



10
2ej
103
1113

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

ANÁLISIS SOCIOLÓGICO DE LOS PROGRAMAS DE
ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL IMPLANTADOS
DURANTE EL GOBIERNO SALINISTA EL CASO DE LA
S.S.A.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN SOCIOLOGÍA
P R E S E N T A

ANA MARIA ENRIQUEZ HERNANDEZ

MEXICO, D.F.

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ANALISIS SOCIOLOGICO DE LOS PROGRAMAS DE ATENCION
MATERNO INFANTIL IMPLANTADOS DURANTE EL GOBIERNO
SALINISTA: EL CASO DE LA S.S.A.**

A Dios,

el ser que me dio la libertad para volar

*A Isabel, mi hija, por darme su cariño
e impulsarme a realizar el presente trabajo*

*A mis padres,
por darme el apoyo necesario
para llevar a cabo mis estudios*

A la memoria de mi hermana Ma. del Carmen

*A mis hermanos: Eduardo, Maria Teresa, Raúl,
Jorge, Alma Rosa y Mercedes
por brindarme su apoyo*

A mis sobrinos Aline y Alexei

*A la Mora Mónica Gutiérrez
quien con dedicación dirigió mi tesis*

*A la familia Dorantes Armas.
por su apoyo técnico y su tiempo*

*A todas las personas que de
alguna manera me apoyaron en
la elaboración de la tesis*

INDICE

Presentación	1
Introducción	2
1. Conceptos teóricos	7
2. La política de salud del gobierno salinista	15
3. Diagnóstico de salud de la madre y el niño	25
3.1. Surgimiento de la Dirección General de Atención Materno Infantil, durante la administración salinista	33
4. Programas de la Dirección General de Atención Materno Infantil	39
4.1. Fuente de financiamiento de los Programas de Atención Materno Infantil	62
4.2. Hospitales en donde se atiende a la población Materno Infantil	66
4.3. Personal que se asigna a la atención Materno Infantil en la SSA	70
5. Conclusiones y alternativas	84
Anexos	86
Bibliografía - Hemerografía	125

PRESENTACION

El objetivo del presente trabajo es hacer un análisis estadístico de los programas de la Dirección General de Atención Materno Infantil (DGAMI) implementados en la misma, en el periodo de Carlos Salinas de Gortari. Se pretende identificar con ello la influencia de la nueva política de salud tanto de organismos internacionales, como nacional; las repercusiones de la crisis socioeconómica de México en la salud y en la variación de la tasa de mortalidad de la madre y el niño; el impacto que tuvieron los programas. En el aspecto estudiado. Así como el grado de efectividad que tuvieron los programas en la población mencionada.

Por otro lado se tratará de hacer un análisis basado en materialismo histórico, ya que la articulación concreta entre las distintas instancias sociales, nos permite a su vez conocer la influencia específica sobre el surgimiento y desarrollo de ditintos procesos sociales y entre ellos, el proceso salud enfermedad tal y como este se presenta en cada clase social. Esta perspectiva analítica considera, por consiguiente que son las condiciones de trabajo y de existencia propias de cada clase y, o fracción de clase las que determinan, las distintas formas de enfrentar la enfermedad y la salud.

INTRODUCCIÓN

En 1982, el estado mexicano comienza a asumir abiertamente una política neoliberal como instrumento para enfrentar el período crítico y propone para el país un proyecto modernizador a mediano plazo. Si bien podemos decir que el cambio de la política social de bienestar se inicia con la gestión de Miguel de la Madrid en 1982-1988, será el gobierno de Carlos Salinas de Gortari el cual a partir de 1988 intente consolidar dicha política.

La política neoliberal surge, según Cristina Laurel, como una doctrina justificadora de un nuevo orden posterior al estado social,¹ política que permite el crecimiento limitado de las economías al reducir tasas de inflación a costa de una polarización productiva y social. Y pugna por la liberación de los mercados con una rígida política salarial que lleva a los salarios reales a la baja ya que lleva la finalidad de apoyar al gran capital impone rupturas y limitaciones a los pactos corporativos y derechos de los obreros ganados en la posguerra y obliga a una nueva disciplina fabril de austeridad salarial. Así también descarga los gastos sociales de los costos de la crisis sobre los trabajadores.

El estado neoliberal escogió el neoliberalismo social en donde la regulación del estado y el mercado se da mediante un cambio en la política estatal en favor del capital, teniendo como principales estrategias la privatización acelerada y la apertura al mercado externo. La política neoliberal lleva implícito el intento de imponer un nuevo patrón de acumulación encaminado a impulsar una nueva etapa de expansión capitalista que entre otras cosas implica un nuevo ciclo de concentración del capital en manos del gran capital internacional.

En síntesis el neoliberalismo propone un estado mínimo normativo y administrador que no interfiera en el funcionamiento del mercado argumentando que

¹ Laurel Cristina, Estado y políticas sociales en el neoliberalismo, ed. Friedrich Ebert Stiftung, México 1994, p. 144.

su intervención² deforma los mercados de factores productivos y activos y genera espirales inflacionarios.

Se inicia así, una nueva fase del desarrollo capitalista: la política neoliberal, que trae como consecuencias la depresión salarial, el incremento en las tasas de desempleo, la flexibilización de las relaciones laborales y el replanteamiento de la política social. En este último rubro se da un viraje que se denota por el recorte del gasto social, con lo cual se desplaza la responsabilidad estatal de garantizar los derechos sociales (salud, educación, empleo, etc.) hacia diversos grupos. Esta transformación de la política social, se realiza a través de una propuesta eficientista que pretende racionalizar los recursos, abaratar los costos, simplificar aún más la prestación de los servicios y redefinir las poblaciones hacia las que se orienta. En este proceso se conforman dos estrategias polares pero complementarias: la asistencia focalizada a los grupos más depauperados (combate a la pobreza extrema) y la privatización selectiva de la producción estatal de bienes y servicios.

Se da así el tránsito de una política social de bienestar hacia una de neobeneficiencia, en donde se redefinen las características de los sistemas de protección social. Con respecto a la política de salud, la cual es parte importante de la política social y en donde, por lo tanto, se sigue la misma estrategia de reducción del presupuesto, añadiéndose la descentralización sin recursos de los servicios de salud, se produce el traslado del costo de los servicios a los usuarios, el fomento del autocuidado y la insistencia en la culpabilidad individual de la generación de la enfermedad, todo lo cual conduce al deterioro de los servicios públicos de atención médica.

En éste contexto a partir de 1989, con la administración salinista, se crea la Dirección General de Atención Materno Infantil (DGAMI) con la finalidad de disminuir las altas tasas de mortalidad materno-infantil. Dichas tasas se encuentran en ese año

² Novelo Federico, **Estado Keynesiano y estado neoliberal. En estado y políticas sociales en el neoliberalismo**, coordinadora Laurell Cristina, p. 55.

en 5.8% y 25.7%. respectivamente -sin tomar en cuenta el sub-registro de la tasa de mortalidad materna e infantil- que oscila entre el 30 y el 38%, según los datos de la Organización Panamericana de la salud (OPS).

Sin embargo, dichas tasas de mortalidad, lejos de disminuir se encuentran en la misma situación o aún más elevadas. Para 1992 la tasa de mortalidad materna subió a 6.8% y la del recién nacido -menor de 28 días- ascendió ese mismo año a 10.7%, teniendo que en 1989 era de 7.3%. Lo que nos indican estos datos es la permanencia de altas tasas de mortalidad en este sector de la población a pesar de la creación de la D. G. A. M. I. la cual, además, se fijó como meta anual la disminución de la mortalidad materna en un 5% y de la infantil en un 3%. Como se puede ver, los datos hablan por sí solos e indican que los programas de la D.G.A.M.I. no lograron su objetivo.

Los factores socioeconómicos concretos, así como la calidad de vida y las demandas concretas de la población materno infantil, fueron elementos que nos ayudaron a la explicación del hecho, ya que a partir de la investigación realizada se hizo evidente que dichos factores no fueron considerados por lo tanto en la elaboración de los programas, siendo factores que tienen una importancia fundamental para que la madre y el niño gocen de buena salud. Sobre todo, si se toma en cuenta que la D.G.A.M.I. fue creada para solucionar los problemas de salud de la madre y el niño que viven en zonas rurales y urbano marginadas, y que es justamente esta población a la que van dirigidos los programas, precisamente por ser la población en donde se localizan las tasas más altas de mortalidad.

Por lo anterior, el objetivo de la presente investigación fue el evaluar y cuestionar el funcionamiento del Programa de Atención Materno Infantil para poder identificar los factores que están interviniendo en que sigan prevaleciendo las altas tasas de mortalidad en la madre y el niño.

Al respecto, es importante mencionar que la principal causa de fallecimientos en los bebés menores de 28 días, son consecuencia de afecciones perinatales

determinadas por el bajo peso del niño al nacer, lo que es producto a su vez de la desnutrición y del mal estado de salud de la madre. Ello refleja, según varios estudios realizados por investigadores del Instituto de Salud Pública de la Secretaría de Salud, un bajo nivel económico y educativo de la madre. Esta situación repercute en el desarrollo físico y social del niño, ya que desde la etapa intrauterina depende en su totalidad de la situación socioeconómica de sus padres.

Así mismo, las principales causas de mortalidad en el menor de 5 años siguen siendo las infecciones intestinales y respiratorias agudas, seguidas por las afecciones perinatales (primera causa a su vez de la mortalidad materna) y la desnutrición. Estas dos enfermedades tienen como base estructural, a la pobreza y a la ignorancia.

Volviendo al objeto de la investigación en torno al análisis de los Programas de Atención Materno Infantil los criterios que se llevaron a cabo para evaluar dicho programa, se sustentaron en el análisis estadístico de los principales indicadores del mismo, como son: la tasa de mortalidad de madres y niños, el índice de desnutrición de los mismos, el número de comités de mortalidad funcionando, etc. Para el análisis se tomaron en cuenta las metas sexenales, producto de los compromisos contraídos por el gobierno mexicano con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de las Naciones Unidas en Favor de la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como las metas anuales establecidas por la Secretaría de Salud (SSA).

Para la realización del análisis socioeconómico del primer capítulo y el Programa de Atención Materno Infantil, se trató inicialmente, el concepto de salud de forma muy general y desde una perspectiva sociológica, todo ello como marco de referencia previo para adentrarse, en el segundo capítulo, la política de salud del gobierno salinista y su relación con el régimen de salubridad de la OPS en el contexto de la crisis socioeconómica actual. En el tercer capítulo y a partir del diagnóstico de salud de la madre y el niño, se describe cómo surge la Dirección General de Atención

Materno Infantil, como consecuencia de los acuerdos e indicaciones de los organismos internacionales de salud (OPS y UNICEF).

En el capítulo cuarto, se hace un recorrido por los programas de la Dirección General, sus fuentes de financiamiento, hospitales, personal, etc. Todo lo referido anteriormente nos permite, en el quinto capítulo, analizar los programas de Atención Materno Infantil de la S.S.A. de acuerdo con las metas alcanzadas hasta el año de 1992 y así poder determinar el impacto real que tuvieron en la población.

1. CONCEPTOS TEÓRICOS

La investigación que realizamos se centra en la población materno-infantil que acude a la Secretaría de Salud, la cual, como todos sabemos, es una institución del sector público. Por ello, es necesario señalar brevemente como es la atención que el Estado brinda a la población, ya que el tipo de habitantes que acude a esta institución se le conceptualiza como población abierta, es decir, aquella que no tiene acceso a la seguridad social.

A) MODELO TEÓRICO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD DE LA OMS

Para caracterizar la atención sanitaria que brinda el estado mexicano y dado que asume los programas de salud materno-infantil que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha diseñado para los países latinoamericanos con problemas de marginación, pobreza y altas tasas de mortalidad de mujeres y niños. Para la OMS la Atención Primaria de la salud (o extensión de cobertura) es una estrategia fundamental para el sector Salud, ya que de acuerdo con la lógica de explicación del origen de la enfermedad, la cual da la misma importancia a los factores : biológicos , físicos , económicos y sociales "lo que lleva a que la Organización proponga actuar de manera indistinta sobre todos o cualquiera de ellos, con objeto de promover la salud."³

La atención primaria debe permitir alcanzar mayores niveles de salud, al respecto en la "Declaración del Alma-Ata" que se celebró en 1985 se considera lo siguiente:

³ Jablonska, Alejandra. La política de salud de la OMS, Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, p. 92.

-Promover la educación sobre la salud, la promoción de una alimentación adecuada, el abastecimiento de agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno-infantil, los métodos de prevención de enfermedades, infecciones endémicas, el tratamiento de enfermedades y el suministro de medicamentos esenciales.

Estas medidas conforman lo que la OMS denomina "*la atención primaria de salud*" cuya extensión a toda la población es considerada como el objetivo principal de la política de salud. El postulado de la extensión de cobertura está enmarcado, por consiguiente, por la definición de su forma concreta: medicina de nivel primario o "*de primer contacto*".

La preocupación por proporcionar los servicios de salud a toda la población, (política de extensión de cobertura) y especialmente a los grupos tradicionalmente desprotegidos, rurales dispersos y urbano-marginados, surgió en América Latina en la década de los sesenta y se concretó en acuerdos y políticas en los años setentas⁴.

Sus antecedentes son, por un lado, la extensión de cobertura de los servicios de salud en los países socialistas a partir de la segunda postguerra y especialmente a partir de 1960 en Cuba; por otro lado, la preocupación por la potencialidad revolucionaria de los grupos marginados en América Latina.

En la III Reunión de Ministros de Salud de las Américas en 1972, se hizo hincapié en la necesidad de la intervención del Estado para garantizar el derecho a la salud de primer nivel para todos los individuos.

Este derecho se asegurará sin embargo, reconociendo la imposibilidad de ampliar los servicios de salud. De la misma manera, en esta reunión se postula por consiguiente "racionalizar" la política de salud, esto es, adecuar las ilimitadas necesidades de la población a los escasos recursos disponibles para este fin.

La idea de la medicina de primer nivel, implica en este contexto, procedimientos y técnicas simplificadas de bajo costo, que serán aplicadas por el

⁴ Jablonska Alejandra. P. 92

personal auxiliar reclutado en las propias comunidades para solucionar los problemas más graves de la población que habita en barrios pobres urbanos o en comunidades rurales.

A pesar de su baja calidad, la atención primaria a la salud es una política de gran importancia para los estados que la implementan, por la importancia ideológica de tener la posibilidad de ejercer el control político sobre los grupos, a los cuales el estado brinda, los servicios médicos y el control de tensiones originadas por las condiciones de explotación.

B) EL PAPEL DEL ESTADO EN LAS POLÍTICAS DE SALUD

Dentro de la política de extensión de cobertura La comunidad es vista como una organización homogénea, sin intereses, sin clases, sin antagonismos, misma que debe colaborar dócil y eficientemente con los representantes del Estado para mejorar su salud, ocultándose la desigualdad y la contradicción de intereses. Esto permite hablar de la unidad político-social de una nación a grandes rasgos homogénea.⁵

Ya que de acuerdo a la visión ideológica de la OMS, los conflictos sociales se generan porque en las sociedades hay una indeterminada escasez de bienes para satisfacer sus necesidades. Entre los recursos "socialmente valorados", está la salud, que, si bien es un derecho humano básico, no se posee en el mismo grado por todos los grupos sociales, esto deriva en un proceso político de salubridad, en el que los individuos, grupos y clases demandantes de salud, buscan su conformidad mediante presiones sobre el Estado.

Dentro de esta visión de las realizaciones sociales la OMS, desarrolló su concepción del papel del estado en la planeación de los servicios de salud convirtiéndolo en agente principal del cambio orientado a lograr los mejores niveles

⁵ Ibidem. p. 96

de higiene y salud para toda la población. Proponiendo así conducir el sistema de servicios de salud eficaz y eficientemente, de manera planificada.

Es así como, en la Primera Reunión de Ministros de Salud en 1963 se toma la decisión de delegar la responsabilidad de asesorar a los gobiernos de los estados latinoamericanos en materia de planeación de salud. (Elaborar programas de corto y mediano plazo ajustados a los escasos recursos destinados a la salud), a la Organización Panamericana de Salud. La metodología se basaba en los principios de eficiencia y justicia distributiva, encaminadas a lograr la racionalización en el uso de los recursos. Esta técnica, según Clara Fasser,⁶ se basa en una serie de presupuestos ideológicos que conciben a la sociedad como un todo uniforme, reduce el problema de salud de una población a la enfermedad y muerte de los individuos y consideran los servicios de salud solo en términos de recursos. La planificación de salud es considerada como una técnica encaminada a asegurar y administrar de manera óptima recursos escasos.

Sin embargo esta visión limitaba mucho las acciones, lo que fue reconocido abiertamente en 1965, en Puente Azul, Venezuela, como consecuencia apareció en 1969 el Centro de Planificación de Salud Panamericano que tiene como objetivos:

La investigación, Docencia, Asesoría y Recolección de Información Sectorial en América Latina.

Y en 1972 en Santiago de Chile en la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, en el Plan Decenal de las Américas,⁷ se reconoció el derecho a la salud de los pueblos, determinando el papel fundamental del Estado para garantizar su satisfacción. Se planteó asimismo la necesidad de racionalizar el sistema de atención médica para evitar la falta de coordinación, duplicación de esfuerzos y mal uso de recursos. Se propuso la extensión de medicina simplificada de bajo costo y la incorporación de la población a la organización y ejecución de las tareas de salud.

⁶ Fasser, Clara "... " cit. Pos, Jablonska Alejandra, p. 105
⁷ Jablonska Alejandra p. 106

La visión de la planeación como estrategia de política pública tiene limitaciones conceptuales ya que descansa en el principio de la racionalidad técnica que pretende eliminar todo sentido político de las decisiones gubernamentales. La idea de la racionalización de los servicios de salud, señala hacia el sometimiento del sector a la lógica del sistema económico.

La planeación es efectuada por administradores y planeadores que conciben técnicamente las posibilidades de la ampliación de los servicios de salud, y que deciden "racionalmente" a partir del conocimiento de recursos disponibles. La ideología de la racionalización y de la planeación permite, por lo tanto, ocultar los intereses reales, conciliar, a nivel de discurso, elementos y crear la apariencia de la armonía y cohesión de la sociedad.

La visión de un sistema social universal cuya composición dinámica es básicamente la misma para todas las formaciones sociales, es una visión ahistórica y abstracta que justifica las relaciones capitalistas de producción.

Así se legitimó también el estado de la fase del capitalismo monopolista, que dista mucho de representar "el interés general", orientándose a reforzar la acumulación de fondos, redistribuyéndose el ingreso nacional en favor del capital monopólico y proporcionando servicios que aumentan la productividad de la fuerza de trabajo reduciendo los costos de producción y reproducción.

Entre estas atenciones, un papel fundamental lo representan los servicios de salud que, a pesar de todo, no actúan en una sociedad igualitaria, como lo postula la Organización Mundial de la Salud, debido a que en una sociedad de clases los servicios médicos se orientan a satisfacer las necesidades de distintos grupos o clases en distinto grado y en forma desigual, dependiendo de los intereses de la burguesía.

El concepto de salud de la OMS, en el que todas las sociedades son semejantes y homogéneas, permitió elaborar una propuesta para todas ellas. Al asumir que la característica estructural de todas las comunidades latinoamericanas es la de no

contar con recursos que podrían ser destinados a la salud, y en base a ello "determinó la elaboración de un modelo de servicios médicos basado en recursos rudimentarios, simples y baratos".⁸

Por otro lado, existen otros conceptos como el de morir y nacer, que son fenómenos sociales que dependen directa o indirectamente de la producción de la existencia del hombre y gran parte son condicionados por ella. Como sucede con el nacimiento, el hombre se origina por efecto de un proceso biológico, pero el curso de este proceso depende de la existencia de sus padres, debido a que antes de ser concebido el ser humano, la vida de este se encuentra determinada por las condiciones socioeconómicas en las que se hallan sus progenitores.

La mortalidad, entonces, no puede ser sólo un fenómeno biológico que implique el cese de la existencia, en virtud de la extinción de la potencia vital, sino esto es un hecho existencial que se relaciona con un conjunto de condiciones objetivas, que se encuentran determinadas por las relaciones sociales, que permiten la producción y el mantenimiento de la vida. La alta tasa de mortalidad materno-infantil en los países latinoamericanos, es consecuencia de la marginación y explotación de masas y de la población trabajadora que sobre esta clase ejerce el régimen de producción capitalista, y de la no creación de disponibilidad de bienes que atiendan a las necesidades de los individuos.

Las tasas de mortandad varían según el país y dentro de cada nación, conforme a regiones y grupos de población; tales diferencias, de acuerdo con Hugo Berm, responde a las distintas condiciones sociales y económicas,⁹ de las diversas regiones centroamericanas, dentro de las cuales se encuentra México, y las diferentes circunstancias en las que viven los distintos grupos de población.

⁸

Idem

⁹

Rosas Berm, Hugo Memorias de Cocoyoc, Primer seminario "Perspectivas de la mortalidad en menores de 5 años en América Latina". p. 23

Por lo tanto, las altas tasas de mortalidad materno-infantil de las poblaciones marginadas se contemplan según Hugo Berm , como un suceso esencialmente social y de redistribución del ingreso del capital.¹⁰

Ya que la reproducción de la existencia del hombre es un hecho particular que forma parte de uno más general, en donde la producción de la vida determina la condición de los aspectos sociales, económicos y políticos. Así el concepto de medios de subsistencia (alimento y medios necesarios para mantenerse), es un concepto del que se derivan la vida de la madre y el niño.¹¹

Por que por un lado es un bien fisiológico, y por otro constituye un producto económico y es un hecho de orden social, histórico dependiente de un determinado régimen de producción que implica a su vez determinado sistema de convivencia y una forma particular de poder político.

Todos estos elementos influyen en los actos de la generación del individuo y la conservación de su vida, por tanto se encuentran formando parte de un todo.

Así mismo la edad de la muerte tiene correspondencia con el nivel económico del que el individuo disfruta en su vida,¹² y que la duración de la vida es el resultado de las posibilidades de sobrevivencia que se liga a los niveles de existencia, a las condiciones de trabajo, de educación y de comodidad. La mortandad materno-infantil se explica entonces por la implicación, o interacción de parte, o de todos los anteriores elementos,¹³ ya que se sabe que las sociedades divididas en capas económicas desiguales, la vida siempre ha sido más larga para aquellas personas que pertenecen a niveles altos.

Por las divergencias sociales, la posición de los medios que prolongan la vida, especialmente los que aseguran la comodidad, la defensa contra las enfermedades y contra los efectos de un trabajo agotador, siempre se ha distribuido desigualmente,

¹⁰ Ibidem. p. 24

¹¹ Idem.

¹² Idem.

¹³ Rosas, Hugo. p. 38

entre una clase social que puede obtener lo necesario y más para defenderse de la muerte, y la parte restante de la población, que tiene que sufrir y soportar sin ninguna protección.

El factor decisivo se determina en el derecho de tener acceso a los mejores servicios de salud y medios de vida, mientras que las otras clases de la población carecen de los medios imprescindibles y necesarios para vivir y son tratadas por la asistencia social.

2. LA POLÍTICA DE SALUD DEL GOBIERNO SALINISTA

La política neoliberal en el sector salud se manifestó mediante la formación del sistema nacional de salud (SNS) el cual se conformo por tres subsectores; gobierno estatal, privado y el social y su objetivo principal era el de alcanzar la salud para todos.

A fin de modernizar al sector salud desde su fundamento se modifica el artículo cuarto constitucional que eleva a rango constitucional el derecho de la protección de la salud para todos y se aprueba la Ley General de Salud que entra en vigor en 1984.¹⁴ Con esto se pretendía garantizar que dos de los principales objetivos de la política neoliberal se cumplieran: el primero, tender hacia una cobertura nacional de los servicios de salud y dos garantizar un mínimo razonable de calidad y mejoría en el sector salud. Lo cual no se cumplió desde el momento en estos objetivos se contradicen con los postulados de la política neoliberal disminución del gasto social, apertura de nuevos espacios para la acumulación del capital y privatización selectiva.

Es decir que mientras los objetivos en salud apuntan hacia la cobertura total de la población (grupos rurales y urbanos más desprotegidos) y el de elevar la calidad de los servicios de salud es contradictorio cuando el gasto en salud se disminuye drásticamente, teniendo que para antes de 1990 era de 6.2% y para 1990 descendió a 2.5%.¹⁵

Por lo que en lugar de elevar y homogeneizar la calidad de los servicios de salud profundiza la desigualdad en la atención de la población.

La estrategia para llevar a cabo la modernización del sector salud se da mediante la descentralización de los servicios de salud que tiene como propósito el

¹⁴ López Arellano Oliva. La política de salud en México. En estado y políticas sociales en el neoliberalismo p. 170

¹⁵ Ibidem. p. 171

fortalecer el federalismo, trasladar la responsabilidad de la operación y la capacidad de decisión y los recursos a los servicios estatales de salud los cuales se convierten en servicios coordinados de salud pública.

La descentralización se concreta con la reducción del gasto, el abaratamiento y la racionalización del gasto en salud, la posibilidad de trasladar la responsabilidad de la federación a los estados sin el debido apoyo financiero y técnico.

La profundización del deterioro de los servicios de salud se agrava de tal manera que la atención se da masificada y barata, de tal manera que solo garantiza los servicios de primer nivel y que se busque el financiamiento de los servicios de salud mediante otras instituciones.

La política del sector salud, se establece en el Programa Nacional de Salud, en el que se encuentran contenidos los objetivos principales a lograr durante cada sexenio gubernamental. El propósito fundamental del programa es el de hacer un uso racional de los recursos que se destinan a la salud, sobre todo teniendo en cuenta la crisis económica actual, que queda reflejada en las principales páginas del programa 1990-1994, en donde se establece que:

"Es importante que los recursos disponibles para la salud se utilicen con austeridad".¹⁶

Otro de los objetivos es el de elaborar programas de salud que se enfocan a incurrir en la disminución de la mortalidad de la población, entre los cuales se encuentra el Programa de Atención Materno Infantil, dirigido al cuidado y la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio, y del niño desde su etapa intrauterina, hasta los cinco años de edad, lo que es el principal objeto de estudio.

¹⁶ SSA, Programa Nacional de Salud 1990-1994, p. 3

Las acciones a desarrollar en el Programa de Atención Materno Infantil son de carácter preventivo, atendiendo a la política de salud desarrollada por la OPS*. Al revisar el programa encontramos que se establecen los siguientes lineamientos:

-Dar orientación nutricional para el fomento de la alimentación adecuada durante el embarazo y la lactancia materna, la ablactación oportuna, la higiene y la conservación de alimentos tradicionales. Así como el suministro de despensas a familias de áreas marginadas, en donde se encuentran niños o mujeres embarazadas desnutridos.

-Consolidar el Sistema Nacional de Vigilancia Alimentaria y Nutricional.

-Lograr mejores niveles de salud materno infantil.

-Prevenir que los riesgos se conviertan en daños y brindar atención oportuna e integral de calidad y trato digno durante el embarazo, parto y el puerperio.

-Obtener el crecimiento y desarrollo sanos del niño, durante la etapa de gestación y en los primeros cinco años de vida.

-Considerar que la atención primaria constituye la base esencial de la madre y el niño.

-Instalar comités de mortalidad materno-infantil, en los hospitales de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

-Lograr la participación de las parteras empíricas y de los curanderos y promover su participación técnica.

-Diseñar y aplicar modelos de atención simplificada en las comunidades rurales, para los casos de embarazo y parto de bajo riesgo

-Buscar la colaboración de los sectores Público, Social y Privado para el Programa de Atención Materno Infantil.

* cfr. con el primer capítulo del presente trabajo, p. 6 y 11

Si bien los anteriores son lineamientos que encontramos en el Programa de Atención Materno-Infantil, dentro de las políticas de salud del Programa nacional de Salud se encuentran otros objetivos que son fruto de acuerdos contraídos con organismos internacionales. Entre ellos se destaca el incorporar a toda la población materno infantil a los servicios de salud de calidad, y la reducción de la mortalidad materna en un porcentaje del 50% y la infantil en un 18%, para el término del sexenio.

Los objetivos del Programa de Atención Materno-Infantil, tienen su antecedente en la Tercera Reunión de Ministros de Salud de las Américas, celebrada en 1972 en Santiago de Chile¹⁷, en donde se reconoció el derecho a la salud de los pueblos, determinando el papel fundamental del Estado, en cuanto a las políticas de salud a seguir, la necesidad de racionalizar el sistema de atención médica para evitar la falta de coordinación y duplicación de esfuerzos, así como para evitar el mal uso de los recursos. Aquí se propuso también la extensión de cobertura de medicina simplificada de bajo costo y la incorporación de la población a la organización y ejecución de las tareas de salud.

Si se reflexiona en torno a los anteriores objetivos encontraremos limitaciones e interrogantes. Los propósitos son planteados a corto plazo, en tanto que tienen una duración sexenal. Entonces nos preguntamos ¿cómo alcanzar los fines de cobertura y de reducción de la mortalidad materna e infantil, si las políticas de salud tienen una duración de seis años? Esto es, ¿cómo alcanzar las metas si en el siguiente sexenio se establecen otras políticas y otras finalidades?

Esta interrogante nos acerca a lo expuesto por Peter Ward cuando asevera que dichas políticas suelen ser paliativos para atenuar la situación de crisis que priva en un período gubernamental y al ser planeados a corto plazo guardan consigo otras limitaciones, ya que suelen ser parciales y superficiales.¹⁸

¹⁷ Jablonska Alejandra p. 106

¹⁸ Ward Peter, Las políticas de bienestar social en México, 1970-1989 p. 40

Por otra parte, los objetivos precedentes, si bien forman parte de la política de planeación elaborada por la OPS para las naciones con elevadas tasas de mortalidad como el nuestro, y es vista por el Estado como una estrategia para la formulación de políticas de salud. Estas, descansan en la racionalidad técnica que pretende desaparecer todo sentido político en las decisiones gubernamentales.¹⁹

Ello se expresa en la formulación de la racionalización de los servicios de salud, la cual toma como criterios el de costo beneficio, la productividad del sector y su eficiencia para cumplir con metas expresadas como determinadas relaciones numéricas de médicos, camas, etc., por una proporción determinada de habitantes.

La planeación en salud, corre por cuenta de administradores y planeadores que conciben técnicamente las posibilidades de la ampliación de los servicios de salud, y toman decisiones racionales a partir del conocimiento de los recursos disponibles. Como resultado de esta racionalidad sistemática quedan fuera de los programas, criterios como el de las necesidades reales de la población.

