

Perfiles de Salud Reproductiva

Durango



Perfiles de Salud Reproductiva Durango

Consejo Nacional de Población

Coordinadores:

Paloma Villagómez Ornelas
Jorge Armando Valencia Rodríguez

Autores:

Paloma Villagómez Ornelas
Doroteo Mendoza Víctorino
Jorge Armando Valencia Rodríguez

Procesamiento de información:

Miguel Sánchez Castillo
María Felipa Hernández López

Sistematización en cuadros y gráficas:

Ma. Eulalia Mendoza García
Nila Soledad Cortés Cruz

Integración y revisión:

María Felipa Hernández López
Yeimi Colín Paz
Graciela Tapia Colocía
Ma. Eulalia Mendoza García
Mario René Hernández Vázquez
Guadalupe García Albarrán

Corrección de estilo:

Cristina Gil Villegas Montiel
Liliana Velasco Díaz

Diseño portada y formación:

Maritza Santillán Moreno
Myrna Muñoz del Valle
Cristina del Águila

© Consejo Nacional de Población
Hamburgo 135, Col. Juárez
C. P. 06600, México, D. F.
<<http://www.conapo.gob.mx>>

Perfiles de salud reproductiva. Durango

Primera edición: noviembre de 2011

ISBN: 978-607-427-157-7

ISBN: 978-607-427-185-0

Se permite la reproducción total o parcial
sin fines comerciales, citando la fuente.

Consejo Nacional de Población

DR. ALEJANDRO POIRÉ ROMERO
Secretario de Gobernación
y Presidente del Consejo Nacional de Población

EMB. PATRICIA ESPINOSA CANTELLANO
Secretaria de Relaciones Exteriores

DR. JOSÉ ANTONIO MEADE KURIBREÑA
Secretario de Hacienda y Crédito Público

LIC. HERIBERTO FÉLIX GUERRA
Secretario de Desarrollo Social

LIC. JUAN RAFAEL ELVIRA QUESADA
Secretario de Medio Ambiente y Recursos
Naturales

LIC. FRANCISCO MAYORGA CASTAÑEDA
Secretario de Agricultura, Ganadería,
Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación

LIC. BRUNO FERRARI GARCÍA DE ALBA
Secretario de Economía

LIC. ALONSO LUJAMBIO IRAZÁBAL
Secretario de Educación Pública

MTRO. SALOMÓN CHERTORIVSKI WOLDENBERG
Secretario de Salud

LIC. JAVIER LOZANO ALARCÓN
Secretario del Trabajo y Previsión Social

LIC. ABELARDO ESCOBAR PRIETO
Secretario de la Reforma Agraria

MTRO. SERGIO HIDALGO MONROY PORTILLO
Director General del Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

LIC. DANIEL KARAM TOUMEH
Director General del Instituto Mexicano
del Seguro Social

C. MARÍA DEL ROCÍO GARCÍA GAYTÁN
Presidenta del Instituto Nacional de las Mujeres

DR. EDUARDO SOJO GARZA-ALDAPE
Presidente del Instituto Nacional de Estadística
y Geografía

LIC. XAVIER ANTONIO ABREU SIERRA
Director General de la Comisión Nacional
para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas

LIC. MARÍA CECILIA LANDERRECHE
GÓMEZ-MORIN
Titular del Sistema Nacional para el
Desarrollo Integral de la Familia

DR. RENÉ MARTÍN ZENTENO QUINTERO
Subsecretario de Población, Migración
y Asuntos Religiosos

MTRO. FÉLIX VÉLEZ FERNÁNDEZ VARELA
Secretario General del Consejo Nacional
de Población

Secretaría de Gobernación

DR. ALEJANDRO POIRÉ ROMERO
Secretario de Gobernación

LIC. OBDULIO ÁVILA MAYO
Subsecretario de Gobierno

LIC. JORGE ALBERTO LARA RIVERA
Titular de la Unidad de Desarrollo Político

MTRO. RUBÉN ALFONSO FERNÁNDEZ ACEVES
Subsecretario de Enlace Legislativo

LIC. FELIPE DE JESÚS ZAMORA CASTRO
Subsecretario de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

DR. RENÉ MARTÍN ZENTENO QUINTERO
Subsecretario de Población, Migración y Asuntos Religiosos

LIC. ÁLVARO LUIS LOZANO GONZÁLEZ
Subsecretario de Normatividad de Medios

LIC. JOSÉ OSCAR VEGA MARÍN
Oficial Mayor

LIC. LAURA GURZA JAIDAR
Coordinadora General de Protección Civil

LIC. OCTAVIO DÍAZ GARCÍA DE LEÓN
Titular del Órgano Interno de Control

Secretaría General del Consejo Nacional de Población

MTRO. FÉLIX VÉLEZ FERNÁNDEZ VARELA
Secretario General

DRA. LILIANA MEZA GONZÁLEZ
Directora General de Planeación
en Población y Desarrollo

MTRO. VÍCTOR GARCÍA VILCHIS
Director General de Estudios
Sociodemográficos y Prospectiva

MTRA. MARÍA ANTONIETA UGALDE URIBE
Directora General de Programas de Población
y Asuntos Internacionales

DR. TELÉSFORO RAMÍREZ GARCÍA
Director de Estudios Socioeconómicos
y Migración Internacional

MTRO. RAÚL ROMO VIRAMONTES
Director de Poblamiento
y Desarrollo Regional Sustentable

MTRO. JORGE A. VALENCIA RODRÍGUEZ
Director de Estudios Sociodemográficos

MTRO. RAFAEL LÓPEZ VEGA
Director de Análisis Estadístico e Informática

LIC. MARÍA SILVIA GONZÁLEZ ARELLANO
Directora de Cultura Demográfica

LIC. FLAVIO GUTIÉRREZ REYES
Director de Administración

Contenido

9	Presentación
11	Introducción
12	Aspectos demográficos generales
17	1. Exposición al riesgo de embarazo
17	1.1 Inicio de la vida sexual
18	1.2 Inicio de la vida sexual y uso de anticonceptivos
19	1.3 Condiciones de vida sexual actual
22	1.4 Situación conyugal
23	2. Patrones reproductivos
23	2.1 Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)
24	2.2 Intervalo protogenésico
25	2.3 Primero y segundo intervalos intergenésicos
25	3. Los niveles y tendencias de la fecundidad
29	4. Preferencias reproductivas
30	4.1 Ideal de hijos e hijas
33	4.2 Embarazo no planeado
34	5. Anticoncepción
34	5.1 Conocimiento de métodos anticonceptivos
37	5.2 Inicio del uso de los anticonceptivos
38	5.3 Prevalencia anticonceptiva en mujeres unidas
41	5.4 Uso de anticonceptivos según condición de actividad sexual
42	5.5 Cambios en la mezcla de métodos anticonceptivos
44	5.6 Lugar de obtención de los anticonceptivos
46	5.7 Momento de la adopción de los anticonceptivos
47	6. Necesidad Insatisfecha de Anticonceptivos (NIA)
47	6.1 Nunca uso de anticonceptivos
50	6.2 Necesidad insatisfecha en el uso de anticonceptivos
53	6.3 Demanda total de anticonceptivos

53	7. Salud materna
54	7.1 Mortalidad materna
54	7.2 Aborto
55	7.3 Atención prenatal
58	7.4 Atención del parto
60	7.5 Atención durante el puerperio
60	8. Lactancia materna
61	9. Conclusiones
63	Bibliografía
65	Anexo

Presentación

Un elemento toral de la política de población es apoyar acciones para que las personas desarrollen una vida sexual y reproductiva plena, asentada en las elecciones personales y en los derechos y libertades consagrados por el marco jurídico-institucional vigente.

El seguimiento de acciones en el ámbito sexual y reproductivo está plasmado en el Programa Nacional de Población 2008-2012, en el objetivo de “Favorecer el ejercicio libre, responsable e informado de los derechos de las personas en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción.”

Para dar cumplimiento a este objetivo, la Secretaría General del CONAPO ha estimado, generado e integrado el *perfil de salud reproductiva nacional* y a una serie de perfiles que corresponden a cada una de las entidades federativas.

En cada Perfil se podrá acceder a información de indicadores seleccionados que pueden ser comparables entre las entidades.

Para ejercer el derecho de tomar decisiones libres, informadas y responsables es fundamental contar con datos accesibles y confiables. Por tal motivo, los perfiles son además, una herramienta que complementa y apoya la tarea de funcionarios públicos, investigadores, académicos y del público que quiera conocer la situación de la salud sexual y reproductiva imperante en nuestro país en las últimas dos décadas.

La Secretaría General del CONAPO tiene la seguridad de que el lector encontrará aquí aportaciones pertinentes que le servirán para entender de una manera accesible la importancia que tiene la salud sexual y reproductiva en México.

Félix Vélez Fernández Varela
Secretario General
Consejo Nacional de Población

Introducción

El propósito de este *Perfil* es actualizar el *Cuaderno de Salud Reproductiva* publicado en el año 2000, mediante la estimación y análisis de los principales indicadores de salud sexual y reproductiva, utilizando datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el 2009. Con el fin de observar cambios en el tiempo se incorporan las estimaciones de la ENADID de 1997, efectuada también por el INEGI, y cuyo diseño muestral es equivalente.

El Índice Resumen de Ordenamiento (IRO) con nueve indicadores de impacto ubica a Durango en el 21° sitio del *ranking* estatal (véase CONAPO, 2011). Partiendo de la situación más favorable a la menos favorable, se ubica en: el lugar 18° en prevalencia anticonceptiva; en el 30° en cuanto al porcentaje de las usuarias que inicia la anticoncepción en el posparto; en el 8°, 12°, y 6° en la necesidad insatisfecha en el uso de anticonceptivos, global, de adolescentes y rural, respectivamente; en el 29° respecto a la probabilidad de tener el primer hijo en la adolescencia; en el 25° por su nivel de tasa de fecundidad en adolescentes, en el 26° por su tasa global de fecundidad; y en 12° sitio por exhibir una cifra relativamente elevada de razón de mortalidad materna.

Ese perfil ubica a Durango, junto con Campeche, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz, San Luis Potosí, Guanajuato e Hidalgo, en el patrón de estados en una *situación intermedia desfavorable de salud reproductiva*.

El marco de referencia que define a los indicadores utilizados en este *Perfil de Salud Reproductiva* se determinó atendiendo a tres consideraciones importantes: a) que formen parte de la evaluación del objetivo estratégico de “Favorecer el ejercicio libre, responsable e informado de los derechos de las personas en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción” establecido en el Programa Nacional de Población (PNP) 2008-2012 (CONAPO, 2008, p.99); b) estén vinculados con las metas respectivas del Programa Nacional de Salud (PNS) 2007-2012 (SSA, 2007a), del Programa de Acción Específico 2007-2012: Planificación Familiar y Anticoncepción (PPFA) (SSA, 2007b), del Programa de Acción Específico 2007-2012: Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PSSRA) (SSA, 2008a) y del Programa de Acción Específico 2007-2012: Arranque Parejo en la Vida (PAPV) (SSA, 2008b); y/o c) constituyan indicadores relevantes asociados con los procesos reproductivos, y que por ello hayan formado parte de los *Cuadernos de Salud Reproductiva*.

La descripción y análisis de los datos combina indicadores de proceso, de resultados o impacto intermedio y de impacto final. En esta medida se define el alcance de este documento, para lo cual se tratan ocho áreas temáticas: 1) la exposición al riesgo de embarazo, para abordar el inicio de las relaciones sexuales y las condiciones de vida sexual y marital; 2) los patrones reproductivos, vinculados con la edad de la mujer al nacimiento de su primer hijo y a los intervalos protogenésico e intergenésicos; 3) los niveles y tendencias de la fecundidad; 4) las preferencias reproductivas, reflejadas a través del número ideal de hijos e hijas y del embarazo no planeado; 5) la práctica anticonceptiva, para incorporar indicadores de conocimiento, prevalencia, estructura, fuentes de obtención y momento de adopción de los métodos; 6) la necesidad insatisfecha de la anticoncepción, donde se aborda el nunca uso

de los métodos y la demanda insatisfecha, satisfecha y total; 7) la salud materna, que incorpora la mortalidad materna, así como algunos factores asociados como el aborto, y la atención prenatal, del parto y del puerperio; y 8) la lactancia materna, a fin de actualizar las cifras de incidencia y duración.

Previo al análisis de estas dimensiones, se presenta un breve diagnóstico sociodemográfico, en el que se intenta hacer visible la relación interdependiente entre la dinámica demográfica de la población y su comportamiento en materia de salud reproductiva.

A fin de facilitar la comprensión y consulta, no sólo del público cuya especialidad es la salud reproductiva, sino de cualquier lector interesado, los contenidos inician con un párrafo sobre la relevancia del tema y se definen los indicadores involucrados, con el propósito de dar pie a una descripción de su nivel actual,¹ de los cambios ocurridos entre 1997 y 2009, y sus diferenciales según subgrupos de la población, determinados por categorías de variables sociodemográficas.² Cuando es pertinente, se culmina con un breve análisis y el planteamiento de alguna reflexión sobre implicaciones de política pública.

Aspectos demográficos generales

La relación entre la dinámica demográfica de la población y su comportamiento reproductivo es estrecha e interdependiente. Las formas en que se manifiesta esta asociación son múltiples, ya que los niveles y tendencias de las variables críticas del cambio poblacional —a saber, la fecundidad, la mortalidad y la migración— son determinantes de la magnitud de la población en edad fértil, su estructura por edad o su distribución espacial. Así, el efecto de la práctica anticonceptiva en la regulación de la fecundidad y de ésta, a su vez, en el volumen y estructura por edad de la población, es una de las expresiones más evidentes de esta relación. Otro ejemplo es el impacto que tiene una mejor salud materna e infantil en la reducción de la mortalidad de estas poblaciones, lo cual afecta por igual al tamaño de la población y su perfil etario.

En 2010, la población de Durango alcanzó 1.63 millones de habitantes, de los cuales poco más de la mitad era mujer (50.8%). Acorde con el incremento del volumen actual de la población estatal, que representa 21.0 por ciento más del observado en 1990 (1.35 millones), la velocidad a la que crece se incrementa lentamente. Entre 1990 y 2000, la población total aumentó a un ritmo de 0.7 por cada cien, mientras que entre 2000 y 2010 la tasa de crecimiento total alcanzó 1.2 por cada cien (véase gráfica 1).

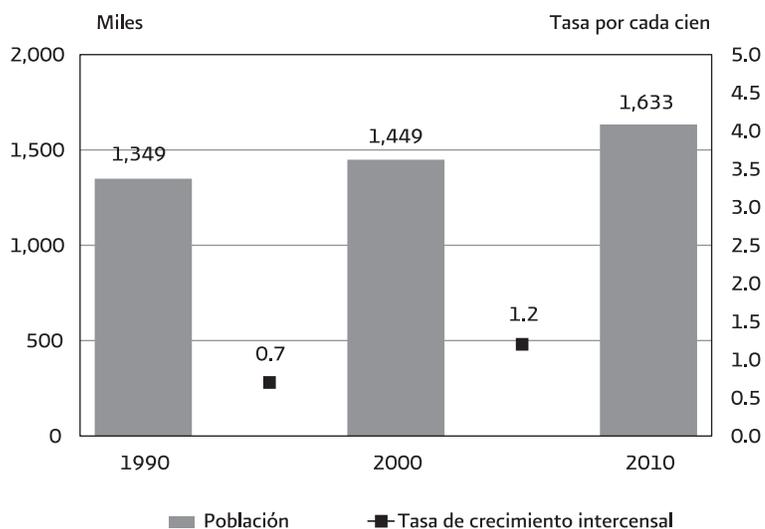
Al analizar varios aspectos de la dinámica demográfica de la entidad, tales como el comportamiento de la natalidad, de la mortalidad —en particular la mortalidad infantil—, la esperanza de vida al nacimiento

¹ En este documento se utiliza el término nivel actual para ubicar la situación que guarda el indicador al que se hace referencia en 2009, con datos de la ENADID correspondiente, dado que es la información más reciente de la que se dispone.

² Es necesario destacar tres consideraciones técnicas en relación con el manejo y uso de los datos:

- Para tratar de disminuir las fluctuaciones aleatorias por efecto de las muestras en la ENADID 2009, las estimaciones de este *Perfil de Salud Reproductiva* están basadas en n (tamaños de muestra) mayores o iguales a 30 casos.
- En los diferenciales sociodemográficos de la salud reproductiva interesa analizar el grado de homogeneidad/heterogeneidad prevaleciente, de modo que la comparación se centra casi exclusivamente en observar la distancia (brecha) entre categorías extremo (inicial *versus* final) de la variable correspondiente; ejemplos: mujeres residentes en localidades rurales *versus* urbanas; grupo de mujeres sin escolaridad *versus* mujeres con secundaria y más. Cuando el tamaño de muestra es insuficiente (menor a 30 casos) la comparación se hace entre las mujeres con primaria incompleta *versus* las de secundaria y más.
- Las distribuciones no son exactas (no siempre suman 100). Esto es así por el efecto del redondeo en el cálculo de las proporciones y porcentajes, derivadas del paquete estadístico utilizado.

Gráfica 1.
Durango. Población total y tasa de crecimiento intercensal, 1990, 2000 y 2010



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el Censo de Población y Vivienda 1990, 2000 y 2010.

y la razón de dependencia demográfica, se observa que Durango se ubica en una fase *moderada* de la transición demográfica.³

De acuerdo con los datos observados, en 2010, poco menos de la tercera parte de la población de Durango es menor de 15 años (506,145; 31.0%) y menos de la quinta parte es adolescente o joven (15 a 24 años) (311,720; 19.1%). Si bien en conjunto suman la mitad de la población total, su peso específico en la estructura por edad de la población empieza a disminuir, mientras que los grupos de adultos jóvenes (25 a 44 años), adultos maduros (45 a 59 años) y adultos mayores (60 años y más) crecen en el tiempo, reafirmando la tendencia al envejecimiento poblacional que experimenta el país (véase tabla 1).

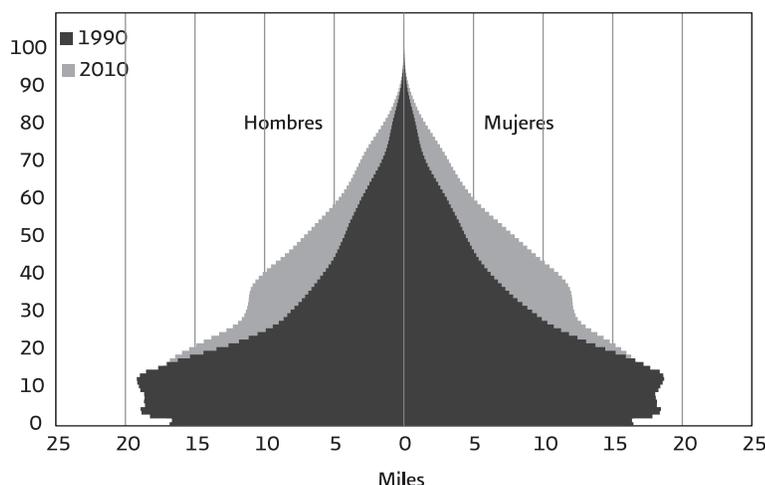
Tabla 1.
Durango. Distribución porcentual de la población por grandes grupos de edad, 1990, 2000 y 2010

Grupos de edad	1990	2000	2010
0-14	40.7	36.1	31.0
15-24	21.4	19.6	19.1
25-44	22.4	26.3	27.8
45-59	9.2	10.3	12.9
60 y más	6.3	7.7	9.3
80 y más	1.0	1.0	1.3

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el Censo de Población y Vivienda 1990, 2000 y 2010.

³ La transición demográfica es el proceso que implica pasar de un régimen poblacional con niveles altos de mortalidad y fecundidad, a otro con niveles bajos y controlados. Una de las consecuencias de dicha transición es el paulatino cambio en la estructura por edad de la población.

Gráfica 2.
Durango. Pirámides de población, 1990 y 2010



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el Censo de Población y Vivienda 1990 y 2010.

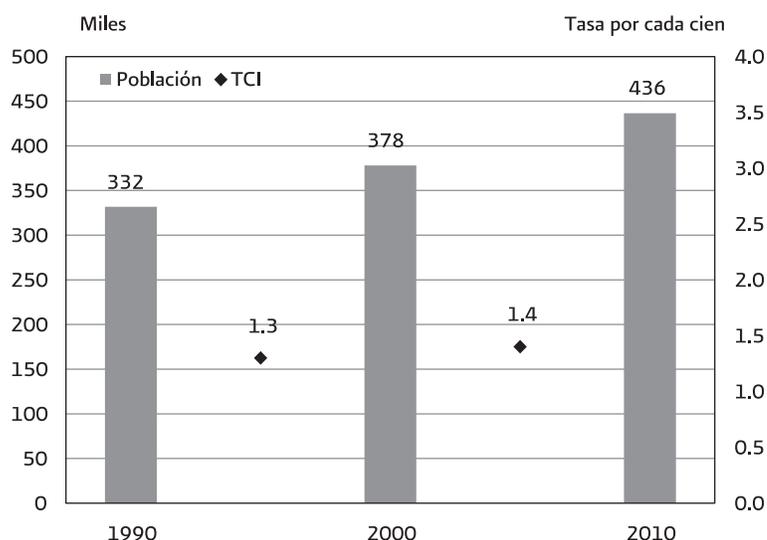
En la pirámide de población es posible observar cómo el crecimiento de la población entre los cero y 15 años de edad es menor en 2010 que en 1990, mientras que después de esa edad se refleja un gradual ensanchamiento de la parte central y superior de la misma, donde se concentra la población adulta y adulta mayor. Un factor a resaltar es que en Durango, en 1990, la población femenina se vuelve más numerosa que la masculina, a partir de los 15 años de edad. Este mismo efecto se nota a partir de los 19 años en 2010 (véase gráfica 2).

La distribución por edad de la población presenta actualmente una estructura favorable en términos de la relación de dependencia, es decir, del número de personas potencialmente dependientes (de 0 a 14 años de edad y de 65 años y más) respecto a la población en edad de trabajar (entre los 15 y 64 años de edad). Mientras que en 1990 había 81.7 personas en edad no laboral por cada cien en edad de trabajar, en 2010 hay cerca de dos proveedores potenciales (1.66) por cada persona tentativamente dependiente. Asimismo, en 1990 el 90.6 por ciento de la dependencia se debía a la población infantil (dependencia juvenil); en 2010 representa 82.6 por ciento, dado el peso que gana de manera gradual la dependencia por parte de los adultos mayores (dependencia por vejez).

Un aspecto de suma relevancia para el análisis de la fecundidad y la salud reproductiva es el comportamiento demográfico de la población femenina, en particular de aquella en edades fértiles, convencionalmente consideradas entre los 15 y 49 años. Los cambios en el volumen y estructura por edad de esta población pueden afectar y ser afectados por transformaciones en la nupcialidad, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos, y el número y espaciamiento entre los hijos, entre otros.

Así, en 2010, en Durango hay poco más de 436 mil mujeres en edad fértil (MEF), que representan 52.6 por ciento de la población femenina total. En 1990 eran 332 mil, 48.5 por ciento del total de mujeres. Es decir, en los últimos 20 años, la población femenina en edades fértiles creció 31.5 por ciento, y su volumen se incrementa a velocidades cada vez mayores. Entre 1990 y 2000 el grupo de las MEF creció a una tasa de 1.3 por cada cien, mientras que en la última década lo hizo a razón de 1.4 por cada cien (véase gráfica 3).

Gráfica 3.
Durango. Tamaño y tasa de crecimiento intercensal de la población femenina en edad fértil (MEF), 1990, 2000 y 2010



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el Censo de Población y Vivienda 1990, 2000 y 2010.

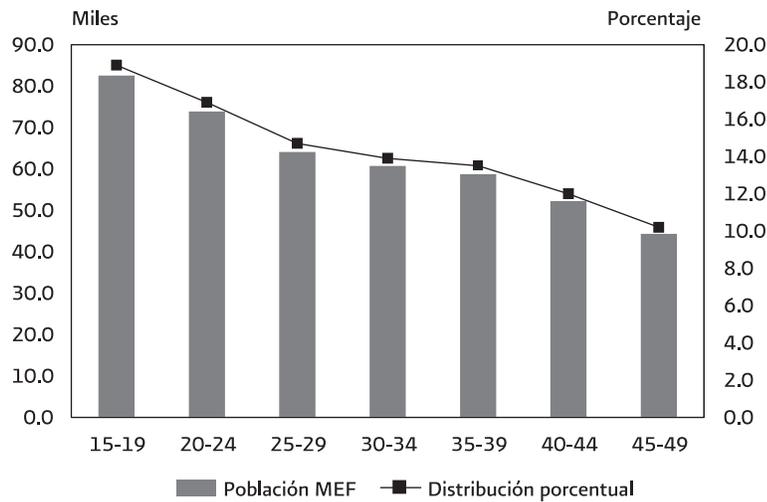
Es importante también conocer la estructura por edad de este grupo de población femenina, ya que las prácticas reproductivas, anticonceptivas y de atención a la salud reproductiva varían de una edad a otra y requieren atención diferenciada.

