



Diagnóstico sobre
Mortalidad Materna
en Baja California Sur, 2009

M. Maria Luisa Cabral Bowling

Contenido

Definición del indicador Razón de muerte materna y de su fundamento	3
Planteamiento del problema y el contexto internacional	4
Otros datos importantes sobre salud reproductiva a nivel internacional	10
La muerte materna en México	11
Otros datos relevantes	16
Datos sobre salud sexual en Baja California Sur en el contexto nacional.	17
Muerte materna en Baja California Sur	24
Causas de muerte materna en México y Baja California Sur	33
Otros datos importantes sobre mortalidad en mujeres	38
La muerte materna en los registros de salud en Baja California Sur	50
Otros datos de salud de las mujeres en Baja California Sur	52
Datos sobre atención médica	54
Conclusiones y comentarios	82
Propuesta de indicadores complementarios para la Razón de muerte materna	82

Mortalidad materna

Razón de mortalidad maternal por cada 100 000 niñas o niños nacidas vivas

Fundamento

Según la Organización Mundial de la Salud, las complicaciones durante el embarazo y el parto son una de las principales causas de muerte y de discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva en los países en desarrollo. El indicador para medir la dimensión de este problema es la llamada “razón de muerte materna” que es la proporción de muertes maternas por niños nacidos vivos (o la relación entre muerte materna y niños nacidos vivos o el coeficiente de muerte materna por niños nacidos vivos) y representa el riesgo asociado con el embarazo y el parto.¹

Definición del indicador Razón de muerte materna y de su fundamento

Definición:

Número de muertes maternas por cada cien mil niñ@s nacidos vivos durante un periodo específico de tiempo usualmente un año.²

La OMS señala que la Muerte materna es la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de la duración o sitio del embarazo por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, sin incluir causas accidentales o incidentales. Para facilitar la identificación de las muertes maternas en circunstancias en las que la causa de muerte es atribuida en forma inadecuada, el **ICD 10**³ introduce una categoría adicional, muerte relacionada con el embarazo, que se define como la muerte de una mujer durante el embarazo en dentro de 42 días posteriores al término del embarazo, sin importar la causa de la muerte.

¹ <http://www.who.int/whosis/indicators/compendium/2008/3mrf/en/> consultado el 10 de diciembre del 2009.

² **Ibidem.**

³ Siglas de la OMS en ingles, WHO, International Classification of Diseases (ICD), en español CIE, Código Internacional de Enfermedades, siendo la 10 la última versión de dicho Código

Planteamiento del problema y el contexto internacional

Según estimaciones, en el año 2000 la tasa de mortalidad materna, que mide el número de defunciones de mujeres como consecuencia de complicaciones relacionadas con el embarazo por cada 100 000 nacidos vivos, fue de 400 para todo el mundo. El desglose por regiones indica que la tasa más elevada se registró en África (830), seguida por Asia (330), excluido el Japón; Oceanía (240), excluidos Australia y Nueva Zelandia; América Latina y el Caribe (190), y los países desarrollados (20). O sea que para los países latinoamericanos la meta para el 2015 es de 47,5

En el 2000 el 70% de todas las defunciones maternas se registraron en 13 países en desarrollo. El mayor número de defunciones maternas se registró en la India, con 136 000 casos, seguida por Nigeria, con 37 000.

La mejora de la salud materna es uno de los ocho metas, objetivos del Milenio, ODM, adoptados por la comunidad internacional en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, celebrada en 2000. El ODM número 5 consiste en reducir, entre 1990 y 2015, la razón de mortalidad materna (RMM) en tres cuartas partes para 2015. O sea que para los países latinoamericanos la meta para el 2015 es de 47,5 muertes por cada 100 mil niños nacidos vivos.

El seguimiento de los progresos, el registro de los datos y el procesamiento de la información sigue siendo difícil, excepto en los lugares donde existen registros completos de las defunciones con inclusión de las causas de las mismas. Por lo tanto, para hacer el seguimiento de los cambios es esencial el uso de indicadores tales como la proporción de mujeres que durante el parto son atendidas por personal capacitado. Al final se hace la propuesta de indicadores para dar seguimiento a este tema, de conformidad con los indicadores internacionales.

En los países en desarrollo, entre 1990 y 2000 la proporción de partos asistidos por personal capacitado aumentó del 42% al 52%, lo que indicaría una eventual reducción del número de defunciones maternas. Las conclusiones revelan las mejoras más notables en Asia sudoriental y el Norte de África, mientras que el cambio más lento se registra en el África subsahariana, donde la tasa de mortalidad ascendió del 40% en 1990 al 43% en 2000.

La mayor parte de las defunciones y discapacidades maternas se producen como consecuencia de demoras en una o más de las tres circunstancias siguientes: el reconocimiento de las complicaciones, la llegada al centro médico, o la prestación de atención de buena calidad. Los esfuerzos por prevenir esas demoras son esenciales para salvar las vidas de las madres y sus recién nacidos.

La educación sobre planificación familiar y la prestación de servicios de planificación familiar de buena calidad también pueden contribuir a mejorar la situación.

Diariamente, 1600 mujeres y más de 10.000 recién nacidos mueren de complicaciones prevenibles del embarazo y del parto. Según la Organización Mundial de la Salud cerca del 99% de la mortalidad materna y del 90% de la mortalidad neonatal se produce en el mundo en desarrollo.⁴

También menciona este informe de la OMS que las “muertes maternas por violencia intrafamiliar” no ha sido un tema suficientemente abordado en los estudios de mortalidad materna. Desafortunadamente, la definición de muerte materna no permite calcular y determinar con certeza la contribución de la violencia intrafamiliar a la mortalidad materna. No obstante, información proveniente de diversos estudios permiten ejemplificar que el número y proporción de esa contribución puede ser importante. Por consiguiente, es necesario contar con una definición más inclusiva de mortalidad materna y de una vigilancia epidemiológica más amplia que consideren a la violencia intrafamiliar como una causa de muerte materna.

Cabe destacar que la investigación reciente muestra una asociación positiva entre la violencia y resultados adversos en el embarazo tales como abortos inducidos y espontáneos. La violencia durante el embarazo aumenta los riesgos de aborto, de muerte del feto o de bajo peso de los recién nacidos.⁵

Los factores causales se relacionan con niveles inferiores en el incremento de peso de las mujeres sobrevivientes de violencia, tasas mayores de infecciones por transmisión sexual y mayor retraso en acceso a atención prenatal.⁶

⁴ Ver: <http://www.who.int/features/factfiles/women/es/index.html>

⁵ Ver: <http://www.who.int/features/factfiles/women/es/index.html>, consultado 11 de diciembre del 2009

⁶ Ver: **Women and health : today's evidence tomorrow's agenda**. World Health Organization 2009, http://www.who.int/gender/women_health_report/es/, consultado el 10 de diciembre del 2009.

La OMS menciona también que el aborto inseguro causa una proporción significativa de muertes maternas y señala que cerca de 70 000 mujeres mueren cada año a causa de las complicaciones resultantes de un aborto inseguro. La OMS dice que la evidencia muestra que las mujeres buscan abortar aún cuando haya restricciones legales y que los abortos realizados en condiciones de ilegalidad son inseguros y proporcionados por personas inexpertas y en condiciones antihigiénicas y que la evidencia muestra también que las mujeres pobres y aquellas afectadas por las crisis y los conflictos son las que se encuentran en mayor riesgo. En los lugares en donde hay menos restricciones para la disponibilidad de acceso a un aborto seguro, las muertes y las enfermedades se reducen drásticamente para las mujeres.

Otro aspecto importante del problema es tener en cuenta que más de la mitad de las mujeres embarazadas y una tercera parte de las que no lo están tienen anemia, una deficiencia que aumenta significativamente los riesgos de salud tanto en la madre como en los hijos.

La OMS también señala que las deficiencias maternas en micronutrientes pueden afectar el peso de recién nacido y sus oportunidades de sobrevivencia, así como también una baja ingestión de vitamina A, aumenta el peligro de ceguera nocturna para la madre.

Así mismo la OMS recomienda dar seguimiento a los Embarazos de adolescentes en relación con la muerte materna, ya que las complicaciones del embarazo son una importante causa de mortalidad entre las jóvenes de 15 a 19 años de los países en desarrollo; los abortos peligrosos -practicados por personas no preparadas en condiciones de falta de higiene- contribuyen en gran medida a esas muertes.

El tema de la muerte materna es especialmente importante en los países subdesarrollados según lo muestran los datos que hemos citado. Se señala que pese al incremento del uso de anticonceptivos en los últimos 30 años, siguen siendo muchas las necesidades sin atender en todas las regiones. Por ejemplo, en el África

subsahariana, una de cada cuatro mujeres que desea espaciar sus embarazos o dejar de tener hijos no utiliza ningún método de planificación familiar.⁷

La Organización Mundial de la Salud difunde algunos datos importantes sobre la situación de la salud de las mujeres en el mundo, que por supuesto influyen en el estudio de la muerte materna.

Estos datos son los siguientes:

- En término medio, las mujeres viven de seis a ocho años más que los hombres.
- En 2007, la esperanza de vida al nacer de las mujeres era de más de 80 años en 35 países, pero tan sólo de 54 años en la región de África.
- Las niñas tienen muchas más probabilidades que los niños de padecer abusos sexuales.
- En los países de ingresos medio-altos, los traumatismos por accidentes de tránsito son la principal causa de mortalidad entre las adolescentes.
- El 99% del medio millón de muertes maternas que se registran cada año se produce en países en desarrollo.
- El cáncer de mama es el tipo de cáncer más mortífero entre las mujeres de 20 a 59 años en los países de ingresos altos.
- A nivel mundial, las enfermedades cardiovasculares, a menudo consideradas un problema "masculino", son la principal causa de mortalidad entre las mujeres.⁸

Según la Organización Mundial de la Salud *“diariamente mueren 1500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto. Se calcula que en 2005 hubo 536 000 muertes maternas en todo el mundo. La mayoría correspondió a los países en desarrollo y la mayor parte de ellas podían haberse evitado.”*

La mejora de la salud materna es uno de los ocho ODM adoptados por la comunidad internacional en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, celebrada en 2000. El ODM 5 consiste en reducir, entre 1990 y 2015, la razón de mortalidad materna (RMM) en tres cuartas partes. Pero según los propios datos de la OMS, *entre 1990 y 2005 la*

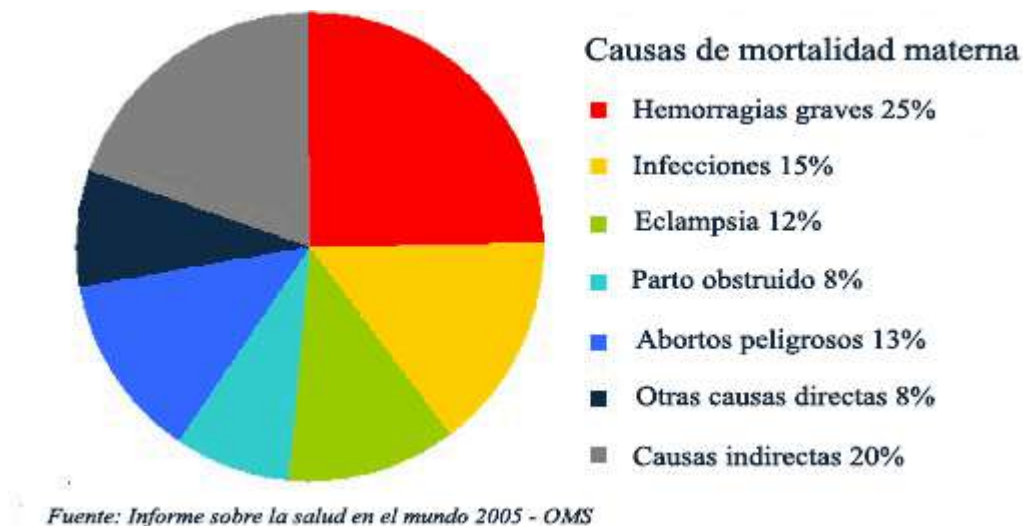
⁷ Ver, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/index.html>, consultado el 12 de diciembre del 2009.

⁸ Op. Cit.

Razón de Muerte Materna (RMM) sólo disminuyó en un 5%. Para alcanzar el ODM 5 hay que acelerar los progresos.

La incidencia de muertes maternas tiene una distribución muy desigual en los diferentes países lo que refleja la desigualdad social. La OMS señala que “el riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas; en el Níger es de 1/7, mientras que en Irlanda es de 1/48 000.”⁹

La mayoría de las muertes maternas son evitables, como se ha señalado insistentemente, pues existen soluciones terapéuticas o profilácticas para desaparecer sus principales causas. Las principales causas, según los datos del 2005 y según la Organización Mundial de la Salud fueron las que se muestran en la siguiente gráfica.¹⁰



El informe de la OMS sobre muerte materna en el 2005 señala que la atención en el parto es determinante en los casos de muerte materna. En relación a ello señala que: “La atención especializada al parto puede suponer la diferencia entre la vida o la muerte. Por ejemplo, una hemorragia intensa no atendida en la fase de expulsión de la placenta puede matar, incluso a una mujer sana, en dos horas. Una inyección de oxitocina administrada inmediatamente después del parto es muy eficaz para reducir el riesgo de hemorragia.”

⁹ **Maternal mortality in 2005.** Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007

¹⁰ Ver: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality/en/index.html, consultado el 8 de febrero del 2010.

*“La segunda causa más frecuente de muerte materna,” en el 2005, “la septicemia, puede reducirse mucho si se utilizan técnicas asépticas. La tercera, la preeclampsia, es un trastorno hipertensivo del embarazo bastante frecuente, pero que se puede vigilar; aunque no se puede curar totalmente antes del parto, la administración de medicamentos como el sulfato de magnesio puede reducir el riesgo de convulsiones (eclampsia) potencialmente mortales. Otra causa frecuente de muerte materna, el parto obstruido, puede ser evitada o tratada por asistentes de partería cualificados. El parto obstruido se produce cuando el feto tiene una posición anormal o su cabeza es demasiado grande para el tamaño de la pelvis materna. Un instrumento simple para identificar tempranamente los problemas del parto es el partograma, un gráfico de la progresión del parto y del estado del feto y la madre que el personal cualificado puede utilizar para identificar la progresión lenta antes de que se produzca la obstrucción y tomar las medidas necesarias, entre ellas la cesárea.”*¹¹

Los datos del informe para el 2006 a nivel mundial muestran que: “sólo un 60% de los partos que tuvieron lugar en países en desarrollo contaron con la presencia de asistentes de partería cualificados. Eso significa que unos 50 millones de partos domiciliarios no contaron con dicha asistencia. La cobertura oscila entre el 34% en África Oriental y el 93% en Sudamérica.(4) La cobertura de la asistencia prenatal también es variable. En el Perú, el 87% de las embarazadas tuvieron al menos cuatro consultas prenatales, mientras que en Etiopía la cobertura fue tan solo del 12%”.

El reporte de salud mundial señala que: “Son muchas las causas de que las mujeres no reciban la asistencia que necesitan antes, durante y después del parto. En algunas zonas remotas es posible que no haya profesionales disponibles, y si los hay, que la atención no sea buena. En otros casos la mujer no tiene acceso a los centros sanitarios porque no dispone de medios de transporte o porque no puede pagar el costo del transporte o de los servicios de salud. Las creencias culturales y el estatus social de la mujer también pueden impedir que la embarazada obtenga la asistencia que necesita. Para mejorar la salud materna hay que identificar y solucionar a nivel comunitario las deficiencias de capacidad y calidad de los sistemas de salud y los obstáculos al acceso a los servicios de salud.”¹²

¹¹ Op. Cit.

¹² Ibidem.

Otros datos importantes sobre salud reproductiva a nivel internacional

Para poder evaluar el significado de los datos sobre salud materna hace falta tener en cuenta otros datos relacionados con el tema que nos muestran la situación más general de la salud reproductiva de las mujeres en el mundo y que influyen en los datos sobre muerte materna. Un dato importante en relación con este tema es el de la tasa de fecundidad y su relación con el uso de anticonceptivos. Si hay una baja tasa de fecundidad y un elevado porcentaje de uso de anticonceptivos estamos frente a una sociedad con mayor educación y mayor disposición de recursos para la planificación familiar y si este es el caso debería corresponder con una proporción baja y decreciente de muerte materna. Nuestro país tiene una tasa baja de fecundidad que incluso ha descendido fuertemente en los últimos años por la crisis económica y hay un elevado porcentaje de mujeres en edad fértil que utilizan anticonceptivos por lo que la razón de muerte materna debe ser muy baja y también ir decreciendo.

Países seleccionados	Tasa global de fecundidad	Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil usuarias de anticonceptivos
África		
Kenia	4.9	39
Marruecos	2.4	63
Sudáfrica	2.7	60
América		
Argentina	2.4	65
Brasil	2.3	76
Canadá	1.6	75
Chile	2	61
Colombia	2.4	73
Costa Rica	1.9	80
Ecuador	3.1	73
Estados Unidos de América	2.1	73
Guatemala	4.4	43
México	2.3	71
Perú	2.6	71
Uruguay	2	77
Venezuela	2.6	70
Asia		
China	1.6	90

India	2.8	56
Japón	1.3	52

Europa		
Alemania	1.3	75
España	1.4	72
Francia	2	79
Italia	1.3	60
Reino Unido	1.9	84
Oceanía		
Australia	1.9	85

FUENTE: Population Report Bureau

PRB. Cuadro de datos de la población mundial 2008. www.prb.org (15 de abril de 2009).

La muerte materna en México

En México se han realizado varios estudios sobre este tema que nos presentan el panorama nacional al respecto. Mencionaremos algunos de ellos.

Según la Dra. Aurora del Río Zolezzi¹³ "la mortalidad materna representa un grave problema de salud pública, sus causas son evitables y es la máxima expresión de injusticia social, ya que es en los países de menor desarrollo económico donde existen las cifras más altas de muertes maternas y son las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir por embarazo, parto o puerperio". Su estudio menciona que se calcula que por cada muerte materna que se registra en México hay una sin registrar¹⁴ y que es más frecuente esta situación cuando la causa es aborto inducido.

Según otro estudio, de Carlos Enrique Romo Gamboa, la mortalidad materna descendió en México de 10 muertes por cada 10,000 nacimientos en 1979 a 5.4 en 1990. Las causas más importantes en todo ese período, eran los problemas en el parto (34.2%), la hipertensión (23.2%) y las hemorragias (21.3%). En cuarto lugar estaba el aborto inducido con 8.4% y, por último las infecciones con 5.6%. Otras enfermedades no propias del embarazo, pero que se agravan con éste son

¹³ Ver del Río Zolezzi, Aurora, **Aborto y mortalidad materna en México**, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, en www.salud.gob.mx/unidades/.../2dia_panel2_AuroradelRio.ppt, consultado el 7 de diciembre del 2009.

