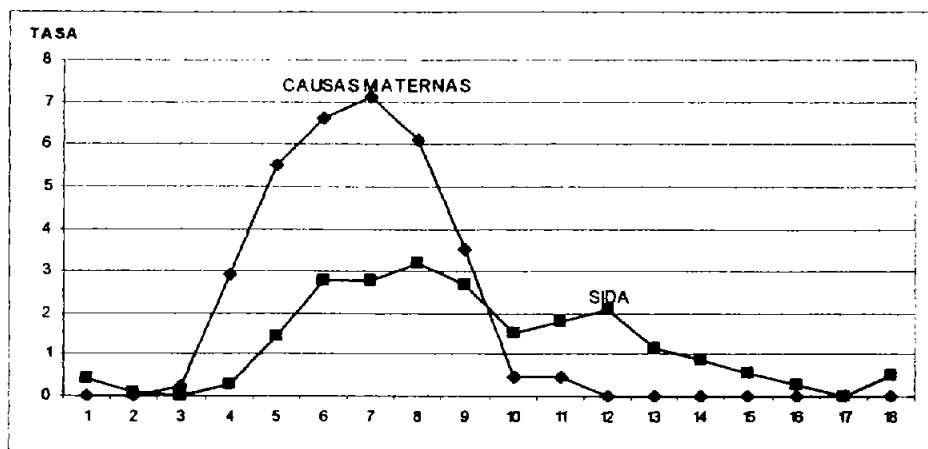
En el año 2000, las mayor número de las muertes por esta causa se registran entre los grupos de edad de 25 a 29 años con una tasa de 2.76 defunciones por cada 100 mil habitantes, el grupo de 30 a 34 años (2.78) y el grupo de 35 a 39 con una tasa de 3.21 (Gráfica 2.5) (Anexo B). Por otro lado, hay que 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 1 de enero de 2000 la razón se redujo a 5.5, es decir, hay una mujer infectada por más de cinco hombres infectados.

2.4.5 Muerte 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. El hecho de que el tema de la mortalidad materna continúe en la agenda mundial de la salud de la mujer, se determinó en la Cumbre del Milenio organizada por las Naciones Unidas, como meta al 2015 rebajar la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes en relación con 1990.

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. El CONAPO estima que en el año 2000, la tasa de mortalidad materna se redujo a una tasa de 0.7 defunciones del total de las enfermedades lo que equivale a 1330 defunciones, en el 2000, el mayor número de defunciones se presenta en el grupo de edad de 30-34 años de edad con una tasa de 7.10 defunciones por cada 100 mil habitantes, después le sigue el grupo de 25 a 29 con una tasa de 6.61 (Gráfica 2.5) (Anexo B).

Gráfica 2.5 Tasas de mortalidad¹ femenina por SIDA y muerte materna según grupos de edad, 2000



¹ Defunciones por cada 100,000 habitantes

Fuente: Cálculos propios con base en las defunciones del INEGI/Secretaría de Salud (Anexo B)

2.4.5.1 Defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio

La toxemia del embarazo se constituyó en la principal causa de mortalidad materna en México, presentando un importante incremento porcentual en la década de los noventa. Entre el 2000 esta causa fue responsable de 0.24 por ciento del total de las defunciones, las hemorragias del embarazo y del parto fueron la segunda causa en importancia con 0.13 por ciento, la tercera causa más importante estuvo representada por el aborto con 0.04 por ciento.

2.5 Principales causas de muerte femeninas por grupos de edad

El importante desplazamiento de la mortalidad hacia edades más avanzadas define nuevos retos a la salud y el análisis de la mortalidad por grupos de edad y causas de muerte permite identificar las etapas de la vida donde la mortalidad de determinadas causas se incrementa y con ello identificar el momento apropiado para prevenirlas.

Para trabajar con causas de muerte por grandes grupos de edad se procedió a agrupar las edades de cero a cien años en seis grupos a los que se les llamo:

1. Mortalidad femenina infantil, en el que se agrupó a las menores de un año.
2. Mortalidad femenina preescolar, en el que se agrupó a las niñas en preescolar que se encuentran entre uno y cuatro años.

3. Mortalidad femenina adolescente y escolar, en el que se agrupó a las adolescentes y niñas en edad escolar entre 5 y 14 años.
4. Mortalidad femenina en jóvenes, en el que se agrupó a las jóvenes entre 15 y 19 años.
5. Mortalidad femenina en adultos, en el que se agrupó a las mujeres 30 y 64.
6. Mortalidad femenina en la vejez, en el que se agrupó a las mujeres de 65 años o más.

2.5.1 Mortalidad femenina infantil

La principal causa de muerte registrada en las menores de un año fueron las afecciones originadas en el periodo perinatal registrando un aumento entre 1997 y el año 2000 (42.63% de las defunciones en 1997 y 48% en el año 2000), la mayoría de ellas asociadas a deficiencias en la atención del embarazo y el parto. Las enfermedades congénitas experimentaron recientemente un ligero incremento en este mismo periodo de tiempo, ocupando el segundo lugar en la lista de causas de muerte (17.7 % de las muertes infantiles en 1997 y 20% en el año 2000). La mortalidad en esta etapa de la vida presenta entre 1997 y el año 2000 un componente considerable de infecciones respiratorias (13.6% en 1997 y 9.3 en el año 2000), enfermedades infecciosas y parasitarias (6.1% y 7.7% respectivamente) y deficiencias de la nutrición (4.8% y 5% respectivamente) que en conjunto representaban en 1997 un 24.5 por ciento del total de la mortalidad infantil, en el 2000 representan un 27.3 por ciento y ocupan del tercer al quinto lugar, respectivamente, entre las causas más frecuente de muertes infantiles (Cuadro 2.1). Debido a la relación que guardan gran parte de las causas mencionadas con las condiciones del parto, desde hace varios años la atención a la salud de los menores de un año forma parte de los programas de salud reproductiva bajo un enfoque integral de la salud. El manejo conjunto del diagnóstico y tratamiento del pequeño contempla, entre otros, la prevención a través de la inmunización por vacunas, el suplemento de vitaminas, las campañas para la alimentación con leche materna, la educación a los padres para la detección de síntomas alarmantes en el bebé (fiebre, diarreas, respiración rápida y muy marcada, etcétera) y las acciones adecuadas para tratarlas (suero oral, consulta médica, etcétera)¹⁰.

¹⁰ CONAPO, Veinticinco años de transición epidemiológica en México (1999), Pág. 20

2.5.2 Mortalidad femenina preescolar

En el periodo de 1997 y el año 2000 son los accidentes que obtuvieron una disminución en su porcentaje a pesar de ser la principal causa de muerte en la población femenina de 1 a 4 años, pasando de 28.2 a 22 por ciento, respectivamente. Al igual que en los menores de un año, las enfermedades infecciosas y parasitarias, infecciones respiratorias y las deficiencias de la nutrición siguen siendo causa importante de defunción en esta población, en 1997 representaban 11.2, 11.4 y 12.3 por ciento respectivamente, en el 2000 estas representaron 17, 13 y 11 por ciento, desplazando las anomalías congénitas (pasando de 11.4 a 13 por ciento en este periodo) a las deficiencias de la nutrición del tercer al quinto lugar (Cuadro 2.1)

2.5.3 Mortalidad femenina adolescente y escolar

La adolescencia es la etapa donde el individuo refuerza su intensidad personal; establece lazos de amistad; se integra socialmente, independiente de los lazos familiares y finca sus bases de su futuro. En esta etapa de la vida la principal causa de muerte en las mujeres continúan siendo los accidentes manteniéndose con un porcentaje estable pasando de 18.2 a 19 por ciento del total de las causas de muerte de 1997 al año 2000, las infecciones respiratorias ya no se cuentan entre las principales causas de muerte, por el contrario se hacen presentes los tumores malignos con un ligero aumento de 12.4 a 16 por ciento, en este mismo periodo. A pesar de que en 1997 el tercer lugar lo ocupaban las enfermedades del sistema nervioso con el 7.4 en el año 2000 se mantuvo con el mismo porcentaje siendo desplazadas al quinto lugar por las enfermedades infecciosas y parasitarias aumentando de 7.1 al 13 por ciento en este mismo periodo, las anomalías congénitas pasaron del quinto al cuarto lugar aumentando de 4.7 al 9 por ciento (Cuadro 2.1).

2.5.4 Mortalidad femenina en jóvenes

Los accidentes se mantienen en el primer lugar aumentando su porcentaje de 26 a 35.8 por ciento del total de causas de muerte en las mujeres en este grupo, el segundo lugar lo ocupan los tumores malignos pasando de 5.2 a 11 por ciento, entre 1997 y el año 2000. El tercer lugar lo ocupan las lesiones intencionales (10%) desplazado al quinto lugar a las causas maternas (7% en 1997 y 7.9% el año 2000), el cuarto lugar lo ocupan las enfermedades infecciosas y parasitarias con 9 por ciento, desplazando a las enfermedades del sistema nervioso 5.5%) (Cuadro 2.1).

2.5.5 Mortalidad femenina en adultos

Las mujeres entre 30 y 64 años son en su mayoría parte personas productivas de las que dependen niños y algunas personas de la tercera edad, por ello diversas investigaciones han señalado que las defunciones de personas de esta edad producen periodos de inestabilidad familiar y dejan importantes secuelas en el desarrollo del grupo familiar al que pertenecen. En este periodo de vida empiezan a incrementarse en las mujeres las enfermedades crónico-degenerativas, colocándose entre las cinco principales causas de muerte enfermedades de esta índole. El primer lugar lo ocupan los tumores malignos (pasando de 24.8% a 26% entre 1997 y el año 2000), el segundo lugar lo ocupan las enfermedades cardiovasculares (pasando de 12.3% a 17%), desplazando a la diabetes al tercer lugar (15% en los dos periodos), el cuarto lugar lo ocupa enfermedades digestivas disminuyendo de 14.7 a 10 por ciento y por último el quinto lugar lo ocupa las enfermedades cerebrovasculares aumentando de 5.5 a 6 por ciento (Cuadro 2.1).

2.5.6 Mortalidad femenina en la vejez

El envejecimiento de la población tiene profundas consecuencias sociales de toda índole, en especial para la salud. Son pocas las principales causas de muerte en la población femenina de 65 años o más, el mayor número se concentran en enfermedades cardiovasculares pasando de 22.8 a 36 por ciento entre 1997 y el año 2000, el segundo lugar lo ocupaba la diabetes (12%) desplazando a los tumores malignos (pasando de 11.9 a 10%) al tercer lugar en el año 2000, el cuarto lugar lo ocupan las enfermedades digestivas reduciendo su porcentaje de 7.3 a 7 por ciento y por ultimo el quinto lugar lo ocupan las enfermedades cerebrovasculares disminuyendo su porcentaje de 9.3 a 6 por ciento (Cuadro 2.1).

