

Cuadernos de salud reproductiva

Oaxaca



Consejo Nacional de Población

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

Coordinadoras: Elena Zúñiga, Beatriz Zubieta

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

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


Diseño editorial: Luz María Zamítiz y Edith Cruz

Formación: Adriana Canela, Martha Mora, Myrna Muñoz,
Alberto Reyes, Guillermo Sánchez y Liliana Velasco

Corrección de estilo: Ricardo Valdés

Apoyo gráfico: Claudio Miranda

Apoyo logístico: Ma. Eulalia Mendoza

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

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

Cuadernos de salud reproductiva
Oaxaca

Primera edición: septiembre de 2000
ISBN: 970-628-514-8

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

Consejo Nacional de Población

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

EMB. ROSARIO GREEN
Secretaria de Relaciones Exteriores

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

DR. CARLOS M. JARQUE URIBE
Secretario de Desarrollo Social

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

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

LIC. MIGUEL LIMÓN ROJAS
Secretario de Educación Pública

LIC. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ
Secretario de Salud

LIC. MARIANO PALACIOS ALCOCER
Secretario del Trabajo y Previsión Social

LIC. EDUARDO ROBLEDO RINCÓN
Secretario de la Reforma Agraria

LIC. ROSARIO ROBLES BERLANGA
Jefa de Gobierno del Distrito Federal

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

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

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

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General del Consejo Nacional de Población

Secretaría de Gobernación

LIC. DIÓ DORO CARRASCO ALTAMIRANO
Secretario de Gobernación

LIC. DIONISIO PÉREZ JÁ COME
Subsecretario de Gobierno

LIC. ARMANDO LABRA MANJARREZ
Subsecretario de Desarrollo Político

LIC. HUMBERTO LIRA MORA
Subsecretario de Asuntos Religiosos

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

LIC. JORGE TELLO PEÓN
Subsecretario de Seguridad Pública

LIC. GABINO CUÉ MONTEAGUDO
Subsecretario de Comunicación Social

LIC. GERARDO CAJIGA ESTRADA
Oficial Mayor

LIC. RAÚ L R. MEDINA RODRÍGUEZ
Contralor Interno

Secretaría General del Consejo Nacional de Población

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General

GABRIELA BREÑA SÁNCHEZ
Directora General de Programas de Población

DRA. ROSA MARÍA RUBALCAVA
Directora General de Estudios de Población

LIC. ALICIA CARVAJAL SANTILLÁN
Directora de Comunicación en Población

MTRO. VIRGILIO PARTIDA BUSH
Director de Investigación Demográfica

MTRA. CRISTINA AGUILAR IBARRA
Directora de Educación
en Población

MTRO. JOSÉ LUIS ÁVILA MARTÍNEZ
Director de Estudios Socioeconómicos
y Regionales

MTRO. OCTAVIO MOJARRO DÁVILA
Director de Consejos Estatales
de Población

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

LIC. DANIEL ÁVILA FERNÁNDEZ
Director de Administración

Índice

Presentación	9
Introducción	11
1 Fecundidad e inicio de la vida reproductiva	15
Edad a la primera unión	16
Tipo de primera unión	18
Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)	19
Intervalo protogenésico	20
2 Preferencias reproductivas	22
Número ideal de hijos e hijas	22
Deseo de más hijos o hijas	24
3 Práctica anticonceptiva	26
Conocimiento de métodos anticonceptivos	26
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos	29
Estructura de uso de métodos anticonceptivos	32
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos	34
Anticoncepción posparto	36
Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos	38
4 Salud materna	41
Nivel de la mortalidad materna	41
Causas de mortalidad materna	43
Aborto	44
5 Atención a la mujer embarazada	45
Atención prenatal	45
Cobertura institucional de la atención prenatal	47

Inicio de la atención prenatal	47
Intensidad y calidad de la atención prenatal	49
Atención del parto	50
Lugar de atención del parto	51
Tipo de parto	52
Atención durante el puerperio	53
6 Lactancia materna	55
Edad de la ablactación	55
7 Mortalidad infantil	58
8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA	61
VIH/SIDA	62
9 Cáncer cérvico uterino y de la mama	66
Cáncer cérvico uterino	66
Cáncer de la mama	68
Conclusiones	70
Anexo estadístico	72
Nomenclatura de las entidades federativas	78

Presentación

El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 considera a la salud reproductiva como un pilar de las políticas de población y de salud del país. Ambas políticas conciben a las acciones de planificación familiar y salud reproductiva como instrumentos indispensables para garantizar el derecho a la salud y el cumplimiento del principio general plasmado en el artículo Cuarto de la Constitución, que establece que "toda persona tiene el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos". Dichas acciones están supeditadas al propósito fundamental de elevar la calidad de vida de los mexicanos, tal como lo señalan la Ley General de Población, la Ley General de Salud y sus respectivos Reglamentos.

El Programa Nacional de Población 1995-2000 establece entre sus prioridades asegurar a las personas de todos los grupos sociales y regiones del país, el acceso a la información pertinente, veraz y comprensible y a una amplia gama de servicios de salud reproductiva, incluida la planificación familiar. A su vez, el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 descansa en cuatro pilares esenciales: la planificación familiar, la salud perinatal, la salud de los y las adolescentes y la salud de la mujer, incluido el riesgo preconcepcional, detección oportuna y manejo de la infertilidad y neoplasias del tracto reproductor femenino, la atención al climaterio y la posmenopausia, así como la prevención, detección y manejo de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

Con el propósito de dar seguimiento a los objetivos planteados por ambos programas, la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (CONAPO) se dio a la tarea de revisar los logros alcanzados en esta materia en la última década del siglo xx, tanto en el ámbito nacional como en las entidades federativas. Como resultado de este ejercicio se elaboró la colección Cuadernos de Salud Reproductiva, integrada por 33 títulos, uno por entidad federativa y otro que contiene la información nacional.

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

La Secretaría General del CONAPO confía en que los resultados de este estudio serán de utilidad para orientar los esfuerzos institucionales y sociales que se llevan a cabo en las entidades federativas, con el objeto de contribuir a garantizar el ejercicio pleno de los derechos reproductivos de las personas.

Dr. Rodolfo Tuirán
Secretario General

Introducción

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

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

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

El análisis de los factores determinantes de las diferentes dimensiones de la salud reproductiva supera con mucho el alcance de este documento, cuyo único propósito es contar con un diagnóstico descriptivo de las tendencias recientes y la situación actual de los principales indicadores que pueden ser construidos en este campo con información proveniente de las encuestas sociodemográficas más recientes y de representación estatal.

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

Las comunidades rurales, que en este trabajo corresponden a aquéllas con menos de 2 500 habitantes, son en su mayoría localidades dispersas y aisladas de los servicios básicos y de las

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

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

Aun cuando a lo largo del presente siglo México ha experimentado un acelerado proceso de urbanización, en Oaxaca este proceso ha sido incipiente. En 1995, 56.5 por ciento de la población estatal residía en localidades de menos de 2 500 habitantes; 22 por ciento residía en localidades de 2 500 a 14 999 habitantes, 13.9 por ciento en centros urbanos de 15 mil a menos de cien mil, y sólo 7.5 por ciento residía en localidades de cien mil o más. De las 9 825 localidades censadas, 88.4 por ciento contaba con menos de 500 habitantes y en ellas residía 26 por ciento de la población.² La gran cantidad de localidades pequeñas y de difícil acceso dificulta el éxito de los esfuerzos orientados a satisfacer las demandas de salud y de otros servicios públicos de la población que reside en ellas.

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

El avance educativo del país ha sido notable en las décadas pasadas, pero Oaxaca mantenía un rezago importante en este rubro en 1997. La población del estado de 15 años y más había aprobado en promedio 5.2 años de educación formal, en tanto que en el país el promedio ascendió a 7.4 años. En Oaxaca, 21.1 por ciento de la población de 15 años y más no había recibido instrucción alguna en 1997; el porcentaje que no terminó la primaria fue de 30.5 por ciento; 20 por ciento terminó la instrucción primaria; 14 por ciento contaba con algún grado de secundaria o su equivalente y 14.4 por ciento tenía estudios superiores a secundaria. Esta inequidad en las oportunidades de acceso a la educación es más acentuada para las mujeres del estado, quienes en 1997 presentaron un promedio de escolaridad de tan solo 4.7 años y una proporción de población sin instrucción de 26.1 por ciento.³

Oaxaca es un estado pluricultural. En el Censo de Población y Vivienda de 1995 se registraron más de 40 lenguas indígenas en el estado, dos de las cuales eran habladas por más de cien personas, dos por más de 500, cinco por más de mil, seis por más de diez mil, y tres por más de cien mil personas: Mazateco (151.1 mil), Mixteco (229.2) y Zapoteco (357.3 mil). Cada uno de los grupos indígenas se caracteriza por valores culturales, idioma e identidad propia. De acuerdo con el Censo de 1995, en Oaxaca poco más de uno de cada tres habitantes de cinco años y más habla alguna lengua indígena (36.8% de los hombres y 36.3% de las mujeres). La población monolingüe constituye 5.6 por ciento de la población total (6.9% entre las mujeres y 4.2% entre los varones).

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

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

Un indicador que refleja las condiciones socioeconómicas que prevalecen en la entidad es el índice de marginación. Al respecto, cabe destacar que Oaxaca es el tercer estado con el mayor índice de marginación del país, lo que revela que una importante proporción de su población no tiene acceso a bienes y servicios esenciales. La marginación alta y muy alta es una realidad que caracteriza 352 de los 570 municipios de la entidad, en los cuales reside casi la mitad de la población del estado (48.5%). De los municipios restantes, 195 son de marginación media y en ellos reside uno de cada tres habitantes (33.1%); mientras que la marginación baja y muy baja es una realidad que caracteriza a sólo 23 municipios, donde reside 18.4 por ciento de la población oaxaqueña.⁴

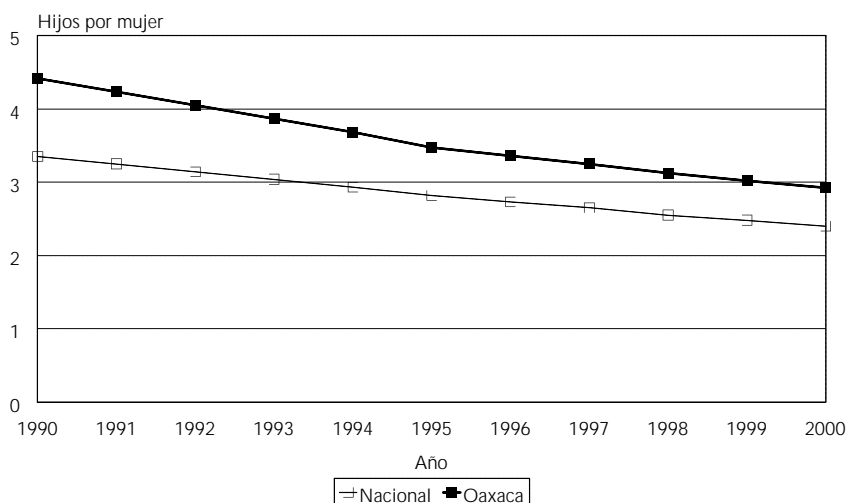
⁴ CONAPO/Progres. *Índices de marginación*, 1995.

1 Fecundidad e inicio de la vida reproductiva

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

En el estado de Oaxaca, las mujeres también redujeron de manera significativa el tamaño de su descendencia. La tasa global de fecundidad pasó de 4.42 hijos por mujer en 1990 a 4.05 en 1992, descendió a 3.25 hijos en promedio en 1997, y en la actualidad se estima en 2.92 hijos por mujer. Este descenso ha sido tan pronunciado que la brecha que separaba a Oaxaca del Distrito Federal (la entidad federativa con la menor fecundidad) se redujo de 2.27 hijos en 1990, a 1.12 hijos en el año 2000. No obstante, el nivel actual de la fecundidad de Oaxaca, el cuarto más alto del país, es equivalente a la fecundidad nacional de 1994 (véase gráfica 2).

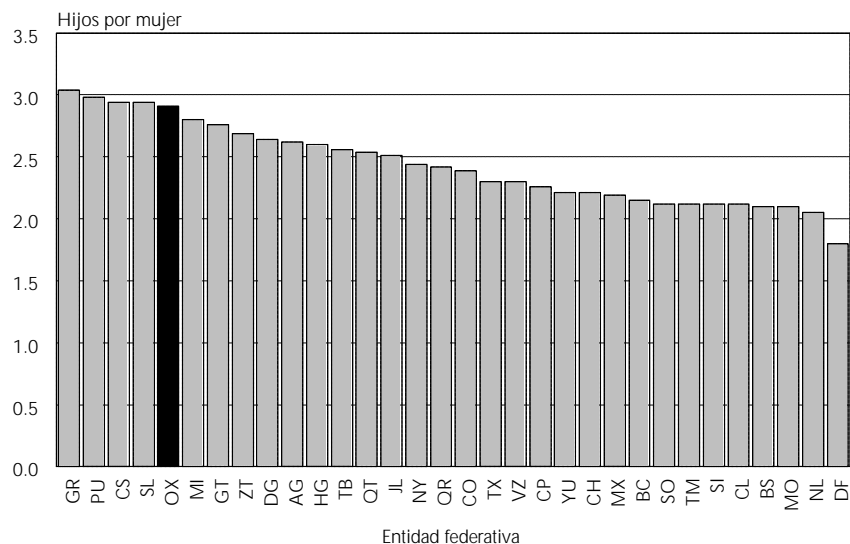
Gráfica 1.
Oaxaca: tasa global de fecundidad, 1990-2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Edad a la primera unión

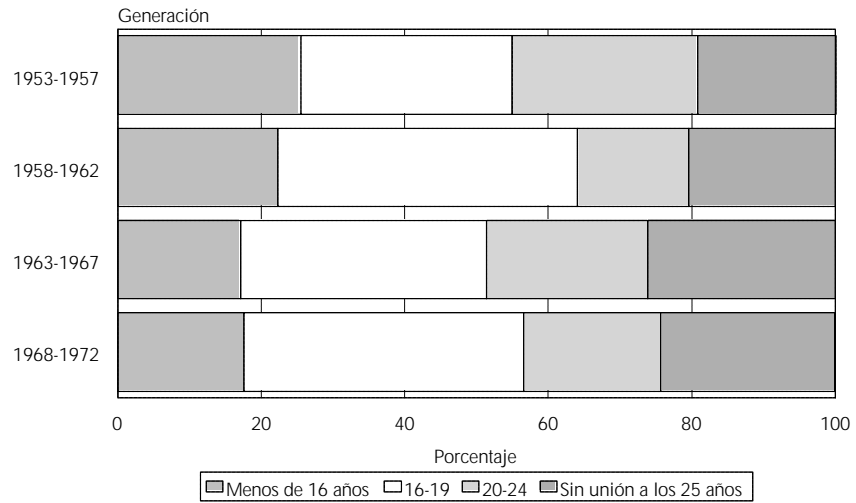
El inicio de la vida en pareja constituye un hecho sobresaliente en la biografía de las personas. En general, esta transición señala el paso de la adolescencia a la edad adulta y coincide o está cercana a la separación del hogar paterno, el abandono de la vida de estudiante, el inicio de la vida laboral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

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

En Oaxaca, este indicador muestra la persistencia de pautas tempranas de iniciación de la vida marital. Las mujeres nacidas entre 1953-1962 registran una edad mediana al matrimonio de 19.1 años, cifra ligeramente menor a la que presentan las mujeres de las generaciones más recientes: las mujeres de la generación 1963-1967 registran una edad mediana de 19.9 años, y de 19.4 años las de la generación 1968-1972.

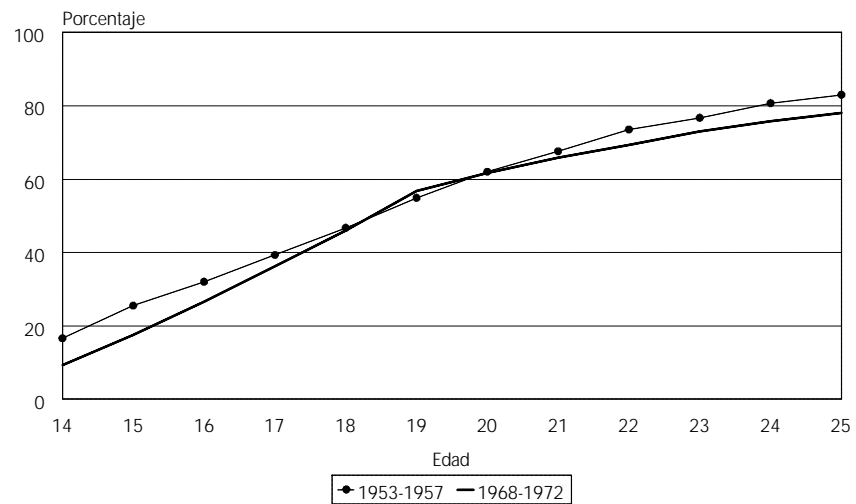
El inicio temprano de la unión o matrimonio se aprecia en el alto porcentaje de mujeres que se encuentran unidas antes de cumplir 16 años de edad: alrededor de una cuarta parte de las mujeres de las generaciones más antiguas y poco más de una de cada seis mujeres de las generaciones más recientes. El inicio de la vida marital se concentra entre los 16 y los 19 años de edad, por lo que antes de cumplir 20 años, más de la mitad de las mujeres oaxaqueñas ya viven en unión o matrimonio (véanse gráficas 3 y 4).