Por otro lado, la Dirección General de Atención Materno-Infantil (DGAMI), para cumplir con la política de salud anterior, llevó a cabo programas como el de Nutrición y Salud, mismo que cumple con la política neoliberal de otorgar servicios de salud a la población más depauperada, ya que es uno de los programas fundamentales en la política de salud, debido al manejo de dotación de paquetes alimentarios a la población marginada, además de promover la buena alimentación en los habitantes por medio de pláticas y de llevar a cabo acciones para mejorar la nutrición tanto de los niños menores de cinco años como de las mujeres embarazadas o en período de lactancia, que se encuentran en peligro de desnutrición.

Si bien el Programa cumplió durante el sexenio con cerca del 100% de la meta establecida por la Secretaría de Salud, habría que señalar que, en lo que respecta a la dotación de paquetes alimentario integrados por un kilo de arroz, tres kilos de

¹⁹ Jablonska Alejandra, p. 97

frijol, un litro de aceite y un kilo de harina de maíz; estos fueron deficientes, en materia nutricional, pues el paquete no contiene los nutrientes indispensables para el desarrollo de una buena alimentación.

Además el paquete alimentario fue financiado por organismos internacionales como la Organización Alimentaria de Remesas al Exterior (CARE), sin embargo dicho organismo acordó con la SSA que al finalizar el sexenio el financiamiento de dichos paquetes quedaría a cargo de la Secretaría de Salud; este proceso repercutió en la disminución de paquetes alimentarios, en el contenido de comestibles que integraban la despensa, así como también en la aminoración de la población beneficiada con dichos paquetes.

En cuanto a las pláticas para la promoción de la nutrición, el Programa cumplió casi en su totalidad la meta que se tenía propuesta. Sin embargo, debido a la crisis económica actual, es poco probable que la población pueda consumir alimentos nutritivos, higiénicos y variados, como se planteó en las pláticas que se daban a la comunidad, ya que la nueva política trae consigo la profundización de la crisis, el desempleo y la disminución del poder adquisitivo de la población.

Sin embargo, concretamente la principal causa de mortalidad en madres y niños es la desnutrición, que, en tiempos de crisis económica como la que se vive actualmente en nuestro país, se agrava todavía más y repercute en mayor medida en las clases marginadas, hacia las que está dirigido el Programa.

Otro programa que se llevó a cabo en la DGAMI fue el de Promoción de la Lactancia Materna, que estableció como meta el de funcionar en todos los hospitales y clínicas de la Secretaría de Salud, e incluso en todos los nosocomios del Sector Salud. Esta meta se cubrió en un porcentaje del 80%; pero, en los hospitales en donde está funcionando, no se cumple con la normatividad establecida por la Secretaría de Salud, misma que se desarrolló en 10 puntos, entre los cuales se destacan:

-Disponer de una política por escrito, relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.

-Capacitar a todos los empleados de salud, de forma que esté en condiciones de poner en práctica esta política.

-Informar a todas las mujeres embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica, etc.

Normatividad que de llevarse a cabo sería un buen cimiento para que las madres se concientizaran de los beneficios de la lactancia materna y la practicasen.

Sin embargo en concreto no se llevó a cabo el Programa en todos los hospitales de la SSA, por la drástica disminución del presupuesto y por la carencia tanto de personal como de instrumental médico.

Otro Programa que se llevó a cabo, fue el de Comités de Mortalidad Materna y Perinatal, en el cual, lo mismo que el anteriormente mencionado, se manejó la meta de instalar un comité de mortalidad en cada hospital del Sector Salud. Si bien el objetivo se cumplió en porcentaje del 100% en los hospitales en donde se encuentran instalados, no se cumple con la normatividad, en la cual se establece el practicar la autopsia a todas las madres para saber las causas del fallecimiento, lo cual no es posible, porque en el hospital no se cuenta con el personal para el funcionamiento del programa, ni con el financiamiento para la capacitación del personal médico y mucho menos con el material necesario.

Programa de Carnet Perinatal e Historia Clínica: proyecto que se encuentra funcionando en la mayoría de los hospitales de la Secretaría. Además de los problemas que se suscitaron para su aplicación, debido a la ignorancia de su manejo, por la falta de capacitación del personal médico, no hay suficientes cédulas de llenado y no existe una distribución adecuada de las mismas.

En el Programa de Parteras Tradicionales y Posadas de Nacimiento, se establecieron las siguientes metas:

-Censar y capacitar al 100% de las parteras tradicionales existentes en el país, meta que se cumplió, aproximadamente, en un porcentaje del 70%²⁰.

-Capacitación de parteras tradicionales, lo cual se efectuó en un porcentaje del 80% de la meta programada, que consistió en capacitar a todas las existentes, meta que no pudo lograrse debido al punto anterior

Cabe señalar que este programa también es fundamental para las políticas de salud, y para cumplir con la meta de la Secretaría de Salud de cubrir al 80% de embarazadas y al total de niños con servicios de salud para 1994. Sin embargo, debido a que, de 10,540 parteras tradicionales registradas por la SSA (que no son todas las existentes en nuestro país), que atienden el parto y al niño menor de 5 años, en zonas rurales y urbano marginadas, hasta 1993 se capacitó a 8578 parteras, mismas que recibieron durante el sexenio pasado un solo curso de capacitación.

Proporcionar un local adecuado (Posada de nacimiento) para la atención del parto a cada partera que los requería, lo cual presentó un logro mínimo, ya que se manejó la meta de instalar una posada de nacimiento en cada uno de los 2,392 municipios existentes en el país y sólo se habían instalado, hasta 1993, 242 posadas. De estas últimas, se encuentran funcionando, más o menos bien, 180, y en gran parte del resto de albergues instalados -según informes de supervisión-, la partera tradicional atiende el alumbramiento en un local fabricado con palmas o hecho con cartón, en piso de tierra, en condiciones de insalubridad y muy poca -o nula- higiene y en una "cama" cubierta con periódicos.

El programa de la Salud Empieza en Casa, de la DGAMI, fue el único que funcionó a más del 100% de la meta programada²¹. Sin embargo, debido a las carencias económicas y de servicios en las viviendas de la mayoría de la población marginada, el Programa no tuvo el impacto real esperado en los habitantes.

²⁰ Ver Cuadro Resumen, Anexo 2, p. 123

²¹ Ver Tabla 19, Anexo 1, p. 104

Por todo lo anterior podemos decir, que la política del gobierno salinista se dirigió a cubrir y a mejorar los niveles de salud institucionales de los grupos marginados y vulnerables, entre los cuales se encuentran el Materno-Infantil; sin embargo no utilizó los beneficios del desarrollo macro-económico para mejorar las condiciones reales de vida de las familias mexicanas, por lo cual no se alcanzaron los propósitos deseados en el Programa de Atención Materno Infantil.

Por último, al final del sexenio salinista, la Dirección General de Atención Materno Infantil (DGAMI) desaparece y se incorpora como dirección de área en la Dirección General de Planificación Familiar, dirección que cambia su nombre al de Dirección General de Atención Reproductiva. Este proceso ha continuado durante el primer año del sexenio del Doctor Ernesto Zedillo Ponce de León, con lo que desaparecen prácticamente todos los programas que se llevaban a cabo en la DGAMI, a excepción del de Nutrición y el Parteras Tradicionales.

Dicho proceso no hace más que expresar que la Dirección General de Atención Materno Infantil fue creada como paliativo y para disminuir los conflictos políticos más que para fortalecer políticas de salud a largo plazo que realmente incidieran en las tasas de mortalidad materno-infantil, de aquí que no nos sorprende la falta de credibilidad del pueblo en el gobierno, por tantas promesas sin cumplir.

Se puede concluir el presente capítulo planteando que la reflexión anterior nos lleva a aceptar la propuesta de Peter Ward, en torno a que las políticas de salud son paliativos para atenuar la crisis que privan en un período gubernamental.

Todo lo anterior por la introducción de la política neoliberal en salud, que se resume en dos vertientes opuestas:

La primera asentada en la política de salud a nivel de discurso: en donde se maneja el proporcionar servicios de salud a la población con las siguientes características: eficiencia, racionalidad, calidad, equidad, derecho universal a la protección de la salud y democracia en los servicios.

Y la segunda que es la forma en como se concretan las propuestas anteriores en la realidad: a través del financiamiento, la reorganización institucional y la capacidad de respuesta a los problemas de salud, o sea, la reducción del gasto, la descentralización autoritaria de los servicios estatales de salud, sin apoyo financiero y técnico, el traslado de los costos de atención a los usuarios y la tendencia privatizadora de los servicios, muestra la política de racionalización del estado para este sector.

3. DIAGNOSTICOS DE SALUD DE LA MADRE Y EL NIÑO

En el contexto de crisis económica internacional que impera en 1982, México cambia su modelo económico y asume un sistema de gobierno neoliberal que lleva implícito un proyecto modernizador del que se deriva una nueva forma de desarrollo capitalista.

Se redefine así el conjunto de relaciones económicas y políticas con el exterior y el sistema de alianzas que articulan la relación estado-sociedad²². En este momento la burguesía mexicana e internacional coaccionan para obtener una mayor acumulación de capital y abrir nuevos espacios para el mismo.

Para justificar la política de modernización del estado mexicano a través de la descentralización y privatización, se responsabiliza al estado de la espiral inflacionaria y de la baja productividad. El estado parece como ineficiente y el gasto social como improductivo es así como se propone la desaparición del estado benefactor y la disminución de su intervención en la economía, iniciándose una reestructuración de la misma que se caracteriza por la transnacionalización creciente de la estructura productiva y por la integración organiza a la economía de Estados Unidos.

En este periodo los sectores dominantes insertan y organizan los sectores privados al interior del aparato estatal que funciona con una lógica privatista y modernizadora²³.

El estado mexicano adopta así la política neoliberal cuyas principales características son: descentralización y privatización del ámbito nacional,

²² Laurell Cristina p. 167

²³ Novelo Federico, Estado Keynesiano y Estado neoliberal, En y políticas sociales en el neoliberalismo, p. 55

profundización del desempleo, disminución del gasto social, la depresión salarial y la flexibilización de las relaciones laborales.

En este contexto de cambio de la política populista del estado benefactor a la de modernización neoliberal. Se pretende dar una respuesta eficientista y de racionalización de los recursos, de abaratamiento de los costos, de simplificar aún más la prestación de los servicios, de redefinición de las poblaciones hacia las que se orienta, la intervención del estado en la sociedad, se produce por demandas populares, pero los beneficios se materializan como privilegios o concesiones y no como derechos garantizándose solo un mínimo de servicios a los grupos más depauperados para mediatizar el descontento social surgido en los últimos años por el deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de la población.

Resultado de la política neoliberal es la disminución del poder adquisitivo y el deterioro, cada vez mayor, de los salarios. Ello se debió a que en nuestro país la alianza entre la iniciativa privada y el gobierno establecieron reducir la inflación, disminuyendo los precios de las materias primas que se producen en el campo, e impusieron un tope al salario, lo que originó la pérdida del poder adquisitivo de los trabajadores. Todo ello situó a la mayoría de la población en niveles de vida de miseria.

Sin embargo, la miseria de la mayoría de los mexicanos no se ha manifestado de manera violenta, porque en los últimos veinte años, la disminución del poder adquisitivo se ha equilibrado gracias a la incorporación de la mujer al trabajo²⁴, lo que ha provocado que en la mayoría de las ciudades, la manutención del hogar se de por la aportación de ambos cónyuges. Además también los hijos mayores contribuyen al ingreso, y los niños pobres, en vez de ir a la escuela, trabajan en las más escépticas labores. Por otra parte, el gobierno salinista, con miras a superar la crisis, vendió la mayor parte de las empresas e industrias de la nación, y con el

²⁴ "Este año de la Crisis", Proceso, 22 de marzo de 1993, p. 34

dinero que se obtuvo se pagó parte de la deuda y financió las obras del Pronasol²⁵, que no generaron utilidades directamente al gobierno y de las que no se han obtenido los resultados esperados. Ejemplo de ello es la problemática que actualmente se expresa en el estado de Chiapas con el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), así como con otros levantamientos que han surgido en distintas entidades de la República.

A principios de 1993, la deuda externa alcanzó los 1, 36000 millones de dólares, el déficit en la balanza comercial fue de casi 2 000 millones de dólares, el más alto hasta entonces en la historia de nuestro país; el pago de los servicios de la deuda en los cuatro años del gobierno de Carlos Salinas de Gortari suman ya 58, 000 millones de dólares y las inversiones foráneas, se encuentran alrededor de los 60 mil millones; más de la mitad llegaron a nuestro país en este sexenio en donde más de 30, 000 están en la bolsa de valores y no en inversiones productivas generadoras de empleos²⁶.

En todas las empresas del Estado, disminuyeron los costos, y estos se otorgaron a compañías extranjeras que utilizaban menos trabajadores mexicanos.

Los obreros despedidos de las grandes corporaciones que fueron de la Nación, al ser vendidas a la iniciativa privada, se encuentran aún sin trabajo, por que no se han creado nuevas empresas, y la mayoría de ellos rebasa los 40 años de edad, con lo que se reduce la posibilidad laboral, y la única perspectiva es el dedicarse al comercio ambulante, o emigrar a los Estados Unidos.

La situación económica en general de los campesinos y obreros es muy difícil. Las centrales obreras perdieron toda capacidad para defender los derechos constitucionales de sus agremiados. Los campesinos ejidatarios, pequeños propietarios y jornaleros sufren actualmente los estragos de la reforma del artículo 27

²⁵ Idem.
²⁶ Idem.

constitucional, que despoja a los campesinos pobres de sus derechos a la tierra. Y quienes todavía producen, no encuentran mercados para sus productos²⁷.

Si bien los problemas anteriores tienen su base desde etapas precedentes, como hemos visto, con el gobierno de Salinas se han incrementado, al igual que el descontento de la población.

La situación anterior es reflejo de la crisis económica que repercutió primeramente en la reducción de los ingresos de las familias, a las que les es más difícil hacer frente a las necesidades básicas relacionadas con la salud, incluso con los alimentos y medicamentos.

En segundo lugar el sector salud se vió afectado en gran medida por la reducción del gasto público, y como respuesta los hospitales de la Secretaría de la Salud, se encuentran en condiciones deplorables, a pesar de que las cuotas de recuperación que se les cobra a los usuarios por la consulta, son cada vez más elevadas.

En tercer lugar a medida que disminuye el ingreso y se reduce la cobertura del seguro social por el incremento de desempleo aumentará la demanda de servicios públicos de atención a la salud.

El recorte drástico del gasto público en las actividades llamadas no productivas como salud y educación a llevado a la reducción o al estancamiento del monto de recursos disponibles para el desarrollo y funcionamiento de los servicios de salud. que se ha manifestado en restricción a las inversiones destinadas al saneamiento básico y al desplazamiento y conservación del equipo médico y de la planta física. De la misma forma en la incapacidad de mantener un nivel adecuado de gastos corrientes, lo cual ha impedido el funcionamiento normal de programas para la atención de problemas epidemiológicos y ha restringido el desarrollo administrativo y la capacitación del personal.

²⁷ Sara, Lovera, "Mueren 4 mujeres al día por causas relativas a la maternidad", La Jornada, 21 de febrero de 1993 p. 20

Esta problemática repercute en la salud de la población mexicana y en mayor medida en la salud de la madre y el niño, porque la crisis socioeconómica, provoca cada día en nuestro país, la muerte de por lo menos cuatro mujeres por la maternidad²⁸, por falta de atención médica, por la ignorancia y la marginación en la que viven miles de mujeres mexicanas.

La mortalidad materna en nuestro país es muy alta, de acuerdo con Jillw Sheffield, presidenta de la familia CARE Internacional²⁹, por cada muerte materna, cien mujeres quedan lesionadas temporal o definitivamente, lo que significa que cada año 147 mil 700 mujeres sufren consecuencias graves en su salud, como resultado de problemas reproductivos, es decir, 400 mujeres diariamente si se toma como base la estadística oficial, o mil 500 según cálculos de la OPS. La diferencia anterior se debe al sub-registro de información que, de acuerdo con la OMS es debido a que, mientras la cifra de la tasa de mortalidad materna oficial es de 5.8, en la práctica llega a 20 muertes por cada diez mil nacidos vivos registrados.

Según la investigación realizada por Ana Langer, del Instituto Nacional de Salud Pública³⁰, en los últimos 50 años las muertes maternas se redujeron mil por ciento, lo cual no disminuye la gravedad del problema, debido a que el descenso no es uniforme. Por ejemplo, en el caso del aborto, que es la tercera causa de muerte materna, los porcentajes no han bajado en cinco décadas. Aquí tenemos además la situación de que no hay datos confiables sobre la magnitud del problema por falta de registros hospitalarios, a causa de la ilegalidad y clandestinidad en que éste se realiza.

La problemática anterior también depende del sitio que las mujeres ocupen en la sociedad, porque la tasa de mortalidad no es la misma dentro de la clase burguesa que en la mayoría de la población y tampoco en las ciudades que en las zonas

²⁸ Idem. 22 de febrero de 1993

²⁹ Idem

³⁰ Idem

rurales o suburbanas, lo cual se debe a la desigualdad que existe en los servicios de salud en México.

De acuerdo con las estimaciones de la Oficina Estadística de la iniciativa para la maternidad sin riesgos, que se adoptó en Nairobi Kenia en 1987, en México³¹ hay riesgo de que una de cada 72 mujeres mueran por causas asociadas a la maternidad mientras que en los Estados Unidos, dicha tasa es de una mujer por cada 6 370.

Como ya se dijo anteriormente, la pobreza, la desnutrición y la marginación son causas asociadas a la mortalidad materna y, según la misma fuente, en México la cifra oficial promedio es superior hasta 300 por ciento en 7 estados del país, los considerados más pobres como Chiapas, Guerrero, San Luis Potosí, Estado de México y Puebla, donde las tasas varían de 70 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, y en Hidalgo y Oaxaca hasta 120 por cada mil nacidos vivos.

Las estadísticas revelan que los problemas relacionados con la reproducción son la tercera causa de hospitalización en México y que 13.9 por ciento de las muertes maternas corresponden directamente a mujeres adolescentes de entre 14 y 19 años de edad, lo que refleja también la falta de educación sexual para las jóvenes mexicanas³².

En la Conferencia de Maternidad sin Riesgos que se llevo a cabo en México en 1993, se reveló que la toxemia (envenenamiento de la sangre por desnutrición que provoca alta presión arterial e hinchazón), es la primera causa de muerte materna en la entidades más miserables del país.

La doctora Elú de Leñero, del Instituto Mexicano de Estudios Sociales, realizó un estudio de caso en la población de Juan Cuamstzi, San Bernardino Contla, en Tlaxcala que reveló que en la década de los ochentas, murieron ahí 16 mujeres, en relación con 10 mil nacidos vivos, la tasa de mortalidad fue 19.8% , tres veces mayor a la que oficialmente reporta el Estado. Este estudio muestra como la previsión de

³¹

³²

Idem
Idem

riesgos, la situación económico social, el hecho de que haya solo tres centros de Salud, y un Programa de Planificación Familiar y Atención Materno Infantil, no fueron suficientes para evitar la muerte de tantas mujeres.

La situación anterior no se puede generalizar, pero es una prueba concreta de la política neoliberal en salud; de planeación, racionalización y de reducción del gasto en salud, en la que se encuentran las mujeres mexicanas. Por tanto, no basta con sistematizar riesgos y dar opiniones con base en las estadísticas, sino que es necesario hacer una mayor redistribución de los derechos y riquezas nacionales.

Otro de los problemas que cobran gran número de vidas en el sexo femenino es el cáncer cervico-uterino, así como el mamario y el SIDA, que se encuentran dentro de los primeros lugares de mortalidad. Según Patricia Uribe, miembro del Consejo Nacional para la Prevención del SIDA (CONASIDA), en 1992 el 30 y 40% de los casos reportados de SIDA, fueron mujeres las cuales el 36 por ciento estaban embarazadas, lo que hizo crecer la tasa de SIDA en niños, así como la cantidad de huérfanos en México por mortalidad materna, ocasionada por cáncer femenino y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Se calcula que existe un millón de niños sin madre y tres millones de niños de madres con SIDA que aún no han sido infectados³³.

Estos casos confirman como la salud de la mujer se relaciona íntimamente a la del niño, prueba de ello es que la principal causa de mortalidad infantil se da por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, y el resultado de los graves problemas nutricionales de la mujer mexicana. Ello se detectó en la Encuesta Nacional de Nutrición³⁴ en donde el 27.2% de las 17 mil 308 mujeres entrevistadas reportaron bajo peso mientras que el 30.6% tenían sobrepeso y obesidad. En la misma encuesta se reportaron más de 15% de niños con bajo peso al nacer. Al respecto es importante observar la relación de interdependencia existente

³³ "Cuatro mujeres mueren al día por causas de cáncer", El Día, suplemento especial de 31 aniversario, junio de 1993 p. 56.

³⁴ Encuesta Nacional de Nutrición, México 1993, p. 40

del niño hacia la madre en los primeros años de vida, ya que desde antes del nacimiento del niño, depende de la madre su bienestar físico y mental.

Hasta 1990 no se observan cambios significativos, la mortalidad se estima en 34.8% defunciones por nvr, según datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), la principal causa de muerte en menores de cinco años, como ya se dijo anteriormente sigue siendo originada por afecciones en el período perinatal, que en 1990 alcanzó una tasa del 8.5% de defunciones por nacidos vivos registrados (nvr.) Las enfermedades infecciosas intestinales, y la neumonía e influenza en conjunto con las infecciones respiratorias agudas alcanzaron el 30.5% del total. Estas causas de mortalidad, tienen como base principal la desnutrición y son fácilmente prevenibles.

La pobreza es uno de los factores que contribuyen a la mortalidad infantil³⁵, por la escasez de los recursos económicos y culturales que sufren millones de familias mexicanas, lo cual se acentúa más en zonas rurales y urbano marginadas, en donde, como consecuencia, se produce el fenómeno de analfabetismo y marginación de las madres, lo que repercute en una mayor mortalidad materno infantil

Ya que la política neoliberal en salud tiene como principales objetivos, la eficiencia, calidad, equidad, el derecho universal de la protección a la salud y la democratización de los servicios, pero en la realidad se manifiesta de forma contraria. Ya que se da la reducción del gasto en salud, el traslado de los costos de atención a los usuarios y la tendencia privatizadora etc., situación que en vez de aumentar disminuye la calidad de la atención y en vez de dar cobertura a toda la población, deja a grandes grupos de población sin servicios de salud y origina el crecimiento de la tasa de mortalidad de la madre y el niño.

³⁵ Los niños de las Américas, p. 23

3.1 SURGIMIENTO DE LA DIRECCION GENERAL DE ATENCION MATERNO-INFANTIL

En 1978, debido a las altas tasas de mortalidad infantil en regiones rurales y urbano marginadas, se crea la Dirección General de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar, la cual extiende sus programas a toda la República Mexicana, y en particular en comunidades sin servicios institucionales de salud, en poblaciones entre 500 y 2,500 habitantes, en donde se proporciona servicios con personal de la propia comunidad, que son asesorados por una enfermera o un auxiliar de enfermería (responsables del módulo), quienes a su vez son apoyados, cuando existe el recurso, por pasantes de medicina y promotores de educación para la salud.

Sin embargo, en este momento la política internacional y como nacional radica en detener el crecimiento de la población, provocado por el fenómeno llamado *explosión demográfica*, por lo que se da un mayor apoyo a las acciones de planificación familiar y en consecuencia la Dirección General de Salud Materno Infantil, más que llevar a cabo programas de salud materno-infantil, realiza programas de planificación familiar que se encuentra en el Programa de Salud en 1978 con carácter de prioritarios, por ser políticas que organismos internacionales como la OMS las consideran como importantes y sustanciales. Así:

"En atención con las políticas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), encaminada a reforzar y ampliar el Programa ya existente en relación con la regulación de la fertilidad, se instala el 23 de agosto de 1978 el Programa de Planificación Familiar Voluntaria"³⁶.

³⁶ Bustamante, Miguel. La salud Pública en México, p. 426

Posteriormente, en 1980, con miras a iniciar el cambio hacia una política neoliberal se crea la Subsecretaría de Planificación, porque para el gobierno de finales de los años setentas, el principal problema que se detectaba en la Secretaría de Salubridad y Asistencia era de estructura y de planeación, por la existencia de duplicidad de los servicios de salud. Resultado de la inexistencia de áreas definidas de responsabilidad y la falta de comunicación entre los servicios de salud rurales y urbanos. De este modo, la política de planeación en Salud es la siguiente:

"Ante los constantes cambios sociales, económicos y políticos del país, nos es necesario plantear prioridades y estrategias con base en el conocimiento de la situación concreta de salud de la población mexicana, lo que debe estar basado en el marco epidemiológico, en las demandas de la población y el avance tecnológico, además de tomar en cuenta factores como los mecanismos de planeación nacional, las formas de administración de los recursos y la integración por sector"³⁷.

Por la política de planeación y austeridad, a partir de 1982 la Dirección General de Salud Materno Infantil pasa a ser Dirección de Área en la Dirección General de Medicina Preventiva período en el que, una de las políticas prioritarias es la de lograr la planeación y racionalización de los servicios de salud, con el propósito de optimizar los recursos existentes, así como el de incrementar la infraestructura de los servicios, porque a nivel del discurso en el Programa Nacional de salud se tienen como objetivos principales el derecho a la salud para todos, lo cual en la realidad se

³⁷ Bustamante, Miguel. p. 502

da en forma contraria pues se inicia con la política de racionalidad y de reducción del gasto.

En este tiempo se introduce la política neoliberal en México que generó la desaparición de algunas Secretarías de Estado y por ende, el despido masivo de burócratas, razón por la que la Dirección General de Salud Materno Infantil y la salud de la madre y el niño pasan a segundo término, hasta el año de 1988, fecha en que se inicia la administración salinista y con ella el cambio de la política populista a la neoliberal.

En ese año sube nuevamente de rango la Dirección, General de Atención Materno Infantil, con base en los acuerdos que el ejecutivo federal establece en dos reuniones que se realizan en Cocoyoc, Morelos; la primera que se llevó a cabo en 1988 a nivel mundial, en donde participaron países con un alto índice de mortalidad materna, e instituciones como la OPS, y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), reunión que fue organizada por la SSA y la OPS, en donde el principal asunto a tratar fue el elevado porcentaje de mortalidad materna y perinatal existente en los países latinoamericanos. En este evento, que fue el antecedente directo de la creación de la Dirección General de Atención Materno Infantil, fue en donde México contrajo el compromiso de reducir la mortalidad materna en un 50% y la perinatal en un 30%.

En 1989, se celebra la segunda reunión, organizada nuevamente por la SSA, y la Dirección General de Atención Materno Infantil. En este encuentro participaron los 31 estados de la República Mexicana, mismos que tomaron el acuerdo de formar comités de mortalidad materna y perinatal en los hospitales en donde se atiende a la madre, con la finalidad de estudiar las causas de muerte de la mujer embarazada y así poder reducirla.

Posteriormente, en 1990, se reúnen en Guadalajara, las naciones que conforman la Comunidad Iberoamericana. En donde los principales compromisos que se establecieron fueron:

- Reducir la mortalidad materna e infantil
- Elevar la calidad de atención médica que se presta a este sector de la población
- Proporcionar el acceso tanto de la mujer como del niño a la atención médica, dando prioridad a las mujeres embarazadas y al menor de cinco años

Los compromisos que retoman los postulados de la política neoliberal y sirven para crear el Programa de Atención Materno Infantil y sus principales objetivos.

La Dirección General de Atención Materno Infantil, inicia con cuatro programas que son:

- Nutrición y Salud
- La Salud empieza en Casa
- Comités de Mortalidad Materna y Perinatal
- Lactancia Materna

Al interior de la República, el Programa se encuentra incluido en el departamento de Planificación Familiar, en el Departamento de Planificación Familiar, en el de Medicina Preventiva, o en el de Nutrición y Salud.

Para 1990, se incluyen dos programas más en la Dirección General, el de Cáncer Cervico-uterino y mamario y el Prevención del Retraso Mental de Origen Metabólico. En este año los programas son llevados a los 31 Estados de la República Mexicana, y se incluyen en el presupuesto federal así el financiamiento se da por medio de UNICEF, y OPS. Por ultimo en este mismo año se crea una Dirección de área más.

En septiembre de 1991 se incorpora a la Dirección General el Programa Piloto de Nutrición y Salud, el cual operó en cuatro estados: San Luis Potosí, Nuevo León, Estado de México y Tamaulipas, con duración de 10 meses, en donde el objetivo fundamental era cubrir la alimentación de niños menores de 5 años, y madres en período de lactancia que habitan en comunidades marginadas indígenas menores de

2500 habitantes y con acceso casi nulo de los servicios de salud, proyecto que de ser viable, se podría generalizar a todas las entidades de la República Mexicana

En este año el presupuesto Federal asignado a la Dirección General de Atención Materno Infantil, es incluido en las partidas presupuestales de la Secretaría de Programación y Presupuesto, además de ello el financiamiento de los Programas de la Dirección General, se da por medio de UNICEF, de OPS, de la Cooperativa Americana de Remesas al Exterior (CARE) y de Agricultura y Salud (AGSAL). También en ese año se crea el Departamento de Atención Materno Infantil en los 31 Estados. Como se puede observar, los programas de la DGAMI son financiados en su mayoría por organismos internacionales, de aquí que los programas se tengan que apegar a los lineamientos y normas de estas organizaciones.

Además también se puede concluir que la DGAMI inicia con carencia importantes tanto financieras como de infraestructuras debido a la política modernizadora que en el transcurso de los seis años se fueron acentuando como la de reducir el financiamiento para los programas por parte de la SSA y de organismos internacionales .

Sin embargo, al finalizar el sexenio (1988-1994), nuevamente desaparece la Dirección General de Atención Materno Infantil (DGAMI) y se fusiona con la Dirección General de Planificación Familiar (DGPF), formándose así la Dirección General de Salud Reproductiva (DGR), misma que, como en el sexenio anterior, se sigue desarrollando una política de reducción de la población por ser prioritaria para organismos internacionales como la OMS, organización que sigue financiando el programa de planificación familiar, y por ello, en el inicio de la DGR sólo se llevan a cabo acciones enfocadas a ejercer la planificación familiar, y deja atrás las metas y objetivos del Programa de Atención Materno Infantil, razón por la cual solo se incorporan a esta dirección dos programas de la desaparecida DGAMI (*Nutrición y Salud y Parteras Tradicionales*), proyectos que antes de la creación de la DGAMI ya

existían. Y como ya vimos anteriormente, siguen siendo claves para la actual política de salud.