Cuadro 2.1 Cinco principales causas de muerte femenina según grupos de edad, 2000

	Infantil	Preescolar	Adolescentes y Escolar	Jóvenes	Adultos	Vejez
Año	0 años	1-4 años	5-14 años	15-29 años	30-64 años	65 años o +
	Afecciones originadas en el periodo perinatal	Accidentes	Accidentes	Accidentes	Tumores malignos	Enfermedades cardiovasculares
1997	42.6%	28.2%	18.2%	26%	24.8%	22.8%
2000	48%	22%	19%	35.8%	26%	36%
	Anomalías congénitas	Enfermedades infecciosas y parasitarias	Tumores malignos	Tumores malignos	Enfermedades cardiovasculares	Diabetes mellitus
1997	17.75%	11.2%	12.4%	5.2%	12.3%	13.5%
2000	20%	17%	16%	11%	17%	12%
	Infecciones respiratorias	Anomalías congénitas	Enfermedades infecciosas y parasitarias	Lesiones intencionales	Diabetes mellitus	Tumores malignos
1997	13.6%	11.4%	7.1%	5.7%	15%	11.9%
2000	9.3%	13%	13%	10%	15%	10%
	Enfermedades infecciosas y parasitarias	Infecciones respiratorias	Anomalías congénitas	Enfermedades infecciosas y parasitarias	Enfermedades digestivas	Enfermedades digestivas
1997	6.1%	12.3%	4.7%	7%	14.7%	7.3%
2000	7.7%	11%	9%	9%	10%	7%
	Deficiencias de la nutrición	Deficiencias de la nutrición	Enfermedades del sistema nervioso	Causas maternas	Enfermedades Cerebrovasculares	Enfermedades Cerebrovasculares
1997	4.8%	12%	7.4%	7%	5.5%	9.3%
2000	5%	7%	7.4%	7.9%	6%	6%

Fuente: Cálculos propios con base en las defunciones del INEGI/Secretaría de Salud

2.6 Conclusiones

En el último siglo México ha experimentado una serie de cambios, estos cambios en magnitud de la muerte se han acompañado de una modificación en sus causas de muerte, dando lugar a una transición epidemiológica, caracterizada por la disminución de enfermedades transmisibles y el incremento de las enfermedades con transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes, así como en el 2000 el SIDA, merecen una mención especial, ya que han llegado a estar dentro de las primeras 10 causas de muerte en el país. El alargamiento de la sobrevivencia de las mexicanas ha implicado profundas transformaciones en su perfil epidemiológico de los distintos riesgos de morir que se enfrentan en las diferentes edades. En los menores de cuatro años, las principales causas de muerte son transmisibles, perinatales y de deficiencias de la nutrición, el los que se encuentran entre 5 y 29 años la principal causa de muerte son los accidentes y a partir de los 30 años las principales causas de muerte son no transmisibles.

Capítulo III Principales causas de muerte de la población femenina por entidad federativa

La idea principal de este capítulo es estudiar a las tendencias de la mortalidad femenina en el país, para identificar a las entidades federativas con las tasas brutas de mortalidad por causas de muertes más altas, trabajando así con sus principales causas de muerte por grupo de causas.

3.1 Causas de muerte por grupos y por entidad federativa

Diversas investigaciones han demostrado que la ampliación de las capacidades y recursos de las personas, mejoran las oportunidades para llevar a cabo adecuadamente su proyecto de vida, que valore el avance en el proceso de la transición demográfica. De esta manera, conforme aumenta los años de escolaridad de las personas, la ocupación de viviendas adecuadas, el acceso a servicios esenciales, y la disposición de ingresos monetarios suficientes para adquirir bienes y servicios, tiende a reducirse la mortalidad y con ello, a aumentar las oportunidades reales de disfrutar de una vida larga y saludable. En este apartado se habla de las principales causas de muerte por entidad federativa, trabajando con las tasas de mortalidad por causas, tomando como punto de referencia a la tasa media nacional por causa de muerte y comparándola con las tasas de las 32 entidades federativas.

Las causas de mortalidad y los diversos estudios sobre morbilidad por región, han permitido establecer un panorama general del escenario nacional; tanto las distinciones entre factores endógenos como exógenos y el perfil de mortalidad mexicano, han originado una estructura de atención y prevención sanitarias que han permitido ubicar esta fenomenología como una de las de principal cuidado¹¹.

3.1.1 Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y deficiencias de la nutrición

En este primer grupo de causas de muerte se presentaron en primer lugar a las afecciones originadas durante el periodo perinatal, en donde 12 entidades federativas tienen una tasa de mortalidad por abajo de la media nacional (16), entre las que destacan Chiapas con una

¹¹ Camposterga Cruz, Sergio. Análisis demográfico de la mortalidad en México 1940-1980, México, D.F., 1992, Pág. 65

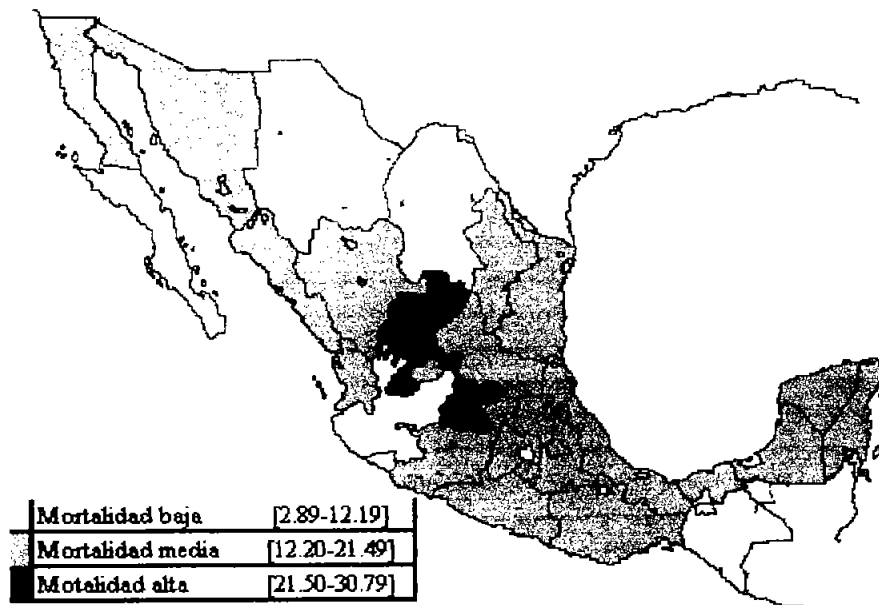
tasa de 2.89 defunciones por cada 100 mil habitantes, Coahuila (4.46) y Baja California Sur (7.78) y de las 20 que tienen una tasa de mortalidad más alta entidades por encima de la media nacional, se encuentra a Zacatecas (30.79) y Guanajuato (22.52) (Mapa 3.1) (Anexo C).

En segundo lugar se encuentran las infecciones intestinales en donde 12 entidades federativas tienen una tasa de mortalidad por encima de la media nacional (5.09), entre las que se encuentran Colima con 17.57 defunciones por cada 100 mil habitantes, Oaxaca (12.02) y, entre las entidades con menor tasa de mortalidad se encuentra Nuevo León (1.97), Chiapas (2.26) y Tamaulipas (2.26) (Mapa 3.2) (Anexo C).

En tercer lugar se encuentran las enfermedades respiratorias, 8 entidades federativas tienen una tasa de mortalidad por encima de la media nacional (13.56) entre las que se encuentran Puebla con 22.19 defunciones por cada 100 mil habitantes, Oaxaca (17.75) y el Estado de México (17.66) y entre las que tiene tasa de mortalidad por debajo de la media se encuentra Quintana Roo (5.05), Campeche (5.14) y Tabasco (5.81) (Mapa 3.3) (Anexo C).

En cuarto lugar se encuentran las deficiencias de la nutrición, 4 entidades federativas tienen una tasa por encima de la media nacional (12.27), Oaxaca (20.77), Puebla (18.15), Guanajuato (13.37) y Tlaxcala (13.07) (Mapa 3.4) (Anexo C).

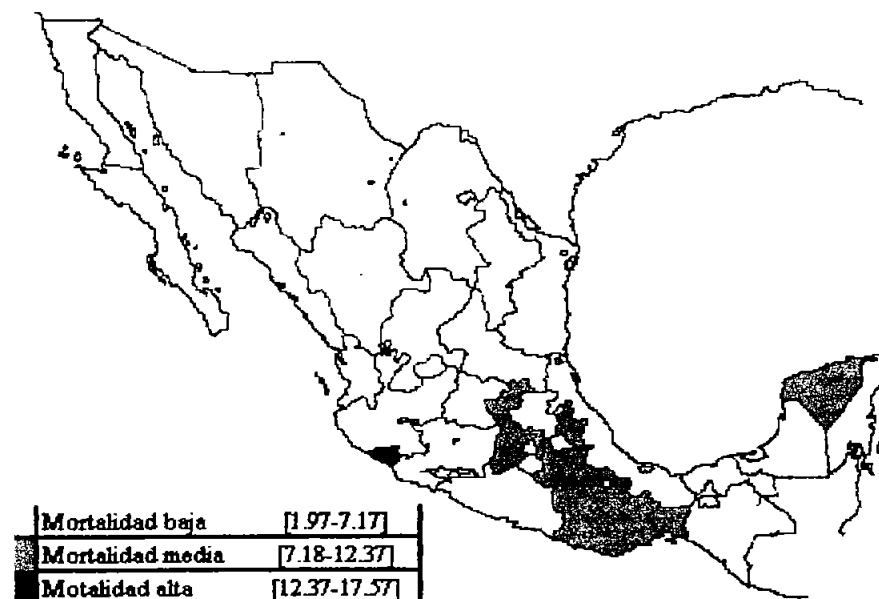
Mapa 3.1 Tasas de mortalidad¹ femenina de afecciones originadas en el periodo perinatal, por entidad federativa, 2000



¹ Defunciones por cada 100,000 habitantes

Fuente: Cálculos propios con base en los datos de defunciones del INEGI/Secretaría de Salud (Anexo C)

