

Cuadernos de salud reproductiva

Sinaloa



Consejo Nacional de Población

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

Coordinadoras: Elena Zúñiga, Beatriz Zubieta

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

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

Diseño editorial: Luz María Zamítiz y Edith Cruz

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

Corrección de estilo: Ricardo Valdés

Apoyo gráfico: Claudio Miranda

Apoyo logístico: Ma. Eulalia Mendoza

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



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

Cuadernos de salud reproductiva
Sinaloa

Primera edición: abril de 2001
ISBN: 970-628-519-9

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

Consejo Nacional de Población

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

DR. JORGE G. CASTAÑEDA
Secretario de Relaciones Exteriores

LIC. FRANCISCO GIL DÍAZ
Secretario de Hacienda y Crédito Público

LIC. JOSEFINA VÁZQUEZ MOTA
Secretaria de Desarrollo Social

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

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

DR. REYES S. TAMEZ GUERRA
Secretario de Educación Pública

DR. JULIO FRENK MORA
Secretario de Salud

LIC. CARLOS ABASCAL CARRANZA
Secretario del Trabajo y Previsión Social

LIC. MARÍA TERESA HERRERA TELLO
Secretaria de la Reforma Agraria

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

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

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

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General del Consejo Nacional de Población

Secretaría de Gobernación

LIC. SANTIAGO CREEL MIRANDA
Secretario de Gobernación

LIC. RAMÓN MARTÍN HUERTA
Subsecretario de Gobierno

MTRO. JUAN MOLINAR HORCASITAS
Subsecretario de Desarrollo Político

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

ING. JOSÉ LUIS DURÁN REVELES
Subsecretario de Comunicación Social

ING. GILBERTO DE JESÚS LOZANO GONZÁLEZ
Oficial Mayor

LIC. RAÚL R. MEDINA RODRÍGUEZ
Contralor Interno

Consejo Nacional de Población

DR. RODOLFO TUIRÁN
Secretario General

GABRIELA BREÑA SÁNCHEZ
Directora General de Programas de Población

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

DRA. CECILIA RODRÍGUEZ D.
Directora de Comunicación en Población

MTRO. VIRGILIO PARTIDA BUSH
Director de Investigación Demográfica

MTRA. CRISTINA AGUILAR IBARRA
Directora de Educación
en Población

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

MTRO. OCTAVIO MOJARRO DÁVILA
Director de Consejos Estatales de Población

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

LIC. DANIEL ÁVILA FERNÁNDEZ
Director de Administración

Índice

Presentación	9
Introducción	11
1 Fecundidad e inicio de la vida reproductiva	13
Edad a la primera unión	14
Tipo de primera unión	16
Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)	17
Intervalo protogenésico	18
2 Preferencias reproductivas	21
Número ideal de hijos e hijas	21
Deseo de más hijos o hijas	23
3 Práctica anticonceptiva	25
Conocimiento de métodos anticonceptivos	25
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos	28
Estructura de uso de métodos anticonceptivos	31
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos	33
Anticoncepción posparto	35
Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos	37
4 Salud materna	40
Nivel de la mortalidad materna	40
Causas de mortalidad materna	42
Aborto	43
5 Atención a la mujer embarazada	44
Atención prenatal	44
Cobertura institucional de la atención prenatal	46

Inicio de la atención prenatal	47
Intensidad y calidad de la atención prenatal	48
Atención del parto	49
Lugar de atención del parto	51
Tipo de parto	52
Atención durante el puerperio	53
6 Lactancia materna	54
Edad de la ablactación	56
7 Mortalidad infantil	58
8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA	61
VIH/SIDA	62
9 Cáncer cérvico uterino y de la mama	67
Cáncer cérvico uterino	67
Cáncer de la mama	69
Conclusiones	71
Anexo estadístico	73
Nomenclatura de las entidades federativas	79

Presentación

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

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

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

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

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

Dr. Rodolfo Tuirán
Secretario General

Introducción

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

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

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

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

¹ SSA, *Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar*, México, mayo 1994, p. 15.

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

Cabe destacar que México ha experimentado un acelerado proceso de urbanización a lo largo del presente siglo, que también se manifiesta en Sinaloa. En 1995, dos tercios de la población estatal residía en localidades de más de 2 500 habitantes; sin embargo, de las 6 550 localidades censadas en el estado, 91.7 por ciento contaba con menos de 500 habitantes y en ellas residía 14.9 por ciento de la población.² La gran cantidad de localidades pequeñas y de difícil acceso representa un reto para las acciones orientadas a satisfacer las demandas de salud y de otros servicios públicos.

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

El avance educativo del país ha sido notable en las décadas pasadas. En el estado de Sinaloa, en 1997, el promedio de escolaridad alcanzado por la población de 15 años y más ascendió a 7.7 años de educación formal, en tanto que para el país esta cifra fue de 7.4 años. Sinaloa se encuentra entre las doce entidades del país con los más altos niveles de escolaridad. En 1997, sólo 7.5 por ciento de la población no había asistido a la escuela, 22.5 no había concluido la primaria, 17.5 terminó la instrucción primaria, 19.3 contaba con algún grado de secundaria o su equivalente y 33.2 por ciento tenía estudios posteriores a secundaria. Cabe hacer notar que no se aprecian diferencias acentuadas entre hombres y mujeres en los niveles de escolaridad alcanzados: el número promedio de años de escolaridad fue de 7.8 para los hombres y de 7.7 para las mujeres. La proporción que representan las personas sin instrucción es ligeramente mayor entre los hombres que entre las mujeres: 7.9 y 7.1 por ciento, respectivamente.³

Se prevé que el desarrollo económico y social alcanzado por Sinaloa tendrá implicaciones positivas para la salud reproductiva. Cabe destacar que esta entidad es una de las siete del país cuyo índice de marginación es *medio*. La marginación *baja* y *muy baja* es una realidad que caracteriza a nueve de los 18 municipios de la entidad, en los cuales residen casi ocho de cada diez habitantes del estado (78.5%). En siete municipios, el grado de marginación es *media* y en ellos residen casi dos de cada diez habitantes (19.1%); mientras que en dos municipios, donde habita 2.4 por ciento de la población, el grado de marginación es *alta*.⁴

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

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

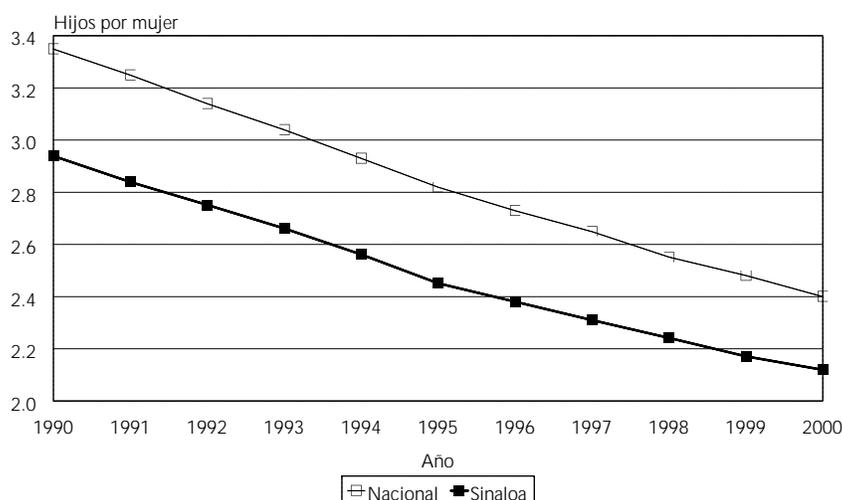
⁴ CONAPO/Progres, *Índices de marginación, 1995*, México.

1 Fecundidad e inicio de la vida reproductiva

La fecundidad ha sido el principal determinante del cambio demográfico registrado en México durante las últimas décadas. La tasa global de fecundidad (TGF)⁵ descendió de casi siete hijos por mujer a principios de los años setenta a 3.4 en 1990, y en la última década del siglo xx continuó disminuyendo a un ritmo más lento: ascendió a 3.1 hijos por mujer en 1992, alcanzó un nivel de 2.7 hijos en promedio en 1997 y para el año 2000 se estima que se sitúa en alrededor de 2.4 hijos por mujer (véase gráfica 1).

En Sinaloa, las mujeres también redujeron de manera significativa el tamaño de la descendencia, aunque esta disminución no fue tan pronunciada como las que presentaron las entidades de alta fecundidad. La tasa global de fecundidad pasó de 2.94 hijos por mujer en 1990 a 2.75 en 1992, descendió a 2.31 hijos en promedio en 1997, y para el 2000 se estima en 2.12 hijos por mujer. Este nivel de la fecundidad, el quinto más bajo del país junto con los de Tamaulipas y Sonora, ubica a Sinaloa entre las dieciséis entidades que se encuentran por debajo del promedio nacional (véase gráfica 2).

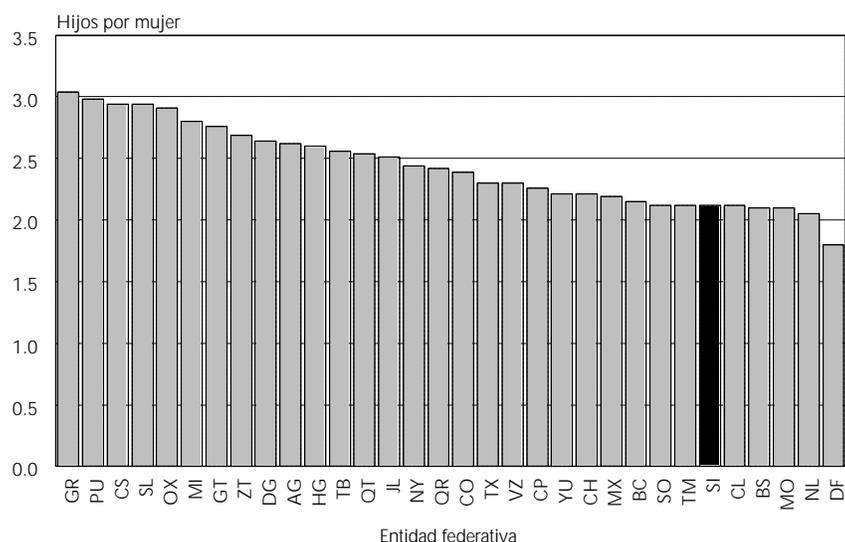
Gráfica 1.
Sinaloa: tasa global de fecundidad, 1990-2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

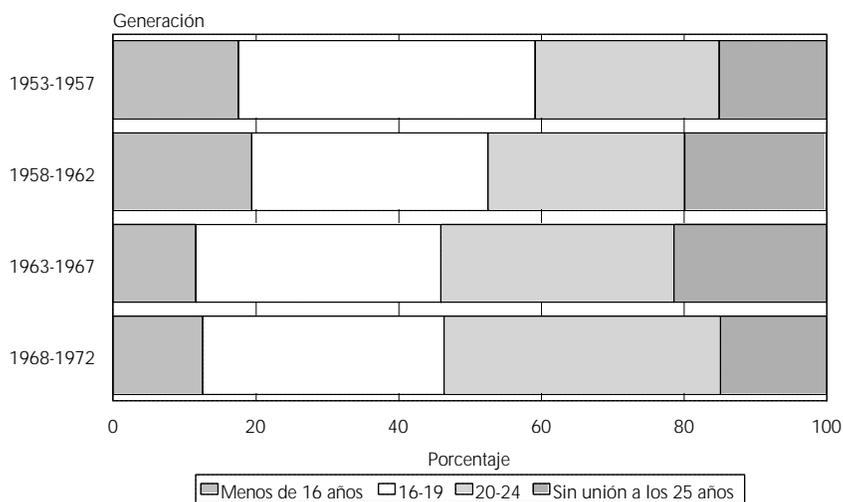
Edad a la primera unión

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

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

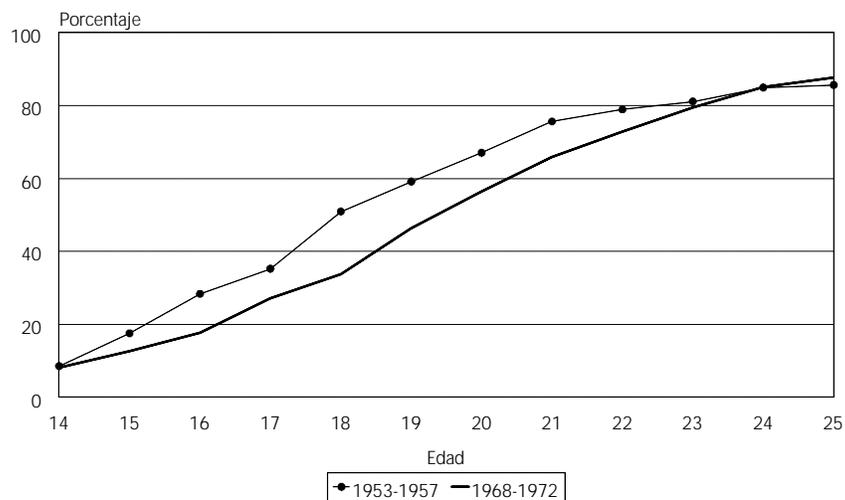
En el caso de Sinaloa, este indicador muestra que entre las generaciones 1953-1962 y 1963-1967 se da un recorrimiento de un año en la edad mediana al matrimonio (de 19.5 a 20.5 años), aunque en la generación más reciente (1968-1972) se registra una edad ligeramente más temprana (20.4 años). Esta tendencia a la postergación de la primera unión puede apreciarse en la disminución del porcentaje de mujeres que contrae nupcias a edades tempranas entre las generaciones más recientes: mientras que 59.1 por ciento de las mujeres nacidas entre 1953-1957 se unió antes de cumplir 20 años de edad, 46.4 por ciento de la generación 1968-1972 presentó esa característica. Asimismo, el porcentaje de mujeres que se unió antes de los 16 años de edad, disminuye de 17.5 a 12.6 por ciento, entre generaciones (véanse gráficas 3 y 4).

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



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

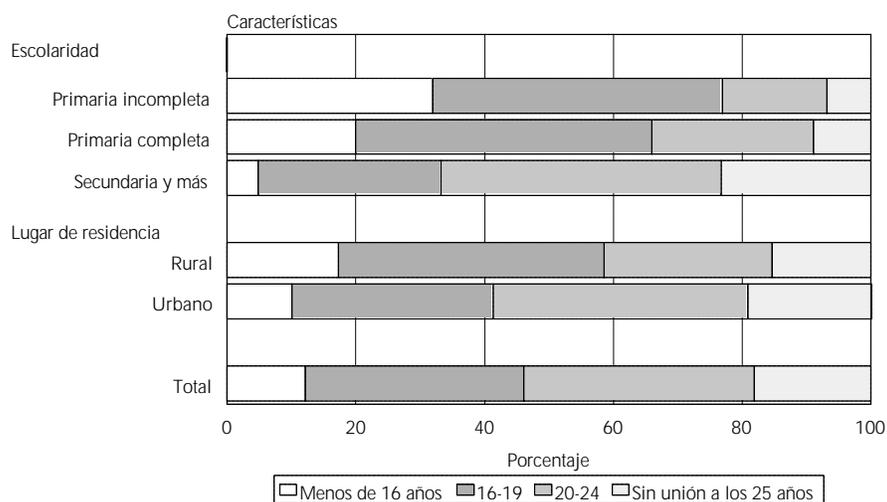
Gráfica 4.
Sinaloa: proporción acumulada
de mujeres nacidas entre 1953-1957 y entre 1968-1972
que se encontraban unidas en primeras nupcias a cada edad, 1997



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

El matrimonio a edades tempranas es más común en el medio rural que en el urbano: 58.6 por ciento de las mujeres de la generación 1963-1972, residentes en localidades rurales se unió antes de cumplir 20 años de edad; en contraste, en las localidades urbanas este valor descendió a 41.3 por ciento (véase gráfica 5). Cuando se analiza el patrón de nupcialidad de acuerdo al nivel educativo de la mujer, las diferencias se agudizan: una de cada tres mujeres con secundaria y más se unió antes de cumplir 20 años de edad; mientras que entre las mujeres con primaria incompleta este valor asciende a poco más de tres de cada cuatro mujeres (77%).