Así, en Durango 18.9 por ciento de las mujeres en edad fértil se encuentra en el grupo de edad de 15 a 19 años. Las mujeres adolescentes son reconocidas como un grupo de especial atención debido a las múltiples formas en que el ejercicio de su vida sexual y reproductiva impacta el desarrollo de transiciones sumamente relevantes a la vida adulta (Colín y Villagómez, 2010). Como se analizará en los apartados correspondientes, actualmente las adolescentes presentan desafíos específicos en materia de planificación familiar y salud reproductiva, relacionados sobre todo con la protección de la sexualidad y la postergación de la maternidad.

Poco más del 30 por ciento de la población femenina en edad fértil tiene entre 20 y 29 años, edades críticas para la reproducción en la medida en que las tasas más altas de fecundidad en nuestro país se concentran en estas edades, particularmente entre los 20 y 24 años. De manera reciente, la participación de las mujeres entre 30 y 34 años de edad (13.9%) tiende a ser mayor. Así, la atención a la salud materna e infantil, así como el acceso a métodos de planificación familiar, son particularmente importantes en este periodo.

Finalmente, los grupos que menos contribuyen a la fecundidad son las mujeres de 35 a 39, 40 a 44 y 45 a 49 años de edad, que concentran 13.5, 12.0 y 10.2 por ciento de la población en edad reproductiva, respectivamente (véase gráfica 4). Las necesidades en materia de salud reproductiva entre esta población tienden hacia la limitación de la fecundidad, la prevención y atención de enfermedades crónicas relacionadas con el sistema reproductivo como cáncer de mama y cérvico-uterino, y con la atención a la sintomatología de procesos propios de la conclusión de la vida fértil, como el climaterio y la menopausia.

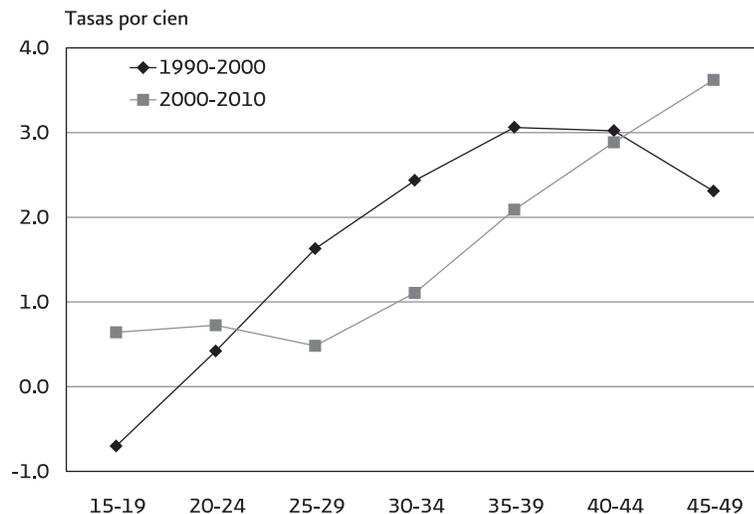
Gráfica 4.
Durango. Población femenina en edad fértil por grupos de edad y su distribución porcentual, 2010



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el Censo de Población y Vivienda 2010.

La gráfica 5 muestra cómo en los últimos 20 años se ha desacelerado el ritmo de crecimiento de algunos grupos de edad entre las MEF, excepto entre los de 15 a 19, 20 a 24, 40 a 44 y 45 a 49 años. El crecimiento de las mujeres adolescentes ascendió considerablemente de -0.7 a un crecimiento positivo de 0.6, por cada cien. Mientras, las mujeres de 25 a 29 años presentan la tasa de crecimiento más baja en el periodo 2000-2010 (0.5 por cada cien), en contraste con su comportamiento en el decenio anterior, de 1.6 por cada cien.

Gráfica 5.
Durango. Tasas de crecimiento intercensal de mujeres en edad fértil por grupos de edad, 1990-2000 y 2000-2010



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el Censo de Población y Vivienda 1990, 2000 y 2010.

Destaca también que en ambos periodos analizados las tasas de crecimiento aumentan de manera constante a partir de los 25 años hasta el final de la vida reproductiva, mientras que entre 1990-2000, la tasa disminuyó en el grupo de 45-49 años. Este comportamiento confirma la aceleración en el crecimiento de la población en edades más avanzadas, en consonancia con el proceso de envejecimiento demográfico que experimenta el país.

El análisis previo pretende establecer un diagnóstico demográfico breve de la población, en términos de su volumen, estructura por edad y crecimiento. Como ya se ha señalado, estos factores demográficos básicos se consideran clave para dimensionar, entre otros, la magnitud de la población objetivo de las acciones en materia de salud reproductiva, las necesidades específicas que experimentan en virtud de su composición y la posibilidad de seguir incidiendo en indicadores relevantes de la salud sexual y reproductiva en el futuro.

1. Exposición al riesgo de embarazo

La exposición al riesgo de embarazo se interpreta como una primera condición para que las mujeres determinen su proceso reproductivo y, por ende, su fecundidad. En este sentido, es primordial dar cuenta de ciertos determinantes próximos de la reproducción como el inicio de la actividad sexual y de la unión, además de clasificar a las mujeres según la frecuencia de sus relaciones sexuales.

1.1 Inicio de la vida sexual

Indicador:

- *Edad a la primera relación sexual.* Es la edad en que ocurre este evento y se clasifica por cuartiles (25, 50 y 75%).⁴

La ENADID 2009 muestra que en Durango la cuarta parte (25% o primer cuartil) del total de las MEF entre 25 y 34 años ya había tenido su primera relación sexual a los 16.0 años; la mitad (50% o segundo cuartil) lo había hecho a los 17.7 años; y tres cuartas partes (75% o tercer cuartil) la tuvieron un poco después de cumplir los 20 años (véase cuadro 1).

Cuadro 1.
Durango. Edad a la primera relación sexual por cuartiles de dos generaciones, 2009

Generación	Cuartiles		
	25%	50%	75%
25-34	16.0	17.7	20.2
35-49	16.6	18.2	21.5

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.

⁴ Se puede estimar como la edad promedio. Sin embargo, para corregir el sesgo en las estimaciones debido a efectos de dispersión de los datos es conveniente estimarla como edad mediana, que es donde se acumula el 50 por ciento de los casos.

El inicio de la actividad sexual de las mujeres de esta entidad es parecido al registrado en el contexto nacional, cuya mediana es de 18.0 años.

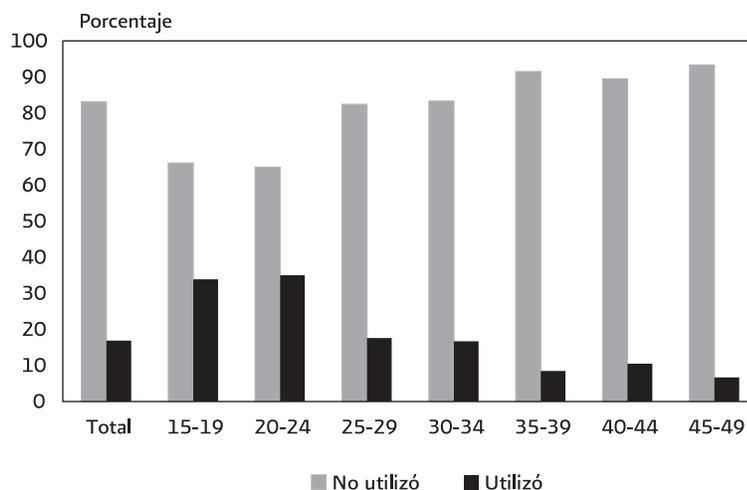
1.2 Inicio de la vida sexual y uso de anticonceptivos

Indicador:

- *Porcentaje de mujeres en edad fértil que usó anticonceptivos en su primera relación sexual.* Es el cociente de mujeres que contestaron que ellas o sus parejas utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, entre el total que respondió haber tenido ya relaciones sexuales, por cien.

En Durango, el 16.9 por ciento de las MEF se protegió de un embarazo en su primer encuentro sexual, dato menor al observado a nivel nacional, de 19.9 por ciento. Las generaciones más jóvenes han optado cada vez más por usar anticonceptivos al inicio de su vida sexual (véase gráfica 6). De esta forma, mientras 10.5 por ciento de las mujeres de 40-44 años manifestó usar anticonceptivos, aumenta a 16.7 por ciento en las de 30-34; y se incrementa de forma significativa a 33.9 por ciento en las de 15-19 (véase cuadro A.1 del Anexo).

Gráfica 6.
Durango. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por grupos de edad según uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, 2009

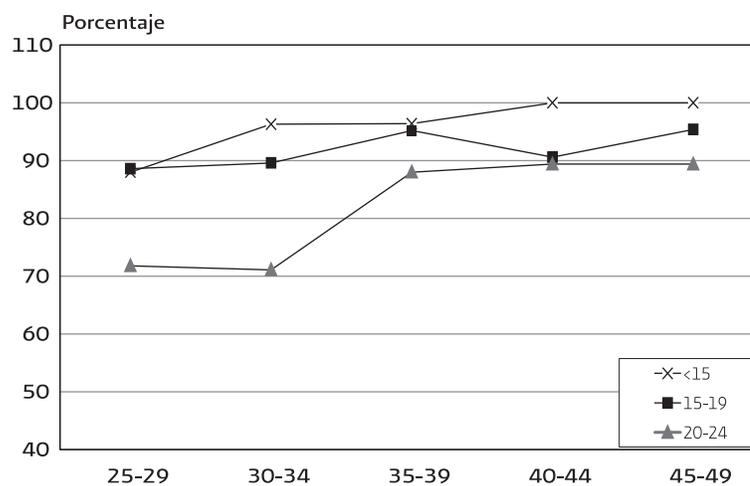


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

Las mujeres de Durango de generaciones más recientes reportan mayor uso de anticonceptivos en comparación con las generaciones mayores. Así, por ejemplo, entre las de 40 a 44 años, el 9.4 por ciento usó anticonceptivos al tener su primera relación sexual en la adolescencia y un 10.6 por ciento en la juventud (20 a 24), comparado con las de 25-29 años que emplearon anticonceptivos al inicio de su vida sexual, 11.4 por ciento cuando eran adolescentes y 28.2 por ciento cuando eran jóvenes (véase cuadro A.2 del Anexo).

Visto de otra forma, la gráfica 7 ilustra que a medida que se consideran grupos de mujeres con menor edad, disminuyen los porcentajes de no uso de anticonceptivos en el primer encuentro sexual. No obstante, esa misma gráfica muestra que la no protección anticonceptiva aumenta si el inicio de la actividad sexual se presenta a una edad cada vez menor en la vida de la mujer. Por ejemplo, en las mujeres de 25 a 29 años al momento de la encuesta, 88.0 por ciento no utilizó anticonceptivos cuando la relación sexual fue antes de los 15 años de edad, comparado con un 88.6 por ciento de no uso si la relación sexual ocurrió a los 15 a 19 años, y 71.8 por ciento cuando ese acontecimiento se presentó entre los 20 y 24 años.

Gráfica 7.
Durango. Porcentaje de mujeres en edad fértil que no utilizó ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual por edad de ocurrencia de la misma, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

1.3 Condiciones de vida sexual actual

La evaluación de la salud reproductiva, concretamente de la planificación familiar, se ha realizado con base en las mujeres en edad fértil casadas o unidas, denominadas comúnmente MEFU. A este grupo se han referido los indicadores desde el inicio de los programas de planificación familiar en la segunda mitad de los años setenta, bajo el supuesto de que la exposición al riesgo de embarazo se iniciaba con el matrimonio o unión consensual.

Después de 35 años de programas y ante los cambios en la sociedad en la forma de asumir y vivir la sexualidad, es imperativo reconocer que el matrimonio o la unión no son eventos suficientes y, por lo tanto, es necesario considerar acontecimientos asociados más directamente con el ejercicio de la sexualidad.

Conceptos:

- *Mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA)*. Se refiere a las mujeres que tuvieron al menos una relación sexual durante el último mes previo al levantamiento de la encuesta. El

porcentaje correspondiente se calcula como el cociente de las MEFSA, entre el total de mujeres en edad fértil, multiplicado por cien.

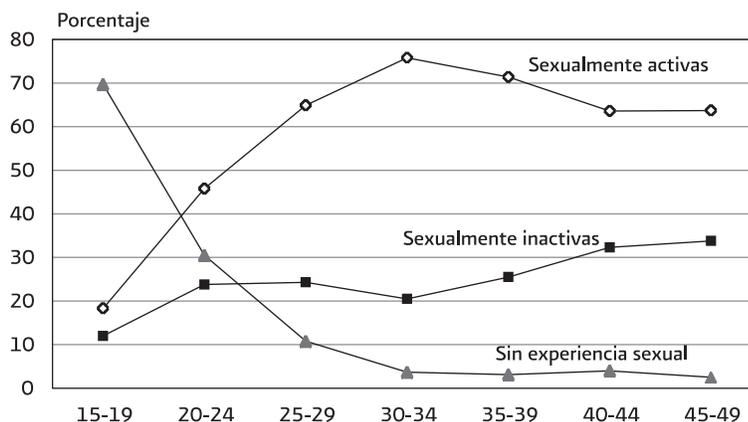
- *Mujeres en edad fértil sexualmente inactivas (MEFSI)*. Abarca a las mujeres que ya han tenido relaciones sexuales, pero no son sexualmente activas, esto es, que respondieron haber tenido su último encuentro sexual en más de un mes previo al levantamiento de la encuesta.
- *Mujeres en edad fértil sin relaciones sexuales (MEFSIN)*. Comprende a las mujeres que indicaron no haber tenido relaciones sexuales hasta el momento de la encuesta.

El 54.3 por ciento de las MEF de Durango se clasifica en sexualmente activas, 23.4 por ciento como sexualmente inactivas y 22.4 por ciento sin relaciones sexuales, para el país los datos fueron de 52.9, 23.2 y 23.9 por ciento, respectivamente. En esta medida, 77.6 por ciento de mujeres en edad fértil estaría expuesta potencialmente a un embarazo por el ejercicio de su sexualidad (véase cuadro A.3 del Anexo).

Es de particular importancia observar este riesgo de exposición según grupos quinquenales de edad. El porcentaje de las MEFSA inicia con 18.3 en las adolescentes, crece con la edad hasta 71.4 en 35 a 39, para descender en los últimos grupos; en cambio, el porcentaje de las MEFSI aumenta de forma consistente, parte de 12.0 en las adolescentes y alcanza 33.8 en las de 45 a 49. En consecuencia, el porcentaje sin relaciones sexuales decrece conforme a la edad, iniciando en 69.7 en las adolescentes, hasta valores mínimos de 2.5 en las mujeres mayores que pasaron el periodo fértil (véase gráfica 8A).

Desde esta perspectiva, una apreciación global relevante para las acciones de política y programáticas es que 30.3 por ciento de adolescentes y 69.5 por ciento de jóvenes están en riesgo potencial de embarazo por presentar una vida sexual activa o en inicio.

Gráfica 8A.
Durango. Proporción de mujeres en edad fértil sexualmente activas, sexualmente inactivas y sin experiencia sexual por grupos quinquenales de edad, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

El análisis por situación conyugal muestra, obviamente, que el mayor porcentaje de las MEFSAs se encuentra en las mujeres unidas, con 85.6. Pero, al mismo tiempo, este dato resulta revelador, ya que antes se suponía que 100 por ciento de las MEFUs estaba expuesta a un embarazo. Bajo el concepto de las MEFSAs resulta que 14.4 por ciento de las MEFUs no es sexualmente activa, es decir, son las mujeres que declararon al momento de la encuesta no haber tenido relaciones sexuales en el último mes.

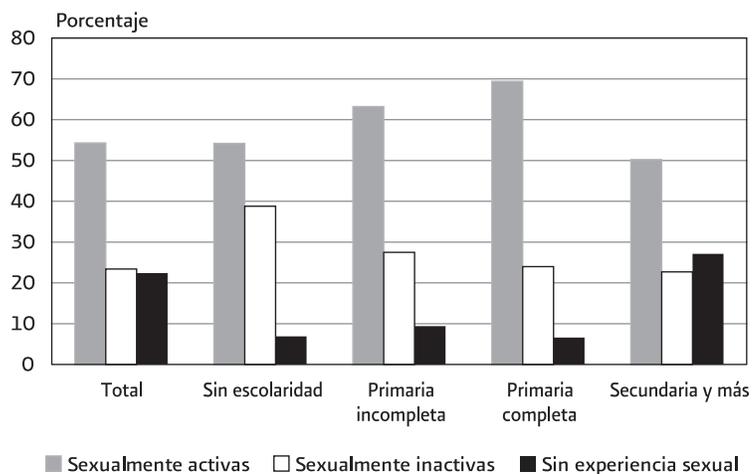
Por otra parte, tanto las alguna vez unidas como las solteras, no entraban en el grupo de exposición en el concepto tradicional. Ahora sabemos que 24.1 por ciento de las primeras y 10.9 por ciento de las segundas son activas sexualmente; y que 75.9 y 23.8 por ciento son sexualmente inactivas, respectivamente.

El número de hijos nacidos vivos por mujer, indicador que en términos demográficos se conoce también como paridad o paridez, muestra una relación positiva con las MEFSAs hasta la paridad dos. De hecho, las mujeres con ese número de hijos son las que presentan el más alto porcentaje de vida sexual activa, ya que 77.9 se encuentra en esta situación en comparación con los otros niveles de paridad.

Las condiciones asociadas con la paridad cero son importantes por su relación con la prevención del primer embarazo. De las mujeres sin hijos, 32.8 por ciento se declara con vida sexual activa o inactiva, grupo en el que habría que enfatizar acciones de información, educación y comunicación en relación con la planificación familiar y protección anticonceptiva.

El nivel de escolaridad, por su parte, guarda una relación positiva con la ausencia de relaciones sexuales e inversa con la vida sexual inactiva en Durango (véase gráfica 8B). Entre 54 y 69 por ciento de las mujeres sin escolaridad o con algún grado de primaria pudieran considerarse como población objetivo de las acciones de salud reproductiva, dado su alto grado de exposición al riesgo de embarazo.

Gráfica 8B.
Durango. Proporción de mujeres en edad fértil sexualmente activas, sexualmente inactivas y sin experiencia sexual por nivel de escolaridad, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

Por lugar de residencia, 61.3 por ciento de las mujeres rurales y 51.8 por ciento de las urbanas se clasifican con vida sexual activa, así como 20.2 y 24.5 por ciento con vida sexual inactiva, respectivamente.

1.4 Situación conyugal

Indicador:

- *Edad a la primera unión.* Es la edad en la que ocurre la primera unión o el primer matrimonio y se clasifica por cuartiles (25, 50 y 75%).

La ENADID 1997 reportó que una cuarta parte de las MEF de 25 a 34 años se había unido por primera vez apenas cumplidos los 16.5 años, la mitad poco después de cumplir la mayoría de edad, es decir, a los 18.6 años, y tres cuartas partes a los 21.3. La encuesta de 2009 revela que 12 años después el evento del primer matrimonio o unión parece haberse desplazado levemente en Durango, con 17.2 años para el primer cuartil, 19.2 y 21.9 años para la mediana y el tercer cuartil, respectivamente (véase cuadro 2).

La primera unión en la entidad ocurre a una edad relativa más temprana cuando se compara con lo que acontece en el ámbito nacional, cuyo primero, segundo y tercer cuartil fueron de 17.4, 19.8 y 22.9 años, de forma respectiva.

Al comparar la edad a la primera relación sexual, se deduce que la primera unión en las mujeres de Durango ocurre después de esa experiencia. Así, al tomar en cuenta a todas las MEF de 25 a 34 años encuestadas en la ENADID 2009, la edad mediana al inicio de la vida sexual se da a los 17.7 años, mientras que la primera unión se presenta a los 19.2, lo que separa a ambos eventos en un poco más de un año. Entonces, en esta dimensión se obviaba el inicio de la exposición al riesgo potencial de embarazo al considerar solo el matrimonio como evento condicionante.

Cuadro 2.
Durango. Edad a la primera unión por cuartiles
de dos generaciones, 1997 y 2009

Generación	Cuartiles		
	25%	50%	75%
1997			
25-34	16.5	18.6	21.3
35-49	15.8	18.0	21.5
2009			
25-34	17.2	19.2	21.9
35-49	17.4	19.8	23.2

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2009.

2. Patrones reproductivos

Se refiere a la trayectoria que las mujeres y sus parejas siguen para tener a sus hijos, lo cual es consecuencia del grado de exposición al riesgo de embarazo y del uso de anticonceptivos. Ello determina lo que se ha dado en llamar los patrones reproductivos, caracterizados aquí por la intensidad y calendario en que ocurre la reproducción, mediante la medición de la edad al nacimiento del primogénito, la distancia o espaciamiento entre éste con la unión y con el hijo siguiente, así como entre el segundo y el tercero.

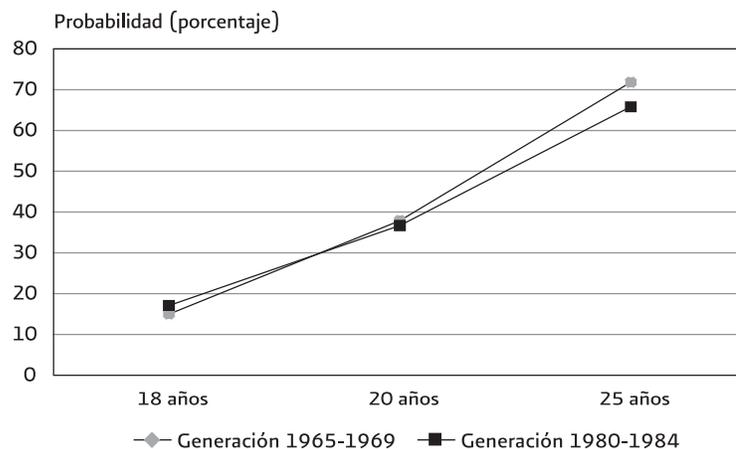
2.1 Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)

Indicador:

- *Probabilidad acumulada de tener el primer hijo antes de cumplir 18, 20 y 25 años de edad.* La probabilidad acumulada de tener al primer hijo en diferentes momentos se interpreta como el porcentaje de mujeres que se convierte en madre antes de cumplir determinada edad; en este caso, interesa utilizar como referencia los 18, 20 y 25 años, por ubicar el inicio de la reproducción en la adolescencia y la juventud. Los datos para calcular ese porcentaje provienen de las historias de embarazos de las encuestas, relacionando la ocurrencia de los eventos con la edad de las madres.⁵

La probabilidad acumulada de iniciar la maternidad antes de cumplir 25 años fue 71.8 por ciento para la generación nacida en 1965-1969; pero con la generación 15 años más joven, de 1980-1984, pasó a 65.8 por ciento (véase cuadro A.4 del Anexo). Según parece, se ha dado en Durango una disminución en el porcentaje de mujeres jóvenes que antes de los 25 años se convierte en madre (véase gráfica 9).

Gráfica 9.
Durango. Probabilidad acumulada de tener al primer hijo nacido vivo antes de edades seleccionadas para las generaciones, 1965-1969 y 1980-1984



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

⁵ Dado que se dispone de la información de todas las mujeres del periodo fértil, dichos cocientes se pueden calcular para determinados grupos de edad o generaciones. En los *Perfiles* se analizan dos: el de mujeres nacidas entre 1965 y 1969, que corresponde a las que tenían de 40 a 44 años de edad al momento de la encuesta; y el de aquellas que nacieron entre 1980 y 1984, cuyas edades a la fecha de la entrevista eran de 25 a 29.

De la misma forma, la probabilidad de tener el primer hijo antes de cumplir 20 años, pasó de 37.9 a 36.7 por ciento, para las generaciones 1965-1969 y 1980-1984, mostrando también una disminución en el porcentaje de mujeres que antes de los 20 años ya era madre. La probabilidad de que una mujer de Durango tenga a su primer hijo antes de cumplir los 20 años de edad en la generación más reciente es de mayor magnitud que la del promedio para los estados en *situación intermedia desfavorable*, y mayor al dato del país, de 31.4 por ciento (CONAPO, 2011).

