

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**

**SALUD ENFERMEDAD Y
MORTALIDAD MATERNA EN
MÉXICO 1980 – 1999**

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN SOCIOLOGÍA
PRESENTA**

BENJAMÍN BRAHAM VERÓN

**ASESORA:
CARMEN GUTIÁN BERNISER**

CIUDAD UNIVERSITARIA, ABRIL 2008



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.

INDICE

	Página
Introducción.....	3
Capítulo I. Modo de Producción y Clases Sociales.....	6
Capítulo II. Mortalidad desde el Enfoque de la Salud	
Enfermedad	15
Capítulo III. Antecedentes Históricos Económicos de la Salud	
de la Población en México.....	21
Capítulo IV. La Mortalidad Materna.....	41
Capítulo V. La Mortalidad Materna en México	45
Capítulo VI. La Mortalidad Materna como Indicador del Estado	
de Salud.....	52
Capítulo VII. Las Fuentes de Información Estadística Sobre	
Defunciones en México	55
Capítulo VIII. Recomendaciones de Organismos Internacionales	
para Captar Información sobre las Defunciones	58
Capítulo IX. Análisis de la Información Estadísticas.....	65
Conclusiones.....	82
Bibliografía... ..	89
Anexo Estadístico.....	92

Introducción

Las enfermedades y las defunciones se presentan de manera desigual en las diferentes sociedades, pero este fenómeno se ha estudiado relativamente poco para precisar sus causas, y los diferentes enfoques teóricos que se han utilizado han llevado a conclusiones generales que no permiten llevar a cabo acciones de salud que resulten efectivas para combatir esta desigualdad. Por otro lado las instituciones de salud implantadas para combatir las enfermedades y la muerte han utilizado también una orientación en sus acciones que en mucho sirven solo para atenuar los efectos de este fenómeno y no combatirlo con efectividad.

Uno de los indicadores internacionales más sensibles para estudiar el fenómeno de la salud – enfermedad es el de la mortalidad materna, por estar ligada a otro muy importante que es la mortalidad infantil y el de los servicios de salud.

En el presente trabajo se pretende, mediante un estudio analítico, histórico y longitudinal, y después de analizar varias definiciones del concepto de salud-enfermedad, vincular éste con los conceptos teóricos básicos del materialismo histórico como son el de las clases sociales para explicar el funcionamiento de la administración de los servicios de la salud a partir de la etapa histórica del país, caracterizada como posrevolucionaria, mejor conocida como el “Cardenismo”, etapa en la cual se fortalecen los mecanismos de control de la sociedad a través del partido político en el poder y los grandes sindicatos como son la Confederación Nacional Campesina (CNC) y la Confederación de Trabajadores Mexicanos (CTM) mismas que subsisten hasta el presente; y también se establecen las bases del desarrollo capitalista en México.

Es durante este periodo que se organizan los servicios de salud del país como son la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y posteriormente

el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Es en este trasfondo que se analiza uno de los indicadores en donde se puede evidenciar las contradicciones del funcionamiento del sistema de salud, como es el de la mortalidad materna, durante casi 20 años, es decir, desde 1980 a 1999 en que operó la 9ª Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de la Defunción, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus recomendaciones para evaluar el sistema de salud, utilizándose también la información estadística generada por las instituciones mencionadas con anterioridad y la recabada por organismos oficiales como el Registro Civil y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

Este estudio compete a la Sociología, por tratarse de un problema que tiene repercusiones sociales importantes, no sólo por tratarse de un problema de salud, sino que la mayor parte de las mujeres que fallecen son jóvenes y si tomamos en cuenta que el promedio de hijos que tienen las mujeres en México se estima alrededor de 3, se puede dar cuenta de la cantidad de niños que quedan huérfanos cada año.

Al respecto ha habido pocos trabajos acerca del concepto de salud-enfermedad y mortalidad en México, sólo algunos trabajos como el de la Licenciada Ma. De Fátima Rocha González "Factores Sociales que Intervienen en la Mortalidad Infantil en México" en 1988 (Tesis) y otros realizados por investigadores como el Profesor Hugo Behm "Determinantes Socioeconómicos de la Mortalidad en América Latina", publicado en el Boletín de Población de Naciones Unidas en 1982; han tratado este tema, así como Bronfman M. y Turian R. "Las Desigualdades Sociales ante la Muerte": Memorias del congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo, México, 1983.

La medición del fenómeno de la salud – enfermedad y la mortalidad materna en el país tiene entre otras dificultades, la de no contar con numerosos estudios sobre el tema, y la fragmentación, -es decir, proceden de diferentes fuentes y tienen diferentes objetivos- de la información estadística, situaciones que dificultan las acciones de investigación y parcializan los resultados de los análisis y su alcance explicativo. Sin embargo la información disponible refleja en parte esta realidad e induce a realizar estudios específicos de caso que si bien no reflejan la realidad total, si nos hablan de problema en concreto. En este estudio solamente se presentan las premisas teóricas generales y se vinculan con la información disponible generada por las instituciones relacionadas con la presentación de servicios de salud a la población del país, esto con el objetivo de precisar y ubicar el concepto de salud-enfermedad en un contexto social históricamente determinado.

CAPITULO I

MODO DE PRODUCCIÓN Y CLASES SOCIALES

Modo de producción capitalista

Para que se de la producción capitalista se requiere de dos condiciones fundamentales, la primera condición es que existe propiedad privada de los medios de producción, la segunda condición viene a ser la transformación de la fuerza de trabajo en mercancía, dentro del modo de producción capitalista el dueño de los medios de producción, no trabaja personalmente con el dinero o capital que posee, compra la fuerza de trabajo de los obreros que es la que acciona los medios de producción, también pertenecientes al capitalista.

La conversión de fuerza de trabajo en mercancía significa que en el sistema capitalista la producción se desarrolla al máximo y adquiere un carácter universal.

Para que se de el desarrollo de este sistema, tiene que pasar por diferentes etapas en las que se vaya poniendo de manifiesto el incremento de la productividad, estas son: la cooperación simple, la manufactura y por último la producción industrial propiamente dicha.¹

Para que este se desarrolle es importante considerar lo que es el proceso de trabajo, Marx lo define: “Es la actividad racional encaminada a la producción de valores, la asimilación de materias naturales al servicio de las necesidades humanas, las condiciones generales del intercambio de materias entre la naturaleza y el hombre”.² El proceso de trabajo presenta dos fenómenos característicos, uno de ellos que es el obrero, trabaja bajo

¹ Marx Carlos; El Capital; p. 136, Tomo I.

² Ibidem., p. 136, Tomo I.

el control del capitalista a quien pertenece su trabajo. Por otro lado, vigila también que el trabajo se ejecute como es debido, es decir sin desperdicio de materia prima y cuidando que los instrumentos de trabajo se traten bien, sin desgastarse más que aquella parte que lo exija su empleo racional y se elabore la producción como convenga al capitalista.

Fuerzas productivas

Las fuerzas productivas son los medios de producción y ante todo los instrumentos de trabajo creados por la sociedad y por los hombres que producen bienes materiales; estos hombres con la experiencia que poseen y a los hábitos de trabajo que son los que accionan los instrumentos de trabajo y producción, también los perfeccionan, inventan máquinas y amplían sus propios conocimientos.

Con ello se asegura el desarrollo de las fuerzas productivas y se producen bienes materiales en medida creciente; sin embargo, los hombres no producen aisladamente sino en grupos o sociedades.

El paso de los instrumentos de piedra a los instrumentos de metal permitió, por ejemplo, un aumento importante de la productividad del trabajo de los pueblos primitivos. Lo mismo con la introducción de la maquinaria en la producción capitalista, el grado de desarrollo de las fuerzas productivas crece desde entonces en forma acelerada. Es importante señalar que el ritmo y carácter que configuran este desarrollo de las fuerzas productivas, depende de manera directa de la naturaleza y de las relaciones de producción bajo las cuales se desarrolla el proceso de trabajo.³

³ Ibidem, p. 135, Tomo I

El desarrollo de las fuerzas de producción no es un desarrollo lineal ni acumulativo, es un desarrollo que depende de la estructura del proceso de producción, es decir, las relaciones de producción que son las relaciones que se establecen entre los propietarios de los medios de producción y los productores directos en un proceso de producción determinado relación que depende del tipo de relación de propiedad, posesión y disposición o usufructo que ellos establezcan con los medios de producción. Los instrumentos de trabajo indican por una parte, el grado de desarrollo de las fuerzas de trabajo del hombre; por otra parte, las condiciones sociales en las que trabaja; también señala el grado de desarrollo de la fuerza de trabajo por que la productividad de su trabajo depende del tipo medio del trabajo que se utilice. No puede hacerse una comparación de un trabajo que se realiza con un tractor al de un trabajo realizado con una carreta de bueyes; ni las condiciones sociales en las que se trabaja por que las características técnicas del instrumento de trabajo dan lugar a un determinado tipo de estructura del proceso de trabajo sobre el cual se apoyan determinadas relaciones de producción. La introducción de la máquina herramienta produce un cambio muy importante en la estructura de trabajo en un proceso altamente socializado, en que el trabajo colectivo responde a una necesidad técnica y por otra, convierte al trabajador en un individuo absolutamente separado de los medios de producción, ya que además de no ser el propietario ha perdido todo dominio sobre ellos, esta relación técnica sirve de soporte a las relaciones sociales de producción.

Relaciones sociales de producción

Relaciones sociales de producción son las que surgen entre los hombres en el proceso de producción, el cambio y la distribución de los bienes; estas relaciones de producción pueden ser de cooperación y ayuda mutua de los

hombres libres de la explotación, o bien relaciones de explotación del hombre por el hombre. Cuando los medios de producción son propiedad privada y no pertenecen a toda la sociedad sino a determinadas personas, grupos o clases sociales, se establecen las relaciones de explotación del hombre por el hombre bajo el sistema capitalista, los obreros carecen de medios de producción y se ven forzados a trabajar para los capitalistas.

Las relaciones entre los hombres y los medios de producción determinan la situación y el lugar que ocupan los hombres en la producción y los medios de distribución de los productos de trabajo. En el desarrollo de la historia se conocen cinco tipos fundamentales de relaciones de producción: la comunidad primitiva, el esclavismo, feudalismo, capitalismo y socialismo. Cada uno de ellos tiene como base una manera determinada de la propiedad de los instrumentos y medios de producción. Así, la base de las relaciones de los regímenes esclavista y feudal; también la capitalista es la propiedad privada de dichos medios que siempre origina la división de la sociedad en clases sociales, por esta razón un rasgo fundamental entre las tres sociedades mencionadas es la lucha de clases.

Las clases sociales.

La población se encuentra dividida en normas biológicas y sociales y en las categorías más sencillas desde la clasificación básica por edad y sexo hasta las más complejas divisiones por clases sociales en las sociedades capitalistas.

Existen diferentes concepciones de clases sociales, entre ellas se encuentra la del materialismo histórico, donde se observa a las clases sociales desde un punto de vista económico a la luz de las relaciones de los medios de producción. La clase alta (burguesía) comprende la

posesión de los medios de producción, es decir, las fábricas, las tierras y el capital, mientras que la clase baja (asalariados o proletarios) son los que no poseen nada, excepto su fuerza de trabajo, la cual venden a la clase alta para poder subsistir. En esta concepción se sostiene que la clase alta explota a la baja y que los dos se encuentran en un estado de lucha constante que se resuelve cuando los trabajadores se revelan y se apoderarán de las fábricas y serán dueños de los frutos de su trabajo.

Por lo que se refiere a las capas medias, el marxismo nunca descartó su existencia, pero consideraba que sus miembros serían obligados en algún tiempo a ingresar en las filas de la clase baja. Podemos concretizar que la teoría de clases sociales del marxismo dependía de la posesión de la propiedad.⁴

El concepto de clases sociales que él tenía, aunque nunca llegó a definir las específicamente, a través de su obra "El Capital" siempre se refirió a ellas. El que sí las definió más concretamente fue Lenin, que consideraba a las clases sociales como "grandes grupos de hombres que se diferencian entre sí por el lugar que ocupan en un sistema de producción históricamente determinado por las relaciones en que se encuentran frente a los medios de producción (relaciones que las leyes fijan y consagran), por el papel que desempeñan en la organización social del trabajo y por consiguiente, por el modo y la producción que perciben cada uno de parte de la riqueza social que disponen. Las clases sociales son grupos humanos, uno de los cuales puede apropiarse del trabajo de otro por ocupar puestos diferentes en un régimen determinado de economía social".⁵

Las escalas sociales son herramientas útiles para analizar y correlacionar los fenómenos sociales y médicos, aunque es difícil encontrar criterios

⁴ Marx, Carlos; El Capital, p. 286, Tomo III

⁵ Lenin, Vladimir I.; Obras escogidas, Tomo II, p. 456

objetivos y medibles que sirven para clasificar con exactitud y facilidad la compleja población de las sociedades capitalistas, en este tipo de sociedades existe una interrelación entre los individuos durante el cual el tiempo modifica los valores y cambia las relaciones en forma constante, principalmente a aquellas clases que se encuentren en el punto que traten de ascender a la clase burguesa o las que estén a punto de descender a la clase del proletariado.

Existen otros grupos que no pueden definirse como clases sociales, ya sea porque están representando grupos intermedios entre las dos clases antagónicas en el nivel de producción como es el caso de los técnicos, esto es, que no están ligados directamente a la producción sino que se encuentran al servicio de instituciones como podrían ser maestros y abogados, por ejemplo. ⁶

División social del trabajo

En toda producción social existe una repartición de tareas, es decir, una división de trabajo y mientras mayor sea la complejidad de la sociedad, mayor es la división del trabajo.

Se deben distinguir las siguientes formas de división del trabajo:

- a. División de la producción social
- b. División técnica del trabajo, y
- c. División social del trabajo.

La división técnica del trabajo puede ser definida como la división del trabajo dentro de un mismo proceso de producción. Esta división técnica se

⁶ W. Susser, Mervyn; La Sociología en la medicina, p. 232

encuentra especialmente desarrollada en la moderna industria, cada obrero o grupo de obreros realiza un trabajo específico que corresponde a una parte del proceso. En una industria de automóviles, por ejemplo, existen diversas secciones que se complementan unas a otras hasta llegar a producir el automóvil terminado, por lo tanto ningún obrero produce un producto final, lo que se convierte en producto final es el producto final de todos ellos.

Llamaremos división de la producción social a la separación de la producción social en diferentes ramas, esferas o sectores como la agricultura, industria y otros.

La división técnica puede conducir a la división de la producción social, ya que tan pronto como el régimen manufacturero se adueña de una industria que venía siendo explotada en unión de otras como la rama principal o accesoria y por el mismo productor, las industrias hasta entonces englobadas se disocian y cada una de ellas adquiere autonomía propia. Si se adueñan de una fase especial de producción de una mercancía, las que hasta allí eran tantas fases de un mismo proceso de producción se convierten en ramas industriales independientes. En este caso la actividad química que comenzó como una simple división técnica dentro del proceso de producción textil, para luego convertirse de una rama autónoma en una verdadera industria química.

Sin embargo, al pasar de las grandes analogías y de la concatenación existente entre la división de la producción social y la división técnica del trabajo, media entre ellas una diferencia no sólo de grado, sino de esencia.

En la división de la producción social se da el hecho de que sus productos respectivos tengan consideración de mercancías, mientras que la división

técnica lo que convierte en mercancías es el producto común de todos ellos.

La división de la producción social según Carlos Marx “se opera por medio de la compra y venta de los productos de las diversas ramas industriales”.⁷ Mientras que la división técnica del trabajo “se enlaza por medio de la venta de diversas fuerzas de trabajo combinadas. La división manufacturera supone la concentración de los medios de producción en manos de un capitalista; la división de la producción social supone el fraccionamiento de los medios de producción entre muchos productos de mercancías independientes unos con otros”.⁸

Por ello es lo que la actividad química que nació como un trabajo especializado más de la industria textil, debe ser considerado en este caso dentro de la división técnica del trabajo. Los objetos de esta actividad producidos no salen al mercado, sino que pasan directamente a ser incorporadas al proceso de teñido de las telas, pero ocurre lo mismo cuando la actividad química se independiza del proceso de producción textil y pasa a convertirse en una industria autónoma. En este caso sus productos van al mercado y no directamente a un proceso de producción determinado. En este caso la división técnica ha pasado a constituirse en la división de la producción social.

En cuanto a la división social del trabajo se definirá como la repartición de las diferentes tareas que los individuos cumplen en la sociedad (tareas ideológicas, económicas y políticas) y que se realizan en función de la situación que ellos tienen en la estructura social.

⁷ Marx, Carlos; op. *Cit.* , p. 294

⁸ *Ibidem*

Esta división social del trabajo comienza históricamente como la división del trabajo manual y trabajo intelectual, este proceso hace más marcado y resulta a medida que la sociedad se hace más rica. En este proceso intervienen por ejemplo, obreros especializados, técnicos e ingenieros que cumplen determinadas funciones técnicas, ahora bien, la repartición de los individuos de la sociedad en estas diferentes tareas no depende de criterios puramente técnicos (mejores aptitudes, mayor preparación), sino de criterios sociales, tienen acceso a ciertas tareas, otras no. Son relaciones sociales de producción las que determinan esta división social del trabajo.

CAPITULO II

LA MORTALIDAD DESDE EL ENFOQUE DE LA SALUD-ENFERMEDAD

La salud es un concepto difícil de definir y mucho más de cuantificar. En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud, se definió como "El estado completo de bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; es un derecho fundamental, y el logro más alto posible de la salud, es un objetivo social importantísimo en todo el mundo".¹

Esta definición ha sido aceptada por los gobiernos de los países pertenecientes al OMS. Sin embargo, presenta problemas de orden conceptual. La definición no otorga a la salud la categoría de fenómeno social históricamente determinado por ser demasiado abstracto. Además, no es posible cuantificar ni evaluar el estado de la salud en estos términos.²

Las dificultades conceptuales y operativas de la salud conducen entonces, como consecuencia a centrar el análisis de la salud en los estados que derivan de ella, como son la enfermedad, la incapacidad y sobre todo la muerte.

El término salud, como concepto y meta de acción, es impreciso. En efecto, en el hombre no es posible establecer estados fijos o situaciones estáticas, puesto que es un ser dinámico, social, biológica y psicológicamente, esta situación dinámica es la que hace necesario conceptualizar la salud enfermedad como un proceso. El proceso de salud-enfermedad es un continuo que se manifiesta simultáneamente como la unidad de dos

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Preparación de Indicadores para Vigilar los Progresos Realizados en el Logro de la Salud para Todos en el Año 2000. p. 41

² COPLAMAR. Necesidades Esenciales en México. p. 19

contrarios, en el sentido de que un aspecto o elemento no puede existir sin el otro.

El ser humano no vive aislado, vive en sociedades específicas en donde se dan relaciones sociales de producción y estilos de vida concretos que determinan en buena medida, su salud enfermedad. La conceptualización del proceso salud-enfermedad debe por tanto incluir en sus elementos determinantes no sólo en forma individual, sino socialmente. Es un proceso biológico-social, históricamente determinado que se caracteriza por ser dinámico, complejo y dialéctico.

El proceso salud-enfermedad tiene dos determinantes históricos fundamentales: el dominio que la sociedad haya alcanzado sobre la naturaleza y el tipo de relaciones sociales que se establezcan entre sus miembros.

Ambos determinantes explican las condiciones materiales de vida de los diferentes grupos sociales, los que a su vez, son el factor fundamental de la incidencia de la enfermedad y la muerte.³

Durante la mayor parte de la existencia de la especie humana, ésta se encontraba totalmente sujeta a las vicisitudes de la naturaleza. Llegar a la edad adulta era poco frecuente, pues una buena parte de la población sucumbía en la infancia y los adultos se exponían a grandes riesgos para conseguir alimentos y otros bienes de subsistencia. Esos logros, resultantes de la capacidad productiva de la sociedad, se han distribuido - desde hace muchos años- en forma desigual y, por lo tanto, han beneficiado más la salud de algunos sectores, que de otros.

³ Ibid p. 20

Cuando estos logros llegan a capas amplias de la población y transforman sus condiciones materiales de vida, es cuando se dan los cambios más profundos en la salud. Los niveles de salud son producto de las dos determinantes históricas antes mencionadas en el proceso de salud enfermedad.

Una muestra elocuente de la importancia del mejoramiento de las condiciones materiales de vida en el desarrollo del proceso salud-enfermedad, se haya en las condiciones observadas por Thomás MacKeown en Inglaterra, quien ha probado que las tasas de mortalidad por algunas enfermedades infecciosas (tuberculosis, cólera, tifo, tifoidea, escarlatina, entre otras) tuvieron un decremento significativo antes de la incorporación de medicamentos específicos en el arsenal terapéutico e incluso antes de la identificación de los agentes causantes de estas enfermedades.

Esto permitió afirmar que el decremento de la mortalidad era atribuible casi totalmente al mejoramiento del nivel de vida, circunscribiendo las conquistas médicas a un papel secundario, MacKeown ha verificado este señalamiento con el estudio de las circunstancias prevalecientes en otros países como Suecia, Francia, Hungría e Irlanda.

En México, el doctor Jesús Kumate (1977) ha señalado que la disminución de la mortalidad por tuberculosis, tosferina y difteria, entre otras enfermedades infecciosas, se inició mucho antes de que se aplicaran las medidas sanitarias reconocidas como eficaces, incluyendo las campañas masivas de vacunación, como son un acceso al agua potable excretas y una vivienda higiénica, educación, etc.

Por lo anterior, podemos afirmar que la prevención de los daños a la salud por medio de una estrategia basada en el mejoramiento de los medios

sociales y ambientales ofrece mayor impacto que ningún otro recurso disponible actualmente.⁴ La contradicción entre las medidas sociales a favor de la salud pública, y la atención médica individual.

Existen evidencias -aportadas por disciplinas como la epidemiología, ecología, demografía y nutrición-, que apoyan las medidas sociales y ambientales; abundan estudios que revelan la importancia en la determinación del estado de salud como son la pobreza, la migración, la mala alimentación, el estado de la vivienda, los niveles de empleo, la contaminación ambiental y la clase social. Esta última como categoría que condensa e incluye los factores o características que aislados, han sido documentados por trabajos básicamente descriptivos o por estudios de un carácter analítico más o menos amplio.⁵

En síntesis, el proceso de salud-enfermedad, desde el punto de vista social se determina por las condiciones materiales de vida, como son el acceso a la educación, vivienda, agua potable, aguas excretas, servicios de salud y esparcimiento, etc., las que a su vez dependen del dominio humano sobre la naturaleza, es decir, del desarrollo tecnológico alcanzado por una sociedad y el grado de igualdad en la distribución de los beneficios que deriven de ello, esto último, está determinado por el lugar que ocupa cada individuo en la sociedad en que vive como sería en la sociedad capitalista dividida en clases sociales.

Como las condiciones materiales de vida y los factores educativos y culturales están desigualmente distribuidos entre la población, los cambios favorables en los niveles salud-enfermedad son diferentes entre los diversos grupos sociales que integran la población.

⁴ Kumate, Jesus et. al. La Salud de los Mexicanos y la Medicina en México. Edit. Colegio Nacional. México, D. F. 1987.

⁵ Ibid. P. 25

El estar consciente de los factores económicos y sociales que influyen en la mortalidad, no resuelve el complicado trabajo de la medición de los mismos. Las limitaciones para realizar este tipo de estudios, se debe principalmente a la falta de información estadística y a la estrecha interdependencia entre los diversos factores por los cuales se ve influida, podría agregarse además que esta última circunstancia es una dificultad especial para la obtención de datos adecuados ⁶

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, la salud – enfermedad es un proceso vinculado a diversos factores. El desarrollo de la ciencia, en la que están presentes distintas concepciones de la salud y la enfermedad ha enfocado de diversas maneras este asunto.

1.- Uno de los enfoques, es aquel que la enfermedad se presenta en un organismo determinado, y para resolver el problema de salud que lo afecta se requiere el concurso de la medicina y ciencias afines (biología, bacteriología, fisiología, anatomía, etc.)

Con base a las teorías, métodos, técnicas e instrumentos disponibles se realiza un diagnóstico de la enfermedad, para lo cual se elaboran previamente hipótesis de presunción, sobre todo cuando el cuadro clínico es complejo. El diagnóstico permitirá iniciar el tratamiento de la enfermedad a fin de restablecer la salud y eliminar o reducir al mínimo las secuelas incapacitantes. Este nivel de interpretación encuentra su ubicación en el modelo que considera un solo tipo de causas de la enfermedad (unicausal).⁷

2.- Otro enfoque de análisis e interpretación de la enfermedad, y la consecuente práctica médica, es el de la medicina curativa que busca la

⁶ Bernard, Benjamín. Social and Economic Factors Affecting. p. 18

⁷ Rojas Soriano, Raul. Capitalismo y Enfermedad p. 14

reincorporación de las personas a las actividades que desempeñaban antes de enfermarse o accidentarse. De acuerdo con este enfoque para resolver el problema de salud individual, basta la acción competente del equipo de salud, apoyado en una infraestructura media adecuada. Cualquier otra consideración es secundaria. Aquí, la utilización de las ciencias sociales está prácticamente ausente y los datos socioeconómicos que se anotan en la historia clínica se presentan como datos aislados, abstractos (ocupación, escolaridad, etcétera), que poco o nada dicen de las verdaderas causas por las que los individuos se enferman o accidentan.

3.- Existe otro enfoque de análisis, que es el que vincula el proceso de salud – enfermedad como una realidad concreta que se presenta en individuos y grupos con determinadas características socioeconómicas y culturales, producto de sus condiciones reales de trabajo y de vida. El proceso de salud – enfermedad se encuentra por tanto, vinculado a la forma en que los seres humanos producen y se reproducen, es decir tiene un carácter social, de esta forma entonces las causas e implicaciones del proceso de salud – enfermedad deben buscarse en última instancia en la estructura y organización de la sociedad, es decir en el ámbito de lo social, aún cuando aquél se manifieste en forma concreta en seres humanos.

Los tres niveles de análisis, se encuentran vinculados entre si, pero cada uno de ellos es válido en cierto momento y responden a necesidades y circunstancias individuales y sociales diferentes.⁸

⁸ Ibid, pp. 14

CAPÍTULO III

ANTECEDENTES HISTÓRICO ECONÓMICOS DE LA POBLACIÓN EN MÉXICO

Política Económica del Estado Mexicano

CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

Las bases de lo que hoy conocemos como el México moderno surgió, a partir de 1910, es decir con el movimiento armado de la Revolución mexicana, el cual representa el núcleo de un nuevo sistema social integral.

“Terminado el movimiento armado, de la revolución iniciada en 1910, con la recuperación gradual de las actividades en los años veinte de este siglo, la población creció entre 1921 a 1940 en 5.4 millones de personas para alcanzar en casi veinte años la cantidad de 19.8 millones”.¹

Solo después que terminó la Revolución Mexicana, una vez reestablecida la paz social, y apoyada la vida civil en instituciones estables, el gobierno de México se dedicó a la reconstrucción y al crecimiento económico, al progreso social a extender los beneficios de la educación, a todas las clases sociales, a la lucha contra las enfermedades, y la insalubridad. De 1930 en adelante, la medicina moderna y los programas de salud pública comenzaron a cobrar eficacia en el ámbito nacional, basándose en campañas de vacunación, de prevención de enfermedades infecciosas; de erradicación del paludismo y de la tuberculosis.