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



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

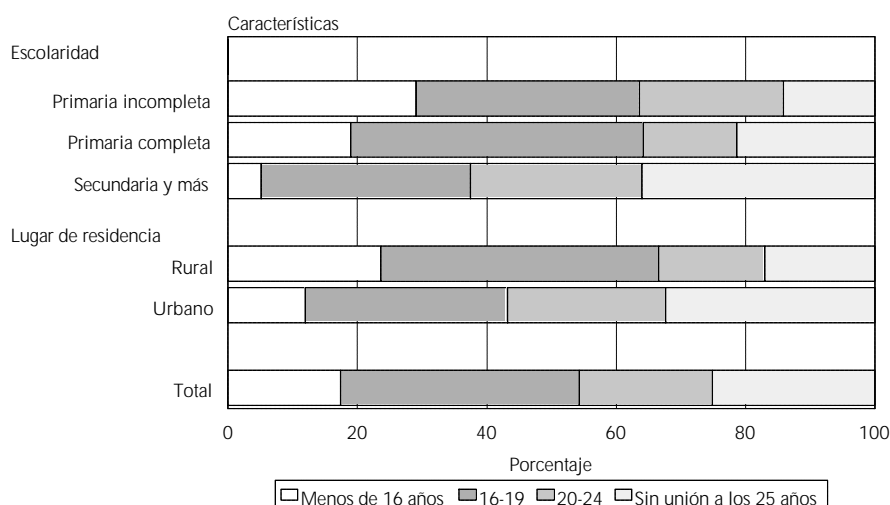
Gráfica 4.
Oaxaca: proporción acumulada de mujeres nacidas entre 1953-1957 y entre 1968-1972 que se encontraban unidas en primeras nupcias a cada edad, 1997



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

Al igual que en el ámbito nacional, en Oaxaca el matrimonio a edades tempranas es más frecuente en el medio rural que en el urbano. Cerca de una de cada cuatro y poco más de dos de cada tres mujeres de la generación 1963-1972, residentes en localidades rurales, se unió antes de cumplir 16 y 20 años de edad, respectivamente; en contraste, en las localidades urbanas estos valores ascendieron a una de cada nueve y a poco más de cuatro de cada diez (véase gráfica 5). Cuando se analiza el patrón de nupcialidad de acuerdo al nivel educativo de la mujer, las diferencias se agudizan: 37.5 por ciento de las mujeres con secundaria y más se unió antes de cumplir 20 años de edad, mientras que entre las mujeres con primaria completa o incompleta, este valor se ubica en alrededor de 64 por ciento.

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

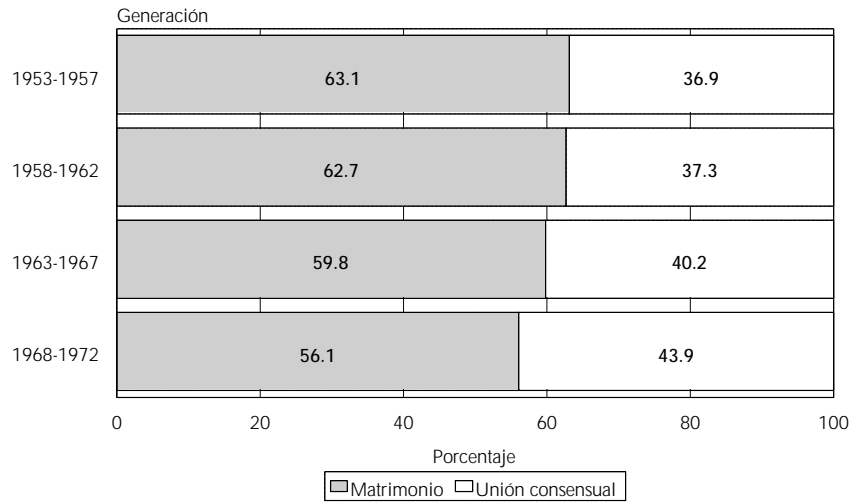


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Tipo de primera unión

En Oaxaca, al igual que en el ámbito nacional, cada vez es más frecuente que la vida en pareja se inicie en la forma de unión libre. Al comparar el tipo de unión de las mujeres que se unieron antes de cumplir los 25 años de edad pertenecientes a distintas generaciones, se observa que a medida que las mujeres son más jóvenes la proporción de uniones consensuales aumenta (véase gráfica 6). Así, para las mujeres de la generación 1953-1957, 36.9 por ciento se unió de manera consensual, mientras que para la cohorte 1968-1972 esta proporción aumentó a 43.9 por ciento, cifra mayor a la observada en el país en su conjunto (36.3%).

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



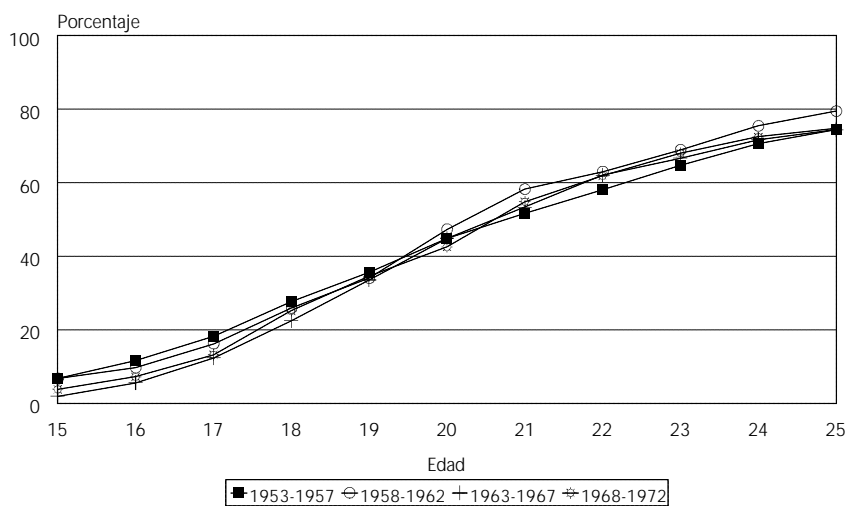
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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

El nacimiento del primer hijo(a), al igual que la unión o matrimonio, constituye un acontecimiento que marca el tránsito a la edad adulta. En Oaxaca se han registrado pocos cambios en la edad a la que las mujeres inician la maternidad, como lo muestran las probabilidades acumuladas de que ocurra este evento antes de cumplir cada edad, en las distintas generaciones de nacimiento (véase gráfica 7). La probabilidad de ser madre antes de cumplir 20 años de edad es mayor a 40 por ciento (44.9% para las mujeres nacidas entre 1953 y 1957, y 42.6% para las de la generación 1968-72). Asimismo, alrededor de 25 por ciento de las mujeres de las cuatro generaciones tiene a su primer hijo(a) antes de cumplir la mayoría de edad.

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

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



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

Intervalo protogenésico

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

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

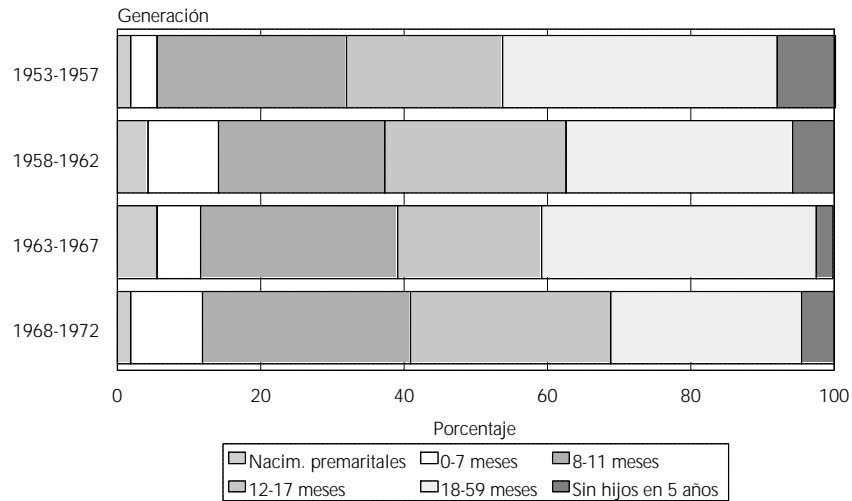
En Oaxaca, los embarazos premaritales, que comprenden los nacimientos de madres solteras y los que ocurrieron en los primeros siete meses de la unión o matrimonio, son menos frecuentes que en el conjunto nacional, pero también han aumentado entre las mujeres más jóvenes. Poco más de una de cada nueve mujeres de las generaciones más recientes inició la maternidad con un embarazo premarital, en tanto que esta proporción fue de una de cada 18 en la generación de mayor edad.

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

manera que la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 25 años de edad aumentó de 7.2 por ciento entre las mujeres de la generación 1953-1957, a 13.7 por ciento para las mujeres de la generación más reciente.

Gráfica 8.

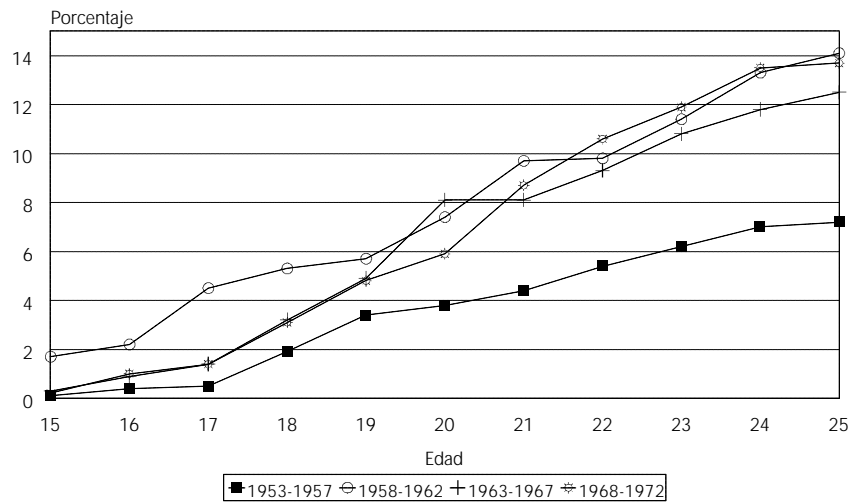
Oaxaca: distribución porcentual de las mujeres unidas de acuerdo a la duración del intervalo protogenésico, según generación, 1997 (mujeres que se unieron antes de cumplir 26 años de edad y con al menos 5 años de unión o matrimonio)



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

Gráfica 9.

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



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

2 Preferencias reproductivas

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

Número ideal de hijos e hijas

En 1997, el número ideal de hijos e hijas declarado por las mujeres unidas de Oaxaca fue de 3.1, mientras que para ese mismo año, a escala nacional, fue de 3.2 (véase cuadro 1). El número ideal de la descendencia, declarado en Oaxaca, se encuentra ligeramente por abajo de la paridad promedio de las mujeres en edad fértil unidas de la entidad, así como del nivel de la fecundidad registrado en 1997 (3.3 hijos por mujer).

Las mujeres de distintos grupos de edad registran diferencias importantes en el número ideal de hijos e hijas, de manera que a mayor edad mayor número de hijos(as) deseados. Las mujeres de 45 a 49 años de edad declararon un ideal promedio cercano a cuatro (3.8), mientras que las mujeres adolescentes (de 15 a 19 años), que se encuentran al inicio de su vida reproductiva, mostraron preferencias por familias de entre dos y tres (2.7). Cabe hacer notar que a partir de los 30 años, el promedio del número ideal de hijos e hijas es menor que la descendencia alcanzada.

La escolaridad de las mujeres se asocia a diferentes ideales reproductivos, de tal forma que a medida que aumentan los años de educación formal disminuye el número ideal de hijos e hijas. Así, mientras que las mujeres sin escolaridad declararon alrededor de cuatro hijos(as) en promedio como número ideal, las mujeres con secundaria o más externaron una preferencia por poco menos de tres (2.6 en promedio), esto es, más de un hijo(a) de diferencia entre los grupos extremos. Asimismo, las mujeres sin escolaridad presentan una paridad promedio más numerosa que la fecundidad deseada, mientras que entre las de mayor escolaridad predominan mujeres que todavía no alcanzan el tamaño de familia deseado.

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

Características	Ideal	Paridad
Total	3.1	3.5
Grupo de edad		
15-19*	2.7	0.9
20-24	2.8	1.7
25-29	3.0	2.7
30-34	3.1	3.6
35-39	3.3	4.6
40-44	3.5	4.9
45-49	3.8	6.0
Escolaridad		
Sin escolaridad	3.9	5.2
Primaria incompleta	3.4	4.1
Primaria completa	2.9	3.0
Secundaria y más	2.6	2.0
Lugar de residencia		
Rural	3.4	4.0
Urbano	2.8	2.9
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	3.4	3.9
No habla	3.0	3.2

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Los tamaños ideales de familia son ligeramente mayores en el medio rural que en el ámbito urbano (3.4 y 2.8, respectivamente), así como entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena respecto a las que no lo hacen (3.4 y 3, respectivamente). Aun cuando, en todos los casos, el número ideal de hijos e hijas es menor a la descendencia alcanzada, la diferencia es más acentuada en el medio rural y entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena (0.6 y 0.5 hijos, respectivamente).

Poco más de dos quintas partes de las mujeres con dos y tres hijos(as), declararon un número ideal de hijos e hijas igual a su paridad actual. Sin embargo, una de cada tres mujeres con tres hijos(as) reportó un número ideal mayor que la descendencia alcanzada. Cabe señalar que alrededor de la mitad de las mujeres con dos hijos(as) (49.3%) desea una descendencia más numerosa, en tanto que para la mayoría de las mujeres con cinco o más descendientes (67.1%) el número citado como ideal es más reducido que su paridad (véase cuadro 2).

El tamaño de familia declarado con mayor frecuencia como ideal es de dos y tres (33.8% y 25.1%, respectivamente), mientras que 3.7 por ciento declaró que su ideal era no tener descendencia.

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

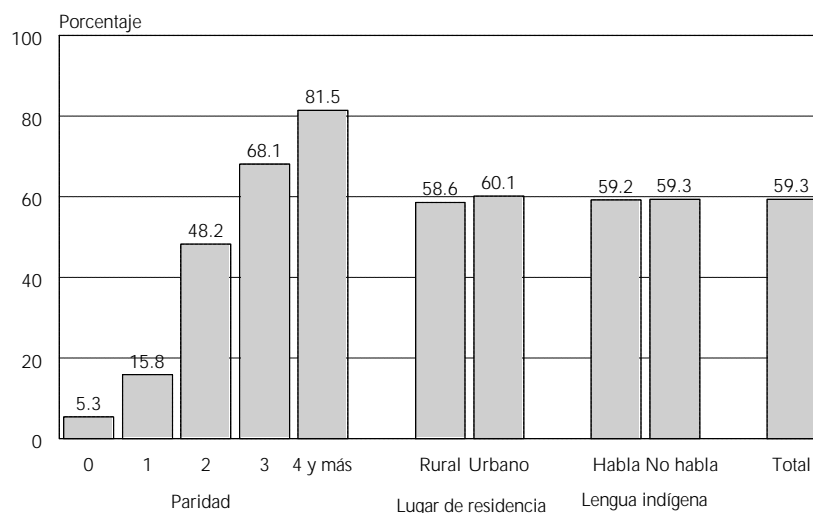
Paridad	Número ideal de hijos/as					
	0	1	2	3	4	5 y más
Total	3.7	4.7	33.8	25.1	17.0	15.7
0	0.0	6.2	57.7	24.7	9.3	2.0
1	1.9	7.7	50.9	26.3	10.0	3.1
2	2.0	4.9	43.7	26.8	15.6	6.9
3	2.0	5.1	15.8	44.0	20.4	12.8
4	5.1	4.2	24.6	10.0	33.8	22.2
5 y más	7.5	2.3	25.8	17.0	14.5	32.8

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

Deseo de más hijos o hijas

La mayoría de las mujeres unidas en edad fértil de Oaxaca (59.3%) se encuentra con paridad satisfecha, debido a que expresa su deseo de no tener más hijos(as) (véase gráfica 10). Esta situación se presenta por igual entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena o no, así como entre las que residen en el ámbito urbano y en el rural.

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



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

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

3 Práctica anticonceptiva

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

Conocimiento de métodos anticonceptivos

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

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

Oaxaca es la entidad del país que presenta el menor porcentaje de mujeres que conoce métodos de regulación de la fecundidad. Entre 1992 y 1997, esta proporción se mantuvo prácticamente sin cambios: 86.1 y 86.3 por ciento en cada año.

