

Cuadernos de salud reproductiva

Durango



Consejo Nacional de Población

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

Coordinadoras: Elena Zúñiga, Beatriz Zubieta

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

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

Diseño editorial: Luz María Zamítiz y Edith Cruz

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

Corrección de estilo: Ricardo Valdés

Apoyo gráfico: Claudio Miranda

Apoyo logístico: Ma. Eulalia Mendoza

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



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

Cuadernos de salud reproductiva
Durango

Primera edición: abril de 2001
ISBN: 970-628-504-0

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

Consejo Nacional de Población

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

DR. JORGE G. CASTAÑEDA
Secretario de Relaciones Exteriores

LIC. FRANCISCO GIL DÍAZ
Secretario de Hacienda y Crédito Público

LIC. JOSEFINA VÁZQUEZ MOTA
Secretaria de Desarrollo Social

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

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

DR. REYES S. TAMEZ GUERRA
Secretario de Educación Pública

DR. JULIO FRENK MORA
Secretario de Salud

LIC. CARLOS ABASCAL CARRANZA
Secretario del Trabajo y Previsión Social

LIC. MARÍA TERESA HERRERA TELLO
Secretaria de la Reforma Agraria

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

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

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

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General del Consejo Nacional de Población

Secretaría de Gobernación

LIC. SANTIAGO CREEL MIRANDA
Secretario de Gobernación

LIC. RAMÓN MARTÍN HUERTA
Subsecretario de Gobierno

LIC. JUAN MOLINAR HORCASITAS
Subsecretario de Desarrollo Político

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

ING. JOSÉ LUIS DURÁN REVELES
Subsecretario de Comunicación Social

ING. GILBERTO DE JESÚS LOZANO GONZÁLEZ
Oficial Mayor

LIC. RAÚL R. MEDINA RODRÍGUEZ
Contralor Interno

Consejo Nacional de Población

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General

GABRIELA BREÑA SÁNCHEZ
Directora General de Programas de Población

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

DRA. CECILIA RODRÍGUEZ D.
Directora de Comunicación en Población

MTRO. VIRGILIO PARTIDA BUSH
Director de Investigación Demográfica

MTRA. CRISTINA AGUILAR IBARRA
Directora de Educación
en Población

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

MTRO. OCTAVIO MOJARRO DÁVILA
Director de Consejos Estatales de Población

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

LIC. DANIEL ÁVILA FERNÁNDEZ
Director de Administración

Índice

Presentación	9
Introducción	11
1 Fecundidad e inicio de la vida reproductiva	13
Edad a la primera unión	14
Tipo de primera unión	16
Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)	17
Intervalo protogenésico	18
2 Preferencias reproductivas	20
Número ideal de hijos e hijas	20
Deseo de más hijos o hijas	23
3 Práctica anticonceptiva	23
Conocimiento de métodos anticonceptivos	23
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos	26
Estructura de uso de métodos anticonceptivos	29
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos	31
Anticoncepción posparto	33
Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos	35
4 Salud materna	38
Nivel de la mortalidad materna	38
Causas de mortalidad materna	40
Aborto	41
5 Atención a la mujer embarazada	42
Atención prenatal	42
Cobertura institucional de la atención prenatal	44

Inicio de la atención prenatal	44
Intensidad y calidad de la atención prenatal	45
Atención del parto	47
Lugar de atención del parto	48
Tipo de parto	49
Atención durante el puerperio	50
6 Lactancia materna	51
Edad de la ablactación	53
7 Mortalidad infantil	54
8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA	57
VIH/SIDA	58
9 Cáncer cérvico uterino y de la mama	62
Cáncer cérvico uterino	62
Cáncer de la mama	64
Conclusiones	66
Anexo estadístico	68
Nomenclatura de las entidades federativas	74

Presentación

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

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

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

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

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

Dr. Rodolfo Tuirán
Secretario General

Introducción

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

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

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

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

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

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

Cabe destacar que México ha experimentado un acelerado proceso de urbanización a lo largo del presente siglo que también se manifiesta en Durango. En 1995, 39 por ciento de la población estatal residía en localidades de menos de 2 500 habitantes; 13.3 por ciento residía en localidades de 2 500 a 14 999 habitantes, 6.4 por ciento en centros urbanos de 15 mil a menos de cien mil, y 41.2 por ciento residía en localidades de cien mil o más habitantes. De las 6 484 localidades censadas en el estado, 95.1 por ciento contaba con menos de 500 habitantes y en ellas residía 19.5 por ciento de la población.² La gran cantidad de localidades pequeñas y de difícil acceso representa un reto para las acciones orientadas a satisfacer las demandas de salud y de otros servicios públicos.

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

El avance educativo del país ha sido notable en las décadas pasadas, y en el estado de Durango también se han dado progresos importantes. En 1997, el promedio de escolaridad alcanzado por la población de 15 años y más de la entidad ascendió a siete años de educación formal, en tanto que para el país esta cifra fue de 7.4 años. En este mismo año, 7.2 por ciento de la población no había asistido a la escuela, 25.6 por ciento no había concluido la primaria, 23.6 por ciento terminó la instrucción primaria, 21.4 por ciento contaba con algún grado de secundaria o su equivalente y 22.2 por ciento tenía estudios posteriores a secundaria. Cabe hacer notar que no se aprecian diferencias acentuadas entre hombres y mujeres en los niveles de escolaridad alcanzados: el número promedio de años de escolaridad fue de 7.1 para los hombres y de 6.9 para las mujeres. La proporción que representan las personas sin instrucción es igual entre mujeres y hombres: 7.2 por ciento.³

Se prevé que el desarrollo económico y social alcanzado por Durango tenga implicaciones positivas para la salud reproductiva de su población. Cabe destacar que Durango es uno de los siete estados del país cuyo índice de marginación es *medio*. De los 39 municipios que conforman la entidad, 13 tienen una marginación *baja* o *muy baja*, y en ellos residen siete de cada diez habitantes. Con marginación media se tienen 21 municipios, donde reside 24.3 por ciento de la población; mientras que los cinco restantes tienen una marginación *alta* o *muy alta*, y en ellos residen cinco de cada 100 habitantes.⁴

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

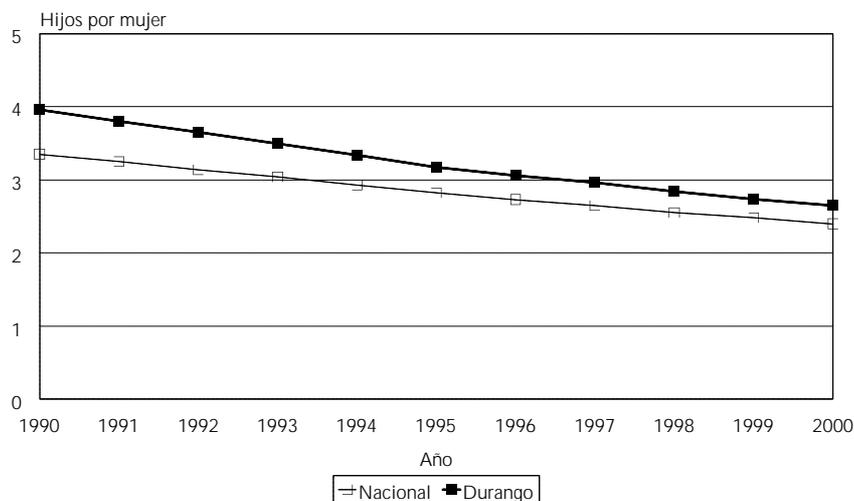
³ INEGI, *Estadísticas educativas de hombres y mujeres*, México, 1999.

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

1 Fecundidad e inicio de la vida reproductiva

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

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

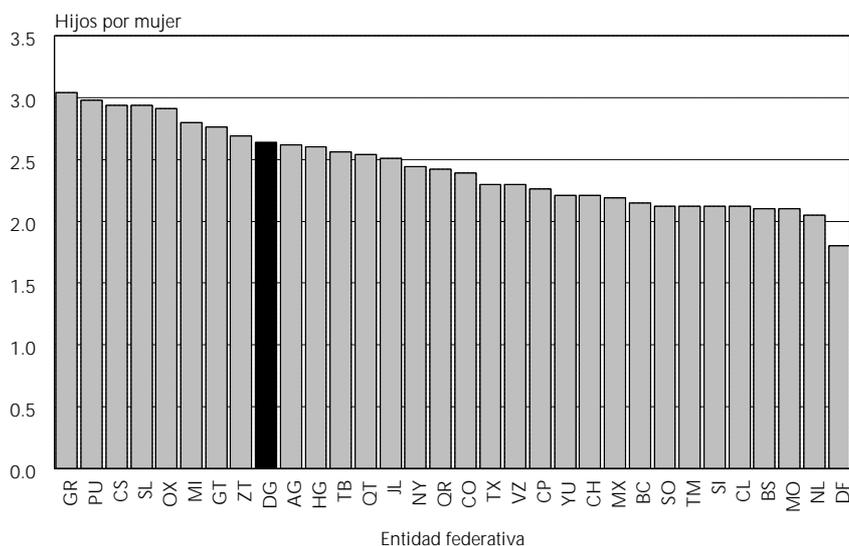


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

En Durango, las mujeres también redujeron de manera significativa el tamaño de su descendencia. La tasa global de fecundidad pasó de 3.96 hijos por mujer en 1990 a 3.65 en 1992; descendió a 2.96 en 1997 y para el 2000 se estima en 2.65 hijos por mujer. Este descenso ha sido tan pronunciado que la brecha que separaba a Durango del Distrito Federal (la entidad federativa con la menor fecundidad) se redujo de 1.8 hijos en 1990 a 0.9 hijos en el año 2000. Este nivel de la fecundidad es el octavo más alto del país y ubica a Durango entre las dieciséis entidades que se encuentran por encima del promedio nacional (véase gráfica 2).

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

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

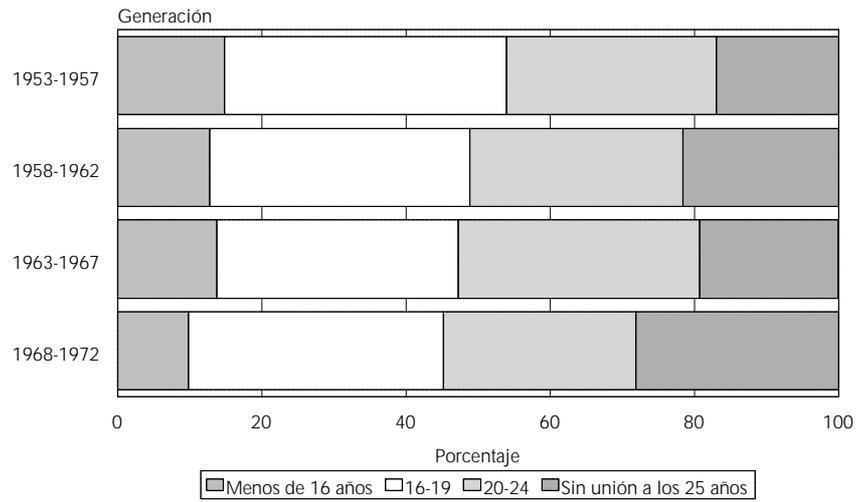
Edad a la primera unión

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

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

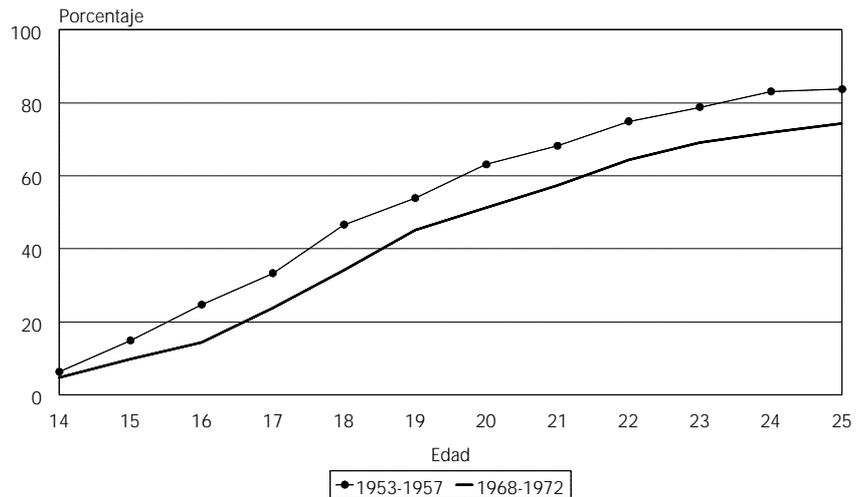
En el caso de Durango, este indicador muestra que entre las generaciones 1953-1962 y 1968-1972 se da un recorrimiento de un año en la edad mediana al matrimonio (de 19.9 a 20.9 años), lo que sugiere que en la entidad se está dando un retraso gradual en el patrón de matrimonio. Una tendencia más clara de la postergación de la primera unión puede apreciarse en la disminución del porcentaje de mujeres que contrae nupcias a edades tempranas entre las generaciones más recientes: mientras que 54 por ciento de las mujeres nacidas entre 1953 y 1957 se unió antes de cumplir 20 años, para la generación 1968-1972 45.2 por ciento presentó esa característica. Asimismo, el porcentaje de mujeres que se unió antes de los 16 años de edad, disminuyó de 14.9 a 9.9 por ciento, entre generaciones (véanse gráficas 3 y 4).

Gráfica 3.
Durango: 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.

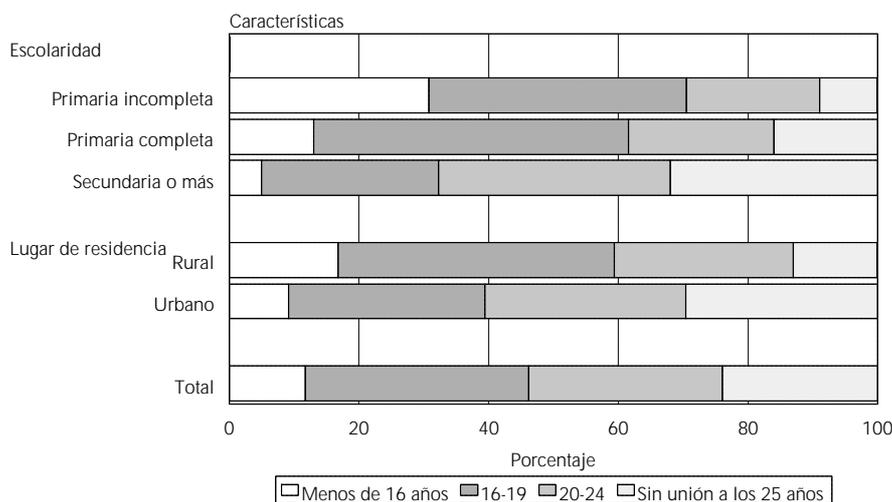
Gráfica 4.
Durango: proporción acumulada de mujeres nacidas entre 1953-1957 y entre 1968-1972 que se encontraban unidas en primeras nupcias a cada edad, 1997



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

El matrimonio a edades tempranas es más común en el medio rural que en el urbano: 59.4 por ciento de las mujeres de la generación 1963-1972, residentes en localidades rurales, se unió antes de cumplir 20 años de edad; en contraste, en las localidades urbanas este valor ascendió a 39.4 por ciento (véase gráfica 5). Cuando se analiza el patrón de nupcialidad de acuerdo al nivel educativo de la mujer, las diferencias se agudizan: una de cada tres mujeres con estudios de secundaria o más se unió antes de cumplir 20 años de edad, mientras que entre las mujeres con primaria incompleta este valor ascendió a siete de cada diez.