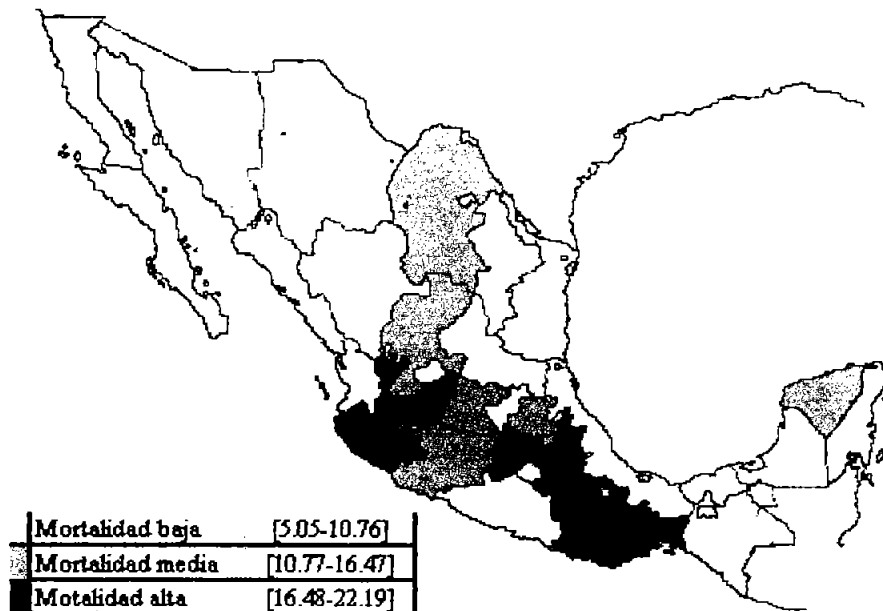
Mapa 3.2 Tasas de mortalidad¹ femenina de enfermedades intestinales por entidad federativa, 2000



¹ Defunciones por cada 100,000 habitantes

Fuente: Cálculos propios con base en los datos de defunciones del INEGI/Secretaría de Salud (Anexo C)

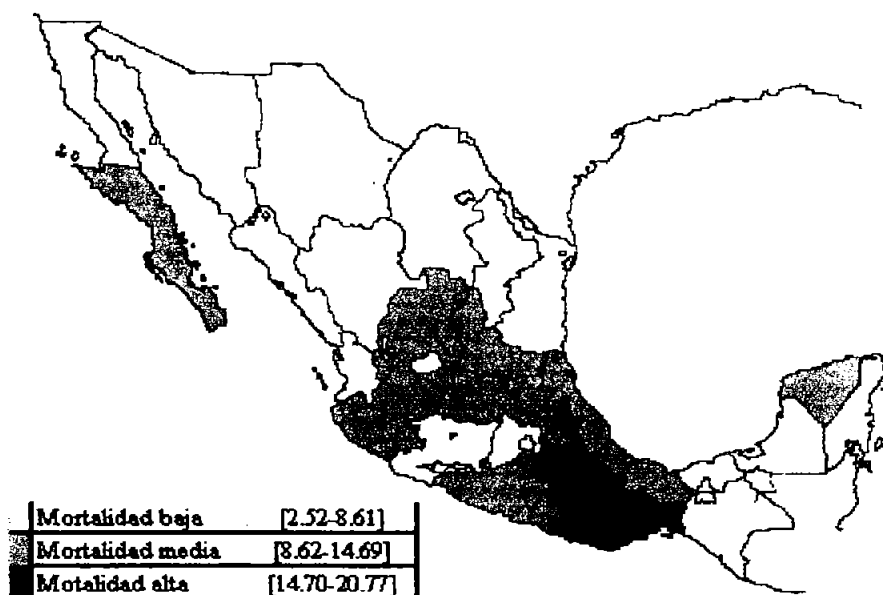
Mapa 3.3 Tasas de mortalidad¹ femenina de enfermedades respiratorias por entidad federativa, 2000



¹ Defunciones por cada 100,000 habitantes

Fuente: Cálculos propios con base en los datos de defunciones del INEGI/Secretaría de Salud (Anexo C)

Mapa 3.4 Tasas de mortalidad¹ femenina de deficiencias de la nutrición por entidad federativa, 2000



¹ Defunciones por cada 100,000 habitantes

Fuente: Cálculos propios con base en los datos de defunciones del INEGI/Secretaría de Salud (Anexo C)

3.1.2 Enfermedades no transmisibles

En este grupo se concentran el mayor número de defunciones. la enfermedad isquémica del corazón ocupa el primer lugar y el mayor número de defunciones se encuentran 12 entidades federativas que tienen una tasa de mortalidad por encima de la media nacional (39.58), entre ellas el Distrito Federal con 66.80 defunciones por cada 100 mil habitantes, Chihuahua (57.55) y Sonora (57.26), de las demás entidades, cuya tasa de mortalidad se encuentra por debajo de la media nacional se tiene Quintana Roo (15.61), Tlaxcala (15.88) y Chiapas (19.63) (Mapa 3.5) (Anexo C).

El cáncer se encuentra en segundo lugar y el mayor número de defunciones es a causa del cáncer cérvico-uterino, las entidades federativas con una tasa de mortalidad por encima de la media nacional (9.17) son 17, entre las que se encuentra Nayarit con una tasa de 16.81 defunciones por cada 100 mil habitantes, Morelos (15.41) y Yucatán (14.31) y por debajo de la media está Zacatecas (5.86), Nuevo León (6.24) y Hidalgo (6.46) (Mapa 3.6), así como por el cáncer de mama, las entidades con una tasa de mortalidad por encima de la media (6.88) nacional son 12, entre ellas está el Distrito Federal con una tasa de 12.81 defunciones por cada 100 mil habitantes, Nuevo León (11.08) y Chihuahua (9.38), entre las entidades que tienen una tasa por debajo de la media está Chiapas (2.66) (Mapa 3.7) (Anexo C).

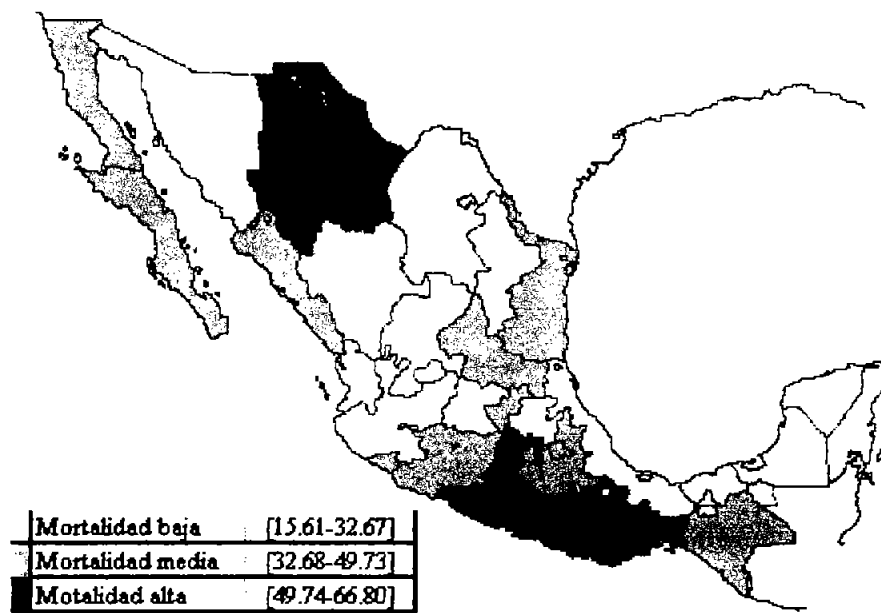
La diabetes se coloca en tercer lugar, y se encuentran seis entidades federativas con una tasa de mortalidad por encima de la media nacional (51.06), como el Distrito Federal con una tasa de 77.41 defunciones por cada 100 mil habitantes, Coahuila (69.76), Tlaxcala (59.10), Guanajuato (58.56), Tamaulipas (56.13) y Puebla (54.97) (Mapa 3.8) (Anexo C).

Las enfermedades digestivas ocupan el cuarto lugar en defunciones, las entidades federativas que tienen una tasa de mortalidad por encima de la media (11.51) son 12 entre las que se encuentran Yucatán con una tasa de 27.90 defunciones por cada 100 mil habitantes y Puebla (18.53) y entre las que tiene una tasa de mortalidad por debajo de la media está Zacatecas (4.60), Baja California Sur (4.67) y Durango (4.86) (Mapa 3.9) (Anexo C).

Las enfermedades cerebrovasculares ocupan el quinto lugar y hay 14 entidades cuya tasa de mortalidad rebasa la media nacional (26.54), entre ellas el Distrito Federal con una tasa de

37.26 defunciones por cada 100 mil habitantes, Yucatán (34.17) y Colima (31.49) y entre las entidades con tasa por debajo de la media nacional se encuentra Quintana Roo (12.39), Baja California Sur (13.55) y Chiapas (17.02) (Mapa 3.10) (Anexo C).

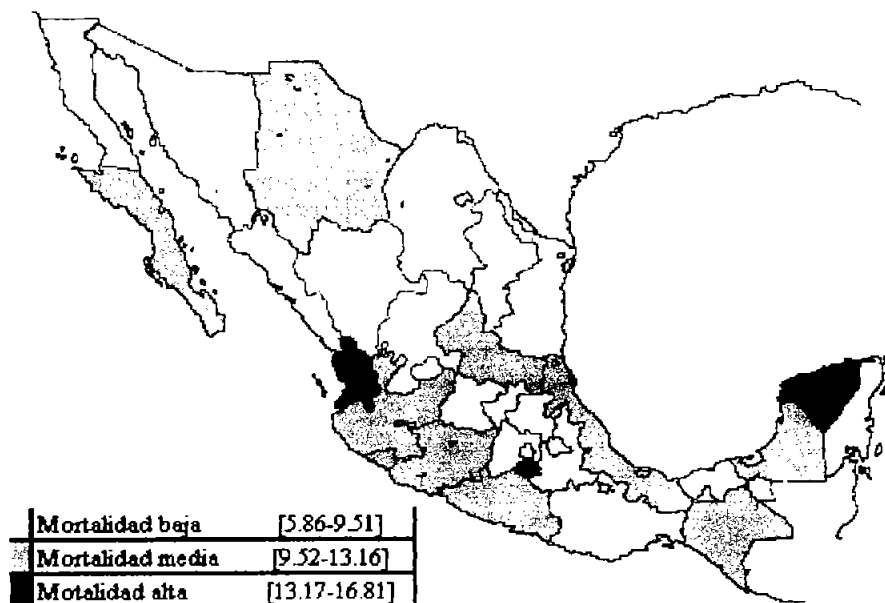
Mapa 3.5 Tasas de mortalidad¹ femenina de enfermedades del corazón por entidad federativa, 2000



¹ Defunciones por cada 100,000 habitantes

Fuente: Cálculos propios con base en los datos de defunciones del INEGI/Secretaría de Salud (Anexo C)