Se observan bajos niveles de conocimiento entre las mujeres sin escolaridad (63%), entre las que hablan alguna lengua indígena (75.1%), las mujeres adolescentes (79.2%), las de paridad cero y las que viven en el medio rural (78.5% en cada caso), (véase cuadro 3).

La pastilla ha sido, desde el inicio de la difusión de la planificación familiar en México, el método anticonceptivo más conocido y en Oaxaca continúa siendo el más popular: 78 por ciento de las mujeres conocía o había oído hablar de ellas en 1997, siguiendo en importancia la oclusión tubaria bilateral (OTB) (76.3%), las inyecciones (73.5%), y el dispositivo intrauterino (DIU) (71.3%). Entre 1992 y 1997, se dio un importante incremento en el conocimiento del condón y la vasectomía, métodos que en la actualidad la mayoría de las mujeres conoce y que registraron aumentos de 33.6 y 33.1 por ciento, respectivamente, entre un año y otro. Los

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

El bajo conocimiento de métodos de planificación familiar en el ámbito rural se refleja en todos los métodos anticonceptivos. Los únicos dos métodos que dos terceras partes de las mujeres declararon conocer en 1997 fueron las pastillas y la OTB; seis de cada diez conocen el DIU y las inyecciones; alrededor de la mitad conoce los condones y la vasectomía; y para el resto de los métodos los porcentajes fueron relativamente bajos, llegando a ser menores a 40 por ciento (véase cuadro 4).

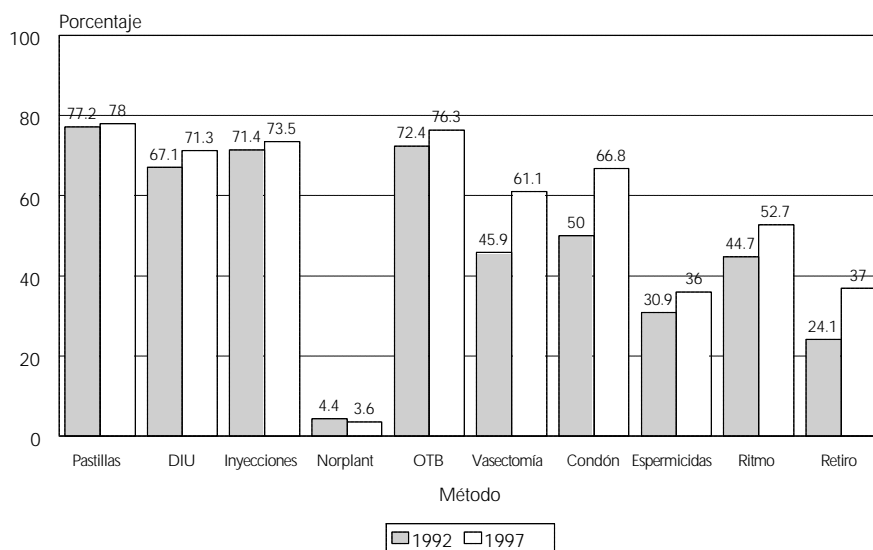
Cuadro 3.
Oaxaca: porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo, según características seleccionadas, 1992 y 1997

Características	1992	1997
Total	86.1	86.3
Grupo de edad		
15-19*	75.8	79.2
20-24	89.5	87.5
25-29	92.0	92.6
30-34	95.1	90.2
35-39	90.1	86.7
40-44	80.2	85.4
45-49	78.9	84.4
Paridad		
0*	79.1	78.5
1	90.8	89.3
2	88.5	94.5
3	94.2	94.1
4 y más	87.2	86.8
Escolaridad		
Sin escolaridad	69.7	63.0
Primaria incompleta	87.6	84.4
Primaria completa	88.8	86.3
Secundaria y más	95.0	98.5
Lugar de residencia		
Rural	80.8	78.5
Urbano	91.8	94.5
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	n.d.	75.1
No habla	n.d.	93.7

* Menos de 100 casos en muestra.

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

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



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

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

Método	1992			1997		
	Lugar de residencia			Lugar de residencia		
	Total	Rural	Urbano	Total	Rural	Urbano
Pastillas	77.2	69.2	85.7	78.0	68.6	87.9
DIU	67.1	55.2	79.7	71.3	62.4	80.7
Inyecciones	71.4	59.6	83.9	73.5	63.2	84.3
Norplant	4.4	2.4	6.5	3.6	1.8	5.4
OTB	72.4	63.7	81.6	76.3	67.8	85.2
Vasectomía	45.9	33.0	59.6	61.1	49.6	73.1
Condomes	50.0	31.8	69.2	66.8	54.1	80.1
Espermicidas	30.9	17.4	45.2	36.0	23.4	49.3
Ritmo	44.7	39.3	50.4	52.7	37.9	68.1
Retiro	24.1	15.8	32.8	37.0	26.2	48.3

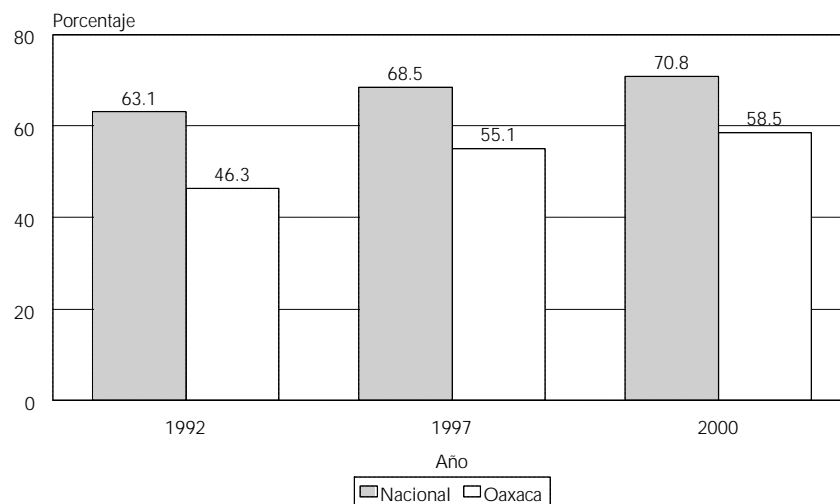
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

En las localidades urbanas, los métodos modernos de uso femenino son muy conocidos. Las pastillas son conocidas por cerca de nueve de cada diez mujeres en edad fértil, en tanto que la OTB, el DIU, las inyecciones y el condón son conocidos por más de ocho de cada diez. Un porcentaje menor conoce la vasectomía (73.1%), siguiendo en importancia el ritmo (68.1%), los espermicidas (49.3%) y el retiro (48.3%).

Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos

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

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



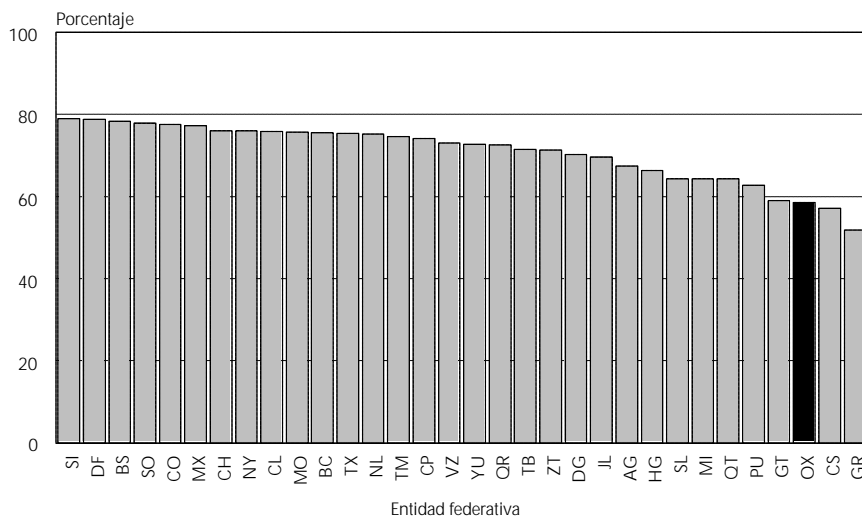
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

Oaxaca es una de las entidades federativas que más rezagada se encuentra en el proceso de adopción de la planificación familiar respecto del país en su conjunto. El porcentaje de mujeres casadas o unidas que en 1992 hacía uso de alguna forma de regulación de la fecundidad fue de 46.3 por ciento, cifra que ascendió a 55.1 en 1997, y se estima que en la actualidad es de 58.5 por ciento, lo que ubica a Oaxaca como el tercer estado, después de Guerrero y Chiapas, con el nivel más bajo de prevalencia anticonceptiva del país (véase gráfica 13). Cabe destacar que México registró un nivel de prevalencia similar al de Oaxaca a principios de los años noventa, lo que da cuenta de diez años de diferencia en el proceso de incorporación de la práctica anticonceptiva entre ambos entornos.

Otro aspecto que llama la atención en el estado de Oaxaca es el bajo nivel de prevalencia anticonceptiva que se observa entre las mujeres que inician su vida reproductiva: poco más

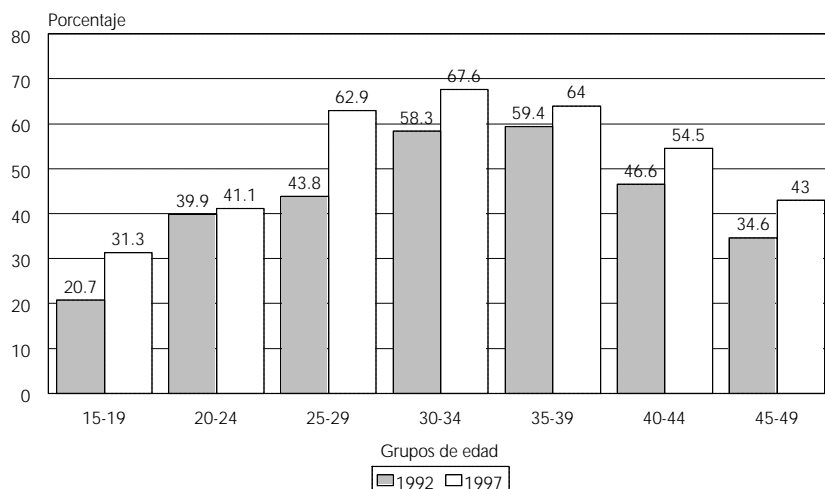
de una de cada ocho mujeres en edad fértil unidas que no han tenido hijos(as) usa métodos anticonceptivos (13.2%), y tres de cada diez mujeres menores de 20 años (31.3%). En el primer caso, el porcentaje permaneció sin cambios entre 1992 y 1997, en tanto que las mujeres adolescentes aumentaron el uso en poco más de diez puntos porcentuales (véase gráfica 14). Las condiciones sociales más desventajosas se asocian a bajos niveles de regulación de la fecundidad. Así, la planeación del número y espaciamiento de los nacimientos es una práctica

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



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

que sólo ha sido incorporada por poco menos de la mitad de las mujeres en unión que hablan alguna lengua indígena en el estado de Oaxaca, de aquéllas con primaria incompleta o menos, y de las que residen en localidades rurales (véase cuadro 5).

A pesar de que las diferencias en los porcentajes de uso de métodos anticonceptivos entre estas mujeres y las de los grupos sociales opuestos son acentuadas, los niveles de uso de las más favorecidas del desarrollo social, como son las mujeres con secundaria o más y las mujeres que residen en localidades urbanas, cuyos porcentajes de utilización son 68.7 y 65.5 por ciento respectivamente, presentan niveles de utilización por debajo del que registran sus homólogas de toda la República.

Cabe mencionar que el aumento de 8.8 puntos porcentuales en la prevalencia anticonceptiva, observado entre 1992 y 1997 en la entidad, se debió principalmente a los cambios registrados en el ámbito rural. En este contexto la cobertura de usuarias se elevó 10.9 puntos porcentuales entre un año y otro, mientras que en las localidades urbanas el aumento fue de la mitad (5.2 puntos porcentuales). Por ello, la brecha en el uso de anticonceptivos entre las mujeres rurales y las urbanas mostró una ligera reducción (véase cuadro 5).

Cuadro 5.

Oaxaca: porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que usa métodos anticonceptivos, según características seleccionadas, 1992 y 1997

Características	1992	1997
Total	46.3	55.1
Grupo de edad		
15-19	20.7	31.3
20-24	39.9	41.1
25-29	43.8	62.9
30-34	58.3	67.6
35-39	59.4	64.0
40-44	46.6	54.5
45-49	34.6	43.0
Paridad		
0	11.7	13.2
1	36.7	37.0
2	51.0	66.9
3	60.7	67.4
4 y más	46.7	57.5
Escolaridad		
Sin escolaridad	35.7	43.8
Primaria incompleta	44.4	49.4
Primaria completa	48.1	57.3
Secundaria y más	64.5	68.7
Lugar de residencia		
Rural	35.9	46.8
Urbano	60.3	65.5
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	n.d.	45.7
No habla	n.d.	62.2

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

Estructura de uso de métodos anticonceptivos

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

En Oaxaca, los cambios en el tipo de método que utilizan las mujeres usuarias de anticonceptivos ha seguido una tendencia similar a la que se observa en el ámbito nacional. En 1992, el método más usado era la OTB, que concentraba a poco menos de cuatro de cada diez usuarias, le seguían los métodos naturales (26.2%) y en tercer lugar el DIU (11.9%). Cinco años después esta distribución se mantuvo, pero con un incremento acelerado en el uso de la OTB y del DIU, los cuales aumentaron su participación relativa en cerca de ocho y seis puntos porcentuales en 1997. El porcentaje de usuarias de OTB aumentó a 45.6 por ciento y el de DIU a 17.8 por ciento, mientras que los métodos naturales, que se mantuvieron como el segundo método, disminuyeron su participación en 4.8 puntos. A diferencia del contexto nacional, las pastillas fueron el quinto método en importancia en la estructura de uso, y su participación se redujo de 7.9 a 4.8 por ciento en los años de referencia (véase cuadro 6).

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

Método	1992			1997		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	7.9	8.6	7.3	4.8	5.8	4.0
DIU	11.9	11.5	12.2	17.8	17.4	18.2
Inyecciones	10.5	8.1	12.3	6.7	6.6	6.7
Locales	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Condomes	5.1	3.2	6.5	2.7	1.9	3.4
OTB	38.0	29.6	44.6	45.6	42.1	48.5
Vasectomía	0.5	0.0	0.8	0.7	0.9	0.5
Naturales	26.2	39.0	16.1	21.4	25.1	18.2
Norplant	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.4

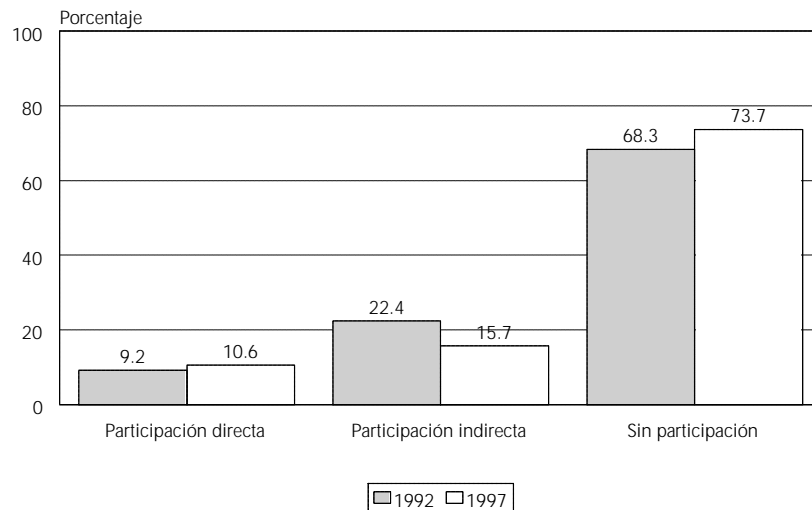
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

Los cambios en la distribución de usuarias por tipo de método se deben principalmente a los cambios registrados en el ámbito rural. Las usuarias residentes en localidades urbanas no presentan diferencias importantes respecto a 1992, con excepción del incremento del DIU, cuyo porcentaje de usuarias aumentó 49.2 por ciento, mientras disminuyó el de las inyecciones. En el medio rural, entre 1992 y 1997 se dio un incremento acelerado en la participación de la OTB, de 12.5 puntos porcentuales, y del DIU, de cerca de seis puntos porcentuales, disminuyendo el peso relativo del resto de los métodos, principalmente los naturales.

