

# Perfiles de Salud Reproductiva

Sinaloa



# **Perfiles de Salud Reproductiva Sinaloa**

*Consejo Nacional de Población*

**Coordinadores:**

Paloma Villagómez Ornelas

Jorge Armando Valencia Rodríguez

**Autores:**

Paloma Villagómez Ornelas

Doroteo Mendoza Víctorino

Jorge Armando Valencia Rodríguez

**Procesamiento de información:**

Miguel Sánchez Castillo

María Felipa Hernández López

**Sistematización en cuadros y gráficas:**

Ma. Eulalia Mendoza García

Nila Soledad Cortés Cruz

**Integración y revisión:**

María Felipa Hernández López

Yeimi Colín Paz

Graciela Tapia Colocía

Ma. Eulalia Mendoza García

Mario René Hernández Vázquez

Guadalupe García Albarrán

**Corrección de estilo:**

Cristina Gil Villegas Montiel

Liliana Velasco Díaz

**Diseño portada y formación:**

Maritza Santillán Moreno

Myrna Muñoz del Valle

Cristina del Águila

© Consejo Nacional de Población

Hamburgo 135, Col. Juárez

C. P. 06600, México, D. F.

<<http://www.conapo.gob.mx>>

*Perfiles de salud reproductiva. Sinaloa*

Primera edición: noviembre de 2011

ISBN: 978-607-427-157-7

ISBN: 978-607-427-200-0

Se permite la reproducción total o parcial

sin fines comerciales, citando la fuente.

# Consejo Nacional de Población

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

EMB. PATRICIA ESPINOSA CANTELLANO  
Secretaria de Relaciones Exteriores

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

LIC. HERIBERTO FÉLIX GUERRA  
Secretario de Desarrollo Social

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

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

LIC. BRUNO FERRARI GARCÍA DE ALBA  
Secretario de Economía

LIC. ALONSO LUJAMBIO IRAZÁBAL  
Secretario de Educación Pública

MTRO. SALOMÓN CHERTORIVSKI WOLDENBERG  
Secretario de Salud

LIC. JAVIER LOZANO ALARCÓN  
Secretario del Trabajo y Previsión Social

LIC. ABELARDO ESCOBAR PRIETO  
Secretario de la Reforma Agraria

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

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

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

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

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

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

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

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

# Secretaría de Gobernación

DR. ALEJANDRO POIRÉ ROMERO  
Secretario de Gobernación

LIC. OBDULIO ÁVILA MAYO  
Subsecretario de Gobierno

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

MTRO. RUBÉN ALFONSO FERNÁNDEZ ACEVES  
Subsecretario de Enlace Legislativo

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

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

LIC. ÁLVARO LUIS LOZANO GONZÁLEZ  
Subsecretario de Normatividad de Medios

LIC. JOSÉ OSCAR VEGA MARÍN  
Oficial Mayor

LIC. LAURA GURZA JAIDAR  
Coordinadora General de Protección Civil

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

# Secretaría General del Consejo Nacional de Población

MTRO. FÉLIX VÉLEZ FERNÁNDEZ VARELA  
Secretario General

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

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

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

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

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

MTRO. JORGE A. VALENCIA RODRÍGUEZ  
Director de Estudios Sociodemográficos

MTRO. RAFAEL LÓPEZ VEGA  
Director de Análisis Estadístico e Informática

LIC. MARÍA SILVIA GONZÁLEZ ARELLANO  
Directora de Cultura Demográfica

LIC. FLAVIO GUTIÉRREZ REYES  
Director de Administración

# Contenido

9	<b>Presentación</b>
11	<b>Introducción</b>
12	<b>Aspectos demográficos generales</b>
17	<b>1. Exposición al riesgo de embarazo</b>
17	1.1 Inicio de la vida sexual
18	1.2 Inicio de la vida sexual y uso de anticonceptivos
19	1.3 Condiciones de vida sexual actual
22	1.4 Situación conyugal
23	<b>2. Patrones reproductivos</b>
23	2.1 Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)
24	2.2 Intervalo protogenésico
25	2.3 Primero y segundo intervalos intergenésicos
25	<b>3. Niveles y tendencias de la fecundidad</b>
29	<b>4. Preferencias reproductivas</b>
29	4.1 Ideal de hijos e hijas
33	4.2 Embarazo no planeado
34	<b>5. Anticoncepción</b>
34	5.1 Conocimiento de métodos anticonceptivos
37	5.2 Inicio del uso de los anticonceptivos
38	5.3 Prevalencia anticonceptiva en mujeres unidas
41	5.4 Uso de anticonceptivos según condición de actividad sexual
42	5.5 Cambios en la mezcla de métodos anticonceptivos
45	5.6 Lugar de obtención de los anticonceptivos
46	5.7 Anticoncepción posparto
47	<b>6. Necesidad insatisfecha de anticonceptivos (NIA)</b>
48	6.1 Nunca uso de anticonceptivos
51	6.2 Necesidad insatisfecha en el uso de anticonceptivos
54	6.3 Demanda total de anticonceptivos

54	<b>7. Salud materna</b>
55	7.1 Mortalidad materna
55	7.2 Aborto
56	7.3 Atención prenatal
58	7.4 Atención del parto
60	7.5 Atención durante el puerperio
61	<b>8. Lactancia materna</b>
62	<b>9. Conclusiones</b>
63	<b>Bibliografía</b>
65	<b>Anexo</b>

## Presentación

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

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

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

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

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

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

Félix Vélez Fernández Varela  
Secretario General  
Consejo Nacional de Población

## Introducción

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

El Índice Resumen de Ordenamiento (IRO) con nueve indicadores de impacto ubica a Sinaloa en el quinto sitio del *ranking* estatal (véase CONAPO, 2011). Partiendo de la situación más favorable a la menos favorable, se ubica en el lugar 2° por su alta prevalencia anticonceptiva; en el 16° en cuanto al porcentaje de usuarias que inicia la anticoncepción en el posparto; en el 3°, 19° y 3° por sus bajos niveles de necesidad insatisfecha en el uso de anticonceptivos; global, de adolescentes y rural —localidades con menos de 2500 habitantes—, respectivamente; en el 11° por su alta probabilidad de tener el primer hijo en la adolescencia; en el 20° por su nivel de tasa de fecundidad en adolescentes; en el 10° por su tasa global de fecundidad; y en el 7° sitio por exhibir una baja razón de mortalidad materna. Ese perfil ubica a Sinaloa, junto con Nuevo León, Distrito Federal, Colima y Sonora, en el patrón de estados en una *situación muy favorable de salud reproductiva*.

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

La descripción y análisis de los datos combina indicadores de proceso, de resultados o impacto intermedio y de impacto final. En esta medida se define el alcance de este documento, para lo cual se tratan ocho áreas temáticas: 1) la exposición al riesgo de embarazo, para abordar el inicio de las relaciones sexuales y las condiciones de vida sexual y marital; 2) los patrones reproductivos, vinculados con la edad de la mujer al nacimiento de su primer hijo y a los intervalos protogenésico e intergenésicos; 3) los niveles y tendencias recientes de la fecundidad; 4) las preferencias reproductivas, reflejadas a través del número ideal de hijos e hijas y del embarazo no planeado; 5) la práctica anticonceptiva, para incorporar indicadores de conocimiento, prevalencia, estructura, lugar de obtención y momento de adopción de los métodos; 6) la necesidad insatisfecha de la anticoncepción, en que se trata el nunca uso de los métodos y la demanda insatisfecha, satisfecha y total; 7) la salud materna, que incorpora la mortalidad materna y algunos factores asociados como el

aborto, y la atención prenatal, del parto y del puerperio; y 8) la lactancia materna, a fin de actualizar las cifras de incidencia y duración.

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

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

## Aspectos demográficos generales

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

En 2010, la población de Sinaloa alcanzó 2.77 millones de habitantes, de los cuales la mitad era mujer (50.3%). A pesar de que el volumen actual de la población estatal representa 25.6 por ciento más del observado en 1990 (2.20 millones), la velocidad a la que crece se reduce lentamente. Entre 1990 y 2000, la población total se incrementó a un ritmo de 1.4, mientras que entre 2000 y 2010 la tasa de crecimiento total se redujo a 0.8 por cada cien (véase gráfica 1).

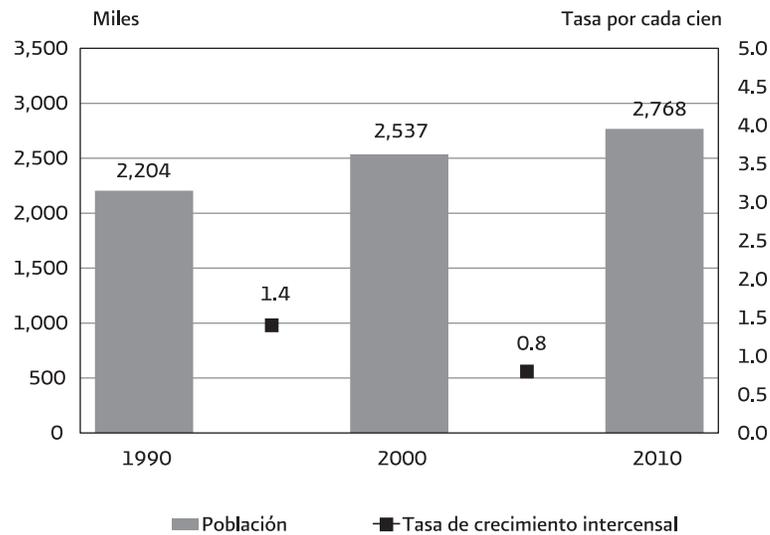
Al analizar varios aspectos de la dinámica demográfica de la entidad, tales como el comportamiento de la natalidad, de la mortalidad —en particular la mortalidad infantil—, la esperanza de vida al naci-

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

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

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

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



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

miento y la razón de dependencia demográfica, se observa que Sinaloa se encuentra en *fase avanzada* de la transición demográfica.<sup>3</sup>

De acuerdo con los datos observados, en 2010 poco más de la cuarta parte de la población de Sinaloa es menor de 15 años (793,753; 28.7%) y menos de la quinta parte es adolescente o joven (15 a 24 años) (514,915; 18.6%). Si bien en conjunto suman cerca de la mitad de la población total, su peso específico en la estructura por edad de la población empieza a disminuir, mientras que los grupos de adultos jóvenes (25 a 44 años), adultos maduros (45 a 59 años) y adultos mayores (60 años y más) crecen en el tiempo, reafirmando la tendencia al envejecimiento poblacional que experimenta el país (véase tabla 1).

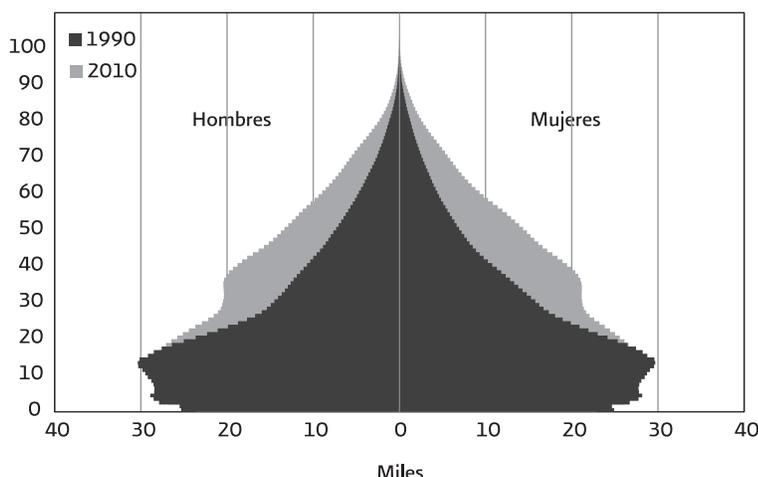
**Tabla 1.**  
**Sinaloa. Distribución porcentual de la población por grandes grupos de edad, 1990, 2000 y 2010**

Grupos de edad	1990	2000	2010
0-14	38.7	34.0	28.7
15-24	22.3	20.1	18.6
25-44	24.2	27.7	29.1
45-59	9.1	10.9	14.0
60 y más	5.8	7.3	9.6
80 y más	0.8	1.0	1.3

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

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

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



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

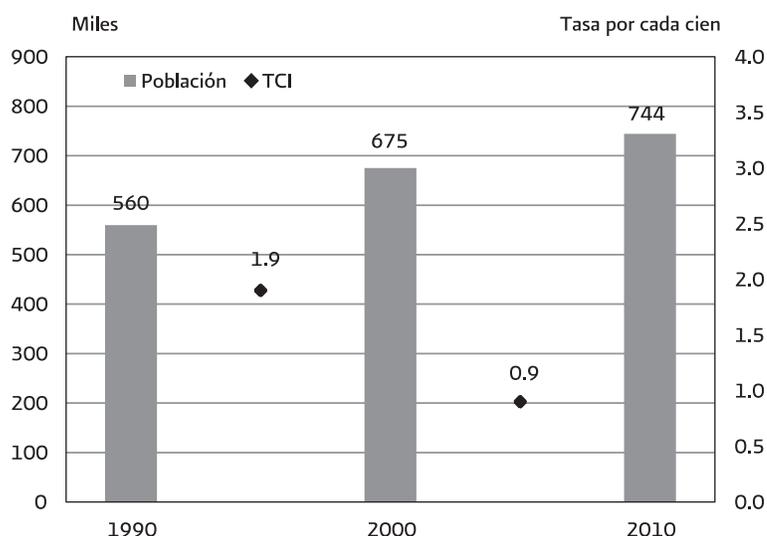
En la pirámide de población es posible observar cómo el crecimiento de la población entre los cero y 18 años de edad es menor en 2010 que en 1990. Mientras que después de esa edad se refleja un gradual ensanchamiento de la parte central y superior de la misma, donde se concentra la población adulta y adulta mayor. Un factor a resaltar es que en Sinaloa, en 1990, la población femenina se vuelve más numerosa que la masculina, a partir de los 18 años de edad. Este mismo efecto se nota a partir de los 22 años en 2010 (véase gráfica 2).

Actualmente, la distribución por edad de la población presenta una estructura favorable en términos de la relación de dependencia, es decir, del número de personas potencialmente dependientes (de 0 a 14 años de edad y de 65 años y más) respecto a la población en edad de trabajar (entre los 15 y 64 años de edad). Mientras que en 1990 había 74.3 personas en edad no laboral por cada cien en edad de trabajar, en 2010 hay cerca de dos proveedores potenciales (1.83) por cada persona tentativamente dependiente. Asimismo, en 1990 el 90.7 por ciento de la dependencia se debía a la población infantil (dependencia juvenil); en 2010 representa 81.2 por ciento, dado el peso que gana de manera gradual la dependencia por parte de los adultos mayores (dependencia por vejez).

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

Así, en 2010, en Sinaloa hay poco más de 744 mil mujeres en edad fértil (MEF), que representan al 53.5 por ciento de la población femenina total. En 1990 eran 560 mil, 50.8 por ciento del total de mujeres. Es decir, en los últimos 20 años, la población femenina en edades fértiles creció 33.0 por ciento, aunque su volumen se incrementa a velocidades cada vez menores, como ocurre en el conjunto de la población. Entre 1990 y 2000 el grupo de las MEF ascendió a una tasa de 1.9 por cada cien, mientras que en la última década lo hizo a razón de 0.9 por cada cien (véase gráfica 3).

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



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

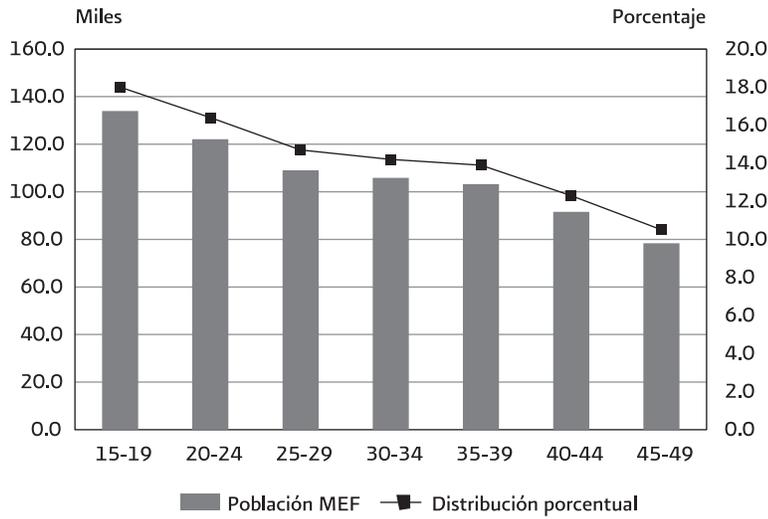
También es importante conocer la estructura por edad de este grupo de población femenina, pues las prácticas reproductivas, anticonceptivas y de atención a la salud reproductiva varían de una edad a otra y requieren atención diferenciada.

Así, en Sinaloa, 18.0 por ciento de las mujeres en edad fértil se encuentra en el grupo de edad de 15 a 19 años. Las mujeres adolescentes son reconocidas como un grupo de especial atención, debido a las múltiples formas en que el ejercicio de su vida sexual y reproductiva impacta el desarrollo de transiciones sumamente relevantes a la vida adulta (Colín y Villagómez, 2010). Como se analizará en los apartados correspondientes, actualmente las adolescentes presentan desafíos específicos en materia de planificación familiar y salud reproductiva, relacionados sobre todo con la protección de la sexualidad y la postergación de la maternidad.

Poco más del 30.0 por ciento de la población femenina en edad fértil tiene entre 20 y 29 años, edades críticas para la reproducción en la medida en que las tasas más altas de fecundidad en nuestro país se concentran en estas edades, en particular entre los 20 y 24 años. Recientemente, la participación de las mujeres entre 30 y 34 años de edad (14.2%) tiende a ser mayor. Así, la atención a la salud materna e infantil, así como el acceso a métodos de planificación familiar, son de especial relevancia en este periodo.

Finalmente, la población femenina que menos contribuye a la fecundidad, es decir, las mujeres de 35 a 39, 40 a 44, y 45 a 49 años de edad, concentran 13.9, 12.3 y 10.5 por ciento de la población en etapa reproductiva, respectivamente (véase gráfica 4). Las necesidades en materia de salud reproductiva en esta población tienden hacia la limitación de la fecundidad, la prevención y atención de enfermedades crónicas relacionadas con el sistema reproductivo, como cáncer de mama y cérvico-uterino, y con la atención a la sintomatología de procesos propios de la conclusión de la vida fértil, como el climaterio y la menopausia.