4. PROGRAMAS DE LA DIRECCION GENERAL DE ATENCION MATERNO INFANTIL SSA

Como hemos señalado anteriormente, el Programa de Atención Materno Infantil se estableció en el gobierno salinista, con la finalidad de reducir la mortalidad de la madre y el niño; lograr la disminución en las tasas de mortandad materna a un ritmo anual de 5%, y de los menores de cinco años a un ritmo anual de 3%; proporcionar acceso de todas las mujeres embarazadas a la atención prenatal, con la asistencia de personal calificado, así como garantizar una cobertura del 80% para el año de 1994, además de otorgar a la población materno infantil servicios de calidad.

Otras acciones llevadas a cabo en el Programa son: la prevención de la anemia por deficiencia de hierro, a una disminución del 3% anual; la disminución del bajo peso del niño al nacer al 0.7% por año, y la dotación de alimentación complementaria en zonas rurales de alto riesgo.

El Programa se llevó a cabo a través de dos líneas estratégicas basadas en los principales postulados de la política neoliberal de las que se derivaron programas específicos, los cuales fueron:

- 1-. El mejoramiento de la calidad y la cobertura de los servicios de Atención materno infantil, tanto institucionales como comunitarios y
- 2-. La prevención de riesgos y daños a la salud.

Dentro de esta primera línea estratégica se encuentran los siguientes programas:

- a) La aplicación del Enfoque de Riesgo en la atención del embarazo, parto y puerperio, con apoyo de la historia clínica y el carnet materno.
- b) La promoción de la Lactancia Materna fomentando la instalación del alojamiento conjunto, desde el nacimiento, en los hospitales de la SSA; y el

mejoramiento de la atención hospitalaria a través del programa Hospital Amigo del Niño y la Madre.

c) La instalación y funcionamiento de los Comités de Estudio de la mortalidad materna y perinatal.

d) La capacitación y control de las Parteras Tradicionales.

e) La Vigilancia Nutricional de los menores de cinco años dentro del Programa Nutrición y Salud.

f) La Prevención del Retraso mental por hipotiroidismo congénito.

En la segunda línea estratégica encontramos los siguientes Programas:

a) La prevención de riesgos y daños a la salud mediante el Programa *La Salud empieza en Casa*.

b) El Programa *Mujer, Salud y Desarrollo* y los Programas dirigidos a solucionar los problemas sociales de la madre y el niño.

Los Programas anteriores concentran la mayoría de las actividades a desarrollarse dentro de la estrategia de Atención Primaria para la Salud, mismos que tienen el propósito de modernizar y extender los servicios de salud con calidad a toda la población y que cuando se concretan resulta lo contrario por el empobrecimiento y la carencia de los servicios de atención a la población, mismos que se encuentran vinculados a su vez, con servicios de mayor especialidad y con los recursos de la comunidad.

a) Con respecto a la aplicación de la Historia Clínica y Carnet Perinatal con enfoque de riesgo, el manejo de este cuestionario sirve para establecer los criterios y mejorar la referencia de pacientes, así como para aplicar las normas establecidas a nivel nacional, además de que llevan la intención de contribuir a mejorar la calidad de la atención en los centros de salud y en los hospitales de todo el país. En 1991 se extendió su uso a nueve hospitales y a 1818 unidades de primer nivel, lo que representó un avance del 28.5 y de 48% con respecto a la meta establecida en el Programa, lo que implica que es tres veces mayor que el avance reportado en los

años anteriores. De la meta fijada para 1992 por las entidades federativas, que consiste en incluir a 6422 unidades de primer nivel y 190 nosocomios, se logró la implantación en 3519 centros de salud y 126 hospitales, es decir, el 54 y el 66% de las metas nacionales respectivamente.

Sin embargo estos avances siguen siendo bajos en comparación con la meta nacional, que apuntó que para fines del sexenio pasado se implantarían tanto la aplicación de la Historia Clínica como el Carnet Perinatal en todos los centros de salud y los hospitales existentes en el país, para garantizar que cada mujer embarazada cuente con el mencionado carnet. Que sirve para la identificación y modificación de factores de riesgo a nivel local y regional, así como para llevar a cabo el control prenatal con respecto a la morbilidad de la madre y la existencia de anemia en las embarazadas³⁸.

b) Sin embargo, por falta de presupuesto no se tuvo este cuestionario en la cantidad suficiente para su difusión y aplicación en las unidades de salud. Además de que no se dió la debida capacitación al personal de las unidades de salud para su aplicación.

El Alojamiento Conjunto y la Lactancia Materna se promueven en todas las unidades de salud, en particular en los grupos de segundo nivel; sin embargo el grado de avance en cada uno de ellos es diferente. De esta manera existen hospitales en los que apenas se iniciaron las modificaciones las rutinas y la capacitación a los empleados, así como nosocomios que ya operan el Alojamiento Conjunto de manera adecuada, reduciendo el tiempo en que los niños pasan separados de su madre después del nacimiento.

Este Programa tiene como principal objetivo contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención materno infantil y al fomento de la lactancia materna. En los 31 estados de la nación se han sumado hospitales al Programa tanto de la Secretaría de Salud, como de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud. De 46 clínicas

³⁸ ver tabla 1, anexo 1, p. 87

inscritas en 1991, se incrementó la cifra a 216 en el año siguiente en todo el Sistema Nacional de salud, de los cuales 116 pertenecen a la SSA³⁹.

Dentro de la Secretaría de Salud el Programa fue planeado para realizarse en tres etapas:

-En la primera, que se llevó a cabo en 1991, la meta consistió en incluir un hospital por entidad federativa

-La segunda etapa, se desarrolla durante el año de 1992 incorporándose un hospital en cada estado por cada semestre, haciendo un total de 65

-Y en la tercera etapa, que se cumplió en 1993, integrándose al Programa los nosocomios faltantes de la SSA, para así alcanzar el 100%.

Como se puede observar en la tabla 2, se consigue el 178% de la meta establecida para 1992 y con esto se incluyó el 59% de los 195 hospitales delimitados en el Programa. Sin embargo, de 195 nosocomios, sólo 71 se encuentran trabajando normalmente con el Programa, lo que representa un avance menor del 50%.

El programa anterior serviría para ayudar a la disminución de la desnutrición y al aumento de anticuerpos en el bebé con lo que aumentaría la calidad prestada al usuario, pero la disminución del gasto en los hospitales que encareció, obras de remodelación y material de curación así como personal para atender al público, causó el efecto contrario en la realidad y en los objetivos planteados en el programa.

c) La instalación y funcionamiento de los Comités para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal, que tiene la finalidad de profundizar en los factores asociados a las muertes maternas y perinatales que se presentan dentro y fuera de la unidad hospitalaria, con el fin de disminuir las muertes evitables. A finales de 1993, además del Comité Nacional se contaba con 31 comités Estatales de los cuales solo funcionaban regularmente seis.

En la Secretaría de Salud se instalaron 174 comités hospitalarios (85.6%), 15 en hospitales de especialidades (gineco-obstetricia y pediatría), y 156 en nosocomios

³⁹ ver tabla 2, anexo 1 p. 88

generales y centros de salud con hospital. De ellos informan 149 y la mayoría corresponde a hospitales generales y de especialidad⁴⁰.

En los informes de supervisión y los enviados por los Estados durante el año, se observa que se alcanzó el 93.9% en la dictaminación de muertes maternas en relación con las ocurridas (216 con respecto a 230 reportadas) y 179% de dictaminación de los fallecimientos perinatales (3782 respecto a 4783 reportadas). Estas cifras, en comparación con las de 1990, son mayores en este año, ya que se logró el 76 y el 41% de avance.

Por otro lado, se da una diferencia sustantiva de lo que reporta el Sistema Estatal de Información Básica (SEIB), que depende de la SSA, y que reporto 207 muertes maternas ocurridas en hospitales de segundo nivel, esto es 23 menos que lo reportado por los Comités hospitalarios.

De la misma manera se reportan 5630 muertes fetales tardías y 3763 muertes de recién nacidos, que en conjunto suman 9393. A diferencia de lo encontrado en cuanto a mortalidad materna, el porcentaje de dictaminación de muertes perinatal hospitalaria, que informa el SEIB, es de 40.3% y difiere con lo reportado por los Comités de mortalidad.

Las diferencias encontradas se deben esencialmente al mal funcionamiento de los Comités, ya que no todas las muertes se sujetan a revisión, además de que no se envía el reporte a la dependencia correspondiente para su registro.

Cuando se comparan los datos del SEIB con los reportes de los Comités a nivel Estado, se aprecia la diferencia en las cifras de mortalidad que advierte un problema en el registro⁴¹. En ocho estados, las dos fuentes coinciden en el número de muertes maternas, mientras que en otros 12 estados, los Comités reportan un excedente de muertes respecto al SEIB, y en los 12 estados restantes, el SEIB reporta un mayor número de muertes en comparación con las del Comité. Suponiendo que las dos

⁴⁰ ver Tabla 3, anexo 1 p. 89

⁴¹ ver tabla 4, anexo 1 p. 90

fuentes fueran complementarias y se utilizara la cifra más alta, el total de muertes maternas ascendería a 289, lo que implica un sub-registro del 31% en el SEIB y 23% en la información de los Comités, hospitalarios situación que se presenta también en la mortalidad perinatal.

d) Programa de Prevención del Retraso Mental de Origen Metabólico. Dentro de este programa se detecta y trata el hipotiroidismo congénito y la fenilcetonuria. Cuando el tratamiento es oportuno en estos casos y se tratan los padecimientos en los tres primeros meses de edad, se evita el retraso mental secundario. La meta para 1991 fue la de recoger 43606 tomas de las cuales se tomaron 35710, esto es el 81.9%.

Para 1992 se establece como meta la de recoger 70 mil pruebas de detección de hipotiroidismo congénito y fenilcetonuria, a niños menores de tres meses en 16 entidades del país, incluyendo al Distrito Federal. Pero al finalizar 1992 solo se tomaron 29.210 pruebas que significan un 41.7% de lo establecido.

Por medio de estas pruebas se ha detectado un total de 9 casos de hipotiroidismo congénito, lo cual indica una incidencia del padecimiento en 1 por cada 1700 niños examinados, porcentaje superior al observado en años anteriores.

e) El programa de Capacitación y Control de Parteras Tradicionales, se lleva a cabo para conseguir la ubicación, capacitación y control de parteras tradicionales, así como para otorgarles locales, llamados posadas de nacimientos en donde se atiendan los partos. Este programa tiene como finalidad el de ayudar a disminuir las tasas de mortalidad materna y perinatal, mediante la capacitación de parteras tradicionales, personal de la propia comunidad el cual por la atención de la embarazada y de niños cobra una cantidad significativa a la comunidad y por parte de la Dirección General se les otorgaba un incentivo en materias primas, o un maletín con material de curación y en algunas ocasiones se les acondicionaba el lugar donde trabajaban con ayuda de la comunidad. Dado que los servicios de salud, en general carecen de una cobertura

total en las localidades del país, este personal desempeña un papel muy importante para el Programa de Extensión de Cobertura de Atención Materno Infantil.

En México algunos estudios muestran que de los 2.06 millones de nacimientos anuales, el 25.1% son atendidos por parteras con variaciones hasta del 44.5% en el área rural (ENFES, 1987).

Durante el año de 1992 se observó la Encuesta Nacional de Parteras, que existen 1549 parteras, a las que se sumaron 7396 parteras ya encuestadas en años anteriores; este personal fue censado para integrarse a las 1000 encuestadas para 1993, sobre el perfil de la partera tradicional en México. La encuesta se efectuó con la finalidad de conocer las características generales de la comunidad donde vive la matrona, del domicilio y de la propia partera; las características de la atención que proporciona en su localidad y de la capacitación que ha recibido. Dentro de los aspectos que se observan, el 84% de las parteras encuestadas están activas; el 50% se encuentra en el sur del país; el 80% tiene más de 41 años de edad; el 58% sabe leer y escribir; el 52% sabe inyectar y más del 20% de ellas participa en actividades de vacunación y prevención de enfermedades diarreicas agudas, además de otros aspectos de relevancia como son la promoción y el fomento de la lactancia materna y de la planificación familiar.

Durante 1992 se prepararon cursos de capacitación a parteras en lo que se refiere a la atención del parto, haciendo énfasis en la prevención de enfermedades intestinales agudas, la promoción de la lactancia materna y el fomento de la vacunación para evitar el tétanos neonatal. Durante este año se logró el 61.7% del objetivo programado en capacitación. De 5977 parteras, se capacitó a 3691, que sumadas a las de años anteriores, hacen un total de 8113 parteras tradicionales⁴².

Los estados del país con un avance mayor al 100% en la capacitación fueron Durango y Tabasco, que alcanzaron respectivamente 230 y 115% de la meta determinada para este año, y Campeche, que tuvo un progreso del 100%. Por otra

⁴² Ver Tabla 5, anexo 1 p. 91

parte, las entidades federativas que apenas rebasaron el 20% del objetivo fueron Tlaxcala, Sonora, Zacatecas y Oaxaca; por último, Hidalgo y el Distrito Federal no han logrado capacitar a parteras durante 1991 y 1992.

A través del Sistema de Vigilancia Epidemiológico se obtiene información de las actividades que desarrolla la partera en la comunidad, así como de los datos remitidos por los estados a la Dirección General, lo que permitió observar que en 18 entidades federativas (algunas en forma parcial), las parteras otorgaron 58, 205 consultas perinatales, atendieron 20406 partos (de los cuales 164 eran complicados). Los daños a la salud registrados en el sistema fueron: 329 abortos, 112 muertes maternas y 14 fallecimientos neonatales⁴³.

Las Posadas de Nacimiento son instaladas para proporcionar una buena atención del parto en condiciones de higiene y para que la partera cuente con una habitación mejor acondicionada para la asistencia del nacimiento. La Dirección General proporcionó Posadas de Nacimiento a las parteras capacitadas con mayor demanda de atención para que se instalen en la casa de la comadrona, en algún lugar de la comunidad o en un espacio más o menos pequeño de la comunidad que este sub-utilizado. A la fecha se han entregado 450 Posadas de nacimiento, de las cuales 120 fueron instaladas en 1992. Sin embargo, algunos informes de supervisión muestran que solo 242 se han colocado, y de estas, solo se encuentran funcionando 180. En algunas entidades, el equipo fue remitido a las unidades de salud, y en otras, los lugares seleccionados no fueron los adecuados, por lo que existe la necesidad de reubicar esas Posadas de nacimiento⁴⁴.

Otro apoyo a la partera tradicional es la entrega de un maletín; este se proporciona como un estímulo a su actividad. Esta maleta contiene el instrumental mínimo necesario para la atención del alumbramiento. En 1992, la Dirección General

⁴³ Ver Tabla 7, anexo 1 p. 93

⁴⁴ Ver Tabla 6, anexo 1 p. 92

obtuvo un financiamiento para la adquisición de 369 maletines por parte del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Los programas anteriores fueron instrumentados a fin de elevar la calidad de los servicios médicos y de cubrir a toda la población con los mismos, de acuerdo a la política de salud neoliberal y como se puede observar los programas llevan el propósito de elevar la calidad de la atención que se brinda a la población, sin embargo cuando se concretan en la realidad resulta que la calidad no se puede elevar por la falta de financiamiento en las unidades hospitalarias, por la política de racionalidad de recursos, la simplificación de la prestación de los servicios y concretamente por la situación de extrema pobreza de la población y por último por la falta de capacitación y de material médico.

f) El Programa de Mejoramiento del Estado Nutricional de madres y niños incluye actividades que se desarrollan a través de cinco sub-programas fundamentales que son:

- *-Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo del menor de 5 años
- *-Orientación Nutricional
- *-Ayuda Alimentaria
- *-Fomento a la producción de alimentos para el autoconsumo
- *-Participación Comunitaria

Y el "*Proyecto Piloto*" de Nutrición y Salud (desarrollado en 4 estados). El objetivo fundamental de este Programa es el de lograr que en todas las instituciones del Sector Salud se practique la vigilancia Nutricional de todos los niños, así como el crecimiento y desarrollo en los primeros cinco años de edad, con objeto de detectar y tratar oportunamente los problemas encontrados. Con el Programa se desarrollan actividades para el aprovechamiento de los alimentos que se producen en las localidades, la mejoría de la alimentación de la mujer embarazada, de la madre en período de lactancia y el niño menor de cinco años.

-El sub-programa Vigilancia Nutricional de menores de cinco años dentro de los servicios de salud. De acuerdo a lo reportado por el SEIB, órgano encargado de recavar este tipo de información médica, durante 1992 se impartieron 3.380,028 consultas de primera vez a los menores de cinco años. Así mismo este tipo de consultas se utiliza para medir la cobertura aproximada de las unidades de salud. En los datos obtenidos se observó que el 38.6 por ciento cubre a menores de un año y el 61.4%, a los niños de uno a cuatro; el primer nivel atendió en este año el 91.1 por ciento y el segundo nivel el 8.9% de los infantes menores de cinco años.

Debido a las modificaciones introducidas en el SEIB, para 1992 se contó con los datos de consulta de primera vez en las que se evaluó el estado nutricional (casos). Estos son utilizados para medir la cobertura en menores de cinco años y la evaluación del estado nutricional, (en los años anteriores no se evaluó el estado nutricional de los niños en las consultas), la vigilancia nutricional se llevó a cabo en 2.630,965 infantes, lo que representa el 5.6 por ciento de los niños atendidos de primera vez en la consulta externa⁴⁵.

Con respecto al estado nutricional de los infantes atendidos, del total evaluado en su estado nutricional, el 88.7 por ciento no mostró desnutrición, como se puede observar en la tabla antes mencionada; por otro lado, un mayor número de infantes presentó desnutrición de tipo leve, y fueron bajos los porcentajes para la desnutrición moderada y severa. La distribución de estos tres grados de desnutrición muestra un ligero predominio en las categorías leve y moderada para los niños de uno a cuatro años. El porcentaje de niños con desnutrición debe ser más alto si lo comparamos con la encuesta Nacional de Nutrición, ello se debe a que existen problemas en el registro de la programación estatal, lo que hace que la información tenga diferencias.

Por otra parte, en relación con los 296, 188 niños, detectados con desnutrición, se reportó la recuperación de 12,041 es decir, del 4.1 por ciento. Este porcentaje es

⁴⁵ ver tabla 8, anexo 1 p. 94

aún más bajo, pero en la Dirección General se argumentó que estaba también influido por los problemas existentes en el registro de la actividad.

A nivel estatal, las proporciones más elevadas de desnutrición se observaron, en orden de importancia, en los estados de Campeche, Chiapas, Yucatán, Puebla, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo y Zacatecas, con cifras que van del 18.3 por ciento al 28.8 por ciento⁴⁶. En estas entidades los porcentajes elevados están dados principalmente por una mayor proporción de desnutrición del tipo leve, que es el que puede ser atendido en la consulta externa.

De las consultas totales a menores de cinco años, en 1992 se impartieron 6. 269, 937, cifra muy parecida a la que se estipula en 1991 (6. 246, 856). El 91.1 por ciento de ellas fueron impartidas en el primer nivel de atención. Como parte de la normatividad se efectuó la valoración del estado nutricional en 5. 691, 927 consultas que equivalen al 86.9 por ciento del total, mientras que la proporción observada en 1990 fue de 92.4, apreciándose una ligera aminoración⁴⁷.

Durante 1992, la productividad en cuanto al número de consultas a niños ha sido menor en cada uno de los meses, con excepción de los meses de junio, julio, septiembre y noviembre, al ser comparada con 1991. Esta situación requiere de la intensificación de acciones para promover la vigilancia nutricional en casi toda la nación, y de la supervisión y asesoría, en los tres niveles de atención pero sobre todo en el primer nivel, fundamentalmente en los procedimientos de registro y envío de información, para el caso de los infantes de 1 a 4 años.

-Sub-programa para el Mejoramiento de la Salud del Preescolar

Inició su operación en el año de 1991, luego de establecer la coordinación con la Secretaría de Educación Pública y con las instructoras de los centros de educación preescolar, quienes se encargan de la vigilancia de la salud y del estado nutricional de los niños que asisten a estos centros.

⁴⁶ Ver Tablas 9 y 10 del Anexo 1p. 95 y 96
⁴⁷ Ver Tablas 11 y 12, del Anexo 1 p. 98 y 98

Los datos que se analizaron revelan que en la ejecución de los Programas hubo un incremento, de 22 estados en 1991 a 26 en 1992; lo mismo sucede con los centros educativos que, de 12499, ascendió a 16909 en 1992; y de educadoras capacitadas para la realización de las actividades el número subió de 31536 en 1991, a 53773 al año siguiente, con lo cual se cubre el 44.8% de los centros y el 56.4% del personal docente en relación con los centros inscritos en el Programa⁴⁸.

En febrero de 1992 se examinó el estado nutricional de 957.898 niños, y en septiembre de ese mismo año a 860.963, es decir, el 36 y el 32.3% del total de inscritos en el intervalo del año '92. Este porcentaje ascendió a 44.9% y 46.8% respectivamente, si se toma en cuenta a los infantes inscritos de los Estados y Centros que informan. El tanto por ciento de normalidad en el estado nutricional ha ido incrementándose de 55 a 64%, con descenso de las categorías de riesgo y desnutrición. Esta situación puede estar dada por una mejoría en los procedimientos de medición por parte de las maestras⁴⁹.

-Sub-programa Orientación Nutricional

Las actividades de Orientación Nutricional y Salud Materno Infantil también se reportan por medio del SEIB. Pero como esta modificación se incluyó a partir de enero de 1992, por lo que no se pudo comparar con períodos anteriores. En materia nutricional, en 1992 se impartieron 94,407 pláticas a 1'669, 540 personas que acudieron a los servicios de primero y segundo nivel. Ello se lleva a cabo para contribuir a la prevención de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas y para favorecer la atención perinatal.

-Subprograma Ayuda Alimentaria, Fomento a la Producción de Alimentos y Participación Comunitaria

Durante 1992, la ayuda alimentaria se realizó mediante dos líneas de financiamiento; por medio de presupuesto de la SSA y a través de donaciones de la

⁴⁸

Ver tabla 13, anexo 1 p. 99

⁴⁹

Ver tabla 14, anexo 1 p. 100

Cooperativa Americana de Remesas al Exterior (CARE), que ha venido operando desde hace varios años, con un proyecto para evaluar los Programas de Ayuda Alimentaria, denominado Proyecto Piloto de Nutrición, Alimentación y Salud, el cual inició sus actividades en septiembre de 1991 y concluyó en junio del año siguiente. Este Programa se llevó a cabo en localidades rurales y está dirigido a las familias que se encuentran en riesgo o con desnutrición, en familias en donde existen madres en período de lactancia y en niños menores de cinco años.

-Sub-programa Care

Con el apoyo de la Cooperativa Americana de Remesas (CARE), se estableció la Ayuda alimentaria en 2, 777 localidades rurales de 24 entidades federativas, con lo cual se consiguió un avance mayor al 100% de la meta programada para este año. Y se dió ayuda alimentaria a 122, 902 familias de 125, 000 programadas, por lo que se logró el 98%.

Entre las familias se distribuyeron 2.939, 173 paquetes de alimentos, cada uno para 15 días aproximadamente, con lo que se obtuvo el 61% del objetivo programado⁵⁰.

En comparación con 1989, año en el que se dio ayuda alimentaria a 4, 088 localidades que incluían 224, 785 familias , en 1992 se dió ayuda alimentaria a 2000 localidades y 122902 familias y se logró el 100% de la meta establecida. Como puede observarse, existe una disminución de casi el 50% con respecto a las localidades y las familias cubiertas, ello se debe a la reducción de recursos proporcionados por CARE.

En 1992 la actividad anterior se introdujo nuevamente en el SEIB, en donde se observaron diferencias en la información que manejaba esta dependencia y el informe que fue enviado por los Estados a la Dirección General de Atención Materno Infantil. Con respecto al Sistema Estatal de Información Básica, se comunica que para los 24 estados que llevan el Programa, existen 2588 localidades a las que se les

⁵⁰ Ver Tabla 15, anexo 1 p. 101

otorga ayuda alimentaria, que comprende 102, 132 familias, 10238 mujeres embarazadas y 129,315 menores de cinco años. Estas cifras son menores a las que se reportaron a la Dirección General⁵¹.

-Proyecto Piloto de Nutrición, Alimentación y Salud

Este proyecto se inició en 1991 en los estados de Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas y Estado de México, se finalizó en junio de 1992. En este tiempo se cubrieron 619 localidades, 32.755 familias, 50.637 menores de cinco años y 2.382 mujeres embarazadas.

Con excepción de las gestantes controladas, en donde se alcanzó únicamente el 47% de la meta, en el período de enero a junio de 1992, los logros en cuanto a las localidades, familias, niños y madres lactando incluidos en el Programa fueron el 100%, en relación a los objetivos previstos, tanto a nivel general como por Entidad Federativa⁵².

El programa anterior es un ejemplo de la política que se llevó a cabo durante el gobierno de Salinas de Gortari que implica; la simplificación de los servicios, la reducción de los beneficiarios, la focalización de los servicios hacia los grupos indigentes y participación de la comunidad en los servicios de salud.

Dentro de la segunda línea estratégica del Programa de Atención Materno Infantil que implica la prevención de riesgos y daños a la salud materno infantil, por medio de la participación comunitaria, se encuentra:

a) El Programa de la Salud Empieza en Casa.

b) Programa Violencia Intrafamiliar y problemas Sociales, en donde se supone se realizarían acciones con grupos e instituciones para prevenir y proteger la salud de madres y niños con conflictos sociales tales como: la violencia intrafamiliar, la prostitución, la drogadicción, etc.

a) Programa La Salud empieza en Casa

⁵¹

Ver Tabla 16, anexo 1 p. 102

⁵²

Ver Tablas 17 y 18, anexo 1 p.103

Se fundamenta en la formación de capacitadores conocidos como agentes de salud, y estos a su vez capacitan a las amas de casa como procuradoras de la salud, orientándolas hacia la prevención en riesgos de daño a la salud de la familia. La formación de agentes y procuradores se inició en 1989 y durante éste año se logra la formación de 2,805 agentes y 24,985 procuradoras en 12 estados. Para 1990 con excepción del estado de Yucatán, en todos los estados se formaron agentes y en 26 Estados procuradoras. En el mismo año se triplica la cifra de agentes capacitados a 9539 y por poco se duplica la cifra de procuradoras, 42,656. En 1992 se forman 29,511 agentes y 232,787 procuradoras, el 132% y el 29% más, respectivamente en comparación con 1991. Al término de éstos cuatro años el número de agentes asciende a 54,588 y el de procuradoras a 480,420⁵³.

A partir de enero de 1992 las actividades del programa fueron incorporadas al SEIB, de tal manera que al igual que en otros programas se observan algunas diferencias; en lo reportado por los estados y lo que registra el SEIB en donde se reporta sólo el 69.4% de agentes formados y el 43.5% de procuradoras, en comparación del más del 100% reportados por los estados a la dirección general.

b) Programas Específicos de la Mujer y del Niño

En el Programa se intentó resolver los problemas determinados de la madre y del menor, el proyecto se estableció en el año de 1989, bajo la coordinación de la Dirección General de Atención Materno Infantil y la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, estableciéndose 7 actividades básicas a desarrollar: las internas de los Centros de Readaptación Social y sus hijos, el aborto, la violación, la prostitución, el niño y la mujer maltratados y la salud mental del niño y la madre.

De lo anterior sólo se logró, durante los primeros cuatro años, la capacitación y creación de áreas individualizadas dentro de las agencias del Ministerio Público, en los problemas de violación y maltrato a niños y mujeres. Y durante 1992 se dio

⁵³ Ver tabla 19 anexo 1 p. 104

atención médica y psicológica a 3131 víctimas, 144 por parte de la Secretaría de Salud y 169 con actas por parte de la Procuraduría, con un logro del 59.9% con respecto a la meta de actas levantadas.

c) Programa Mujer, Salud y Desarrollo

El Programa se supone tenía la finalidad de mejorar las condiciones de bienestar de la mujer y de promover las acciones de salud para la mujer en igualdad con las de los hombres. El avance obtenido durante los cuatro años anteriores es de cero y solo se logró la elaboración de un libro, el cual además no fue elaborado en la Dirección General. En este libro se analiza la necesidad de la atención a la salud de la mujer mexicana en tres etapas de su vida que se presume son cruciales para el desarrollo de su existencia: la niñez, la adolescencia y la vejez.

Como se puede observar, en lo que respecta a esta línea de acción sólo se tienen avances concretos en el Programa de La Salud Empieza en casa. Ya que, este programa impulsaba la participación comunitaria y el fomento de la salud, por medio del autocuidado, así como la promoción de la nutrición en la población materno infantil, otorgándole a este tipo de población un paquete alimentario, sobres de Vida Suero Oral, y a la partera tradicional se le obsequiaba un maletín, con lo mínimo indispensable para atender el parto. Lo anterior servía a la DGAMI para cumplir con los lineamientos y políticas de salud implantados por el gobierno neoliberal de Salinas de Gortari de descentralización de los servicios de salud, del traslados del costo de los servicios a la comunidad del fomento del autocuidado y de la insistencia de la culpabilidad individual en la generación de la enfermedad. De ahí que el Programa también podía ser utilizado con fines políticos.

Por último, como apoyo al Programa de Atención Materno Infantil, se llevaron a cabo acciones para la atención del infante y de la madre en unidades y centros de salud, las cuales nos muestran la calidad de la atención que se brinda a la mujer y al niño, así como su situación de salud, acciones tales como:

a) La Atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios médicos de la Secretaría de Salud.

La información que se recoge en este apartado, se basa en los informes mensuales de los centros de salud por entidad federativa, que se obtienen a través del SEIB y de la información anualizada, que es el resultado de la acumulación de informes enviados de manera extemporánea a la Dirección General de Estadística Informática y Evaluación.

Con respecto a la cobertura del embarazo, parto y puerperio, durante 1992 se estableció la meta de atender a 765, 772 mujeres embarazadas; 498, 288 partos y 488, 266 mujeres en etapa de puerperio. Y se logró el 114% de cobertura en embarazadas (atendidas por primera vez), que significó 873, 700 mujeres; en cuanto a la atención del parto, se alcanzó el 76.8% de la meta, con un total de 382, 784 partos, y el 26.9% en la cobertura del puerperio, lo que representa la atención de 131, 459 puérperas de primera vez⁵⁴.