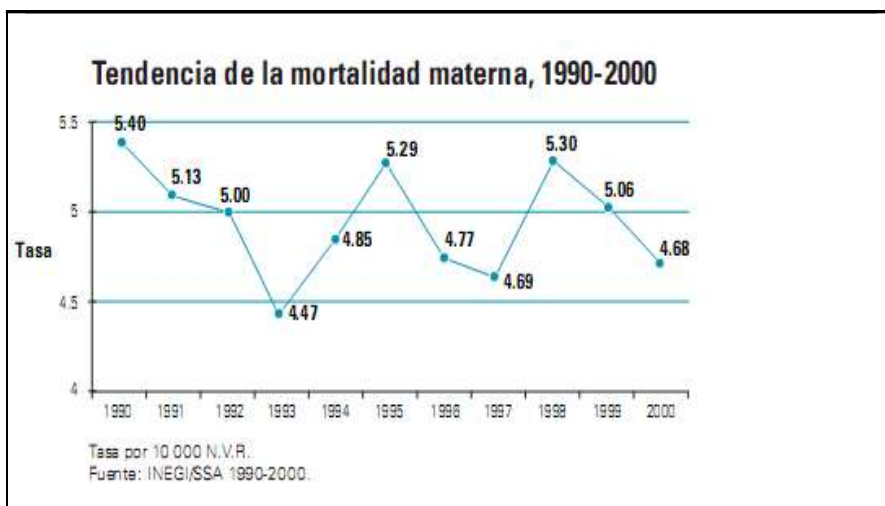
¹⁴ *Ibidem*, pag. 6.

clasificadas como causas indirectas y constituían, según Romo Gamboa, un 7.3% de las muertes.¹⁵

Durante la última década, la tasa de mortalidad materna en México ha mostrado una tendencia ligera a la baja.

En 1990, a nivel nacional se registraron 5.4 defunciones maternas por 10 000 Nacidos Vivos Registrados (NVR); mientras que en el 2000 este indicador alcanzó el valor de 4.68.

Estos datos se muestran en la siguiente gráfica.



Gráfica publicada en: Programa de Acción: **"Arranque Parejo en la Vida"** Primera Edición, 2002, Secretaría de Salud

Las principales causas de muerte materna en el periodo de 1990 a 2000 eran, en orden descendiente: preeclampsia-eclampsia, hemorragia obstétrica, sepsis puerperal y complicaciones del aborto, que en conjunto representan el 68% del total de las defunciones maternas.

En varios estudios sobre la materia se señala que se mantiene un importante subregistro de la mortalidad materna en nuestro país, sobre todo en las áreas rurales y

¹⁵ Ver Romo Gamboa, Carlos Enrique **"La Mortalidad Materna. Problema de Salud en México."** pag. 7 sociales.reduaz.mx/art_ant/mortalidad_materna_mexico.pdf, consultado el 7 de diciembre del 2009.

comunidades indígenas. De las 1,310 muertes maternas registradas en 2000, el 67.3% ocurrieron en 10 entidades del centro y sureste del país: Estado de México, Veracruz, Distrito Federal, Guerrero, Puebla, Oaxaca, Chiapas, Jalisco, Guanajuato y Michoacán. Según este estudio Baja California Sur tenía en ese periodo una tasa menor de 3.9 y estaba entre las entidades con menores tasas de mortalidad materna. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos (2004)³ **62.6** Según la Organización Mundial de la Salud la mortalidad materna entre 1990 y 2003 pasó de 89.0 a 65.2 por 100 000 nacidos vivos, o lo que es lo mismo de 8.9 a 6.5 casos de muerte materna por cada 10,000 nacidos vivos. Estas cifras significarían que no ha descendido

Las principales causas de defunción en México siguen asociadas a hipertensión, hemorragias y otras complicaciones del parto que podrían evitarse focalizando esfuerzos en áreas de mayor riesgo, en especial en zonas rurales e indígenas.¹⁶

La Secretaría de Salud en el Plan Nacional de Salud para el periodo 2007 – 2012 presenta el siguiente diagnóstico sobre el tema de mortalidad materna:

“Para alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el rubro de mortalidad materna es necesario mejorar el diagnóstico y tratamiento oportuno de las complicaciones del embarazo, y aumentar la calidad y seguridad de la atención del parto.”

“Las muertes maternas han disminuido en las últimas décadas. Entre 1990 y 2005 la razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos se redujo de 89 a 63. Aunque se trata de un descenso importante todavía estamos lejos de la meta que se estableció en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015, lo que significa llevar el valor de este indicador a 22 por 100,000 nacidos vivos en 2015.”

“Entre 1990 y 1999 la mortalidad materna disminuyó a un ritmo de 1.84% anual, que se incrementó a 2.84% entre 2000 y 2006. Para alcanzar la meta de los ODM, los valores de este indicador tendrán que disminuir hasta 2015 a una tasa anual de 6.9%. Los mayores esfuerzos tendrán que hacerse en las poblaciones marginadas, que son las que presentan las mayores cifras de mortalidad materna. En 2005 se presentaron

¹⁶ <http://www.who.int/countries/mex/es/>

en el país 1,242 muertes maternas. De este total, 67.7% ocurrieron en mujeres sin seguridad social y 19%, fuera de una unidad médica (hogar, vía pública)."

"El riesgo de fallecer de una embarazada en Guerrero fue dos veces mayor que el promedio nacional y cinco veces mayor que el de las embarazadas de Nuevo León. Las entidades con problemas de mortalidad materna más serios son: Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Nayarit y Oaxaca, que presentan cifras de razón de mortalidad materna superiores a 80 por 100,000 nacidos vivos."

"Las principales causas de muerte materna en México son los trastornos hipertensivos del embarazo y las hemorragias durante el embarazo, el parto y el puerperio. Es importante señalar, sin embargo, que el predominio de ciertas causas depende del contexto. En las zonas urbanas casi la mitad de las muertes maternas se debe a complicaciones del embarazo, dentro de las que destaca la preeclampsia. En las zonas urbanas de los estados más desarrollados, las muertes maternas se deben a padecimientos sistémicos subyacentes, como la diabetes, que se ven agravados por la maternidad (causas obstétricas indirectas). Aquí el reto es mejorar la detección temprana y el tratamiento oportuno de estas complicaciones. En las áreas rurales la mitad de las muertes se debe a hemorragias (causas obstétricas directas).

El reto en este caso es mejorar el acceso, la calidad y la oportunidad de la atención del parto y el puerperio."

"Un problema que es necesario atender de manera prioritaria es el de los embarazos en adolescentes. En las instituciones públicas de salud 21% de los partos atendidos en 2005 fueron en menores de 20 años y casi 7,289 ocurrieron en niñas de 10 a 14 años de edad. El riesgo de morir de las adolescentes que se embarazan es 1.2 veces mayor que el de las embarazadas mayores de 20 años."¹⁷

Según los datos de la OMS para nuestro país la mortalidad materna entre 1990 y 2003 pasó de 89.0 a 65.2 por 100 000 nacidos vivos y la razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos en nuestro país en el 2004 fue de 62.6. Para el 2005 los datos registrados muestran que la tasa de muerte materna en México descendió a 60 por cada 100,000 nacidos vivos. Más adelante veremos este dato en forma comparativa con otros países.

¹⁷ Programa Nacional de Salud 2007-2012, Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud Secretaría de Salud, México, D.F., primera edición, 2007, Pag 39

Las principales causas de defunción materna en México siguen asociadas a hipertensión, hemorragias y otras complicaciones del parto que podrían evitarse focalizando esfuerzos en áreas de mayor riesgo, en especial en zonas rurales e indígenas.¹⁸

¹⁸ Ver, <http://www.who.int/countries/mex/es/>, consultado el 9 de diciembre del 2009

Otros datos relevantes

Para poder contextualizar estos datos sobre muerte materna en México tenemos que hacer referencia a otros datos importantes acerca de la población femenina en México y su contexto en otros datos sobre las características demográficas de nuestro país..

Los datos más completos que podemos tener a nivel nacional para hacer comparaciones son los del Censo de Población y Vivienda del 2005 y las proyecciones del crecimiento de la población del Consejo Nacional de Población para ese año.

En la siguiente tabla, página 16 presentamos los datos nacionales y la comparación entre los seis estados seleccionados sobre la población total y la población total de mujeres y hombres en esas entidades, el porcentaje de población de hombres y mujeres por grupos de edad, la tasa de crecimiento de la población, la tasa de natalidad, de fecundidad y de mortalidad ajustada por edad.

Los datos no lo muestran así pero tenemos actualmente una proporción de mujeres ligeramente superior a la población de hombres. En los otros datos se mantienen las mismas tendencias. Tenemos un alto porcentaje de población joven, de mujeres jóvenes, en edad fértil; tenemos una baja tasa de natalidad aunque también tenemos una elevada tasa de crecimiento que está más ligada a la migración ya que Baja California Sur tiene un saldo migratorio positivo y es de los pocos estados que no expulsa migrantes a Estados Unidos. En estas cifras de la tabla de la página 15 se muestra una tasa de mortalidad ligeramente superior al promedio nacional.

En las páginas 17 y 18 mostramos un cuadro y una gráfica más detallada con los datos de la tasa de fertilidad desde el año 2000 incluyendo una proyección hasta el año 2010.

Por lo que se refiere a los datos sobre la tasa de fecundidad en las diferentes entidades en México podemos ver las variaciones que existen en nuestro país que corresponden también a la diversidad de niveles educativos y en general de niveles de bienestar que existen.

En relación a la información que presentamos en la tabla de la página 19 y la gráfica de la página 20, correspondiente al Censo de Población y Vivienda del 2000, podemos ver que Baja California Sur ocupa el tercer lugar con más alto porcentaje de mujeres en edad fértil que utilizan métodos anticonceptivos, solo después de Sinaloa y el Distrito Federal. Estos datos deben relacionarse con las cifras de razón de muerte materna.

Datos sobre salud sexual en Baja California Sur en el contexto nacional.

A continuación presentamos algunos cuadros comparativos y algunas gráficas para mostrar de manera más precisa cual es la situación que guarda este aspecto de salud materna en nuestro estado, en el contexto nacional y en comparación con seis entidades seleccionadas.

Características de la población en México por entidad federativa 2005

ENTIDAD	POBLACIÓN (MILES)*			PORCENTAJE POR GRUPOS DE EDAD			MUJERES EN EDAD FÉRTIL 1 (MILES)	TASA DE DE CRECIMIENTO TOTAL	TASA DE NATALIDAD 2	TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD	TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD 3
	Total	hombres	mujeres	0 a14	14a64	+64 y					
Nacional	106 452	52 929	53 522	30.0	64.7	5.3	29 514	1.0	18.4	2.1	6.3
Baja California	2 948	1 499	1 449	29.8	66.2	4.0	832	2.7	18.4	2.1	6.9
Baja California Sur	503	258	244	28.7	67.2	4.1	141	2.6	18.1	2.0	6.6
Chiapas	4 417	2 220	2 197	34.4	61.9	3.7	1 195	1.3	20.8	2.3	6.6
Distrito Federal	8 815	4 293	4 522	24.0	69.1	6.9	2 562	0.0	15.8	1.8	7.8
Quintana Roo	1 091	564	528	31.0	66.5	2.5	312	3.5	20.0	2.2	6.0
Sinaloa	2 771	1 404	1 367	29.6	65.0	5.4	751	0.8	17.9	2.1	5.6

1/ Mujeres de 15 a 49 años

2/ Por 1,000 habitantes

3/ Por 1,000 habitantes ajustada por grupos de edad por método directo con la población estándar de la OMS.

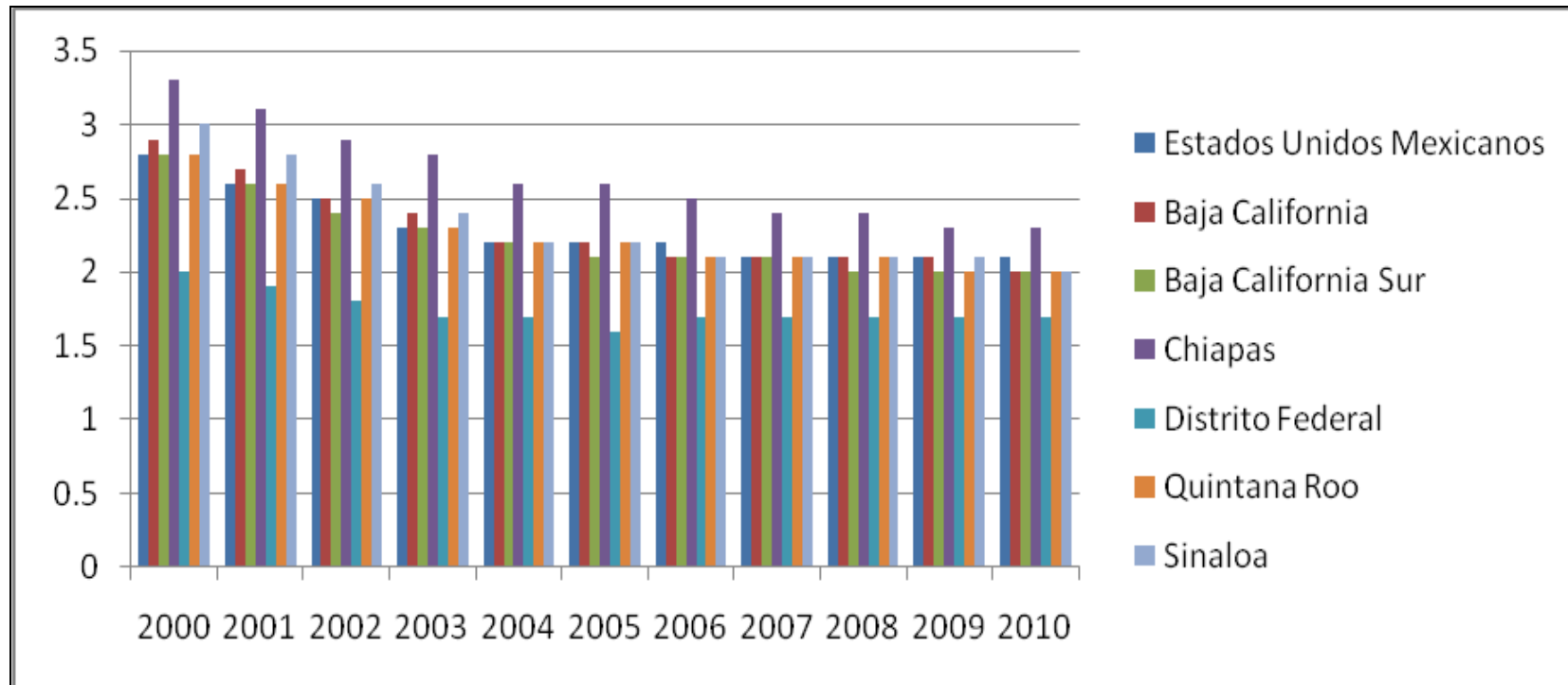
Fuente: * CONAPO. Proyecciones de la población de México 2000-2050 y 2000-2030. México, 2002.

Tasa de fecundidad por entidad 2000 2010

FECUNDIDAD - 2000-2010 - ENTIDAD FEDERATIVA (PROMEDIO DE HIJOS POR MUJER DE 15 A 49 AÑOS)											
Entidad federativa	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Estados Unidos Mexicanos	2.8	2.6	2.5	2.3	2.2	2.2	2.2	2.1	2.1	2.1	2.1
Baja California	2.9	2.7	2.5	2.4	2.2	2.2	2.1	2.1	2.1	2.1	2
Baja California Sur	2.8	2.6	2.4	2.3	2.2	2.1	2.1	2.1	2	2	2
Chiapas	3.3	3.1	2.9	2.8	2.6	2.6	2.5	2.4	2.4	2.3	2.3
Distrito Federal	2	1.9	1.8	1.7	1.7	1.6	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7
Quintana Roo	2.8	2.6	2.5	2.3	2.2	2.2	2.1	2.1	2.1	2	2
Sinaloa	3	2.8	2.6	2.4	2.2	2.2	2.1	2.1	2.1	2.1	2

FUENTE: CONAPO. Indicadores demográficos básicos 1990-2030. www.conapo.gob.mx (11 de enero de 2010).

La siguiente gráfica muestra los mismos datos en donde se ve claramente un descenso de la tasa de fecundidad aunque menos acentuado que en otras entidades.



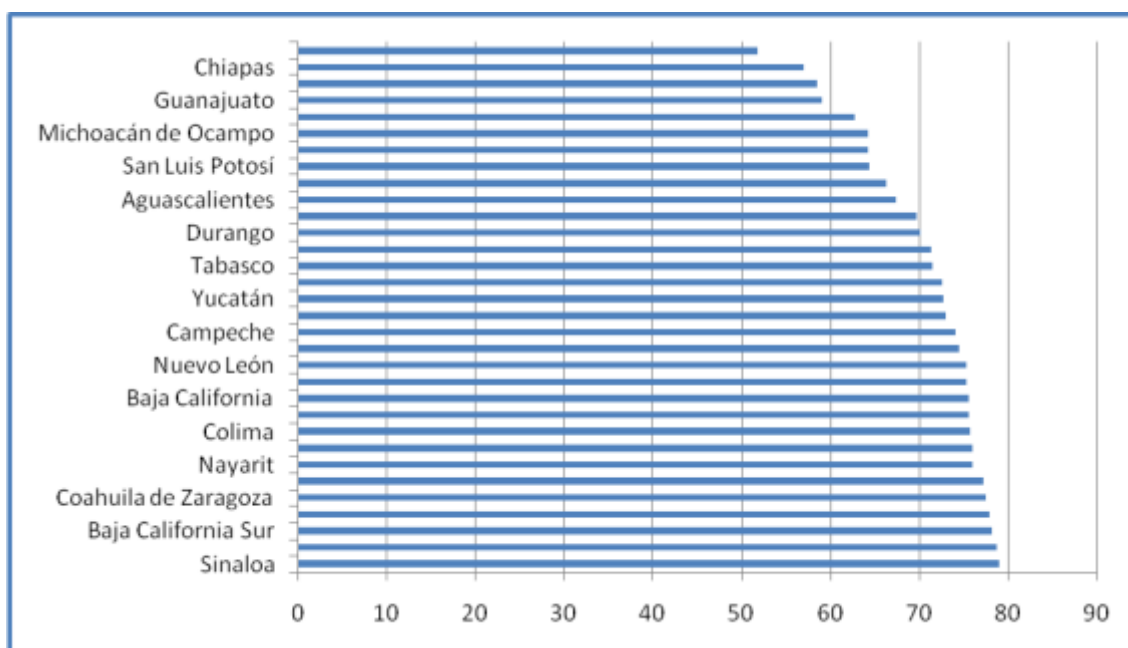
Los siguientes cuadros muestran una situación favorable para la salud sexual y reproductiva de las mujeres en nuestra entidad

**Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos
por entidad federativa 2000**

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	70.8
Sinaloa	79
Distrito Federal	78.8
Baja California Sur	78.3
Sonora	77.9
Coahuila de Zaragoza	77.6
México	77.3
Nayarit	76.1
Chihuahua	76.1
Colima	75.8
Morelos	75.7
Baja California	75.6
Tlaxcala	75.4
Nuevo León	75.3
Tamaulipas	74.6
Campeche	74.1
Veracruz de Ignacio de la Llave	73
Yucatán	72.8
Quintana Roo	72.6
Tabasco	71.5
Zacatecas	71.4
Durango	70.2
Jalisco	69.7
Aguascalientes	67.4
Hidalgo	66.3
San Luis Potosí	64.4
Querétaro Arteaga	64.3
Michoacán de Ocampo	64.3
Puebla	62.8
Guanajuato	59.1
Oaxaca	58.5
Chiapas	57.1
Guerrero	51.8

Estos mismos datos se muestran en la siguiente tabla

Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos por entidad federativa 2000



Elaboración OVSG de BCS con datos del Censo de Población y Vivienda 2000

Otra información importante es la que se obtiene de relacionar la condición económica de la madre con el número de nacimientos. Este dato complementa la información ya que a mayor nivel económico mayores posibilidades de educación y de acceso a servicios de salud que también debe influir en reducir la proporción de casos de muerte materna. En relación con estos datos tenemos los siguientes cuadros elaborados con datos de INEGI que muestran esa información para los seis estados seleccionados para los años del 2006, 2007 y 2008.

