

# Cuadernos de salud reproductiva

---

Jalisco



Consejo Nacional de Población

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

Coordinadoras: Elena Zúñiga, Beatriz Zubieta

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

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

Diseño editorial: Luz María Zamítiz y Edith Cruz

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

Corrección de estilo: Ricardo Valdés

Apoyo gráfico: Claudio Miranda

Apoyo logístico: Ma. Eulalia Mendoza

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

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

Cuadernos de salud reproductiva  
*Jalisco*

Primera edición: septiembre de 2000  
ISBN: 970-628-508-3

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

# Consejo Nacional de Población

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

EMB. ROSARIO GREEN  
Secretaria de Relaciones Exteriores

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

DR. CARLOS M. JARQUE URIBE  
Secretario de Desarrollo Social

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

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

LIC. MIGUEL LIMÓN ROJAS  
Secretario de Educación Pública

LIC. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ  
Secretario de Salud

LIC. MARIANO PALACIOS ALCOCER  
Secretario del Trabajo y Previsión Social

LIC. EDUARDO ROBLEDO RINCÓN  
Secretario de la Reforma Agraria

LIC. ROSARIO ROBLES BERLANGA  
Jefa de Gobierno del Distrito Federal

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

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

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

DR. RODOLFO TUIRÁN  
Secretario General del Consejo Nacional de Población

# Secretaría de Gobernación

LIC. DIÓ DORO CARRASCO ALTAMIRANO  
Secretario de Gobernación

LIC. DIONISIO PÉREZ JÁ COME  
Subsecretario de Gobierno

LIC. ARMANDO LABRA MANJARREZ  
Subsecretario de Desarrollo Político

LIC. HUMBERTO LIRA MORA  
Subsecretario de Asuntos Religiosos

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

LIC. JORGE TELLO PEÓN  
Subsecretario de Seguridad Pública

LIC. GABINO CUÉ MONTEAGUDO  
Subsecretario de Comunicación Social

LIC. GERARDO CAJIGA ESTRADA  
Oficial Mayor

LIC. RAÚ L R. MEDINA RODRÍGUEZ  
Contralor Interno

# Secretaría General del Consejo Nacional de Población

DR. RODOLFO TUIRÁN  
Secretario General

GABRIELA BREÑA SÁNCHEZ  
Directora General de Programas de Población

DRA. ROSA MARÍA RUBALCAVA  
Directora General de Estudios de Población

LIC. ALICIA CARVAJAL SANTILLÁN  
Directora de Comunicación en Población

MTRO. VIRGILIO PARTIDA BUSH  
Director de Investigación Demográfica

MTRA. CRISTINA AGUILAR IBARRA  
Directora de Educación  
en Población

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

MTRO. OCTAVIO MOJARRO DÁVILA  
Director de Consejos Estatales  
de Población

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

LIC. DANIEL ÁVILA FERNÁNDEZ  
Director de Administración

# Índice

Presentación	9
Introducción	11
1 Fecundidad e inicio de la vida reproductiva	13
Edad a la primera unión	14
Tipo de primera unión	16
Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)	17
Intervalo protogenésico	18
2 Preferencias reproductivas	21
Número ideal de hijos e hijas	21
Deseo de más hijos o hijas	22
3 Práctica anticonceptiva	24
Conocimiento de métodos anticonceptivos	24
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos	27
Estructura de uso de métodos anticonceptivos	30
Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos	32
Anticoncepción posparto	34
Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos	36
4 Salud materna	39
Nivel de la mortalidad materna	39
Causas de mortalidad materna	41
Aborto	42
5 Atención a la mujer embarazada	43
Atención prenatal	43
Cobertura institucional de la atención prenatal	45

Inicio de la atención prenatal	45
Intensidad y calidad de la atención prenatal	47
Atención del parto	48
Lugar de atención del parto	49
Tipo de parto	50
Atención durante el puerperio	51
6 Lactancia materna	53
Edad de la ablactación	55
7 Mortalidad infantil	56
8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA	59
VIH/SIDA	60
9 Cáncer cérvico uterino y de la mama	64
Cáncer cérvico uterino	64
Cáncer de la mama	66
Conclusiones	68
Anexo estadístico	70
Nomenclatura de las entidades federativas	76

# Presentación

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

El Programa Nacional de Población 1995-2000 establece entre sus prioridades asegurar a las personas de todos los grupos sociales y regiones del país, el acceso a la información pertinente, veraz y comprensible y a una amplia gama de servicios de salud reproductiva incluida la planificación familiar, la salud perinatal, la salud de la mujer y la prevención, detección y manejo de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

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

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

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

Dr. Rodolfo Tuirán  
Secretario General

# Introducción

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

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

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

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

---

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

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

Cabe destacar que México ha experimentado un acelerado proceso de urbanización a lo largo del presente siglo, que también se manifiesta en Jalisco. En 1995, casi 83 por ciento de la población estatal residía en localidades de más de 2 500 habitantes; sin embargo, de las 12 021 localidades censadas en el estado, 94.9 por ciento contaba con menos de 500 habitantes y en ellas residía 8.8 por ciento de la población.<sup>2</sup> La gran cantidad de localidades pequeñas y de difícil acceso representa un reto para las acciones orientadas a satisfacer las demandas de salud y de otros servicios públicos.

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

El avance educativo del país ha sido notable en las décadas pasadas, al igual que en el estado de Jalisco. En 1997, el promedio de escolaridad alcanzado por la población de 15 años y más de la entidad ascendió a 7.3 años de educación formal, en tanto que para el país esta cifra fue de 7.4 años. En 1997, 8.6 por ciento de la población no había asistido a la escuela, 21.8 por ciento no había concluido la primaria, 21.5 por ciento terminó la instrucción primaria, 23 por ciento contaba con algún grado de secundaria o su equivalente y 25.1 por ciento tenía estudios posteriores a secundaria. Cabe hacer notar que se aprecian ligeras diferencias entre hombres y mujeres en los niveles de escolaridad alcanzados: el número promedio de años de escolaridad fue de 7.5 para los hombres y de siete para las mujeres. La proporción que representan las personas sin instrucción es similar entre mujeres y hombres: 8.6 y 8.5 por ciento, respectivamente.<sup>3</sup>

Se prevé que el desarrollo económico y social alcanzado por Jalisco tendrá implicaciones positivas para la salud reproductiva de su población. Cabe destacar que esta entidad es una de las ocho del país cuyo índice de marginación es bajo. El nivel de marginación *bajo* y *muy bajo* es una realidad que caracteriza a 87 de los 124 municipios de la entidad, en los cuales reside 93.6 por ciento de la población del estado; 34 municipios se clasifican como de marginación *media*, y en ellos reside 6.1 por ciento de la población; mientras que la marginación *alta* y *muy alta* afecta a tres municipios (Mezquitic, Manuel M. Dieguez y San Cristóbal de la Barranca), residiendo en ellos 0.3 por ciento de la población.<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> INEGI, *Conteo de Población y Vivienda 1995*, México.

<sup>3</sup> INEGI, *Estadísticas educativas de hombres y mujeres*, México, 1999.

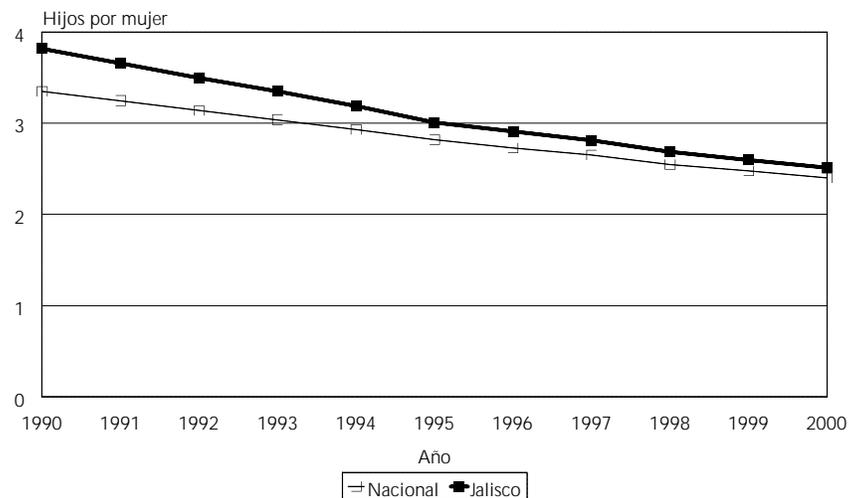
<sup>4</sup> CONAPO/Progres, *Índices de marginación*, 1995, México.

# 1 Fecundidad e inicio de la vida reproductiva

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

En Jalisco, las mujeres también redujeron de manera significativa el tamaño de su descendencia. La tasa global de fecundidad pasó de 3.82 hijos por mujer en 1990 a 3.5 en 1992; descendió a 2.81 hijos en 1997, y en la actualidad se estima en 2.51 hijos por mujer. Este descenso ha sido tan pronunciado que la brecha que separaba a Jalisco del Distrito Federal (la entidad federativa con la menor fecundidad) se redujo de 1.67 hijos en 1990 a 0.71 hijos en el año 2000. Este nivel de fecundidad ubica a Jalisco entre las dieciséis entidades que se encuentran en la actualidad por encima del promedio nacional (véase gráfica 2).

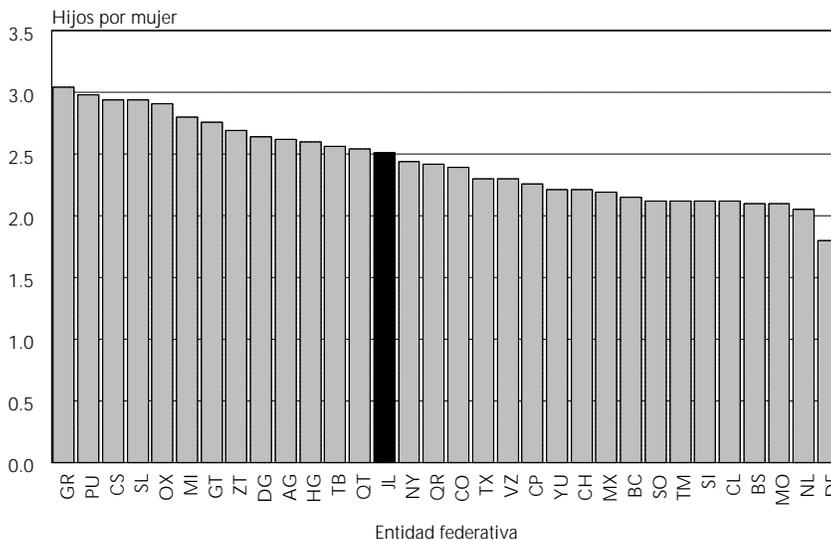
Gráfica 1.  
Jalisco: tasa global de fecundidad, 1990-2000



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

<sup>5</sup> Número promedio de hijos que tendrían las mujeres al final de su vida reproductiva.

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

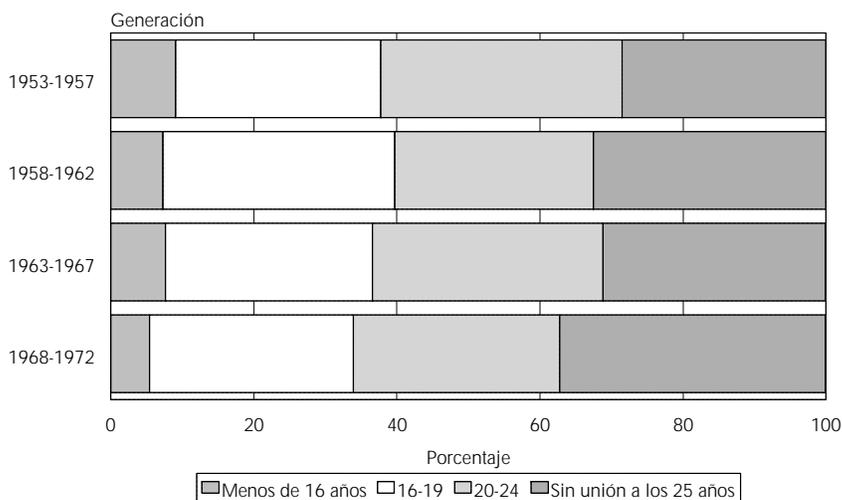
## Edad a la primera unión

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

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

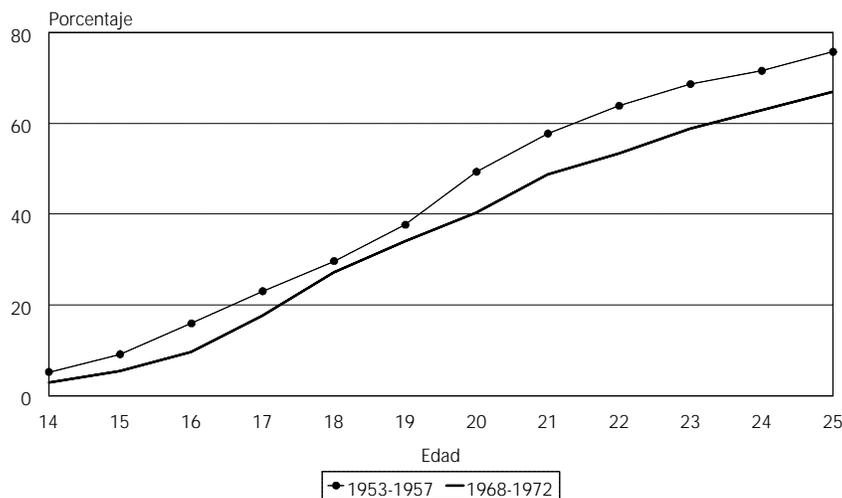
En el caso de Jalisco, este indicador muestra que entre las generaciones 1953-1962 y 1968-1972 se dio un recorrimiento de casi un año en la edad mediana al matrimonio (de 21.4 a 22.3 años), lo que sugiere que en la entidad se está dando un cambio gradual en el patrón de matrimonio. La tendencia de la postergación de la primera unión puede apreciarse en la ligera disminución del porcentaje de mujeres que contrae nupcias a edades tempranas en las generaciones más jóvenes: mientras que 37.6 por ciento de las mujeres nacidas entre 1953 y 1957 se unió antes de cumplir 20 años, sólo 34 por ciento de la generación 1968-1972 presentó esa característica. Asimismo, el porcentaje de mujeres que se unió antes de los 16 años de edad, disminuye de 9.1 a 5.4 por ciento, entre generaciones (véanse gráficas 3 y 4).

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



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

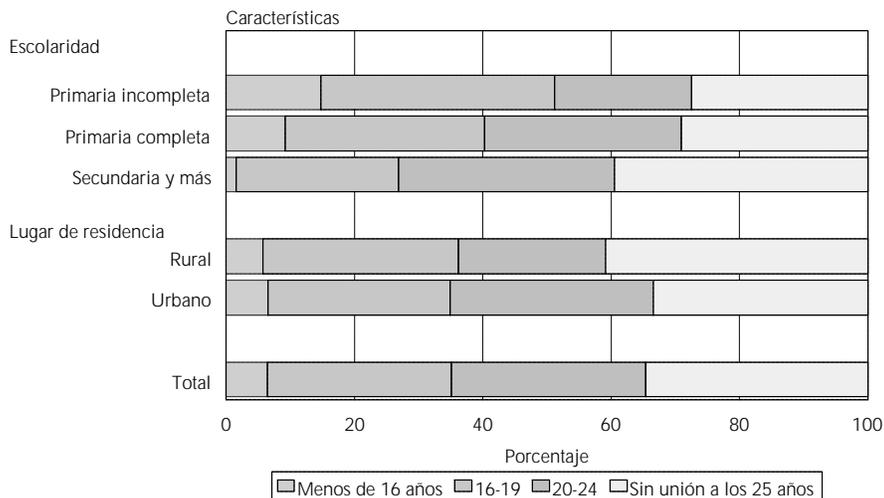
**Gráfica 4.**  
**Jalisco: proporción acumulada de mujeres nacidas entre 1953-1957 y entre 1968-1972 que se encontraban unidas en primeras nupcias a cada edad, 1997**



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

El matrimonio a edades tempranas se presenta casi en la misma magnitud en el medio rural y en el urbano: 34.9 por ciento de las mujeres de la generación 1963-1972 residentes en localidades urbanas se unió antes de cumplir 20 años de edad; y en las zonas rurales este valor ascendió a 36.2 por ciento (véase gráfica 5). Cuando se analiza el patrón de nupcialidad de acuerdo al nivel educativo de la mujer, las diferencias se agudizan: una de cada cuatro mujeres (26.9%) con secundaria y más se unió antes de cumplir 20 años de edad, mientras que entre las mujeres con primaria incompleta esta proporción ascendió a la mitad (51.2%).