¹ Population Reference Bureau, México su Problema Demográfico. p. 5

Se construyeron redes de agua potable y alcantarillado, centros de salud urbanos y rurales, diversos² dispensarios y numerosos hospitales, como el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales en 1935 y el Departamento de Salud Pública y la Protección de las Mujeres y Niños, en 1936.

Del año de 1940 a 1960 la población aumentó 15 millones de habitantes³ casi tres veces el incremento de 1921 a 1940, para llegar a 34.9 millones de habitantes como resultado de las campañas de vacunación y saneamiento; aumentando la esperanza de vida al nacimiento de 36.9 a 41.5 años. A partir del año de 1950 hasta 1960, la población continua aumentando en 9.1 millones, siendo el crecimiento del 35%, o sea el incremento más grande de la historia de México⁴. Sin embargo, éste no se ha detenido, de modo que para 1970 el censo de población registro un total de 48.3 millones de habitantes con un crecimiento intercensal del 3.4%. Para el año de 1990 el país había llegado a un total de 81.3 millones de habitantes, para el año 2000 a los 97 millones.

El crecimiento de la población en México se debe al movimiento natural o sea de la diferencia entre nacimientos y defunciones, más el movimiento social (diferencia entre inmigrantes y emigrantes). A pesar de que el movimiento migratorio no ha sido posible cuantificarlo en México durante esta segunda mitad del siglo, el crecimiento natural ha constituido el factor decisivo en el aumento de la población.

² Zavala de Cosío, Ma. Eugenia. Cambios de Fecundidad en México y Políticas de Población. COLMEX y FCE 1992 p. 15

³ Ídem p.17

⁴ Ídem p. 17

MORTALIDAD GENERAL

Como se mencionó con anterioridad, a partir de 1921 los gobiernos post-revolucionarios se dieron a la tarea de aplicar en forma creciente reformas sociales y medidas ambientales y de salud; México se benefició con estas medidas y aplicó en forma adicionada las nuevas técnicas relacionadas con la salud pública y sanidad del medio ambiente. Esto ocasionó que la tasa de mortalidad general bajara en el país de 26.6 por mil en 1930 a 10.1 en 1960 se sitúa en y a 11.5 en 1970, es decir en treinta años se redujo en más de la mitad, llegando a ser de 5.2 por cada mil defunciones en 1990 y de 4.3 en 1999.

El principal impacto logrado, entre 1922 y 1950 en las causas de mortalidad, fueron la erradicación del paludismo, la casi erradicación de la lepra y la notable disminución de la viruela, el sarampión, la tosferina, el tétanos, así como de las defunciones maternas, además de la desaparición total del cólera y la disminución en las parasitosis y enfermedades gastrointestinales. La población si bien pudo beneficiarse con las medidas sanitarias y de salud, como las vacunas, ha visto transitar las principales - causas de mortalidad general en la actualidad de las enfermedades infecciosas y parasitarias, causas que han venido aparejadas con la modernidad y desarrollo del país- a las enfermedades degenerativas, como la diabetes, las enfermedades del corazón, los accidentes y violencias, el cáncer en todas sus formas, además de la imposibilidad de erradicar las infecciones gastrointestinales y las de vías respiratorias las cuales conforman el esquema actual de las principales causas de mortalidad en el país.

LA MORTALIDAD INFANTIL

La mortalidad infantil, esta estrechamente vinculada con las condiciones de vida de la población, si bien el desarrollo socioeconómico de las últimas décadas han resultado en beneficio de la población en general, ningún

grupo de edad de la población se ha visto más beneficiada que el de los menores de un año lo que se demuestra al observar los progresos logrados sobre todo a partir de 1950, al pasar de 96.2 defunciones por cada mil nacidos vivos, a 23.9 por cada mil en 1990, en la actualidad se estima que esta cifra es de 14.5 en 1999⁵.

El resultado de la tasa de natalidad que se ha conservado alta, y la de mortalidad en constante descenso, ha ocasionado en México una concentración en la estructura de la población menor de 19 años, 36% según el censo de 2000.

Poco más de la tercera parte de la población mexicana esta comprendida en los grupos de edad cuya característica principal es el gran consumo de bienes y servicios y poca productividad.

ESPERANZA DE VIDA

En 1950, un mexicano recién nacido esperaba vivir en promedio 47 años en función de las condiciones de salud imperantes. Cuarenta y nueve años más tarde, con los beneficios derivados del desarrollo del país, la generación de mexicanos nacidos en 1999 aspiraba a alcanzar los 74.7 años, es decir 27 años más. De estos incrementos 14 años se lograron entre 1950 y 1960 durante los cuales se sentaron las bases de una mayor atención médica institucional y un desarrollo industrial en el país, lo que favoreció a amplias capas de la población anteriormente desprotegidas. Entre 1970 y 1990 se obtuvo una ganancia adicional de 9 años al pasar de 60.9 años a 69.6 años, nivel en el cual se torna más difícil incorporar ganancias en la esperanza de vida al nacimiento, a la misma sobrevivencia de una mayor proporción de personas en edad avanzada, en 1999 la

⁵ Defunciones de menores de un año por cada 1000 nacidos vivos registrados.

esperanza de vida al nacimiento fue de 74.7 años para la población en general, y de 72.4 años para los hombres y de 77.1 para las mujeres.

Es innegable que las acciones de salud llevadas a cabo han tenido, en efecto, un aumento de la esperanza de vida de la población pero no se han hecho estudios específicos en qué parte de esta se han sentido estos beneficios y cuál es la calidad de vida de estas personas.

FECUNDIDAD

El crecimiento de la población en nuestro país como se dijo con anterioridad es atribuible principalmente al llamado movimiento natural de la población (diferencia entre nacimientos y defunciones) más el movimiento social (diferencia entre inmigrantes y emigrantes). Dado que el movimiento migratorio en nuestro país no ha sido posible cuantificarlo para el fenómeno del aumento de la población después del periodo revolucionario, se puede concluir sin equivocación que el crecimiento natural es el factor decisivo en el aumento de esta.

Lo más significativo en los dos componentes que forman el incremento natural de la población, la natalidad y la mortalidad es que han tomado diferentes direcciones en México. Desde 1930, cuando se comenzó a disponer de estadísticas de calidad, la tasa de natalidad ha variado muy poco. De hecho ha permanecido al nivel que alcanza en los países menos desarrollados, fluctuando 16% en el transcurso del tiempo; en 1930 era de 49.4 por cada mil habitantes, en 1963 de 45.0, y en 1990 llegó a 27.8 por cada mil, y 22.3 en 1999.

De los 17.5 millones de mujeres de la población mexicana que registro el censo de población en 1960, 7.3 millones estaban comprendidas en el grupo de 15 a 44 años, correspondientes a la edad de procrear, las mujeres

de 20 a 27 años edad las de mayor fecundidad sumaban 2.9 millones, las cuales tuvieron en promedio 6.8 hijos por mujer.

Para 1970 el grupo de mujeres de 15 a 44 años sumaban ya la cantidad de 9,91 millones siendo el grupo de más alta fecundidad el comprendido entre los 20 a 30 años, con 4.23 millones es decir 31.4% más que diez años atrás de un total de 11 millones de mujeres en edad fértil. En 1980 México era el único país en el mundo que teniendo poco más de sesenta millones de habitantes crecía a una tasa media anual de 3%, duplicando su población cada veinte años, mientras que en la mayor parte de los países del mundo esto ocurre cada treinta, en este año el total de las mujeres mayores de 15 años tuvieron un promedio de 6.7 hijos, para 1980 esta cantidad había disminuido a 4.4 hijos, llegando en 1990 a 3.4 hijos por mujer, y a 2.5 en 1999 considerando que la población femenina de 15 a 45 años sobrepasaba a los 26 millones⁶. Las condiciones de las mujeres en el país han ido cambiando con el desarrollo, influyendo dichos cambios en el número de hijos por mujer por ejemplo, en las mujeres económicamente activas el número de hijos está alrededor de dos, comprobándose además que su función reproductiva la comenzaron a ejercer a edades más avanzadas que las económicamente inactivas, lo que refuerza la hipótesis de que una mayor participación de las mujeres en las actividades productivas tiene como consecuencia una reducción en la natalidad. De la información censal también se deriva que la fecundidad tiende a disminuir en la medida que aumenta el tamaño de la localidad, al igual que las mujeres que viven en ciudades más grandes, comienzan a tener descendencia a edades más avanzadas, lo contrario de cuando viven en poblaciones más pequeñas. Al interior de las entidades federativas existen diferencias importantes, por ejemplo, si tomamos al grupo de mujeres entre 40 y 44 años que de alguna manera ya han concluido su ciclo reproductivo, a nivel nacional, este grupo de mujeres tuvo a lo largo de su vida 4.7 hijos;

⁶ Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de Población 1970-2010.

de éstas, las que viven en el distrito federal tuvieron 3 hijos, en contraste con las que viven en Zacatecas que tuvieron 6.4 hijos, o sea más del doble.

De todos los factores socioeconómicos que se consideran que tienen impacto sobre la fecundidad es el nivel o grado de escolaridad es el que ha mostrado tener una relación más fuerte y consistente.

La relación entre el grado de escolaridad de la mujer es generalmente inversa al número de hijos; es decir, a mayor escolaridad menor fecundidad y viceversa. En los países en vías de desarrollo las reducciones más notorias se dan a partir de las mujeres que completaron la primaria o con secundaria y más años de escolaridad.

El grado de escolaridad de la mujer influye de manera indirecta actuando sobre un gran número de variables sociales y demográficas que a su vez influyen sobre la fecundidad.

POLITICA ECONÓMICA DEL ESTADO MEXICANO

El concepto de salud-enfermedad, es un concepto dialéctico históricamente determinado en el cual la unión de los opuestos salud y enfermedad, y como consecuencia final extrema la muerte están determinadas por la posición que ocupa el individuo en la sociedad de clases en un momento histórico determinado, México vive en un sistema capitalista cuyas bases se gestaron principalmente durante el mandato del presidente Lázaro Cárdenas es por esta razón que a continuación se presenta sucintamente el desarrollo de las bases del sistema político económico, el cual sigue teniendo vigencia en la actualidad.

El capitalismo en México surgió del interior de las relaciones sociales existentes bajo el estímulo de múltiples factores, entre ellos la influencia

externa. Una vez formada bajo una imposición inicial hispana de relaciones productivas y sociales, dirigidas a ordenar y regular la explotación colonial, ésta quedó inmersa en un complejo sistema de interdependencia con España que se ejercían en forma intermitente.

Una vez realizada la independencia, y superados los obstáculos de las intervenciones y guerras partidistas, el desarrollo capitalista avanzó incontenible, sobre todo en el último cuarto del siglo XIX.

A principios del siglo XX se habían alcanzado ya un desarrollo capitalista generalizado, aunque con una peculiaridad muy diversa, con la inversión de capitales de los países industrializados en forma de préstamos e inversiones directas sobre todo en la minería. A ello contribuyó la presencia externa, ya en forma de financiamiento, que aceleró la acumulación inicial y colaboró a implantar la ley del valor por sus aportaciones técnicas, administrativas e ideológicas. Naturalmente el capitalismo mexicano pronto contribuyó con creces a la acumulación ampliada mundial de capital, además de formar su propia base productiva en constante crecimiento.

La destrucción de las estructuras sociales capitalistas orientadas al exterior, para formar relaciones capitalistas industriales de sentido nacionalista correría a cargo de la revolución armada y sus transformaciones posteriores, la etapa en la que mejor se puede observar el desarrollo del capitalismo en México fue durante la época del gobierno del General Lázaro Cárdenas (1936 – 1938). Los gobiernos constituidos que favorecían exclusivamente las inversiones extranjeras. Con Cárdenas se consolidan los sindicatos y asociaciones nacionales sirviéndose de ello como fuerza para nacionalizar las empresas extranjeras más lucrativas y sentar las bases de un capitalismo nacional y fortalecer al gobierno nacional, promoviendo y protegiendo la industrialización del país.

Lo más característico de ese gobierno es la forma de articulación dinámica de las relaciones de clase con la acumulación del capital. Esta época de intensa agitación social en el campo y en la ciudad, en una época en la que el capital privado y público adquieren un dinamismo muy amplio que se diversifica y consolida en términos políticos y económicos. Es entonces cuando el capital industrial comienza a lograr preeminencia con el agrario, es también la ocasión en que se reformulan las relaciones de dependencia económica del país frente al capital extranjero, dentro del cual el norteamericano ocupa el primer lugar. En conjunto, durante el gobierno de Cárdenas la formación social del capitalismo (en ascenso desde las rupturas revolucionarias) adquiere contornos y movimientos más claros; adquiere autonomía, al mismo tiempo que se reanudan en términos nuevos sus lazos con el capitalismo mundial en particular con el norteamericano.⁷

Esta articulación por así decirlo, privilegiado entre las relaciones de clase y la acumulación capitalista, se hace posible gracias a una serie de actuaciones del gobierno. Esto es, el gobierno no se margina ni queda rezagado con respecto a los acontecimientos. En general, comprende de modo inteligente las condiciones y las posibilidades de su actuación. Entre las muchas decisiones políticas y realizaciones importantes adoptadas por este gobierno, algunas parecen especialmente determinantes, en cuanto a la manera como se articulan las relaciones de clase y la acumulación del capital nacionalista correrían a cargo de la revolución armada y sus transformaciones.

La Revolución de 1910 con la Constitución de 1917 y sus consecuencias de cambios políticos y sociales respondió a la demanda de ese desarrollo interno de las clases sociales para sobrevivir. El desarrollo capitalista se habría de alcanzar mediante la industrialización, la liberación del trabajo y la proliferación de relaciones capitalistas empresariales según se fue

⁷ Semo, Enrique; Economía y lucha de clases, pp. 124- 132

definiendo en los años siguientes. La Revolución Mexicana no demandaba el cambio al sistema socialista lo que pedían los campesinos no era la igualdad social sino mejoras en comparación a las normas burguesas. Toda esta reformas se establecieron en la formulación de la Constitución de 1917 en respuesta a las demandas sociales.

A partir de la Revolución Mexicana, la estructura económica de México es el resultado de la acción dialéctica de factores internos, tales como el grado de desarrollo de las fuerzas productivas, las formas y la de factores como las tendencias económicas del capitalismo mundial.

El estudio de la economía de México debe partir de la totalidad económica compleja, en la cual cada elemento tiene un lugar determinado y se relaciona con los demás. Este conjunto o sistema constituye la formación socioeconómica.⁸

Se presentarán algunas de las decisiones y acciones que vinieron a favorecer el desarrollo del capitalismo en nuestro país en ese período.

En primer lugar se lleva a cabo una amplia redistribución de tierras a los campesinos, grandes latifundios son repartidos entre los trabajadores rurales, en buena parte indios y mestizos. Pero somete a los campesinos a los aparatos políticos, un ejemplo de esto es la creación de la Confederación Nacional Campesina (CNC) y la transformación del Partido de la Revolución Mexicana (PRM), otro de los sometimientos a los que se sujetaba a los campesinos fue también a los aparatos económicos como el Banco Nacional de Crédito Ejidal; estos aparatos económicos eran del Estado burgués dirigido por el mismo. Otro de los puntos observados fue ampliar y dinamizar las actividades agropecuarias al crear condiciones para el aumento de la producción de géneros alimenticios para las poblaciones

⁸ De la Peña, Sergio; La Formación del Capitalismo en México; pp. 32-45

rurales y urbanas y materias primas para alimentar la industria y la exportación.

El segundo punto es que durante el gobierno de Cárdenas se nacionalizaron las empresas ferroviarias (1937) y las petroleras (1938). De esa forma se amplió la soberanía del Estado nacional frente al capital externo y las oligarquías con las que está aliado.

Las expropiaciones y nacionalizaciones van acompañadas por formación de empresas y organizaciones económicas estatales. Esto es, el capitalismo monopolista comienza a generar nuevas dimensiones merced al surgimiento de monopolios estatales; de hecho la expropiación y nacionalización de ferrocarriles, empresas petroleras y latifundios, son algunos de los síntomas más significativos de la actuación de vanguardia que el Estado comienza a desempeñar en la formación del capitalismo del país.

Otro de los puntos es que el gobierno de Cárdenas se enfrenta directamente a las tensiones y las luchas de clases, tratando de encontrar nuevas soluciones, más racionales en cuanto al acomodo de los intereses de los empresarios y asalariados.

En este período el proletariado es inducido e incluso forzado a aceptar los términos de las negociaciones laborales que la burocracia estatal o sindical le imponen. Además, es significativo que disminuyen las huelgas y el número de huelguistas de los años treinta y ocho, y cuarenta gracias a este control.

El cuarto punto es que el gobierno de Cárdenas reorganiza todo el sistema sindical rural y urbano poniéndolo bajo el mando directo de los aparatos políticos. Este es el sistema mexicano, se vincula totalmente al aparato

estatal, de forma tal que los mismos líderes sindicales se ven obligados a actuar con el cuadro de las organizaciones y técnicas de actuación y negociaciones establecidas en el sindicalismo estatal CNC y CTM. El sindicalismo de filiación estatal es un elemento básico de la política populista del gobierno de Cárdenas. Por medio de este sistema sindical se mantiene controlada la actividad política de los obreros y campesinos atada a los líderes y a las consignas del gobierno concesiones y otras prebendas.

En quinto lugar, se reforma la organización y el funcionamiento del Partido de la Revolución Mexicana (PRM), para articular y controlar mejor las actividades políticas de los diferentes grupos y clases sociales en el campo y en la ciudad. La transformación del Partido Nacional Revolucionario (PNR) en Partido de la Revolución Mexicana (PRM) refuerza las bases sociales y políticas del gobierno en el marco de una política de compromiso de clases y desarrollo capitalista dirigido a partir del poder ejecutivo. Juntamente con el sistema sindical (campesino y obrero) el sistema de cámaras y confederaciones de empresarios (del comercio y de la industria). El Partido Revolucionario Mexicana (PRM) forma parte de un complejo y activo sistema de estructuras políticas de intermediación. Así se organiza y disuelven políticamente las clases sociales.

En sexto lugar, el gobierno de Cárdenas formula nueva articulación entre el sistema sindical, el Partido Revolucionario y el aparato estatal, de tal manera que se constituye un poder estatal (político – económico), excepcionalmente fuerte, prácticamente monolítico. El contenido del Estado Mexicano no es ni corporativo ni fascista, se trata de un estado autoritario bajo el cual el desarrollo de la acumulación capitalista se realiza dentro de una singular alianza de clases de tipo populista. La organización político sindical que se estructura bajo este gobierno organiza al mismo tiempo que disuelve las clases sociales. La Confederación de Trabajadores Mexicanos (CTM), la Confederación Nacional Campesina

(CNC) organizan los intereses de sectores más o menos amplios del proletariado, campesinos y obreros; pero esta organización político – sindical disuelve la actividad política de las clases en los cuadros de un poder centralizado en torno al ejecutivo. Sin embargo, ese poder no es directa ni indirectamente un poder controlado por una burguesía hegemónica, que se impone a las otras clases como el fascismo

El poder estatal en México es autoritario en el sentido que controla los procesos decisorios y organiza con eficacia las articulaciones entre las políticas, decisiones y empresas públicas y privadas que acompañan la expansión del capitalismo monopolista.

En séptimo lugar, bajo el gobierno de Cárdenas el poder público realiza inversiones en el campo y en la ciudad en la forma y consolidación de las relaciones capitalistas de producción. Al mismo tiempo crea estímulos financieros y protecciones arancelarias. En conjunto esas políticas, decisiones y empresas permiten rearticular y dinamizar las fuerzas productivas, desarrollar las relaciones de producción en forma capitalista, ampliar la capacidad decisoria del Estado en cuanto a las fuerzas productivas en particular disponibilidades, usos y condiciones de la oferta del capital, fuerza del trabajo, tecnología, técnica y estructuras organizativas.

Por último, bajo el gobierno de Cárdenas se produce un fenómeno excepcionalmente importante, al mismo tiempo que se emplea un lenguaje revolucionario e, incluso, socializante, se desarrolla una práctica esencialmente capitalista, las condiciones políticas, económicas y culturales que se desenvuelven en el gobierno de Cárdenas permite esa singular combinación retórica socialista y práctica capitalista. A consecuencia de este lenguaje socialista el indio y el mestizo dejan de ser

otra raza para ser ciudadanos miembros de un ejido, de una cooperativa, sindicato o partido.⁹

En el Estado nacional, al mismo tiempo crece la acumulación del capital en los sectores públicos y privado de la economía y la burguesía industrial ascendente bajo la protección estatal se hace más fuerte; en conjunto esas políticas, decisiones, actuaciones y empresas, así como las relaciones estructurales implicadas en ellas expresan distintos momentos y las distintas maneras de articulación entre las relaciones de clase de la acumulación del capital, pero es importante reconocer que esas articulaciones se vuelven particularmente efectivas debido a dos órdenes de determinaciones, por un lado está el amplio complejo y a veces caótico proceso de composición y recomposición de las relaciones y estructuras burguesas destruidas o afectadas por el proceso revolucionario de los años 1910; por otro lado está el conjunto de problema y desafíos generados por la gran depresión económica.

El gobierno de Cárdenas surge de esta confluencia y ésta le da una fisonomía particularmente dinámica a su gobierno. Esa coyuntura histórica hace que el Estado Mexicano se convierta en una fuerza productiva, básica y compleja, y por sus políticas, decisiones y realizaciones se vuelve decisivo en el proceso de la creación de las condiciones favorables a la conversión del excedente económico potencial en excedente económico efectivo.

En estos términos, es que bajo el gobierno de Cárdenas el Estado Mexicano presenta la singularidad de ser un poder político – económico de vanguardia y por así decirlo, organizador y dinamizador de las fuerzas productivas de las relaciones de producción. Aparentemente es un estado de compromiso en el cual se articulan las relaciones político – económicas

⁹ Anguiano, Arturo; El Estado y la política obrera del cardenalismo, pp 19 - 34

de los diversos grupos y clases sociales. La reorganización del sistema sindical y del Partido de la Revolución, ambos en íntima vinculación con los aparatos del Estado, es una indicación clara de este compromiso de alianza de clases.¹⁰

La conformación de las instituciones emanadas del cardenismo poco evolucionaron con el tiempo, la CTM siguió, durante más de 50 años, siendo el organismo de estado conciliador entre el capital y el trabajo, la CNC a pesar de la pérdida creciente de fuerza, al crecer el campesinado y ya no haber tierras que repartir continuó siendo una institución de apoyo al gobierno y al partido en el poder a través de múltiples caciques; por otra parte la educación y la salud de la población siguieron siendo los sectores prioritarios tanto de las políticas gubernamentales como presupuestarias, sin embargo, es en esta época en que se desarrolla el IMSS como institución dada la demanda creciente de los trabajadores y el desarrollo industrial y la creación del ISSSTE en 1957, instituciones de atención médica y hospitalaria para la atención de la burocracia estatal.

Situación económica del México actual

La década de los años ochenta abre un período crucial en la historia contemporánea de México, se inician una serie de cambios económicos y sociales ante el avance de la crisis que constituye el fin de una fase de auge precedida por un período de retórica oficial que indicaba la vida de la prosperidad.

En lugar de eso se presentó la cadena de devaluaciones y el drenaje masivo de dólares hicieron que la situación aparente, se viniera abajo por completo.

¹⁰ Ianni, Octavio; El Estado Capitalista en la Época de Cárdenas; pp 14-107

La contradictoria y desigual maduración de la estructura económica y social en los últimos veinte años, maduración que trató de ser encauzada por un conjunto de estrategias que tuvieron el dudoso mérito de intensificar estas contradicciones y acelerar notablemente el envejecimiento de las estructuras del Estado Mexicano. Las transformaciones económicas y sociales ocurridas durante esos veinte años constituyen un fenómeno que dejó profunda huella en la conciencia de la sociedad mexicana. Una de las manifestaciones más claras en este sentido fue la profusión de investigaciones, estudios y ensayos sobre la realidad del capitalismo mexicano y el impacto que proporcionaban esas transformaciones.

Se agregaba una reciente inconformidad social proveniente de una parte importante de la sociedad, cuyo origen material se situaba en las repercusiones concretas experimentadas por las diversas clases sociales. Por una parte, la burguesía comenzó a sufrir un acelerado proceso de diferenciación, pasando a ser comandada por una élite de magnates financieros que concentraban en sus manos una parte considerablemente grande de los activos productivos del país. En los hechos esto significaba dejar progresivamente de lado a una fracción de capitalización de la economía mexicana con miras a fortalecer el capitalismo por vía del aumento del poder social de compra y atenuar sus contradicciones por la vía del aumento del reformismo.¹¹

La estrategia aplicada a lo largo de los años setenta se fundamentaba en la idea de que el gasto público podía desempeñar el papel del motor de la acumulación del capital y mover al conjunto del sistema productivo en la dirección de las prioridades del llamado “desarrollo compartido” o sea, un crecimiento económico con mayor equilibrio en la distribución del ingreso que supuestamente satisfacía ciertas demandas sociales y daría salida al

¹¹ Rivera Ríos, Miguel Ángel: Crisis y Reorganización del Capitalismo Mexicano, pp 110-177.

estancamiento que amenazaba las formas privadas de valoración capitalista.

El primer ciclo del reformismo terminó en una crisis, la de 1976 que en ese tiempo fue la más violenta.

Pero el proyecto de la reorganización fue abandonado prematuramente sin darle tiempo a que mostrara, desde el punto de vista de los problemas estructurales del capitalismo mexicano, resultados concluyentes. El giro que reabrió el conflicto en el seno de la burocracia y que hizo altamente contradictorio el desenvolvimiento del auge petrolero, fue paradójicamente el repunte de la coyuntura internacional, en 1979 -1980 con sus desmesuradas expectativas en torno al efecto positivo del incremento de los precios del petróleo sobre la economía mexicana.

En la medida que el viraje dejaba intactas las causas del deterioro ya presente de la tasa de plusvalía, el auge petrolero no tardó en consumirse en sus propias contradicciones y la petrolización empujó sin dilaciones la inflexión del ciclo abriendo el camino hacia la catástrofe.

De esta manera, 1980 presentó el principio del fin del auge coyuntural y de todas las expectativas fundadas sobre la optimización de la renta petrolera. La especulación no tardaría en adquirir la condición de una fuerza social enormemente destructiva, tan pronto como la activó la devaluación de febrero de 1982.

La crisis se expandió como una mancha de aceite a todos los sectores de la economía, alcanzando su apogeo en la segunda mitad de 1982. lo devastador de su impacto económico y social era la expresión del explosivo nivel acumulado pro las contradicciones históricas del capitalismo mexicano y no un fenómeno de coyuntura. En ella se hacían presentes los efectos adversos del comportamiento decadente de la tasa de ganancia, del

deterioro de la capacidad de gestión económica del Estado y de las peligrosas tendencias del ciclo de acumulación del capital animado, primero por el petróleo y posteriormente por la expansión financiera y crediticia de los años 1979 – 1981. El saldo del sobre endeudamiento así generado limitó y limitará por años las posibilidades del gasto público, y con ello, la sobre vivencia de todo un sector de la burguesía mexicana que vegetaba gracias al subsidio y a la pródiga inversión pública. Sin embargo, pasaron casi tres años de que se aplicó el plan de reorganización y racionalización capitalista. El Estado no consiguió controlar o atenuar las manifestaciones coyunturales más importantes de la crisis económica, que es la inflación; la amenaza de quiebra de las empresas, y obtuvo un superávit en ls cuentas con el exterior renegociando con éxito casi la totalidad de la deuda externa. Por otro lado, el deterioro de los niveles de vida de la población trabajadora fue exagerada y le ha permitido al capital usufructuar una gran reducción de costos salariales. La gran ventaja que esto representa para la mayor parte de las empresas se refleja muy bien en la leve recuperación económica que parecía tomar cuerpo desde mediados de 1984.