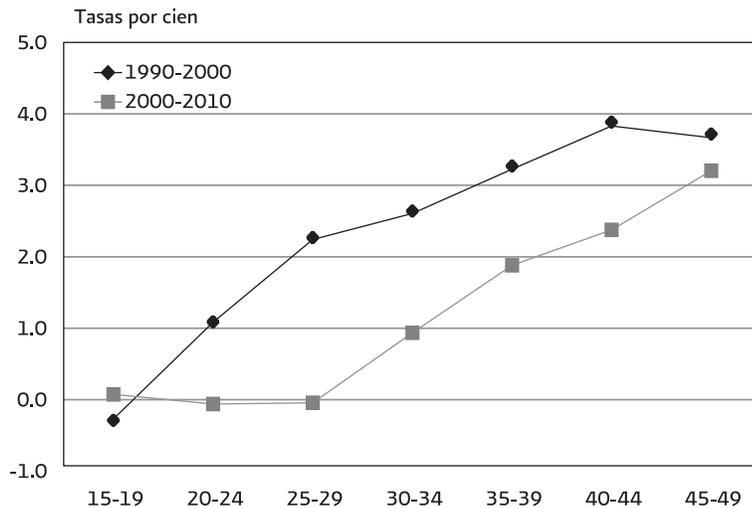
**Gráfica 4.**  
**Sinaloa. Población femenina en edad fértil por grupos de edad y su distribución porcentual, 2010**



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

La gráfica 5 muestra cómo en los últimos 20 años se ha desacelerado el ritmo de crecimiento de todos los grupos de edad entre las MEF, excepto en el de 15 a 19 años para el periodo 2000-2010. El crecimiento de las mujeres adolescentes cambió en el periodo analizado, de un decremento de -0.3 a un crecimiento positivo de 0.1 por cada cien. Mientras, las mujeres de los grupos de edad 20 a 24 y 25 a 29 años, muestran la tasa de crecimiento más baja (-0.1 y 0.0 por cada cien), en contraste con su comportamiento en el decenio anterior, que era de 1.1 y 2.3 por cada cien, respectivamente.

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



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

Por último, destaca que en los periodos 1990-2000 y 2000-2010, las tasas de crecimiento de las mujeres mayores de 30 años de edad aumentan de manera constante hasta el final de la vida reproductiva, salvo que entre 1990-2000, la tasa de las de 45 a 49 años disminuye. Este comportamiento confirma la aceleración en el crecimiento de la población en edades más avanzadas, en consonancia con el proceso de envejecimiento demográfico que experimenta el país

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

## 1. Exposición al riesgo de embarazo

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

### 1.1 Inicio de la vida sexual

#### Indicador:

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

La ENADID 2009 muestra que, en Sinaloa, la cuarta parte (25% o primer cuartil) de las MEF entre 25 y 34 años ya había tenido su primera relación sexual a los 16.2 años; la mitad (50% o segundo cuartil) lo había hecho a los 18.2 años; y tres cuartas partes (75% o tercer cuartil) la tuvieron a los 21.2 años.

El inicio de la actividad sexual de las mujeres de este grupo de edad en el estado está por debajo del registrado en el contexto nacional, cuya mediana fue de 18.0 años. Estos resultados son sin duda muy importantes de tomar en cuenta para acciones de política y programáticas, primordialmente para aquellas encaminadas a prevenir el primer embarazo.

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

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

Generación	Cuartiles		
	25%	50%	75%
25-34	16.2	18.2	21.2
35-49	16.5	18.7	21.8

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

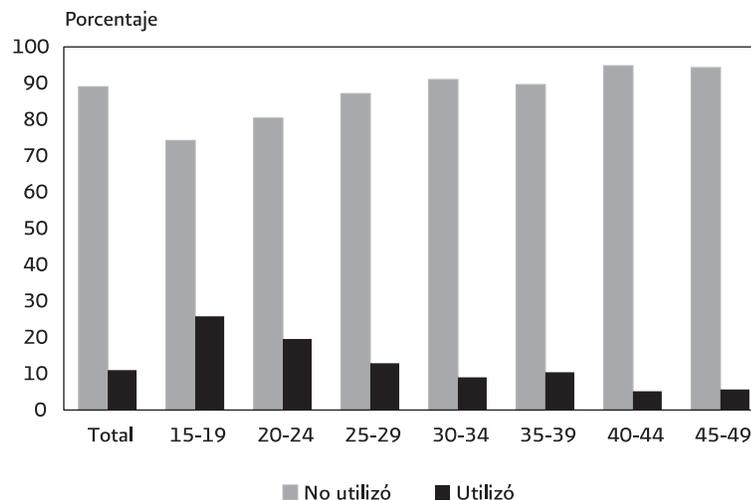
## 1.2 Inicio de la vida sexual y uso de anticonceptivos

### Indicador:

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

En Sinaloa, alrededor del 11.0 por ciento de las MEF se protegió de un embarazo en su primer encuentro sexual, dato que es menor al observado a nivel nacional, de 19.9 por ciento, aunque las generaciones más jóvenes han optado cada vez más por usar anticonceptivos al inicio de su vida sexual (véase gráfica 6). De esta forma, mientras que 5.2 por ciento de las mujeres de 40 a 44 años manifestó usar anticonceptivos, el dato aumenta a 9.0 por ciento en las de 30 a 34, y a 25.8 por ciento en las de 15 a 19 (véase cuadro A.1 del Anexo).

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

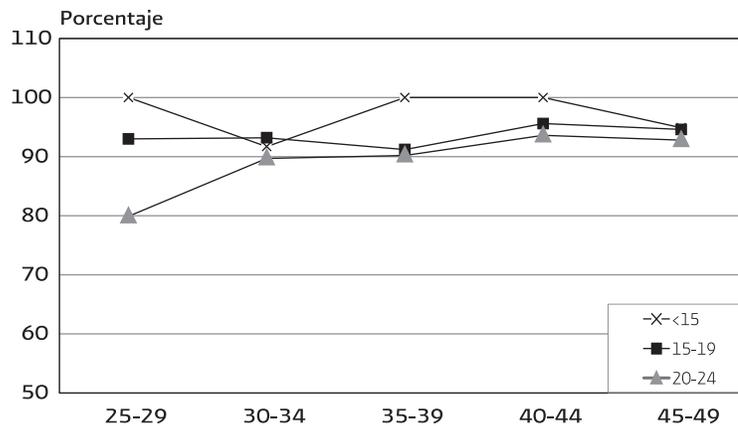


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

Las mujeres en Sinaloa de generaciones más recientes reportan un mayor uso de anticonceptivos en comparación con las generaciones anteriores. Por ejemplo, entre las mujeres de 40 a 44 años, el 4.4 por ciento usó anticonceptivos al tener su primera relación sexual en la adolescencia y un 6.4 por ciento en la juventud (20 a 24), comparado con las que actualmente tienen 25 a 29 años, que emplearon anticonceptivos al inicio de su vida sexual, en un 7.0 por ciento al ser adolescentes, y en 20.1 por ciento cuando eran jóvenes (véase cuadro A.2 del Anexo).

Visto de otra forma, la gráfica 7 ilustra que a medida que se consideran grupos de mujeres con menor edad, disminuyen los porcentajes de no uso de anticonceptivos en el primer encuentro sexual. No obstante, esa misma gráfica muestra que la no protección anticonceptiva aumenta si el inicio de la actividad sexual ocurre a una edad más temprana. Por ejemplo, en las mujeres de 25 a 29 años al momento de la encuesta, 100 por ciento no empleó anticonceptivos cuando la relación sexual fue antes de los 15 años de edad; 93.0 por ciento no usó si la relación sexual ocurrió entre los 15 y 19 años; y 79.9 por ciento cuando ese acontecimiento se presentó entre los 20 y 24 años.

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



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

### 1.3 Condiciones de vida sexual actual

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

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

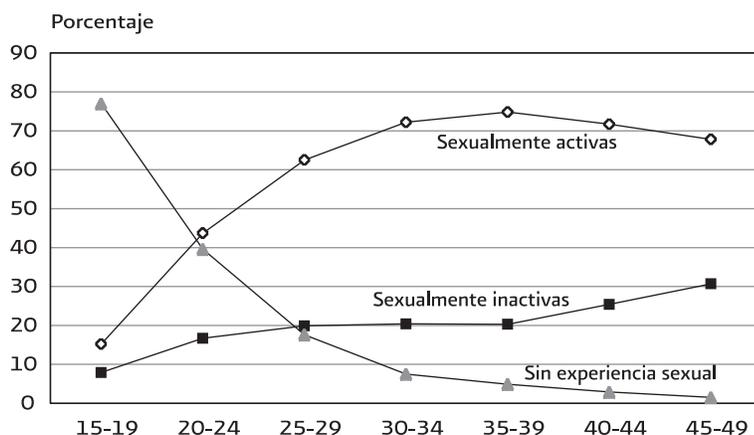
## Conceptos:

- *Mujeres en edad fértil sexualmente activas (MEFSA)*. Se refiere a las mujeres que tuvieron al menos una relación sexual durante el último mes previo al levantamiento de la encuesta. El porcentaje correspondiente se calcula como el cociente de las MEFSA, entre el total de mujeres en edad fértil, multiplicado por cien.
- *Mujeres en edad fértil sexualmente inactivas (MEFSI)*. Abarca a las mujeres que ya han tenido relaciones sexuales, pero no son sexualmente activas, esto es, que respondieron haber tenido su último encuentro sexual en más de un mes previo al levantamiento de la encuesta.
- *Mujeres en edad fértil sin relaciones sexuales (MEFSIN)*. Comprende a las mujeres que indicaron no haber tenido relaciones sexuales hasta el momento de la encuesta.

En Sinaloa, 55.0 por ciento de las MEF se clasifica en sexualmente activas, 19.2 por ciento como sexualmente inactivas y 25.8 por ciento sin relaciones sexuales, datos relativamente cercanos al contexto nacional, de 52.9, 23.2 y 23.9 por ciento, respectivamente. Es en esta medida, que 74.2 por ciento de las mujeres en edad fértil estaría expuesto potencialmente a un embarazo (véase cuadro A.3 del Anexo).

Es de particular importancia observar este riesgo de exposición según grupos quinquenales de edad. Las MEFSA inician con 15.2 por ciento de adolescentes, crecen con la edad hasta alcanzar 74.8 por ciento de mujeres entre 35 y 39, para descender en los últimos grupos; en cambio, las MEFSI inician con 7.9 por ciento en las adolescentes y aumentan con la edad, aunque con algunas irregularidades, hasta alcanzar 30.7 por ciento en las de 45 a 49. En consecuencia, el porcentaje sin relaciones sexuales decrece conforme a la edad, iniciando con 77.0 en las adolescentes, hasta 1.5 en las mujeres mayores que pasaron el periodo fértil (véase gráfica 8A).

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



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

Desde esta perspectiva, una apreciación global relevante para las acciones de política y programáticas es que 23.0 por ciento de adolescentes y 60.4 por ciento de jóvenes están en riesgo potencial de embarazo por presentar una vida sexual activa o inactiva.

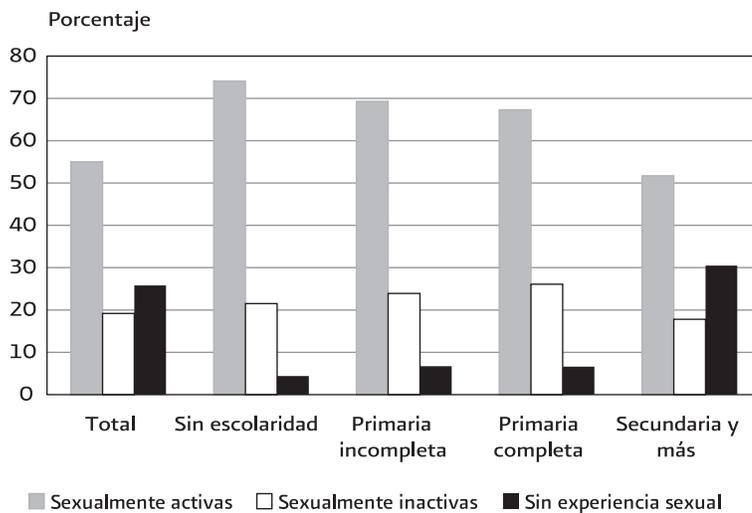
El análisis por situación conyugal muestra, obviamente, que el mayor porcentaje de las MEFSAs se encuentra en las mujeres unidas, con 89.1. Pero, al mismo tiempo, este dato resulta revelador, ya que antes se suponía que el 100 por ciento de las MEFSAs estaba expuesto a un embarazo. Bajo el concepto de las MEFSAs, resulta que 10.8 por ciento de las MEFSAs no es sexualmente activa, sino más bien, sexualmente inactiva.

Por otra parte, tanto las alguna vez unidas como las solteras, no entraban en el grupo de exposición en el concepto tradicional. Ahora sabemos que 18.0 por ciento de las primeras y 8.1 por ciento de las segundas son activas sexualmente; y que 82.0 y 14.9 por ciento son sexualmente inactivas, respectivamente.

El número de hijos nacidos vivos de las mujeres, indicador que términos demográficos se conoce como paridad o paridez, muestra una relación positiva con el número de MEFSAs hasta la paridad tres. De hecho, las mujeres con ese número de hijos son las que presentan el más alto porcentaje de vida sexual activa de todos los subgrupos analizados, ya que 79.1 por ciento está en esta situación.

Las condiciones asociadas con la paridad cero son importantes por la relación que existe con la prevención del primer embarazo. Las mujeres sin hijos que se declaran con vida sexual activa o inactiva representan el 23.3 por ciento, grupo en el que habría que enfatizar acciones de información, educación y comunicación en relación con la planificación familiar y protección anticonceptiva.

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



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

El nivel de escolaridad, por su parte, guarda una relación positiva con la ausencia de relaciones sexuales e inversa con la vida sexual inactiva en Sinaloa (véase gráfica 8B). El 93.3 por ciento de las mujeres con algún grado de primaria y 69.5 por ciento con secundaria y más pueden ser consideradas como población objetivo de los programas de salud reproductiva, dado su grado de exposición al riesgo potencial de embarazo.

Por lugar de residencia, 58.5 por ciento de las mujeres rurales y 53.8 por ciento de las urbanas se clasifican con vida sexual activa, así como 17.3 y 19.9 por ciento con vida sexual inactiva, aunque ya han tenido relaciones sexuales antes, respectivamente.

## 1.4 Situación conyugal

### Indicador:

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

La ENADID de 1997 reportó que una cuarta parte de las MEF de 25 a 34 años se había unido por primera vez cumplidos los 16.5 años, la mitad a los 18.9 años y tres cuartas partes a los 21.4. La encuesta de 2009 muestra que 12 años después, el evento del primer matrimonio o unión en la sociedad de Sinaloa parece haberse movido levemente, a los 17.0 años para el primer cuartil, a los 19.4 y 22.4 años para la mediana y el tercer cuartil, respectivamente (véase cuadro 2). La primera unión en la entidad ocurre a una edad más temprana cuando se compara con el ámbito nacional, cuyo primero, segundo y tercer cuartil fueron de 17.4, 19.8 y 22.9 años, respectivamente.

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

Generación	Cuartiles		
	25%	50%	75%
<b>1997</b>			
25-34	16.5	18.9	21.4
35-49	15.7	18.5	21.8
<b>2009</b>			
25-34	17.0	19.4	22.4
35-49	17.3	20.0	23.2

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

Al comparar la edad a la primera relación sexual, se deduce que la primera unión en las mujeres de Sinaloa se presenta después de esa experiencia. Así, al tomar en cuenta a las MEF de 25 a 34 años encuestadas en la ENADID 2009, la edad mediana al inicio de la vida sexual es a los 18.0 años, mientras que la primera unión ocurre a los 19.3, lo que separa a ambos eventos en 1.3 años. Entonces, en esta dimensión se obviaba el inicio de la exposición al riesgo potencial de embarazo, al considerar sólo el matrimonio como evento condicionante.

## 2. Patrones reproductivos

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

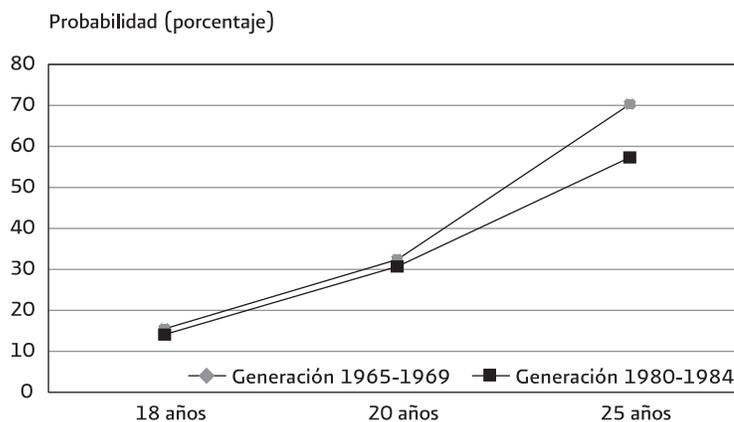
### 2.1 Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)

#### Indicador:

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

La probabilidad acumulada de iniciar la maternidad antes de cumplir 25 años fue de 70.3 por ciento para la generación nacida en 1965-1969, pero en la generación 15 años más joven, de 1980-1984, pasó a 57.3 por ciento (véase cuadro A.4 del Anexo). Tal parece que en Sinaloa se ha disminuido la probabilidad de que las mujeres antes de los 25 años se conviertan en madres (véase gráfica 9).

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



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

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

De la misma forma, la probabilidad de tener el primer hijo antes de cumplir 20 años pasó de 32.4 a 30.7 por ciento para las generaciones 1965-1969 y 1980-1984, respectivamente, evidenciando un descenso en el porcentaje de mujeres que antes de los 20 años ya era madre. La probabilidad de que una mujer de Sinaloa tenga a su primer hijo antes de cumplir los 20 años de edad en la generación más reciente fue de 30.7 por ciento, que es mayor a la del promedio para los estados en *situación muy favorable*, de 29.7 por ciento, y también menor a la del país, de 31.4 por ciento (CONAPO, 2011).

La probabilidad de que una mujer antes de cumplir la mayoría de edad ya tenga un hijo disminuye entre las dos generaciones, de 15.5 a 14.1 por ciento, respectivamente. Este cambio en la frecuencia con que las mujeres de Sinaloa se convierten en madres antes de cumplir 18 años no se observa en el ámbito nacional.