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

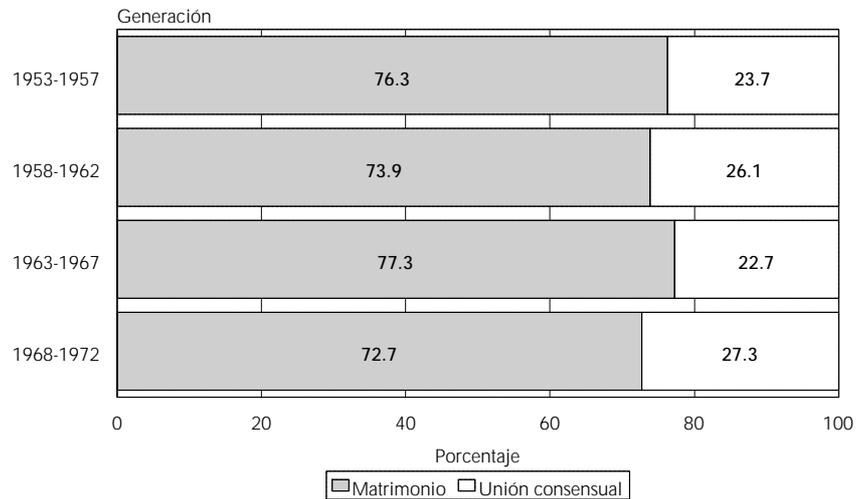


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Tipo de primera unión

En Durango, al igual que en el ámbito nacional, cada vez es más frecuente que la vida en pareja se inicie en la forma de unión libre. Al comparar el tipo de unión de las mujeres que se unieron antes de cumplir 25 años de edad pertenecientes a distintas generaciones, se observa un comportamiento muy irregular; sin embargo, entre las mujeres más jóvenes la proporción de uniones consensuales es más elevada (véase gráfica 6). Así, para las mujeres de la generación 1953-1957, 23.7 por ciento inició su primera unión de manera consensual, mientras que para la cohorte 1968-1972 esta proporción aumentó a 27.3 por ciento, aunque esta cifra es menor a la observada en el país en su conjunto (36.3%).

Gráfica 6.
Durango: 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

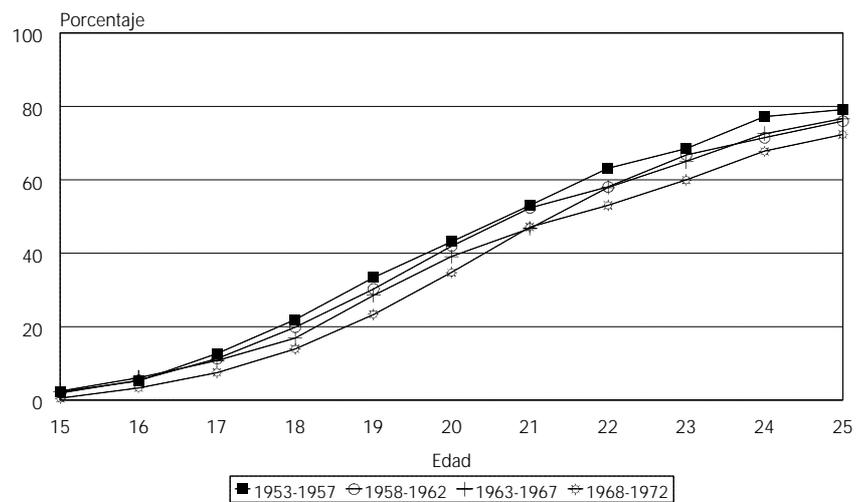


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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

Gráfica 7.
Durango: 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.

La probabilidad de iniciar la maternidad antes de los 20 años comienza a reducirse entre las mujeres más jóvenes: 43.2 por ciento de las mujeres nacidas entre 1953 y 1957 tuvo a su primer hijo(a) antes de los 20 años de edad, mientras que 34.8 por ciento de las mujeres de la generación 1968-1972 presentó este comportamiento. A pesar de este ligero retraso en el inicio de la maternidad, destaca que entre las mujeres más jóvenes una de cada siete (14%) tuvo 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.

Intervalo protogenésico

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

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

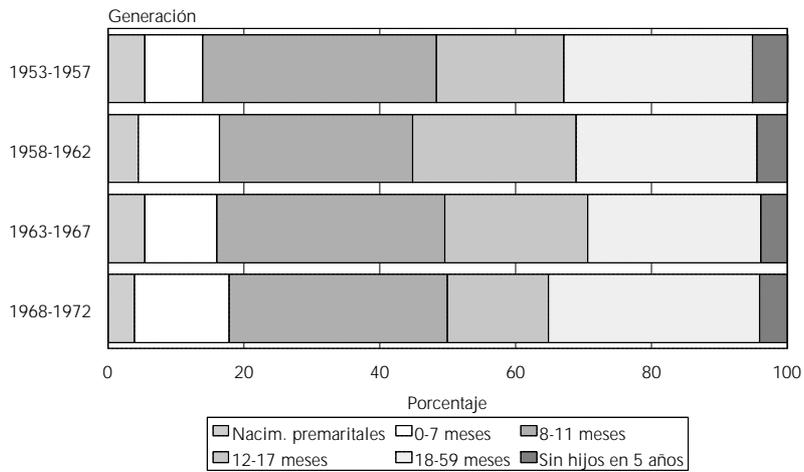
Cabe señalar que en esta entidad, al igual que en el ámbito nacional, las mujeres unidas de la generación más joven tienden a presentar una mayor proporción de embarazos premaritales que las generaciones anteriores a ellas. Se entiende como mujeres con embarazo premarital a todas aquellas que tuvieron su primer nacimiento cuando se encontraban solteras o dentro de los primeros siete meses de la unión o matrimonio. En la generación más reciente este porcentaje asciende a 17.8, mientras que para las mujeres de mayor edad es de 13.9 por ciento. Aún cuando los resultados sugieren que las concepciones premaritales están aumentando en Durango, esta aproximación no brinda una medición precisa del fenómeno al excluir a las mujeres solteras y a los acontecimientos ocurridos durante los cinco años previos a la entrevista.

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 Durango, se ha producido un ligero aumento en la proporción de mujeres que se embaraza 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 16.1 por ciento entre las mujeres de la generación 1953-1957 a 19 por ciento para las mujeres de la generación más reciente.

En esta entidad, la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 20 años se ha mantenido en menos de una de cada diez. Sin embargo, el peso de los embarazos premaritales en la probabilidad de tener el primer hijo(a) en la adolescencia es importante. Alrededor de una de cada cinco mujeres de las generaciones observadas que tuvieron a su primer hijo durante la adolescencia inició el embarazo estando soltera y para la generación 1968-1972 esta relación fue de 23.8 por ciento.⁶

Gráfica 8.

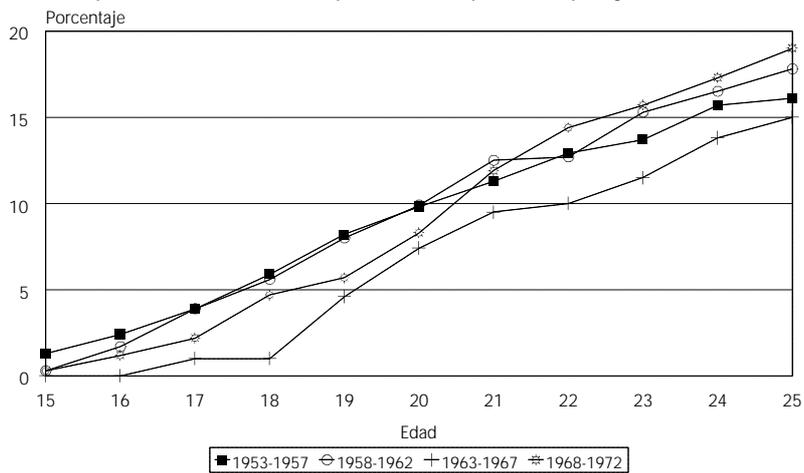
Durango: distribución porcentual de las mujeres unidas de acuerdo a la duración del intervalo protogenésico, según generación, 1997 (mujeres que se unieron antes de cumplir 26 años de edad y con al menos 5 años de unión o matrimonio)



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

Gráfica 9.

Durango: 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.

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

2 Preferencias reproductivas

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

Número ideal de hijos e hijas

En 1997, el número ideal de hijos e hijas que en promedio declararon las mujeres unidas de Durango fue de 3.7, mientras que para ese mismo año, a escala nacional, fue de 3.2 (véase cuadro 1). Ambos promedios se encuentran ligeramente por encima del nivel de la fecundidad registrada en ese año en los dos contextos (Durango registró una TGF de tres hijos en 1997 y de 2.7 el país en su conjunto). Las mujeres de distintos grupos de edad registran diferencias importantes en el número ideal de hijas(os), de manera que a mayor edad mayor número de hijos(as) deseados. Las mujeres de 45 a 49 años de edad declararon un ideal promedio de 4.6, mientras que las mujeres adolescentes (de 15 a 19 años), que se encuentran al inicio de su vida reproductiva, mostraron preferencias por familias menos numerosas (3.2 hijos). Cabe hacer notar que a partir de los 35 años, el promedio del número ideal de hijos(as) es menor que la descendencia alcanzada.

La escolaridad de las mujeres se asocia a diferentes ideales reproductivos, de tal forma que a medida que aumentan los años de educación formal disminuye el número ideal de hijas(os). Así, mientras que las mujeres con primaria incompleta declararon un ideal de 4.6 hijos(as), las mujeres con secundaria o más externaron una preferencia menor en 1.5 hijos(as) (3.1 en promedio). Es importante resaltar que, en promedio, las mujeres con primaria incompleta reportaron un ideal 0.5 hijos(as) menor que la paridad alcanzada, en tanto que entre las de mayor escolaridad predominan aquellas que todavía no alcanzan el tamaño de familia deseado.

Los tamaños ideales de familia son mayores en el medio rural que en el ámbito urbano (4.3 y 3.4 hijos, respectivamente) y se observa que en ambos casos el número ideal es ligeramente mayor a la descendencia alcanzada.

Cuadro 1.
Durango: 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	3.7	3.4
Grupo de edad		
15-19*	3.2	0.8
20-24	3.1	1.5
25-29	3.4	2.3
30-34	3.5	3.2
35-39	3.8	4.2
40-44	4.4	5.3
45-49	4.6	5.9
Escolaridad		
Sin escolaridad	-	-
Primaria incompleta	4.6	5.1
Primaria completa	3.8	3.5
Secundaria y más	3.1	2.3
Lugar de residencia		
Rural	4.3	4.0
Urbano	3.4	3.1

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Poco más de la mitad de las mujeres con cuatro o cinco hijos(as) y más declaró un número ideal de hijos e hijas igual a su paridad. Cabe señalar que poco más de cuatro de cada diez mujeres con tres hijos desean una familia más numerosa, en tanto que casi la mitad de las mujeres con cinco o más descendientes (48.9%) 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 tres y cuatro (29.4% y 23.8%, respectivamente); sin embargo, una de cada cinco mujeres (21.8%) declaró un ideal de familia con cinco hijos(as) o más. Cabe señalar que sólo 1.2 por ciento de las mujeres declaró que su ideal era no tener descendencia.

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

Paridad	Número ideal de hijos/as					
	0	1	2	3	4	5 y más
Total	1.2	2.6	21.2	29.4	23.8	21.8
0*	0.8	2.5	34.0	35.4	15.8	11.6
1	1.3	6.7	30.6	44.3	12.5	4.6
2	0.7	2.1	35.1	32.4	20.9	8.8
3	1.0	3.4	8.3	43.1	27.6	16.7
4	2.4	0.0	12.5	9.8	56.3	19.0
5 y más	1.3	0.9	14.7	14.3	17.7	51.1

* Menos de 100 casos en muestra.

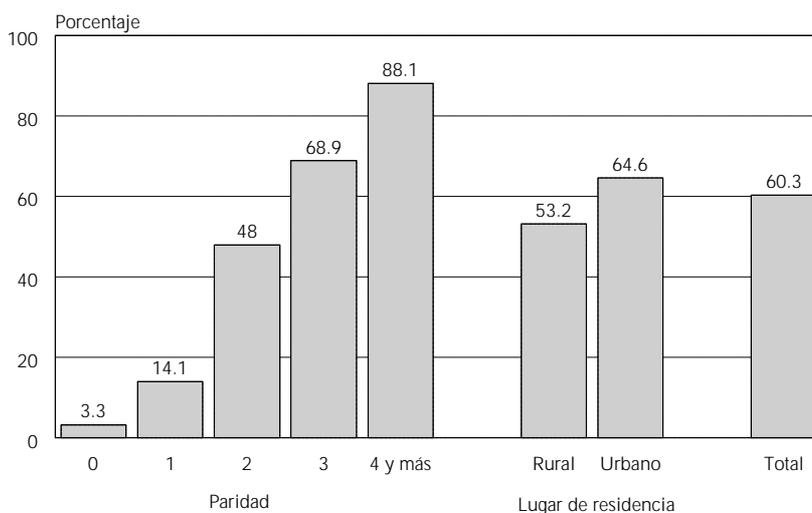
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Deseo de más hijos o hijas

En Durango la mayoría de las mujeres unidas en edad fértil (60.3%) se encuentra con paridad satisfecha debido a que expresa su deseo de ya no tener más hijos(as) (véase gráfica 10). Sin embargo, esta proporción es once puntos porcentuales mayor en el ámbito urbano que en el rural (64.6% y 53.2%, respectivamente).

Las mujeres con menos de dos hijos(as) en su mayoría desean ampliar el tamaño de su descendencia. En contraste, entre las que ya han tenido dos hijos, cerca de la mitad ya no desean incrementar su paridad, proporción que asciende a casi siete y nueve de cada diez entre aquellas con paridades mayores.