NACIMIENTOS / CONDICIÓN ECONÓMICA DE LA MADRE			
Entidad federativa	2006		
	Nacimientos registrados	Económicamente activa	No económicamente activa
Total	2,505,939	23.3	76.7
Baja California	64,909	39.5	60.5
Baja California Sur	12,256	30.3	69.7
Chiapas	132,205	10.1	89.9
Distrito Federal	155,703	34.5	65.5
Quintana Roo	27,235	12.2	87.8
Sinaloa	59,947	46	54

NACIMIENTOS / CONDICIÓN ECONÓMICA DE LA MADRE			
Entidad federativa	2007		
	Nacimientos registrados	Económicamente activa	No económicamente activa
Total	2,655,083	21.2	78.8
Baja California	66,114	34	66
Baja California Sur	13,110	31.2	68.8
Chiapas	155,885	8.7	91.3
Distrito Federal	160,735	34	66
Quintana Roo	29,110	25.1	74.9
Sinaloa	60,668	35.9	64.1

NACIMIENTOS / CONDICIÓN ECONÓMICA DE LA MADRE			
Entidad federativa	2008		
	Nacimientos registrados	Económicamente activa	No económicamente activa
Total	2,636,110	21.4	78.6
Baja California	65,060	36.6	63.4
Baja California Sur	13,993	32.1	67.9
Chiapas	153,738	9.6	90.4
Distrito Federal	160,377	33.7	66.3
Quintana Roo	29,311	27.2	72.8
Sinaloa	61,559	36.9	63.1

Estos datos muestran que los dos estados que tienen una tendencia creciente constante de incorporación de mujeres a la población económicamente activa (en donde ya sabemos que no se contabiliza el trabajo doméstico) son Baja California Sur y Quintana Roo.

Muerte materna en Baja California Sur

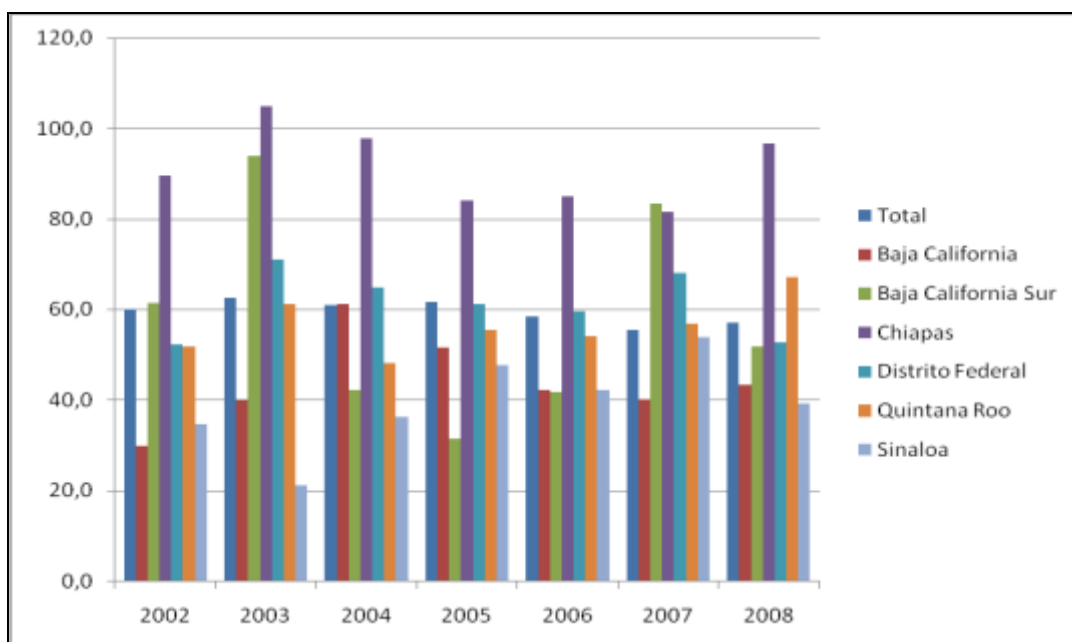
Presentamos los datos de muerte materna en Baja California Sur en comparación con seis entidades seleccionadas que nos permita mostrar el comportamiento de este indicador de manera más clara.

Comparativo razón de mortalidad materna y defunciones maternas por año de registro y entidad de residencia habitual 2002-2008.

RMM X 100,000 nacidos vivos

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total	60,0	62,7	61,0	61,8	58,6	55,6	57,2
Baja California	30,0	40,1	61,3	51,8	42,2	40,1	43,4
Baja California Sur	61,4	94,0	42,2	31,6	41,9	83,4	51,9
Chiapas	89,5	105,0	97,8	84,1	85,1	81,5	96,8
Distrito Federal	52,5	71,0	65,0	61,2	59,6	68,1	52,9
Quintana Roo	51,8	61,2	48,2	55,6	54,2	56,8	67,2
Sinaloa	34,7	21,2	36,3	47,8	42,4	53,8	39,4

La gráfica siguiente muestra de manera más clara estos mismos resultados.



El número de casos de muerte materna para las mismas seis entidades y el total nacional, del 2002 al 2009, los mostramos en la siguiente tabla.

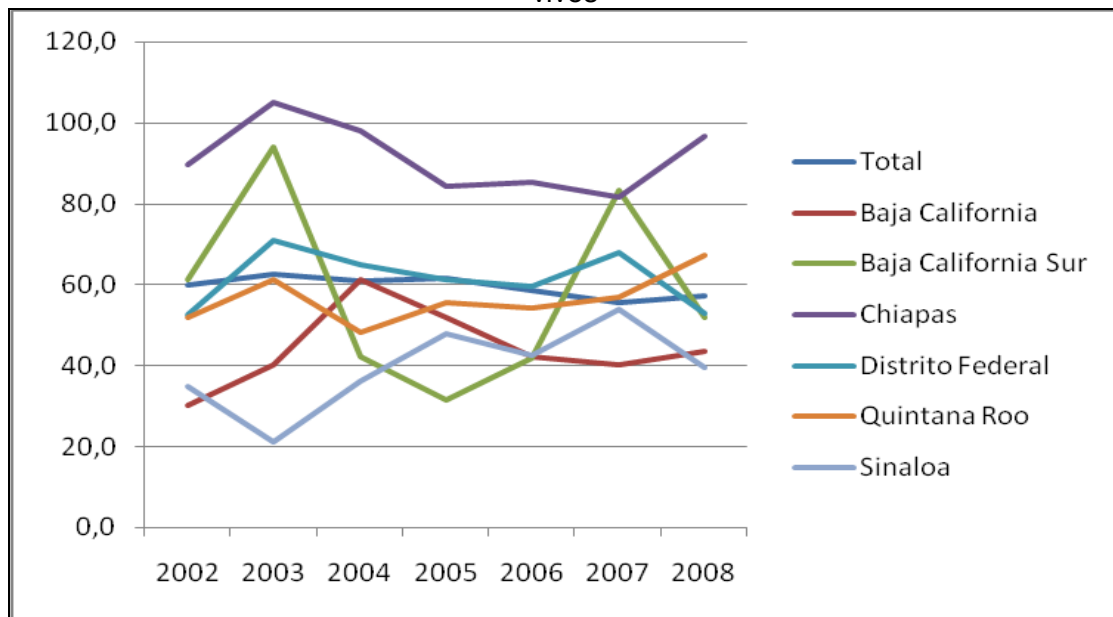
**Defunciones maternas por año de
Registro y entidad de residencia habitual, 2002-2008**

Entidad de residencia habitual	Defunciones						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total	1.309	1.313	1.239	1.242	1.166	1.097	1.119
Baja California	17	22	33	28	23	22	24
Baja California Sur	6	9	4	3	4	8	5
Chiapas	94	106	96	82	82	78	92
Distrito Federal	77	99	87	80	78	89	69
Quintana Roo	12	14	11	13	13	14	17
Sinaloa	19	11	18	23	20	25	18

Fuente: Mortalidad en mujeres (estandarizada por edad) por enfermedades transmisibles, perinatales y deficiencias de la nutrición, según entidad federativa de residencia habitual, **Sistema Nacional de Información en Salud**, <http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>, consultado 14 de noviembre del 2009.

**Comparativo razón de mortalidad materna y defunciones maternas
por año de registro y entidad de residencia habitual
2002-2008.**

RMM X 100,000 nacidos vivos



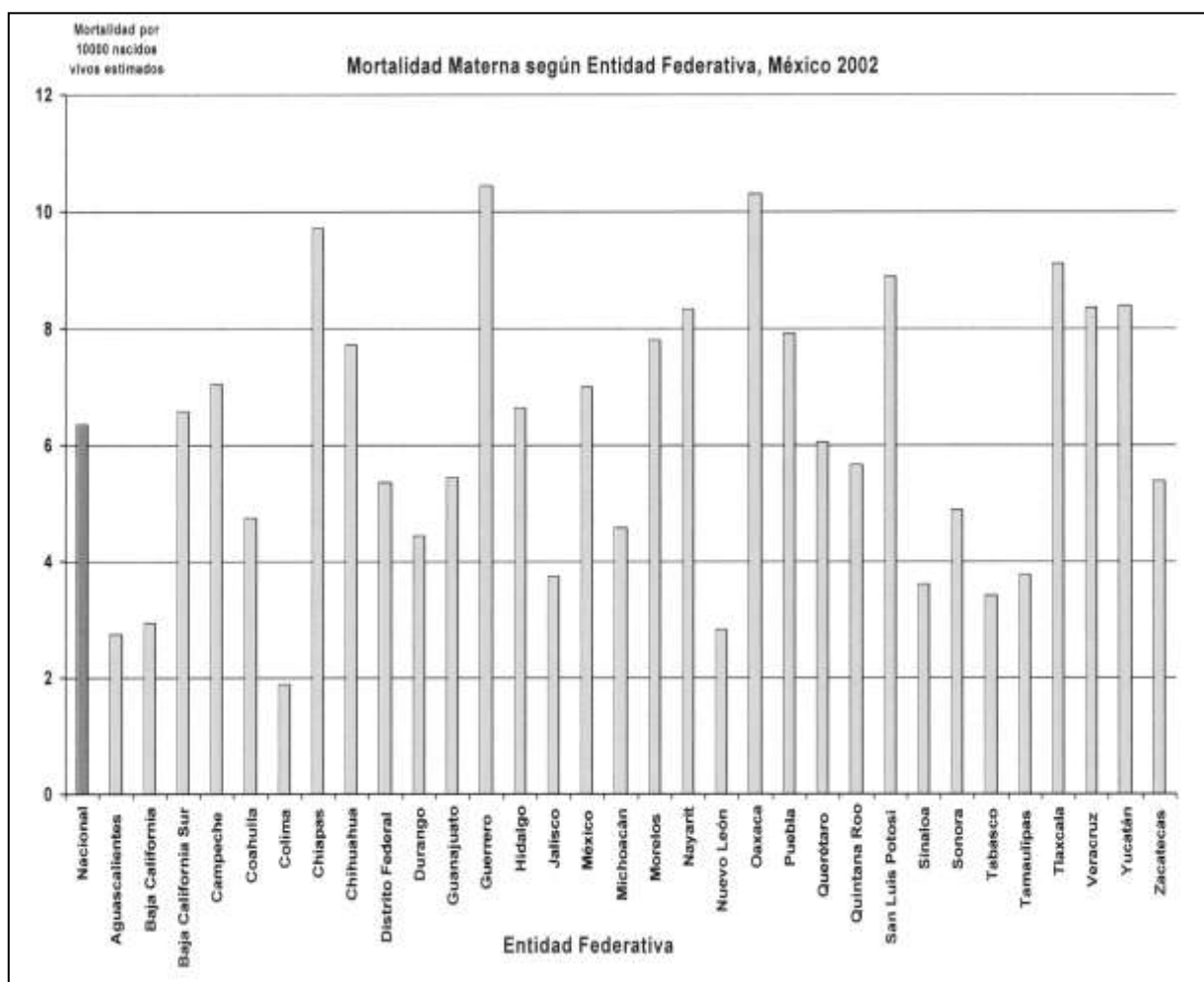
Con este tipo de gráfica se muestran con mayor claridad los altibajos en las cifras sobre todo en el caso de Baja California Sur.

Las cuatro gráficas de las siguientes páginas muestran estos mismos datos sorprendentes. En el 2003 teníamos una tasa muy alta de mortalidad materna en proporción a los niños nacidos vivos, ocupando el tercer lugar a nivel nacional, en el 2005 Baja California Sur ocupaba el cuarto lugar entre los estados con menor mortalidad materna, para el 2007 el Estado ocupa otra vez el tercer lugar entre los estados con una mayor proporción de muertes maternas en relación con los niños nacidos vivos, solamente después de Oaxaca y Guerrero.

La primera gráfica correspondiente al 2005 aparece en la publicación del Plan Nacional de Salud publicado en el 2007 pero que hace referencia a los datos relativos al año 2005 y la segunda gráfica aparece en la publicación del INEGI, Mujeres y Hombres en México, publicada en el 2009 con los datos relativos al año del 2007. En las siguientes gráficas se comprueban los datos relativos al 2005 y al 2007 a los que hacíamos referencia anteriormente.

Razón de muerte maternal por 100 mil niños nacidos vivos

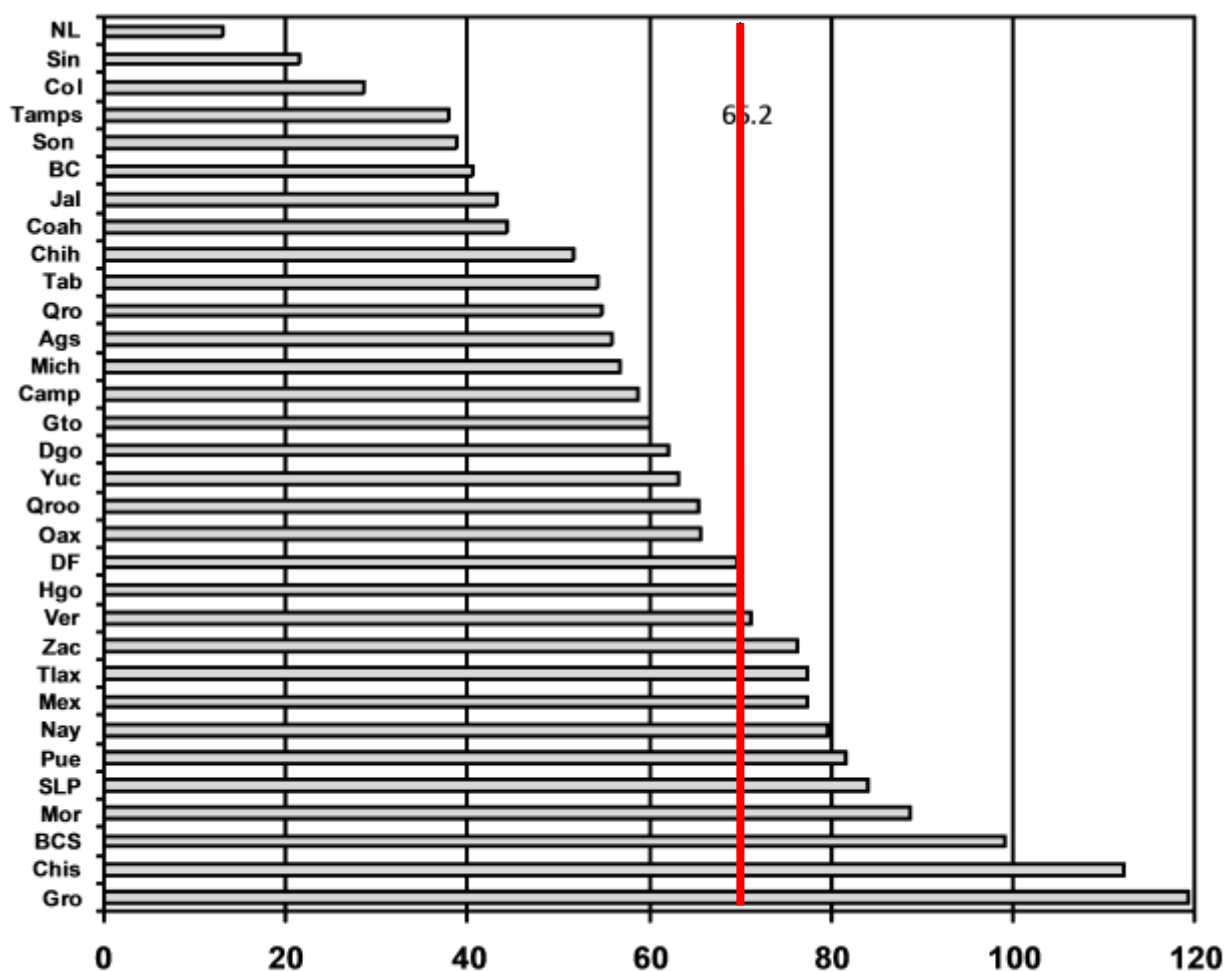
2000



Fuente: Mortalidad materna, Dr. Roberto Uribe Elías, www.medicinaysalud.unam.mx/temas/2009/01_ene_2k9.pdf

Razón de muerte maternal por 100 mil niños nacidos vivos

2003

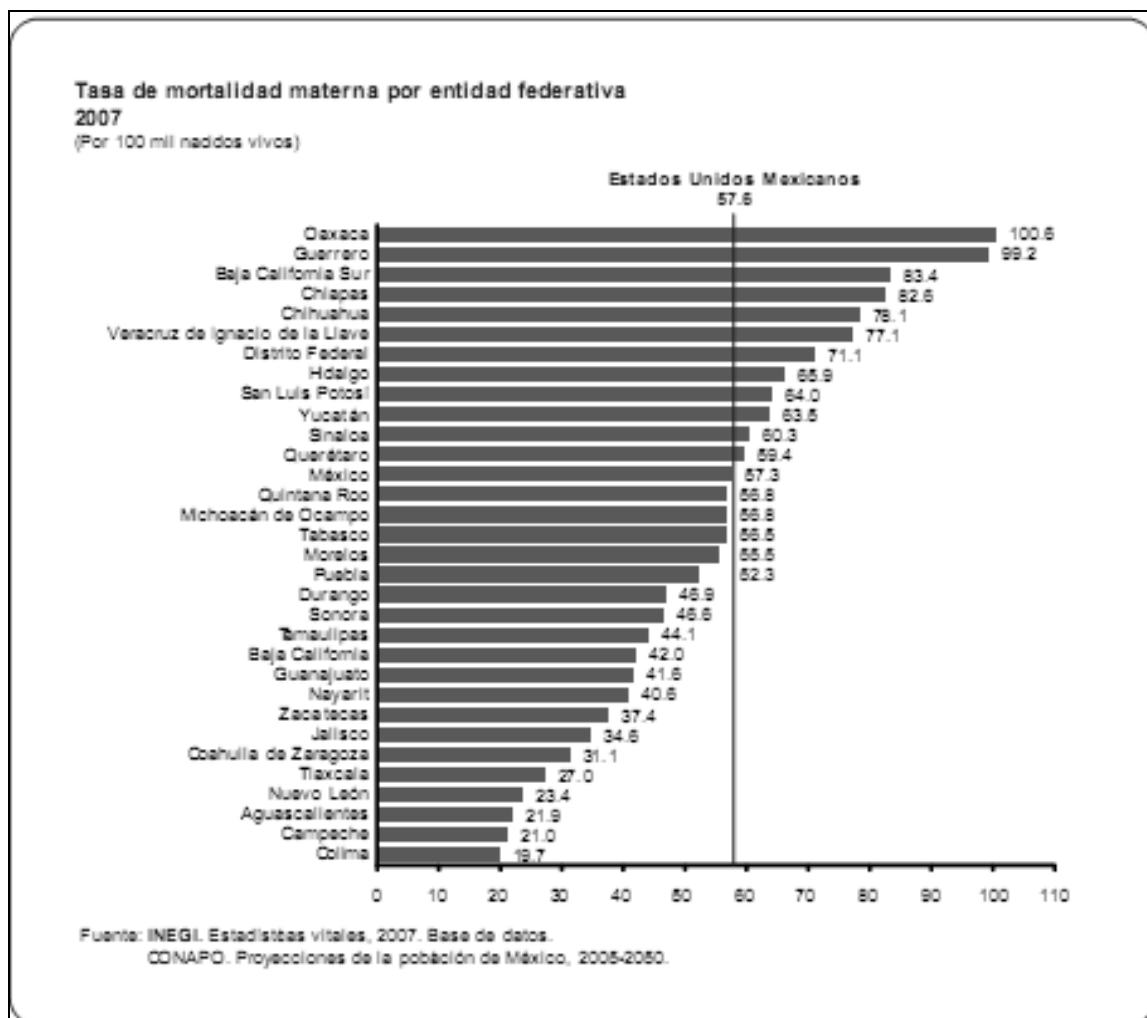


Fuente: del Río Zolezzi, Aurora, **Aborto y mortalidad materna en México**

El promedio nacional de la razón de muerte materna en 2003 fue de 62.5 por cada 100 mil niños nacidos vivos.