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

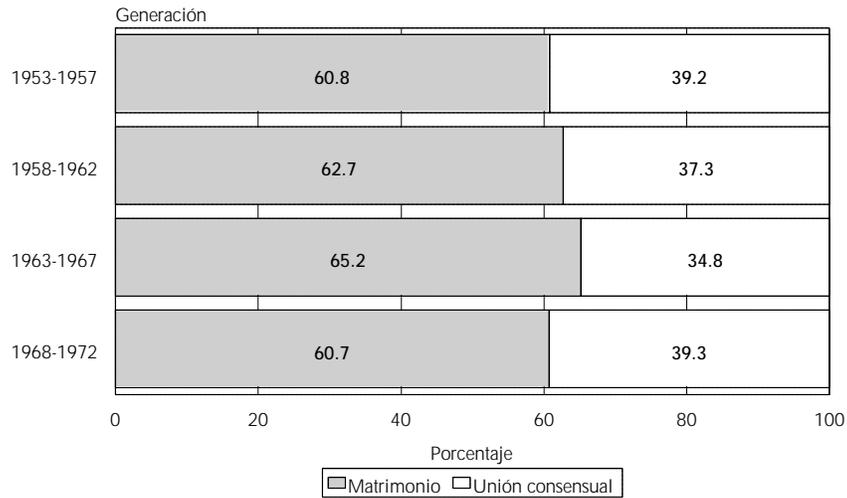


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Tipo de primera unión

Al comparar el tipo de unión de las mujeres que se unieron antes de cumplir 25 años de edad pertenecientes a distintas generaciones, se observa que en Sinaloa no se registran cambios significativos en la proporción de uniones consensuales entre las distintas generaciones (véase gráfica 6). Así, tanto para las mujeres de la generación 1953-1957 como para las de la cohorte 1968-1972, poco menos de cuatro de cada diez mujeres se unieron de manera consensual (39.2% y 39.3%, respectivamente). Sin embargo, estos porcentajes son superiores al observado en el país en su conjunto (36.3%).

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



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

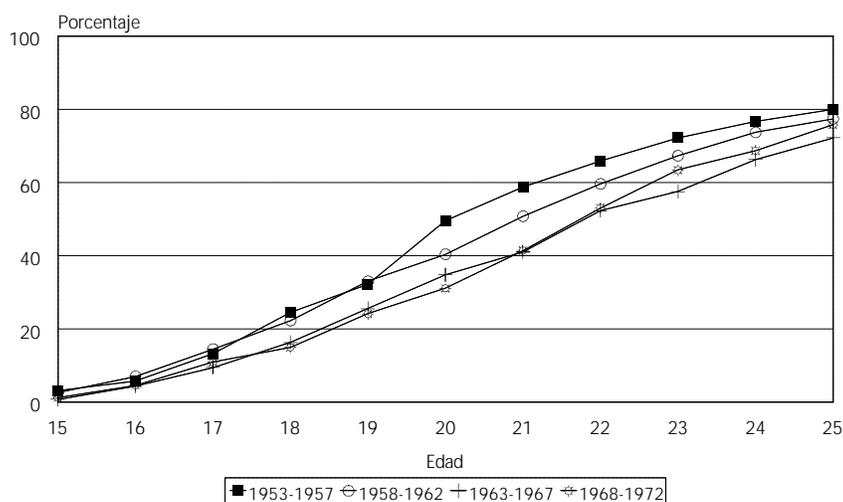
Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)

El nacimiento del primer hijo(a), al igual que la unión o matrimonio, constituye un acontecimiento que marca el tránsito a la edad adulta. En Sinaloa se han registrado cambios importantes en la edad a la que las mujeres inician la maternidad, como lo muestra la probabilidad acumulada de que ocurra este evento antes de los 25 años según generación de nacimiento de la mujer (véase gráfica 7).

La probabilidad de iniciar la maternidad antes de los 20 años comienza a reducirse entre las mujeres más jóvenes: una de cada dos de las mujeres nacidas entre 1953-1957 tuvo a su primer hijo(a) antes de los 20 años de edad, mientras que 31.1 por ciento de las mujeres nacidas entre 1968-1972 presentaron este comportamiento. A pesar de este retraso en el inicio de la maternidad, destaca que entre las mujeres más jóvenes poco más de una da cada siete (15%) inició la maternidad antes de cumplir la mayoría de edad.

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

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



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

Intervalo protogenésico

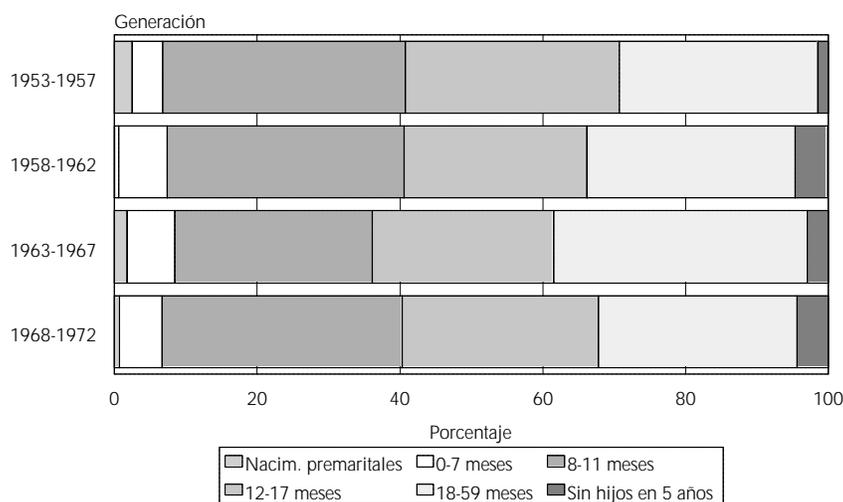
El tiempo que transcurre entre la primera unión y el nacimiento del primer hijo(a), denominado intervalo protogenésico, permite caracterizar una pauta del patrón reproductivo que tiene profundas implicaciones demográficas y sociales.

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

En Sinaloa, a diferencia de lo que ocurre a escala nacional, los embarazos premaritales son poco frecuentes. Se entiende como mujeres con embarazo premarital a todas aquellas que tuvieron su primer nacimiento cuando se encontraban solteras o dentro de los primeros siete meses de la unión o matrimonio. Alrededor de siete por ciento de las mujeres de las distintas generaciones iniciaron la maternidad con un embarazo premarital. Sin embargo, una vez que ocurre la unión o matrimonio el nacimiento del primer hijo(a) se presenta muy rápidamente. Antes del primer aniversario de la pareja, alrededor de cuatro de cada diez mujeres de las distintas generaciones tuvieron a su primer hijo(a), y poco después del primer año esta cifra se eleva entre seis y siete de cada diez.

Gráfica 8.

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



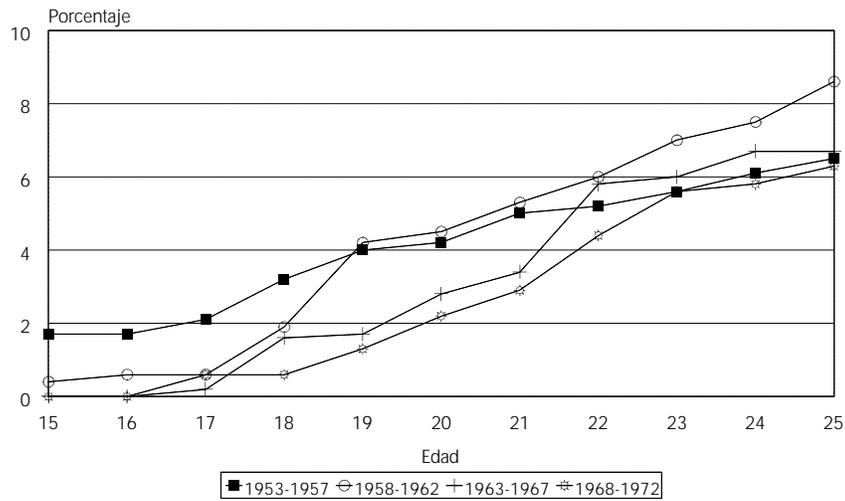
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Con el objeto de conocer con mayor precisión la incidencia del embarazo premarital, se calculó la probabilidad acumulada de que una mujer inicie el embarazo del primer hijo(a) estando soltera (véase gráfica 9). En Sinaloa, la proporción de mujeres que se embarazan de su primer hijo(a) bajo esa circunstancia se ha mantenido prácticamente constante, de tal manera que la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 25 años de edad fue de 6.5 por ciento entre las mujeres de la cohorte 1953-1957, mientras que para las mujeres de la generación más reciente (1968-1972) esta probabilidad fue de 6.3 por ciento.

En este estado, la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 20 años ha disminuido gradualmente, al pasar de 4.2 a 2.2 por ciento entre las generaciones extremas. Asimismo, el peso de los embarazos premaritales en la probabilidad de tener el primer hijo(a) en la adolescencia tiende a ser menor entre las mujeres más jóvenes: 7.1 por ciento de las mujeres de la generación 1953-1957 que tuvieron a su primer hijo(a) durante la adolescencia inició el embarazo estando soltera, en tanto que esta relación disminuyó a 5.3 por ciento para la generación 1968-1972.⁶

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

Gráfica 9.
Sinaloa: probabilidad acumulada de tener un embarazo premarital antes de cumplir edades específicas, por generación



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

2 Preferencias reproductivas

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

Número ideal de hijos e hijas

En 1997, el número ideal de hijos e hijas que en promedio declararon las mujeres unidas de Sinaloa fue de 3.5 hijos, mientras que para ese mismo año, a escala nacional, fue de 3.2 (véase cuadro 1). El número ideal de la descendencia declarado en Sinaloa es mayor a la paridad promedio de las mujeres en edad fértil unidas de la entidad (tres hijos), como al del nivel de la fecundidad registrado en 1997 tanto en la entidad como en el país en su conjunto (2.3 y 2.7 hijos, respectivamente).

Las mujeres de distintos grupos de edad registran diferencias importantes en el número ideal de hijos e hijas, de manera que a mayor edad mayor número de hijos(as) deseados. Las mujeres de 45 a 49 años de edad declararon un ideal promedio cercano a cinco hijos (as), mientras que las mujeres adolescentes (de 15 a 19 años), que se encuentran al inicio de su vida reproductiva, así como las mujeres de 20 a 24 años de edad, mostraron preferencias por familias de tres hijos(as). Cabe hacer notar que a partir de los 35 años, el promedio del número ideal de hijos e hijas es menor que la descendencia alcanzada.

La escolaridad alcanzada por las mujeres se asocia a diferentes ideales reproductivos, de tal forma que a medida que aumentan los años de educación formal disminuye el número ideal de hijos e hijas. Así, mientras que las mujeres sin escolaridad declararon un ideal de 5.4 hijos(as), las mujeres con secundaria o más externaron una preferencia por tres, esto es más de dos hijos(as) de diferencia entre los grupos extremos. Cabe hacer notar que las mujeres con primaria completa o menos declararon un ideal de hijos ligeramente mayor al de la paridad alcanzada, mientras que entre aquéllas con secundaria y más, predominan las que no han alcanzado el tamaño de familia deseado. Los tamaños ideales de familia son mayores en el medio rural que en el ámbito urbano (3.9 y 3.3, respectivamente) y, en ambos contextos, el número ideal de hijos e hijas es mayor a la descendencia alcanzada.

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

Características	Ideal	Paridad
Total	3.5	3.0
Grupo de edad		
15-19*	3.0	0.8
20-24	3.0	1.5
25-29	3.2	2.2
30-34	3.2	2.9
35-39	3.7	3.8
40-44	4.1	4.5
45-49	4.8	5.2
Escolaridad		
Sin escolaridad*	5.4	5.0
Primaria incompleta	4.3	4.4
Primaria completa	3.5	3.1
Secundaria y más	3.0	2.2
Lugar de residencia		
Rural	3.9	3.3
Urbano	3.3	2.8

* Menos de 100 casos en muestra.

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

Cerca de la mitad de las mujeres con tres y cuatro hijos(as), declararon un número ideal de hijos e hijas igual a su paridad. Por el contrario, 54.7 por ciento de las mujeres con cinco hijos(as) o más, declaró un ideal de familia menor a la descendencia alcanzada. Cabe señalar que poco más de dos de cada tres mujeres con dos hijos(as) (67.4%) desean una descendencia más numerosa, al igual que 35.1 por ciento de las mujeres con tres hijos(as) (véase cuadro 2).

El tamaño ideal de familia citado con mayor frecuencia es de tres (36.7%), mientras que sólo 2.4 por ciento de las mujeres declararon que su ideal era un hijo(a) y siete de cada mil mujeres (0.7%) no deseaban tener descendencia.

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

Paridad	Número ideal de hijos/as					
	0	1	2	3	4	5 y más
Total	0.7	2.4	21.6	36.7	25.0	13.6
0	0.0	3.8	41.3	34.7	17.8	2.4
1	0.0	6.6	31.2	49.5	10.1	2.6
2	0.5	1.7	30.4	40.3	22.0	5.1
3	1.8	2.0	11.6	49.6	28.9	6.2
4	0.2	0.2	16.3	16.0	49.1	18.2
5 y más	1.0	1.1	10.2	18.9	23.5	45.4

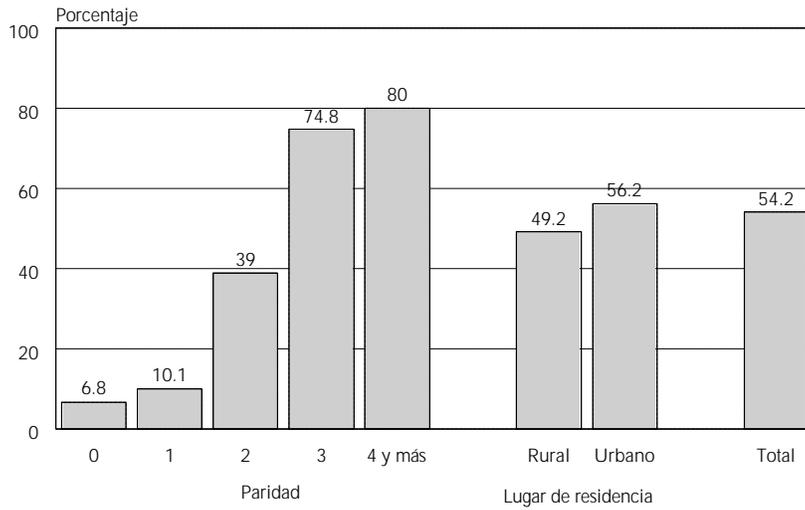
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Deseo de más hijos o hijas

En Sinaloa la mayoría de las mujeres unidas en edad fértil (54.2%) se encuentra con paridad satisfecha, debido a que expresa su deseo de ya no tener más hijos(as) (véase gráfica 10). Esta situación es mayor entre las mujeres que residen en el ámbito urbano (56.2%) con respecto a las que habitan en localidades rurales (49.2%).