Aún cuando esta incipiente recuperación empezó a principios de 1985 a debatirse en el nudo de contradicciones típicas de los auges económicos de México, sobre todo a causa de la desaceleración de las exportaciones, las bases de la reorganización económica parecen estar aún intactas, a pesar que se ha renovado el ciclo de restricción salarial, lo que plantea un agravamiento del clima social del país.

Para que las bases de la reorganización económica se sostengan más allá del corto y mediano plazo, y las transformaciones estructurales planteadas sigan siendo viables, se requiere, no obstante, de cambios enérgicos básicamente en el núcleo de las relaciones entre Estado y burguesía, precisamente a nivel de la viabilidad social de sostener, en medio de restricciones fiscales, las transferencias a favor del capital, ya que ello

alienta la supervivencia de los mismos estándares de ineficiencia que se intentaba combatir. La aparente ineptitud del Estado Mexicano para aceptar y hacer frente a esta mutación, ha dejado un saldo negativo muy claro y plantea diversas interrogantes sobre el futuro del país.¹²

Emanadas, como consecuencia de las políticas seguidas por los regímenes posrevolucionarios las instituciones de salud surgen como una necesidad del desarrollo económico y social del país y de la organización de los grupos sociales a demás de la necesidad que tiene el aparato productivo y el mismo estado de tales grupos para su desarrollo.

En nuestro país existen tres formas de atención médica principalmente que están estructuradas y adquieren modalidades específicas según el grupo social al que están dirigidas. Estas son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) surgido el 31 de diciembre de 1943, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y los servicios de la medicina asistencial representada por la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) el sistema nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal (DDF) y de los gobiernos de los estados, y la medicina privada. Además coexiste junto con estas formas reconocidas oficialmente la medicina tradicional¹³.

Respecto a la cantidad de población derechohabiente que atiende cada institución, el porcentaje está como sigue: el IMSS para 1999 fue del (81.6) el ISSSTE (17.6) de la población amparada.

A estas instituciones acuden diferentes tipos de trabajadores y sus familiares, por ejemplo al IMSS acuden la mayoría de los trabajadores que

¹² Rivera, Miguel Ángel; Crisis y Reorganización del Capitalismo, pp. 110 – 177.

¹³ Rojas Soriano, Raúl. Ob. Cit. P. 158

se encuentran en una posición clave dentro del sistema productivo, como son los obreros de la transformación y la construcción o su inserción ha sido producto de movimientos populares como el caso de los campesinos de las zonas en henequeras de Yucatán que atiende 19.46% de la población abierta.

En cuanto al ISSSTE es la institución a la que acuden la burocracia estatal y sus familiares directos, y a las de medicina asistencial Secretaria de Salubridad y Asistencia (SSA) acude la población que carece de un empleo fijo, están desempleados, esta población que no está integrada a algún régimen de seguridad social en el país.¹⁴

Es importante destacar que la mayoría de la población que se beneficia de algún sistema de seguridad social se encuentra en el medio urbano, en tanto que la población rural en su inmensa mayoría no tiene acceso a la seguridad social.

La política de seguridad social, depende de las características del desarrollo social y económico de cada país, que son las que permiten y regulan la extensión del campo de aplicación de las prestaciones y servicios de los seguros sociales a los diferentes sectores de la población.

¹⁴ Rojas Soriano, Raúl. Ob. Cit. P. 158

CAPITULO IV

LA MORTALIDAD MATERNA

La relación que existe entre la fecundidad femenina y la mortalidad, se conoce como la mortalidad materna.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud, (OPS) la definición de este fenómeno es como sigue: "Se entiende por defunción materna, la de una mujer mientras esta embarazada o dentro de los cuarenta y dos días subsiguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración o características del embarazo, debidas a cualquier causa relacionada con, o agravada por el embarazo mismo pero no por causas accidentales" estas últimas son catalogadas como muertes maternas indirectas.¹

Esta definición se toma como criterio junto con el capítulo XV de la 9ª. Clasificación Internacional de Enfermedades, "Complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio", para codificar las causas de muertes maternas registradas en los certificados de defunción.

La mortalidad es un proceso natural, pero no obstante asociado a riesgos. La medicina moderna ha hecho muchos esfuerzos para ayudar a la naturaleza, y esto es particularmente cierto en el campo de los partos y de la obstetricia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en la actualidad (1999) se producen cerca de 500,000 defunciones maternas en todo el mundo, lo que equivale casi a un fallecimiento por minuto. Esta alarmante cifra, sin embargo, vendría a ser solo la punta visible del "iceberg" debajo del cual se oculta un problema mucho mayor, ya que la tragedia incluye, no

¹ OMS. OPS. 9ª Revisión de Enfermedades y Causas de Defunción pp. 447

solo la mortalidad y las secuelas de las sobrevivientes sino un problema social y económico de gran magnitud”²

En 1990 el 99% de las muertes maternas ocurre en países en desarrollo (495,000), y solo el 1, (5,000) en países desarrollados. Se estima que la tasa de mortalidad materna en los países en desarrollo llegaría 450/100,000 nacidos vivos, mientras en los países desarrollados es tan solo del 30/100,000, siendo mayor el problema en los países de África, Asia y América latina.

En Europa la mortalidad materna varía de 3.9 por cada 100 000 nacidos vivos en Suecia a 105.3 en Yugoslavia; en ambos países probablemente la estadística sea precisa, pero las cifras serían más altas si se incluyeran los mortinatos y recién nacidos vivos.

Lamentablemente, los encargados de establecer las prioridades sanitarias nacionales e internacionales, sobre todo de los países del tercer mundo, han reaccionado tardíamente ante ésta por desconocimiento; en gran medida porque la mayoría de las víctimas son pobres, analfabetas, viven generalmente en lugares remotos y carecen de fuerza política, además se da un gran subregistro de las defunciones maternas ocasionadas por el deficiente llenado del certificado de defunción que existe en mayor ó menor grado en todos los países del mundo principalmente en los países pobres, en donde muchas veces no es un médico el que elabora el certificado, en otros es difícil conseguir estadísticas certeras, pero se sabe que en algunos países del caribe como Haití, la tasa de mortalidad materna está calculada en cifras superiores a 200 por cada cien mil nacidos vivos, ésta cifra sumada a la mortalidad debida a los abortos provocados agrava el problema.

² Gutiérrez Truccio, Isaías. Maternidad sin Riegos en México, La Maternidad Segura en su Contexto Conceptual. p.9

Durante el embarazo, parto y puerperio, incluyendo la lactancia, las madres pertenecen a un grupo vulnerable y necesitan cuidados y consideraciones especiales, estos, aunados a la educación y hábitos de higiene coadyuvan a la formación de familias más saludables.

Por otro lado, el número de muertes maternas es relativamente bajo, por ejemplo, si se le compara con las muertes infantiles. Estos hechos dificultaron comprender que la muerte de una madre tiene una trascendencia que va más allá de la pérdida misma de una vida joven, esta muerte puede significar orfandad y disolución de la familia, además de tener implicaciones económicas por la participación cada vez más activa que desempeñan las mujeres en el desarrollo de los países pobres.

A partir del decenio en que las Naciones Unidas dedicó a la mujer 1976 inclusive hasta 1985, fue que la humanidad comenzó a comprender paulatinamente la magnitud del sufrimiento asociado a la reproducción humana y la trascendencia del mismo. Sobre la base del conocimiento actual del problema se puede señalar lo siguiente:

- Las muertes maternas se producen principalmente en los países en vías de desarrollo. La morbilidad y secuelas de las sobrevivientes, así como la tragedia social y económica resultante son parte del problema.
- En algunos de estos países, del tercer mundo, la muerte materna es una de las principales causas de defunción de las mujeres.
- Las principales causas de muertes maternas son: hemorragia, infección, hipertensión, parto obstruido y el aborto provocado.
- Todas las mujeres embarazadas tienen el riesgo de sufrir complicaciones obstétricas las cuales pueden poner en peligro su vida y la del feto o recién nacido, sin embargo, el riesgo es mayor para unas que para otras, los factores de riesgo son ampliamente conocidos en los países en desarrollo.

- La gran mayoría de las muertes maternas son evitables mediante la aplicación de tecnología simple y al alcance de los países en desarrollo. Esta tecnología ha estado disponible desde hace años, pero su desaprovechamiento hace más grande la tragedia.
- El conocimiento actual sobre el problema es suficiente para establecer acciones concretas que se ejecuten a través de programas para reducir la mortalidad materna.

La mortalidad y morbilidad materna van más allá de su obvia importancia como problema de salud pública, constituye la otra cara de la moneda de la maternidad sin riesgos. Generalmente es el estudio de la morbimortalidad materna, el que permite aproximarse, por contraste a la cuestión de la maternidad segura. Así para el estudio de la salud se recurre a la cuantificación y análisis de las desviaciones del estado de normalidad, en otras palabras de la enfermedad y de la muerte³.

Todas estas afirmaciones son ciertas, pero ¿cómo se ha ido desarrollando este fenómeno de la mortalidad materna en México? Desde luego tenemos que rastrearlo a través de los antecedentes históricos próximos pasados y así poder situarnos en la posición más favorable para poder llevar a cabo un análisis más preciso, observando los factores de bienestar como son la fecundidad, la mortalidad general e infantil, la mortalidad materna y la escolaridad de la población.

DEFUNCIONES MATERNAS 1995

América		Europa		Asia	
Ecuador	93.8	Estonia	51.7	Japón	6.1
EUA	8.3	Finlandia	1.6	Turquía	6.5
Venezuela	69.9	Hungría	15.2	* por cada	
Costa Rica	38.6	Holanda	7.3	100.000	
México	52.9	Suecia	3.9	nacidos vivos	

Fuente: Organización de las Naciones Unidas (ONU) Demographic Yearbook p.517

³ Ibid p. 23.

CAPITULO V

MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO

El saneamiento ambiental comenzado de la década de 1920 en adelante, las medidas de salud y de higiene, así como las de vacunación, tuvieron como consecuencia que la mortalidad disminuyera en relación a la cantidad de nacimientos, creciendo la población del país rápidamente; las campañas de salud materno infantil no podían quedar ignoradas, observándose rápidamente sus efectos en la disminución de la mortalidad materna en los ámbitos geográficos más importantes del país, sin olvidar que la mejora en las condiciones de vida como son las de la vivienda, la expansión del sistema educativo haciéndolo accesible a toda la población y la creación de centros de salud para la clase obrera y trabajadora, hicieron posible que la mortalidad general y en todas las edades, además la mortalidad materna descendiera.

En el país las muertes maternas han disminuido de manera importante en los últimos años, de presentar una razón de mortalidad materna de 52.9 por 10,000 nacimientos en 1940 desciende a 6.1 por 10,000 en 1990. Sin embargo, este decremento de la mortalidad no ha sido similar en todas las subpoblaciones que forman el país, mostrando importantes rezagos en ciertas regiones y en algunos grupos sociales ¹ en otras palabras podemos decir que en este lapso de tiempo 1940-1990 la mortalidad materna descendió diez veces pero no en forma homogénea en todo el país.

La mortalidad materna en México no forma parte de las principales causas de muerte en el país, pues en el año de 1999 ocupó apenas el lugar 18 entre las causas de muerte general femeninas con 1,307 casos, pero aun así hay que tomar en cuenta que cada muerte materna afecta

¹) Lozano Rafael, et. Al. Factores Sociales y Económicos de la Mortalidad en México. p. 44

notablemente el desarrollo de una familia, y si se considera que en el país existen 2.5 hijos por madre², estas afectaron a 3,267 hijos en tan solo ese año. El porcentaje de mortalidad materna de 1999 divide al país en tres grupos. Los estados con baja mortalidad materna dentro de los niveles del país (por debajo del 4.5) que se localizan fundamentalmente en el norte; los estados con mortalidad promedio, que se localizan en el centro del país, y los de alta mortalidad materna, ubicados en el sur. Cabe mencionar que la mortalidad materna que presentan los estados de Oaxaca, Puebla, Tlaxcala, Veracruz y el Estado de México equivalen a los que se presentaban en Nuevo León hace treinta años o Aguascalientes, Sonora y Baja California hace 20 años.

Si representamos a toda la población femenina en edad reproductiva en forma de una pirámide, podríamos identificar cuatro niveles; el inferior que corresponde al estrato más numeroso y corresponde a las mujeres que tienen embarazos y puerperios normales; en el segundo nivel se ubicaría a un grupo también muy numeroso, el de aquellas mujeres con morbilidad leve que no queda asentada en ningún registro institucional. El tercer nivel es el de las mujeres con problemas serios que ponen en riesgo su salud o la de sus hijos gestantes, una proporción de estas señoras acuden a los hospitales y sus problemas quedan asentados como diagnósticos. Otra proporción variable según el contexto socioeconómico y cultural, no utiliza las instituciones de salud y sus problemas no pueden conocerse a través de las fuentes de información de rutina. Por último, está el estrato superior que corresponde al de las mujeres que mueren a consecuencia del proceso reproductivo.³

Una gran proporción de estas defunciones, sin embargo, no quedarán asentadas en las actas oficiales por existir un sistema oficial deficiente en el asentamiento de las defunciones y aún más en la certificación de las

² Consejo Nacional de Población. Estimaciones con base en las encuestas demográficas.

³ Langer, Ana. Et al. La Mortalidad en México: Niveles y Causas. P. 24

causas de muerte, además que no siempre lo son por personal calificado como los médicos. En México los estudios han demostrado que la subestimación varía entre el 42 y el 50%, actualmente se cuenta con información suficiente que permite observar la tendencia de la mortalidad materna en los últimos cincuenta años, su descenso en las primeras décadas fue casi espectacular, ya que tan solo en la primera década es decir de 1940 a 1950 la pendiente de la curva fue unas seis veces más pronunciada que en la década más reciente (1980-1990).

En las etapas intermedias el descenso fue más o menos uniforme, la disminución en el ritmo, es hasta cierto punto explicable; cuando las necesidades de salud son muy apremiantes, las acciones para enfrentarlas logran tener efectos importantes. Cuando se ha alcanzado niveles relativamente bajos de defunciones, es mucho más difícil lograr, descensos posteriores.

Al observar las causas de mortalidad materna ocurridas en un año determinado, se localizan los problemas de salud turnándose los lugares, haber cuales ocupan las principales causas de las muertes maternas.⁴

Así en 1989 el 8.7% de las defunciones se debieron a aborto, a las toxemias el 21.3%, y a hemorragia 2.6%. Las causas obstétricas indirectas ocasionaron el 1.6% de las defunciones de ese año, el resto asociado a "otras causas" obstétricas directas corresponde a una miscelánea de patologías diversas.

Al observarse las tendencias de estas causas entre 1960 y 1986 se encuentra que todas ellas descendieron a lo largo del periodo si bien desde niveles y con pendientes diferentes.

⁴ Ibid. p. 25

En efecto, la hemorragia inicia con una razón de casi 40/10,000 para terminar con menos de 20/10,000, el descenso más pronunciado ocurrió entre 1970 y 1980. La mortalidad por eclampsia y pre eclampsia, por su parte se ha modificado poco manteniéndose en niveles persistentemente altos, compartiendo en los últimos años juntos con las hemorragias el primer lugar como causa de muerte materna. Las infecciones han presentado también un descenso importante: de aproximadamente 18/10,000 ha pasado a una razón de 5/10,000. Por último el aborto al contrario de la causa anterior casi no se ha modificado.

El análisis de la mortalidad materna (M.M.) por edad de la mujer ofrece también información importante, si se desglosa la curva de la (M.M.) durante los últimos diez años, por grupos de edad, se observa un descenso para todos ellos. El grupo de mujeres de 35 a 39 años es consistentemente el de (M.M.) más alta, pero su pendiente es mucho más pronunciada que la de otras edades.

Cuando se analizan las muertes de este mismo periodo para edades y causas se encuentra que los problemas en el parto y las hemorragias posparto aumentan su importancia como causa de muerte en las mujeres de 25 a 34 años.

La contribución del aborto, por su parte, es muy uniforme a lo largo de toda la vida reproductiva de la mujer y no se concentra en los jóvenes como podría suponerse, su nivel como causa de muerte, seguramente esta subestimado.

En síntesis, la mortalidad materna ha descendido en las últimas décadas especialmente en las mujeres de 35 a 39 años y sobre todo a expensas de la disminución de las muertes por hemorragias y por infecciones. Probablemente este descenso refleje la mayor y más oportuna utilización de servicios de salud y mejor equipamiento para atender los partos y sus

emergencias. Con respecto al aborto es difícil sacar conclusiones, dada lo limitado de la información disponible.⁵

La dificultad de conocer con más exactitud las verdaderas tasas de mortalidad en el país, se incrementa cuando nos referimos a las áreas rurales. Se acrecienta aún más cuando pretendemos conocer no solamente su dimensión cuantitativa, sino también comprender los factores que la originan y qué es necesario modificar para lograr su abatimiento.

De acuerdo con el tamaño de la localidad donde ocurren, se clasifican las muertes maternas en tres grupos: las que sucedieron en las localidades rurales dispersas (menores de 2,500 habitantes), las que se presentaron en las localidades rurales concentradas entre 2,500 y 20,000 y las correspondientes a localidades urbanas de 20 mil y más habitantes.

Según esta clasificación, se observa que durante la década de los ochenta las muertes maternas tendieron a concentrarse en el medio rural. Entre 1980 y 1991 las localidades con menos de 2,500 habitantes concentraron el 55% y el resto, el 28% se presentó en localidades urbanas. ⁶De lo anterior podemos deducir que riesgo de morir por una causa materna es dos veces mayor en el medio rural disperso que en el medio urbano; asimismo, en el medio rural el riesgo de morir es 1.4 veces mayor que en el medio urbano.

Seguramente esta diferencia se explica por los problemas de disponibilidad de servicios en el medio rural y por las barreras geográficas y económicas que impiden una mejor distribución del servicio. Si se analizan las diferencias por causa de muerte se encontraría que las muertes por problemas en el parto, por hemorragia y por infecciones, éstas se dan con

⁵ Ibid p. 26

⁶ Lozano Rafael. Et. al Factores Sociales y Económicos de la Mortalidad Materna en México. p. 45

mayor frecuencia en el medio rural, mientras que las muertes por aborto y toxemias, tienden a ser más frecuentes en el medio urbano. Lo anterior tiene sentido con los problemas de disponibilidad y accesibilidad de los servicios médicos y hospitalarios en el medio rural.⁷

ESCOLARIDAD.

Según la escolaridad de las mujeres que murieron por alguna causa materna, en el 2000 el 12.1% no había asistido a la escuela, el 25.2% no terminó la primaria, un 23.8% si lo hizo, y el 35.8 contaba con estudios de secundaria o más.

Este comportamiento de la escolaridad, se diversifica cuando se analiza más específicamente la distribución de las causas de muerte materna según el nivel de escolaridad. Por ejemplo, las mujeres con poca escolaridad tienden más a morir por hemorragias, por problemas en el parto y por infecciones puerperales, en cambio las mujeres con mejor escolaridad, mueren más frecuentemente por aborto y toxemia del embarazo.

Es importante recordar que el promedio nacional de escolaridad según el censo de 2000 corresponde a la secundaria completa, elevándose ligeramente en el grupo de las mujeres de 15 a 29 años.

Si se estima la tasa de mortalidad materna por nivel de escolaridad en las mujeres se obtiene un resultado contundente. En 1990, las mujeres sin escolaridad presentaron una tasa de mortalidad materna de 14.5 por cada 10,000 las que cuentan con los tres primeros años de primaria una tasa de mortalidad materno de 9.9, las que habían cursado 4 o 5 años de 7.3 y progresivamente la tasa va descendiendo conforme avanza la

⁷ *Ibíd.* p. 47

escolaridad. La tasa de mortalidad materna promedio a nivel nacional divide a las mujeres con escolaridad aceptable de las que presentan una baja o nula escolaridad.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha elaborado algunas conclusiones generadas respecto a la importancia que tiene la mortalidad materna como un indicador sobre el bienestar la población en general, y las principales situaciones de riesgo a los que se encuentra la población femenina del mundo, que se enuncian en el siguiente capítulo.

CAPITULO VI

LA MORTALIDAD MATERNA COMO INDICADOR DEL ESTADO DE SALUD

La tasa de mortalidad materna esta considerada como uno de los indicadores del estado de la salud de un país, a continuación vemos como es que la OMS considera este indicador.

Como su nombre lo señala, los indicadores son un índice o un reflejo de una situación determinada. En las normas de la Organización Mundial de la Salud(OMS), para la evaluación de programas de salud¹, se les define como variables que sirven para medir los cambios, en muchos casos se recurre en particular a los indicadores cuando no es posible medir directamente esos cambios. Son medidas indirectas o parciales de una situación compleja, pero cuando se aplican a tiempos sucesivos pueden servir para comparar diferentes zonas o grupos de población en un momento dado.

Un indicador concebido simplemente como punto de partida para la evaluación del estado de la salud es la tasa de mortalidad materna, ésta debe expresarse por 100 mil nacidos vivos. La tasa de mortalidad materna refleja los riesgos a los que están expuestas las madres en el curso del embarazo y el puerperio; y están influidas por:

- Las condiciones socioeconómicas generales.
- Las condiciones de salud insatisfactorias antes del embarazo.
- La incidencia de distintas complicaciones del embarazo, el parto y el purperio.

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS) Preparación de Indicadores para Regular los Progresos realizados en el logro de la Salud para todos en el año 2000, p. 12

- La disponibilidad y utilización de los servicios de salud, en particular de atención prenatal y obstétrica.

La mortalidad materna aumenta desde los valores bajos registrados a los 20-24 años hasta los valores máximos observados a los 40 años y más de edad. Por consiguiente, si el número lo permite, conviene calcular la tasa de mortalidad materna ajustada para la edad. Asimismo, si es factible, la tasa puede desglosarse en los dos grupos siguientes:

- a) Las defunciones obstétricas directas: son las resultantes de una complicación obstétrica del estado de gestación (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, omisiones a tratamientos incorrectos o de una cadena de acontecimientos resultantes de dichos factores.
- b) Defunciones obstétricas indirectas: son las resultantes de una enfermedad previa al embarazo o de una enfermedad que se ha desarrollado en el curso de la gestación y no es debida a causas obstétricas indirectas, pero que se ha agravado por los efectos funcionales del embarazo.²

En algunos casos, las defunciones a causa de abortos quedan excluidas. Las tasas oscilan entre 30 por 1,000 en los países menos adelantados y menos de 0.1 por 1,000 en los países desarrollados³. Las defunciones maternas en el país, ocuparon el segundo lugar de importancia como causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años, y el tercero entre las de 20 a 29 años de edad, contribuyendo con 5.1% del total de las defunciones femeninas de 15 a 49 años además se ha observado un descenso de 2296 casos ocurridos en 1980 a 1477 en 1990, de una tasa de 9 por diez mil nacidos vivos registrados a 5.2 respectivamente.

² *Ibíd*em

³ OMS Ob. cit p. 38

Cualquier trabajo de investigación sobre la salud en México requiere del apoyo de la información estadística sobre las defunciones y sus características para su explicación. Esta es recabada por el Registro Civil el cual tiene oficinas en todas las entidades federativas y tiene como objetivo principal el asentamiento de las defunciones para trámites legales.

CAPITULO VII

LAS FUENTES DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA SOBRE DEFUNCIONES EN MÉXICO

La base de datos sobre la mortalidad materna en México, que se utilizó en la elaboración de este trabajo procede de la información captada por las oficialías del registro civil en los registros administrativos y se concentra y se procesa en las diez direcciones estatales de la Dirección General de Estadística, dependiente del INEGI.

Los antecedentes más directos de lo que hoy conocemos, como el Registro Civil, los encontramos en la Ley Orgánica del Registro Civil, expedida por el presidente de la república Ignacio Comonfort, en enero de 1857, misma que no logró entrar en vigor por contravenir el Artículo 5° de la Constitución del 5 de febrero de ese año.

Dos años más tarde, durante el mandato presidencial del Lic. Don Benito Juárez, en 1859 se dio a conocer la Ley Orgánica del Registro Civil, con la cual quedó secularizada en el país una actividad que tradicionalmente venía desempeñando la iglesia, entre sus disposiciones se encuentran además de la obligatoriedad de la inscripción de las actas del Estado Civil las siguientes:

- Son actos del estado civil, los nacimientos, las adopciones, los reconocimientos, matrimonios y los fallecimientos.
- Los encargados de la función registral serán los jueces del Registro Civil.
- Es obligación de los padres inscribir el nacimiento de sus hijos en el Registro Civil.

Debiéndose declarar los nacimientos dentro de los quince días después de sucedido el nacimiento, por los padres o en su caso por el médico o comadrona o cualquier otra persona que hubiese presenciado el suceso.¹

El primer Código Civil Federal se promulgó el 13 de diciembre del año de 1870, el cual permaneció sin cambios sustanciales hasta el año de 1917; cuando a partir de las Reformas Constitucionales se expide la Ley sobre Relaciones Familiares, en la cual se anuncia que el establecimiento de relaciones familiares debería de llevarse a partir de bases más justas y racionales, incorporando así disposiciones sobre la paternidad y filiación, reconocimiento de hijos, patria potestad, emancipación, adopción y tutela, así como también la disolución del vínculo matrimonial a través del divorcio.

El Código Civil de 1928 constituyó el ordenamiento vigente y la síntesis de los códigos anteriores, con algunas modificaciones. Este código establece las defunciones y matrimonios, la adopción, el divorcio, la ausencia, la prevención de muerte y la pérdida de la capacidad para administrar bienes, y por lo tanto su registro es corpalencia del Registro Civil, además de haber servido de base para la elaboración de la mayor parte de las legislaciones estatales.²

La acción registral de las defunciones así como de los demás hechos vitales se realiza mediante el asentamiento de los datos del difunto y de las circunstancias que lo rodearon como lugar de ocurrencia y de registro etcétera, en el acta expedida por el Registro Civil, basada en el Certificado expedido por un médico o persona autorizada.

Los documentos utilizados por el Registro Civil en México, cumplen con las normas establecidas por las oficinas de población de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), éstas en su programa de población establecen las normas que deben seguir los países adscritos en la organización así como

¹ Secretaría de Gobernación. El Registro Civil en México. 1981. pp. 17-18.

² Ibid. P. 20.

la información básicamente que deben captar todos los países, aún los que cuentan sistemas desarrollados de captación de información sobre los diferentes fenómenos de la población como son los hechos vitales, entre los que se encuentran las defunciones; también su procesamiento y construcción de indicadores para evaluar su desarrollo y progresos. A continuación se presentan algunos de los que sugiere la (ONU) para evaluar la mortalidad en general y la mortalidad materna.

