

Indicadores de atención a las mujeres en Baja California Sur

El presente documento tiene como objetivo mostrar algunos datos importantes que resultan del análisis sobre indicadores de atención a la mujer en Baja California Sur.

Se divide en las siguientes partes:

1. Análisis sobre embarazo adolescente y sus indicadores de atención.
2. Análisis sobre violencia

Antecedentes

Embarazo adolescente en Baja California Sur

De acuerdo con el INEGI, los municipios que concentran mayores registros de nacimientos correspondientes a madres adolescentes en Baja California Sur son los de Comondú y Mulegé. Por otro lado, los datos proporcionados por SSA nos indican que es el municipio de Los Cabos la localidad que, en general, presenta mayor atención hospitalaria por embarazo, parto y aborto.

En cuanto a la información obtenida para la elaboración de este diagnóstico podemos destacar nuevamente vacíos importantes en el municipio de Loreto: esto no nos permite tener una claridad en cuanto a las tasas y porcentajes reales de embarazo adolescente. También podemos aseverar que la información que sirve de base para la implementación de estrategias de atención y prevención para la población entre los 10 y los 15 años es incompleta en algunas fuentes, por lo que se sugiere recolectar información más específica para este grupo poblacional.

En el indicador de porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes en 2004 Baja California Sur ocupó el 7° lugar a nivel nacional en orden de mayor a menor porcentaje, en 2005 el 12°, en 2006 el 6°, en 2007 el 4° y en 2008 el 6°.

A nivel estatal –en el indicador de porcentaje de embarazo adolescente por municipio- se expone que en 2005 es mayor el porcentaje en el municipio de Loreto.

El porcentaje de embarazos de menores de quince años en 2005 y 2007 es mayor en el municipio de Loreto, en 2006 y 2008 en el municipio de Los Cabos.

En 2000 la tasa para nuestro estado es de 12.48 embarazos adolescentes por cada mil mujeres de 10 años y más. El municipio con la tasa más elevada y muy por encima de la tasa promedio estatal es la correspondiente al municipio de los cabos (16.63). Después de éste, los municipios con tasas más altas son aquellos predominantemente rurales –Mulegé con 15.63 y Comondú con 14.61. En el caso de Loreto encontramos vacíos de información.

Para 2008 la tasa para Baja California Sur registra una ascendencia drástica (14.14). El análisis de estos tres años deja claro que el municipio que presenta la problemática más seria es el de Los Cabos, luego Comondú y Mulegé.

En todos los años presentados es el municipio de La Paz el que presenta las tasas más bajas.

A manera de conclusión podemos decir que el embarazo en mujeres adolescentes representa un problema que debe atenderse a través de programas y políticas públicas, empezando las estrategias desde los últimos niveles de primaria ya que, como pudimos observar, también hay registros de nacimientos de mujeres entre los 10 y los 11 años.

Para comparar la situación del embarazo adolescente en Baja California Sur con lo que ocurre en otros estados, veremos en las siguientes tablas los datos nacionales, a continuación una tabla comparativa de datos de seis entidades seleccionadas y mostrando el indicador nacional y luego la situación en nuestro estados con datos desagregados por municipio.

Embarazo en adolescentes en México

Concentrado de datos

Estado	Año	Menor de 15	Embarazo en menores de 15 años	De 15 a 19 años	Embarazo en mujeres de 15 a 19 años	Tasa de embarazos en menores de 15 años (por cada 10,000 mujeres de este rango)	Tasa de embarazos en mujeres de 15 a 19 (por cada 10,000 mujeres de este rango)
Estados Unidos Mexicanos	2000	7,522,440	3,830	5,082,487	244,333	5	481
	2005	6,436,799	3,351	5,113,115	224,710	5	439
	2006	15,750,915	3,701	5,199,932	220,580	2	424
	2007	15,550,817	4,304	5,213,883	247,035	3	474
	2008	15,347,808	4,852	5,219,882	267,114	3	512
Baja California	2000	161,623	110	108,661	6,615	7	609
	2005	185,263	89	126,011	6,162	5	489
	2006	412,942	103	130,815	6,398	2	489
	2007	416,616	124	134,280	6,717	3	500
	2008	419,883	128	137,667	7,236	3	526
Baja California Sur	2000	29,998	33	20,454	1,423	11	696
	2005	33,115	34	22,544	1,443	10	640
	2006	73,085	26	23,232	1,552	4	668
	2007	73,635	43	23,604	1,800	6	763
	2008	74,110	47	23,975	1,934	6	807
Chiapas	2000	345,178	106	221,164	5,363	3	242
	2005	370,240	85	240,923	4,790	2	199
	2006	775,162	85	248,218	4,787	1	193
	2007	765,679	112	251,747	5,515	1	219
	2008	755,803	138	254,542	6,707	2	263