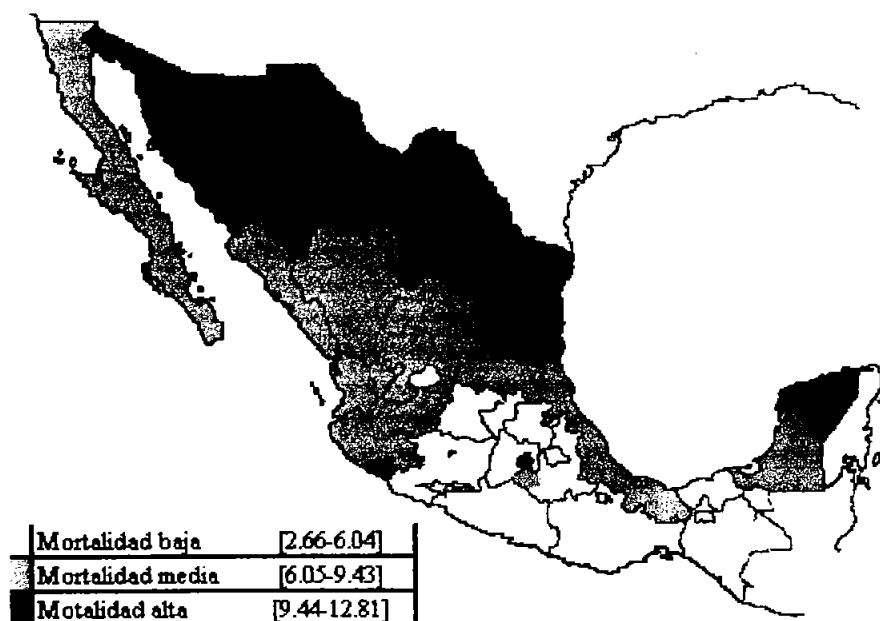
Mapa 3.6 Tasas de mortalidad¹ femenina de cáncer cérvico-uterino por entidad federativa, 2000



¹ Defunciones por cada 100,000 habitantes

Fuente: Cálculos propios con base en los datos de defunciones del INEGI/Secretaría de Salud (Anexo C)

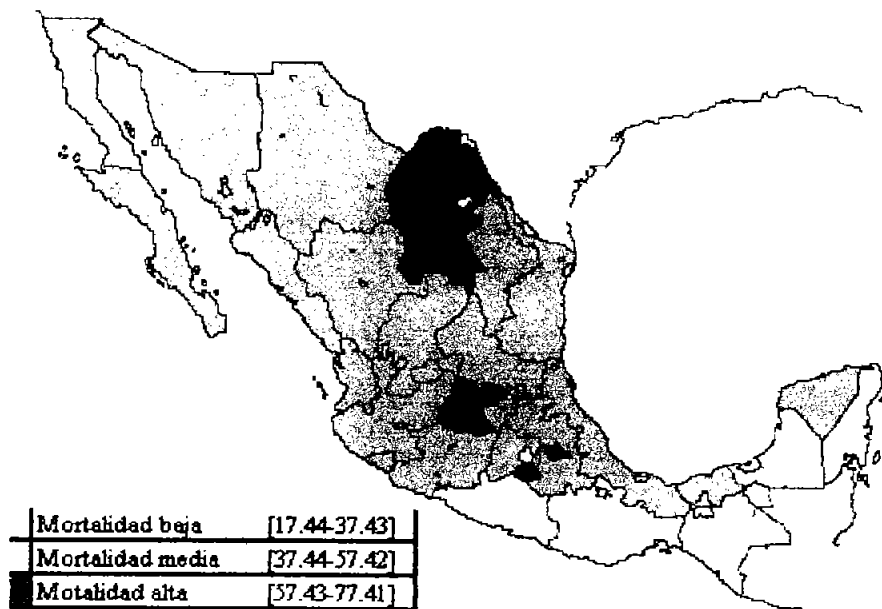
Mapa 3.7 Tasas de mortalidad¹ femenina de cáncer de mama por entidad federativa, 2000



¹ Defunciones por cada 100,000 habitantes

Fuente: Cálculos propios con base en los datos de defunciones del INEGI/Secretaría de Salud (Anexo C)

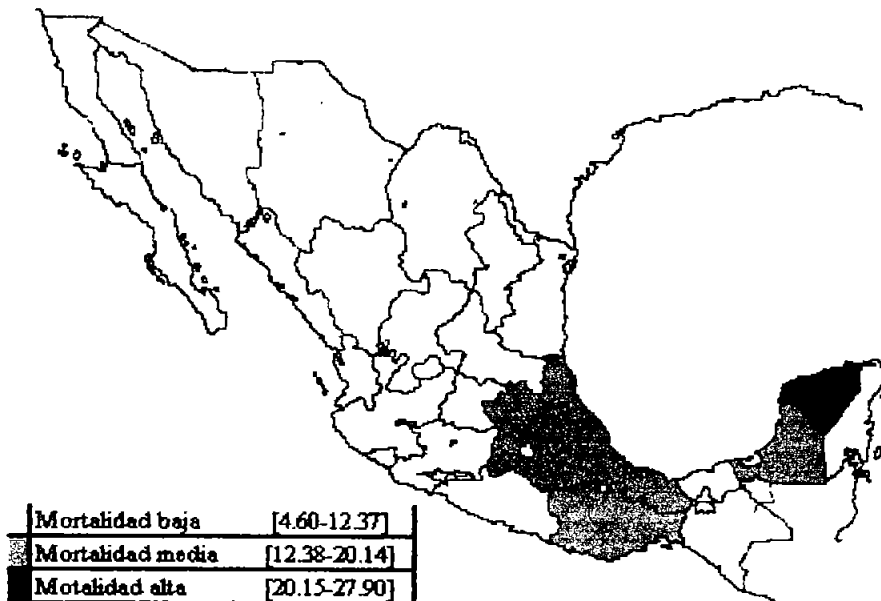
Mapa 3.8 Tasas de mortalidad¹ femenina de diabetes mellitus por entidad federativa, 2000



¹ Defunciones por cada 100,000 habitantes

Fuente: Cálculos propios con base en los datos de defunciones del INEGI/Secretaría de Salud (Anexo C)

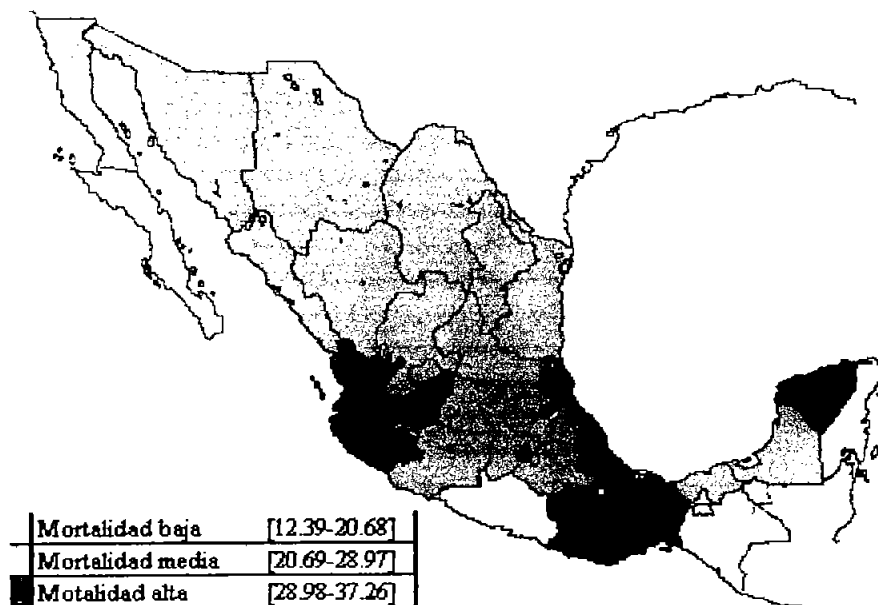
Mapa 3.9 Tasas de mortalidad¹ femenina de enfermedades digestivas por entidad federativa, 2000



¹ Defunciones por cada 100,000 habitantes

Fuente: Cálculos propios con base en los datos de defunciones del INEGI/Secretaría de Salud (Anexo C)

Mapa 3.10 Tasas de mortalidad¹ femenina de enfermedad cerebrovascular por entidad federativa, 2000



¹ Defunciones por cada 100,000 habitantes

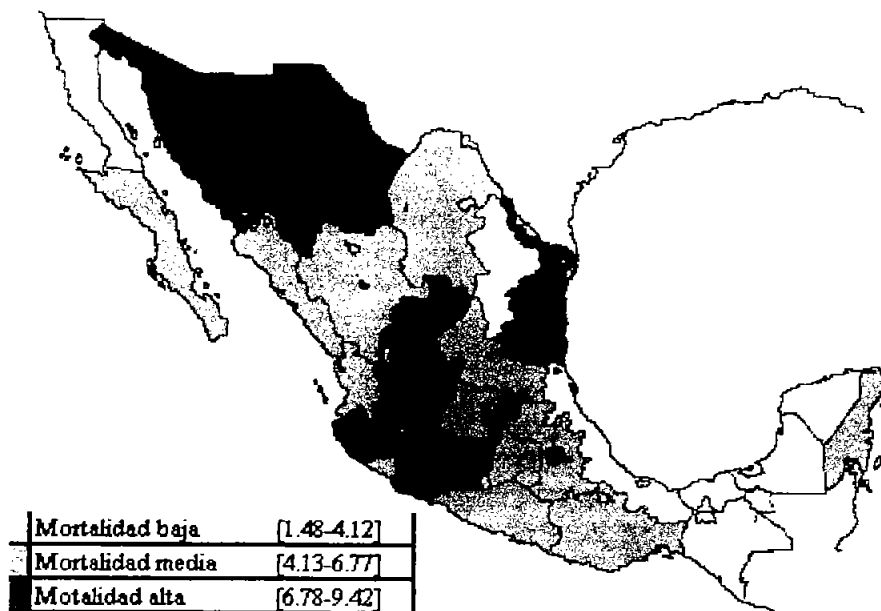
Fuente: Cálculos propios con base en los datos de defunciones del INEGI/Secretaría de Salud (Anexo C)

3.1.3 Causas externas de la mortalidad

En el tercer grupo de causas de muerte, el mayor número de defunciones fue a causa de los accidentes de tráfico de vehículo de motor registraron, las entidades federativas cuya tasa de mortalidad está por encima de la media nacional son 19, entre las que se encuentra Querétaro con una tasa de 8.75 defunciones por cada 100 mil habitantes, Sonora (8.97) y Jalisco (9.42) (Mapa 3.11) (Anexo C).