Estos logros significaron el 108, el 101 y el 129% respecto a los embarazos, partos y puerperios atendidos en 1991. Como se puede observar la atención del embarazo y parto se mantuvieron relativamente estables respecto a los años anteriores, pero la del puerperio continua elevándose en los primeros 3 años de registro.

La proporción de mujeres que acudieron a consulta de embarazadas por primera vez, según el trimestre de gestación en que se encontraban, demuestra que todavía persiste la asistencia tardía al primer control prenatal. Tan sólo el 25% se presentó durante el primer trimestre, mientras que el 33.0 y el 41.5% acudieron por primera vez en el segundo y tercer trimestre respectivamente⁵⁵.

En general el indicador de cobertura de embarazadas de primera vez por 1000 mujeres en edad fértil, acumulado al año anterior, es de 121.1, en tanto que el del

⁵⁴ Ver Tablas 21, 22, y 23, anexo 1 p. 106, 107 y 108
⁵⁵ Ver Cuadro 1, anexo 2 p. 120

parto por 1000 Mujeres en Edad Fértil (MEF), es menor a 53.1, aunque mayor que el año anterior (50.2), y se observó que sólo un poco más del 43% de las embarazadas controladas reciben atención del parto en las unidades de la Secretaría de Salud.

Con respecto a los logros en los estados del país, en casi la tercera parte de ellos, se observaron porcentajes de logros en partos atendidos superiores al 100% de la meta programada⁵⁶. Al igual que en casos anteriores, en algunos de ellos hubo una programación inadecuada de objetivos, por que como se dijo previamente, el estado programó más mujeres para el parto que las mujeres embarazadas (mujeres en edad fértil); así mismo se observó que los estados de Aguascalientes, Chiapas, Hidalgo, Nayarit, Oaxaca, Querétaro, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas, lograron coberturas cercanas o mayores al 100% por cada mil mujeres en edad fértil.

La cobertura del puerperio a nivel Nacional, en relación con los partos atendidos, alcanzó el 34.3% en 1992, en comparación con el 28.3% en 1991, lo cual demuestra que no se ha cumplido con el 50% del objetivo comprometido en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, que es la meta nacional⁵⁷; en la tabla, se observa que el porcentaje de cumplimiento es muy bajo en las entidades federativas, excepto en Colima, Sinaloa, Tabasco y Veracruz. En todos los demás estados de la República se brinda atención puerperal a menos del 34% de mujeres que son atendidas de parto en las unidades.

b) Consulta Prenatal y del Puerperio

Las consultas totales: prenatales y del puerperio se incrementaron en 12.5 y 29.1% respectivamente, en comparación con el año anterior, por lo que en cuanto a la meta programada, se logró el 72.5 y el 22.2%. Sin embargo, en casi la tercera parte de los estados se observaron avances superiores al 100%; ello se debe a que se programó mal porque las metas fueron inferiores respecto a la productividad observada⁵⁸. En casi todas las entidades federativas se contemplaron incrementos en

⁵⁶ Ver tabla 22, anexo 1 p. 107

⁵⁷ Ver tabla 24, anexo 1 p. 109

⁵⁸ Ver tabla 25, anexo 1 p. 110

los dos tipos de consulta. Con excepción de Baja California, Distrito Federal, Durango y Guerrero en la consulta a embarazadas; y Aguascalientes, Hidalgo, Morelos, Nayarit y Querétaro, en la consulta del puerperio⁵⁹.

El indicador de consultas prenatales a embarazadas fue mayor que el alcanzado en 1991 (2.2), pero inferior a la meta de 3.7 para 1992. El promedio de consultas se elevó en 18 estados en relación al año anterior, en 11 se mantuvo y en los 3 restantes disminuyó. Así mismo los estados de Jalisco, Nuevo León, Sonora y Yucatán tienen los más altos promedios, y de ellos se destacan Nuevo León por ser el más elevado (3.6) , y Jalisco que lo incrementó de 2.6 a 3.1. Los más bajos promedios se observaron en los estados de Chiapas, Guerrero, Michoacán y Puebla, que aún no alcanzan las 2 consultas indicadas en la Norma 5 y 6 de la Ley General de Salud.

El promedio de consultas estatal en el puerperio permaneció sin cambios en 1991 (1.7%), así mismo, en más de la mitad de ellos se obtuvo un incremento con respecto al año anterior; en once estados hubo un descenso y cinco se mantuvieron sin cambio. En las tablas anteriores se observó que, en los estados de Campeche, Coahuila, Colima y Durango, se alcanzó el promedio de dos consultas por púerperas, como lo señala la norma, en tanto que en Aguascalientes, Baja California, Guanajuato, Morelos, Nayarit, San Luis Potosí, Sonora y Tamaulipas se tiene el más bajo promedio 1.3 y 1.4⁶⁰.

El programa anterior lleva el propósito de disminuir la tasa de mortalidad de la madre ya que con la revisión médica periódica de la embarazada se pueden detectar a tiempo complicaciones en el embarazo. Sin embargo existe resistencia de la embarazada a acudir al servicio médico por la falta de calidad en la atención, la carencia de clínicas de salud cercanas a su domicilio, y la espera prolongada para la

⁵⁹ Ver tablas 26 y 27 anexo 1, p. 111 y 112

⁶⁰ Ver tabla 27 de anexo 1 p. 112

consulta lo que hace entre otras cosas que la embarazada no acuda a su control médico regularmente.

c) Aplicación del toxoide tetánico a embarazadas

El número de dosis aplicadas de toxoide tetánico por nivel de atención para 1992, fue de 550. 600, lo que resultó ser 13.3% mayor a 1991. En lo que se refiere a las gestantes que reciben por primera vez la aplicación de la primera dosis, la cobertura fue de 36.9%. Y la cobertura de embarazadas que tomaron la segunda dosis de toxoide tetánico, fue de 21.8%, lo que mostró un ligero aumento en relación con lo obtenido en 1991. Lo anterior denota un ligero aumento, en la mayoría de los estados, en la cobertura lograda con la primera y segunda dosis de toxoide tetánico a las embarazadas en los dos años anteriores⁶¹.

d) Embarazo y el estado de Salud del Recién Nacido

Para 1992, el SEIB reportó 328, 784 partos y 35, 821 abortos atendidos en unidades de primero y segundo nivel, lo que hace un total de 418, 569 atenciones, y significó el 8.6% de abortos.

Con respecto al total de partos atendidos en la Secretaría de Salud, el 21% ocurrió en unidades de primer nivel (Centros de salud rural) y el 78.6% restante en unidades de segundo nivel (hospitales).

En la Tabla 31, anexo 1, se observa que para este año se obtuvieron 380, 373 nacidos vivos, y de ellos, 5, 588 nacieron de parto múltiple, que representa el 1.5%. Del total de niños nacidos se reportaron 3, 205 muertes fetales tardías (28 semanas y más) y 6, 397 muertes fetales tardías (28 semanas y más), por lo que las tasa de mortalidad fetal por mil nacidos vivos fue de 8.4 y 16.8% respectivamente.

⁶¹ Ver Tabla 28, anexo 1 p. 113

e) Bajo peso al nacer

Cuando se efectúa la comparación por entidad federativa en los últimos tres años⁶², apreciamos ligeras variaciones en el indicador que se mantiene por abajo del 10%. Así mismo, los estados de Nayarit y Veracruz reportan los valores más bajos.

f) Índice de cesáreas

De los 84, 924 partos registrados con algún grado de complicación, 69, 905 fueron resueltos mediante cesáreas, estas cifras continúan en ascenso comparadas con años anteriores. Es decir, el porcentaje de cesáreas en 1992 se incrementó en el país, con respecto a 1991. Y las entidades que mantienen cifras más elevadas (de 20 a 33.5%) son: Quintana Roo, Chiapas, Chihuahua, Jalisco, Nuevo León, Distrito Federal, Querétaro, Tabasco, Tamaulipas y Yucatán. El Estado que reporta el índice más bajo de cesáreas es Michoacán, con el 8.8%⁶³.

Lo anterior demuestra la falta de atención con calidad que se brinda a las mujeres embarazadas, pues la practica de un número elevado de cesáreas, además de reducir el tiempo de trabajo utilizado por el médico con la parturienta, nos indica que se practicó un mal diagnóstico, debido a la falta de médicos capacitados que, en muchas de las ocasiones, la embarazada puede traer al mundo a su bebé en condiciones normales (vía vaginal) y sin practicar operación alguna. Esto nos indica la falta de calidad en la atención a la embarazada, no obstante que es uno de los principales objetivos de la existencia del Programa de Atención Materno Infantil.

g) Mortalidad Materna y Perinatal

En 1992 se reportaron 232 muertes maternas, de las cuales, 25 acontecieron en unidades de primer nivel, y 207 en hospitales. La tasa global fue de 6.75 por 10 mil nacidos vivos, y resultó ser 38% mayor que la del año anterior, que fue de 4.9%⁶⁴.

⁶² Ver tabla 29, anexo 1 p. 114

⁶³ Ver tabla 30, anexo 1 p. 115

⁶⁴ Ver tabla 31, anexo 1 p. 116

En cuanto a la tasa de mortalidad por entidad federativa, en 15 estados hubo ascenso, en trece estados la tasa disminuyó, mientras que en los cuatro estados restantes se mantuvo sin variaciones. Por último, los estados de Baja California sur, Coahuila y Sinaloa, no reportaron en este año muertes maternas.

En los reportes de los comités hospitalarios para 1992 se observó que las causas obstétricas directas siguen estando entre los primeros lugares de mortalidad materna y que la toxemia del embarazo, ocupa el primer lugar en los últimos años, seguida de la hemorragia del embarazo y parto y de las complicaciones del puerperio, fundamentalmente las infecciosas. La elevada proporción de casos de toxemia nos indica la persistencia de problemas relacionados con la cobertura de la calidad de la atención del embarazo, resultado de la detección y atención tardía del padecimiento y un manejo inadecuado del mismo.

h) Mortalidad en Recién Nacidos.

La mortalidad en niños menores de 28 días (recién nacidos), que ocurre en unidades de la Secretaría de Salud, ascendió este año a 4,068 casos, de los cuales 305 (7.5%) ocurrieron en el primer nivel, y 3,763 (92.5%) en el segundo nivel. Esta cifra es mayor que la reportada en 1991 (2, 914) y en consecuencia, la tasa por mil nacidos vivos para 1992 fue de 10.7, en comparación con la 7.9 del año anterior.

Dentro del SEIB no se cuenta con información acerca de la mortalidad por etapas (neonatal, temprana y tardía) por lo que la información analizada comprende la mortalidad neonatal total. Durante 1992, los estados de Baja California, Guerrero, Chiapas, Querétaro, San Luis Potosí, Hidalgo, Tamaulipas y Veracruz tuvieron las tasas más elevadas (entre 13 y 21.4% por mil nvr).

i) Mortalidad fetal tardía

Sólo hasta 1991 se dispuso de un registro permanente de la mortalidad fetal tardía, que comparada con 1992, año en el cual se reportaron 6,397 muertes

fetales tardías (28 semanas y más): la tasa de mortalidad fetal por mil nacidos vivos descendió a 16.8, en comparación con años anteriores⁶⁵.

Por otro lado, en trece estados se incrementó la tasa de mortalidad con respecto al año anterior, como el Estado de Guerrero que tuvo la tasa más alta (32.8), y la más baja correspondió al estado de Nuevo León con 9.4%⁶⁶.

En los estudios realizados por los comités de mortalidad materna y perinatal, se destacan los problemas de sufrimiento fetal durante el parto, la insuficiencia respiratoria, la prematurez y otros problemas asociados a la atención del parto, así como las malformaciones, que son al mismo tiempo las causas más frecuentes de mortalidad fetal y neonatal temprana. En lo anterior podemos observar que existe una atención de mala calidad en los centros de salud de la SSA, sobre todo durante el nacimiento⁶⁷.

Los programas de atención materno infantil tenían el propósito de otorgar atención suficiente y de calidad a la población materno infantil, lo cual se desvirtuó por la situación de crisis económico social concreta de la población, resultado de la política neoliberal adoptada por el gobierno de Salinas, que lleva implícita la racionalización y descentralización de los servicios de salud permitiendo con ello incentivar los procesos de privatización de los servicios y dejar al nivel local la decisión financiera, administrativa y de producción de los servicios sin recursos económicos.

Situación que hace que al concretarse los programas no se obtengan los resultados esperados.

⁶⁵ Ver Cuadro 2, anexo 2 p. 120

⁶⁶ Ver Tabla 33, anexo 1 p. 118

⁶⁷ Ver Cuadro 4, anexo 2 p. 121

4.1 FUENTE DE FINANCIAMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE ATENCION MATERNO INFANTIL

El Programa de Atención Materno Infantil se financió con presupuesto aportado en mayor parte por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y con participación minoritaria de la Secretaría de Salud de México, que contribuyó con 668, 100 millones de pesos⁶⁸, dinero que fue insuficiente y enviado extemporáneamente a la DGAMI para la implantación del Programa a nivel nacional. Por ello, para el desarrollo de las acciones del Programa de Atención Materno Infantil en las entidades federativas, fue necesario obtener presupuesto de otros Programas como el de Planificación Familiar, y utilizar al máximo los recursos disponibles, tal y como se indica en la política de planeación (programar los servicios médicos en base a necesidades con racionalización y empleo del menor presupuesto posible), elaborada por la OPS y puesta en marcha en los países que cuentan con un alto índice de mortalidad materno infantil.

En 1990 se incrementó el presupuesto federal para el Programa a 1'849, 600 millones de pesos, que junto con el aportado por instituciones internacionales, dio un total de 20, 770 millones de pesos⁶⁹.

En 1991, el presupuesto federal se incrementó a 2'022, 188 millones de pesos, presupuesto que, junto con el de organismos internacionales dió un total de 22, 527 millones de pesos.

En los años siguientes 1992-1993, fue de 2'589, 131 y de 2'914,600 respectivamente lo que dió un total de 35'974,208, millones de pesos, presupuesto

⁶⁸ Ver cuadro 5, anexo 2 p. 122
⁶⁹ Ver cuadro 5, anexo 2 p. 122

que para 1993 creció de parte Federal a 2'914, 600 e indicó un total de 35'974, 208 millones de pesos.

Como se puede observar, el Programa de Atención Materno Infantil se financió con aportaciones mayoritarias de organismos internacionales, razón por la que se debe adoptar necesariamente la política y los lineamientos desarrollados por la OPS para el establecimiento del mismo. Política en la que todas las naciones latinoamericanas son agrupadas y caracterizadas por la OPS, como países que tienen un alto índice de población pobre, así como carencia de servicios médicos. De ahí que la política a seguir, según la OPS, sea la de dotar a toda la población materno infantil con servicio médicos de primer nivel de calidad (Política de Extensión de Cobertura), pero utilizando el menor presupuesto posible. Por ello, en la Dirección General de Atención Materno Infantil se llevan a cabo programas como el de la Instalación de Posadas de Nacimiento, en el cual a las parteras tradicionales algunas veces se proporcionaba un local en donde atender los partos; el de Capacitación de Parteras Tradicionales y el de Comités de Mortalidad Materna y Perinatal, en el que se estudian las causas por las cuales sucede la muerte de la madre, etc.

Todos estos Programas estaban dirigidos a cubrir el total de la población materno infantil, así como elevar la calidad de los servicios médicos y de salud.

Sin embargo, reflexionando sobre lo anterior, se coincide con Alejandra Jablonska, que homogeneizar y enmarcar a todos estos países dentro de una misma problemática, tiene, como ya vimos anteriormente, la intención velada de mantener al sistema actual, dejando de lado la existencia de diferentes clases económicas con distintos intereses económico-sociales. Esta concepción conduce a que la OPS de la misma importancia a las causas epidemiológicas que a las sociales, razón por la cual se dan soluciones simplistas y generales al problema de la mortalidad materno infantil, tales como el establecimiento del Programa de Extensión de Cobertura en todas las naciones que cuentan con la misma problemática de altas tasas de mortalidad materno infantil.

Resultado de lo anterior es la pérdida de la noción de la realidad de pobreza extrema en la que viven la madre y el niño en cada país, sin tomar en cuenta que cada nación tiene situaciones concretas, tanto socio-económicas, geográficas como físicas y culturales que incluso al interior de cada país son diferentes. Esta concepción no acepta la existencia de distintas clases en pugna y no toma en cuenta la situación de crisis económico social de cada país, que es generada en gran parte por la falta de distribución equitativa del ingreso, lo que es un factor que influye en el mejoramiento del nivel de vida y de salud de la población materno infantil.

El Programa entonces responde a intereses del capita nacional e internacional más que a las necesidades de la población materno infantil. Las políticas y programas sociales -como es el caso de la Dirección General de Atención Materno Infantil-, se convierte en paliativo y en una estrategia política y son utilizados por el gobierno para ejercer su función legitimadora y para mantenerse en el poder, así como para atender a compromisos establecidos con Organismos Internacionales, que según Alejandra Jablonska⁷⁰, tienen el propósito de mantener la estabilidad social y el poder hegemónico de las minorías que poseen el poder económico.

Lo anterior se puede observar en le aumento, año con año, del presupuesto federal e internacional para el Programa de Atención Materno Infantil, lo que da la apariencia, como ya vimos anteriormente, de un Estado que colabora con todos los sectores de la población indistintamente, al igual que los hace participar en la ejecución de Programas de Salud, para beneficio de los mismos habitantes, en donde aparentemente se vive en una sociedad en donde no hay lucha de clases, que participa con el gobierno, del cual a cambio de su participación, recibe los servicios de salud, pero además con ello el gobierno obtiene el consenso de la población materno infantil y la precaria estabilidad social.

⁷⁰ Idem

Ya que la realidad nos muestra que la situación de salud de la madre y el niño sigue igual e incluso peor, que al inicio del sexenio como se puede constatar en el aumento, en 1992, de la tasa de mortalidad materna y del recién nacido (menor de 28 días), aún en tasa mayores que cuando empezó a funcionar en 1989 el Programa de Atención Materno Infantil.

Por lo anterior, se tienen que hacer programas en base a la situación económico-social concreta de cada país, atendiendo a las necesidades de la población materno infantil, y no hacer programas acordes con intereses capitalistas que sólo a nivel de discurso resuelven los problemas de salud, sin embargo en la realidad siguen siendo altas tasas de mortalidad de la madre y del niño.

4.2 HOSPITALES QUE ATIENDEN A LA POBLACION MATERNO INFANTIL

La Secretaría de Salud cuenta con un total de 2928 unidades de salud, de las cuales 1701 son Centros de Salud rurales dispersos, mismos que atienden en localidades marginadas menores de 2500 habitantes; 1130 centros de salud urbanos que atienden en sitios de más de 2500 pobladores y 97 hospitales que se encuentran por lo regular en las ciudades de los estados de la República Mexicana⁷¹.

En general, en todos ellos se brinda atención a la madre y al niño con personal paramédico, con enfermeras, con pasantes de medicina y médicos titulados. Y sólo existen 97 hospitales en los cuales se atiende con personal médico especializado (pediatras y ginecólogos), a nivel nacional donde se brinda atención a las mujeres embarazadas sin complicaciones y a las de alto riesgo o "con complicaciones" en su embarazo. Un nosocomio especializado en todo el país (Hospital de Perinatología) que atiende a las gestantes de alto riesgo y dos hospitales de Pediatría, que atiende a los niños con problemas graves de salud, mismos que se encuentran en la Ciudad de México. Razón por la que la población del interior de la República que requiere de estos servicios tiene que trasladarse desde sus estados de procedencia a la capital del país.

Por otro lado, solo existen 97 hospitalés en los que se atiende a una población aproximada de 8 millones de usuarios que son responsabilidad de la Secretaría de Salud (sin contar a los habitantes que no cuentan con ningún servicio de salud) de éstos 2'225, 020 son niños menores de cinco años y 6'270, 274 son mujeres en edad fértil (de entre 15 y 40 años de edad)⁷². Hospitales que se encuentran, como ya se dijo anteriormente, en los centros o ciudades de los estados de la República Mexicana, mismos que no cuentan con recursos suficientes, tanto para el

⁷¹ Anuario Estadístico, 1991, México, SCA p. 34
⁷² ídem

mantenimiento del inmueble como para el personal médico, paramédico y de enfermería para la atención del parto y del recién nacido. No obstante lo anterior, se plantea en las metas sexenales el otorgar atención al total de embarazadas y a los niños menores de cinco años, con calidad a pesar de que la atención que se brinda a la población es insuficiente, por lo cual se emplea a personal de la propia comunidad, a pasantes de medicina o parteras tradicionales, lo que significa que se hacen programas desde el escritorio, sin tomar en cuenta la situación real en la que se encuentran los servicios médicos.

Un ejemplo de lo anterior son las condiciones actuales de insalubridad y pobreza de los nosocomios de la Secretaría de Salud, así como la falta de material médico y de curación que impera en hospitales como el Hospital General de México, el de la Mujer y el Infantil de México⁷³.

Según informes del propio personal que labora en estos hospitales, muchas veces no se cuenta ni con el material de curación o sábanas para cubrir las camas hospitalarias.

Esto sucede en la Ciudad de México en donde, se supone se cuenta con los mejores servicios y el mayor presupuesto, habría que observar los centros de salud que se encuentran en las comunidades rurales, en donde se carece de servicios, de presupuesto, de material médico suficiente, y de personal debidamente capacitado.

Al respecto, es importante remarcar que la Ciudad y el Estado de México, son las zonas en donde se tienen todos los servicios concentrados y casi la mitad del presupuesto destinado a la salud, siguiendo en importancia la zona central, la zona del norte, el oeste y la península del sureste y las demás regiones, que tienen carencias importantes en todos los servicios. Y lo que es peor Chiapas y Oaxaca son los estados a los que se les proporciona los más bajos recursos, además de ser las entidades federativas más pobres.

⁷³ Informes de Supervisión 1992, de la Dirección General de Atención Materno Infantil

Por otro lado, una de las estrategias del programa de Extensión de Cobertura, es el de construir hospitales y centros de salud, para cumplir el compromiso gubernamental de dar atención a toda la población materno infantil, pero los centros hospitalarios que son construidos se les asigna presupuesto por parte de la Secretaría de Salud, sólo para su edificación, pero no para su mantenimiento. Se construye la unidad de salud y se deja al Estado local la responsabilidad de su sostenimiento, es por eso que los gobiernos estatales rechazan la edificación de una unidad de salud, por considerarla una carga, más que una ayuda.

Por lo anterior, en el caso de las Posadas de Nacimiento que fueron promovidas por la Dirección General de Atención Materno Infantil, para que las parteras contaran con un lugar en donde atender el parto, la mayoría de estas unidades fueron instaladas en la misma casa de las parteras, otorgandoseles un maletín con el material necesario indispensable para la atención del alumbramiento; sin embargo este instrumental no ha sido renovado hasta la fecha, y la mayoría de las veces no es utilizado por la partera (según informes de los supervisores), debido a que la partera no cuenta con la adecuada capacitación para su manejo.

En cuanto a la instalación de posadas lo señalado anteriormente, hasta mayo de 1993 se instalaron 142 Posadas más, de las cuales se encuentran funcionando 180 en toda la República. Ya que ello es una alternativa del gobierno para solucionar el problema de la carencia de servicios de salud, fomentar la participación comunitaria, tanto en lo referente a la construcción y a la atención de los servicios de salud, como en las campañas educativas y preventivas. Lo cual lleva implícito el cubrir a toda la población con servicios médicos, sin embargo según Peter Ward⁷⁴, en 1990 más de un tercio de la población mexicana carece de servicios médicos.

Por ultimo uno de los principales postulados de la política neoliberal es la descentralización de los servicios de salud que responde al objetivo económico de abrir todas las actividades económicas rentables a las empresas privadas, con el fin

⁷⁴ Ward Peter p. 120

de ampliar los ámbitos de acumulación⁷⁵, así pues se da la privatización en parte de los servicios de salud más rentables para el capital, como son : la concesión de los servicios de limpieza y en el caso de las unidades hospitalarias, la concesión a empresas privadas del servicio de comedor y lavandería. Lo que ocasiona la disminución del personal y por tanto la falta de atención de calidad a pesar de que este es uno de los objetivos principales del programa de Atención Materno Infantil.

75

Laurell Cristina p. 144

4.3 PERSONAL QUE SE ASIGNA A LA ATENCIÓN MATERNO INFANTIL EN LA SSA

La atención del embarazo, parto y puerperio, así como la del recién nacido en la SSA, es insuficiente, según estadísticas de salud, en 1990, sólo el 45.4% ⁷⁶ de los partos fueron atendidos por personal capacitado, y cerca de la mitad de las mujeres embarazadas recibieron alguna forma de atención por personal calificado.

Resultados de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud de 1987, nos indica que el 64.6% de los alumbramientos son atendidos por médicos (que pueden ser médicos especialistas, generales o pasantes); y el 24.1% son atendidos por parteras tradicionales, más aún en localidades con menos de 2500 habitantes, la partera atiende al 44.5%⁷⁷, o más de los partos que ocurren; esta situación se acentúa más en los estados con predominio de población rural y amplia dispersión geográfica. Resultado de ello es que en las áreas rurales y urbanas con población marginada, se da una inadecuada atención médica, falta de atención oportuna y el acceso limitado a hospitales en la atención de embarazo y el parto. Según Peter Ward⁷⁸, el 50% de médicos, enfermeras generales y personal administrativo se concentran en las Instituciones de Seguridad Social, mientras que en la SSA, que es un organismo que atiende a un mayor número de personas, se cuenta con el 20% de estos recursos. No obstante lo anterior, en los estados más pobres como Oaxaca y Chiapas, en el sur del país se cuenta con un número aún más bajo de médicos, mientras que en el Distrito Federal y en el Estado de México se concentra la mayor parte de médicos generales y especialistas.

Resultado de ello es que el parto que se atiende en las Instituciones de Salud y en especial el que se realiza fuera de ellas, tiene un alto riesgo, porque las personas que lo atienden no se encuentran debidamente capacitadas; un ejemplo de esto son

⁷⁶ Sistema Estatal de Información Básica, reportes anuales 1989-1992
⁷⁷ Encuesta Nacional de Salud 1987, p. 41
⁷⁸ Ward, Peter. p. 87

las parteras tradicionales, que en nuestro país atienden un número considerable de la población rural y de mujeres en edad fértil, sin embargo no cuentan con ningún tipo de educación e incluso la mayoría son analfabetas.

Las deficiencias del personal médico se manifiestan en los distintos diagnósticos de salud efectuados al interior de las Instituciones, mismas que se acentúan en los servicios que se brindan a la población abierta y repercuten fundamentalmente en la calidad de la atención que se otorga a la madre y al niño.

Lo anterior se hace evidente por la importante incidencia de mortalidad en embarazadas, originada por causas obstétricas directas, resultado de complicaciones en el embarazo y en el puerperio, de intervenciones u omisiones de tratamientos, de medicamentos incorrectos o de una sucesión de eventos; como resultado de las anteriores causas, solo en 1992 se registraron 119 decesos de un total de 177 muertes generales ocurridas⁷⁹. Y en los niños recién nacidos sucede lo mismo, la incidencia de mortalidad es ocasionada por afecciones originadas en el período perinatal, tan sólo en 1992 se registraron 4068 defunciones en el recién nacido por este tipo de causa.

En síntesis, los problemas de cobertura y calidad de los servicios de salud en México, aunados a las condiciones de desnutrición y a las carencias socioeconómicas que implican la falta de servicios básicos en los hogares de las madres, son los causantes de las altas tasas de mortalidad materno infantil en nuestro país. No obstante que la nueva política tiene como uno de los objetivos principales la reducción de la mortalidad de la madre y el niño.

⁷⁹ Idem

5. CONCLUSIONES

El presente trabajo se realizó con la finalidad de evaluar el Programa de Atención Materno Infantil, implantado en el sexenio salinista (1988-1994), con el propósito de reducir las altas tasas de mortalidad del niño y de la madre, existentes en nuestro país. Para dicha evaluación se analizó el avance de los Programas en relación a las metas oficiales y a las condiciones socio-económicas en las que vive éste sector de la población. Ello nos permitió mostrar el impacto real de los Programas ejercidos en la tasa de mortalidad de la población materno-infantil.

El Programa se basa en dos objetivos fundamentales que se derivan de la llamada "Política de Extensión de Cobertura" y que apunta a: 1) el acceso a los servicios de salud con calidad a toda la población materno-infantil y 2), el desarrollo de la medicina preventiva en el nivel comunitario.

Del primer objetivo, se derivaron los siguientes Programas:

1) -Promoción de la Lactancia Materna, con la meta de fomentar en todos los hospitales de la SSA y del Sector Salud, el que la madre amamante al niño desde los primeros días de nacido. Ello implica que en cada hospital se cuente con más personal y mayor espacio para las cunas de los bebés. Y resulta que en la realidad existen carencias importantes tanto de espacio, como de personal en los hospitales.

2) - El mejoramiento de la atención hospitalaria, mediante el Programa Amigo del Niño y de la Madre, con la meta sexenal de instalarlo en todos los hospitales de la SSA para el presente sexenio. Este Programa, que deriva del anterior no cumplió con la meta establecida, por no estar instalado en todos los hospitales de la SSA. En los hospitales donde se allá instalado el programa, no se ejecuta correctamente la normatividad*.

* cfr. con el capítulo 4 del presente trabajo p. 49-50

En la práctica el programa se implementó con el propósito de proporcionar a toda la población materno-infantil servicios de salud con calidad, equidad, y trato amable; pero la política de salud neoliberal suministrada en el sexenio salinista, que se caracterizó por la reducción del presupuesto en salud, y que nos condujo a una política de austeridad, racionalidad y al aprovechamiento máximo de los insumos para la salud, si a esto se agrega la crisis económica actual que produce el desempleo y agudiza el subempleo, así como el aumento de cuotas en centavos en centros de salud y hospitales, originaron, en primer lugar, el deterioro de los servicios de salud y consecuentemente la falta de calidad en los mismos, lo que se debió al desfinanciamiento en los servicios. Y en segundo lugar, el que más niños y madres se queden sin servicios de salud, por el gran incremento que sufrieron las "contribuciones" en los servicios de salud, no obstante que por derecho constitucional se debe brindar servicios de salubridad a toda la población. Y que el principal objetivo de la política de salud del gobierno de Carlos Salinas de Gortari, es el de otorgar, a todos los habitantes, servicios de salud.