La probabilidad de que una mujer sea madre antes de cumplir la mayoría de edad evidencia un aumento entre las dos generaciones, de 15.0 a 17.1 por ciento, respectivamente. Este cambio en la frecuencia con que las mujeres de Durango se convierten en madres antes de cumplir 18 años también se observa en el ámbito nacional.

2.2 Intervalo protogenésico

Indicador:

- *Intervalo protogenésico.* Se define como el tiempo que transcurre entre la primera unión y el nacimiento del primer hijo(a). Se obtiene a través de la historia de embarazos contenida en una encuesta; se calcula en años o meses, mediante el lapso entre la primera unión y el nacimiento del primer hijo. En ocasiones, se presenta como la media aritmética, el tiempo mediano o en términos de la distribución porcentual de las mujeres, según categorías de duración del intervalo correspondiente.

En 2009, el 52.5 por ciento de las mujeres de Durango tuvo a su primer hijo en un lapso muy corto posterior a la unión, con una duración menor a un año; 12 años antes este dato fue de 47.5 por ciento; y 29.6 por ciento tuvo a su primer hijo entre uno y menos de dos años. No obstante, se observa en 2009 una disminución en los porcentajes de mujeres, cuyo intervalo protogenésico es de cuatro años o más. Podemos concluir que la mayoría de las mujeres de la entidad espacian muy poco la llegada del primer hijo (véase cuadro 3).

Cuadro 3.
Durango. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas de acuerdo a la duración de su intervalo protogenésico, 1997 y 2009

Años	1997	2009
Menos de 1 año	47.5	52.5
De 1 a < 2	33.3	29.6
De 2 a < 4	14.0	14.2
4 y más	5.2	3.7
Total	100.0	100.0

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2009.

2.3 Primero y segundo intervalos intergenésicos

Indicador:

- *Intervalo intergenésico.* Se define como el tiempo que transcurre entre dos nacimientos sucesivos. En este documento interesa medir y analizar los dos primeros intervalos intergenésicos, es decir, el que va del primero al segundo hijo, y el de este último al tercero. Se calculan con la información de la historia de embarazos, mediante la diferencia entre las fechas de nacimiento en las que ocurrió el evento. Se expresan como medias aritméticas, medianas o distribuciones de las mujeres, en función de categorías de duración de los intervalos.

Se ha catalogado en intervalos cortos aquellos cuya duración es menor a dos años, los cuales se han relacionado con condiciones no adecuadas o desfavorables para la reproducción, tanto por cuestiones asociadas con la no recuperación física de la madre, como por la capacidad para la atención y cuidado de los hijos, si bien es claro que ello no es general, puesto que permean las diferencias en las condiciones socioeconómicas de las familias y de las mujeres. La contraparte, intervalos de dos años y más, pero particularmente entre dos y tres, son considerados favorables o adecuados para la reproducción.

Bajo esta perspectiva, se observa en 2009 un incremento en los dos primeros intervalos intergenésicos con respecto a 1997, esto es, una menor concentración de mujeres en una duración menor a dos años, al tiempo de una mayor concentración en la categoría de cuatro y más años de espaciamiento entre hijos (véase cuadro 4). Así, según la última encuesta, la mayoría de las mujeres (70.4%) tuvo a su segundo y tercer hijo en condiciones de espaciamientos potencialmente adecuadas o favorables para la reproducción, atención y cuidado de los hijos. Este comportamiento reproductivo observado en Durango es también similar al registrado en el país.

Cuadro 4.
Durango. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil según duración del primer y segundo intervalo intergenésico, 1997 y 2009

Años	1997		2009	
	Primero	Segundo	Primero	Segundo
Menos de 2 años	44.6	39.4	32.5	29.6
De 2 a < 4	35.5	35.0	36.2	28.8
4 y más	19.9	25.6	31.3	41.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2009.

3. Los niveles y tendencias de la fecundidad

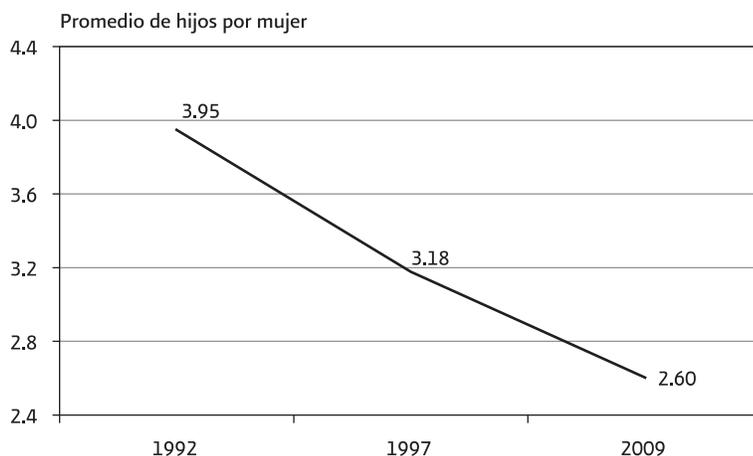
En México, el artículo 4° de la Constitución Política estipula, entre otros aspectos, la igualdad jurídica de hombres y mujeres, y establece el derecho de toda persona a la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. En este sentido, la disminución en el tamaño de la descendencia es la manifestación más concreta de la apropiación de este derecho.

Indicadores:

- *Tasas específicas de fecundidad:* Es el resultado del cociente de los nacimientos ocurridos entre mujeres en edades fértiles (15-49) durante un periodo de referencia, entre el total de mujeres de dichas edades, en el mismo periodo. Aunque es posible obtener tasas por edad simple, generalmente las tasas se estiman para grupos quinquenales de edad, de tal forma que se cuenta con siete tasas específicas que abarcan todo el periodo reproductivo. De manera convencional, las tasas específicas se expresan por mil y se interpretan como el número de nacimientos observados por cada mil mujeres en un grupo de edad determinado.
- *Tasa Global de Fecundidad (TGF):* Es una medida resumen de la fecundidad que se obtiene de la suma de las tasas específicas. Cuando éstas son quinquenales, la suma de las tasas se multiplica por cinco, de tal forma que el dato refiera, para un solo año, la estimación media de los cinco años considerados en cada grupo de edad. La tasa global de fecundidad se interpreta como el número promedio de hijos que una mujer tendría a lo largo de su vida fértil, bajo las condiciones de mortalidad y fecundidad observadas en la población al momento del análisis.

En Durango la fecundidad ha experimentado un descenso acelerado desde mediados de la década de los setenta y durante los últimos años. En 1992 la tasa de nacimientos fue de 3.95 hijos y se redujo a 2.60 en 2009 (véase gráfica 10). Sin duda, uno de los determinantes de este descenso ha sido el uso de la tecnología anticonceptiva.

Gráfica 10.
Durango. Tasa Global de Fecundidad 1992, 1997 y 2009

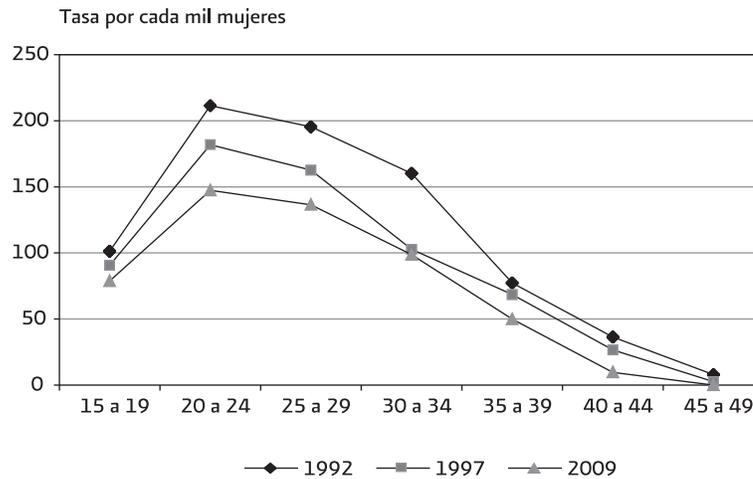


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1992, 1997 y 2009.

La estructura por edad de la fecundidad en Durango muestra actualmente un patrón de fecundidad temprano, en virtud de que la cúspide de la fecundidad se encuentra entre los 20 y 24 años de edad, lo cual sugiere una postergación de los nacimientos similar a 1992 y a 1997 (véase gráfica 11).

El descenso de la fecundidad ha sido más pronunciado en los sectores que experimentan mayor integración al desarrollo, en tanto que los grupos más pobres han quedado rezagados en este proceso.

Gráfica 11.
Durango. Tasa Específica de Fecundidad 1992, 1997 y 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1992, 1997 y 2009.

Las tendencias históricamente observadas se mantienen: la fecundidad es mayor en mujeres jóvenes, residentes en localidades rurales, de menor escolaridad, quienes no participan en la actividad económica y/o hablantes de lengua indígena.

La alta heterogeneidad de escenarios que existe al interior del país se refleja en la evolución de la fecundidad en cada entidad federativa. En el transcurso de las últimas décadas, la mayor disminución de la TGF ocurrió en las entidades con niveles superiores a la media nacional. Así, entre 1992 y 2009, Durango redujo la TGF en 34.1 por ciento.

Actualmente, el rezago en este indicador se concentra con cada vez más claridad en entidades con mayores porcentajes de población hablante de lengua indígena y rural, así como con niveles altos y muy altos de marginación social (véase gráfica 12).

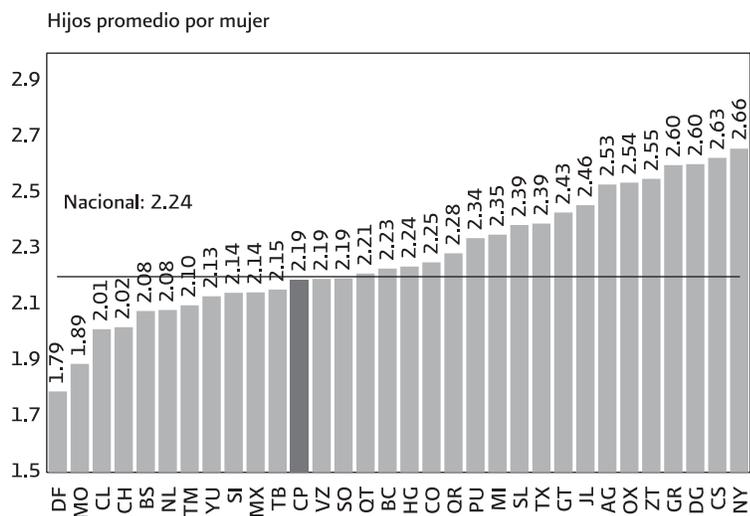
En cuanto a la fecundidad adolescente, si bien muestra un descenso importante en las últimas cuatro décadas, el indicador es menor al observado en otras edades. En 1992, la tasa de fecundidad adolescente era de 101.2 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad. Entre 1992 y 2009 la disminución fue de 22.2 por ciento, pasando a 78.7 nacimientos ocurridos entre mujeres adolescentes por cada mil de ellas.

El aporte relativo de los nacimientos ocurridos en mujeres menores de 20 años no ha variado de manera notable a lo largo del tiempo a nivel nacional. Por su parte, en Durango, entre 1990 y 2005^{6,7}

⁶ La estimación se realizó a partir de las estadísticas vitales de nacimientos. La serie de tiempo disponible comprende el periodo 1985-2008. Sin embargo, en virtud de los problemas de subregistro o registro extemporáneo, es necesario reconstruir los nacimientos ocurridos en un año acumulando varios años de registro. En la estimación presentada se acumularon cinco años a partir de la fecha de ocurrencia del nacimiento, usando una serie de nacimientos de 2009 proporcionada por el INEGI, la cual sigue siendo preliminar a la fecha de este análisis.

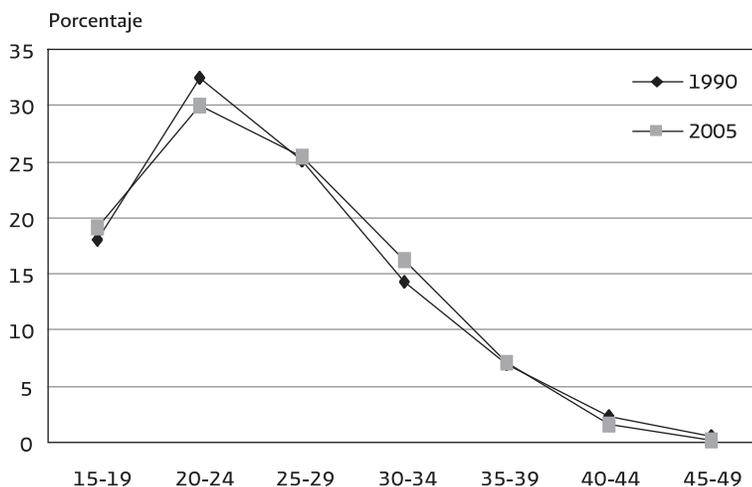
⁷ Las estadísticas vitales son, hasta el momento, la única fuente de información que provee de cifras anuales sobre el volumen de los nacimientos para una serie de tiempo considerable. Desde 2008 existe el Certificado de Nacimiento expedido por la Secretaría de Salud, pero éste sólo provee de información para pocos años (2008-2010) y aún presenta problemas importantes de subregistro en algunas entidades, particularmente donde se observan porcentajes menores de partos atendidos por personal médico.

Gráfica 12.
Tasa Global de Fecundidad por entidad federativa, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

Gráfica 13.
Durango. Distribución porcentual de los nacimientos por edad de la madre, 1990 y 2005



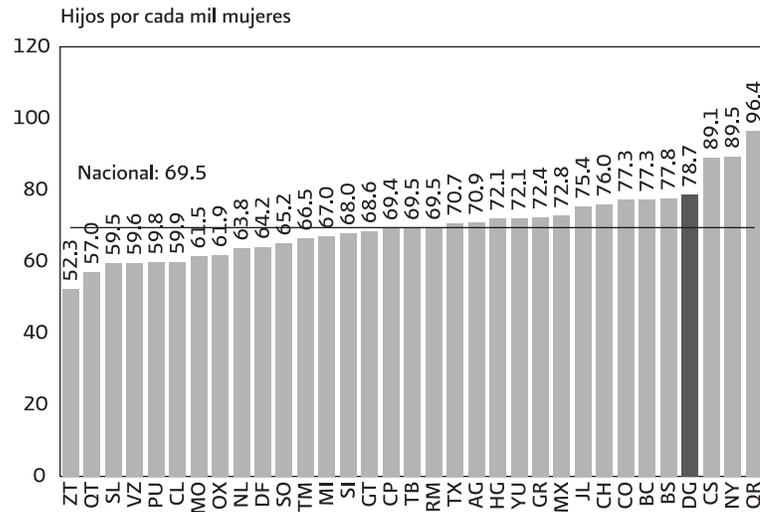
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en estadísticas vitales de nacimientos del INEGI.

la participación porcentual de los nacimientos provenientes de madres adolescentes pasó de 18.1 a 19.2. A lo largo de este periodo, poco más de 30 por ciento de los nacimientos proviene de mujeres entre 20 y 24 años de edad. Las variaciones más notorias se observan en las mujeres entre 15 y 19 años y entre 30 y 34 años, y éstas últimas modificaron su participación relativa de 14.3 a 16.3 por ciento (véase gráfica 13).

Aunque, en general, las brechas entre los distintos grupos de población tienden a reducirse, este proceso será cada vez más lento y menos intenso, debido, por una parte, al grado de avance del país

en la transición demográfica y, por la otra, a las resistencias particulares de los grupos rezagados, las cuales obligan a la instrumentación de acciones muy focalizadas.

Gráfica 14.
Tasa de fecundidad adolescente por entidad federativa, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

La fecundidad adolescente presenta un comportamiento diferenciado del conjunto de la fecundidad en las entidades federativas. Como se aprecia en la gráfica 14, las mayores tasas de fecundidad adolescente no necesariamente se encuentran en las entidades con mayores TGF. En el caso de Durango, en 2009 la fecundidad adolescente está por encima del nivel nacional.

Sin duda, la fecundidad es un componente crítico del cambio demográfico, en la medida en que, junto con la mortalidad y la migración, determina el volumen y la estructura por edad de la población. Sin embargo, en virtud del vínculo intrínseco que sostiene con la sexualidad, la fecundidad entraña factores particularmente íntimos y complejos. Éstos, a su vez, guardan una estrecha asociación con elementos sociales, económicos y culturales, los cuales, como se verá en el apartado siguiente, contribuyen a perfilar las preferencias reproductivas de la población.

4. Preferencias reproductivas

Las preferencias reproductivas se miden en las encuestas sociodemográficas por el número de hijos e hijas que le hubiera gustado tener a las mujeres, y por el tiempo que desean esperar entre un hijo(a) y otro. Su análisis y actualización son importantes, dado que los cambios en las preferencias e ideales reproductivos influyen en la determinación de la fecundidad y descendencia final de las parejas, y sobre las necesidades de la población en materia de planificación familiar y salud reproductiva.

4.1 Ideal de hijos e hijas

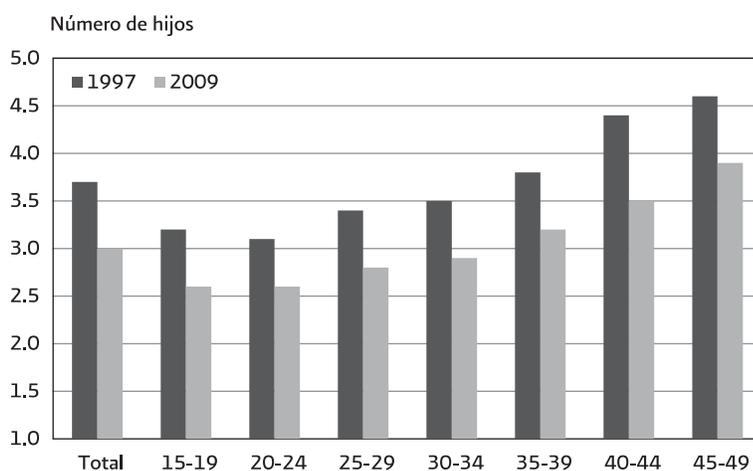
Se dice que las preferencias e ideales reproductivos de las personas son el resultado de un proceso complejo, en el que intervienen factores de diferente índole y aproximación, como son el contexto social, el contacto con las instituciones de salud y educativas, el ambiente laboral, las redes sociales y familiares a las que pertenecen, la influencia de los medios de comunicación masiva y las propias ideologías individuales prevalentes.

Indicador:

- *Número ideal de hijos e hijas.* Se estima como el número promedio de hijos e hijas que le gustaría tener a las mujeres en toda su vida reproductiva. Se obtiene a través de las encuestas mediante la estimación del número ideal de hijos; se toma en cuenta si la mujer ya ha tenido o no hijos.⁸

De acuerdo con el cuadro A.5 del Anexo, en Durango el número promedio ideal de hijas e hijos en 1997 era de 3.7, un poco mayor al promedio nacional que fue de 3.2, en 2009 bajó a 3.0 hijos y a nivel nacional a 2.7. El número ideal de hijos aumenta considerablemente con la edad de las mujeres, situación que se observa en ambas encuestas: mientras las adolescentes de la entidad tienen preferencia por un número ideal de hijos de 2.6, según la ENADID 2009, las mujeres del extremo inferior del periodo fértil reportaron como ideal 3.9 hijos promedio, esto es, una diferencia de un hijo entre ambas expectativas reproductivas. Sin embargo, destaca una reducción en la descendencia final deseada en todos los grupos de edad entre 1997 y 2009 (véase gráfica 15A).

Gráfica 15A.
Durango. Número ideal promedio de hijos e hijas en mujeres en edad fértil unidas por grupos quinquenales de edad, 1997 y 2009



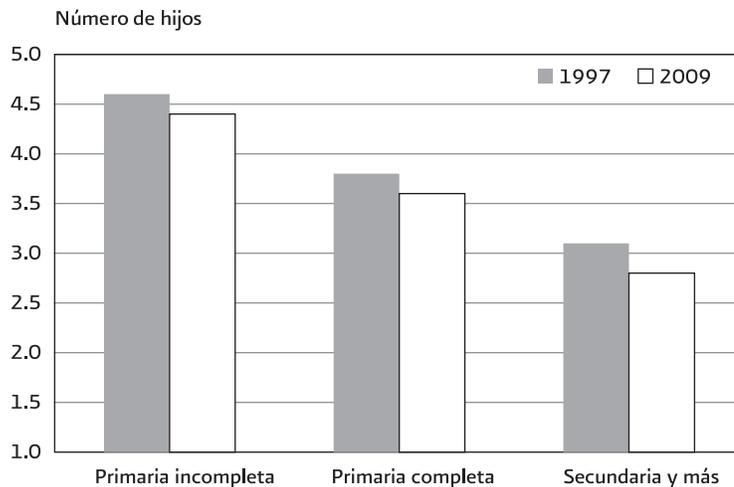
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

⁸ A las mujeres sin hijos se les pregunta: Si usted pudiera escoger el número de hijas e hijos por tener en toda su vida ¿Cuántos tendría? A las mujeres que ya han tenido hijos se les pregunta: Si usted pudiera regresar a la época en la cual no tenía hijos y pudiera estudiar el número de hijas e hijos por tener en toda su vida ¿Cuántos tendría? Por medio de esta pregunta se ubica a las mujeres en una misma situación, es decir, en el momento en que todas se asumen en la paridad cero (Paz-Gómez, 2010).

El nivel de escolaridad de las mujeres se asocia de manera consistente con un número ideal de hijos menor. Esta variable es la que más discrimina la expectativa reproductiva de las parejas de Durango, con una diferencia de 1.8 hijos entre categorías extremo, es decir, mientras las que no poseen grado escolar alguno prefieren un número ideal de 4.6 hijos, según la encuesta de 2009, las de secundaria y más tienen como ideal 2.8 hijos.

Esa brecha entre categorías extremo era similar en 1997, ya que no se observó gran disminución en la preferencia de hijos por parte de las mujeres con primaria incompleta, en comparación con la categoría de mayor escolaridad (véase gráfica 15B).

Gráfica 15B.
Durango. Número ideal promedio de hijos e hijas en mujeres en edad fértil unidas por nivel de escolaridad, 1997 y 2009



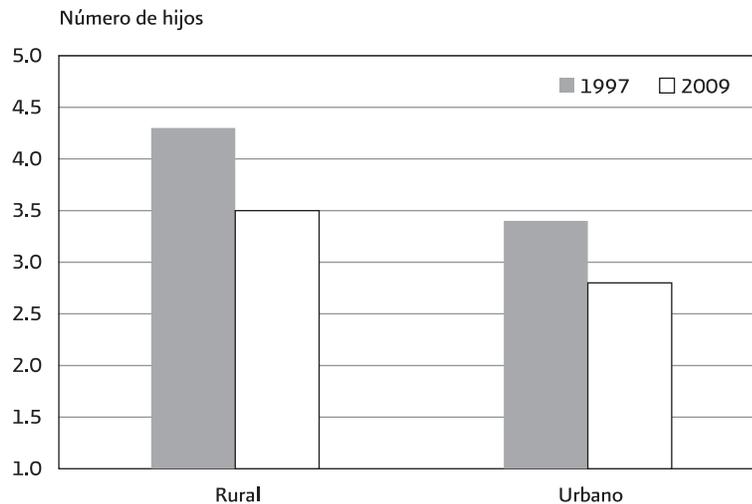
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

En 2009, por lugar de residencia, las preferencias reproductivas en Durango son las siguientes: las mujeres rurales prefieren un número ideal de 3.5 hijos, mientras que las urbanas se inclinan por 2.8 hijos (véase gráfica 15C).

Algo similar ocurre para las mujeres sin hijos nacidos vivos, así como para las de paridad uno, es decir, se aprecia en 2009 respecto de 1997 una mayor concentración de mujeres unidas, cuyo ideal es un número menor de hijos. Por ejemplo, 37.3 por ciento de las mujeres sin hijos en 1997 deseaba máximo dos hijos, que aumentó a 59.5 por ciento en 2009; y en las que tenían un hijo nacido vivo pasó de 38.6 a 49.8 por ciento (véanse cuadros 5 y 6).