Son las mujeres con menos de tres hijos(as) las que en su mayoría desean ampliar el tamaño de su descendencia, mientras que entre las que ya han tenido tres hijos(as), una de cada cuatro expresa este deseo. Entre las mujeres con cuatro hijos(as) o más, ocho de cada diez no desean incrementar su paridad.

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



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

3 Práctica anticonceptiva

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

Conocimiento de métodos anticonceptivos

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

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

El estado de Sinaloa registró el mayor porcentaje de mujeres en edad fértil que declaró conocer al menos un método anticonceptivo en 1997 (99.6%) (véase cuadro 3). La difusión de la planificación familiar se ha generalizado de tal forma que sólo se registran ligeras diferencias entre grupos socioeconómicos y demográficos.

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

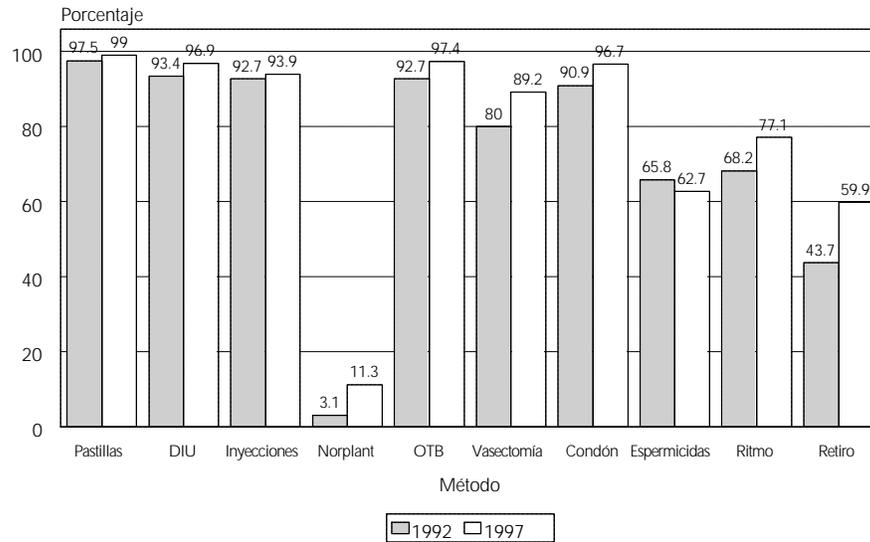
Características	1992	1997
Total	98.5	99.6
Grupo de edad		
15-19	96.0	98.8
20-24	99.4	99.6
25-29	99.5	100.0
30-34	99.7	99.8
35-39	98.6	99.7
40-44	99.6	100.0
45-49	98.3	100.0
Paridad		
0	96.8	99.5
1	99.3	99.7
2	99.7	99.3
3	100.0	99.8
4 y más	99.2	99.8
Escolaridad		
Sin escolaridad*	96.1	91.2
Primaria incompleta	97.6	99.3
Primaria completa	98.3	99.8
Secundaria y más	99.1	100.0
Lugar de residencia		
Rural	97.7	98.6
Urbano	98.9	100.0

* Menos de 100 casos en muestra.

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

La pastilla ha sido, desde el inicio de la difusión de la planificación familiar en México, el método anticonceptivo más conocido y en Sinaloa continúa siendo el más popular: 99 por ciento de las mujeres conocía o había oído hablar de ellas en 1997, siguiendo en orden de importancia la oclusión tubaria bilateral (OTB) o esterilización femenina (97.4%), el dispositivo intrauterino (DIU) (96.9%), el condón (96.7%), la inyección (93.9%) y la vasectomía (89.2%) (véase gráfica 11). Dado el alto nivel de conocimiento que se observa en la entidad, no se observaron cambios importantes en el conocimiento de los distintos métodos, con excepción de la vasectomía, el Norplant y el condón, que registraron entre 1992 y 1997 incrementos de 9.2, 8.2 y 5.8 puntos porcentuales, respectivamente. Asimismo, el retiro registró un incremento de 16.2 puntos porcentuales (véase cuadro 4). En el medio rural de la entidad, los métodos naturales y la vasectomía fueron los que presentaron los mayores incrementos, mientras que en el ámbito urbano fue el retiro.

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



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

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

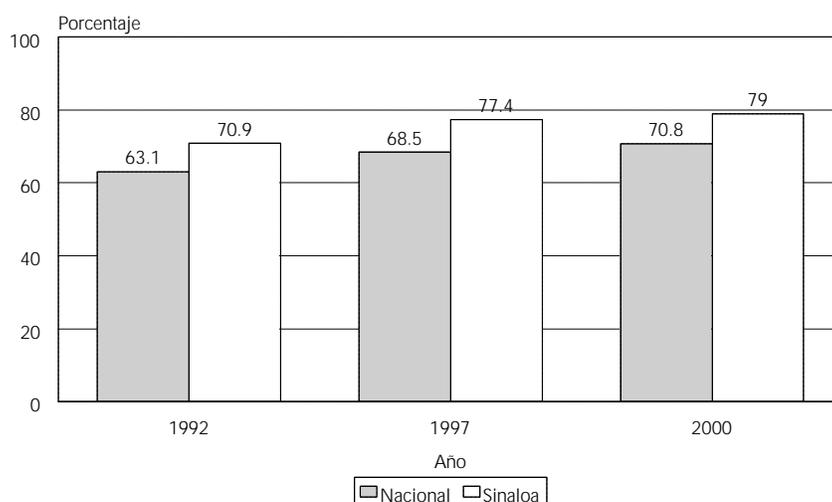
Método	1992			1997		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	97.5	96.4	98.1	99.0	97.5	99.6
DIU	93.4	90.7	94.8	96.9	94.4	97.9
Inyecciones	92.7	88.4	95.0	93.9	90.4	95.2
Norplant	3.1	1.7	3.9	11.3	7.8	12.6
OTB	92.7	90.4	93.9	97.4	94.5	98.4
Vasectomía	80.0	71.5	84.4	89.2	81.6	92.1
Condomes	90.9	84.5	94.2	96.7	94.0	97.7
Espermicidas	65.8	54.6	71.5	62.7	51.4	67.0
Ritmo	68.2	53.4	75.8	77.1	67.2	80.8
Retiro	43.7	30.0	50.7	59.9	45.9	65.1

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

Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos

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

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

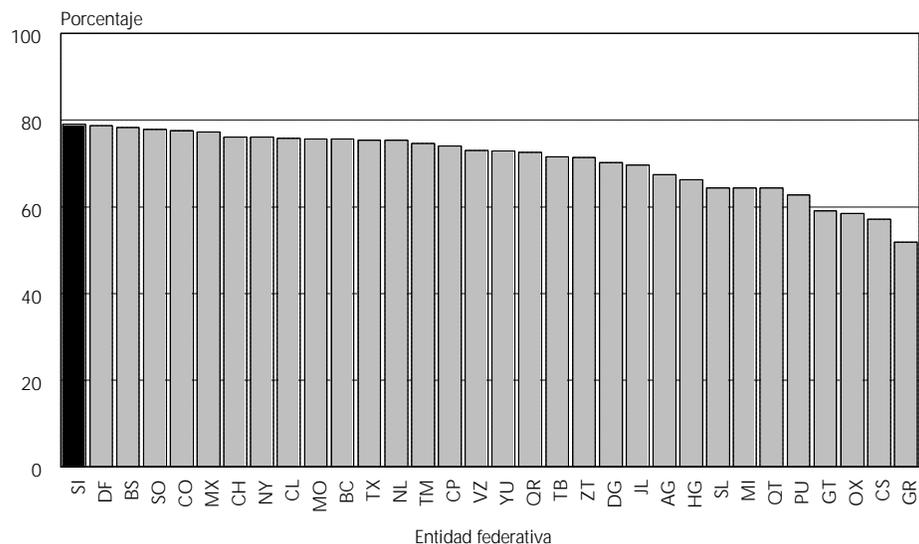


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

Sinaloa es la entidad federativa del país que se encuentra más avanzada en el proceso de adopción de la planificación familiar (véase gráfica 13). El porcentaje de mujeres casadas o unidas que en 1992 hacía uso de alguna forma de regulación de la fecundidad fue de 70.9 por ciento, cifra que ascendió a 77.4 en 1997, y se estima que en el 2000 fue de 79 por ciento, presentando una prevalencia mayor en 8.2 puntos porcentuales a la del país en su conjunto.

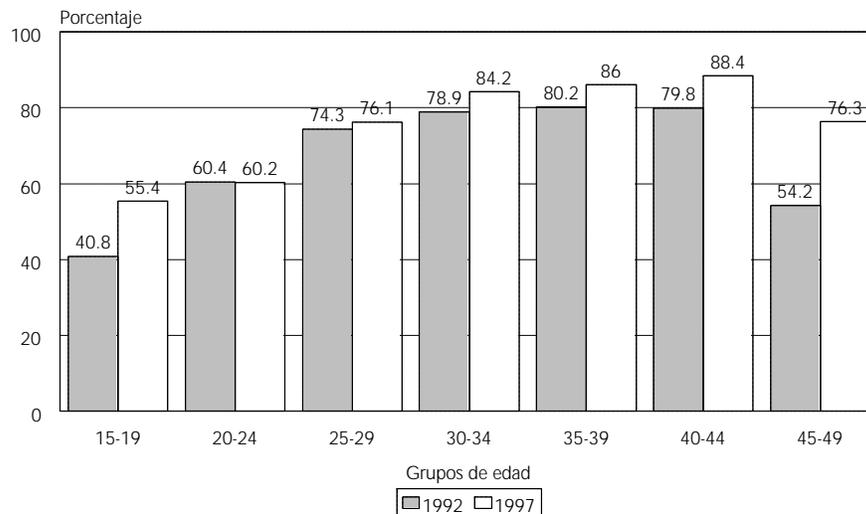
Estos resultados sugieren avances considerables en el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres de Sinaloa en el quinquenio 1992-1997, que se evidencian al desagregarlos según algunas variables sociodemográficas (véase cuadro 5). La prevalencia anticonceptiva se incrementó en casi todos los grupos de edad, destacando las mujeres que están al inicio y final de su vida reproductiva, las cuales registraron incrementos de 14.6 y 22.1 puntos porcentuales, respectivamente. En 1997, los mayores niveles de uso se presentaron entre las mujeres de 30 a 44 años; en esas edades más de ocho de cada diez mujeres utilizaba algún método para regular su fecundidad (véase gráfica 14). Respecto a la paridad, destaca el bajo nivel de uso que registran las mujeres con paridad cero, ya que en 1997 sólo una de cada siete utilizaba algún método anticonceptivo.

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



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

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

Características	1992	1997
Total	70.9	77.4
Grupo de edad		
15-19*	40.8	55.4
20-24	60.4	60.2
25-29	74.3	76.1
30-34	78.9	84.2
35-39	80.2	86.0
40-44	79.8	88.4
45-49	54.2	76.3
Paridad		
0*	14.4	14.1
1	59.7	60.8
2	71.3	79.1
3	80.6	89.5
4 y más	80.6	88.4
Escolaridad		
Sin escolaridad*	65.6	55.6
Primaria incompleta	77.7	78.2
Primaria completa	67.2	77.0
Secundaria y más	69.7	78.8
Lugar de residencia		
Rural	70.4	73.0
Urbano	71.2	79.2

* Menos de 100 casos en muestra.

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

El rezago social condiciona la práctica anticonceptiva. En 1997, los menores niveles de uso se observaron entre las mujeres sin escolaridad, las que mostraron un retroceso de diez puntos porcentuales con respecto a 1992. El uso de métodos anticonceptivos en el medio urbano registró un aumento mayor que en el medio rural, por lo que la brecha entre las mujeres rurales y urbanas registró un aumento (véase cuadro 5).

Los niveles de uso de las mujeres más favorecidas por el desarrollo social, como son las mujeres con secundaria o más y las mujeres que residen en localidades urbanas, cuyos porcentajes de utilización son de casi ocho de cada diez mujeres, presentan niveles de utilización mayores a los que registraron sus homólogas a escala nacional.

Estructura de uso de métodos anticonceptivos

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

La estructura de uso de métodos que se observó en Sinaloa en 1997 es muy similar a la nacional, ya que la OTB y el DIU aparecieron como los métodos más usados por las mujeres en edad fértil (51.8% y 20.6%, respectivamente); la pastilla fue la tercera opción más utilizada (17%), mientras que los métodos naturales son utilizados por una de cada veinte mujeres (5%). Es importante señalar que entre 1992 y 1997, el uso de la pastilla tuvo una disminución cercana a diez puntos porcentuales, mientras que el uso del DIU se incrementó en 8.8 puntos (véase cuadro 6).

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

Método	1992			1997		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	26.6	34.0	22.6	17.0	19.2	16.2
DIU	11.8	9.7	13.0	20.6	23.8	19.4
Inyecciones	2.9	1.8	3.5	2.3	2.4	2.2
Locales	0.4	0.3	0.4	0.0	0.0	0.0
Condomes	3.3	3.9	3.0	2.3	1.7	2.5
OTB	50.1	47.5	51.4	51.8	50.5	52.2
Vasectomía	0.6	0.2	0.8	1.0	0.0	1.3
Naturales	4.3	2.6	5.2	5.0	2.3	6.1
Norplant	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

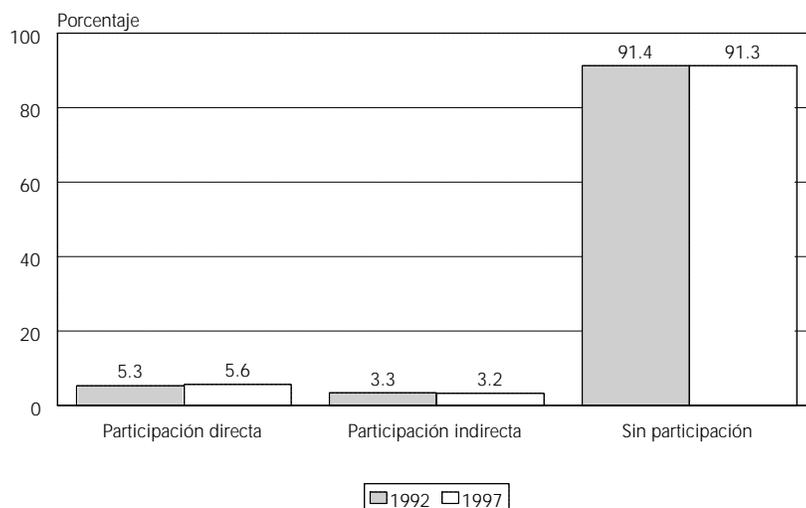
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

Tanto en el área rural como en las ciudades predominó el uso de métodos modernos y, en 1997, el porcentaje que los usaba era similar (97.7% y 93.9%, respectivamente). Al interior de las localidades rurales los cambios más importantes en la mezcla de métodos fueron: un aumento de 14.1 puntos en la participación del DIU y una reducción en la participación de la pastilla (de 34% a 19.2%). En las localidades urbanas destaca el aumento del DIU y la disminución de la pastilla (6.4 puntos porcentuales en cada caso).