3) -La instalación y funcionamiento de los Comités de Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal, en todos los hospitales de la Secretaría de Salud, tiene el mismo problema del anterior, ya que los comités instalados no funcionan bien, de modo que no se llenan correctamente las cédulas de defunción, por lo tanto no se sabe la causa exacta de la muerte de la madre; resultado de lo anterior no se conoce el índice real de la mortalidad materna. Además de que los motivos de mortandad que se detectan en los comités no se difunden a todo el personal médico, y no se retroalimentan con cursos o capacitaciones frecuentes.

4) -Nutrición y Salud

Programa que es utilizado políticamente ya que mediante este mismo se dota a la madre y al niño desnutridos con un paquete alimentario cada 15 días -por cierto muy deficiente- y a cambio de ello, la población beneficiada tiene que otorgar cierto

número de horas de trabajo a la comunidad (construyendo Posadas de Nacimiento, pintado, sembrado, etc., etc.) y su voto para el partido oficial.

Mediante el Programa predecesor se cumplen sólo con la política de salud de la OPS, de combate a la desnutrición y el de la participación comunitaria, sien embargo el número de madres y niños desnutridos sigue siendo elevado -y en las actuales condiciones de crisis económica se agudiza aún más- pese a que el programa cumplió con el 100% de la meta sexenal.

En un estudio hecho por el Instituto de Nutrición a fines de 1995, se observó que el alto índice de desnutrición es el resultado de que esta prestación no llega a las comunidades más necesitadas; poblaciones marginadas o que por su situación geográfica son de difícil acceso.

A través de los programas anteriores se pretendió brindar al 80% de las mujeres embarazadas atención del parto con personal calificado y en condiciones de higiene (para 1994), con la meta de que para el año 2000 se lograra cubrir al total de mujeres gestantes, así como también dar atención médica al total de infantes menores de cinco años, para reducir la tasa de mortalidad materno infantil.

Este primer objetivo, con el que se pretende brindar el acceso a los servicios médicos con calidad a toda la población materno infantil, en la Dirección General de Atención Materno Infantil no tiene una definición clara de lo que se debe entender por calidad de la atención. Porque se dice que la calidad va a aumentar brindando atención a la embarazada con personal calificado, entendiéndose por tal a aquel que recibe un curso de un mes para la atención del parto -curso que imparte la propia Dirección General-. Y el personal que lo toma pueden ser parteras tradicionales (que en su mayoría son analfabetas), pasantes de medicina, o médicos titulados.

De lo anterior se puede concluir que el concepto de "calidad" se puede manejar ambiguamente y de acuerdo a los diferentes intereses del sector social que los maneje. En éste caso, el Programa de Atención Materno Infantil, como se ha expuesto, se elaboró de acuerdo a los necesidades de la burguesía, misma que usa

el Programa para llevar a cabo sus fines políticos de mantenerse en el poder. Política que es elaborada por la OMS y llevada a cabo en México desde el sexenio pasado en los servicios médicos para la población abierta, y que tienen la característica de que los mismos sean manejados con austeridad, empleando al máximo los recursos físicos y el personal médico existente, con el propósito de ejercer el menor presupuesto posible. De ahí que se derive el empleo para la atención del parto en zonas rurales dispersas y urbano marginadas, de parteras tradicionales o de pasantes de medicina que no perciben un sueldo por sus servicios y por tanto son recursos que se destinan a estas zonas en donde se puso en marcha el Programa de Extensión de Cobertura.

Siguiendo con la perspectiva trazada por Peter Ward, se puede afirmar que no importa que la atención se otorgue en pésimas condiciones de higiene, ya que solo se tiene el objetivo de cumplir políticas o metas que se acordaron con organismos internacionales (OPS, OMS, etc.), así como para cumplir mínimamente con las demandas de la población para obtener el consenso de ésta.

Otra situación encontramos cuando hablamos de la atención a embarazadas en ciudades como el Distrito Federal, el Estado de México, etc., en donde se tiene la centralización del poder político y económico, y por tanto se maneja un mayor presupuesto para los servicios médicos, por tal razón, la atención del parto se da en condiciones diferentes a las arriba señaladas. Aquí la mayoría de los nacimientos se atienden en unidades hospitalarias que cuentan con médicos especialistas (ginecólogos y pediatras), aún cuando se sigue otorgando la atención del parto con médicos pasantes y generales. Además, la Ciudad de México es la única que cuenta con un Instituto de Perinatología, para la atención del parto de alto riesgo y uno de Pediatría, para la atención del niño con enfermedades de alto grado de complejidad.

Lo anterior muestra la desigualdad de la atención que se brinda a la mujer gestante, aún dentro de la misma Secretaría de Salud. De aquí que si se quiere

elevar la calidad de la atención, se tendría que empezar por corregir este problema y homogeneizar la atención médica a la embarazada en todo el país..

Además de que se debe manejar una definición concreta de lo que se entiende por "*calidad*" en la atención.

Por otro lado, con respecto a cubrir al 80% de las mujeres embarazadas y al total de niños con servicios de salud para 1994, esta no se puede cumplir porque de 10540 parteras tradicionales registradas por la SSA (que no son todas las parteras existentes en el país), que atienden el alumbramiento y al menor de 5 años y que es el personal en el que se sustenta una parte importante del Programa de Extensión de Cobertura; se capacitó, hasta 1993, sólo a 8578 parteras, o sea, el 80% de las parteras captadas por la Secretaría de Salud además de que este personal sólo recibió durante el sexenio pasado, un curso de capacitación.

De lo anterior podemos decir que el alcance del 80% es aceptable, pero hay que resaltar que no se capacitó a todas las parteras y que las mismas, durante seis años, sólo recibieron un curso de capacitación.

Además se manejó la meta de instalar una Posada de Nacimiento por municipio existente en el país y sólo se instalaron, hasta 1993, 242, de las cuales se encuentran funcionando 180, en relación a 2, 392 municipios existentes en la República⁸⁰.

Se puede inferir, de lo mencionado, que la meta de cubrir al 80% de embarazadas en condiciones de higiene no se cumplió, ni mucho menos el objetivo de cubrir al total de niños con los servicios de salud.

Otra de las razones por las cuales, en concreto, es difícil que se cumpla con el objetivo del Programa de Extensión de Cobertura es la deficiencia presupuestal que existe en los servicios de atención médica de la SSA (personal hospitalario, instrumental médico y mantenimiento hospitalario). Debido a la política neoliberal implantada en el sector Salud, que se asume mediante la disminución del presupuesto, la descentralización sin recursos, la privatización selectiva, el

⁸⁰ Compendio Estadístico por entidad federativa 1993, SEP p. 30

traslado del costo de los servicios a los usuarios, el fomento del autocuidado y la insistencia de la culpabilidad individual en la generación de la enfermedad, resultado de esta política, son las huelgas que se realizaron durante 1994 en los nosocomios de la Secretaría de Salud, por el personal médico en demanda de incremento salarial, de aumento de empleados y de que se dé mantenimiento a los hospitales, entre otras. No obstante las carencias anteriores, se incrementó la atención al público, lo que redundó, según el mismo personal médico que trabaja en estos hospitales, en una atención deficiente o en la falta de servicios de calidad⁸¹.

Aunado a lo anterior está el aumento, año con año, de las cuotas de recuperación que se cobran al usuario del servicio, de tal forma que al inicio del sexenio se cobraba por consulta un nuevo peso, y para 1994 la consulta llegó a costar entre 9 y 19 nuevos pesos, dependiendo del nivel de los servicios médicos que se utilizaran (Centros de salud u Hospitales); en los Institutos, la consulta llega a costar hasta 100 nuevos pesos. Todo ello sin contar los servicios adicionales a la consulta, tales como radiografías, análisis clínicos, etc., además de pagar una cuota adicional para el patronato, con un valor de 10 nuevos pesos⁸².

Si el principal objetivo no solo de los Programas de la Dirección General de Atención Materno Infantil, sino también del Programa Nacional de Salud del período 1984-1994, es el ampliar la cobertura de los servicios de salud con prioridad a las población rural y urbano marginada más desprotegida, homogeneizar y elevar la calidad en la prestación de los servicios de salud, atendiendo sobre todo problemas prioritarios con especial énfasis en las acciones preventivas e impulsar a la protección a todos los mexicanos, ofreciendo servicios y prestaciones oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios que contribuyan de una manera eficaz al mejoramiento de las condiciones de salud de la población, las orientaciones financieras junto con las políticas adoptadas muestran todo lo contrario. Ya que las cuotas para el usuario

81

Informes mensuales de supervisión de la Dirección General de la Atención Materno Infantil, 1993

82

Idem

se han incrementado año con año, de tal forma que se iguala a un día de salario mínimo, por ello es difícil que obreros y campesinos, o la población que carece de recursos monetarios y que son los habitantes que usan estos servicios, puedan tener acceso a ellos.

Por lo tanto, se puede resumir en seis razones a partir de las cuales, en las actuales condiciones socioeconómicas concretas de la población, no se puede cumplir con el objetivo del programa de Atención Materno Infantil, que consiste en cubrir con atención médica y de calidad a toda la población de éste sector:

1) En la mayoría de los Programas de la Dirección General, no se llegó ni al 60% de la meta anual dispuesta, esto si tomamos como referencia la información que se genera en la Dirección General, pero en realidad no se alcanzó a cumplir ni con el 50% de dichas metas, con excepción del Programa la Salud Empieza en Casa y el de Nutrición y Salud, lo cual se puede comprobar en los informes de supervisión de la Dirección General. Sin embargo aún cuando se cumpliera con el 100% de la meta programada el impacto que se lograría en la realidad, se presenta adverso por los planteamientos de la política de austeridad neoliberal.

2) La atención que se brinda en el interior de la República Mexicana (zonas rurales y urbano marginadas), por parteras tradicionales, sigue siendo en condiciones insalubres y sin agua potable. Por tanto, el Programa no cumplió con la meta sexenal de cubrir a toda la población con servicios de salud de calidad, ya que hay que recordar que las parteras tradicionales son el sustento del Programa de Extensión de Cobertura para la Atención Materno Infantil.

3) Los servicios hospitalarios se encuentran en lugares céntricos o en las ciudades de los estados, por ello, para las personas que viven en las zonas alejadas de los Centros Hospitalarios (zonas urbano marginadas y rurales), estos centros resultan inaccesibles por lo lejano y el gasto en dinero que implica el traslado. Más aún el problema se complica al tener que trasladarse a la Cd. de México, en el caso

de requerir el servicio de Hospitales de especialidad o de tercer nivel, como el de Pediatría o el de Perinatología.

4) La desigualdad de la atención que médica que existe en la Secretaría de Salud

5) Las deficiencias de presupuesto, de personal, y de material médico existente en los servicios de salud de la SSA

6) Por último, la mortalidad infantil en zonas indígenas y urbano marginadas es 70% superior a la que se registra en el resto del país. Así mismo en Chiapas, Guerrero y Oaxaca, el número de niños que fallecen es 2,5% veces mayor que en el D.F., lo que representa un atraso de 22 años según la OMS.

Por todo lo anterior, se puede decir que el programa de Atención Materno Infantil, más que surgir para reducir las tasas de mortalidad de la madre y el niño, y con ello atender las necesidades reales de esta población, es usado más como una respuesta ideológica que resolutive.

Debido a que, como ya se mencionó anteriormente, el gobierno requiere de recuperar la credibilidad (otorgando mínimamente servicios médicos a la población más necesitada) y la precaria estabilidad social de la población, perdida por tantas promesas sin cumplir y por la pérdida del poder adquisitivo de la población en general, así como del campesino y el obrero en particular, ya que estos últimos son los que se encuentran soportando la actual crisis económica, que repercute en el deterioro de su salud y en particular en la salud de la madre y el niño, por ser estos los más vulnerables a la desnutrición, a la enfermedad y a la muerte.

Con respecto al segundo objetivo:

El desarrollo de la medicina preventiva en el nivel comunitario. En este objetivo se desarrollaron los siguientes programas.

1) *Mujer, Salud y Desarrollo, Problemas Específicos de la mujer y el niño y La Salud Empieza en Casa.*

Mediante este último programa -porque los otros dos no funcionaron- se proporcionaban pláticas a la comunidad, empleando a amas de casa, mismas que eran capacitadas por la Dirección General, para impartir pláticas a la comunidad de cómo cuidar su salud y la de su familia mediante la práctica de hábitos de limpieza personal, del manejo adecuado de los alimentos y del cuidado que debe tener el niño durante los primeros 5 años de vida, para conservar la salud.

Con estas pláticas se cumple con el objetivo de la moderna política de salud, pero concretamente no se disminuye la mortalidad materno infantil, ya que cuando se elaboró el programa no se previó la situación de pobreza y carencia de los servicios básicos en la que viven la mayor parte de las personas usuarias de los servicios de la SSA.

Según datos oficiales, en 1992, el 13% de la población mexicana ya vive en condiciones de pobreza extrema, es decir, que con su sueldo no alcanza a cubrir el costo de la canasta básica que es de 150 pesos y el 23% se clasifican como pobres (población que con su sueldo alcanza a cubrir dos veces el costo de la canasta básica), lo que significa que el 37% de la población se encuentra en condiciones de pobreza.⁸³ Y cuando se habla de pobreza, implica también decir que éste tipo de gente carece de los servicios necesarios como agua potable, drenaje, etc. y vive en un cuarto (que muchas veces no es de concreto), el cual es usado para comer, dormir, bañarse y cocinar, por lo que viven en las peores condiciones de hacinamiento e insalubridad. Y a pesar de esta problemática se pretende que por medio de pláticas, las amas de casa tengan buenos hábitos alimenticios y de higiene, no contando con que no se tienen los medios necesarios para ello.

Lo que a nuestro juicio se debería tomar en cuenta, es la situación real en la que viven estos sectores de la sociedad, condición que es originada por la crisis socioeconómica actual, que genera el despido masivo de obreros; la falta de

⁸³ Informes sobre la marginalidad y evolución de la pobreza en México 1984-1992, ONU, CEPAL, INEGI, p. 20

fuentes de trabajo, que es causada por la concentración de capital en cada vez más pocas manos y por esta situación repercute en la salud de la madre y del niño. Prueba de ello es que una de las primeras causas de mortalidad infantil es la neonatal, que es provocada por la incidencia del bajo peso al nacer (de 2,5 kg) y que es a su vez generada por la desnutrición de la madre, lo que en consecuencia es un indicador de la existencia de pobreza. Y esta última, aunada a la ignorancia, a las infecciones y a la deficiente alimentación, son el resultado de las altas tasas de mortalidad materno infantil.

Por lo anterior, resultaría más viable que la Dirección General de Atención Materno Infantil hiciera sus programas enfocándose a atender las carencias de la población y por lo tanto, tramitar ante la autoridad correspondiente que la población cuente con los servicios básicos como agua potable, así como con mejores condiciones de sanidad y alojamiento, pero sobre todo hacer una distribución justa de servicios médicos y de ingresos monetarios del país, lo cual, sin duda alguna, redundaría en la disminución de la mortalidad materno infantil.

Puesto que la principal falla del Programa que se ha venido analizando (así como otros programas dirigidos a la asistencia social) es precisamente que no se toma en cuenta las condiciones de pobreza y de insalubridad de las comunidades y que no se da una distribución justa del ingreso del país.

Por tanto, no se hacen Programas para atender las necesidades de la población materno infantil, sino para velar por los intereses capitalistas (nacionales e internacionales), porque una de las principales razones es que el Programa de Atención Materno Infantil debe de tener como base la metodología desarrollada por la OPS, organización encargada, como ya se vio anteriormente, de desarrollar la metodología para los programas de salud de las naciones pobres, con altas tasas de mortalidad materno infantil, metodología que se encuentra enfocada al desarrollo de Programas preventivos y de saneamiento básico que proceden del modelo de planeación racional de la OMS con las siguientes características:

- El uso de recursos médicos simples y baratos
- El uso de recursos disponibles, para no utilizar mayor presupuesto
- La incorporación de la población a la organización y ejecución de las tareas de salud

-El empleo de parteras tradicionales y amas de casa, que es el personal en el que se basa el Programa de Atención Materno Infantil, de tal forma que se atiendan las demandas de la población mínimamente y se mantenga la productividad de la fuerza del trabajo.

Lo anterior nos demuestra que aunque el Programa de medicina Preventiva, La Salud Empieza en Casa se halla funcionando a más del 100% con respecto a las metas anuales, el impacto real que se ejerció en la población materno infantil fue casi nulo por las importantes carencias socioeconómicas de la población que se dieron en 1994 (y que siguen dando), tales como la concentración del ingreso en cada vez menos manos, el 60% del de pérdida del poder adquisitivo; la disminución del empleo, con aproximadamente el 40% de la población pobre y el 13% de la población en extrema pobreza, de la cual más del 50% son mujeres y niños; con la disminución del salario a tal grado que lo deja como uno de los salarios más bajos del mundo, y con el establecimiento del pacto económico que impide que los trabajadores luchen por un mejor salario, y al contrario de lo que se dijo, el trabajador se empobrece cada vez más por los bajos salarios. Y es que la política del liberalismo social entre el mercado y el estado escogió la vía del mercado con regulación estatal en favor del gran capital; privatización acelerada y apertura a mercado externo.

La política neoliberal ha provocado rupturas o limitaciones a los pactos corporativos y derechos obreros de posguerra guerra, implantando una nueva disciplina fabril de austeridad salarial y descargo de los gastos sociales sobre los trabajadores de los costos de la crisis y ha provocado en todo el mundo una creciente polarización de las sociedades entre pobres y ricos. En esta concepción se legitima

que el estado garantice un nivel mínimo de bienestar enfocado hacia la población indigente.

Por todo lo anterior aunque se hagan programas con la intención de reducir la mortalidad materno infantil y elevar la calidad de los servicios de salud, etc., en la realidad no se concretan conforme a lo previsto.

Ya que la meta de cubrir a toda la población con servicios de salud de calidad y de reducir la mortalidad materno infantil a un ritmo anual del 5 y 3% respectivamente, no se materializó en la realidad debido a que la tasa de mortalidad materna, hasta el año de 1992, lejos de reducirse, aumentó y la tasa de mortalidad infantil descendió en 8.9% en cuatro años del sexenio, debiéndose reducir en 20 y 18% respectivamente de acuerdo a la meta sexenal.

ALTERNATIVAS

En respuesta a la situación anterior es necesario mejorar la capacidad de análisis con respecto a la situación concreta de la población estudiada, e identificar la generación del problema de salud en esta población, para responder mejor a sus necesidades de atención . Lo cual requiere de hacer un estudio para conocer las carencias y factores de riesgo de la población materno infantil y en base a ello hacer programas de salud.

Hay que instrumentar políticas y programas que persigan la equidad en la salud, o sea que lleven a la reducción de las desigualdades en el estado de salud de las diferentes clases sociales y que garanticen el acceso a toda la población materno infantil a la atención de sus necesidades de salud con calidad y personal calificado.

Es de vital importancia hacer programas de salud e implantar políticas eficaces que conduzcan a la eliminación de riesgos y a la prevención y control de daños que constituyen un problema de salud pública. Lo que implicaría cambiar los modelos y prácticas de atención a la salud adecuándolos a las necesidades de la población, así como redistribuir el gasto en salud, que conduzca a una reasignación de los recursos hacia aquellas acciones y estados o zonas que tengan mayor necesidad de cuidados de la salud, lo que redundaría en términos de reducción de la mortalidad materno infantil.

Habría que redefinir las formas de organización del sector salud de conducción de su actividad y de financiamiento de sus operaciones, para así afrontar los grandes problemas de falta de acceso a los servicios, de duplicidad y de capacidad instalada.

Hay que superar las desigualdades entre la fuerza de trabajo y las necesidades de servicio, incluyendo la mala composición de los equipos y la inadecuación entre la formación profesional, la realidad en materia de salud y la prestación de servicios.

Hay que otorgar capacitación contante al personal que trabaja para la salud, que incluya la actualización de sus conocimientos , así como también del trato al paciente.

Existe la necesidad de otorgar a cada partera tradicional un local bien acondicionado, así como la capacitación constante para la atención del parto. Ya que estas personas por ser parte de las comunidades atienden a la mayor parte de embarazadas y a niños menores de 5 años.

Es de vital importancia crear una partida presupuestal para proveer a los hospitales y clínicas con el material de curación y las medicinas necesarias para los enfermos.

Es necesario supervisar constantemente a los hospitales y centros de salud, para tener un control de la atención que se brinda al paciente, así como de las actividades que se llevan a cabo en los mismos.

Es necesario estimular al personal que trabaja en hospitales y centros de salud con sueldo y prestaciones que cubran sus necesidades, lo que redundará en un mejor servicio.

Por último (paso esencial), se tiene que dar un proceso social por el que la población cubra sostenidamente sus necesidades esenciales, por medio de la disponibilidad suficiente de bienes y servicios, percepciones salariales adecuadas y de la distribución equitativa del ingreso de la nación.

ANEXO 1

TABLAS ESTADISTICAS

TABLA 1
USO DE INSTRUMENTO DE RIESGO EN LA ATENCION PRENATAL

ENTIDAD FEDERATIVA	UNIDADES DE PRIMER NIVEL			UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL		
	EXISTENTES (1)	QUE LA APLICAN (1)	LOGRO	EXISTENTES (1)	QUE LA APLICAN (1)	LOGRO
AGUASCALIENTES	76	75	98.7	5	1	0.0
BAJA CALIFORNIA	67	67	100.0	3	3	100.0
BAJA CALIFORNIA SUR	49	36	73.4	4	2	50.0
CAMPECHE	64	63	98.4	3	3	100.0
COAHUILA	107	94	87.8	9	6	66.6
COLIMA	84	80	95.2	4	4	100.0
CHIAPAS	154	32	20.8	9	1	11.1
CHIHUAHUA	169	70	41.4	5	4	80.0
DISTRITO FEDERAL	220	3	1.4	9	0	0.0
DURANGO	107	0	0.0	3	0	0.0
GUANAJUATO	377	377	100.0	10	9	90.0
GUERRERO	467	60	12.8	10	9	90.0
HIDALGO	261	160	61.3	5	5	100.0
JALISCO (2)	469	458	97.7	13	13	100.0
MEXICO	741	N.D.		17	N.D.	
MICHOACAN	225	225	100.0	6	6	100.0
MORELOS	144	N.D.		6	0	0.0
NAYARIT	85	67	78.8	2	2	100.0
NUEVO LEON	321	321	100.0	8	6	75.0
OAXACA	202	125	61.9	8	8	100.0
PUEBLA	254	112	44.1	7	2	28.6
QUERETARO	138	10	7.2	4	0	0.0
QUINTANA ROO	98	90	91.8	5	5	100.0
SAN LUIS POTOSI	102	50	49.0	4	3	75.0
SINALOA	147	78	53.1	6	3	50.0
SONORA	198	189	95.5	11	8	81.8
TABASCO	278	1	0.4	10	8	80.0
TAMAULIPAS	148	118	80.8	4	3	75.0
TLAXCALA	141	141	100.0	5	2	40.0
VERACRUZ	350	300	85.7	4	4	100.0
YUCATAN	51	11	21.6	3	3	100.0
ZACATECAS	220	106	48.2	3	2	66.7
TOTAL	6,512	3,519	54.0	205	129	61.5

(1) FUENTE: D.G.A.M.I., D.P.E., Información de las entidades federativas.

(2) El estado de Jalisco utilizó otro instrumento con enfoque de riesgo.

TABLA 2
HOSPITALES AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE Y CON ALOJAMIENTO CONJUNTO 1992.

ENTIDAD FEDERATIVA	SUSCEPTIBLES DE INGRESAR AL PROGRAMA	HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE					ALOJAMIENTO CONJUNTO	
		INSCRITOS	ETAPA DE PROMOCION	EN CONSOLIDACION	RECONOCIDO CON PLACA	RECONOCIDO CON DIPLOMA	LO PROMUEVEN	LOGRO %
AGUASCALIENTES	3	3	1	2			3	100.0
BAJA CALIFORNIA	3	3	2	1			3	100.0
BAJA CALIFORNIA SUR	2	2		2		1	2	100.0
CAMPECHE	3	3		3			3	100.0
COAHUILA	8	3	1	2			4	50.0
COLIMA	4	3	1	1		1	3	75.0
CHIAPAS	9	3	1	2		1	9	100.0
CHIHUAHUA	4	3	1	2		1	4	100.0
DISTRITO FEDERAL	8	9	4	1	3	1	7	87.5
DURANGO	5	3		3		1	3	60.0
GUANAJUATO	10	3		3			9	90.0
GUERRERO	10	3		3	1	1	10	100.0
HIDALGO	5	4	2	2			5	100.0
JALISCO	11	3	2	1		1	11	100.0
MEXICO	18	4	1	3		1	18	100.0
MICHOACAN	5	5	1	4			5	100.0
MORELOS	4	2	1	1			3	75.0
NAYARIT	2	2		2		1	2	100.0
NUEVO LEON	7	6	4	2		1	7	100.0
OAXACA	7	3	1	2	1	1	7	100.0
PUEBLA	9	3	1	2		1	6	66.7
QUERETARO	5	3	2	1		1	4	80.0
QUINTANA ROO	5	3		3			5	100.0
SAN LUIS POTOSI	4	4	1	3		1	4	100.0
SINALOA	4	3	2	1			4	100.0
SONORA	13	3		3			9	69.2
TABASCO	9	7	3	4			9	100.0
TAMAULIPAS	4	9	7	2		1	4	100.0
TLAXCALA	4	3	1	2			4	100.0
VERACRUZ	5	3		3		1	4	80.0
YUCATAN	3	3		3			3	100.0
ZACATECAS	2	2		2			2	100.0
TOTAL	195	116	40	71	6	17	176	90.3

SE INCORPORARON ADICIONALMENTE 6 HOSPITALES CIVILES (1 DE JALISCO Y 5 DE TAMAULIPAS), ASI COMO 2 HOSPITALES EN EL DISTRITO FEDERAL. POR SUS AVANCES ESTAN PROPUUESTOS PARA RECIBIR PLACA DE RECONOCIMIENTO 16 HOSPITALES MAS Y PARA RECIBIR DIPLOMA DE RECONOCIMIENTO OTROS 9. EN LAS OTRAS INSTITUCIONES DEL S.N.S. SE OTORGO DIPLOMA A 2 HOSPITALES DE MARINA, 1 DE PEMEX, 1 DEL DIF, 2 DEL IMSS Y 1 DEL ISSSTE.

TABLA 3
COMITES DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL, SSA 1992.

ENTIDAD FEDERATIVA	HOSPITALES DE ESPECIALIDAD			HOSPITALES GENERALES			CENTROS DE SALUD CON HOSPITAL			TOTAL		
	EXIST.	C/ COMITE	INFORMA	EXIST.	C/ COMITE	INFORMA	EXIST.	C/ COMITE	INFORMA	EXIST.	C/ COMIT.	INFORMA
AGUASCALIENTES	1	1	0	3	3	3	1	1	0	5	5	3
BAJA CALIFORNIA	0	0	0	3	3	3	0	0	0	3	3	3
BAJA CALIFORNIA SUR	0	0	0	3	3	0	3	2	0	6	5	0
CAMPECHE	0	0	0	3	2	2	0	0	0	3	2	2
COAHUILA	0	0	0	8	6	5	20	0	6	28	6	11
COLIMA	0	0	0	4	4	3	0	0	0	4	4	3
CHIAPAS	0	0	0	9	9	9	9	0	0	18	9	9
CHIHUAHUA	0	0	0	4	4	4	2	0	0	6	4	4
DISTRITO FEDERAL	2	2	2	7	7	6	0	0	0	9	9	8
DURANGO	0	0	0	5	2	3	0	0	0	5	2	3
GUANAJUATO	0	0	0	10	7	4	11	0	0	21	7	4
GUERRERO	0	0	0	11	9	9	3	0	0	14	9	9
HALGO	0	0	0	5	5	4	0	0	0	5	5	4
JALISCO	2	2	1	11	8	10	15	0	0	28	10	11
MEXICO	3	0	0	18	15	8	23	0	0	44	15	8
MICHOACAN	1	1	1	4	4	5	6	0	0	11	5	6
MORELOS	0	0	0	5	4	4	3	0	0	8	4	4
NAYARIT	0	0	0	3	2	2	4	0	0	7	2	2
NUEVO LEON	2	2	2	5	4	4	0	0	0	7	6	6
OAXACA	0	0	0	8	5	0	4	0	0	12	5	0
PUEBLA	0	0	0	10	6	6	4	0	0	14	6	6
QUERETARO	1	0	1	4	2	4	0	0	0	5	2	5
QUINTANA ROO	1	1	1	4	4	4	0	0	0	5	5	5
SAN LUIS POTOSI	1	1	1	3	2	2	1	0	0	5	3	3
SINALOA	1	0	0	3	3	1	9	0	0	13	3	1
SONORA	1	1	1	13	10	6	6	0	0	20	11	7
TABASCO	1	1	1	9	9	9	0	0	0	10	10	10
TAMAULIPAS	0	0	0	4	3	3	2	0	0	6	3	3
TLAXCALA	1	1	1	4	4	4	1	0	0	6	5	5
VERACRUZ	0	0	0	3	4	0	9	0	0	12	4	0
YUCATAN	2	2	1	1	1	2	5	0	0	8	3	3
ZACATECAS	0	0	0	2	2	1	7	0	0	9	2	1
TOTAL	20	15	13	169	156	130	148	3	6	367	174	148

FUENTE: Censo Nacional de Unidades de Atención Médica, D.G.R.S.S., SSA, 1992. Reportes de las Entidades Federativas tabulados por la D.G.A.M.I.

TABLA 4
REPORTES DE MUERTES MATERNAS Y PERINATALES POR LOS COMITES, 1992.