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

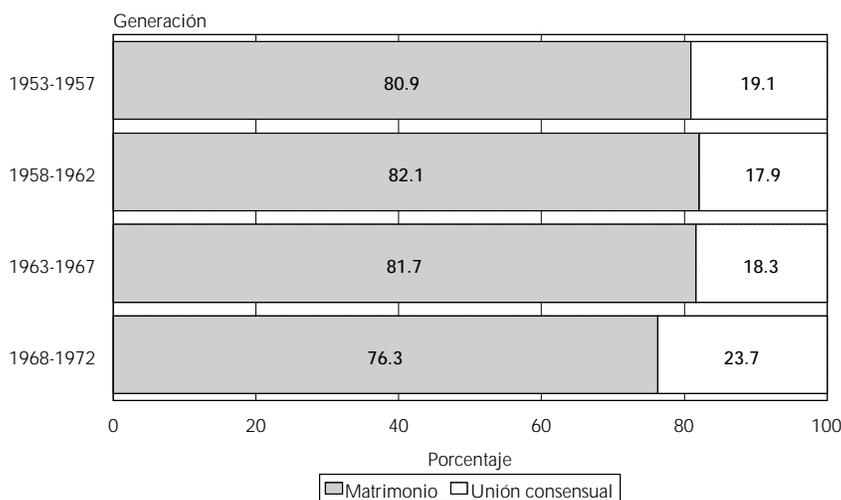


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

## Tipo de primera unión

En Jalisco, al igual que en el ámbito nacional, cada vez es más frecuente que la vida en pareja se inicie en la forma de unión libre. Al comparar el tipo de unión de las mujeres que se unieron antes de cumplir los 25 años de edad pertenecientes a distintas generaciones, se observa que a medida que las mujeres son más jóvenes la proporción de uniones consensuales aumenta (véase gráfica 6). Así, para las mujeres de la generación 1953-1957, 19.1 por ciento se unió de manera consensual, mientras que para la cohorte 1968-1972 esta proporción aumentó a 23.7 por ciento, cifra considerablemente menor que la observada en el país en su conjunto (36.3%).

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



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

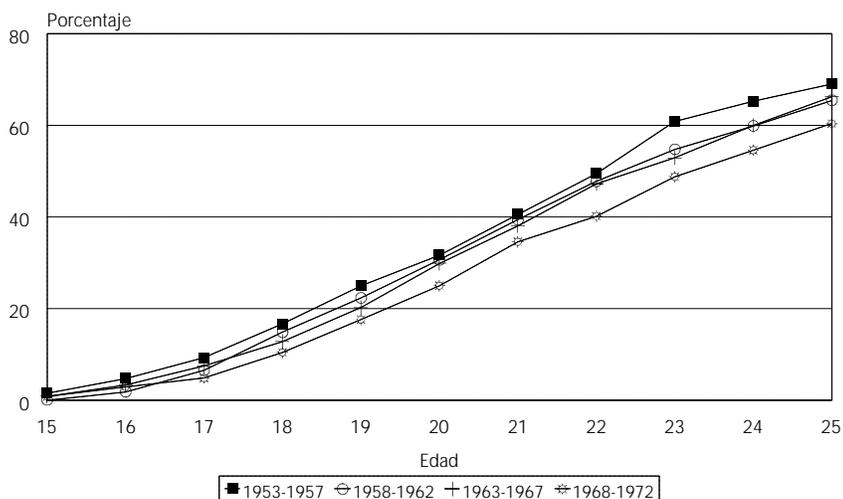
## Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo(a)

El nacimiento del primer hijo(a), al igual que la unión o matrimonio constituye un acontecimiento que marca el tránsito a la edad adulta. En Jalisco se han registrado cambios graduales en la edad a la que las mujeres inician la maternidad, como lo muestra la probabilidad acumulada de que ocurra este evento antes de cumplir cada edad, para las distintas generaciones de nacimiento (véase gráfica 7).

La probabilidad de iniciar la maternidad antes de los 20 años comienza a reducirse entre las mujeres más jóvenes: tres de cada diez mujeres nacidas entre 1953 y 1957 tuvieron a su primer hijo(a) antes de los 20 años de edad, mientras que una de cada cuatro mujeres de la generación 1968-1972 presentaron este comportamiento. Este retraso en el inicio temprano de la maternidad se evidencia al observar que mientras una de cada seis mujeres de la generación de mayor edad tuvo a su primer hijo(a) antes de cumplir la mayoría de edad, esta proporción se redujo a una de cada diez entre las mujeres de la generación más joven.

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

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



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

## Intervalo protogenésico

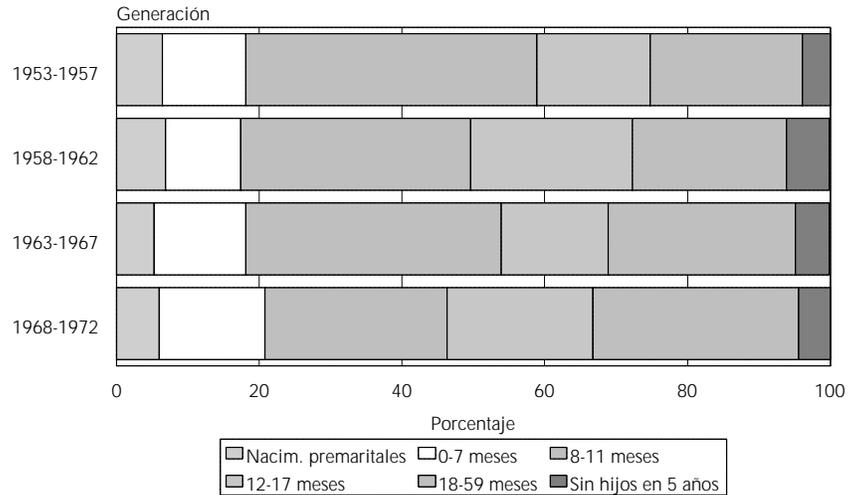
El tiempo que transcurre entre la primera unión y el nacimiento del primer hijo(a), denominado intervalo protogenésico, permite caracterizar una pauta del patrón reproductivo que tiene profundas implicaciones demográficas y sociales.

El análisis de la duración del intervalo protogenésico de las mujeres unidas de 25 a 49 años según generación de nacimiento muestra que la mayor parte de las mujeres de cada una de las generaciones observadas tuvo su primer hijo(a) durante los primeros 18 meses de la unión o matrimonio. Sin embargo, cerca de tres de cada diez mujeres de la generación más joven tuvo a su primer hijo(a) entre los 18 y los 59 meses de la unión, lo cual sugiere que la práctica de postergar la llegada del primer hijo(a) está empezando a extenderse entre la población de Jalisco (véase gráfica 8). Esta aparente falta de interés por postergar el nacimiento del primer hijo(a) puede ser resultado del predominio de actitudes y valores favorables a la procreación inmediata, o bien a que muchas parejas se unen cuando ya ha ocurrido el embarazo y no tienen la oportunidad de planear el momento de iniciar la crianza de los hijos(as).

En Jalisco, las mujeres unidas de la generación más reciente tienden a presentar una proporción ligeramente mayor de embarazos premaritales que las generaciones anteriores a ellas. Se entiende como mujeres con embarazo premarital a todas aquellas que tuvieron su primer nacimiento cuando se encontraban solteras o dentro de los primeros siete meses de la unión o matrimonio. En la generación más joven este porcentaje asciende a 20.8 por ciento, mientras

Gráfica 8.

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



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

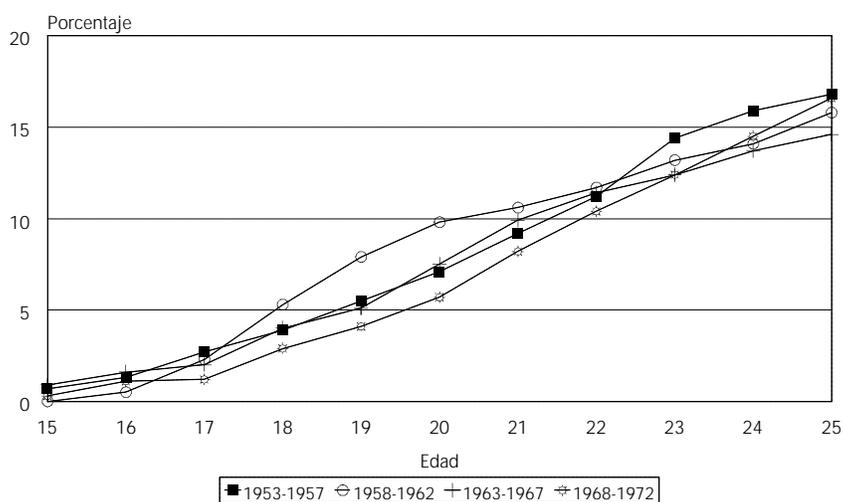
que en las tres generaciones anteriores es de alrededor de 18 por ciento. Los datos sugieren que las concepciones premaritales están aumentando ligeramente, después de haber registrado una pequeña disminución. Por su parte, la proporción de mujeres sin hijos(as) en los primeros cinco años después de la unión fue ligeramente mayor para las mujeres de las generaciones intermedias.

Con el objeto de conocer con mayor precisión la incidencia del embarazo premarital, se calculó la probabilidad acumulada de que una mujer inicie el embarazo del primer hijo(a) estando soltera (véase gráfica 9). En Jalisco, se produjo una ligera disminución en la proporción de mujeres que se embaraza de su primer hijo(a) bajo esa circunstancia; sin embargo, ésta registró un aumento en la generación más joven, de tal manera que la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de los 25 años de edad es prácticamente igual entre las dos generaciones extremas (16.8% y 16.6%, respectivamente).

En este estado, el embarazo premarital antes de los 20 años disminuyó después de haber registrado un importante aumento, de tal manera que la probabilidad de tener un embarazo premarital antes de esa edad aumentó de 7.1 por ciento entre las mujeres de la generación 1953-1957 a 9.8 por ciento entre las de la generación 1958-1962, para posteriormente alcanzar entre las mujeres más jóvenes un nivel inferior al de la generación de mayor edad (5.7%). Sin embargo, el peso de los embarazos premaritales en la probabilidad de tener el primer hijo(a) en la adolescencia es muy similar entre las generaciones extremas: 22 de cada 100

mujeres de las generaciones 1953-1957 y 1968-1972 que tuvieron a su primer hijo(a) durante la adolescencia iniciaron el embarazo estando solteras.<sup>6</sup>

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



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

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

## 2 Preferencias reproductivas

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

### Número ideal de hijos e hijas

En 1997, el número ideal de hijos e hijas que en promedio declararon las mujeres unidas de Jalisco fue de 3.7, mientras que para ese mismo año, a escala nacional, fue de 3.2 (véase cuadro 1). Ambos promedios se encuentran ligeramente por encima del nivel de la fecundidad registrada en ese año en los dos contextos (Jalisco registró una TGF de 2.8 hijos en 1997 y de 2.7 el país en su conjunto).

Las mujeres de distintos grupos de edad registran diferencias importantes en el número ideal de hijos(as), de manera que a mayor edad mayor número de hijos(as) deseados. Las mujeres de 45 a 49 años de edad declararon un ideal promedio 4.3, mientras que las mujeres adolescentes (de 15 a 19 años), que se encuentran al inicio de su vida reproductiva, mostraron preferencias por familias más pequeñas (3.1). A partir de los 35 años, el promedio del número ideal de hijos(as) es menor que la descendencia alcanzada.

La escolaridad de las mujeres se asocia a diferentes ideales reproductivos, de tal forma que a medida que aumentan los años de educación formal disminuye el número ideal de hijos(as). Así, mientras que las mujeres sin escolaridad declararon un ideal de 5.6 hijos(as), las mujeres con secundaria o más externaron una preferencia por poco más de tres (3.1 en promedio), esto es más de dos hijos(as) de diferencia entre los grupos extremos. Es importante resaltar que las mujeres sin escolaridad reportaron en promedio un número ideal igual que la paridad alcanzada, en tanto que las de mayor escolaridad aún no alcanzan el tamaño de familia deseado.

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

Características	Ideal	Paridad
<b>Total</b>	<b>3.7</b>	<b>3.3</b>
Grupo de edad		
15-19*	3.1	0.8
20-24	3.2	1.5
25-29	3.4	2.3
30-34	3.5	3.1
35-39	3.7	4.0
40-44	4.5	4.7
45-49	4.3	5.5
Escolaridad		
Sin escolaridad*	5.6	5.9
Primaria incompleta	4.4	4.5
Primaria completa	3.9	3.4
Secundaria y más	3.1	2.3
Lugar de residencia		
Rural	4.6	4.1
Urbano	3.5	3.1

\* Menos de 100 casos en muestra.

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

Los tamaños ideales de familia son mayores en el medio rural que en el ámbito urbano (4.6 y 3.5, respectivamente) y se observa que en ambos casos el número ideal de hijos e hijas es similar a la descendencia alcanzada.

Cerca de la mitad de las mujeres con más de tres hijos(as) declaró un número ideal de hijos e hijas igual a su paridad actual. Sin embargo, poco más de cuatro de cada diez mujeres con tres hijos(as) reportó un número ideal mayor que la descendencia alcanzada. Cabe señalar que la mayoría de las mujeres con dos hijos (67.8%) desea una descendencia más numerosa, en tanto que para la mayoría de las mujeres con cinco o más descendientes (52.8%) el número citado como ideal es más reducido que su paridad (véase cuadro 2).

El tamaño de familia declarado con mayor frecuencia como ideal es de tres y cuatro (29.3% y 24.5%, respectivamente), mientras que sólo ocho de cada mil declararon que su ideal era no tener descendencia.

## Deseo de más hijos o hijas

En Jalisco, la mayoría de las mujeres unidas en edad fértil (55.9%) tiene satisfecha su paridad debido a que expresa su deseo de ya no tener más hijos o hijas (véase gráfica 10). Esta situación se presenta un poco más acentuada en el ámbito urbano que en el rural.

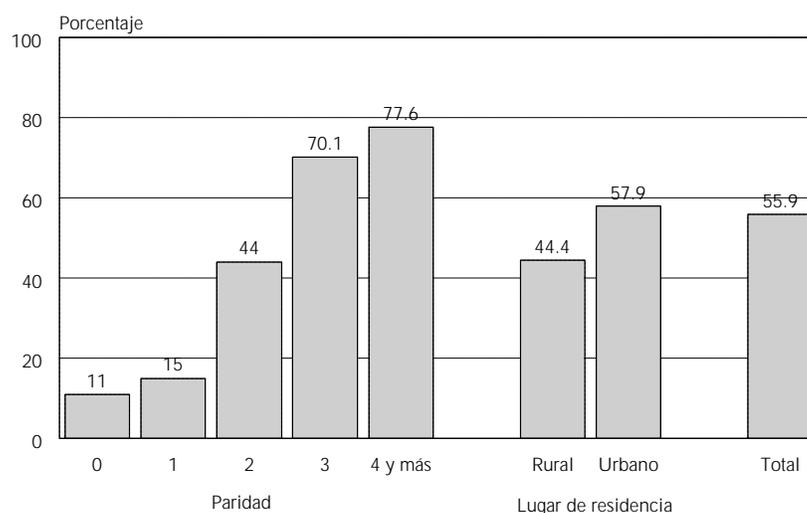
Las mujeres con menos de dos hijos(as) en su gran mayoría desean ampliar el tamaño de su descendencia. En contraste, entre las que ya han tenido dos y entre aquellas con paridades mayores, poco más de cuatro y casi ocho de cada diez, respectivamente, ya no desean incrementar su paridad.