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



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

3 Práctica anticonceptiva

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

Conocimiento de métodos anticonceptivos

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

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

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

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

Características	1992	1997
Total	94.1	98.5
Grupo de edad		
15-19	88.1	96.4
20-24	93.0	98.3
25-29	97.9	99.4
30-34	97.5	98.9
35-39	96.4	99.1
40-44	95.6	98.9
45-49	95.1	100.0
Paridad		
0	89.8	97.3
1	94.7	98.0
2	97.6	100.0
3	99.1	99.4
4 y más	95.0	98.9
Escolaridad		
Sin escolaridad	69.5*	-
Primaria incompleta	92.0	97.5
Primaria completa	94.4	98.0
Secundaria y más	97.0	99.6
Lugar de residencia		
Rural	87.2	96.2
Urbano	98.1	99.6

* Menos de 100 casos en muestra.

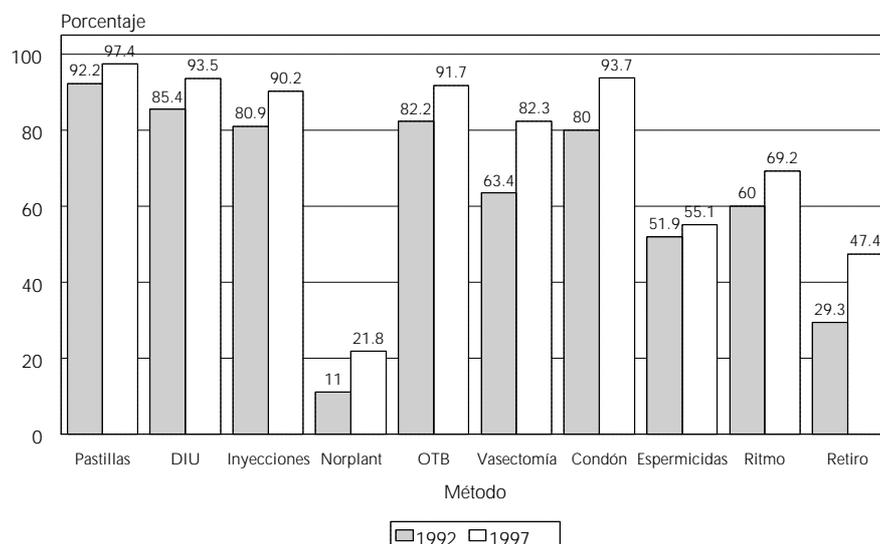
- Tamaño de muestra insuficiente.

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

La pastilla ha sido, desde el inicio de la difusión de la planificación familiar en México, el método anticonceptivo más conocido y en Durango continúa siendo el más popular: 92.2 por ciento de las mujeres conocía o había oído hablar de ellas, en 1992, y en 1997 este porcentaje ascendió a 97.4 (véase gráfica 11). Después de la pastilla, los métodos más conocidos fueron, en el último año bajo observación, el condón (93.7%), el dispositivo intrauterino (DIU) (93.5%), la oclusión tubaria bilateral (OTB) o esterilización femenina (91.7%), las inyecciones (90.2%) y la vasectomía (82.3%).

En los años de referencia, se observaron cambios significativos en el conocimiento de los distintos métodos, destacando entre ellos los métodos masculinos, como la vasectomía, el retiro y el condón, ya que el porcentaje de mujeres que declaró conocerlos aumentó 18.9, 18.1 y 13.7 puntos porcentuales, respectivamente (véase cuadro 4).

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



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

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

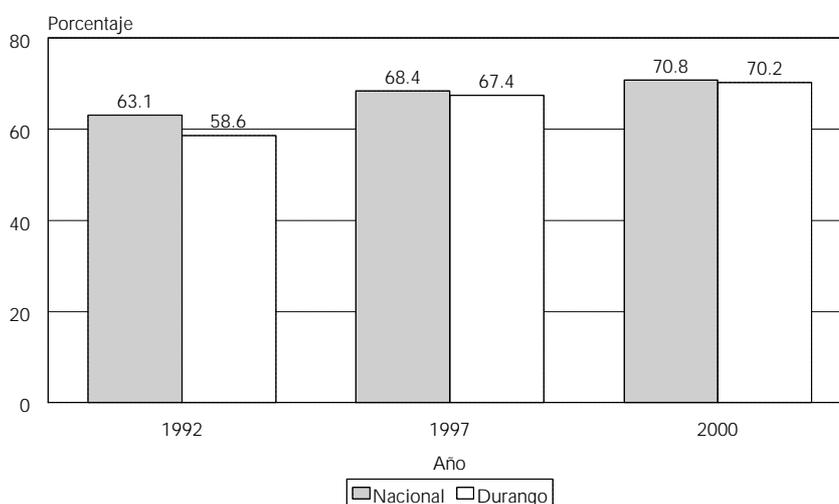
Método	1992			1997		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	92.2	85.4	96.3	97.4	94.8	98.7
DIU	85.4	74.8	91.7	93.5	88.5	95.9
Inyecciones	80.9	72.5	85.9	90.2	86.5	92.0
Norplant	11.0	4.6	14.8	21.8	15.5	24.9
OTB	82.2	71.1	88.8	91.7	85.6	94.7
Vasectomía	63.4	47.5	72.9	82.3	68.7	89.1
Condomes	80.0	64.8	89.0	93.7	86.3	97.4
Espermicidas	51.9	38.4	60.0	55.1	36.7	64.3
Ritmo	60.0	40.7	71.5	69.2	52.0	77.7
Retiro	29.3	19.5	35.2	47.4	30.1	56.0

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

Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos

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

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

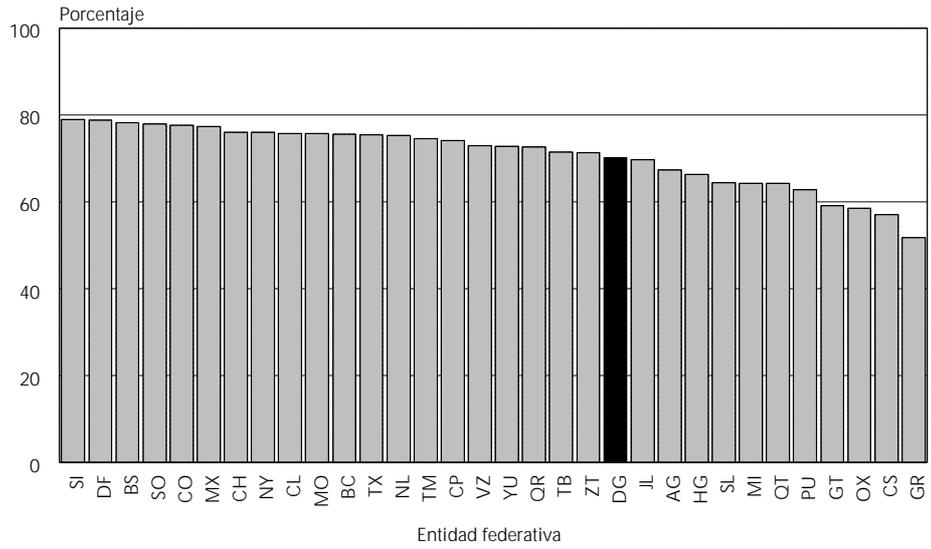


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

En el estado de Durango, el porcentaje de mujeres casadas o unidas que hacía uso de alguna forma de regulación de su fecundidad fue de 58.6 en 1992, esta cifra ascendió a 67.4 por ciento en 1997 y se estima que en el 2000 fue de 70.2 por ciento, cifra ligeramente menor que la nacional (véase gráfica 13).

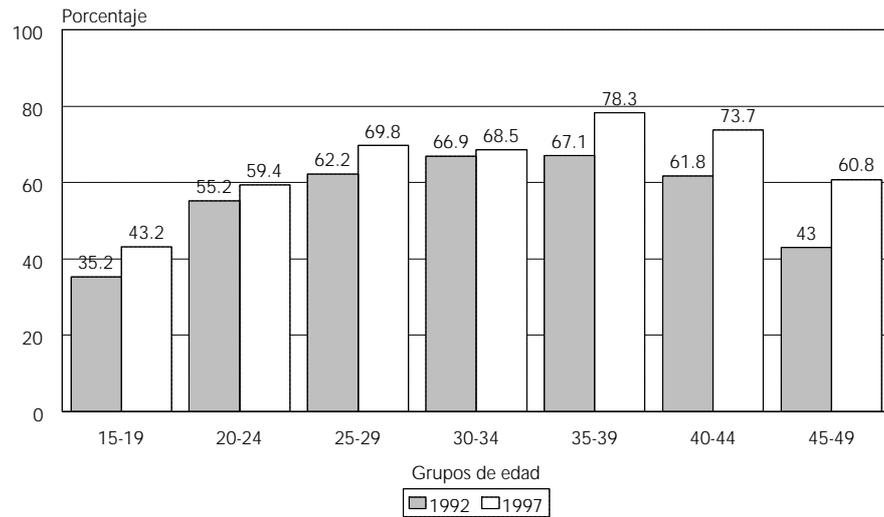
Estos resultados sugieren avances importantes en el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres de Durango, que se evidencian al desagregar algunas variables sociodemográficas en el quinquenio 1992-1997 (véase cuadro 5). En este periodo, la prevalencia anticonceptiva se incrementó en todos los grupos de edad, destacando las mujeres mayores de 35 años, ya que el aumento fue de alrededor de once puntos porcentuales entre los grupos 35-39 y 40-44 años, y de cerca de 18 puntos para las mujeres que estaban al final de su vida reproductiva. En 1997, los mayores niveles de uso se presentaron entre las mujeres de 35 a 44 años de edad; a esas edades alrededor de tres cuartas partes de las mujeres utilizaban algún método para regular su fecundidad (véase gráfica 14). Respecto a la paridad, destaca el bajo nivel de uso que registran las mujeres con paridad cero, ya que en 1997 sólo una de cada seis utilizaba algún método para regular su fecundidad. Asimismo, cabe resaltar el incremento de 13.3 y 9.7 puntos porcentuales entre las mujeres con tres y cuatro hijos y más, respectivamente.

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



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

El rezago social también condiciona la práctica anticonceptiva. En 1997, los menores niveles de uso se observaron entre las que residían en localidades rurales (56.6%) y entre las mujeres con primaria incompleta (57.5%). Cabe mencionar que el mayor aumento en la prevalencia anticonceptiva, observado entre 1992 y 1997, se registró en los grupos más rezagados, por lo que la brecha entre las mujeres rurales y las urbanas mostró una ligera reducción, así como entre los grupos de escolaridad extremos (véase cuadro 5).

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

Características	1992	1997
Total	58.6	67.4
Grupo de edad		
15-19*	35.2	43.2
20-24	55.2	59.4
25-29	62.2	69.8
30-34	66.9	68.5
35-39	67.1	78.3
40-44	61.8	73.7
45-49	43.0	60.8
Paridad		
0*	8.7	16.5
1	57.0	60.2
2	68.7	72.4
3	62.8	76.1
4 y más	61.3	71.0
Escolaridad		
Sin escolaridad	-	-
Primaria incompleta	49.2	57.5
Primaria completa	60.1	69.1
Secundaria y más	70.4	73.1
Lugar de residencia		
Rural	44.9	56.6
Urbano	67.9	73.9

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Estructura de uso de métodos anticonceptivos

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

La estructura de uso de métodos que se observó en Durango en 1997 muestra algunas diferencias con el patrón nacional, ya que si bien la OTB y el DIU aparecieron como los métodos más usados por las mujeres en edad fértil (43.4% y 21.2%, respectivamente), la pastilla siguió teniendo un peso relativo importante y representó el tercer método más utilizado (15%), seguida por los métodos naturales (8.9%). A pesar de la importancia relativa de la pastilla en la mezcla de métodos, es importante señalar que, entre 1992 y 1997, ésta redujo su participación en 9.4 puntos porcentuales, en tanto que el uso de los métodos naturales se mantuvo constante. Por el contrario, la OTB y el DIU incrementaron su participación en la estructura de uso en 2.7 y 5.3 puntos porcentuales, respectivamente (véase cuadro 6).

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

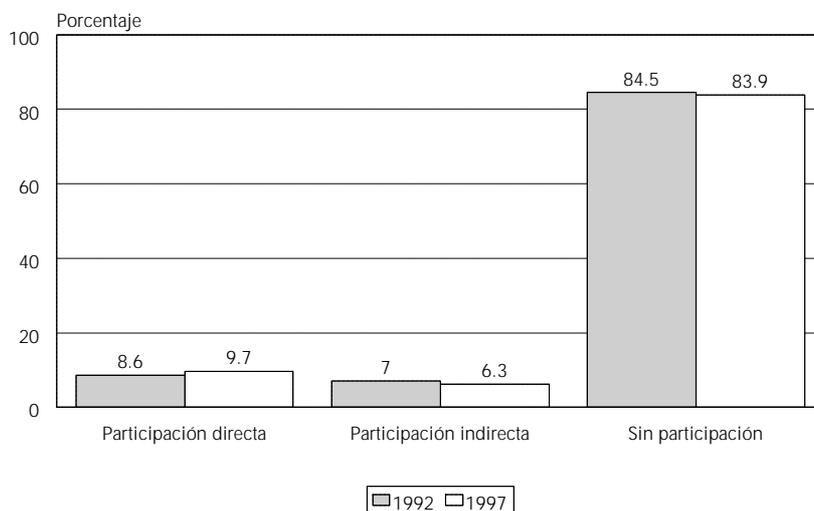
Método	1992			1997		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	24.4	33.5	20.6	15.0	17.2	14.0
DIU	15.9	12.0	17.6	21.2	22.4	20.7
Inyecciones	3.6	2.9	3.9	4.9	4.3	5.1
Norplant	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	0.0
Locales	0.6	0.8	0.5	0.1	0.0	0.1
Condomes	5.7	4.1	6.3	5.6	5.0	5.8
OTB	40.7	40.2	40.9	43.4	41.7	44.1
Vasectomía	0.3	0.5	0.2	1.0	0.2	1.3
Naturales	8.8	6.1	10.0	8.9	8.8	8.9

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

En 1997, tanto en el área rural como en las ciudades predominó el uso de métodos modernos con porcentajes similares (91.2% y 91.1%, respectivamente). Al interior de las localidades rurales los cambios más importantes en la mezcla de métodos fueron: la disminución en la participación de la pastilla (pasó de 33.5% a 17.2%), y el aumento en la participación del DIU (pasó de 12% a 22.4%). En las localidades urbanas cabe destacar la disminución en el porcentaje de mujeres que recurrió a la pastilla para regular su fecundidad (de 20.6% a 14%).

Los métodos anticonceptivos modernos que están disponibles en México son, en su mayoría, para uso de la mujer. Los únicos métodos para el varón son la vasectomía y el condón, mismos que fueron declarados por uno y 5.6 por ciento, respectivamente, de las usuarias de anticonceptivos en Durango. Sin embargo, existen otros medios de regulación de la fecundidad en los cuales los hombres participan en su utilización de manera directa o indirecta, que sumados representan cerca de una de cada seis 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 9.7 por ciento de las usuarias y en el segundo 6.3 por ciento.