Los métodos anticonceptivos modernos que están disponibles en México son en su mayoría para uso de la mujer. Los únicos métodos para el varón son la vasectomía y el condón, mismos que fueron declarados por 0.7 y 2.7 por ciento de las usuarias de anticonceptivos en Oaxaca. Sin embargo, existen otros medios de regulación de la fecundidad en los cuales los hombres participan de manera directa o indirecta, que sumados representan poco más de una de cada cuatro usuarias (véase gráfica 15). Se consideran métodos de uso directo, el condón la vasectomía y el retiro; y de uso indirecto, los métodos locales y el ritmo. En el primer grupo se encuentra 10.6 por ciento de las usuarias y en el segundo 15.7 por ciento. El peso relativo de los métodos que exigen la participación indirecta del varón disminuyó entre 1992 y 1997, especialmente en el medio rural, como resultado de la reducción en el uso del ritmo y del aumento en el uso de la OTB.

Gráfica 15.

Oaxaca: distribución porcentual de las mujeres unidas usuarias de anticonceptivos por tipo de participación del varón, 1992 y 1997



Nota: Participación directa= Condón, vasectomía y retiro.

Participación indirecta= Locales y ritmo.

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

Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos

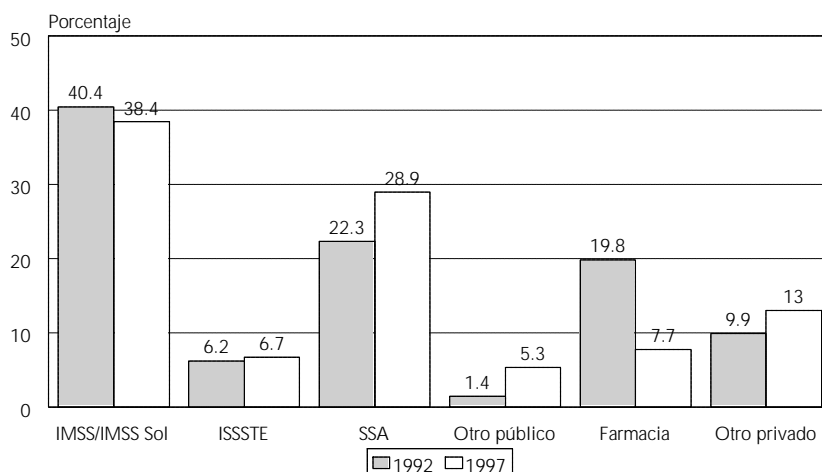
A raíz de la puesta en marcha de los programas oficiales de planificación familiar, las instituciones públicas de salud han adquirido una creciente importancia como lugar al que recurre la población del país (tanto urbana como rural) para el suministro de los métodos de planificación familiar. En 1997,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

Durante los años noventa, las instituciones públicas de salud en Oaxaca ganaron terreno como fuentes de obtención de métodos anticonceptivos, al pasar de 70.3 por ciento en 1992 a 79.3 en 1997 (véase gráfica 16). En contraste, el sector privado redujo su participación de 29.7 por ciento a 20.7 por ciento.

Entre las instituciones del sector público, destacan el IMSS, que atendió a cerca de cuatro de cada diez usuarias de anticonceptivos, y la SSA, que atendió casi tres de cada diez. En los últimos cinco años, la Secretaría de Salud incrementó en 29.6 por ciento su participación relativa como fuente de obtención de métodos anticonceptivos, y dentro de las instituciones del sector público, fue la que presentó los mayores incrementos entre 1992 y 1997. Puede decirse que el aumento en la prevalencia anticonceptiva, registrado en la entidad entre 1992 y 1997, se debió principalmente al incremento de las usuarias de la SSA.

El crecimiento de la SSA como fuente de obtención de anticonceptivos se dio tanto en el ámbito urbano como en el rural, al pasar de 17.2 a 21.3 por ciento, entre 1992 y 1997, en el primero, y de 31.4 a 38.6 por ciento en las localidades rurales. A pesar de estos importantes incrementos, el IMSS continuó siendo la principal fuente de obtención de métodos anticonceptivos en ambas zonas (véase cuadro 7).

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



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

La fuente de obtención de los métodos que requieren de la intervención de personal de salud para su utilización, como son los quirúrgicos (OTB y vasectomía) y el dispositivo intrauterino, es principalmente el sector público. Este es el caso de más de ocho de cada diez usuarias de DIU y de OTB (véase cuadro 8). Aunque en menor proporción que los métodos mencionados, la mayoría de las usuarias de las inyecciones también obtiene el método en las instituciones de salud del sector público.

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

Fuente de obtención del método anticonceptivo	1992			1997		
	Total	Rural	Urbano	Total	Rural	Urbano
IMSS/IMSS Sol	40.4	45.2	37.7	38.4	45.8	32.7
ISSSTE	6.2	0.6	9.3	6.7	2.5	9.9
SSA	22.3	31.4	17.2	28.9	38.6	21.3
Otro público	1.4	1.6	1.2	5.3	2.1	7.7
Farmacia	19.8	12.4	24.0	7.7	3.6	10.9
Otro	9.9	8.7	10.5	13.0	7.5	17.4

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

Cuadro 8.
Oaxaca: distribución porcentual de mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos modernos por tipo de método, según sector de obtención, 1997

Método empleado	1997	
	Sector público	Sector privado
Total	79.3	20.7
Pastillas	-	-
DIU	86.6	13.4
Inyecciones*	59.2	40.8
Condomes	-	-
OTB	84.9	15.1

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Anticoncepción posparto

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

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

El enfoque de riesgo reproductivo y los programas de anticoncepción posevento obstétrico lograron vigorizar el uso de métodos anticonceptivos y favorecieron cambios en los patrones reproductivos de la población mexicana. En México, en 1997, 46.5 por ciento de las mujeres en edad fértil que usaba métodos de planificación familiar inició su utilización en el periodo posparto.⁶

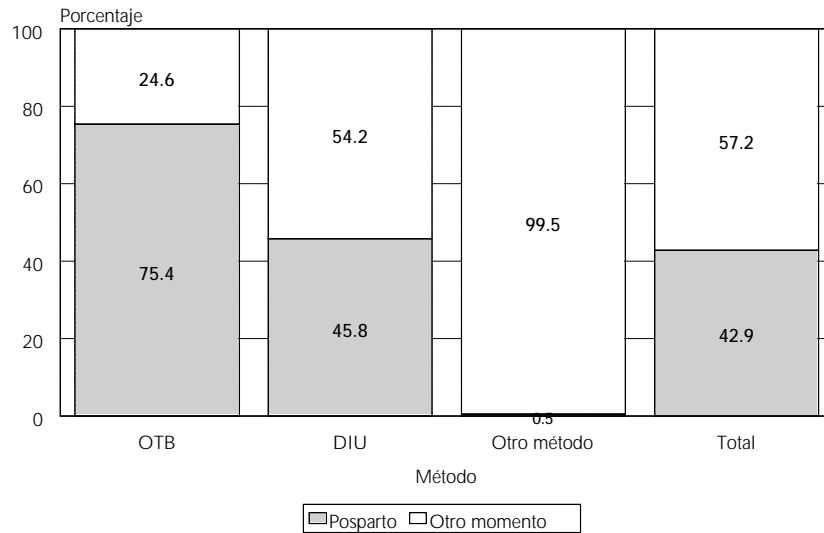
La importancia de estos programas en Oaxaca se manifiesta en el hecho de que 42.9 por ciento de las mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos en 1997 inició el uso del método en el periodo posparto de su último hijo nacido vivo (véase gráfica 17). Asimismo, tres cuartas partes de las usuarias de OTB (75.4%) y cerca de cinco de cada diez usuarias de DIU (45.8%) comenzaron el uso del método en ese momento.

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

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

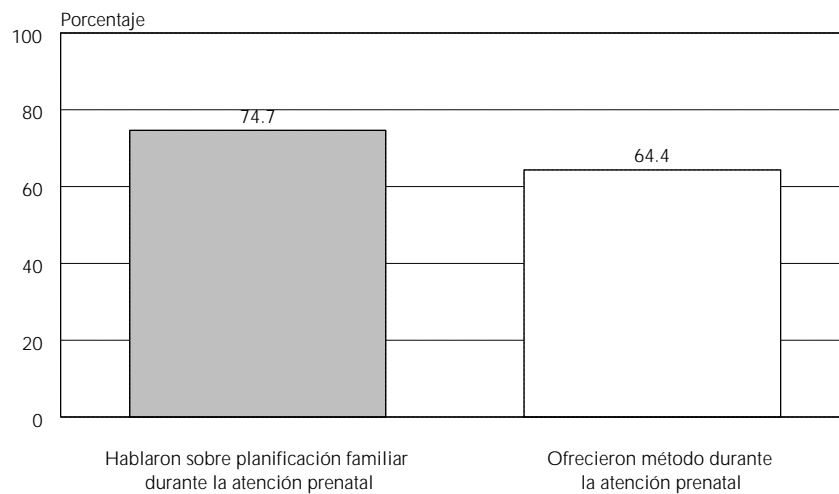
⁶ Se consideró que una mujer adoptó un método en el periodo posparto cuando inició el uso de un método moderno en el mes y año en el que ocurrió el nacimiento de su último hijo nacido vivo.

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



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

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



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

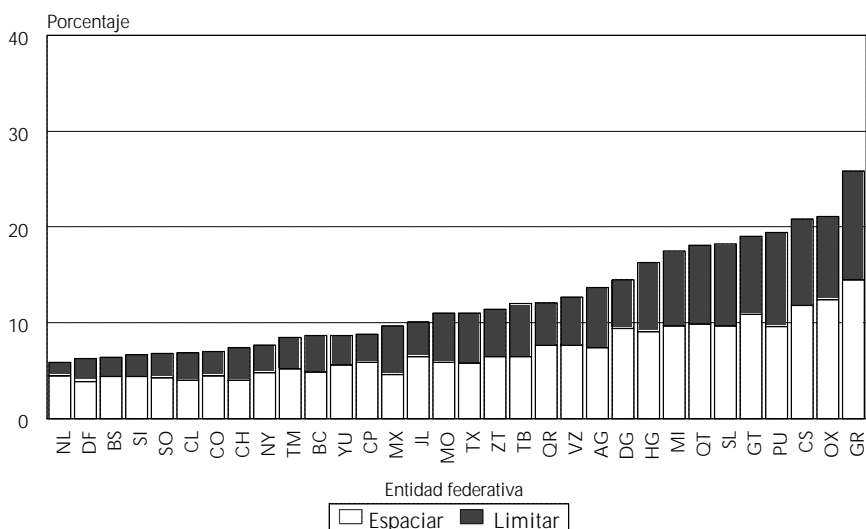
Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos

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

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en Oaxaca, para el año de 1997, fue del orden de 21.2 por ciento, lo que ubicó a la entidad como la segunda del país, después de Guerrero, con el mayor porcentaje de mujeres en esta situación (véase gráfica 19).

El comportamiento de la demanda insatisfecha según diversas características sociodemográficas de las mujeres, como se muestra en el cuadro 9, indica que: *a)* a mayor edad menor demanda insatisfecha de anticonceptivos; mientras que este valor es particularmente elevado, y mayor a la media estatal, en los dos grupos de edad menores de 25 años; de 39.8 y 35.2 por ciento para los grupos 15-19 y 20-24, respectivamente; *b)* las mujeres que hablan alguna lengua indígena también presentan un alto porcentaje de demanda insatisfecha: entre ellas,

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



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

una de cada cuatro se encuentra en esta situación (24.8%); c) en el medio rural el porcentaje de demanda insatisfecha duplica al que se registra en el medio urbano (véase gráfica 20); d) a menor escolaridad mayor demanda insatisfecha; y, e) las mujeres con diferente paridad presentan altos porcentajes de demanda insatisfecha, destacando las mujeres con paridad cero (29.6%), y con uno y cuatro hijos(as) o más (32.9% y 21.9%, respectivamente).

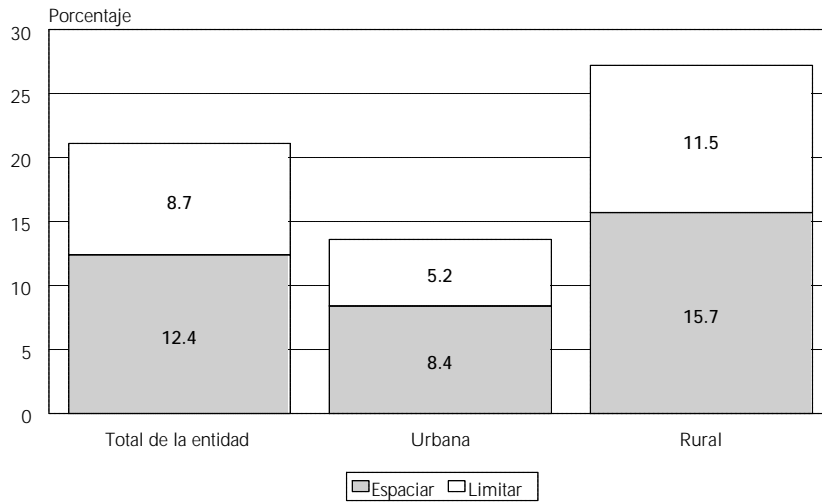
Cuadro 9.
Oaxaca: distribución porcentual de las mujeres en edad fértil unidas de acuerdo a la demanda de servicios de planificación familiar, según características seleccionadas, 1997

	Uso de anticonceptivos			Demanda no satisfecha			Sin demanda	Infecundas	Falla del método
	Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar			
Total	55.1	21.4	33.6	21.2	12.4	8.7	9.2	13.4	1.2
Edad quinquenal									
15-19*	31.3	30.9	0.4	39.8	33.1	6.7	27.1	0.0	1.9
20-24	41.1	27.7	13.4	35.2	28.5	6.8	20.8	1.0	1.9
25-29	62.9	34.2	28.7	20.0	12.2	7.8	10.3	4.7	2.2
30-34	67.6	25.4	42.1	17.5	9.2	8.2	7.1	6.0	1.9
35-39	64.0	17.1	47.0	20.0	7.8	12.2	2.5	13.4	0.0
40-44	54.5	5.5	49.0	14.6	2.1	12.5	1.8	29.1	0.0
45-49	43.0	2.7	40.3	3.9	0.0	3.9	1.0	52.1	0.0
Paridad									
0	13.2	13.2	0.0	29.6	28.0	1.6	47.0	9.8	0.5
1	37.0	34.1	2.9	32.9	30.1	2.8	15.8	12.6	1.6
2	66.9	38.8	28.1	16.0	10.6	5.4	6.6	8.2	2.2
3	67.4	17.6	49.8	12.2	7.1	5.0	5.1	13.1	2.2
4 y más	57.5	12.0	45.5	21.9	6.8	15.1	3.7	16.8	0.2
Escolaridad									
Sin escolaridad	43.8	17.1	26.8	23.4	13.0	10.4	4.6	28.2	0.0
Primaria incompleta	49.4	15.1	34.2	23.4	14.4	9.0	11.2	14.7	1.3
Primaria completa	57.3	24.0	33.3	23.6	11.4	12.2	9.9	7.5	1.8
Secundaria y más	68.7	30.9	37.8	13.6	10.5	3.1	8.8	7.8	1.1
Lugar de residencia									
Urbano	65.5	23.8	41.7	13.5	8.4	5.2	7.2	12.3	1.5
Rural	46.8	19.5	27.3	27.2	15.7	11.5	10.8	14.3	0.9
Condición de habla de lengua indígena									
Habla	45.7	18.3	27.4	24.8	15.2	9.6	11.8	16.9	0.7
No habla	62.2	23.8	38.4	18.4	10.3	8.0	7.2	10.7	1.5

* Menos de 100 casos en muestra.

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

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



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

4 Salud materna

Nivel de la mortalidad materna

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

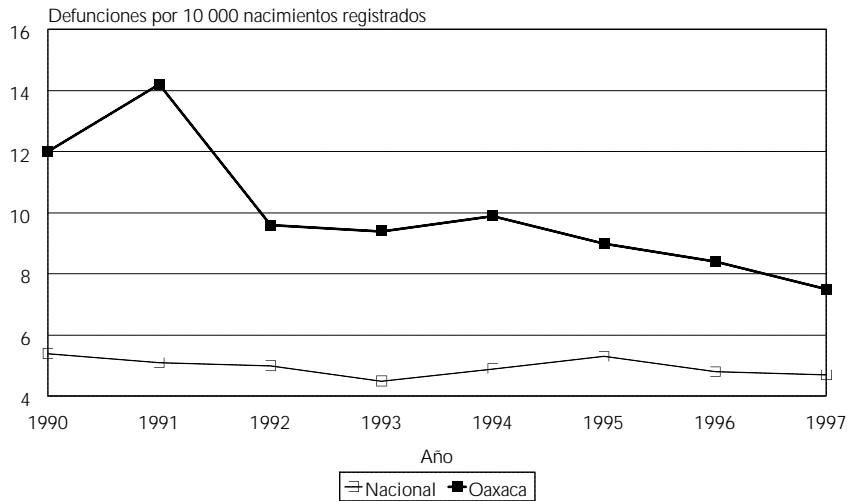
En el país, la mortalidad materna ha disminuido en los años recientes. La SSA estima que entre 1980 y 1997, la tasa de mortalidad materna se redujo de 9.5 a 4.7 defunciones por diez mil nacimientos registrados, lo que equivale a poco más de mil muertes por año.