Asimismo, es importante destacar que hay una mayor concordancia entre el número de hijos nacidos vivos y el número ideal de hijos. Por ejemplo, en las de paridad dos, el 35.1 por ciento escogió como ideal ese mismo número de hijos en 1997, pero aumentó a 38.9 por ciento en 2009; del igual forma, las que tenían tres hijos nacidos vivos y que prefieren ese mismo número de hijos, pasó de 43.1 a 50.6 por ciento. Sin embargo, se aprecia que en las de paridad cuatro la inclinación por ese número de hijos disminuyó de 56.3 por ciento en 1997 a 44.8 por ciento en 2009.

Gráfica 15C.
Durango. Número ideal promedio de hijos e hijas en mujeres en edad fértil unidas por tamaño de localidad de residencia, 1997 y 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

Cuadro 5.
Durango. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas por número ideal de hijos e hijas según paridad, 1997

Paridad	Número ideal de hijos/as					
	0	1	2	3	4	5 y más
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

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

Cuadro 6.
Durango. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas por número ideal de hijos e hijas según paridad, 2009

Paridad	Número ideal de hijos/as					
	0	1	2	3	4	5 y más
0	6.6	7.0	45.9	27.8	9.8	2.8
1	0.8	11.1	37.9	35.2	7.6	7.4
2	0.8	4.9	38.9	31.5	18.8	5.0
3	1.5	4.6	13.6	50.6	16.3	13.4
4	0.2	1.1	22.7	9.2	44.8	22.0
5 y más	0.3	1.2	8.3	22.4	10.6	57.1

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.

4.2 Embarazo no planeado

Con el avance de los programas de planificación familiar y salud reproductiva, cuya evolución se ha acompañado de un descenso en la fecundidad, la evaluación tiene la encomienda de dilucidar qué tanto de la fecundidad observada se reconoce como deseada o planeada y qué porcentaje sigue siendo un desafío para las acciones de información, orientación-consejería y acceso a los métodos anticonceptivos ante situaciones de fecundidad no deseada o no planeada.

Si bien es posible que al momento de la entrevista la decisión de la mujer sobre su deseo de embarazarse haya cambiado, ya que éste cambia durante el transcurso de la gestación, los datos de las encuestas constituyen una de las pocas opciones para conocer algo sobre el fenómeno.

Indicadores:

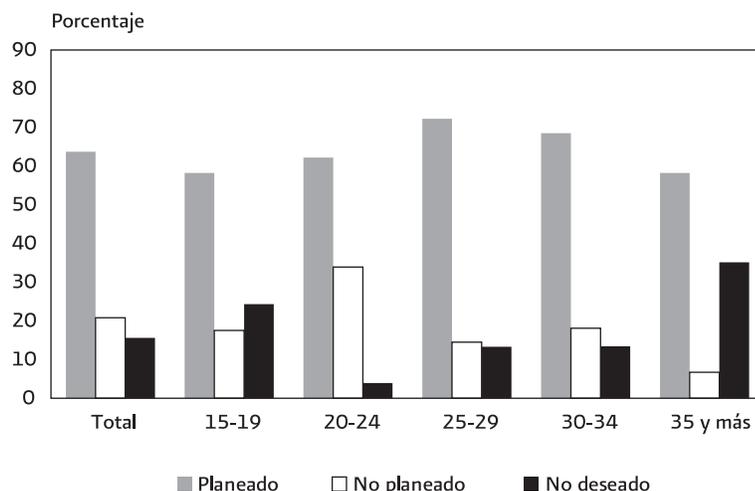
- *Porcentaje de embarazo planeado.* Se calcula como el cociente de las mujeres embarazadas al momento de la encuesta que respondieron haber querido embarazarse al momento del evento, entre el total de las embarazadas al momento de la entrevista, multiplicado por cien.
- *Porcentaje de embarazo no planeado.* Se calcula como el cociente de las mujeres embarazadas al momento de la encuesta que respondieron querer esperar más tiempo, entre el total de las embarazadas al momento de la entrevista, por cien.
- *Porcentaje de embarazo no deseado.* Se calcula como el cociente de las mujeres embarazadas al momento de la encuesta que declararon no querer ese embarazo, entre el total de las embarazadas, por cien.

En Durango, 63.7 por ciento de las MEF que se encontraba embarazada al momento de la encuesta se clasifica en la categoría de embarazo planeado, 20.8 por ciento como embarazo no planeado y 15.6 por ciento como embarazo no deseado, según la ENADID 2009 (véase cuadro A.6 del Anexo). A nivel nacional se observó mayor porcentaje de embarazos planeados (66.6), casi el mismo de no planeados (20.0) y menor en el no deseados (13.4).

El porcentaje más alto de embarazo no planeado se ubica en las jóvenes de 20 a 24 de Durango, con 33.9, superior al estimado en ese mismo grupo a nivel nacional de 23.2. En las adolescentes de la entidad, 17.5 por ciento no planeó su embarazo, situándose por debajo del dato nacional también para adolescentes, de 27.8 por ciento. El mayor índice de embarazo no deseado en la entidad se localiza en el grupo de 35 y más años, con 35.1 por ciento, y a nivel nacional en ese mismo grupo fue de 32.7 por ciento.

La tendencia general esperada es que el embarazo no planeado debe disminuir con la edad de la mujer, comportamiento asociado primordialmente con la necesidad de anticoncepción temporal, mientras que el embarazo no deseado debería incrementarse con la edad como reflejo de la demanda por la anticoncepción definitiva. En la gráfica 16 se ilustra dicho comportamiento, con algunas irregularidades en los datos, atribuibles a fluctuaciones aleatorias ocasionadas por problemas en los tamaños de la muestra.

Gráfica 16.
Durango. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil actualmente embarazadas por grupos de edad según planeación y deseo del embarazo, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

5. Anticoncepción

Se ha demostrado que el incremento en el uso de anticonceptivos ha sido el determinante próximo más importante en la disminución de la fecundidad en México (Romo y Sánchez, 2009). Recientemente, se ha observado una desaceleración en su tendencia, sobre todo en la última década. Con la ENADID 2009 estamos en posibilidad de valorar los cambios respecto a las estimaciones de 1997.

5.1 Conocimiento de métodos anticonceptivos

El conocimiento de los anticonceptivos es una primera condición del acceso potencial a la práctica anticonceptiva. Su aproximación a éste, según la información de las encuestas, es el denominado *conocimiento total*, es decir, el que se consigue con la respuesta espontánea, más aquel con “ayuda”, cuando se mencionan a la entrevistada los nombres de los métodos, a fin de que identifique su existencia o los reconozca.

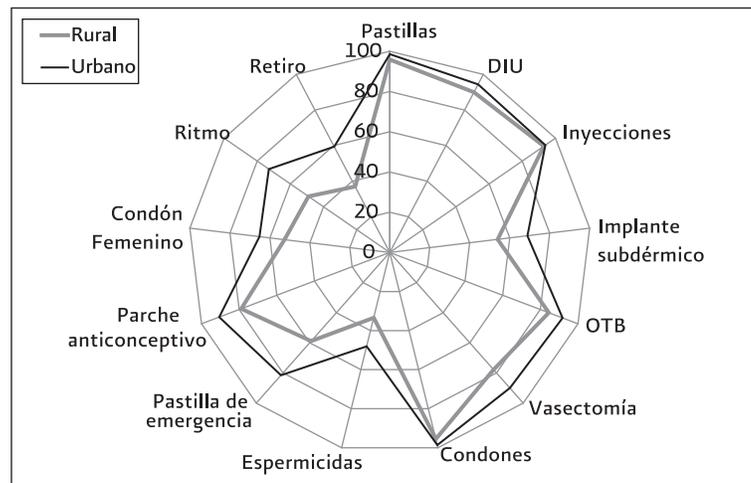
- *Porcentaje de MEF que declara conocer métodos anticonceptivos específicos.* Se calcula como el cociente de las mujeres que declararon conocer de forma espontánea o con ayuda (conocimiento total) un método anticonceptivo específico, entre las mujeres entrevistadas, multiplicado por cien.
- *Porcentaje de MEF que conoce al menos un método anticonceptivo.* Se calcula como el cociente de las mujeres que declararon conocer de forma espontánea o con ayuda al menos un método anticonceptivo, cualquiera que éste fuera, entre el total de mujeres, multiplicado por cien.
- *Porcentaje de MEF que no conoce método anticonceptivo alguno.* Se calcula como el cociente de las mujeres que de forma espontánea o con ayuda declararon no conocer método anticonceptivo alguno, entre el total de mujeres, multiplicado por cien.⁹

⁹ Este indicador forma parte del PNP 2008-2012 para las mujeres de habla de lengua indígena.

En Durango, según la última encuesta, se observa el siguiente comportamiento en el conocimiento de métodos: 93 por ciento o más de las MEF reconoce las pastillas, las inyecciones, el DIU y el condón masculino. Entre 75 y 90 por ciento conoce la OTB, la pastilla de emergencia (PAE), la vasectomía y parche anticonceptivo; por abajo del 70 por ciento figuran el implante subdérmico, los espermicidas, el condón femenino y los métodos tradicionales (véase cuadro A.7 del Anexo).

Según el lugar de residencia de las mujeres, sea en área rural o urbana, se aprecia un aumento en el conocimiento de los anticonceptivos, sobre todo del implante subdérmico. Entre 1997 y 2009 las zonas rurales tuvieron un incremento del conocimiento en la vasectomía y los condones. Esta dinámica ha redundado en una disminución de la brecha rural y urbana en la gran mayoría de los métodos (véanse cuadro A.8 del Anexo y gráfica 17).

Gráfica 17.
Durango. Porcentaje de mujeres en edad fértil que declara conocer la existencia de distintos métodos anticonceptivos por lugar de residencia, 2009



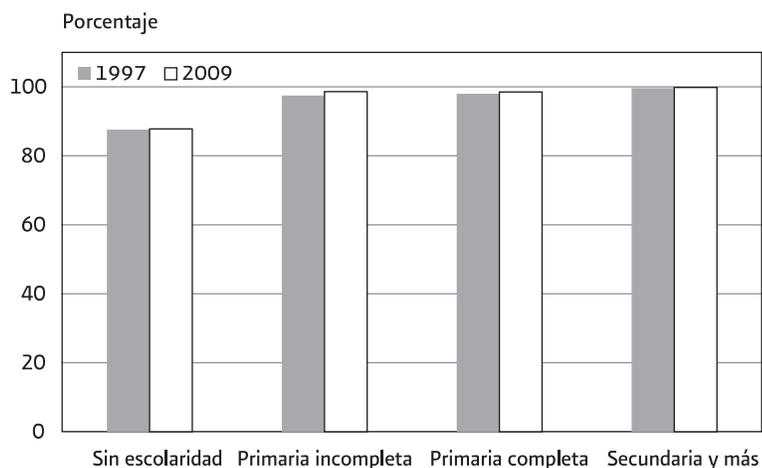
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

Si bien parece que la identificación de los diferentes anticonceptivos tiende a generalizarse en la población de Durango, se evidencia la necesidad de que, tanto en zonas rurales como urbanas, se fortalezca aún más la difusión, promoción e información de los anticonceptivos recientes, tales como el implante subdérmico, la PAE, el condón femenino y los métodos tradicionales, a fin de hacer efectiva la elección del método con base en la gama completa.

Por otra parte, el porcentaje de las MEF que conoce de forma espontánea y con ayuda al menos un método anticonceptivo, cualquiera que éste sea, es un indicador que por su propia construcción aumenta el nivel de conocimiento, en este caso de 98.5 en 1997 a 99.4 en 2009. Pero su principal utilidad radica en que mediante un solo dato permite observar diferencias según subgrupos de la población.

Se constata que en Durango la gran mayoría de las mujeres ya conocía al menos un método anticonceptivo desde 1997, independientemente del grupo de pertenencia según la edad, situación conyugal, número de hijos nacidos vivos, escolaridad, lugar de residencia y condición de habla de lengua indígena. Incluso en la entidad se tienen niveles de conocimiento superiores a los nacionales, por ejemplo, el

Gráfica 18A.
Durango. Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo por nivel de escolaridad, 1997 y 2009

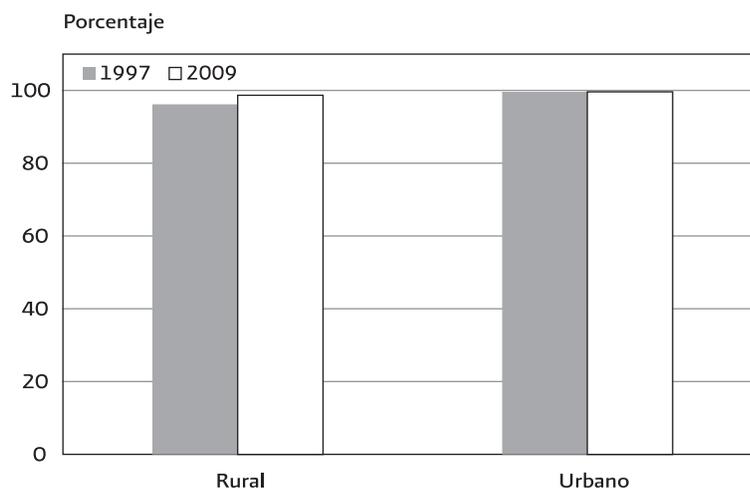


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

comportamiento de las mujeres sin escolaridad es de 87.8 en 2009 superior a la tendencia en el país, de 82.4 (véanse cuadro A.9 del Anexo y gráfica 18A).

Por lugar de residencia, la encuesta de 2009 corrobora lo ya evidenciado en 1997, en el sentido de que el conocimiento de la anticoncepción era prácticamente total tanto en áreas urbanas como rurales (véase gráfica 18B).

Gráfica 18B.
Durango. Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo por tamaño de localidad de residencia, 1997 y 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

En consecuencia, la contraparte del conocimiento de al menos un anticonceptivo, es decir, el porcentaje de MEF que no conoce método alguno en Durango, es muy bajo, 1.5 en 1997 y 0.6 en 2009. Asimismo, se observa una disminución y permanencia a niveles bajos en la gran mayoría de los subgrupos definidos por las categorías de variables sociodemográficas (véase cuadro A.10 del Anexo), con excepción de las mujeres sin escolaridad en las que todavía 12.2 por ciento no conoce método alguno de anticoncepción, lo mismo que 17.0 por ciento de las hablantes de lengua indígena.

5.2 Inicio del uso de los anticonceptivos

Indicador:

- *Uso del primer método anticonceptivo.* Se calcula con los datos de encuestas, las cuales incluyen preguntas sobre la fecha en que se inició el uso actual de anticonceptivos; en caso de haberlos usado anteriormente se utiliza la información de la fecha de uso anterior o, en su caso, la fecha de uso por primera vez. Con este dato, más la fecha de nacimiento de la mujer, es posible estimar la edad de inicio de la práctica anticonceptiva. Se puede calcular la media aritmética de esa edad, sin embargo, para evitar el efecto de la variabilidad en la medición, se sugiere calcular la edad mediana e incluso la distribución cuartil.

Entre los grupos de edad de 25 a 34 años y en el de 35 a 49 años se muestra que el inicio de la práctica anticonceptiva en el segundo cuartil disminuye entre 1997 y 2009, de 23.3 a 22.2 años para las primeras y de 27.0 a 24.3 años para las segundas (véase cuadro 7), lo cual, sin duda, se relaciona con las diferencias en las expectativas reproductivas de las mujeres y sus parejas, que moldean el inicio y la modalidad anticonceptiva elegida y adoptada.

En general, el comportamiento observado en torno al inicio de la práctica anticonceptiva en Durango ahora se presenta más temprano en la vida de la mujer al compararlo con la edad registrada en el contexto nacional, que fue de 22.5 años en 1997 y de 24.0 años en 2009 como edades medianas al primer uso de métodos, entre mujeres de 25 a 34 años.

Cuadro 7.
Durango. Edad al primer uso de métodos anticonceptivos
por cuartiles de dos generaciones, 1997 y 2009

Generación	Cuartiles		
	25%	50%	75%
1997			
25-34	20.5	23.3	26.3
35-49	23.0	27.0	32.4
2009			
25-34	19.1	22.2	25.6
35-49	20.9	24.3	30.6

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2009.

5.3 Prevalencia anticonceptiva en mujeres unidas

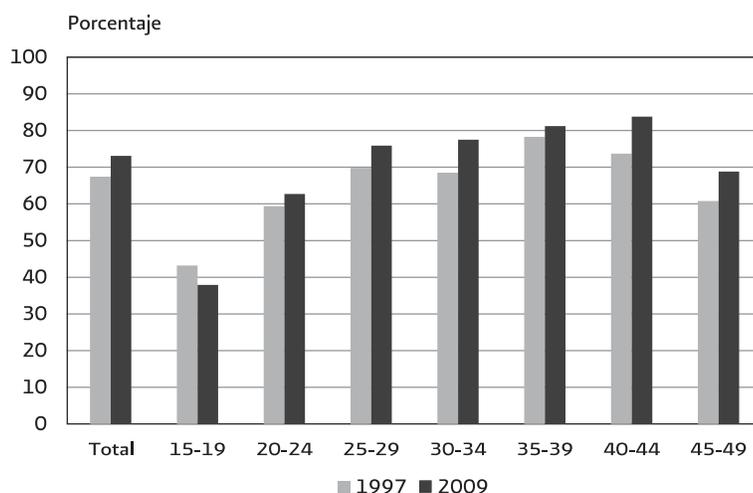
Indicadores:

- *Porcentaje de MEFU que usa anticonceptivos o prevalencia anticonceptiva.*¹⁰ Se calcula con los datos de encuestas, mediante el cociente de las MEFU que declararon estar usando, ellas o sus parejas, un método anticonceptivo al momento de la encuesta, cualquiera que éste fuera, entre el total de MEFU entrevistadas, multiplicado por cien.
- *Prevalencia anticonceptiva de un método específico o porcentaje de MEFU que usa cierto método.* Se calcula mediante el cociente de las MEFU que declararon estar usando, ellas o sus parejas, un método específico al momento de la encuesta, entre el total de MEFU, multiplicado por cien. La suma de las prevalencias anticonceptivas por método específico da como resultado la prevalencia anticonceptiva total.

La cobertura anticonceptiva es un indicador que resume diferentes procesos de selección, adopción y continuidad con que se usan los métodos en una población, y se asocia con la eficiencia de los programas y acciones de planificación familiar. En Durango, la cobertura anticonceptiva se estimó en 67.4 por ciento para 1997 y 73.1 por ciento para 2009. Este último dato es mayor al del promedio del grupo de estados en *situación intermedia desfavorable* (al que pertenece), de 71.0 por ciento; y también al registrado a nivel nacional (72.5%), pero menor a la meta establecida en el PNP para el 2012, de 75.0 por ciento.

La evolución de la prevalencia anticonceptiva se relaciona con una distinta participación de las mujeres según el grupo de pertenencia, en función de características sociodemográficas presentes, que las condiciona de forma diferente para acceder al uso de los anticonceptivos (véase cuadro A.11 del Anexo). Según la edad, por ejemplo, el uso de anticonceptivos entre 1997 y 2009 disminuyó en

Gráfica 19A.
Durango. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan métodos anticonceptivos por grupos quinquenales de edad, 1997 y 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

¹⁰ Este indicador forma parte del PNP 2008-2012 y del PPFA 2007-2012.

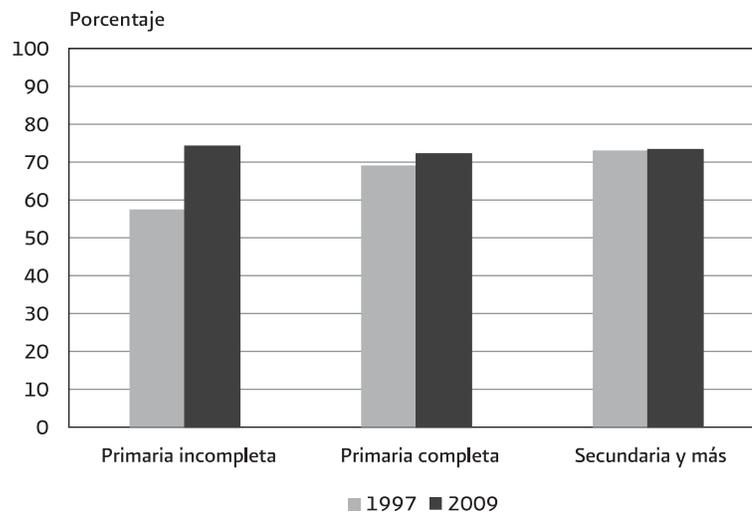
las adolescentes, al pasar de 43.2 a 37.9 por ciento, siendo éste el único grupo de edad que registró decremento en el uso de anticonceptivos. Por otra parte, el uso entre los 40 y 44 años registró un mayor incremento, de 73.7 a 83.8 por ciento (véase gráfica 19A).

El número de hijos nacidos vivos sugiere también diferenciales importantes en el uso de métodos. Las mujeres unidas con paridad cero incrementaron su cobertura de 16.5 por ciento en 1997 a 19.4 por ciento en 2009, sin embargo, su nivel es el menor respecto a las otras paridades, lo cual es indicativo de una baja prevención de la llegada del primer hijo.

En las mujeres con paridad uno el uso de métodos disminuyó en el lapso de los 12 años, de 60.2 a 56.0 por ciento, pero en la paridad dos se denota un incremento de 72.4 a 79.7 por ciento.

A partir de la paridad tres, que se asocia con la planeación del número ideal de cuatro o más hijos, el uso de la anticoncepción se eleva de forma contundente, al grado de que alcanza el valor más alto de todos los grupos, con 86.5 por ciento en 2009. Muy probablemente dicha situación está asociada con expectativas reproductivas de paridad satisfecha, vinculada con el uso de anticonceptivos definitivos. Respecto al nivel escolar, el uso de métodos anticonceptivos se incrementó sustancialmente en las mujeres con algún grado de primaria, pero con un crecimiento más lento en el grupo con secundaria y más (véase gráfica 19B).

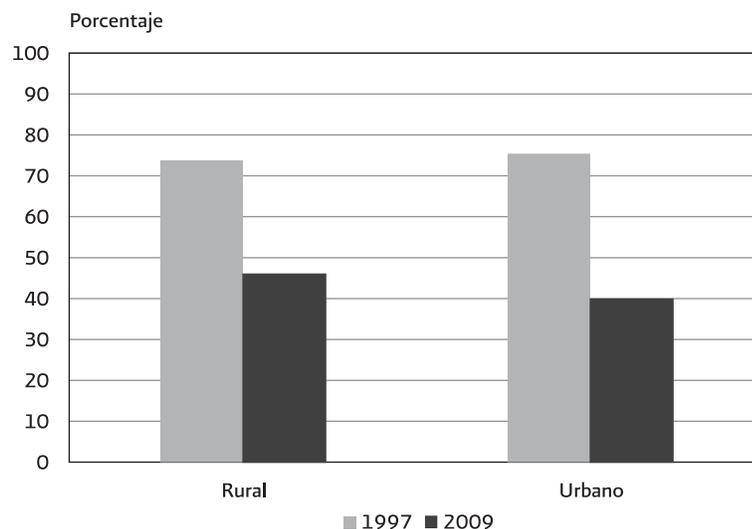
Gráfica 19B.
Durango. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan métodos anticonceptivos por nivel de escolaridad, 1997 y 2009



Nota: Tamaño de muestra insuficiente de MEFU sin escolaridad.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

Además de la edad, el lugar de residencia es también una variable estratégica de las acciones de salud reproductiva. Concretamente, se busca acortar la distancia en la cobertura anticonceptiva entre zonas rurales y urbanas. Así, entre 1997 y 2009, en tanto el uso de métodos aumentó en las áreas rurales de 56.6 a 71.6 por ciento, en las urbanas disminuyó ligeramente de 73.9 a 73.7 por ciento (véase gráfica 19C). En consecuencia, la brecha entre ambas se redujo de 17.3 a 2.2 puntos porcentuales en la última encuesta.