Gráfica 15.
Durango: 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.

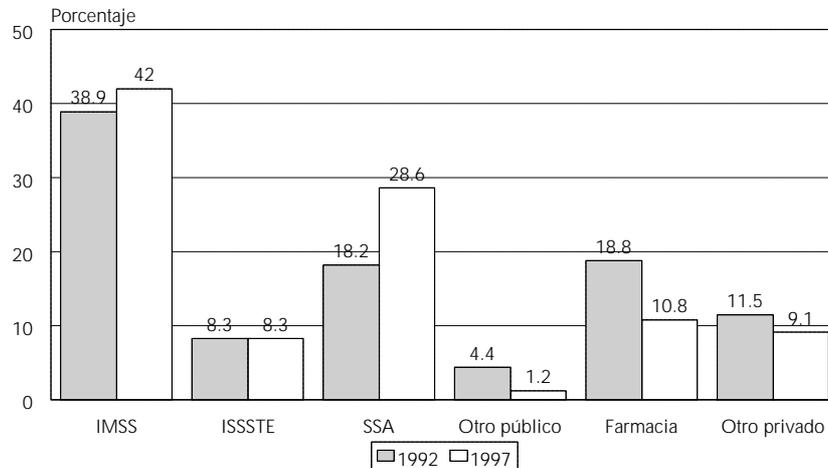
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

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 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 Durango ganaron terreno como fuentes de obtención de métodos anticonceptivos, al pasar de 69.8 por ciento en 1992 a 80.1 en 1997 (véase gráfica 16). Al igual que a escala nacional, un menor porcentaje de usuarias de anticonceptivos recurre al sector privado de la entidad, que comprende principalmente farmacias (10.8%) y consultorios y hospitales privados (9.1%). Entre las instituciones del Sector Salud destaca el IMSS, el cual atendió poco más de dos quintas partes (42%) del total de mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos, y la SSA, que atendió a cerca de tres de cada diez usuarias (28.6%).

Gráfica 16.
Durango: 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.

En el área rural, el IMSS fue la principal fuente de obtención de métodos anticonceptivos, tanto en 1992 como en 1997, aunque cabe destacar que el notable incremento experimentado por la Secretaría de Salud trajo como consecuencia que en 1997 ambas instituciones tuvieran un peso relativo similar en esta zona (véase cuadro 7). En el ámbito urbano, las farmacias perdieron importancia frente al IMSS durante el periodo 1992-1997; el IMSS atendió en 1997 a 41.5 por ciento de las usuarias urbanas de métodos modernos mientras que el sector privado y la SSA atendieron, en cada caso a 23.3 por ciento de las usuarias.

Cuadro 7.
Durango: 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	38.9	40.4	38.2	42.0	43.2	41.5
ISSSTE	8.3	5.2	9.7	8.3	3.3	10.5
SSA	18.2	26.2	14.6	28.6	40.5	23.3
Otro público	4.4	2.6	5.2	1.2	0.8	1.3
Farmacia	18.8	15.7	20.1	10.8	4.7	13.5
Otro	11.5	9.8	12.2	9.1	7.4	9.8

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 alrededor de nueve de cada diez usuarias de DIU y de la operación femenina (véase cuadro 8). Asimismo, seis de cada diez usuarias de hormonales y poco más de la mitad de las de condones acudieron a este sector para su obtención.

Cuadro 8.
Durango: 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	80.1	19.9
Pastillas	60.3	39.7
DIU	90.5	9.5
Inyecciones*	62.4	37.6
Condomes*	53.8	46.2
OTB	86.8	13.2

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Anticoncepción posparto

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

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

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

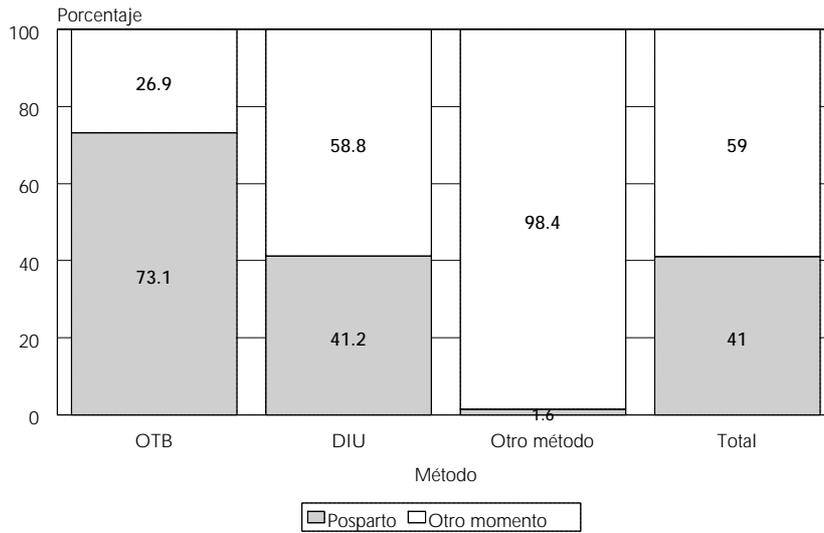
La importancia de estos programas en Durango, se manifiesta en el hecho de que 41 por ciento de las mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos en 1997 inició el uso del método en el periodo posparto de su último hijo nacido vivo (véase gráfica 17). Asimismo, más de siete de cada diez usuarias de la OTB (73.1%) y cuatro de cada diez usuarias de DIU (41.2%) comenzaron el uso del método en ese mismo periodo.

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

En Durango, ocho de cada diez 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 cerca de siete de cada diez reportaron que les ofrecieron algún método para cuando su embarazo terminara (véase gráfica 18).

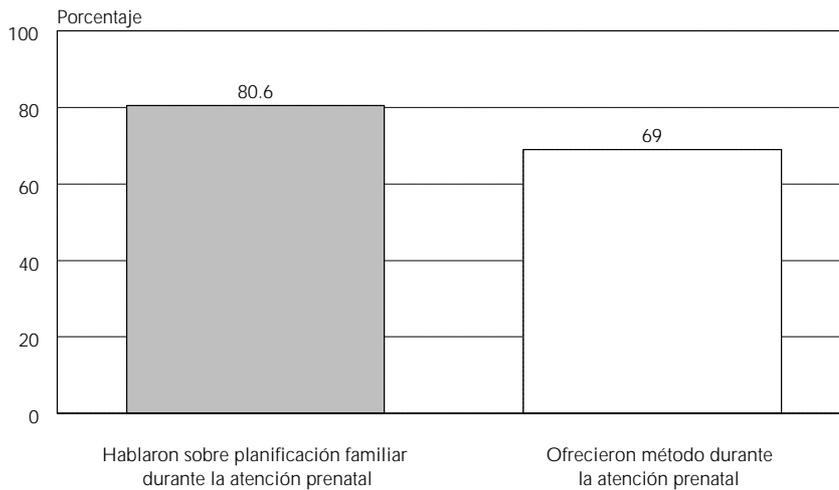
⁷ Se consideró que una mujer adoptó un método en el periodo posparto cuando inició el uso de un método moderno en el mes y año en el que ocurrió el nacimiento de su último hijo nacido vivo.

Gráfica 17.
Durango: 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.
Durango: porcentaje de mujeres atendidas
en el sector público que recibió información sobre planificación familiar
durante la atención prenatal (último o penúltimo nacimiento), 1994-1997



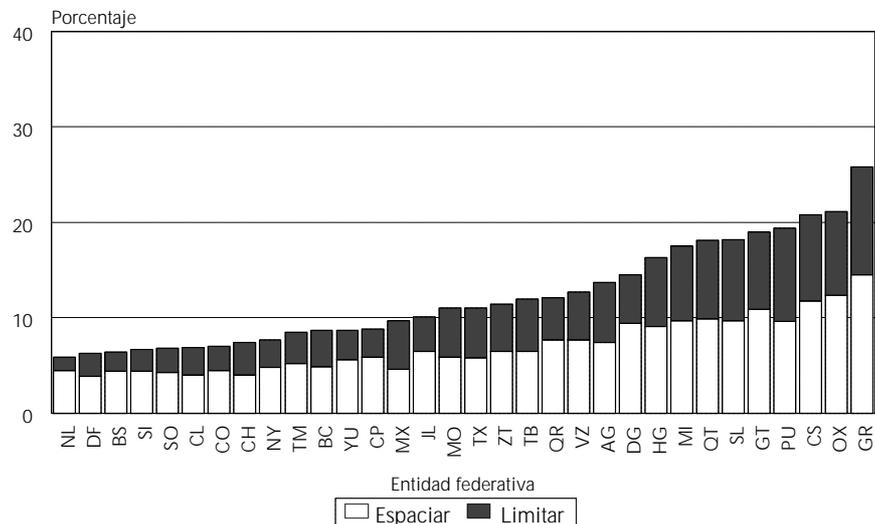
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos

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

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en Durango, para el año 1997, fue del orden de 14.6 por ciento, lo que ubicó a la entidad entre los doce estados con el mayor nivel de demanda insatisfecha (véase gráfica 19).

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



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

El comportamiento de la demanda insatisfecha por grupos de edad da cuenta de que en Durango las mujeres jóvenes presentaban valores muy elevados en este indicador en 1997: 33.7 y 22.3 por ciento de las mujeres unidas de 15 a 19 y de 20 a 24 años de edad, respectivamente, en tanto que esta situación era casi inexistente entre las mujeres de mayor edad (4.9% para el grupo 45-49). Con respecto a la paridad, los mayores niveles de demanda insatisfecha se encontraban entre las mujeres con paridad uno (22.9%), en tanto que una de cada diez mujeres con tres hijos(as) se encontraba en esa situación (véase cuadro 9).

Cuadro 9.
Durango: 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	67.4	30.4	37.0	14.6	9.4	5.1	7.7	8.5	1.9
Edad quinquenal									
15-19*	43.2	43.2	0.0	33.7	33.7	0.0	22.1	0.0	1.0
20-24	59.4	53.5	5.9	22.3	18.6	3.7	14.4	0.7	3.2
25-29	69.8	53.2	16.6	14.7	12.5	2.3	9.6	1.5	4.4
30-34	68.5	30.9	37.6	15.8	9.0	6.8	8.0	5.3	2.4
35-39	78.3	18.8	59.5	11.8	3.9	8.0	4.5	4.8	0.6
40-44	73.7	7.2	66.4	8.5	1.3	7.2	1.4	16.5	0.0
45-49	60.8	4.2	56.6	4.9	0.5	4.4	1.0	33.4	0.0
Paridad									
0*	16.5	16.5	0.0	10.7	10.7	0.0	56.9	15.0	0.9
1	60.2	56.1	4.1	22.9	21.6	1.2	9.4	3.8	3.7
2	72.4	52.0	20.4	15.8	11.1	4.7	7.1	4.2	0.5
3	76.1	24.2	51.9	10.3	8.4	1.9	3.6	6.4	3.6
4 y más	71.0	12.3	58.7	13.0	3.5	9.6	1.8	13.1	1.0
Escolaridad									
Sin escolaridad	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	57.5	16.5	41.0	18.9	9.2	9.7	6.3	16.1	1.3
Primaria completa	69.1	26.6	42.5	16.3	11.6	4.6	6.0	6.8	1.8
Secundaria y más	73.1	42.2	30.8	10.0	7.6	2.5	9.6	4.9	2.4
Lugar de residencia									
Urbano	73.9	31.9	42.0	9.6	6.2	3.5	6.9	7.1	2.5
Rural	56.6	27.9	28.8	22.7	14.8	7.8	8.9	10.9	0.9

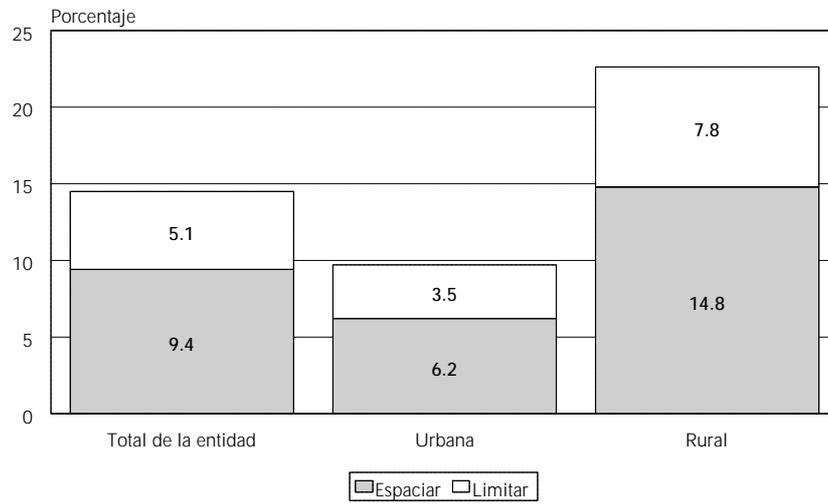
* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

El rezago social condiciona fuertemente la satisfacción de las necesidades de métodos anti-conceptivos. Las mayores brechas entre las intenciones reproductivas y las prácticas de regulación de la fecundidad se presentaron entre las mujeres que residían en localidades rurales (22.7%) (véase gráfica 20), así como entre aquellas con bajos niveles de escolaridad (18.9 para las que no terminaron la primaria).

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



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

4 Salud materna

Nivel de la mortalidad materna

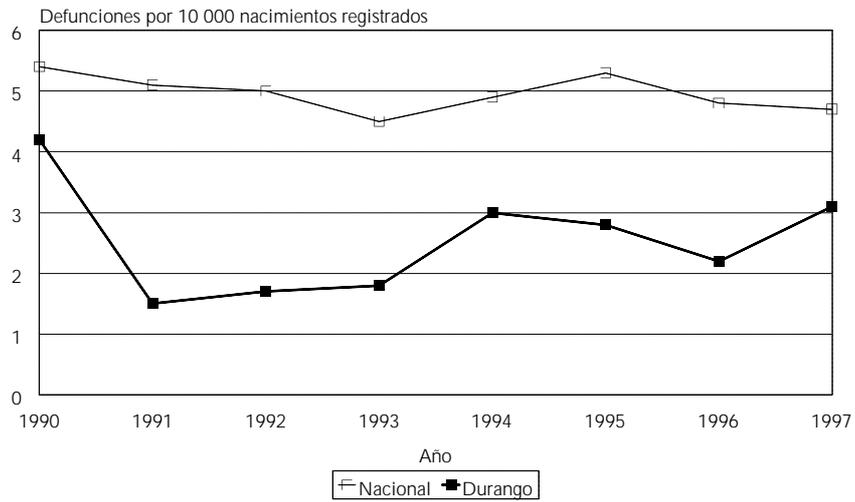
La muerte ocasionada por problemas relacionados con el embarazo, el parto y puerperio constituye una de las principales causas de defunción entre las mujeres en edad fértil. En México, la mortalidad materna es reconocida como un problema social y de salud pública. La mayoría de las muertes maternas podría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

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

Entre 1990 y 1997, la tasa de mortalidad materna en Durango presentó un comportamiento irregular (véase gráfica 21). La tasa estatal registrada en 1997 fue de 3.1 muertes por diez mil nacimientos registrados, esto es, 1.6 puntos menos que la registrada en el conjunto nacional, lo que ubicó a Durango en el sexto menor nivel de mortalidad materna.