En las lesiones intencionales, los homicidios representaron el mayor número de defunciones, las entidades federativas con tasa mayor a la media nacional son 11, entre las que se encuentran Guerrero con una tasa de 4.82 defunciones por cada 100 mil habitantes, el Estado de México (4.73) y Oaxaca (4.34), entre las entidades con tasa menor a la media nacional se encuentran Zacatecas (0.28), Aguascalientes (0.81) y Nayarit (0.84) (Mapa 3.12) (Anexo C).

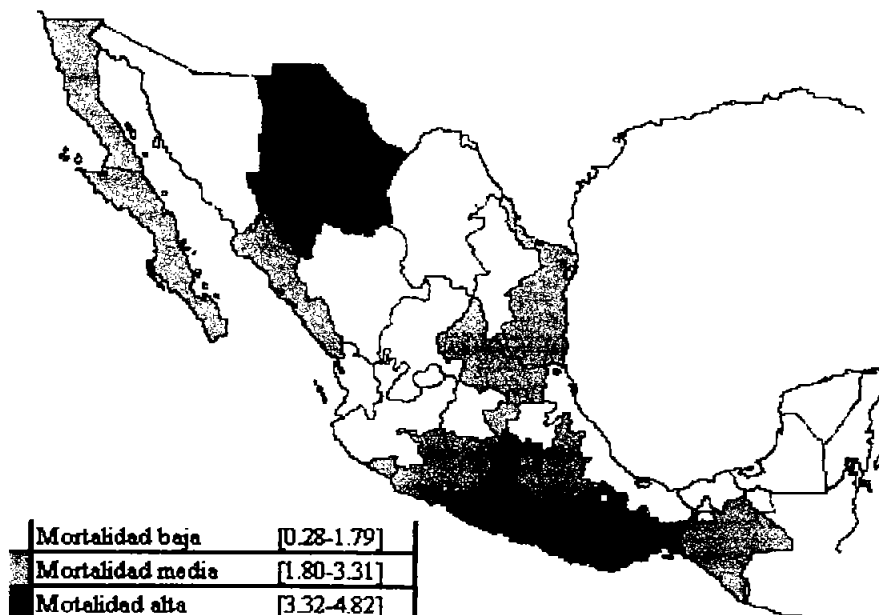
Mapa 3.11 Tasas de mortalidad¹ femenina de accidentes en vehículo de motor por entidad federativa, 2000



¹ Defunciones por cada 100,000 habitantes

Fuente: Cálculos propios con base en los datos de defunciones del INEGI/Secretaría de Salud (Anexo C)

Mapa 3.12 Tasas de mortalidad¹ femenina de homicidios por entidad federativa, 2000



¹ Defunciones por cada 100,000 habitantes

Fuente: Cálculos propios con base en los datos de defunciones del INEGI/Secretaría de Salud (Anexo C)

3.2 Conclusiones

En el plano estatal se advierte una convergencia de las principales causas de muerte ya que desde hace ya algunos años el mayor número de defunciones se deben de manera preponderante a causas crónico-degenerativas: diabetes, las enfermedades cardiovasculares y la enfermedad cerebrovascular, aunque en algunas entidades federativas se presentan como principal causa de muerte femenina alguna de las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales, y deficiencias de la nutrición, por eso México es un país donde se observa un modelo de transición polarizado donde se observan que las principales causas de muerte son tanto causas transmisibles, como no transmisibles.

Capítulo IV Tipificación

En este capítulo se realizó una tipificación utilizando el método directo, para lo que se dividió a las 32 entidades federativas en tres grupos de mortalidad alta, media y baja conforme a dos indicadores: tasa bruta de mortalidad femenina y esperanza de vida al nacimiento de las mujeres, para poder elegir una entidad federativa de cada grupo con las que se trabajó en la tipificación, para medir la mortalidad en estas tres entidades comparándolas y utilizando la población nacional como población tipo.

El principal uso de la tipificación en el análisis demográfico radica en la comparación de medidas entre las regiones, el cual lo hace un proceso muy importante para los análisis de la mortalidad, para eliminar el efecto de la estructura por edad. Este procedimiento sirve para comparar las tasas de mortalidad de las tres entidades elegidas para lo cual se tiene que definir la población que se tomará como población tipo y las tasas específicas de mortalidad de estas entidades.

4.1 Metodología de selección de grupos de mortalidad

Para la selección de los grupos de mortalidad con los que se trabajó en este capítulo, se utilizaron dos indicadores: la tasa bruta de mortalidad, y la esperanza de vida al nacimiento a nivel de entidad federativa.

La **tasa bruta de mortalidad (TBR)** es el indicador más común para medir la mortalidad y se calcula de la siguiente manera;

$$TBM = (D^z / P^{30-VI-Z}) * 1000$$

donde:

TBR tasa bruta de mortalidad del año z

D^z defunciones ocurridas en el año z

$P^{30-VI-Z}$ población estimada a mitad del año z (población media)

La esperanza de vida al nacimiento con las tasas de mortalidad específicas por edad se elabora la esperanza de vida. La esperanza de vida es la media matemática que se obtiene: dividiendo todos los años vividos por toda la población entre la población de edad exacta x .

$$e_x = T_x / l_x$$

donde:

e_x esperanza de vida

T_x años vividos por toda la población

l_x población de edad exacta x

Se clasificó a las 32 entidades federativas, ordenándolas conforme a su tasa bruta de mortalidad del año 2000 (de mayor a menor), junto con su esperanza de vida al nacimiento y se dividieron en tres grupos con el mismo rango. Se clasificaron los tres grupos en mortalidad baja, media y alta para facilitar el análisis de la mortalidad a lo largo del país, denominándolos:

1. Grupo de Mortalidad Alta; en este grupo se clasificó a las entidades federativas cuyas tasas brutas de mortalidad están por arriba de la tasa bruta media nacional de mortalidad [3.98 - 4.77] (Cuadro 4.1).
2. Grupo de Mortalidad Media; en este grupo las tasas brutas de estas entidades federativas están por debajo de la tasa bruta media nacional de mortalidad [3.19 - 3.97] (Cuadro 4.2).
3. Grupo de mortalidad baja; en este grupo se encuentran las dos entidades federativas con la tasa bruta de mortalidad más baja de país [2.41 - 3.18] (Cuadro 4.3).

De cada grupo se seleccionó una entidad federativa para hacer las comparaciones intergrupos utilizando la tasa tipificada.

Cuadro 4.1 Indicadores de la mortalidad femenina por entidad federativa, 2000
Grupo de mortalidad alta

Entidad	Tasa bruta de Mortalidad¹	Esperanza de vida al nacimiento
Oaxaca	4.77	75.15
Yucatán	4.7	75.97
Zacatecas	4.67	76.04
DF	4.54	77.68
Veracruz	4.51	75.68
San Luis P.	4.51	76.01
Guerrero	4.5	75.26
Michoacán	4.49	76.16
Nayarit	4.47	76.45
Hidalgo	4.46	75.82
Puebla	4.33	76.11
Jalisco	4.24	77.02
Morelos	4.18	76.74
Guanajuato	4.09	76.35
Tlaxcala	4.08	76.67
Durango	4.04	76.4
Colima	4.04	76.91
Media nacional	4.03	76.51

¹ Defunciones por cada 1000 habitantes

Fuente: CONAPO, con base en Proyecciones de la población de México, 2000-2003

Cuadro 4.2 Indicadores de la mortalidad femenina por entidad federativa, 2000
Grupo de mortalidad media

Entidad	Tasa de Mortalidad¹	Esperanza de vida al nacimiento
Media nacional	4.03	76.51
Sinaloa	3.96	76.57
Tamaulipas	3.94	76.87
Nuevo León	3.82	77.41
Campeche	3.76	75.89
Sonora	3.7	77.07
Coahuila	3.68	77.27
Querétaro	3.65	76.54
Aguascalientes	3.64	77.15
Chiapas	3.64	74.96
Chihuahua	3.57	77.31
Tabasco	3.48	75.96
Baja California S.	3.33	77.16
México	3.28	76.98

¹ Defunciones por cada 1000 habitantes

Fuente: CONAPO, con base en Proyecciones de la población de México, 2000-2003

Cuadro 4.3 Indicadores de la mortalidad femenina por entidad federativa, 2000

Grupo de mortalidad baja

Entidad	Tasa de Mortalidad ¹	Esperanza de vida al nacimiento
Baja California	3.01	77.58
Quintana Roo	2.41	76.76

¹ Defunciones por cada 1000 habitantes

Fuente: CONAPO, con base en Proyecciones de la población de México, 2000-2003

4.1.1 Selección de las entidades federativas

De estos grupos se trabajó con una entidad de cada uno, seleccionada según su tasa de mortalidad; del primer grupo se eligió la entidad federativa con la tasa bruta de mortalidad más alta que fue Oaxaca, después del segundo grupo se eligió a Sinaloa con la tasa bruta más alta del grupo y por último del tercer grupo se eligió a la entidad que cuya tasa bruta de mortalidad fuera la más baja que fue Quintana Roo.

Oaxaca cuenta con una población de 3,582,180 habitantes, de los cuales 1,762,053 son hombres y 1,820,127 son mujeres, el índice de masculinidad en esta entidad es de 93 hombres por cada 100 mujeres. Oaxaca es la entidad federativa con la tasa de mortalidad más alta del país (4.77 defunciones por cada 1000 habitantes) (Cuadro 4.1); con 19,075 defunciones, de los cuales 8,678 son defunciones en mujeres, el índice de sobremortalidad masculina es de 120 defunciones masculinas por cada 100 femeninas, tiene una esperanza de vida de las más bajas a nivel nacional (75.15) y también tiene un grado de marginación alto ya que el 64 por ciento de la población habita en localidades con menos de 5 000 habitantes, de forma que 2.2 millones de personas, padecen privaciones asociadas a la dispersión y el aislamiento de los asentamientos humanos, en el 2000 su grado de marginación es de 2.0787 (Anexo D)¹².

Sinaloa cuenta con una población de 2,641,537 habitantes, de los cuales 1,340,353 son hombres y 1,301,185 son mujeres, el índice de masculinidad es de 99.3 hombres por cada 100 mujeres. Como ya se vio Sinaloa es la entidad federativa cuya tasa de mortalidad se encuentra debajo de la media nacional (3.96), con 12,102 defunciones, de los cuales 5,153 son defunciones de mujeres, el índice de sobremortalidad masculina es de 135 defunciones masculinas por cada 100 femeninas, su esperanza de vida al nacimiento 76.57 años que es casi igual a la media nacional (76.51) (Cuadro 4.2), en cuanto a su grado de marginación

¹² CONAPO, Índice de Marginación a nivel localidad, 2000, México, 2002

Sinaloa se encuentra entre las entidades federativas con grado de marginación medio, en el 2000 es de -0.0996 (Anexo D)¹³.