En Oaxaca la tasa de mortalidad materna se mantuvo elevada durante la década de los noventa, aunque cabe destacar que presentó un descenso gradual. Entre 1992 y 1995, el nivel de la mortalidad materna se ubica en alrededor de nueve defunciones por diez mil nacimientos registrados (véase gráfica 21). El valor de este indicador en 1997, fue de 7.5 lo que situó a Oaxaca como la segunda entidad con el mayor nivel de mortalidad materna, sólo superada por Tlaxcala (8.6), y por encima del registrado en el conjunto nacional (4.7 por 10 mil nacimientos registrados).

En el periodo 1989-1991, se registraron en Oaxaca 410 defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, las cuales descendieron a 292 en el periodo 1995-1997.⁷ Las muertes maternas se concentran en los grupos de edad que más aportan a la fecundidad (véase gráfica 22). Poco más de la mitad de las mujeres que murieron entre 1995 y 1997 por causas maternas tenían entre 20 y 34 años de edad, poco más de una de cada cinco tenía entre 35 y 39 años, una de cada siete tenía menos de 20 años y una de cada once muertes maternas correspondió a las mujeres del grupo de 40 años y más.

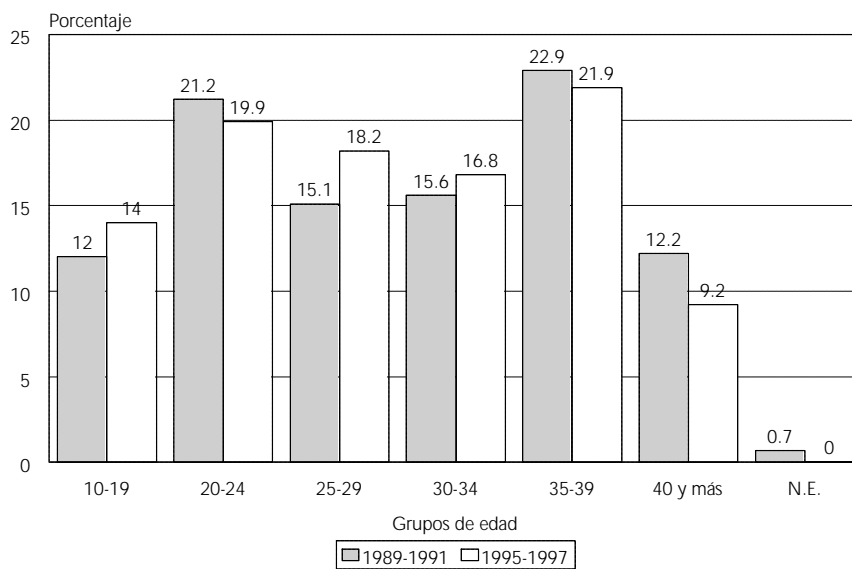
⁷ INEGI. Bases de defunciones generales 1989-1997.

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



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

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



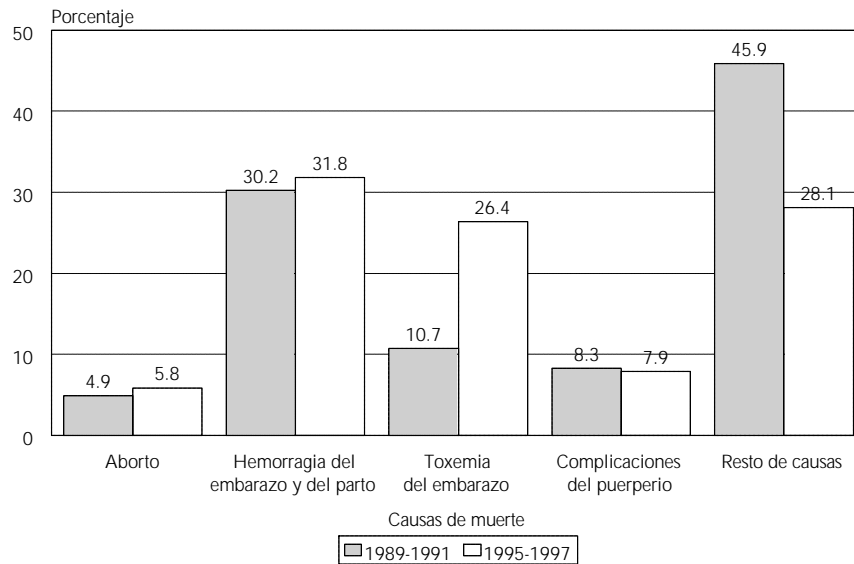
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

Causas de mortalidad materna

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

En Oaxaca, las hemorragias del embarazo y del parto fueron la principal causa de muerte materna, y su importancia relativa se mantuvo en poco más de tres de cada diez defunciones en la década del noventa (véase gráfica 23). La toxemia del embarazo fue la segunda causa más importante y su peso relativo aumentó considerablemente, al pasar de 10.7 por ciento en el periodo 1989-1991 a 26.4 por ciento en el periodo 1995-1997. La tercera causa correspondió a las complicaciones del puerperio, la cual representó alrededor de ocho por ciento de las defunciones en ambos periodos. El aborto constituyó la cuarta causa más importante de muerte materna, y en el segundo periodo de referencia fue responsable de poco menos de seis por ciento de las muertes maternas en el estado.

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



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

Aborto

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

En Oaxaca, los datos de las encuestas sociodemográficas indican que la experiencia del aborto ha aumentado ligeramente en los últimos años. En 1992, una de cada diez mujeres alguna vez embarazadas había experimentado un aborto (9.9%), proporción que ascendió a 11.7 por ciento en 1997.

5 Atención a la mujer embarazada

Atención prenatal

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

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

En Oaxaca, 81 por ciento de las mujeres que tuvieron a su último y penúltimo hijo durante el periodo 1994-1997 recibieron algún tipo de atención prenatal. Este porcentaje es el segundo más bajo del país, después de Guerrero (80.1%). Asimismo, Oaxaca registra el octavo porcentaje más elevado de mujeres que recibió esta atención por parte de una partera (8.8%) y el tercero más bajo de todas las entidades federativas que acudió con un médico a consulta prenatal (66.5%) (véase cuadro 10). En contraste, en entidades como Nuevo León y el Distrito Federal la atención médica prenatal es prácticamente universal (98% y 97%, respectivamente).

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

Cuadro 10.
Oaxaca: distribución porcentual de los últimos
y penúltimos hijos nacidos vivos por agente que revisó
a la madre durante el embarazo, según características seleccionadas, 1994 - 1997

	Tipo de agente que brinda la atención prenatal			
	Médico	Enfermera/auxiliar/ promotora de salud	Partera o comadrona	Sin revisión
Total	66.5	5.8	8.8	19.0
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	73.3	5.9	10.1	10.7
20-34	66.6	5.9	7.9	19.6
35-49*	54.7	4.9	11.8	28.6
Orden de nacimiento				
1	82.9	5.2	5.5	6.5
2	73.1	6.7	8.0	12.3
3	65.5	7.5	7.1	19.9
4 o más	53.8	4.9	11.8	29.6
Escolaridad				
Sin escolaridad	41.0	2.3	11.3	45.3
Primaria incompleta	55.6	9.6	13.2	21.5
Primaria completa	71.7	4.9	8.3	15.0
Secundaria y más	92.1	3.2	1.1	3.6
Lugar de residencia				
Urbano	85.3	1.6	3.1	10.0
Rural	56.5	8.0	11.9	23.7
Condición de habla de lengua indígena				
Habla	52.3	6.9	12.0	28.8
No habla	78.2	4.8	6.2	10.8

* Menos de 100 casos en muestra.

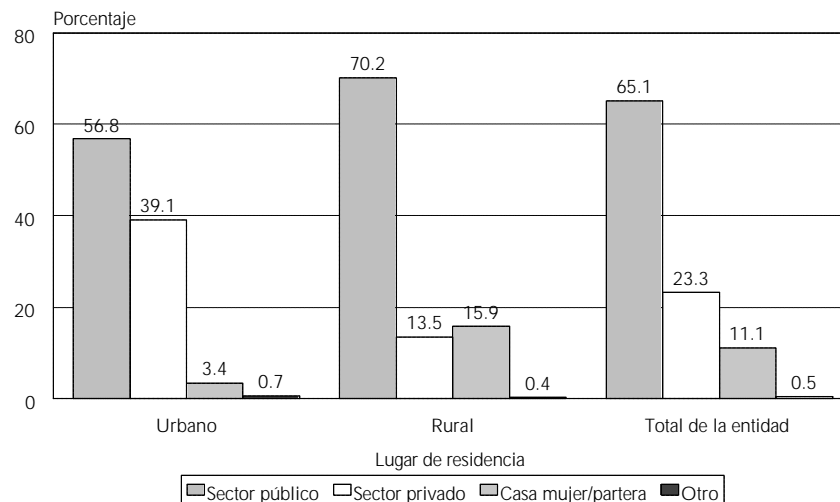
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

El mayor porcentaje de mujeres que no recibe atención prenatal corresponde a las mujeres sin escolaridad (45.3%), las que tienen cuatro hijos(as) o más (29.6%), aquellas que hablan alguna lengua indígena (28.8%), las que tienen 35 años de edad o más (28.6%), y las mujeres que viven en el medio rural (23.7%). En contraste los mayores porcentajes de mujeres que acuden con un médico se registran en el grupo de mujeres con secundaria y más (92.1%), entre las que viven en localidades urbanas (85.3%) y entre las mujeres que no hablan alguna lengua indígena (78.2%). La escolaridad está directamente asociada con la atención médica del embarazo, en tanto que la paridad presenta una asociación inversa (a menor paridad mayor asistencia al médico para recibir atención prenatal).

Cobertura institucional de la atención prenatal

Las instituciones de salud del sector público cubrieron la mayor parte de la demanda de servicios de atención prenatal (véase gráfica 24). El sector público atendió 65.1 por ciento de las mujeres embarazadas que solicitaron esta atención; el sector privado atendió a 23.3 por ciento; y una de cada nueve mujeres (11.1%) se atendió en casa. El mayor porcentaje de usuarias del sector público se localizó en las zonas rurales (70.2% contra 56.8% en las zonas urbanas).

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



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

Inicio de la atención prenatal

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

En Oaxaca, el porcentaje de mujeres que inició con oportunidad la revisión prenatal, del total que tuvo este tipo de atención, ascendió a 60.1 por ciento; tres de cada diez iniciaron en el segundo trimestre; y una de cada once en el tercero (véase cuadro 11). El nivel de escolaridad de la mujer se asocia directamente con el inicio oportuno: mientras que una de cada dos mujeres con primaria incompleta inició la revisión del embarazo en el primer trimestre, la proporción ascendió a poco más tres de cada cuatro entre aquéllas con secundaria y más. El inicio oportuno también fue significativamente mayor entre las residentes de las zonas urbanas (73.5%) y entre las mujeres que no hablan alguna lengua indígena (68.5%). En contraste las mujeres que inician más tardíamente son las que hablan alguna lengua indígena y las que residen en el medio rural.

Cuadro 11.
Oaxaca: distribución porcentual de los últimos
y penúltimos hijos nacidos vivos por trimestre de inicio
de la atención prenatal, según características seleccionadas, 1994 - 1997

	Trimestre de inicio de la atención prenatal		
	1er.	2o.	3er.
Total	60.1	30.5	9.4
Edad de la madre al nacimiento del hijo			
12-19	59.2	33.5	7.3
20-34	61.3	28.4	10.3
35-49*	54.1	37.9	8.1
Escolaridad			
Sin escolaridad	-	-	-
Primaria incompleta	52.1	35.5	12.4
Primaria completa	63.2	29.5	7.3
Secundaria y más	77.7	18.7	3.7
Lugar de residencia			
Urbano	73.5	19.3	7.2
Rural	51.7	37.4	10.9
Condición de habla de lengua indígena			
Habla	47.5	37.7	14.9
No habla	68.5	25.7	5.8

* Menos de 100 casos en muestra.

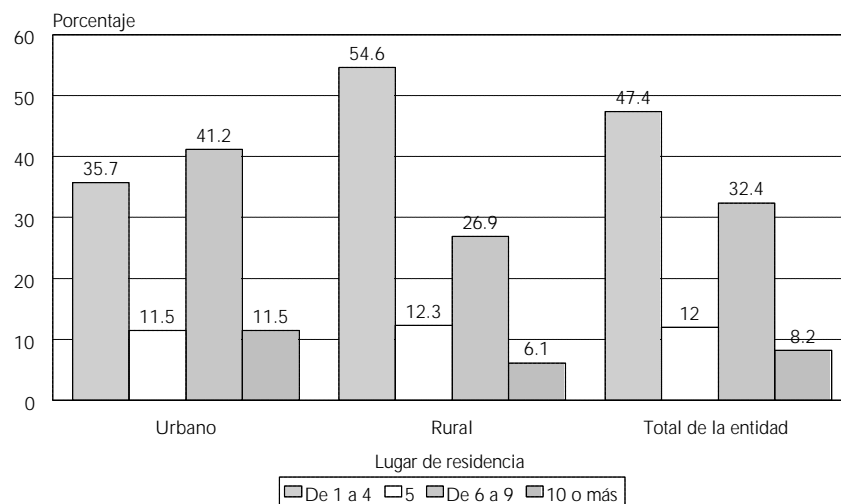
- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Intensidad y calidad de la atención prenatal

La Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido establece que la mujer debe recibir un mínimo de cinco consultas prenatales. En Oaxaca, las mujeres embarazadas recibieron, en promedio, 5.3 consultas (6.3 en las áreas urbanas y 4.7 en las rurales). Sin embargo, cabe destacar que 47.4 por ciento de las mujeres oaxaqueñas que tuvieron atención prenatal recibió cuatro o menos consultas prenatales, elevándose esta proporción a 54.6 por ciento entre las residentes de localidades rurales, lo que contrasta notablemente con las mujeres urbanas, cuyo porcentaje fue de 35.7 (véase gráfica 25).

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



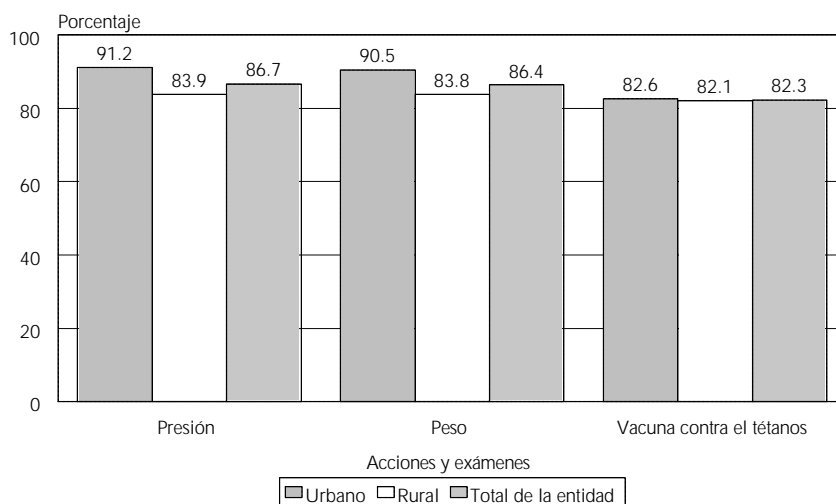
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

La calidad de los servicios de la atención prenatal está determinada, en buena medida, por el tipo de acciones y exámenes que se realizan durante la consulta. Entre ellas destacan el control del peso y de la presión arterial de la mujer embarazada y la aplicación de la vacuna contra el tétanos. Al respecto, conviene destacar que a 86.7 por ciento de las mujeres embarazadas con atención prenatal por algún agente de salud se le tomó la presión arterial, a 86.4 por ciento se le pesó, y a 82.3 por ciento se le aplicó la vacuna contra el tétanos (véase gráfica 26). Estos valores, a excepción de la aplicación de la vacuna, ubican al estado de Oaxaca por debajo de las cifras nacionales (91.4% para el peso, 92.3% para la presión, y 80.2% de vacunación).

Es importante señalar que el porcentaje de mujeres que recibió servicios prenatales de calidad es mayor en el ámbito urbano que en el rural, encontrándose diferencias de hasta siete puntos porcentuales. En el caso de la aplicación de la vacuna contra el tétanos la proporción fue similar entre las mujeres que residen en áreas rurales y urbanas.

Gráfica 26.

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



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

Atención del parto

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

En el país se ha dado un incremento acelerado en la proporción de partos atendidos por personal médico: de 66 por ciento en 1985-1987 a 81.5 por ciento en 1994-1997. Oaxaca ha quedado muy rezagada en el proceso de medicalización de la atención obstétrica. En el último periodo analizado, poco más de la mitad de los alumbramientos fueron atendidos por un médico (52.3%), situándolo como el segundo estado, después de Chiapas, en este renglón. En contraparte, la partera atendió tres de cada diez partos (31.1%) y 13.2 por ciento no tuvo atención de un agente de salud.