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

Paridad	Número ideal de hijos/as					
	0	1	2	3	4	5 y más
<b>Total</b>	<b>0.8</b>	<b>4.1</b>	<b>21.5</b>	<b>29.3</b>	<b>24.5</b>	<b>19.9</b>
0	1.5	12.4	39.7	30.1	12.0	4.3
1	0.2	5.8	37.6	37.4	13.1	5.9
2	0.0	1.4	30.7	35.7	23.6	8.5
3	1.9	4.6	7.5	41.5	29.3	15.2
4	0.5	2.9	13.1	8.4	49.4	25.8
5 y más	0.9	2.9	13.4	19.8	15.9	47.2

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

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



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

## 3 Práctica anticonceptiva

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

### Conocimiento de métodos anticonceptivos

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

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

En el estado de Jalisco, el porcentaje de mujeres en edad fértil que declaró conocer al menos un método anticonceptivo en 1997 fue de 96.9 por ciento, cifra similar a la estimada para el país en ese mismo año (véase cuadro 3). La difusión de la planificación familiar se ha generalizado de tal forma que no se registran diferencias importantes entre grupos socioeconómicos y demográficos, con excepción de las mujeres sin escolaridad, quienes presentan un valor casi 16 puntos porcentuales inferior al que registran las mujeres con estudios de secundaria y más (83.4% y 99.3%, respectivamente). Conviene señalar que entre 1992 y 1997, las mujeres sin escolaridad registraron una disminución de 9.6 por ciento en el conocimiento de algún medio de regulación de la fecundidad, mientras que éste se mantuvo constante en los otros niveles de escolaridad.

La pastilla ha sido, desde el inicio de la difusión de la planificación familiar en México, el método anticonceptivo más conocido y en Jalisco continúa siendo el más popular: poco más de 94 por ciento de las mujeres conocía o había oído hablar de ellas, tanto en 1992 como en

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

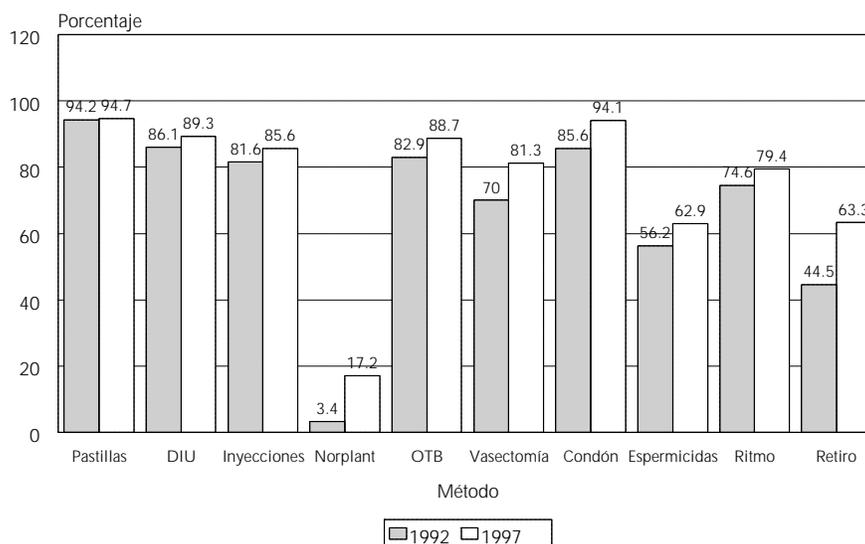
Características	1992	1997
<b>Total</b>	<b>96.6</b>	<b>96.9</b>
Grupo de edad		
15-19	91.5	94.3
20-24	97.8	97.6
25-29	99.5	99.1
30-34	99.5	96.8
35-39	98.1	95.8
40-44	97.1	98.3
45-49	94.6	97.1
Paridad		
0	93.3	94.5
1	99.3	99.0
2	97.8	99.7
3	98.4	98.7
4 y más	98.8	97.6
Escolaridad		
Sin escolaridad	92.3	83.4
Primaria incompleta	94.5	94.3
Primaria completa	95.7	95.4
Secundaria y más	99.2	99.3
Lugar de residencia		
Rural	90.9	92.7
Urbano	97.7	97.7

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

1997 (véase gráfica 11). Después de la pastilla, los métodos más conocidos fueron, en el último año bajo observación, el condón (94.1%), el dispositivo intrauterino (DIU) (89.3%), la oclusión tubaria bilateral (OTB) o esterilización femenina (88.7%), la inyección (85.6%), y la vasectomía (81.3%).

Dado el alto nivel de conocimiento que se registró en los años de referencia, no se observaron cambios importantes en el conocimiento de los distintos métodos, con excepción del retiro, el Norplant y la vasectomía, en donde el porcentaje de mujeres que declaró conocerlos incrementó en 18.8, 13.8 y 11.3 puntos porcentuales, respectivamente (véase cuadro 4).

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



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

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

Método	1992			1997		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	94.2	88.4	95.3	94.7	88.3	95.9
DIU	86.1	72.5	88.7	89.3	78.8	91.2
Inyecciones	81.6	74.3	83.0	85.6	76.7	87.3
Norplant	3.4	2.0	3.7	17.2	11.8	18.2
OTB	82.9	74.7	84.4	88.7	78.2	90.7
Vasectomía	70.0	50.1	73.8	81.3	65.0	84.4
Condomes	85.6	69.6	88.7	94.1	86.0	95.6
Espermicidas	56.2	39.4	59.4	62.9	39.1	67.4
Ritmo	74.6	61.3	77.1	79.4	64.5	82.2
Retiro	44.5	35.1	46.3	63.3	51.2	65.6

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

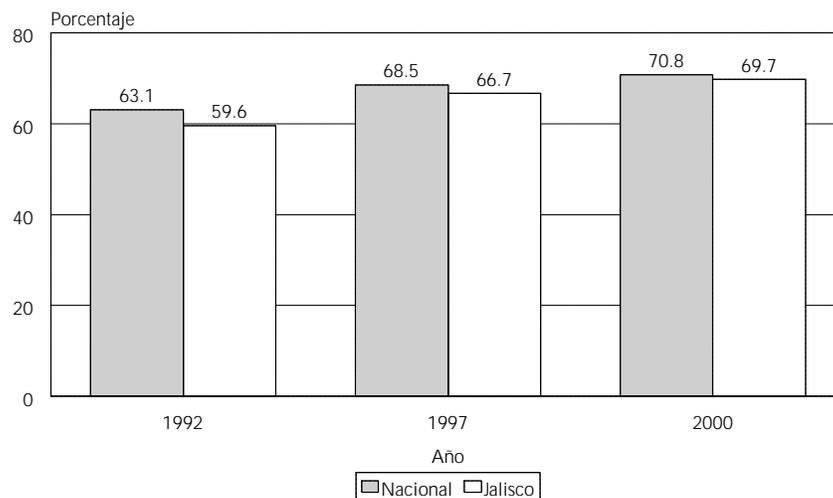
## Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos

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

En el estado de Jalisco, el porcentaje de mujeres casadas o unidas que hacía uso de alguna forma de regulación de su fecundidad fue de 59.6 por ciento en 1992, esta cifra ascendió a 66.7 por ciento en 1997 y se estima que en la actualidad es de 69.7 por ciento, lo que situó a Jalisco dentro de los doce estados que están por debajo del promedio nacional (véase gráfica 13).

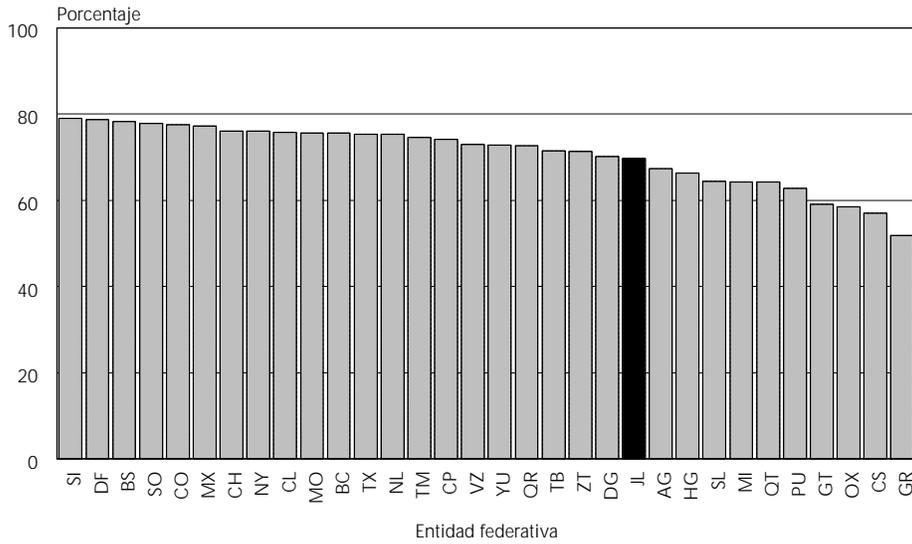
Estos resultados sugieren avances considerables en el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres de Jalisco, que se evidencian al desagregarlos según algunas variables sociodemográficas en el quinquenio 1992-1997 (véase cuadro 5). En este periodo, la prevalencia anticonceptiva se incrementó en casi todos los grupos de edad, destacando las mujeres de 45-49 años, las cuales aumentaron el uso 30.4 por ciento. En 1997, los mayores niveles de uso se presentaron entre las mujeres de 30 a 34 años de edad: en esas edades cerca de tres de cada cuatro mujeres utilizaban algún método para regular su fecundidad (véase gráfica 14). Respecto a la paridad, destaca el bajo nivel de uso que registran las mujeres con paridad cero, ya que en 1997 sólo una de cada cinco utilizaba algún método para regular su fecundidad.

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



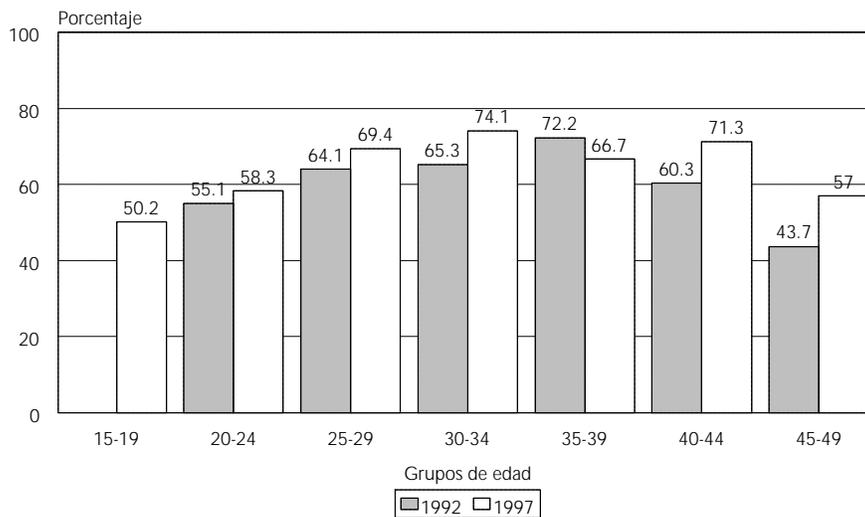
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1992 y 1997.

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



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

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

Características	1992	1997
<b>Total</b>	<b>59.6</b>	<b>66.7</b>
Grupo de edad		
15-19	-	50.2*
20-24	55.1	58.3
25-29	64.1	69.4
30-34	65.3	74.1
35-39	72.2	66.7
40-44	60.3	71.3
45-49	43.7	57.0
Paridad		
0	19.3*	19.2
1	50.5	54.8
2	66.8	70.8
3	73.1	78.3
4 y más	59.3	72.5
Escolaridad		
Sin escolaridad*	32.8	61.4
Primaria incompleta	54.0	56.7
Primaria completa	63.7	71.2
Secundaria y más	67.6	69.7
Lugar de residencia		
Rural	44.6	45.6
Urbano	62.9	70.3

\* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

Entre 1992 y 1997, las mujeres sin instrucción registraron un importante aumento en el uso de métodos (de 32.8% a 61.4%) mientras que las de mayor escolaridad se mantuvieron prácticamente sin cambios, por lo que en 1997 la brecha entre los grupos extremos de escolaridad se redujo significativamente, al pasar de 34.8 a 8.3 puntos porcentuales. Contrario a lo anterior, las mujeres que residían en localidades urbanas reportaron un incremento en el uso de métodos de 7.4 puntos y las del medio rural se mantuvieron sin cambios, por lo que la brecha entre mujeres rurales y urbanas se amplió (45.6% y 70.3%, respectivamente).

## Estructura de uso de métodos anticonceptivos

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

La estructura de uso de métodos que se observó en Jalisco en 1997 muestra algunas diferencias con el patrón nacional, ya que si bien la OTB apareció como el método más usado por las mujeres en edad fértil (38.3%), los naturales fueron el segundo método en importancia (18.8%), y la pastilla siguió teniendo un peso relativo importante, representando el tercer método más utilizado (14.5%), seguidas por el DIU (13.6%). Es importante señalar que, entre 1992 y 1997, la pastilla redujo su participación en la mezcla de métodos en casi cinco puntos porcentuales. Por el contrario, la OTB y el DIU no registraron cambios importantes en la estructura de uso, y solamente la participación de las inyecciones y del condón registraron un incremento (véase cuadro 6).

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

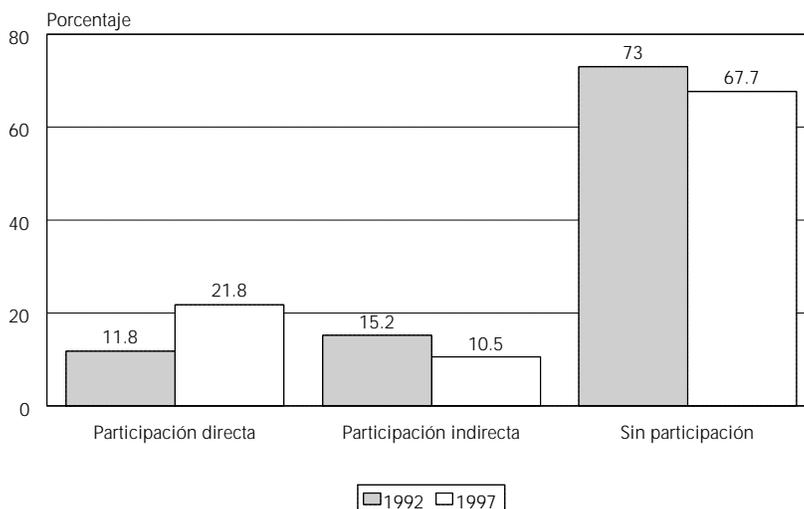
Método	1992			1997		
	Total	Lugar de residencia		Total	Lugar de residencia	
		Rural	Urbano		Rural	Urbano
Pastillas	19.3	29.1	17.8	14.5	16.4	14.3
DIU	14.8	9.7	15.6	13.6	19.0	13.1
Inyecciones	1.8	0.9	1.9	2.5	3.6	2.3
Locales	0.6	0.2	0.6	0.1	0.0	0.1
Condomes	7.2	7.3	7.2	10.5	8.1	10.8
OTB	37.6	28.5	39.0	38.3	25.5	39.7
Vasectomía	1.3	0.0	1.5	1.6	0.1	1.8
Naturales	17.4	24.3	16.4	18.8	27.5	17.9

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

Tanto en el área rural como en las ciudades predominó el uso de métodos modernos. Sin embargo, en 1997, el porcentaje que usaba métodos modernos era mayor en la zona urbana que en la rural (82.1% y 72.5%, respectivamente). Al interior de las localidades rurales los cambios más importantes en la mezcla de métodos fueron: el aumento en la participación del DIU (de 9.7% a 19%) y de los inyectables (de 0.9% a 3.6%), y la reducción en la participación de la pastilla (de 29.1% a 16.4%). En las localidades urbanas cabe destacar el aumento del condón (de 7.2% a 10.8%) y la disminución en el porcentaje de mujeres que recurrió a la pastilla y el DIU para regular su fecundidad (de 17.8% a 14.3%, y de 15.6% a 13.1%, respectivamente).