ENTIDAD FEDERATIVA	MUERTES MATERNAS EN HOSPITALES				MUERTES PERINATALES EN HOSPITALES					
	REPORTADAS POR SEM	REPORTADAS POR LOS COMITES	REPORTADAS POR LOS 2 SISTEMAS	DICTAMINADAS POR LOS COMITES *		REPORTADAS POR SEM 1/	REPORTADAS POR LOS COMITES	REPORTADAS POR LOS 2 SISTEMAS	DICTAMINADAS POR LOS COMITES *	
				NUMERO	PORCIENTO				NUMERO	PORCIENTO
AGUASCALIENTES	1	1	1	1	100.0	81	21	81	21	100.0
BAJA CALIFORNIA	0	1	1	1	100.0	228	25	228	25	100.0
BAJA CALIFORNIA SUR	0	1	1	1	100.0	43	24	43	24	100.0
CAMPECHE	3	3	3	2	66.7	100	35	100	35	100.0
COAHUILA	0	5	5	4	80.0	102	51	102	48	94.1
COLIMA	2	2	2	2	100.0	45	69	45	69	100.0
CHIAPAS	19	9	19	9	100.0	619	93	619	57	61.3
CHIHUAHUA	2	2	2	2	100.0	38	38	38	36	94.7
DISTRITO FEDERAL	21	43	43	35	81.4	252	1177	252	590	50.1
DURANGO	4	0	(4)	0		159	39	159	26	66.7
GUANAJUATO	6	1	6	1	100.0	453	169	453	162	95.9
GUERRERO	14	12	14	12	100.0	565	217	565	216	99.5
HIDALGO	11	4	11	3	75.0	417	300	417	300	100.0
JALISCO	9	11	11	11	100.0	502	442	502	395	89.4
MEXICO	37	16	37	16	100.0	1205	141	1205	141	100.0
MICHOACAN	8	47	47	47	100.0	249	93	249	58	62.4
MORELOS	5	0	5	0		134	77	134	69	89.6
NAYARIT	2	4	4	4	100.0	115	69	115	69	100.0
NUEVO LEON	2	5	5	5	100.0	214	85	214	74	87.1
OAXACA	8	1	8	1	100.0	278	67	278	63	94.0
PUEBLA	5	5	5	5	100.0	319	125	319	105	84.0
QUERETARO	17	17	17	16	94.1	441	268	441	252	94.0
QUINTANA ROO	5	3	5	3	100.0	119	155	119	100	64.5
SAN LUIS POTOSI	1	1	1	1	100.0	325	174	325	174	100.0
SINALOA	0	0	0	0		84	70	84	29	41.4
SONORA	3	1	3	1	100.0	97	8	97	6	75.0
TABASCO	6	11	11	11	100.0	544	185	544	185	100.0
TAMAULIPAS	9	8	9	8	100.0	152	66	152	66	100.0
TLAXCALA	1	2	2	1	50.0	225	177	225	96	54.2
VERACRUZ	2	5	5	5	100.0	191	100	191	99	99.0
YUCATAN	1	8	8	7	87.5	219	144	219	109	75.7
ZACATECAS	3	1	3	1	100.0	142	79	142	79	100.0
TOTAL	207	230	290	216	93.9	8,657	4,783	8,642	3,778	79.0

FUENTES: Sistema Estatal de Información Básica, S.E.I.B. e informes de los comités hospitalarios de morbilidad.

* Respecto a las reportadas por los Comités hospitalarios.

1/ Muertes fatales de 28 semanas o más y de recién nacidos de menos de 28 días de edad. Información preliminar, el informe final fue de 9,393 muertes hospitalarias.

2/ Muertes fatales de 28 semanas o más y de recién nacidos de menos de 7 días de edad.

TABLA 5
CAPACITACION Y ENCUESTAS A PARTERAS TRADICIONALES 1990-1992.

ENTIDAD FEDERATIVA	PARTERAS CAPACITADAS					PARTERAS ENCUESTADAS *		
	ALCANCE 1990	ALCANCE 1991	META 1992	LOGRO 1992	PORCIENTO DE LOGRO	ALCANCE 1990-1991	LOGRO 1992	LOGRO 1990-1992
AGUASCALIENTES	30	25	42	18	42.9	19	38	57
BAJA CALIFORNIA	1	0	0	2	-	2	0	2
BAJA CALIFORNIA SUR	0	0	0	0	0.0	27	0	27
CAMPECHE	20	15	72	72	100.0	54	20	74
COAHUILA	0	28	67	19	28.4	13	5	18
COLIMA	0	12	50	0	0.0	45	0	45
CHIAPAS	72	180	375	233	62.1	345	0	345
CHIHUAHUA	0	46	104	58	53.8	62	131	193
DISTRITO FEDERAL	0	0	90	0	0.0	22	22	44
DURANGO	0	70	78	180	230.8	91	17	108
GUANAJUATO	63	182	204	186	91.2	436	2	438
GUERRERO	60	193	448	187	41.7	488	236	724
HIDALGO	18	0	300	0	0.0	323	0	323
JALISCO	42	122	286	184	69.2	228	0	228
MEXICO	125	327	426	209	49.1	533	0	533
MICHOACAN	61	72	216	119	55.1	340	237	577
MORELOS	116	123	72	43	59.7	265	117	382
NAYARIT	30	21	100	44	44.0	211	12	223
NUEVO LEON	12	11	90	26	28.9	43	0	43
OAXACA	120	27	372	89	23.9	387	56	443
PUEBLA	60	250	264	90	34.1	293	398	691
QUERETARO	48	40	84	40	47.6	128	0	128
QUINTANA ROO	94	50	150	131	87.3	80	0	80
SAN LUIS POTOSI	0	237	182	158	96.3	234	114	348
SINALOA	30	71	96	69	71.9	162	78	240
SONORA	0	45	66	15	22.7	57	0	57
TABASCO	881	109	1,020	1,176	115.3	1,226	0	1,226
TAMAULIPAS	28	44	90	50	55.6	173	61	234
TLAXCALA	0	0	111	23	20.7	207	0	207
VERACRUZ	19	124	240	100	41.6	598	0	598
YUCATAN	0	48	240	156	65.0	200	0	200
ZACATECAS	0	40	82	18	22.0	104	0	104
TOTAL	1,910	2,512	5,977	3,691	61.7	7,396	1,549	8,940

FUENTE: Información proporcionada por los estados.
* Cédulas de Registro de Parteras.

· TABLA 6
POSADAS DE NACIMIENTO ENTREGADAS, INSTALADAS Y FUNCIONANDO, 1992.

ENTIDAD FEDERATIVA	ENTREGADAS		INSTALADAS			FUNCIONANDO		
	1992	1990-1992	TIPO "A"	TIPO "B"	TOTAL	TIPO "A"	TIPO "B"	TOTAL
AGUASCALIENTES	2	11	5	0	5	4	0	4
BAJA CALIFORNIA	0	1	1	0	1	1	0	1
CAMPECHE	2	4	1	0	1	1	0	1
COAHUILA	3	5	3	0	3	2	0	2
COLIMA	2	2	2	0	2	2	0	2
CHIAPAS	3	4	0	0	0	0	0	0
CHIHUAHUA	4	7	2	0	2	2	0	2
DISTRITO FEDERAL	0	0	0	0	0	0	0	0
DURANGO	2	4	4	0	4	4	0	4
GUANAJUATO	5	27	17	3	20	11	0	11
GUERRERO	10	36	0	13	13	0	3	3
HIDALGO	4	8	0	4	4	0	3	3
JALISCO	10	26	14	0	14	14	0	14
MEXICO	6	23	22	0	22	22	0	22
MICHOACAN	4	17	17	0	17	17	0	17
MORELOS	4	12	10	0	10	4	0	4
NAYARIT	4	10	5	0	5	4	0	4
NUEVO LEON	2	9	7	0	7	7	0	7
OAXACA	3	3	0	0	0	0	0	0
PUEBLA	7	27	0	27	27	0	0	0
QUERETARO	4	19	2	2	4	2	0	2
QUINTANA ROO	4	11	0	5	5	0	5	5
SAN LUIS POTOSI	7	19	3	1	4	3	1	4
SINALOA	7	16	9	4	13	8	4	12
SONORA	3	17	0	0	0	0	0	0
TABASCO	8	23	0	0	0	0	0	0
TAMAULIPAS	2	8	3	0	3	3	0	3
TLAXCALA	0	14	0	0	0	0	0	0
VERACRUZ	4	26	0	12	12	0	12	12
YUCATAN	3	6	3	0	3	0	0	0
ZACATECAS	0	41	10	31	41	10	31	41
OTROS *	1	1	0	0	0	0	0	0
TOTAL	120	437	140	102	242	121	59	180

FUENTE: Información proporcionada por los estados, 1990-1992.

* Posada donada por la Directora General, al municipio de Ecatepec, Edo. de México.

TABLA 7

AVANCES EN EL REGISTRO DE ACTIVIDADES DE LAS PARTERAS TRADICIONALES, 1992.

ENTIDAD FEDERATIVA	PARTERAS QUE INFORMAN	CONSULTA PRENATAL	PARTOS ATENDIDOS		ABORTOS	MUERTES	
			NORMAL	COMPLICADO		MATERNAS	NEONATALES
AGUASCALIENTES	25		320	10	22		
BAJA CALIFORNIA	1		30				2
CAMPECHE	17		262	16		1	3
CHIHUAHUA	19		73	4	19		
GUANAJUATO	173		1,461	14	134	2	
JALISCO	22		3				
MICHOACAN	15		108	36			
MORELOS	86		906	27	29	1	
NAYARIT	43		172	7	9		1
NUEVO LEON	11		20		1		
OAXACA	89		365	40	47	6	3
PUEBLA	87		1,665	55	11		5
QUERETARO	15		228	11	8		
SINALOA	69		405	4	20		
TABASCO			8,473		29	1	
VERACRUZ			3,307				
YUCATAN	153		2,814	50			
TOTAL	825	50,205	20,612	274	329	11	14

FUENTE: Información de las entidades federativas tabuladas en la D.G.A.M.I. 1992.
Sistema de Vigilancia Epidemiológica Simplificada de la Partera, 1992.

TABLA 8
NIÑOS EVALUADOS EN SU ESTADO NUTRICIONAL 1992.

ENTIDAD FEDERATIVA	POBLACION DE MENORES DE 5 AÑOS	META DE MENORES DE 5 AÑOS	REALIZADO DE ENE. A DIC. DE 1992	LOGRO RESPECTO A META (%)	COBERTURA A LA POBLACION
AGUASCALIENTES	45,700	51,762	32,655	63.1	71.5
BAJA CALIFORNIA	62,600	36,296	20,012	55.1	32.0
BAJA CALIFORNIA SUR	24,600	13,464	15,937	118.4	64.8
CAMPECHE	24,100	32,159	18,367	57.1	76.2
COAHUILA	58,700	68,736	107,091	155.8	182.4
COLIMA	37,100	18,650	29,555	158.5	79.7
CHAPAS	94,900	63,570	42,619	67.0	44.9
CHIHUAHUA	69,600	57,006	45,044	79.0	64.7
DISTRITO FEDERAL	354,700	388,605	131,492	33.8	37.1
DURANGO	60,000	64,463	37,169	57.7	61.9
GUANAJUATO	170,800	112,353	180,569	160.7	105.7
GUERRERO	203,700	200,058	112,198	56.1	55.1
HALDAGO	96,500	75,634	75,950	100.4	78.7
JALISCO	253,800	223,720	80,387	35.9	31.7
MEXICO	487,000	365,285	433,672	118.7	89.0
MICHOACAN	121,100	106,112	122,718	115.6	101.3
MORELOS	65,400	58,132	84,276	145.0	128.9
NAYARIT	33,900	42,889	22,620	52.7	66.7
NUEVO LEON	149,500	83,945	205,720	245.1	137.6
OAXACA	86,400	78,465	105,073	133.9	121.6
PUEBLA	124,500	121,770	43,318	35.6	34.8
QUERETARO	80,700	52,065	32,895	63.2	40.8
QUINTANA ROO	42,500	43,780	22,122	50.5	52.1
SAN LUIS POTOSI	66,500	60,572	40,303	66.5	60.6
SINALOA	67,300	92,630	54,009	58.3	80.3
SONORA	65,600	78,992	61,117	77.4	93.2
TABASCO	152,200	125,410	136,964	109.2	90.0
TAMAULIPAS	79,700	62,318	26,755	42.9	33.6
TLAXCALA	48,700	48,792	67,121	137.6	137.8
VERACRUZ	161,300	313,953	156,750	49.9	87.2
YUCATAN	33,600	30,543	44,978	147.3	133.9
ZACATECAS	56,900	89,207	41,511	46.5	73.0
TOTAL	3,479,600	3,261,336	2,630,906	80.7	76.6

FUENTES: METAS; Programas Estatales.

AVANCES; SEIB. Cobertura en relación a población potencial de la SSA
POBLACION; Boletín mensual del SEIB (abril 1992).

TABLA 10

PORCENTAJE DE MENORES DE 5 AÑOS (CASOS) SEGUN SU ESTADO NUTRICIONAL, 1992.

ENTIDAD FEDERATIVA	SN DEG- NUTR- CION	CON DESNUTRICION				TOTAL NIÑOS EVALUADOS	DESNUTRIDOS RECUPERADOS 1/
		LEVE	MODERADA	SEVERA	TOTAL		
AGUASCALIENTES	91.0	7.8	1.1	0.1	9.0	100	1.6
BAJA CALIFORNIA	94.9	4.3	0.7	0.1	5.1	100	5.0
BAJA CALIFORNIA SUR	96.9	2.8	0.2	0.1	3.1	100	6.7
CAMPECHE	71.2	25.5	3.0	0.4	28.8	100	4.1
COAHUILA	89.2	8.4	2.3	0.0	10.8	100	1.5
COLIMA	92.4	6.5	0.9	0.2	7.6	100	4.4
CHIAPAS	76.0	18.8	4.7	0.5	24.0	100	14.5
CHIHUAHUA	94.6	4.5	0.8	0.1	5.4	100	2.7
DISTRITO FEDERAL	92.0	7.2	0.7	0.0	8.0	100	1.4
DURANGO	91.1	7.3	1.4	0.2	8.9	100	9.8
GUANAJUATO	90.7	8.2	1.0	0.1	9.3	100	0.8
HERRERO	81.0	16.1	2.6	0.3	19.0	100	1.8
HIDALGO	88.6	10.2	1.1	0.1	11.4	100	2.7
JALISCO	92.8	5.7	1.1	0.3	7.2	100	8.5
MEXICO	87.6	10.6	1.7	0.1	12.4	100	7.5
MICHOACAN	90.0	8.6	1.2	0.1	10.0	100	4.5
MORELOS	83.5	14.8	1.4	0.3	16.5	100	3.9
NAYARIT	88.9	9.1	1.9	0.2	11.1	100	3.4
NUEVO LEON	96.2	3.3	0.5	0.0	3.8	100	3.1
OAXACA	81.4	16.2	2.2	0.2	18.6	100	0.3
PUEBLA	80.9	16.9	1.9	0.2	19.1	100	2.8
QUERETARO	87.8	10.0	1.8	0.4	12.2	100	1.3
QUINTANA ROO	81.7	14.7	3.1	0.6	18.3	100	3.3
SAN LUIS POTOSI	87.3	10.6	1.7	0.4	12.7	100	2.2
SINALOA	90.6	8.0	1.2	0.2	9.4	100	3.0
SONORA	97.3	2.3	0.4	0.0	2.7	100	4.2
TABASCO	95.8	3.7	0.6	0.1	4.4	100	2.3
TAMAULPAS	93.2	6.2	0.5	0.1	6.8	100	4.0
TLAXCALA	92.3	6.9	0.7	0.1	7.7	100	5.4
VERACRUZ	83.7	14.4	1.7	0.2	16.3	100	2.2
YUCATAN	79.6	17.2	3.0	0.2	20.4	100	1.2
ZACATECAS	81.1	16.2	2.4	0.3	18.9	100	9.2
TOTAL	88.7	9.7	1.4	0.2	11.3	100	4.1

FUENTE: Sistema Estatal de Información Básica, S.E.I.B., 1992.

1/ Respecto al total de desnutridos diagnosticados.

TABLA 11

CONSULTAS TOTALES CON VIGILANCIA NUTRICIONAL A MENORES DE 5 AÑOS 1992.

ENTIDAD FEDERATIVA	LOGRO EN 1991	META 1992	META 1992 RESPECTO A 1991	LOGRO 1992	% DE LOGRO EN 1992
AGUASCALIENTES	61,482	113,419	184.5	54,028	47.6
BAJA CALIFORNIA	86,129	80,281	93.2	84,818	80.7
BAJA CALIFORNIA SUR	38,572	44,172	114.5	31,921	72.3
CAMPECHE	31,264	64,910	207.6	38,485	59.3
COAHUILA	143,990	176,243	122.4	144,430	81.9
COLIMA	71,228	80,460	84.9	68,883	113.6
CHIAPAS	100,366	141,605	141.1	82,588	58.3
CHIHUAHUA	79,740	181,424	227.5	65,108	35.9
DISTRITO FEDERAL	511,504	592,749	115.9	302,457	51.0
DURANGO	108,882	156,117	143.4	69,724	44.7
GUANAJUATO	217,625	203,407	93.5	275,824	135.6
GUERRERO	252,614	265,104	104.9	217,165	81.9
HIDALGO	159,354	124,604	78.2	127,483	102.3
JALISCO	352,090	578,078	164.2	383,224	66.3
MEXICO	1,181,467	627,009	53.1	1,216,168	194.0
MICHOACAN	233,483	387,334	165.9	192,339	49.7
MORELOS	133,046	149,724	112.5	139,101	86.2
NAYARIT	59,364	102,943	173.4	47,817	46.4
NUEVO LEON	411,632	217,615	52.9	366,695	188.5
OAXACA	194,643	276,027	141.8	184,033	59.4
PUEBLA	214,282	268,610	125.4	204,814	78.2
QUERETARO	112,092	131,936	117.7	86,612	65.6
QUINTANA ROO	70,467	66,618	94.5	38,442	57.7
SAN LUIS POTOSI	100,238	157,444	157.1	70,104	44.5
SINALOA	109,754	167,010	152.2	127,603	78.4
SONORA	133,719	32,292	24.1	125,369	388.2
TABASCO	317,956	290,397	91.3	321,439	110.7
TAMAILIPAS	74,178	153,935	207.5	53,429	34.7
TLAXCALA	141,899	124,181	87.5	143,169	115.3
VERACRUZ	294,442	360,253	122.4	282,057	72.7
YUCATAN	105,942	96,656	91.2	95,338	98.6
ZACATECAS	143,412	159,176	111.0	121,472	76.3
TOTAL	6,248,856	6,551,733	104.9	6,691,937	86.9

Fuente: Metas: Programas Estatales de Atención Materno Infantil.

Avances: Sistema Estatal de Información Básica. S.E.I.B.

TABLA 12

CONSULTAS TOTALES A MENORES DE 5 AÑOS SEGUN SU ESTADO NUTRICIONAL, SSA 1992.

ENTIDAD FEDERATIVA	SIN DESNU-TRICION	CON DESNUTRICION				TOTAL CONSULTAS	TOTAL DESNUTRIDOS
		LEVE	MODERADA	SEVERA	TOTAL	EDG. NUTR.	RECUPERADOS
AGUASCALIENTES	49,276	4,098	588	66	4,752	54,028	124
BAJA CALIFORNIA	62,856	1,774	171	17	1,962	64,818	69
BAJA CALIFORNIA SUR	30,997	816	82	26	924	31,921	55
CAMPECHE	32,562	5,210	641	72	5,923	38,485	226
COAHUILA	130,993	10,706	2,676	55	13,437	144,430	211
COLIMA	65,395	2,821	370	97	3,288	68,683	302
CHIAPAS	66,716	12,543	3,018	311	15,872	82,588	1,963
CHIHUAHUA	62,244	2,334	448	80	2,862	65,106	97
DISTRITO FEDERAL	279,223	20,829	2,337	68	23,234	302,457	273
DURANGO	64,549	4,406	667	102	5,175	69,724	500
GUANAJUATO	248,004	24,330	3,140	350	27,820	275,824	425
GUERRERO	180,007	30,958	5,649	551	37,158	217,165	866
HIDALGO	113,580	12,381	1,347	175	13,903	127,483	381
JALISCO	360,296	18,471	3,401	1,056	22,928	383,224	1,819
MEXICO	1,117,005	83,906	13,717	1,540	99,163	1,216,168	5,205
MICHOACAN	173,979	15,893	2,143	324	18,360	192,339	882
MORELOS	104,644	22,170	1,983	304	24,457	129,101	593
NAYARIT	43,225	3,984	565	43	4,592	47,817	272
NUEVO LEON	347,185	17,228	2,075	207	19,510	366,695	761
OAXACA	133,837	26,044	3,742	410	30,196	164,033	253
PUEBLA	164,284	34,584	5,539	407	40,530	204,814	522
QUERETARO	75,661	9,163	1,562	226	10,951	86,612	149
QUINTANA ROO	31,658	5,566	1,092	126	6,784	38,442	246
SAN LUIS POTOSI	61,327	7,289	1,199	289	8,777	70,104	227
SINALOA	118,755	7,615	1,098	135	8,848	127,603	502
SONORA	122,265	2,654	403	47	3,104	125,369	239
TABASCO	308,194	11,159	1,727	359	13,245	321,439	564
TAMAULIPAS	49,707	3,291	388	43	3,722	53,429	65
TLAXCALA	128,605	12,782	1,533	249	14,564	143,169	1,379
VERACRUZ	219,948	36,917	4,727	465	42,109	262,057	1,038
YUCATAN	74,837	17,139	3,092	270	20,501	95,338	434
ZACATECAS	107,215	12,174	1,845	238	14,257	121,472	1,558
TOTAL	6,129,029	481,235	72,965	8,708	562,908	5,691,937	22,200

FUENTE: Sistema Estatal de Información Básica, S.E.I.B., 1992.

TABLA 13

COBERTURA DE CENTROS Y EDUCADORAS, SSA-SEP.

ENTIDAD FEDERATIVA	CENTROS PREESCOLARES			E D U C A D O R A S		
	EXISTENTES	CUBIERTOS	LOGRO EN %	EXISTENTES	CUBIERTOS	LOGRO EN %
AGUASCALIENTES	399	369	92.5	1,175	1,280	108.9
BAJA CALIFORNIA	498	498	100.0	1,964	1,962	99.9
BAJA CALIFORNIA SUR	150	58	38.7	513	300	58.5
CAMPECHE	307	52	16.9	834	532	63.8
COAHUILA	763	257	33.7	2,132	1,693	79.4
COLIMA	168	184	109.5	561	561	100.0
CHIAPAS	2,001		0.0	4,259		0.0
CHIHUAHUA	975	639	65.5	2,452	754	30.8
DISTRITO FEDERAL	1,077	1077	100.0	8,086	8,068	99.8
DURANGO	791	556	70.3	1,673	1,290	77.1
GUANAJUATO	2,251	2251	100.0	4,690	4,690	100.0
GUERRERO	2,153	348	16.2	5,142	1,258	24.5
HIDALGO	1,347	917	68.1	2,627	2,405	91.5
JALISCO	2,116	739	34.9	2,489	264	10.6
MEXICO	3,338	2058	61.7	9,244	9,880	106.9
MICHOACAN	1,676	208	12.4	3,775	581	15.4
MORELOS	529	499	94.3	2,040	2,040	100.0
NAYARIT	438	356	81.3	1,116	812	72.8
NUEVO LEON	310		0.0	2,024		0.0
OAXACA	2,252	994	44.1	4,135	2,276	55.0
PUEBLA	1,695		0.0	4,931	2,751	55.8
QUERETARO	640	591	92.3	2,020	2,020	100.0
QUINTANA ROO	286	64	22.4	584	181	31.0
SAN LUIS POTOSI	1709		0.0	4418		0.0
SINALOA	1,016	937	92.2	1,655	1,624	98.1
SONORA	720	104	14.4	2,260	321	14.2
TABASCO	1,372	1268	92.4	2,453	2,226	90.7
TAMAULPAS	712	471	66.2	2,080	30	1.5
TLAXCALA	362		0.0	821		0.0
VERACRUZ	4,136	34	0.8	8,884	69	0.8
YUCATAN	584	573	98.1	2,336	1,778	76.1
ZACATECAS	957	807	84.3	2,087	2,087	100.0
TOTAL	37,728	16,909	44.8	96,340	63,733	66.4

El Estado de Aguascalientes capacitó educadoras de centros infantiles del ISSSTE.

FUENTE: Informes de las entidades federativas del Programa de Protección y Mejoramiento de la Salud del Preescolar, SSA-SEP. Detención de febrero de 1992.

TABLA 14

**RESULTADOS DE LA DETECCION DEL ESTADO NUTRICIONAL DE PREESCOLARES, SSA-SEP, 1992.
(SEPTIEMBRE DE 1992)**

ENTIDAD FEDERATIVA	TOTAL INSCRITOS	TOTAL EXAMINADOS	LOGRO %	NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS SEGUN SU ESTADO NUTRICIONAL (1)					
				NORMAL		RIESGO (AMARILLO)		DESNUTRICION (ROJO)	
				NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
AGUASCALIENTES	28,800	22,470	78.0	13,016	57.9	7,637	34.0	1,817	8.1
BAJA CALIFORNIA	51,742	20,350	39.3	14,701	72.2	4,375	21.5	1,274	6.3
BAJA CALIFORNIA SUR	16,500	975	5.9	763	78.3	179	18.4	33	3.4
CAMPECHE	19,582	4,266	21.8	2,732	64.0	961	22.5	573	13.4
COAHUILA	57,285	34,715	60.6	20,147	58.0	10,471	30.2	4,097	11.8
COLIMA	15,244	12,778	83.8	7,424	58.1	3,958	31.0	1,396	10.9
CHIAPAS	150,994		0.0						
CHIHUAHUA	67,049	5,816	8.7	4,084	70.2	1,346	23.1	386	6.6
DISTRITO FEDERAL	190,000		0.0						
DURANGO	39,838	9,901	24.9	6,578	66.4	2,705	27.3	618	6.2
GUANAJUATO	128,967	56,756	44.0	32,251	56.8	18,558	32.7	5,947	10.5
GUERRERO	122,762	43,470	35.4	23,027	53.0	14,373	33.1	6,070	14.0
HIDALGO	55,653	44,019	79.1	26,325	59.8	13,324	30.3	4,370	9.9
JALISCO	194,405	52,529	27.0	31,016	59.0	15,590	29.7	5,923	11.3
MEXCO	264,067	220,379	83.5	148,206	67.3	56,045	25.4	16,128	7.3
MICHOACAN	126,971	5,240	4.1	3,143	60.0	1,534	29.3	563	10.7
MORELOS	38,473	24,767	64.4	13,093	52.9	8,531	34.4	3,143	12.7
NAYARIT	28,991	11,700	40.4	7,473	63.9	3,195	27.3	1,032	8.8
NUEVO LEON	76,057		0.0						
OAXACA	110,087	33,535	30.5	13,518	40.3	13,460	40.1	6,557	19.6
PUEBLA	129,958	32,437	25.0	24,787	76.4	5,766	17.8	1,884	5.8
QUERETARO	34,534	36,808	106.6	21,663	58.9	10,320	28.0	4,825	13.1
QUINTANA ROO	17,796	6,046	34.0	2,519	41.7	2,393	39.6	1,134	18.8
SAN LUIS POTOSI	87,648	14,608	16.7	6,632	45.4	5,450	37.3	2,526	17.3
SINALOA	67,699	65,417	96.6	55,995	85.6	8,215	12.6	1,207	1.8
SONORA	56,210		0.0						
TABASCO	65,733	55,068	83.8	42,971	78.0	9,587	17.4	2,510	4.6
TAMAULIPAS	55,411		0.0						
TLAXCALA	29,032		0.0						
VERACRUZ	246,432		0.0						
YUCATAN	50,776	30,274	59.6	18,802	62.1	8,744	28.9	2,728	9.0
ZACATECAS	38,421	16,639	43.3	8,341	50.1	5,370	32.3	2,928	17.6
TOTAL	2,863,117	860,963	32.3	549,207	63.8	232,067	27.0	79,669	9.3

FUENTE: Informes proporcionados a los Servicios de Salud en los Estados por parte de SEP estatal. (DETECCION SEPTIEMBRE DE 1992).

(1) Medición con la cinta braquial "CIMDER".

-Porcentaje de examinados en relación con los inscritos.

TABLA 15

AYUDA ALIMENTARIA DEL PROGRAMA NUTRICION Y SALUD, CUMPLIMIENTO DE METAS 1992.

parte (2)

ENTIDAD FEDERATIVA	LOCALIDADES			FAMILIAS			PAQUETES ALIMENTARIOS			VALOR EN MILES		
	META	LOGRO	%	META	LOGRO	%	META	LOGRO	%	META	LOGRO	%
AGUASCALIENTES	25	30	120	1,250	1,305	104	48,000	38,000	75	168	126.0	75
CAMPECHE	75	76	101	5,000	3,652	73	192,000	51,218	27	672	179.3	27
COAHUILA	60	98	163	3,750	2,547	68	144,000	49,280	34	504	172.5	34
COLIMA	40	43	107	1,250	1,449	116	48,000	29,780	62	168	104.2	62
CHIAPAS	140	192	137	10,000	11,737	117	384,000	168,462	44	1,344	589.6	44
CHIHUAHUA	60	86	143	3,750	3,195	85	144,000	62,571	43	504	219.0	43
DURANGO	80	74	92	5,000	5,017	101	192,000	113,300	59	672	396.5	59
GUANAJUATO	60	89	148	3,750	3,358	89	144,000	104,770	73	504	366.7	73
GUERRERO	140	201	143	10,000	8,540	85	384,000	133,210	35	1,344	486.2	35
HIDALGO	60	92	153	3,750	2,875	77	144,000	65,776	46	504	230.2	46
JALISCO	100	102	102	6,250	6,662	106	240,000	200,400	83	840	701.4	84
MICHOACAN	120	94	78	7,500	6,725	90	288,000	272,520	95	1,008	953.8	95
MORELOS	30	53	177	1,875	1,884	101	72,000	16,800	23	252	58.8	23
NAYARIT	60	91	152	3,750	4,420	118	144,000	124,942	87	504	437.3	87
OAXACA	160	159	99	10,000	11,064	111	384,000	217,654	57	1,344	761.8	57
PUEBLA	100	105	105	6,250	5,250	84	240,000	119,800	50	840	419.3	50
QUERETARO	100	175	175	6,250	6,547	105	240,000	138,280	58	840	484.0	58
QUINTANA ROO	70	126	180	4,375	3,822	87	168,000	105,176	63	588	368.1	63
SAN LUIS POTOSI	100	119	119	5,000	4,968	99	192,000	188,400	99	672	662.9	99
SINALOA	40	55	137	2,500	3,395	136	96,000	68,834	72	336	240.9	72
SONORA	60	138	230	3,750	5,111	136	144,000	106,000	74	504	371.0	74
VERACRUZ	100	102	102	6,250	4,787	76	240,000	197,622	82	840	691.7	82
YUCATAN	100	180	180	6,250	6,312	101	240,000	114,000	47	840	399.0	48
ZACATECAS	120	297	247	7,500	8,280	110	288,000	253,376	88	1,008	886.8	88
TOTAL	2,000	2,777	139	125,000	122,902	98	4,800,000	2,338,173	81	16,800	10,287	61

(1) FUENTE: D.G.A.M.I., Subdirección Regional de Nutrición, 1992.