## 2.2 Intervalo protogenésico

### Indicador:

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

En 2009, el 44.3 por ciento de las mujeres en Sinaloa tiene a su primer hijo en un lapso muy corto posterior a la unión, con una duración menor a un año, dato que no ha cambiado en los últimos 12 años, según la ENADID 1997. El 35.6 por ciento espera entre uno y menos de dos años, lo que indica que la gran mayoría de las mujeres de Sinaloa (79.9%) espacia muy poco la llegada del primer hijo. No obstante, se observa en 2009 un aumento en los porcentajes de mujeres cuyo intervalo protogenésico es de dos años o más (véase cuadro 3).

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

Años	1997	2009
Menos de 1 año	42.1	44.3
De 1 a < 2	40.6	35.6
De 2 a < 4	13.6	14.7
4 y más	3.7	5.4
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

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

## 2.3 Primero y segundo intervalos intergenésicos

### Indicador:

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

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

Bajo esta perspectiva, se observa en 2009 un incremento en los dos primeros intervalos intergenésicos con respecto a 1997, esto es, una menor concentración de mujeres en una duración menor a dos años, a la vez que una mayor concentración en la categoría de cuatro y más años de espaciamiento entre hijos (véase cuadro 4). De tal forma que, según la última encuesta, la mayoría de las mujeres tuvo a su segundo (73.7%) y tercer hijo (78.0%) en condiciones de espaciamientos potencialmente adecuadas o favorables para la reproducción, atención y cuidado de los mismos. Este comportamiento reproductivo observado en el estado es equivalente al registrado en el país.

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

Años	1997		2009	
	Primero	Segundo	Primero	Segundo
Menos de 2 años	35.7	35.1	26.3	22.0
De 2 a < 4	43.0	35.6	40.3	37.1
4 y más	21.3	29.3	33.4	40.9
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

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

## 3. Los niveles y tendencias de la fecundidad

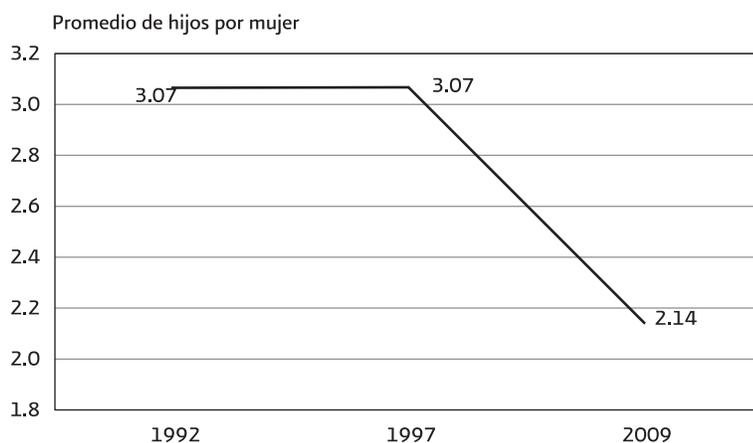
En México, el artículo 4º de la Constitución Política estipula, entre otros aspectos, la igualdad jurídica de hombres y mujeres, y establece el derecho de toda persona a la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. En este sentido, la disminución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

## Indicadores:

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

En Sinaloa, la fecundidad ha experimentado un descenso acelerado desde mediados de la década de los setenta y durante los últimos años. En 1992, la tasa de nacimientos se redujo a 3.07 hijos y a 2.14 en 2009 (véase gráfica 10). Sin duda, uno de los determinantes de este descenso ha sido el uso de la tecnología anticonceptiva.

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

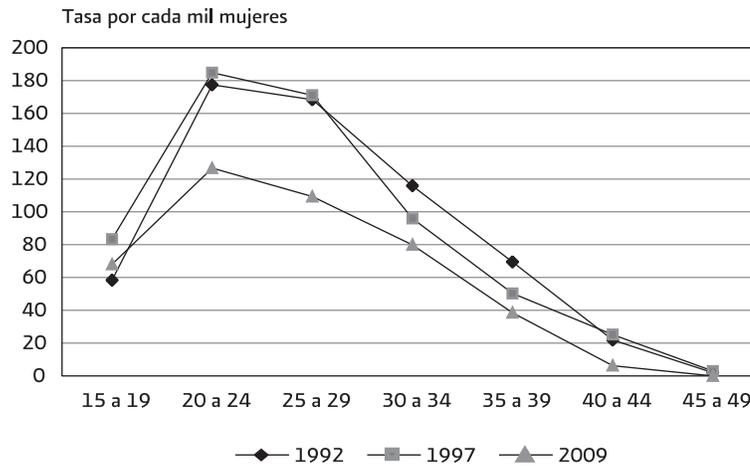


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1992, 1997 y 2009.

La estructura por edad de la fecundidad en Sinaloa muestra actualmente un patrón temprano, en virtud de que la cúspide de la fecundidad se encuentra entre los 20 y 24 años de edad, lo cual sugiere que todavía no se postergan los nacimientos para edades posteriores (véase gráfica 11).

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

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



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

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

La gran heterogeneidad de escenarios que existe al interior del país se refleja en la evolución de la fecundidad en cada entidad federativa. En el transcurso de las últimas décadas, la mayor disminución de la TGF ocurrió en las entidades con niveles superiores a la media nacional. Así, entre 1992 y 2009, Sinaloa redujo la TGF en 30.1 por ciento.

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

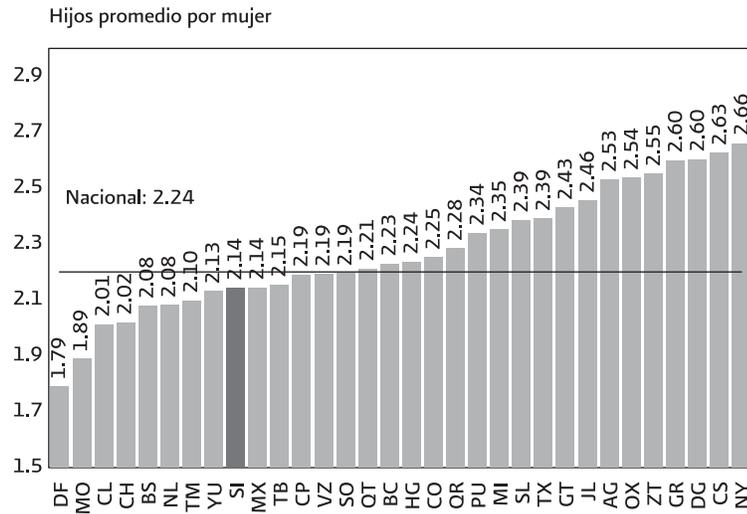
En cuanto a la fecundidad adolescente, si bien muestra un descenso importante en las últimas décadas, éste es proporcionalmente menor al observado en otras edades. En 1992, la tasa de fecundidad adolescente era de 58.3 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad. Entre 1992 y 2009 el incremento porcentual fue de los más bajos (16.6%), pasando a 68.0 nacimientos ocurridos entre mujeres adolescentes por cada mil de ellas.

El aporte relativo de los nacimientos ocurridos en mujeres menores de 20 años no ha variado de manera notable a lo largo del tiempo a nivel nacional. Por su parte, en Sinaloa, entre 1990 y 2005<sup>6,7</sup>

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

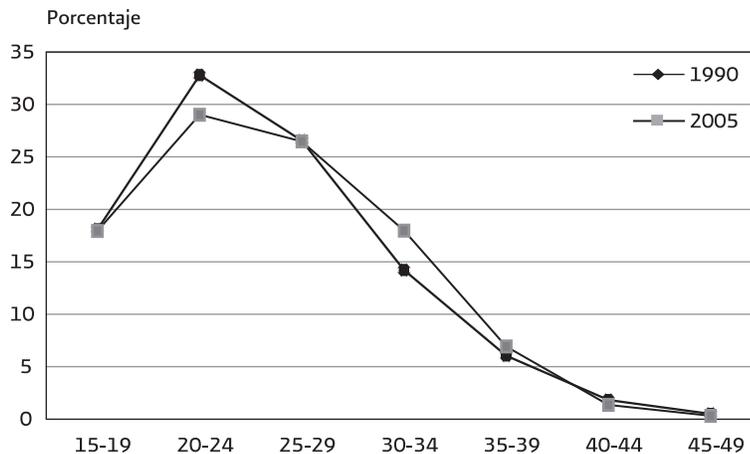
<sup>7</sup> Las estadísticas vitales son, hasta el momento, la única fuente de información que provee de cifras anuales sobre el volumen de los nacimientos para una serie de tiempo considerable. Desde 2008 existe el Certificado de Nacimiento expedido por la Secretaría de Salud, pero éste sólo provee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

**Gráfica 12.**  
Tasa Global de Fecundidad por entidad federativa, para el trienio 2006-2008



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

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



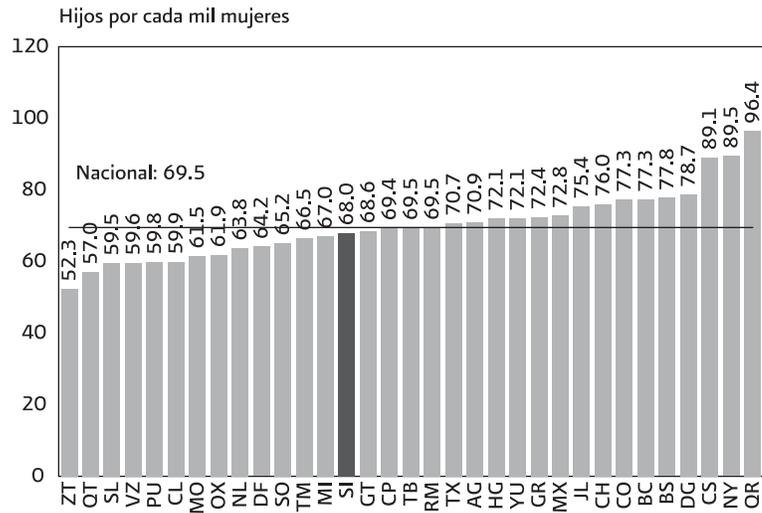
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en estadísticas vitales de nacimientos del INEGI.

la participación porcentual de los nacimientos provenientes de madres adolescentes pasó de 18.1 a 17.9. En este periodo, poco menos de la tercera parte de los nacimientos proviene de mujeres entre 20 y 24 años de edad. Las variaciones más notorias se observan en las mujeres de entre 20 y 24 años y de entre 30 y 34 años, quienes modificaron su participación relativa de 32.8 a 29.0 por ciento y de 14.2 a 18.0 por ciento, respectivamente (véase gráfica 13).

La fecundidad adolescente presenta un comportamiento diferenciado del conjunto de la fecundidad en las entidades federativas. Como se aprecia en la gráfica 14, las mayores tasas de fecundidad

adolescente no necesariamente se encuentran en las entidades con mayores TGF. En el caso de Sinaloa, en 2009 la fecundidad adolescente se encuentra apenas por debajo del nivel nacional.

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



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

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

#### 4. Preferencias reproductivas

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

##### 4.1 Ideal de hijos e hijas

Se dice que las preferencias e ideales reproductivos de las personas son el resultado de un proceso complejo, en el que intervienen factores de diferente índole y aproximación, como son el contexto social, el contacto con las instituciones de salud y educativas, el ambiente laboral, las redes sociales

y familiares a las que pertenecen, la influencia de los medios de comunicación masiva y las propias ideologías individuales prevalecientes.

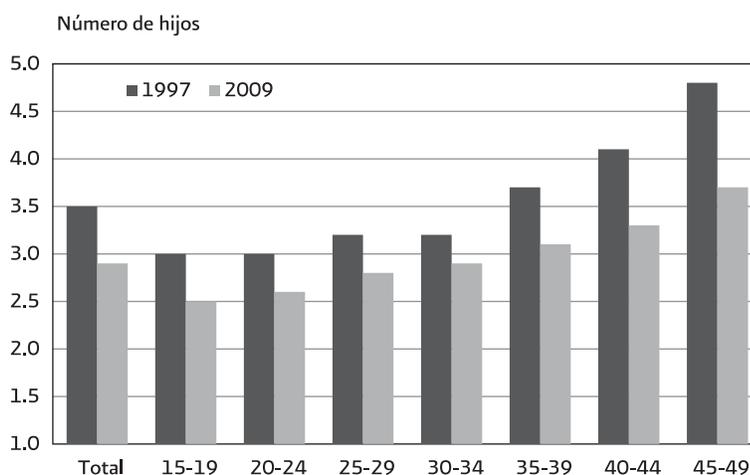
**Indicador:**

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

El número promedio ideal de hijas e hijos entre las MEF de la entidad, en 1997, fue 3.5 hijos, cercano al nivel nacional, de 3.2; en 2009, el número baja en ambos casos a 2.9 y 2.7 hijos en promedio, respectivamente (véase cuadro A.5 del Anexo).

El número ideal de hijos aumenta considerablemente con la edad de las mujeres entrevistadas, situación que se observa con ambas encuestas: mientras que las adolescentes de Sinaloa tienen preferencia por 2.5 hijos en promedio, según la ENADID 2009, las mujeres del extremo inferior del periodo fértil reportaron como ideal 3.7, esto es, una diferencia de 1.2 hijos entre ambas expectativas reproductivas. Pero destaca una reducción en la descendencia final, deseada entre 1997 y 2009, en todos los grupos de edad (véase gráfica 15A).

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

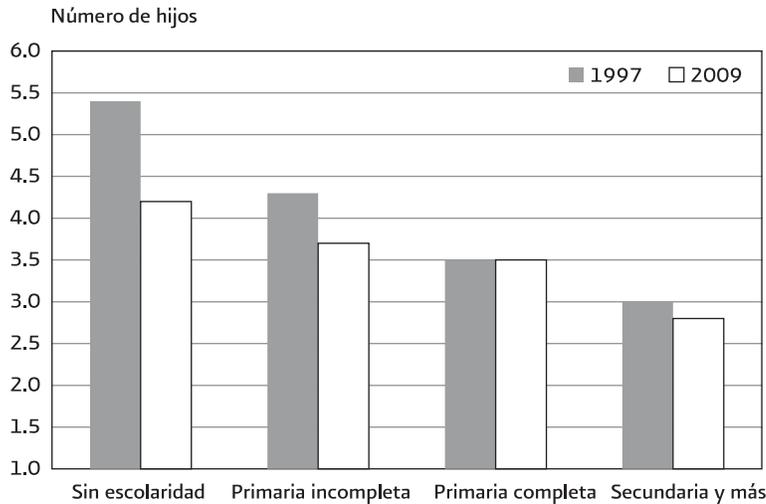


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

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

El nivel de escolaridad de las mujeres se asocia con un número ideal de hijos menor. Esta variable es la que más discrimina la expectativa reproductiva de las parejas en Sinaloa, con una diferencia de casi un hijo entre las categorías de los extremos, es decir, mientras que aquellas sin escolaridad prefieren 4.2 hijos en promedio, según la encuesta de 2009, las de secundaria y más tienen como ideal 2.8 (véase gráfica 15B).

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



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

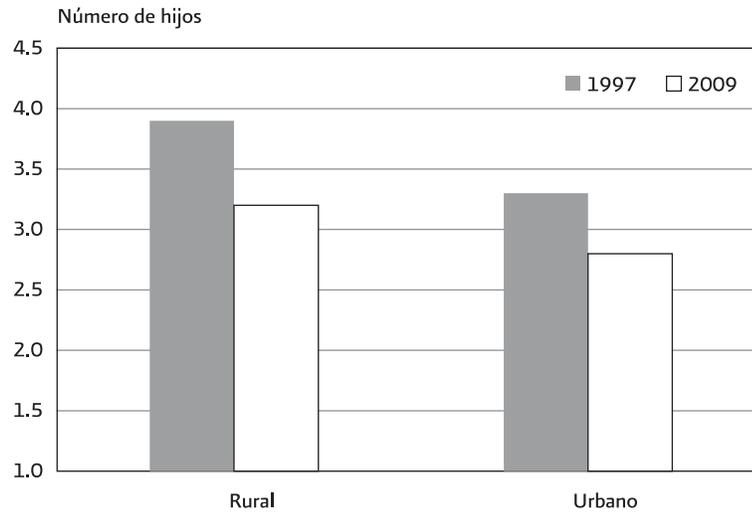
La brecha entre categorías extremo varía entre 1997 y 2009 en un hijo promedio, y se observa desde 1997 que las MEFU con secundaria y más son las que se inclinan idealmente por tener menos hijos.

Por lugar de residencia, tampoco se observan cambios sustanciales en el número promedio ideal de hijos entre 1997 y 2009, aunque las dos encuestas muestran que en las áreas urbanas las MEFU se inclinan por un número ideal de hijos menor (3.3 en 1997 y 2.8 en 2009) al de las residentes en zonas rurales, 3.9 en 1997 y 3.2 en 2009 (véase gráfica 15C).

Algo similar ocurre para las mujeres sin hijos, así como para las de paridad de uno a cuatro, es decir, se aprecia en 2009 con respecto a 1997 una mayor concentración de mujeres unidas, cuyo ideal es un número menor de hijos.

Asimismo, es importante destacar que se ha dado una mayor concordancia entre el número de hijos nacidos vivos y el número de hijos que se desean como ideal. Por ejemplo, en la paridad uno el 6.6 por ciento reportó como ideal ese mismo número de hijos en 1997, pero aumentó a 14.6 por ciento en 2009; de igual forma, las que tenían tres hijos nacidos vivos y que prefieren ese mismo número de hijos, pasó de 49.6 a 58.7 por ciento; y en la paridad cinco y más, que en un 45.4 por ciento reportaron ese mismo número como ideal en 1997, aumentó a 65.9 por ciento en 2009 (véanse cuadros 5 y 6).

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



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

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

Paridad	Número ideal de hijos/as					
	0	1	2	3	4	5 y más
0	0.0	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.