Gráfica 19C.
Durango. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan métodos anticonceptivos por tamaño de localidad de residencia, 1997 y 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

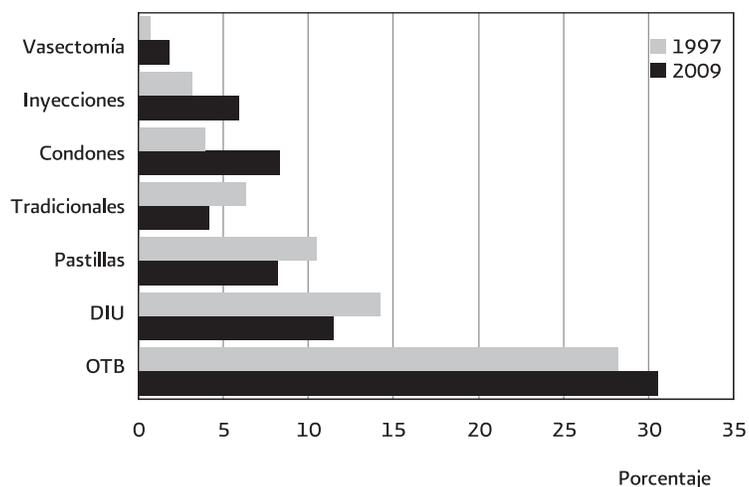
Ha sido costumbre examinar la cobertura o prevalencia anticonceptiva de forma conjunta para todos los anticonceptivos, obviando el indicador específico para cada método por separado. Revisar este tipo de coberturas permite disponer de una aproximación al conocimiento de la preferencia en la adopción de ciertos métodos por parte de las mujeres unidas y la no preferencia por otros, datos que bien pueden orientar las acciones programáticas y de política pública.

Resulta interesante analizar el comportamiento de los componentes de la cobertura global y las coberturas específicas por cada método (véase cuadro A.12 del Anexo). Una característica distintiva de dichas coberturas en Durango es la preferencia por la adopción de la OTB, mientras que en 1997 representaba 28.2 por ciento de uso en las mujeres unidas, o sea, prácticamente la mitad de la cobertura global, en 2009 se incrementó aún más, con una prevalencia de 30.6 por ciento. De esta forma, ahora la OTB y, en menor medida, el DIU cubren la mayor parte de la prevalencia anticonceptiva total, que es de 73.1 por ciento en 2009.

Una observación general que sugieren las encuestas es que en el estado las mujeres y sus parejas recurren cada vez más a la OTB, condón masculino e inyecciones, como opciones para limitar o regular su número ideal de hijos; y cada vez menos a las pastillas, al DIU y a los métodos tradicionales (véase gráfica 20). El hecho de que la mayor cobertura anticonceptiva en mujeres unidas del estado corresponde a métodos definitivos, debe ser motivo de una seria reflexión y análisis, sobre todo por la vinculación “ideal” que debiera existir entre la adopción de estos métodos y las preferencias reproductivas de la población.

Un último señalamiento, en 2009 se observa la presencia de “nuevos” métodos como opciones anticonceptivas de planificación familiar; por ejemplo, el implante subdérmico aparece con una prevalencia de 2.3 por ciento y el parche anticonceptivo con 0.3 por ciento.

Gráfica 20.
Durango. Prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil unidas por tipo de método, 1997 y 2009



Nota: Los siguientes valores no aparecen por ser imperceptibles en la gráfica: métodos locales (0.1% en 1997 y en 2009 no hay datos disponibles), Implante subdérmico (0.1 en 1997). Por otra parte, la anticoncepción de emergencia, el parche anticonceptivo y el condón femenino no cuentan con información para 1997.
 Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

5.4 Uso de anticonceptivos según condición de actividad sexual

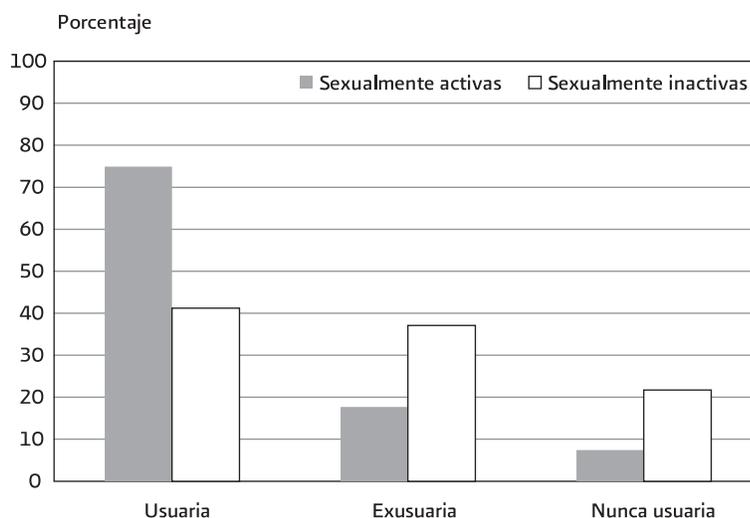
La ENADID 2009 permite estimar las prevalencias de uso de métodos anticonceptivos según condición de actividad sexual, lo cual hace posible tener una aproximación más cercana a la exposición al riesgo de embarazo de las mujeres.

En Durango, la cobertura anticonceptiva de las mujeres que tuvieron al menos una relación sexual durante el último mes (MEFSA) es de 74.9 por ciento, mientras que el dato nacional es de 76.6 por ciento. El complemento de la condición de uso de anticonceptivos para las MEFSA es de 17.7 por ciento ex usuarias y 7.4 por ciento nunca usuarias de métodos (véase cuadro A.13 del Anexo).

En las mujeres que ya han tenido relaciones sexuales, pero no son sexualmente activas (MEFSI), la prevalencia de uso disminuye a 41.2 por ciento, de modo que el complemento es de 37.1 por ciento ex usuarias y 21.7 por ciento nunca usuarias (véase gráfica 21).

El grupo de las MEFSI conjunta diferentes frecuencias de relaciones sexuales, que pueden ir desde cada dos o tres meses o muy esporádicas de cada seis meses o incluso menos frecuentes. El porcentaje de uso de anticonceptivos en este grupo es bajo, mientras que el de nunca usuarias es relativamente elevado. Esa situación es de particular importancia al analizar los grupos de adolescentes y jóvenes. Las MEFSA se incorporan a la práctica anticonceptiva con mayor frecuencia e intensidad, con prevalencias de 47.0 y 65.9 por ciento, respectivamente, mientras que las MEFSI recurren poco a la anticoncepción, con una prevalencia de 27.8 en adolescentes 23.9 por ciento en las jóvenes. Lo mismo ocurre en las MEFSI con paridad cero y uno, que exhiben niveles de uso muy bajos, de 13.5 y 20.4 por ciento, respectivamente (véase cuadro A.14 del Anexo).

Gráfica 21.
Durango. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas y sexualmente inactivas, según condición de uso de métodos anticonceptivos, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

5.5 Cambios en la mezcla de métodos anticonceptivos

La *mezcla de métodos* se conoce también como estructura en el uso de los métodos anticonceptivos. Su actualización y análisis es importante porque permite conocer, de alguna forma, la demanda de anticonceptivos específicos, dado el peso relativo que representan en el total de usuarias. Al mismo tiempo, también sugiere características de acceso y abasto de ciertos métodos, así como el desabasto de otros.

La mezcla de métodos muestra la gama de anticonceptivos que se ofrece a las mujeres y sus parejas, misma que puede favorecer el uso de la anticoncepción en tanto se satisfagan las preferencias de la población, o desmotivarla en caso contrario.

Indicadores:

- *Distribución porcentual del uso de métodos anticonceptivos.* Se identifica la importancia relativa de cada método anticonceptivo en relación con el total de las usuarias actuales.
- *Efectividad anticonceptiva promedio con que se usa la anticoncepción en una determinada población.*¹¹ Se calcula con los valores estándar de efectividad para cada método, por su peso relativo.

¹¹ La efectividad promedio de cada método es: definitivo (OTB y vasectomía) = 1, pastillas, incluida la PAE = 0.955, inyecciones = 0.990, implante subdérmico = 0.978, DIU = 0.970, condón (masculino y femenino) = 0.910, locales = 0.825, ritmo y retiro = 0.750 y otros métodos (incluido el parche anticonceptivo) = 0.900. Estos valores corresponden al punto medio de los extremos que fija la *Norma Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, mayo de 1994*.

- *Aportación masculina en el uso de anticonceptivos.* Se estima el aporte relativo de métodos anticonceptivos en cuyo uso interviene el hombre: la vasectomía, condón masculino y métodos tradicionales (ritmo y retiro).¹²

En 1997, los métodos anticonceptivos más utilizados por mujeres en edad fértil en Durango fueron: la OTB, el DIU, las pastillas, los métodos tradicionales, y los condones que, en conjunto, representaban 94.0 por ciento de las usuarias. En 2009, el porcentaje de los cinco más importantes fue de 89.6 y comprendían la OTB, DIU, condones, pastillas e inyecciones (véase cuadro A.15 del Anexo). Nótese que las pastillas pasaron del tercer al cuarto lugar, y los métodos tradicionales del cuarto al sexto sitio.

El hecho de que haya disminuido el aporte conjunto de los cinco métodos más importantes es síntoma de que se ha ampliado la gama de anticonceptivos en 2009 respecto de 12 años atrás. Ahora, por ejemplo, el implante subdérmico aparece con una importancia relativa no despreciable (2.8%), así como el parche anticonceptivo, con 0.4 por ciento. Desde esta perspectiva, puede interpretarse como una mejora en cuanto al acceso a una mayor variedad de anticonceptivos.

La evolución en la mezcla de métodos se acompañó de un aumento relativo de los condones y de inyecciones, representando 19.7 por ciento de las usuarias, pero disminuyeron su importancia el DIU, las pastillas y los métodos tradicionales. Esta transición motivó un pequeño aumento en la efectividad anticonceptiva promedio, que pasó de 95.9 por ciento en 1997 a 96.5 por ciento en 2009, y un incremento de la participación masculina en la planificación familiar, de 15.4 a 19.5 por ciento.

Durango se identifica con el patrón en la estructura de métodos con predominio de la OTB, pero al mismo tiempo, a pesar del incremento, figura entre las entidades con baja participación masculina en la práctica anticonceptiva (CONAPO, 2011).

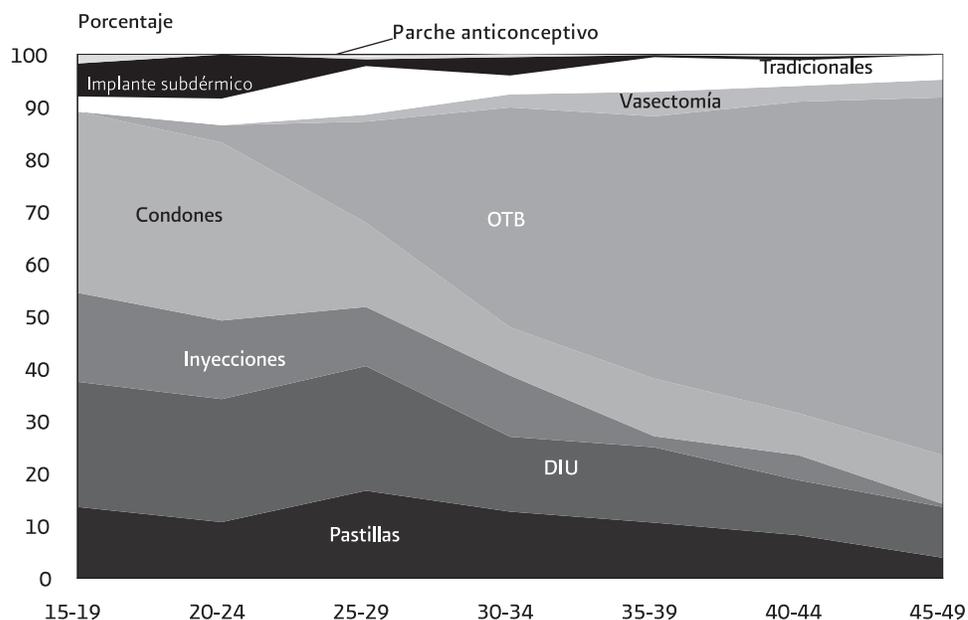
En las mujeres sexualmente activas, la estructura de métodos cambia según la edad. Mientras que en las adolescentes de 15-19 años sexualmente activas el condón es el más importante en términos relativos, seguido del DIU y las inyecciones, que en conjunto conforman alrededor de 75.6 por ciento de las usuarias, en las jóvenes de 20-24 estos mismos métodos y en ese orden constituyen el 72.5 por ciento; en tanto que en las de 25-29 años la mezcla de métodos está determinada fundamentalmente por el DIU, la OTB y los condones, que integran en conjunto 59.1 por ciento. A partir de los 30-34, más de 42 por ciento de las usuarias está constituida por la OTB, cuyo peso relativo crece rápidamente para representar 50.1 por ciento en MEFSa entre 35-39, 59.5 por ciento entre las de 40-44, y el 68.3 por ciento entre las de 45-49 años (véanse cuadro A.16 del Anexo y gráfica 22).

Mientras tanto, el escenario de la mezcla de métodos que usan las mujeres en edad fértil según la paridad o número de hijos nacidos vivos también muestra alguna modificación en su evolución, principalmente por el cambio en el papel de los métodos tradicionales, que en 1997 ocupaban el primer lugar en importancia relativa en las usuarias con paridad cero, el tercer lugar en aquellas con paridad uno y cuarto lugar en las de paridad dos, tres, cuatro y más; doce años después, los métodos tradicionales sólo aparecen en importancia relativa de segundo orden en las usuarias con paridad cero. De hecho, actualmente la estructura de los métodos está determinada en primer término por el condón

¹² Estos tres métodos anticonceptivos en conjunto integran la participación denominada directa e indirecta (Zúñiga et al., 2000).

Gráfica 22.

Durango. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas por grupos de edad, según tipo de método anticonceptivo que usan actualmente, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

masculino en las situaciones de usuarias con paridad cero; el DIU ocupa la primera posición en la paridad uno y dos hijos; y a partir de la paridad tres predomina la OTB en la mezcla de métodos, con más de la mitad, entre 61.0 y 65.3 por ciento (véase cuadro A.17 del Anexo).

Por lugar de residencia, en áreas rurales se observa un aumento relativo de las inyecciones, el condón masculino y el implante subdérmico entre 1997 y 2009; y una disminución en el peso relativo del DIU, OTB y los métodos tradicionales. El efecto de esos cambios es que actualmente en las áreas rurales y urbanas la OTB y DIU representan más de 67 por ciento de las usuarias (véase cuadro A.18 del Anexo).

5.6 Lugar de obtención de los anticonceptivos

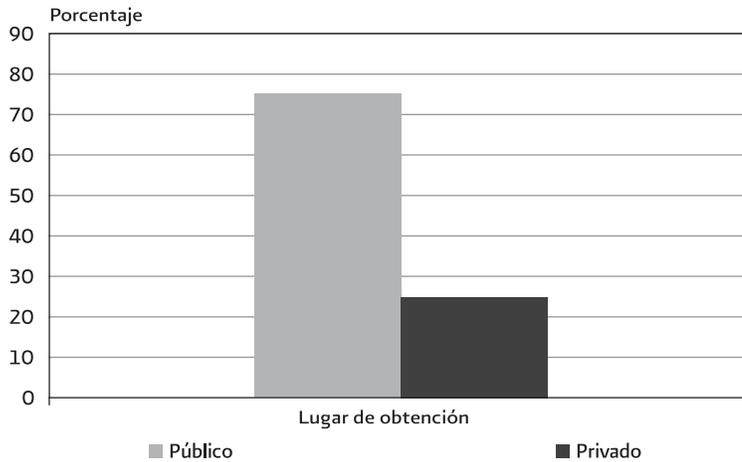
Indicador:

- *Porcentaje de usuarias actuales de anticonceptivos modernos que acuden a obtenerlos en determinada institución o lugar.* Se calcula mediante el cociente de las usuarias que adquieren el anticonceptivo en alguna institución de salud pública o privada, farmacias o tiendas de autoservicio, entre el total de usuarias de métodos modernos,¹³ multiplicado por cien.

¹³ Por método moderno se entiende cualquier anticonceptivo, con la excepción de los métodos tradicionales, tales como el ritmo, retiro y *Billings*.

En el estado de Durango, 75.1 por ciento de las usuarias sexualmente activas se provee de los anti-conceptivos en el sector público, alrededor de diez puntos porcentuales más comparado con 65.9 por ciento del ámbito nacional (véanse cuadro A.19 del Anexo y gráfica 23A). La entidad ocupa el séptimo lugar de mayor a menor participación del sector público como fuente proveedora de anticonceptivos, sin embargo, 24.9 por ciento de usuarias acude al sector privado.

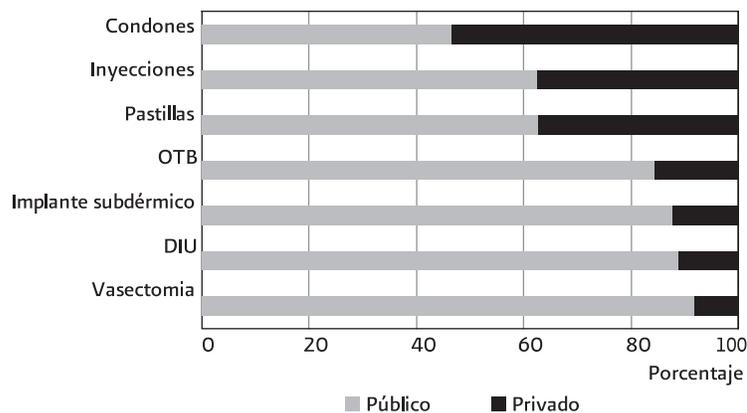
Gráfica 23A.
Durango. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de anticonceptivos modernos según lugar de obtención, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

Al analizar los datos por método específico, la mayoría de las usuarias recurre al sector público para conseguir los métodos quirúrgicos, el DIU y el implante; alrededor de 37 por ciento de las usuarias de inyecciones y pastillas los obtiene en el sector privado, al igual que la mayoría que utiliza el parche anticonceptivo y los condones (véanse cuadro A.20 del Anexo y gráfica 23B).

Gráfica 23B.
Durango. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas, usuarias de métodos anticonceptivos modernos por tipo de método según lugar de obtención, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

5.7 Momento de la adopción de los anticonceptivos

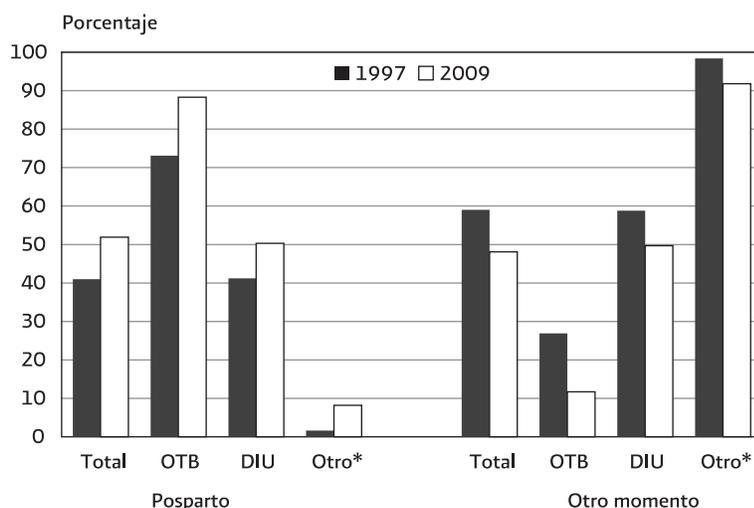
El momento de adopción de los anticonceptivos está relacionado con las estrategias institucionales para informar, orientar, proveer o entregar los anticonceptivos, según la preferencia de las personas. Estrategias que en algunos casos están encaminadas a favorecer el acceso a determinados métodos, por su vinculación con la prevención de embarazos de cierto tipo, según el riesgo reproductivo y obstétrico. Ello se asocia con dos momentos: el posparto o postaborto, y el intervalo, sea protogenésico o intergenésico.

Indicadores:

- *Porcentaje de MEF, usuarias de métodos anticonceptivos, que inició el uso del método en el posparto.* Se considera que una mujer adoptó un método en el 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.
- *Porcentaje de MEF, usuarias de métodos anticonceptivos, que inició el uso del método en otro momento.* Este indicador se construye como complemento del anterior, es decir, se refiere al porcentaje de usuarias que inició el uso del método en un momento posterior al posparto.

El momento de adopción de la anticoncepción ha cambiado en la decisión de las mujeres de Durango en los últimos 12 años. En 1997, el 41.0 por ciento de las usuarias adoptaba el método en el posparto y el complemento, 59.0 por ciento, lo hacía en otro momento, En tanto, en 2009 la relación se invierte, 51.9 por ciento de las usuarias inició el uso del anticonceptivo en el posparto y 48.1 por ciento, en otro momento. Con este escenario, Durango presenta una menor cobertura de inicio de la anticoncepción en el posparto comparada con el promedio de los estados del patrón al que corresponde (*situación intermedia desfavorable*), de 58.9 por ciento, y con el registrado en el país, de 58.7 por ciento.

Gráfica 24.
Durango. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos según el momento de adopción del método, 1997 y 2009



Nota: * Pastillas, inyecciones, implante subdérmico, parche anticonceptivo, condón femenino, condón masculino, anticoncepción de emergencia y métodos tradicionales.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

En 2009, 88.3 por ciento de las usuarias de OTB, 50.3 por ciento de usuarias de DIU y 8.2 por ciento de usuarias de otros métodos, los adoptaron en el posparto (véanse cuadro A.21 del Anexo y gráfica 24).

6. Necesidad Insatisfecha de Anticonceptivos (NIA)

El análisis de la NIA es relevante porque expresa lo que falta por hacer en términos de anticoncepción, mediante el conocimiento de las expectativas reproductivas de las mujeres en edad fértil. En este apartado se analiza a las mujeres que nunca han usado métodos anticonceptivos, como una forma de conocer la posible necesidad no satisfecha, asociada con problemas de acceso y disponibilidad de los mismos.

Por otra parte, se mide la demanda insatisfecha ya no desde la perspectiva de las nunca usuarias, sino de quienes declaran no usar método alguno al momento de la encuesta, a pesar de referir explícitamente que no desean más hijos, ya sea por un tiempo o nunca más.

6.1 Nunca uso de anticonceptivos

Indicadores:

- *Porcentaje de MEFU que nunca ha utilizado métodos anticonceptivos.* Se calcula con los datos de encuestas mediante el cociente de las MEFU que declararon al momento de la entrevista nunca haber utilizado algún anticonceptivo, entre el total de MEFU, por cien.
- *Porcentaje de MEFSa que nunca ha utilizado métodos anticonceptivos.* Se calcula con los datos de encuestas mediante el cociente de las MEFSa que declararon al momento de la entrevista nunca haber utilizado algún anticonceptivo, entre el total de MEFSa, por cien.
- *Porcentaje de MEFSI que nunca ha utilizado métodos anticonceptivos.* Se calcula con los datos de encuestas mediante el cociente de las MEFSI que declararon al momento de la entrevista nunca haber utilizado algún anticonceptivo, entre el total de MEFSI, por cien.

El nivel de nunca uso de anticonceptivos en las MEFU de Durango pasó de 16.0 por ciento en 1997 a 8.6 por ciento en 2009, disminuyendo en 7.4 puntos porcentuales. Dado que el uso se incrementó en 5.7 puntos en ese periodo, se infiere que la discontinuidad en el uso¹⁴ de métodos disminuyó en 1.7 puntos.

El nunca uso ha evolucionado de forma diferente en el lapso de 12 años, según el grupo al que pertenecen las mujeres, en función de las categorías de variables sociodemográficas (véase cuadro A.22 del Anexo). En las adolescentes, por ejemplo, se redujo en 0.6 puntos porcentuales, al pasar de 41.2 a 40.6 por ciento, y como el uso de anticonceptivos disminuyó en 5.3 puntos, entonces, la discontinuidad en el uso decreció en 5.9 puntos porcentuales.

Los mayores niveles de no uso prevalecen en las mujeres unidas con paridad cero (53.0%), en las adolescentes (40.6%) y en las que no tienen primaria completa (12.0%). En estos grupos posiblemente el nunca uso se explique por problemas de falta de acceso a los anticonceptivos.

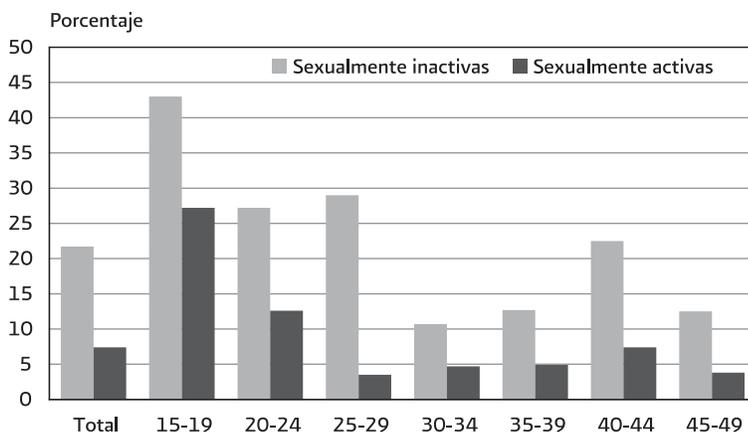
¹⁴ Se refiere a las mujeres unidas o sus parejas que si bien utilizaron anticonceptivos alguna vez, no los usaban al momento de la encuesta.