TABLA 1C
COBERTURA DE LA AYUDA ALIMENTARIA, 1992.

ENTIDAD FEDERATIVA	NUMERO DE LOCALIDADES	FAMILIAS PARTICIPANTES	GRUPOS DE RIESGO CONTROLADOS				PAQUETES ALIMENTA- RIOS	PAQ. SEMI- DISTRIBU- IDOS
			MEJORES DE 5 AÑOS	EMBARA- ZADAS	MUJERES EN LACTANC.	TOTAL		
AGUASCALIENTES	29	1,250	1,684	131	191	2,006	40,163	1,825
BAJA CALIFORNIA	0	0	455	8	0	463	2,980	477
BAJA CALIFORNIA SUR	0	0	0	0	0	0	0	0
CAMPECHE	41	1,467	1,381	159	135	1,675	36,433	505
COAHUILA	99	3,004	1,459	121	114	1,694	53,285	308
COLIMA	32	588	1,104	40	132	1,276	25,590	1,180
CHAPAS	104	9,184	10,570	833	1,772	13,175	154,452	42
CHIHUAHUA	108	2,496	2,557	159	188	2,902	47,497	2,843
DISTRITO FEDERAL	0	0	0	0	0	0	0	0
DURANGO	52	2,817	3,788	288	547	4,623	102,907	2,457
GUANAJUATO	53	1,492	2,433	201	488	3,122	84,679	239
GUERRERO	136	3,807	7,726	625	1,895	10,246	255,720	165
HIDALGO	78	2,436	3,773	214	600	4,587	73,485	7,402
JALISCO	143	4,552	5,175	697	1,293	7,165	78,388	2,128
MEXICO	217	4,280	11,236	1,665	1,134	14,035	256,768	8,738
MICHOACAN	98	6,838	9,939	687	1,675	12,301	253,267	2,631
MORELOS	38	1,492	1,339	93	279	1,711	25,148	184
NAYARIT	160	8,062	10,262	749	1,898	13,009	145,511	1,228
NUEVO LEON	407	4,542	5,704	310	482	6,498	106,833	1,838
OAXACA	153	7,808	13,419	1,008	2,084	16,489	257,733	1,398
PUEBLA	92	4,327	6,899	411	1,218	8,526	413,319	10,144
QUERETARO	187	4,897	5,510	409	719	6,638	124,895	6,353
QUINTANA ROO	77	2,241	2,800	184	516	3,500	17,960	442
SAN LUIS POTOSI	154	6,127	8,222	517	880	9,619	158,573	9,158
SINALOA	39	1,914	1,790	179	185	2,154	32,198	5
SONORA	135	4,970	4,405	358	831	5,594	78,575	3,753
TAMASCO	285	5,324	7,191	271	1,026	8,488	42,424	9,687
TAMAULIPAS	0	0	0	0	0	0	21,378	802
TLAXCALA	0	0	0	0	0	0	0	0
VERACRUZ	113	5,127	6,600	504	664	7,768	199,968	6,457
YUCATAN	181	7,301	7,315	765	1,820	10,000	209,170	0
ZACATECAS	290	8,135	9,165	908	1,305	11,378	220,495	11,935
TOTAL	3,497	116,278	163,901	12,482	24,247	190,840	3,499,782	84,178
TOTAL 24 ESTADOS (CARE)	2,688	102,132	129,315	10,238	21,005	181,168	3,089,408	72,838

FUENTE: Sistema Estatal de Información Básica, S.E.I.B., 1992.

TABLA 17
PROYECTO PILOTO DE NUTRICION, ALIMENTACION Y SALUD
 (PERIODO SEPTIEMBRE-DICIEMBRE DE 1991)

CONCEPTO	ESTADO DE MEXICO		NUEVO LEON		SAN LUIS POTOSI		TAMAULIPAS	
	META	LOGRO	META	LOGRO	META	LOGRO	META	LOGRO
LOCALIDADES CON AYUDA ALIMENT.	89	89	90	90	266	266	174	174
FAMILIAS BENEFICIARIAS	14,101	14,101	7,252	7,241	7,298	7,231	4,731	4,636
- MENORES DE 5 AÑOS	20,192	21,053	9,852	9,484	10,481	10,290	5,537	8,475
- EMBARAZADAS	1,269	800	736	584	799	587	500	411
- MADRES LACTANDO	3,200	3,269	1,526	1,570	1,368	1,274	837	498
RACIONES ALIMENT. DISTRIBUID.	112,808	111,001	58,016	58,016	58,384	57,617	37,848	35,676
ORIENTACION NUTRICIONAL								
- PLATICAS	712	1,524	720	1,359	2,128	1,530	1,392	1,086
- DEMOSTRACIONES	712	1,522	720	925	2,128	1,204	1,392	1,256
OBRAS POR CONTRAPRESTACION	336	15,636	176	7,335	176	9,040	112	9,789
DIAS PERSONA LABORADOS	338,424	45,562	174,048	136,575	175,152	152,226	113,544	93,439

FUENTE: D.G.A.M.I., Subdirección de Operación de Nutrición y Salud.

103
 TABLA 18
PROYECTO PILOTO DE NUTRICION, ALIMENTACION Y SALUD
 (PERIODO ENERO-JUNIO DE 1992)

CONCEPTO	ESTADO DE MEXICO		NUEVO LEON		SAN LUIS POTOSI		TAMAULIPAS	
	META	LOGRO	META	LOGRO	META	LOGRO	META	LOGRO
LOCALIDADES CON AYUDA ALIMENT.	89	89	90	90	266	266	174	174
FAMILIAS BENEFICIARIAS	14,101	14,086	7,252	7,241	7,298	7,213	4,731	4,215
- MENORES DE 5 AÑOS	20,192	21,745	9,852	9,838	10,481	10,583	5,537	8,468
- EMBARAZADAS	1,269	493	736	351	799	366	500	352
- MADRES LACTANDO	3,200	2,522	1,526	1,766	1,368	1,315	837	971
RACIONES ALIMENT. DISTRIBUID.	169,212	168,262	87,024	14,504	87,576	144,257	56,772	53,050
ORIENTACION NUTRICIONAL								
- PLATICAS	1,068	2,737	1,080	2,086	3,192	7,293	2,088	2,260
- DEMOSTRACIONES	1,068	2,384	1,080	1,178	3,192	6,007	2,088	2,485
OBRAS POR CONTRAPRESTACION	504	7,429	264	30,138	264	17,336	168	10,793
DIAS PERSONA LABORADOS	507,636	80,357	261,072	220,580	262,728	469,166	170,316	173,354

FUENTE: D.G.A.M.I., Subdirección de Operación de Nutrición y Salud.

TABLA 19

LOGROS ANUALES 1989 -1992 DEL PROGRAMA LA SALUD EMPIEZA EN CASA

ENTIDAD FEDERATIVA	A G E N T E S					P R O C U R A D O R A S				
	1989	1990	1991	1992	TOTAL	1989	1990	1991	1992	TOTAL
AQUASCALIENTES		280	724	282	1,286		2,987	8,539	12,366	23,892
BAJA CALIFORNIA	24	24	509	78	633	294	246	6,783	1,507	8,810
BAJA CALIFORNIA SUR	111	129	134	134	508		1,468	2,893	1,176	5,537
CAMPECHE		40	139	127	306		970	1,369	1,901	4,240
COAHUILA		70	422	568	1,060			5,003	6,294	11,297
COLIMA		110	25	225	360			664	2,205	2,869
CHIAPAS	63	79	335	757	1,234	294	31	3,525	3,929	7,779
CHIHUAHUA	144	117	367	424	1,052		614	2,121	1,208	3,943
DISTRITO FEDERAL	87	539	38	327	971	2,351	3,786	495	3,088	9,720
DURANGO	39	252	278	112	681	294	1,310	980	1,810	4,394
GUANAJUATO		273	251	1,340	1,864		407	3,483	3,770	7,660
GUERRERO	722	344	497	324	1,887	8,818	2,199	5,655	5,513	22,185
HIDALGO		83	900	994	1,977	1,470	979	6,883	3,775	13,107
JALISCO		80	1,038	3,700	4,818		42	4,924	10,077	15,043
MEXICO	61	1,352	420	1,188	3,021	2,351	12,875	8,507	7,499	31,232
MICHOACAN		32	269	889	1,190			839	2,186	3,025
MORELOS		138	712	296	1,146		1,687	833	1,017	3,537
NAYARIT	63	441	254	1,703	2,461	294	952	1,787	8,149	11,182
NUevo LEON	1,316	1,371	118	1,487	4,292	588	248	2,155	7,468	10,459
OAXACA		91	552	966	1,609		35	1,580	2,558	4,173
PUEBLA	28	440	237	2,990	3,695	1,176	3,436	8,897	25,002	38,511
QUERETARO		151	126	2,779	3,056		334	3,404	13,345	17,083
QUINTANA ROO		15	10	201	226			190	506	696
SAN LUIS POTOSI		117	725	162	1,004		478	9,264	20,572	30,314
SINALOA		6	138	803	947			1,760	14,883	16,443
SONORA		27	157	28	212		74	1,015	27	1,118
TABASCO		166	424	588	1,178		165	1,845	5,368	7,378
TAMAILPAS		100	219	532	851		247	483	6,634	7,364
TLAXCALA	121	351	300	243	1,015	6,467	3,107	76,713	25,441	111,728
VERACRUZ	48	331	489	180	1,046	588	190	1,881	154	2,813
YUCATAN		72	38	2,690	2,800		20	303	30,184	30,507
ZACATECAS			129	1,318	1,447			2,618	2,791	5,409
DIR. GRAL. MAT. INF.		1,918	1,759	1,078	4,755		3,769	2,621	584	6,974
TOTAL:	2,805	9,539	12,733	29,511	54,588	24,985	42,666	179,992	232,787	480,420

FUENTE: Reportes de las Entidades Federativas.

TABLA 20
CUMPLIMIENTO DE METAS DEL PROGRAMA LA SALUD EMPIEZA EN CASA 1992.

ENTIDAD FEDERATIVA	CURSOS			AGENTES			PLATICAS			PROCURADORAS		
	META	ALCANZE	%	META	ALCANZE	%	META	ALCANZE	%	META	ALCANZE	%
AGUASCALIENTES	31	16	52	455	282	62	645	513	80	12,893	12,366	98
BAJA CALIFORNIA	23	3	13	338	76	22	472	76	16	9,430	1,507	16
BAJA CALIFORNIA SUR	7	6	86	104	134	129	160	58	36	3,200	1,176	37
CAMPECHE	7	15	214	104	127	122	160	78	49	3,200	1,901	59
COAHUILA	26	28	108	390	568	146	400	441	110	8,000	6,294	79
COLIMA	5	11	220	65	225	346	120	110	92	2,400	2,205	92
CHIAPAS	13	23	177	189	757	401	326	196	60	6,511	3,929	60
CHIHUAHUA	16	20	125	240	424	177	360	148	41	7,200	1,208	17
DISTRITO FEDERAL	17	55	324	241	327	136	633	152	24	12,650	3,088	24
DURANGO	4	97	2,425	58	112	193	180	90	56	3,200	1,810	57
GUANAJUATO	8	58	725	120	1,340	1,117	280	188	67	5,599	3,770	67
GUERRERO	30	16	53	441	324	73	782	275	35	15,634	5,513	35
HIDALGO	42	48	114	617	994	161	1,000	183	18	20,000	3,775	19
JALISCO	16	185	1,156	232	3,700	1,595	520	503	97	10,400	10,077	97
MEXICO	32	119	372	475	1,188	250	760	4,573	602	15,200	7,499	49
MICHOACAN	13	41	315	184	889	483	320	97	30	6,400	2,186	34
MORELOS	4	13	325	52	296	569	125	39	31	2,500	1,017	41
NAYARIT	18	38	211	269	1,703	633	400	277	69	8,000	8,149	102
NUEVO LEON	8	75	938	119	1,487	1,250	320	784	239	6,400	7,468	117
OAXACA	13	41	315	188	966	514	239	97	41	4,780	2,558	54
PUEBLA	33	118	358	490	2,990	610	812	871	107	16,223	25,002	154
QUERETARO	17	138	812	255	2,779	1,090	325	747	230	6,500	13,345	205
QUINTANA ROO	5	10	200	65	201	309	125	25	20	2,500	506	20
SAN LUIS POTOSI	40	5	13	602	162	27	900	389	43	18,000	20,572	114
SINALOA	5	33	660	128	803	627	215	536	249	4,300	14,683	341
SONORA	3	1	33	42	28	67	161	1	1	3,218	27	1
TABASCO	10	497	4,970	145	588	406	230	268	117	4,585	5,368	117
TAMAULIPAS	6	23	383	87	532	611	250	331	132	5,000	6,634	133
TLAXCALA	12	7	58	172	243	141	550	786	143	11,000	25,441	231
VERACRUZ	11	9	82	159	180	113	138	7	5	2,750	154	6
YUCATAN	9	531	5,900	131	2,690	2,053	160	4,682	2,926	3,200	30,184	943
ZACATECAS	7	210	3,000	93	1,318	1,417	153	139	91	3,062	2,791	91
DIR. GRAL. MAT. INF.	50	33	66	1,500	1,078	72	50	21	42	1,500	584	39
TOTAL	641	2,623	466	6,760	29,511	337	12,251	17,661	144	245,435	232,787	95

FUENTE: Reportes de las Entidades Federativas.

TABLA 21

CUMPLIMIENTO DE METAS Y COBERTURA DE ATENCION DEL EMBARAZO, SSA 1992.

ENTIDAD FEDERATIVA	META A EMBARAZADAS DE 1ra. VEZ	REALIZADO EN DIC 1992	LOGRO RESPECTO A LA META	MUJERES EN EDAD FERTIL	COBERTURA DE EMBARAZADAS POR 1,000 M.E.F.
AGUASCALIENTES	7,204	9,715	134.9	86,000	113.0
BAJA CALIFORNIA	13,430	13,951	103.9	137,200	101.7
BAJA CALIFORNIA SUR	3,743	4,875	130.2	52,700	92.5
CAMPECHE	7,852	7,164	93.6	44,200	162.1
COAHUILA	9,710	18,134	186.8	131,700	137.7
COLIMA	6,565	7,282	110.9	77,300	94.2
CHIAPAS	12,969	23,918	184.4	147,000	162.7
CHIHUAHUA	13,658	17,439	127.7	153,400	113.7
DISTRITO FEDERAL	90,493	53,288	58.9	1,029,500	51.7
DURANGO	14,783	14,359	97.1	111,900	128.3
GUANAJUATO	47,873	49,948	104.3	310,800	160.8
GUERRERO	34,890	31,072	89.1	348,900	89.1
HDALGO	26,285	28,206	107.4	178,700	157.8
JALISCO	66,916	64,045	95.7	515,400	124.3
MEXICO	110,495	147,055	133.1	1,039,000	141.5
MICHOACAN	39,712	40,943	103.1	223,800	162.9
MORELOS	22,332	19,491	87.3	142,600	136.7
NAVARRA	8,516	9,870	115.9	64,800	152.3
NUEVO LEON	15,568	31,639	203.2	379,400	83.4
OAXACA	5,941	32,033	539.2	148,200	218.1
PUEBLA	11,281	31,203	276.6	228,000	136.9
QUERETARO	17,638	19,331	109.6	144,000	134.2
QUINTANA ROO	10,232	11,297	110.4	73,100	154.5
SAN LUIS POTOSI	23,480	17,171	73.1	117,900	145.6
SINALOA	30,358	18,315	60.3	139,800	131.0
SONORA	11,702	16,712	142.8	145,400	114.9
TABASCO	29,694	39,403	132.7	270,800	145.6
TAMAULIPAS	8,492	11,889	140.0	185,500	64.1
TLAXCALA	8,504	19,196	225.7	92,800	206.9
VERACRUZ	35,919	32,651	90.9	327,200	99.8
YUCATAN	9,504	16,714	175.9	67,000	249.5
ZACATECAS	10,255	15,415	150.3	101,300	152.2
TOTAL	765,772	873,700	114.1	7,214,900	121.1

FUENTE: METAS; Programas Estatales 1992. LOGROS; Sistema Estatal de Información Básica, S.E.I.B. 1992.

TABLA 23

PROPORCION DE PUERPERIOS REPECTO A PARTOS ATENDIDOS EN LA SSA 1991-1992.

ENTIDAD FEDERATIVA	1 9 9 1			1 9 9 2		
	PUERPERIOS	PARTOS	PORCENTAJE	PUERPERIOS	PARTOS	PORCENTAJE
AGUASCALIENTES	1,078	7,493	14.4	802	6,308	12.7
BAJA CALIFORNIA	1,273	8,186	15.6	1,447	8,599	16.8
CAMPECHE	442	3,222	13.7	941	3,451	27.3
COAHUILA	225	2,213	10.2	341	3,088	11.0
COLIMA	1,540	6,249	24.6	2,047	6,182	33.1
CHIAPAS	1,119	3,648	30.7	2,126	3,835	55.4
CHIHUAHUA	612	13,350	4.6	2,411	14,072	17.1
DISTRITO FEDERAL	950	5,440	17.5	1,123	5,885	19.1
DURANGO	2,988	17,933	16.7	3,345	22,797	14.7
GUANAJUATO	1,797	9,067	19.8	1,688	8,147	20.7
GUERRERO	4,478	18,465	24.3	8,898	23,247	38.3
HIDALGO	4,272	15,842	27.0	4,553	14,353	31.7
JALISCO	3,840	15,420	24.9	3,294	14,868	22.2
MEXICO	5,874	26,866	21.9	8,271	32,016	25.8
MICHOACAN	18,303	48,371	37.8	23,979	50,035	47.9
MORELOS	5,400	15,449	35.0	5,959	15,876	37.5
NAYARIT	2,672	5,206	51.3	2,340	5,296	44.2
NUEVO LEON	1,067	5,182	20.6	1,454	5,597	26.0
OAXACA	3,594	11,139	32.3	5,499	12,883	42.7
PUEBLA	4,155	13,384	31.0	4,856	13,668	35.5
QUERETARO	4,061	13,773	29.5	3,865	13,713	28.2
QUINTANA ROO	2,468	10,194	24.2	2,177	11,891	18.3
SAN LUIS POTOSI	496	3,571	13.9	894	4,505	19.8
SINALOA	2,151	8,793	24.5	2,344	9,178	25.5
SONORA	2,046	7,068	28.9	5,611	7,533	74.5
TABASCO	2,553	8,823	28.9	2,636	8,529	30.9
TAMAULIPAS	9,770	16,860	57.9	13,075	16,862	78.5
TLAXCALA	533	4,832	11.0	649	5,785	11.2
VERACRUZ	1,906	9,288	20.5	2,161	9,960	21.7
YUCATAN	5,375	9,556	56.2	5,947	8,572	69.4
ZACATECAS	890	6,943	12.8	2,307	7,366	31.3
OTROS *	4,155	8,893	46.7	4,419	8,850	49.9
TOTAL	102,083	360,719	28.3	131,459	382,748	34.3

FUENTE: Sistema Estatal de Información Básica, S.E.I.B., 1992.

TABLA 24

CUMPLIMIENTO DE METAS Y COBERTURA DE ATENCION DEL PUERPERIO, SSA 1992.

ENTIDAD FEDERATIVA	META A PUERPERAS DE 1a VEZ	REALIZADO EN 1992	LOGRO EN PORCENTAJE	COBERTURA POR 1,000 M.E.F.
AGUASCALIENTES	7,204	802	11.1	13.9
BAJA CALIFORNIA	10,744	1,447	13.5	16.8
BAJA CALIFORNIA SUR	2,988	941	31.5	27.3
CAMPECHE	6,121	341	5.8	11.0
COAHUILA	8,071	2,047	25.4	33.1
COLIMA	6,565	2,126	32.4	55.4
CHIAPAS	7,367	2,411	32.7	17.5
CHIHUAHUA	4,440	1,123	25.3	43.5
DISTRITO FEDERAL	90,493	3,345	3.7	14.7
DURANGO	7,206	1,688	23.4	25.1
GUANAJUATO	32,933	8,898	27.0	46.9
GUERRERO	16,552	4,553	27.5	34.5
HDALGO	11,858	3,294	27.8	22.2
JALISCO	53,533	8,271	15.5	28.1
MEXICO	66,298	23,979	36.2	47.9
MICHOACAN	16,585	5,959	35.9	41.7
MORELOS	17,866	2,340	13.1	44.8
NAYARIT	6,812	1,454	21.3	28.0
NUEVO LEON	15,568	5,499	35.3	42.7
OAXACA	4,456	4,856	109.0	37.8
PUEBLA	11,400	3,865	33.9	28.2
QUERETARO	5,493	2,177	39.6	18.5
QUINTANA ROO	8,185	894	10.9	26.0
SAN LUIS POTOSI	9,000	2,344	26.0	25.5
SINALOA	9,455	5,611	59.3	80.8
SONORA	2,956	2,636	89.2	36.3
TABASCO	16,120	13,075	81.1	78.5
TAMAULIPAS	6,793	649	9.6	11.4
TLAXCALA	3,404	2,161	63.5	21.5
VERACRUZ	6,363	5,947	93.5	75.7
YUCATAN	7,619	2,307	30.3	31.3
ZACATECAS	7,818	4,419	56.5	49.9
TOTAL	488,268	131,459	26.9	34.3

FUENTE: METAS; Programas Estatales 1992. LOGROS; Sistema Estatal de Información Básica, S.E.I.B. 1992.

TABLA 25

LOGROS EN CONSULTAS TOTALES A EMBARAZADAS Y PUERPERAS, SSA 1992.

ENTIDAD FEDERATIVA	CONSULTA PRENATAL			CONSULTA DE PUERPERIO		
	META	LOGRO	PORCENTAJE	META	LOGRO	PORCENTAJE
AGUASCALIENTES	21,612	24,984	115.6	7,204	1,132	15.7
BAJA CALIFORNIA	47,005	32,227	68.6	26,116	2,067	7.9
BAJA CALIFORNIA SUR	14,726	4,875	33.1	2,143	1,420	66.3
CAMPECHE	14,726	13,776	93.5	2,143	1,420	66.3
COAHUILA	21,884	14,400	65.8	8,841	723	8.4
COLIMA	31,072	41,743	134.3	13,721	4,005	29.2
CHIAPAS	28,950	18,681	64.5	19,695	4,239	21.5
CHIHUAHUA	39,313	44,534	113.3	7,694	4,167	54.2
DISTRITO FEDERAL	40,968	35,373	86.3	8,879	1,687	19.0
DURANGO	361,972	128,120	35.4	90,493	5,028	5.6
GUANAJUATO	40,557	33,293	82.1	17,294	3,637	21.0
GUERRERO	143,619	108,121	75.3	65,866	12,889	19.6
HALDGO	60,998	55,922	91.7	72,874	6,957	9.5
JALISCO	81,421	60,733	74.6	23,716	5,359	22.6
MEXICO	214,131	196,781	91.9	91,006	13,403	14.7
MICHOACAN	552,475	317,709	57.5	198,894	42,538	21.4
MORELOS	155,959	75,747	48.6	23,173	10,583	45.7
NAYARIT	111,663	45,899	41.1	53,598	3,389	6.3
NUOVO LEON	42,580	23,875	56.1	20,436	2,092	10.2
OAXACA	77,840	113,390	145.7	46,704	8,950	19.2
PUEBLA	25,250	64,954	257.2	4,456	8,419	188.9
QUERETARO	25,562	56,456	220.9	11,400	6,818	59.8
QUINTANA ROO	53,443	43,689	81.7	10,437	3,361	32.2
SAN LUIS POTOSI	30,696	22,480	73.2	16,371	1,501	9.2
SINALOA	117,400	47,474	40.4	18,000	3,277	18.2
SONORA	61,516	38,854	63.2	9,455	8,325	88.0
TABASCO	46,808	49,442	105.6	4,730	3,833	81.0
TAMAULIPAS	148,102	108,448	73.2	48,008	23,831	49.6
TLAXCALA	25,476	25,131	98.6	12,228	865	7.1
VERACRUZ	28,124	47,889	170.3	7,404	3,568	48.2
YUCATAN	107,757	76,193	70.7	19,089	10,663	55.9
ZACATECAS	47,519	50,378	106.0	15,238	4,464	29.3
OTROS *	28,926	39,586	136.8	23,454	8,496	36.2
TOTAL	2,850,048	2,061,137	72.5	1,000,560	223,108	22.2

En unidades del primero y segundo niveles de atención.

FUENTE: Sistema Estatal de Información Básica, S.E.I.B., 1992.

TABLA 26

PROMEDIO DE CONSULTAS POR EMBARAZADA EN UNIDADES DE LA SSA 1991-1992.*

ENTIDAD FEDERATIVA	1 9 9 1			1 9 9 2		
	TOTALES	1a. VEZ	CONCEN- TRACION	TOTALES	1a. VEZ	CONCEN- TRACION
AGUASCALIENTES	22,401	9,665	2.3	24,984	9,715	2.6
BAJA CALIFORNIA	32,647	14,095	2.3	32,227	13,951	2.3
BAJA CALIFORNIA SUR	13,107	4,982	2.6	13,776	4,875	2.8
CAMPECHE	9,897	5,983	1.7	14,400	7,164	2.0
COAHUILA	41,601	17,836	2.3	41,743	18,134	2.3
COLIMA	17,361	7,140	2.4	18,681	7,282	2.6
CHIAPAS	40,794	21,381	1.9	44,534	23,916	1.9
CHIHUAHUA	25,910	11,458	2.3	35,373	17,439	2.0
DISTRITO FEDERAL	131,686	57,967	2.3	128,120	53,268	2.4
DURANGO	36,046	15,050	2.4	33,293	14,359	2.3
GUANAJUATO	78,207	38,747	2.0	108,121	49,946	2.2
GUERRERO	58,091	33,205	1.7	55,922	31,072	1.8
HIDALGO	62,188	28,343	2.2	60,733	28,206	2.2
JALISCO	142,323	54,546	2.6	196,781	64,045	3.1
MEXICO	274,985	134,241	2.0	317,709	147,055	2.2
MICHOACAN	75,735	40,707	1.9	75,747	40,943	1.9
MORELOS	41,149	19,045	2.2	45,899	19,491	2.4
NAYARIT	18,744	8,670	2.2	23,875	9,870	2.4
NUEVO LEON	101,199	30,045	3.4	113,390	31,639	3.6
OAXACA	59,010	31,144	1.9	64,954	32,033	2.0
PUEBLA	53,693	29,166	1.8	56,456	31,203	1.8
QUERETARO	37,441	17,481	2.1	43,689	19,331	2.3
QUINTANA ROO	19,811	9,682	2.0	22,480	11,297	2.0
SAN LUIS POTOSI	44,469	17,996	2.5	47,474	17,171	2.8
SINALOA	32,601	17,036	1.9	38,854	18,315	2.1
SONORA	48,060	17,235	2.8	49,442	16,712	3.0
TABASCO	89,614	32,356	2.8	108,448	39,403	2.8
TAMAULIPAS	22,086	10,320	2.1	25,131	11,889	2.1
TLAXCALA	40,193	16,240	2.5	47,889	19,196	2.5
VERACRUZ	75,734	32,591	2.3	76,193	32,651	2.3
YUCATAN	44,712	14,118	3.2	50,378	16,714	3.0
ZACATECAS	36,653	15,338	2.4	39,566	15,415	2.6
TOTAL	1,828,148	613,789	2.2	2,056,262	873,700	2.4

* EN UNIDADES DE PRIMERO Y SEGUNDO NIVELES DE ATENCION. PROMEDIO (CONCENTRACION), ES EL NUMERO TOTAL DE CONSULTAS A EMBARAZADAS ENTRE EMBARAZADAS DE PRIMERA VEZ.

FUENTE: Sistema Estatal de Información Básica, S.E.I.B., 1992.

TABLA 27

PROMEDIO DE CONSULTAS POR PUERPERA EN UNIDADES DE LA SSA 1991-1992.*

ENTIDAD FEDERATIVA	1 9 9 1			1 9 9 2		
	TOTALES	1a. VEZ	CONCEN- TRACION	TOTALES	1a. VEZ	CONCEN- TRACION
AGUASCALIENTES	1,648	1,078	1.5	1,132	802	1.4
BAJA CALIFORNIA	1,873	1,273	1.5	2,067	1,447	1.4
BAJA CALIFORNIA SUR	744	442	1.7	1,420	941	1.5
CAMPECHE	258	225	1.1	723	341	2.1
COAHUILA	2,351	1,540	1.5	4,005	2,047	2.0
COLIMA	2,013	1,119	1.8	4,239	2,126	2.0
CHIAPAS	812	612	1.3	4,167	2,411	1.7
CHIHUAHUA	1,386	950	1.5	1,687	1,123	1.5
DISTRITO FEDERAL	4,239	2,988	1.4	5,028	3,345	1.5
DURANGO	3,908	1,797	2.2	3,637	1,688	2.2
GUANAJUATO	6,527	4,478	1.5	12,889	8,898	1.4
GUERRERO	6,735	4,272	1.6	6,957	4,553	1.5
HDALGO	5,800	3,840	1.5	5,359	3,294	1.6
JALISCO	9,910	5,874	1.7	13,403	8,271	1.6
MEXICO	29,798	18,303	1.6	42,538	23,979	1.6
MICHOACAN	9,261	5,400	1.7	10,583	5,959	1.8
MORELOS	4,530	2,672	1.7	3,389	2,340	1.4
NAYARIT	3,605	1,067	3.4	2,092	1,454	1.4
NUEVO LEON	7,677	3,594	2.1	8,950	5,499	1.6
OAXACA	7,003	4,155	1.7	8,419	4,856	1.7
PUEBLA	8,665	4,081	1.6	6,818	3,865	1.8
QUERETARO	3,408	2,468	1.4	3,361	2,177	1.5
QUINTANA ROO	732	496	1.5	1,501	894	1.7
SAN LUIS POTOSI	2,798	2,151	1.3	3,277	2,344	1.4
SINALOA	2,520	2,048	1.2	8,325	5,611	1.5
SONORA	3,285	2,553	1.3	3,833	2,636	1.5
TABASCO	19,441	9,770	2.0	23,831	13,075	1.8
TAMAULIPAS	1,035	533	1.9	885	649	1.3
TLAXCALA	3,258	1,906	1.7	3,568	2,161	1.7
VERACRUZ	9,229	5,375	1.7	10,663	5,947	1.8
YUCATAN	1,294	890	1.5	4,464	2,307	1.9
ZACATECAS	8,038	4,155	1.9	8,496	4,419	1.9
TOTAL	171,777	102,083	1.7	221,886	131,459	1.7

* EN UNIDADES DE PRIMERO Y SEGUNDO NIVELES DE ATENCION. PROMEDIO (CONCENTRACION), ES EL NUMERO TOTAL DE CONSULTAS A PUERPERAS ENTRE PUERPERAS DE PRIMERA VEZ.