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

Paridad	Número ideal de hijos/as					
	0	1	2	3	4	5 y más
0	3.5	6.3	48.4	33.0	7.1	1.6
1	0.5	14.6	37.9	36.5	7.0	3.4
2	0.3	2.8	37.4	40.5	15.7	3.4
3	0.8	2.1	5.4	58.7	22.5	10.5
4	0.5	0.8	6.1	14.1	64.2	14.3
5 y más	2.7	2.0	7.4	13.2	8.8	65.9

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

## 4.2 Embarazo no planeado

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

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

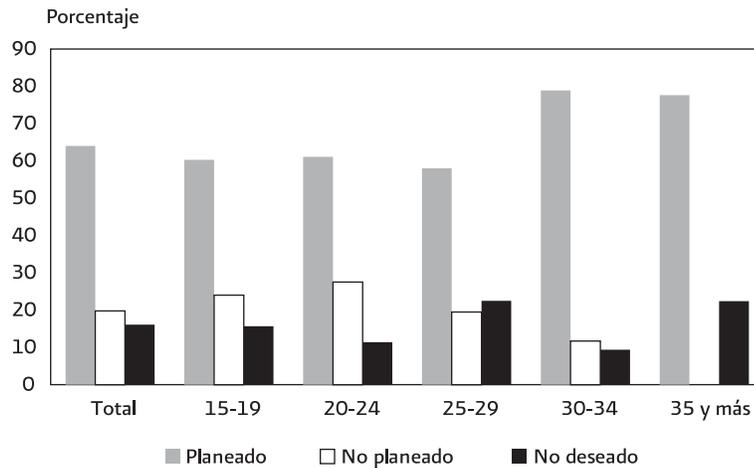
### Indicadores:

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

En 2009, el 64.0 por ciento de las MEF de Sinaloa que se encontraba embarazada al momento de la encuesta se clasifica en la categoría de embarazo planeado, 19.8 por ciento como embarazo no planeado y 16.1 por ciento como embarazo no deseado; al comparar con los porcentajes a nivel nacional (66.6 planeado, 20.0 no planeado y 13.4 no deseado) se observa que las MEF de esta entidad tienen un menor porcentaje de embarazos no deseados y casi igual de embarazos planeados y no planeados (véase cuadro A.6 del Anexo). Pero los niveles más altos de embarazo no planeado se ubican en mujeres jóvenes, con 27.5 por ciento, y en las adolescentes, con 24.0 por ciento, mientras que el mayor porcentaje de embarazo no deseado se localizó en el grupo de 25 a 29 años, con 22.5.

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

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



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

## 5. Anticoncepción

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

### 5.1 Conocimiento de métodos anticonceptivos

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

#### Indicadores:

- *Porcentaje de MEF que declara conocer métodos anticonceptivos específicos.* Se calcula como el cociente de las mujeres que declararon conocer de forma espontánea o con ayuda (conocimiento total) un método anticonceptivo específico, entre las mujeres entrevistadas, multiplicado por cien.
- *Porcentaje de MEF que conoce al menos un método anticonceptivo.* Se calcula como el cociente de las mujeres que declararon conocer de forma espontánea o con ayuda al menos un método anticonceptivo, cualquiera que éste fuera, entre el total de mujeres, multiplicado por cien.

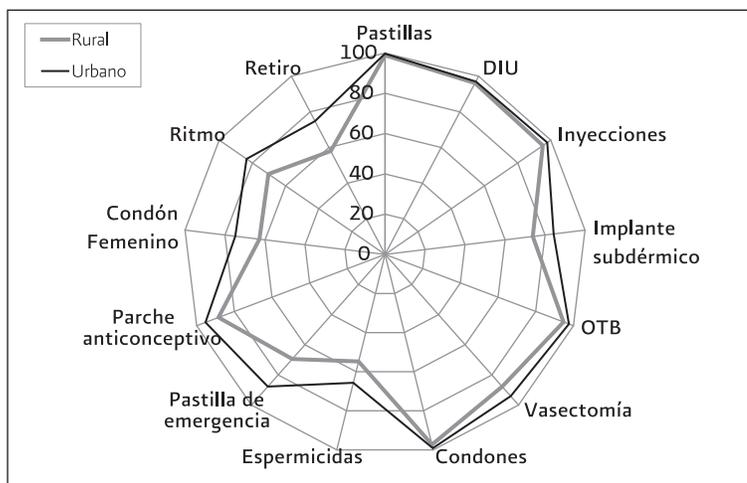
- *Porcentaje de MEF que no conoce método anticonceptivo alguno.* Se calcula como el cociente de las mujeres que de forma espontánea o con ayuda declararon no conocer método anticonceptivo alguno, entre el total de mujeres, multiplicado por cien.<sup>9</sup>

Entre 1997 y 2009 se aprecia un aumento en el conocimiento espontáneo y con ayuda de casi todos los métodos. Según la última encuesta, el 92.5 por ciento o más de las MEF en Sinaloa reconoce las pastillas, el DIU, las inyecciones, la OTB, la vasectomía, el condón masculino y el parche anticonceptivo (véase cuadro A.7 del Anexo); estos niveles de conocimiento son superiores a los registrados en el país (90 por ciento o más).

En un segundo plano se identifica a las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE), con 83.2 por ciento de conocimiento. Los menores porcentajes prevalecen en el implante subdérmico, los espermicidas, el condón femenino y los métodos tradicionales (ritmo, con 80.3, y retiro, con 70.7).

Según el lugar de residencia de las mujeres, se distingue también un aumento en el conocimiento de anticonceptivos en áreas rurales y sólo con algunas excepciones también en las urbanas, cuya dinámica ha redundado en una disminución de la brecha rural-urbana, entre 1997 y 2009, en la mayoría de los métodos (véanse cuadro A.8 del Anexo y gráfica 17). Sin embargo, aún en 2009, el nivel de conocimiento del implante subdérmico, el condón femenino y los métodos tradicionales es el más bajo entre todos los métodos.

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

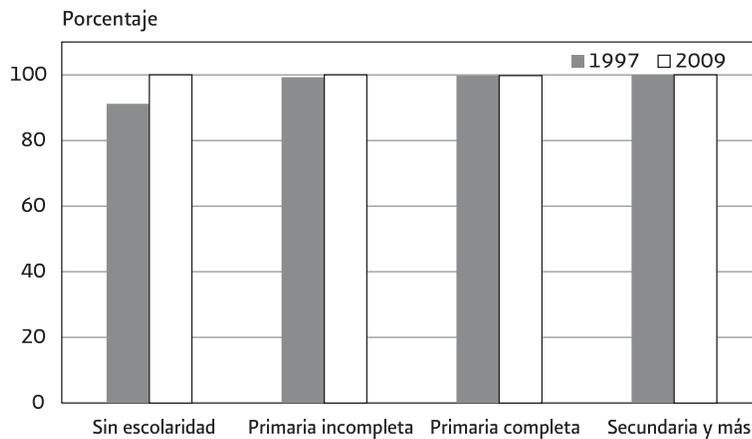


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

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

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

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

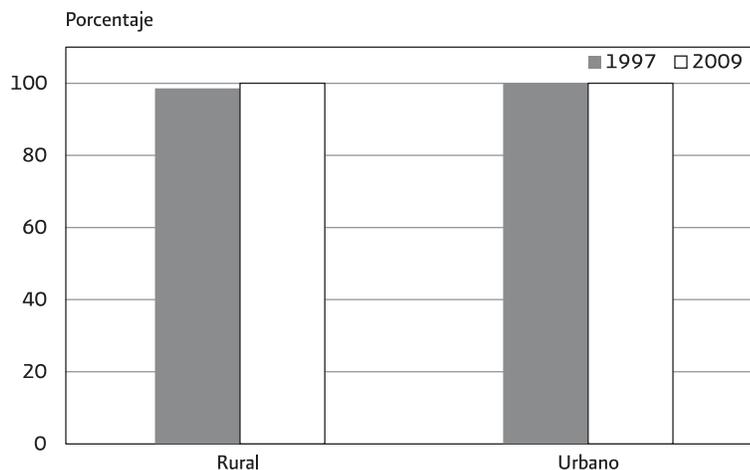


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

Por otra parte, el porcentaje de las MEF que conoce de forma espontánea y con ayuda al menos un método anticonceptivo, cualquiera que éste sea, es un indicador que por su propia construcción aumenta el nivel de conocimiento, en este caso, de 99.6 por ciento en 1997 a 100 por ciento en 2009. Pero su principal utilidad radica en que mediante un solo dato permite observar diferencias según subgrupos de la población.

Se constata que, en Sinaloa, la totalidad de las mujeres ya conocía al menos un método anticonceptivo desde 1997, independientemente del grupo de pertenencia según la edad, la situación conyugal, el número de hijos nacidos vivos, la escolaridad y el lugar de residencia (véase cuadro A.9 del Anexo y gráfica 18A.).

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



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

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

En consecuencia, la contraparte del conocimiento de al menos un anticonceptivo, es decir, el porcentaje de MEF que no conoce método alguno, era de 0.4 en 1997 y 0.0 en 2009; y se observa una disminución y permanencia a niveles bajos en la gran mayoría de los subgrupos definidos por las categorías de variables sociodemográficas (véase cuadro A.10 del Anexo).

## 5.2 Inicio del uso de los anticonceptivos

### Indicador:

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

Las mujeres de 25 a 34 años muestran un retraso en la edad de primer uso de métodos anticonceptivos, de 21.7 a 23.3 años, y en el grupo de 35 a 49, de 23.6 a 24.3 años (véase cuadro 7). Ello, sin duda tiene que ver con las diferencias en las expectativas reproductivas de las mujeres, que moldean el inicio y la modalidad anticonceptiva elegida y adoptada.

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

Generación	Cuartiles		
	25%	50%	75%
<b>1997</b>			
25-34	19.3	21.7	24.3
35-49	20.9	23.6	27.3
<b>2009</b>			
25-34	19.9	23.3	26.1
35-49	20.5	24.3	29.5

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

En general, el comportamiento en torno al inicio de la práctica anticonceptiva en Sinaloa es similar al registrado en el contexto nacional, con 22.5 y 24.0 años como edades medianas entre mujeres de 25 a 34 años.

### 5.3 Prevalencia anticonceptiva en mujeres unidas

#### Indicadores:

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

La cobertura anticonceptiva es un indicador que resume diferentes procesos de selección, adopción y continuidad con que se usan los métodos en una población, y se asocia con la eficiencia de los programas y acciones de planificación familiar.

En Sinaloa, la cobertura anticonceptiva se estimó en 77.4 por ciento en 1997 y en 79.8 por ciento en 2009. Este último dato es apenas mayor al promedio de estados en *situación muy favorable* (al que pertenece), que es de 79.4 por ciento, al registrado a nivel nacional (72.5%) y, en consecuencia, a la meta establecida en el PNP para el 2012, de 75 por ciento.

La evolución de la prevalencia anticonceptiva se relaciona con una distinta participación de las mujeres por el grupo de pertenencia, en función de características sociodemográficas presentes, que las condiciona de forma diferente para acceder al uso de los anticonceptivos (véase cuadro A.11 del Anexo). Según la edad, por ejemplo, el uso de anticonceptivos entre 1997 y 2009 disminuyó en las adolescentes, de 55.4 a 50.5 por ciento, y aumentó en las jóvenes, de 60.2 a 71.6, generando una reducción de 4.8 a 21.1 puntos porcentuales en la brecha que separa a ambos grupos de edad. Esto revela un cierto avance, pero con la necesidad de continuar fortaleciendo el acceso y disponibilidad de los anticonceptivos en el grupo de las adolescentes.

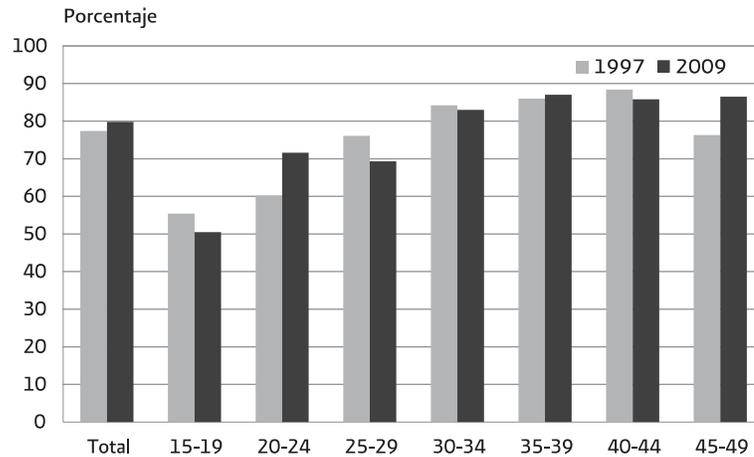
Por otra parte, la cobertura se mantuvo constante en los grupos de 25 a 29 y de 30 a 34 años, descendió en el de 35 a 39 años, y aumentó de manera importante entre las mujeres de 40 y 49 años (véase gráfica 19A).

El número de hijos nacidos vivos sugiere también diferencias importantes en el uso de métodos. Si bien las mujeres unidas con paridad cero aumentaron su cobertura, de 14.1 por ciento en 1997 a 17.8 por ciento en 2009, su nivel es aún muy bajo, lo cual es indicativo de una baja prevención de la llegada del primer hijo.

En las mujeres con paridad uno el uso de métodos se incrementó en el lapso de los 12 años, de 60.8 a 63.9 por ciento; a partir de la paridad dos, que se asocia con la planeación de tres o más hijos, el uso de la anticoncepción se eleva en 2009, al grado de que a partir de la paridad tres alcanza un 85.8 por

<sup>10</sup> Este indicador forma parte del PNP 2008-2012 y del PPFA 2007-2012.

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

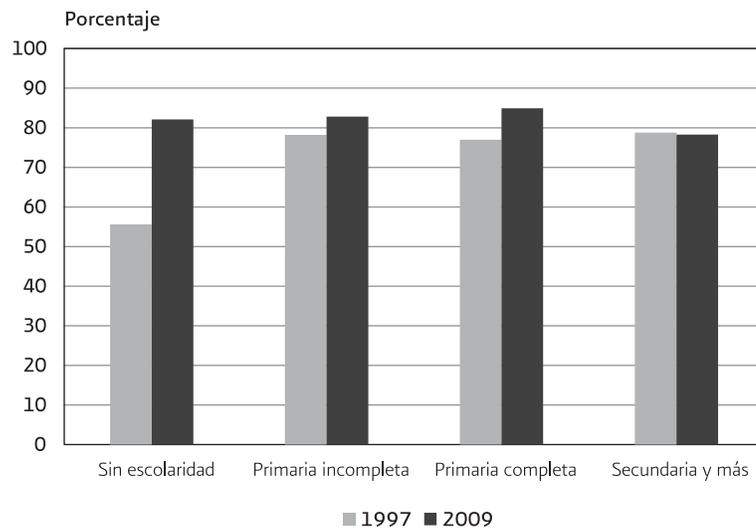


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

ciento. Es muy probable que dicha situación esté asociada con expectativas reproductivas de paridad satisfecha, que se vincula con el uso de anticonceptivos definitivos (véase cuadro A.11 del Anexo).

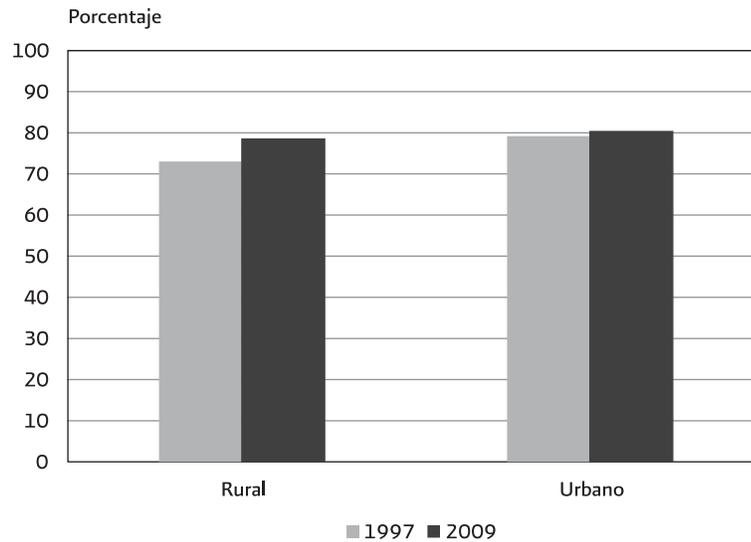
Respecto al nivel escolar, la cobertura anticonceptiva se incrementó en las mujeres sin escolaridad, con algún grado de primaria y en aquellas con primaria completa (véase gráfica 19B).

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



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

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



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

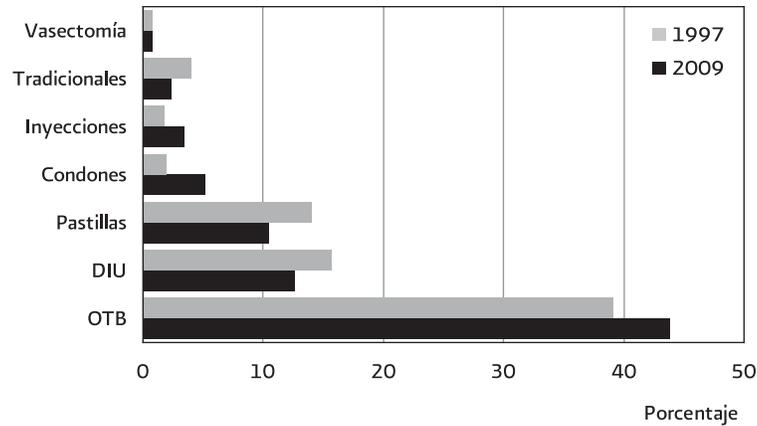
Además de la edad, el lugar de residencia es también una variable estratégica de las acciones de salud reproductiva. Concretamente, se busca acortar la distancia en el uso de anticonceptivos entre zonas rurales y urbanas. Así, el uso de métodos se incrementó un poco más en las áreas rurales, de 73.0 a 78.5 por ciento entre 1997 y 2009, comparado con el cambio de 79.2 a 80.3 por ciento en las áreas urbanas (véase gráfica 19C). En consecuencia, la brecha entre los dos ámbitos se redujo de 6.2 a 1.8 puntos porcentuales.

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

Resulta interesante analizar el comportamiento de los componentes de la cobertura global y las coberturas específicas por cada método (véase cuadro A.12 del Anexo). Una característica distintiva de dichas coberturas en Sinaloa es un aumento en la OTB de 39.1 a 43.8 por ciento. Otros métodos incrementaron también su prevalencia, las inyecciones pasaron de 1.8 a 3.4 por ciento, y los condones masculinos de 2.0 a 5.2 por ciento. En contraste, disminuyó la cobertura anticonceptiva de las pastillas, el DIU y los métodos tradicionales (véase gráfica 20).

Por último, en 2009, se observa la presencia de “nuevos” métodos como opciones anticonceptivas de la planificación familiar, por ejemplo, el implante subdérmico aparece con una prevalencia de 0.8 por ciento y el parche anticonceptivo, con 0.3 por ciento.

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



Nota: Los siguientes valores no aparecen por ser imperceptibles en la gráfica: Implante subdérmico (0.0% en 1997 y 0.8 en 2009), Parche anticonceptivo (0.0 y 0.3%, respectivamente). Por otra parte, la anticoncepción de emergencia, el parche anticonceptivo y el condón femenino no cuentan con información para 1997.