Razón de muerte maternal por 100 mil niños nacidos vivos

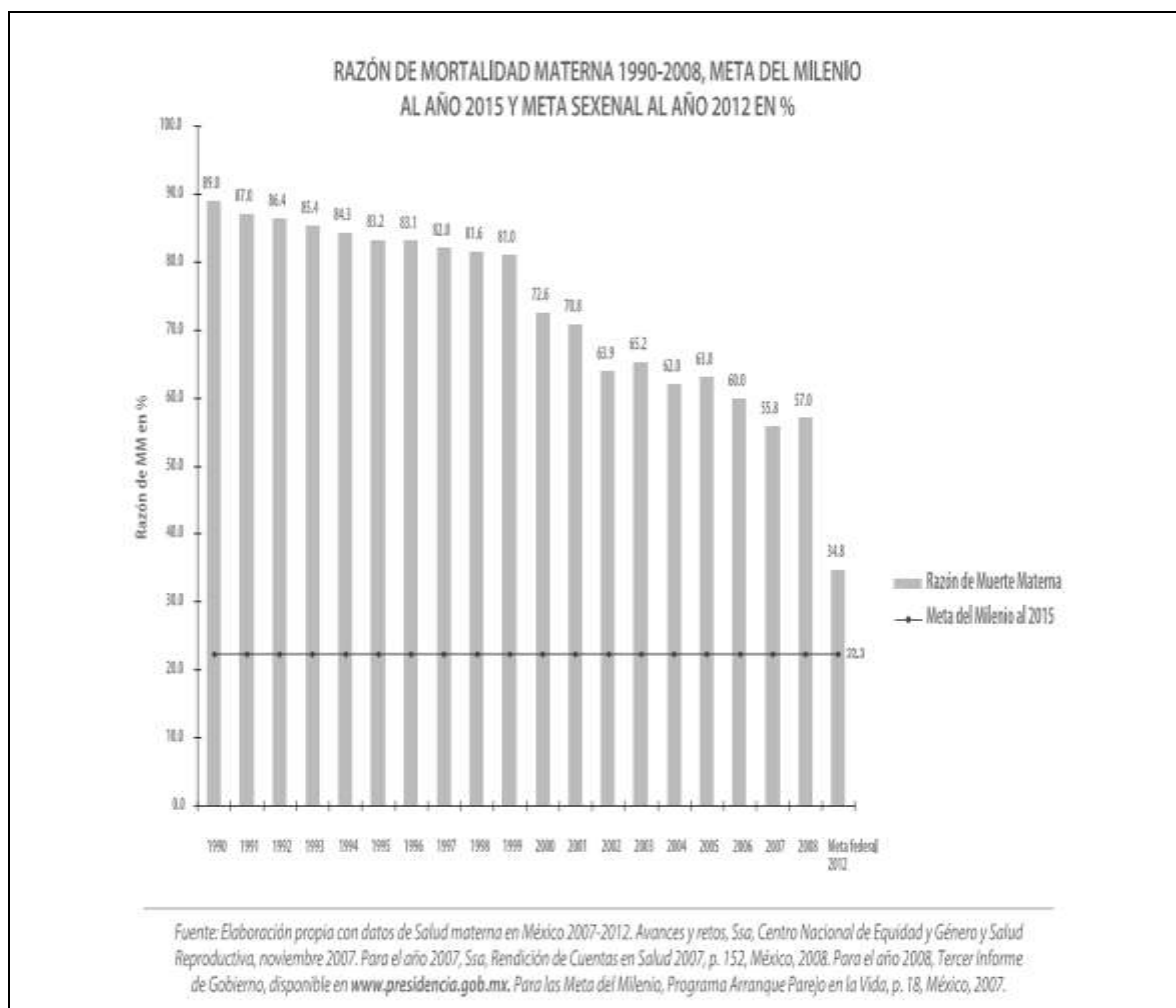
2005



Fuente: Gráfica Publicada en el Programa Nacional de Salud 2007 - 2012

Razón de muerte maternal en México por 100 mil niños nacidos vivos

De 1990 al 2008 y la meta del Milenio para 2012



Fuente: Gráfica publicada en *Mujeres y Hombres*, INEGI, 2009

Como vemos en las gráficas anteriores en el 2002 tuvimos una proporción de 61,4, Baja California Sur ocupaba el lugar catorce entre las entidades con tasas más elevadas de mortalidad materna, igual que Hidalgo y con 17 con mejores indicadores que nuestra entidad.

En el 2003 tuvimos una proporción de 94.0, siendo Baja California Sur el tercer estado con mayor razón de mortalidad materna, solo después de Guerrero y Oaxaca.

En el 2005 tuvimos una razón de muerte materna de 31.8 nuestro mejor dato, ocupando el cuarto lugar entre los estados con menores tasa de mortalidad materna, después de Colima, Nuevo León y Zacatecas.

En el 2007 tuvimos otra vez una cifra muy alta con 83.4 de razón de mortalidad materna, siendo el tercer estado con peores resultados después otra vez solamente de Guerrero y Oaxaca.

En el 2008 mejoró mucho al tener una proporción de 51.9 muertes maternas por cada 100 000 niños nacidos vivos.

En la última gráfica vemos los datos para el 2008 y una proyección para el 2012 y la meta que se ha planteado para el 2015.

Sin embargo estas variaciones tan altas de un año a otro hablan tal vez de una falta de constancia en la buena atención.

Las cifras nacionales son para el 2007 de 58.8, para el 2008 de 57 y se fijó la meta nacional para el 2012 de 34.8 y para el 2015 la meta del Milenio es baja esa cifra a 22.3. O sea que solamente en el 2005 alcanzamos una tasa acorde con la meta y nos falta mucho para alcanzar la meta nacional y la del milenio y sostenerla.

Para 2008 tenemos los datos de la razón de muerte materna para Baja California que elaboramos a partir del número de casos de muerte materna y el número de niñas y niños nacidos vivos para ese año que informa la Secretaría de Salud del gobierno del estado. Para el 2009 solamente tenemos el número de casos. No tenemos los datos nacionales por lo que no fue posible hacer las comparaciones con otras entidades.

2009

Los datos estatales y municipales de muerte materna para esos dos años son los que se muestran a continuación.

Defunciones maternas y razón de mortalidad materna Por municipio. 2008

MUNICIPIO	DEFUNCIONES MATERNAS	NACIDOS VIVOS ESTIMADOS CONAPO. VERSIÓN 06	RAZÓN DE MORTALIDAD X 100,000 NV
Los Cabos	5	3.606	138,7
La Paz	5	4.944	101,1

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud y con los datos de CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050.

En el 2009 se registraron en nuestro estado cuatro casos de muerte materna, dos mujeres de Ciudad Constitución, una de la ciudad de La Paz y una mujer residente de Villa Alberto Alvarado Arámburo. Solamente una de ellas de la ciudad de La Paz único caso en que murieron los dos gemelos, la mujer no tuvo control prenatal y falleció de caso de choque séptico, sepsis pancreatitis. Uno de los casos fue ecampsis que produjo muerte cerebral, un caso de insuficiencia respiratoria aguda y un estado de preeclampsia y un caso de infecciones respiratoria aguda.

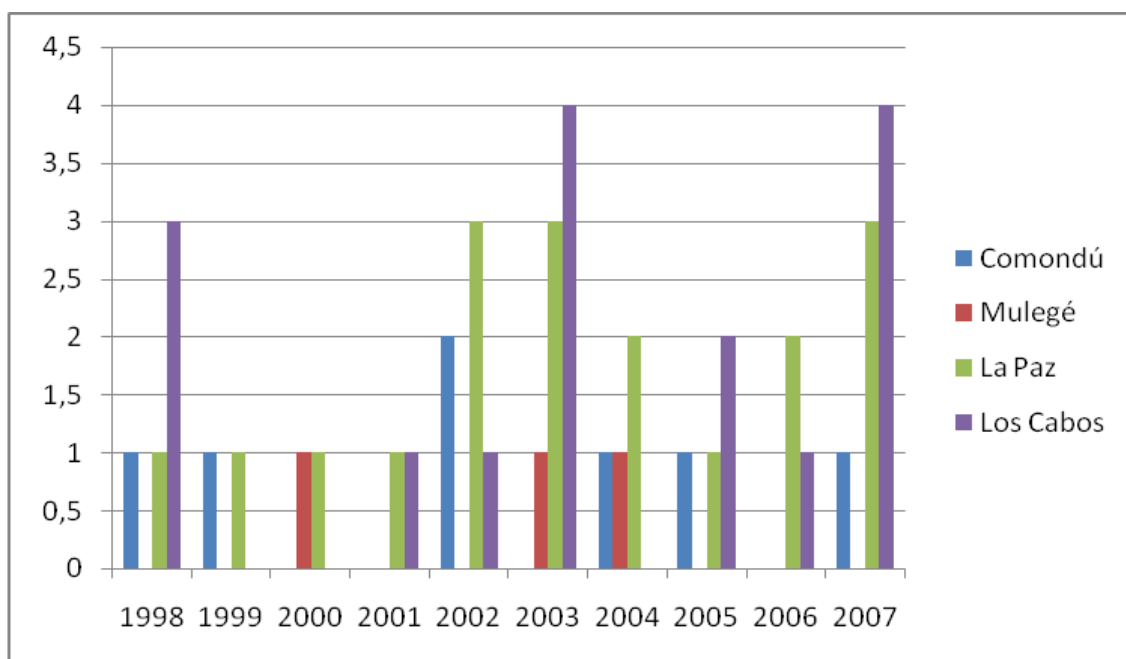
En la gráfica que muestra las tendencias se puede apreciar más claramente que los datos de muerte materna sufren variaciones notables de un año a otro y que la curva de variaciones para el Estado de Baja California Sur son todavía más pronunciadas en sus altibajos.

Defunciones maternas INEGI en Baja California Sur por municipio

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total	5	2	2	2	6	9	4	4	4	8	10	4
Comondú	1	1	-	-	2	-	1	1	-	1	-	2
Mulegé	-		1	-	-	1	1	-	-	-	-	1
La Paz	1	1	1	1	3	3	2	1	2	3	5	1
Los	3	-	-	1	1	4	-	2	1	4	5	-

Cabos												
Loreto	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-

La gráfica correspondiente a estos datos es la siguiente.



En esta gráfica solamente mostramos los datos de los municipios de Comondú, Mulegé, La Paz y Los Cabos. Loreto no tiene ningún caso y no ponemos el total estatal para que la gráfica sea más clara al mostrar la proporción de casos en los municipios en que se presentaron.

Causas de muerte materna en México y Baja California Sur

Sobre las causas más frecuentes de muerte materna en México tenemos por orden de mayor frecuencia a las de menor frecuencia, enfermedad hipertensiva del embarazo, hemorragia del embarazo, parto y puerperio, otras complicaciones principalmente de embarazo y parto, causas obstétricas indirectas, aborto, sepsis y otras infecciones puerperales, otras complicaciones principalmente puerperales y complicaciones venosas en el embarazo, parto y puerperio. Los datos del 2002 al 2007 son los siguientes.

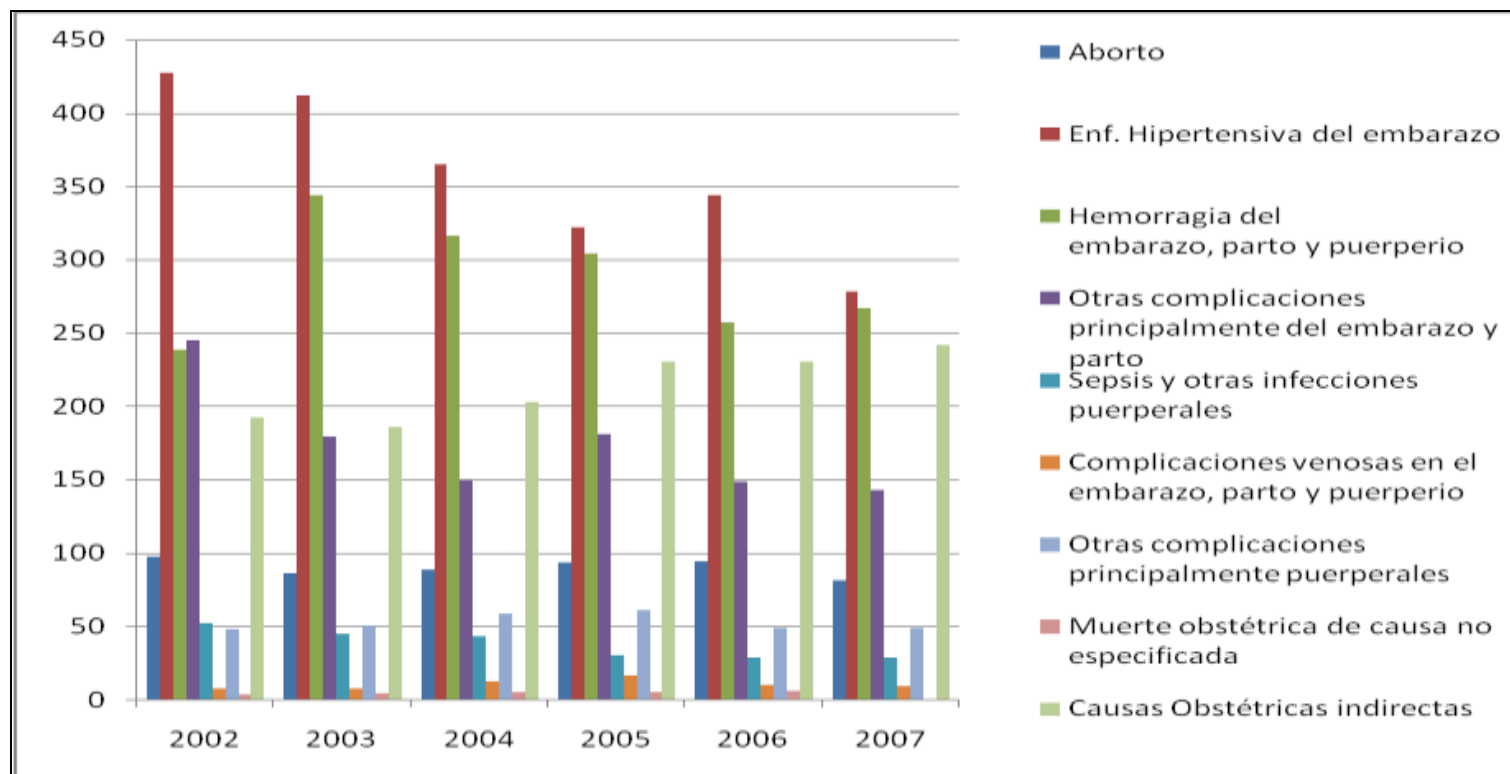
Defunciones maternas por causa

México 2002 - 2007

	Aborto	Enf. Hipertensiva del embarazo	Hemorragia del embarazo, parto y puerperio	Otras complicaciones principalmente de embarazo y parto	Sepsis y otras infecciones puerperales	Complicaciones venosas en el embarazo, parto y puerperio	Otras complicaciones principalmente puerperales	Muerte obstétrica de causa no especificada	Causas Obstétricas indirectas
2002	97	427	238	245	52	7	48	3	192
2003	86	412	344	179	45	7	50	4	186
2004	88	365	316	149	43	12	58	5	203
2005	93	322	304	181	30	16	61	5	230
2006	94	344	257	148	28	10	49	6	230
2007	81	278	267	143	28	9	49	0	242

Estos mismos datos los vemos reflejados en la siguiente gráfica.

Defunciones maternas por causa México 2002 - 2007



Para el caso de Baja California Sur tenemos algunos datos en comparación con otras cinco entidades seleccionadas.

Causas de muerte materna en México y en Baja California Sur

2002 - 2007

	Entidad de residencia	Total	Aborto	Enf. Hipertensiva del embarazo	Hemorragia del embarazo, parto y puerperio	Otras complicaciones principalmente del embarazo y parto	Sepsis y otras infecciones puerperales	Complicaciones venosas en el embarazo, parto y puerperio	Otras complicaciones principalmente puerperales	Muerte obstétrica de causa no especificada	Causas Obstétricas indirectas
2002	Total	1309	97	427	238	245	52	7	48	3	192
	BCS	6	0	4	1	0	0	0	0	0	1
2003	Total	1313	86	412	344	179	45	7	50	4	186
	BCS	9	0	2	1	1	2	0	1	0	2
2004	Total	1239	88	365	316	149	43	12	58	5	203
	BCS	4	0	1	0	2	0	0	0	0	1
2005	Total	1242	93	322	304	181	30	16	61	5	230
	BCS	3	0	1	0	1	0	0	0	0	1
2006	Total	1166	94	344	257	148	28	10	49	6	230
	BCS	4	0	2	0	1	0	0	0	0	1
2007	Total	1097	81	278	267	143	28	9	49	0	242
	BCS	8	0	3	2	1	0	0	0	0	2

Fuente: SINAIS, Defunciones maternas por causas según entidad de residencia habitual, 2002-2007,

<http://www.sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.html>, consultado 11/02/2010

Causas de muerte materna en Baja California Sur

2002 - 2007

	Total	Aborto	Enf. Hipertensiva del embarazo	Hemorragia del embarazo, parto y puerperio	Otras complicaciones principalmente del embarazo y parto	Sepsis y otras infecciones puerperales	Complicaciones venosas en el embarazo, parto y puerperio	Otras complicaciones principalmente puerperales	Muerte obstétrica de causa no especificada	Causas Obstétricas indirectas
2002	6	0	4	1	0	0	0	0	0	1
2003	9	0	2	1	1	2	0	1	0	2
2004	4	0	1	0	2	0	0	0	0	1
2005	3	0	1	0	1	0	0	0	0	1
2006	4	0	2	0	1	0	0	0	0	1
2007	8	0	3	2	1	0	0	0	0	2
2008	5	1			1	2		1		
2009	4			1		1		1		

Fuente: SINAIS, Defunciones maternas por causas según entidad de residencia habitual, 2002-2007,

<http://www.sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.html>, consultado 11/02/2010

Otros datos importantes sobre mortalidad en mujeres

En las siguientes páginas mostramos otros datos sobre mortalidad en mujeres que son importantes y deben tenerse en cuenta.