Los métodos anticonceptivos modernos que están disponibles en México son, en su mayoría, para uso de la mujer. Los únicos métodos para el varón son la vasectomía y el condón, mismos que fueron declarados por uno y 2.3 por ciento de las usuarias de anticonceptivos en Sinaloa en 1997. Sin embargo, existen otros medios de regulación de la fecundidad en los cuales los hombres participan en su utilización de manera directa e indirecta, que sumados representan 8.8 por ciento de las usuarias (véase gráfica 15). Se consideran métodos de uso directo, el condón, la vasectomía y el retiro; y de uso indirecto, los métodos locales y el ritmo. En el primer grupo se encuentra 5.6 por ciento de las usuarias y en el segundo 3.2 por ciento. El peso relativo de los métodos que exigen la participación directa e indirecta del varón se mantuvo sin cambios entre 1992 y 1997.

Gráfica 15.

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



Nota: Participación directa= Condón, vasectomía y retiro.

Participación indirecta= Locales y ritmo.

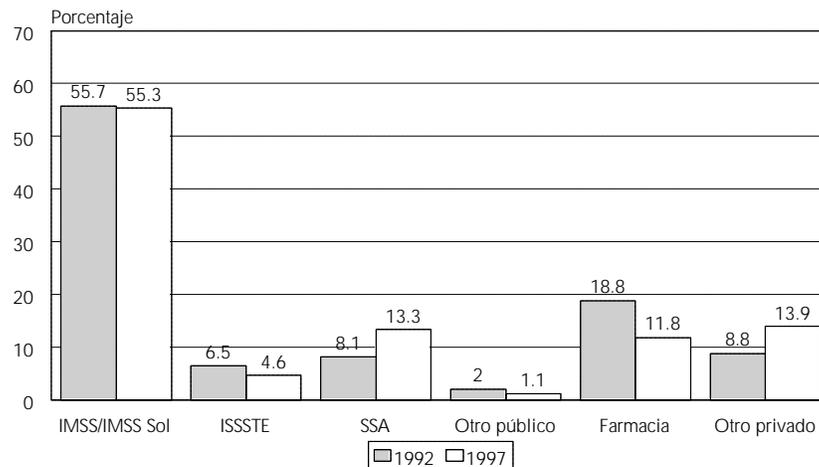
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos

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

Durante los años noventa, las instituciones públicas de salud en Sinaloa mantuvieron relativamente constante su participación como fuentes de obtención de métodos anticonceptivos, el peso de las farmacias tuvo, entre 1992 y 1997, una reducción de 18.8 a 11.8 por ciento, lo que las constituyó en la cuarta fuente de obtención de métodos en la entidad. Entre las instituciones del sector salud destacó la participación del IMSS, el cual concentró, en 1997, a 53.3 por ciento de mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos (véase gráfica 16). Los hospitales y consultorios privados se ubicaron como la segunda fuente de obtención, al atender a 13.9 por ciento de las usuarias de métodos anticonceptivos en la entidad; por su parte, la SSA agrupó a 13.3 por ciento de las usuarias.

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



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

Durante el periodo de referencia, el IMSS fue la principal fuente de obtención de anticonceptivos tanto en el ámbito rural como en el urbano. Por su parte, la SSA aumentó su participación en ambos contextos en el periodo de referencia, aunque de manera más acentuada en las localidades rurales. El peso de las farmacias, por el contrario, disminuyó sensiblemente su peso como fuente de obtención de métodos, particularmente en las áreas rurales, al pasar de 16.3 a 5.6 por ciento entre 1992 y 1997 (véase cuadro 7).

La fuente de obtención de los métodos que requieren de la intervención de personal de salud para su utilización, como son los quirúrgicos (OTB y vasectomía) y el dispositivo intrauterino, es principalmente el sector público. Este es el caso de 81.2 por ciento de las usuarias de la OTB y de casi nueve de cada diez usuarias del DIU (véase cuadro 8). Por su parte, más de la mitad de las mujeres en edad fértil usuarias de pastillas (53.7%) obtienen el método en el sector privado.

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

Fuente de obtención del método anticonceptivo	1992			1997		
	Total	Rural	Urbano	Total	Rural	Urbano
IMSS/IMSS Sol	55.7	60.5	53.1	55.3	61.7	52.8
ISSSTE	6.5	0.5	9.8	4.6	2.8	5.3
SSA	8.1	11.0	6.5	13.3	23.8	9.2
Otro público	2.0	2.6	1.7	1.1	0.0	1.5
Farmacia	18.8	16.3	20.2	11.8	5.6	14.3
Otro	8.8	9.1	8.6	13.9	6.0	17.0

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

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

Método empleado	1997	
	Sector público	Sector privado
Total	74.2	25.8
Pastillas	46.3	53.7
DIU	88.9	11.1
Inyecciones	-	-
Condones	-	-
OTB	81.2	18.8

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Anticoncepción posparto

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

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

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

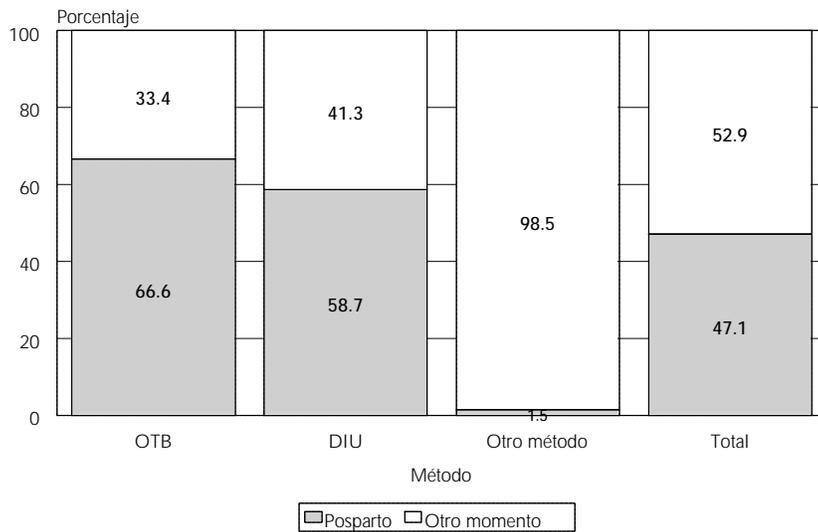
La importancia de estos programas en Sinaloa se manifiesta en el hecho de que 47.1 por ciento de las mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos en 1997 inició el uso del método en el periodo posparto de su último hijo nacido vivo (véase gráfica 17). Asimismo, dos de cada tres usuarias de la OTB y 58.7 por ciento de las usuarias del DIU comenzaron el uso del método en ese mismo periodo.

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

En Sinaloa, 87 por ciento de las mujeres que acudieron a alguna institución pública de salud para la atención del embarazo de su último o penúltimo hijo(a) nacido vivo durante el periodo 1994-1997, declaró haber recibido información sobre planificación familiar durante las revisiones del embarazo, y 65.4 por ciento reportó que les ofrecieron algún método para cuando su embarazo terminara (véase gráfica 18).

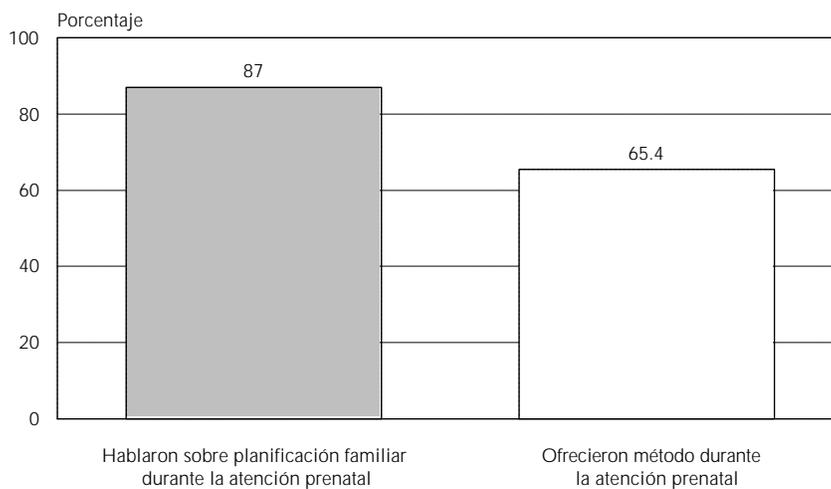
⁷ Se consideró que una mujer adoptó un método en el periodo posparto cuando inició el uso de un método moderno en el mes y año en el que ocurrió el nacimiento de su último hijo nacido vivo.

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



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

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



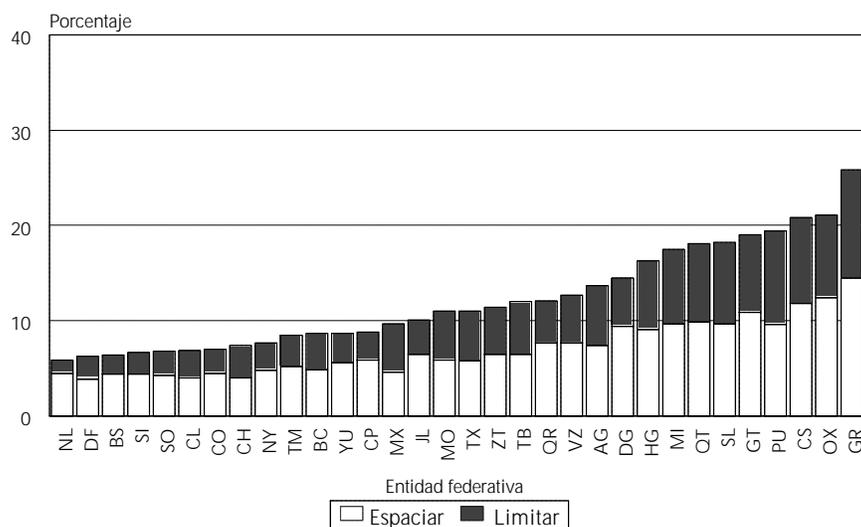
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos

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

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en Sinaloa, para el año de 1997, fue del orden de 6.7 por ciento, lo que la ubicó como la cuarta entidad mejor situada en este renglón (véase gráfica 19).

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



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

El comportamiento de la demanda insatisfecha según diversas características sociodemográficas de las mujeres, como se muestra en el cuadro 9, indica que: *a)* a mayor edad menor demanda insatisfecha de anticonceptivos; mientras que este valor es particularmente elevado, y superior a la media estatal, en los dos grupos de edad menores de 25 años; *b)* en el medio rural el porcentaje de demanda insatisfecha es mayor del que se registra en el medio urbano en cerca de tres puntos porcentuales (véase gráfica 20); *c)* a menor escolaridad mayor demanda insatisfecha; y, *d)* las mujeres con menos de dos hijos(as) presentan los mayores niveles de demanda insatisfecha en relación con las mujeres de cualquier otra paridad.

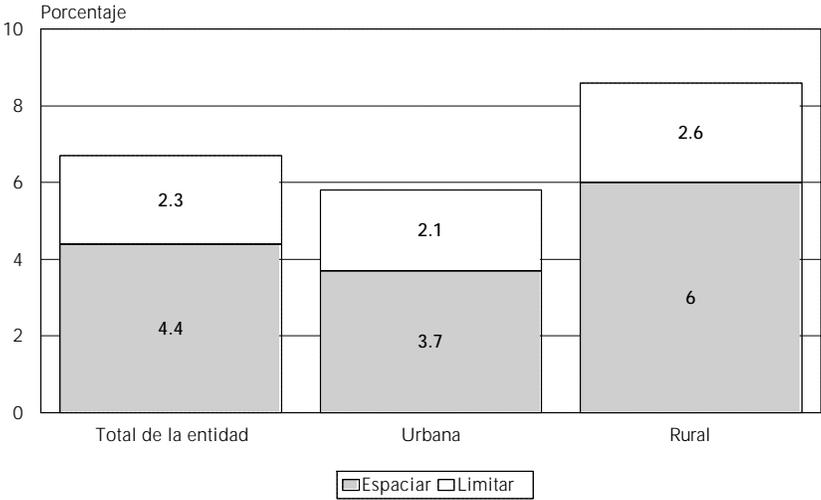
Cuadro 9.
Sinaloa: distribución porcentual de las mujeres en edad fértil unidas de acuerdo
a la demanda de servicios de planificación familiar, según características seleccionadas, 1997

	Uso de anticonceptivos			Demanda no satisfecha			Sin		Falla del
	Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar	demanda	Infecundas	método
Total	77.4	32.8	44.6	6.7	4.4	2.3	10.2	4.7	1.0
Edad quinquenal									
15-19*	55.4	55.4	0.0	14.7	14.7	0.0	29.2	0.0	0.6
20-24	60.2	53.1	7.0	16.3	13.0	3.3	19.9	0.1	3.6
25-29	76.1	45.3	30.9	6.5	5.2	1.3	15.0	1.7	0.7
30-34	84.2	39.7	44.5	4.0	1.6	2.4	8.6	2.0	1.1
35-39	86.0	12.5	73.4	3.0	0.6	2.4	3.5	7.2	0.3
40-44	88.4	12.6	75.8	3.5	0.0	3.5	0.5	7.6	0.0
45-49	76.3	3.0	73.3	2.4	0.9	1.5	0.0	21.2	0.0
Paridad									
0*	14.1	14.1	0.0	12.0	10.8	1.1	64.1	9.8	0.0
1	60.8	58.9	1.8	12.1	10.8	1.3	17.9	7.5	1.7
2	79.1	53.5	25.6	6.0	4.6	1.4	10.2	2.5	2.2
3	89.5	26.1	63.4	3.6	1.4	2.2	3.2	3.0	0.6
4 y más	88.4	10.8	77.6	5.3	1.6	3.7	1.1	5.0	0.3
Escolaridad									
Sin escolaridad*	55.6	12.5	43.1	25.4	16.3	9.1	4.6	14.4	0.0
Primaria incompleta	78.2	18.7	59.5	7.5	5.0	2.5	7.5	6.3	0.6
Primaria completa	77.0	27.5	49.6	5.1	3.0	2.0	11.2	4.5	2.2
Secundaria y más	78.8	42.7	36.2	5.8	4.0	1.8	11.1	3.5	0.7
Lugar de residencia									
Urbano	79.2	32.4	46.9	5.8	3.7	2.1	9.9	4.1	0.9
Rural	73.0	33.7	39.3	8.6	6.0	2.6	10.9	6.2	1.4

* Menos de 100 casos en muestra.