Chihuahua	2000	217,865	125	143,185	9,044	6	632
	2005	221,477	123	26,521	8,310	6	3,133
	2006	484,188	110	151,072	8,315	2	550
	2007	479,245	128	152,186	9,518	3	625
	2008	473,733	189	153,156	10,213	4	667
Distrito Federal	2000	516,990	130	408,300	14,970	3	367
	2005	480,025	163	372,238	13,826	3	371
	2006	1,014,985	260	372,683	13,044	3	350
	2007	993,478	242	365,951	14,255	2	390
	2008	973,721	190	359,097	14,524	2	404
Nayarit	2000	73,851	60	48,845	2,944	8	603
	2005	69,501	60	48,597	2,821	9	580
	2006	143,236	63	48,197	2,825	4	586
	2007	140,441	57	47,919	3,292	4	687
	2008	137,681	70	47,550	3,404	5	716
Quintana Roo	2000	64,382	63	43,621	2,600	10	596
	2005	73,536	48	50,214	2,331	7	464
	2006	182,478	45	59,705	2,533	2	424
	2007	185,748	55	62,051	2,956	3	476
	2008	189,011	73	64,264	3,080	4	479
Sinaloa	2000	196,534	114	132,722	6,929	6	522
	2005	187,334	118	127,081	6,621	6	521
	2006	384,754	110	127,971	6,857	3	536
	2007	376,774	114	127,685	7,158	3	561
	2008	368,762	147	127,186	7,833	4	616

Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda 2000, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)

<http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/censos/cpv2000/PTL.asp?s=est&c=10261>, II Conteo de Población y Vivienda 2005, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/conteos/conteo2005/PTL.asp?s=est&c=17352>, Proyecciones de población 2005-2030, Consejo Nacional de Población (CONAPO). [En línea. Consulta: 27/abril/2010], http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=36&Itemid=234

2000	Menor de 15	Embarazo en menores de 15 años	De 15 a 19 años	Embarazo en mujeres de 15 a 19 años	Tasa de embarazos en menores de 15 años (por cada 10,000 mujeres de este rango)	Tasa de embarazos en mujeres de 15 a 19 (por cada 10,000 mujeres de este rango)
Nacional	7,522,440	3,830	5,082,487	244,333	5	481
Baja California	161,623	110	108,661	6,615	7	609
Baja California Sur	29,998	33	20,454	1,423	11	696
Chiapas	345,178	106	221,164	5,363	3	242
Chihuahua	217,865	125	143,185	9,044	6	632
Distrito Federal	516,990	130	408,300	14,970	3	367
Nayarit	73,851	60	48,845	2,944	8	603
Quintana Roo	64,382	63	43,621	2,600	10	596
Sinaloa	196,534	114	132,722	6,929	6	522
2005	Menor de 15	Embarazo en menores de 15 años	De 15 a 19 años	Embarazo en mujeres de 15 a 19 años	Tasa de embarazos en menores de 15 años (por cada 10,000 mujeres de este rango)	Tasa de embarazos en mujeres de 15 a 19 (por cada 10,000 mujeres de este rango)
Nacional	6,436,799	3,351	5,113,115	224,710	5	439
Baja California	185,263	89	126,011	6,162	5	489
Baja California Sur	33,115	34	22,544	1,443	10	640
Chiapas	370,240	85	240,923	4,790	2	199
Chihuahua	221,477	123	26,521	8,310	6	3,133
Distrito Federal	480,025	163	372,238	13,826	3	371
Nayarit	69,501	60	48,597	2,821	9	580
Quintana Roo	73,536	48	50,214	2,331	7	464
Sinaloa	187,334	118	127,081	6,621	6	521

2006	Menor de 15	Embarazo en menores de 15 años	De 15 a 19 años	Embarazo en mujeres de 15 a 19 años	Tasa de embarazos en menores de 15 años (por cada 10,000 mujeres de este rango)	Tasa de embarazos en mujeres de 15 a 19 (por cada 10,000 mujeres de este rango)
Nacional	15,750,915	3,701	5,199,932	220,580	2	424
Baja California	412,942	103	130,815	6,398	2	489
Baja California Sur	73,085	26	23,232	1,552	4	668
Chiapas	775,162	85	248,218	4,787	1	193
Chihuahua	484,188	110	151,072	8,315	2	550
Distrito Federal	1,014,985	260	372,683	13,044	3	350
Nayarit	143,236	63	48,197	2,825	4	586
Quintana Roo	182,478	45	59,705	2,533	2	424
Sinaloa	384,754	110	127,971	6,857	3	536
2007	Menor de 15	Embarazo en menores de 15 años	De 15 a 19 años	Embarazo en mujeres de 15 a 19 años	Tasa de embarazos en menores de 15 años (por cada 10,000 mujeres de este rango)	Tasa de embarazos en mujeres de 15 a 19 (por cada 10,000 mujeres de este rango)
Nacional	15,550,817	4,304	5,213,883	247,035	3	474
Baja California	416,616	124	134,280	6,717	3	500
Baja California Sur	73,635	43	23,604	1,800	6	763
Chiapas	765,679	112	251,747	5,515	1	219
Chihuahua	479,245	128	152,186	9,518	3	625
Distrito Federal	993,478	242	365,951	14,255	2	390
Nayarit	140,441	57	47,919	3,292	4	687
Quintana Roo	185,748	55	62,051	2,956	3	476
Sinaloa	376,774	114	127,685	7,158	3	561