Mortalidad en mujeres (estandarizada por edad) por enfermedades transmisibles, perinatales y deficiencias de la nutrición, según entidad federativa de residencia habitual. 2005.

ENTIDAD	CIERTAS AFECCIONES PERINATALES ² / P00-P96,A33 *		DEFICIENCIAS DE LA NUTRICIÓN E40-E64 *		ANEMIAS NUTRICIONALES D50-D53 *	
	Def	Tasa	Def	Tasa	Def	Tasa
Nacional	7 001	741,0	4 319	8,4	695	1,5
Baja California	148	562,6	49	4,7	6	0,6
Baja California Sur	34	772,9	19	9,3	1	0,8
Chiapas	240	544,8	180	11,8	57	4,1
Distrito Federal	588	879,1	227	4,1	36	0,6

Quintana Roo	79	749,5	15	7,3	3	1,2
Sinaloa	91	380,8	74	5,9	15	1,3

* Códigos de la CIE 10

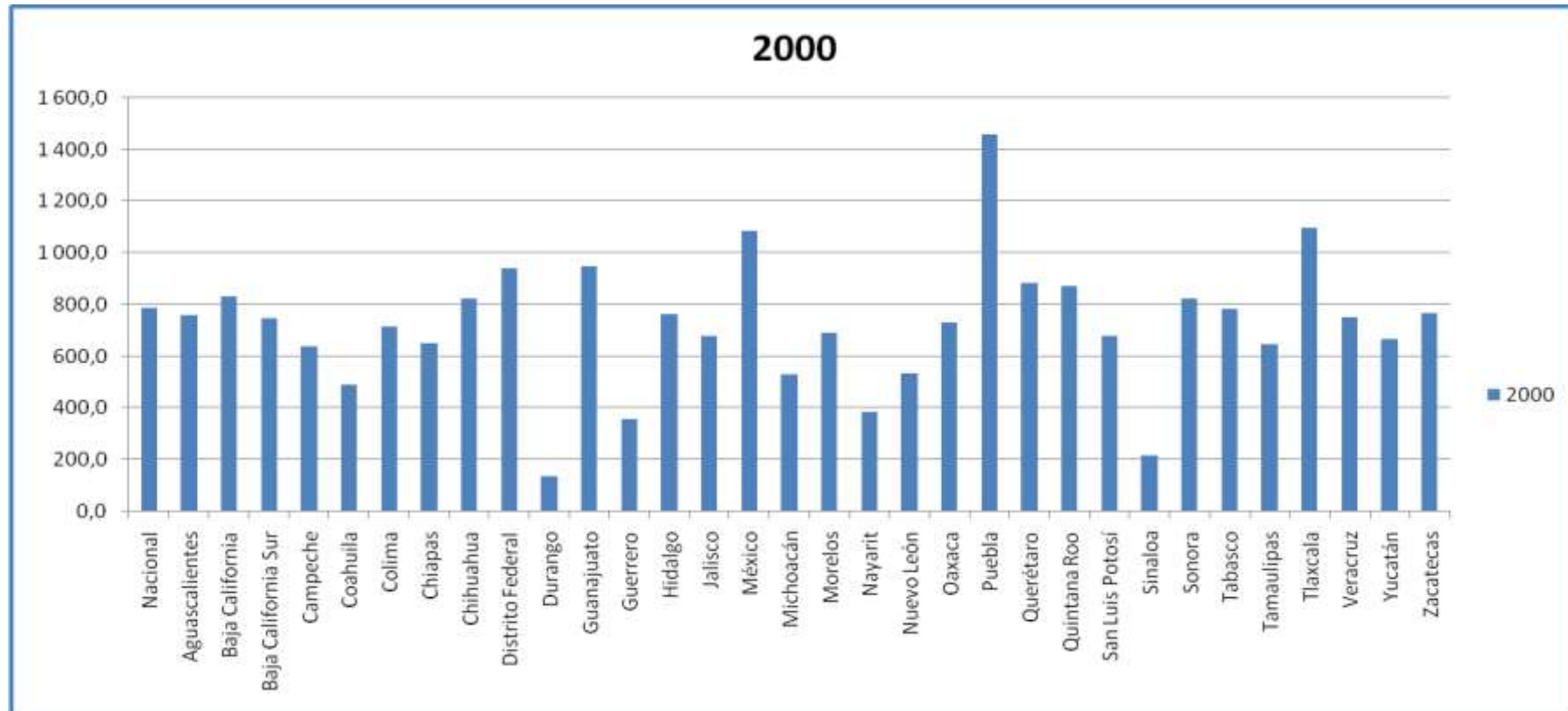
2/ Tasa por 100,000 habitantes menores de un año (no estandarizada)

Tasa por 100,000 habitantes estandarizada por el método directo usando la población mundial estándar Word Health Organization 2000. Age. Standardization of rates: A new WHO standard. No se incluyen defunciones de residentes en el extranjero

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050.

Mortalidad en Mujeres por Ciertas afecciones perinatales

2/ P00-P96,A33 *

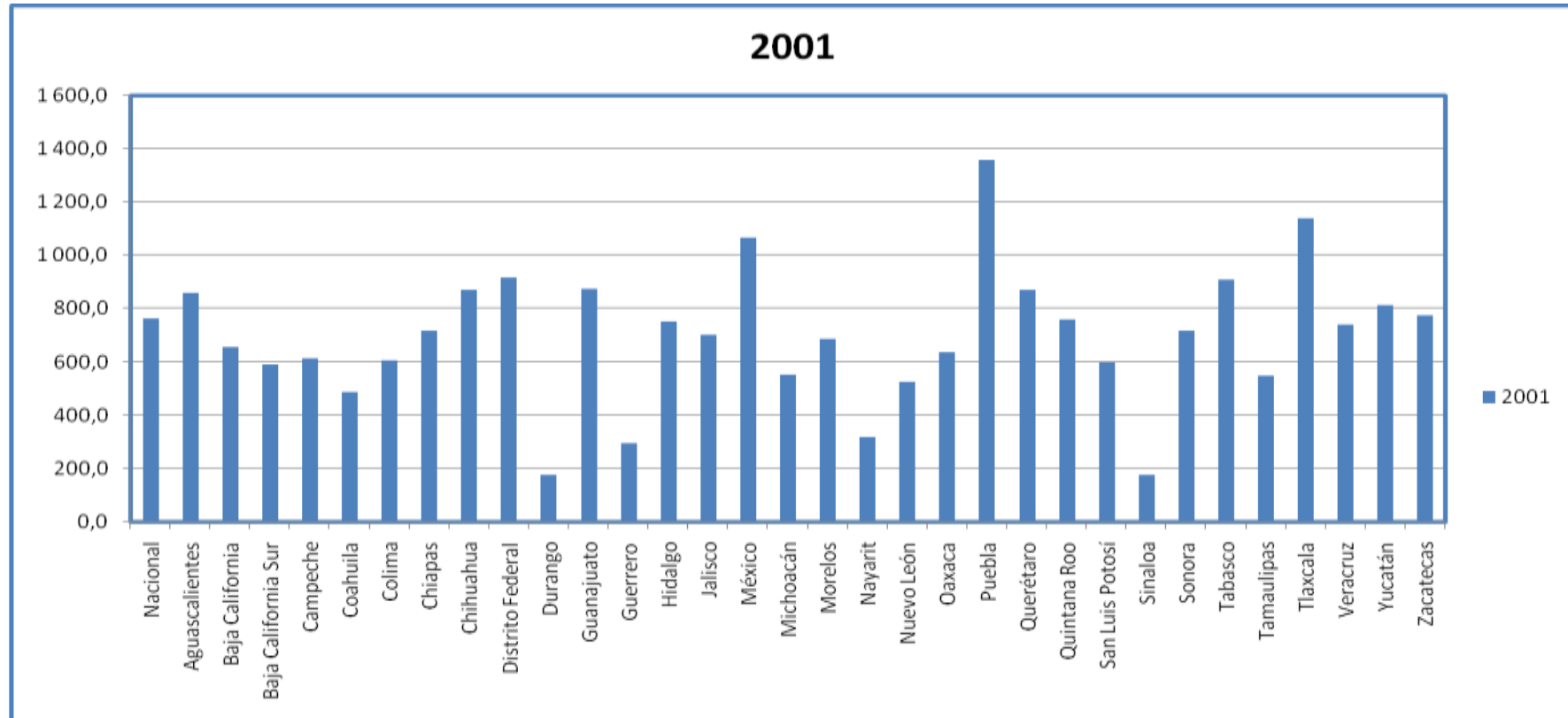


Tasa por 100,000 habitantes estandarizada por el método directo usando la población mundial estándar Word Health Organization 2000. Age. Standardization of rates: A new WHO standard. No se incluyen defunciones de residentes en el extranjero.

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud.Dirección General de Información en Salud. CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050

Mortalidad en Mujeres por Ciertas afecciones perinatales

2/ P00-P96,A33

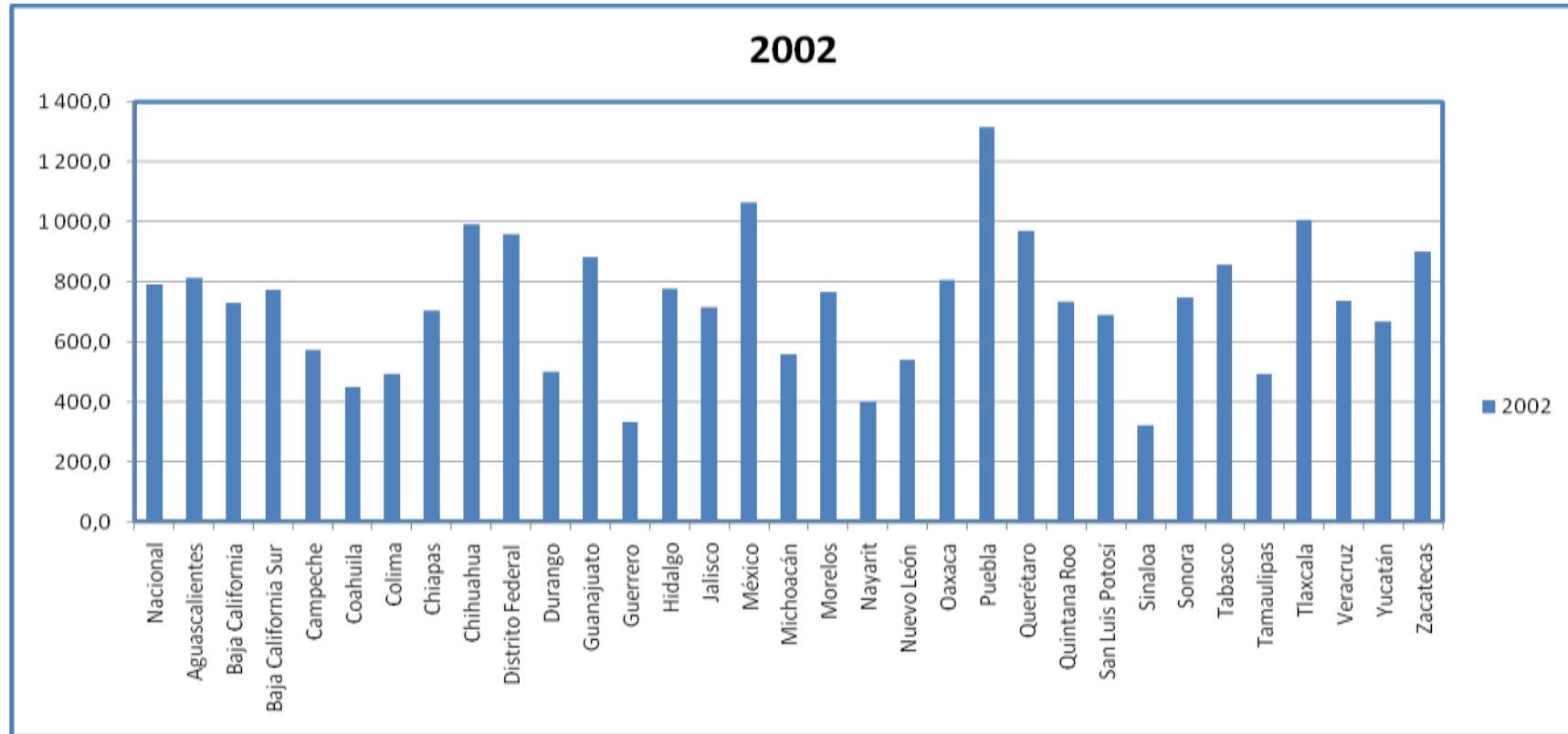


Tasa por 100,000 habitantes estandarizada por el método directo usando la población mundial estándar Word Health Organization 2000. Age. Standarization of rates: A new WHO standard. No se incluyen defunciones de residentes en el extranjero.

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud.Dirección General de Información en Salud. CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050

Mortalidad en Mujeres por Ciertas afecciones perinatales

2/ P00-P96,A33 *

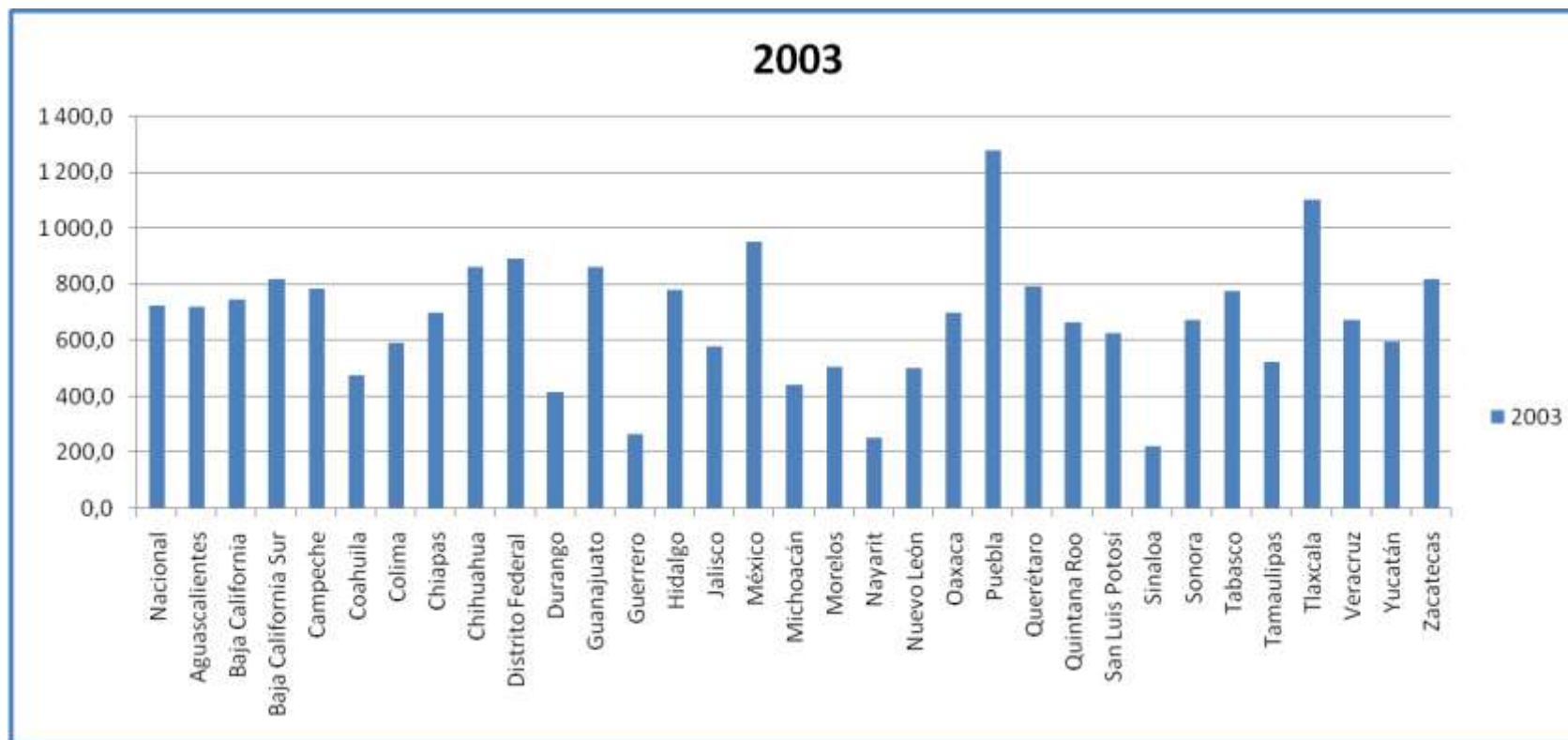


Tasa por 100,000 habitantes estandarizada por el método directo usando la población mundial estándar Word Health Organization 2000. Age. Standarization of rates: A new WHO standard. No se incluyen defunciones de residentes en el extranjero.

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud.Dirección General de Información en Salud. CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050

Mortalidad en Mujeres por Ciertas afecciones perinatales

2/ P00-P96,A33 *

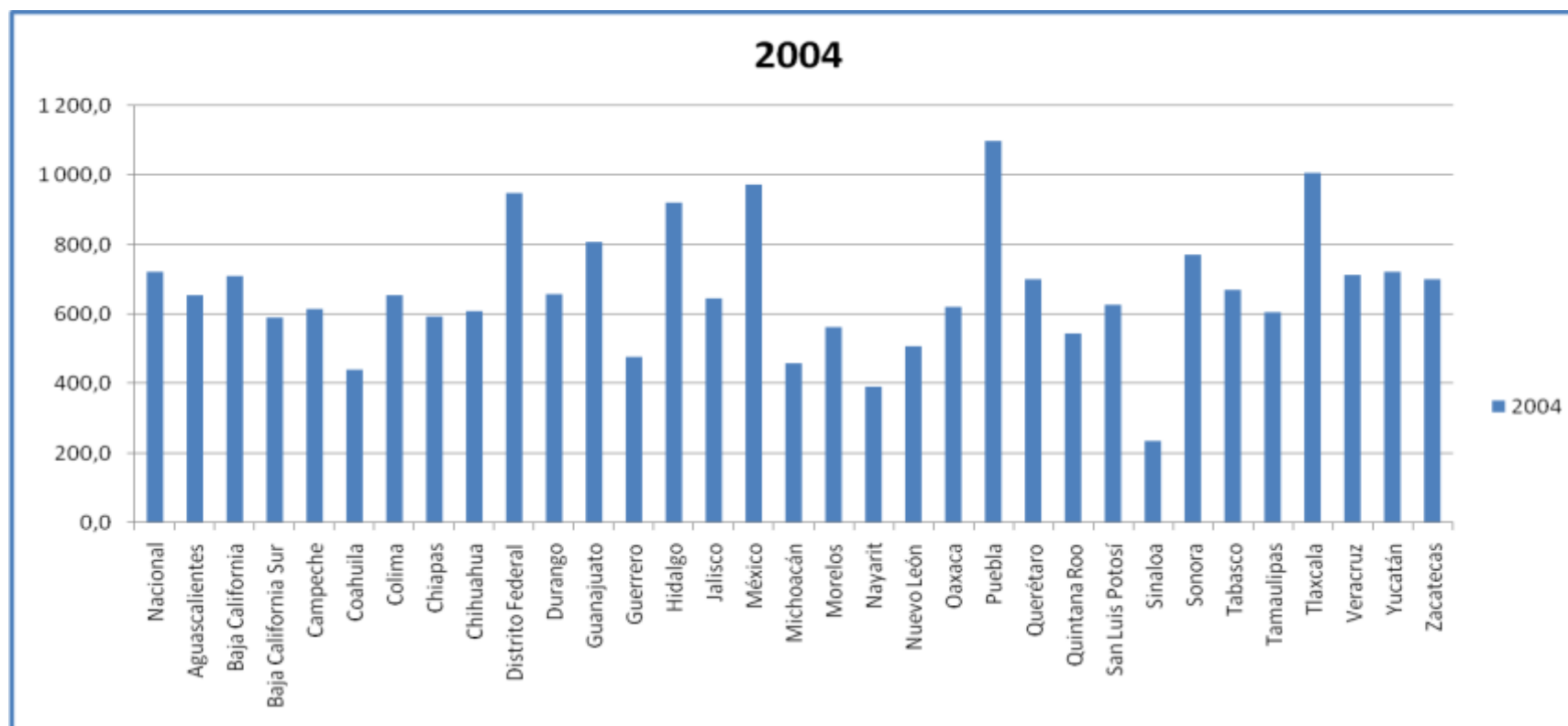


Tasa por 100,000 habitantes estandarizada por el método directo usando la población mundial estándar Word Health Organization 2000. Age. Standarization of rates: A new WHO standard. No se incluyen defunciones de residentes en el extranjero.