Los métodos anticonceptivos modernos que están disponibles en México son, en su mayoría, para uso de la mujer. Los únicos métodos para el varón son la vasectomía y el condón, mismos que fueron declarados por 1.6 y 10.5 por ciento de las usuarias de anticonceptivos en Jalisco en 1997. Sin embargo, existen otros medios de regulación de la fecundidad en los cuales los hombres participan en su utilización de manera directa e indirecta, que sumados representan cerca de una de cada tres usuarias (véase gráfica 15). Se consideran métodos de uso directo el condón, la vasectomía y el retiro; y de uso indirecto, los métodos locales y el ritmo. En el primer grupo se encuentra 21.8 por ciento de las usuarias y en el segundo 10.5 por ciento. El peso relativo de los métodos que exigen la participación directa del varón aumentó de manera importante entre 1992 y 1997, como resultado del aumento en el uso del condón y del retiro.

Gráfica 15.  
Jalisco: distribución porcentual de las mujeres unidas usuarias  
de anticonceptivos por tipo de participación del varón, 1992 y 1997



Nota: Participación directa= Condón, vasectomía y retiro.

Participación indirecta= Locales y ritmo.

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

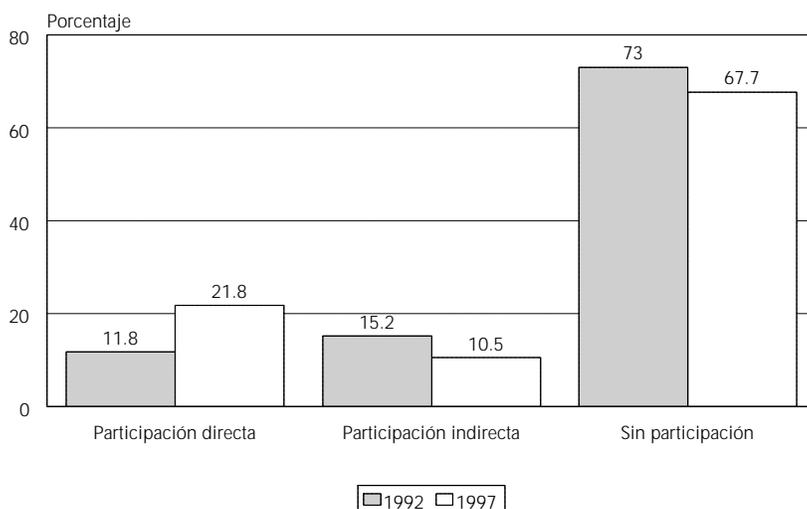
## Fuente de obtención de los métodos anticonceptivos

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

Durante los años noventa, las instituciones públicas de salud en Jalisco ganaron terreno como fuentes de obtención de métodos anticonceptivos, al pasar de 60 por ciento en 1992 a 68 en 1997 (véase gráfica 16). Sin embargo, un porcentaje importante de usuarias de anticonceptivos recurre al sector privado de la entidad, que comprende principalmente farmacias (21.4%) y consultorios y hospitales privados (10.5%). Entre las instituciones del Sector Salud destaca el IMSS, el cual atendió dos quintas partes (41.2%) del total de mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos, y la SSA, que atendió a poco más de una de cada seis usuarias (17.3%).

En el área rural, las farmacias fueron la principal fuente de obtención de métodos anticonceptivos en 1992, y en 1997 la SSA pasó a ser la principal fuente de obtención, al atender a 42.9 por ciento de las usuarias, en tanto que las farmacias ocuparon el segundo lugar en la provisión de métodos, seguidas muy de cerca por otras instituciones públicas y por el IMSS (véase cuadro 7). En el ámbito urbano, el IMSS fue la principal fuente de obtención tanto en 1992 como en 1997, y en el último año bajo observación atendió a 43.6 por ciento de las usuarias urbanas de métodos modernos, el sector privado a 32.6 por ciento, y la Secretaría de Salud a 14.9 por ciento.

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



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

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

Fuente de obtención del método anticonceptivo	1992			1997		
	Total	Rural*	Urbano	Total	Rural	Urbano
IMSS	44.4	25.7	47.0	41.2	15.9	43.6
ISSSTE	1.7	0.0	2.0	1.8	0.0	2.0
SSA	8.5	25.7	6.2	17.3	42.9	14.9
Otro público	5.4	6.3	5.2	7.7	16.5	6.9
Farmacia	28.1	30.4	27.7	21.4	18.0	21.8
Otro	11.9	11.9	11.9	10.5	6.8	10.8

\* Menos de 100 casos en muestra.

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

La fuente de obtención de los métodos que requieren de la intervención de personal de salud para su utilización, como son los quirúrgicos (OTB y vasectomía) y el dispositivo intrauterino, es principalmente el sector público; este es el caso de poco más de 80 por ciento de las usuarias del DIU y de la operación femenina (véase cuadro 8). Los métodos temporales, como los hormonales y los locales (cuyo uso cotidiano puede ser regulado totalmente por las mujeres), se obtienen mayoritariamente en el sector privado, seis de cada diez usuarias de condones y dos de cada tres usuarias de pastillas acudieron a este sector para su obtención.

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

Método empleado	1997	
	Sector público	Sector privado
<b>Total</b>	<b>68.1</b>	<b>31.9</b>
Pastillas	34.3	65.7
DIU	82.2	17.8
Inyecciones	-	-
Condomes	40.6	59.4
OTB	85.8	14.2

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

## Anticoncepción posparto

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

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

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

En Jalisco, 37.8 por ciento de las mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos en 1997 iniciaron el uso del método en el periodo posparto de su último hijo nacido vivo, lo que lo situó como la segunda entidad, después de Aguascalientes, con la menor proporción de usuarias de anticonceptivos posevento obstétrico (véase gráfica 17). Cerca de seis de cada diez usuarias del DIU (58.6%) y tres de cada cuatro usuarias de OTB (76.6%), comenzaron el uso del método en este periodo.

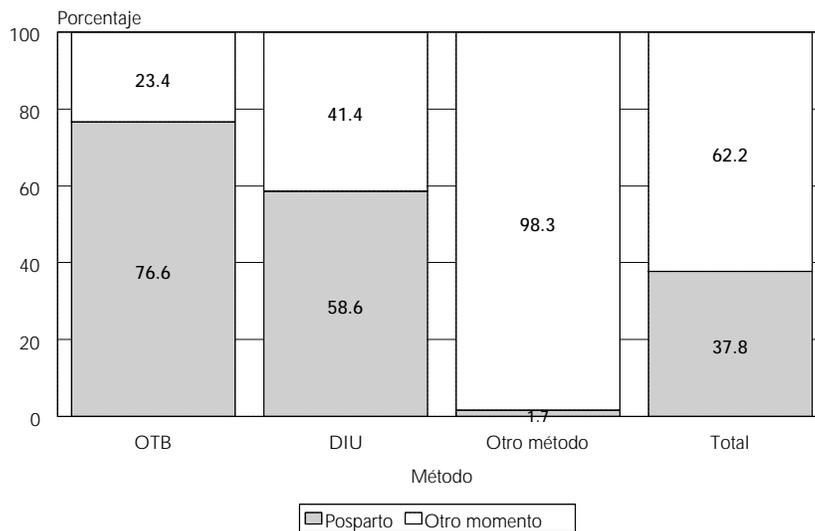
Bajo una perspectiva de salud integral, las instituciones del sector público han promovido que durante la atención prenatal se ofrezca a las mujeres una amplia gama de servicios, que incluyen la consejería y la oferta de métodos de planificación familiar (principalmente DIU y OTB), para que durante la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

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

---

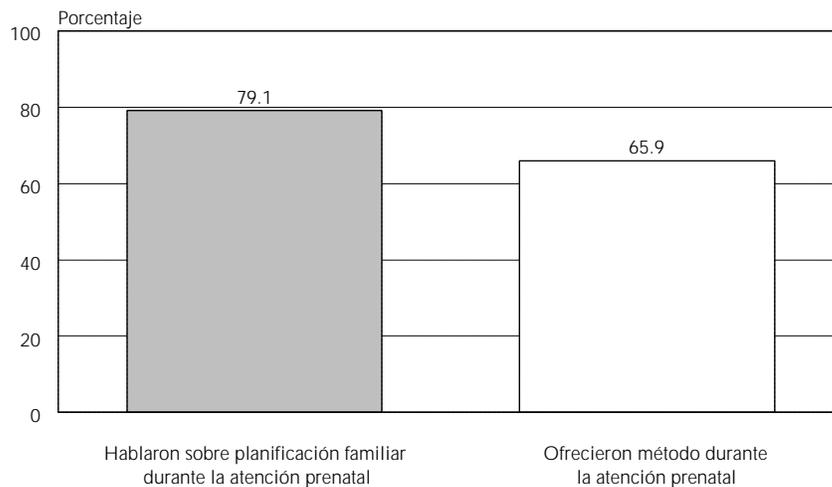
<sup>7</sup> Se consideró que una mujer adoptó un método en el periodo posparto cuando inició el uso de un método moderno en el mes y año en el que ocurrió el nacimiento de su último hijo nacido vivo.

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



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

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



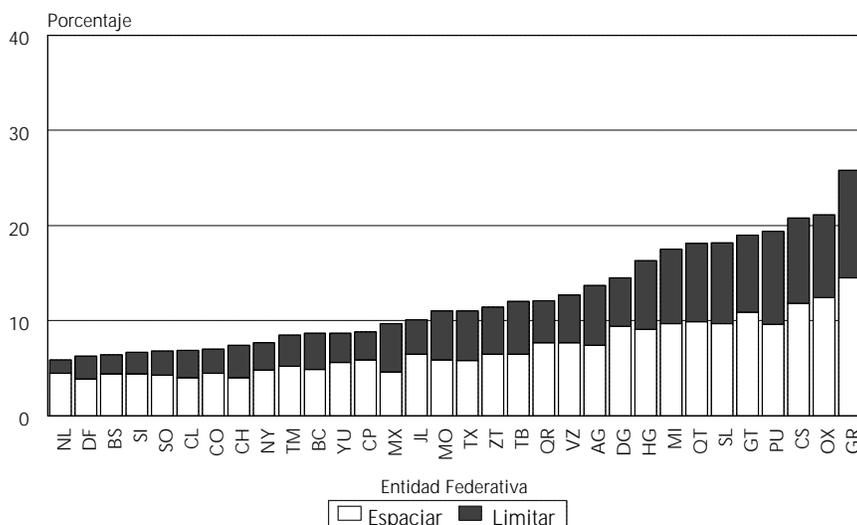
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 1997.

## Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos

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

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en Jalisco, para el año de 1997, fue del orden de diez por ciento, lo que ubicó a la entidad dentro de los 15 estados mejor situados en este renglón (véase gráfica 19).

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



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

El comportamiento de la demanda insatisfecha por grupos de edad da cuenta de que en Jalisco las mujeres jóvenes presentaban valores muy elevados en este indicador en 1997: 18.9 y 15.7 por ciento de las mujeres unidas de 15 a 19 y de 20 a 24 años de edad, respectivamente, en tanto que esta situación era casi inexistente entre las mujeres de mayor edad (1.5% para el grupo de 45-49 años). Con respecto a la paridad, los mayores niveles de demanda insatisfecha se encontraban entre las mujeres con uno y dos hijos(as) (18.6% y 10.3%, respectivamente), en tanto que 6.7 y 9.2 por ciento de las mujeres con tres y cuatro o más, respectivamente, se encontraba en esa situación. Cabe destacar que las mujeres sin hijos(as) fueron las que presentaron la menor demanda insatisfecha (5.6%) (véase cuadro 9).

El rezago social condiciona fuertemente la satisfacción de las necesidades de métodos anticonceptivos. Las mayores brechas entre las intenciones reproductivas y las prácticas de regulación de la fecundidad se presentaron entre las mujeres sin escolaridad y con primaria incompleta, y las que residían en localidades rurales (18.6%, 15.9% y 17.2%, respectivamente). (véase gráfica 20).

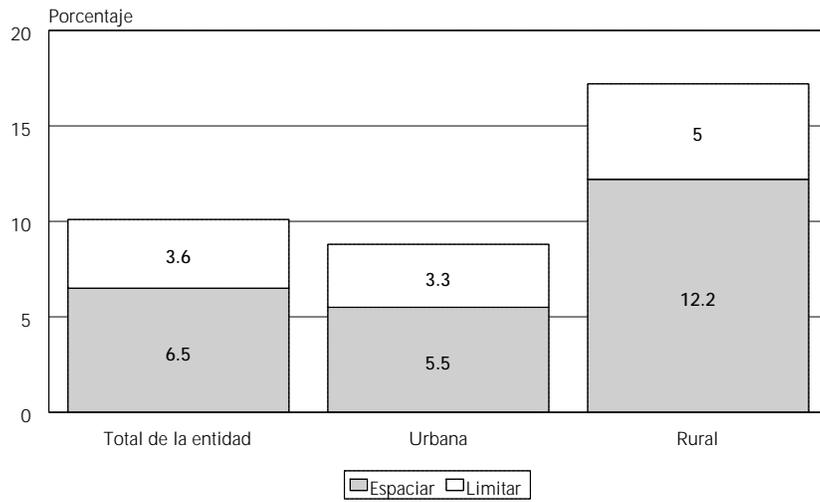
**Cuadro 9.**  
Jalisco: distribución porcentual de las mujeres en edad fértil unidas de acuerdo a la demanda de servicios de planificación familiar, según características seleccionadas, 1997

	Uso de anticonceptivos			Demanda no satisfecha			Sin demanda	Infecundas	Falla del método
	Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar			
<b>Total</b>	<b>66.7</b>	<b>33.6</b>	<b>33.1</b>	<b>10.0</b>	<b>6.5</b>	<b>3.6</b>	<b>10.6</b>	<b>10.4</b>	<b>2.2</b>
<b>Edad quinquenal</b>									
15-19*	50.2	50.2	0.0	18.9	18.2	0.7	29.7	0.0	1.2
20-24	58.3	50.1	8.3	15.7	12.8	2.9	19.1	1.0	5.9
25-29	69.4	50.6	18.9	11.1	7.5	3.6	16.2	0.8	2.4
30-34	74.1	38.1	36.0	9.8	7.0	2.7	7.6	5.8	2.7
35-39	66.7	23.8	43.0	10.8	6.1	4.7	7.9	12.8	1.8
40-44	71.3	15.0	56.3	7.3	1.3	6.0	4.8	15.8	0.8
45-49	57.0	9.1	47.9	1.5	0.0	1.5	0.0	41.5	0.0
<b>Paridad</b>									
0	19.2	19.2	0.0	5.6	5.4	0.2	59.4	14.9	0.9
1	54.8	52.9	1.9	18.6	16.8	1.7	16.1	7.7	2.9
2	70.8	49.9	20.9	10.3	7.4	2.9	8.7	7.7	2.5
3	78.3	28.5	49.7	6.7	3.4	3.4	5.2	6.4	3.3
4 y más	72.5	22.5	50.0	9.2	3.7	5.5	2.5	14.3	1.5
<b>Escolaridad</b>									
Sin escolaridad*	61.4	25.0	36.5	18.6	6.2	12.4	1.4	18.6	0.0
Primaria incompleta	57.0	24.1	32.8	15.9	10.9	5.0	6.8	19.3	1.1
Primaria completa	71.2	37.1	34.1	8.7	5.7	3.0	9.7	7.4	2.9
Secundaria y más	69.7	37.4	32.3	6.9	4.6	2.4	14.1	6.6	2.6
<b>Lugar de residencia</b>									
Urbano	70.3	34.4	35.9	8.8	5.5	3.3	9.8	9.0	2.0
Rural	45.6	28.7	16.9	17.2	12.2	5.0	15.2	18.8	3.3

\* Menos de 100 casos en muestra

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

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



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

## 4 Salud materna

### Nivel de la mortalidad materna

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

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

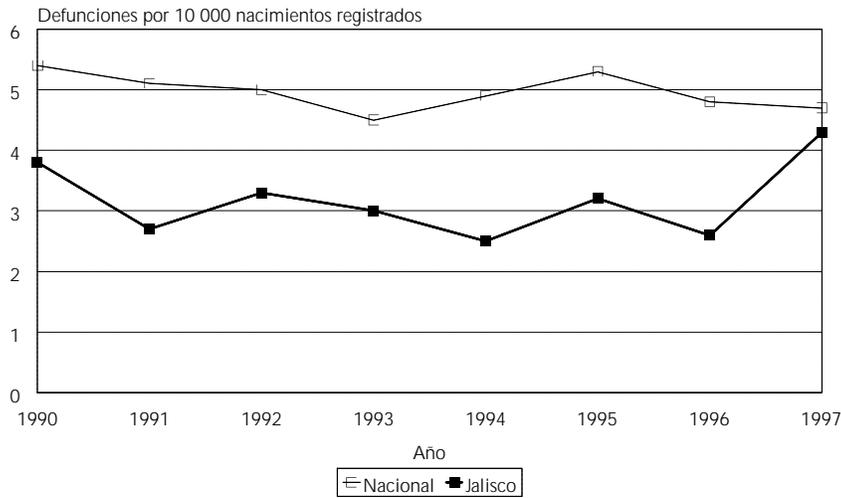
En Jalisco, la tasa de mortalidad materna ha presentado un comportamiento irregular con una tendencia creciente (véase gráfica 21). No obstante lo anterior, Jalisco está entre las 16 entidades con la menor tasa de mortalidad materna. Es importante señalar que el nivel de la mortalidad materna de Jalisco en 1997 (4.3 defunciones por diez mil nacimientos registrados) fue la mitad del de Tlaxcala, que es la entidad con la tasa de mortalidad materna más elevada del país (8.6 defunciones por diez mil nacimientos registrados).