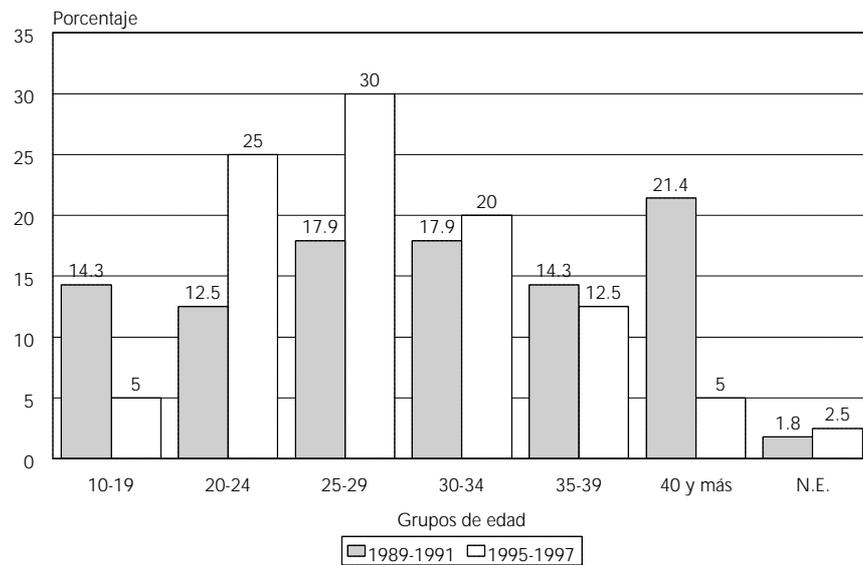
En el periodo 1989-1991, se registraron en Durango 56 defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, las cuales descendieron a 40 en el periodo 1995-1997. Las muertes maternas se concentran en los grupos de edad que más aportan a la fecundidad (véase gráfica 22). Tres de cada cuatro mujeres que murieron entre 1995 y 1997 por causas asociadas al embarazo tenían entre 20 y 34 años de edad, una de cada ocho tenía entre 35 y 39 años y una de cada diez muertes maternas correspondieron a uno de los dos grupos de edad extremos (menores de 20 y mayores de 40 años).

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



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

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



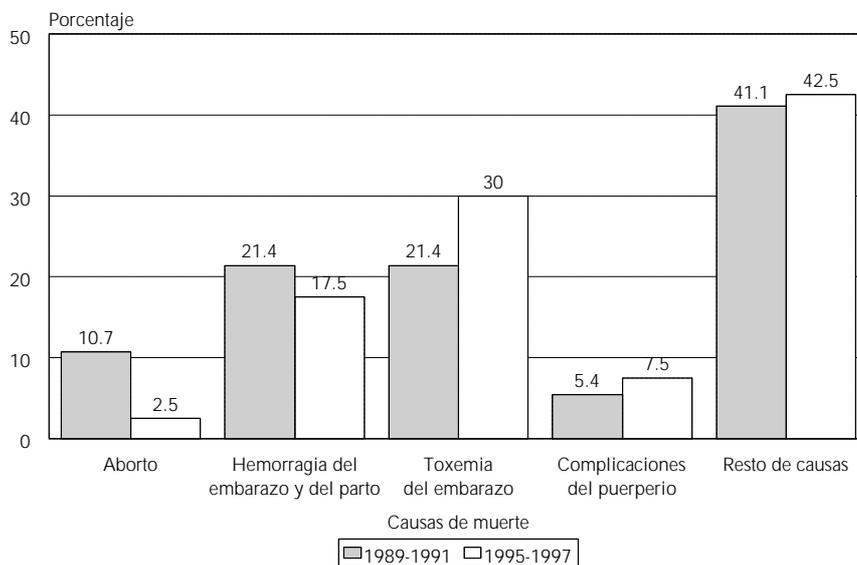
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

Causas de mortalidad materna

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

En Durango, la toxemia del embarazo fue la principal causa de muerte materna, presentando un aumento importante en los años noventa, al pasar de una de cada cinco en el periodo 1989-1991 a tres de cada diez en el periodo 1995-1997 (véase gráfica 23). Las hemorragias del embarazo y del parto fueron la segunda causa en importancia y su peso relativo tuvo una ligera disminución, al pasar de una de cada cinco defunciones a casi una de cada seis en los periodos bajo observación. Las complicaciones del puerperio pasaron de una de cada 20, a una de cada 13 defunciones y fueron la tercera causa de muerte materna. Las complicaciones del aborto, la cuarta causa en importancia, presentaron una importante disminución, al pasar de una de cada diez defunciones entre 1989-1991 a una de cada 40 en el último periodo analizado.

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



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

Aborto

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

En Durango, los datos de las encuestas sociodemográficas indican que la experiencia del aborto no ha disminuido en los últimos años. En 1992, 18.4 por ciento de las mujeres alguna vez embarazadas había experimentado un aborto, mientras que en 1997 la proporción fue de 20.8 por ciento.

5 Atención a la mujer embarazada

Atención prenatal

En la mayoría de los casos, el embarazo es un proceso que transcurre sin complicaciones. Existen, sin embargo, condiciones de la madre y del feto que si no se detectan y tratan de manera oportuna y adecuada, pueden poner en riesgo la salud e incluso la vida tanto de la madre como del hijo. 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, 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, y su cobertura 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 Durango, 92.7 por ciento de las mujeres tuvo alguna revisión durante el embarazo del último y penúltimo hijo nacido vivo entre 1994 y 1997 y la proporción de mujeres que acudió con un médico para recibir esta atención fue de 87.9 por ciento (véase cuadro 10).

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

	Tipo de agente que brinda la atención prenatal			
	Médico	Enfermera/auxiliar/ promotora de salud	Partera o comadrona	Sin revisión
Total	87.9	2.1	2.7	7.3
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	87.1	2.3	3.5	7.0
20-34	89.5	1.9	2.7	5.9
35-49*	78.7	3.5	0.9	16.9
Orden de nacimiento				
1	92.7	2.0	1.7	3.6
2	94.8	0.6	1.5	3.1
3	87.7	2.8	3.1	6.4
4 o más	76.9	3.4	4.2	15.5
Escolaridad				
Sin escolaridad	-	-	-	-
Primaria incompleta	69.1	5.5	6.6	18.7
Primaria completa	87.3	2.9	3.4	6.5
Secundaria y más	96.9	0.3	0.4	2.4
Lugar de residencia				
Urbano	94.7	1.2	2.1	2.0
Rural	79.0	3.4	3.4	14.2

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

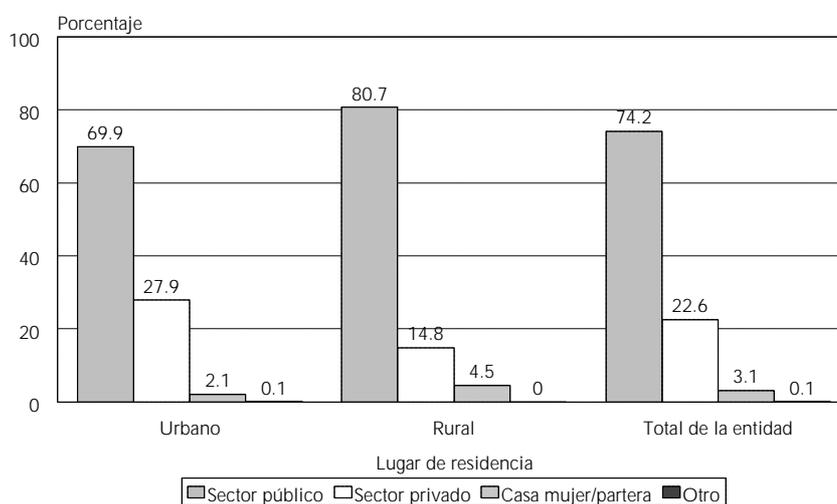
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

El mayor porcentaje de mujeres que no recibe atención prenatal corresponde a aquellas que no terminaron la primaria (18.7%), las que tienen 35 años de edad o más (16.9%), las que tienen cuatro o más hijos(as) (15.5%) y las mujeres que viven en el medio rural (14.2%). En contraste, los mayores porcentajes de mujeres que acuden con un médico se registran en el grupo de mujeres con secundaria y más (96.9%) y entre las que viven en localidades urbanas (94.7%). 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 74.2 por ciento de las mujeres embarazadas que solicitaron atención; el sector privado atendió a 22.6 por ciento; y 3.1 por ciento se atendió en casa. El mayor porcentaje de usuarias del sector público se localizó en las localidades rurales (80.7%).

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



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

Inicio de la atención prenatal

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

En Durango, el porcentaje de mujeres que inició con oportunidad la revisión prenatal, del total que tuvo este tipo de atención, ascendió a 73.8 por ciento; 22.2 por ciento inició en el segundo trimestre; y cuatro por ciento en el tercero (véase cuadro 11). El nivel de escolaridad de la mujer se asocia directamente con el inicio oportuno: mientras que poco más de la mitad de las mujeres con primaria incompleta inició la revisión del embarazo en el primer trimestre, la proporción ascendió a ocho de cada diez entre aquellas con secundaria y más. Asimismo, el inicio oportuno fue mayor entre las residentes de zonas urbanas.

Cuadro 11.
Durango: 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	73.8	22.2	4.0
Edad de la madre al nacimiento del hijo			
12-19	70.1	25.1	4.9
20-34	75.6	20.9	3.4
35-49*	66.3	26.8	6.9
Escolaridad			
Sin escolaridad	-	-	-
Primaria incompleta	55.8	34.8	9.4
Primaria completa	73.1	22.8	4.1
Secundaria y más	80.9	17.6	1.6
Lugar de residencia			
Urbano	76.0	21.4	2.6
Rural	70.3	23.5	6.2

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

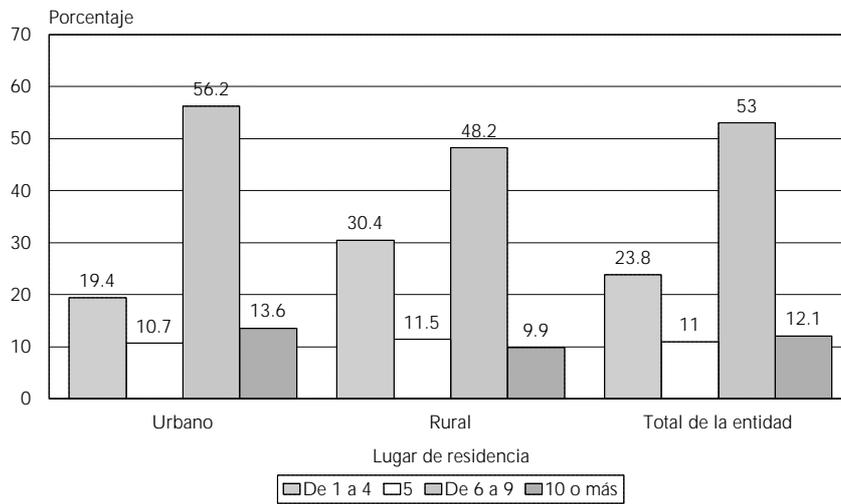
Intensidad y calidad de la atención prenatal

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 Durango, las mujeres embarazadas recibieron, en promedio, 6.9 consultas (7.2 en las zonas urbanas y 6.4 en las zonas rurales). Sin embargo, cabe destacar que 23.8 por ciento de estas mujeres recibió cuatro o menos consultas prenatales, elevándose esta proporción a 30.4 entre las residentes de localidades rurales (véase gráfica 25).

La calidad de los servicios de la atención prenatal está determinada, en buena medida, por el tipo de acciones y exámenes que se realizan durante la consulta. Entre ellas destacan el control del peso y la presión arterial de la mujer embarazada y la aplicación de la vacuna contra el tétanos. Al respecto, conviene señalar que a 94.4 por ciento de las mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal por algún agente de salud se le tomó la presión arterial; a 94.2 por ciento se le pesó; y a 89.6 por ciento se le aplicó la vacuna contra el tétanos (véase gráfica 26). Estos valores ubican al estado de Durango por encima de las cifras nacionales (91.4% para el peso, 92.3% para la presión, y 80.2% de vacunación).

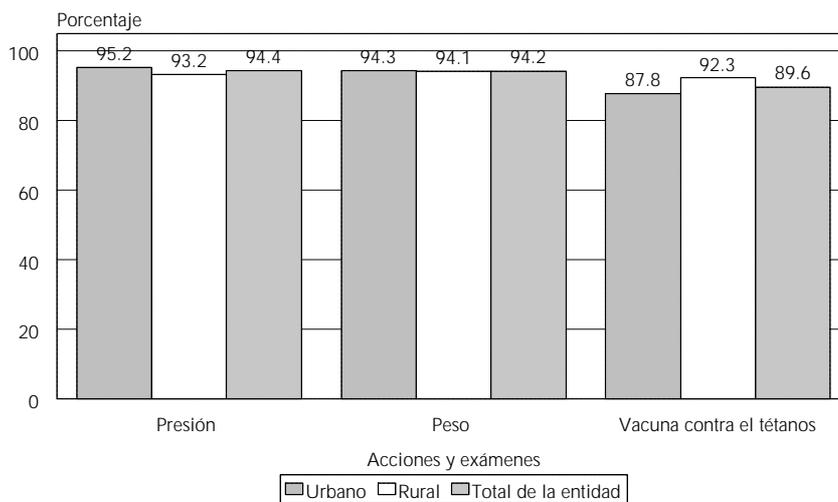
Es importante señalar que si bien el porcentaje de mujeres que recibió servicios prenatales de calidad es ligeramente mayor en el ámbito urbano que en el rural, las diferencias entre ambos contextos no son acentuadas. En el caso de la aplicación de la vacuna contra el tétanos, como era de esperarse, son las mujeres que residen en áreas rurales las que recibieron con mayor frecuencia esta medida de salud (92.3% contra 87.8% en áreas urbanas).