Quintana Roo cuenta con una población de 899,312 habitantes, de los cuales 463,625 son hombres y 435,687 son mujeres, el índice de masculinidad en esta entidad es de 105 hombres por cada 100 mujeres. Como ya se vio Quintana Roo es la entidad federativa con la tasa de mortalidad más baja del país (2.41), con 2,688 defunciones, de los cuales 1,049 son defunciones en mujeres, el índice de sobremortalidad masculina es de 156 defunciones masculinas por cada 100 femeninas, tiene una esperanza de vida al nacimiento de 76.76 años que es más alta que la media nacional (Cuadro 4.3), Quintana Roo tiene una grado de marginación bajo en el 2000 es de -0.3592 (Anexo D)¹⁴.

4.2 Aplicación de la tipificación directa

Para trabajar esta tipificación se tomó a la población femenina nacional como la población tipo y las tasas específicas de mortalidad de Oaxaca, Sinaloa y Quintana Roo para ser comparadas y minimizar el efecto de la estructura por edad (Cuadro 4.4). En la tipificación directa se calcularon las defunciones esperadas, que es el número de defunciones que ocurrirían en la población en estudio, si esta tuviese la estructura por edad de la población tipo. Estas defunciones esperadas se calculan, de acuerdo a la definición siguiente, se utilizaron grupos quinquenales de edad; sin embargo, como la mortalidad en los primeros años es muy cambiante y existen grandes diferencias entre las entidades elegidas, que se decidió separar el primer grupo en menores de un año y de 1 a 4 años.

¹³ Ibidem Pág. 65

¹⁴ Ibidem Pág. 65

4.2.1 Metodología

$${}_n^E D^A_x = {}_n m^A_x \cdot {}_n P^T_x$$

donde:

${}_n^E D^A_x$ número de defunciones esperadas en la región A, con edades cumplidas entre x y x+n

${}_n m^A_x$ tasa de mortalidad en la región A, para el grupo de edad x, x+n

${}_n P^T_x$ número de personas de edad x, x+n en la población tipo (población de la región T)

A continuación se suman todas las defunciones esperadas, desde el primero hasta el último grupo de edad:

$$E D^A = \sum_{x=0} {}_n^E D^A_x$$

Por último, se calcula la tasa bruta de mortalidad correspondiente, dividiendo esta suma entre el total de la población tipo.

$$T d^A = E D^A / P^T$$

Esta es la tasa bruta de mortalidad tipificada por el método directo, para la región A, usando como población tipo la región T.

La diferencia en las tasas brutas de la mortalidad observadas en Oaxaca, Sinaloa y Quintana Roo se puede descomponer en dos factores:

- 1) Un factor “estructural”, que es el efecto de las diferencias en las estructuras por edad de las poblaciones respectivas.
- 2) Un factor “residual” donde el principal elemento es el nivel de la mortalidad, en estas poblaciones.

Cuadro 4.4 Aplicación del método directo de tipificación de las poblaciones seleccionadas

Grupos de edad	${}_n P_x^n$	${}_n M_x^{oI}$	$E D^o$	${}_n M_x^{sI}$	$E D^s$	${}_n M_x^{q,rI}$	$E D^{q,r}$
>1	1029313	27.78	28596	20.51	21113	19.34	19910
1 - 4	4325179	1.96	8458	1.14	4937	1.08	4662
5 - 9	5634655	0.54	3025	0.29	1634	0.30	1697
10 - 14	5458259	0.39	2126	0.22	1201	0.21	1155
15 - 19	5225599	0.52	2724	0.33	1734	0.31	1628
20 - 24	4897571	0.72	3545	0.47	2288	0.48	2329
25 - 29	4489320	0.90	4040	0.61	2747	0.61	2733
30 - 34	3969954	1.19	4728	0.84	3315	0.82	3248
35 - 39	3431890	1.70	5850	1.24	4244	1.21	4142
40 - 44	2870591	2.54	7295	1.89	5439	1.88	5388
45 - 49	2265539	3.80	8620	2.96	6711	2.88	6524
50 - 54	1766444	5.73	10119	4.72	8331	4.57	8080
55 - 59	1414972	8.59	12151	7.47	10564	7.29	10315
60 - 64	1150749	12.86	14803	11.78	13560	11.66	13416
65 - 69	911210	19.24	17532	18.58	16927	18.27	16650
70 - 74	667867	28.80	19238	29.29	19561	28.53	19052
75 - 79	455721	42.88	19543	46.06	20988	44.05	20076
80 - 84	272744	63.48	17315	71.75	19570	69.27	18894
85 y +	261942	128.04	33539	142.35	37287	142.47	37318
□	50499519	4.77	240772	3.96	199978	2.41	121704

¹ Defunciones por cada 1000 habitantes

${}_n P_x^i$ población del grupo de edad x, x+n en la región i

${}_n m_x^i$ tasa de mortalidad del grupo de edad x, x+n en la región i

$E D^i$ defunciones esperadas del grupo de edad x, x+n en la región i

i n (nacional), o (Oaxaca), s (Sinaloa) y q.r (Quintana Roo)

Fuente: Cálculos propios con base en las Proyecciones Nacionales Demográficas de la Población de México, 2000-2030, México, 2002

Al comparar los resultados se puede decir que Oaxaca presentaría 4.42 defunciones por cada 1000 habitantes, Sinaloa presentaría 4 y Quintana Roo presentaría 3.9 en el año 2000, al eliminar el efecto de la estructura por edad. Queda entonces evidenciado, que el patrón de la mortalidad en Sinaloa y Quintana Roo es menor que el de Oaxaca (Cuadro 4.5)

Cuadro 4.5 Tasas brutas de mortalidad observadas y tipificadas, 2000

Entidad	Tasa bruta observada ¹	Tasa tipificada ¹
Oaxaca	4.77	4.42
Sinaloa	3.96	4.00
Quintana Roo	2.41	3.90

¹ Defunciones por cada 1000 habitantes

Fuente: Cálculos propios con base en las Proyecciones Nacionales Demográficas de la Población de México, 2000-2030, México, 2002

La diferencia entre las tasas observadas entre Oaxaca y Sinaloa es de 0.81 por cada 1000 habitantes, a este valor se le denomina efecto total, que corresponde a las diferencias entre las poblaciones, pero está afectado por la estructura por edades de las poblaciones. La diferencia entre las tasas tipificadas es de 0.42 por cada 1000 habitantes, en este valor ya se elimino el efecto de la estructura por edad y Oaxaca presenta aún mayor tasa de mortalidad, a este valor se le llama efecto residual. Las diferencias entre las tasas brutas y tipificadas son de 0.35 en el caso de Oaxaca y -0.04 en Sinaloa, estas magnitudes evidencian el efecto de la estructura por edades en cada caso, a estos valores se les interpreta como efecto estructural (Cuadro 4.6).

Cuadro 4.6 Tasas brutas y tipificada de mortalidad Oaxaca-Sinaloa, 2000

Entidad	Tasa bruta observada ¹	Tasa tipificada ¹	Diferencia horizontal
Oaxaca	4.77	4.42	0.35
Sinaloa	3.96	4	-0.04
Diferencia vertical	0.81	0.42	0.39

¹Defunciones por cada 1000 habitantes

Fuente: Cálculos propios con base en las Proyecciones Nacionales Demográficas de la Población de México, 2000-2030, México, 2002

La diferencia entre las tasas observadas entre Oaxaca y Quintana Roo es de 2.36 por cada 1000 habitantes que es el efecto total, afectado por la estructura por edades de las poblaciones. La diferencia entre las tasa tipificadas es de 0.52 por cada 1000 habitantes, en este valor ya se elimino el efecto de la estructura por edad y Oaxaca presenta aún mayor tasa de mortalidad, que es el efecto residual. Las diferencias entre las tasas brutas y tipificadas son de 0.35 en el caso de Oaxaca y -1.49 en Quinta Roo, estas magnitudes evidencian el efecto de la estructura por edades en cada caso, que es el efecto estructural (Cuadro 4.7)

Cuadro 4.7 Tasas brutas y tipificada de mortalidad Oaxaca-Quintana Roo, 2000

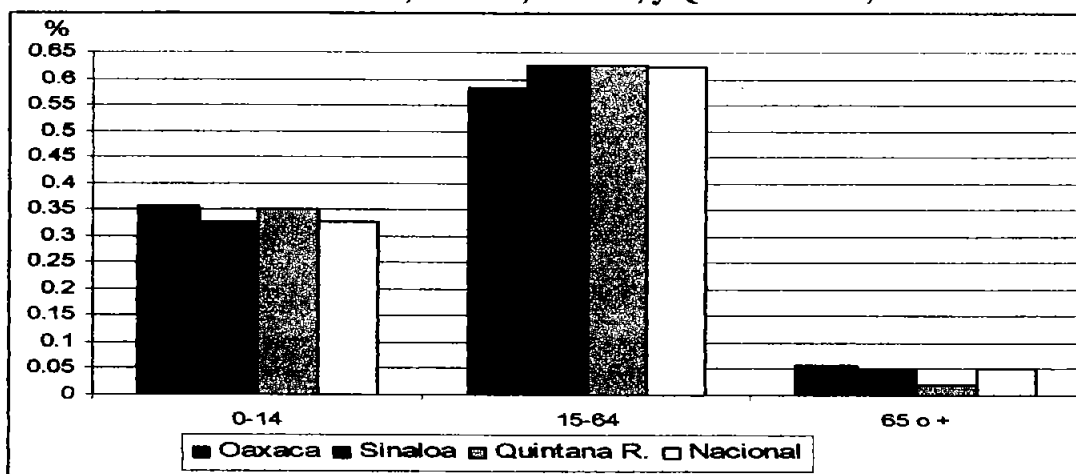
Entidad	Tasa bruta observada ¹	Tasa tipificada ¹	Diferencia horizontal
Oaxaca	4.77	4.42	0.35
Quintana Roo	2.41	3.90	-1.49
Diferencia vertical	2.36	0.52	1.84

¹Defunciones por cada 1000 habitantes

Fuente: Cálculos propios con base en las Proyecciones Nacionales Demográficas de la Población de México, 2000-2030, México, 2002

Es importante destacar que la tasa de Oaxaca descendió, ésto se debe a que esta entidad presenta en los menores de un año una tasa muy elevada y al aplicarle una estructura por edad menos joven que ella (Gráfica 4.1), hace que existan proporcionalmente menos niños en estas edades y se sobre compense el aumento relativo en las edades mayores, en cambio la tasa de Sinaloa aumento y esto se debe a que Sinaloa presentaba a partir del grupo de edad de 70 a 74 años tasas de mortalidad más elevadas que las de Oaxaca y al aplicársele una estructura por edad más vieja provocó que la proporción de viejos aumentara aún más y con ello las defunciones en estas edades (Gráfica 4.1). En el caso de Quintana Roo la tasa aumento 1.5 por cada 1000 habitantes, y esto se debe a que a partir del grupo de edad de 75 a 79 años las tasas de mortalidad de Quintana Roo son más altas que las de Oaxaca y al aplicarle una estructura por edad por mucho, más vieja que la de ella (Gráfica 4.1) provocara un gran aumento en sus defunciones a partir de los 65 años y así también un aumento en su tasa de mortalidad.