La partera continúa siendo el agente al que más se recurre para la atención del parto entre las mujeres menos escolarizadas, (43.7% y 42.4% entre las mujeres sin escolaridad y con primaria incompleta, respectivamente), las que hablan alguna lengua indígena (41.7%), las de mayor edad (38.9%) y las que tienen cuatro hijos(as) o más (38.6%) (véase cuadro 12).

Cabe señalar que la atención del parto por familiares y los partos sin asistencia son bastante frecuentes entre las mujeres sin escolaridad (32.3%), entre las que hablan lengua indígena (22.3%), las múltiparas (23%) y las que residen en el medio rural (18%).

Cuadro 12.
Oaxaca: distribución porcentual de los últimos y penúltimos
hijos nacidos vivos por agente que atendió el parto, según características seleccionadas, 1994 - 1997

	Tipo de agente que atendió el parto			
	Médico	Enfermera/auxiliar/ promotora de salud	Partera o comadrona	Otro/ella sola
Total	52.3	3.4	31.1	13.2
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	55.2	3.0	33.2	8.6
20-34	53.8	3.5	29.1	13.6
35-49*	39.5	3.9	38.9	17.6
Orden de nacimiento				
1	77.8	3.2	15.4	3.6
2	57.1	3.7	31.1	8.2
3	57.0	1.6	31.2	10.3
4 o más	34.1	4.3	38.6	23.0
Escolaridad				
Sin escolaridad	23.8	0.2	43.7	32.3
Primaria incompleta	36.5	5.5	42.4	15.6
Primaria completa	55.8	5.1	29.4	9.7
Secundaria y más	90.9	0.2	7.2	1.7
Lugar de residencia				
Urbano	77.9	1.5	16.5	4.1
Rural	38.8	4.5	38.8	18.0
Condición de habla de lengua indígena				
Habla	31.6	4.4	41.7	22.3
No habla	69.6	2.6	22.2	5.5

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Lugar de atención del parto

En estrecha relación con el agente que atendió el parto, 54.7 por ciento de los nacimientos ocurridos en el periodo de referencia se atendieron en una institución de salud y 44.3 por ciento en la casa de la mujer o de la partera. Uno de cada cinco partos fue atendido en el IMSS (19%), poco más de uno de cada siete en la SSA (15.5%) y uno de cada ocho en el sector privado (13.1%) (véase cuadro 13).

El estrato socioeconómico marca pautas distintas en la utilización de los servicios de salud. Las mujeres con estudios de secundaria o más acudieron en porcentajes mayores al IMSS (27.1%)

y al sector privado (24.9%), que las mujeres con menores niveles de escolaridad. Entre estas últimas, después de la atención en casa, los servicios del IMSS fueron los más utilizados (9.3%), siguiendo la SSA en importancia (7.1%).

En el medio rural, la mayoría de los partos fueron atendidos en casa de la partera o de la mujer (56.1%), y el IMSS y la SSA atendieron, cada uno, a uno de cada seis alumbramientos. Mientras tanto, en el medio urbano, solo una quinta parte de los partos fueron atendidos en casa. Asimismo, cerca de siete de cada diez alumbramientos (65.9%) de las mujeres que hablan alguna lengua indígena fueron atendidos en casa, en tanto que poco menos de uno de cada tres se atendieron en este lugar entre las mujeres que no reunían esta condición.

Cuadro 13.
Oaxaca: distribución porcentual de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos
por lugar donde fue atendido el parto, según características seleccionadas, 1994 - 1997

	Lugar de atención del parto						
	IMSS/IMSS-Sol.	ISSSTE	SSA	Otras públicas	Sector privado	Casa partera/mujer	Otro lugar/no especificado
Total	19.0	2.9	15.5	4.2	13.1	44.3	0.9
Escolaridad							
Sin escolaridad	9.3	0.0	7.1	2.9	4.4	75.4	0.9
Primaria incompleta	13.3	0.4	14.0	4.0	7.3	59.9	1.0
Primaria completa	24.1	0.7	17.6	3.7	15.0	37.4	1.6
Secundaria y más	27.1	11.4	20.0	6.0	24.9	10.6	0.0
Lugar de residencia							
Urbano	24.4	5.7	14.6	8.4	24.1	22.6	0.3
Rural	16.1	1.4	16.0	1.9	7.2	56.1	1.2
Condición de habla de lengua indígena							
Habla	10.1	1.8	11.8	1.7	7.9	65.9	0.8
No habla	26.2	3.8	18.5	6.2	17.3	27.0	1.0

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

Tipo de parto

En asociación directa con el alto porcentaje de nacimientos que son atendidos por parteras, Oaxaca es la segunda entidad, junto con Guerrero, con el menor porcentaje de partos que son resueltos mediante la operación cesárea. El 85.2 por ciento de los nacimientos ocurridos en el periodo 1994-1997 fueron partos vaginales; esto implica que uno de cada siete terminó en cesárea (14.8%), valor muy por debajo del promedio nacional (26.5%) (véase cuadro 14).

De los nacimientos que se atendieron en el IMSS, 28.2 por ciento se resolvió mediante la operación cesárea; en el sector privado esta cifra ascendió a 27.2 por ciento y en la SSA a 18.2 por ciento. Cabe señalar que la norma de salud establece que este tipo de intervención no debe ser mayor de 20 por ciento de los partos atendidos.

Cuadro 14.
Oaxaca: distribución porcentual
de los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos
por tipo de parto, según características seleccionadas, 1994 - 1997

	Tipo de parto	
	Normal	Cesárea
Total	85.2	14.8
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
12-19	87.9	12.1
20-34	83.9	16.1
35-49*	88.3	11.7
Lugar de atención del parto		
IMSS/IMSS-Sol	71.8	28.2
SSA	81.8	18.2
Otras públicas*	51.4	48.6
Sector privado	72.8	27.2
Lugar de residencia		
Urbano	70.5	29.5
Rural	93.0	7.0

* Menos de 100 casos en muestra.

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

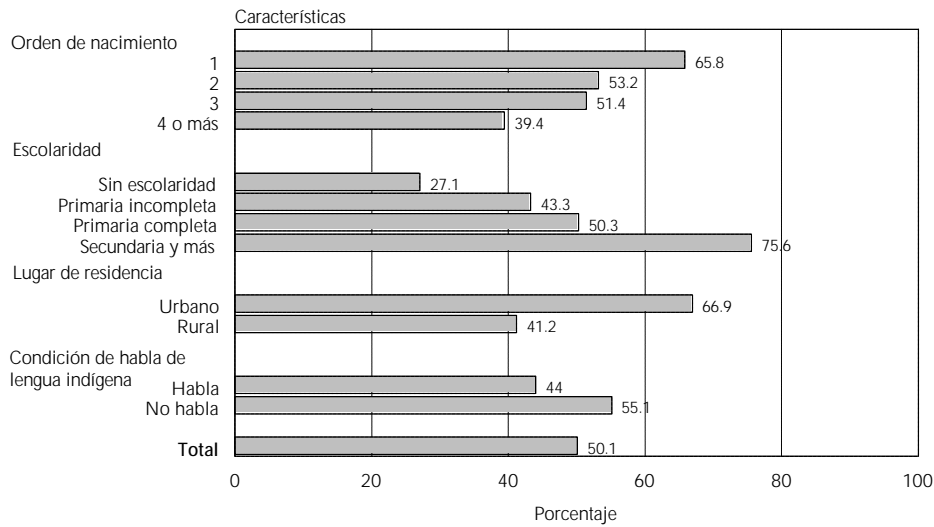
Atención durante el puerperio

La vigilancia del periodo puerperal permite identificar oportunamente complicaciones que pueden ocurrir en las semanas posteriores al parto. Además, la atención al puerperio constituye una importante oportunidad para promover la vigilancia del crecimiento y la nutrición de los niños y niñas, así como la planificación familiar. La vigilancia del puerperio es una práctica que no muestra la frecuencia o intensidad esperada, ya que sólo 59.1 por ciento de las mujeres que tuvieron sus hijos e hijas entre 1994 y 1997 de todo el país recibió este tipo de atención.

En el estado de Oaxaca el porcentaje de mujeres que acudió a revisión durante el puerperio (50.1%) fue menor que el promedio nacional, cifra que lo ubicó en la cuarta posición más baja del país (véase gráfica 27).

Las mujeres que con menor frecuencia acudieron a este servicio fueron las de paridades altas (39.4% de las mujeres con cuatro hijos(as) o más, contra 65.8% de las primíparas), las mujeres sin escolaridad (27.1% a diferencia de 75.6% de las mujeres con secundaria y más), y las mujeres que residen en localidades rurales (41.2% contra 66.9% de las mujeres urbanas). Las diferencias son menos acentuadas entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena y las que no (44% y 55.1%, respectivamente).

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



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

6 Lactancia materna

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

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

Oaxaca es el estado del país donde la práctica de la lactancia está más difundida y su duración es más prolongada: 96.5 de los niños y las niñas nacidas entre 1994 y 1997 recibieron lactancia materna, con una duración mediana de 18.6 meses (véase cuadro 15 y 16).

La práctica de la lactancia se encuentra ampliamente difundida entre los diversos grupos socioeconómicos y demográficos del estado. El porcentaje más bajo de niños(as) amamantados se registra entre aquellos cuyas madres atendieron el parto en el sector privado (93.6%), aún cuando éste valor es mayor que el promedio nacional. Cabe hacer notar que no se observan diferencias en el porcentaje de niños(as) que recibió leche materna según lugar de residencia (97.5% en el ámbito urbano y 95.9% en el rural) ni en la duración mediana de la lactancia (18.4 y 18.6 meses, respectivamente).

Edad de la ablactación

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

La ablactación temprana es una práctica ampliamente difundida en el territorio nacional: dos de cada tres bebés que nacieron entre 1994 y 1997 fueron ablactados antes de los cuatro

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

Total		96.5
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
	12-19	96.3
	20-34	96.4
	35-49*	97.3
Escolaridad		
	Sin escolaridad*	100.0
	Primaria incompleta	95.6
	Primaria completa	96.5
	Secundaria y más	95.6
Lugar de atención del parto		
	Sector público	95.7
	Sector privado	93.6
	Casa	98.1
Lugar de residencia		
	Urbano	97.5
	Rural	95.9
Condición de habla de lengua indígena		
	Habla	97.2
	No habla	95.9

* Menos de 100 casos en muestra.

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

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

Duración de la lactancia*	Total	Urbano	Rural
Primer cuartil	12.3	8.2	12.6
Mediana	18.6	18.4	18.6
Tercer cuartil	24.7	24.7	24.7

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

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

meses de edad. En Oaxaca 41.9 por ciento fue ablactado antes de los cuatro meses, 42.7 por ciento recibió algún alimento diferente a la leche materna dentro del periodo recomendado; y 8.4 por ciento no recibió oportunamente nutrientes provenientes de otros alimentos (véase cuadro 17). La duración mediana de la lactancia exclusiva fue de 4.4 meses, cifra mayor a la registrada para el país en su conjunto (3.1).

La ablactación temprana fue más frecuente en las zonas urbanas (55.1%) y entre los hijos(as) de mujeres con secundaria y más (57.3%). En tanto que la ablactación tardía se presentó con mayor frecuencia entre los hijos(as) de mujeres sin escolaridad (12.3%), que hablan alguna lengua indígena (12.1%), y en el medio rural (10.2%).

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

	Meses				
	Menos de 2	2 a 3	4 a 7	8 o más	No ha ablactado
Total	18.4	23.5	42.7	8.4	7.1
Edad de la madre al nacimiento del hijo					
12-19	14.1	30.3	43.0	8.8	3.7
20-34	19.3	21.8	42.4	8.3	8.2
35-49*	19.6	22.0	43.5	8.2	6.7
Escolaridad					
Sin escolaridad*	8.5	22.6	46.8	12.3	9.7
Primaria incompleta	13.7	19.8	44.7	11.0	10.9
Primaria completa	19.4	25.7	45.2	6.0	3.7
Secundaria y más	30.4	26.9	33.1	5.0	4.5
Lugar de residencia					
Urbano	28.4	26.7	35.9	5.1	3.9
Rural	12.8	21.7	46.4	10.2	8.9
Condición de habla de lengua indígena					
Habla	14.3	20.1	43.5	12.1	10.1
No habla	21.8	26.3	42.0	5.3	4.7

* Menos de 100 casos en muestra.

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

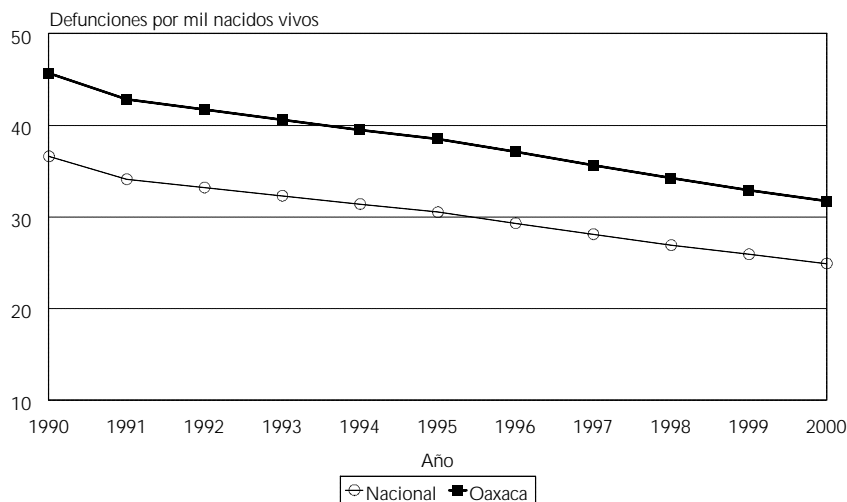
7 Mortalidad infantil

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

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

En el estado de Oaxaca, la tasa de mortalidad infantil experimentó un importante descenso al pasar de 45.7 defunciones por cada mil nacidos vivos en 1990 a 31.7 en el año 2000 (véase gráfica 28). Esta reducción equivale a evitar 30.6 por ciento de los decesos, los cuales habrían

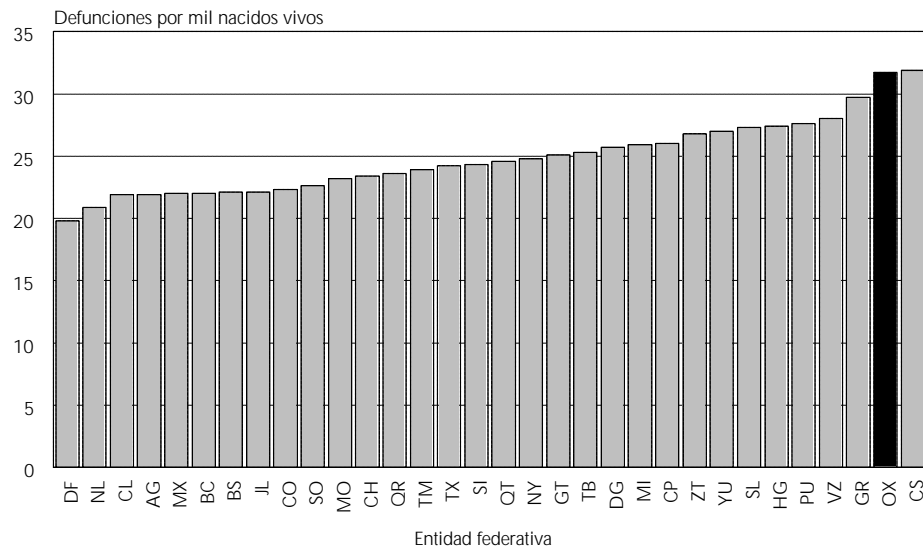
Gráfica 28.
Oaxaca: tasa de mortalidad infantil, 1990 - 2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

ocurrido de haberse mantenido el nivel de mortalidad de 1990. En la actualidad, la tasa de Oaxaca es la segunda más alto del país, y es 60.1 por ciento mayor que la del Distrito Federal (19.8 defunciones por mil), que es la entidad con el menor nivel de mortalidad infantil del país (véase gráfica 29).