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



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

Gráfica 26.
Durango: porcentaje de últimos y penúltimos hijos nacidos vivos
a cuyas madres les fueron practicadas acciones y exámenes de salud
durante las revisiones prenatales, por lugar de residencia, 1994-1997



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

Atención del parto

Para elevar el nivel de salud reproductiva de la población, resulta de vital importancia la atención del parto en condiciones higiénicas y con personal capacitado. Asimismo, la falta de disponibilidad de los recursos médico-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. En Durango, 86.4 por ciento de los partos fueron atendidos por un médico, lo que denota lo avanzado que se encuentra este estado en el proceso de medicalización de la atención obstétrica (véase cuadro 12).

Cuadro 12.
Durango: 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	86.4	3.3	8.2	2.0
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	84.2	5.7	9.2	0.9
20-34	89.2	2.2	6.8	1.7
35-49*	72.0	6.7	15.7	5.6
Orden de nacimiento				
1	93.8	2.4	3.2	0.6
2	90.9	3.4	4.4	1.2
3	90.3	1.4	5.8	2.5
4 o más	72.4	4.8	18.7	4.0
Escolaridad				
Sin escolaridad	-	-	-	-
Primaria incompleta	71.1	5.4	20.3	3.2
Primaria completa	88.7	3.3	7.0	1.0
Secundaria y más	94.2	2.3	2.2	1.3
Lugar de residencia				
Urbano	93.5	2.3	3.8	0.4
Rural	77.2	4.7	14.0	4.2

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Los porcentajes más bajos de mujeres que atendieron su parto con un médico lo registran aquéllas con primaria incompleta (71.1% contra 94.2% de las que tenían estudios de secundaria o más), las madres de 35 años o más (72% contra 89.2% de las que tenían entre 20 y 34 años); las mujeres con cuatro hijos o más (72.4% contra 93.8% de las primíparas); y las mujeres que residían en localidades rurales (77.2% contra 93.5% de las urbanas)

Lugar de atención del parto

En estrecha relación con el agente que atendió el parto, 89.6 por ciento de los partos ocurridos en el periodo de referencia se atendieron en una institución de salud: poco más de cuatro de cada diez acudió al IMSS, cerca de una de cada cuatro se atendió en la Secretaría de Salud y 15 por ciento lo hizo en una institución privada (véase cuadro 13).

El estrato socioeconómico marca pautas distintas en la utilización de los servicios de salud. Poco más de cuatro de cada diez mujeres con primaria completa o más acudieron al IMSS; mientras que las mujeres con menores niveles de escolaridad utilizaron más a menudo los servicios de la Secretaría de Salud y del IMSS (30.9% y 29.4%, respectivamente), así como la atención del parto en casa (22.9%). Los servicios privados fueron utilizados con mayor frecuencia por las mujeres de mayor escolaridad.

En el medio urbano, las opciones más utilizadas para la atención del parto fueron el IMSS (46.4%), la SSA (20.7%) y el sector privado (15.8%). En el ámbito rural la mayoría de los partos fue atendida por el IMSS (36.1%), siguiendo en orden de importancia la SSA (26.2%) y la atención en casa de la partera o de la mujer (17.5%).

Cuadro 13.
Durango: 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	ISSSTE	SSA	Otras públicas	Sector privado	Casa partera/mujer	Otro lugar/no especificado
Total	42.0	6.9	23.0	2.7	15.0	9.7	0.7
Escolaridad							
Sin escolaridad	-	-	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	29.4	1.5	30.9	3.4	9.3	22.9	2.6
Primaria completa	45.5	1.8	26.5	4.2	13.7	8.1	0.3
Secundaria y más	45.6	13.0	18.2	1.4	18.6	3.0	0.2
Lugar de residencia							
Urbano	46.4	10.3	20.7	2.5	15.8	3.9	0.5
Rural	36.1	2.4	26.2	2.9	13.9	17.5	1.0

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Tipo de parto

En Durango, durante el periodo 1994-1997, uno de cada cinco alumbramientos (21.8%) se resolvió mediante la operación cesárea, valor por debajo del registrado en el país en su conjunto (26.5%) y el séptimo nivel más bajo del país (véase cuadro 14).

De los nacimientos que se atendieron en el IMSS, 24.2 por ciento se resolvieron mediante la operación cesárea; en el sector privado esta cifra ascendió a 21.4 por ciento; y en la Secretaría de Salud a 18.5 por ciento. Cabe señalar que las normas de salud establecen que este tipo de intervención no debe ser mayor de 20 por ciento de los partos atendidos.

Cuadro 14.
Durango: 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	78.2	21.8
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
12-19	87.4	12.6
20-34	76.5	23.5
35-49*	74.8	25.2
Lugar de atención del parto		
IMSS/IMSS-Sol	75.8	24.2
SSA	81.5	18.5
Otras públicas*	54.6	45.4
Sector privado	78.6	21.4
Lugar de residencia		
Urbano	73.0	27.0
Rural	84.9	15.1

* Menos de 100 casos en muestra.

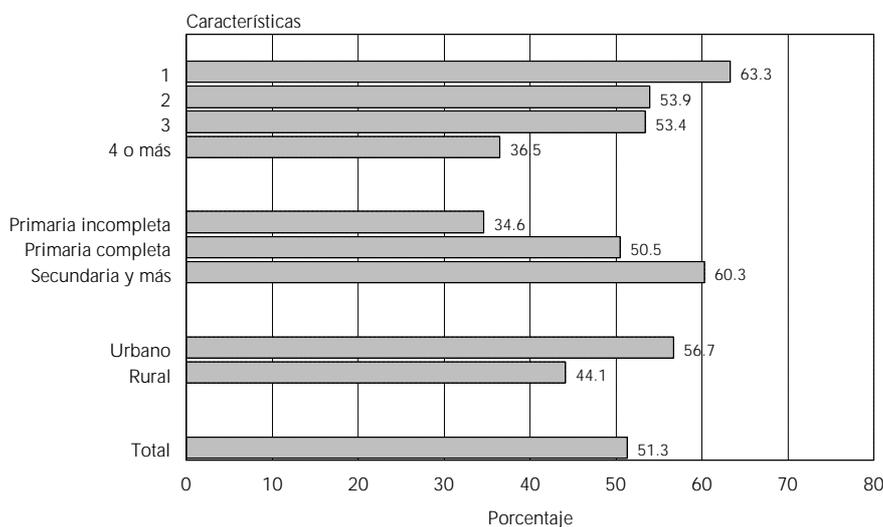
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

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, así como la planificación familiar. A escala nacional, la vigilancia del puerperio es una práctica que no muestra la frecuencia o intensidad esperadas, pues acudió sólo 59.1 por ciento de las mujeres que tuvieron sus hijos entre 1994 y 1997.

En el estado de Durango, el porcentaje de mujeres que acudió a revisión durante el puerperio (51.3%), fue menor que el promedio nacional y se ubicó como el quinto estado con la menor proporción en este renglón. Las mujeres que con menor frecuencia utilizaron este servicio fueron las de paridades altas (36.5% de las mujeres con cuatro hijos(as) o más contra 63.3% de las primíparas); aquellas con primaria incompleta (34.6% a diferencia de 60.3% de las mujeres con secundaria y más); y las que residían en localidades rurales (44.1% en tanto que 56.7% de las que habitaban en áreas urbanas acudieron a revisión durante el puerperio) (véase gráfica 27).

Gráfica 27.
Durango: 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. 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 recién nacidos fue amamantado y la duración mediana de la lactancia, es decir, la edad en que la mitad de los niños ya han sido destetados, 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). Estos resultados muestran que las diversas medidas instrumentadas por las instituciones del sector salud, entre las que destaca la estrategia del Hospital Amigo del Niño y de la Madre, han logrado incrementar el índice de lactancia, aunque no han logrado revertir la tendencia a que se practique cada vez por periodos más cortos.

Durango presenta el noveno nivel más bajo de niños nacidos entre 1994 y 1997 que recibió lactancia materna (88.6%) y la décima primera duración mediana más corta (7.8 meses) de todo el país (véanse cuadros 15 y 16). Estos resultados indican una incidencia 8.2 por ciento menor y una duración mediana de dos quintas partes de la observada en Oaxaca, que es el estado donde la práctica de la lactancia está más difundida (96.5%) y su duración es más prolongada (18.6 meses).

Con respecto a la edad de la madre, se observó que las adolescentes y las mujeres mayores de 35 años amamantan con menor frecuencia que las mujeres de edades intermedias (20 a 34 años). También se advierte que el porcentaje de niños(as) amamantados aumenta conforme el nivel de escolaridad de la madre es mayor, de tal manera que mientras 84.5 por ciento de los hijos(as) de las mujeres con primaria incompleta fueron amamantados, la frecuencia de amamantamiento entre aquéllos cuyas madres tenían estudios de secundaria o más fue de 91.9 por ciento. Asimismo, la práctica de la lactancia fue ligeramente mayor entre las mujeres atendidas en el sector privado que en el público (91.3% contra 88%).

No se observaron diferencias importantes en el porcentaje de niños y niñas que recibió leche materna según el lugar de residencia (89.3% en el ámbito urbano y 87.6% en el rural); sin embargo, las mujeres que habitan en localidades rurales amamantaron, en promedio, 2.4 meses más a sus hijos que aquéllas residentes en áreas urbanas (9.2 y 6.8 meses, respectivamente).

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

Total		88.6
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
	12-19	86.2
	20-34	89.9
	35-49*	83.6
Escolaridad		
	Sin escolaridad	-
	Primaria incompleta	84.5
	Primaria completa	85.3
	Secundaria y más	91.9
Lugar de atención del parto		
	Sector público	88.0
	Sector privado	91.3
	Casa*	88.5
Lugar de residencia		
	Urbano	89.3
	Rural	87.6

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Cuadro 16.
Durango: 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	3.7	3.4	4.3
Mediana	7.8	6.8	9.2
Tercer cuartil	14.8	12.7	18.1

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

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

Edad de la ablactación

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

La ablactación temprana es una práctica ampliamente difundida en el territorio nacional: dos de cada tres niños que nacieron entre 1994 y 1997 fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad. En Durango, dos de cada tres niños fueron ablactados antes de los cuatro meses; uno de cada cuatro recibió algún alimento diferente a la leche materna dentro del periodo recomendado; y dos de cada cien no recibió oportunamente nutrientes provenientes de otros alimentos ajenos a la leche materna (véase cuadro 17). En esta entidad, la duración mediana de la lactancia exclusiva fue de 3.3 meses, cifra ligeramente mayor a la registrada para el país en su conjunto (3.1).

Tanto en las zonas urbanas como rurales se encontraba muy extendida la práctica de ablactar tempranamente a los niños, con una frecuencia ligeramente mayor en las primeras (67% contra 65.5% en las áreas rurales). La ablactación temprana es una práctica ampliamente difundida entre las mujeres de los diversos niveles de escolaridad. La ablactación tardía es poco frecuente en la entidad, y el mayor porcentaje de mujeres que introdujo alimentos diferentes a la leche materna, después de los ocho meses, se representa entre las mujeres de 35 años y más y con primaria completa (3.2% en cada caso).

Cuadro 17.

Durango: 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				No ha ablactado
	Menos de 2	2 a 3	4 a 7	8 o más	
Total	31.1	35.3	25.6	2.4	5.6
Edad de la madre al nacimiento del hijo					
12-19	30.1	36.9	26.1	0.0	6.9
20-34	28.6	36.1	26.9	2.8	5.6
35-49*	49.9	26.9	16.3	3.2	3.7
Escolaridad					
Sin escolaridad	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	36.4	31.8	22.8	2.9	6.1
Primaria completa	31.1	36.7	24.2	3.2	4.8
Secundaria y más	29.9	35.3	27.3	1.6	5.9
Lugar de residencia					
Urbano	30.4	36.6	25.2	2.1	5.6
Rural	32.0	33.5	26.1	2.7	5.6

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

7 Mortalidad infantil

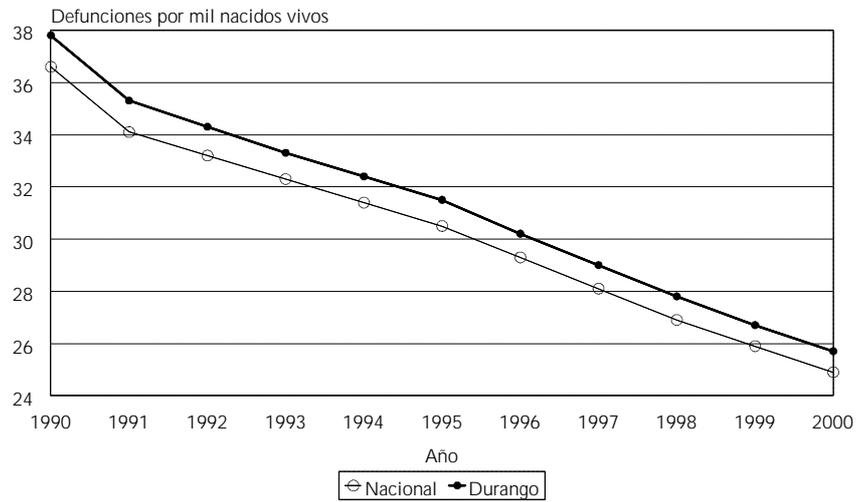
El notable descenso de la mortalidad en México es fiel reflejo de las mejoras en las condiciones generales de vida de la población del país a lo largo del siglo xx. Asociado a este descenso, se registra un importante aumento en la esperanza de vida al nacimiento: en 1930 los hombres vivían, en promedio,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

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

En el estado de Durango, la tasa de mortalidad infantil experimentó un importante descenso al pasar de 37.8 defunciones por cada mil nacidos vivos en 1990 a 25.7 por mil en el 2000 (véase gráfica 28). Esta reducción equivale a evitar 32 por ciento de los decesos, los cuales habrían ocurrido de haberse mantenido el nivel de mortalidad de 1990. En el 2000 la tasa de Durango es 29.8 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. Esta entidad se encuentra entre los 14 estados que registran una mortalidad infantil mayor que la estimada para el conjunto del país (véase gráfica 29).