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 – 2050

Mortalidad en Mujeres por Ciertas afecciones perinatales

2/ P00-P96,A33 *



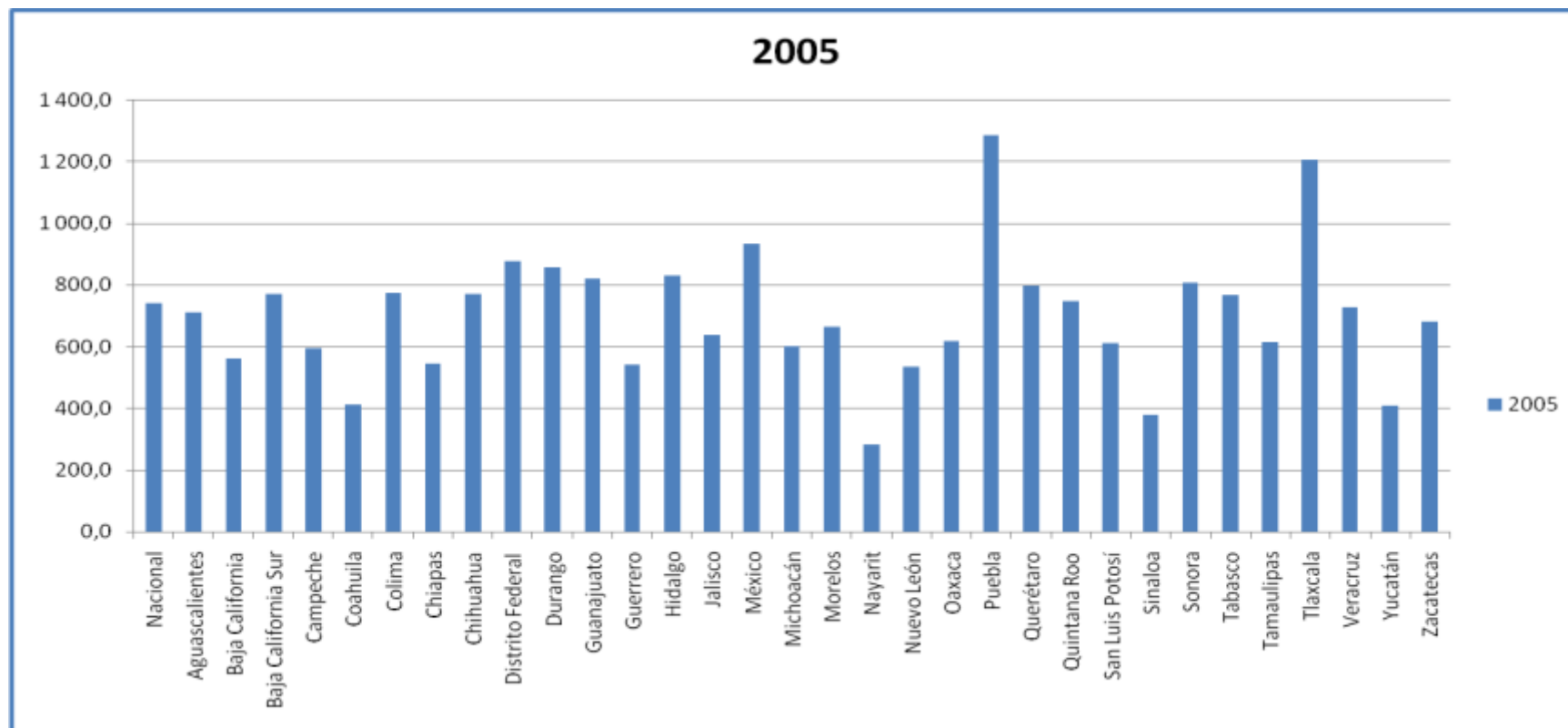


Tasa por 100,000 habitantes estandarizada por el método directo usando la población mundial estándar Word Health Organization 2000. Age. Standarization of rates: A new WHO standard. No se incluyen defunciones de residentes en el extranjero.

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud.Dirección General de Información en Salud. CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 – 2050

Mortalidad en Mujeres por Ciertas afecciones perinatales

2/ P00-P96,A33 *



Tasa por 100,000 habitantes estandarizada por el método directo usando la población mundial estándar Word Health Organization 2000. Age. Standarization of rates: A new WHO standard. No se incluyen defunciones de residentes en el extranjero.



Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud.Dirección General de Información en Salud. CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 — 2050.

Mortalidad en Mujeres por Ciertas afecciones perinatales						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nacional	787,6	764,9	790,5	724,3	722,0	741,0
Aguascalientes	761,7	860,2	811,2	720	653,7	712,5
Baja California	834,1	657,7	728,7	745,3	710,2	562,6
Baja California Sur	746,3	589,4	771,9	818,2	591,2	772,9
Campeche	640,9	613,4	571,7	783,8	616,5	595,4
Coahuila	489,1	487	448,8	478,3	441,9	412,7
Colima	714,4	605,6	490,8	591,8	654	776,4
Chiapas	653,3	716,7	704,2	700,9	592,8	544,8
Chihuahua	825,8	870,7	990,7	861,2	610	770,8
Distrito Federal	940,5	918,6	959,4	894,8	949,1	879,1
Durango	134,9	177,7	498,3	418,4	658	858,8
Guanajuato	949,5	875,7	881,8	863,2	807,2	820,7
Guerrero	357,1	294,4	332,7	268,2	478,4	542,5
Hidalgo	763,7	753,5	775,7	779,7	921,1	832
Jalisco	679,8	701,7	714	579,1	644,5	637,7
México	1 086,5	1 066,0	1 066,0	952,6	973,7	934,7
Michoacán	530,8	553,4	556,4	443,8	460,2	601,9
Morelos	692,2	685,1	765	505,2	563,9	663,6
Nayarit	385,5	320,3	401,4	253,5	391,7	283,9
Nuevo León	535,1	525,7	541,3	502,8	509,1	537
Oaxaca	731	636,7	806,2	701,8	622	618
Puebla	1 459,6	1 358,2	1 316,7	1 279,4	1 099,6	1 287,9
Querétaro	884,6	872,8	969,5	793,6	699,8	798,9
Quintana Roo	872,9	758,8	732,1	667,2	546,1	749,5
San Luis Potosí	678,5	600	690	626,8	626,3	610,5
Sinaloa	217,5	177,2	319,7	221,8	234,3	380,8
Sonora	824,3	717,3	746,2	672,5	771,5	808
Tabasco	783,1	909	856,2	776,4	669	768,5
Tamaulipas	645,9	548,3	492,3	524,4	606,9	614,3
Tlaxcala	1 097,5	1 141,1	1 007,8	1 103,5	1 008,3	1 205,6
Veracruz	753,7	738,6	736,8	675,9	712,2	728,9
Yucatán	669,2	813,9	667,4	594,9	722,9	410
Zacatecas	767,8	775,4	902,2	819,4	701,2	681,7

Tasa por 100,000 habitantes estandarizada por el método directo usando la población mundial estándar Word Health Organization 2000. Age. Standardization of rates: A new WHO standard.

No se incluyen defunciones de residentes en el extranjero

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud.Dirección General de Información en Salud. CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 – 2050

En los indicadores de salud reproductiva del INEGI encontramos muy poca información en relación con los abortos. Hay un dato nacional del 2000 y del 2001 que se refieren a: Feto o recién nacido afectado por complicaciones maternas del embarazo, entre los datos de defunciones fetales según causa que es el siguiente:

Mortalidad: feto o recién nacido afectado por complicaciones maternas del embarazo.

Periodo	Total
2000	11372
2001	10908

Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Estadística - Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

La población femenina en edad fértil en el Estado, según la proyección de CONAPO es la siguiente:

POBLACIÓN DE MUJERES DE 15 AÑOS Y MÁS				
	2006	2007	2008	2009
República Mexicana	37468725	38173165	38868448	39552811
Baja California Sur	177123	182903	188725	194594
Comondú	22066	21967	21861	21749
La Paz	80086	81553	83003	84437
Loreto	4135	4152	4166	4180
Los Cabos	53637	57576	61590	65677
Mulegé	17199	17655	18105	18551

E40-E64 *

La muerte materna en los registros de salud en Baja California Sur

En los registros de salud que se llevan a cabo en la Secretaría de Salud del Gobierno del estado se da seguimiento a los indicadores de atención del embarazo, a la detección de problemas de hipertensión en las mujeres embarazadas,

Se han hecho estudios sobre la razón del comportamiento errático de la razón de muerte materna en el estado y se habla de diferencias en los diagnósticos, lo cual no es muy claro. Se ha determinado que las principales causas de muerte materna en Baja California sur son:

- 1° Por eclampsia
- 2° Causas indirectas
- 3° Hemorragias

Sobre la relación entre aborto inducido y muerte materna no existen estudios pero se reportó un caso en el 2008 en Cabo San Lucas en un hospital privado.

No se llevan registros sobre la relación entre violencia y muerte materna, ni sobre la relación entre aborto inducido y muerte materna.

Casos de muerte materna en Baja California Sur

Sobre los rangos de edad de las mujeres que fallecieron dentro de las causas que se consideran muerte materna, del 2005 al 2009 son los siguientes:

Menores de 18 años cuatro casos, una de trece años y tres de diecisiete años, o sea 16.66% de los casos.

De 18 a 29 años son la mayoría; una de 18 años, tres de 19, dos de 20, dos de 21 una de 22, dos de 25 dos de 28 una de 29 años. En total 14 casos del total de 24 muertes maternas, o sea 58.33% de los casos.

De 30 años o más son seis casos; una de 30 años, una de 31, dos de 37 y dos de 38 años, seis del total de 24 muertes. O sea 25% de los casos.

Sobre las ocupaciones resultaron los siguientes datos:

De los 24 casos 14 se dedicaban a las labores de su hogar, 58.33%; 6 eran trabajadores, una de ellas en el campo, 25%; y 4 eran estudiantes, 16.66%.

Sobre su estado civil:

Once eran casadas y 9 vivían en unión libre, en total 83.33%.

Sobre el lugar de residencia 10 eran del municipio de Los Cabos, 6 del municipio de La Paz, cinco de Comondú y tres de Mulegé

Otros datos de salud de las mujeres en Baja California Sur

A continuación presentamos otros datos relacionados con el tema de muerte materna para tener un panorama más completo sobre la problemática.

No se lleva un registro sobre el seguimiento de los indicadores de nutrición de las embarazadas y los siguientes datos muestran que es un dato importante. Baja California Sur muestra una tasa elevada en comparación con las otras cinco entidades seleccionadas y en el 2000 y 2004 estuvo incluso por encima del promedio nacional.

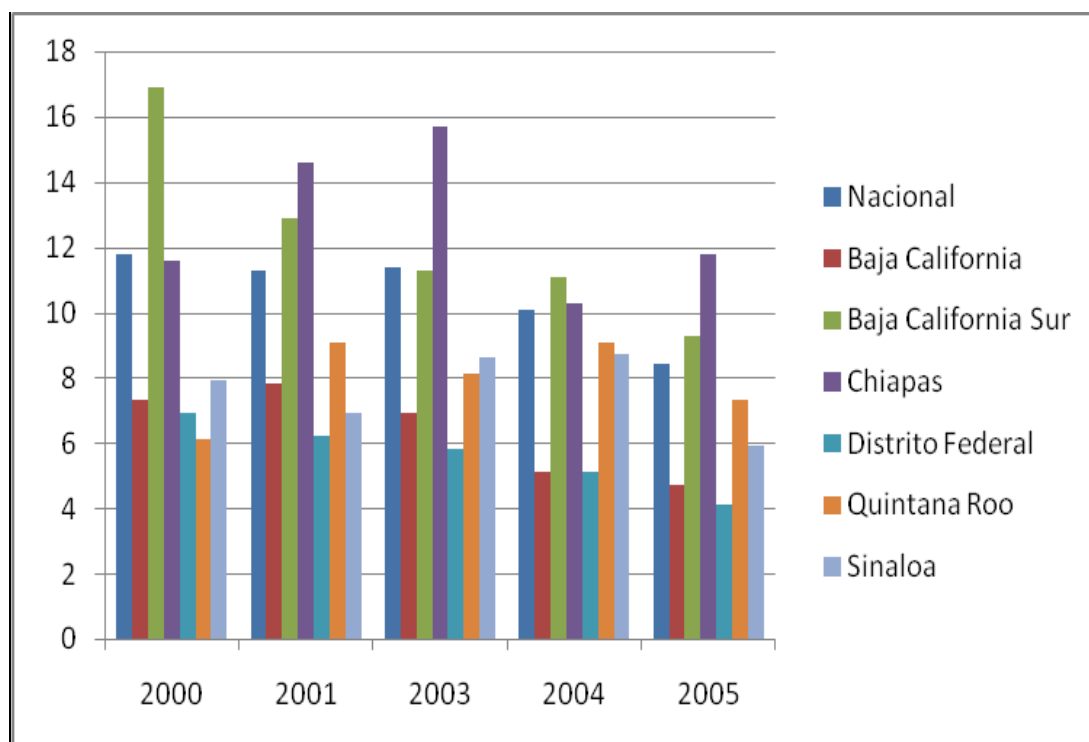
Mortalidad en mujeres (estandarizada por edad)

Tasa de defunciones por deficiencias de la nutrición

E40-E64 *

ENTIDAD	2000	2001	2003	2004	2005
Nacional	11,8	11,3	11,4	10,1	8,4
Baja California	7,3	7,8	6,9	5,1	4,7
Baja California Sur	16,9	12,9	11,3	11,1	9,3
Chiapas	11,6	14,6	15,7	10,3	11,8
Distrito Federal	6,9	6,2	5,8	5,1	4,1
Quintana Roo	6,1	9,1	8,1	9,1	7,3
Sinaloa	7,9	6,9	8,6	8,7	5,9

TASA DE DEFUNCIONES POR DEFICIENCIAS DE LA NUTRICIÓN



En tanto que los datos de mortalidad por anemias son menos desfavorables para Baja California Sur.

Mortalidad en mujeres (estandarizada por edad)

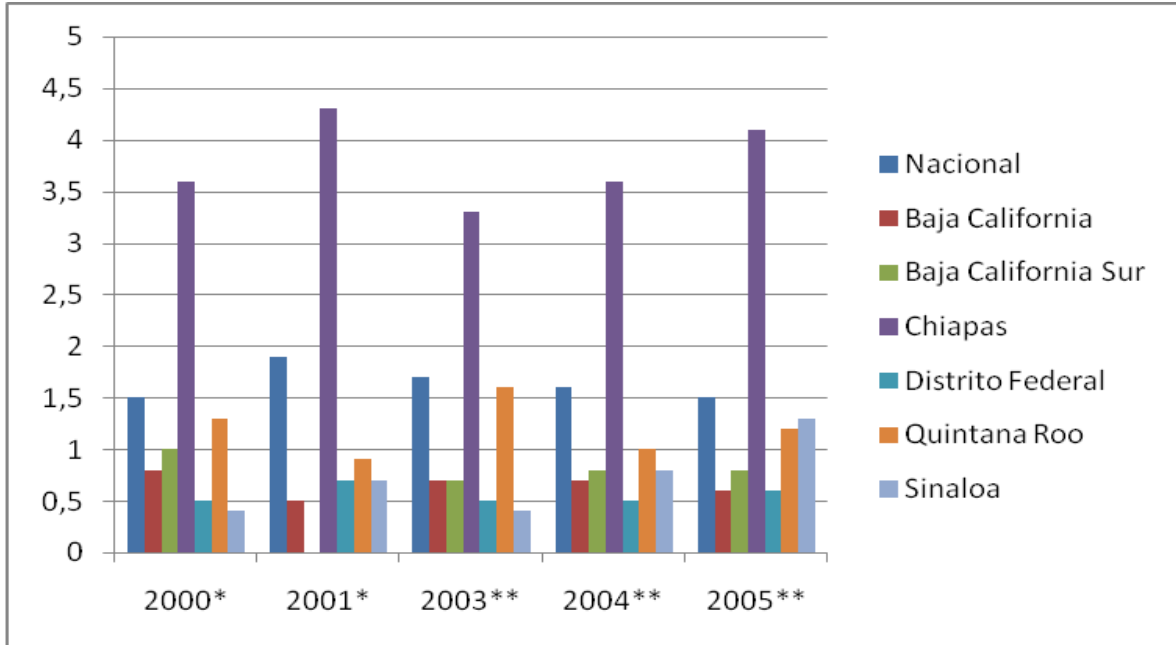
Tasa de defunciones por anemias

ENTIDAD	2000*	2001*	2003**	2004**	2005**
Nacional	1,5	1,9	1,7	1,6	1,5
Baja California	0,8	0,5	0,7	0,7	0,6
Baja California Sur	1,0	0,0	0,7	0,8	0,8
Chiapas	3,6	4,3	3,3	3,6	4,1
Distrito Federal	0,5	0,7	0,5	0,5	0,6
Quintana Roo	1,3	0,9	1,6	1,0	1,2
Sinaloa	0,4	0,7	0,4	0,8	1,3

*Anemia D50-D64 Códigos de la CIE 10

**Anemias nutricionales D50-D53 Códigos de la CIE 10

TASA DE DEFUNCIONES POR ANEMIAS



Fuente: *Mortalidad en mujeres (estandarizada por edad) por enfermedades transmisibles, perinatales y deficiencias de la nutrición, según entidad federativa de residencia habitual, Sistema Nacional de Información en Salud,* <http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>, consultado 14 de noviembre del 2009.