Con la intención de ofrecer información más cercana del grado de exposición al riesgo de embarazo por la falta de protección anticonceptiva, se estimaron los porcentajes de nunca uso según la frecuencia de relaciones sexuales de las mujeres (véase cuadro A.23 del Anexo). Según la ENADID 2009, 7.4 por ciento de las sexualmente activas nunca ha usado anticonceptivos, porcentaje que aumenta a 21.7 en las que han tenido relaciones sexuales, pero no en el último mes.

Existen diferencias importantes según variables sociodemográficas. En general, el nunca uso decrece conforme aumenta la edad, especialmente cuando se trata de mujeres sexualmente activas (véase gráfica 25A). Dada la exposición latente al riesgo de embarazos, particularmente no deseados y no planeados, preocupa el hecho que en las sexualmente activas 27.2 por ciento de las adolescentes nunca ha utilizado anticonceptivos.

Es la misma situación para el grupo de las que tienen relaciones sexuales, pero no en el último mes. En las edades de 15 a 19 años 43.0 por ciento de las MEFSI nunca ha usado métodos anticonceptivos y en el grupo de 20 a 24 años es de 27.2 por ciento. De hecho, los porcentajes de nunca uso son considerables en situaciones de vida sexual inactiva. Es decir, ante escenarios de una vida sexual esporádica las mujeres bien pudieran estar expuestas a embarazos no esperados, sobre todo, si se toma en cuenta el ambiente espontáneo en que frecuentemente ocurren los encuentros sexuales.

Gráfica 25A.
Durango. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas y sexualmente inactivas que nunca ha usado métodos anticonceptivos por grupos quinquenales de edad, 2009



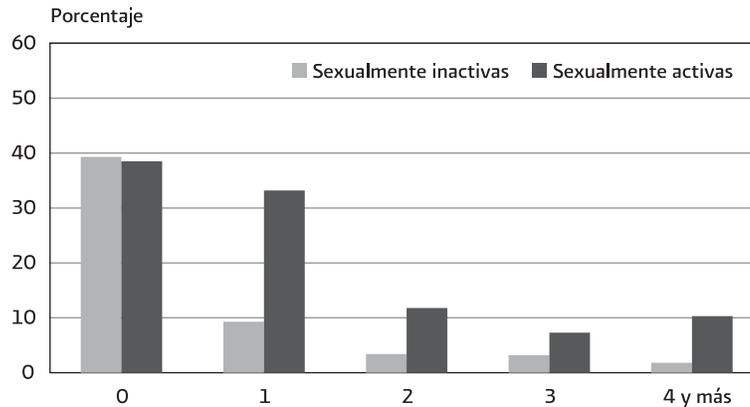
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

El comportamiento de nunca uso según la paridad es parecido al observado según la edad, dado que estas variables se correlacionan de forma directa, de modo que a mayor número de hijos disminuye el nunca uso (véase gráfica 25B). Los datos más altos se aprecian en la categoría de mujeres sexualmente activas con paridad cero (39.3%), así como en las de paridad cero y uno entre las MEFSI (38.5 y 33.2%, respectivamente). Estos niveles de nunca uso bien pudieran ser reflejo de condiciones de deseo del primogénito o incluso de un segundo hijo.

El nivel de escolaridad alcanzado por las mujeres hasta el momento de la encuesta se asocia con menores proporciones de nunca uso de la anticoncepción (véase gráfica 25C), en particular cuando

Gráfica 25B.

Durango. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas y sexualmente inactivas que nunca ha usado métodos anticonceptivos por paridez, 2009

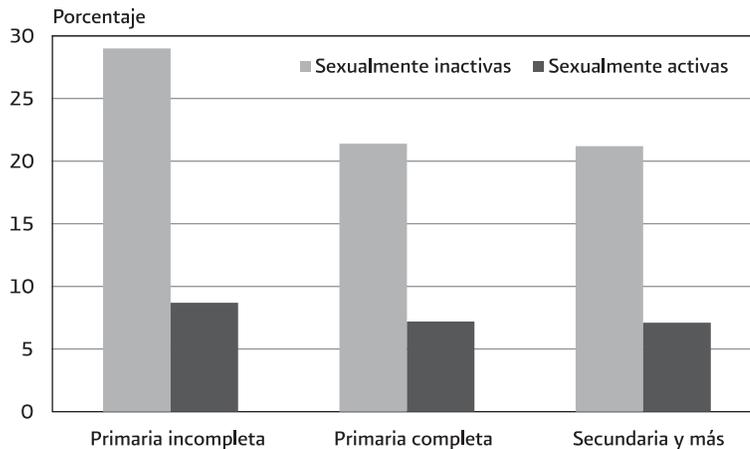


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009

se trata de mujeres unidas o sexualmente activas. Mientras que 8.7 por ciento de las sexualmente activas, con primaria incompleta, nunca ha usado métodos, la proporción correspondiente en las de secundaria y más es de 7.1 por ciento. Destaca el porcentaje considerable de nunca uso en las MEFSI, independientemente del nivel de escolaridad.

Gráfica 25C.

Durango. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas y sexualmente inactivas que nunca ha usado métodos anticonceptivos por nivel de escolaridad, 2009

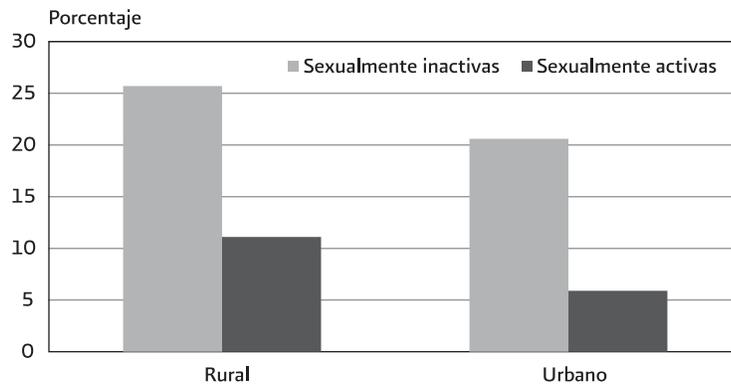


Nota: Tamaño de muestra insuficiente en la categoría sin escolaridad.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

Por lugar de residencia, las diferencias en el nunca uso son menores, 11.1 y 5.9 por ciento de las mujeres en edad fértil sexualmente activas, rurales y urbanas, respectivamente, declararon nunca haber utilizado los métodos. Pero en las MEFSI se observa un mayor nivel de nunca uso en las áreas rurales respecto a las urbanas, 25.7 por ciento versus 20.6 por ciento, respectivamente (véase gráfica 25D).

Gráfica 25D.
Durango. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas y sexualmente inactivas que nunca ha usado métodos anticonceptivos por tamaño de localidad de residencia, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

6.2 Necesidad insatisfecha en el uso de anticonceptivos

Indicador:

- *Demanda insatisfecha o necesidad insatisfecha de anticonceptivos (NIA)*. Se define como el porcentaje de MEFU que no usa anticonceptivos a pesar de manifestar su deseo expreso de no querer tener hijos por un tiempo (necesidad para espaciar) o nunca más (necesidad para limitar).^{15,16}

La NIA en Durango alcanzó un nivel de 6.5 por ciento en 2009,¹⁷ donde se observa además que la demanda para espaciar fue de 3.7 por ciento y para limitar de 2.9 por ciento (véanse cuadro A.24 del Anexo y gráfica 26).

Actualmente, la NIA de la entidad es inferior a la del país, que es de 9.8 por ciento, y está por abajo del promedio de estados en *situación intermedia desfavorable*, que es de 10.2 por ciento.

Las mayores necesidades insatisfechas prevalecen entre los 15 y 29 años, sobre todo para espaciar los embarazos. En las adolescentes, por ejemplo, en 2009 fue de 20.1 por ciento, que es el más elevado de todos los subgrupos, es más del doble que el registrado entre los 30 y 34 años, de 6.8 por ciento, y superior al de mujeres de 40 a 44 años, de 4.9 por ciento (véase gráfica 27A).

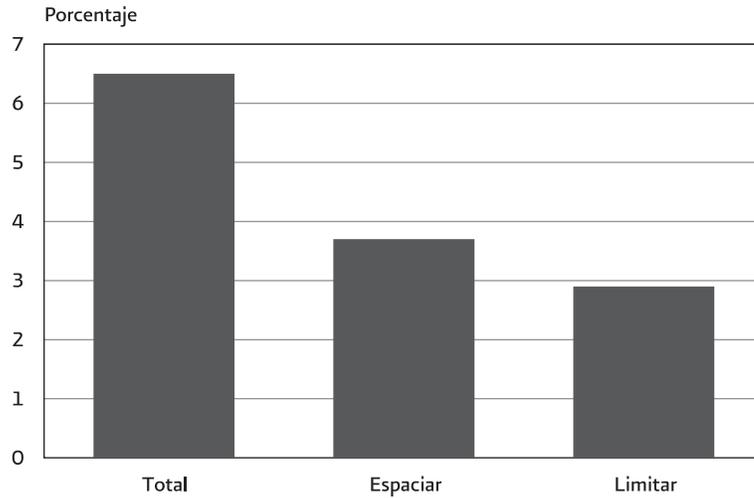
La NIA de adolescentes de Durango en 2009 es inferior al promedio del patrón de los estados en *situación intermedia desfavorable*, cuyo dato es de 20.8 por ciento, y al nivel observado en el contexto del país, de 24.6 por ciento.

¹⁵ Se trata de una medida construida mediante el establecimiento *a priori* de ciertas condiciones y circunstancias relacionadas con la fecundidad y las expectativas reproductivas, derivadas de un conjunto de variables primarias captadas en una encuesta. Por ello, se interpreta también como la motivación de las mujeres por el uso de anticonceptivos.

¹⁶ Este indicador forma parte del PNP 2008-2012 y del PPFA 2007-2012 en cuanto a metas para las entidades federativas que al inicio del sexenio presentaban considerables niveles del indicador, así como del PSSRA 2007-2012, por la alta demanda insatisfecha prevaleciente en adolescentes.

¹⁷ En este caso no se compara con 1997 debido a que la construcción del indicador de la NIA en 2009 no incluye todos los elementos que sí fueron incluidos en la estimación del indicador en 1997.

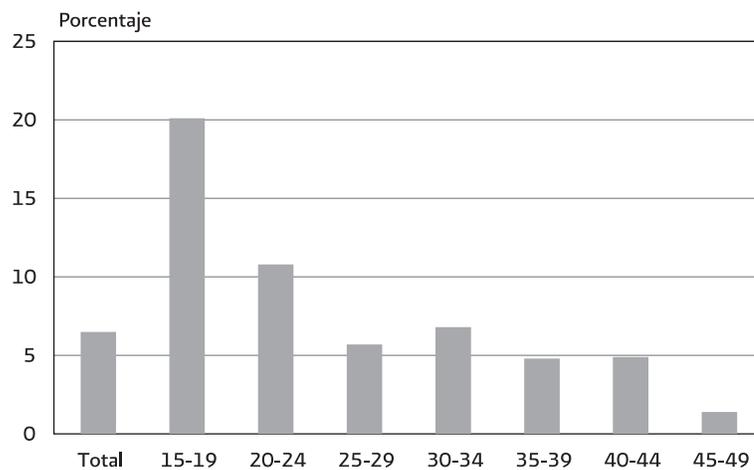
Gráfica 26.
Durango. Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas por tipo de necesidad insatisfecha, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

En general, la NIA disminuye conforme aumenta la edad de la mujer, comportamiento que presenta al grupo de 20 a 24 en niveles todavía elevados de demanda insatisfecha, de 10.8 por ciento.

Gráfica 27A.
Durango. Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas por grupos de edad, 2009

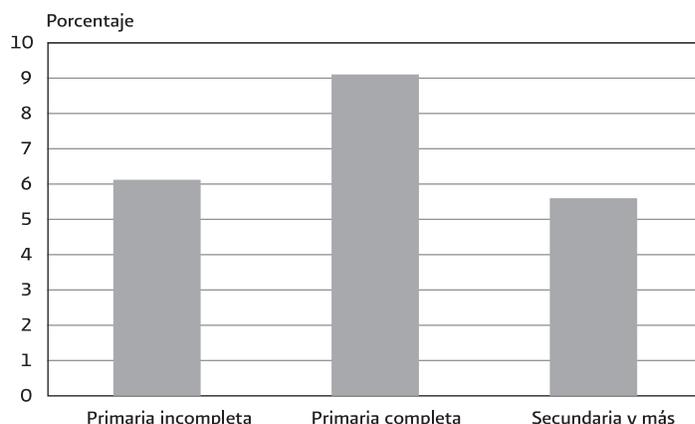


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009

Con respecto a la paridez, en 2009, la NIA entre el grupo de mujeres que no ha tenido hijos es de 6.0 por ciento y en aquellas con un hijo es de 12.2 por ciento; en este último grupo el reto es disminuir la necesidad insatisfecha de la anticoncepción para espaciar la llegada del segundo hijo.

Con relación a la escolaridad, entre aquellas con primaria incompleta la NIA fue de 6.1 por ciento, nivel que se incrementó a 9.1 por ciento en las que completaron la primaria y disminuyó a 5.6 por ciento en las de secundaria y más en 2009 (véase gráfica 27B).

Gráfica 27B.
Durango. Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas por nivel de escolaridad, 2009

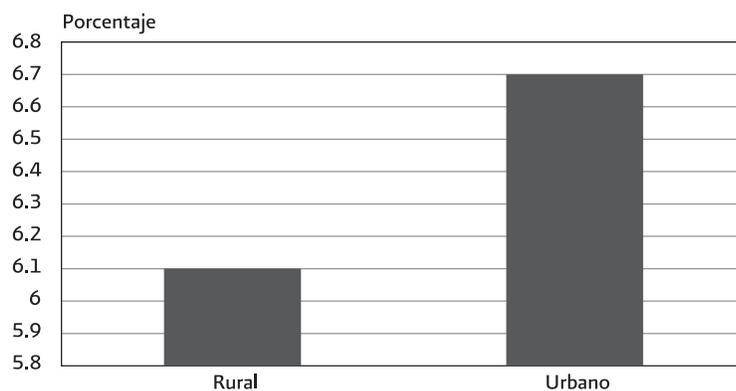


Nota: Tamaño de muestra insuficiente en la categoría sin escolaridad.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

En zonas rurales la NIA fue de 6.1 por ciento y en zonas urbanas, de 6.7 por ciento, generándose una brecha de 0.6 puntos porcentuales entre los dos ámbitos (véase gráfica 27C). Así, en Durango se aprecia una situación inusual en donde la NIA de mujeres que habitan en zonas rurales es ligeramente menor a la de mujeres urbanas.

La NIA rural de 2009 de esta entidad federativa es considerablemente inferior al promedio del patrón de estados en *situación intermedia desfavorable* de salud reproductiva, que fue de 13.4 por ciento, así como del dato nacional, de 15.9 por ciento.

Gráfica 27C.
Durango. Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas por tamaño de localidad de residencia, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

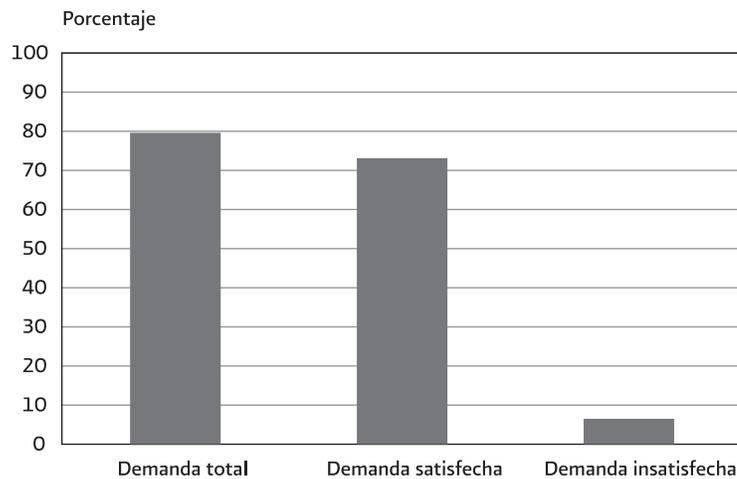
6.3 Demanda total de anticonceptivos

Indicadores:

- *Demanda total de anticonceptivos.* Se define como la suma de la demanda satisfecha y la demanda insatisfecha.
- *Demanda satisfecha de anticonceptivos.* También denominada demanda efectiva, se refiere a la prevalencia anticonceptiva.

La demanda total de anticonceptivos es el resultado del balance de la demanda satisfecha o demanda efectiva y la demanda insatisfecha. Como resultado combinado de la demanda insatisfecha que se situó en 6.5 por ciento, y el comportamiento en la prevalencia anticonceptiva (73.1%), la demanda total fue de 79.6 por ciento (véase gráfica 28).

Gráfica 28.
Durango. Demanda total, demanda satisfecha y demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas, 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

Se prevé que en los siguientes años la demanda satisfecha aumente a un ritmo cada vez menor y que en un sentido opuesto, y por haber alcanzado un nivel relativamente bajo, la demanda insatisfecha disminuya de forma lenta. En estas circunstancias, la demanda total de anticonceptivos en Durango podría irse estabilizando.

7. Salud materna

Se han revisado hasta ahora los indicadores vinculados de forma estrecha con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, existen factores que guardan relación con la salud materna, tal es el caso del aborto o la atención prenatal y del parto, que condicionan el curso y buen desarrollo del embarazo y culminación del parto, con importantes consecuencias para la salud de la madre y su descendencia.

7.1 Mortalidad materna

La mortalidad materna representa un grave problema de salud pública. Sus niveles son una advertencia acerca de insuficiencias en la cobertura y calidad de los servicios de salud reproductiva que se otorgan a la población.

Indicador:

- *Razón de Mortalidad Materna (RMM)*. Se interpreta como el número de mujeres fallecidas por problemas relacionados con el embarazo, el parto y puerperio, por cien mil nacimientos estimados.¹⁸

En Durango, en 2009, la RMM alcanzó el valor de 55.3 defunciones maternas por cien mil nacimientos estimados, que está por abajo del promedio de los estados con patrón en *situación intermedia desfavorable* de salud reproductiva, con 58.8, y abajo del nivel nacional, con 62.2 defunciones maternas por cien mil nacimientos.

La meta de los ODM es reducir la RMM del país en tres cuartas partes al 2015, partiendo de la base de 89 defunciones maternas por cien mil nacidos vivos, estimada en 1990, es decir, disminuirla hasta alcanzar el nivel de 22 defunciones maternas por cien mil nacidos vivos.

Así, para enfrentar ese enorme reto y procurar la reducción esperada de la mortalidad materna en los años siguientes conforme a los ODM, habría que fortalecer seriamente las acciones tendientes a mejorar los procesos de atención vinculados con el embarazo, parto y puerperio en todas las entidades federativas, puesto que se sabe con datos de 2009 que la gran mayoría de las muertes maternas ocurre en instituciones públicas de salud.

7.2 Aborto

El aborto representa un problema social y de salud pública por sus implicaciones para la salud materna, y constituye una causa importante de muerte materna. Desafortunadamente, no se cuenta con información confiable para conocer sus niveles y tendencias de forma más cercana a la realidad.

Indicador:

- *Porcentaje de MEF alguna vez embarazadas con al menos un aborto*.¹⁹ Se calcula con datos de encuestas, mediante el cociente de las mujeres que declararon haber tenido al menos un aborto en su vida hasta el momento de la entrevista, entre el total de mujeres alguna vez embarazadas, por cien.

Entre 1997 y 2009 este indicador en Durango alcanzó 1.2 puntos porcentuales, al pasar de 20.8 a 22.0 por ciento (véase cuadro 8). Este incremento es inverso al observado en el contexto nacional,

¹⁸ Es un indicador del PNS 2007-2012 y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

¹⁹ En la encuesta no se identifica el tipo de aborto, es decir, inducido o espontáneo.

Cuadro 8.
Durango. Porcentaje de mujeres en edad fértil alguna vez embarazadas con al menos un aborto, 1997 y 2009

Año	Con al menos un aborto
1997	20.8
2009	22.0

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2009.

que registró un descenso de 1.3 puntos en el periodo. De modo que, desde esta perspectiva, el dato para el 2009 es mayor al del país, de 17.7 por ciento.

7.3 Atención prenatal

La atención prenatal contribuye a que las mujeres puedan cursar embarazos y partos seguros. 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 dicha atención.

El trimestre en el que se 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 a 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.

Indicadores:

- *Atención prenatal durante el primer trimestre.*²⁰ Se define como el porcentaje de últimos nacidos vivos en los cinco años previos a la encuesta, cuyas madres recibieron atención por personal de salud durante el primer trimestre del embarazo.
- *Número promedio de revisiones prenatales.* Se define como el número de consultas o revisiones durante el embarazo que en promedio tuvieron las mujeres, tomando como referencia los últimos nacidos vivos en los cinco años previos a la encuesta.

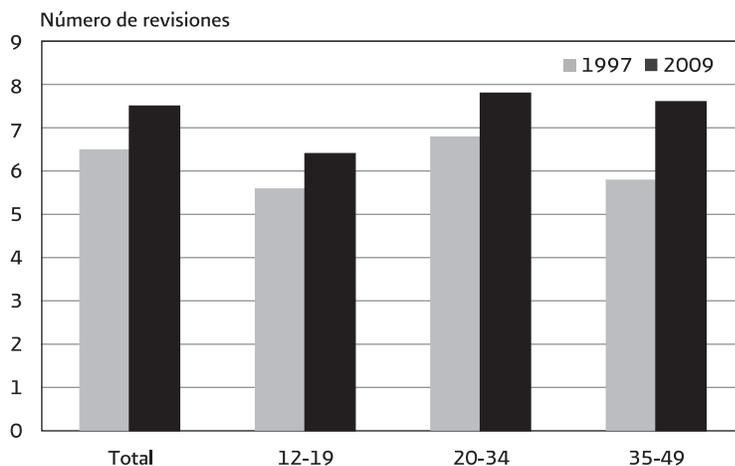
La atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo se incrementó de 73.4 a 81.2 por ciento en Durango entre 1997 y 2009, niveles inferiores a los del país, de 74.5 y 86.2 por ciento, respectivamente. Dicho aumento se registró en todos los subgrupos de población, determinados por la edad de la madre al nacimiento del hijo, el nivel de escolaridad y el lugar de residencia (véase cuadro A.25 del Anexo). Esta transición ha hecho que la mayoría de los grupos presenten actualmente niveles de atención prenatal de forma oportuna.

Con respecto al número de revisiones prenatales, 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 el contexto del estado en su conjunto, el indicador aumentó de 6.5 a 7.5 consultas promedio entre 1997 y 2009, cifras similares a las del país, de 6.5 y 7.8 consultas, respectivamente.

²⁰ La atención prenatal comprende cualquier revisión del desarrollo y evolución del embarazo, realizada por personal capacitado (médicos, enfermeras, auxiliares, promotores de salud y parteras).

Asimismo, en los diferentes grupos de edad de la madre aumentó el número promedio de revisiones prenatales en los últimos 12 años, rebasando en casi dos revisiones el criterio normativo (véanse cuadro A.26 del anexo y gráfica 29A).

Gráfica 29A.
Durango. Número promedio de revisiones prenatales* por grupos de edad de la madre, 1997 y 2009

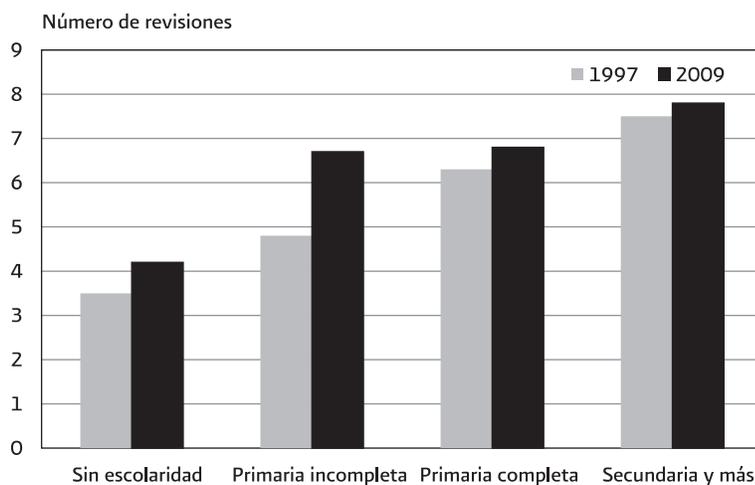


Nota: * Últimos hijos nacidos vivos ocurridos en los cinco años previos al levantamiento de cada encuesta.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

El número de revisiones prenatales en el lapso estudiado aumenta a mayor escolaridad, cumpliéndose ampliamente con el criterio de la Norma (véase gráfica 29B).