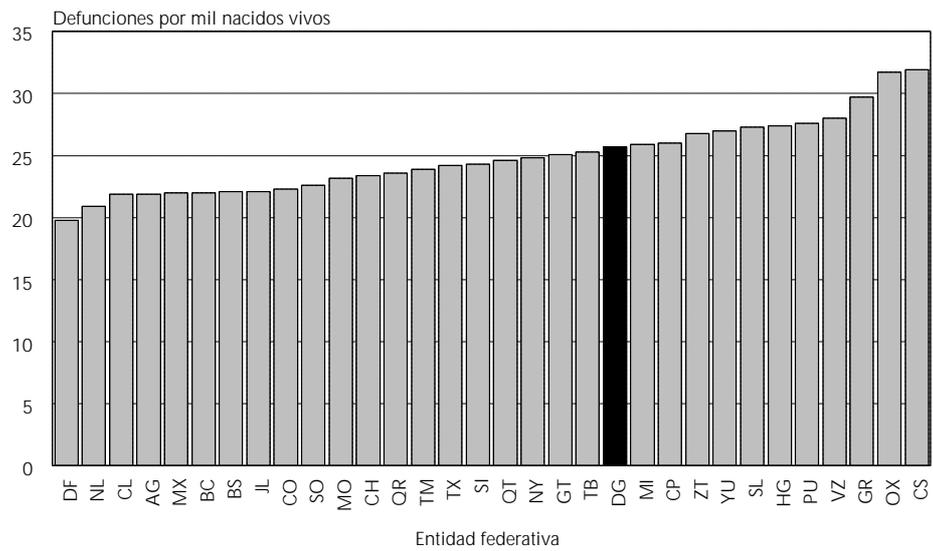
En Durango, al igual que en el ámbito nacional, las afecciones perinatales fueron la principal causa de la mortalidad infantil en 1997, aun cuando esta causa de muerte experimentó una reducción respecto a 1990. Estas defunciones están estrechamente vinculadas con la cobertura y calidad de la atención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

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



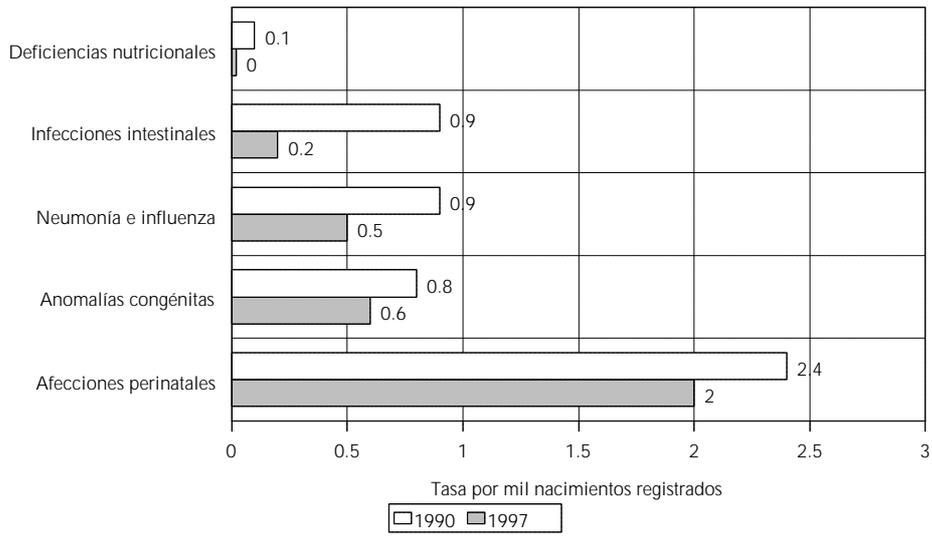
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



Fuente: SSABGEI, 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 enfermedades 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. Además, mantienen una estrecha relación con la incidencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

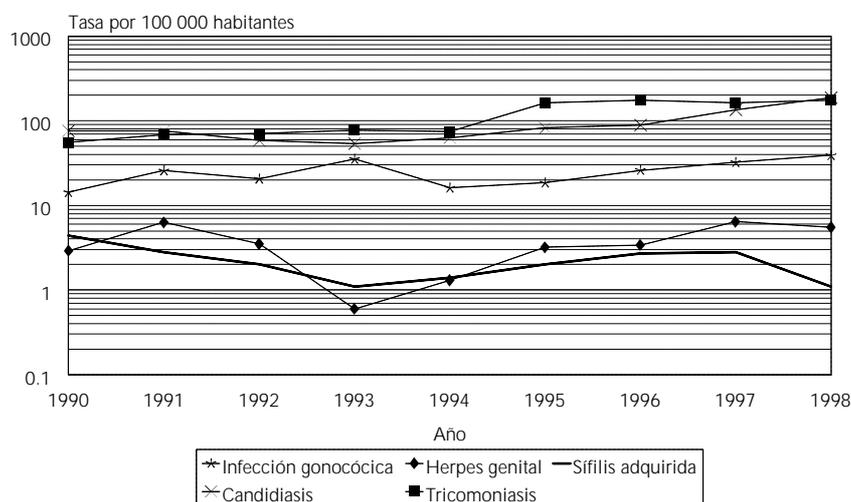
En México, como en otros países, existe un subregistro de las ETS. Esto se debe a que a menudo estas enfermedades se presentan en forma asintomática y al hecho de que la población no identifica oportunamente los síntomas iniciales de algunas enfermedades.

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 las prácticas sexuales riesgosas.

En Durango, las principales ETS mostraron un aumento muy importante en su grado de incidencia a mediados de los años noventa. El nivel alcanzado en 1998 por la tricomoniasis urogenital fue mayor que el registrado para el país en su conjunto (173.9 casos por 100 mil habitantes), en tanto que la candidiasis urogenital presentó una incidencia menor que la reportada a escala nacional (187.5 casos por 100 mil habitantes) (véase gráfica 31). Entre 1990 y 1998, la tasa de incidencia de la gonorrea aumentó de manera importante, al pasar de 14.3 a 39 casos por 100 mil habitantes; mientras que la sífilis adquirida se redujo sensiblemente, al pasar de 4.4 a 1.1 casos por 100 mil en ese mismo periodo. Cabe destacar que la incidencia de la gonorrea en 1998 en Durango fue la tercera más alta del país con una tasa 150 por ciento mayor que la registrada para el ámbito nacional.

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



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

VIH/SIDA

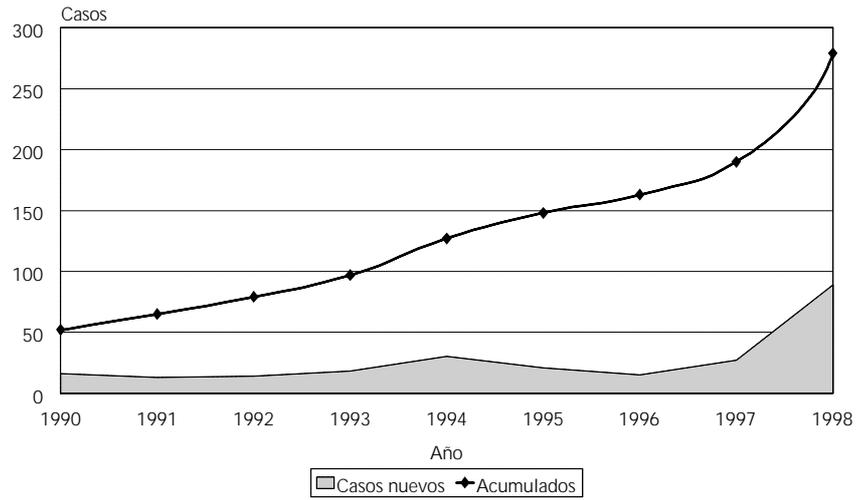
El SIDA se ha convertido en un problema social y de salud pública en México, dado el acelerado incremento del número de personas que han adquirido esta enfermedad y los elevados costos inherentes a su tratamiento. En 1997, el SIDA se ubicó como la decimoquinta causa de muerte en el país, la tercera entre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

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

En Durango, el incremento en el número de casos de SIDA se ha producido de manera acelerada. Hasta el 31 de diciembre de 1998 se habían reportado 279 casos en la entidad, con lo que la incidencia acumulada del SIDA pasó de 3.8 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 18.6 en 1998 (véanse gráficas 32 y 33). A pesar de este aumento, Durango fue el noveno estado con la menor incidencia acumulada del país en 1998.

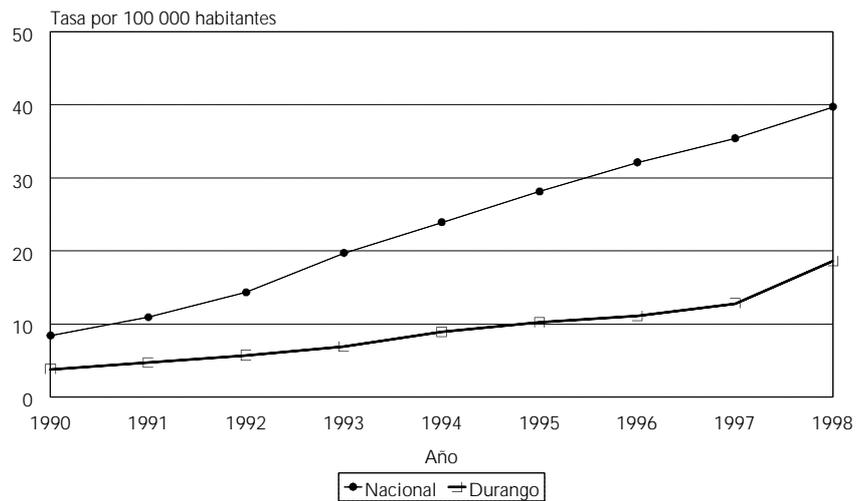
La proporción de casos cuyo factor de riesgo se desconoce, ilustra la importancia del subregistro del SIDA, ya que una parte importante de los casos se notifica mediante el certificado de defunción, donde no se consigna la información sobre el factor de riesgo. Hasta diciembre de 1998, la magnitud de este fenómeno en Durango fue ligeramente mayor al registrado para el país (30.8% y 28.7%, respectivamente)

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



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

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 Durango, la principal vía de transmisión del VIH/SIDA fue la sexual (90.2%); uno de cada doce casos fue contagiado por vía sanguínea (8.8%) y 0.5 por ciento fue infectado por vía perinatal (véase cuadro 18). De los casos cuya vía de transmisión fue la sexual, el contacto heterosexual concentró 32.6 por ciento, siguiendo en orden de importancia el homosexual (29%) y con una frecuencia ligeramente menor el bisexual (28.5%). La razón hombre/mujer de casos de SIDA fue de nueve, es decir, había nueve hombres infectados por cada mujer.

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

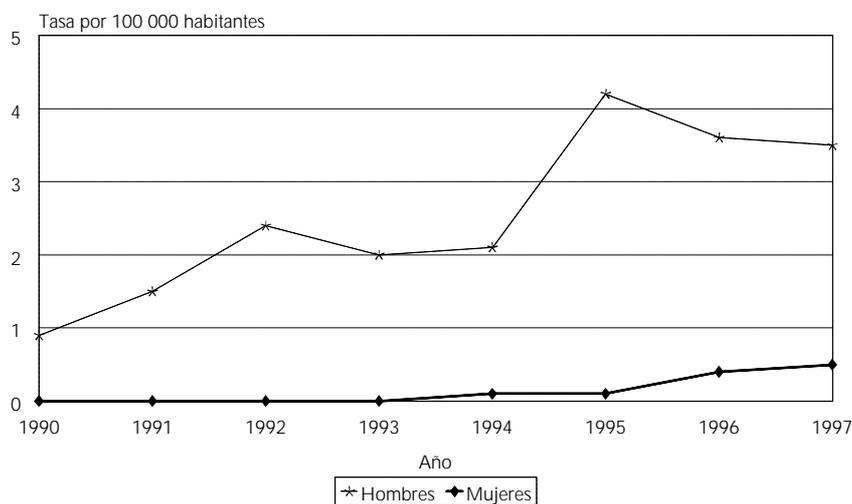
Categoría de transmisión	Casos	Porcentaje
Total	279	100.0
Vía sexual	174	90.2
Homosexual	56	29.0
Bisexual	55	28.5
Heterosexual	63	32.6
Vía sanguínea	17	8.8
Transfusión	11	5.7
Hemofílico	2	1.0
Usuario de drogas intravenosas	4	2.1
Donador remunerado	0	0.0
Exposición ocupacional	0	0.0
Homosexual/drogas	1	0.5
Perinatal	1	0.5
Subtotal	193	100.0
No documentado	86	30.8

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

Entre 1989 y 1997, el SIDA ha cobrado 156 muertes en el estado de Durango, con una tasa de mortalidad que ha aumentado de 0.4 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a dos defunciones por 100 mil en 1997.

La tasa de mortalidad masculina por esta causa presentó una tendencia ascendente, al pasar de 0.9 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 3.5 en 1997 (véase gráfica 37). En contraste, la tasa de mortalidad femenina es considerablemente menor y se registra a partir de 1994, ubicándose en 0.5 defunciones por 100 mil en 1997. Cabe destacar que en Durango 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).

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



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

Durante el periodo 1989-1997 fallecieron 147 hombres y nueve mujeres por esta enfermedad: 63.9 por ciento de los varones y seis de las nueve mujeres tenían al momento de morir entre 25 y 39 años de edad (véase cuadro 19).

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

	Total	Hombres	Mujeres
Total	100.0	100.0	100.0
< 1	0.0	0.0	0.0
1-4	0.6	0.0	11.1
5-14	0.0	0.0	0.0
15 - 19	0.0	0.0	0.0
20 - 24	4.5	4.8	0.0
25 - 29	19.9	19.0	33.3
30 - 34	17.3	17.7	11.1
35 - 39	26.9	27.2	22.2
40 - 44	7.1	6.8	11.1
45 - 49	10.9	11.6	0.0
50 - 64	9.6	9.5	11.1
65 y más	2.6	2.7	0.0
N.E.	0.6	0.7	0.0

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

9 Cáncer cérvico uterino y de la mama

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

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

Cáncer cérvico uterino

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

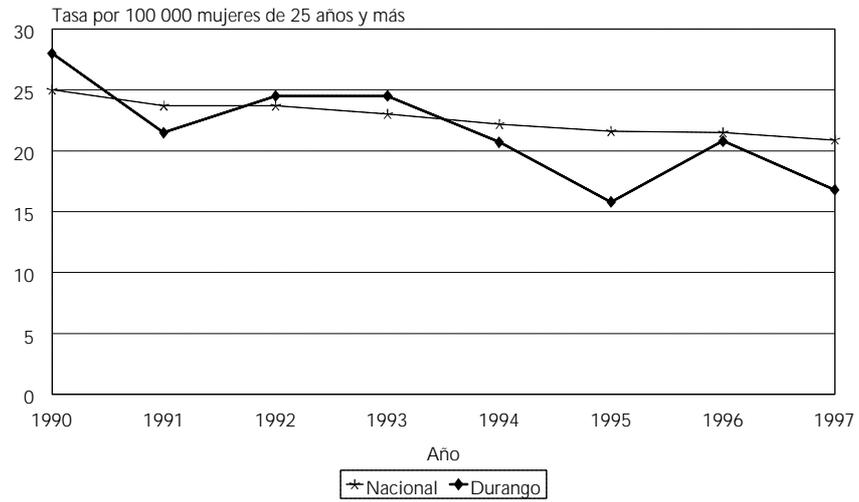
Ante esta situación, el Sector Salud presentó en marzo de 1998 un nuevo Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino con una nueva normatividad, nuevas estrategias y líneas de acción que han sido incorporadas al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Asimismo, se incluyó el elemento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

En Durango, la mortalidad por este cáncer presentó un comportamiento irregular con una tendencia descendente (véase gráfica 35). En 1997, la tasa de mortalidad por cáncer del cuello del útero que se registró en Durango fue de 16.8 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, esto es, el séptimo nivel más bajo 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.