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

#### 5.4 Uso de anticonceptivos según condición de actividad sexual

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

En Sinaloa, la cobertura anticonceptiva de las mujeres en edad fértil sexualmente activas que tuvieron relaciones sexuales en el último mes (MEFSA) es de 80.8 por ciento, superior al dato nacional, de 76.6 por ciento. El complemento de la condición de uso de anticonceptivos para las MEFSA es de 10.9 por ciento de usuarias que discontinuaron el uso y 8.4 por ciento nunca usuarias de métodos (véase cuadro A.13 del Anexo).

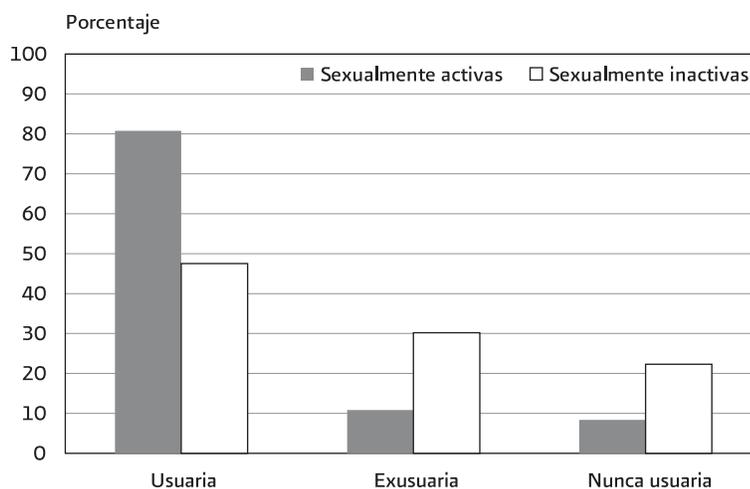
En las mujeres que ya han tenido relaciones sexuales, pero que no son sexualmente activas, es decir, que tuvieron su último encuentro sexual más de un mes previo al levantamiento de la encuesta, denominadas aquí como MEFSI, la prevalencia de uso disminuye a 47.5 por ciento; 30.2 y 22.3 por ciento son usuarias que discontinuaron el uso y nunca usuarias, respectivamente (véase gráfica 21).

Esa consideración es particularmente importante para las MEFSA adolescentes y jóvenes que, si bien se incorporan a la práctica anticonceptiva con mayor frecuencia e intensidad con prevalencias de 55.8 y 75.0 por ciento, respectivamente, cuando son MEFSI recurren poco a la anticoncepción, con una prevalencia de 21.6 y 26.5 por ciento para las adolescentes y las jóvenes, respectivamente.

De esta manera, se percibe un relativo bajo uso de la anticoncepción en situaciones de vida sexual inactiva en la mayoría de los subgrupos de mujeres, según las categorías de variables sociodemográficas a las que pertenecen (véase cuadro A.14 del Anexo).

Gráfica 21.

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



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

## 5.5 Cambios en la mezcla de métodos anticonceptivos

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

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

### Indicadores:

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

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

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

En 1997, los métodos anticonceptivos más utilizados por mujer en edad fértil en Sinaloa son: la OTB, el DIU, las pastillas, los métodos tradicionales y el condón masculino, que, en términos relativos, conformaban 96.7 por ciento de las usuarias. En 2009, los cinco más importantes representaron el 94.7 por ciento y son: la OTB, el DIU, las pastillas, el condón masculino y las inyecciones (véase cuadro A.15 del Anexo).

El hecho de que haya disminuido el aporte conjunto de los cinco métodos más importantes es síntoma de que se han ampliado la gama de anticonceptivos existente en 2009 respecto de 12 años atrás. Ahora el implante subdérmico aparece con una importancia relativa de 1.1 por ciento, así como el parche anticonceptivo, con 0.4 por ciento, y ya tienen presencia las PAE con 0.2 por ciento. Desde esta perspectiva, puede interpretarse como una mejora en cuanto al acceso a una mayor variedad de anticonceptivos.

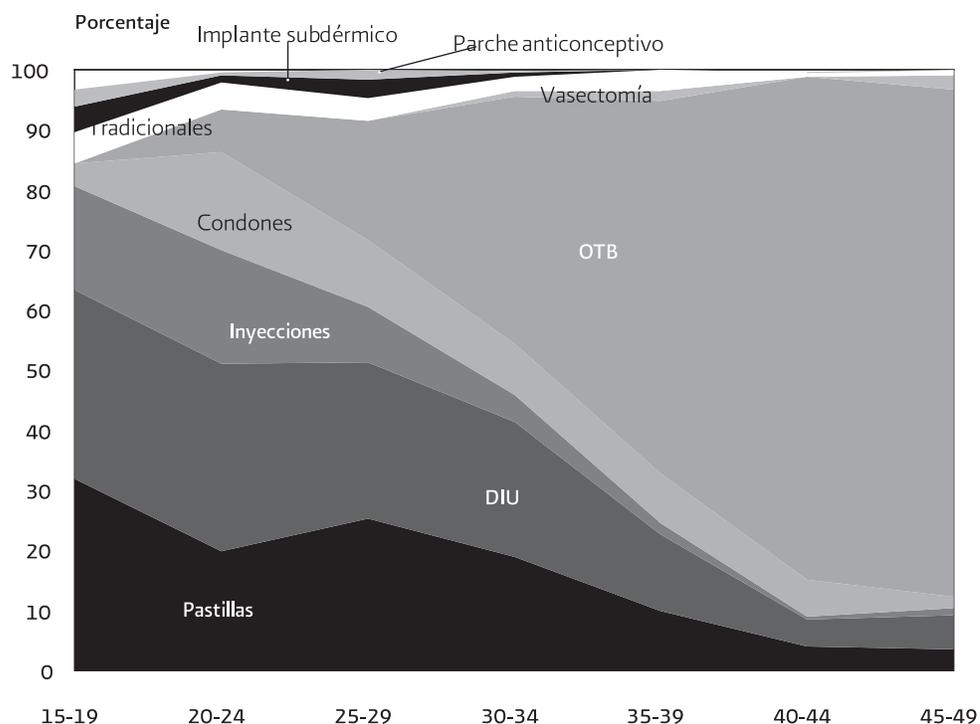
La evolución en la mezcla de métodos se acompañó de un incremento en el peso relativo de la OTB, de 51.8 a 54.8 por ciento, en las inyecciones, que actualmente representan un 4.9 por ciento, el condón masculino, que triplicó su importancia al pasar de 2.3 a 7.2 por ciento en los dos años analizados y el implante subdérmico que representa 1.1 por ciento en 2009; mientras que disminuyeron su importancia el DIU, las pastillas y los métodos tradicionales. Esta transición motivó un pequeño aumento en la efectividad anticonceptiva promedio, que pasó de 96.9 por ciento en 1997 a 97.0 por ciento en 2009, y un aumento de la participación masculina en la planificación familiar, de 8.4 a 10.7 por ciento por efecto del incremento notable en el aporte relativo del condón masculino.

Sinaloa se identifica con la estructura de métodos del patrón nacional, que es el resultado del conjunto de condiciones diferentes asociadas con la adopción y uso subsecuente de los anticonceptivos en distintos contextos geográficos, socioculturales y de la oferta de los servicios. Este es un patrón deseable en tanto se satisfagan las características de la demanda, sobre todo en el marco del poder ejercer a plenitud los derechos sexuales y reproductivos.

En las mujeres sexualmente activas, la estructura de métodos cambia según la edad. Mientras que en las adolescentes sexualmente activas las pastillas son el más importante en términos relativos, seguido por el DIU y las inyecciones, que en conjunto conforman 80.6 por ciento de las usuarias, en las jóvenes de 20 a 24 predominan el DIU, las inyecciones y las pastillas, pero con un 69.9 por ciento en conjunto; y en las de 25 a 29 aparecen con mayor relevancia la OTB, las pastillas y DIU que sumados representan el 71.2 por ciento de las usuarias. En general, en los grupos restantes, la OTB predomina en importancia relativa, seguida de las pastillas y las inyecciones, pero en el grupo de 35 a 39 años, la OTB, las pastillas y el DIU agrupan a 84.9 por ciento de las usuarias (véanse cuadro A.16 del Anexo y gráfica 22).

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

**Gráfica 22.**  
**Sinaloa. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil sexualmente activas por grupos de edad, según tipo de método anticonceptivo que usan actualmente, 2009**



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

Mientras tanto el escenario de la mezcla de métodos que usan las mujeres en edad fértil unidas según la paridad o número de hijos nacidos vivos también muestra alguna modificación en su evolución, principalmente por el cambio en el papel de los métodos tradicionales, que en 1997 ocupaban el primer lugar en peso relativo en las usuarias de paridad cero y el tercero en las de paridad uno. Doce años después, esos sitios son ocupados por el condón masculino en el primer caso, y por las inyecciones en el segundo. Adicionalmente, según datos de la ENADID 2009, las pastillas, los métodos tradicionales y el condón masculino, son los métodos primordiales en el grupo de mujeres usuarias sin hijos, representando 76.3 por ciento; el DIU y las pastillas son los más importantes en las mujeres con paridad uno, la OTB seguida por el DIU son los más utilizados en aquellas con dos y tres hijos. A partir de la paridad dos, la OTB predomina en importancia relativa, seguida del DIU; ambos métodos representan 86.1 por ciento de las usuarias con tres hijos nacidos vivos y 91.9 por ciento en el caso de mujeres con 4 hijos y más (véase cuadro A.17 del Anexo).

Por lugar de residencia, la estructura en el uso de los anticonceptivos evolucionó de forma más o menos equivalente a lo descrito previamente para el estado en su conjunto, es decir, se observa un aumento en la importancia relativa de las inyecciones, los condones y la OTB, tanto en áreas rurales como en urbanas, simultáneo a un descenso de las pastillas y el DIU (véase cuadro A.18 del Anexo).

## 5.6 Lugar de obtención de los anticonceptivos

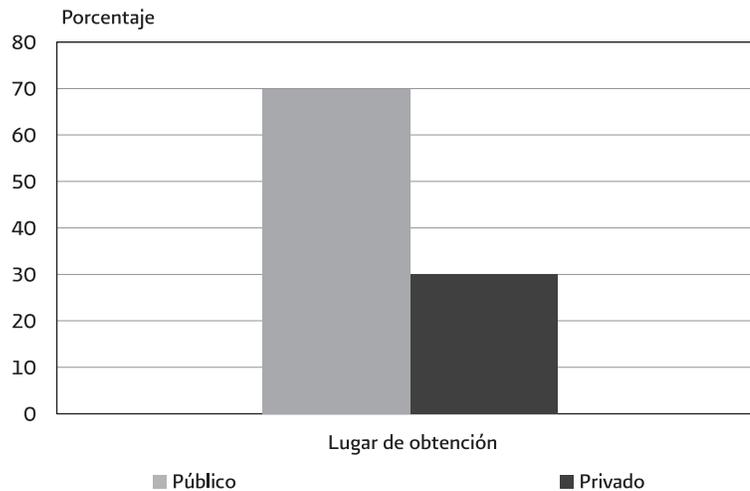
El análisis de las fuentes de obtención de los anticonceptivos identifica a las instituciones, lugares o personas proveedoras de los métodos. Su actualización da cuenta del fortalecimiento de algunas instituciones como proveedoras, en detrimento de otras. En este sentido, y dada la gratuidad de los servicios anticonceptivos en las instituciones públicas de salud, el análisis permite conocer qué tanto se cumple con este mandato de Ley o, en su defecto, las posibles condiciones de falta de acceso y disponibilidad de los anticonceptivos.

### Indicador:

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

El 69.9 por ciento de las usuarias del estado de Sinaloa se provee de los anticonceptivos en el sector público, según la ENADID 2009, es decir, 4.0 puntos porcentuales más que el estimado a nivel nacional, de 65.9 por ciento (véanse cuadro A.19 del Anexo y gráfica 23A). El resto, 30.1 por ciento de las usuarias, acude al sector privado.

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

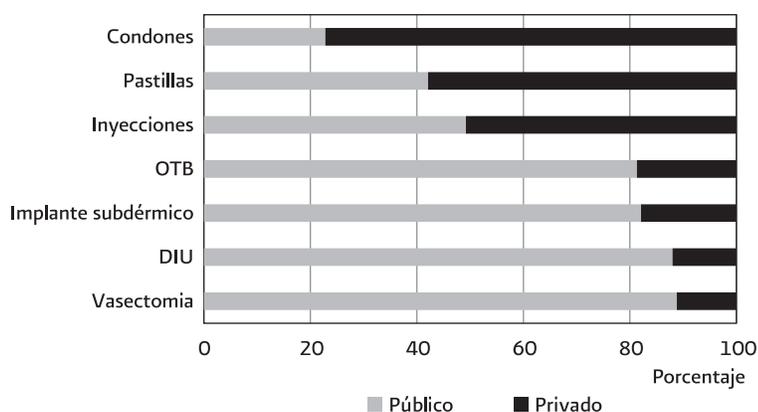


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009.

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

Sin embargo, al analizar los datos por método específico, se observa que la mayoría de las usuarias recurre al sector público para conseguir la OTB, la vasectomía, el DIU, el condón femenino y el implante subdérmico. En tanto que 18.7 por ciento de las usuarias de OTB, 11.2 por ciento de aquellos que adoptan la vasectomía, 12.0 por ciento de las usuarias del DIU, y 17.9 por ciento de las mujeres que usan el implante subdérmico, acuden al sector privado, al igual que la totalidad de quienes utilizan PAE y parches anticonceptivos (véase gráfica 23B). De esta magnitud es el reto de las instituciones públicas de salud de Sinaloa para satisfacer la demanda de anticonceptivos, a fin de que la población disponga de los métodos que elija para regular su fecundidad.

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



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

## 5.7 Anticoncepción posparto

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

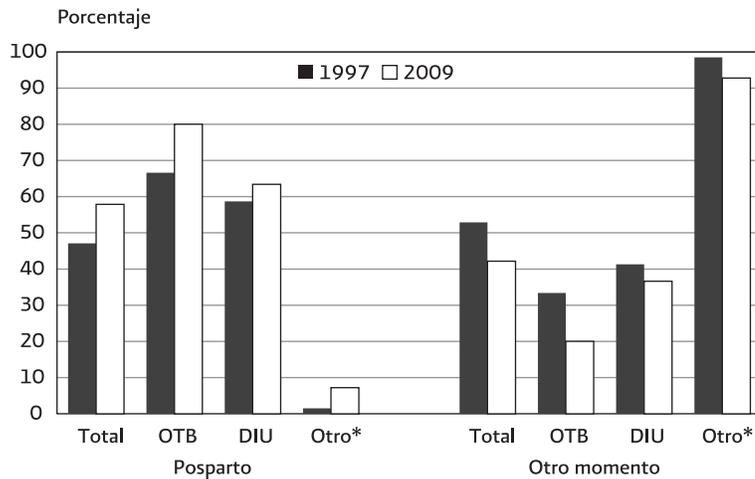
### Indicadores:

- *Porcentaje de MEF, usuarias de métodos anticonceptivos, que inició el uso del método en el posparto.* Se considera que una mujer adoptó un método en el posparto, cuando inició el uso de un método moderno en el mes y año en el que ocurrió el nacimiento de su último hijo nacido vivo.
- *Porcentaje de MEF, usuarias de métodos anticonceptivos, que inició el uso del método en otro momento.* Este indicador se construye como complemento del anterior, es decir, se refiere al porcentaje de usuarias que inició el uso del método en un momento posterior al posparto.

La decisión sobre el momento de adopción de la anticoncepción ha cambiado en las mujeres de Sinaloa en los últimos 12 años. En 1997, el 47.1 por ciento de las usuarias adoptaba el método en el posparto, y el complemento, 52.9 por ciento, lo hacía después éste, asociado con los intervalos protogenésico e intergenésicos. En tanto, en 2009 la relación se invierte, 57.9 por ciento de las usuarias inició el uso del anticonceptivo durante el posparto y 42.1 por ciento, después. Con este escenario, Sinaloa presenta un nivel un poco menor de cobertura de inicio de la anticoncepción en el posparto que el promedio de estados del patrón al que corresponde (*situación muy favorable*), que fue de 58.2 por ciento, y también que el registrado en el país, de 58.7 por ciento.

De la misma forma, se observa un incremento de uso durante el posparto al considerar los métodos específicos, y una disminución en el uso posterior al mismo. Este cambio ha llevado a que, en 2009, el 80.0 por ciento de usuarias de OTB, 63.4 por ciento de usuarias de DIU, y 7.2 por ciento de usuarias de otros métodos, adopten el uso durante el posparto (véanse cuadro A.21 del Anexo y gráfica 24).

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



Nota: \* Pastillas, inyecciones, implante subdérmico, parche anticonceptivo, condón femenino, condón masculino, anticoncepción de emergencia y métodos tradicionales.  
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 1997 y 2009.

## 6. Necesidad Insatisfecha de Anticonceptivos (NIA)

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

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

## 6.1 Nunca uso de anticonceptivos

### Indicadores:

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

El nivel de nunca uso de anticonceptivos en Sinaloa se mantuvo tanto en 1997 como en 2009 en 8.4 por ciento. Dado que el uso se incrementó en 2.4 puntos en ese periodo, se infiere que la discontinuidad en el uso de métodos anticonceptivos<sup>14</sup> aumentó en dicha cantidad.

El nunca uso ha evolucionado de forma diferente en el lapso de 12 años según el grupo al que pertenecen las mujeres en función de las categorías de variables sociodemográficas (véase cuadro A.22 del Anexo). En las adolescentes, por ejemplo, se redujo en 4.1 puntos, al pasar de 33.0 a 37.1 por ciento, y dado que el uso de anticonceptivos se mantuvo sin cambio, entonces la discontinuidad decreció en 4.1 puntos porcentuales.

Los mayores niveles del no uso prevalecen en las mujeres unidas con paridad cero (55.2%), en las adolescentes (37.1%), asociado probablemente con el deseo de hijos, pero también en las de primaria incompleta (9.1%); en este último grupo es posible que el nunca uso se explique por problemas de falta de acceso a los anticonceptivos.