En el periodo 1989-1991, se registraron en Jalisco 176 defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, las cuales descendieron ligeramente a 168 en el periodo 1995-1997.<sup>8</sup> Las muertes maternas se concentran en los grupos de edad que más aportan a la fecundidad (véase gráfica 22). Seis de cada diez mujeres (60.1%) que murieron entre 1995 y 1997 por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio tenían entre 20 y 34 años de edad, poco más de una de cada cinco (22.6%) tenía entre 35 y 39 años y sólo 8.3 por ciento de las muertes maternas correspondieron a cada uno de los dos grupos de edad extremos (menores de 20 y mayores de 40 años).

---

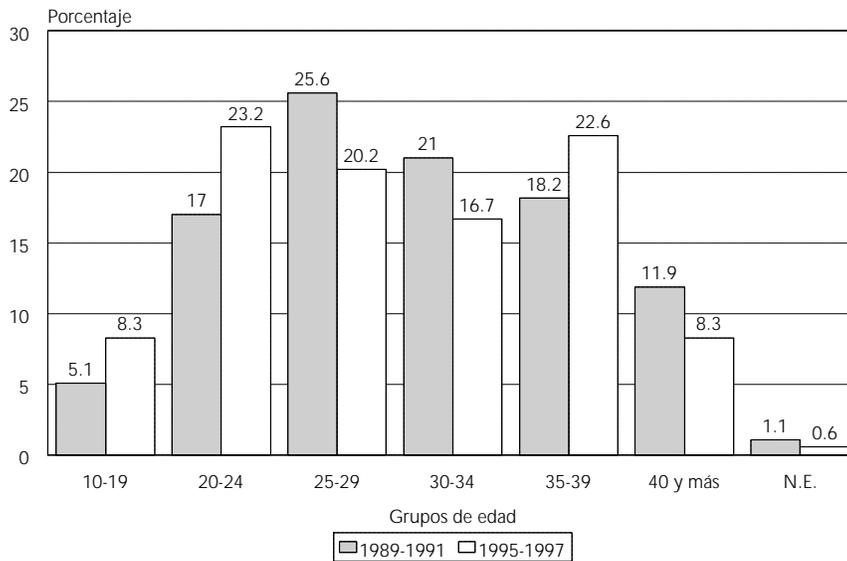
<sup>8</sup> INEGI, Bases de defunciones generales 1989-1997.

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



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

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



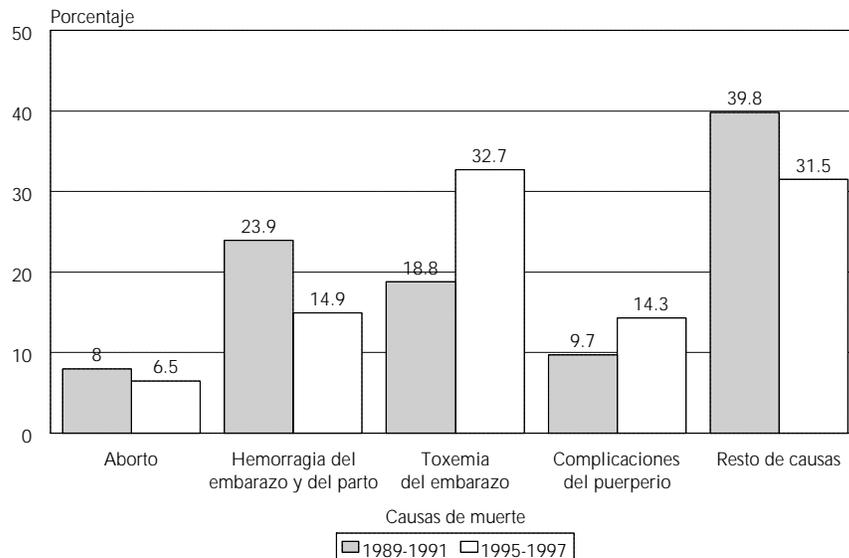
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones.

## Causas de mortalidad materna

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

En Jalisco, la toxemia del embarazo fue la principal causa de mortalidad materna, presentando un importante incremento porcentual en la década de los noventa. Entre 1989 y 1991 esta causa fue responsable de 18.8 por ciento de las defunciones y en el periodo 1995-1997 concentró 32.7 por ciento de las muertes maternas del estado (véase gráfica 23). Las hemorragias del embarazo y del parto fueron la segunda causa en importancia y su peso relativo tuvo una reducción importante, al pasar de 23.9 a 14.9 por ciento en los periodos bajo observación. La tercera causa corresponde a las complicaciones del puerperio, cuyo porcentaje presentó un incremento de 4.6 puntos, al pasar de 9.7 a 14.3 por ciento. El peso del aborto y sus complicaciones, la cuarta causa en importancia, registró una ligera disminución, al pasar de 8 a 6.5 por ciento.

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



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

## Aborto

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

En Jalisco, los datos de las encuestas sociodemográficas indican que la experiencia del aborto también ha disminuido en los últimos años. En 1992, 29 de cada cien mujeres alguna vez embarazadas había experimentado un aborto, proporción que se redujo a cerca de 25 de cada 100 mujeres en 1997.

## 5 Atención a la mujer embarazada

### Atención prenatal

En la gran mayoría de los casos, el embarazo es un proceso que transcurre sin complicaciones. Existen, sin embargo, condiciones de la madre y del feto que si no se detectan y tratan de manera oportuna y adecuada, pueden poner en riesgo la salud e incluso la vida tanto de la madre como del hijo. Diversos estudios han mostrado los beneficios de la atención prenatal<sup>9</sup> como una estrategia para la detección oportuna de complicaciones y como una intervención eficaz para promover la salud de la madre y del recién nacido. Este efecto se logra a través de la educación para la salud; la identificación de las mujeres expuestas a riesgos específicos y su remisión, de ser necesario, a servicios de salud especializados; y la detección y tratamiento oportunos de los problemas que así lo requieran. La protección que obtienen quienes asisten a los servicios de atención prenatal se refleja en un menor riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, la efectividad de la atención prenatal varía según la edad gestacional en que se inicia, el número de visitas que se realicen durante el embarazo y la calidad de la atención prenatal. Esta última depende, a su vez, de la capacitación técnica del proveedor de los servicios y de las acciones concretas que se lleven a cabo en cada consulta.

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

En Jalisco, 96 por ciento de las mujeres tuvo alguna revisión durante el embarazo del último y penúltimo hijo nacido vivo en el periodo 1994 - 1997, lo cual ubica a esta entidad entre los estados con la mayor cobertura de atención prenatal del país. La proporción de mujeres que acudió con un médico para recibir esta atención ascendió a 93.1 por ciento, y fue la quinta más alta del país en este renglón (véase cuadro 10).

A pesar del elevado porcentaje de mujeres que acudieron con un médico para la atención prenatal, la cifra varía dependiendo de la edad de la madre. El porcentaje más bajo de mujeres que recibieron atención prenatal con un médico se registra entre las madres mayores de 35

---

<sup>9</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).

años (88.8%). Las mujeres que residían en localidades rurales también presentan un porcentaje más bajo de revisión prenatal con un médico, en comparación con las que vivían en áreas urbanas (87% y 94.3%, en cada caso). Sin embargo, la diferencia más pronunciada se presenta entre los grupos de escolaridad extremos, de tal forma que mientras 96.9 por ciento de las mujeres con secundaria y más acudieron con un médico para la revisión de su embarazo, sólo 83.5 por ciento de aquéllas con primaria incompleta tuvieron esa oportunidad.

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

	Tipo de agente que brinda la atención prenatal			
	Médico	Enfermera/auxiliar/ promotora de salud	Partera o comadrona	Sin revisión
<b>Total</b>	<b>93.1</b>	<b>2.0</b>	<b>0.9</b>	<b>3.9</b>
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	92.5	2.4	0.0	5.1
20-34	94.0	2.1	1.2	2.7
35-49	88.8	1.5	0.0	9.7
Orden de nacimiento				
1	96.2	1.3	1.4	1.1
2	93.9	2.7	1.0	2.4
3	91.7	2.3	1.1	4.9
4 o más	91.6	1.2	0.4	6.7
Escolaridad				
Sin escolaridad	-	-	-	-
Primaria incompleta	83.5	1.7	3.0	11.8
Primaria completa	96.5	2.1	0.8	0.6
Secundaria y más	96.9	1.8	0.0	1.4
Lugar de residencia				
Urbano	94.3	1.7	0.7	3.3
Rural	87.0	3.9	2.1	7.0

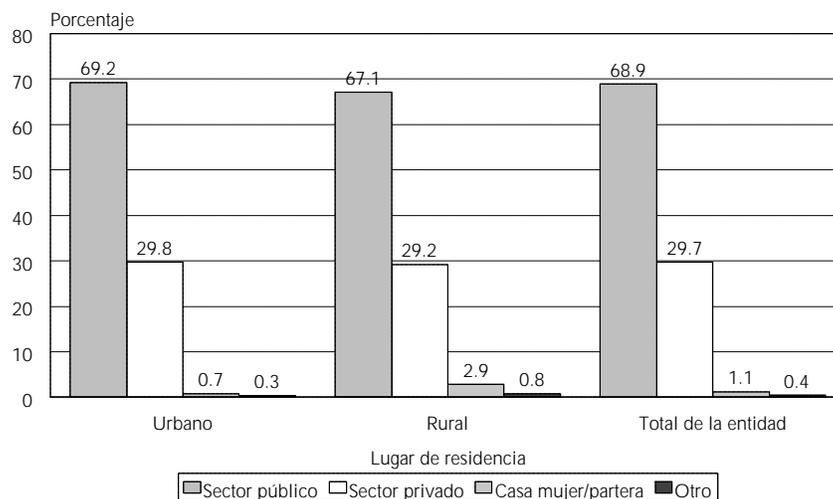
- Tamaño de muestra insuficiente.

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

## Cobertura institucional de la atención prenatal

Las instituciones de salud del sector público cubrieron la mayor parte de la demanda de servicios de atención prenatal (véase gráfica 24). El sector público atendió 68.9 por ciento de las mujeres embarazadas que solicitaron atención; el sector privado atendió 29.7 por ciento; y apenas 1.1 por ciento recibió la atención en casa. Cabe señalar que prácticamente no se observan diferencias en la cobertura institucional según el lugar de residencia.

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



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

## Inicio de la atención prenatal

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

En Jalisco, el porcentaje de mujeres que inició con oportunidad la revisión prenatal, del total que tuvo este tipo de atención, ascendió a 78.9 por ciento; 19.1 por ciento inició en el segundo trimestre; y sólo dos por ciento en el tercero (véase cuadro 11). El nivel de escolaridad de la mujer se asocia directamente con el inicio oportuno: mientras que tres de cada cuatro mujeres con primaria incompleta iniciaron la revisión del embarazo en el primer trimestre, la proporción ascendió a cerca de nueve de cada diez entre aquéllas con secundaria y más. El inicio oportuno también fue mayor entre las residentes de zonas urbanas.

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

	Trimestre de inicio de la atención prenatal		
	1er.	2o.	3er.
<b>Total</b>	<b>78.9</b>	<b>19.1</b>	<b>2.0</b>
Edad de la madre al nacimiento del hijo			
12-19	73.8	22.0	4.3
20-34	79.8	18.2	2.0
35-49	78.7	21.1	0.2
Escolaridad			
Sin escolaridad	-	-	-
Primaria incompleta	75.2	23.9	0.9
Primaria completa	73.6	23.7	2.8
Secundaria y más	85.6	12.7	1.7
Lugar de residencia			
Urbano	80.0	17.9	2.1
Rural	73.4	25.1	1.5

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

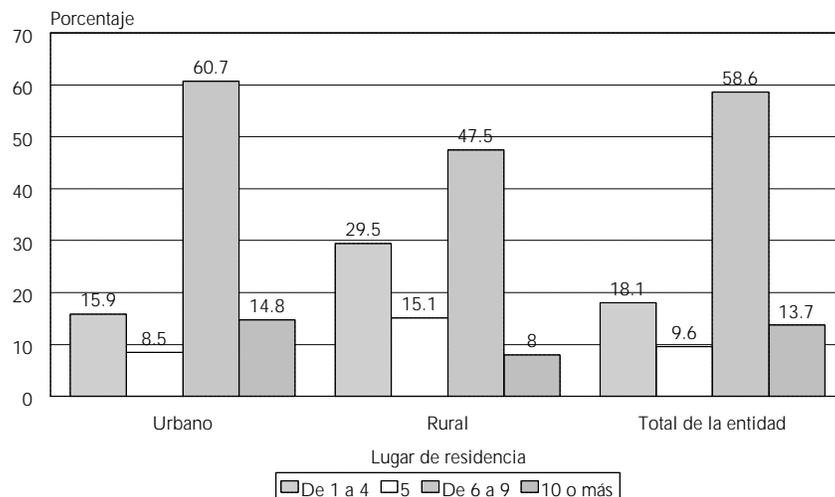
## Intensidad y calidad de la atención prenatal

La Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido establece que la mujer debe recibir un mínimo de cinco consultas prenatales. En Jalisco, las mujeres embarazadas recibieron, en promedio, 7.3 consultas de atención prenatal (7.5 en las zonas urbanas y 6.1 en las zonas rurales). Sin embargo, cabe destacar que 18.1 por ciento de estas mujeres recibió cuatro o menos consultas prenatales, elevándose esta proporción a 29.5 por ciento entre las residentes de localidades rurales (véase gráfica 25).

La calidad de los servicios de la atención prenatal está determinada, en buena medida, por el tipo de acciones y exámenes que se realizan durante la consulta. Entre ellas destacan el control del peso y la presión arterial de la mujer embarazada y la aplicación de la vacuna contra el tétanos. Al respecto, conviene señalar que a 97.5 por ciento de las mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal por algún agente de salud se le tomó la presión arterial; a 96.9 por ciento se le pesó; y a 81.5 por ciento se le aplicó la vacuna contra el tétanos (véase gráfica 26). Estos valores ubican al estado de Jalisco por encima de las cifras nacionales (91.4% para el peso, 92.3% para la presión, y 80.2% de vacunación).