CAPITULO VIII

RECOMENDACIONES DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA CAPTAR INFORMACIÓN SOBRE DEFUNCIONES.

Las recomendaciones de la ONU, van orientadas a captar información sobre la población, su importancia numérica, composición por edad, distribución geográfica y características socioeconómicas¹ Además se deben producir estadísticas que no solo refleje los cambios a largo plazo en los indicadores de la salud y en los servicios correspondientes, sino que también ilustren los cambios a corto plazo que sean importantes en la administración de programas de salud.

También se especifica que uno de los rubros más importantes en las estadísticas de mortalidad es la causa de la defunción. Estas deberían de ser los indicadores de la salud de la población y guías de las políticas sanitarias de los Estados.

Las ampliaciones opcionales de las tabulaciones sobre causas de la defunción hacen posible ampliar el análisis para incluir problemas específicos de las ocupaciones y para el desarrollo de la política social y de bienestar para proteger a los trabajadores en determinadas ocupaciones de los peligros contra la salud².

La causa de la defunción debe de codificarse según la lista detallada a de rúbricas o categorías a tres dígitos de la Clasificación Internacional de Enfermedades el grado de detalle para la clasificación cruzada por causa,

¹) ONU OPS. Métodos para mejorar las Estadísticas Vitales y de Salud P. 25 - 26

² Ibídem

sexo, edad y zona de territorio dependerá en parte de los limitantes prácticos de un cuadro estadístico especial.³

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), proponen cuatro categorías de indicadores: indicadores de la política sanitaria; indicadores sociales y económicos; indicadores de la prestación de atención a la salud; e indicadores del estado de la salud incluida la calidad de vida... el significado de la “salud para todos”, significa saber de un grado de la salud que permita a todos los ciudadanos del mundo llevar una vida social y económicamente productiva, demuestra por que son también necesarios otras categorías de indicadores.

Los indicadores han de concebirse como instrumentos que habrán de ser utilizados en un proceso bien definido de vigilancia y evaluación de las estrategias de salud para todos.⁴

En cuanto a la información necesaria para la ampliación de la interpretación del fenómeno de la mortalidad se refiere a indicadores agrupados en cuatro grandes categorías y están concebidos como un punto de partida para la evaluación del adelanto en la salud de los cuales cada país escogerá los que les sean factibles de utilizar, entre los que se incluye el de la mortalidad materna.

1.- Indicadores de política sanitaria.

- Compromiso político de alcanzar la salud para todos.
- Asignación de recursos.
- Grado de equidad en la distribución de los recursos sanitarios.

³ ONU. Principios y Recomendaciones para un Sistema de Estadísticas Vitales p. p. 110-116

⁴ Organización Mundial de la Salud. IMS. Preparación de Indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000.

- Participación de la comunidad en el logro de la salud para todos.
- Estructura orgánica y proceso de gestión.

2.- Indicadores sociales y económicos relacionados con la, salud.

- Tasa de crecimiento de la población.
- Producto nacional bruto o producto interno bruto.
- Distribución del ingreso.
- Condiciones de trabajo.
- Índice de alfabetismo de adultos.
- Vivienda.
- Disponibilidad de alimentos.

3.- Indicadores de prestación de atención de salud.

- Cobertura de la atención primaria de salud.⁵
- Cobertura de envío de pacientes.

⁵ La atención primaria de la salud debe de estar a disposición de toda la población y comprende por lo menos los siguientes elementos:

- Agua potable en la vivienda o a una distancia que no exceda de 15 minutos a pie, e instalaciones de saneamiento adecuadas en la vivienda o en su proximidad inmediata
- Inmunizaciones contra la difteria, tétanos, tosferina, sarampión, poliomielitis y tuberculosis.
- Atención de salud local, incluida la posibilidad de disponer de 20 medicamentos esenciales por lo menos a una distancia que pueda recorrerse en una hora de marcha o transporte.
Personal adiestrado para la asistencia a la maternidad y los partos y para la asistencia a los niños, durante el primer año de vida

4.- Indicadores del estado de la salud.

- Estado nutricional y desarrollo psicosocial de los niños.
- Tasa de mortalidad de lactantes (menores de 1 año).
- Tasa de mortalidad de niños de corta edad (1 a 4 años).
- Tasa de mortalidad materna.

De estos indicadores recomendados se pueden seleccionar los que más relacionados con la mortalidad materna de la manera siguiente: y de acuerdo con la información disponible.

a) Sobre las condiciones socioeconómicas generales.

1. Indicadores de Política Económica

- Asignación de recursos (PIB).
- Grado de equidad en la distribución de los recursos sanitarios.
- Tasa de mortalidad de menores de un año.
- Distribución del ingreso.

b) Las condiciones de salud insatisfactorias antes del embarazo.

- Vivienda.

c) La incidencia de distintas complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

- Mortalidad materna.

d) Disponibilidad y utilización de los servicios de salud, en particular de la atención prenatal y obstétrica.

- Cobertura de atención primaria a la salud.

Para la construcción o elaboración de estos indicadores se necesitan los siguientes datos:

INDICADORES DE POLÍTICAS SANITARIAS

ASIGNACIÓN DE RECURSOS.

Porcentaje del (PIB) correspondiente al sector salud, por institución y por entidad federativa para cada año de referencia.

GRADO DE EQUIDAD EN LA DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS.

Gasto en salud por persona, nacional y por entidad federativa.

Relación entre el número de habitantes y el de camas de hospital, de médicos, de paramédicos y de otro personal relacionado con al salud, a nivel nacional y por entidad federativa.

INDICADORES SOCIALES Y ECONÓMICOS RELACIONADOS CON LA SALUD.

TASA DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN.

Tasa de mortalidad infantil

Índice de alfabetismo de adultos

Defunciones Generales por tamaño de localidad

Defunciones por principales causas en el país.

DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO.

Distribución del ingreso por niveles de ingreso nacional y por entidad federativa.

VIVIENDA

Relación entre el número de habitantes por vivienda.

Número de viviendas que cuentan con agua potable dentro o fuera de la vivienda.

Número de viviendas que cuentan con baño, letrina o no tiene ninguna.

Número de viviendas que tienen piso de tierra.

INDICADORES DE PRESTACIÓN DE ATENCIÓN DE LA SALUD.

COBERTURA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

Inmunizaciones por tipo biológico aplicado.

Partos atendidos según tipo de atención al parto por entidad federativa y nacional.

Nacimientos por nivel urbano rural.

Nacidos vivos por grupos quinquenales de edad de la madre

Nacimientos por condición de actividad de la madre y posición en el trabajo.

Nacidos vivos por escolaridad de la madre.

INDICADORES DEL ESTADO DE LA SALUD.

Número de defunciones de mujeres de 14 a 44 años, nacional y por entidad federativa.

Tasa de Mortalidad Materna.

Número de defunciones de mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, nacional y por entidad federativa.

Número de defunciones de mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, según causa básica.

Esta información mencionada sirve para sistematizar el análisis de los indicadores acerca del mejoramiento de las condiciones de vida de una población, y reforzar con su análisis las hipótesis de que el aumento en el bienestar de la población tiene como consecuencia principal la disminución de la mortalidad dentro de ésta.

El análisis de la información estadística que se analiza a continuación pertenece a la de los indicadores mencionados y es la que se puede encontrar para elaborarlos, éstos cuadros se pueden consultar en el anexo estadístico.

CAPITULO IX

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

Al principio de este trabajo de tesis, se expusieron como hipótesis a comprobar que la disminución de la mortalidad de una población dependía principalmente del mejoramiento de las condiciones de su nivel de vida, antes que de las medidas terapéuticas y sanitarias, la salud-enfermedad es un proceso no solo individual si no social, es un proceso biológico -social, históricamente determinado que se caracteriza por ser dinámico, complejo y dialéctico. El mayor o menor intensidad de la mortalidad dependerá del desarrollo de las fuerzas productivas y del tipo de formación económica de que se trate.

Encontrar información estadística cuyos conceptos caractericen este proceso no es cosa fácil sobre todo si se quiere contar con una cobertura nacional lo más total posible para que sea representativa, sin embargo de acuerdo con la conceptualización más general se logró contar con alguna información y también con indicadores que de algún modo coadyuvaron para tratar de ampliar un poco la explicación de la problemática que se suscita detrás de este fenómeno. Es innegable los avances que en materia de salud se han logrado en México en los últimos 50 años entre los que sobre salen la disminución de enfermedades endémicas e infecciosas y parasitarias además de las muertes maternas notándose su impacto en la disminución de la mortalidad infantil y neonatal, esto se logró indudablemente con medidas ambientales y sanitarias importantes pero sobre todo con la participación de los beneficios del desarrollo económico que tuvo la población del país y beneficios como el aumento en el gasto de salud pública, la urbanización, el aumento en la escolaridad y en las vías de comunicación. Todo esto logrado a través del desarrollo económico experimentado por el país, la paz social, el aumento de la planta industrial y

la creación de instituciones de salud que se dieran a la tarea de regular y mejorar la atención médica en todos los niveles.

Desafortunadamente estos beneficios no se distribuyeron de manera uniforme y la brecha de la desigualdad se ha ido acentuándose cada vez más a través del tiempo, reflejándose en la información estadística.

Estos se pueden precisar mejor si se observan a través de los indicadores propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la evolución de instituciones de Salud, los recursos humanos y físicos, el aumento de la atención al parto institucionalmente, y la importancia que tiene la salud del país dentro de la asignación de recursos del gasto público.

El efecto de las políticas sanitarias, materializadas en acciones de salud pública, saneamiento ambiental, vacunaciones y promoción de unidades higiénicas tienen los mismos efectos en la población, pero son diferentes intensidades y velocidades, de acuerdo al tipo de desarrollo económico en que se apliquen de esta manera si se aplican en sociedades estrictamente agrícolas el efecto será el de la disminución de la mortalidad, el aumento de la población pues la fecundidad disminuirá más lentamente que en las sociedades urbanas y la transición epidemiológica será a más largo plazo.

INDICADORES DE POLÍTICA SANITARIA.

ASIGNACIÓN DE RECURSOS

Participación del Gasto en salud en el Producto Interno Bruto y el Gasto Programable del Sector Público.

El cuadro Núm. (1) se puede observar el dinamismo que ha seguido el gasto en salud en el país a partir del año 1980 en el cual participó con el 3.4% del Producto Interno Bruto (PIB), manteniendo y aun aumentando su importancia hasta dos años después, en 1983 comienza su declive hasta

1988 en el que alcanza su nivel más bajo 2.2%, para recuperar a partir del año siguiente, paulatinamente su importancia hasta recobrar el antiguo nivel que tenía 1980 de 3.4%.

En este mismo cuadro se aprecia la importancia que tiene el gasto en salud al observar el gasto programable del sector público a partir de 1980 en el que alcanzó 13.2%, y el 14.8% al año siguiente, durante los tres años consecutivos tuvo una disminución de 1.3, de 1.0 y de 1.2%.

Es a partir del año 1985 en que se recupera el gasto del sector, aumentando de 12.4% hasta el 18.4% en 1990, en los años siguientes ha perdido un poco de importancia hasta llegar a 15.8% en 1993, hasta ese año se cuenta con información accesible de 1994 a 1999.

Una de las políticas que se instauró como prioritaria en México a partir de los gobiernos postrevolucionarios ha sido el de la salud para todos y por la importancia en la asignación del gasto público parece ser que la ha conservado de alguna manera, sin embargo, parece que es insuficiente pues aún persisten amplios sectores de la población a los cuales no alcanzan los beneficios de la salud basta saber que en el país más de 40,000,000 millones de personas reciben atención médica a través de programas como el del IMSS, COPLAMAR, y seguro médico, servicios raquíuticos que alcanzan muy apenas para rebasar el primer nivel de atención médica.

Gasto en Salud

No se cuenta por el momento con información relativa al gasto en salud por persona para años anteriores a 1997, sin embargo podemos tomar como indicador el total de la cifra nacional para analizar los datos referentes a cada entidad federativa para ese año.

Existen 11 entidades cuyo gasto por persona en salud rebasa el índice nacional de 802.5 pesos; y 19 entidades que están por debajo del índice, nacional estos son entre otros Chiapas con 307.4 pesos, Oaxaca con 308.5 pesos y Puebla con 380 pesos, estas entidades tiene un gasto de salud por persona menor del 50% del promedio nacional, las entidades más importantes que están por arriba de este promedio son Baja California Sur con 1,351.2 pesos Nuevo León con 1,021.1 pesos y el Distrito Federal con 2,226.5 pesos. (Cuadro 2)

Como se puede apreciar la desigual distribución en el gasto de salud por persona en el país es notorio así como carencias que esto conlleva.

Recursos Humanos de la Atención Médica

El sector público contaba hasta 1990 con 89,842 médicos y 130,620 enfermeras y 56,192 personas en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y otro personal paramédico significando una relación de 99.7 médicos por cada 100,000 habitantes, además de significar un incremento del 68.0% en relación con el año de 1980, 7.3% en obstetricia, 68.0% en pediatría, la relación en cuanto a los paramédicos fue para 1990 de 171.7 por cada cien mil habitantes incrementándose en 55.6% en relación a diez años atrás. No hay duda de que los recursos humanos en la atención médica se han incrementado, en forma notable duplicando poco más sus efectivos.

Desgraciadamente no presentan una distribución homogénea en las diferentes entidades del país, puesto que si bien existen hoy en día, algunas como el Distrito Federal, Chihuahua y Colima que ostentan 235,2; 169,9 y 140,9 médicos por cada cien mil habitantes; existen por otro lado otras entidades como Chiapas, Oaxaca, Puebla y Estado de México que presentan 51.7, 62.6, 65.1 y 66.9 médicos por cada cien mil habitantes sin dejar de mencionar que el total de entidades federativas por debajo de la media nacional sumaron diez y ocho en total (ver cuadros 2, 3, 4 y 5).

La relación entre el número de paramédicos no es mejor que la de los médicos en 1999 en cuanto a su distribución en el interior de las entidades federativas, 17 presentaron porcentajes por debajo del promedio nacional, apareciendo como los más bajos Chiapas, Michoacán y Oaxaca con 87.2, 98.4 y 98.3 por cada cien mil habitantes respectivamente.

Recursos Materiales

En cuanto el número de camas por cada cien mil habitantes del país fue para 1990, de 82.4 camas por cada cien mil habitantes. El déficit de camas ha seguido agravándose a partir de 1980, ya que de 130 camas por cada cien mil habitantes en 1980 pasó a 77.0 camas en 1984 estimándose en esa época un déficit se considera de alrededor de 14,000 camas. Si bien la cantidad de camas censables por habitante en el país deja mucho que desear hay algunas entidades federativas que rayan en lo trágico como Chiapas con 35.1 camas censables para cada cien mil habitantes, Guerrero con 43.2, Michoacán con 46.4, Morelos con 57.7, Tlaxcala con 49.8 etc.

Servicios de Hospitalización

Los servicios de hospitalización registraron en el lapso de diez años un incremento de 22.2%, los días paciente otorgados por las instituciones del sector salud se incrementó en un 34.0% las intervenciones quirúrgicas en un 60.0% y los partos atendidos en 59% este último significó un incremento en número absolutos de 470,481 partos más que en 1980. Y un incremento en relación a los egresos hospitalarios de 343 en 1992 o a 381.8 en 1994 por cada mil ingresos. (Cuadro 6)

Servicios Auxiliares de Diagnósticos y Tratamiento

Los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento también tuvieron un crecimiento notable así los análisis clínicos se incrementaron 43.0% los de radiología 59% y otros, las consultas crecieron en 58.0% en total, 48% las

generales 6% de las especialidades, 43.9 las odontológicas y 63% las atenciones de urgencias (Cuadro 7).

INDICADORES SOCIALES Y ECONÓMICOS RELACIONADOS CON LA SALUD.

INDICADORES SOCIALES

Tasa de Crecimiento de la Población.

Este indicador evidencia cambios en la mortalidad general y la mortalidad infantil permitiendo el aumento de la población.

En el transcurso de los años de 1950 a 1970, es decir durante 20 años la población de México casi se duplicó pasando de 25,971,017 habitantes a 48,225,238 con una tasa de crecimiento de 3.2 habitantes por mil. Para 1970-1990 la cifra aumentó a 81,249,645 habitantes, disminuyendo algo su crecimiento a 2.6 por cada mil, lo que no hubiera podido lograrse de haber continuado el ritmo de crecimiento anterior pues hubiera rebasado los 96 millones de habitantes durante el periodo.

En 1970 el total de mujeres en edad reproductiva es decir entre los 15 y 49 años de edad fue de 11 millones, las cuales tuvieron en promedio 6.4 hijos y para 1990 el total de mujeres fue de 21 millones, con una tasa de 3.2 hijos.

Al interior de las entidades federativas existen variaciones muy importantes por ejemplo: si tomamos a las mujeres entre 40 y 44 que son las que de alguna manera ya han concluido su ciclo reproductivo, a nivel nacional este grupo tuvo en total 4.7 hijos por mujer de estas las que viven en el Distrito Federal tuvieron 3.4 hijos en promedio, en contraste con las que viven en Zacatecas que tuvieron 6.4 hijos casi el doble.

Índice de Alfabetismo de Adultos.

El siguiente indicador, el índice de alfabetismo de adultos, para el año de 1970 el total de la población de 6 años y más de edad, que según el Censo de Población no tenían instrucción formal, alcanzó el 36.9%, la población con algún grado terminado y aprobado en primaria fue del 31.9% y de las que concluyeron y aprobaron la institución primaria fue del 13.9%, solamente, el 7.4% de esta población tuvo instrucción posprimaria. Para 1990 el 15.32% de la población de seis años y más no tenía ninguna instrucción primaria, el 32.6% tenía algún grado de aprobado de primaria y 17.3% tenía concluida la instrucción primaria, el 32.3% tenía instrucción posprimaria, el 32.3% tenía instrucción posprimaria o algún grado aprobado de esta, como se puede observar la ganancia en la escolaridad en el transcurso de las últimas veinte años ha sido notable si se considera el aumento de la población.

INDICADORES ECONÓMICOS

Condiciones de Trabajo

La fuerza de trabajo se duplicó en los últimos 20 años, llegando a conformarlo 24 millones de personas de 12 años y más, las cuales se declararon como económicamente activas en el Censo de Población y Vivienda de 1990, en esta información se aprecian cambios importantes en cuanto a la participación de la mujer en la economía nacional, para 1970 la tasa de participación económica de las mujeres en el país era de 17.6%, pudiendo observarse diferencias importantes según las diferentes entidades federativas, así en el Distrito Federal, para ese mismo año fue de 28.8%, en Chiapas del 13.6% y en Quintana Roo de 12.0%, Estas cifras se han modificado veinte años después, siendo en 1990 de 19.6 la tasa de participación económica de las mujeres a nivel nacional, 30.7% en el Distrito Federal, 11.7% en Chiapas y 23.0% en Quintana Roo.

DISTRIBUCIÓN DE INGRESO

El Censo de Población 1990 presenta el cuadro referente al ingreso de los mexicanos, según los diferentes rangos de salarios mínimos (ver Cuadro No. 8) para efectos de análisis solo se ilustra el rango más bajo que es el total de la población económicamente activa que no percibió ingresos o que solo percibió hasta dos salarios mínimos lo cual fue de poco más de 23 millones de personas en todo el país o sea el 26.9%. Desde luego no todas las entidades exhiben este porcentaje, ya de por sí muy significativo, es más alto en otras como Oaxaca 54.0%, seguidos de Puebla con 38.8%, Zacatecas con 38.9%, Hidalgo con 39.5%, Yucatán con 38.9%, Querétaro con 38.8%, Veracruz y Tabasco con 36.6% y 36.4% respectivamente. Estas son las entidades que además de tener los porcentajes más altos de personas ocupadas que no reciben ingreso o que reciben hasta un salario mínimo son las entidades que están sobre la medida nacional de este indicador.

VIVIENDA

La vivienda está considerada como un elemento fundamental en la determinación del nivel de bienestar individual y familiar. Los datos estadísticos revelan que en las últimas dos décadas el número de viviendas habitadas en el país casi se duplicó, al incrementarse de 8.3 millones en 1970 a 16.0 millones en 1990, la cifra anterior contribuyen para que el promedio de habitantes por vivienda disminuyera en 14.% pasando de casi 6 a 5 habitantes por vivienda en el período citado; también en los últimos veinte años se han ampliado los servicios disponibles en la vivienda, así las que cuentan con agua entubada se incrementaron de 61% en 1970 a 79.0% de viviendas, que representan un volumen de población superior a los 33 millones de personas.

Por lo que se refiere al servicio de drenaje, en los últimos veinte años se triplicó el número de vivienda que cuenten con este servicio, al pasar de 3.4 millones en 1970 a 6.2 millones de 1980 y a 10.2 millones en 1990.

Con relación a la energía eléctrica, se observó que de haber tenido este servicio el 59% de la vivienda en 1970 se pasó a 75% en 1980, y al 88% en 1990. Cabe destacar que el Distrito Federal y los Estados de Aguascalientes, Colima, Nuevo León son las entidades que presentan los índices más altos en cuanto a los servicios referidos, las entidades que presentan aún porcentaje por abajo del promedio nacional en cuanto a la dotación de servicios como son el caso de Campeche, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Veracruz. (Ver Cuadros 9 y 10).

INDICADORES DE PRESTACIONES DE ATENCIÓN A LA SALUD

COBERTURA DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

Inmunizaciones

Evolución de manera favorable de las inmunizaciones habla del éxito de las políticas de la medicina preventiva en el país al disminuir la de la tosferina y la tifoidea, el sarampión y la erradicación de la viruela. Las vacunas aplicadas han aumentado más de cuatro veces su volumen siendo las más importantes la Sabin o antipoliomielítica, que de casi 6 millones de vacunas en 1960, se elevó casi seis veces, también la DTP elevó su cantidad tres veces. (Cuadro 11)

Nacimientos Registrados por Nivel Urbano Rural.

Utilizando el criterio de rural para considerar a las poblaciones del país que cuentan con 2,499 habitantes ó menos es decir que tienen una población reducida se presupone además que son agrícolas y que son comunidades en las que el grado de analfabetismo es más alto, que no poseen en su

inmensa mayoría agua entubada ni drenaje en pocas palabras son comunidades que padecen las consecuencias de la desigual distribución de los beneficios del desarrollo en el país.

En contraste las comunidades urbanas tienen según su grado de desarrollo los beneficios que las rurales no tienen.

En 1990 los resultados del Censo de Población y Vivienda dieron como resultado el 30.28 de la población del país vivían en comunidades de menos de 2,500 habitantes, sin embargo esta cantidad de población, la que a partir de los datos exhibidos en el cuadro 12, tuvo el 38.9% del total de los nacimientos de todo el país en 1976, y para 1995, es decir casi 20 años después seguía participando con el 30.2% del total.

Nacidos Vivos según Edad de la Madre al Nacimiento.

Las edades de las mujeres cuando comienzan a tener hijos es un factor determinante en la salud futura y de la supervivencia de las mismas, así el embarazo precoz en mujeres menores de 18 años, cuando están todavía en etapa de crecimiento es riesgoso, también en mujeres mayores de 35 años cuando se inicia el envejecimiento de su sistema reproductivo. Los productos de la concepción de estas mujeres tienen más probabilidades de tener bajo peso al nacer es decir de 2.500 grm. o menos, y de sufrir mala nutrición congénita y de problemas mórbidos de la niñez. Según los datos del cuadro 13 los porcentajes del aumento de los nacimientos de mujeres en edades muy joven o viejas no han variado gran cosa de 1975 a 1995, pero se observa una tendencia al alza en algunas entidades sobre todo en las edades jóvenes.

Nacidos Vivos por Escolaridad de la Madre

La escolaridad es un factor que permite la población relacionarse y asimilar los patrones culturales y de salud necesarios para la supervivencia, su

influencia se extiende a las pautas de salud reproductiva. En los últimos 10 años se ha reducido significativamente la falta de escolaridad entre las madres, ya que de 18.8% que no tenían ninguna escolaridad en 1985, bajaron a 11% para 1995, siendo aún las que completaron el ciclo de secundaria y preparatoria llegaron casi a ser 50% más que al principio del período. (Cuadro 14)

Nacimientos Registrados por Condición de Actividad de la Madre y Posición en el Trabajo.

La inserción de las mujeres en las actividades productivas del país se ha visto como el corolario del aumento de su preparación escolar además de ser madres los datos del cuadro 15, no reflejan en sí el total de las mujeres que son madres y que trabajan, puesto que muchas de ellas, cuando se van a casar dejan de trabajar, para retomarlo tiempo después. En 1995 el total de madres que trabajaban fue de 16.4%, de éstas el 62.7% se ubicaban como empleadas, es decir en servicios. (Cuadro 15)

Nacidos Vivos Registrados según Persona que Atendió el Parto.

La atención médica al parto en los últimos 10 años ha aumentado en poco más de 8%, lo cual significa menos riesgo para las madres durante ese evento.

19 Entidades tuvieron una atención médica menor que el promedio nacional que fue de 60.9% en 1985 y 10 años más tarde de 68.6%, reduciendo además a la mitad de las entidades que tenían un promedio más bajo que el nacional. En las que tenían menos atención médica al parto en 1985 estaban Chiapas, Campeche, Oaxaca, Guerrero y Veracruz, actualmente las entidades más deficientes son Chiapas, Guerrero, Michoacán, Oaxaca, Tabasco y Veracruz. (Cuadros 16.1, 16.2 y 16.3)

Nacidos Vivos Registrados según Lugar de Atención del Parto.