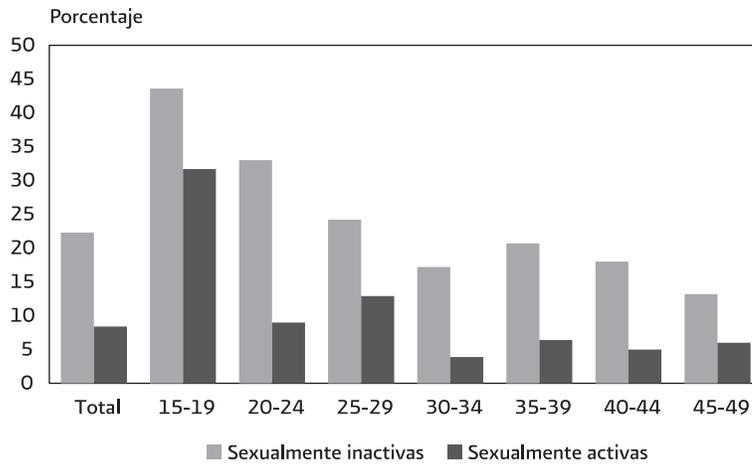
Con la intención de ofrecer información más cercana sobre el grado de exposición al riesgo de embarazo por la falta de protección anticonceptiva, se estimaron los porcentajes de nunca uso según la frecuencia de relaciones sexuales de las mujeres. Según la ENADID 2009, el 8.4 por ciento de las sexualmente activas nunca ha usado anticonceptivos, dato que aumenta a 22.3 por ciento en las que han tenido relaciones sexuales, pero no en el último mes (véase cuadro A.23 del Anexo).

Existen diferencias importantes según variables sociodemográficas. En general, el nunca uso decrece conforme aumenta la edad, hasta los 30 a 34 años, cuando se trata de mujeres sexualmente activas (véase gráfica 25A). Por la exposición latente al riesgo de embarazos, particularmente no deseados y no planeados, preocupa el hecho de que 22.3 por ciento de las MEFSA adolescentes, así como 43.6 y 33.0 por ciento de las MEFSI adolescentes y jóvenes, nunca han utilizado anticonceptivos.

De hecho, los porcentajes de nunca uso son considerables en situaciones de vida sexual inactiva. Es decir, ante escenarios de una vida sexual esporádica, las mujeres bien pudieran estar expuestas a embarazos no esperados, sobre todo si se toma en cuenta el ambiente espontáneo en que frecuentemente ocurren los encuentros sexuales.

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

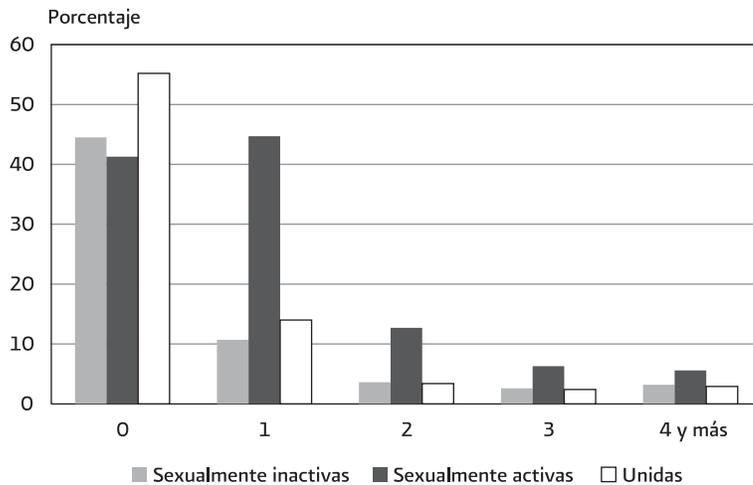
**Gráfica 25A.**  
**Sinaloa. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas y sexualmente inactivas que nunca ha usado métodos anticonceptivos por grupos quinquenales de edad, 2009**



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

El comportamiento del nunca uso según la paridad es parecido al observado según la edad, dado que estas variables se correlacionan de forma directa, de modo que a mayor número de hijos disminuye el nunca uso (véase gráfica 25B). Los datos más altos se aprecian en la categoría de MEFSA con paridad cero (44.5%), así como en las MEFSI de paridad cero y uno (41.3% y 44.7%, respectivamente).

**Gráfica 25B.**  
**Sinaloa. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas y sexualmente inactivas que nunca ha usado métodos anticonceptivos por paridez, 2009**



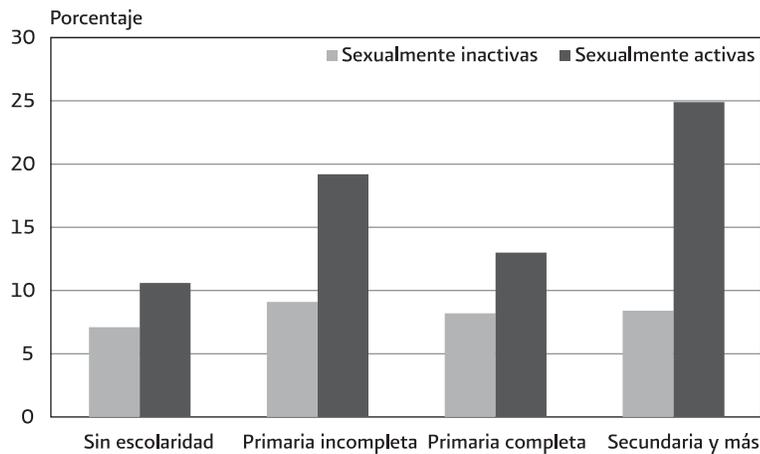
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009

Estos niveles de nunca uso bien pudieran ser reflejo de condiciones de deseo del primogénito o incluso de un segundo hijo.

El nivel de escolaridad alcanzado por las mujeres hasta el momento de la encuesta se asocia con menores porcentajes de nunca uso de la anticoncepción, con excepción de las MEFSA con primaria incompleta y las MEFSI con secundaria o más (véase gráfica 25C). El diferencial es de tal magnitud que mientras 9.1 por ciento de las MEFSA con primaria incompleta nunca ha usado métodos, en las de secundaria y más es de 8.4 por ciento. En tanto que las MEFSI con primaria incompleta representan 19.2 por ciento, en comparación con las MEFSI con secundaria y más, que concentran 24.9 por ciento.

**Gráfica 25C.**

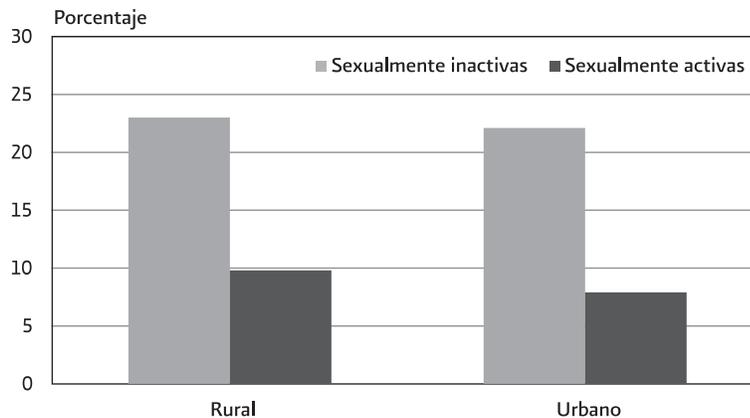
**Sinaloa. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas y sexualmente inactivas que nunca ha usado métodos anticonceptivos por nivel de escolaridad, 2009**



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

**Gráfica 25D.**

**Sinaloa. Porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas y sexualmente inactivas que nunca ha usado métodos anticonceptivos por tamaño de localidad de residencia, 2009**



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

Por lugar de residencia, se observa una diferencia notable de nunca uso de anticoncepción entre las MEFSA y las MEFSI. Así, las MEFSA que viven en localidades menores de 2 500 habitantes representan 9.8 por ciento, en tanto que las residentes en áreas urbanas, el 7.9 por ciento. Estos datos aumentan a 23.0 y 22.1 por ciento entre las MEFSI, respectivamente (véase gráfica 25D).

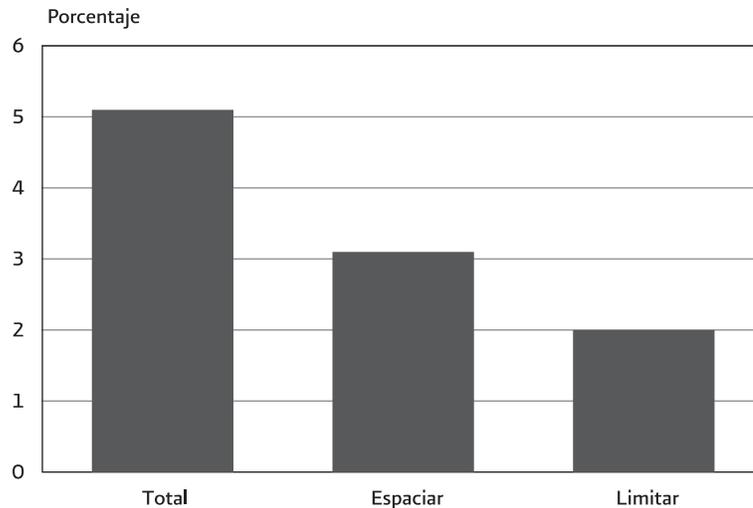
## 6.2 Necesidad insatisfecha en el uso de anticonceptivos

### Indicador:

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

La NIA en Sinaloa ha alcanzado un nivel de 5.1 por ciento en 2009,<sup>17</sup> donde se observa además una demanda insatisfecha para espaciar y limitar de 3.1 y 2.0 por ciento, respectivamente (véanse gráfica 26 y cuadro A.24 del Anexo).

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



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

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

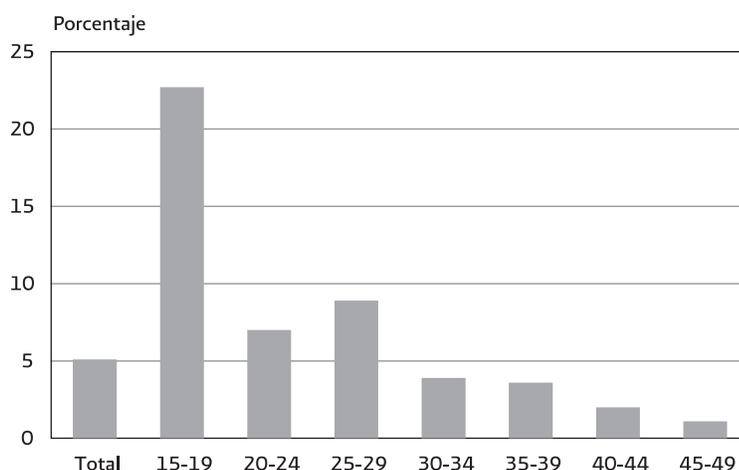
<sup>16</sup> Este indicador forma parte del PNP 2008-2012 y del PPFA 2007-2012 en cuanto a metas para las entidades federativas que al inicio del sexenio presentaban considerables niveles del indicador, así como del PSSRA 2007-2012, por la alta demanda insatisfecha prevaliente en adolescentes.

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

Actualmente, la NIA de la entidad es menor a la del país, de 9.8 por ciento, y al promedio de estados a cuyo patrón corresponde, *situación muy favorable*, de 5.2 por ciento.

Las mayores necesidades insatisfechas prevalecen entre los 15 y 29 años, sobre todo para espaciar los embarazos. En las adolescentes, por ejemplo, la NIA alcanzó 22.7 por ciento, siendo la más elevada de todos los subgrupos, es más de seis veces que la registrada en 30 a 34 años, que fue de 3.9 por ciento, y veintidós veces mayor que la correspondiente a las mujeres de 45 a 49 años, de 1.1 por ciento (véase gráfica 27A).

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



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009

La NIA de adolescentes de Sinaloa en 2009 es menor a la del promedio de estados en *situación muy favorable*, de 14.2 por ciento, y menor al nivel observado en el contexto nacional, de 24.6 por ciento.

En general, la NIA disminuye conforme aumenta la edad de la mujer, comportamiento que presentan los grupos de 20 a 24 y 25 a 29 años con niveles todavía elevados de demanda insatisfecha, de 22.7 y 7.0 por ciento, respectivamente.

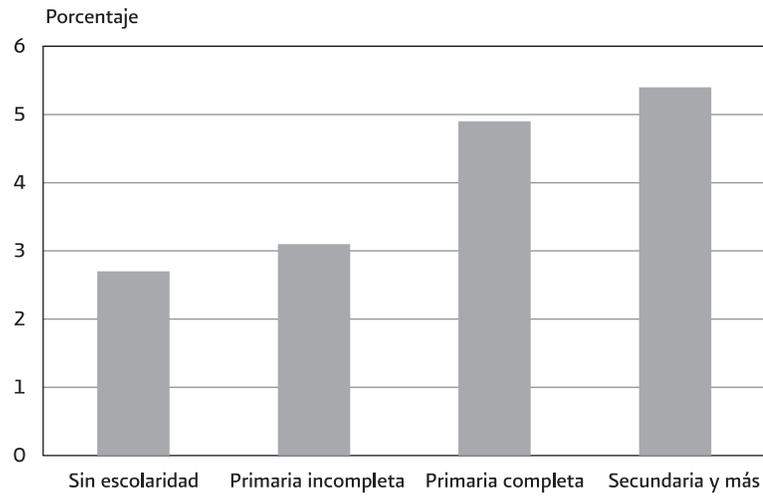
Con respecto a la paridez, se observa una demanda insatisfecha relativamente alta en el grupo de mujeres que no han tenido hijos, de 15.8 por ciento, y en aquellas con un hijo es de 8.6 por ciento, principalmente porque desean espaciar la llegada del segundo hijo.

La escolaridad muestra todavía niveles altos en la NIA de los grupos de mujeres con primaria incompleta y primaria completa, con valores de 3.1 y 4.9 por ciento, respectivamente. De esta forma, mientras que las mujeres con primaria incompleta presentan una NIA de 3.1 por ciento, en las de secundaria y más el dato es 5.4 por ciento (véase gráfica 27B).

En 2009, en las zonas rurales la NIA fue de 5.3 y en las urbanas de 5.1 por ciento, generándose una brecha de 0.2 puntos porcentuales entre los dos ámbitos (véase gráfica 27C). En este sentido, el reto

**Gráfica 27B.**

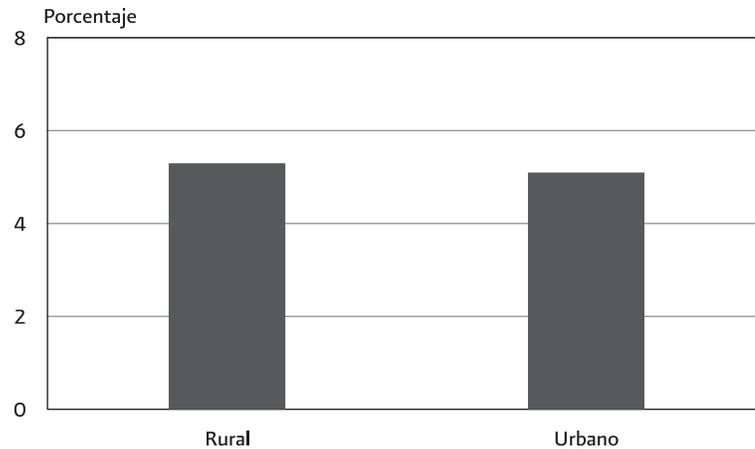
**Sinaloa. Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas por nivel de escolaridad, 2009**



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

**Gráfica 27C.**

**Sinaloa. Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas por tamaño de localidad de residencia, 2009**



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

de las acciones programáticas de salud reproductiva es disminuir la NIA para espaciar el número de hijos en localidades menores a 2 500 habitantes, y la NIA para espaciar y limitar en las zonas urbanas.

Se hace la acotación de que la NIA rural de 2009 de la entidad es menor que la del promedio del patrón de estados en *situación muy favorable* de salud reproductiva, de 5.2 por ciento, y también que el dato nacional, de 15.9 por ciento.

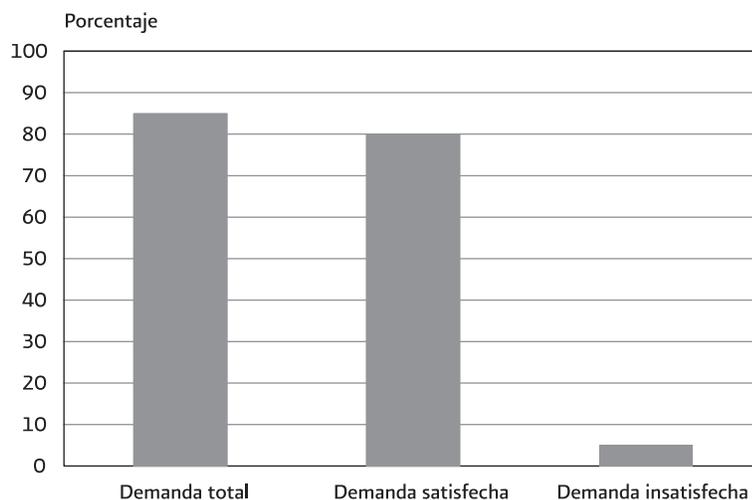
### 6.3 Demanda total de anticonceptivos

#### Indicadores:

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

La demanda total de anticonceptivos es el resultado del balance de la demanda satisfecha o demanda efectiva y la demanda insatisfecha. En 2009, como resultado de una disminución importante en la demanda insatisfecha, y un aumento en la prevalencia anticonceptiva, la demanda total fue de 84.9 por ciento (véase gráfica 28).

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



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

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

## 7. Salud materna

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

desarrollo del embarazo y culminación del parto, con importantes consecuencias para la salud de la madre y su descendencia.

### 7.1 Mortalidad materna

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

#### Indicador:

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

En Sinaloa, la RMM alcanzó el valor de 42.2 defunciones maternas por cien mil nacimientos estimados en 2009, que está por abajo del promedio de los estados en *situación muy favorable* de salud reproductiva, que fue de 40.9, y también del promedio nacional, de 62.2.

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

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

### 7.2 Aborto

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

#### Indicador:

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

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

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

Entre 1997 y 2009, este indicador descendió en Sinaloa de 19.6 a 16.1 por ciento, respectivamente (véase cuadro 8). Desde esta perspectiva, el dato de la entidad para 2009 es menor al del país, que fue de 17.7 por ciento.

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

Año	Con al menos un aborto
1997	19.6
2009	16.1

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

### 7.3 Atención prenatal

La atención prenatal contribuye a que las mujeres puedan cursar embarazos y partos seguros. Sin embargo, la efectividad de la atención prenatal varía según la edad gestacional en que se inicia, el número de visitas que se realicen durante el embarazo y la calidad de dicha atención.