Gráfica 29B.
Durango. Número promedio de revisiones prenatales* por nivel de escolaridad de la madre, 1997 y 2009

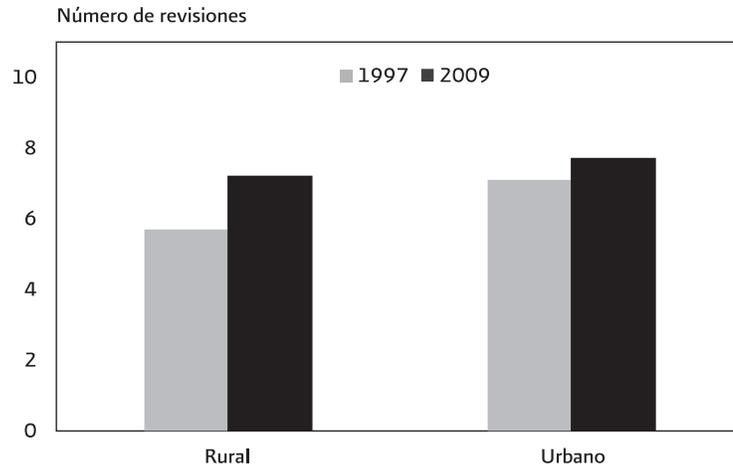


Nota: * Últimos hijos nacidos vivos ocurridos en los cinco años previos al levantamiento de cada encuesta.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

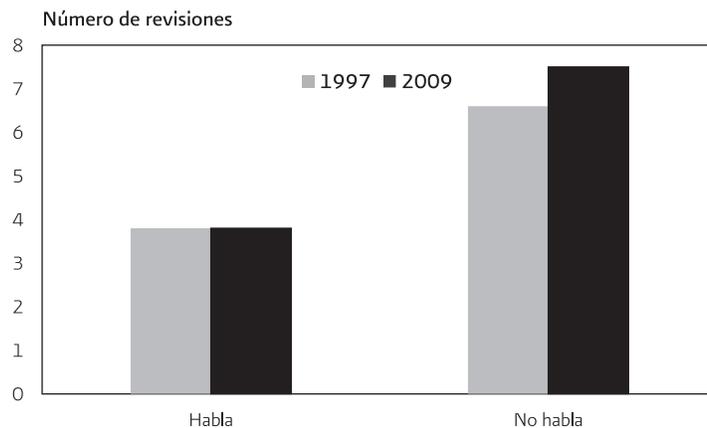
En los últimos 12 años, el patrón de aumento en el número de revisiones del embarazo se mantiene entre las mujeres rurales, aunque entre las hablantes de lengua indígena no se nota incremento alguno; se estima que actualmente acuden a revisiones prenatales 3.8 veces, comparado con poco más de siete veces de las mujeres urbanas o que no hablan lengua indígena (véanse gráficas 29C y 29D).

Gráfica 29C.
Durango. Número promedio de revisiones prenatales* por lugar de residencia de la madre, 1997 y 2009



Nota: * Últimos hijos nacidos vivos ocurridos en los cinco años previos al levantamiento de cada encuesta.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

Gráfica 29D.
Durango. Número promedio de revisiones prenatales* por condición de habla de lengua indígena de la madre, 1997 y 2009



Nota: * Últimos hijos nacidos vivos ocurridos en los cinco años previos al levantamiento de cada encuesta.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

Si bien el número promedio de revisiones prenatales ha aumentado, ello no necesariamente implica que esas consultas sean de calidad. Se requiere de otro tipo de información, proveniente de los propios servicios institucionales públicos y privados, a fin de disponer de una apreciación más cercana para la evaluación de esos procesos.

7.4 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. 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.

Indicadores:

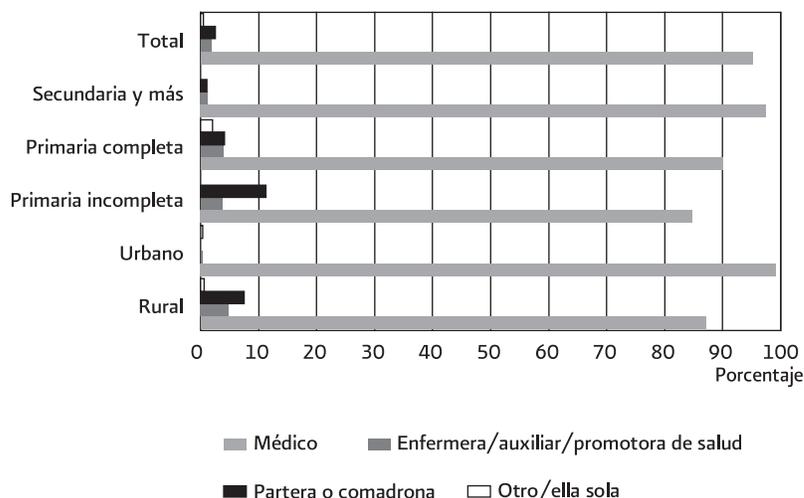
- *Porcentaje de partos atendidos por personal médico.* Se calcula como el porcentaje de últimos nacidos vivos en los cinco años previos a la encuesta, cuyas madres fueron atendidas durante el parto por un médico.
- *Porcentaje de partos atendidos por partera o comadrona.* Se calcula como el porcentaje de últimos nacidos vivos en los cinco años previos a la encuesta, cuyas madres fueron atendidas durante el parto por una partera o comadrona.
- *Porcentaje de nacidos vivos por cesárea.* Se calcula como el porcentaje de últimos nacidos vivos en los cinco años previos a la encuesta, cuyo parto fue por cesárea.

En Durango, la atención del parto por el médico pasó de 88.4 por ciento en 1997 a 95.1 por ciento en 2009, datos superiores a los registrados en el país, de 84.2 por ciento y 94.0 por ciento, respectivamente (véanse cuadro A.27 del Anexo y gráfica 30). Por otra parte se observa, que la mayoría (90%) de las mujeres en los diferentes grupos fue atendida en su último parto por personal médico, con excepción de las mujeres con mayor paridad, con menor nivel de instrucción y de las que residen en zonas rurales o hablan alguna lengua indígena.

Los grupos que merecen mayor atención en Durango, tanto para aumentar la participación médica en la atención del parto, como para mejorar el quehacer de las parteras, son: el de mujeres con primaria incompleta, ya que presentan el menor nivel de atención del parto por un médico, de 84.8 por ciento, y la mayor participación de la partera, con 11.3 por ciento, seguido de las mujeres con cuatro o más hijos, cuyos porcentajes son 85.3 de atención médica y 9.7 de participación de la partera; las mujeres rurales también presentan esta tendencia, con 87.1 y 7.5, respectivamente.

Otro indicador que también provee de información a través de las encuestas es el tipo de parto, sea normal o por cesárea. Con respecto a esta última, cabe señalar que las normas de salud establecen que el límite ideal no debe exceder el 20 por ciento. Los datos del cuadro 9 muestran que entre 1994 y 1997 esa disposición normativa no se cumplía, ya que para el estado en su conjunto era de 24.2 por ciento para los nacidos vivos, y subió aún más a 36.5 por ciento en el periodo 2004-2009. No obstante, tales porcentajes siguen siendo menores a los del contexto del país, de 28.4 y 43.0, respectivamente.

Gráfica 30.
Durango. Distribución porcentual de los últimos hijos nacidos vivos por agente que atendió el parto según características seleccionadas, 2004-2009



Nota: Tamaño de muestra insuficiente de MEF sin escolaridad.
 Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

La operación cesárea se incrementó en los diferentes grupos de edad de la madre al nacimiento del hijo y también según el lugar de residencia. Por mencionar algunos datos: actualmente, a 25.1 por ciento de las adolescentes se les practica cesárea, comparado con 38.4 por ciento en las edades de 20 a 34 años, y 38.7 por ciento si la mujer vive en áreas urbanas. También se encontró que en el ámbito rural este tipo de intervención se duplicó en el lapso estudiado, de 16.9 a 32.2 por ciento.²¹

Cuadro 9.
Durango. Distribución porcentual de mujeres* por tipo de parto según características seleccionadas, 1994-1997 y 2004-2009

Características seleccionadas	1994-1997		2004-2009	
	Normal	Cesárea	Normal	Cesárea
Total	75.8	24.2	63.5	36.5
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	85.9	14.1	74.9	25.1
20-34	74.2	25.8	61.6	38.4
35-49	71.8	28.2	57.5	42.5
Lugar de residencia				
Rural	83.1	16.9	67.8	32.2
Urbano	70.8	29.2	61.3	38.7

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2009.

*Mujeres que tuvieron sus últimos hijos nacidos vivos en los cinco años previos al levantamiento de cada encuesta.

²¹ Esta sobreutilización de intervenciones innecesarias se asocia con problemas de calidad en los servicios (Langer, 2005), además incrementan los costos y las tasas de complicaciones para las madres y los recién nacidos.

7.5 Atención durante el puerperio

La vigilancia del periodo del puerperio permite identificar oportunamente complicaciones para las madres, que pueden ocurrir en las semanas posteriores al parto. Además, la atención durante el puerperio constituye una ocasión propicia para promover la vigilancia del crecimiento y la nutrición del recién nacido, así como la planificación familiar.

Indicador:

- *Cobertura de atención a la mujer durante el puerperio.* Se define como el porcentaje de mujeres que tuvo hijos en los últimos cinco años previos a la encuesta y que recibió atención durante el puerperio.

El porcentaje de atención en el puerperio se incrementó en Durango en 20.3, al pasar de 51.8 en 1997 a 72.1 en 2009, datos menores a los del país, de 57.5 y 81.7, respectivamente. Dicho aumento se observó en todos los grupos poblacionales determinados por categorías de variables sociodemográficas (véase cuadro A.28 del Anexo), incluso en uno de ellos dicha atención se duplicó, tal es el caso de las mujeres sin escolaridad, que en 1997 presentaban el porcentaje más bajo, de 30.5. No obstante, aún se observan rezagos de atención a mujeres en esta etapa cuando éstas viven en zonas rurales (68.3%), si tienen cuatro o más hijos (66.9%) o no cuentan con la primaria completa (59.9%).

8. Lactancia materna

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. Además, 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 que inmuniza a los infantes frente a ciertas enfermedades y contribuye a fortalecer los lazos afectivos entre la madre y el niño(a).

Indicadores:

- *Incidencia de la lactancia.* Se define como el porcentaje de últimos hijos nacidos vivos durante los cinco años previos al levantamiento de la encuesta, y que iniciaron el proceso de amamantamiento.
- *Duración de la lactancia.* Se define como el número de meses de lactancia de los últimos hijos nacidos vivos durante los cinco años previos al levantamiento de la encuesta. Se presenta en ocasiones como la duración media o mediana.

En la segunda mitad de la década de los ochenta y primera de los noventa la lactancia tuvo un impulso importante en las instituciones públicas de salud, a través de la estrategia de certificación de unidades médicas como “Hospitales Amigos del Niño y de la Madre”, lo que incrementó sustancialmente el número de niños amamantados. Dicha certificación buscó incorporar la cultura de la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida, mediante información-consejería en las consultas prenatales en las unidades de primer nivel de atención.

Los datos del cuadro 10 sobre el porcentaje de niños que inició el proceso del amamantamiento muestran una incidencia del fenómeno de 88.7 en Durango, comparada con 90.0 del ámbito nacional según la ENADID 1997. Se observa que dicha incidencia se mantuvo alta, de acuerdo a la ENADID, 2009, con cifras de 83 por ciento o más en la mayoría de los grupos poblacionales. Tal parece que esa estrategia tuvo éxito y permeó en la estructura social de la entidad como una verdadera cultura de la alimentación al seno materno en aquella época.

Doce años después, el porcentaje que inicia la lactancia muestra cierta tendencia al aumento en Durango, con 92.5, según la ENADID 2009. Tal incidencia sigue siendo ligeramente mayor al dato nacional, de 90.8. En cuanto a la tendencia, tanto en Durango como en el país, se aprecia un leve aumento prácticamente en todos los grupos poblacionales analizados.

En el estado se observa un aumento en el tiempo de lactancia: el tiempo medio pasó de 6.8 a 7.6 meses, y la mediana de 5.8 a 6.1 entre 1997 y 2009 (véanse cuadros A.29 y A.30, del Anexo). Estos datos son similares a los observados a nivel nacional donde la media en 2009 es de 8.3 meses y la mediana, de 6.2 meses.

Cuadro 10.
Durango. Porcentaje de los últimos hijos nacidos vivos
que fueron amamantados según características seleccionadas de la madre,
1994-1997 y 2004-2009

Características seleccionadas	1994-1997	2004-2009
Total	88.7	89.2
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
12-19	89.2	89.2
20-34	89.2	89.2
35-49	89.2	89.2
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	-	-
Primaria Incompleta	85.2	96.7
Primaria Completa	85.1	87.0
Secundaria y más	92.0	89.3
Lugar de residencia		
Rural	87.9	89.3
Urbano	89.3	89.2

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2009.

- Tamaño de muestra insuficiente.

9. Conclusiones

Durango se ubica en una fase moderada de la transición demográfica, es decir, pasará de un régimen poblacional con niveles altos de mortalidad y fecundidad, a otro con niveles bajos y controlados, pero su evolución futura en cuanto a este último componente dependerá en mayor medida de la disminución en la fecundidad de los tres primeros grupos de edad, hasta los 30 años.

Esta entidad federativa exhibe una situación de salud reproductiva fluctuante respecto al contexto nacional en la gran mayoría de los indicadores. Por esa razón se clasifica en el cuarto patrón estatal, que corresponde a una *situación intermedia desfavorable*, al exhibir valores ligeramente menos favorables que el nacional en cuatro indicadores de impacto de los utilizados en la medición del IRO, particularmente en la tasa de fecundidad en adolescentes radica su mayor desventaja.

Se hace evidente el avance sustancial en la salud reproductiva del estado de Durango en la última década. Una característica relevante es la reducción de la brecha entre localidades rurales y urbanas. No obstante, sigue siendo superior la NIA en el ámbito rural, especialmente para limitar el número de hijos en comparación al ámbito urbano.

Si bien destaca el avance logrado en el trabajo con los adolescentes, una conclusión de este documento es sobre la necesidad de continuar enfocando acciones hacia la salud sexual y reproductiva vinculada con los periodos de la adolescencia y la juventud. Con los datos aquí vertidos se constata un inicio de la actividad sexual altamente desprotegido de la anticoncepción; una elevada frecuencia en el inicio de la maternidad durante la adolescencia y la juventud; y una prevalencia anticonceptiva en adolescentes a niveles bajos y en disminución, a la vez que la necesidad insatisfecha de anticonceptivos se incrementó y es la más alta de todos los grupos poblacionales presentes en el estado.

El reto fundamental del sector público en esta materia es cubrir la demanda de condones masculinos y de pastillas anticonceptivas, entre otros, a fin de que la población disponga de los métodos que elija para regular su fecundidad.

Las acciones de planificación familiar y salud reproductiva en Durango han contribuido a modificar favorablemente el espaciamiento entre los hijos. Se manifiesta un cambio en las preferencias reproductivas hacia una disminución en el número ideal de hijas e hijos en las diferentes generaciones y según subgrupos poblacionales, lo que sugiere cierta motivación de las mujeres por tener un número menor de hijos.

El patrón en la estructura de los anticonceptivos es característico de un perfil con *relevancia en uso de varios métodos*, con elevada efectividad anticonceptiva promedio.

Se registra un incremento sustancial en los indicadores relacionados con la atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo, atención médica del parto y del puerperio en todos los grupos poblacionales, que no parece necesariamente congruente con el nivel de la mortalidad materna. Esto lleva al cuestionamiento sobre la calidad en los procesos de atención correspondientes y/o la presencia de otros factores determinantes.

Se requiere de otro tipo de información, proveniente de los propios servicios institucionales públicos y privados, a fin de disponer de una apreciación más cercana para la evaluación de esos procesos.

Este Perfil, además de actualizar los principales indicadores, que tradicionalmente se han utilizado para evaluar las acciones de política y programáticas en relación con la salud reproductiva, incorpora aspectos metodológicos que enriquecen las actividades de evaluación. Uno de ellos es el análisis de la prevalencia anticonceptiva en mujeres sexualmente activas e inactivas, debido a que se ha demostrado que las relaciones sexuales inician antes de la unión, lo que demanda la atención para este grupo de población.

Bibliografía

- Colín, Yeimi y Paloma Villagómez, 2010. "Evolución de la maternidad adolescente en México: 1974-2009" en *La Situación Demográfica de México 2010*. México: CONAPO, Pp. 37-53.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO), 2008. *Programa Nacional de Población 2008-2012. Por un cambio demográfico a favor del desarrollo*. México: Secretaría de Gobernación/CONAPO.
- Langer A., 2005. "Atención calificada en el embarazo, parto y puerperio: ¿Qué desafíos enfrenta México?" en *A lo largo del camino*. María del Carmen Elú y Elsa Santos: Editoras. Publicación financiada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud, Family Care International y Population Council. Primera edición, México, D.F., abril.
- Mendoza, Doroteo et al., 2010. *Nuevas estimaciones de las necesidades insatisfechas de anticoncepción en México*. México: CONAPO. Documento disponible en línea:
http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=460&Itemid=15
- Romo Viramontes, Raúl y Miguel Sánchez Castillo, 2009. "El descenso de la fecundidad en México, 1974-2009: a 35 años de la puesta en marcha de la nueva política de población" en *La Situación Demográfica de México 2009*. México: CONAPO, Pp. 23-38.
- Secretaría de Salud (SS). Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008a. *Programa de Acción Específico 2007-2012. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*. México: SS.
- 2008b. *Programa de Acción Específico 2007-2012. Planificación Familiar y Anticoncepción*. México: SS.
- Secretaría de Salud (SS), 2007a. *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México: SS.
- 2007b. *Programa de Acción Específico 2007-2012: Arranque Parejo en la Vida*. México: SS.
- Zúñiga, Elena et al., 2000. *Cuadernos de Salud Reproductiva. República Mexicana*. México: CONAPO.

Anexo

Cuadro A.1
Durango. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil
por grupos de edad según uso de métodos
anticonceptivos en la primera relación sexual, 2009

Grupos de edad	No utilizó	Utilizó
Total	83.1	16.9
15-19	66.1	33.9
20-24	65.0	35.0
25-29	82.4	17.6
30-34	83.3	16.7
35-39	91.5	8.5
40-44	89.5	10.5
45-49	93.3	6.7

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.

Cuadro A.2
Durango. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por grupos de edad actual, edad a la primera
relación sexual y condición de uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, 2009

Edad actual	Edad a la primera relación sexual	Utilizó	No utilizó	Total
25-29	<15	12.0	88.0	100.0
	15-19	11.4	88.6	100.0
	20-24	28.2	71.8	100.0
	25-29	41.1	58.9	100.0
	30-34	<15	3.7	96.3
30-34	15-19	10.4	89.6	100.0
	20-24	28.9	71.1	100.0
	25-29	34.2	65.8	100.0
	30-34	21.0	79.0	100.0
	35-39	<15	3.6	96.4
35-39	15-19	4.8	95.2	100.0
	20-24	12.0	88.0	100.0
	25-29	14.6	85.4	100.0
	30-34	74.1	25.9	100.0
	35 y más	0.0	100.0	100.0
	40-44	<15	0.0	100.0
40-44	15-19	9.4	90.6	100.0
	20-24	10.6	89.4	100.0
	25-29	24.5	75.5	100.0
	30-34	0.0	100.0	100.0
	45-49	<15	0.0	100.0
45-49	15-19	4.6	95.4	100.0
	20-24	10.6	89.4	100.0
	25-29	9.2	90.8	100.0
	30-34	17.9	82.1	100.0
	35 y más	0.0	100.0	100.0

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.

Cuadro A.3
Durango. Proporción de mujeres en edad fértil sexualmente activas, sexualmente inactivas y sin experiencia sexual por características seleccionadas, 2009

Características seleccionadas	Sexualmente activas¹	Sexualmente inactivas²	Sin experiencia sexual
Total	54.3	23.4	22.4
Grupos de edad			
15-19	18.3	12.0	69.7
20-24	45.8	23.8	30.5
25-29	64.9	24.3	10.8
30-34	75.8	20.5	3.7
35-39	71.4	25.5	3.1
40-44	63.6	32.3	4.0
45-49	63.7	33.8	2.5
Situación conyugal			
Unidas	85.6	14.4	0.0
Alguna vez unidas	24.1	75.9	0.0
Solteras	10.9	23.8	65.4
Paridad			
0	16.4	16.5	67.2
1	60.5	39.5	0.0
2	77.9	22.1	0.0
3	73.2	26.8	0.0
4 y más	77.3	22.7	0.0
Nivel de escolaridad			
Sin escolaridad	54.2	38.8	6.9
Primaria incompleta	63.2	27.5	9.4
Primaria completa	69.4	24.0	6.6
Secundaria y más	50.2	22.7	27.1
Lugar de residencia			
Rural	61.3	20.2	18.4
Urbana	51.8	24.5	23.7

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.

¹ Mujeres que tuvieron relaciones sexuales en el último mes previo al levantamiento de la encuesta.

² Mujeres con experiencia sexual que declararon no haber tenido relaciones sexuales en el último mes.

Cuadro A.4
Probabilidad acumulada de tener el primer hijo(a) antes de cumplir 18, 20 y 25 años de edad de las mujeres nacidas entre 1965-1969 y entre 1980-1984 según entidad federativa

Entidad Federativa	Generación 1965-1969			Generación 1980-1984		
	18 años	20 años	25 años	18 años	20 años	25 años
Nacional	15.2	32.1	66.9	15.4	31.4	59.8
Aguascalientes	12.7	27.8	64.6	13.0	32.7	62.5
Baja California	15.0	33.8	68.5	24.0	43.9	65.4
Baja California Sur	16.9	32.8	73.9	16.9	32.9	57.9
Campeche	18.9	38.1	73.3	16.9	31.5	60.9
Coahuila	14.6	30.4	65.8	15.8	31.9	62.1
Colima	13.0	30.3	64.1	14.0	30.5	62.9
Chiapas	21.9	41.5	71.9	19.1	34.0	62.8
Chihuahua	12.7	31.1	70.9	22.1	40.4	65.2
Distrito Federal	11.4	26.9	57.9	9.7	20.9	46.7
Durango	15.0	37.9	71.8	17.1	36.7	65.8
Guanajuato	11.2	27.6	62.9	11.5	26.7	56.8
Guerrero	23.1	42.3	73.4	19.5	38.0	65.5
Hidalgo	14.0	31.0	63.5	13.5	27.0	57.7
Jalisco	10.3	24.4	58.3	13.1	26.3	57.6
México	19.1	39.8	70.9	15.6	31.0	63.7
Michoacán	10.7	26.5	60.1	13.7	26.8	57.0
Morelos	16.2	32.6	64.9	15.0	32.0	59.5
Nayarit	17.6	31.4	72.6	16.6	34.8	63.8
Nuevo León	16.5	30.4	67.6	16.1	34.7	64.8
Oaxaca	18.6	34.2	65.8	13.2	26.2	52.8
Puebla	18.3	35.2	67.5	15.6	32.6	59.3
Querétaro	12.9	31.0	62.9	13.6	27.7	55.7
Quintana Roo	21.0	38.6	76.3	14.7	32.7	62.7
San Luis Potosí	14.6	28.5	59.6	15.4	34.9	60.8
Sinaloa	15.5	32.4	70.3	14.1	30.7	57.3
Sonora	10.7	26.3	68.0	15.7	31.9	54.3
Tabasco	15.6	29.8	69.1	13.7	28.8	57.4
Tamaulipas	10.7	28.6	62.4	16.1	32.1	61.5
Tlaxcala	16.8	34.6	70.6	15.8	32.5	62.9
Veracruz	17.0	32.8	63.6	20.6	34.7	63.8
Yucatán	13.3	30.5	66.0	16.2	32.1	58.1
Zacatecas	14.2	32.8	70.2	13.7	30.1	61.8

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.