El lugar de atención al parto es también uno de los indicadores más importantes de la disminución del riesgo, este indicador ha cobrado importancia sobre todo en los últimos 10 años ya que de 59.7% del total de las atenciones, se llegó 1995 a 67.4% como promedio nacional. En 1985 había 16 Entidades con porcentajes de atención hospitalaria menores al promedio nacional, 10 años después solo habían 8 siendo estas las de Campeche, Chiapas, Guerrero, Michoacán, Oaxaca, Tabasco, Veracruz, Querétaro y San Luis Potosí. (Cuadros 17.1, 17.2 y 17.3)

INDICADORES DEL ESTADO DE LA SALUD

MORTALIDAD

Defunciones Generales

La mortalidad general que en 1950 fue de 15.7 habitantes por cada mil^{*}, en 1970 había bajado a 9.6, y en 1990 tan solo fue de 5.2 habitantes por cada mil, la mortalidad infantil logró de 96.2 por cada mil nacidos vivos en 1950 a 68.5 en 1970 y a 29.3 en 1990, así mismo otra prueba del mejoramiento de la salud y de las condiciones de vida en el país es la esperanza de vida que en 1950 era de 47 años el total, 48 para los hombres y 51 para las mujeres, veinte años después, en 1970 había mejorado, siendo de 59 años para los hombre y 62 para las mujeres, en 1990 fue de 70 años la esperanza de vida general, 67.1 para los hombres y 73.81 para las mujeres^{***}. En total ha habido una ganancia de casi veinte años en la vida de los mexicanos hombre y 33 para las mujeres los últimos cincuenta años, el desarrollo industrial atrajo población campesina sobre todo a las principales ciudades en donde había más infraestructura para la instalación de modernas fábricas, dando como consecuencia un aceleramiento de urbanización y

* Dirección General de Estadísticas. DGE, Imagen Demográfica 1950-1973. p. 5

*** Consejo Nacional de Población (CONAPO). Indicadores 1990-2010 p.

crecimiento acelerado, ya para el 1960 el total de población reportada por el Censo de Población** fue el 49.3 rurales en todo el país, y urbana el 50.7 treinta años después, en 1990 el 28.7 de la población era rural y el 71.3 urbana, por otro lado en 1970 existían en México 34 ciudades con más de cien mil habitantes y para 1990 eran cerca de cien ciudades con esa cifra. La mortalidad materna específicamente se ha visto beneficiada con los logros del desarrollo socioeconómico del país, de esta manera observamos que en los últimos años la razón de mortalidad materna de 53 por 10,000 al inicio del período se llega a 6 por 10,000 en 1990. En otras palabras, la mortalidad materna descendió 10 veces durante los últimos veinte años. (Cuadro 18)

Principales Causas de Mortalidad en el País

Uno de los indicadores más reveladores del mejoramiento de las condiciones de vida de la población lo podemos ver en las defunciones y sus causas en el cuadro Núm. 19 se puede observar con claridad que en el período de 1960 a 1990, cuarenta años, el número total de defunciones en el país apenas ha aumentado a pesar de que la población casi se ha triplicado la tasa de mortalidad bajo de 11.1 por mil a 5.2 por mil. Más específicamente esta evolución se puede apreciar si se comparan los porcentajes de las diferentes causas, en 1950, las enfermedades diarreicas y enteritis fueron el 34.6% del total de las defunciones. Treinta años después, en 1980 solo fueron el 13.7% en 1999 solo fueron el 4.4%.

Las defunciones por enfermedades respiratorias en 1950 fue de 20.7%, para 1980 solo fue de 13.5% y para 1999 fueron de 9.4%. De las enfermedades que cobraron importancia de las de tipo degenerativo, estuvieron los tumores malignos con el 2.0% en 1950 para 1980 había subido de 8%, y en 1999 al 12.1%, otra la diabetes mellitus que en 1980 fue de 3.3%, en 1999 fue de 8.1.

** Dirección General de Estadísticas. (DGE) Censo General de Población 1970 p. 5 y Censo de Población y Vivienda 1990. pp. 316, 318

La Mortandad Infantil

El nivel de la mortalidad infantil está estrechamente vinculado con las condiciones de vida y de bienestar de la población. En México, el progreso socioeconómico logrado, se ha traducido en mejores condiciones de alimentación, atención médica, de escolaridad, de salubridad y de vivienda entre otras, y el acceso a la tecnología médica desarrollada en otros países tales como vacunas, insecticida, etc. ha ocasionado un fuerte descenso en la mortalidad infantil, al pasar de 132 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos en 1950 y a 90.3 por mil nacidos vivos en 1960, a 76.8 en 1970 y a 53.1 en 1980, para llegar a 38.1 por cada mil nacidos vivos registrados en 1990. A pesar de este descenso no debe olvidarse que en los países desarrollados, el nivel actual de la mortalidad infantil es menor a 10 por cada mil nacidos vivos. (Cuadro 20)

MORTALIDAD MATERNA

Defunciones Maternas y Tasa de Mortalidad.

Durante los diez últimos años han disminuido notablemente las defunciones maternas en el país, y en casi todas las entidades aunque no en la misma proporción. En 1980 la tasa nacional fue de 9.5 y en 1990 de 5.53 lo cual significa 3.97 por 1000 nacidos vivos, casi cuatro por ciento de disminución. En 1980 diecisiete entidades exhibían tasas por encima de la nacional; diez años después doce entidades superan la tasa media nacional y solamente una entidad había aumentado su tasa de mortalidad materna. (Cuadros 21 y 22)

Defunciones Maternas por Grupos de Edad

Para el año 1987 se localizaron en los grupos de 15 a 44 años, recargándose aún más en el grupo de 25 a 34 años, en donde alcanzó el 40.9% de las defunciones maternas; para el año de 1990 las defunciones maternas siguieron estando mayoritariamente en los grupos de edad de

mujeres de 15 a 34 años, pero su distribución fue más homogénea, ya que el grupo de 15 a 24 años obtuvo el 35.0% de este tipo de defunciones, el grupo de 25 a 34 disminuyó en relación al año de 1987, a 36.7%, y el de 30 a 34 años disminuyó apenas ocho decenas quedando muy aproximado al porcentaje de la fecha anterior. (Cuadro 23 y 24)

Defunciones por Complicaciones del Embarazo, del Parto y del Puerperio.

Están clasificados con el código 630 a 676 del capítulo once de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Causa de la Defunción, lista básica, dividida en cinco grupos, el primero se refiere a los embarazos terminados en aborto, este grupo se ha visto disminuido en un 50% en los últimos diez años, siendo la causa específica que lleva el mayor peso aborto no especificado. El siguiente grupo relacionado con las complicaciones relacionadas principalmente con el embarazo, el parto y el puerperio, así como otras infecciones maternas concurrentes, las cuales constituyen las muertes maternas indirectas.

El grupo siguiente se refiere a parto normal y otras indicadores para la asistencia en el embarazo el trabajo y el parto, el cual se refiere a problemas fetales y placentarios que afectan la atención de la madre, posición y presentación anormal del feto y otros problemas asociados a las membranas y a la cavidad amniótica, este grupo ha tenido una disminución muy poco significativa en los últimos diez años, pero hay que ver que es el grupo que menos casos de defunción tiene; el grupo que se refiere a complicaciones que ocurren principalmente en el curso del trabajo y el parto es el grupo de causas de muerte materna que más casos presentan tanto en 1980 como 1990 notándose una disminución durante el periodo del 44%, siendo algunas de las causas específicas más significativas del grupo la hemorragia posparto, la cual disminuyó en el periodo 20%, y trabajo prolongado, el cual disminuyó en un 94%, hay que hacer notar que si bien esta causa disminuyó notablemente, otra de las causas de este grupo, la normalidad dinámica del trabajo del parto aumentó en el periodo

de referencia en un 72% también aumentaron aunque más conservadoramente las retenciones de la placenta o de las membranas sin hemorragia y otro trauma obstétrico. El último grupo que conforma el capítulo once de la (CIE) se refiere a las complicaciones del puerperio, este grupo disminuido poco más de 40% en los últimos diez años, siendo su causa más significativa la sepsis puerperal importante, la cual disminuyó en un 30%.

Al analizar la incidencia de las principales causas de las defunciones obstétricas directas en los grupos de edad de las mujeres, se observa para 1985, que la que ocupa por su volumen de casos el primer lugar es la hipertensión que complica el embarazo, el parto y el puerperio en primer lugar, con cuatrocientos casos que significan el 23.5 % del total de los casos en segundo lugar la hemorragia posparto con 258 casos que significan el 15.1% y la hemorragia anteparto con 116 casos y el 6.8%.

De las principales causas observadas en 1985 la más importante, la hipertensión que complica el embarazo, el parto y el puerperio, su mayor incidencia la tuvo en los grupos de edad de 20 a 34 años con un ligero aumento en el grupo de 20 a 24 años, disminuyendo de importancia hacia los grupos de 35 a 39 años y en el de 15 a 19. La hemorragia posparto tiene su mayor importancia en los grupos de mujeres de 20 a 24 años y de 30 a 34 y una importancia secundaria en los 25 a 29 y 35 a 39 años. La Placenta previa se localiza con más intensidad en el grupo de 30 a 34 años y después en el de 25 a 29.

Las principales causas de muertes maternas para 1990 fueron las mismas que en 1985; la que ocupó el primer lugar de importancia fue la hipertensión que complica el embarazo, el parto y el puerperio acentuando su importancia en el grupo de mujeres de 20 a 29 años y en segundo lugar en los grupos de 30 a 39 años, la segunda causa más importante, hemorragia posparto, tuvo su mayor incidencia en el grupo de edad de

mujeres de 20 a 24 años y una segunda importancia en los grupos de 25 a 39 años. La hemorragia anteparto, anteparto placentar y placenta previa tuvo para 1990 su más grande incidencia en el grupo de 35 a 39 años y en segunda importancia a los de 20 a 24 y 35 a 39 años.

Las cifras exhibidas por algunos países de América en relación a la mortalidad materna entre los años de 1988 y 1989 como son Costa Rica fueron de 7.8 por cada cien mil, Canadá de 8.5, Brasil de 8.9 y de 10.2 por cien mil. (Cuadro 25)

CONCLUSIONES

El cambio en el régimen político en México en el primer cuarto del siglo XX, marca también el cambio de orientación de las políticas económica y social para el país, el cual se ve integrado de manera más amplia al comercio internacional por medio de las exportaciones de productos agrícolas y de afluencia de capital financiero y de industrial.

La desintegración de las unidades económicas agrícola representadas por el latifundio fueron la base de la formación de una nueva unidad económica agrícola, el ejido, durante el tiempo que duró la consolidación para el establecimiento de estas nuevas unidades económicas el nuevo gobierno y sus instituciones se preocuparon principalmente por instrumentar acciones de salud pública que favorecieron a la población en general como son las acciones preventivas de saneamiento ambiental y de vacunación.

Años después, terminado el conflicto bélico de la 2a. Guerra Mundial, la orientación del desarrollo económico del gobierno mexicano había cambiado pues el conflicto bélico y su demanda tanto de materias primas como de productos manufacturados aumentó la industrialización del país, incrementando y reordenando por parte del gobierno su política, y organización de los servicios de la salud para la población trabajadora y en general estimulando la industrialización del país, viéndose en la necesidad de crear institutos de seguridad social para cubrir las necesidades y que atendiera a los trabajadores, obreros y sus familias, de esta manera fueron creados el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1947 y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1957. Durante la primera etapa histórica mencionada las acciones de salud, fueron acciones que alcanzaron a grandes espectros de la población en general, solo algunos programas de salud materno infantil fueron instrumentados en las principales poblaciones del país dejando de

lado a la población general. En la segunda etapa, al expandirse la industrialización del país y crecer los núcleos de obreros y trabajadores se llevan a cabo acciones específicas que favorecen sobre todo la salud materno infantil, esto se puede observar en el aumento en el gasto de la atención al parto y a los cuidados prenatales y postnatales, hasta alcanzar a absorber más del 50% de los recursos del sector salud. Esto fue posible gracias al aumento del porcentaje del gasto público destinado a la salud, su importancia se puede observar además en la parte que le corresponde al sector salud en el Producto Interno Bruto (PIB).

La efectividad de la inversión y la eficacia de las actividades llevadas a cabo se pueden cuantificar a lo largo de los últimos cincuenta años en la cual se había visto el cambio demográfico de una alta mortalidad infantil y una alta tasa de natalidad a una disminución de la mortalidad infantil, y una disminución en la tasa de mortalidad general y de natalidad, provocando una desaceleración en el crecimiento de la población y un cambio de las causas de mortalidad general, de un esquema infeccioso a otro principalmente caracterizado por cáncer, tumores malignos, diabetes, cirrosis hepática, es decir a las enfermedades de tipo degenerativo.

Estos logros, en el abatimiento de las enfermedades infecciosas y parasitarias, así como en la mortalidad materna e infantil, han estado reforzadas por otras acciones estructurales como son el aumento de la escolaridad y el abatimiento del analfabetismo, sobre todo en la población en edad escolar y de adultos.

Otra forma de observar la eficacia de las acciones políticas de salud es la disminución en la desigualdad de número de habitantes por cada médico y por cada cama de hospital, así como del personal paramédico, aunque aún hoy en día siguen siendo, insuficientes y desigualmente distribuidos en el territorio nacional.

Entre los factores estructurales que son más ilustrativos de la falta de bienestar de la población, está la escasez de los servicios con que cuentan las viviendas de las entidades como Campeche, Chiapas, Guanajuato, Hidalgo, Puebla, Oaxaca, San Luis Potosí y Veracruz, son las entidades que cuentan con menos de estos servicios y que son en las que la mortalidad materna hace más estragos.

El ingreso y su distribución, también es un indicador del bienestar. Las entidades federativas cuyo ingreso estuvo por debajo del nivel nacional pero que además el mayor número de personas ocupadas no recibieron ingresos o solo recibieron hasta un salario mínimo según la información del XI Censo de Población 2000, fueron Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Veracruz y Zacatecas.

En cuanto a la mortalidad materna en concreto podemos decir que su abatimiento ha sido en principio espectacular, disminuyendo años después paulatinamente. La atención médica al parto ha continuado aumentando. En la actualidad aproximadamente el 70% de las madres son atendidas médicamente la mayor parte por medio de las instituciones de seguridad social del país de lo que se deduce que la mayor parte de las parturientas por lo menos una buena parte de ellas trabajan o son beneficiarias de sus cónyuges, aunque su estancamiento hace pensar en una disminución en la calidad de la atención.

En las edades adultas de la mujer se ha visto disminuidos los nacimientos concentrándose en las edades más jóvenes inclusive las de 15 a 19 años. La escolaridad se ha visto favorecida en las madres tanto en el aumento de la escolaridad y el nivel de escolaridad; por otro lado el aumento de los nacimientos en las localidades urbanas han aumentado sobre todo en los últimos veinte años llegándose a contar con el 64.8% del total de los nacimientos. Las muertes maternas por causa específica, a lo largo de los últimos quince años no ha sido tan espectacular pero continua

disminuyendo en general, solo algunas causas persisten en figurar, como son: la mola hidatiforme, el embarazo ectópico, la anormalidad de los órganos y de los tejidos pélvicos, parto obstruido, anormalidad dinámica del trabajo del parto, etc. Es innegable el avance obtenido en el área de la salud en el país en los últimos decenios sin embargo las apariencias tienen su parte engañosa los avances que el desarrollo económico ha conllevado no se han distribuido equitativamente ni entre los individuos de la población, ni a nivel estatal, las entidades como Chiapas, Oaxaca, Puebla tienen el gasto de Campeche, salud por habitante, el menor número de médicos, camas de hospitalidad y paramédicos que cualquier otro estado de la república, también tiene la menor esperanza de vida, y la mayor cantidad de viviendas sin agua potable ni aguas excretas.

En conclusión podemos derivar del análisis de los datos estadísticos obtenidos del Sistema Nacional de Información son los siguientes:

A partir de la terminación del conflicto armado de la Revolución Mexicana, la reorientación del desarrollo económico del país hacia el desarrollo de la industrialización se fue delineando, así como las políticas de Salud Publicadas, las cuales tuvieron un fuerte impacto en el abatimiento de la mortalidad. Más tarde con el ingreso de país en el conflicto bélico de la 2ª. guerra mundial se aceleran tanto los progresos en la planta industrial y al término del conflicto, y se veía la necesidad de ampliar y organizar los servicios médicos del país pues la clase obrera era ya la clase mayoritaria que necesitaba de los servicios médicos, de otro tipo que los servicios personales; de esta manera se organizan tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como complemento de los servicios que insuficientemente venía ofreciendo la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), este tipo de atención social vino a impactar con más fuerza la estructura de la población y la mortalidad así como el esquema epidemiológico del país a partir de los años cincuenta, pudiéndose

entonces decir que el país estaba incluido en una transición demográfica y epidemiológica. Esta política continuó promoviéndose en los años posteriores, creándose entonces un organismo de atención para la salud de los trabajadores al servicio del Estado (ISSSTE) en los cuales se encuadraba no solo los beneficios directos de la salud, sino los que podrían repercutir en ésta como son la vivienda y algunos programas específicos como los de la salud materno infantil, de modo que para los años 90 el 50% del presupuesto de salud del país se utilizaba para éste fin. Sin embargo, la espectacularidad en los logros en el abatimiento de la mortalidad en un principio, no han sido tanto en los últimos años a pesar del presupuesto ejercido, pues las necesidades han aumentado y el esfuerzo solo se sigue haciendo en los lugares y con las personas que tradicionalmente se ha hecho, dejando de lado los sectores de población no incluidos en la categoría de trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE) ni trabajadores asalariados amparados por el IMSS, esta población es la que ha seguido creciendo, casi al margen de los beneficios sociales y en donde se da la mayor mortalidad tanto general como materno infantil y constituye el 27.5% de la población.

Otro factor que puede haber contribuido al casi estancamiento en la tasa de mortalidad materna es el deterioro económico del país desde hace casi 30 años, con el consecuente deterioro salarial, y del poder adquisitivo lo cual motiva el deterioro de las condiciones materiales de vida de la población y de los servicios de salud, ya que una parte de éstas se financia con las contribuciones de los trabajadores, esto evidencia que los resultados de la aplicación de medidas para mejorar la salud de la población tienen un impacto definitivo siempre y cuando las condiciones materiales de vida están a la par de adelantados que estas medidas, pues si no su efecto será poco duradero y terminará evidenciando que tan mal están las condiciones.

En la actualidad el crecimiento de la población a pesar de su disminución parece haber rebasado tanto a las políticas gubernamentales y a las instituciones del país, esto que ya venía haciéndose no notorio en el transcurso de los últimos quinquenios se ve agrandado por el fenómeno de la globalización.

La situación en resumen es la siguiente:

- La mortalidad materna sigue siendo importante en el país.
- Esta tiene más incidencia en las entidades federativas en donde hay menos recursos hospitalarios, de médicos y paramédicos.
- Se da en las entidades en donde existe la percepción salarial más baja.
- Existe en donde hay una dispersión de la población en comunidades de 2,500 o menos habitantes en donde no hay agua potable, excretas, luz eléctrica, escuelas, etc.

Hay un aumento de las localidades de menos de 2,500 habitantes.

Las alternativas para la solución del problema de la mortalidad general de la morbilidad materna no parecen nada fáciles en un país en donde el poder adquisitivo es año con año más reducido, en donde la concentración de la riqueza se acentúa con el tiempo, en donde aumenta la población establecida en lugares más apartados y en donde el sistema de salud opera con esquemas que tienen más de 40 años de antigüedad.

El Censo de Población y Vivienda de 1990 exhibe una población de 23,289,929 personas que viven en localidades de menos de 2,500 habitantes, la que representó el 30.28 de la población total y en el 2,000 fue de 24,608,597 personas ésta representó el 25.37 con un aumento intercensal de 1,318,679 personas. Del total 5,746,630 eran mujeres en

edad de procrear, el problema tiene una dificultad creciente para la atención médica y dotación de servicios.

Una posible solución sería la creación de empleos generados con mayor inversión en diferentes sectores como podrían ser el petrolero, el apoyo a la minería, al sector agropecuario y por otro lado el cambio del sistema de salud curativo a uno más dinámico.

BIBLIOGRAFIA

Anguiano, Arturo. El Estado de la Política Obrera del Cardenalismo, Ed. Era, México 1980.

Bernard, Benjamín, Social and Economic Factors Affecting (Mimeo)

Breith, Jaime. Epidemiología, Economía, Medicina y Política. (Mimeo)

Bustamante, Miguel et al. La Salud Pública en México 1959-1982. México. Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1982.

Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de Población 1970 –2010.

COPLAMAR Necesidades Esenciales en México, Situación Actual y Perspectivas al Año 2000. Volúmen 4, Salud México.

Cuaderno Núm. 4. Información Estadística, Sector Salud y Seguridad Social. México, 1985.

De la Peña, Sergio. La Formación del Capitalismo en México. S. XXI México. 1975

Estadísticas Históricas de México. I.I.- 1985

Estadísticas Demográficas. Cuaderno núm. 12.- 2000

Gutiérrez Trucios, Isaías Daniel. La Maternidad Segura en su Contexto Conceptual. Maternidad sin riesgos en México. México, DF. , 1994.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, INEGI Cuaderno Número 3. Información Estadística, Sector Salud y Seguridad Social. México, 1984

Kumate, Jesús Et Al. La salud de los Mexicanos y la Medicina en México, D.F., 1987

Lenin Vladimir I.; Obras Escogidas, T. III. Edit. Progreso, México 1981

Langer, Ana. et al. La Morbimortalidad Materna en México, Niveles y Causas. La Mortalidad sin riesgos en México. México, D: F., 1994.

Los Sistemas de Información de Estadísticas y Mortalidad y Natalidad en México. Serie IV, Núm. 1. México 1978.

Lozano, Rafael. Factores Sociales y Económicos de la Mortalidad Materna en México. Maternidad sin riesgos en México. México, D.F: 1994.

Marx, Carlos, El Capital T. I y III Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1964

Organización de la Naciones Unidas. (ONU) Hacia un Sistema de Estadísticas Sociales y Demográficas. Nueva York, U.S.A. 1976

Organización Mundial de la Salud.(OPS) Evaluación del Programa de Salud, Normas Fundamentales. (Serie Salud para Todos No. 6) Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1980.

ONU Principios y Recomendaciones para un Sistema de Estadísticas Vitales. Serie M. Núm. 19 Nueva York. U.S.A. 1974

ONU/OPS. Métodos para Mejorar las Estadísticas Vitales y de Salud. Nueva York. 1966.

OPS. Manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. Washington, D.C., U.S.A. T. II, 1980

Plan Nacional de Salud. 1974-1983. México. D.F. 1977.

Preparación de Indicadores para Vigilar los Progresos Realizados en el Logro de la Salud para Todos en el Año 2000. Ginebra Colección OPS/OMS. 1981.

Population Reference Bureau. México; su Problema Demográfico. Edición de la Sociedad Mexicana de Planificaciones 1965. p. 38

Secretaría de Gobernación. El Registro Civil en México. 1981

Rojas Soriano, Raúl. Capitalismo y Enfermedad. Plaza Valdes Editores 1995

Rivera, Miguel Angel. Crisis y Reorganización del Capitalismo. Ed. ERA, México, 1986.

Secretaría de Programación y Presupuesto. Lineamientos para el Sistema Nacional de Información, Sector Salud y Seguridad Social. T: II México, 1977. Mimeo.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. Cuadernos Técnicos de Planeación. Vol. I. Núm. 6, México, D.F. 1984.

Sector Salud y Seguridad Social. Lineamientos para el Sistema Nacional de Información. Documento Preliminar. T: II. México, DF.1977.

W. Susser Merryn. La Sociología y la Medicina. IMSS, 1983, México.

Zavala de Cosío, Ma. Eugenia. Cambios de Fecundidad en México y Políticas de población. COLMES y FCE. 1992

ANEXO ESTADÍSTICO

**PARTICIPACIÓN DEL GASTO EN SALUD EN EL PRODUCTO
INTERNO BRUTO Y EL GASTO PROGRAMABLE DEL SECTOR
PÚBLICO.
1980 - 1995.**

CUADRO 1

AÑO	PRESUPUESTO EN RELACION AL PIB %	PRESUPUESTO EN SALUD EN RELACIÓN AL GASTO PROGRAMABLE DEL SECTOR PÚBLICO %
1980	3.4	13.2
1981	3.4	14.8
1982	3.6	13.5
1983	2.8	12.6
1984	2.5	11.4
1985	2.5	12.4
1986	2.5	13.8
1987	2.3	13.3
1988	2.2	14.6
1989	2.5	17.2
1990	2.7	18.4
1991	2.7	15.6
1992	2.8	16.2
1993	3.4	15.8
1994	ND	ND
1995	ND	ND

ND Información no disponible

Nota: Porcentajes calculados sobre los precios de 1980.

FUENTE: Cuarto Informe de Gobierno 1993.

Cuenta de la Hacienda Pública Federal.

**INDICADORES SELECCIONADOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD,
1992 -1997**

CUADRO 2

ENTIDAD FEDERATIVA	GASTOS EN SALUD POR PERSONA		RELACION ENTRE HABITANTES Y MEDICOS ⁽¹⁾		RELACION ENTRE POBLACION Y PARAMEDICOS ⁽¹⁾		RELACION ⁽²⁾ ENTRE POBLACION Y CAMÁS HOSPITAL		ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO	
	(2)		(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(3)	
	1992	1997	1992	1997	1992	1997	1992	1997	HOM.	MUJ.
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	333.09	802.5	99.7	115.9	171.7	181.9	82.4	80.5	70.38	76.74
AGUASCALIENTES	ND	807.4	99.4	149.1	172.9	227.7	85.1	92.1	71.46	77.33
BAJA CALIFORNIA NORTE	ND	805.9	107.4	105.8	170.4	170.7	84.3	66.4	71.43	77.60
BAJA CALIFORNIA SUR	ND	1351.2	169.9	211.9	300.0	322.3	147.4	143.2	71.99	78.10
CAMPECHE	ND	850.9	123.4	146.5	194.1	191.1	74.1	89.8	70.47	77.12
COAHUILA	ND	933.7	108.7	137.7	226.8	258.7	103.0	110.2	71.27	77.15
COLIMA	ND	950.3	140.9	163.4	225.5	251.9	90.3	95.5	70.79	76.95
CHIAPAS	ND	307.4	51.7	82.6	87.2	111.9	35.1	42.1	69.00	75.39
CHIHUAHUA	ND	722.6	88.6	94.2	161.8	172.3	86.5	74.6	70.93	77.17
DISTRITO FEDERAL	ND	2226.5	235.2	303.4	445.0	499.1	208.4	210.3	72.02	77.93
DURANGO	ND	681.7	96.8	120.2	165.7	199.4	84.6	81.4	70.14	77.04
GUANAJUATO	ND	448.1	72.3	78.4	110.2	120.8	57.6	57.5	70.27	76.70
GUERRERO	ND	464.2	68.5	86.8	122.1	133.5	43.2	48.9	69.04	76.29
HIDALGO	ND	426.0	80.9	92.9	127.9	142.8	80.8	60.2	69.57	76.37
JALISCO	ND	629.2	86.1	99.5	149.7	160.9	74.0	92.5	71.06	76.87
MEXICO	ND	358.7	66.9	69.5	103.2	98.1	57.0	53.4	70.63	77.06
MICHOACAN	ND	364.3	70.0	85.7	98.4	110.3	46.4	50.7	70.20	76.96
MORELOS	ND	625.3	89.1	110.4	167.4	175.0	57.7	55.8	70.70	77.18
NAYARIT	ND	677.9	99.2	122.0	180.0	207.0	68.9	74.2	70.61	77.52
NUEVO LEON	ND	1027.1	115.0	130.1	242.0	256.8	110.2	102.9	67.95	75.03
OAXACA	ND	308.5	62.6	85.6	98.3	113.9	51.9	45.2	68.44	75.56
PUEBLA	ND	380.0	65.1	78.9	109.9	122.8	59.2	56.6	69.98	76.84
QUERETARO	ND	597.2	104.0	116.9	160.2	163.4	62.3	57.1	71.17	77.71
QUINTANA ROO	ND	865.6	113.1	118.6	192.1	177.1	72.3	55.8	70.29	76.77
SAN LUIS POTOSI	ND	450.2	67.5	88.4	126.7	145.8	73.7	63.4	71.19	77.45
SINALOA	ND	698.5	92.4	116.1	176.4	199.2	69.3	83.4	71.22	77.25
SONORA	ND	875.1	122.0	140.6	222.9	228.1	132.3	115.1	70.73	77.09
TABASCO	ND	465.1	116.5	156.2	186.7	204.9	82.4	74.5	71.27	77.71
TAMAULIPAS	ND	945.6	112.0	130.7	189.5	208.9	92.8	103.1	70.52	76.96
TLAXCALA	ND	464.6	90.8	94.0	128.0	127.5	49.8	55.1	70.03	76.60
VERACRUZ	ND	498.1	93.7	93.6	133.5	132.0	62.5	61.9	70.51	76.03
YUCATAN	ND	830.4	121.6	130.4	176.7	200.8	93.4	102.0	70.73	76.80
ZACATECAS	ND	441.0	72.4	91.8	103.4	133.8	32.9	45.4		

(*) POR CADA 100,000 Habitantes.