Datos sobre atención médica

La prevención de la muerte materna, según todos los estudios, depende directamente de la cobertura y la calidad de los servicios de salud. La atención que se requiere para evitar la mortalidad materna consiste en el seguimiento médico continuo, traslado efectivo y oportuno de las mujeres al segundo nivel

de atención, acceso real de las mujeres a los servicios de emergencia, bancos de sangre y personal disponible las 24 horas.

ENTIDAD	2000	2001	2002	2003	2004
Estados Unidos Mexicanos	11,9	11,9	11,9	11,9	12,5
Baja California	10,9	10,4	10,2	10,1	10,2
Baja California Sur	22,9	20,3	20,2	20,7	20,3
Chiapas	9,2	8,7	8,7	8,5	8,4
Distrito Federal	26,8	28,0	27,6	28,4	28,6
Quintana Roo	12,4	12,3	11,9	11,4	11,5
Sinaloa	10,8	11,0	11,5	11,2	13,7

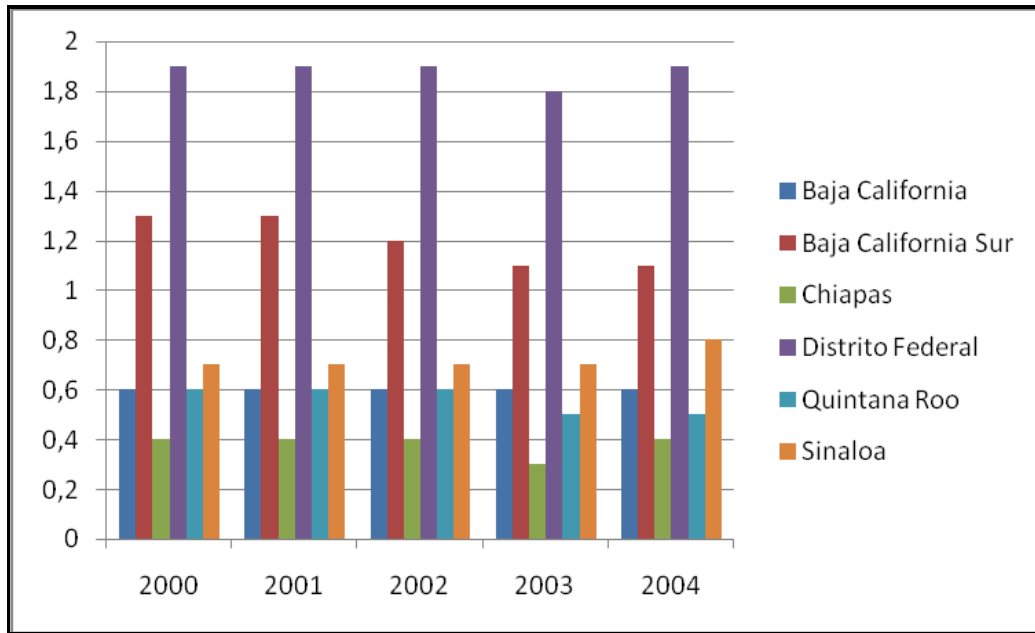
Médicos por cada 100 mil habitantes

Médicos por cada 100 mil habitantes

ENTIDAD	2000	2001	2002	2003	2004
Estados Unidos Mexicanos	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7
Baja California	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Baja California Sur	1,3	1,3	1,2	1,1	1,1
Chiapas	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4
Distrito Federal	1,9	1,9	1,9	1,8	1,9
Quintana Roo	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5
Sinaloa	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8

Camas por cada mil habitantes

Camas por cada mil habitantes



INDICADORES BÁSICOS DE SALUD, 2000-2004

Indicadores de Recursos y Servicios

Subsecretaría de Innovación y Calidad
Dirección General de Información en Salud

Los datos anteriores muestran una situación muy favorable para Baja California Sur en relación al indicador de médico por habitante y de cama de hospital por habitante.

Médicos especialistas por habitante

ENTIDAD	MÉDICOS ESPECIALISTAS POR HABITANTE
Nacional	0.9
Baja California	0.6
Baja California Sur	1.2
Chiapas	0.4
Distrito Federal	2.4
Quintana Roo	0.6
Sinaloa	0.8

Médicos por mil habitantes. Incluye médicos especialistas, pasantes de odontología y residentes

Fuente: Información preliminar, incluye datos de la SS, IMSS-Oportunidades, IMSS, ISSSTE, PEMEX y SEMAR. DGIS-SS

Consultas médicas por especialidad por habitante

ENTIDAD	CONSULTAS MÉDICAS POR ESPECIALIDAD POR HABITANTE*
Nacional	421.8
Baja California	376.2
Baja California Sur	502.1
Chiapas	160.1
Distrito Federal	1059.3
Quintana Roo	281.7
Sinaloa	506.8

*por mil habitantes

Fuente: Información preliminar, incluye datos de la SS, IMSS-Oportunidades, IMSS, ISSSTE, PEMEX y SEMAR. DGIS-SS

Razón de consulta por embarazada

Usuaris de métodos de planificación familiar

ENTIDAD	RAZÓN DE CONSULTA POR EMBARAZADA	USUARIAS ACTIVAS DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR*
Nacional	4.7	37.5
Baja California	5.3	38.4
Baja California Sur	5.8	46.9
Chiapas	4.7	38.2
Distrito Federal	3.9	38.9
Quintana Roo	5.1	37.2
Sinaloa	4.2	46.0

*usuarias por mil mujeres de 15 años a 49 años MEF (mujeres en edad fértil)

Fuente: Información preliminar, incluye datos de la SS, IMSS-Oportunidades, IMSS, ISSSTE, PEMEX y SEMAR. DGIS-SS Consejos Estatales de Vacunación, PROVAC, SPPS-SS

Hospitales públicos

México cuenta con 1,121 hospitales públicos. De este total, 628 pertenecen a las instituciones que atienden a la población no asegurada y el resto a la seguridad social (cuadro V). El mayor volumen de hospitales se ubica en la categoría de hospitales generales.

La cifra de hospitales por 100,000 habitantes es de 1.1 tanto en la seguridad social como en las instituciones que atienden a la población sin seguridad social. Sin embargo, existen diferencias importantes entre entidades federativas. La disponibilidad de hospitales en Baja California Sur y Campeche, por ejemplo, es seis y cinco veces más alta, respectivamente, que la del Estado de México

En relación con la existencia de hospitales públicos por entidad federativa por cada 100,000 habitantes, la disponibilidad de hospitales en BCS es seis veces más alta que la del Estado de México. Baja California Sur ocupa el primer lugar en este indicador, seguido por Campeche, Zacatecas, Nayarit, Quintana Roo, Colima, Sonora Coahuila, Tlaxcala y Veracruz, como las diez entidades con mayor disponibilidad de hospitales

públicos en proporción a su población. Los estados con menos disponibilidad de hospitales públicos por habitantes son: el estado de México, Querétaro, Nuevo León, Morelos, Baja California, Jalisco, Guanajuato, San Luis Potosí, Guerrero y Yucatán como las diez entidades que menos hospitales tienen en proporción con su población.¹⁹

Unidades públicas externas por habitante

ENTIDAD	UNIDADES PÚBLICAS EXTERNAS POR HABITANTE
Nacional	17.5
Baja California	7.3
Baja California Sur	21.6
Chiapas	34.8
Distrito Federal	4.8
Quintana Roo	16.5
Sinaloa	16.6

Unidades de consulta externa por 100 mil habitantes. Incluye unidades de primer nivel cuya función principal es proporcionar consulta externa. No incluye módulos urbanos del IMSS-Oportunidades
Fuente: Información preliminar, incluye datos de la SS, IMSS-Oportunidades, IMSS, ISSSTE, PEMEX y SEMAR. DGIS-SS

Número de establecimientos de atención ambulatoria

	2000	2001	2002	2003	2004
Estados Unidos Mexicanos	18 110	18 354	18 513	18 432	18 658
Baja California	210	220	231	212	237
Baja California Sur	137	130	127	115	130
Chiapas	1 471	1 510	1 535	1 612	1 614
Distrito Federal	684	699	634	554	623
Quintana Roo	192	196	210	183	183

¹⁹Ver: **Hospitales públicos por entidad federativa por 100,000 habitantes, México 2005**, DGIS, Secretaría de Salud

Sinaloa	434	432	408	39	437
---------	-----	-----	-----	----	-----

Fuente: INDICADORES BÁSICOS DE SALUD, 2000-2004
Indicadores de Recursos y Servicios

Subsecretaría de Innovación y Calidad
Dirección General de Información en Salud

Población asegurada y no asegurada 2006

ENTIDAD	% POBLACIÓN TOTAL CON SEGURIDAD SOCIAL*	% POBLACIÓN AFILIADA AL SEGURO POPULAR**	% POBLACIÓN TOTAL NO ASEGURADA** *
Nacional	45.5	14.7	39.8
Baja California	61.8	10.4	27.8
Baja California Sur	62.8	20.4	16.8
Chiapas	19.8	26.3	54.0
Distrito Federal	57.4	3.6	39.0
Quintana Roo	52.3	10.1	37
Sinaloa	56.6	20.4	23.0

*Estimaciones de la DGIS.

**Secretaría de Salud. Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades y Dirección General de Afiliación y Operación, 2005

***INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) (IV trimestre), 2005

Los datos de la siguiente página que están más desglosados y se pueden comparar son del 2005.

Salud reproductiva, 2005

ENTIDAD	PORCENTAJE DE NACIMIENTOS POR CESÁREA POR URGENCIAS*	PORCENTAJE DE NACIMIENTOS POR CESÁREA PROGRAMADAS*	TOTAL DE CESÁREAS	CONSULTAS PRENATALES POR EMBARAZADAS**	MORTALIDAD MATERNA/1	TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER 2/	
						Cérvico=uterino C53***	Mamario C50***
Nacional	20.6	17.0	37.6	5.0	63.4	15.5	15.4
Baja California	24.4	27.0	51.5	6.1	51.7	12.0	16.9
Baja California Sur	25.7	19.2	44.8	7.1	33.0	11.7	19.5
Chiapas	15.4	10.1	25.5	4.9	89.4	21.6	7.7
Distrito Federal	22.1	12.5	34.6	4.0	57.6	11.5	23.2
Quintana Roo	27.8	14.5	42.3	5.4	59.6	18.0	3.9
Sinaloa	16.3	22.7	39.0	4.5	46.5	14.2	18.5

1/ Tasas por 100,000 nacidos vivos estimados. Incluye defunciones de mujeres residentes en el extranjero Código CIE-10: O00-O95, O98, O99, A34, F53, M83 (4° dígito .0). Además, B20 a B24 sí, y sólo sí, la mujer se encontraba en embarazo, parto o puerperio al momento del fallecimiento.

2/ Tasas por 100,000 mujeres de 25 años y más de edad.

*** Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. CIE-10. OPS-OMS

Fuente: * Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Cálculos a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006.



** Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Boletín de Información Estadística No.25, Vol. III Servicios Otorgados y Programas Sustantivos. México, 2006.

Numerador tasa. INEGI/Secretaría de Salud; SINAIS, Mortalidad 2005

Denominador tasa. CONAPO, 2002; Proyecciones de la población de la México, 2000-2050

Por lo que se refiere a la disponibilidad de gineco-obstetras

GINECO-OBSTETRAS - ESTABLECIMIENTOS PARTICULARES 2006-2008			
Entidad federativa	2006	2007	2008
Estados Unidos Mexicanos	7,854	8,624	8,985
Baja California	200	215	200
Baja California Sur	19	19	21
Chiapas	87	93	97
Distrito Federal	761	732	764
Quintana Roo	52	58	70
Sinaloa	147	212	165

Consultas prenatales por embarazada atendida

	2000	2001	2002	2003	2004
Estados Unidos Mexicanos	4.4	4.6	4.6	5.0	5.0
Baja California	4.3	4.9	5.0	5.5	6.2
Baja California Sur	4.2	4.8	4.9	6.7	6.5
Chiapas	4.9	5.0	4.9	4.9	4.9
Distrito Federal	4.1	4.1	3.9	4.1	3.9
Quintana Roo	4.3	4.2	4.5	5.0	4.9
Sinaloa	4.1	4.4	4.4	4.3	4.6

Fuentes:

Secretaría de Salud. DGIS. Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud. México, 2002-2004.

Secretaría de Salud. DGIED. Boletín de Información Estadística Sectorial. Volumen I. Recursos y Servicios. México, 2000-2002.

Secretaría de Salud. DGIS. Boletín de Información Estadística Sectorial. Volumen I. Recursos físicos, materiales y humanos. México, 2003-2004.

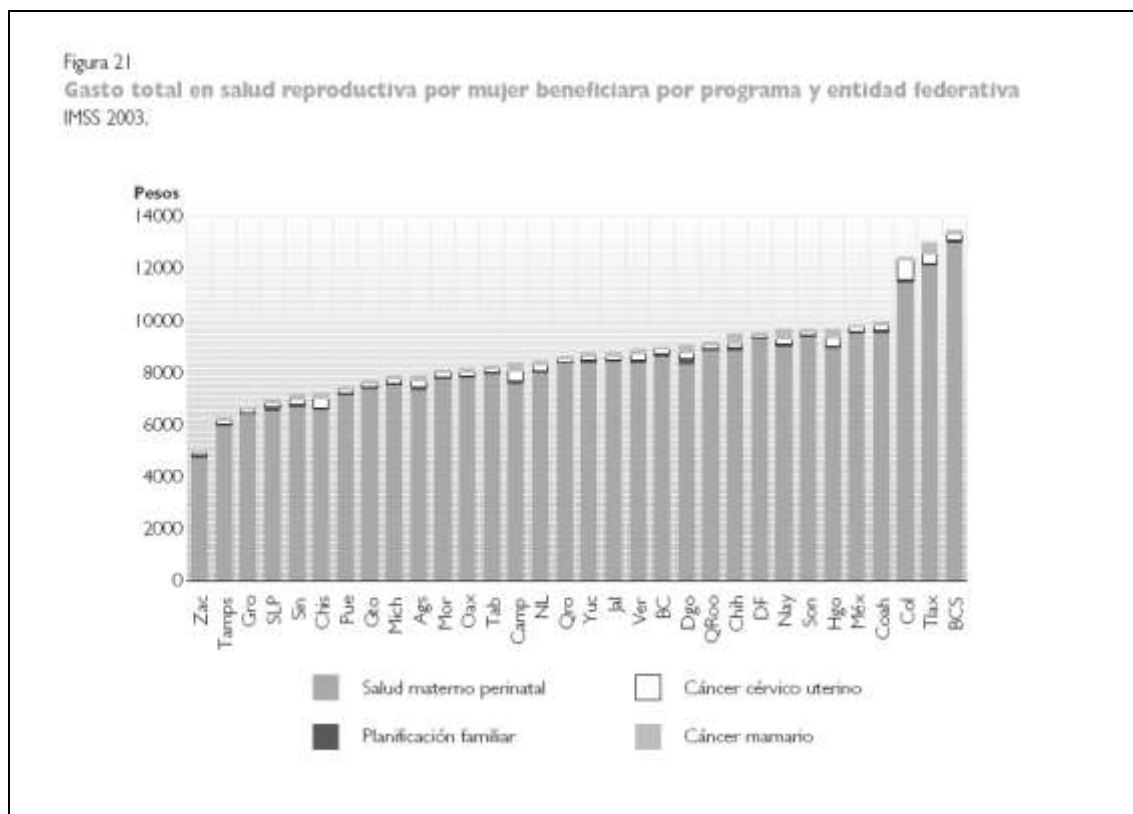
Secretaría de Salud. DGIS. Boletín de Información Estadística Sectorial. Volumen III. Servicios Otorgados y Programas Sustantivos. México, 2003-2004.

Consejo Nacional de Población. CONAPO. Proyecciones de la población de México, 2000-2050. México, 2002

PROPORCIÓN DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CAPACITADO					
Estados Unidos Mexicanos	2000	2001	2002	2003	2004
	70.0	70.6	71.5	71.9	74.2
Baja California	81.8	82.2	79.5	78.9	79.7
Baja California Sur	108.7	111.9	111.9	113.8	113.0
Chiapas	49.1	48.6	50.4	53.2	56.6
Distrito Federal	109.3	111.4	110.6	109.6	109.1
Quintana Roo	86.0	86.3	85.2	84.4	90.1
Sinaloa	77.5	76.4	77.8	79.3	86.7

Fuente: Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Información en Salud, INDICADORES BÁSICOS DE SALUD, 2000-2004, Indicadores de Recursos y Servicios

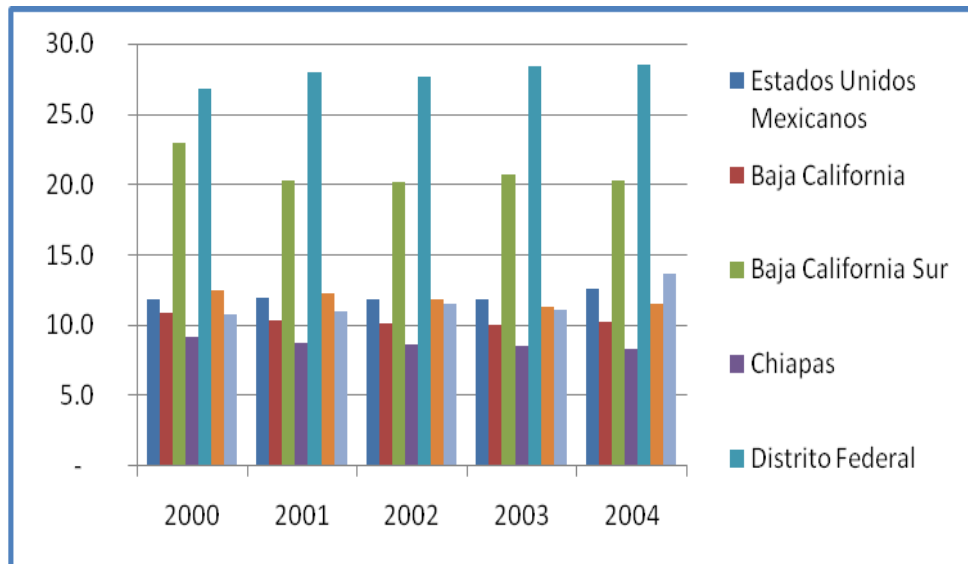
Gasto total en salud reproductiva por entidad federativa 2005



Fuente: Cuentas Nacionales de Salud Reproductiva y Equidad de Género, Secretaría de Salud, 2005

MÉDICOS POR CADA 100 MIL HABITANTES					
	2000	2001	2002	2003	2004
Estados Unidos Mexicanos	11.9	11.9	11.9	11.9	12.5
Baja California	10.9	10.4	10.2	10.1	10.2
Baja California Sur	22.9	20.3	20.2	20.7	20.3
Chiapas	9.2	8.7	8.7	8.5	8.4
Distrito Federal	26.8	28.0	27.6	28.4	28.6
Quintana Roo	12.4	12.3	11.9	11.4	11.5
Sinaloa	10.8	11.0	11.5	11.2	13.7

Médicos por cada 100 mil habitantes

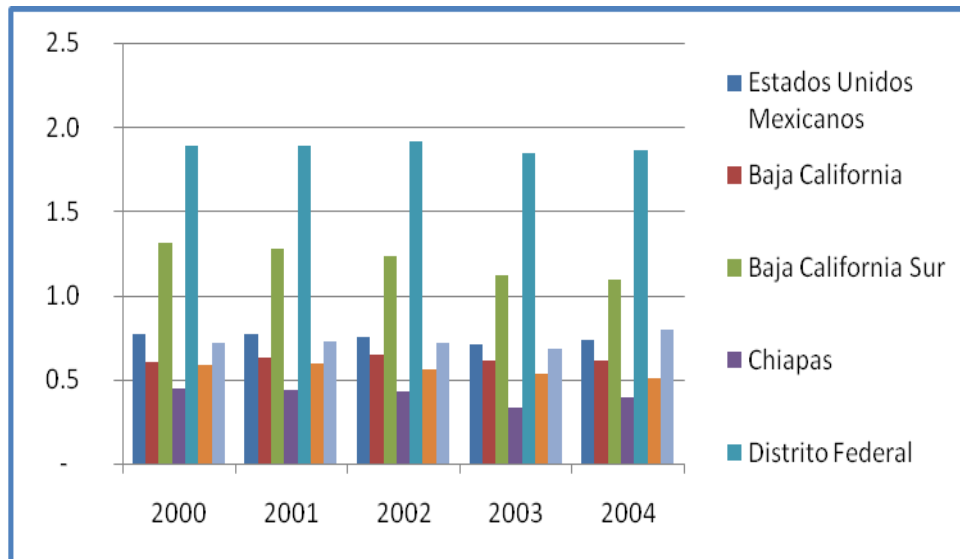


Este indicador resulta muy positivo para Baja California Sur solo el Distrito Federal tiene mas médicos por habitante y muy por encima de la media nacional.