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

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



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

4 Salud materna

Nivel de la mortalidad materna

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

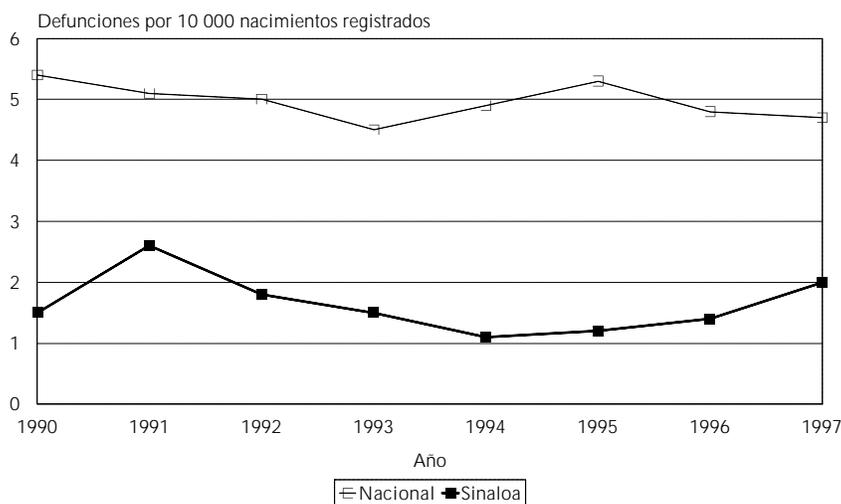
En el país, la mortalidad materna ha disminuido considerablemente en años recientes. La SSA estima que entre 1980 y 1997, la tasa de mortalidad materna se redujo de 9.5 a 4.7 defunciones por diez mil nacimientos registrados, lo que equivale a poco más de mil muertes por año.

En Sinaloa, la tasa de mortalidad materna presentó un comportamiento errático entre 1990 y 1997, situándose en este último año en dos defunciones por diez mil nacimientos registrados, lo que ubicó a Sinaloa como la segunda entidad con la menor tasa en este renglón (véase gráfica 21).

En el periodo 1989-1991, se registraron en Sinaloa 49 defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, las cuales descendieron a 36 en el periodo 1995-1997.⁸ Las muertes maternas se concentran en los grupos de edad que más aportan a la fecundidad (véase gráfica 22). Seis de cada diez mujeres (61.1%) que murieron entre 1995 y 1997 por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio tenían entre 20 y 34 años de edad, alrededor de dos de cada diez (19.4%) fueron adolescentes, mientras que 13.9 y 5.6 por ciento de las defunciones maternas ocurrieron entre las mujeres de 35 a 39 y 40 años y más, respectivamente.

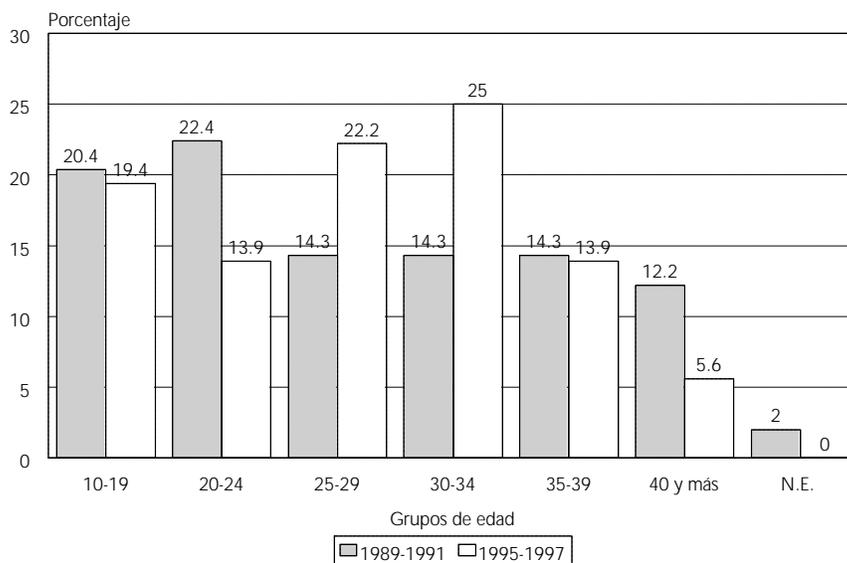
⁸ INEGI. Bases de defunciones generales 1989-1997.

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



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

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



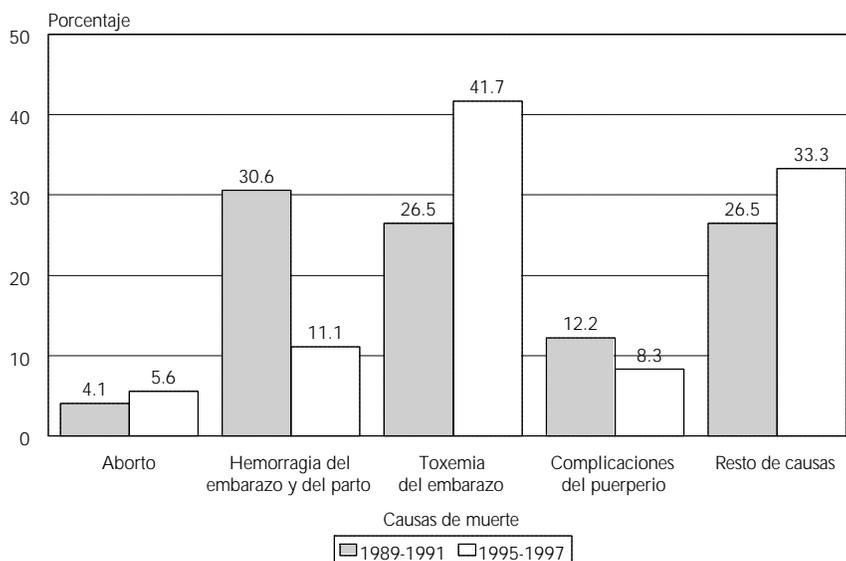
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

Causas de mortalidad materna

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

En Sinaloa, la toxemia del embarazo fue la principal causa de muerte materna, y su importancia relativa aumentó en los años noventa, al pasar de 26.5 por ciento de las defunciones en el periodo 1989-1991 a 41.7 en el de 1995-1997 (véase gráfica 23). Las hemorragias del embarazo y del parto fueron la segunda causa más importante en el último periodo de referencia, y su peso relativo disminuyó significativamente con respecto al periodo 1989-1991, al pasar de 30.6 a 11.1 por ciento. La tercera causa de muerte materna son las complicaciones del puerperio, que también disminuyeron su participación relativa durante la década de los noventa, al pasar de una de 12.2 a 8.3 por ciento de las defunciones en los periodos de referencia. El aborto fue la cuarta causa más importante de muerte materna, alrededor de cinco por ciento en ambos periodos.

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



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

Aborto

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

En Sinaloa, los datos de las encuestas sociodemográficas indican que la experiencia del aborto ha disminuido en los últimos años. En 1992, 22.8 por ciento de las mujeres alguna vez embarazadas había experimentado un aborto, cifra que en 1997 descendió a 19.6 por ciento.

5 Atención a la mujer embarazada

Atención prenatal

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

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

En Sinaloa, 93.3 por ciento de las mujeres tuvo alguna revisión durante el embarazo de su último o penúltimo hijo nacido vivo durante el periodo 1994-1997: nueve de cada diez recibieron la atención con un médico y sólo una de cada 15 no recibió atención prenatal (véase cuadro 10).

⁹ La atención prenatal comprende cualquier revisión del desarrollo y evolución del embarazo, realizada por personal capacitado (médicos, enfermeras, auxiliares, promotores de salud y parteras).

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

	Tipo de agente que brinda la atención prenatal			
	Médico	Enfermera/auxiliar/ promotora de salud	Partera o comadrona	Sin revisión
Total	90.6	1.2	1.5	6.6
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	85.9	1.1	3.8	9.2
20-34	91.8	1.1	1.2	5.9
35-49*	89.8	2.6	0.0	7.6
Orden de nacimiento				
1	94.1	0.9	1.8	3.2
2	93.0	1.6	1.7	3.7
3	93.3	1.3	0.0	5.4
4 o más	80.8	0.9	2.7	15.6
Escolaridad				
Sin escolaridad	-	-	-	-
Primaria incompleta	77.7	0.8	2.8	18.6
Primaria completa	91.8	1.9	2.8	3.5
Secundaria y más	95.6	1.0	0.8	2.6
Lugar de residencia				
Urbano	92.9	0.8	0.7	5.6
Rural	85.7	2.0	3.3	8.9

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

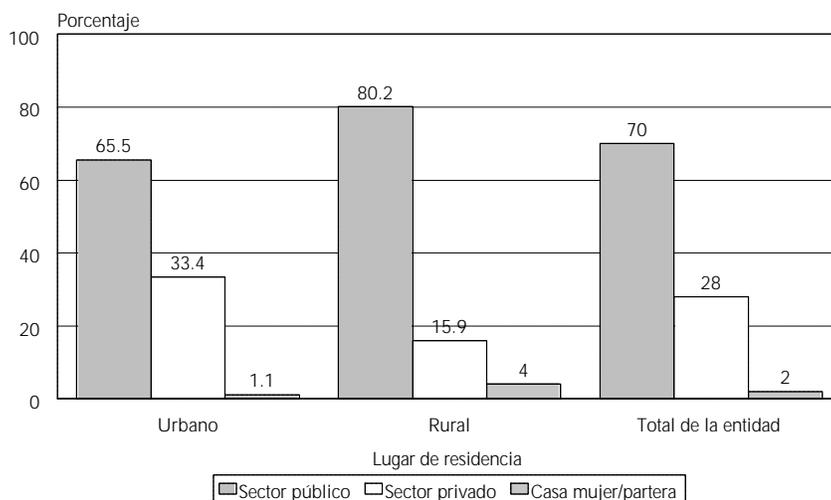
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

A pesar del elevado porcentaje de mujeres que acudieron con un médico para la atención prenatal, la cifra varía dependiendo de la edad de la madre y del orden de nacimiento. Los porcentajes más bajos de mujeres que recibieron atención prenatal con un médico se registran entre las madres adolescentes y entre las mujeres con cuatro hijos(as) o más (85.9% y 80.8%, respectivamente). Las mujeres que residían en localidades rurales también presentan un porcentaje más bajo de revisión prenatal con un médico, en comparación con las que vivían en áreas urbanas (85.7% y 92.9%, en cada caso). Sin embargo, la diferencia más pronunciada se presenta entre los grupos de escolaridad extremos, de tal forma que mientras 95.6 por ciento de las mujeres con secundaria y más acudió con un médico para la revisión de su embarazo, 77.7 por ciento de aquéllas con primaria incompleta tuvieron esa oportunidad.

Cobertura institucional de la atención prenatal

Las instituciones de salud del sector público cubrieron la mayor parte de la demanda de servicios de atención prenatal (véase gráfica 24). El sector público atendió a siete de cada diez mujeres embarazadas que solicitaron atención; el sector privado atendió a poco menos de tres de cada diez; y apenas dos por ciento se atendió en casa. El sector privado tuvo una participación mayor en la zona urbana que en la rural (33.4% y 15.9%, respectivamente); mientras que la atención por parte de la partera fue mayor en la zona rural (4% frente a 1.1% en la zona urbana).

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



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

Inicio de la atención prenatal

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

En Sinaloa, el porcentaje de mujeres que inició con oportunidad la revisión prenatal, del total que tuvo este tipo de atención, ascendió a 81.6 por ciento; 15.6 por ciento inició en el segundo trimestre; y sólo 2.8 por ciento en el tercero (véase cuadro 11). El nivel de escolaridad de la mujer se asocia directamente con el inicio oportuno: mientras que sólo siete de cada diez mujeres con primaria incompleta iniciaron la revisión del embarazo en el primer trimestre, la proporción ascendió a 83.9 por ciento entre aquéllas con secundaria y más. El inicio oportuno también fue mayor entre las residentes de las zonas urbanas.

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

	Trimestre de inicio de la atención prenatal		
	1er.	2o.	3er.
Total	81.6	15.6	2.8
Edad de la madre al nacimiento del hijo			
12-19	78.1	17.7	4.2
20-34	83.5	13.7	2.8
35-49	-	-	-
Escolaridad			
Sin escolaridad	-	-	-
Primaria incompleta	70.4	22.9	6.7
Primaria completa	84.2	13.9	1.9
Secundaria y más	83.9	14.0	2.1
Lugar de residencia			
Urbano	82.8	15.0	2.3
Rural	79.0	16.9	4.1

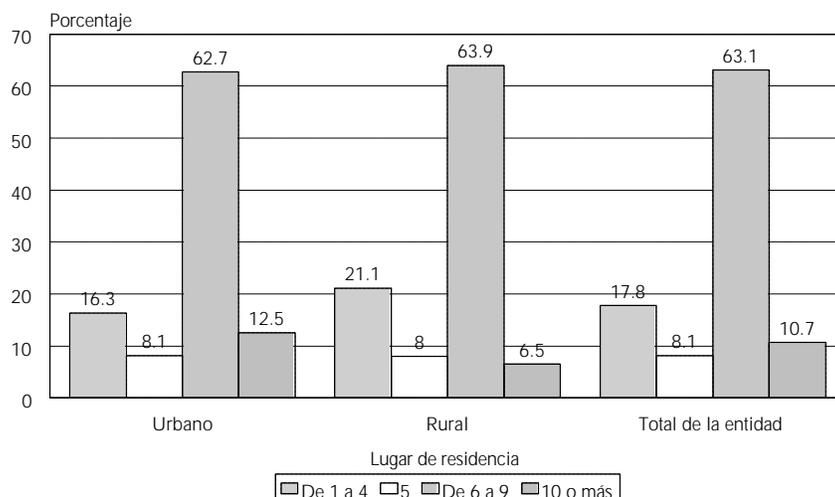
- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Intensidad y calidad de la atención prenatal

La Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido establece que la mujer debe recibir un mínimo de cinco consultas prenatales. En Sinaloa, las mujeres embarazadas recibieron, en promedio, 7.4 consultas de atención prenatal (7.7 en las zonas urbanas y 6.5 en las zonas rurales). Sin embargo, cabe destacar que 17.8 por ciento de estas mujeres recibió cuatro o menos consultas prenatales, elevándose esta proporción a 21.1 por ciento entre las residentes de localidades rurales (véase gráfica 25).