FUENTE: Sistema Estatal de Información Básica. S.E.I.B. 1992.

TABLA 28

APLICACION DE TOXOIDE TETANICO A EMBARAZADAS 1990-1992.*

ENTIDAD FEDERATIVA	1990		1991		1992	
	COBERTURA		COBERTURA		COBERTURA	
	1a. DOSIS	2a. DOSIS	1a. DOSIS	2a. DOSIS	1a. DOSIS	2a. DOSIS
AGUASCALIENTES	27.9	14.6	41.5	19.3	37.9	18.7
BAJA CALIFORNIA	31.5	16.3	31.3	17.8	35.8	19.2
BAJA CALIFORNIA SUR	23.2	11.0	21.7	11.5	27.1	16.5
CAMPECHE	34.6	19.4	19.6	12.1	26.5	13.6
COAHUILA	18.8	9.4	20.1	11.7	26.8	15.6
COLIMA	47.1	24.3	35.9	25.8	34.3	22.6
CHIAPAS	32.5	14.5	24.8	10.9	27.0	11.4
CHIHUAHUA	8.3	5.3	16.7	6.8	20.0	10.5
DISTRITO FEDERAL	14.8	7.0	15.3	7.0	33.6	12.7
DURANGO	32.2	17.6	30.7	18.1	24.0	15.5
GUANAJUATO	33.3	21.5	45.8	28.1	56.7	26.4
GUERRERO	76.4	34.4	45.2	22.9	26.8	26.9
HIDALGO	32.2	16.1	28.0	15.8	32.6	17.7
JALISCO	38.3	23.2	43.9	26.8	39.5	26.1
MEXICO	27.1	9.9	30.2	13.5	42.9	21.9
MICHOACAN	23.8	10.9	24.5	12.0	23.7	11.4
MORELOS	19.9	11.3	29.5	20.2	36.7	23.8
NAVARRIT	49.1	25.5	54.1	34.9	42.6	29.9
NUEVO LEON	35.1	22.4	43.0	27.6	35.1	25.3
OAXACA	14.9	6.2	26.0	10.2	20.2	10.8
PUEBLA	17.5	7.8	19.1	10.1	30.4	14.3
QUERETARO	20.3	10.8	30.7	17.5	28.9	14.7
QUINTANA ROO	22.7	8.8	20.7	10.6	31.4	17.6
SAN LUIS POTOSI	29.6	19.4	33.6	24.1	37.8	27.8
SINALOA	68.8	31.9	83.5	40.9	57.6	38.1
SONORA	39.3	21.4	43.3	26.7	47.6	32.5
TABASCO	66.1	54.2	46.2	41.2	50.6	41.3
TAMAULIPAS	22.0	9.8	29.4	16.8	33.7	22.2
TLAXCALA	26.0	15.6	29.9	16.7	30.0	15.8
VERACRUZ	51.1	36.9	48.2	34.6	35.9	26.1
YUCATAN	41.8	27.1	35.6	27.9	32.5	28.0
ZACATECAS	32.1	23.7	39.2	26.4	56.7	36.5
TOTAL	32.8	18.1	33.7	19.5	36.9	21.8

* En unidades de primer nivel de atención.

FUENTE: Sistema Estatal de Información Básica, SEIB, SSA, 1992.

COBERTURA: Dosis (1a. o 2a.) entre embarazadas de primera vez por cien.

PORCENTAJE DE BAJO PESO AL NACER EN UNIDADES DE LA SSA 1990 - 1992. *

ENTIDAD FEDERATIVA	1 9 9 0			1 9 9 1			1 9 9 2		
	NIÑOS CON PESO SUBNORMAL	TOTAL NACIDOS VIVOS	PORCENTAJE DE BAJO PESO	NIÑOS CON PESO SUBNORMAL	TOTAL NACIDOS VIVOS	PORCENTAJE DE BAJO PESO	NIÑOS CON PESO SUBNORMAL	TOTAL NACIDOS VIVOS	PORCENTAJE DE BAJO PESO
AGUASCALIENTES	174	3,537	4.9	518	7,378	7.0	493	6,394	7.7
BAJA CALIFORNIA	289	6,848	4.2	299	8,153	3.7	414	8,662	4.8
BAJA CALIFORNIA SUR	184	3,205	5.7	211	3,225	6.5	238	3,432	6.9
CAMPECHE	139	2,132	6.5	171	2,174	7.9	177	3,019	5.9
COAHUILA	253	5,765	4.4	253	6,059	4.2	365	6,131	6.0
COLIMA	201	3,432	5.9	150	3,816	4.1	205	3,825	5.4
CHAPAS	815	10,536	7.7	1,129	13,223	8.5	1,079	14,000	7.7
CHIHUAHUA	222	7,913	2.8	502	5,414	9.3	484	5,907	8.2
DISTRITO FEDERAL	1,283	19,772	6.4	1,091	17,737	6.2	2,080	22,988	9.0
DURANGO	781	8,896	8.8	774	9,056	8.5	624	8,074	7.7
GUANAJUATO	1,175	17,811	6.6	1,291	18,250	7.1	2,044	22,979	8.9
GUERRERO	1,188	16,366	7.2	1,484	15,691	9.5	1,215	14,280	8.5
HALAGO	1,224	13,243	9.2	1,492	15,263	9.8	975	14,727	6.6
JALISCO	1,039	25,901	4.0	1,535	34,474	4.5	1,340	31,982	4.2
MEXICO	4,020	44,723	9.0	3,725	48,045	7.8	4,601	49,702	9.3
MICHOACAN	542	15,883	3.4	593	15,329	3.9	755	15,765	4.8
MORELOS	277	4,124	6.7	454	5,503	8.3	373	5,221	7.1
NAYARIT	244	5,190	4.7	394	5,095	7.7	92	5,591	1.6
NEUVO LEON	460	11,004	4.2	432	11,123	3.9	805	12,877	6.3
OAXACA	929	12,700	7.3	953	13,202	7.2	1,058	13,473	7.9
PUEBLA	496	14,189	3.5	672	13,442	5.0	1,119	13,522	8.3
QUERETARO	257	9,388	2.7	771	14,051	5.5	967	11,728	8.2
QUINTANA ROO	295	7,079	4.2	263	3,509	7.5	415	4,407	9.4
SAN LUIS POTOSI	501	8,319	6.0	559	8,675	6.4	603	9,063	6.7
SINALOA	195	5,537	3.5	314	7,021	4.5	334	7,518	4.4
SONORA	571	9,169	6.2	373	8,789	4.2	577	8,503	6.8
TABASCO	477	14,797	3.2	618	16,613	3.7	782	16,510	4.7
TAMAULIPAS	463	6,668	6.9	361	4,541	7.9	465	5,759	8.1
TLAXCALA	678	9,608	7.0	820	9,913	8.3	825	9,873	6.3
VERACRUZ	221	9,762	2.3	532	9,461	5.6	210	8,476	2.5
YUCATAN	377	6,514	5.8	479	6,860	7.0	627	7,253	8.6
ZACATECAS	595	8,971	6.6	645	8,859	7.3	811	8,746	9.3
TOTAL	20,542	348,962	6.9	23,658	369,744	6.4	26,952	380,373	7.1

* En unidades de primero y segundo niveles de atención,
FUENTE: Sistema Estatal de Información Básica. S.E.I.B. 1992.

TABLA 30

PROPORCIÓN DE CESAREAS RESPECTO AL TOTAL DE PARTOS ATENDIDOS EN LA SSA 1990-1992.*

ENTIDAD	1 9 9 0			1 9 9 1			1 9 9 2		
	CESAREAS	TOTAL DE PARTOS	PORCENTAJE	CESAREAS	TOTAL DE PARTOS	PORCENTAJE	CESAREAS	TOTAL DE PARTOS	PORCENTAJE
FEDERATIVA	215	3,561	6.0	985	7,493	13.1	1,161	6,308	18.4
BAJA CALIFORNIA	769	6,916	11.1	1,068	8,186	13.0	1,402	8,599	16.3
BAJA CALIFORNIA SUR	462	3,204	14.4	452	3,222	14.0	574	3,451	16.6
CAMPECHE	344	2,172	15.8	435	2,213	19.7	575	3,088	18.6
COAHUILA	163	5,783	2.8	680	6,249	10.9	799	6,182	12.9
COLIMA	568	3,443	16.5	646	3,648	17.7	727	3,835	19.0
CHIAPAS	1,784	10,673	16.7	2,772	13,350	20.8	3,416	14,072	24.3
CHIHUAHUA	630	5,139	12.3	911	5,440	16.7	1,176	5,885	20.0
DISTRITO FEDERAL	4,973	19,877	25.0	4,768	17,933	26.6	6,878	22,797	30.2
DURANGO	1,040	8,972	11.6	1,387	9,067	15.3	1,401	8,147	17.2
GUANAJUATO	1,873	18,072	10.4	2,273	18,465	12.3	3,510	23,247	15.1
GUERRERO	1,821	16,363	11.1	2,029	15,842	12.8	2,240	14,353	15.6
HIDALGO	1,327	13,333	10.0	1,845	15,420	12.0	2,038	14,868	13.7
JALISCO	4,511	25,858	17.4	4,986	26,866	18.6	6,414	32,016	20.0
MEXICO	6,524	45,166	14.4	8,140	48,371	16.8	8,707	50,035	17.4
MICHOACAN	998	16,034	6.2	1,156	15,449	7.5	1,404	15,876	8.8
MORELOS	410	4,174	9.8	758	5,206	14.6	971	5,286	18.3
NAVARRIT	145	5,229	2.8	241	5,182	4.7	565	5,597	10.1
NUEVO LEON	3,445	11,087	31.1	3,632	11,139	32.6	4,310	12,883	33.5
OAXACA	1,423	12,891	11.0	1,746	13,384	13.0	2,345	13,668	17.2
PUEBLA	894	14,426	6.2	1,258	13,773	9.1	1,610	13,713	11.7
QUERETARO	1,234	9,629	12.8	1,282	10,194	12.6	2,448	11,891	20.6
QUINTANA ROO	908	4,260	21.3	642	3,571	18.0	972	4,505	21.6
SAN LUIS POTOSI	892	8,460	10.5	950	8,793	10.8	1,131	9,178	12.3
SINALOA	634	5,577	11.4	1,110	7,068	15.7	1,295	7,533	17.2
SONORA	892	9,114	9.8	1,007	8,823	11.4	1,156	8,529	13.6
TABASCO	2,568	15,096	17.0	3,319	16,860	19.7	3,528	16,662	21.2
TAMAULIPAS	998	6,722	14.8	884	4,832	18.3	1,314	5,786	22.7
TLAXCALA	1,458	9,741	15.0	1,575	9,288	17.0	1,809	9,960	18.2
VERACRUZ	1,188	9,896	12.0	1,325	9,556	13.9	1,465	8,572	17.1
YUCATAN	1,344	6,619	20.3	1,432	6,943	20.6	1,644	7,366	22.3
ZACATECAS	645	9,268	7.0	776	8,893	8.7	920	8,850	10.4
TOTAL	47,080	346,755	13.6	56,470	360,719	15.7	69,905	382,748	18.3

* En unidades de primero y segundo niveles de atención.

FUENTE: Sistema Estatal de Información Básica. S.E.I.B., 1992.

TABLA 31
MORTALIDAD MATERNA EN UNIDADES DE LA SSA 1990-1992. *

ENTIDAD FEDERATIVA	1 9 9 0			1 9 9 1			1 9 9 2		
	MUERTES MATERNAS	TOTAL NACIDOS VIVOS	TASA POR 10,000 NACIDOS VIVOS	MUERTES MATERNAS	TOTAL NACIDOS VIVOS	TASA POR 10,000 NACIDOS VIVOS	MUERTES MATERNAS	TOTAL NACIDOS VIVOS	TASA POR 10,000 NACIDOS VIVOS
AGUASCALIENTES	0	3,537	0.0	0	7,378	0.0	1	6,394	1.6
BAJA CALIFORNIA	0	6,849	0.0	1	8,153	1.2	0	8,662	0.0
BAJA CALIFORNIA SUR	0	3,205	0.0	1	3,225	3.1	0	3,432	0.0
CAMPECHE	1	2,132	4.7	4	2,174	18.4	3	3,019	9.9
COAHUILA	2	5,765	3.5	1	6,059	1.7	0	6,131	0.0
COLIMA	3	3,432	8.7	0	3,616	0.0	2	3,825	5.2
CHAPAS	19	10,536	18.0	6	13,223	4.5	20	14,000	14.3
CHIHUAHUA	9	7,913	11.4	5	5,414	9.2	2	5,907	3.4
DISTRITO FEDERAL	10	19,772	5.1	7	17,737	3.9	21	22,988	9.1
DURANGO	1	8,898	1.1	5	9,056	5.5	4	8,074	5.0
GUANAJUATO	9	17,811	5.1	5	18,250	2.7	6	22,979	2.6
GUERRERO	19	16,366	11.6	9	15,691	5.7	22	14,280	15.4
HIDALGO	7	13,243	5.3	11	15,263	7.2	11	14,727	7.5
JALISCO	5	25,901	1.9	5	34,474	1.5	10	31,962	3.1
MEXICO	23	44,723	5.1	21	48,045	4.4	40	49,702	8.0
MICHOACAN	3	15,883	1.9	12	15,329	7.8	10	15,765	6.3
MORELOS	4	4,124	9.7	4	5,503	7.3	5	5,221	9.6
NAYARIT	1	5,190	1.9	4	5,095	7.9	3	5,591	5.4
NUEVO LEON	2	11,004	1.8	1	11,123	0.9	2	12,877	1.6
OAXACA	12	12,700	9.4	21	13,202	15.9	11	13,473	8.2
PUEBLA	26	14,189	18.3	7	13,442	5.2	8	13,522	5.9
QUERETARO	6	9,368	6.4	6	14,051	4.3	17	11,728	14.5
QUINTANA ROO	2	7,079	2.8	6	3,509	17.1	5	4,407	11.3
SAN LUIS POTOSI	8	8,319	9.6	2	8,675	2.3	2	9,063	2.2
SINALOA	1	5,537	1.8	5	7,021	7.1	0	7,518	0.0
SONORA	0	9,169	0.0	0	8,789	0.0	4	8,509	4.7
TABASCO	4	14,797	2.7	21	16,613	12.6	6	16,510	3.6
TAMAULIPAS	5	6,668	7.5	2	4,541	4.4	9	5,759	15.6
TLAXCALA	2	9,608	2.1	1	9,913	1.0	1	9,873	1.0
VERACRUZ	4	9,762	4.1	5	9,461	5.3	2	8,476	2.4
YUCATAN	2	6,514	3.1	0	6,860	0.0	1	7,253	1.4
ZACATECAS	7	8,971	7.8	5	8,859	5.6	4	8,746	4.6
TOTAL:	197	348,962	5.6	183	369,744	4.9	232	380,373	6.1

* EN UNIDADES DE PRIMERO Y SEGUNDO NIVELES DE ATENCION.
FUENTE: Sistema Estatal de Información Básica. S.E.I.B., 1992.

TABLA 32

MORTALIDAD DE RECIEN NACIDOS EN LA SSA 1992 . *

ENTIDAD FEDERATIVA	NACIDOS VIVOS	MUERTES RECIEN NACIDOS			TASA POR 1,000 N. V
		1er NIVEL	2º NIVEL	TOTAL	
AGUASCALIENTES	6,394	2	11	13	2.0
BAJA CALIFORNIA	8,662	2	118	120	13.9
BAJA CALIFORNIA SUR	3,432	12	9	21	6.1
CAMPECHE	3,019	4	33	37	12.3
COAHUILA	6,131	8	20	28	4.6
COLIMA	3,825	0	9	9	2.4
CHIAPAS	14,000	3	297	300	21.4
CHIHUAHUA	5,907	26	31	57	9.6
DISTRITO FEDERAL	22,988	0	281	281	12.2
DURANGO	8,074	3	58	61	7.6
GUANAJUATO	22,979	11	218	229	10.0
GUERRERO	14,280	8	239	247	17.3
HALDAGO	14,727	15	228	241	16.4
JALISCO	31,962	10	230	240	7.5
MEXICO	49,702	27	564	591	11.9
MICHOACAN	15,785	22	105	127	8.1
MORELOS	5,221	1	40	41	7.9
NAYARIT	5,591	3	36	39	7.0
NUEVO LEON	12,877	1	98	99	7.7
OAXACA	15,473	26	57	83	6.2
PUEBLA	13,522	39	92	131	9.7
QUERETARO	11,728	13	212	225	19.2
QUINTANA ROO	4,407	0	53	53	12.0
SAN LUIS POTOSI	9,063	10	132	142	15.7
SINALOA	7,518	7	26	33	4.4
SONORA	8,509	8	22	30	3.5
TABASCO	16,510	7	192	199	12.1
TAMAULIPAS	5,759	4	79	83	14.4
TLAXCALA	9,873	1	82	83	8.4
VERACRUZ	8,476	10	107	117	13.8
YUCATAN	7,253	5	70	75	10.3
ZACATECAS	8,746	17	16	33	3.8
TOTAL	380,373	305	3,763	4,068	10.7

* EN UNIDADES DE PRIMERO Y SEGUNDO NIVELES DE ATENCION.

Fuente: Sistema Estatal de Información Básica. S.E.I.B., 1992.

TABLA 33

TASA DE MUERTES FETALES TARDIAS (28 SEMANAS Y MAS) EN LA SSA, 1990-1992. *

ENTIDAD FEDERATIVA	1 9 9 0			1 9 9 1			1 9 9 2		
	MUERTES FETALES TARDIAS	NACIDOS VIVOS	TASA POR 1,000 NACIDOS VIVOS	MUERTES FETALES TARDIAS	NACIDOS VIVOS	TASA POR 1,000 NACIDOS VIVOS	MUERTES FETALES TARDIAS	NACIDOS VIVOS	TASA POR 1,000 NACIDOS VIVOS
AGUASCALIENTES	39	3,537	11.0	306	7,378	41.5	82	6,394	14.4
BAJA CALIFORNIA	95	6,848	13.9	136	8,153	16.7	112	8,662	12.9
BAJA CALIFORNIA SUR	52	3,205	16.2	50	3,225	15.5	45	3,432	13.1
CAMPECHE	41	2,132	19.2	52	2,174	23.9	71	3,019	23.5
COAHUILA	103	5,765	17.9	309	6,059	51.0	99	6,131	16.1
COLIMA	41	3,432	11.9	59	3,616	16.3	45	3,825	11.8
CHAPAS	294	10,536	27.9	303	13,223	22.9	331	14,000	23.6
CHIHUAHUA	34	7,913	4.3	90	5,414	16.6	85	5,907	14.4
DISTRITO FEDERAL	591	19,772	29.9	335	17,737	18.9	335	22,988	14.6
DURANGO	355	8,896	39.9	154	9,056	17.0	139	8,074	17.2
GUANAJUATO	352	17,811	19.8	393	18,250	21.5	448	22,979	19.5
GUERRERO	331	16,366	20.2	662	15,691	42.2	469	14,280	32.8
HIDALGO	316	13,243	23.9	276	15,263	18.1	217	14,727	14.7
JALISCO	295	25,901	11.4	305	34,474	8.8	338	31,962	10.6
MEXICO	853	44,723	19.1	725	48,045	15.1	676	49,702	13.6
MICHOACAN	227	15,883	14.3	208	15,329	13.6	221	15,765	14.0
MORELOS	66	4,124	16.0	94	5,503	17.1	104	5,221	19.9
NAYARIT	91	5,190	17.5	73	5,095	14.3	87	5,591	15.6
NUEVO LEON	132	11,004	12.0	102	11,123	9.2	121	12,877	9.4
OAXACA	281	12,700	22.1	287	13,202	21.7	302	13,473	22.4
PUEBLA	294	14,189	20.7	560	13,442	41.7	310	13,522	22.9
QUERETARO	278	9,368	29.7	261	14,051	18.6	253	11,728	21.6
QUINTANA ROO	104	7,079	14.7	114	3,509	32.5	113	4,407	25.6
SAN LUIS POTOSI	183	8,319	22.0	199	8,675	22.9	209	9,063	23.1
SINALOA	107	5,537	19.3	91	7,021	13.0	85	7,518	11.3
SONORA	564	9,189	61.5	100	8,789	11.4	114	8,509	13.4
TABASCO	794	14,797	53.7	1,646	16,613	99.1	283	16,510	17.1
TAMAULIPAS	93	6,668	13.9	385	4,541	84.8	78	5,759	13.5
TLAXCALA	208	9,608	21.6	207	9,913	20.8	157	9,873	15.9
VERACRUZ	174	9,762	17.8	149	9,461	15.7	142	8,476	16.8
YUCATAN	135	6,514	20.7	126	6,860	18.4	163	7,253	22.5
ZACATECAS	394	8,371	43.9	148	8,859	16.7	153	8,746	17.5
TOTAL	7,917	348,962	22.7	8,905	369,744	24.1	6,397	380,373	16.8

* En unidades de primero y segundo niveles de atención.
FUENTE: Sistema Estatal de Información Básica. S.E.I.B., 1992.

ANEXO 2

CUADROS ESTADISTICOS

CUADRO No. 1
CONSULTA A EMBARAZADAS DE PRIMERA VEZ POR TRIMESTRE DE
GESTACION

	1er. TRIMESTRE		2do. TRIMESTRE		3er. TRIMESTRE		TOTAL	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
1er. NIVEL	194,948	28.2	241,640	34.9	255,462	36.9	692,050	100
2do. NIVEL	28,243	15.6	46,760	25.8	106,547	58.6	181,550	100
T O T A L	223,191	25.5	288,400	33.0	362,109	41.5	873,700	100

FUENTE: Sistema Estatal de Información Básica (SEIB)

CUADRO No. 2
MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNO INFANTIL
SSA 1990 - 1992

BAJO PESO (X 100 NV)	5.9	6.4	7.1
CESAREAS (X 100 NV)	3.6	15.7	18.3
MORT. MAT. (X 100.000 NV)	5.6	4.9	6.1
MORT. R.N. (X 1.000 NV)	7.3	7.9	10.7
MORT. FETAL TARDIA (X 1,000 NV)	22.7	24.1	16.8

Unidades de 1ro. y 2do. NIVEL
 FUENTE: SEIB

CUADRO No. 3
CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA
INTRAHOSPITALARIAS SSA, 1992

PRINCIPALES CAUSAS	NUMERO DE MUERTES	
OBSTETRICAS DIRECTAS		119
TOXEMIA	38	
HEMORRAGIA	31	
SEPSIS	27	
ACC ANESTESICO	3	
OBSTETRICAS INDIRECTAS		41
INSUF. RESPIRATORIA AGUDA	14	
PARTO PROLONGADO	7	
ENF. METABOLICAS	15	
CARDIOPATIA	13	
HEPATOPATIAS	12	
ENF. VASCULARES	1	
ENF. RENAL AGUDA	1	
MENINGOENCEFALITIS	1	
BRUCELOSIS	1	
TUBERCULOSIS	1	
OTRAS CAUSAS	5	
NO OBSTETRICAS		8
TRAUMATISMO GRANEONCEFALICO	2	
NEOPLASIAS	1	
LEUCEMIA	1	
CHOQUE ANAFILACTICO	1	
ACC. AUTOMOVILISTICO	1	
INSUF. ESPECIFICADAS		11
T O T A L		177

FUENTE: DGAMI DPE
NUM. DE MUERTES MATERNAS 195

CORTE AL 22 DE MARZO DE 1993.

CUADRO No. 4
CASOS DE MUERTE PERINATAL I SEGUN TIPO DE CAUSA
1 9 9 2

CAUSA	NUMERO DE CASOS	%
INS. CIRC. MAT. FETAL	692	21.08
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	655	19.96
PREMATUREZ	478	14.55
MALFORMACIONES CONGENITAS	237	7.23
CHOQUE SEPTICO	193	5.89
SUFRIMIENTO FETAL	140	4.25
ENF. MEMBRANA HIALINA	134	4.09
HEMORRAGIA INTRACRANEAL	103	3.14
C. I. D.	63	1.93
ANENCEFALIA	28	0.69
OTRAS CAUSAS	560	16.98
T O T A L	3,283	100.00

FUENTE: CONCENTRADO DE MORTALIDAD PERINATAL HOSPITALARIA DE LA SECRETARIA DE SALUD 1992.

CUADRO N° 5

PRESUPUESTOS POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO

1 9 8 9 - 1 9 9 3

PRESUPUESTO	A Ñ O S				
	1989	1990	1991	1992	1993
DIR.GRAL. DE AT'N. MAT INF	668,100	1'849,600	2'022,100	2'589,131	2'914,600
POA ESTADOS	-	-	5'410,500	8'761,760	7'764,000
UNICEF	364,264	455,208	715,413	775,513	1'890,000
OPS	364,377	107,170	259,656	41,309	405,247
CARE / PROYECT CONCERN	36'695,000	18'358,200	8'937,700	10'287,000	14'000,000
SSA SOLIDARIDAD (PASSPA)	-	-	-	-	1/ 7'949,661
PROYECTO PILOTO DE NUT.	-	-	2/ 5'182,000	2/ 7'072,000	-
HIDRATACION ORAL	-	-	-	-	3/
T O T A L	38'091,741	20'770,178	22'527,369	28'526,717	35,974,208

• PRESUPUESTO AUTORIZADO

NUEVOS PESOS

1/ PRESUPUESTO SOLICITADO.

2/ EJERCIDO POR SOLIDARIDAD (PRONASOL).

3/ SOLICITADO A CONACED 5'850,000 PARA 4'500,000 SOBRES VSO Y ALGUNOS IMPRESOS.

CUADRO RESUMEN

Metas 1989 - 1994

Avances

Cobertura prenatal del 80%

114.1% a embarazadas de primera vez, y no contando con que la norma de atención a la embarazada indica que por lo menos deben darse 5 controles por embarazada.

Cobertura del parto de 80% por personal capacitado institucional y por parte-
ra.

53.1%

Promoción de la Lactancia Materna (4 a 6 meses).

90% de 195 hospitales programados.

Funcionamiento de los comités de mortalidad materna y perinatal en el 100% de hospitales.

81.3% de 174 comités instalados de los cuales solo 6 funcionan bien.

Dictaminación del 80% de las muertes maternas.

90.8%.

Dictaminación del 80% de las muertes perinatales.

74.4%

Capacitación al 100% de las parteras tradicionales.

61%.

Integrar al 100% de los hospitales de segundo y tercer nivel al programa hospital amigo.

116 de 1095 hospitales programados de los cuales funcionan 71, lo que representa el 50% de avance.

Institucionalización de la vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño.

75.1%.

Cobertura del 60% de la vigilancia nutricional del menor de cinco años.

90.3%.

Reducción de la mortalidad materna con respecto a 1990 en 50%.

en 1989 fue del 5.8% y para 1992 de 6.75 x 10000 nacidos vivos y resultado ser 38% mayor que el año anterior, que fue de 4.9%.

Reducción de la mortalidad infan .
til 3% anual.

en 1989 fue de 25.7% y pa
ra 1992, se redujo a 16.8%
sin embargo la mortalidad
fetal en 1992 fue de 10.7%
mayor que la del año ante-
rior que fue del 7.9%.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

Bustamante, Miguel. La salud pública en México. 1959-1982. Ed., Dirección General de Comunicación Social SSA., México, 1982. 850 pp

Karchmer, Samuel, Dominguez Armas Juan. Estudios de la mortalidad materna en México. Consideraciones Médico sociales, Ed., gaceta médica de México, vol., 109, núm.1, México 1975, 40 pp

Laurel, Cristina, coordinadora. Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo. Ed., Friedrich Ebert Stiftung, México 1994, 230 pp

Ward, Peter. Las Políticas de Bienestar Social en México 1970-1989. Ed., Nueva Imagen, México 1989. 247 pp

DOCUMENTOS

Anuario Estadístico 1989, Ed., Unidad de Comunicación Social SSA., México 1988, p 144

Crónicas de la OMS. "Mortalidad materna: Ayudar a las mujeres a evitar el camino de la muerte", Ed., Foro Mundial de la Salud, vol. 7, 1986, p 195-205

Guía para el Estudio de la mortalidad Materna en los países en desarrollo. Ed., Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1987, p 39

Programa de Atención Materno Infantil 1989-1984, Ed., SSA, México 1990

Programa Nacional de Acción México y la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, Informe de seguimiento y evaluación del Programa de Atención Materno Infantil, Ed., SSA, México 1991

Programa Nacional de Salud 1990-1994, Ed., Unidad de Comunicación Social, SSA., México 1992, p 39

Sistema Estatal de Información Básica, Informes Anuales 1989-1993

REVISTAS

Eibenschuz, Catalina. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, "Hegemonía y Salud en el Estado Mexicano", México UNAM, Octubre-Diciembre, núm. 106, México 1981 p 40-65

Jablonska, Alejandra. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, "La política de Salud de la OMS propuesta para los países en vías de desarrollo", México UNAM, núm 153, Julio-Septiembre, México 1993 p 80-110

Rosas, Berm Hugo, "Perspectivas de la Mortalidad en menores de 5 años en América Latina", Memorias de Cocoyoc, Primer Seminario México 1988

PERIÓDICOS

Sara, Lovera, "de 4.2 millones de embarazos al año, 40% acaban en abortos", El Día, Suplemento Especial, 31 aniversario Junio de 1993, p. 22.

Sara, Lovera, "4 mujeres mueren por causas relativas a la maternidad", La Jornada 21 de febrero de 1993 p. 20

Sara, Lovera, "México ocupa el primer lugar en muertes por cáncer femenino", La Jornada, 20 de febrero de 1993 p.56

"Este año de la crisis" Proceso, 22 de marzo de 1993