FUENTE: (1) Boletín de Información Estadística No.12, Vol. I Recursos y Servicios 1992. SSA/DGI.

(2) Boletín de Información Estadística No. 17 Vol. I Recursos y Servicios, 1997. SSA/DGI.

(3) Consejo Nacional de Población (CONAPO) 1990.

INDICADORES SELECCIONADOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 1999

CUADRO 2.1

ENTIDAD FEDERATIVA	GASTOS EN SALUD POR PERSONA	RELACION ENTRE HABITANTES Y MEDICOS (*)		RELACION ENTRE POBLACION Y PARAMEDICOS (*)		RELACION (*) ENTRE POBLACION Y CAMAS HOSPITAL		ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO	
	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(3)	
	1999	1999		1999		1999		HOM.	MUJ.
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	802.5	117.0		187.8		78.6		72.4	77.0
AGUASCALIENTES	807.4	154.2		217.9		82.9		73.6	78.0
BAJA CALIFORNIA NORTE	805.9	113.5		180.2		66.5		73.6	77.9
BAJA CALIFORNIA SUR	1351.2	227.0		350.7		153.1		73.4	78.0
CAMPECHE	850.9	157.0		206.4		96.3		71.8	76.3
COAHUILA	933.7	135.4		258.9		104.0		73.3	78.0
COLIMA	950.3	158.1		237.2		85.7		73.5	78.0
CHIAPAS	307.4	88.2		114.6		43.9		69.5	74.0
CHIHUAHUA	722.6	103.0		177.1		77.6		72.9	77.4
DISTRITO FEDERAL	2226.5	257.0		465.4		189.2		74.5	78.9
DURANGO	681.7	129.8		206.6		81.2		71.8	76.5
GUANAJUATO	448.1	81.1		123.4		51.9		72.3	75.6
GUERRERO	464.2	96.5		138.4		50.3		70.0	75.0
HIDALGO	426.0	99.9		145.7		59.7		71.1	75.8
JALISCO	629.2	114.0		190.0		92.5		73.5	77.9
MEXICO	358.7	74.8		111.8		55.6		73.5	78.0
MICHOACAN	364.3	89.4		115.9		49.5		72.0	76.2
MORELOS	625.3	105.5		169.7		53.5		72.8	77.6
NAYARIT	677.9	132.7		206.3		76.2		72.2	77.0
NUEVO LEON	1027.1	123.2		243.5		99.5		74.1	78.3
OAXACA	308.5	86.2		123.1		48.6		69.3	74.0
PUEBLA	380.0	82.1		130.7		63.3		70.9	75.9
QUERETARO	597.2	119.2		173.9		55.5		72.4	76.8
QUINTANA ROO	865.6	130.0		198.7		65.2		73.0	77.0
SAN LUIS POTOSI	450.2	91.6		149.9		58.9		71.2	75.8
SINALOA	698.5	116.0		196.6		78.4		72.2	77.3
SONORA	875.1	136.8		232.4		107.7		73.0	78.0
TABASCO	465.1	151.7		208.4		71.4		72.1	76.6
TAMAULIPAS	945.6	135.5		215.6		100.1		72.9	76.9
TLAXCALA	464.6	94.6		136.1		47.2		72.7	76.9
VERACRUZ	498.1	101.0		142.1		61.2		70.9	75.6
YUCATAN	830.4	129.1		203.6		88.5		71.3	75.9
ZACATECAS	441.0	96.7		138.4		49.5		71.4	76.0

(*) POR CADA 100,000 Habitantes.

FUENTE: (1) Boletín de Información Estadística No. 18, Vol. I Recursos y Servicios 1999. SSA/DGEI.

**RECURSOS HUMANOS SISTEMA NACIONAL DE SALUD.
1980 - 1999**

CUADRO 3

AÑO	TOTAL	MEDICOS	PARAMEDICOS 1\	OTRO PERSONAL 2\
1980	235 174	61 084	102 058	72 032
	247 839	63 432	105 087	79 320
1981				
1982	277 333	65 220	114 714	97 399
1983	287 138	68 044	118 508	100 586
1984	298 794	66 958	132 236	99 600
1985	332 030	70 683	146 526	114 821
1986	343 252	74 420	151 747	117 085
1987	339 252	77 678	163 680	97 894
1988	362 136	89 130	172 206	100 800
1989	364 230	84 568	178 279	101 383
1990	383 008	89 842	186 812	106 354
1991	404 850	97 971	193 635	113 244
1992	426 924	103 354	202 114	121 456
1993	443 458	107 495	209 948	126 015
1994 E\	456 197	110 036	216 036	19 906
1999	395 353	135 159	222 229	37 965

FUENTE: Sistema Nacional de Salud, Breviario Estadístico 1980 - 1994, p. 12.

Nota: A partir del año 1991, se incluyen las unidades estatales, municipales y universitarias.

1\ Incluye Servicios Acumulados de Diagnóstico y Tratamiento.

2\ Incluye Personal Administrativo.

E\ Cifras Estimadas.

**PERSONAL MEDICO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
1980 - 1999**

CUADRO 4

AÑO	TOTAL	EN CONTACTO CON EL PACIENTE								
		TOTAL	MEDICINA GENERAL	ESPECIALISTAS				PASANTES	ODONTO-LOGOS	EN OTRA LABOR
				TOTAL	OBSTETRA	PEDIATRA	OTROS			
1980	61 082	56 421	10 836	9 994	949	1 187	7 858	14 691	1 180	4 663
1981	63 432	57 620	13 705	11 272	1 163	1 466	8 643	15 340	1 385	5 812
1982	65 220	54 270	15 213	15 518	1 386	1 675	12 457	20 596	2 943	10 950
1982	68 044	55 758	16 196	16 446	1 592	1 884	12 970	19 854	3 262	12 286
1984	66 958	57 038	19 686	17 133	1 701	2 005	13 427	16 461	3 758	9 920
1985	70 683	61 184	20 433	21 509	1 988	2 243	17 278	15 080	4 162	9 499
1986	74 420	64 051	20 632	22 931	2 801	2 975	17 155	15 563	4 925	10 369
1987	77 678	66 590	20 568	23 007	2 911	2 990	17 106	17 379	4 586	11 088
1988	89 130	70 954	22 844	26 401	3 187	3 450	19 764	16 567	5 142	18 176
1989	84 568	72 049	24 228	28 390	3 380	3 649	21 361	14 234	5 197	12 519
1990	89 842	74 056	25 440	29 518	3 603	3 731	22 184	14 765	4 333	15 786
1991	97 971	82 251	28 596	36 116	4 044	4 352	27 720	12 939	4 600	15 720
1992	103 354	86 485	30 810	38 562	4 263	5 484	29 751	12 383	4 730	16 869
1993	107 495	89 936	31 102	41 625	4 770	5 092	31 763	12 039	5 170	17 559
1994 E\	110 160	92 304	31 829	42 816	4 988	5 259	32 569	12 373	5 286	17 856
1999	135 159	114 845	35 782	43 155	6 103	6 305	17 153	17 736	8 764	20 314

FUENTE: Sistema Nacional de Salud, Breviario Estadístico, 1980-1994 p. 25

Nota: A partir de 1991 se incluyen las unidades estatales, municipales y universitarias

En el Rubro "Otros" a partir de 1991 incluye: internistas, residentes y otros especialistas

E\ Cifras estimadas.

**PERSONAL PARAMEDICO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
1980 - 1999**

CUADRO 5

AÑO	TOTAL	ENFERMERAS					SERVICIOS AUXILIARES DIAGNOSTICO TRATAMIENTO	OTRO PERSONAL PARA- MEDICO
		TOTAL	AUXILIARES	GENERALES	ESPECIALIZADAS	OTRAS		
1980	102 058	78 525	33 750	19 589	3 190	21 996	8 685	14 848
1981	105 087	78 164	35 135	21 076	3 952	18 001	10 072	16 851
1982	114 714	83 555	47 571	27 653	4 397	3 934	11 431	19 728
1983	118 508	88 375	49 312	29 777	6 290	2 996	12 002	18 131
1984	132 236	97 268	51 662	30 984	7 087	7 535	16 938	18 030
1985	146 526	106 811	59 752	32 099	7 296	7 664	15 494	24 221
1986	151 747	109 857	64 440	34 374	8 600	2 443	15 877	26 013
1987	163 680	118 008	67 842	36 514	9 129	4 523	17 388	28 284
1988	172 206	123 919	67 660	39 104	10 708	6 447	18 129	30 158
1989	178 279	127 100	64 746	41 235	11 898	9 221	20 500	30 679
1990	186 812	130 620	62 784	44 084	11 334	12 418	22 135	34 057
1991	193 635	141 404	61 319	54 883	12 780	12 422	22 921	29 310
1992	202 114	148 957	61 912	55 217	18 321	13 507	24 780	28 377
1993	184 704	154 852	63 604	60 615	16 936	13 697	25 244	29 852
1994 E\	216 317 E\	158 429	64 802	62 314	17 034	14 279	25 949	31 939
1999	222 229	184 264	67 887	75 116	23 641	17 620	34 857	62 845

FUENTE: Sistema Nacional de Salud, Breviario Estadístico, 1980-1994 p. 39

Nota: A partir de 1991 se incluyen las unidades estatales, municipales y universitarias

En el Rubro "Otros" a partir de 1991 incluye: internistas, residentes y otros especialistas

E\ Cifras estimadas.

**RECURSOS MATERIALES SISTEMA NACIONAL DE SALUD.
1980-1999**

CUADRO 6

AÑO	CAMÁS CENSABLES	CAMÁS NO CENSABLES	CONS- UL- TORIOS	LABOR A- TORIOS	GABINETES RAYOS X	QUIRO- FANOS	SALAS DE EXPULSION
1980	59 632	27 998	19 735	1 094	977	1 286	1 277
1981	52 671	25 538	24 819	1 006	1 104	1 494	1 111
1982	59 066	32 784	25 186	1 045	1 205	1 532	2 919
1983	59 978	31 579	25 503	1 086	1 215	1 618	2 720
1984	60 017	39 683	26 198	1 041	1 316	1 542	1 905
1985	59 250	41 678	27 426	1 102	1 365	1 532	3 253
1986	59 692	43 965	28 727	1 115	1 649	1 638	3 579
1987	59 615	43 883	30 851	1 137	1 698	1 684	3 633
1988	59 552	47 172	31 374	1 152	1 734	1 773	3 940
1989	61 251	48 371	33 034	1 357	1 846	1 857	4 006
1990	63 122	42 147	34 724	1 649	1 853	1 825	2 427
1991	67 703	47 988	36 310	1 472	1 961	2 085	4 435
1992	71 500	51 986	38 021	1 299	2 108	2 290	5 000
1993	72 683	54 815	39 862	1 452	2 131	2 375	5 126
1994 E \	75 350	58 358	41 188	1 543	2 199	2 457	5 265
1999	77 314	60 281	49 913	1 790	1 969	2 723	6 207

FUENTE: Sistema Nacional de Salud, Breviario Estadístico 1980 - 1994, p. 53

Nota: A partir del año 1991, se incluyen las unidades estatales, municipales y universitarias.

E\ Cifras estimadas.

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICOS 1980 - 1999

CUADRO 7

AÑO	ANALISIS CLINICOS		RADIOLOGIA		OTROS ESTUDIOS	
	PERSONAS	ESTUDIOS REALIZADOS	PERSONAS	ESTUDIOS REALIZADOS	PERSONAS	ESTUDIOS REALIZADOS
1980	10 807 068	44 894 492	4 635 320	7 061 096	393 081	450 177
1981	11 747 585	50 529 674	4 986 999	6 384 661	446 425	547 250
1982	13 116 998	58 521 942	5 914 683	7 932 351	1 457 087	1 764 306
1983	14 691 829	63 927 177	6 588 744	8 288 745	1 554 611	1 965 044
1984	15 377 457	69 285 154	6 760 322	8 702 635	1 517 108	1 877 056
1985	15 631 515	68 898 636	6 888 261	9 066 576	1 669 843	2 138 463
1986	19 941 802	73 997 800	8 080 408	9 578 883	1 679 777	2 071 440
1987	20 011 999	80 605 861	8 350 993	10 037 438	1 897 397	2 637 345
1988	22 665 508	83 123 508	8 694 831	10 331 093	1 981 592	2 463 967
1989	21 821 784	89 857 054	8 977 629	10 980 903	2 175 590	2 636 331
1990	24 951 076	104 553 324	9 845 271	11 875 070	2 747 319	3 245 457
1999	32 329 357	167 900 219	137 990 008	17 113 343	3 220 004	3 553 734

FUENTE: S.S.A. Ob. cit. p. 70

**INGRESOS DE LA POBLACION OCUPADA, POR ENTIDAD
FEDERATIVA, SEGÚN GRUPOS DE INGRESOS 1990 (*).**

CUADRO 8

ENTIDAD FEDERATIVA	POBLACION OCUPADA	POBLACION QUE NO RECIBE INGRESOS HASTA UN SALARIO MINIMO	%
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	23 385 413	6'306 885	26.9
AGUASCALIENTES	212 365	40 048	19.0
BAJA CALIFORNIA NORTE	565 471	57 434	10.0
BAJA CALIFORNIA SUR	102 763	16 554	16.0
CAMPECHE	149 983	50 150	33.4
COAHUILA	568 165	108 977	18.6
COLIMA	133 474	19 213	14.4
CHIAPAS	854 159	503 472	58.9
CHIHUAHUA	773 100	117 801	15.2
DISTRITO FEDERAL	2 884 807	597 944	20.7
DURANGO	347 275	102 989	29.6
GUANAJUATO	1 030 160	267 090	25.9
GUERRERO	611 755	234 400	38.3
HIDALGO	493 315	194 943	39.5
JALISCO	1 553 202	304 725	19.6
MEXICO	2 860 976	895 085	20.6
MICHOACAN	891 873	259 702	29.1
MORELOS	348 357	63 698	18.3
NAYARIT	233 000	50 446	21.6
NUEVO LEON	1 009 584	160 653	15.9
OAXACA	754 305	400 382	53.1
PUEBLA	1 084 316	420 788	38.8
QUERETARO	288 994	69 305	24.0
QUINTANA ROO	163 190	35 849	22.0
SAN LUIS POTOSI	529 016	193 463	36.6
SINALOA	660 905	102 262	15.5
SONORA	562 386	68 056	12.1
TABASCO	393 434	143 152	36.4
TAMAULIPAS	684 550	160 348	23.4
TLAXCALA	196 609	62 535	31.8
VERACRUZ	1 742 129	637 598	36.6
YUCATAN	407 337	158 642	38.9
ZACATECAS	294 458	113 891	38.7
NO ESPECIFICADA EXTRANJEROS			

FUENTE: INEGI. DGE. XI Censo General de Población y Vivienda 1990. (*) El ingreso se presenta por rangos de salario mínimo.

INDICADORES RELACIONADOS CON EL ESTADO DE LA SALUD 1990

CUADRO 9

ENTIDAD FEDERATIVA	NUMERO DE VIVIENDAS HABITADAS *	VIVIENDAS CON PISO DE TIERRA	%	VIVIENDAS SIN DRENAJE	%	VIVIENDAS SIN AGUA ENTUBADA	%	PROMEDIO DE OCUPANTES
ESTADOS UNIDOS								
MEXICANOS	16 035 233	3 119 917	19.5	5 544 451	34.6	3 173 348	19.8	5.1
AGUASCALIENTES	129 853	8 542	6.5	16 766	12.9	5 263	4.0	5.5
BAJA CALIFORNIA NORTE	362 727	28 337	7.8	114 951	31.7	67 571	18.6	4.5
BAJA CALIFORNIA SUR	67 304	9 089	18.6	22 042	6.0	7 118	2.0	4.7
CAMPECHE	107 894	24 552	22.8	54 584	50.6	30 699	28.4	4.9
COAHUILA	404 691	32 687	8.0	123 603	30.5	31 918	7.9	4.9
COLIMA	88 627	17 335	19.6	14 623	16.5	5 960	6.7	4.8
CHIAPAS	594 025	289 167	48.7	330 818	55.7	240 645	40.5	5.4
CHIHUAHUA	529 799	47 818	9.0	169 102	31.9	62 230	11.7	4.6
DISTRITO FEDERAL	1 789 171	37 916	2.1	96 685	5.4	54 653	3.0	4.6
DURANGO	262 164	49 470	18.9	114 175	43.6	37 327	14.2	5.1
GUANAJUATO	687 136	108 869	15.8	268 314	39.0	112 374	16.4	5.8
GUERRERO	501 725	235 297	46.9	298 904	59.6	208 627	41.6	5.2
HIDALGO	362 933	106 204	29.3	195 265	53.8	105 413	29.0	5.2
JALISCO	1 029 178	124 625	12.1	180 699	17.6	131 988	12.8	5.1
MEXICO	1 876 545	222 699	11.9	462 284	24.6	265 319	14.1	5.2
MICHOACAN	663 496	180 861	27.3	266 800	40.2	133 050	20.1	5.3
MORELOS	244 958	49 315	20.1	71 862	29.3	27 051	11.0	4.9
NAYARIT	168 451	35 105	20.8	63 580	37.8	26 844	15.9	4.8
NUEVO LEON	642 298	38 446	6.0	117 225	18.3	43 198	6.7	4.8
OAXACA	587 131	301 930	51.4	394 119	67.1	240 384	40.9	5.1
PUEBLA	772 461	222 145	28.8	382 389	49.5	215 189	27.9	5.3
QUERETARO	193 434	30 238	15.6	78 161	40.4	30 241	15.6	5.4
QUINTANA ROO	102 859	21 856	21.2	40 684	39.6	10 771	10.5	4.8
SAN LUIS POTOSI	379 336	108 174	28.5	185 834	49.0	122 160	32.2	5.3
SINALOA	422 242	96 070	22.8	181 753	43.0	80 263	19.0	5.2
SONORA	378 587	66 246	17.5	124 014	32.8	33 376	8.8	4.8
TABASCO	285 319	38 507	13.5	99 143	34.7	114 818	40.2	5.8
TAMAULIPAS	488 508	63 167	12.9	190 920	39.1	88 159	18.0	4.6
TLAXCALA	137 135	19 491	14.2	55 629	40.6	12 619	9.2	5.6
VERACRUZ	1 262 509	419 747	33.2	568 322	45.0	494 759	39.2	4.9
YUCATAN	273 958	47 660	17.4	140 445	51.3	76 194	27.8	5.0
ZACATECAS	238 779	38 352	16.0	120 756	50.6	57 167	23.9	5.4
NO ESPECIFICADA								

* Se refiere a la Población en Viviendas Censadas.

FUENTE: INEGI. DGE. XI Censo General de Población y Vivienda. Resumen General 1990.

INDICADORES RELACIONADOS CON EL ESTADO DE LA SALUD 2000

CUADRO 9.1

ENTIDAD FEDERATIVA	NUMERO DE VIVIENDAS HABITADAS *	VIVIENDAS CON PISO DE TIERRA	%	VIVIENDAS SIN DRENAJE	%	VIVIENDAS SIN AGUA ENTUBADA	%	PROMEDIO DE OCUPANTES
ESTADOS UNIDOS								
MEXICANOS	21 954 733	2 844 601	13.0	4 592 550	20.9	2 201 389	10.2	4.4
AGUASCALIENTES	200 673	6 019	3.0	8 978	4.5	2 370	1.2	4.7
BAJA CALIFORNIA NORTE	610 057	22 539	3.7	97 480	16.0	36 323	6.0	4.1
BAJA CALIFORNIA SUR	105 229	10 451	9.9	19 626	18.7	6 604	6.3	4.0
CAMPECHE	157 172	21 841	13.9	55 861	35.5	21 227	13.5	4.3
COAHUILA	544 660	23 807	4.4	87 165	16.0	12 183	2.2	4.2
COLIMA	132 330	14 269	10.8	7 772	5.9	2 732	2.0	4.0
CHIAPAS	806 551	129 033	36.6	288 401	35.8	184 367	22.9	4.8
CHIHUAHUA	755 959	44 571	5.9	104 650	13.8	39 053	5.1	4.0
DISTRITO FEDERAL	2 132 413	24 944	1.2	28 606	1.4	28 034	1.3	4.0
DURANGO	325 309	39 308	12.1	82 814	25.5	19 716	6.1	4.4
GUANAJUATO	926 284	91 323	9.9	211 176	22.8	58 899	6.3	5.0
GUERRERO	657 989	235 624	35.8	297 042	45.1	178 017	27.1	4.7
HIDALGO	494 317	88 161	17.8	166 247	33.6	69 103	14.0	4.5
JALISCO	1 3094 026	91 088	6.5	105 303	7.6	86 174	6.2	4.5
MEXICO	2 893 357	176 192	6.1	36 112	1.2	154 303	5.3	4.5
MICHOACAN	855 512	152 390	17.8	209 418	24.5	84 583	9.9	4.6
MORELOS	367 399	44 815	12.7	50076	13.6	24 001	6.5	4.2
NAYARIT	220 118	25 759	11.7	42 098	19.2	19 175	8.7	4.1
NUEVO LEON	888 552	29 217	3.3	77 882	8.8	33 675	3.8	4.3
OAXACA	741 005	289 341	39.0	397 454	53.6	185 692	25.1	4.6
PUEBLA	1 065 882	227 595	21.4	348 939	32.7	153 567	14.4	4.8
QUERETARO	298 372	20 013	6.7	69 588	23.3	18 001	6.0	4.7
QUINTANA ROO	213 566	20 895	9.8	33 044	15.5	11 368	5.3	4.1
SAN LUIS POTOSI	492 914	105 490	10.7	182 497	18.5	93 438	9.5	4.6
SINALOA	575 292	78 430	13.6	144 213	25.1	38 483	6.7	4.4
SONORA	530 435	64 960	12.2	107 075	20.2	18 800	3.5	4.1
TABASCO	412 634	52 039	12.6	58 347	14.1	99 201	24.0	4.6
TAMAULIPAS	683 068	57 465	8.4	170 983	25.0	33 867	4.9	4.0
TLAXCALA	194 549	16 823	8.6	32 965	16.9	4 719	2.4	4.9
VERACRUZ	1 606 194	418 148	26.1	506 707	31.5	431 934	26.9	4.3
YUCATAN	373 432	20 548	5.5	152 448	40.8	20 751	5.6	4.4
ZACATECAS	299 483	25 467	8.5	86 393	28.8	30 973	10.3	4.5
NO ESPECIFICADA	-	-	--	-	-	-	-	-

* Se refiere a la Población en Viviendas Censadas.

FUENTE: INEGI. DGE. XI Censo General de Población y Vivienda. Resumen General 1990.

**INMUNIZACIONES SISTEMA NACIONAL DE SALUD
1980 - 1999**

CUADRO 11

AÑO	TOTAL	BCG	SARAMPION	DTP	ANTI SARAMPIONOSA	TOXIODE TETÁNICO	ANTITIFOIDICA	ANTI RABICA HUMANA	OTROS BIOLÓGICOS
1980	23 409 561	1 805 561	6 075 136	4 221 155	2 279 651	6 246 041	2 559 245	222 267	ND
1985	58 903 175	3 465 266	16 767 848	8 767 493	4 874 022	13 647 530	10 584 977	796 039	ND
1990	81 727 792	2 810 757	35 330 675	15 895 577	11 828 764	13 084 707	1 505 101	502 011	770 200
1994	91 477 687	4 360 701	35 908 456	12 506 479	23 692 379	13 650 942	709 516	378 988	269 226
1999	82 584 997	2 835 518	32 047 861	11 254 884	6 071 788	22 564 076	418 260	240 724	7 122 021

FUENTE: Sistema Nacional de Salud. Breviario Estadístico 1980-1994. p. 107

NOTA: Apartir de 1991, se incluyen las unidades estatales municipales y universitarias

**NACIMIENTOS REGISTRADOS POR NIVEL URBANO , RURAL
1976 - 1999.**

CUADRO 12

NACIMIENTOS SEGUN NIVEL URBANO , RURAL.	1976	1980	1985	1990	1995	1999
TOTAL	2 369 825	2 427 628	2 655 571	2 735 312	2 750 444	2 769 089
Urbano	1 443 689	1 443 230	1 465 419	1 655 365	1 781 589	1 804 415
Rural	923 429	965 806	823 675	939 091	832 154	786 089
No especificado	2 707	18 592	366 477	140 856	136 701	178 585

FUENTE : INEGI, DGE: Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales.

**NACIDOS VIVOS REGISTRADOS POR GRUPOS QUINQUENALES
DE EDAD DE LA MADRE AL NACIMIENTO
1975 – 1999.**

CUADRO 13

GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD DE LA MADRE	1975	1980	1985	1990	1995	1999
TOTAL	2 429 768	2 427 628	2 655 571	2 735 312	2 750 444	2 769 089
Menores de 15 años	2 254	6 898	8 572	13 206	11 756	11 609
15 a 19 años	297 025	371 794	390 147	453 348	420 681	428 935
20 a 24 años	642 083	737 106	823 304	831 282	835 139	805 998
25 a 29 años	556 689	559 318	653 535	655 577	669 246	683 650
30 a 34 años	365 710	340 138	383 312	381 375	408 581	416 654
34 a 39	283 067	217 127	218 456	190 252	197 806	197 238
40 a 44 años	121 101	82 993	76 379	59 386	60 757	58 029
45 a 49 años	47 399	21 963	15 730	11 140	10 388	8 826
50 y más años	57 307	25 998	1 183	754	3 621	3 143
No especificado	7 138	64 293	84 953	138 992	132 289	155 010

FUENTE : INEGI, DGE: Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales.

**NACIDOS VIVOS REGISTRADOS POR
ESCOLARIDAD DE LA MADRE
1985 - 1999.**

CUADRO 14

ESCOLARIDAD DE LA MADRE	1985	1990	1995	1999
TOTAL	2 655 571	2 735 312	2 750 444	2 769 089
Sin escolaridad	498 397	374 406	302 838	234 454
Primaria Incompleta	692 500	566 193	434 343	365 512
Primaria Completa	712 314	731 974	737 637	743 752
Secundaria e Equivalente	377 539	533 235	670 711	745 922
Preparatoria	105 456	174 629	253 831	295 277
Profesional	117 893	156 083	174 478	183 862
No especificado	151 472	178 792	176 606	202 310

FUENTE : INEGI, DGE: Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales.

NACIMIENTOS REGISTRADOS POR CONDICION DE ACTIVIDAD DE LA MADRE Y POSICION EN EL TRABAJO. 1985 - 1999.