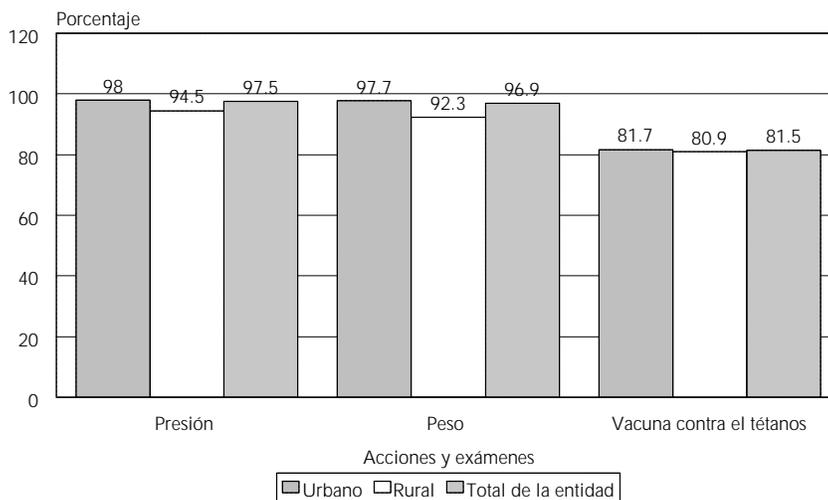
Es importante señalar que si bien el porcentaje de mujeres que recibió servicios prenatales de calidad es mayor en el ámbito urbano que en el rural, las diferencias entre ambos contextos no son acentuadas.

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



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

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



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

## Atención del parto

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

En el país, se ha dado un incremento acelerado en la proporción de partos atendidos por personal médico, de 66 por ciento en 1985-1987 a 81.5 por ciento en 1994-1997. De todas las entidades del país, Jalisco ocupó el quinto lugar en cuanto al mayor porcentaje de partos atendidos por un médico (95.8%), después de Nuevo León, Baja California Sur, Baja California y el Distrito Federal, lo que denota lo avanzado que se encuentran estos estados en el proceso de medicalización de la atención obstétrica (véase cuadro 12).

Dado el elevado porcentaje de partos asistidos por un médico, no se observan diferencias importantes en el tipo de agente que atendió el parto al analizar tanto la edad de la madre como el orden de nacimiento. En el caso de la escolaridad, la diferencia en el porcentaje de mujeres con primaria incompleta y con secundaria y más, cuyo parto fue atendido por un médico, fue de 5.3 puntos porcentuales (93.8% y 99.1%, respectivamente). Sin embargo, se aprecia una diferencia importante, cercana a 13 puntos porcentuales, en el porcentaje de partos asistidos por médico entre el medio urbano y el rural (98% y 85.1%, en cada caso).

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

	Tipo de agente que atendió el parto			
	Médico	Enfermera/auxiliar/ promotora de salud	Partera o comadrona	Otro/ella sola
<b>Total</b>	<b>95.8</b>	<b>0.6</b>	<b>2.0</b>	<b>1.6</b>
Edad de la madre al nacimiento del hijo				
12-19	96.0	2.1	1.1	0.8
20-34	96.1	0.3	2.0	1.6
35-49	94.1	1.1	2.7	2.1
Orden de nacimiento				
1	97.5	1.6	0.2	0.7
2	97.8	0.0	1.7	0.4
3	96.2	0.3	2.9	0.6
4 o más	92.1	0.8	3.0	4.1
Escolaridad				
Sin escolaridad	-	-	-	-
Primaria incompleta	93.8	1.3	2.9	2.0
Primaria completa	94.5	1.0	2.8	1.8
Secundaria y más	99.1	0.0	0.5	0.4
Lugar de residencia				
Urbano	98.0	0.6	0.8	0.6
Rural	85.1	0.8	7.6	6.4

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

## Lugar de atención del parto

En estrecha relación con el agente que atendió el parto, 96.1 por ciento de los partos ocurridos en el periodo de referencia se atendieron en una institución de salud: cerca de cuatro de cada diez mujeres (37.6%) acudieron al IMSS, más de una quinta parte (23.4%) se atendió en una institución privada y 18.4 por ciento lo hizo en la Secretaría de Salud (véase cuadro 13).

El estrato socioeconómico marcó pautas distintas en la utilización de los servicios de salud. Las mujeres con estudios de secundaria y más acudieron en porcentajes mayores al IMSS y al sector privado, mientras que las mujeres con menores niveles de escolaridad utilizaron más frecuentemente los servicios del IMSS, de otras públicas, y de la SSA.

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

	Lugar de atención del parto						Casa partera/mujer	Otro lugar/no especificado
	IMSS	ISSSTE	SSA	Otras públicas	Sector privado			
<b>Total</b>	<b>37.6</b>	<b>2.2</b>	<b>18.4</b>	<b>14.5</b>	<b>23.4</b>	<b>3.2</b>	<b>0.6</b>	
Escolaridad								
Sin escolaridad	-	-	-	-	-	-	-	
Primaria incompleta	30.1	0.0	23.4	26.1	15.9	4.5	0.0	
Primaria completa	37.9	0.8	23.7	16.0	16.0	4.3	1.3	
Secundaria y más	41.8	4.4	11.7	8.0	32.3	1.6	0.2	
Lugar de residencia								
Urbano	42.7	2.7	16.1	12.9	23.2	1.8	0.6	
Rural	10.9	0.0	30.0	23.3	24.5	10.8	0.6	

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

En el medio urbano, las opciones más utilizadas para la atención del parto fueron el IMSS y los servicios privados (42.7% y 23.2%, respectivamente). En el ámbito rural, tres de cada diez de los partos fueron atendidos por la SSA, siguiendo en orden de importancia el sector privado, en donde se atendió una cuarta parte de los partos ocurridos (24.5%). Conviene señalar que en el medio rural, los partos atendidos en la casa tuvieron un peso similar a los del IMSS (10.8% y 10.9%, respectivamente).

## Tipo de parto

En Jalisco, durante el periodo 1994-1997, poco más de uno de cada cuatro alumbramientos (27.3%) se resolvió mediante la operación cesárea, valor ligeramente mayor del registrado a escala nacional (26.5%) (véase cuadro 14). Cabe destacar que a pesar del elevado porcentaje de partos asistidos por personal médico que presentó esta entidad, el peso relativo de los partos por cesárea es sensiblemente menor al observado en Nuevo León (48.6%), el Distrito Federal (42.3%), y Baja California Sur (37.4%), que son los tres estados que muestran los mayores niveles en este indicador.

De los partos que se atendieron en el sector privado, 36 por ciento se resolvieron mediante la operación cesárea; en el IMSS esta cifra ascendió a 30.1 por ciento; y en la Secretaría de Salud a 18.4 por ciento. Cabe señalar que las normas de salud establecen que este tipo de intervención no debe ser mayor de 20 por ciento de los partos atendidos.

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

		Tipo de parto	
		Normal	Cesárea
<b>Total</b>		<b>72.7</b>	<b>27.3</b>
Edad de la madre al nacimiento del hijo			
	12-19	76.2	23.8
	20-34	72.4	27.6
	35-49	71.1	28.9
Lugar de atención del parto			
	IMSS	69.9	30.1
	SSA	81.6	18.4
	Otras públicas	74.5	25.5
	Sector privado	64.0	36.0
Lugar de residencia			
	Urbano	70.8	29.2
	Rural	82.4	17.6

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

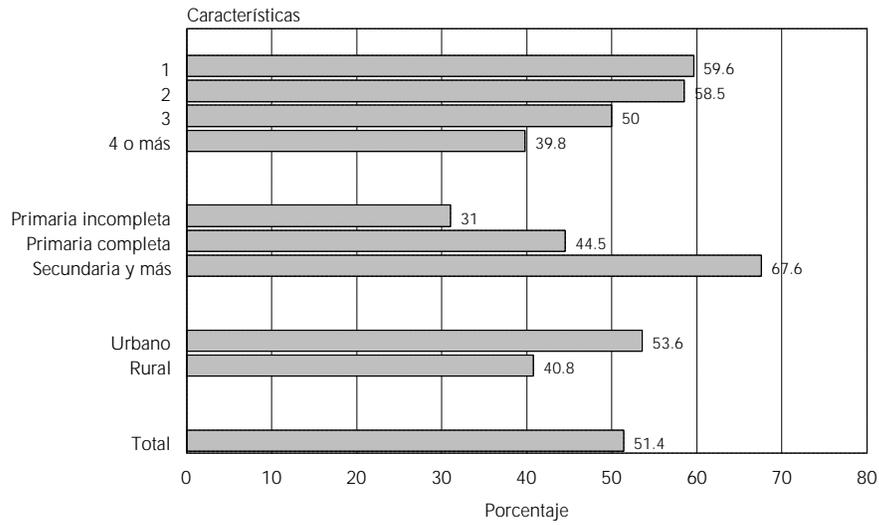
## Atención durante el puerperio

La vigilancia del periodo puerperal permite identificar oportunamente complicaciones que pueden ocurrir en las semanas posteriores al parto. Además, la atención al puerperio constituye una importante oportunidad para promover la vigilancia del crecimiento y la nutrición de los niños y niñas, así como la planificación familiar. A escala nacional, la vigilancia del puerperio es una práctica que no muestra la frecuencia o intensidad esperadas, pues acudió sólo 59.1 por ciento de las mujeres que tuvieron sus hijos entre 1994 y 1997.

En el estado de Jalisco, el porcentaje de mujeres que acudió a revisión durante el puerperio (51.4%), fue menor que el promedio nacional cifra que lo ubicó en la sexta posición nacional con la menor proporción en este renglón. Las mujeres que con menor frecuencia utilizaron este servicio fueron las de paridades altas (39.8% de las mujeres con cuatro hijos o más contra 59.6% de las primíparas); aquellas con primaria incompleta (31% a diferencia de 67.6% de las mujeres con secundaria y más); y las que residían en localidades rurales (40.8% en tanto que 53.6% de las que habitaban en áreas urbanas acudieron a revisión durante el puerperio) (véase gráfica 27).

Gráfica 27.

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



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

## 6 Lactancia materna

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

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

En Jalisco, la lactancia está ampliamente difundida; sin embargo, no se practica por periodos prolongados: 89.2 por ciento de los niños y niñas nacidos entre 1994 y 1997 recibió lactancia materna, con una duración mediana de 6.7 meses (véanse cuadros 15 y 16). Estos resultados indican una incidencia de ocho por ciento más baja y una duración mediana de casi la tercera parte de la de Oaxaca, que es el estado donde la práctica de la lactancia está más difundida (96.5%) y su duración es más prolongada (18.6 meses).

Con respecto a la edad de la madre, se observó que las mujeres mayores de 35 años tienden a amamantar a sus hijos(as) con menor frecuencia que las mujeres de edades intermedias (20 a 34 años) y menores de 20 años. También se advierte que el porcentaje de niños y niñas amamantados aumenta ligeramente conforme el nivel de escolaridad de la madre es mayor, de tal manera que mientras 86.6 por ciento de los hijos e hijas de las mujeres con primaria incompleta fueron amamantados, la frecuencia de amamantamiento entre aquéllos cuyas madres tenían estudios de secundaria o más fue de 91.2 por ciento. Asimismo, la práctica de la lactancia fue más frecuente entre las mujeres atendidas en el sector público que en el privado (91.8% contra 81.3%).

Cabe hacer notar que no se observaron diferencias en el porcentaje de niños y niñas que recibió leche materna según lugar de residencia (88.9% en el ámbito urbano y 90.8% en el rural); sin embargo, las mujeres que habitan en localidades rurales amamantaron, en promedio, 3.4 meses más que aquéllas residentes en áreas urbanas (9.8 y 6.4 meses, respectivamente).

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

<b>Total</b>		<b>89.2</b>
Edad de la madre al nacimiento del hijo		
	12-19	88.2
	20-34	91.3
	35-49	78.3
Escolaridad		
	Sin escolaridad	-
	Primaria incompleta	86.6
	Primaria completa	89.1
	Secundaria y más	91.2
Lugar de atención del parto		
	Sector público	91.8
	Sector privado	81.3
	Casa	-
Lugar de residencia		
	Urbano	88.9
	Rural	90.8

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

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

Duración de la lactancia*	Total	Urbano	Rural
Primer cuartil	3.4	3.3	4.5
Mediana	6.7	6.4	9.8
Tercer cuartil	12.8	12.6	15.2

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

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

## Edad de la ablactación

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

La ablactación temprana es una práctica ampliamente difundida en el territorio nacional: dos de cada tres bebés que nacieron entre 1994 y 1997 fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad. En Jalisco, 72.3 por ciento fue ablactado antes de los cuatro meses; 22.2 por ciento lo hizo dentro del periodo recomendado; y sólo 1.2 por ciento recibió otros alimentos después de lo recomendado por la norma de salud (véase cuadro 17). En esta entidad, la duración mediana de la lactancia exclusiva fue de 2.9 meses, cifra ligeramente menor a la registrada para el país en su conjunto (3.1).

La práctica de ablactar tempranamente a los niños y niñas se encontraba más extendida en las zonas urbanas que en las rurales (74% contra 63.5% en las áreas rurales). La ablactación temprana es una práctica ampliamente difundida entre las mujeres de los diversos niveles de escolaridad: tres de cada cuatro hijos(as) de mujeres que no terminaron la primaria o que tenían estudios de secundaria y más fueron ablactados antes de los cuatro meses de edad. La ablactación tardía es prácticamente inexistente en la entidad, encontrándose entre las mujeres con primaria completa el mayor porcentaje de mujeres que introdujo alimentos diferentes a la leche materna después de los ocho meses (2.1%).

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

	Meses				
	Menos de 2	2 a 3	4 a 7	8 o más	No ha ablactado
<b>Total</b>	<b>35.6</b>	<b>36.7</b>	<b>22.2</b>	<b>1.2</b>	<b>4.3</b>
Edad de la madre al nacimiento del hijo					
12-19	30.4	43.4	22.3	0.0	4.0
20-34	34.6	37.2	22.5	1.4	4.3
35-49*	47.8	25.9	20.2	1.2	4.9
Escolaridad					
Sin escolaridad	-	-	-	-	-
Primaria incompleta	31.5	43.9	19.3	0.0	5.3
Primaria completa	35.0	34.3	22.7	2.1	5.8
Secundaria y más	37.7	37.0	21.5	0.7	3.0
Lugar de residencia					
Urbano	36.5	37.5	20.6	1.4	4.0
Rural	31.2	32.3	30.2	0.3	5.9

\* Menos de 100 casos en muestra.

- Tamaño de muestra insuficiente.

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

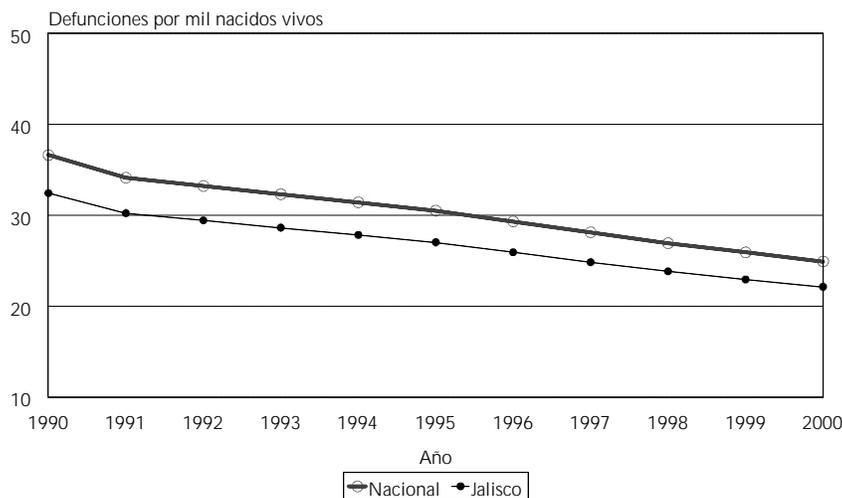
## 7 Mortalidad infantil

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

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

En el estado de Jalisco, la tasa de mortalidad infantil experimentó un importante descenso al pasar de 32.4 defunciones por cada mil nacidos vivos en 1990 a 22.1 por mil en la actualidad (véase gráfica 28). Esta reducción equivale a evitar 31.8 por ciento de los decesos, los cuales

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

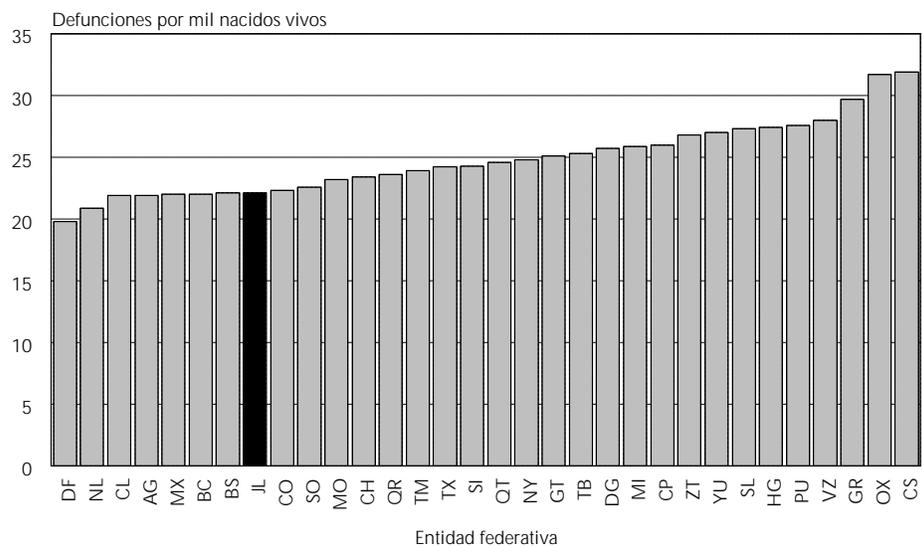


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

habrían ocurrido de haberse mantenido el nivel de mortalidad de 1990. En la actualidad, la tasa de Jalisco está entre las ocho más bajas de la República y es 11.6 por ciento mayor que la del Distrito Federal (19.8 defunciones por mil), que es la entidad con el menor nivel de mortalidad infantil (véase gráfica 29).