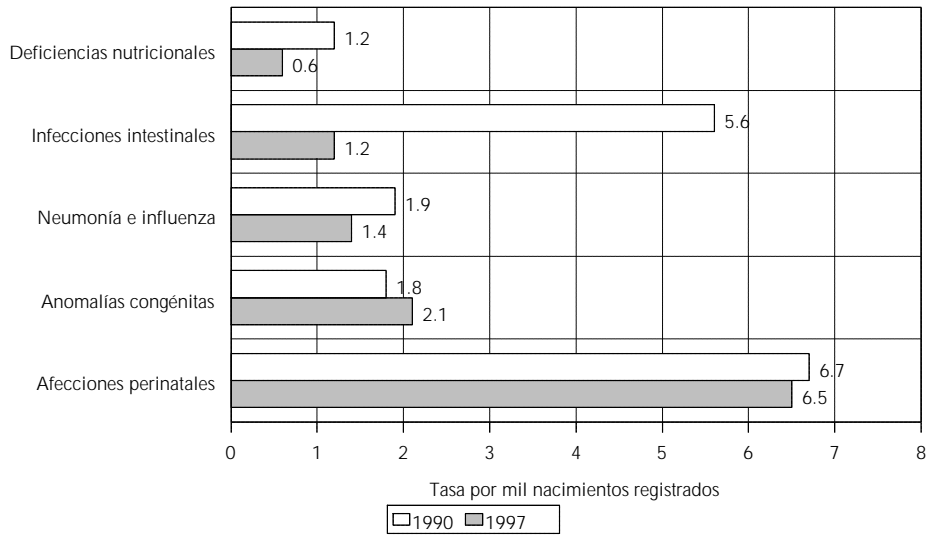
Gráfica 29.
Tasa de mortalidad infantil por entidad federativa, 2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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

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



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA

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

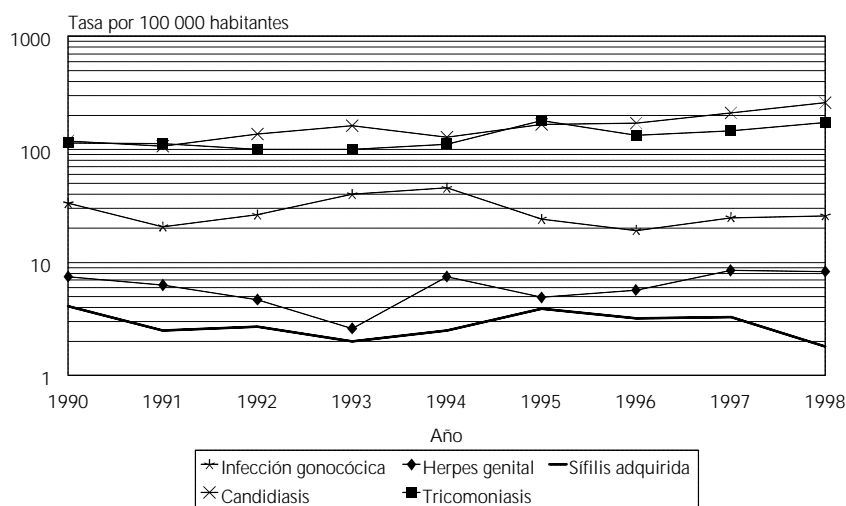
En México, como en otros países, existe un subregistro de las ETS. Esto se debe a que a menudo estas enfermedades se presentan en forma asintomática y al hecho de que la población no identifica oportunamente los síntomas iniciales de algunas enfermedades.

De acuerdo con las estadísticas oficiales, las ETS representan en el país una de las diez primeras causas de morbilidad, con un promedio de 350 mil casos anuales entre 1996 y 1998. Los índices de incidencia de las principales ETS presentaron incrementos importantes entre 1990 y 1998, tanto en términos absolutos como relativos. Este es el caso de la candidiasis y la tricomoniasis urogenitales, cuya incidencia en 1998 ascendió a 238.6 y 142.1 casos por 100 mil habitantes, respectivamente. La tendencia de las ETS clásicas, como la sífilis y la gonorrea, es descendente, a diferencia de las llamadas de nueva generación (como el VIH, el herpes genital, el virus del papiloma, entre otras) que tienden a aumentar. Entre 1990 y 1998, la incidencia de la infección gonocócica pasó de 23.2 a 15.6 casos por 100 mil habitantes, la de la sífilis adquirida de 5.7 a 1.8 y la del herpes genital de 4.4 a 5 casos por 100 mil. Las ETS de la nueva generación son susceptibles de ser tratadas adecuadamente pero no son curables; de ahí la necesidad de reorientar los programas de ETS hacia la prevención y la importancia de reducir la ocurrencia de prácticas sexuales riesgosas.

Los índices de incidencia de las dos principales ETS en Oaxaca registraron un aumento muy importante a partir de 1995, y en 1998 alcanzaron niveles mayores a los registrados en el país en su conjunto. La candidiasis urogenital presentó una incidencia de 258.6 casos por 100 mil habitantes y la tricomoniasis urogenital ascendió a 172.9 por 100 mil (véase gráfica 31).

La incidencia de las ETS clásicas presentaron un comportamiento irregular con una ligera tendencia descendente: entre 1990 y 1998, la tasa de incidencia de la sífilis adquirida pasó de 4.1 a 1.8 casos por 100 mil y la de la gonorrea, a pesar de que se redujo de 33.5 a 25.9 por 100 mil habitantes, mantuvo un nivel mayor al nacional. La tasa de incidencia de esta última enfermedad en 1998 es 66 por ciento mayor que la registrada en el país.

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



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

VIH/SIDA

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

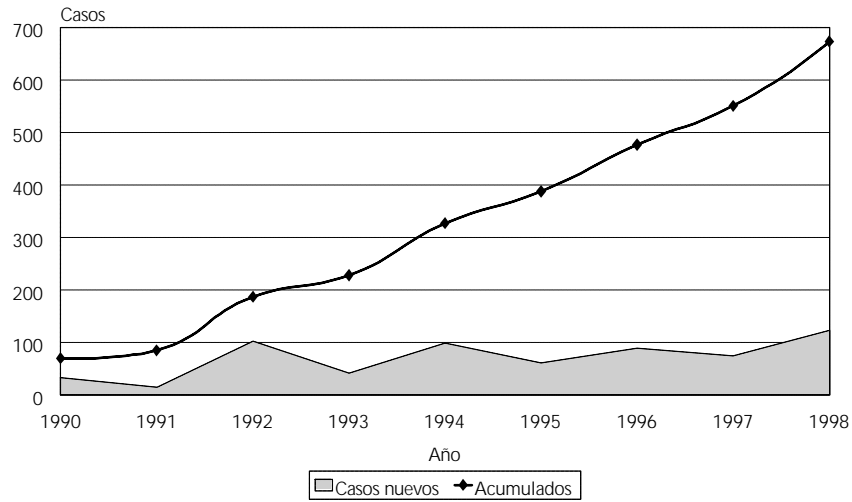
Al 31 de diciembre de 1998, se habían reportado más de 38 mil casos en México, y un año después (31 de diciembre de 1999) el número acumulado de casos diagnosticados de SIDA en el país ascendió a 42 762 casos. Sin embargo, se considera que esta cifra subestima el nivel de casos realmente existente en toda la República, debido tanto al retraso con que se reportan, como al subregistro de los mismos. De acuerdo con las estimaciones del Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), los casos acumulados de esta enfermedad, notificados entre 1983 y el 31 de diciembre de 1999, ascendían a 64 mil. Asimismo, en 1997 se estimaba que el número de personas seropositivas (aquellas que viven con el VIH, pero que no han desarrollado el SIDA) oscilaba entre 116 mil y 174 mil personas.

En Oaxaca, hasta el 31 de diciembre de 1998 se había registrado un total acumulado de 674 casos de SIDA, y la incidencia acumulada del SIDA pasó de 2.2 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 19.2 en 1998 (gráficas 32 y 33). A pesar de este aumento, Oaxaca se ubicó como la décima entidad con la tasa de incidencia acumulada más baja del país en 1998.

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

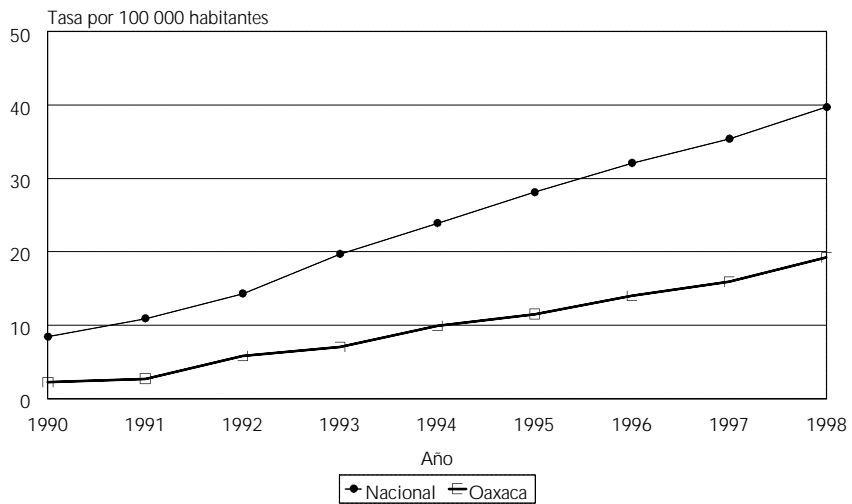
diciembre de 1998, la magnitud de este fenómeno en Oaxaca fue menor de lo acumulado para el país (20.2% y 28.7%, respectivamente) (véase cuadro 18).

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



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

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



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

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

Categoría de transmisión	Casos	Porcentaje
Total	674	100.0
Vía sexual	483	89.8
Homosexual	138	25.7
Bisexual	142	26.4
Heterosexual	203	37.7
Vía sanguínea	42	7.8
Transfusión	37	6.9
Hemofílico	2	0.4
Usuario de drogas intravenosas	1	0.2
Donador remunerado	1	0.2
Exposición ocupacional	1	0.2
Homosexual/drogas	3	0.6
Perinatal	10	1.9
Subtotal	538	100.0
No documentado	136	20.2

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

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

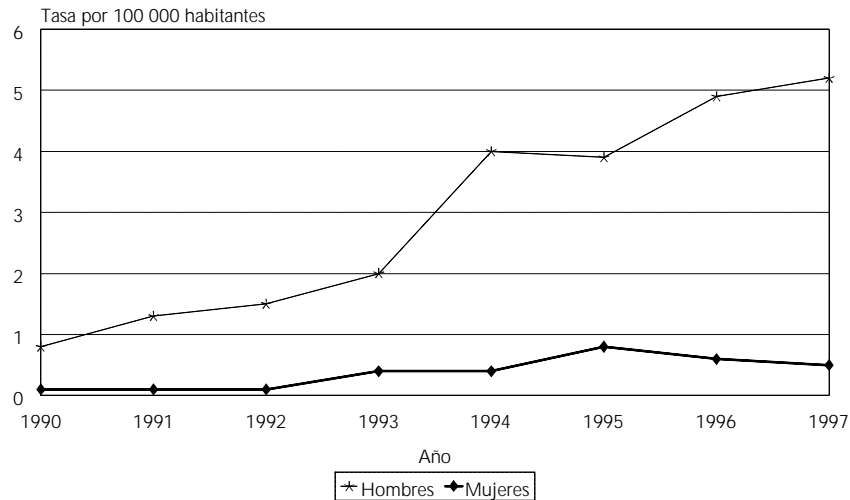
En Oaxaca, la principal vía de transmisión del VIH/SIDA fue la sexual (89.8%), uno de cada 13 casos fueron contagiados por vía sanguínea (7.8%) y 1.9 por ciento fue infectado por vía perinatal. De los casos cuya vía de transmisión fue la sexual, el contacto heterosexual concentró cerca de 38 por ciento, siguiendo en orden de importancia el bisexual (26.4%) y el homosexual (25.7%). La razón hombre mujer de casos de SIDA fue de siete, es decir, había una mujer infectada por cada siete hombres.

Entre 1989 y 1997, el SIDA había cobrado 446 muertes en el estado de Oaxaca.⁹ La tasa de mortalidad masculina por esta causa presentó una clara tendencia ascendente al pasar de 0.8 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 5.2 en 1997. Mientras tanto la tasa de mortalidad femenina también presentó un comportamiento creciente pero menos acentuado: entre 1990 y 1997 pasó de 0.1 a 0.5 defunciones por 100 mil habitantes (véase gráfica 34). Cabe destacar que en Oaxaca esta patología todavía no se encuentra dentro de las 20 principales causas de mortalidad general, como ocurre en la mayoría de los estados del país (23 entidades).

⁹ INEGI. Bases de defunciones generales 1989-1997.

Durante el periodo 1989-1997 fallecieron 394 hombres y 52 mujeres por esta enfermedad. Tanto en el caso de los varones como de las mujeres, tres cuartas partes tenían al momento de morir entre 20 y 39 años de edad. Llama la atención el elevado porcentaje de defunciones tanto de hombres como de mujeres de 20 a 29 años de edad (37.9% y 30.8%, respectivamente), lo cual muestra que una proporción importante de los casos que fallecieron por esta enfermedad adquirió el virus del VIH a edades tempranas (véase cuadro 19).

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



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

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

	Total	Hombres	Mujeres
Total	100.0	100.0	100.0
< 1	1.1	0.5	5.8
1-4	0.0	0.0	0.0
5-14	0.0	0.0	0.0
15 - 19	1.8	1.5	3.8
20 - 24	13.5	13.2	15.4
25 - 29	23.6	24.7	15.4
30 - 34	22.2	21.6	26.9
35 - 39	16.0	15.8	17.3
40 - 44	8.1	8.4	5.8
45 - 49	6.3	6.6	3.8
50 - 64	6.3	6.6	3.8
65 y más	1.1	1.0	1.9

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

9 Cáncer cérvico uterino y de la mama

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

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

Cáncer cérvico uterino

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

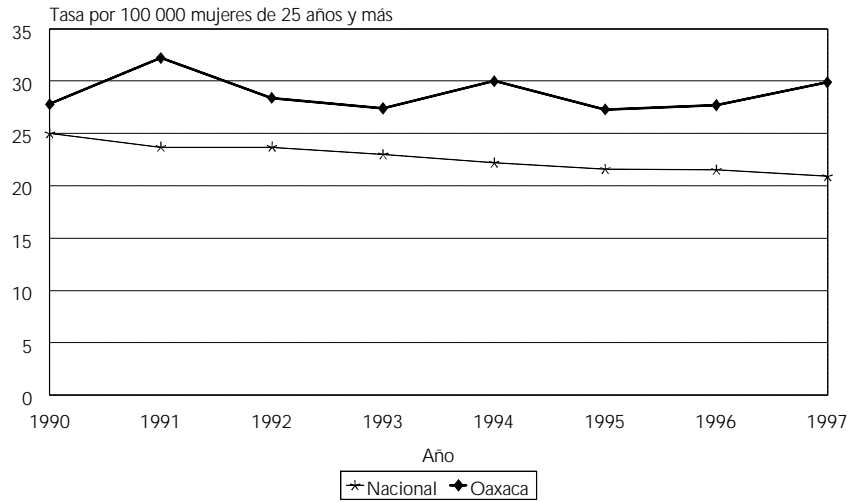
Ante esta situación, el Sector Salud presentó en marzo de 1998 un nuevo Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino con una nueva normatividad, nuevas estrategias y líneas de acción que han sido incorporadas al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Asimismo, se incluyó el elemento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

En Oaxaca, la mortalidad por este cáncer presentó un comportamiento muy irregular con niveles mayores a los registrados en el país en su conjunto (véase gráfica 35). En 1997, la tasa de mortalidad por cáncer del cuello del útero que se registró en Oaxaca fue de 29.9 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, lo que ubicó a esta entidad como la tercera, después de Nayarit y Yucatán, con el nivel más alto de mortalidad por este cáncer en el país.

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

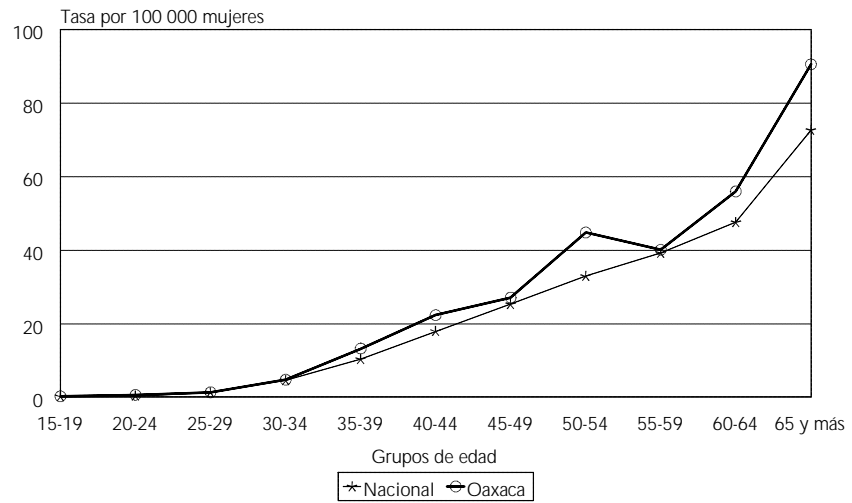
En Oaxaca, las tasas de mortalidad por cáncer cérvico uterino que se registraron para todos los grupos de edad, en el periodo 1995-1997, son mayores que las observadas en el conjunto nacional. En particular destaca el grupo de 65 años y más, en el que la diferencia es de 17.9 puntos porcentuales (véase gráfica 36).