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

#### Indicadores:

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

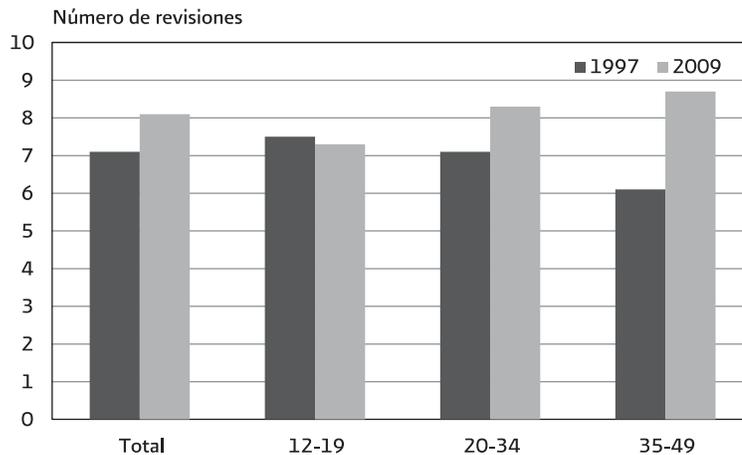
Entre 1997 y 2009, en Sinaloa, la atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo se incrementó de 82.1 a 89.7 por ciento, niveles que son mayores a los del país, de 74.5 y 86.2 por ciento, respectivamente. Y dicho aumento se registró en todos los subgrupos de población, exceptuando en el rango de primaria incompleta, nivel que disminuyó de 72.9 a 67.7 por ciento (véase cuadro A.25 del Anexo). Esta transición ha hecho que la mayoría de los grupos presenten actualmente niveles de atención prenatal de forma oportuna, en más de 80 por ciento de los nacidos vivos.

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

Con respecto al número de revisiones prenatales, la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido establece que la mujer debe recibir un mínimo de cinco consultas prenatales. En el contexto del estado en su conjunto entre 1997 y 2009, el indicador aumentó de 7.1 a 8.1 consultas promedio; esta última cifra es mayor a la del país, de 7.8.

Asimismo, en los diferentes grupos de edad de la madre elevó el número promedio de revisiones prenatales en los últimos 12 años, rebasando hasta en 3.7 revisiones el criterio normativo (véanse cuadro A.26 del anexo y gráfica 29A).

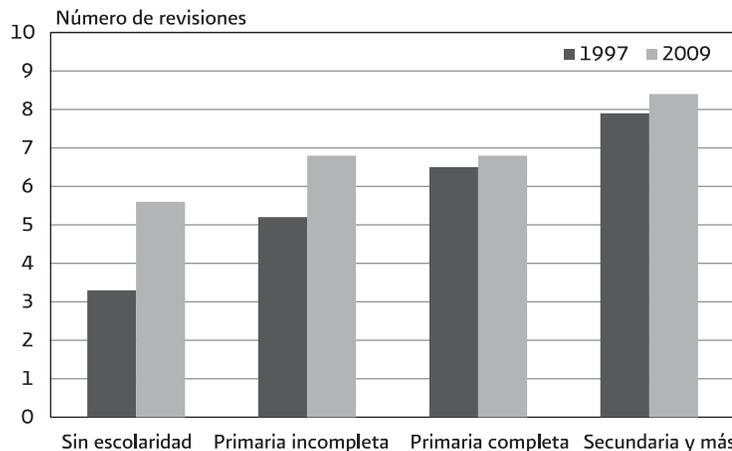
**Gráfica 29A.**  
Sinaloa. Número promedio de revisiones prenatales\* por grupos de edad de la madre, 1997 y 2009



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

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

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



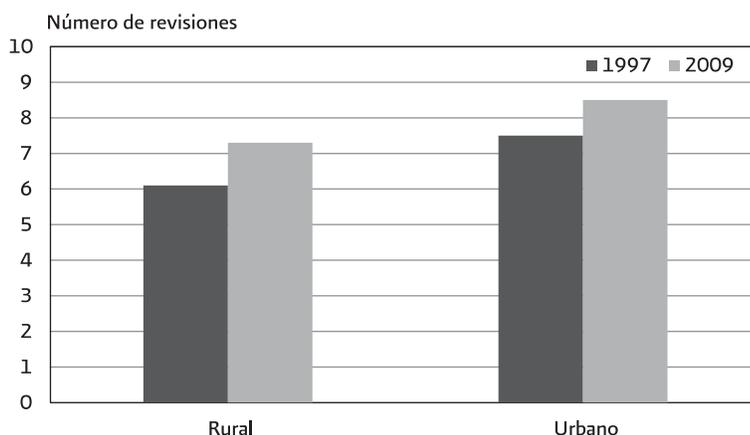
Nota: \* Últimos hijos nacidos vivos ocurridos en los cinco años previos al levantamiento de cada encuesta.

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

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

De acuerdo con el lugar de residencia también se aprecia el aumento en el número de revisiones del embarazo. Tanto en áreas rurales como urbanas en 2009, las mujeres acuden 7.3 y 8.5 veces en promedio, respectivamente (véase gráfica 29C).

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



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

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

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

#### 7.4 Atención del parto

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

##### Indicadores:

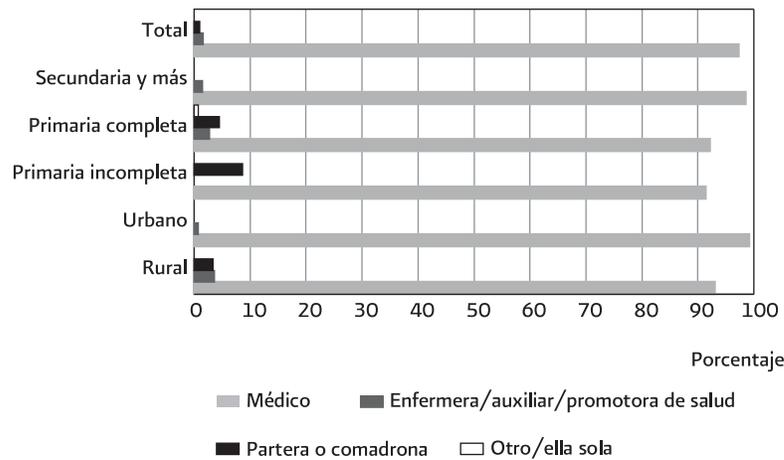
- *Porcentaje de partos atendidos por personal médico.* Se calcula como el porcentaje de últimos nacidos vivos en los cinco años previos a la encuesta, cuyas madres fueron atendidas durante el parto por un médico.

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

En Sinaloa, la atención del parto por el médico pasó de 92.7 por ciento en 1997 a 97.3 por ciento en 2009, datos que rebasan las registradas en el país, de 84.2 y 94.0 por ciento, respectivamente. Por otra parte se observa que a pesar de que 97.0 por ciento o más de las mujeres en los diferentes grupos analizados fue atendida en su último parto por personal médico, las mujeres de mayor edad, de mayor paridad, con primaria incompleta y completa así como las mujeres en zonas rurales no presentan estos niveles (véanse cuadro A.27 del Anexo y gráfica 30). Asimismo, es preciso reconocer y fortalecer el trabajo de las parteras, que todavía están presentes en algunos grupos.

Otro indicador que también provee de información a través de las encuestas es el tipo de parto, sea normal o por cesárea. Con respecto a esta última, cabe señalar que las normas de salud establecen que el límite ideal no debe exceder el 20 por ciento. Sin embargo, esa disposición normativa no se ha cumplido desde el periodo 1994- 1997, ya que el dato para el estado en su conjunto era de 32.9 por ciento para los nacidos vivos, y subió aún más, a 46.1 por ciento, en 2004-2009. En el contexto nacional los porcentajes son de 28.4 y 43.0, respectivamente (véase cuadro 9).

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



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

La operación cesárea se incrementó en los diferentes grupos de edad de la madre al nacimiento del hijo y también según el lugar de residencia. Por mencionar algunos datos en 2009, 35.6 por ciento de las adolescentes se les practicaba cesárea, comparado con 48.2 por ciento en las edades de 20 a 34 años, y 50.0 por ciento si la mujer tiene entre 35 y 49 años de edad.

Asimismo, la operación cesárea se incrementó considerablemente en las áreas rurales entre 1997 y 2009, de 25.1 a 38.7 por ciento, así como en las urbanas, de 36.4 a 49.2 por ciento. Dicho de otra forma, uno de cada dos partos resulta en cesárea, lo que duplica el criterio normativo.<sup>21</sup>

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

Características seleccionadas	1994-1997		2004-2009	
	Normal	Cesárea	Normal	Cesárea
<b>Total</b>	<b>67.1</b>	<b>32.9</b>	<b>53.9</b>	<b>46.1</b>
<b>Edad de la madre al nacimiento del hijo</b>				
12-19	81.7	18.3	64.4	35.6
20-34	64.0	36.0	51.8	48.2
35-49	66.0	34.0	50.0	50.0
<b>Lugar de residencia</b>				
Rural	74.9	25.1	61.3	38.7
Urbano	63.6	36.4	50.8	49.2

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

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

## 7.5 Atención durante el puerperio

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

### Indicador:

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

El porcentaje de atención del puerperio se incrementó en Sinaloa en 26.3 puntos, al pasar de 59.7 por ciento en 1997 a 86.0 por ciento en 2009; este último dato rebasa al del país, de 81.7 por ciento. Dicho aumento se observó en todos los grupos poblacionales determinados por categorías de variables sociodemográficas (véase cuadro A.28 del Anexo).

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

## 8. Lactancia materna

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

### Indicadores:

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

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

El porcentaje de niños que inició el proceso de amamantamiento mostraba una incidencia de 94.9 en Sinaloa, comparada con 90.0 del ámbito nacional, según la ENADID 1997. Y se observa que dicha

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

Características seleccionadas	1994-1997	2004-2009
<b>Total</b>	<b>94.9</b>	<b>93.2</b>
<b>Edad de la madre al nacimiento del hijo</b>		
12-19	93.2	95.2
20-34	96.5	92.3
35-49	83.7	96.8
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Sin escolaridad	91.9	100.0
Primaria Incompleta	96.0	92.1
Primaria Completa	94.5	94.8
Secundaria y más	94.9	93.0
<b>Lugar de residencia</b>		
Rural	96.1	94.4
Urbano	94.4	92.7

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

incidencia era más o menos equivalente en la mayoría de los grupos poblacionales (véase cuadro 10). Tal parece, entonces, que esa estrategia tuvo éxito y permeó de forma importante en la estructura social de la entidad como una verdadera cultura de la alimentación al seno materno en aquella época.

Doce años después, el porcentaje que inicia la lactancia muestra una cierta tendencia a la disminución en la entidad, con 93.2, según la ENADID 2009, sin embargo, es mayor al dato nacional, de 90.8 por ciento.

En Sinaloa se observa un incremento en el tiempo de lactancia: el tiempo medio pasó de 7.5 a 8.1 meses y la mediana de 4.9 a 5.8 entre 1997 y 2009 (véanse cuadros A29 y A30 del Anexo). Estos datos son menores a los observados a nivel nacional donde en 2009 la media fue de 8.3 y la mediana de 6.2 meses.

## 9. Conclusiones

Sinaloa se ubica en una fase *avanzada* de la transición demográfica, lo que refleja el paso de niveles altos de mortalidad y fecundidad hacia niveles bajos y controlados de estos indicadores.

Es una entidad federativa que se clasifica en el primer patrón estatal de *Situación muy favorable*, al compararse con el contexto nacional en su conjunto en la gran mayoría de los indicadores.

Se hace evidente el avance sustancial en la salud reproductiva del estado de Sinaloa en los 12 años analizados. No obstante, los sectores de población que por sus condiciones socioeconómicas han sido tradicionalmente menos favorecidos aún presentan áreas de oportunidad de mejora. En este sentido, los grupos con menores niveles escolares, así como aquellos residentes en áreas rurales son, sin duda, los que merecen mayor enfoque y atención de las acciones preventivas de orientación, educación y servicios de salud reproductiva.

Si bien destaca el avance logrado en el trabajo con los adolescentes, una conclusión de este documento es la necesidad de continuar enfocando acciones hacia la salud sexual y reproductiva vinculada con los periodos de la adolescencia y la juventud, sobre todo para prevenir el embarazo no planeado en edades tempranas.

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

El patrón en la estructura de los anticonceptivos es característico de un perfil con *predominio de la OTB*, cuya característica es una elevada efectividad anticonceptiva promedio y una baja participación masculina en la planificación familiar. Sin embargo, la mezcla de métodos de Sinaloa se distingue por incluir a todos los anticonceptivos, lo que amplía las opciones en este sentido para la población.

Se registra un incremento sustancial en los indicadores relacionados con la atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo, atención médica del parto y del puerperio en la mayoría de los

grupos poblacionales, que parece congruente con el relativo bajo nivel de la mortalidad materna que experimenta el estado.

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

## **Bibliografía**

Colín, Yeimi y Paloma Villagómez, 2010. "Evolución de la maternidad adolescente en México: 1974-2009" en *La Situación Demográfica de México 2010*. México: CONAPO, Pp. 37-53.

Consejo Nacional de Población (CONAPO), 2008. *Programa Nacional de Población 2008-2012. Por un cambio demográfico a favor del desarrollo*. México: Secretaría de Gobernación/CONAPO.

Langer A., 2005. "Atención calificada en el embarazo, parto y puerperio: ¿Qué desafíos enfrenta México?" en *A lo largo del camino*. María del Carmen Elú y Elsa Santos: Editoras. Publicación financiada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud, Family Care International y Population Council. Primera edición, México, D.F., abril.

Mendoza, Doroteo et al., 2010. *Nuevas estimaciones de las necesidades insatisfechas de anticoncepción en México*. México: CONAPO. Documento disponible en línea:  
[http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=460&Itemid=15](http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=460&Itemid=15)

Romo Viramontes, Raúl y Miguel Sánchez Castillo, 2009. "El descenso de la fecundidad en México, 1974-2009: a 35 años de la puesta en marcha de la nueva política de población" en *La Situación Demográfica de México 2009*. México: CONAPO, Pp. 23-38.

Secretaría de Salud (SS). Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008a. *Programa de Acción Específico 2007-2012. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*. México: SS.

——— 2008b. *Programa de Acción Específico 2007-2012. Planificación Familiar y Anticoncepción*. México: SS.

Secretaría de Salud (SS), 2007a. *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México: SS.

——— 2007b. *Programa de Acción Específico 2007-2012: Arranque Parejo en la Vida*. México: SS.

Zúñiga, Elena et al., 2000. *Cuadernos de Salud Reproductiva. República Mexicana*. México: CONAPO.

## **Anexo**



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

Grupos de edad	No utilizó	Utilizó
<b>Total</b>	<b>89.0</b>	<b>11.0</b>
15-19	74.2	25.8
20-24	80.4	19.6
25-29	87.1	12.9
30-34	91.0	9.0
35-39	89.6	10.4
40-44	94.8	5.2
45-49	94.3	5.7

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

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

Edad actual	Edad a la primera relación sexual	Utilizó	No utilizó	Total
<b>25-29</b>	<b>&lt;15</b>	<b>0.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
	15-19	7.0	93.0	100.0
	20-24	20.1	79.9	100.0
	25-29	29.6	70.4	100.0
<b>30-34</b>	<b>&lt;15</b>	<b>8.3</b>	<b>91.7</b>	<b>100.0</b>
	15-19	6.8	93.2	100.0
	20-24	10.3	89.7	100.0
	25-29	16.5	83.5	100.0
<b>35-39</b>	<b>&lt;15</b>	<b>0.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
	15-19	8.8	91.2	100.0
	20-24	9.8	90.2	100.0
	25-29	21.7	79.0	100.0
<b>40-44</b>	<b>&lt;15</b>	<b>0.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
	15-19	4.4	95.6	100.0
	20-24	6.4	93.6	100.0
	25-29	6.1	93.9	100.0
<b>45-49</b>	<b>&lt;15</b>	<b>5.1</b>	<b>94.9</b>	<b>100.0</b>
	15-19	5.4	94.6	100.0
	20-24	7.2	92.8	100.0
	25-29	4.8	95.2	100.0
	30-34	0.0	100.0	100.0
	35 y más	0.0	100.0	100.0

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

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

<b>Características seleccionadas</b>	<b>Sexualmente activas<sup>1</sup></b>	<b>Sexualmente inactivas<sup>2</sup></b>	<b>Sin experiencia sexual</b>
<b>Total</b>	<b>55.0</b>	<b>19.2</b>	<b>25.8</b>
<b>Grupos de edad</b>			
15-19	15.2	7.9	77.0
20-24	43.7	16.7	39.6
25-29	62.5	19.9	17.6
30-34	72.2	20.4	7.5
35-39	74.8	20.3	4.9
40-44	71.7	25.4	2.9
45-49	67.8	30.7	1.5
<b>Situación conyugal</b>			
Unidas	89.1	10.8	0.1
Alguna vez unidas	18.0	82.0	0.0
Solteras	8.1	14.9	77.0
<b>Paridad</b>			
0	15.8	7.5	76.7
1	65.2	34.8	0.0
2	77.1	22.9	0.0
3	79.1	20.9	0.0
4 y más	75.7	24.3	0.0
<b>Nivel de escolaridad</b>			
Sin escolaridad	74.1	21.5	4.4
Primaria incompleta	69.3	23.9	6.7
Primaria completa	67.3	26.1	6.6
Secundaria y más	51.7	17.8	30.5
<b>Lugar de residencia</b>			
Rural	58.5	17.3	24.3
Urbana	53.8	19.9	26.3

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

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

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

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

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

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

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

Características seleccionadas	1997	2009
<b>Total</b>	<b>3.5</b>	<b>2.9</b>
<b>Grupos de edad</b>		
15-19	3.0	2.5
20-24	3.0	2.6
25-29	3.2	2.8
30-34	3.2	2.9
35-39	3.7	3.1
40-44	4.1	3.3
45-49	4.8	3.7
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Sin escolaridad	5.4	4.2
Primaria incompleta	4.3	3.7
Primaria completa	3.5	3.5
Secundaria y más	3.0	2.8
<b>Lugar de residencia</b>		
Rural	3.9	3.2
Urbano	3.3	2.8

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

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

Grupos de edad	Planeado	No planeado	No deseado	Total
<b>Total</b>	<b>64.0</b>	<b>19.8</b>	<b>16.1</b>	<b>100.0</b>
15-19	60.3	24.0	15.7	100.0
20-24	61.1	27.5	11.4	100.0
25-29	58.0	19.5	22.5	100.0
30-34	78.9	11.7	9.4	100.0
35 y más	77.6	0.0	22.4	100.0

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

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

Método	1997	2009
Pastillas	99.0	99.5
DIU	96.9	96.8
Inyecciones	93.9	97.2
Implante subdérmico	11.3	81.7
OTB	97.4	96.9
Vasectomía	89.2	92.5
Condomes	96.7	98.6
Espermicidas	62.7	63.0
Pastilla de emergencia	n.d.	83.2
Parche anticonceptivo	n.d.	93.6
Condón Femenino	n.d.	71.9
Ritmo	77.1	80.3
Retiro	59.9	70.7