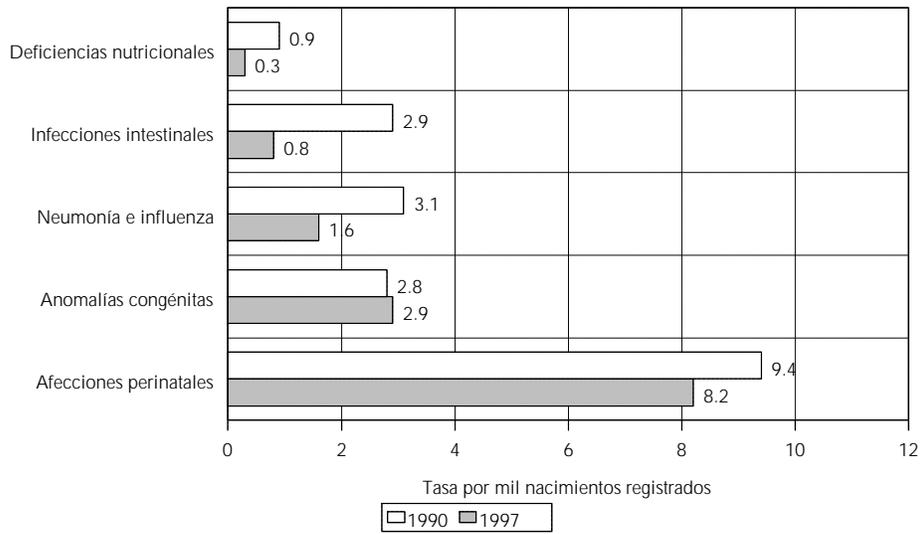
En Jalisco, al igual que en el nivel nacional, las afecciones perinatales fueron la principal causa de la mortalidad infantil en 1997, aun cuando esta causa de muerte experimentó una importante reducción respecto a 1990. Estas defunciones están estrechamente vinculadas con la cobertura y calidad de la atención materno-infantil en el periodo perinatal. La mortalidad por anomalías congénitas prácticamente no registró cambios en los años de referencia y pasó a ser la segunda causa de muerte infantil en el estado. Cabe señalar que las estimaciones del CONAPO sugieren que en Jalisco existe un subregistro importante de las defunciones de menores de un año de edad, por lo que las tasas de mortalidad infantil por causas que se presentan pueden tener sesgos considerables (véase gráfica 30).

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



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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



Fuente: SSA/DGEI, Mortalidad 1990-1997.

## 8 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA

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

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

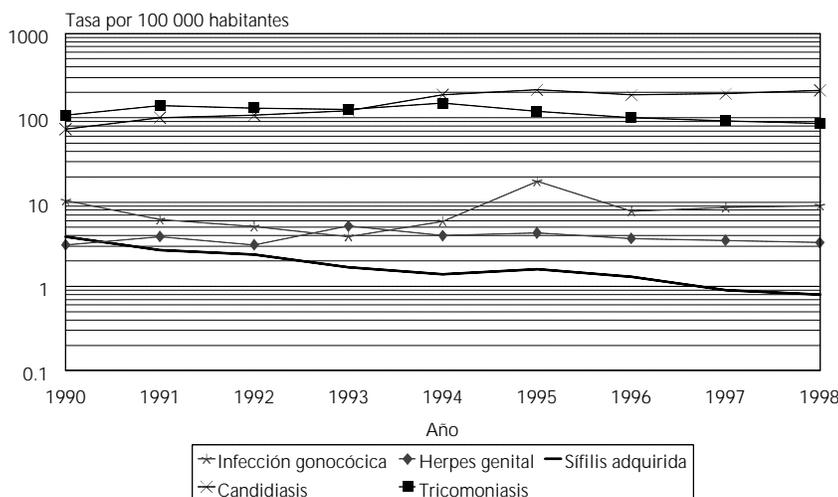
De acuerdo con las estadísticas oficiales, las ETS representan en el país una de las diez primeras causas de morbilidad, con un promedio de 350 000 casos anuales entre 1996 y 1998. Los índices de incidencia de las principales ETS presentaron incrementos importantes entre 1990 y 1998, tanto en términos absolutos como relativos. Este es el caso de la candidiasis y la tricomoniasis urogenitales, cuya incidencia en 1998 ascendió a 238.6 y 142.1 casos por 100 mil habitantes, respectivamente. La tendencia de las ETS clásicas, como la sífilis y la gonorrea, es descendente, a diferencia de las llamadas de nueva generación (como el VIH, el herpes genital, el virus del papiloma, entre otras) que tienden a aumentar. Entre 1990 y 1998, la incidencia de la infección gonocócica pasó de 23.2 a 15.6 casos por 100 mil habitantes, la de la sífilis adquirida de 5.7 a 1.8 y la del herpes genital de 4.4 a 5 casos por 100 mil.

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

En Jalisco, los índices de incidencia de las dos principales ETS registraron un comportamiento irregular. Sin embargo, los niveles alcanzados en 1998 fueron menores a los registrados para el país en su conjunto: la candidiasis urogenital presentó una incidencia de 211.2 casos por 100 mil habitantes y la tricomoniasis urogenital ascendió a 86.3 por 100 mil (véase gráfica 31).

Al igual que lo observado en el ámbito nacional, la incidencia de la sífilis adquirida en Jalisco es descendente pero la gonorrea ha tenido un comportamiento errático, con una alza muy importante en 1995. Así, mientras que entre 1990 y 1994, la tasa de incidencia de la gonorrea pasó de 10.4 a 5.9 casos por 100 mil habitantes, en 1995 se registró una tasa de 17.6 casos por 100 mil, situándose en 9.1 casos en 1998. En el caso de la sífilis adquirida, ésta pasó de 3.9 a 0.8 casos por 100 mil entre 1990 y 1998. Cabe destacar que la incidencia de estas enfermedades en 1998 era 41.7 y 55.6 por ciento menor en Jalisco que la registrada para el ámbito nacional.

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



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

## VIH/SIDA

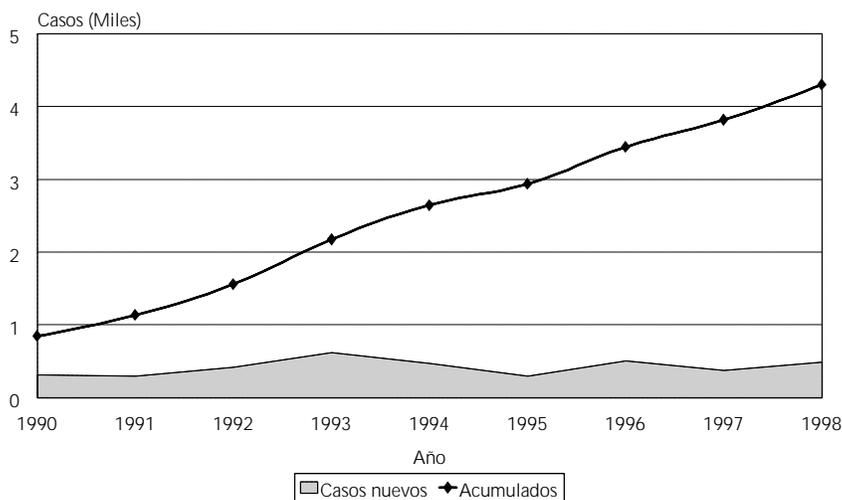
El SIDA se ha convertido en un problema social y de salud pública en México, dado el acelerado incremento del número de personas que han adquirido esta enfermedad y los elevados costos inherentes a su tratamiento. En 1997, el SIDA se ubicó como la decimoquinta causa de muerte en el país, la tercera entre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

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

En Jalisco, el incremento en el número de casos nuevos de SIDA presentó, entre 1990 y 1993, una tendencia creciente, para luego iniciar una disminución hasta 1995, año a partir del cual aumentan los casos nuevos, pero sin llegar a alcanzar los niveles de 1993. Hasta el 31 de diciembre de 1998 se habían registrado 4 302 casos en el estado, con lo que la incidencia acumulada del SIDA pasó de 15.4 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 67.9 en 1998 (véanse gráficas 32 y 33). Este aumento ubicó a Jalisco como el estado con la segunda tasa de incidencia acumulada más alta del país en 1998, después del Distrito Federal.

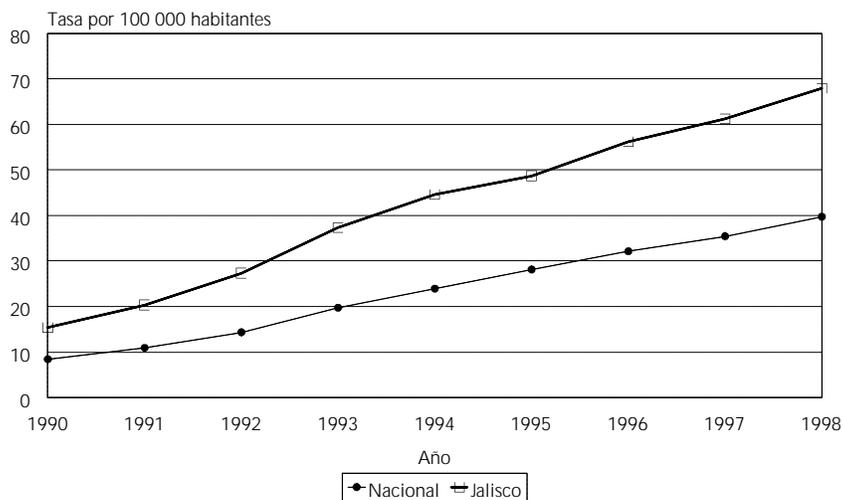
La proporción de casos cuyo factor de riesgo se desconoce, ilustra la importancia del subregistro del SIDA, ya que una parte importante de los casos se notifica mediante el certifica-

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



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

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



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

do de defunción, donde no se consigna la información sobre el factor de riesgo. Hasta diciembre de 1998, la magnitud de este fenómeno en Jalisco fue 1.2 veces lo registrado para el país (35.1% y 28.7%, respectivamente).

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

En Jalisco, la principal vía de transmisión del VIH/SIDA fue la sexual (71.9%); cerca de uno de cada cuatro casos (24.1%) fueron contagiados por vía sanguínea; y sólo uno de cada 40 casos fueron infectados por vía perinatal (véase cuadro 18). De los casos cuya vía de transmisión fue la sexual, el contacto homosexual concentró a 26.6 por ciento de los casos y el heterosexual a 25.5. Un porcentaje menor, 19.7 por ciento, fue por contagio bisexual. La razón hombre/mujer de casos de SIDA fue de cuatro, es decir, había cuatro hombres infectados por cada mujer.

Entre 1989 y 1997, el SIDA ha cobrado 2 710 muertes en el estado de Jalisco,<sup>10</sup> con una tasa de mortalidad que ha aumentado de 3.4 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 5.6 defunciones por 100 mil en 1997. En este último año, el SIDA ocupó el décimo cuarto lugar dentro de las 20 principales causas de mortalidad general.

La tasa de mortalidad masculina por esta causa presentó una clara tendencia ascendente hasta 1995, para luego iniciar una disminución: en 1990 se registró una tasa de 4.9 defuncio-

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

Categoría de transmisión	Casos	Porcentaje
<b>Total</b>	<b>4 302</b>	<b>100.0</b>
Vía sexual	2 005	71.9
Homosexual	743	26.6
Bisexual	551	19.7
Heterosexual	711	25.5
Vía sanguínea	673	24.1
Transfusión	552	19.8
Hemofílico	40	1.4
Usuario de drogas intravenosas	32	1.1
Donador remunerado	49	1.8
Exposición ocupacional	0	0.0
Homosexual/drogas	41	1.5
Perinatal	71	2.5
Subtotal	2 790	100.0
No documentado	1 512	35.1

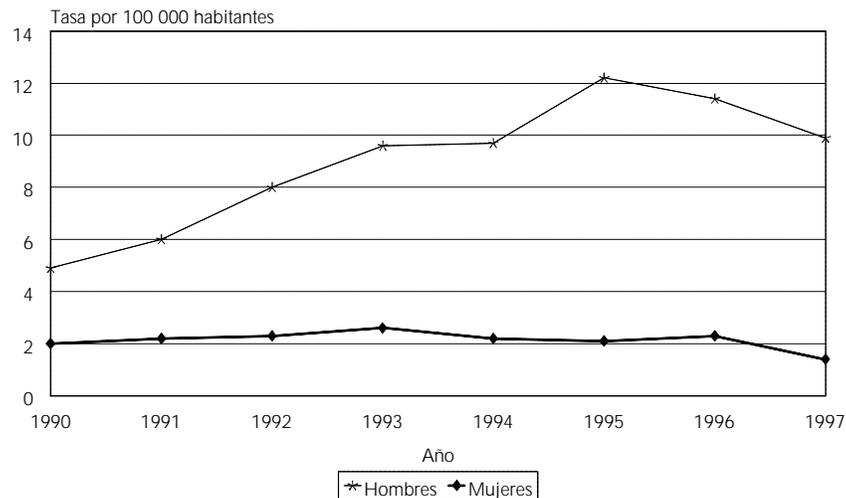
Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA. Dirección General de Epidemiología, SSA.

<sup>10</sup> INEGI. Bases de defunciones generales 1989-1997.

nes por 100 mil habitantes, en 1995 ascendió a 12.2 y se redujo a 9.9 en 1997 (véase gráfica 34). La tasa de mortalidad femenina, por su parte, presentó una tendencia descendente, al pasar de 2 a 1.4 defunciones por 100 mil en el periodo de referencia.

Durante el periodo 1989-1997 fallecieron 2 179 hombres y 531 mujeres por esta enfermedad. Al momento de morir, 66.7 de los varones y 63 por ciento de las mujeres tenía entre 25 y 44 años de edad (véase cuadro 19).