CAMAS POR CADA MIL HABITANTES					
	2000	2001	2002	2003	2004
Estados Unidos Mexicanos	0.8	0.8	0.8	0.7	0.7
Baja California	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
Baja California Sur	1.3	1.3	1.2	1.1	1.1
Chiapas	0.4	0.4	0.4	0.3	0.4
Distrito Federal	1.9	1.9	1.9	1.8	1.9

Quintana Roo	0.6	0.6	0.6	0.5	0.5
Sinaloa	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8

Camas por cada mil habitantes



En el indicador de camas por habitante también está Baja California Sur solo por debajo del Distrito Federal y por encima de la media nacional.

NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA					
	2000	2001	2002	2003	2004
Estados Unidos	18 110	18 354	18 513	18 432	18 658

Mexicanos					
Baja California	210	220	231	212	237
Baja California Sur	137	130	127	115	130
Chiapas	1 471	1 510	1 535	1 612	1 614
Distrito Federal	684	699	634	554	623
Quintana Roo	192	196	210	183	183
Sinaloa		432	408	399	437

UNIDADES MÉDICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD POR ENTIDAD FEDERATIVA

SEGÚN INSTITUCIÓN 2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Estados Unidos Mexicanos	19 683	19 359	19 547	19 543	19 748	19 049	19 683
Baja California	229	240	253	240	259	244	255
Baja California Sur	155	148	145	132	148	128	130
Chiapas	1 514	1 552	1 577	1 654	1 656	1 551	1 600
Distrito Federal	795	808	749	635	711	526	541
Quintana Roo	206	211	225	202	202	197	201
Sinaloa	463	463	439	437	472		480

**UNIDADES MÉDICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD POR ENTIDAD FEDERATIVA
SEGÚN INSTITUCIÓN 2006**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Estados Unidos Mexicanos	19 683	19 359	19 547	19 543	19 748	19 049	19 683
Baja California	229	240	253	240	259	244	255
Baja California Sur	155	148	145	132	148	128	130
Chiapas	1 514	1 552	1 577	1 654	1 656	1 551	1 600
Distrito Federal	795	808	749	635	711	526	541
Quintana Roo	206	211	225	202	202	197	201
Sinaloa	463	463	439	437	472		480

	2000			2005			2006		
	Unidades	Población	tasa por 10 000 habit	Unidades	Población	tasa por 10 000 habit	Unidades	Población	tasa por 10 000 habit
Estados Unidos Mexicanos	19 683	97 483 412	2.019	19 049	103 263 388	1.84	19 683	104 874 282	1.87
Baja California	229	2 487 367	0.92	244	2 844 469	0.85	255	2 907 896	0.87
Baja California Sur	155	424 041	3.65	128	512 170	2.49	130	523 572	2.48
Chiapas	1 514	3 920 892	3.86	1 551	4 293 459	3.61	1 600	4 362 413	3.66
Distrito Federal	795	8 605 239	0.92	526	8 720 916	0.60	541	8 822 349	0.61
Quintana Roo	206	874 963	2.35	197	1 135 309	1.73	201	1 176 476	1.70
Sinaloa	463	2 536 844	1.82	453	2 608 442	1.73	480	2 638 052	1.81

UNIDADES MÉDICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD POR ENTIDAD FEDERATIVA SEGÚN INSTITUCIÓN 2006P											
	Entidad federativa	Total	SSA	IMSS- OPORTUNIDADES	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	ESTATAL	OTROS
	Estados Unidos Mexicanos	19 683	12 758	4060	1352	1197	60	ND	36	205	15
	Baja California	229	39	15	2	10	4	22	125	12	0
2000	Baja California Sur	155	34	30	1	6	7	0	77	0	0
	Chiapas	1 514	45	45	6	19	4	12	808	562	13
	Distrito Federal	795	148	137	13	48	8	14	425	1	1
	Quintana Roo	206	17	9	0	3	4	0	173	0	0
	Sinaloa	463	77	39	2	8	8	0	222	107	0
	Estados Unidos Mexicanos	19 359	1 769	1 247	215	341	137	197	11 835	3 609	9
	Baja California	240	40	15	2	10	5	26	130	12	0
2001	Baja California Sur	148	26	30	1	7	6	0	78	0	0
	Chiapas	1 552	45	46	6	26	5	11	851	562	0
	Distrito Federal	808	147	135	13	70	12	14	416	1	0
	Quintana Roo	211	17	9	0	6	5	0	174	0	0
	Sinaloa	463	75	39	2	8	3	0	229	107	0

	Estados Unidos Mexicanos	19 547	12 034	3 609	6	1773	1259	195	333	130	208
	Baja California	253	137	12	0	51	15	0	10	5	23
2002	Baja California Sur	145	78	0	0	28	30	0	6	3	0
	Chiapas	1 577	881	562	0	39	48	5	25	5	12
	Distrito Federal	749	416	1	0	81	143	13	71	11	13
	Quintana Roo	225	168	0	0	38	9	0	6	4	0
	Sinaloa	439	231	107	0	50	39	1	8	3	0
	Estados Unidos Mexicanos	19 543	12 206	3609	1755d	1242	27	366	54	279	5
	Baja California	240	140	12	34	15	0	14	2	23	0
2003	Baja California Sur	132	78	0	16	30	0	4	4	0	0
	Chiapas	1 654	873	562	30	48	0	27	2	112	0
	Distrito Federal	635	351	1	75	127	2	74	4	1	0
	Quintana Roo	202	172	0	11	9	0	6	4	0	0
	Sinaloa	437	233	105	48	39	0	9	3	0	0
	Estados Unidos Mexicanos	19 748	12 375	3609	1795	1233	27f	366	36	295	12
	Baja California	259	158	12	36	14	0	15	1	23	0
2004	Baja California Sur	148	78	0	33	30	0	4	3	0	0

	Chiapas	1 656	869	562	37	48	0	27	1	112	0
	Distrito Federal	711	306	1	191	123	2	71	3	14	0
	Quintana Roo	202	172	0	12	9	0	6	3	0	0
	Sinaloa	472	251	105	63	39	0	9	2	0	3
	Estados Unidos Mexicanos	19 049	12 563	3610	1345	1226	60	ND	36	196	13
	Baja California	244	161	12	35	13	0	ND	1	22	0
2005	Baja California Sur	128	79	0	16	30	0	ND	3	0	0
	Chiapas	1 551	896	562	31	48	1	ND	1	12	0
	Distrito Federal	526	306	1	79	120	3	ND	3	14	0
	Quintana Roo	197	173	0	12	9	0	ND	3	0	0
	Sinaloa	453	253	107	48	39	1	ND	2	0	3
	Estados Unidos Mexicanos	19 683	12 758	4060	1352	1197	60	ND	36	205	15
	Baja California	255	173	12	34	13	0	ND	1	22	0
2006	Baja California Sur	130	79	0	18	30	0	ND	3	0	0
	Chiapas	1 600	915	592	31	48	1	ND	1	12	0
	Distrito Federal	541	318	19	79	105	3	ND	3	14	0
	Quintana Roo	201	177	0	12	9	0	ND	3	0	0
	Sinaloa	480	256	132	48	38	1	ND	2	0	3

GINECO-OBSTETRAS - ESTABLECIMIENTOS PARTICULARES 2006-2008			
Entidad federativa	2006	2007	2008
Estados Unidos Mexicanos	7,854	8,624	8,985
Baja California	200	215	200
Baja California Sur	19	19	21
Chiapas	87	93	97
Distrito Federal	761	732	764
Quintana Roo	52	58	70
Sinaloa	147	212	165

Consultas prenatales por embarazada atendida

	2000	2001	2002	2003	2004
Estados Unidos Mexicanos	4.4	4.6	4.6	5.0	5.0
Baja California	4.3	4.9	5.0	5.5	6.2
Baja California Sur	4.2	4.8	4.9	6.7	6.5
Chiapas	4.9	5.0	4.9	4.9	4.9
Distrito Federal	4.1	4.1	3.9	4.1	3.9
Quintana Roo	4.3	4.2	4.5	5.0	4.9
Sinaloa	4.1	4.4	4.4	4.3	4.6

Fuentes:

Secretaría de Salud. DGIS. Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud. México, 2002-2004.

Secretaría de Salud. DGIED. Boletín de Información Estadística Sectorial. Volumen I. Recursos y Servicios. México, 2000-2002.

Secretaría de Salud. DGIS. Boletín de Información Estadística Sectorial. Volumen I. Recursos físicos, materiales y humanos. México, 2003-2004.

Secretaría de Salud. DGIS. Boletín de Información Estadística Sectorial. Volumen III. Servicios Otorgados y Programas Sustantivos. México, 2003-2004.

Consejo Nacional de Población. CONAPO. Proyecciones de la población de México, 2000-2050. México, 2002

El número de visitas prenatales al médico de mujeres embarazadas es más elevado que en el resto de las entidades seleccionadas y está por encima de la media nacional.

PROPORCIÓN DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CAPACITADO					
Estados Unidos Mexicanos	2000	2001	2002	2003	2004
	70.0	70.6	71.5	71.9	74.2
Baja California	81.8	82.2	79.5	78.9	79.7
Baja California Sur	108.7	111.9	111.9	113.8	113.0
Chiapas	49.1	48.6	50.4	53.2	56.6
Distrito Federal	109.3	111.4	110.6	109.6	109.1
Quintana Roo	86.0	86.3	85.2	84.4	90.1
Sinaloa	77.5	76.4	77.8	79.3	86.7

Fuente: Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Información en Salud, INDICADORES BÁSICOS DE SALUD, 2000-2004, Indicadores de Recursos y Servicios

Hospitales públicos

México cuenta con 1,121 hospitales públicos. De este total, 628 pertenecen a las instituciones que atienden a la población no asegurada y el resto a la seguridad social (cuadro V). El mayor volumen de hospitales se ubica en la categoría de hospitales generales.

La cifra de hospitales por 100,000 habitantes es de 1.1 tanto en la seguridad social como en las instituciones que atienden a la población sin seguridad social. Sin embargo, existen diferencias importantes entre entidades federativas. La disponibilidad de hospitales en Baja California Sur y Campeche, por ejemplo, es seis y cinco veces más alta, respectivamente, que la del Estado de México

En relación con la existencia de hospitales públicos por entidad federativa por cada 100,000 habitantes, la disponibilidad de hospitales en BCS es seis veces más alta que la del Estado de México. Baja California Sur ocupa el primer lugar en este indicador, seguido por Campeche, Zacatecas, Nayarit, Quintana Roo, Colima, Sonora Coahuila, Tlaxcala y Veracruz, como las diez entidades con mayor disponibilidad de hospitales públicos en proporción a su población. Los estados con menos disponibilidad de hospitales públicos por habitantes son: el estado de México, Querétaro, Nuevo León, Morelos, Baja California, Jalisco, Guanajuato, San Luis Potosí, Guerrero y Yucatán

como las diez entidades que menos hospitales tienen en proporción con su población.²⁰

Unidades públicas externas por habitante

ENTIDAD	UNIDADES PÚBLICAS EXTERNAS POR HABITANTE
Nacional	17.5
Baja California	7.3
Baja California Sur	21.6
Chiapas	34.8
Distrito Federal	4.8
Quintana Roo	16.5
Sinaloa	16.6

Unidades de consulta externa por 100 mil habitantes. Incluye unidades de primer nivel cuya función principal es proporcionar consulta externa. No incluye módulos urbanos del IMSS-Oportunidades
Fuente: Información preliminar, incluye datos de la SS, IMSS-Oportunidades, IMSS, ISSSTE, PEMEX y SEMAR. DGIS-SS

Médicos especialistas por habitante

ENTIDAD	MÉDICOS ESPECIALISTAS POR HABITANTE
Nacional	0.9
Baja California	0.6
Baja California Sur	1.2
Chiapas	0.4
Distrito Federal	2.4
Quintana Roo	0.6
Sinaloa	0.8

Médicos por mil habitantes. Incluye médicos especialistas, pasantes de odontología y residentes

Fuente: Información preliminar, incluye datos de la SS, IMSS-Oportunidades, IMSS, ISSSTE, PEMEX y SEMAR. DGIS-SS

²⁰Ver: **Hospitales públicos por entidad federativa por 100,000 habitantes, México 2005**, DGIS, Secretaría de Salud

Consultas médicas por especialidad por habitante

ENTIDAD	CONSULTAS MÉDICAS POR ESPECIALIDAD POR HABITANTE*
Nacional	421.8
Baja California	376.2
Baja California Sur	502.1
Chiapas	160.1
Distrito Federal	1059.3
Quintana Roo	281.7
Sinaloa	506.8

*por mil habitantes

Fuente: Información preliminar, incluye datos de la SS, IMSS-Oportunidades, IMSS, ISSSTE, PEMEX y SEMAR. DGIS-SS

Razón de consulta por embarazada

Usuaris de métodos de planificación familiar

ENTIDAD	RAZÓN DE CONSULTA POR EMBARAZADA	USUARIAS ACTIVAS DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR*
Nacional	4.7	37.5
Baja California	5.3	38.4
Baja California Sur	5.8	46.9
Chiapas	4.7	38.2
Distrito Federal	3.9	38.9
Quintana Roo	5.1	37.2
Sinaloa	4.2	46.0

*usuarias por mil mujeres de 15 años a 49 años MEF (mujeres en edad fértil)

Fuente: Información preliminar, incluye datos de la SS, IMSS-Oportunidades, IMSS, ISSSTE, PEMEX y SEMAR. DGIS-SS Consejos Estatales de Vacunación, PROVAC, SPPS-SS

Gasto en Salud Baja California Sur 2005

GASTO TOTAL EN SALUD PER CÁPITA (PESOS CORRIENTES)	6 277.5
Gasto en salud per cápita privado como % del total	40.7
Gasto en salud per cápita público como % del total	59.3

Programa Nacional de Salud 2007 – 2012, Secretaría de Salud, México,
<http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pnsanexos.pdf>

GASTO PÚBLICO EN SALUD

ENTIDAD	GASTO PÚBLICO % DEL PIB	GASTO PÚBLICO EN SALUD PER CÁPITA POR CONDICIÓN DEL ASEGURAMIENTO 1/		GASTO PÚBLICO EN SALUD % DEL GASTO PÚBLICO TOTAL 2/	CONTRIBUCIÓN FEDERAL Y ESTATAL AL GASTO PÚBLICO EN SALUD PARA POBLACIÓN SIN SEGURIDAD SOCIAL 3/	
		Población Asegurada	Población no asegurada		% federal	% estatal
Nacional	3.2	3,613.6	2,547.8	17.2	83.9	16.1
Baja California	2.4	2,910.2	2,039.6	23.2	90.3	9.7
BCS	4.5	4,320.6	4,039.6	21.1	79.0	21.0
Chiapas	52	2,716.7	1,575.5	17.3	96.5	35
Distrito Federal	3.1	9,445.1	3,964.3	9.0	64.1	35.9
Quintana Roo	2.1	2,724.5	2,209.6	26.1	80.8	12.9
Sinaloa	4.2	3,075.7	2395.2	21.5	81.2	18.8

1/ Cifras en pesos. El total de población no asegurada incluye a la SS e IMSS-Oportunidades y la población asegurada al IMSS, ISSSTE y PEMEX. Las poblaciones están contabilizadas a mitad de periodo

2/ Gasto público en salud incluye el presupuesto total para población no asegurada, conformado por recursos de la SS del Ramo 12, Ramo 33 y Gasto Estatal y por recursos del IMSS-Oportunidades, y el presupuesto para población asegurada que incluye IMSS, ISSSTE y PEMEX. El gasto público equivale al gasto programable en la clasificación funcional

3/ Porcentaje que representa el gasto federal y el estatal del gasto total en salud para población sin seguridad social. El gasto federal incluye ramo 33 (FASSA) y ramo 12, el cual contempla 24,488,621.70 como gasto no distribuible

Fuente: Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal, información 2008 preliminar, DGIS-SS

Conclusiones y comentarios

Para alcanzar uno de los Objetivos del Milenio: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

La situación sobre la razón de muerte materna en Baja California Sur no se considera grave, sin embargo, si partimos del hecho de que ninguna muerte materna es justificable y de los buenos indicadores sobre atención, relativos a recursos de salud humanos y materiales disponibles en la entidad los resultados deberían ser mucho más favorables. El dato del comportamiento errático de este indicador, incluso más acentuado que en otros estados sugiere que lo que debe atenderse es la calidad del servicio y la constancia en la calidad de ese servicio.

Si nos proponemos lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva se propone como una de las medidas importantes recopilar y dar seguimiento a la información para conocer el comportamiento de los problemas de salud en el estado y para contar con bases suficientes que permitan una planeación y un ejercicio más eficiente de los recursos disponibles.

Para contribuir en ese objetivo proponemos los siguientes indicadores para dar seguimiento al problema de los casos de muerte materna en Baja California Sur.

Propuesta de indicadores complementarios para la Razón de muerte materna

Indicadores importantes para complementar el dato de la razón de muerte materna:

1. Tasa y/o porcentaje de uso de contraceptivos del total de mujeres en edad fértil
2. Porcentaje de mujeres embarazadas por año que asistieron a cuidados prenatales
 - 2.1 1 a 3 visitas
 - 2.2 4 o más visitas
3. Porcentaje de partos asistidos por personal de salud calificado del total
4. Porcentaje de partos asistidos en unidades de salud del total

5. Porcentaje de partos por cesárea del total de partos asistidos en unidades de salud
6. N.º de parteras disponibles. Registro de parteras en las localidades pequeñas
7. N.º anual de niñas y niños nacidos vivos
8. Razón de muerte materna por cada 100 000 nacidos vivos
9. Tasa muerte materna de madres adolescentes
10. Tasa de muerte materna por abortos inducidos
11. Tasa de mortalidad fetal por 1000 nacimientos
12. Tasa de mortalidad neonatal precoz por cada 1000 nacidos vivos
13. Tasa de mortalidad neonatal por 1000 nacidos vivos
14. Porcentaje mujeres casadas de 15 a 49 años que utilizan anticonceptivos, cualquier método
15. Porcentaje mujeres casadas de 15 a 49 años que utilizan preservativo
16. Tasa de natalidad entre las adolescentes, por cada 1.000 mujeres.