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



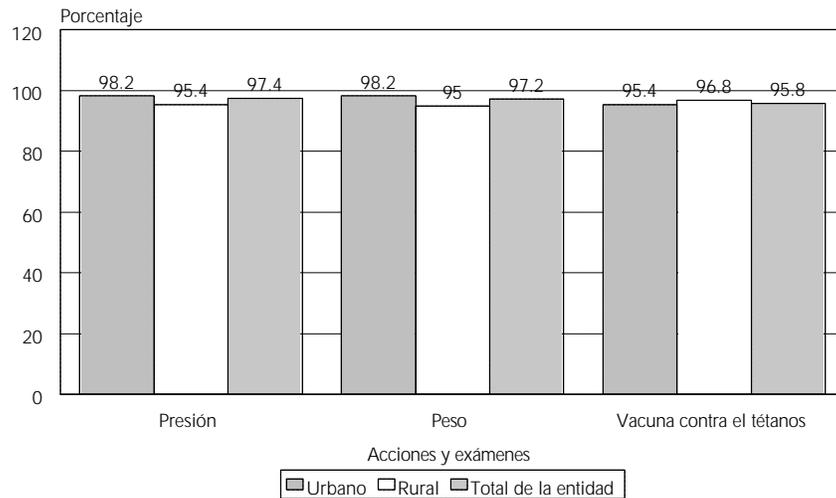
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

La calidad de los servicios de la atención prenatal está determinada, en buena medida, por el tipo de acciones y exámenes que se realizan durante la consulta. Entre ellas destacan el control del peso y la presión arterial de la mujer embarazada y la aplicación de la vacuna contra el tétanos. Al respecto, conviene destacar que a 97.4 por ciento de las mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal por algún agente de salud se le tomó la presión arterial; a 97.2 por ciento se le pesó; y a 95.8 por ciento se le aplicó la vacuna contra el tétanos (véase gráfica 26). Estos valores ubican al estado de Sinaloa por encima de las cifras nacionales (91.4% para el peso, 92.3% para la presión, y 80.5% de vacunación).

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

Gráfica 26.

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



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

Atención del parto

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

En el país se ha dado un incremento acelerado en la proporción de partos atendidos por personal médico: de 66 por ciento en 1985-1987 a 81.5 por ciento en 1994-1997. En Sinaloa 91.6 por ciento de los partos fue atendido por un médico, lo que denota lo avanzado que se encuentra este estado en el proceso de medicalización de la atención obstétrica (véase cuadro 12).

A pesar del elevado porcentaje de mujeres que acudió con un médico para la atención del parto, esta cifra presenta diferencias según la edad de la madre, el orden de nacimiento y el nivel de escolaridad. Los porcentajes más bajos de mujeres que atendieron el parto con un médico lo registran las madres adolescentes (88.6%), aquellas con cuatro hijos(as) o más (82.8%) y las mujeres con primaria incompleta (83%). Sin embargo la diferencia más pronunciada se observa según el lugar de residencia: mientras que 96.6 por ciento de las mujeres urbanas acudió con un médico para la atención de su parto, 80.9 por ciento de las mujeres rurales tuvo esa oportunidad.

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

	Tipo de agente que atendió el parto			
	Médico	Enfermera/auxiliar/ promotora de salud	Partera o comadrona	Otro/ella sola
Total	91.6	1.0	6.3	1.0
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	88.6	0.6	9.8	1.0
20-34	92.0	1.0	6.0	0.9
35-49*	94.2	2.1	2.1	1.7
Orden de nacimiento				
1	96.2	0.6	2.7	0.5
2	91.4	0.3	6.7	1.5
3	95.5	1.2	2.8	0.5
4 o más	82.8	2.3	13.4	1.5
Escolaridad				
Sin escolaridad	-	-	-	-
Primaria incompleta	83.0	0.8	14.8	1.4
Primaria completa	90.0	1.7	8.3	0.0
Secundaria y más	96.3	0.8	2.2	0.7
Lugar de residencia				
Urbano	96.6	0.9	2.0	0.5
Rural	80.9	1.3	15.7	2.2

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Lugar de atención del parto

En estrecha relación con el agente que atendió el parto, 92.5 por ciento de los partos ocurridos en el periodo de referencia se atendieron en una institución de salud: poco más de la mitad de las mujeres acudieron al IMSS, una de cada diez se atendió en la Secretaría de Salud y una de cada cuatro lo hizo en una institución privada.

El estrato socioeconómico marca pautas distintas en la utilización de los servicios de salud. Las mujeres con estudios de secundaria o más acuden en porcentajes mayores al IMSS y al sector privado (52.3% y 28.1%, respectivamente), mientras que las mujeres con primaria incompleta utilizan más los servicios del IMSS, de la partera (cuya atención es domiciliaria) y en igual proporción los de la Secretaría de Salud y el sector privado.

En el medio urbano, las opciones más utilizadas para la atención del parto son el IMSS y los servicios privados, que atendieron 53.9 y 28.3 por ciento de los nacimientos, respectivamente, en tanto que la Secretaría de Salud atiende poco menos de uno de cada diez nacimientos. En el ámbito rural, la mitad de los partos fueron atendidos por el IMSS (51.6%), siguiendo en importancia los servicios de la partera (17.1%), el sector privado (15.3%) y la Secretaría de Salud (12.1%).

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

	Lugar de atención del parto						
	IMSS/IMSS-Sol.	ISSSTE	SSA	Otras públicas	Sector privado	Casa partera/ mujer	Otro lugar/no especificado
Total	53.2	4.3	10.2	0.4	24.2	7.1	0.4
Escolaridad							
Sin escolaridad	-	-	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	54.4	0.6	14.6	0.0	14.2	16.3	0.0
Primaria completa	56.5	0.6	8.3	0.6	23.5	9.5	1.0
Secundaria y más	52.3	6.9	9.2	0.5	28.1	2.8	0.2
Lugar de residencia							
Urbano	53.9	5.0	9.4	0.6	28.3	2.6	0.1
Rural	51.6	2.9	12.1	0.0	15.3	17.1	1.1

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Tipo de parto

En Sinaloa, durante el periodo 1994-1997, poco más de tres de cada diez alumbramientos (31.1%) se resolvió mediante la operación cesárea, valor muy por encima del registrado para el promedio nacional (26.5%) (véase cuadro 14). Cabe destacar que a pesar del elevado porcentaje de partos asistidos por personal médico que presentó esta entidad, el peso relativo de los partos por cesárea es sensiblemente menor al observado en Nuevo León (48.6%) y el Distrito Federal (42.3%) que son las dos entidades que muestran los mayores niveles en este indicador.

De los partos que se atendieron en el sector privado, cuatro de cada diez se resolvieron mediante la operación cesárea; en el IMSS esta cifra ascendió a uno de cada tres; y en la Secretaría de Salud a 15.7 por ciento. Cabe señalar que las normas de salud establecen que este tipo de intervención no debe ser mayor de 20 por ciento de los partos atendidos.

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

	Tipo de parto	
	Normal	Cesárea
Total	68.9	31.1
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
12-19	82.8	17.2
20-34	65.7	34.3
35-49*	68.9	31.1
Lugar de atención del parto		
IMSS/IMSS-Sol	66.2	33.8
SSA*	84.3	15.7
Otras públicas	-	-
Sector privado	60.6	39.4
Lugar de residencia		
Urbano	65.7	34.3
Rural	75.7	24.3

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

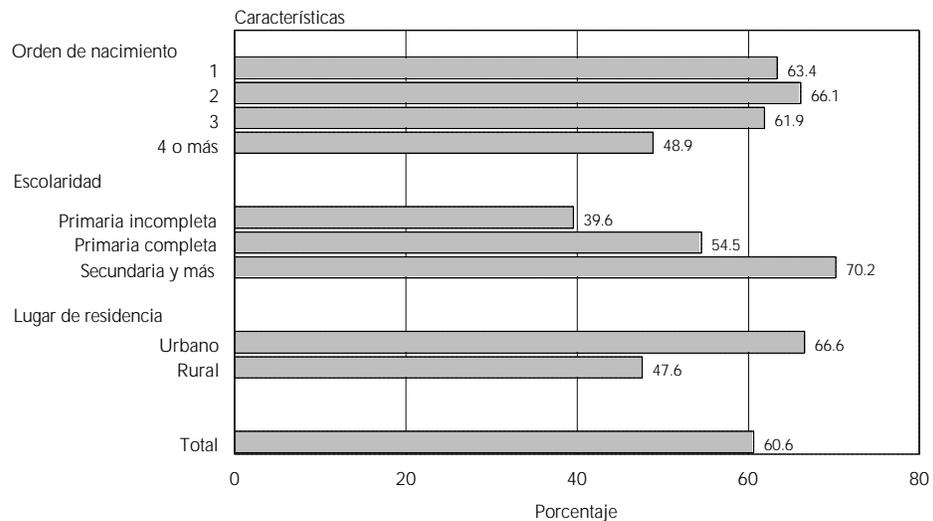
Atención durante el puerperio

La vigilancia del periodo puerperal permite identificar oportunamente complicaciones que pueden ocurrir en las semanas posteriores al parto. Además, la atención al puerperio constituye una ocasión propicia para promover la vigilancia del crecimiento y la nutrición del recién nacido, así como la planificación familiar. En el ámbito nacional, la vigilancia del puerperio es una práctica que no muestra la frecuencia o intensidad esperada, pues sólo acudió 59.1 por ciento de las mujeres que tuvieron un parto entre 1994 y 1997.

En el estado de Sinaloa, el porcentaje de mujeres que acudió a revisión durante el puerperio ascendió a 60.6 por ciento. Las mujeres que con menor frecuencia asistieron a revisión durante el puerperio fueron las de paridades altas (48.9%, de las mujeres con cuatro hijos(as) o más contra 63.4% de las primíparas), las mujeres con primaria incompleta (39.6% a diferencia de 70.2% de aquéllas con secundaria y más) y las mujeres que viven en localidades rurales (47.6% frente a 66.6% de las urbanas) (véase gráfica 27).

Gráfica 27.

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



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

6 Lactancia materna

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

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

Sinaloa es el tercer estado del país donde la práctica de la lactancia está más difundida: 94.6 por ciento de los niños y niñas nacidas entre 1994 y 1997 recibió leche materna; sin embargo, la duración mediana es de 8.4 meses, esto es, 10.2 meses menos que Oaxaca, que es la entidad que presenta la duración de la lactancia más prolongada del país (18.6 meses).

La práctica de la lactancia se encuentra ampliamente difundida entre los diversos grupos socioeconómicos y demográficos del estado (véase cuadro 15). Los porcentajes más bajos se registran entre los niños(as) cuyas madres se atendieron el parto en el sector privado y entre los hijos(as) de adolescentes (92.5% y 91.9%, respectivamente). En el medio rural, 96.6 por ciento de las y los niños recibió leche materna y la mitad de ellos(as) ya habían sido destetados a los 12.3 meses; mientras que 93.7 por ciento de las y los recién nacidos en las ciudades recibió leche materna y la duración mediana de la lactancia fue de 7.1 meses (véase cuadro 16).

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

Total		94.6
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
	12-19	91.9
	20-34	96.2
	35-49	-
Escolaridad		
	Sin escolaridad	-
	Primaria incompleta	95.9
	Primaria completa	95.8
	Secundaria y más	93.9
Lugar de atención del parto		
	Sector público	95.4
	Sector privado	92.5
	Casa*	94.1
Lugar de residencia		
	Urbano	93.7
	Rural	96.6

* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

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

Duración de la lactancia*	Total	Urbano	Rural
Primer cuartil	4.1	3.9	5.7
Mediana	8.4	7.1	12.3
Tercer cuartil	15.0	13.1	18.3

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

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

Edad de la ablactación

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

La ablactación temprana es una práctica ampliamente difundida en el territorio nacional: dos de cada tres bebés que nacieron entre 1994 y 1997 fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad. En Sinaloa, siete de cada diez niños y niñas fueron ablactados antes de los cuatro meses, 0.9 por ciento lo hizo después del periodo recomendado y uno(a) de cada cuatro fue ablactado durante el periodo establecido por la norma de salud. En esta entidad, la duración mediana de la lactancia exclusiva fue de tres meses, duración similar a la registrada para el país en su conjunto (3.1 meses).

La ablactación temprana tiene una frecuencia similar entre los hijos(as) de mujeres rurales y urbanas (69.8% y 70.7%, respectivamente), y es mayor entre las mujeres con secundaria y más y adolescentes (72.5% y 73.8%, en cada caso). La ablactación tardía es una práctica casi inexistente en la entidad, y se presentó con mayor frecuencia entre los hijos(as) de mujeres rurales (1.4%). Las mayores proporciones de niños y niñas que fueron ablactados conforme al calendario recomendado por la normatividad vigente se observan entre los hijos(as) de mujeres con primaria completa (30.1%), de 20 a 34 años de edad (27.9%) y que residían en el ámbito urbano (26.2%) (véase cuadro 17).

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

	Meses				
	Menos de 2	2 a 3	4 a 7	8 o más	No ha ablactado
Total	35.7	34.7	25.7	0.9	3.0
Edad de la madre al nacimiento del hijo					
12-19	36.8	37.0	20.3	0.5	5.4
20-34	34.7	33.7	27.9	1.0	2.7
35-49	-	-	-	-	-
Escolaridad					
Sin escolaridad	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	37.4	31.6	25.4	0.5	5.1
Primaria completa	31.6	33.6	30.1	1.2	3.6
Secundaria y más	37.1	35.4	24.6	0.7	2.2
Lugar de residencia					
Urbano	38.7	32.0	26.2	0.6	2.5
Rural	29.5	40.3	24.7	1.4	4.0

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

7 Mortalidad infantil

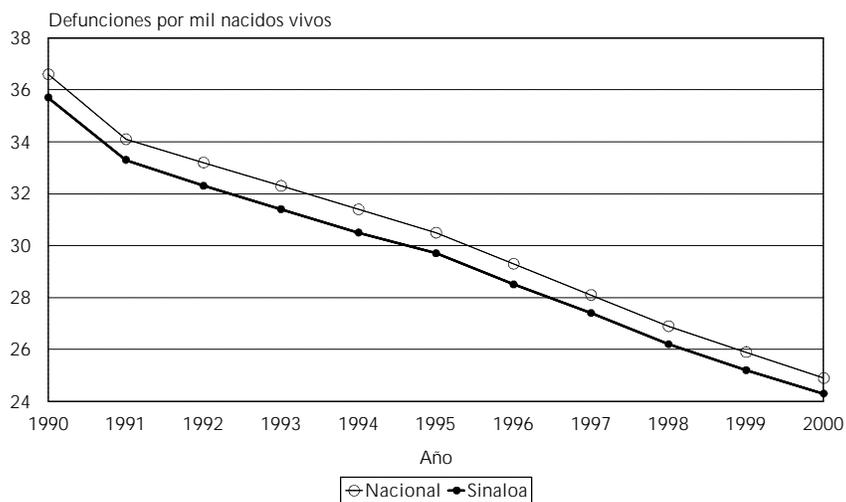
El notable descenso de la mortalidad en México es fiel reflejo de las mejoras en las condiciones generales de vida de la población del país a lo largo del siglo xx. Asociado a este descenso, se registra un importante aumento en la esperanza de vida al nacimiento: en 1930 los hombres vivían en promedio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

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

En Sinaloa, la tasa de mortalidad infantil experimentó un importante descenso durante la década de los noventa, al pasar de 35.7 defunciones por cada mil nacidos vivos en 1990 a 24.3 en el año 2000 (véase gráfica 28). Esta reducción equivale a evitar 31.9 por ciento de los decesos, los cuales habrían ocurrido de haberse mantenido el nivel de mortalidad de 1990. En el 2000, la tasa de Sinaloa fue 22.7 por ciento mayor que la del Distrito Federal (19.8 defunciones por mil), que es la entidad con el menor nivel de mortalidad infantil del país (véase gráfica 29).