Gráfica 4.1 Porcentaje de la población por grandes grupos de edad de la población femenina Nacional, Oaxaca, Sinaloa, y Quintana Roo, 2000



Fuente: Cálculos propios basados en la información del Censo de Población y Vivienda, -2000

4.3 Conclusiones

Al comparar las tres entidades, se observó que el riesgo de morir en Oaxaca es mayor que en Sinaloa y Quintana Roo.

Conclusiones

Los avances del progreso en México durante el siglo XX fueron considerables y también lo ganado en la impostergable tarea de mejorar la condición social de la mujer. Sin embargo, las mujeres mexicanas todavía están sujetas a formas abiertas o veladas de discriminación y enfrentan en el nuevo siglo importantes obstáculos para garantizar su participación plena en el proceso de desarrollo de las capacidades para el trabajo, la educación y la cultura sólo es posible cuando existen condiciones de salud adecuadas.

A partir de los años 70 se ha venido dando un importante descenso de la fecundidad, relacionado estrechamente con el uso masivo de anticonceptivos, produciendo cambios muy significativos en la estructura por edad, lo que ha propiciado a un gradual envejecimiento de la población, expresado en el aumento del porcentaje de adultos y ancianos en el país.

Estos cambios en el volumen y estructura por edad de la población, ha implicado una disminución del peso absoluto de los grupos en edad de cursar el nivel básico, en contraste con el aumento en la de los niveles medio superior y superior, pues las mujeres día a día ven a la educación como un factor estratégico para alcanzar su autonomía y para promover su incorporación en la economía. En el ámbito del empleo, aun cuando gran parte de las tareas desempeñadas por las mujeres permanece oculta o subregistrada, su participación en la actividad económica ha aumentado de manera significativa, lo que puede atribuirse a la convergencia de diversos factores de naturaleza social, económica, cultural y sociodemográfica, relacionados estrechamente con el nivel de la mortalidad pues afectan la calidad de vida y el bienestar de la población.

Otro avance significativo fue el notable descenso de la mortalidad, indicativo de una sustantiva mejora en las condiciones generales de vida de la población. El mejoramiento de las condiciones de vida de la población, la disminución de la mortalidad general y la transformación del perfil de causas de muerte han tenido profundas consecuencias sociales ya que antes los decesos eran eventos súbitos en la vida de la población.

Estos cambios en magnitud de la muerte se han acompañado de una disminución de enfermedades transmisibles y el incremento de las enfermedades no transmisibles como las

enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes, así como en el aumento de defunciones a causa del SIDA , enfermedad cuyo número de muertes no es significativo, pero que ha llegado a estar dentro de las primeras 10 causas de muerte en el país.

En el país las 5 principales causas de muerte femeninas son todas de etiología crónico-degenerativas, en primer lugar se encuentran las enfermedades cardiovasculares, en segundo lugar al cáncer, en tercer lugar la diabetes mellitus, en cuarto lugar las enfermedades digestivas y en quinto lugar las enfermedades cerebrovasculares, aunque aún en México se observa un modelo de transición polarizado donde coexisten enfermedades crónico-degenerativas y infecto-contagiosas, que a su vez la mortalidad por lesiones y accidentes se mantiene en niveles considerables, pues en las mujeres no son una grave causa de muerte.

Los distintos riesgos de morir que enfrentan las mujeres en las diferentes edades, también han sufrido una transformación en el perfil epidemiológico; la mortalidad infantil se debe principalmente a causas transmisibles, perinatales y deficiencias de la nutrición, el los que se encuentran entre 5 y 29 años la principal causa de muerte son los accidentes y a partir de los 30 años las principales causas de muerte son no transmisibles y como las causas de muerte en los distintos grupos de edad no son las mismas cabe destacar que se deben crear políticas de salud enfocadas a la prevención de las principales causas de muerte y así prolongar al máximo la vida en las distintas etapas de la vida.

En el plano estatal se observa que al igual que en todo el país que las principales causas de muerte ya que desde hace algunos años se deben a causas crónico-degenerativas, las enfermedades del corazón son las que tienen el mayor número de entidades federativas con tasa de mortalidad por causa por encima de la nacional (Coahuila, Yucatán, Tamaulipas, Nuevo León, Colima, Sonora, Chihuahua, Distrito Federal), seguida por la diabetes (Coahuila y Distrito Federal).

La mortalidad no se ha dado con la misma intensidad en el mapa geográfico de nuestro país, pues el riesgo de fallecer en las entidades que se encuentran en el grupo de mortalidad alta, son en las que se debe poner mayor énfasis para evitar que el mayor número de

defunciones se encuentre en estas entidades que son las que tiene mayores rezagos en sus condiciones de vida.

México se encuentra al final de una transición epidemiológica y que combina las enfermedades del desarrollo con las enfermedades de la pobreza, por lo que es necesario tomar acciones de corte sanitario, para proteger la salud del individuo y así posibilitar el desarrollo de la sociedad, promoviendo programas que establezcan como prioridad la lucha contra la morbilidad que enuncien normas sobre la alimentación e higiene personal, familiar y de la comunidad e imponer en todas las entidades federativas los servicios de salud públicos fundamentales, crear y mejorar los programas contra las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, fortalecer los centros de salud comunitarios que brinden medicina tradicional, así como inculcar una cultura de prevención de enfermedades a la población de bajos recursos y en zonas rurales marginadas.

Crear normas de prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia del cáncer así como acciones de capacitación entre los prestadores de servicios y el equipamiento de unidades médicas con aparatos de alta calidad para reforzar la detección oportuna del cáncer

Estas políticas requieren insertarse en una política social que no sólo pretenda atender a los grupos más vulnerables, sino que también brinde las condiciones necesarias para elevar la calidad d vida de todas las mexicanas.

Por último, solo me cabe mencionar que la mujer se dirige cada vez más en su camino hacia su bienestar y que estos avances en su vida son cada vez más marcados, tomando ella las decisiones que le sean mejores y en las que ella gane más como miembro de la sociedad.

Anexo A

Principales causas de muerte femeninas, 1997-2000

	1997			2000		
	Defunciones	Tasa ¹	%	Defunciones	Tasa ¹	%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	7841	15.53	3.99	7825	15.49	4.05
Tuberculosis	1232	2.44	0.63	1230	2.44	0.64
Enfermedades de transmisión sexual excluyendo VIH/SIDA	56	0.11	0.03	58	0.11	0.03
VIH/SIDA	598	1.18	0.30	643	1.27	0.33
Enfermedades infecciosas intestinales	2600	5.15	1.32	2571	5.09	1.33
Infecciones respiratorias	6960	13.78	3.54	6849	13.56	3.54
Infecciones respiratorias agudas bajas	6825	13.51	3.47	6606	13.08	3.42
Causas maternas	1400	2.77	0.71	1330	2.63	0.69
Hemorragia obstétrica	268	0.53	0.14	256	0.51	0.13
Edema proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo	479	0.95	0.24	468	0.93	0.24
Aborto	95	0.19	0.05	89	0.18	0.05
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	8156	16.15	4.15	8140	16.00	4.21
Bajo peso al nacimiento y prematuridad	634	1.26	0.32	601	1.19	0.31
Deficiencias de la nutrición	6352	12.58	3.23	6200	12.27	3.21
Cáncer	27130	53.72	13.80	28619	56.67	14.81
Cáncer de mama	3356	6.65	1.71	3478	6.88	1.80
Cáncer cervicouterino	4395	8.70	2.24	4634	9.17	2.40
Diabetes mellitus	23160	45.86	11.78	25789	51.06	13.34
Enfermedades cardiovasculares	48564	70.00	8.50	49378	97.70	25.54
Enfermedades isquémicas del corazón	17890	35.43	9.10	19988	39.58	10.34
Enfermedad cerebrovascular	13605	26.94	6.92	13406	26.54	6.94
Enfermedades respiratorias	11251	22.28	5.72	10503	20.80	5.43
Enfermedades digestivas	13425	26.58	6.83	14136	27.99	7.31
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	5349	10.99	2.82	5814	11.51	3.01
Enfermedades del sistema genito-urinario	5369	10.63	2.73	5502	10.90	2.85
Enfermedades del sistema músculo esquelético	1789	3.54	0.91	1895	3.75	0.98
Anomalías congénitas	4610	9.13	2.34	4561	9.03	2.36
Accidentes	7321	14.50	3.72	7959	15.76	4.12
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	2960	5.86	1.51	2964	5.86	1.53
Lesiones intencionales	1856	3.68	0.94	1811	3.58	0.80
Agresiones (homicidios)	1230	2.44	0.63	1217	2.41	0.63
Otras causas	4356	8.63	2.22	4313	8.54	2.23

¹Defunciones por cada 100,000 habitantes

Fuente: Cálculos propios con base en las defunciones del INEGI/ Secretaría de la Salud.

Anexo B
Importantes causas de muerte en el 2000
Tasas específicas de mortalidad¹

Grupos de Edad	Enfermedades Cardiovasculares	Cáncer Cervico-uterino	Cáncer de Mama	Diabetes	Causas Maternas	Sida
0-4	3.77	0	0	0.089	0	0.429
5-9	1.24	0	0	0.153	0	0.085
10-14	0.78	0	0.0176	0.353	0.21	0
15-19	1.25	0.0187	0.112	0.879	2.91	0.28
20-24	2.71	0.141	0.141	1.33	5.51	1.44
25-29	4.58	0.65	1.51	2.33	6.61	2.76
30-34	6.3	3.7	3.91	3.5	7.1	2.78
35-39	10	6.8	9.54	7.55	6.1	3.21
40-44	27	12.4	15.7	18.25	3.52	2.69
45-49	51.3	19.86	25.25	46	0.46	1.53
50-54	96.7	29.76	31.27	101.8	0.48	1.81
55-59	169	32	34.3	191.3	0	2.07
60-64	310.3	32.8	43.67	329.8	0	1.16
65-69	252	36	57.73	506	0	0.882
70-74	1010	44.25	70.93	682.5	0	0.536
75-79	1812	57	90.16	933	0	0.274
80-84	8071	69.1	119.5	1110	0	0
85 o +	3253	88.1	136.75	1130	0	0.528

¹Defunciones por cada 100,000 habitantes

Fuente: Cálculos propios con base en las defunciones del INEGI/ Secretaría de la Salud.