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

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

Método	1997			2009		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	99.0	97.5	99.6	99.5	98.9	99.7
DIU	96.9	94.4	97.9	96.8	96.1	97.0
Inyecciones	93.9	90.4	95.2	97.2	95.2	97.8
Implante subdérmico	11.3	7.8	12.6	81.7	73.9	84.3
OTB	97.4	94.5	98.4	96.9	94.8	97.6
Vasectomía	89.2	81.6	92.1	92.5	87.7	94.1
Condomes	96.7	94.0	97.7	98.6	97.3	99.1
Espermicidas	62.7	51.4	67.0	63.0	54.8	65.7
Pastilla de emergencia	n.d.	n.d.	n.d.	83.2	69.4	87.7
Parche anticonceptivo	n.d.	n.d.	n.d.	93.6	88.4	95.3
Condón Femenino	n.d.	n.d.	n.d.	71.9	62.8	74.9
Ritmo	77.1	67.2	80.8	80.3	70.3	83.5
Retiro	59.9	45.9	65.1	70.7	58.0	74.8

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

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

<b>Características seleccionadas</b>	<b>1997</b>	<b>2009</b>
<b>Total</b>	<b>99.6</b>	<b>100.0</b>
<b>Grupos de edad</b>		
15-19	98.8	99.9
20-24	99.6	100.0
25-29	100.0	100.0
30-34	99.8	100.0
35-39	99.7	100.0
40-44	100.0	100.0
45-49	100.0	100.0
<b>Situación conyugal</b>		
Unidas	99.6	100.0
Alguna vez unidas	100.0	100.0
Solteras	99.6	99.9
<b>Paridad</b>		
0	99.5	99.9
1	99.7	100.0
2	99.3	100.0
3	99.8	100.0
4 y más	99.8	100.0
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Sin escolaridad	91.2	100.0
Primaria incompleta	99.3	100.0
Primaria completa	99.8	99.8
Secundaria y más	100.0	100.0
<b>Lugar de residencia</b>		
Rural	98.6	100.0
Urbano	100.0	100.0
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>		
Habla	86.1	-
No habla	99.8	100.0

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

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

<b>Características seleccionadas</b>	<b>1997</b>	<b>2009</b>
<b>Total</b>	<b>0.4</b>	<b>0.0</b>
<b>Grupos de edad</b>		
15-19	1.2	0.1
20-24	0.4	0.0
25-29	0.0	0.0
30-34	0.2	0.0
35-39	0.3	0.0
40-44	0.0	0.0
45-49	0.0	0.0
<b>Situación conyugal</b>		
Unidas	0.4	0.0
Alguna vez unidas	0.0	0.0
Solteras	0.4	0.1
<b>Paridad</b>		
0	0.5	0.1
1	0.3	0.0
2	0.7	0.0
3	0.2	0.0
4 y más	0.2	0.0
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Sin escolaridad	8.8	0.0
Primaria incompleta	0.7	0.0
Primaria completa	0.2	0.2
Secundaria y más	0.0	0.0
<b>Lugar de residencia</b>		
Rural	1.4	0.0
Urbano	0.0	0.0

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

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

<b>Características seleccionadas</b>	<b>1997</b>	<b>2009</b>
<b>Total</b>	<b>77.4</b>	<b>79.8</b>
<b>Grupos de edad</b>		
15-19	55.4	50.5
20-24	60.2	71.6
25-29	76.1	69.3
30-34	84.2	83.0
35-39	86.0	87.0
40-44	88.4	85.8
45-49	76.3	86.5
<b>Paridad</b>		
0	14.1	17.8
1	60.8	63.9
2	79.1	85.8
3	89.5	91.4
4 y más	88.4	90.5
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Sin escolaridad	55.6	82.1
Primaria incompleta	78.2	82.8
Primaria completa	77.0	84.9
Secundaria y más	78.8	78.3
<b>Lugar de residencia</b>		
Rural	73.0	78.5
Urbano	79.2	80.3
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>		
Habla	-	-
No habla	77.8	79.8

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

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

<b>Método</b>	<b>1997</b>	<b>2009</b>
Pastillas	14.0	10.5
DIU	15.7	12.7
Inyecciones	1.8	3.4
Condomes	2.0	5.2
OTB	39.1	43.8
Vasectomía	0.8	0.8
Tradicional	4.0	2.3
Implante subdérmico	n.d.	0.8
Parque anticonceptivo	n.d.	0.3
Condón Femenino	n.d.	0.0

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

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

<b>Condición de actividad sexual</b>	<b>Usuaría</b>	<b>Exusuaría</b>	<b>Nunca usuaria</b>	<b>Total</b>
Sexualmente activas	80.8	10.9	8.4	100.0
Sexualmente inactivas	47.5	30.2	22.3	100.0

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

Cuadro A.14

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

Características seleccionadas	Sexualmente activas	Sexualmente inactivas
<b>Total</b>	<b>80.8</b>	<b>47.5</b>
<b>Grupos de edad</b>		
15-19	55.8	21.6
20-24	75.0	26.5
25-29	71.0	35.8
30-34	86.2	39.9
35-39	87.3	55.6
40-44	84.7	64.6
45-49	85.8	64.8
<b>Situación conyugal</b>		
Unidas	81.3	67.3
Alguna vez unidas	84.9	48.1
Solteras	67.2	22.1
<b>Paridad</b>		
0	30.9	11.7
1	70.7	19.4
2	86.4	51.9
3	91.7	77.3
4 y más	91.4	75.9
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Sin escolaridad	86.2	58.6
Primaria incompleta	82.8	64.0
Primaria completa	86.8	62.3
Secundaria y más	79.2	42.2
<b>Lugar de residencia</b>		
Rural	80.4	50.8
Urbano	80.9	46.6

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

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

Método	1997	2009
Pastillas	17.0	12.5
DIU	20.6	15.4
Inyecciones	2.3	4.9
Condomes	2.3	7.2
OTB	51.8	54.8
Vasectomía	1.0	1.0
Tradicional	5.0	2.5
Implante subdérmico	0.0	1.1
Pastilla de emergencia	n.d.	0.2
Parque anticonceptivo	n.d.	0.4
Condón Femenino	n.d.	0.0

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

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

Grupos de edad	Pastillas	DIU	Inyecciones	Condomes	OTB	Vasectomía	Tradicional	Implante subdérmico	Pastilla de emergencia	Parque anticonceptivo	Condón Femenino	Total
<b>Total</b>	<b>13.4</b>	<b>16.4</b>	<b>5.5</b>	<b>8.0</b>	<b>51.7</b>	<b>0.9</b>	<b>2.7</b>	<b>0.8</b>	<b>0.2</b>	<b>0.4</b>	<b>0.1</b>	<b>100.0</b>
15-19	32.0	31.3	17.3	3.7	0.0	0.0	5.4	4.1	3.4	2.8	0.0	100.0
20-24	19.8	31.3	18.8	16.3	7.1	0.0	4.6	1.2	0.4	0.4	0.0	100.0
25-29	25.2	26.0	9.4	11.0	20.0	0.0	3.7	3.1	0.0	1.5	0.0	100.0
30-34	18.9	22.5	4.5	8.5	41.0	1.1	2.4	0.6	0.0	0.3	0.3	100.0
35-39	10.0	12.8	1.8	8.2	62.1	1.5	3.7	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
40-44	4.0	4.6	0.5	6.0	83.7	0.0	0.8	0.0	0.3	0.0	0.0	100.0
45-49	3.6	5.7	1.1	1.8	84.5	2.4	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0

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

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

Método	Paridez				
	0	1	2	3	4 y más
<b>1997</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
Pastillas	34.3	28.6	28.7	12.9	7.3
DIU	5.5	45.7	35.0	16.1	5.0
Inyecciones	0.0	5.8	3.5	1.9	0.4
Locales	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Condomes	0.0	8.3	2.8	0.8	0.7
OTB	0.0	2.7	21.3	64.9	83.3
Vasectomía	0.0	0.0	2.1	1.1	0.7
Tradicional	60.2	8.9	6.6	2.2	2.6
Implante subdérmico	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Pastilla de emergencia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Parche anticonceptivo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Condón Femenino	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
<b>2009</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
Pastillas	32.5	26.3	19.6	7.9	2.4
DIU	6.7	35.9	25.0	7.3	4.2
Inyecciones	9.0	10.6	6.4	1.7	0.7
Locales	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Condomes	34.7	9.5	10.1	2.7	3.4
OTB	5.5	5.0	30.4	78.8	87.7
Vasectomía	0.0	0.7	1.1	0.9	1.2
Tradicional	5.7	6.6	5.1	0.7	0.4
Implante subdérmico	0.0	3.2	1.9	0.0	0.0
Pastilla de emergencia	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Parche anticonceptivo	5.8	2.2	0.1	0.0	0.0
Condón Femenino	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0

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

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

Método	1997			2009		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	18.1	19.9	17.4	13.1	16.8	11.7
DIU	20.3	22.9	19.2	15.9	14.1	16.6
Inyecciones	2.3	2.3	2.3	4.2	4.1	4.3
Locales	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Condomes	2.6	1.9	2.8	6.5	5.0	7.1
OTB	50.6	50.6	50.6	54.9	56.4	54.4
Vasectomía	1.1	0.0	1.5	1.0	0.3	1.2
Tradicionales	5.2	2.5	6.2	2.8	2.8	2.8
Implante subdérmico	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	1.4
Pastilla de emergencia	n.d.	n.d.	n.d.	0.0	0.0	0.0
Parche anticonceptivo	n.d.	n.d.	n.d.	0.4	0.4	0.5
Condón Femenino	n.d.	n.d.	n.d.	0.0	0.0	0.1

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

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

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

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

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

<b>Método empleado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Total</b>
Pastillas	42.1	57.9	100.0
DIU	88.0	12.0	100.0
Inyecciones	49.2	50.8	100.0
Condomes	22.8	77.2	100.0
OTB	81.3	18.7	100.0
Vasectomía	88.8	11.2	100.0
Implante subdérmico	82.1	17.9	100.0
Pastilla de emergencia	0.0	100.0	100.0
Parche anticonceptivo	0.0	100.0	100.0
Condón femenino	100.0	0.0	100.0

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

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

<b>Método</b>	<b>Posparto</b>		<b>Otro momento</b>	
	<b>1997</b>	<b>2009</b>	<b>1997</b>	<b>2009</b>
<b>Total</b>	<b>47.1</b>	<b>57.9</b>	<b>52.9</b>	<b>42.1</b>
OTB	66.6	80.0	33.4	20.0
DIU	58.7	63.4	41.3	36.6
Otro*	1.5	7.2	98.5	92.8

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

\* Pastillas, inyecciones, implantes, parches, condón femenino, condón masculino, anticoncepción de emergencia y métodos tradicionales.

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

<b>Características seleccionadas</b>	<b>1997</b>	<b>2009</b>
<b>Total</b>	<b>8.4</b>	<b>8.4</b>
<b>Grupos de edad</b>		
15-19	33.0	37.1
20-24	11.2	9.1
25-29	6.2	13.3
30-34	3.0	4.1
35-39	8.3	6.1
40-44	4.1	5.1
45-49	13.7	5.0
<b>Paridad</b>		
0	65.0	55.2
1	11.2	14.0
2	3.0	3.4
3	2.1	2.4
4 y más	5.2	2.9
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Sin escolaridad	18.7	9.2
Primaria incompleta	12.3	9.1
Primaria completa	7.5	7.9
Secundaria y más	6.4	8.5
<b>Lugar de residencia</b>		
Rural	13.1	10.7
Urbano	6.5	7.6
<b>Condición de habla de lengua indígena</b>		
Habla	-	-
No habla	8.0	8.5

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

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

<b>Características seleccionadas</b>	<b>Sexualmente activas</b>	<b>Sexualmente inactivas</b>
<b>Total</b>	<b>8.4</b>	<b>22.3</b>
<b>Grupos de edad</b>		
15-19	31.7	43.6
20-24	9.0	33.0
25-29	12.9	24.2
30-34	3.9	17.2
35-39	6.4	20.7
40-44	5.0	18.0
45-49	6.0	13.2
<b>Situación conyugal</b>		
Unidas	8.2	10.5
Alguna vez unidas	3.7	19.4
Solteras	14.2	41.5
<b>Paridad</b>		
0	44.5	41.3
1	10.7	44.7
2	3.6	12.7
3	2.6	6.3
4 y más	3.2	5.6
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Sin escolaridad	7.1	10.6
Primaria incompleta	9.1	19.2
Primaria completa	8.2	13.0
Secundaria y más	8.4	24.9
<b>Lugar de residencia</b>		
Rural	9.8	23.0
Urbano	7.9	22.1

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

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

Características seleccionadas	2009		
	Total	Espaciar	Limitar
<b>Total</b>	<b>5.1</b>	<b>3.1</b>	<b>2.0</b>
<b>Grupos de edad</b>			
15-19	22.7	21.9	0.8
20-24	7.0	6.4	0.6
25-29	8.9	4.2	4.7
30-34	3.9	2.3	1.5
35-39	3.6	1.2	2.4
40-44	2.0	0.0	2.0
45-49	1.1	0.0	1.1
<b>Paridad</b>			
0	15.8	15.2	0.5
1	8.6	7.0	1.7
2	3.8	1.9	1.9
3	3.3	0.6	2.7
4 y más	2.8	0.7	2.1
<b>Nivel de escolaridad</b>			
Sin escolaridad	2.7	0.0	2.7
Primaria incompleta	3.1	2.4	0.7
Primaria completa	4.9	2.1	2.8
Secundaria y más	5.4	3.5	2.0
<b>Lugar de residencia</b>			
Rural	5.3	3.5	1.7
Urbano	5.1	2.9	2.1

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

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

Características seleccionadas	1997			2009		
	1er.	2do.	3er.	1er.	2do.	3er.
<b>Total</b>	<b>82.1</b>	<b>15.4</b>	<b>2.4</b>	<b>89.7</b>	<b>9.2</b>	<b>1.1</b>
<b>Edad de la madre al nacimiento del hijo</b>						
12-19	80.3	16.4	3.3	84.6	14.5	0.9
20-34	83.5	14.0	2.5	90.8	8.1	1.1
35-49	73.4	26.6	0.0	91.1	7.1	1.9
<b>Nivel de escolaridad</b>						
Sin escolaridad	66.1	27.5	6.4	80.0	20.0	0.0
Primaria incompleta	72.9	21.7	5.4	67.7	28.9	3.4
Primaria completa	82.4	15.3	2.3	88.3	11.7	0.0
Secundaria y más	84.7	13.6	1.7	91.4	7.4	1.2
<b>Lugar de residencia</b>						
Rural	79.7	16.5	3.8	89.3	8.9	1.8
Urbano	83.2	14.9	1.9	89.9	9.2	0.8

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

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

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

<b>Características seleccionadas</b>	<b>1997</b>	<b>2009</b>
<b>Total</b>	<b>7.1</b>	<b>8.1</b>
<b>Grupos de edad</b>		
12-19	7.5	7.3
20-34	7.1	8.3
35-49	6.1	8.7
<b>Paridad</b>		
1	8.4	8.0
2	7.0	8.2
3	7.0	8.5
4 y más	5.3	7.6
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Sin escolaridad	3.3	5.6
Primaria incompleta	5.2	6.8
Primaria completa	6.5	6.8
Secundaria y más	7.9	8.4
<b>Lugar de residencia</b>		
Rural	6.1	7.3
Urbano	7.5	8.5

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

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

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

Características seleccionadas	1994-1997					2004-2009						
	Agente					Agente						
	Médico	Enfermera/ promotora de salud	Partera o comadrona	Otro/ella sola	Médico	Enfermera/ promotora de salud	Partera o comadrona	Otro/ella sola	Médico	Enfermera/ promotora de salud	Partera o comadrona	Otro/ella sola
<b>Total</b>	92.7	1.0	5.5	0.8	97.3	1.6	1.0	0.1				
<b>Edad de la madre al nacimiento del hijo</b>												
12-19	90.2	0.8	7.8	1.3	97.8	1.0	1.2	0.0				
20-34	93.0	0.9	5.4	0.6	97.3	1.7	0.8	0.1				
35-49	94.7	2.3	1.2	1.9	96.0	1.9	2.1	0.0				
<b>Orden de nacimiento</b>												
1	96.2	0.6	2.7	0.5	98.0	2.0	0.0	0.0				
2	93.5	0.1	5.8	0.7	98.1	1.2	0.7	0.0				
3	95.1	1.1	3.2	0.6	98.9	0.7	0.0	0.4				
4 o más	84.3	2.8	11.3	1.6	90.5	2.9	6.7	0.0				
<b>Nivel de escolaridad</b>												
Sin escolaridad	64.1	2.5	19.3	14.1	100.0	0.0	0.0	0.0				
Primaria incompleta	85.2	0.4	13.3	1.1	91.3	0.0	8.7	0.0				
Primaria completa	90.3	1.6	8.2	0.0	92.1	2.7	4.5	0.7				
Secundaria y más	96.9	1.0	1.8	0.3	98.5	1.5	0.0	0.0				
<b>Lugar de residencia</b>												
Rural	83.7	0.9	13.2	2.3	93.0	3.6	3.4	0.0				
Urbano	96.8	1.1	2.0	0.1	99.1	0.7	0.0	0.1				

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

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

**Cuadro A.28**  
**Sinaloa. Porcentaje de mujeres\* que fueron atendidas**  
**durante el puerperio, 1997 y 2009**

<b>Características seleccionadas</b>	<b>1997</b>	<b>2009</b>
<b>Total</b>	<b>59.7</b>	<b>86.0</b>
<b>Paridad</b>		
1	61.1	85.9
2	63.5	86.2
3	59.8	87.4
4 y más	52.1	83.3
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Sin escolaridad	31.7	69.7
Primaria incompleta	42.3	83.8
Primaria completa	54.1	75.6
Secundaria y más	67.5	87.9
<b>Lugar de residencia</b>		
Rural	47.8	78.4
Urbano	65.0	89.2

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

\* Mujeres que tuvieron su último hijo nacido vivo en los cinco años previos al levantamiento de cada encuesta.

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

<b>Duración de la lactancia</b>	<b>1997</b>	<b>2009</b>
<b>Total</b>		
25%	2.0	2.4
50%	4.9	5.8
75%	11.5	12.3
<b>Rural</b>		
25%	2.6	2.8
50%	6.0	6.3
75%	13.5	11.5
<b>Urbano</b>		
25%	1.9	2.3
50%	4.4	5.6
75%	9.5	10.1

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

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

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

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

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

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

**Perfiles de Salud Reproductiva  
Sinaloa**

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



Vivir Mejor



UNFPA



CONAPO

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO  
Y SALUD REPRODUCTIVA

SEGOB

GOBIERNO  
FEDERAL