Cuadro A.5
Durango. Promedio del número ideal de hijos e hijas de mujeres en edad fértil
unidas según características seleccionadas, 1997 y 2009

Características seleccionadas	1997	2009
Total	3.7	3.0
Grupos de edad		
15-19	3.2	2.6
20-24	3.1	2.6
25-29	3.4	2.8
30-34	3.5	2.9
35-39	3.8	3.2
40-44	4.4	3.5
45-49	4.6	3.9
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	-	4.6
Primaria incompleta	4.6	4.4
Primaria completa	3.8	3.6
Secundaria y más	3.1	2.8
Lugar de residencia		
Rural	4.3	3.5
Urbano	3.4	2.8

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2009

- Tamaño de muestra insuficiente.

Cuadro A.6
Durango. Distribución porcentual de mujeres actualmente embarazadas por grupos de edad
según planeación y deseo del embarazo, 2009

Grupos de edad	Planeado	No planeado	No deseado	Total
Total	63.7	20.8	15.6	100.0
15-19	58.2	17.5	24.3	100.0
20-24	62.2	33.9	3.9	100.0
25-29	72.2	14.5	13.3	100.0
30-34	68.5	18.1	13.4	100.0
35 y más	58.2	6.7	35.1	100.0

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.

Cuadro A.7
Durango. Porcentaje de mujeres en edad fértil que declara conocer la
existencia de distintos métodos anticonceptivos,
1997 y 2009

Método	1997	2009
Pastillas	97.4	97.9
DIU	93.5	93.3
Inyecciones	90.2	93.7
Implante subdérmico	21.8	65.1
OTB	91.7	89.9
Vasectomía	82.3	86.9
Condomes	93.7	97.8
Espermicidas	55.1	44.3
Pastilla de emergencia	n.d.	75.7
Parche anticonceptivo	n.d.	87.5
Condón Femenino	n.d.	62.0
Ritmo	69.2	66.8
Retiro	47.4	53.6

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2009.

Cuadro A.8
Durango. Porcentaje de mujeres en edad fértil que declara conocer la existencia de distintos métodos
anticonceptivos por lugar de residencia, 1997 y 2009

Método	1997			2009		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	97.4	94.8	98.7	97.9	95.9	98.6
DIU	93.5	88.5	95.9	93.3	90.0	94.4
Inyecciones	90.2	86.5	92.0	93.7	93.0	93.9
Implante subdérmico	21.8	15.5	24.9	65.1	54.0	68.9
OTB	91.7	85.6	94.7	89.9	84.5	91.8
Vasectomía	82.3	68.7	89.1	86.9	77.8	90.0
Condomes	93.7	86.3	97.4	97.8	95.5	98.6
Espermicidas	55.1	36.7	64.3	44.3	33.4	48.1
Pastilla de emergencia	n.d.	n.d.	n.d.	75.7	58.9	81.5
Parche anticonceptivo	n.d.	n.d.	n.d.	87.5	78.9	90.6
Condón Femenino	n.d.	n.d.	n.d.	62.0	52.7	65.2
Ritmo	69.2	52.0	77.7	66.8	49.1	73.0
Retiro	47.4	30.1	56.0	53.6	37.0	59.4

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2009.

Cuadro A.9
Durango. Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce
al menos un método anticonceptivo según
características seleccionadas, 1997 y 2009

Características seleccionadas	1997	2009
Total	98.5	99.4
Grupos de edad		
15-19	96.4	99.0
20-24	98.3	99.3
25-29	99.4	99.7
30-34	98.9	99.8
35-39	99.1	99.6
40-44	98.9	99.0
45-49	100.0	99.6
Situación conyugal		
Unidas	99.0	99.6
Alguna vez unidas	99.1	100.0
Solteras	97.2	98.9
Paridad		
0	97.3	98.7
1	98.0	99.4
2	100.0	100.0
3	99.4	99.7
4 y más	98.9	99.7
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	87.6	87.8
Primaria incompleta	97.5	98.6
Primaria completa	98.0	98.5
Secundaria y más	99.6	99.8
Lugar de residencia		
Rural	96.2	98.7
Urbano	99.6	99.6
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	81.2	83.0
No habla	98.8	99.5

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2009.

Cuadro A.10
Durango. Porcentaje de mujeres en edad fértil que no conoce algún
método anticonceptivo según características seleccionadas, 1997 y 2009

Características seleccionadas	1997	2009
Total	1.5	0.6
Grupos de edad		
15-19	3.6	1.0
20-24	1.7	0.7
25-29	0.6	0.3
30-34	1.1	0.2
35-39	0.9	0.4
40-44	1.1	1.0
45-49	0.0	0.4
Situación conyugal		
Unidas	1.0	0.4
Alguna vez unidas	0.9	0.0
Solteras	2.8	1.1
Paridad		
0	2.7	1.3
1	2.0	0.6
2	0.0	0.0
3	0.6	0.3
4 y más	1.1	0.3
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	12.4	12.2
Primaria incompleta	2.5	1.4
Primaria completa	2.0	1.5
Secundaria y más	0.4	0.2
Lugar de residencia		
Rural	3.8	1.3
Urbano	0.4	0.4
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	18.8	17.0
No habla	1.2	0.5

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2009.

Cuadro A.11
Durango. Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas
que usan métodos anticonceptivos según características seleccionadas,
1997 y 2009

Características seleccionadas	1997	2009
Total	67.4	73.1
Grupos de edad		
15-19	43.2	37.9
20-24	59.4	62.7
25-29	69.8	75.9
30-34	68.5	77.5
35-39	78.3	81.2
40-44	73.7	83.8
45-49	60.8	68.8
Paridad		
0	16.5	19.4
1	60.2	56.0
2	72.4	79.7
3	76.1	86.5
4 y más	71.0	78.8
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	43.2	-
Primaria incompleta	57.5	74.2
Primaria completa	69.1	72.2
Secundaria y más	73.1	73.3
Lugar de residencia		
Rural	56.6	71.6
Urbano	73.9	73.7

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2009.

- Tamaño de muestra insuficiente.

Cuadro A.12
Durango. Prevalencia anticonceptiva de mujeres en edad fértil unidas por tipo de método, 1997 y 2009

Método	1997	2009
Pastillas	10.5	8.2
DIU	14.2	11.5
Inyecciones	3.2	5.9
Locales	0.1	n.d.
Condomes	3.9	8.3
OTB	28.2	30.6
Vasectomía	0.7	1.8
Tradicional	6.3	4.2
Implante subdérmico	0.1	2.3
Parche anticonceptivo	n.d.	0.3
Condón Femenino	n.d.	0.0

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2009.

Cuadro A.13
Durango. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas y sexualmente inactivas según condición de uso de anticonceptivos, 2009

Condición de actividad sexual	Usuaría	Exusuaría	Nunca usuaria	Total
Sexualmente activas	74.9	17.7	7.4	100.0
Sexualmente inactivas	41.2	37.1	21.7	100.0

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.

Cuadro A.14

Durango. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas o sexualmente inactivas que usan métodos anticonceptivos por características seleccionadas, 2009

Características seleccionadas	Sexualmente activas	Sexualmente inactivas
Total	74.9	41.2
Grupos de edad		
15-19	47.0	27.8
20-24	65.9	23.9
25-29	78.1	25.3
30-34	81.8	30.8
35-39	81.9	50.7
40-44	84.1	55.7
45-49	66.6	62.7
Situación conyugal		
Unidas	75.2	56.1
Alguna vez unidas	77.6	45.8
Solteras	70.2	22.4
Paridad		
0	35.4	13.5
1	64.2	20.4
2	81.7	42.7
3	86.8	66.4
4 y más	79.2	74.9
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	-	-
Primaria incompleta	82.2	41.7
Primaria completa	71.4	53.9
Secundaria y más	75.3	37.3
Lugar de residencia		
Rural	73.8	46.0
Urbano	75.4	39.9

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.

Cuadro A.15
Durango. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por tipo de método anticonceptivo que usan actualmente, 1997 y 2009

Método	1997	2009
Pastillas	15.0	10.7
DIU	21.2	15.9
Inyecciones	4.9	7.3
Locales	0.1	0.0
Condomes	5.6	12.4
OTB	43.4	43.2
Vasectomía	1.0	2.2
Tradicional	8.9	4.9
Implante subdérmico	0.1	2.8
Parque anticonceptivo	n.d.	0.4
Condón Femenino	n.d.	0.1

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2009.

Cuadro A.16
Durango. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas por grupos de edad según tipo de método anticonceptivo que usan actualmente, 2009

Grupos de edad	Pastillas	DIU	Inyecciones	Condomes	OTB	Vasectomía	Tradicional	Implante subdérmico	Parque anticonceptivo	Condón femenino	Total
Total	11.0	16.1	7.9	14.5	39.7	2.5	5.6	2.3	0.3	0.1	100.0
15-19	13.6	23.9	17.0	34.6	0.0	0.0	2.9	6.3	1.6	0.0	100.0
20-24	10.7	23.5	15.0	34.0	3.3	0.0	5.1	8.4	0.0	0.0	100.0
25-29	16.7	23.8	11.3	16.1	19.3	1.3	9.3	1.3	0.5	0.4	100.0
30-34	12.7	14.3	11.7	9.2	42.0	2.5	3.6	3.5	0.6	0.0	100.0
35-39	10.6	14.4	2.1	11.0	50.1	4.7	6.6	0.4	0.0	0.0	100.0
40-44	8.2	10.5	4.8	8.0	59.5	3.0	4.9	0.7	0.4	0.0	100.0
45-49	3.9	9.7	0.6	9.3	68.3	3.4	4.8	0.0	0.0	0.0	100.0

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.

Cuadro A.17
Durango. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas por tipo de método anticonceptivo que usan
actualmente según paridez, 1997 y 2009

Método	Paridez				
	0	1	2	3	4 y más
1997	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Pastillas	21.7	23.7	21.7	14.7	7.7
DIU	11.5	39.3	35.7	11.6	11.8
Inyecciones	0.0	7.9	7.3	3.7	3.1
Locales	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3
Condomes	15.5	11.2	8.2	3.3	2.8
OTB	0.0	3.8	14.7	56.9	68.9
Vasectomía	0.0	0.4	0.7	2.8	0.4
Tradicional	51.3	13.7	11.7	6.7	5.0
Implante subdérmico	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0
Pastilla de emergencia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Parche anticonceptivo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Condón Femenino	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
2009	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Pastillas	14.7	12.7	15.5	7.2	9.7
DIU	13.0	26.6	25.6	9.8	7.3
Inyecciones	3.7	14.8	12.0	5.1	4.6
Locales	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Condomes	38.3	24.2	12.8	6.5	7.5
OTB	0.0	1.6	19.2	61.0	65.3
Vasectomía	0.0	0.5	3.7	2.7	2.0
Tradicional	26.6	5.3	7.6	5.6	3.0
Implante subdérmico	0.0	12.4	3.1	2.1	0.5
Pastilla de emergencia	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Parche anticonceptivo	3.6	1.5	0.4	0.0	0.0
Condón Femenino	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2009.

Cuadro A.18
Durango. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas por tipo de método anticonceptivo que usan actualmente según lugar de residencia, 1997 y 2009

Método	1997			2009		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	15.6	17.7	14.6	11.2	16.0	9.0
DIU	21.1	22.7	20.3	15.8	18.3	14.6
Inyecciones	4.8	4.1	5.1	8.1	10.7	7.0
Locales	0.1	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0
Condomes	5.8	5.1	6.2	11.4	10.5	11.8
OTB	42.1	41.0	42.6	41.8	38.5	43.3
Vasectomía	1.1	0.2	1.4	2.5	0.0	3.6
Tradicional	9.4	8.8	9.7	5.7	3.3	6.8
Implante subdérmico	0.1	0.3	0.0	3.1	2.7	3.3
Parche anticonceptivo	n.d	n.d	n.d	0.4	0.0	0.5
Condón Femenino	n.d	n.d	n.d	0.1	0.0	0.1

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2009.

Cuadro A.19
Distribución porcentual de mujeres sexualmente activas usuarias
de anticonceptivos modernos según lugar de obtención por entidad
federativa, 2009

Entidad Federativa	Lugar de obtención		Total
	Público	Privado	
Total	65.9	34.1	100.0
Aguascalientes	66.2	33.8	100.0
Baja California	56.5	43.5	100.0
Baja California Sur	73.9	26.1	100.0
Campeche	78.0	22.0	100.0
Coahuila	73.7	26.3	100.0
Colima	68.8	31.2	100.0
Chiapas	76.5	23.5	100.0
Chihuahua	60.7	39.3	100.0
Distrito Federal	52.0	48.0	100.0
Durango	75.1	24.9	100.0
Guanajuato	66.4	33.6	100.0
Guerrero	78.3	21.7	100.0
Hidalgo	74.1	25.9	100.0
Jalisco	57.6	42.4	100.0
México	66.8	33.2	100.0
Michoacán	63.8	36.2	100.0
Morelos	67.4	32.6	100.0
Nayarit	80.2	19.8	100.0
Nuevo León	65.3	34.7	100.0
Oaxaca	75.0	25.0	100.0
Puebla	58.2	41.8	100.0
Querétaro	63.0	37.0	100.0
Quintana Roo	63.6	36.4	100.0
San Luis Potosí	72.6	27.4	100.0
Sinaloa	69.9	30.1	100.0
Sonora	68.9	31.1	100.0
Tabasco	76.4	23.6	100.0
Tamaulipas	57.3	42.7	100.0
Tlaxcala	73.9	26.1	100.0
Veracruz	72.7	27.3	100.0
Yucatán	73.6	26.4	100.0
Zacatecas	80.8	19.2	100.0

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.

Cuadro A.20
Durango. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas, usuarias de métodos anticonceptivos modernos por tipo de método según lugar de obtención, 2009

Método empleado	Público	Privado	Total
Pastillas	62.9	37.1	100.0
DIU	88.8	11.2	100.0
Inyecciones	62.5	37.5	100.0
Condomes	46.7	53.3	100.0
OTB	84.5	15.5	100.0
Vasectomia	92.0	8.0	100.0
Implante subdérmico	87.7	12.3	100.0
Parche anticonceptivo	21.3	78.7	100.0
Condón femenino	0.0	100.0	100.0

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.

Cuadro A.21
Durango. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos según el momento de adopción, 1997 y 2009

Método	Posparto		Otro momento	
	1997	2009	1997	2009
Total	41.0	51.9	59.0	48.1
OTB	73.1	88.3	26.9	11.7
DIU	41.2	50.3	58.8	49.7
Otro*	1.6	8.2	98.4	91.8

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2009.

* Pastillas, inyecciones, implante subdérmico, parche anticonceptivo, condón femenino, condón masculino, anticoncepción de emergencia y métodos tradicionales.

Cuadro A.22
Durango. Porcentaje de mujeres en edad fértil
unidas que nunca ha usado métodos anticonceptivos según
características seleccionadas, 1997 y 2009

Características seleccionadas	1997	2009
Total	16.0	8.6
Grupos de edad		
15-19	41.2	40.6
20-24	17.5	13.8
25-29	13.3	4.5
30-34	12.3	5.2
35-39	7.3	5.5
40-44	16.6	6.6
45-49	24.4	3.9
Paridad		
0	70.6	53.0
1	18.8	14.8
2	7.2	4.3
3	9.8	2.8
4 y más	14.6	2.9
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	42.0	-
Primaria incompleta	24.0	12.0
Primaria completa	13.4	6.6
Secundaria y más	12.0	8.7
Lugar de residencia		
Rural	24.4	12.3
Urbano	10.9	6.9

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2009.

- Tamaño de muestra insuficiente.

Cuadro A.23
Durango. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas
o sexualmente inactivas que nunca ha usado métodos anticonceptivos
según características seleccionadas, 2009

Características seleccionadas	Sexualmente activas	Sexualmente inactivas
Total	7.4	21.7
Grupos de edad		
15-19	27.2	43.0
20-24	12.6	27.2
25-29	3.5	29.0
30-34	4.7	10.7
35-39	4.9	12.7
40-44	7.4	22.5
45-49	3.8	12.5
Situación conyugal		
Unidas	7.1	17.9
Alguna vez unidas	8.0	15.1
Solteras	10.9	31.4
Paridad		
0	39.3	38.5
1	9.3	33.2
2	3.4	11.8
3	3.2	7.3
4 y más	1.8	10.3
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	-	-
Primaria incompleta	8.7	29.0
Primaria completa	7.2	21.4
Secundaria y más	7.1	21.2
Lugar de residencia		
Rural	11.1	25.7
Urbano	5.9	20.6

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.
 - Tamaño de muestra insuficiente.

Cuadro A.24
Durango. Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de
mujeres en edad fértil unidas según características seleccionadas, 2009

Características seleccionadas	2009		
	Total	Espaciar	Limitar
Total	6.5	3.7	2.9
Grupos de edad			
15-19	20.1	17.5	2.6
20-24	10.8	7.0	3.8
25-29	5.7	4.8	0.9
30-34	6.8	4.5	2.3
35-39	4.8	0.8	4.0
40-44	4.9	0.0	4.9
45-49	1.4	0.0	1.4
Paridad			
0	6.0	4.7	1.3
1	12.2	11.1	1.1
2	6.1	2.3	3.8
3	5.1	2.8	2.2
4 y más	5.0	1.1	3.9
Nivel de escolaridad			
Sin escolaridad	0.0	-	-
Primaria incompleta	6.1	2.2	3.9
Primaria completa	9.1	3.4	5.7
Secundaria y más	5.6	3.8	1.8
Lugar de residencia			
Rural	6.1	2.9	3.2
Urbano	6.7	4.0	2.7

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 2009.
 - Tamaño de muestra insuficiente.

Cuadro A.25
Durango. Distribución porcentual de los últimos hijos nacidos vivos* por trimestre de inicio de la atención prenatal según características seleccionadas de la madre, 1997 y 2009

Características seleccionadas	1997			2009		
	1er.	2do.	3er.	1er.	2do.	3er.
Total	73.4	22.9	3.8	81.2	17.0	1.9
Edad de la madre al nacimiento del hijo						
12-19	63.8	29.9	6.4	67.6	29.0	3.3
20-34	76.2	21.1	2.7	83.9	14.3	1.8
35-49	67.8	24.6	7.6	84.4	15.6	0.0
Nivel de escolaridad						
Sin escolaridad	-	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	55.3	35.2	9.4	74.2	25.8	0.0
Primaria completa	72.2	23.0	4.8	81.8	16.8	1.5
Secundaria y más	80.5	18.6	0.9	82.0	16.2	1.8
Lugar de residencia						
Rural	68.0	25.6	6.4	78.0	20.0	2.0
Urbano	76.7	21.1	2.2	82.7	15.5	1.8
Condición de habla de lengua indígena						
Habla	63.5	32.2	4.2	86.8	11.6	1.6
No habla	76.9	18.5	4.6	84.1	14.8	1.1

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2009.

*Últimos hijos nacidos vivos ocurridos en los cinco años previos al levantamiento de cada encuesta.

- Tamaño de muestra insuficiente.

Cuadro A.26
Durango. Número promedio de revisiones prenatales*,
1997 y 2009

Características seleccionadas	1997	2009
Total	6.5	7.5
Grupos de edad		
12-19	5.6	6.4
20-34	6.8	7.8
35-49	5.8	7.6
Paridad		
1	6.9	7.8
2	7.0	7.6
3	6.6	7.8
4 y más	5.5	6.5
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	3.5	4.2
Primaria incompleta	4.8	6.7
Primaria completa	6.3	6.8
Secundaria y más	7.5	7.8
Lugar de residencia		
Rural	5.7	7.2
Urbano	7.1	7.7
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	3.8	3.8
No habla	6.6	7.5

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2009.

*Últimos hijos nacidos vivos ocurridos en los cinco años previos a cada encuesta.

Cuadro A.27
Durango. Distribución porcentual de mujeres* por tipo de agente que la atendió durante el parto según características seleccionadas, 1994-1997 y 2004-2009

Características seleccionadas	1994-1997				2004-2009			
	Médico	Enfermera/ promotora de salud	Agente auxiliar/ Partera o comadrona	Otro/ella sola	Médico	Enfermera/ promotora de salud	Agente auxiliar/ Partera o comadrona	Otro/ella sola
Total	88.4	2.8	6.8	2.0	95.1	1.8	2.6	0.5
Edad de la madre al nacimiento del hijo								
12-19	84.3	6.0	8.5	1.2	95.2	2.1	1.1	1.6
20-34	91.2	1.9	5.3	1.6	95.5	1.2	3.0	0.2
35-49	76.8	3.9	13.9	5.5	92.8	5.3	1.9	0.0
Orden de nacimiento								
1	93.8	2.4	3.2	0.6	99.2	0.2	0.6	0.0
2	92.7	3.0	3.5	0.8	96.6	1.8	0.6	1.0
3	92.1	0.7	4.0	3.2	95.9	1.8	1.9	0.4
4 o más	74.5	4.6	16.9	3.9	85.3	4.6	9.7	0.5
Nivel de escolaridad								
Sin escolaridad	-	-	-	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	75.0	3.4	17.4	4.2	84.8	3.8	11.3	0.0
Primaria completa	89.3	3.8	6.5	0.3	90.0	3.9	4.1	2.0
Secundaria y más	95.7	1.6	1.6	1.1	97.5	1.2	1.1	0.1
Lugar de residencia								
Rural	79.1	3.8	12.5	4.6	87.1	4.9	7.5	0.6
Urbano	94.9	2.1	2.9	0.2	99.1	0.3	0.1	0.4

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2009.

- Tamaño de muestra insuficiente.

*Mujeres que tuvieron sus últimos hijos nacidos vivos en los cinco años previos al levantamiento de cada encuesta.

Cuadro A.28
Durango. Porcentaje de mujeres* que fueron atendidas durante el puerperio, 1997-2009

Características seleccionadas	1997	2009
Total	51.8	72.1
Paridad		
1	60.5	65.4
2	54.7	77.7
3	53.6	78.5
4 y más	36.6	66.9
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	-	-
Primaria incompleta	30.5	59.9
Primaria completa	52.0	65.3
Secundaria y más	61.6	74.3
Lugar de residencia		
Rural	44.6	68.3
Urbano	56.6	74.1

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2009.

* Últimos hijos nacidos vivos ocurridos en los cinco años previos al levantamiento de cada encuesta.

- Tamaño de muestra insuficiente.

Cuadro A.29
Durango. Meses de lactancia de los últimos hijos nacidos vivos* por cuartiles, 1997 y 2009

Duración de la lactancia	1997	2009
Total		
25%	1.2	1.6
50%	3.9	5.7
75%	9.8	11.3
Rural		
25%	1.8	3.1
50%	4.3	7.5
75%	12.6	11.6
Urbano		
25%	1.0	1.1
50%	3.7	5.2
75%	8.9	11.0

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2009.

* Últimos hijos nacidos vivos ocurridos en los cinco años previos al levantamiento de cada encuesta.

Cuadro A.30
Duración promedio de lactancia de los últimos hijos nacidos vivos*,
nacional y por entidad federativa, 1997 y 2009

Entidad	Meses promedio	
	1997	2009
Oaxaca	11.9	11.9
Chiapas	10.4	11.2
Guerrero	10.3	11.2
Yucatán	10.8	10.2
Hidalgo	11.2	10.0
Campeche	9.2	9.7
Tabasco	8.7	9.6
Veracruz	9.6	9.4
Morelos	9.5	9.3
Puebla	9.6	9.2
Baja California Sur	8.3	8.9
San Luis Potosí	8.8	8.8
Nayarit	8.8	8.6
Tlaxcala	8.3	8.5
Nacional	7.8	8.3
Quintana Roo	8.3	8.2
Querétaro	8.5	8.2
México	7.1	8.2
Sinaloa	7.5	8.1
Zacatecas	7.8	7.8
Michoacán	8.0	7.8
Sonora	6.9	7.8
Durango	6.8	7.6
Guanajuato	6.8	7.6
Colima	7.2	7.4
Coahuila	7.1	7.3
Nuevo León	5.8	7.0
Distrito Federal	5.6	7.0
Tamaulipas	5.9	6.9
Jalisco	6.2	6.8
Aguascalientes	5.9	5.8
Chihuahua	5.2	5.5
Baja California	4.5	5.4

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2009.

*Últimos hijos nacidos vivos ocurridos en los cinco años previos al levantamiento de cada encuesta.

**Perfiles de Salud Reproductiva
Durango**

Se terminó de imprimir en diciembre de 2011,
en IAG en Color, S.A. de C.V.,
Gral. Torroella, No.19, Col. Ampliación Daniel Garza,
C.P. 11840, México , D.F.,
consta de 1 000 ejemplares.



Vivir Mejor



UNFPA



CONAPO

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO
Y SALUD REPRODUCTIVA

SEGOB

GOBIERNO
FEDERAL