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



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

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

	Total	Hombres	Mujeres
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
< 1	0.6	0.4	1.3
1-4	0.8	0.6	1.9
5-14	2.1	1.6	4.1
15 - 19	0.9	0.9	0.9
20 - 24	6.4	6.6	5.8
25 - 29	15.5	15.7	14.3
30 - 34	19.8	20.5	17.1
35 - 39	18.3	18.4	17.7
40 - 44	12.4	12.1	13.9
45 - 49	9.2	8.8	11.1
50 - 64	11.6	12.3	8.9
65 y más	2.0	1.9	2.6
N.E.	0.3	0.3	0.2

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

## 9 Cáncer cérvico uterino y de la mama

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

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

### Cáncer cérvico uterino

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

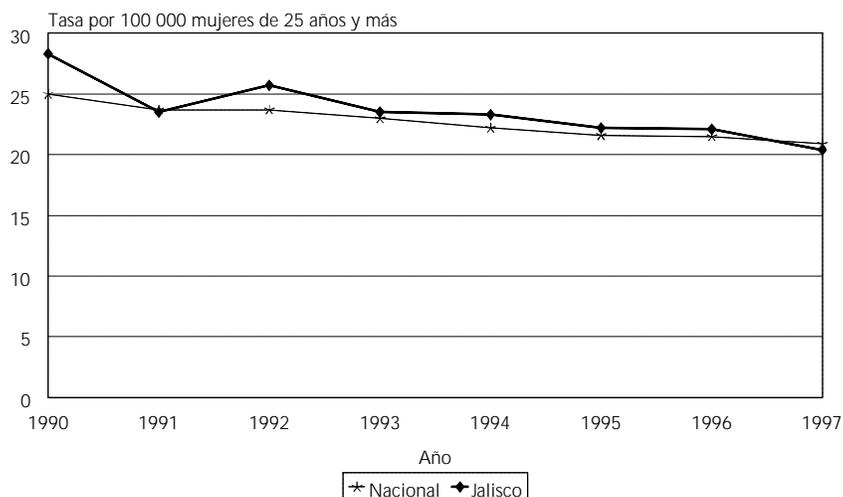
Ante esta situación, el Sector Salud presentó en marzo de 1998 un nuevo Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino con una nueva normatividad, nuevas estrategias y líneas de acción que han sido incorporadas al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Asimismo, se incluyó el elemento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

En Jalisco, la mortalidad por este cáncer también presentó una tendencia descendente (véase gráfica 35). En 1997, la tasa de mortalidad por cáncer del cuello del útero que se registró en Jalisco fue de 20.4 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, cifra ligeramente inferior a la estimada para el país en su conjunto.

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

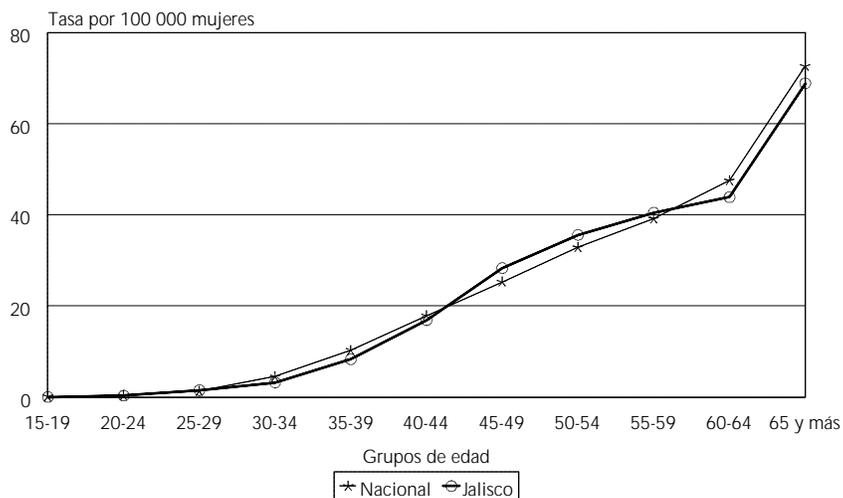
En Jalisco, las tasas de mortalidad por cáncer cérvico uterino que se registraron para todos los grupos de edad, en el periodo 1995-1997, son muy similares a las observadas en el país (véase gráfica 36).

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



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

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



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

## Cáncer de la mama

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

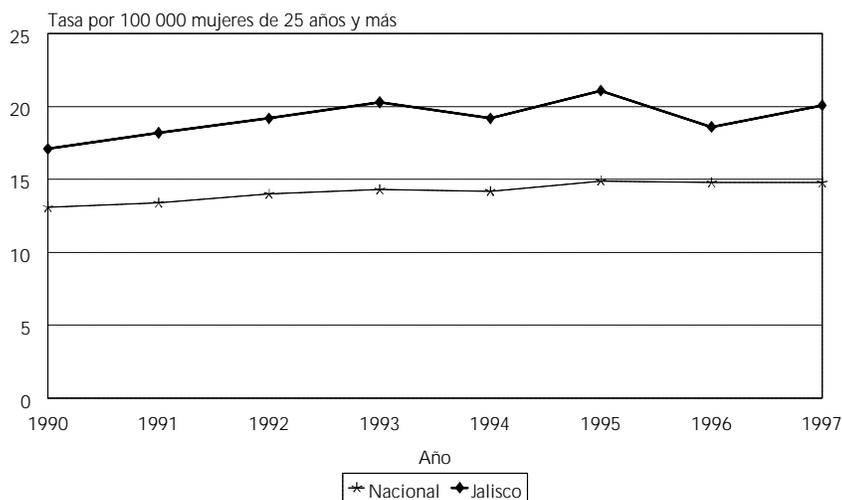
En la actualidad se encuentra en fase de elaboración la Norma Oficial para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de la Mama. Sin embargo, el Sector Salud ya ha iniciado acciones de capacitación entre los prestadores de servicios y ha equipado algunas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

En Jalisco, la tasa de mortalidad por cáncer mamario mostró una tendencia al aumento con un nivel mayor que el nacional (véase gráfica 37). En 1997, la tasa de mortalidad fue de 20.1 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más, esto es, 5.3 puntos porcentuales más que la registrada en el país, lo que ubicó a Jalisco como la sexta entidad con la mayor tasa de mortalidad por esta patología.

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

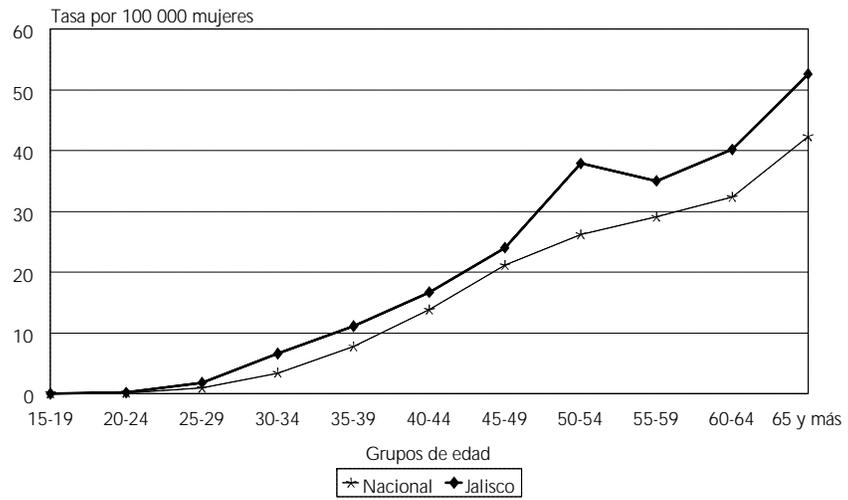
En Jalisco, las mujeres de todos los grupos de edad registraron un nivel de mortalidad mayor que el promedio nacional, destacando las mujeres de 50 años y más, cuyas tasas llegaron a ser poco más de diez puntos más altas que la registrada en toda la República (véase gráfica 38).

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



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

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



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

## Conclusiones

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

La población de Jalisco se encuentra en una fase intermedia de la transición demográfica. El conocimiento de métodos anticonceptivos es muy similar al que se observa en el país en su conjunto, en tanto que su uso es un poco menor (69.7%). Sin embargo, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos es menor que la nacional. Por otra parte, las instituciones del sector público constituyen las principales fuentes de obtención de métodos anticonceptivos (68%).

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

- ✦ La probabilidad de que las mujeres cursen un embarazo estando solteras es elevada en Jalisco: una de cada seis mujeres de la generación más reciente se encuentra en esa situación.
- ✦ Las mujeres con paridad cero y las que residen en el área rural no experimentaron avances en la utilización de métodos anticonceptivos entre 1992 y 1997.
- ✦ Las mujeres menores de 20 años, con paridad uno, con bajos niveles de escolaridad y aquellas que residen en el medio rural son las que presentan los mayores niveles de demanda insatisfecha.
- ✦ El sector público atiende la demanda de métodos de mayor continuidad, que dependen del personal de salud para su utilización, como el dispositivo intrauterino, la operación femenina, los cuales son preferidos por las multíparas, y particularmente por aquellas con paridad satisfecha (ocho de cada diez usuarias de estos métodos los obtuvieron en las instituciones del sector público). En contraste, las mujeres que usan métodos temporales, como los hormonales orales e inyectables y los métodos locales, acuden en su mayoría al sector privado (más de seis de cada diez).

En la dimensión de la salud materno-infantil, Jalisco ha alcanzado niveles muy elevados de cobertura médica en la atención prenatal y del parto (93.1% de las mujeres embarazadas acudieron a consulta con un médico y 95.8% se atendió el parto con este agente de salud, entre 1994 y 1997). Asimismo, la tasa de mortalidad infantil se encuentra entre las ocho más bajas de la República.

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

- ✎ La tasa de mortalidad materna en Jalisco sólo es ligeramente más baja que el promedio del país.
- ✎ El porcentaje de partos que se resuelve por cesárea (27.3%) está por encima del promedio sugerido en las normas de salud.
- ✎ La revisión durante el puerperio no está muy difundida (51.4% de las mujeres acudió a esta revisión), lo que sitúa a Jalisco como la sexta entidad con el menor uso de esta medida de salud.
- ✎ La duración mediana de la lactancia es la séptima más baja del país. Asimismo, la ablactación ocurre en la mayoría de los casos antes del periodo recomendado por la norma de salud correspondiente.

Con relación a las enfermedades de transmisión sexual, Jalisco registra una incidencia menor que la del país. Sin embargo, respecto al VIH/SIDA, Jalisco ocupa el segundo lugar con la tasa más alta de incidencia acumulada de SIDA, después del Distrito Federal.

En relación con otros indicadores de la salud de la mujer, la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino, que se registró entre 1990 y 1997 para Jalisco es similar a la nacional, mientras que la tasa de mortalidad por cáncer de la mama en el estado es mayor que la registrada en el país en su conjunto.

# Anexo estadístico

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

Año	Nacional	Jalisco
1990	3.35	3.82
1991	3.25	3.66
1992	3.14	3.50
1993	3.04	3.35
1994	2.93	3.19
1995	2.82	3.01
1996	2.73	2.91
1997	2.65	2.81
1998	2.55	2.69
1999	2.48	2.60
2000	2.40	2.51

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

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

Edad	1953-1957	1968-1972
14	5.2	2.9
15	9.1	5.4
16	15.9	9.6
17	23.0	17.6
18	29.6	27.2
19	37.6	34.0
20	49.3	40.3
21	57.7	48.8
22	63.8	53.4
23	68.6	58.8
24	71.5	62.9
25	75.7	67.0

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

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

Generación	Menos de 16 años	16-19	20-24	Sin unión a los 25 años
1953-1957	9.1	28.6	33.8	28.5
1958-1962	7.3	32.4	27.8	32.5
1963-1967	7.6	29.0	32.2	31.1
1968-1972	5.4	28.5	28.9	37.1

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

## Datos gráfica 5.

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

Características	Menos de 16 años	16-19	20-24	Sin unión a los 25 años
Primaria incompleta	14.8	36.4	21.3	27.5
Primaria completa	9.2	31.1	30.7	29.0
Secundaria y más	1.6	25.3	33.6	39.5
Rural	5.7	30.5	22.9	40.9
Urbano	6.5	28.4	31.7	33.4
<b>Total</b>	<b>6.4</b>	<b>28.7</b>	<b>30.3</b>	<b>34.6</b>

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

## Datos gráfica 7.

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

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	1.5	0.0	0.8	0.8
16	4.7	1.8	3.3	2.9
17	9.2	6.5	7.4	4.8
18	16.6	14.8	12.8	10.4
19	25.0	22.3	20.2	17.6
20	31.7	30.6	29.9	25.0
21	40.6	39.4	38.1	34.6
22	49.5	47.8	47.2	40.2
23	60.9	54.8	52.9	48.8
24	65.3	59.9	60.0	54.6
25	69.0	65.5	66.3	60.4

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

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

Generación	Nacim. premaritales	0-7 meses	8-11 meses	12-17 meses	18-59 meses	Sin hijos en 5 años
1953-1957	6.4	11.7	40.8	15.9	21.3	3.9
1958-1962	6.9	10.5	32.2	22.7	21.6	6.0
1963-1967	5.3	12.8	35.8	15.0	26.2	4.8
1968-1972	6.0	14.8	25.5	20.5	28.8	4.4

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

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

Años	1953-1957	1958-1962	1963-1967	1968-1972
15	0.7	0.0	0.9	0.3
16	1.3	0.5	1.6	1.1
17	2.7	2.3	2.0	1.2
18	3.9	5.3	4.0	2.9
19	5.5	7.9	5.1	4.1
20	7.1	9.8	7.5	5.7
21	9.2	10.6	9.9	8.2
22	11.2	11.7	11.4	10.4
23	14.4	13.2	12.4	12.4
24	15.9	14.1	13.7	14.5
25	16.8	15.8	14.6	16.6

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

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

Año	Nacional	Jalisco
1990	5.4	3.8
1991	5.1	2.7
1992	5.0	3.3
1993	4.5	3.0
1994	4.8	2.5
1995	5.3	3.2
1996	4.8	2.6
1997	4.7	4.3

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

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

Año	Nacional	Jalisco
1990	36.6	32.4
1991	34.1	30.2
1992	33.2	29.4
1993	32.3	28.6
1994	31.4	27.8
1995	30.5	27.0
1996	29.3	25.9
1997	28.1	24.8
1998	26.9	23.8
1999	25.9	22.9
2000	24.9	22.1

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

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

Año	Infección gonocócica	Herpes genital	Sífilis adquirida	Candidiasis	Tricomoniasis
1990	10.4	3.1	3.9	73.4	107.6
1991	6.2	3.9	2.7	100.2	138.9
1992	5.1	3.1	2.4	106.9	131.0
1993	3.9	5.2	1.7	121.9	126.3
1994	5.9	4.0	1.4	186.6	148.9
1995	17.6	4.3	1.6	213.7	118.5
1996	7.8	3.7	1.3	185.7	100.2
1997	8.6	3.5	0.9	192.3	91.1
1998	9.1	3.3	0.8	211.2	86.3

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

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

Año	Casos nuevos	Acumulados
1990	308	846
1991	291	1137
1992	422	1559
1993	615	2174
1994	470	2644
1995	295	2939
1996	506	3445
1997	373	3818
1998	484	4302

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

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

Año	Nacional	Jalisco
1990	8.4	15.4
1991	10.9	20.3
1992	14.3	27.3
1993	19.7	37.3
1994	23.9	44.6
1995	28.1	48.7
1996	32.1	56.2
1997	35.4	61.2
1998	39.7	67.9

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

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

Año	Hombres	Mujeres
1990	4.9	2.0
1991	6.0	2.2
1992	8.0	2.3
1993	9.6	2.6
1994	9.7	2.2
1995	12.2	2.1
1996	11.4	2.3
1997	9.9	1.4

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

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

Año	Nacional	Jalisco
1990	25.0	28.3
1991	23.7	23.5
1992	23.7	25.7
1993	23.0	23.5
1994	22.2	23.3
1995	21.6	22.2
1996	21.5	22.1
1997	20.9	20.4

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

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

Edad	Nacional	Jalisco
15-19	0.1	0.0
20-24	0.3	0.3
25-29	1.3	1.5
30-34	4.5	3.2
35-39	10.3	8.3
40-44	17.9	16.9
45-49	25.3	28.3
50-54	32.9	35.6
55-59	39.2	40.5
60-64	47.6	43.9
65 y más	72.7	68.9

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

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

Año	Nacional	Jalisco
1990	13.1	17.1
1991	13.4	18.2
1992	14.0	19.2
1993	14.3	20.3
1994	14.2	19.2
1995	14.9	21.1
1996	14.8	18.6
1997	14.8	20.1

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

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

Edad	Nacional	Jalisco
15-19	0.0	0.0
20-24	0.1	0.2
25-29	0.9	1.8
30-34	3.4	6.6
35-39	7.8	11.1
40-44	13.8	16.7
45-49	21.1	24.0
50-54	26.2	37.9
55-59	29.1	35.0
60-64	32.4	40.2
65 y más	42.4	52.6

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

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

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

Cuadernos de salud reproductiva  
*Jalisco*

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

El tiraje fue de 500 ejemplares.