Anexo C

Principales causas de muerte por entidad federativa, 2000

Entidad Federativa	Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y deficiencias de la nutrición										Enfermedades no transmisibles										Causas externas de la mortalidad					
	Afecciones del período perinatal					Deficiencias de la nutrición					Enfermedad Isquémica del corazón		Enfermedad Cerebrovascular		Diabetes Mellitus		Cáncer Cérvico-uterino		Cáncer de Mama		Enfermedad Crónica de Hígado		Accidentes Vehiculares		Homicidios	
	Perinatal	Intestinales	Infecciones Respiratorias	Infecciones	Deficiencias de la Nutrición	Isquémica del corazón	Cerebrovascular	Diabetes Mellitus	Cáncer Cérvico-uterino	Cáncer de Mama	Enfermedad Crónica de Hígado	Accidentes Vehiculares	Homicidios													
Nacional	16	15.49	13.36	9.14	12.27	39.58	26.54	51.06	9.17	6.88	11.57	5.86	2.44													
Aguascalientes	20.20	4.77	9.14	8.13	8.13	29.46	25.60	41.05	7.11	7.32	6.10	7.92	0.81													
Baja California	17.22	3.21	10.63	4.31	4.31	43.94	22.05	46.66	8.79	7.83	7.11	4.07	2.40													
Baja California Sur	7.78	6.75	10.28	10.28	10.28	35.99	13.55	44.87	9.81	9.35	4.67	6.54	2.34													
Campeche	15.42	3.62	5.14	5.71	5.71	33.43	20.86	35.15	11.43	2.86	17.14	3.71	1.14													
Coahuila	4.46	5.04	12.09	5.94	5.94	51.00	28.77	69.76	8.74	9.67	9.00	6.03	1.36													
Colima	10.67	17.57	16.73	9.05	9.05	54.30	31.49	40.91	10.86	6.15	10.14	6.15	2.90													
Chiapas	2.89	2.26	9.05	7.53	7.53	19.63	17.02	32.52	10.43	2.66	11.66	1.48	2.56													
Chihuahua	10.10	4.18	9.42	6.34	6.34	57.55	28.90	46.94	9.63	9.83	6.79	7.89	3.81													
Distrito Federal	11.04	4.03	16.93	6.61	6.61	66.80	37.26	77.41	8.54	12.81	12.34	6.29	2.40													
Durango	17.07	3.02	9.07	4.73	4.73	33.78	21.03	48.50	9.20	6.44	4.86	4.47	1.31													
Guajuato	22.52	6.05	16.19	13.37	13.37	32.34	26.87	58.56	7.13	4.99	7.65	6.57	1.65													
Guanajuato	14.29	6.85	6.70	10.08	10.08	24.42	19.16	30.93	9.58	3.63	5.57	5.13	4.82													
Hidalgo	13.56	2.77	13.27	8.79	8.79	26.36	45.92	40.92	6.46	5.34	17.57	4.39	1.29													
Jalisco	8.52	4.13	17.44	10.16	10.16	46.87	30.19	52.83	10.40	8.87	8.81	9.42	1.68													
México	14.35	7.81	17.66	7.04	7.04	30.34	20.99	49.92	7.35	5.45	15.30	5.73	4.73													
Michoacán	15.65	4.26	11.13	7.77	7.77	32.50	27.67	53.91	10.37	5.97	7.15	8.29	2.61													
Morelos	21.19	5.66	9.12	9.99	9.99	34.28	22.32	51.42	15.41	4.93	12.58	5.06	2.71													
Nayarit	15.42	3.42	7.99	8.20	8.20	45.39	29.21	46.86	16.81	7.57	8.20	6.09	0.84													
Nuevo León	13.39	1.97	10.72	3.61	3.61	54.18	28.61	46.39	6.24	11.08	8.51	2.11	1.44													
Oaxaca	15.71	12.02	17.75	20.77	20.77	26.59	30.00	36.98	9.50	3.57	12.53	4.72	4.34													
Puebla	16.32	8.22	22.19	18.15	18.15	27.96	28.19	54.97	8.83	4.41	18.53	6.72	1.92													
Querétaro	16.38	7.94	10.52	12.03	12.03	27.06	24.06	50.16	7.24	4.78	13.67	8.75	2.19													
Quintana Roo	13.05	5.03	5.05	2.52	2.52	15.61	12.39	17.44	6.89	3.21	8.49	5.51	1.61													
San Luis Potosí	18.06	3.89	7.22	10.64	10.64	41.55	26.01	45.35	10.05	4.81	6.67	4.39	2.96													
Sinaloa	21.45	5.41	9.96	5.92	5.92	46.65	24.36	38.50	8.99	7.22	5.00	6.07	2.38													
Sonora	14.61	4.95	9.76	8.08	8.08	57.26	21.93	49.44	7.72	9.68	5.60	8.97	1.33													
Tabasco	18.86	3.02	5.81	5.70	5.70	24.47	20.84	41.78	9.33	4.04	5.60	3.94	1.14													
Tamaulipas	14.75	2.26	7.44	5.75	5.75	53.81	24.84	56.13	9.26	8.63	8.98	7.23	3.30													
Tlaxcala	12.89	5.53	16.89	13.07	13.07	15.88	22.11	59.10	8.04	3.02	14.27	7.84	2.61													
Veracruz	14.07	4.40	9.63	9.91	9.91	36.96	31.27	52.42	11.82	6.13	15.90	3.22	1.28													
Yucatán	17.26	9.20	12.42	10.05	10.05	52.97	34.17	49.19	14.31	6.15	27.90	3.31	1.06													
Zacatecas	30.79	4.69	11.16	9.62	9.62	40.31	28.87	43.93	5.86	6.42	4.60	8.09	0.28													

¹Defunciones por cada 100,000 habitantes

Fuente: Cálculos propios con base en las defunciones del INEGI/ Secretaría de la Salud.

Anexo D

Índice de Marginación por entidad federativa, 2000

Entidad	Índice	Entidad	Índice
Distrito Federal	-1.5249	Querétaro	-0.1073
Nuevo León	-1.3926	Sinaloa	-0.0996
Baja California	-1.2685	Nayarit	0.0581
Coahuila	-1.202	Guanajuato	0.0797
Aguascalientes	-0.9734	Zacatecas	0.2984
Baja California Sur	-0.8017	Yucatán	0.3818
Chihuahua	-0.7801	Michoacán	0.4491
Jalisco	-0.7608	Tabasco	0.6554
Sonora	-0.7559	Campeche	0.7017
Tamaulipas	-0.6905	Puebla	0.7205
Colima	-0.6871	San Luis Potosí	0.7221
México	-0.6046	Hidalgo	0.877
Quintana Roo	-0.3592	Veracruz	1.2776
Morelos	-0.3557	Oaxaca	2.0787
Tlaxcala	-0.1849	Guerrero	2.1178
Durango	-0.1139	Chiapas	2.507

Fuente: CONAPO, Índice de Marginación a nivel localidad, 2000, México, 2002

Bibliografía

1. Alba, Francisco. *La población de México evolución y dilemas*, El Colegio de México, México, 3ª edición 1989.
2. Bronfman, Mario. *La mortalidad en México*, El Colegio de México, México, 1988.
3. Camposortega Cruz, Sergio. *Análisis demográfico de la mortalidad en México, 1940- 1980*, Colegio de México, México, 1992.
4. CONAPO. *Cuadernos de salud reproductiva*, CONAPO, México, 2000.
5. CONAPO. *Índice de Marginación a nivel localidad, 2000*, CONAPO, México, 2002.
6. CONAPO. *El perfil sociodemográfico de los hogares en México, 1976-1997*, CONAPO, México, 2001.
7. CONAPO. *Situación actual de la mujer en México*, CONAPO, México, 2000.
8. CONAPO. *Situación demográfica actual, 2000*, CONAPO, México, 2000.
9. CONAPO. *Proyecciones de la población económicamente activa de la matrícula educativa de los hogares y las viviendas y de la población por tamaño de la localidad*, CONAPO, México, 1999.
10. CONAPO. *Proyecciones de la población por entidad federativa, 2000-2050*, CONAPO, México, 2002.
11. Cortés, Fernando. "Hogares y desigualdad" en revista Demos No. 13, México, 2000, pp. 35-36.
12. De Barbieri, Teresita. "Población, mujer y desarrollo", en revista Demos No. 12, México, 1999, 26-27.
13. De Oliveira, Orlandina. "Familia, ingreso y desarrollo", en revista Demos No. 12, México, 1999, 32-33.
14. Elu de Leñero, María del Carmen. *¿Hacia donde va la mujer en México?*, Instituto Mexicano de Estudios Sociales de América Latina , México, 3ª edición 1978.
15. Figueroa Perea, Juan Guillermo; Gloria Najera, Alma. *La condición de la mujer en el espacio de salud*, El Colegio de México, México, 1997.
16. García, Brígida. *Mujer, género y población en México*, El Colegio de México y la Sociedad Mexicana de Demografía, México, 1999.
17. García, Brígida. "La población, trabajo y desarrollo", en revista Demos No. 12, México, 1999, pp31-32.

18. Gutiérrez Guzmán, Francisco. "Educación", en revista Demos No. 13, México, 2000, pp. 20-21.
19. Morelos B., José. "Mortalidad", en revista Demos No. 13, México, 2000 14-15.
20. Puig Escudero, Antonio. "Población en el año 2000", en revista Demos No. 13, México, 2000, 4-5.
21. Pérez Astorga, Juan. *Mortalidad por causas 1950-1980*, El Colegio de México, México, 1980.
22. Secretaría de Salud. *Contexto Actual "Mortalidad 1993"*, Secretaría de Salud, México, 1993.
23. Secretaría de Salud. *Programa de Acción "Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial"*, Secretaría de Salud, México, 1ª edición 2001.
24. Valdés M., Margarita. *Controversias sobre el aborto*, Fondo de Cultura Económica, México, 2001.
25. Velázquez Uribe, María Teresa. "Situación actual del aborto", en revista Ciencias No. 69, México, 2003, pp. 63-65.

Páginas electrónicas

1. Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática, *Estadísticas sociodemográficas de México*, INEGI, México, www.inegi.gob.mx, 27 marzo 2004.
2. Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática, *Estadísticas sociodemográficas de México*, INEGI, México, www.inegi.gob.mx, 9 mayo 2004.
2. Secretaría de Salud, *Base de datos de las defunciones*, SSA, México, www.ssa.gob.mx, 3 abril 2004.