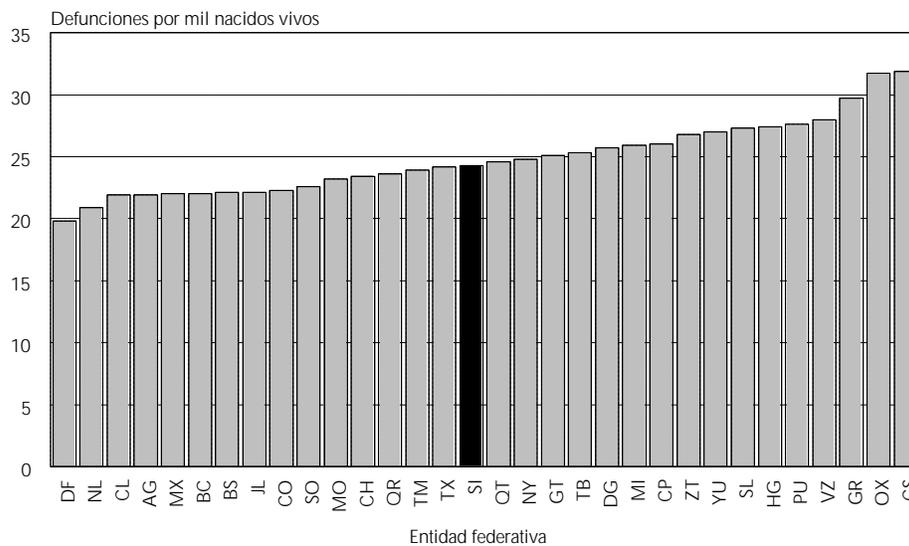
En Sinaloa, al igual que en el ámbito nacional, las afecciones perinatales fueron la principal causa de muertes infantiles en 1997, aun cuando esta causa de muerte experimentó una importante reducción respecto a 1990. Estas defunciones están estrechamente vinculadas con la cobertura y calidad de la atención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

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



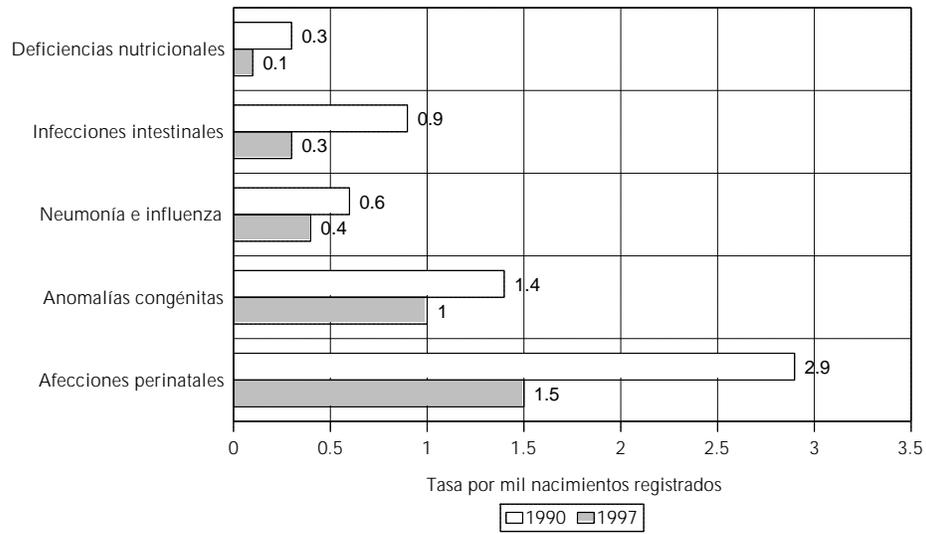
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA

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

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

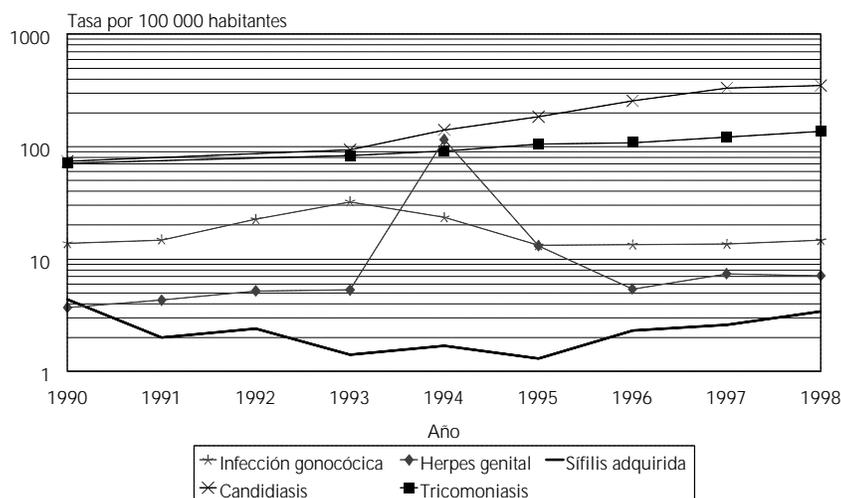
De acuerdo con las estadísticas oficiales, las ETS representan en el país una de las diez primeras causas de morbilidad, con un promedio de 350 mil casos anuales entre 1996 y 1998. Los índices de incidencia de las principales ETS presentaron incrementos importantes entre 1990 y 1998, tanto en términos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

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

En Sinaloa, las principales ETS mostraron un aumento muy importante en su grado de incidencia a mediados de los años noventa; el nivel alcanzado en 1998 por la candidiasis urogenital fue 46.6 por ciento mayor que el alcanzado en el país en su conjunto (349.7 y 238.6 casos por 100 mil habitantes, en cada caso); mientras que la tricomoniasis urogenital presentó una tasa menor a la nacional en cerca de seis puntos porcentuales (136.2 y 142.1 casos por 100 mil habitantes, respectivamente) (véase gráfica 31).

La incidencia de las ETS clásicas en Sinaloa presentan un comportamiento errático, con una tendencia ascendente en el caso de la infección gonocócica y el herpes genital. Entre 1990 y 1998, la tasa de incidencia de estas enfermedades pasó de 13.8 a 14.7 y de 3.7 a 7.1 por cada 100 mil habitantes, respectivamente. Mientras que la incidencia de la sífilis adquirida pasó, en el periodo de referencia, de 4.4 a 3.4 casos.

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



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

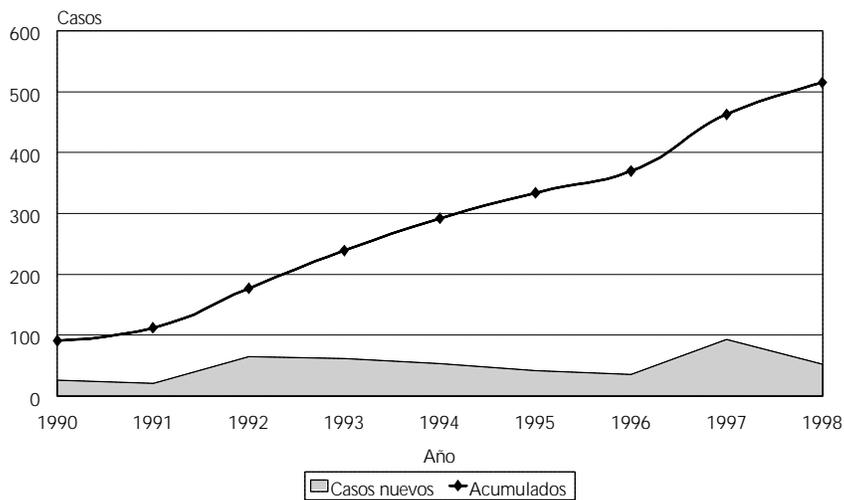
VIH/SIDA

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

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

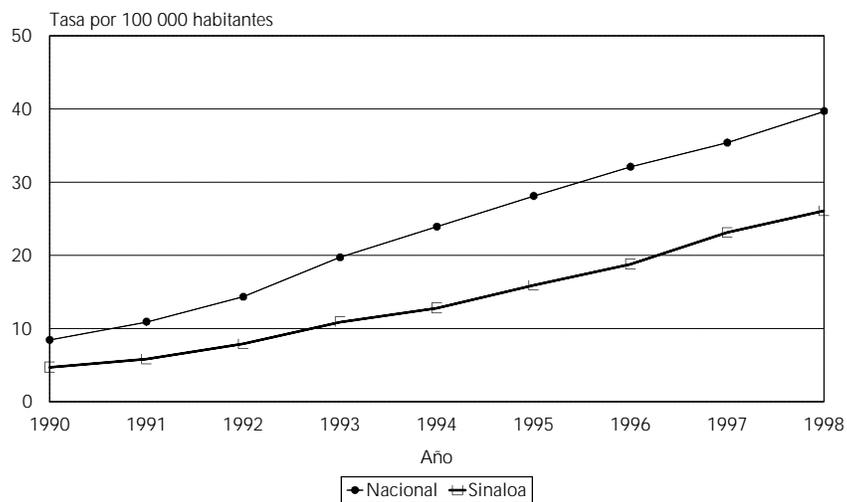
En Sinaloa, hasta el 31 de diciembre de 1998 se había registrado un total acumulado de 515 casos de SIDA, con lo que la incidencia acumulada de esta enfermedad pasó de 3.9 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 20.8 en 1998, situándose entre las doce entidades con la menor incidencia acumulada de SIDA (véanse gráficas 32 y 33).

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



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

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



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

La proporción de casos cuya categoría de transmisión se desconoce permite ilustrar la importancia del subregistro del SIDA, ya que una parte importante se notifica mediante el certificado de defunción, donde no se consigna la información sobre el factor de riesgo. Hasta diciembre de 1998, la magnitud de este fenómeno en Sinaloa fue menor con respecto al acumulado para el país (24.1% y 28.7%, respectivamente) (véase cuadro 18).

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

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

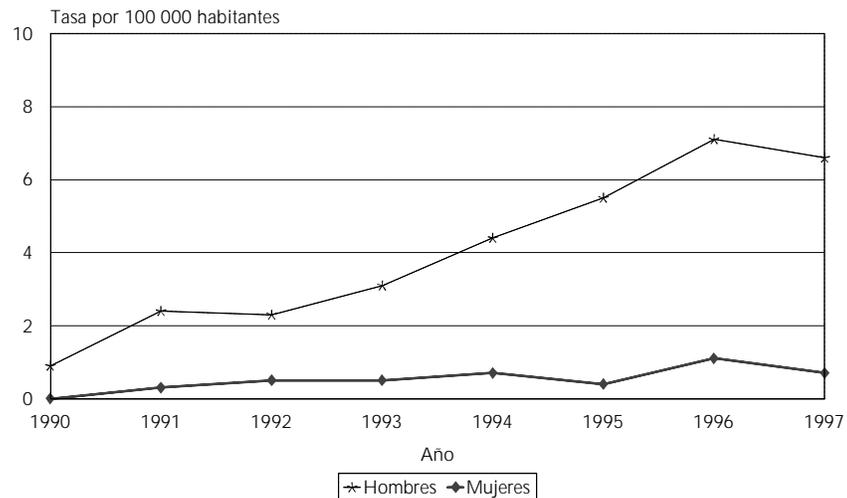
Categoría de transmisión	Casos	Porcentaje
Total	515	100.0
Vía sexual	328	83.9
Homosexual	114	29.2
Bisexual	114	29.2
Heterosexual	100	25.6
Vía sanguínea	49	12.5
Transfusión	38	9.7
Hemofílico	3	0.8
Usuario de drogas intravenosas	7	1.8
Donador remunerado	1	0.3
Exposición ocupacional	0	0.0
Homosexual/drogas	3	0.8
Perinatal	11	2.8
Subtotal	391	100.0
No documentado	124	24.1

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

En Sinaloa, la principal vía de transmisión del VIH/SIDA fue la sexual (83.9%), uno de cada ocho casos fue contagiado por vía sanguínea y 2.8 por ciento fue infectado por la vía perinatal. La razón hombre mujer de casos de SIDA fue de seis, es decir, había una mujer infectada por cada seis hombres.

Entre 1989 y 1997, el SIDA había cobrado 454 muertes en el estado de Sinaloa,¹⁰ con una tasa de mortalidad que pasó de 0.5 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 3.7 en 1997. La tasa de mortalidad masculina por esta causa presentó una clara tendencia ascendente al pasar de 0.9 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 6.6 en 1997. La tasa de mortalidad femenina también presentó un comportamiento creciente pero menos acentuado: entre 1991 y 1997 pasó de 0.3 a 0.7 defunciones por 100 mil habitantes (véase gráfica 34). Cabe destacar que en Sinaloa esta patología se ubica como la décimo sexta causa de mortalidad general.

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



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

¹⁰ INEGI. Bases de defunciones generales 1989-1997.

Durante el periodo 1989-1997 fallecieron 402 hombres y 52 mujeres por esta enfermedad. En el caso de los varones, seis de cada diez tenían al momento de morir entre 25 y 39 años de edad, en tanto que entre las mujeres esta proporción era de 48.1 por ciento. Cabe destacar el porcentaje significativo de defunciones de mujeres de 20 a 24 años de edad (11.5%), lo cual muestra que una proporción importante de los casos femeninos que fallecieron por esta enfermedad adquirió el virus del VIH a edades tempranas (véase cuadro 19).

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

	Total	Hombres	Mujeres
Total	100.0	100.0	100.0
< 1	0.4	0.2	1.9
1-4	0.9	0.5	3.8
5-14	0.9	0.5	3.8
15 - 19	1.5	1.0	5.8
20 - 24	6.6	6.0	11.5
25 - 29	17.0	17.4	13.5
30 - 34	23.1	24.1	15.4
35 - 39	19.4	19.4	19.2
40 - 44	11.7	11.9	9.6
45 - 49	7.3	7.7	3.8
50 - 64	8.1	8.2	7.7
65 y más	3.1	3.0	3.8

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

9 Cáncer cérvico uterino y de la mama

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

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

Cáncer cérvico uterino

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

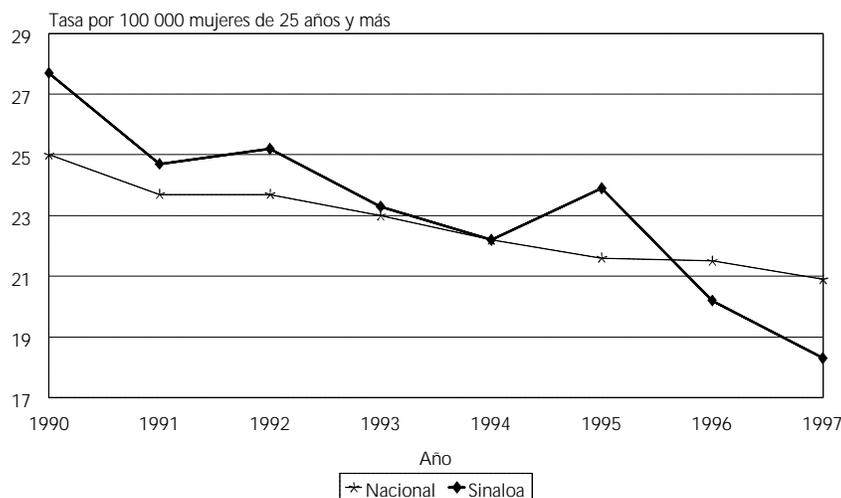
Ante esta situación, el Sector Salud presentó en marzo de 1998 un nuevo Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino con una nueva normatividad, nuevas estrategias y líneas de acción que han sido incorporadas al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Asimismo, se incluyó el elemento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

En Sinaloa, la mortalidad por este cáncer presentó un comportamiento descendente en la década de los noventa, y el nivel alcanzado en 1990 fue el más alto (27.7 fallecimientos por 100 mil mujeres de 25 años y más); asimismo, los niveles de mortalidad por cáncer cérvico uterino fueron superiores a los del país en su conjunto hasta 1995, mientras que en los años 1996 y 1997 fueron menores (véase gráfica 35). En 1997, la tasa de mortalidad que se registró en Sinaloa por este cáncer fue de 18.3 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más; esto es, una tasa 19.1 por ciento mayor con respecto a Nuevo León y Zacatecas (los estados con la tasa más baja del país).