CUADRO 15

CONDICIÓN Y POSICIÓN DE ACTIVIDAD DE LA MADRE	1985	1990	1995	1999
TOTAL	2 655 571	2 735 312	2 750 444	2 769 089
Trabaja	423 061	378 536	450 365	423 734
Obrero o Peón	34 099	44 009	49 084	65 172
Jornalero	--	--	--	--
Empleado	207 320	247 588	28 2 312	294 343
Patrón o Empresario	1 476	3 299	4 208	4 920
Miembro de una Cooperativa de Producción	577	1 382	-	507
Trabajador No Remunerado	121 365	13 858	2 513	2 932
Trabajador por Cuenta Propia	34 481	61 434	42 919	41 310
Posición No especificada en el Trabajo	23 743	6 966	68 995	14 550
No Trabaja	1 990 970	2 115 170	2 094 251	2 118 098
Condición de Actividad no Especificada	241 540	241 606	205 828	227 257

NOTA: Los totales de este cuadro no coinciden con los de edad de la madre y nivel rural, urbano por referirse a los nacidos vivos registrados en los dos últimos años de referencia del cuadro.

FUENTE: INEGI, DGE: Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales.

**PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS REGISTRADOS,
POR ENTIDAD FEDERATIVA DE NACIMIENTO,
SEGUN PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO
1985.**

CUADRO 16.1

ENTIDAD FEDERATIVA	TOTAL	MEDICO	ENFERMERA O PARTERA	OTRO	PERSONA NO ESPECIFICADA
ESTADOS UNIDOS					
MEXICANOS	2 655 571	60.87	32.15	1.6	5.36
AGUASCALIENTES	21 948	83.46	12.66	3.15	0.71
BAJA CALIFORNIA NORTE	42 503	96.08	3.01	0.48	0.41
BAJA CALIFORNIA SUR	8 185	90.51	7.86	1.12	0.49
CAMPECHE	16 324	53.86	45.76	0.14	0.22
COAHUILA	62039	80.73	8.51	0.42	10.32
COLIMA	13 737	75.92	16.5	6.72	0.84
CHIAPAS	133 364	13.41	81.7	2.09	2.78
CHIHUAHUA	69 529	79.28	15.66	0.76	4.27
DISTRITO FEDERAL	262 424	93.35	3.32	0.27	3.03
DURANGO	44 273	54.71	36.77	2.56	5.94
GUANAJUATO	135 956	47.51	47.51	2.2	18.92
GUERRERO	98 059	34.79	59.15	1.76	4.28
HIDALGO	69 663	54.94	39.27	1.25	4.53
JALISCO	178 914	80.67	13.14	0.54	5.62
MEXICO	297 640	59.13	34.54	1.82	4.49
MICHOACAN	135 074	53.72	36.2	3.29	6.76
MORELOS	40 404	61.96	36.47	0.57	0.98
NAYARIT	25 452	66.61	32.12	0.13	1.13
NUEVO LEON	79 408	91.39	4.54	1.2	2.84
OAXACA	107 060	27.82	67.87	3.75	0.54
PUEBLA	146 694	42.17	45.88	1.7	10.23
QUERETARO	34 538	60.64	17.79	2.42	19.13
QUINTANA ROO	12 896	55.82	33.58	8.94	1.64
SAN LUIS POTOSI	65 735	51.47	34.82	5.11	8.58
SINALOA	67 934	74.77	20.74	0.37	4.09
SONORA	49 592	93.06	5.25	0.12	1.54
TABASCO	48 423	38.47	59.08	0.83	1.6
TAMAULIPAS	69 670	82.16	16.23	0.13	1.46
TLAXCALA	27 472	59.75	36.36	1.07	2.87
VERACRUZ	227 727	37.73	55.9	2.16	4.18
YUCATAN	39 720	53.72	45.44	0.48	0.33
ZACATECAS	42 285	57.53	25.5	1.83	15.12
NO ESPECIFICADA	929	31.22	23.34	1.81	43.61
EXTRANJERO					

FUENTE: INEGI. DGE. Tabulado No. 18 de Nacidos Vivos Registrados. (Lista de Computo).

**PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS REGISTRADOS,
POR ENTIDAD FEDERATIVA DE NACIMIENTO,
SEGUN PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO
1990.**

CUADRO 16.2

ENTIDAD FEDERATIVA	TOTAL	MEDICO	ENFERMERA O PARTERA	OTRO	PERSONA NO ESPECIFICADA
ESTADOS UNIDOS					
MEXICANOS	2 735 312	67.06	26.15	1.62	5.14
AGUASCALIENTES	24 160	89.75	6.81	1.93	1.53
BAJA CALIFORNIA NORTE	49 229	93.91	2.48	0.38	3.21
BAJA CALIFORNIA SUR	9 316	87.97	6.32	1.12	4.57
CAMPECHE	17 602	54.47	44.57	0.40	0.54
COAHUILA	59 735	90.53	2.96	0.34	6.16
COLIMA	12 927	88.26	8.94	1.02	1.58
CHIAPAS	198 286	10.51	55.84	0.90	32.73
CHIHUAHUA	69 642	87.66	7.69	0.59	4.04
DISTRITO FEDERAL	233 828	97.02	1.95	0.16	0.85
DURANGO	47 823	68.36	21.94	2.95	6.73
GUANAJUATO	135 978	69.00	25.42	2.86	2.70
GUERRERO	97 905	40.51	48.87	5.48	5.13
HIDALGO	68 558	63.04	34.20	2.34	0.4
JALISCO	173 030	85.68	10.35	1.06	2.89
MEXICO	317 814	72.15	24.66	1.84	1.33
MICHOACAN	135 996	63.40	28.56	3.59	4.43
MORELOS	38 797	72.50	26.54	0.66	0.31
NAYARIT	27 186	68.42	22.83	2.70	6.03
NUEVO LEON	81 573	96.18	2.52	0.34	0.94
OAXACA	106 766	38.12	55.07	2.99	3.8
PUEBLA	156 577	54.07	44.07	0.69	1.15
QUERETARO	39 761	70.52	16.27	4.24	8.94
QUINTANA ROO	19 783	57.53	38.74	1.87	1.85
SAN LUIS POTOSI	66 628	59.31	30.87	2.39	7.41
SINALOA	67 287	78.23	11.83	0.77	9.15
SONORA	52 603	93.80	3.26	0.23	2.70
TABASCO	54 306	47.46	50.13	0.08	2.30
TAMAULIPAS	67 327	89.64	9.28	0.11	0.95
TLAXCALA	27 031	77.27	21.38	0.77	0.56
VERACRUZ	194 105	50.79	45.07	1.12	3.01
YUCATAN	40 874	62.43	33.08	4.06	0.41
ZACATECAS	40 898	58.41	25.3	5.92	10.35
NO ESPECIFICADA					
EXTRANJEROS	1 983				

FUENTE: INEGI. DGE. Tabulado No. 18 de Nacidos Vivos Registrados. (Listado de Computo).

**PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS REGISTRADOS
POR ENTIDAD FEDERATIVA DE NACIMIENTO,
SEGUN PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO
1995.**

CUADRO 16.3

ENTIDAD FEDERATIVA	TOTAL	MEDICO	ENFERMERA O PARTERA	OTRO*	PERSONA NO ESPECIFICADA
ESTADOS UNIDOS					
MEXICANOS	2 750 444	68.6	22.5	0.7	8.2
AGUASCALIENTES	27 244	94.6	4.3	0.1	1.0
BAJA CALIFORNIA NORTE	54 687	89.5	2.2	0.1	8.1
BAJA CALIFORNIA SUR	9 711	93.6	1.7	0.1	4.6
CAMPECHE	16 580	64.5	33.8	0.0	1.6
COAHUILA	59 094	91.8	2.6	0.3	5.3
COLIMA	13 941	92.3	4.9	0.1	2.6
CHIAPAS	143 592	21.8	61.1	0.6	16.5
CHIHUAHUA	73 360	84.9	8.9	1.5	4.8
DISTRITO FEDERAL	246 994	97.1	1.7	0.1	1.1
DURANGO	46 961	68.4	16.2	2.5	12.9
GUANAJUATO	137 509	77.9	16.1	1.4	4.5
GUERRERO	141 775	37.3	56.1	3.1	3.5
HIDALGO	67 051	69.4	28.2	1.2	1.2
JALISCO	168 621	89.7	5.1	0.4	4.8
MEXICO	270 632	79.6	18.1	1.3	1.0
MICHOACAN	136 282	19.2	5.4	0.2	75.2
MORELOS	34 522	79.0	17.7	1.0	1.3
NAYARIT	26 161	76.4	13.1	0.4	10.0
NUEVO LEON	85 226	96.4	1.7	0.1	1.8
OAXACA	115 064	40.5	56.1	0.3	3.0
PUEBLA	140 958	65.1	33.0	0.5	1.4
QUERETARO	43 851	74.3	13.8	2.8	9.1
QUINTANA ROO	19 899	73.5	23.9	0.5	2.0
SAN LUIS POTOSI	69 507	65.2	27.5	0.1	6.4
SINALOA	74 127	83.6	9.6	0.3	6.6
SONORA	56 620	92.8	4.6	0.0	2.6
TABASCO	57 932	46.5	40.0	0.1	13.4
TAMAULIPAS	74 979	82.0	7.6	0.0	10.4
TLAXCALA	27 010	81.7	16.6	0.3	1.3
VERACRUZ	226 712	48.2	46.5	0.3	5.0
YUCATAN	40 523	77.4	22.3	0.0	0.1
ZACATECAS	40 089	78.1	14.8	0.6	6.5
EXTRANJEROS	3 260	79.8	4.3	0.5	15.4

FUENTE: INEGI. DGE. Cuaderno de Población No. 8, p. 30 .

(*) Incluye personas no especificadas

**PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS REGISTRADOS,
POR ENTIDAD FEDERATIVA DE NACIMIENTO,
SEGUN PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO
1999.**

CUADRO 16.4

ENTIDAD FEDERATIVA	TOTAL	MEDICO	ENFERMERA O PARTERA	OTRO	PERSONA NO ESPECIFICADA
ESTADOS UNIDOS					
MEXICANOS	2 769 089	74.5	20.0	0.5	4.5
AGUASCALIENTES	26 219	96.1	2.6	0.0	1.3
BAJA CALIFORNIA NORTE	6 052	94.5	1.5	0.0	4.0
BAJA CALIFORNIA SUR	10 333	95.3	0.9	0.0	3.7
CAMPECHE	18 346	67.1	28.2	0.0	4.7
COAHUILA	56 974	95.0	1.3	0.1	3.5
COLIMA	13 615	93.8	3.0	1.7	1.4
CHIAPAS	13 401	24.0	63.5	0.3	12.1
CHIHUAHUA	91 533	78.2	6.7	2.3	12.7
DISTRITO FEDERAL	233 417	95.9	2.5	0.1	1.5
DURANGO	52 695	73.5	16.7	0.1	9.7
GUANAJUATO	13 8 893	84.7	10.0	0.8	4.5
GUERRERO	114 224	46.5	49.7	0.0	3.7
HIDALGO	70 971	64.2	31.8	1.5	2.4
JALISCO	164 652	92.5	4.7	0.1	2.6
MEXICO	293 622	82.6	15.4	1.0	1.0
MICHOACAN	132 313	73.3	18.7	0.6	7.8
MORELOS	27 945	82.0	16.2	0.6	1.1
NAYARIT	23 648	80.0	10.8	0.8	8.3
NUEVO LEON	90 861	98.2	0.9	0.0	0.9
OAXACA	115 962	45.7	50.0	0.2	4.0
PUEBLA	178 962	64.1	31.7	0.5	3.6
QUERETARO	43 216	80.3	9.7	0.6	9.4
QUINTANA ROO	23 432	78.4	20.2	0.3	1.0
SAN LUIS POTOSI	67 338	70.2	21.7	0.9	7.2
SINALOA	74 384	80.1	10.9	0.4	7.9
SONORA	57 618	92.8	4.5	0.0	2.2
TABASCO	52 266	59.8	34.3	0.0	5.8
TAMAULIPAS	68 994	94.9	3.6	0.0	1.5
TLAXCALA	26 069	85.4	12.8	0.6	1.1
VERACRUZ	208 002	54.2	38.9	0.1	6.8
YUCATAN	37 712	84.8	14.9	0.0	0.3
ZACATECAS	41 187	84.4	14.0	0.2	5.3
NO ESPECIFICADA	-	-	-	-	-
EXTRANJEROS	9 895	87.3	2.6	0.1	9.9

FUENTE: INEGI. DGE. Tabulado No. 18 de Nacidos Vivos Registrados. (Listado de Computo).

**PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS REGISTRADOS
POR ENTIDAD FEDERATIVA DE NACIMIENTO,
SEGUN LUGAR DE ATENCION DEL PARTO
1985 .**

CUADRO 17.1

ENTIDAD FEDERATIVA	TOTAL DE ATENCION HOSPITALARIA	HOSPITAL O CLINICA OFICIAL	HOSPITAL O CLINICA PRIVADA	EN SU DOMICILIO	OTRO LUGAR	LUGAR NO ESPECIFICADO
ESTADOS UNIDOS						
MEXICANOS	59.75	47.89	11.86	34.19	0.69	5.35
AGUASCALIENTES	83.49	68.90	14.59	13.84	1.92	0.71
BAJA CALIFORNIA NORTE	95.42	75.70	19.72	3.81	0.32	0.40
BAJA CALIFORNIA SUR	91.99	90.01	1.98	5.87	1.62	0.49
CAMPECHE	52.86	48.49	4.37	46.72	0.18	0.22
COAHUILA	81.82	77.04	4.78	7.51	0.33	10.31
COLIMA	75.16	66.92	8.24	16.05	7.94	0.83
CHIAPAS	11.87	8.31	3.56	85.01	0.33	2.78
CHIHUAHUA	79.86	62.23	17.63	14.84	1.01	4.27
DISTRITO FEDERAL	92.55	75.22	17.33	4.33	0.06	3.03
DURANGO	60.12	50.05	10.07	32.29	1.65	5.91
GUANAJUATO	47.08	35.19	11.89	31.92	2.08	18.91
GUERRERO	33.00	23.09	9.91	62.21	0.50	4.26
HIDALGO	55.81	45.18	10.63	39.28	0.36	4.52
JALISCO	77.61	58.57	18.04	15.92	0.84	5.60
MEXICO	56.74	40.93	15.81	38.52	0.24	4.48
MICHOACAN	50.54	36.46	14.08	42.09	0.61	6.73
MORELOS	61.36	47.66	13.70	37.29	0.34	0.98
NAYARIT	65.53	60.05	5.48	32.30	1.01	1.13
NUEVO LEON	91.42	75.69	15.73	4.82	0.89	2.84
OAXACA	27.99	22.21	5.78	70.96	0.49	0.53
PUEBLA	39.47	29.21	10.26	49.98	0.29	10.23
QUERETARO	59.86	54.63	5.23	19.80	1.20	19.11
QUINTANA ROO	51.42	48.94	2.48	40.99	5.92	1.64
SAN LUIS POTOSI	51.19	43.90	7.29	38.37	1.88	8.54
SINALOA	72.30	61.16	11.14	22.52	1.08	4.08
SONORA	92.56	82.64	9.92	5.64	0.24	1.53
TABASCO	37.16	30.70	6.46	60.91	0.33	1.58
TAMAULIPAS	82.82	71.81	11.01	15.52	0.14	1.46
TLAXCALA	63.98	44.93	19.5	32.88	0.25	2.86
VERACRUZ	36.91	29.36	7.55	57.99	0.90	4.18
YUCATAN	52.78	43.18	9.60	46.60	0.28	0.32
ZACATECAS	50.32	45.72	4.60	34.13	0.42	15.1
USA						
PAISES DE LATINO A.		-	-	-	-	-
OTROS PAISES	-	-	-	-	-	-

FUENTE: INEGI. DGE. Tabulado No. 17 de Nacidos Vivos Registrados . (Listado de Computo).

**PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS REGISTRADOS
POR ENTIDAD FEDERATIVA DE NACIMIENTO,
SEGUN LUGAR DE ATENCION DEL PARTO
1990.**

CUADRO 17.2

ENTIDAD FEDERATIVA	TOTAL DE ATENCION HOSPITALARIA	HOSPITAL O CLINICA OFICIAL	HOSPITAL O CLINICA PRIVADA	EN SU DOMICILIO	OTRO LUGAR	LUGAR NO ESPECIFICADO
ESTADOS UNIDOS						
MEXICANOS	66.93	52.98	13.95	26.25	1.1	5.69
AGUASCALIENTES	90.25	73.78	16.47	5.88	1.82	1.82
BAJA CALIFORNIA NORTE	93.42	72.84	20.58	1.41	3.59	6.59
BAJA CALIFORNIA SUR	91.05	85.95	5.10	2.12	6.20	6.20
CAMPECHE	53.86	45.73	8.13	43.05	0.60	0.60
COAHUILA	91.02	87.42	3.60	2.21	6.44	6.44
COLIMA	88.76	82.02	6.74	7.96	1.73	1.73
CHIAPAS	10.40	7.97	2.43	56.66	32.77	32.77
CHIHUAHUA	88.09	72.24	15.81	6.58	4.85	4.85
DISTRITO FEDERAL	96.07	75.28	20.79	2.57	1.17	1.17
DURANGO	72.75	65.69	7.06	18.25	8.16	8.16
GUANAJUATO	68.65	49.10	19.17	24.46	3.03	3.03
GUERRERO	68.27	29.09	12.13	49.33	7.99	7.99
HIDALGO	41.22	51.06	13.71	33.85	0.64	0.64
JALISCO	64.77	67.45	18.95	9.48	3.37	3.37
MEXICO	86.40	55.19	15.79	27.02	1.59	1.59
MICHOACAN	70.98	42.06	20.89	30.42	4.79	4.79
MORELOS	62.95	54.81	17.36	26.20	0.88	0.88
NAYARIT	72.17	64.41	8.58	18.76	6.55	6.55
NUEVO LEON	72.99	81.64	14.70	2.32	1.03	1.03
OAXACA	96.34	27.72	10.02	56.40	5.19	5.19
PUEBLA	37.74	35.10	17.38	45.32	1.32	1.32
QUERETARO	52.48	61.76	9.52	16.46	10.40	10.4
QUINTANA ROO	71.28	49.42	8.79	38.91	1.95	1.95
SAN LUIS POTOSI	58.21	50.63	8.28	29.34	9.10	9.10
SINALOA	58.91	65.63	11.91	10.44	10.82	10.82
SONORA	77.44	87.69	6.96	2.02	2.99	2.99
TABASCO	94.65	41.43	6.92	48.96	2.34	2.34
TAMAULIPAS	48.35	72.84	15.85	9.81	11.50	11.50
TLAXCALA	88.69	60.24	16.36	22.59	0.62	0.62
VERACRUZ	76.57	39.12	11.25	44.96	3.39	3.39
YUCATAN	50.37	49.04	14.33	33.62	0.51	0.51
ZACATECAS	63.37	50.16	12.15	19.39	11.96	11.96
USA	-	-	-	-	-	-
PAISES DE LATINO A.	-	-	-	-	-	-
OTROS PAISES	-	-	-	-	-	-

FUENTE: INEGI. DGE. Tabulado No. 17 de Nacidos Vivos Registrados . (Listado de Computo).

**PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS REGISTRADOS
POR ENTIDAD FEDERATIVA DE NACIMIENTO,
SEGUN LUGAR DE ATENCION DEL PARTO
1995.**

CUADRO 17.3

ENTIDAD FEDERATIVA	TOTAL DE ATENCION HOSPITALARIA	HOSPITAL O CLINICA OFICIAL	HOSPITAL O CLINICA PRIVADA	EN SU DOMICILIO	OTRO LUGAR	LUGAR NO ESPECIFICADO
ESTADOS UNIDOS						
MEXICANOS	67.4	55.4	13.0	22.4	0.7	8.5
AGUASCALIENTES	93.8	78.1	15.7	4.4	0.3	1.3
BAJA CALIFORNIA NORTE	89.3	68.3	21.0	1.8	0.1	8.8
BAJA CALIFORNIA SUR	93.3	92.0	1.3	1.2	0.2	5.3
CAMPECHE	40.6	37.3	3.3	20.8	0.5	1.0
COAHUILA	92.1	88.8	3.3	2.1	0.2	5.6
COLIMA	92.3	85.5	6.8	4.7	0.3	2.7
CHIAPAS	21.6	18.3	3.3	61.6	0.1	16.6
CHIHUAHUA	86.4	70.0	16.4	7.6	0.7	5.3
DISTRITO FEDERAL	96.8	77.4	19.4	19.4	0.0	1.3
DURANGO	71.5	64.0	7.5	13.7	1.1	13.6
GUANAJUATO	76.9	56.2	20.7	13.8	3.9	5.3
GUERRERO	37.7	27.1	10.6	57.4	1.2	3.7
HIDALGO	70.4	58.6	11.8	27.8	0.5	1.3
JALISCO	89.0	73.0	16.0	5.0	0.6	5.2
MEXICO	78.4	60.0	18.4	20.0	0.4	1.1
MICHOACAN	18.7	13.0	5.7	5.8	0.2	75.3
MORELOS	80.1	53.9	26.2	17.4	1.0	1.5
NAYARIT	76.3	72.6	3.7	12.4	0.3	10.1
NUEVO LEON	96.2	78.9	17.3	1.9	0.1	1.8
OAXACA	41.4	34.9	6.5	55.4	0.1	3.1
PUEBLA	64.2	42.0	22.2	33.6	0.6	1.4
QUERETARO	76.4	69.6	6.8	12.5	1.1	10.0
QUINTANA ROO	73.0	63.3	9.7	23.9	0.1	2.1
SAN LUIS POTOSI	65.6	56.3	9.3	26.4	0.8	7.1
SINALOA	82.8	74.1	8.7	8.0	1.3	7.9
SONORA	94.7	88.0	6.7	1.6	0.4	2.9
TABASCO	46.1	42.3	3.8	40.2	0.1	13.5
TAMAULIPAS	81.2	70.6	10.6	8.0	0.0	10.6
TLAXCALA	73.0	64.0	19.0	15.3	0.0	1.4
VERACRUZ	47.7	37.9	9.8	46.5	0.7	5.0
YUCATAN	77.1	66.7	10.4	22.2	0.5	0.2
ZACATECAS	78.2	65.7	12.5	12.9	1.8	7.0
USA	-	-	-	-	-	-
PAISES DE LATINO A.	-	-	-	-	-	-
OTROS PAISES	-	-	-	-	-	-

FUENTE: INEGI. DGE. Cuaderno de Población No. 8, p. 30.

**PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS REGISTRADOS
POR ENTIDAD FEDERATIVA DE NACIMIENTO,
SEGUN LUGAR DE ATENCION DEL PARTO
1999.**

CUADRO 17.4

ENTIDAD FEDERATIVA	TOTAL DE ATENCION HOSPITALARIA	HOSPITAL O CLINICA OFICIAL	HOSPITAL O CLINICA PRIVADA	EN SU DOMICILIO	OTRO LUGAR	LUGAR NO ESPECIFICADO
ESTADOS UNIDOS						
MEXICANOS	75.2	57.7	17.5	19.9	0.5	4.9
AGUASCALIENTES	95.7	77.1	18.6	2.7	0.1	1.4
BAJA CALIFORNIA NORTE	94.8	73.1	21.7	0.8	0.1	4.2
BAJA CALIFORNIA SUR	95.0	93.4	1.6	0.7	0.2	4.0
CAMPECHE	67.2	61.4	5.8	28.1	0.0	4.7
COAHUILA	94.9	90.1	4.93	0.9	0.2	3.8
COLIMA	93.5	81.7	11.8	4.7	0.1	1.7
CHIAPAS	23.8	19.3	4.5	63.6	0.3	12.3
CHIHUAHUA	78.3	62.5	15.8	8.1	0.7	12.8
DISTRITO FEDERAL	75.7	73.3	22.4	2.6	0.1	1.6
DURANGO	74.4	66.5	7.9	15.2	0.2	10.1
GUANAJUATO	74.2	58.4	25.8	8.2	2.5	5.0
GUERRERO	46.8	33.0	13.8	49.3	0.0	3.8
HIDALGO	64.5	50.4	14.1	31.4	0.7	3.4
JALISCO	95.8	70.5	21.3	4.7	0.2	3.4
MEXICO	81.5	57.4	24.1	16.4	0.7	1.3
MICHOACAN	72.3	48.1	24.2	19.1	0.7	8.0
MORELOS	81.8	51.4	30.4	14.9	1.9	1.4
NAYARIT	80.4	75.1	5.3	10.1	0.1	9.3
NUEVO LEON	97.9	71.8	26.1	10.2	0.0	0.8
OAXACA	46.5	38.0	8.5	48.7	0.6	4.7
PUEBLA	63.7	39.3	24.4	31.5	0.7	4.0
QUERETARO	86.0	70.4	10.6	8.6	0.4	10.0
QUINTANA ROO	78.0	65.8	12.2	20.7	0.1	1.1
SAN LUIS POTOSI	70.0	59.8	10.2	21.5	0.2	8.3
SINALOA	82.0	71.2	10.8	8.4	1.1	8.4
SONORA	95.3	88.3	7.0	2.0	0.2	2.5
TABASCO	59.6	54.7	4.9	34.0	0.0	6.4
TAMAULIPAS	94.3	78.3	16.0	4.0	0.0	1.7
TLAXCALA	86.0	61.7	24.3	12.1	0.4	1.4
VERACRUZ	53.8	42.9	10.9	38.3	0.4	7.5
YUCATAN	84.6	72.9	11.8	14.9	0.0	0.3
ZACATECAS	83.9	75.8	8.1	9.9	0.3	5.7
USA	-	-	-	-	-	-
PAISES DE LATINO A.	-	-	-	-	-	-
OTROS PAISES	-	-	-	-	-	-

FUENTE: INEGI. DGE. Cuaderno de Población No. 8, p. 30.

DEFUNCIONES GENERALES POR TAMAÑO DE LOCALIDAD DE RESIDENCIA HABITUAL, SEGUN GRUPOS DE EDAD DEL FALLECIDO 1995.

CUADRO 18

TAMAÑO DE LOCALIDAD	TOTAL	1 AÑO	1 A 4 AÑOS	5 A 14 AÑOS	15 A 24 AÑOS	25 A 34 AÑOS	35 A 44 AÑOS	45 A 64 AÑOS	65 AÑOS Y MAS	NO ESPECIFICADO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS										
DE 1 Y 99 HAB.	430 278	48 023	10 680	8 039	20 601	25 162	29 020	88 201	198 018	2 334
1,000 A 1,999 HAB.	67 641	8 038	2 974	1 851	3 664	3 913	4 478	12 417	29 952	354
2,000 A 2,499 HAB.	28 821	3 578	1 202	717	1 347	1 461	1 795	5 314	13 306	101
2,500 A 4,999 HAB.	8 891	1 079	385	195	424	459	546	1 663	4 106	34
5,000 A 9,999 HAB.	27 081	3 255	837	584	1 232	1 394	1 657	5 167	12 847	108
10,000 A 14,999 HAB.	26 396	3 050	650	525	1 247	1 441	1 732	5 133	12 510	108
15,000 A 19,999 HAB.	14 725	1 730	352	263	664	774	934	2 936	7 011	61
20,000 A 29,999 HAB.	11 345	1 381	234	186	551	639	739	2 237	5 340	38
30,000 A 39,999 HAB.	14 028	1 662	312	265	638	755	708	2 923	6 508	57
40,000 A 49,999 HAB.	8 971	973	194	173	418	491	564	1 870	4 265	23
50,000 A 74, 999 HAB.	7 363	792	149	119	371	414	454	1 439	3 595	30
75,000 A 99,999 HAB.	12 544	1 448	288	250	648	795	852	2 539	5 646	78
100,000 A 249,999 HAB.	8 458	807	169	137	456	534	581	1 896	3 849	29
250,000 A 499,999 HAB.	34 996	4 347	676	588	1 677	2 217	2 529	7 717	15 124	121
500,000 A 999,999 HAB.	58 492	5 655	840	781	2 499	3 221	3 847	12 717	28 765	167
1'000,000 A 1'499,999 HAB.	47 548	4 732	653	666	2 247	2 866	3 362	10 395	22 516	111
1'500,000 Y MAS HAB.	36 696	4 221	573	524	1 625	2 272	2 585	8 541	16 295	60
NO ESPECIFICADO	9 978	825	137	145	389	520	671	2 019	5 264	8
	6 304	450	55	70	504	996	986	1 278	1 119	846

FUENTE: INEGI. DGE. Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales. Tabulado No. 20 de Defunciones Generales 1995.