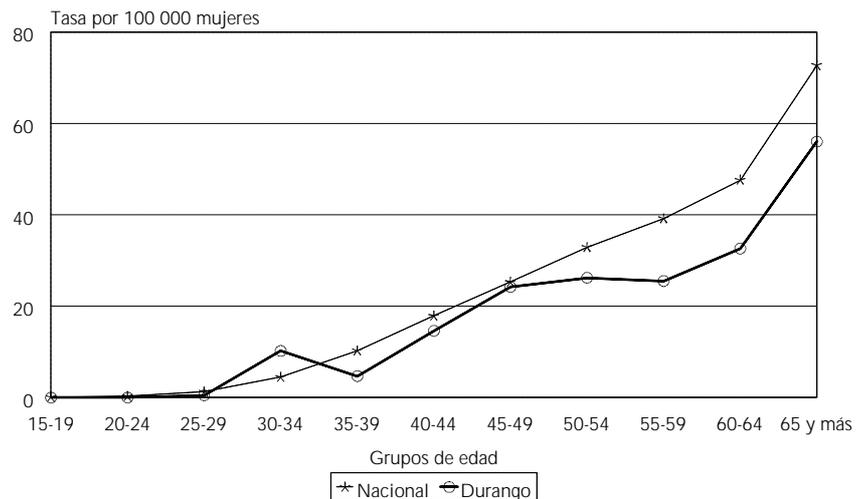
En Durango, las tasas de mortalidad por cáncer cérvico uterino que se registraron para casi todos los grupos de edad, en el periodo 1995-1997, son menores a las observadas a escala nacional destacando las mujeres de 55 años y más, para las cuales la tasa fue menor en 13.7 puntos para las mujeres entre 55 y 59 años, de 15 puntos para aquéllas entre 60 y 64 años, y de 16.7 puntos para las de 65 años y más (véase gráfica 36).

Gráfica 35.
Durango: 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.
Durango: tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino según grupos de edad, 1995-1997



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

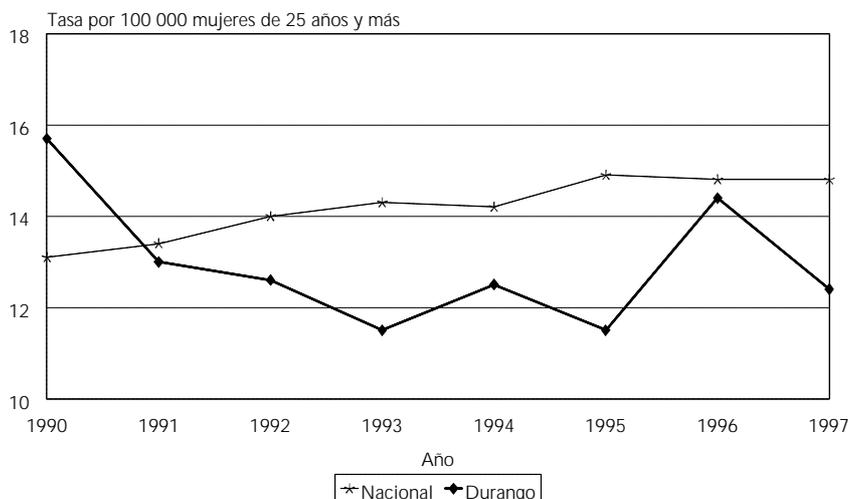
Cáncer de la mama

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

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

En Durango, la tasa de mortalidad por cáncer mamario se redujo entre 1990 y 1993; entre este último año y 1997, presentó algunas fluctuaciones, y en el último año bajo observación fue de 12.4 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, lo que ubicó a Durango entre los 21 estados que registraron una mortalidad menor que la estimada para el conjunto del país (véase gráfica 37).

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

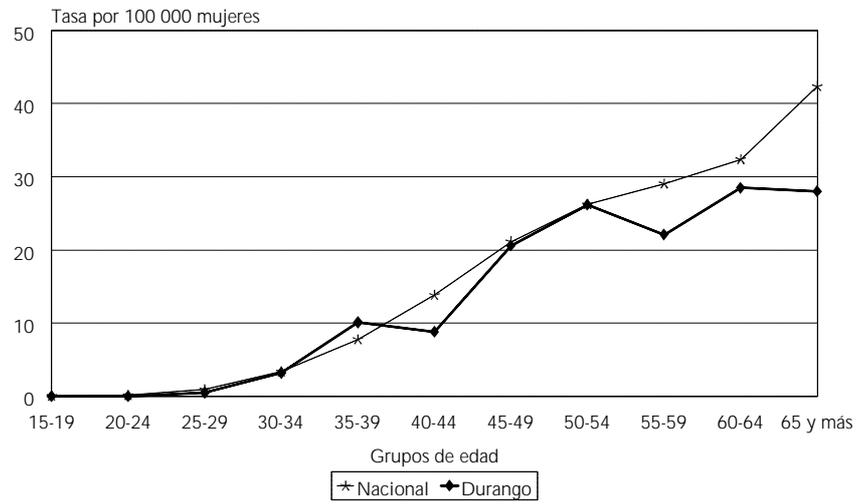


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

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

En Durango, las mujeres de casi todos los grupos de edades registraron un nivel de mortalidad menor que el conjunto del país, destacando las mujeres de 65 años y más, cuya mortalidad por esta causa fue 14.4 puntos porcentuales menor que la registrada en el ámbito nacional para ese mismo grupo de edad (véase gráfica 38).

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



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

Conclusiones

La información de este trabajo da cuenta de que en múltiples indicadores de la salud reproductiva el estado de Durango se encuentra en una situación de ligera desventaja respecto a la observada para el país en su conjunto.

La población de Durango se encuentra en una fase moderada de la transición demográfica, próxima a alcanzar un nivel de fecundidad de reemplazo intergeneracional (2.1 hijos por mujer). El conocimiento de métodos anticonceptivos es prácticamente universal, lo que ha permitido que su utilización sea una práctica generalizada (70.2%), con un nivel de uso similar al de los países más desarrollados.⁹ Por otra parte, las instituciones de salud del sector público constituyen las principales fuentes de obtención de métodos anticonceptivos (80.1%), y registran un nivel de participación mayor al promedio nacional (72.2%).

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

- ☞ La probabilidad de que las mujeres cursen un embarazo estando solteras ha aumentado en la entidad: cerca de una de cada seis mujeres de la generación más joven se embarazó de su primer hijo fuera de una unión conyugal.
- ☞ La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos ocupa el noveno nivel dentro de los doce estados más rezagados en esta materia.
- ☞ Las mujeres menores de 25 años, con paridad uno o dos, y las mujeres con bajos niveles de escolaridad y del área rural, son las que presentan los mayores niveles de demanda insatisfecha.

En la dimensión de la salud materno-infantil, Durango ha alcanzado niveles muy elevados de cobertura médica en la atención prenatal y del parto (87.9% de las mujeres que tuvieron un nacimiento entre 1994 y 1997 acudieron a consulta con un médico y 86.4% se atendió el parto con este agente de salud). El porcentaje de partos por cesárea ocupa el séptimo nivel dentro de los diez estados que presentan la menor proporción en este rubro. Asimismo, la tasa de mortalidad materna en el estado es la sexta más baja del país.

⁹ Al respecto, véase FNUAP, Estado de la Población Mundial 2000, Nueva York, 2000.

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

- ✦ Durango se encuentra entre los 14 estados que presentan la mayor tasa de mortalidad infantil (25.7 por mil nacidos vivos).
- ✦ La proporción de mujeres que acuden a revisión durante el puerperio es la quinta más baja del país (51.3%).
- ✦ Tanto la incidencia de la lactancia como su duración se encuentran entre los doce estados con los valores más bajos del país. Asimismo, la ablactación ocurre en la mayoría de los casos antes del periodo recomendado por la norma de salud correspondiente.

En relación con las enfermedades de transmisión sexual, Durango registra la décima tercera tasa de incidencia más alta de tricomoniasis urogenital y la décima más baja de candidiasis urogenital del país. Asimismo, respecto al VIH/SIDA, Durango ocupa el noveno lugar con la tasa más baja de incidencia acumulada de SIDA.

Con respecto a otros indicadores de la salud de la mujer, el nivel de mortalidad por cáncer cérvico uterino registrado en 1997 es el séptimo más bajo del país y la tasa de mortalidad por cáncer de la mama en ese mismo año ubicó a Durango entre los 21 estados con un nivel menor al promedio nacional.

Anexo estadístico

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

Año	Nacional	Durango
1990	3.35	3.96
1991	3.25	3.80
1992	3.14	3.65
1993	3.04	3.50
1994	2.93	3.34
1995	2.82	3.17
1996	2.73	3.06
1997	2.65	2.96
1998	2.55	2.84
1999	2.48	2.74
2000	2.40	2.65

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Datos gráfica 4.
Durango: 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	6.3	4.7
15	14.9	9.9
16	24.7	14.3
17	33.3	23.8
18	46.6	34.1
19	53.9	45.2
20	63.1	51.2
21	68.2	57.4
22	74.9	64.4
23	78.8	69.1
24	83.1	71.9
25	83.7	74.4

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

Datos gráfica 3.
Durango: 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	14.9	39.1	29.1	16.9
1958-1962	12.8	36.1	29.5	21.6
1963-1967	13.8	33.5	33.4	19.2
1968-1972	9.9	35.3	26.7	28.1

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

Datos gráfica 5.

Durango: 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	30.8	39.7	20.6	8.8
Primaria completa	13.0	48.6	22.4	16.0
Secundaria y más	5.0	27.3	35.7	32.0
Rural	16.8	42.6	27.6	12.9
Urbano	9.1	30.3	31.0	29.6
Total	11.7	34.5	29.9	23.9

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

Datos gráfica 7.

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

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	2.3	2.0	2.4	0.5
16	5.2	5.4	6.2	3.4
17	12.7	11.3	10.8	7.6
18	21.9	19.9	16.9	14.0
19	33.5	30.3	28.6	23.4
20	43.2	42.0	39.1	34.8
21	53.0	52.4	46.8	47.2
22	63.1	58.1	57.9	53.1
23	68.6	66.8	65.0	60.0
24	77.2	71.5	72.6	67.8
25	79.2	76.0	76.7	72.4

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

Datos gráfica 8.

**Durango: 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	5.4	8.5	34.4	18.8	27.8	5.2
1958-1962	4.5	11.9	28.4	24.1	26.6	4.5
1963-1967	5.4	10.6	33.6	21.0	25.5	3.9
1968-1972	3.9	13.9	32.1	14.9	31.1	4.1

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

Datos gráfica 9.

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

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	1.3	0.3	0.0	0.3
16	2.4	1.7	0.0	1.2
17	3.9	3.9	1.0	2.2
18	5.9	5.6	1.0	4.7
19	8.2	8.0	4.6	5.7
20	9.8	9.9	7.4	8.3
21	11.3	12.5	9.5	11.9
22	12.9	12.7	10.0	14.4
23	13.7	15.3	11.5	15.7
24	15.7	16.5	13.8	17.3
25	16.1	17.8	15.0	19.0

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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

Año	Nacional	Durango
1990	5.4	4.2
1991	5.1	1.5
1992	5.0	1.7
1993	4.5	1.8
1994	4.9	3.0
1995	5.3	2.8
1996	4.8	2.2
1997	4.7	3.1

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

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

Año	Nacional	Durango
1990	36.6	37.8
1991	34.1	35.3
1992	33.2	34.3
1993	32.3	33.3
1994	31.4	32.4
1995	30.5	31.5
1996	29.3	30.2
1997	28.1	29.0
1998	26.9	27.8
1999	25.9	26.7
2000	24.9	25.7

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

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

Año	Infección gonocócica	Herpes genital	Sífilis adquirida	Candidiasis	Tricomoniasis
1990	14.3	2.9	4.4	76.3	55.7
1991	25.7	6.3	2.8	75.4	68.1
1992	20.7	3.5	2.0	58.3	70.5
1993	35.3	0.6	1.1	53.4	77.1
1994	16.1	1.3	1.4	63.1	74.2
1995	18.5	3.2	2.0	82.1	163.7
1996	26.1	3.4	2.7	88.6	174.5
1997	32.4	6.4	2.8	135.2	163.3
1998	39.0	5.5	1.1	187.5	173.9

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

Año	Casos nuevos	Acumulados
1990	16	52
1991	13	65
1992	14	79
1993	18	97
1994	30	127
1995	21	148
1996	15	163
1997	27	190
1998	89	279

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

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

Año	Nacional	Durango
1990	8.4	3.8
1991	10.9	4.7
1992	14.3	5.7
1993	19.7	6.9
1994	23.9	8.9
1995	28.1	10.2
1996	32.1	11.1
1997	35.4	12.8
1998	39.7	18.6

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

Año	Hombres	Mujeres
1990	0.9	0.0
1991	1.5	0.0
1992	2.4	0.0
1993	2.0	0.0
1994	2.1	0.1
1995	4.2	0.1
1996	3.6	0.4
1997	3.5	0.5

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

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

Año	Nacional	Durango
1990	25.0	28.0
1991	23.7	21.5
1992	23.7	24.5
1993	23.0	24.5
1994	22.2	20.7
1995	21.6	15.8
1996	21.5	20.8
1997	20.9	16.8

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

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

Edad	Nacional	Durango
15-19	0.1	0.0
20-24	0.3	0.0
25-29	1.3	0.5
30-34	4.5	10.2
35-39	10.3	4.7
40-44	17.9	14.6
45-49	25.3	24.2
50-54	32.9	26.2
55-59	39.2	25.5
60-64	47.6	32.6
65 y más	72.7	56.0

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

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

Año	Nacional	Durango
1990	13.1	15.7
1991	13.4	13.0
1992	14.0	12.6
1993	14.3	11.5
1994	14.2	12.5
1995	14.9	11.5
1996	14.8	14.4
1997	14.8	12.4

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

Edad	Nacional	Durango
15-19	0.0	0.0
20-24	0.1	0.0
25-29	0.9	0.5
30-34	3.4	3.2
35-39	7.8	10.1
40-44	13.8	8.8
45-49	21.1	20.6
50-54	26.2	26.2
55-59	29.1	22.1
60-64	32.4	28.5
65 y más	42.4	28.0

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
Durango

Se imprimió en
Talleres Gráficos de México
Av. Canal del Norte núm. 80
Col. Felipe Pescador C. P. 06280
México, D. F.

El tiraje fue de 1000 ejemplares.