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



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

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



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

Cáncer de la mama

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

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

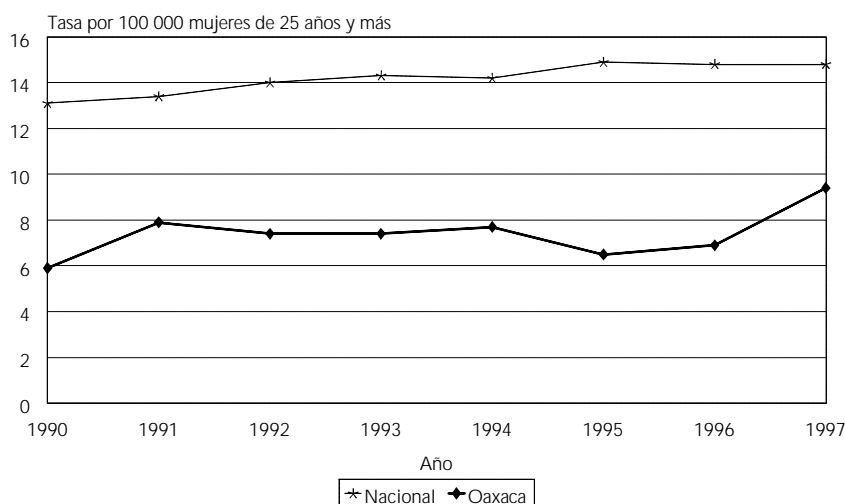
En Oaxaca, la tasa de mortalidad por cáncer mamario mostró una tendencia ascendente, a pesar de los altibajos experimentados entre 1990 y 1997. En 1997, la tasa de mortalidad fue de 9.4 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, ubicando a Oaxaca como la cuarta entidad, después de Quintana Roo, Chiapas y San Luis Potosí, con la menor mortalidad por esta patología (véase gráfica 37).

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

En Oaxaca, las mujeres de todos los grupos de edad registraron un nivel de mortalidad mucho menor que el nacional, destacando las mujeres de 65 años y más, para las cuales la diferencia es de 24.3 puntos porcentuales (véase gráfica 38).

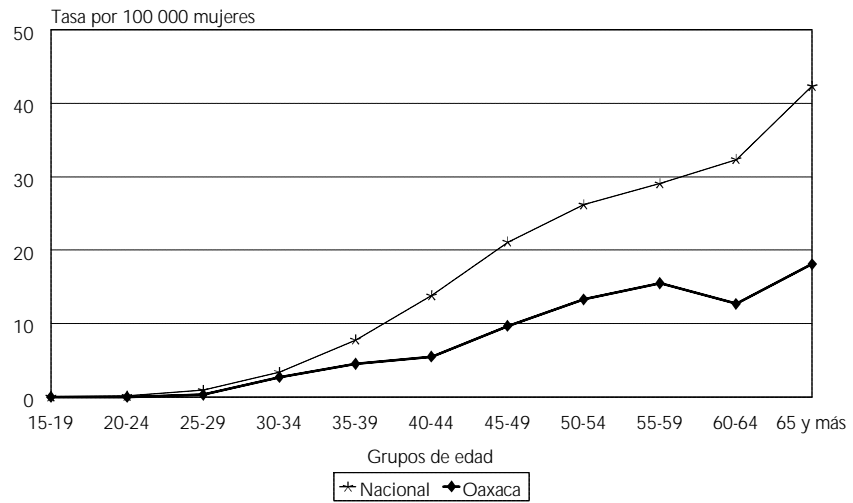
Gráfica 37.

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



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

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



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

Conclusiones

La información de este trabajo da cuenta de que en múltiples indicadores de la salud reproductiva, las mujeres de Oaxaca se encuentran en una situación de desventaja en relación con las mujeres del país en su conjunto.

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

El rezago demográfico de Oaxaca se manifiesta en los elevados niveles de mortalidad y de fecundidad de su población, en el predominio de patrones de nupcialidad sumamente tempranos, y en patrones de espaciamiento relativamente cortos entre los embarazos.

Los resultados de este trabajo indican que entre 1992 y 1997 en Oaxaca se dio un descenso acelerado en los niveles de la fecundidad de 4.1 a 3.3 hijos por mujer, y para el 2000 se estima que se sitúa en 2.9 hijos, nivel que corresponde al observado en el país en 1994. Lo mismo sucede con la tasa de mortalidad infantil, la cual se estima asciende en el año 2000 a 31.7 defunciones por mil nacidos vivos, nivel similar al observado en el ámbito nacional hace seis años.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, Oaxaca presenta importantes diferencias respecto al país en su conjunto. Entre 1992 y 1997 el porcentaje de mujeres unidas que usaba métodos de planificación familiar aumentó de 46.3 a 55.1 por ciento, y se estima que para el año 2000 este porcentaje ascenderá a 58.5 por ciento. La prevalencia de uso en el estado es equivalente a la del país hace diez años.

A pesar de que, en los últimos años, el incremento de la prevalencia anticonceptiva en Oaxaca se registró en mayor medida entre las mujeres que residen en el medio rural, lo que ha hecho que se reduzca la brecha respecto a las de las localidades urbanas, las diferencias todavía son acentuadas, casi 20 puntos porcentuales en 1997.

El menor nivel de uso de métodos anticonceptivos en el estado se registra entre las mujeres sin escolaridad, las mujeres que hablan alguna indígena y las que residen en localidades rurales. En esos grupos, poco más de cuatro de cada diez mujeres unidas usa métodos para espaciar o limitar los nacimientos, nivel que las mujeres mexicanas presentaron a principios de los años ochenta. Estos resultados permiten afirmar que para una importante proporción de mujeres sin escolaridad e indígenas el ejercicio de sus derechos reproductivos está muy lejos de ser una realidad. De hecho, alrededor de una de cada cuatro mujeres de estos tres grupos se encuentra en condición de demanda insatisfecha.

La diferencia en la prevalencia anticonceptiva de las mujeres jóvenes de la entidad, respecto a sus homólogas nacionales, es mayor a la que presenta el total de mujeres en edad fértil de la

entidad. En Oaxaca el nivel de uso de anticonceptivos de las mujeres unidas, menores de 20 años de edad, es similar al registrado por ese grupo de edad diez años antes en el país, mientras que el de las mujeres de 20 a 24 corresponde al de sus homólogas nacionales de hace 20 años. Algo similar ocurre con la prevalencia anticonceptiva de las mujeres con paridad cero y uno, para las cuales el porcentaje observado en 1997 es similar al observado en 1982 en el país.

La necesidad de incrementar la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres jóvenes se apoya básicamente en los elevados niveles de demanda insatisfecha que registran las mujeres menores de 25 años. En Oaxaca, cerca de cuatro de cada diez mujeres en unión conyugal de 15 a 19 años y poco más de una de cada tres de 20 a 24 años de edad desea espaciar o limitar sus embarazos y no hace uso de métodos anticonceptivos.

Es posible que el predominio de métodos como la OTB y el DIU, que se registra en la entidad, sea reflejo de un patrón tardío de iniciación de la planificación familiar. Sin embargo, las características de una oferta de servicios, dirigida principalmente a los métodos sobre los que menos dominio tienen las mujeres, como son el DIU y la OTB, podría tener el efecto no anticipado de restringir el acceso de las mujeres jóvenes a la anticoncepción. Estos métodos pueden no ser los más adecuados para este tipo de mujeres, debido a que se encuentran en una etapa de la vida en la que cultural y socialmente enfrentan múltiples presiones de tipo pronatalista.

En la dimensión de la salud materno-infantil, Oaxaca presenta niveles muy elevados de mortalidad materna, derivada de una alta incidencia de muertes por hemorragias del embarazo y el parto, toxemia, y en menor medida complicaciones en el puerperio y por aborto, entre otras. La mayoría de estas muertes se considera que pueden ser evitables, si las mujeres disponen de servicios de atención prenatal de calidad. Sin embargo, poco menos de una de cada cinco mujeres que se embarazan no recibe atención alguna durante el embarazo, y sólo dos de cada tres tiene vigilancia médica.

Los resultados indican que en la mayoría de los casos la atención prenatal que se otorga es de calidad. Seis de cada diez embarazadas que reciben atención prenatal la inician en el primer trimestre del embarazo y poco más de la mitad tienen al menos cinco consultas, tal como recomienda la norma oficial respectiva. Asimismo, a más de ocho de cada diez mujeres se les toma la presión arterial, se les pesa y se les aplica la vacuna contra el tétanos. No obstante estos resultados, cabe señalar que los porcentajes de presión y peso son cinco puntos más bajos que los observados en el país.

La partera continúa teniendo un peso relativo importante como agente de salud al que recurre la población para la atención del parto (31.1%) y su participación aumenta entre los sectores más pobres de la entidad, llegando a ser de más de 40 por ciento entre las mujeres con menores niveles de escolaridad y entre las indígenas. Cabe destacar que más de uno de cada ocho alumbramientos de la entidad fueron atendidos por familiares o por la misma mujer, siendo esta situación más frecuente entre las mujeres con menores niveles de escolaridad, población indígena y rural (32.3%, 22.3% y 18%, respectivamente).

Con relación a las enfermedades de transmisión sexual, éstas presentan una tendencia ascendente en la entidad. En 1998, Oaxaca registró tasas de incidencia mayores al promedio nacional, excepto para la sífilis. El VIH/SIDA, muestra también un aumento, aunque el nivel de incidencia de esta enfermedad continua siendo de los más bajos del país.

Finalmente, en relación con otros indicadores de la salud de la mujer, la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino, que se registró en Oaxaca entre 1990 y 1997, ha sido mayor a la que se observó en el país en su conjunto, y en el último año bajo observación fue la tercera entidad con la mortalidad más alta por esta patología. En contraste, la tasa de mortalidad por cáncer de la mama en el estado es la cuarta más baja del país, aunque con una clara tendencia a aumentar más rápidamente que el promedio nacional.

Anexo estadístico

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

Año	Nacional	Oaxaca
1990	3.35	4.42
1991	3.25	4.23
1992	3.14	4.05
1993	3.04	3.87
1994	2.93	3.68
1995	2.82	3.47
1996	2.73	3.36
1997	2.65	3.25
1998	2.55	3.12
1999	2.48	3.02
2000	2.40	2.92

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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

Edad	1953-1957	1968-1972
14	16.6	9.4
15	25.5	17.6
16	32.0	26.6
17	39.3	36.2
18	46.7	46.0
19	54.9	56.7
20	62.0	61.6
21	67.6	65.9
22	73.5	69.4
23	76.7	73.0
24	80.7	75.8
25	83.0	78.1

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

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

Generación	Menos de 16 años	16-19	20-24	Sin unión a los 25 años
1953-1957	25.5	29.5	25.8	19.3
1958-1962	22.3	41.8	15.5	20.4
1963-1967	17.2	34.2	22.5	26.1
1968-1972	17.6	39.0	19.1	24.2

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

Datos gráfica 5.

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

Características	Menos de 16 años	16-19	20-24	Sin unión a los 25 años
Primaria incompleta	29.1	34.5	22.3	14.1
Primaria completa	19.0	45.2	14.5	21.3
Secundaria y más	5.1	32.4	26.5	36.0
Rural	23.6	43.0	16.4	17.0
Urbano	11.9	31.3	24.5	32.3
Total	17.4	36.9	20.6	25.1

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

Datos gráfica 7.

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

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	6.9	6.8	2.0	3.9
16	11.7	9.8	5.7	7.3
17	18.3	16.3	12.4	13.3
18	27.8	26.0	22.5	25.2
19	35.7	34.1	33.6	34.6
20	44.9	47.4	44.9	42.6
21	51.7	58.3	53.4	54.9
22	58.2	63.1	62.1	61.9
23	64.7	69.0	66.7	68.1
24	70.7	75.5	71.8	72.5
25	74.5	79.5	74.4	74.8

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

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

Generación	Nacim. premaritales	0-7 meses	8-11 meses	12-17 meses	18-59 meses	Sin hijos en 5 años
1953-1957	1.9	3.7	26.4	21.7	38.3	8.1
1958-1962	4.3	9.8	23.2	25.3	31.6	5.8
1963-1967	5.6	6.0	27.5	20.1	38.3	2.3
1968-1972	1.9	10.0	29.0	27.9	26.6	4.6

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

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

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	0.1	1.7	0.3	0.2
16	0.4	2.2	0.9	1.0
17	0.5	4.5	1.4	1.4
18	1.9	5.3	3.2	3.1
19	3.4	5.7	4.9	4.8
20	3.8	7.4	8.1	5.9
21	4.4	9.7	8.1	8.7
22	5.4	9.8	9.3	10.6
23	6.2	11.4	10.8	11.9
24	7.0	13.3	11.8	13.5
25	7.2	14.1	12.5	13.7

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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

Año	Nacional	Oaxaca
1990	5.4	12.0
1991	5.1	14.2
1992	5.0	9.6
1993	4.5	9.4
1994	4.8	9.9
1995	5.3	9.0
1996	4.8	8.4
1997	4.7	7.5

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

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

Año	Nacional	Oaxaca
1990	36.6	45.7
1991	34.1	42.8
1992	33.2	41.7
1993	32.3	40.6
1994	31.4	39.5
1995	30.5	38.5
1996	29.3	37.1
1997	28.1	35.6
1998	26.9	34.2
1999	25.9	32.9
2000	24.9	31.7

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

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

Año	Infección gonocócica	Herpes genital	Sífilis adquirida	Candidiasis	Tricomoniasis
1990	33.5	7.5	4.1	119.0	113.4
1991	20.7	6.3	2.5	106.9	111.8
1992	26.3	4.7	2.7	136.9	99.6
1993	40.1	2.6	2.0	161.8	100.3
1994	45.6	7.5	2.5	128.1	111.7
1995	24.2	4.9	3.9	166.0	179.1
1996	19.2	5.7	3.2	171.0	133.1
1997	24.9	8.5	3.3	210.5	146.0
1998	25.9	8.3	1.8	258.6	172.9

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

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

Año	Casos nuevos	Acumulados
1990	33.0	70
1991	15.0	85
1992	102.0	187
1993	41.0	228
1994	99.0	327
1995	61.0	388
1996	89.0	477
1997	74.0	551
1998	123.0	674

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

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

Año	Nacional	Oaxaca
1990	8.4	2.2
1991	10.9	2.7
1992	14.3	5.8
1993	19.7	7.0
1994	23.9	9.9
1995	28.1	11.5
1996	32.1	14.0
1997	35.4	15.9
1998	39.7	19.2

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

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

Año	Hombres	Mujeres
1990	0.8	0.1
1991	1.3	0.1
1992	1.5	0.1
1993	2.0	0.4
1994	4.0	0.4
1995	3.9	0.8
1996	4.9	0.6
1997	5.2	0.5

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

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

Año	Nacional	Oaxaca
1990	25.0	27.8
1991	23.7	32.2
1992	23.7	28.4
1993	23.0	27.4
1994	22.2	30.0
1995	21.6	27.3
1996	21.5	27.7
1997	20.9	29.9

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

Datos gráfica 36.
Oaxaca: tasa de mortalidad
por cáncer cérvico-uterino
según grupos de edad, 1995-1997

Edad	Nacional	Oaxaca
15-19	0.1	0.2
20-24	0.3	0.6
25-29	1.3	1.3
30-34	4.5	4.7
35-39	10.3	13.2
40-44	17.9	22.3
45-49	25.3	27.1
50-54	32.9	44.8
55-59	39.2	40.1
60-64	47.6	56.0
65 y más	72.7	90.6

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

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

Año	Nacional	Oaxaca
1990	13.1	5.9
1991	13.4	7.9
1992	14.0	7.4
1993	14.3	7.4
1994	14.2	7.7
1995	14.9	6.5
1996	14.8	6.9
1997	14.8	9.4

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

Datos gráfica 38.
Oaxaca: tasa de mortalidad
por cáncer de la mama
según grupos de edad, 1995-1997

Edad	Nacional	Oaxaca
15-19	0.0	0.0
20-24	0.1	0.0
25-29	0.9	0.3
30-34	3.4	2.7
35-39	7.8	4.5
40-44	13.8	5.5
45-49	21.1	9.7
50-54	26.2	13.3
55-59	29.1	15.5
60-64	32.4	12.7
65 y más	42.4	18.1

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

**Nomenclatura de las entidades federativas
usada en las gráficas y cuadros**

AG	Aguascalientes
BC	Baja California
BS	Baja California Sur
CP	Campeche
CO	Coahuila
CL	Colima
CS	Chiapas
CH	Chihuahua
DF	Distrito Federal
DG	Durango
GT	Guanajuato
GR	Guerrero
HG	Hidalgo
JL	Jalisco
MX	México
MI	Michoacán
MO	Morelos
NY	Nayarit
NL	Nuevo León
OX	Oaxaca
PU	Puebla
QT	Querétaro
QR	Quintana Roo
SL	San Luis Potosí
SI	Sinaloa
SO	Sonora
TB	Tabasco
TM	Tamaulipas
TX	Tlaxcala
VZ	Veracruz
YU	Yucatán
ZT	Zacatecas

Cuadernos de salud reproductiva
Oaxaca

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

El tiraje fue de 500 ejemplares.