DEFUNCIONES GENERALES POR TAMAÑO DE LOCALIDAD DE RESIDENCIA HABITUAL, SEGUN GRUPOS DE EDAD DEL FALLECIDO 1999.

CUADRO 18.1

TAMAÑO DE LOCALIDAD	TOTAL	1 AÑO	1 A 4 AÑOS	5 A 14 AÑOS	15 A 24 AÑOS	25 A 34 AÑOS	35 A 44 AÑOS	45 A 64 AÑOS	65 AÑOS Y MAS	NO ESPECIFICADO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	430 950	40 283	7 774	7 483	18 191	23 670	29 783	95 461	218 994	2 311
DE 1 Y 99 HAB.	70 062	6 581	2 069	1 778	3 298	3 830	4 587	13 718	33 847	354
1,000 A 1,999 HAB.	27 253	2 671	687	597	1 118	1 306	1 724	5 419	13 616	105
2,000 A 2,499 HAB.	8 349	802	185	179	363	394	494	1 685	4 206	41
2,500 A 4,999 HAB.	25 812	2 495	571	493	999	1 214	1 641	5 236	13 063	97
5,000 A 9,999 HAB.	25 625	2 541	469	444	1 111	1 244	1 612	5 156	12 920	128
10,000 A 14,999 HAB.	15 643	1 525	276	246	641	777	1 038	3 272	7 785	83
15,000 A 19,999 HAB.	11 045	1 055	197	180	480	553	729	2 381	5 425	45
20,000 A 29,999 HAB.	15 330	1 454	263	287	602	818	1 015	3 215	7 613	63
30,000 A 39,999 HAB.	9 763	859	151	177	387	456	594	2 123	4 988	28
40,000 A 49,999 HAB.	7 206	570	93	131	268	363	496	1 677	3 591	17
50,000 A 74, 999 HAB.	11 891	1 091	197	220	511	688	821	2 519	5 797	47
75,000 A 99,999 HAB.	9 866	926	153	160	417	547	693	2 189	4 746	35
100,000 A 249,999 HAB.	33 979	3 030	452	446	1 368	1 890	2 388	7 990	16 314	101
250,000 A 499,999 HAB.	53 258	4 549	605	649	1 969	2 693	3 567	12 007	27 059	157
500,000 A 999,999 HAB.	65 983	5 598	801	820	2 581	3 614	4 420	14 714	33 214	221
1'000,000 A 1'499,999 HAB.	30 213	2 766	355	372	1 102	1 582	2 008	7 082	14 915	31
1'500,000 Y MAS HAB.	16 820	1 481	185	223	552	820	1 068	3 739	8 744	8
NO ESPECIFICADO	5 852	289	65	81	424	875	888	1 329	1 151	750

FUENTE: INEGI. DGE. Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales. Tabulado No. 20 de Defunciones Generales 1995.

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL PAÍS
1960 -- 1999**

Cuadro 19

Principales Causas de Mortalidad	1960		1970		1980		1990		1999	
	Defunciones	0/100								
Estados Unidos Mexicanos	402 545	100	485 656	100	434 465	100	422 803	100	443 950	100
Enteritis y otras diarreas	59 982	16.5	69 410	13.7	59 749	13.8	22 196	5.3	19 379	4.3
Sarampión	6 096	1.7	11 891	2.4	59 501	13.7	5 436	1.3	-	-
Enfermedades del Corazón	15 892	4.4	18 698	3.7	71 376	16.4	52 999	12.5	69 278	15.6
Enfermedad Cerebrovascular	6 999	1.9	12 107	2.4	15 215	3.5	19 760	4.7	25 836	5.81
Neumonías	48 333	13.3	72 036	14.2	36 196	8.3	22 205	5.3	14 068	3.16
Cirrosis Hepática	5 567	1.5	11 182	2.2	ND	-	17 902	4.2	13 623	3.06
Enfermedad del Aparato Digestivo	10 915	3.0	10 296	2.0	30 947	7.1	22 196	5.3	41 692	9.39
Causas de Mortalidad Perinatal	21 701	6.0	17 543	3.4	26 399	6.1	23063	5.5	19 268	4.34
Senelidad sin mención de P.	20 666	5.7	26 350	5.2	ND	-	ND	-	-	-
Síntomas y Est. Morbosos mal definido	27 921	7.7	38 952	7.7	29 155	6.7	9 716	2.3	-	-
Homicidio y lesiones provocadas intencionalmente por otra persona	11 158	3.1	8 450	1.7	ND	-	14 497	3.4	12 249	2.75
Lesiones Accidentales	ND	-	13 874	2.7	ND	-	25 782	6.1	35 690	8.03
Otras Causas	167 315	46.0	174 867	34.5	57 720	13.3	61 555	14.6	233 559	52.8
Tasas de Mortalidad por mil habitantes		11.1		9.6		6.5		5.2		4.5*

FUENTE: INEGI: DGE: Anuarios Estadísticos de los Estados Unidos Mexicanos (Varios Años).

(*) Por cada mil habitantes

**DEFUNCIONES DE MENORES DE UN AÑO POR ENTIDAD
FEDERATIVA Y TASA MORTALIDAD
1970 - 1999**

CUADRO 20

ENTIDAD	1970	TASA	1980	TASA	1990	TASA	1999	TASA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	146008	68.5	9422	38.8	65497	23.9	40 283	14.54
AGUASCALIENTES	1377	79.7	962	46.9	687	28.4	412	16.40
BAJACALIFORNIA NORTE	2608	67.8	1202	311	1356	27.5	1169	19.47
BAJA CALIFORNIA SUR	290	50.0	328	37.9	190	20.4	149	14.22
CAKPECHE	555	47.9	519	36.3	393	22.3	210	10.5
COAHUILA	4108	71.6	1819	30.8	970	16.2	521	9.0
COLIMA	721	64.4	481	38.9	334	25.8	158	12.11
CHIAPAS	3571	58.7	2528	33.9	3286	16.6	1539	11.62
CHIHUAHUA	4906	73.5	2777	42.8	1799	25.8	1284	14.20
DISTRITO FEDERAL 3701	22314	74.7	1078	37.0	5657	24.2	3328	16.97
			3					
DURANGO	2114	48.2	940	19.2	329	6.9	149	2.89
GUANAJUATO	10323	99.5	6852	68.8	4941	36.3	2577	18.55
GUERRERO	2804	36.3	2201	22.2	770	7.9	807	6.78
HIDALGO	3386	59.7	2779	42.7	1534	22.4	899	12.13
JALISCO	11551	75.9	6539	39.4	4159	24.0	2440	14.60
MEXICO	15881	109.6	1338	66.3	11415	35.9	7531	22.60
			5					
MICHOACAN	5423	49	3789	30.0	2370	17.4	1233	9.36
MORELOS	1269	47.4	762	20.9	862	22.2	477	13.08
NAYARIT	1221	48.2	469	18.3	336	12.4	187	7.24
NUEVO LEON	3918	52.2	2417	29.7	1414	17.3	1024	11.10
OAXACA	5595	62.9	4104	39.2	2504	23.5	1453	12.75
PUEBLA	10458	87.3	8094	54.8	5782	36.9	3893	21.40
QUERETARO	1831	74.7	1650	57.0	1362	34.3	748	18.10
QUINTANA ROO	146	26.7	311	35.5	428	21.6	333	14.80
SAN LUIS POTOSI	4029	65.3	2050	36.8	1528	22.9	906	13.10
SINALOA	2287	34.8	1185	16.1	541	8.0	328	4.33
SONORA	3145	61.3	1740	35.0	1137	21.6	743	1.28
TABASCO	1831	52.8	1850	34.4	1392	25.6	773	14.95
TAMAULIPAS	3071	52.6	1719	26.3	1090	16.2	690	10.47
TLAXCALA	2368	105	1169	79.4	1074	39.7	705	27.23
VERACRUZ	7548	55.8	5223	26.4	3967	20.4	2532	11.94
YUCATAN	1894	55.9	1532	39.6	984	24.1	589	15.50
ZACATECAS	3465	75.7	1871	44.2	867	21.2	479	12.30
NO ESPECIFICADA			83			19.7	--	--
EXTRANJEROS			14		39		--	--

FUENTE: INEGI: Cuaderno de Población No. 8 p 125.

**DEFUNCIONES Y TASAS ESPECIFICAS DE MORTALIDAD
GENERAL
FEMENINA DE 15 A 44 AÑOS POR ENTIDAD FEDERATIVA.
1970 - 1999**

CUADRO 21

ENTIDAD	1970	TASA	1980	TAS A	1990	TAS A	1995	TAS A	1999	TAS A
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	28 303	28.44	24423	16.71	21440	1096	20944	9.3	20 586	
AGUASCALIENTES	161	24.08	147	13.29	145	8.42	156	7.27	152	0.74
BAJACALIFORNIA NORTE	407	22.18	325	11.82	420	10.13	479	8.13	540	2.65
BAJA CALIFORNIA SUR	43	17.37	48	10.25	69	9.0	72	9.06	76	0.37
CAKPECHE	106	20.22	144	15.6	127	10.44	124	8.04	88	0.42
COAHUILA	548	24.25	464	13.69	460	9.26	383	7.00	417	2.02
COLIMA	124	26.33	102	13.65	82	8.1	109	10.57	86	0.41
CHIAPAS	1738	52.86	1062	24.08	1229	17.43	1099	13.34	1 140	5.53
CHIHUAHUA	777	23.71	754	16.86	720	12.13	719	10.32	711	3.45
DISTRITO FEDERAL	3701	20.1	2613	11.78	1913	8.55	2009	8.55	1 649	8.0
DURANGO	360	25.75	346	14.53	286	9.37	209	6.17	257	1.20
GUANAJUATO	1135	30.45	937	14.95	910	9.91	952	8.81	896	4.35
GUERRERO	986	47.91	874	20.03	595	10.44	618	9.32	658	3.19
HIDALGO	1115	22.02	843	26.99	519	12.38	528	10.52	1 072	5.20
JALISCO	1460	23.97	1353	14.37	1313	10.38	1274	8.56	1 206	5.85
MEXICO	1831	23.63	2630	15.66	2857	11.68	2856	9.37	6 558	31.85
MICHOACAN	1064	26.68	1155	19.26	762	9.49	808	8.80	809	3.93
MORELOS	336	24.4	360	17.41	323	11.21	321	10.1	318	1.54
NAYARIT	251	17.57	207	14.2	192	10.55	196	9.36	427	2.07
NUEVO LEON	624	17.57	531	9.43	612	7.85	592	6.35	452	2.19
OAXACA	2345	57.23	1732	35.49	1178	18.31	10.91	15.10	922	4.47
PUEBLA	2205	43.43	1725	24.82	1386	14.94	1315	12.0	1 261	6.12
QUERETARO	287	30.81	266	19.93	268	11.02	264	8.50	262	1.27
QUINTANA ROO	25	14.47	80	16.39	89	7.7	124	5.78	431	2.09
SAN LUIS POTOSI	915	36.84	586	17.34	471	10.64	1413	8.10	440	2.12
SINALOA	479	19.43	511	13.2	417	8.07	431	7.25	400	1.94
SONORA	532	23.67	519	15.62	384	8.75	436	8.40	422	2.05
TABASCO	452	30.02	496	22.0	359	10.37	367	8.51	392	1.90
TAMAULIPAS	616	20.32	596	14.07	485	8.77	454	7.03	490	2.38
TLAXCALA	234	30.02	129	11.5	211	12.17	216	10.0	208	1.01
VERACRUZ	2672	33.56	2079	1736 8	1705	11.73	1627	10.0	1 586	7.70
YUCATAN	390	24.6	389	16.8	289	9.22	274	7.38	277	1.35
ZACATECAS	384	22.06	282	12.7	268	9.46	250	8.00	239	1.16
NO ESPECIFICADA			39	-	250	-	178	-	-	-
EXTRANJEROS			99	-	146	-	-	-	182	0.88

FUENTE: INEGI: DGE IX Censo General de Población, X y Xi Censos de Población y Vivienda.

INEGI: DGE. Defunciones Tabulado No. 1

* Tasa por 10,000 mujeres de 15 a 44

**DEFUNCIONES MATERNAS Y TASA DE MORTALIDAD MATERNA
POR ENTIDAD FEDERATIVA Y TASA MORTALIDAD
1980 - 1999**

CUADRO 22

ENTIDAD	1980	TAS A	1985	TAS A	1990	TAS A	1995	TAS A	1999	TAS A
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	2296	9.45	1702	6.41	1477	5.53	1454	5.29	1250	4.5
AGUASCALIENTES	18	8.77	3	1.36	4	1.65	10	3.86	12	4.8
BAJACALIFORNIA NORTE	16	4.13	12	2.82	16	3.25	9	1.62	14	2.3
BAJA CALIFORNIA SUR	1	1.15	2	2.44	2	2.14	2	2.05	2	1.9
CAKPECHE	16	11.19	13	7.96	7	3.97	15	8.55	7	3.5
COAHUILA	50	8.46	17	2.74	5	0.83	18	3.15	15	2.6
COLIMA	9	7.27	4	2.91	4	3.09	4	3.11	2	1.5
CHIAPAS	113	14.59	117	10.32	97	4.89	93	6.49	91	6.9
CHIHUAHUA	62	9.56	43	6.18	39	5.6	23	3.18	27	3.0
DISTRITO FEDERAL	200	6.86	158	6.02	120	5.13	104	5.30	99	5.0
DURANGO	42	8.57	15	3.38	20	4.18	14	2.82	17	3.3
GUANAJUATO	94	9.43	72	5.29	87	6.39	71	5.10	55	3.9
GUERRERO	97	9.72	51	5.2	60	6.13	64	4.44	77	6.5
HIDALGO	92	14.14	50	7.17	46	6.71	44	6.42	34	4.6
JALISCO	109	6.57	55	3.07	66	3.81	55	3.24	49	2.9
MEXICO	254	12.57	242	8.13	229	7.2	220	6.94	214	6.4
MICHOACAN	132	10.44	85	6.29	41	3.04	69	5.11	48	3.6
MORELOS	39	10.67	24	5.94	23	5.92	25	7.33	14	3.8
NAYARIT	15	5.85	12	4.71	9	3.31	18	6.53	6	2.3
NUEVO LEON	14	1.7	9	1.13	19	2.32	13	1.52	19	2.1
OAXACA	163	15.57	166	15.5	128	11.98	102	8.97	66	5.8
PUEBLA	176	11.92	145	9.88	129	8.23	158	1.11	69	3.8
QUERETARO	37	12.78	20	5.79	23	5.78	24	5.77	19	4.6
QUINTANA ROO	11	12.54	7	5.42	5	2.52	11	5.57	11	4.9
SAN LUIS POTOSI	72	12.91	53	8.06	41	6.15	39	5.66	30	4.3
SINALOA	36	4.87	11	1.61	10	1.48	9	1.21	17	2.2
SONORA	44	8.84	20	4.03	13	2.47	17	3.05	12	2.1
TABASCO	51	9.48	53	10.94	15	2.76	14	2.45	33	6.3
TAMAULIPAS	45	6.89	23	3.3	12	1.78	11	1.46	28	4.2
TLAXCALA	12	8.15	18	6.55	23	8.5	27	9.66	18	6.4
VERACRUZ	195	9.85	151	6.63	145	7.47	129	5.61	116	5.5
YUCATAN	36	9.29	25	6.29	22	5.38	25	6.20	12	3.1
ZACATECAS	44	10.4	26	6.14	15	3.66	16	3.97	13	3.3
NO ESPECIFICADA	1	1.34			2					4.0
EXTRANJEROS										

FUENTE: INEGI: DGE. Defunciones Tabulado No. 1

* Tasa por 1,000 nacidos vivos registrados.

**DEFUNCIONES POR COMPLICACION DEL EMBARAZO,
PARTO Y PUERPERIO POR GRUPOS DE EDAD
1987.**

CUADRO 23

ENTIDAD FEDERATIVA	TOTAL	GRUPO DE EDADES								TASA
		-15	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 Y +	NE	
ESTADOS UNIDOS										
MEXICANOS	1546	7	462	632	401	29	0	0	15	5.53
AGUASCALIENTES	6	0	3	2	1	0	0	0	0	2.60
BAJA CALIFORNIA NORTE	8	0	3	3	2	0	0	0	0	1.78
BAJA CALIFORNIA SUR	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1.11
CAMPECHE	10	0	4	1	5	0	0	0	0	5.49
COAHUILA	15	0	4	5	5	0	0	0	1	2.33
COLIMA	6	0	0	4	2	0	0	0	0	4.09
CHIAPAS	103	1	28	40	28	5	0	0	1	7.89
CHIHUAHUA	25	0	19	5	1	0	0	0	0	3.61
DISTRITO FEDERAL	132	0	51	54	26	0	0	0	1	4.93
DURANGO	10	0	4	2	3	1	0	0	0	2.18
GUANAJUATO	71	0	11	40	18	1	0	0	1	5.31
GUERRERO	90	0	20	44	21	4	0	0	1	7.81
HIDALGO	50	0	17	21	10	1	0	0	1	6.93
JALISCO	38	0	8	19	10	0	0	0	1	2.03
MEXICO	235	0	71	101	58	3	0	0	2	8.06
MICHOACAN	62	0	19	19	23	1	0	0	0	4.29
MORELOS	21	0	5	9	6	1	0	0	0	5.12
NAYARIT	14	0	4	5	5	0	0	0	0	5.06
NUEVO LEON	13	0	6	5	0	1	0	0	1	1.69
OAXACA	137	2	42	50	41	2	0	0	0	12.05
PUEBLA	148	2	43	59	39	4	0	0	1	8.50
QUERETARO	22	0	9	10	3	0	0	0	0	5.23
QUINTANA ROO	8	0	3	3	2	0	0	0	0	5.55
SAN LUIS POTOSI	54	0	12	22	19	0	0	0	1	7.51
SINALOA	16	0	4	6	5	0	0	0	1	2.16
SONORA	15	0	5	8	2	0	0	0	0	3.35
TABASCO	27	0	10	12	4	0	0	0	1	4.72
TAMAULIPAS	18	0	5	9	4	0	0	0	0	2.38
TLAXCALA	14	0	5	5	4	0	0	0	0	5.05
VERACRUZ	140	2	35	54	43	5	0	0	1	5.94
YUCATAN	25	0	9	10	6	0	0	0	0	6.20
ZACATECAS	12	0	2	5	5	0	0	0	0	2.60
NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EXTRANJEROS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

FUENTE: Secretaría de Salud. *Estadísticas Vitales 1987*, pp. 79-111.
Tasa por 10,000 Nacidos Vivos Registrados.

**DEFUNCIONES POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO
PARTO Y PUERPERIO POR ENTIDAD FEDERATIVA, SEGUN
GRUPOS DE EDAD
1990.**

CUADRO 24

ENTIDAD FEDERATIVA	GRUPO DE EDADES									TASA	
	TOTAL	-15	15-24	25-34	34-44	45-54	55-64	65 Y +	NE		
ESTADOS UNIDOS											
MEXICANOS	1477	6	517	542	371	32	0	0	9	5.37	
AGUASCALIENTES	4	0	0	3	1	0	0	0	0	1.65	
BAJA CALIFORNIA NORTE	16	0	5	7	4	0	0	0	0	3.25	
BAJA CALIFORNIA SUR	2	0	1	1	0	0	0	0	0	2.14	
CAMPECHE	7	0	1	3	3	0	0	0	0	3.97	
COAHUILA	5	0	3	2	0	0	0	0	0	0.83	
COLIMA	4	0	1	2	1	0	0	0	0	3.09	
CHIAPAS	97	0	37	30	26	4	0	0	0	4.89	
CHIHUAHUA	39	0	19	9	10	0	0	0	1	5.60	
DISTRITO FEDERAL	120	0	40	60	19	1	0	0	0	5.13	
DURANGO	20	0	5	5	9	0	0	0	1	4.18	
GUANAJUATO	87	0	29	35	21	2	0	0	0	6.39	
GUERRERO	60	0	18	23	19	0	0	0	0	6.13	
HIDALGO	46	1	14	19	10	0	0	0	2	6.71	
JALISCO	66	0	14	30	20	1	0	0	1	3.81	
MEXICO	229	1	87	91	47	2	0	0	1	7.20	
MICHOACAN	41	1	10	19	11	0	0	0	0	3.01	
MORELOS	23	0	12	6	5	0	0	0	0	5.92	
NAYARIT	9	0	3	3	3	0	0	0	0	3.31	
NUEVO LEON	19	0	10	8	1	0	0	0	0	2.32	
OAXACA	128	1	47	25	49	3	0	0	3	11.98	
PUEBLA	129	0	41	44	36	8	0	0	0	8.23	
QUERETARO	23	1	10	9	2	1	0	0	0	5.78	
QUINTANA ROO	5	0	3	2	0	0	0	0	0	2.52	
SAN LUIS POTOSI	41	0	13	13	13	2	0	0	0	6.15	
SINALOA	10	0	7	2	0	1	0	0	0	1.48	
SONORA	13	0	3	4	6	0	0	0	0	2.47	
TABASCO	15	0	3	8	4	0	0	0	0	2.76	
TAMAULIPAS	12	0	8	2	2	0	0	0	0	1.78	
TLAXCALA	23	0	8	9	6	0	0	0	0	8.50	
VERACRUZ	145	0	50	56	32	7	0	0	0	7.47	
YUCATAN	22	0	10	5	7	0	0	0	0	5.38	
ZACATECAS	15	0	5	6	4	0	0	0	0	3.66	
NO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
EXTRANJEROS	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	

FUENTE: INEGI. DGE. Defunciones Generales No. 4, 1990 (Listado de Computo).

**DEFUNCIONES POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO
DEL PARTO Y PUERPERIO
1980 - 1997**

CUADRO 25

CLAVE CIE	CAUSA	1980	1985	1990	1995	1997
9	Embarazo terminado en aborto	194	147	98	117	107
630	Mola hidatidiforme	1	5	4	4	2
631	Otro producto anormal de la concepción	11	9	6	11	9
632	Aborto retenido	-	3	3	2	3
633	Embarazo ectópico	18	22	24	32	30
634	Aborto espontaneo	12	6	4	8	6
635	Aborto inducido legalmente	1	1	1	-	-
636	Aborto inducido ilegalmente	9	5	-	2	-
637	Aborto no especificado	135	96	56	56	54
639	Complicaciones consecutivas al aborto a la gestación ectópica y al embarazo molar	7	-	-	-	-
(640-648)	Complicaciones relacionadas principalmente con el embarazo	712	585	536	655	613
640	Hemorragia precoz del ambarazo	1	3	1	2	2
641	Hemorragia anteparto, abruptio placentae y placenta previa	120	116	109	125	106
642	Hipertensión que complica el ambarazo el parto y el puerperio	518	400	374	421	418
643	Hiperémesis del embarazo	-	2	4	-	1
644	Parto prematuro o amenaza de parto prematuro	9	11	5	1	2
645	Embarazo prolongado	1	1	-	2	-
646	Otras complicaciones del embarazo no clasificadas en otra parte	25	27	24	32	39
647	Enfermedades infecciosas y parasitarias cuando complican el embarazo el parto y el puerperio	7	8	6	16	5
648	Otra infecciones maternas concurrentes	31	17	13	56	40
(650-659)	Parto normal y otras indicaciones para la asistencia en el embarazo, el trabajo y el parto	69	85	61	45	30
650	Parto en condiciones completamente normales	1	-	-	-	-
651	Embarazo multiple	-	3	3	1	3
652	Posición y presentación anormal del feto	7	11	6	3	2
653	Desproporción	6	6	5	1	2
654	Anormalidad de los organos y de los ejidos blandos de la pélvis	9	5	14	10	2
655	Anormalidad fetal confirma o presunta que afecta la atención de la madre	-	2	-	-	-

**DEFUNCIONES POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO
DEL PARTO Y PUERPERIO
1980 - 1997**

CUADRO 25

CLAVE CIE	CAUSA	1980	1985	1990	1995	1997
656	Otros problemas fetales y placentarios que afectan la atención de la madre	23	27	11	13	9
657	Hidramnios	1	1	2	-	-
658	Otros problemas asociados a las membranas y la cavidad amniótica	20	25	17	15	10
659	Otras indicaciones para la asistencia o intervención relacionada con el trabajo y el parto no clasificado en otro lado	2	5	3	2	2
(660-669)	Complicaciones que ocurren principalmente en el curso del trabajo y el parto	1113	744	626	468	410
660	Parto obstruido	11	41	23	14	13
661	Anormalidades dinámicas del trabajo del parto	77	95	106	100	101
662	Trabajo prolongado	21	13	14	7	7
663	Complicaciones relacionadas con el cordón umbilical	3	1	-	-	-
664	Traumatismo del perineo y de la vulva durante el parto	-	-	1	-	1
665	Otro trauma obstétrico *	47	46	49	25	32
666	Hemorragia posparto	287	258	231	216	141
667	Retención de la placenta o de las membranas sin hemorragia	41	34	47	21	34
668	Complicaciones de la administración de anestésicos u otro sedante durante el trabajo y el parto	1	1	2	1	3
669	Otras complicaciones del trabajo y el parto no clasificadas en otro lado	625	255	153	84	78
(670-676)	Complicaciones del puerperio	208	141	156	169	106
670	Sepsis puerperal importante	133	87	93	58	35
671	Complicaciones venosas del embarazo y el puerperio	11	6	9	9	3
672	Pirexia puerperal de origen desconocido	-	-	-	-	-
673	Embolia pulmonar obstétrica	28	19	19	22	18
674	Otras complicaciones y las no especificadas del puerperio, no clasificadas en otras partes	26	28	35	80	49
675	Infecciones de la mama y el pezón	-	1	-	-	-
676	Otros trastornos de la mama, etc.	-	-	-	-	1
Total		2296	1702	1477	1454	1266

* Se refiere en mayor número a la ruptura del útero durante el trabajo del parto o después.

Nota: Causas obstétricas indirectas (647-648), Incluye: - Enfermedades de la Piel y del Tejido celular subcutáneo, - Enfermedades del Sistema Osteo Muscular y del tejido conjuntivo, y - Anomalías congénitas.

Nota: 1997 fue el último año en que se utilizó la CIE.9.

Fuente: INEGI. DGE., Defunciones Generales, Tab. No. 7.