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

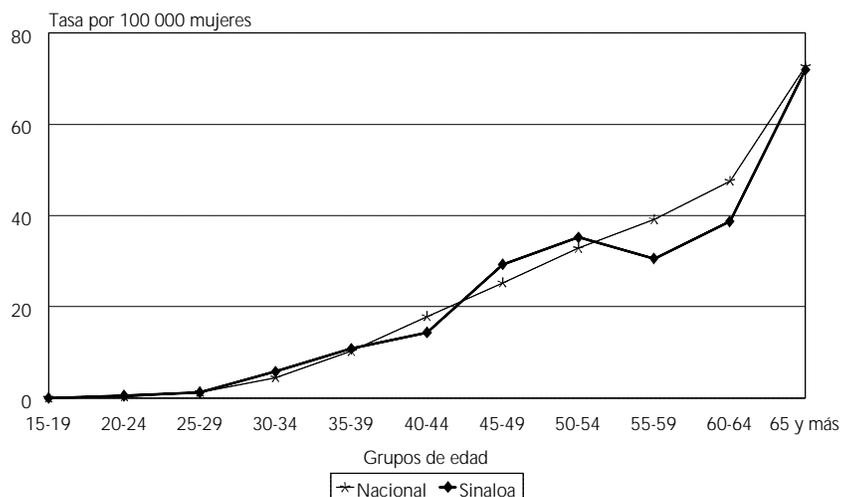
En Sinaloa, las mujeres de la mayoría de los grupos de edad registraron, en el periodo 1995-1997, un nivel de mortalidad menor o similar que el promedio nacional, destacando las mujeres de 55 a 59 y de 60 a 64 años, cuya tasa fue menor en cerca de nueve puntos porcentuales (véase gráfica 36).

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



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

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



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

Cáncer de la mama

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

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

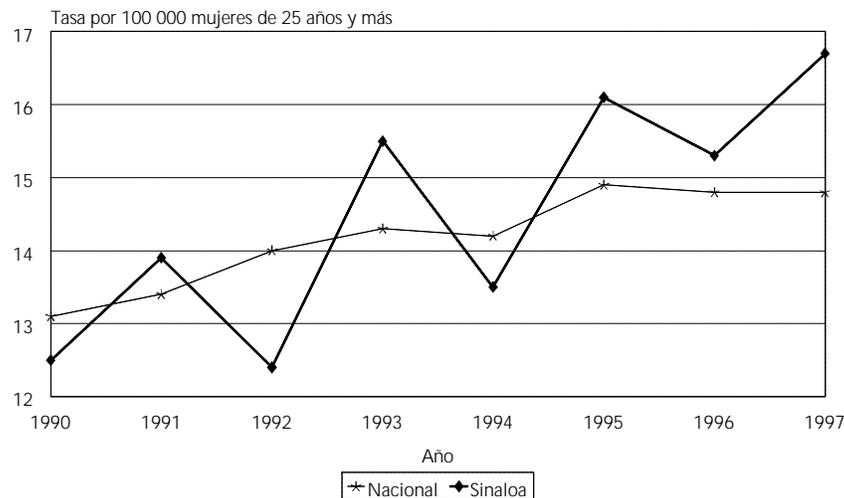
En Sinaloa, la tasa de mortalidad por cáncer mamario mostró un comportamiento errático con una tendencia ascendente entre 1990 y 1997. En este último año, la tasa de mortalidad ascendió a 16.7 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, ubicándose entre las nueve entidades que presentan la mayor mortalidad por esta patología (véase gráfica 37).

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

En Sinaloa, las mujeres de casi todos los grupos de edad registraron un nivel de mortalidad mayor que sus homólogas a escala nacional, excepto entre las mujeres de 55 a 59 años, cuya mortalidad por esta causa fue 13.3 puntos porcentuales menor (véase gráfica 38).

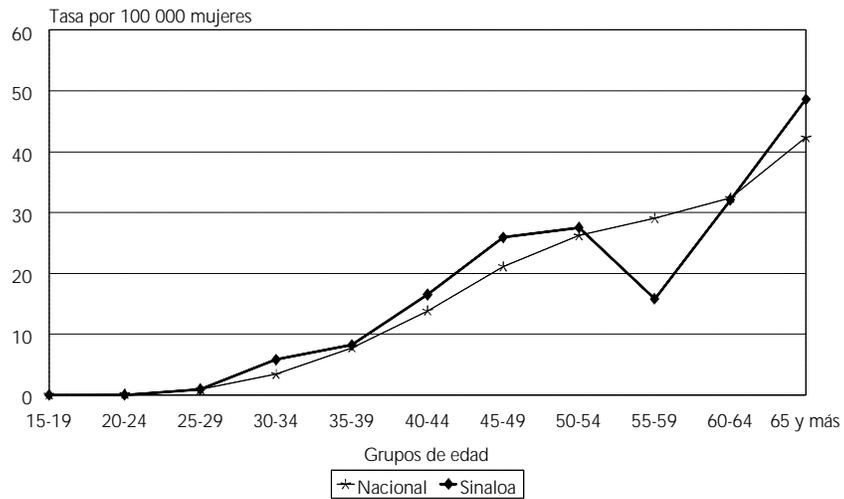
Gráfica 37.

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



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

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



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

Conclusiones

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

La población de Sinaloa se encuentra en una fase avanzada de la transición demográfica, y se estima que en el 2000 se ha alcanzado el reemplazo intergeneracional, es decir, un nivel donde una mujer procrea, en promedio, sólo una hija a lo largo de su vida reproductiva. El conocimiento de métodos anticonceptivos es prácticamente universal, lo que ha permitido que su utilización sea una práctica generalizada (79%), con un nivel de uso similar o mayor al de los países más desarrollados.¹¹ Asimismo, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos es de las más bajas del país, y las brechas entre regiones y grupos sociales han tendido a reducirse.

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

- ✦ La persistencia de patrones de nupcialidad temprana. Cerca de la mitad de las mujeres de la generación más reciente se unen antes de cumplir 20 años de edad.
- ✦ El inicio de la maternidad a edades tempranas. A los 22 años de edad, más de 50 por ciento de las mujeres de las diferentes generaciones analizadas ya había iniciado esta transición del curso de vida.
- ✦ Las mujeres jóvenes y sin hijos registran un porcentaje muy bajo de uso de métodos anticonceptivos.
- ✦ Las mujeres menores de 25 años, con paridad cero y uno, así como aquellas sin escolaridad presentan los niveles más elevados de demanda insatisfecha en la entidad.

En la dimensión de la salud materno-infantil, Sinaloa ha alcanzado niveles elevados de la cobertura médica en la atención prenatal y del parto (90.6% de las mujeres embarazadas acudió a consulta con un médico y 91.6% se atendió el parto con este agente de salud, entre 1994 y 1997). Asimismo, la tasa de mortalidad materna es la segunda más baja del país.

¹¹ Al respecto, véase FNUAP, *Estado de la Población Mundial 1998*, Nueva York, 2000.

A pesar de los logros alcanzados en la salud materno-infantil, especial cuidado deberá brindarse al alto porcentaje de partos que se resuelven por la vía cesárea (31.1%).

Con relación a las enfermedades de transmisión sexual, Sinaloa registra la octava tasa más alta de candidiasis urogenital del país. Sin embargo, respecto al VIH/SIDA, la tasa de incidencia acumulada se encuentra entre las doce más bajas del país.

Finalmente, en relación con otros indicadores de la salud de la mujer, las tasas anuales de mortalidad por cáncer cérvico uterino, que se registraron en Sinaloa entre 1990 y 1995, fueron mayores a las que se observaron en el país es su conjunto, y a partir de 1996 el nivel registrado fue menor. Mientras tanto, la tasa anual de mortalidad por cáncer de la mama en el estado, se ha mantenido por encima de la registrada en el país en la mayoría de los años de la década de los noventa y, en 1997, registró la novena tasa más alta de mortalidad por este cáncer en el país.

Anexo estadístico

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

Año	Nacional	Sinaloa
1990	3.35	2.94
1991	3.25	2.84
1992	3.14	2.75
1993	3.04	2.66
1994	2.93	2.56
1995	2.82	2.45
1996	2.73	2.38
1997	2.65	2.31
1998	2.55	2.24
1999	2.48	2.17
2000	2.40	2.12

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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

Edad	1953-1957	1968-1972
14	8.5	8.1
15	17.5	12.6
16	28.3	17.7
17	35.2	27.2
18	50.9	33.7
19	59.1	46.4
20	67.0	56.5
21	75.6	65.9
22	78.9	72.9
23	81.1	79.4
24	84.9	85.1
25	85.6	87.7

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

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

Generación	Menos de 16 años	16-19	20-24	Sin unión a los 25 años
1953-1957	17.5	41.6	25.8	15.1
1958-1962	19.4	33.1	27.6	19.8
1963-1967	11.6	34.3	32.7	21.4
1968-1972	12.6	33.8	38.7	14.9

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

Datos gráfica 5.

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

Características	Menos de 16 años	16-19	20-24	Sin unión a los 25 años
Primaria incompleta	31.9	45.1	16.2	6.8
Primaria completa	20.0	46.0	25.1	8.9
Secundaria y más	4.8	28.4	43.6	23.2
Rural	17.3	41.3	26.1	15.3
Urbano	10.1	31.2	39.6	19.2
Total	12.1	34.0	35.8	18.1

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

Datos gráfica 7.

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

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	3.1	2.6	0.8	1.2
16	5.8	7.0	4.3	4.6
17	13.2	14.5	9.5	10.9
18	24.5	22.3	16.3	15.0
19	32.2	33.0	25.5	24.1
20	49.5	40.4	34.8	31.1
21	58.8	50.8	41.0	41.4
22	65.9	59.6	52.3	53.1
23	72.2	67.3	57.5	63.4
24	76.7	73.7	66.3	68.7
25	80.0	77.4	72.2	75.8

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

Datos gráfica 8.

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

Generación	Nacim.					Sin hijos en 5 años
	premaritales	0-7 meses	8-11 meses	12-17 meses	18-59 meses	
1953-1957	2.5	4.3	34.0	29.9	27.8	1.5
1958-1962	0.6	6.8	33.2	25.6	29.1	4.6
1963-1967	1.8	6.7	27.6	25.4	35.5	3.0
1968-1972	0.7	6.0	33.6	27.5	27.8	4.4

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

Datos gráfica 9.

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

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	1.7	0.4	0.0	0.0
16	1.7	0.6	0.0	0.0
17	2.1	0.6	0.2	0.6
18	3.2	1.9	1.6	0.6
19	4.0	4.2	1.7	1.3
20	4.2	4.5	2.8	2.2
21	5.0	5.3	3.4	2.9
22	5.2	6.0	5.8	4.4
23	5.6	7.0	6.0	5.6
24	6.1	7.5	6.7	5.8
25	6.5	8.6	6.7	6.3

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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

Año	Nacional	Sinaloa
1990	5.4	1.5
1991	5.1	2.6
1992	5.0	1.8
1993	4.5	1.5
1994	4.8	1.1
1995	5.3	1.2
1996	4.8	1.4
1997	4.7	2.0

Tasa por 10 000 nacimientos registrados.
Fuente: SSA/BGEI, Mortalidad 1990-1997.

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

Año	Nacional	Sinaloa
1990	36.6	35.7
1991	34.1	33.3
1992	33.2	32.3
1993	32.3	31.4
1994	31.4	30.5
1995	30.5	29.7
1996	29.3	28.5
1997	28.1	27.4
1998	26.9	26.2
1999	25.9	25.2
2000	24.9	24.3

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

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

Año	Infección gonocócica	Herpes genital	Sífilis adquirida	Candidiasis	Tricomoniasis
1990	13.8	3.7	4.4	74.0	71.7
1991	14.8	4.3	2.0	-	-
1992	22.6	5.2	2.4	-	-
1993	32.4	5.3	1.4	93.7	83.3
1994	23.4	115.3	1.7	140.9	91.7
1995	13.2	13.1	1.3	184.3	104.9
1996	13.4	5.4	2.3	255.8	108.6
1997	13.6	7.4	2.6	333.1	121.2
1998	14.7	7.1	3.4	349.7	136.2

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

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

Año	Casos nuevos	Acumulados
1990	26	91
1991	21	112
1992	65	177
1993	62	239
1994	53	292
1995	42	334
1996	36	370
1997	93	463
1998	52	515

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

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

Año	Nacional	Sinaloa
1990	8.4	3.9
1991	10.9	4.8
1992	14.3	7.5
1993	19.7	10.0
1994	23.9	12.1
1995	28.1	13.8
1996	32.1	15.1
1997	35.4	18.8
1998	39.7	20.8

Tasa por 100 000 habitantes.

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

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

Año	Hombres	Mujeres
1990	0.9	0.0
1991	2.4	0.3
1992	2.3	0.5
1993	3.1	0.5
1994	4.4	0.7
1995	5.5	0.4
1996	7.1	1.1
1997	6.6	0.7

Tasa por 100 000 habitantes.

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

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

Año	Nacional	Sinaloa
1990	25.0	27.7
1991	23.7	24.7
1992	23.7	25.2
1993	23.0	23.3
1994	22.2	22.2
1995	21.6	23.9
1996	21.5	20.2
1997	20.9	18.3

Tasa por 100 000 mujeres de 25 años y más.

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

Datos gráfica 36.

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

Edad	Nacional	Sinaloa
15-19	0.1	0.0
20-24	0.3	0.5
25-29	1.3	1.2
30-34	4.5	5.8
35-39	10.3	10.8
40-44	17.9	14.4
45-49	25.3	29.3
50-54	32.9	35.2
55-59	39.2	30.6
60-64	47.6	38.7
65 y más	72.7	72.0

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

Datos gráfica 37.

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

Año	Nacional	Sinaloa
1990	13.1	12.5
1991	13.4	13.9
1992	14.0	12.4
1993	14.3	15.5
1994	14.2	13.5
1995	14.9	16.1
1996	14.8	15.3
1997	14.8	16.7

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

Datos gráfica 38.

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

Edad	Nacional	Sinaloa
15-19	0.0	0.0
20-24	0.1	0.0
25-29	0.9	0.9
30-34	3.4	5.8
35-39	7.8	8.2
40-44	13.8	16.5
45-49	21.1	25.9
50-54	26.2	27.5
55-59	29.1	15.8
60-64	32.4	32.1
65 y más	42.4	48.6

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

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

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

Cuadernos de salud reproductiva
Sinaloa

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

El tiraje fue de 1000 ejemplares.