2008	Menor de 15	Embarazo en menores de 15 años	De 15 a 19 años	Embarazo en mujeres de 15 a 19 años	Tasa de embarazos en menores de 15 años (por cada 10,000 mujeres de este rango)	Tasa de embarazos en mujeres de 15 a 19 (por cada 10,000 mujeres de este rango)
Nacional	15,347,808	4,852	5,219,882	267,114	3	512
Baja California	419,883	128	137,667	7,236	3	526
Baja California Sur	74,110	47	23,975	1,934	6	807
Chiapas	755,803	138	254,542	6,707	2	263
Chihuahua	473,733	189	153,156	10,213	4	667
Distrito Federal	973,721	190	359,097	14,524	2	404
Nayarit	137,681	70	47,550	3,404	5	716
Quintana Roo	189,011	73	64,264	3,080	4	479
Sinaloa	368,762	147	127,186	7,833	4	616

Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda 2000, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/censos/cpv2000/PTL.asp?&s=est&c=10261>, II Conteo de Población y Vivienda 2005, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/conteos/conteo2005/PT.asp?&s=est&c=17352>, Proyecciones de población 2005-2030, Consejo Nacional de Población (CONAPO), [En línea. Consulta: 27/abril/2010], http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=36&Itemid=234

Embarazo en adolescentes en los municipios de Baja California Sur

Año	Municipio	Total	Menores de 15 años	% respecto al total de embarazos en el municipio	De 15 a 19 años	% respecto al total de embarazos en el municipio
2000	Baja California Sur	8,151	33	0.40	1,423	17.46
	Comondú	1,154	4	0.35	196	16.98
	Mulegé	915	3	0.33	208	22.73
	La Paz	3,267	12	0.37	483	14.78
	Los Cabos	2,603	12	0.46	489	18.79
	Loreto	212	2	0.94	47	22.17
2005	Baja California Sur	8,382	34	0.41	1,443	17.22
	Comondú	982	3	0.31	185	18.84
	Mulegé	758	1	0.13	164	21.64
	La Paz	3,199	10	0.31	508	15.88
	Los Cabos	3,247	19	0.59	543	16.72
	Loreto	195	1	0.51	43	22.05
	No especificado	1		0.00		0.00
2006	Baja California Sur	8,803	26	0.30	1,552	17.63
	Comondú	1,041	1	0.10	215	20.65
	Mulegé	810	3	0.37	198	24.44
	La Paz	3,256	10	0.31	523	16.06
	Los Cabos	3,474	11	0.32	573	16.49
	Loreto	220	1	0.45	42	19.09
	No especificado	2		0.00	1	50.00
2007	Baja California Sur	9,567	43	0.45	1,800	18.81
	Comondú	966	4	0.41	207	21.43
	Mulegé	853	4	0.47	202	23.68
	La Paz	3,410	14	0.41	569	16.69
	Los Cabos	4,105	20	0.49	765	18.64
	Loreto	231	1	0.43	56	24.24
	No especificado	2		0.00	1	50.00
2008	Baja California Sur	10,491	47	0.45	1,934	18.43
	Comondú	1,051	5	0.48	213	20.27
	Mulegé	871	7	0.80	198	22.73
	La Paz	3,637	11	0.30	619	17.02
	Los Cabos	4,659	20	0.43	838	17.99
	Loreto	270	4	1.48	65	24.07
	No especificado	3		0.00	1	33.33

Datos sobre atención por embarazo, parto y aborto de la Secretaría de Salud (SSA) en Baja California Sur

A continuación se presentan una serie de datos proporcionados por la SSA de Baja California Sur relacionados con la atención hospitalaria en Centros de Salud y Hospitales Generales a cargo de la institución; cabe destacar que esta información no contempla IMSS, ISSSTE y hospitales privados. Procede del Sistema de Información en Salud¹ (SIS) para nuestro estado, por lo tanto el municipio de Loreto no figura en los listados ya que forma parte de la jurisdicción de Comondú.

Si comparamos los registros de atención hospitalaria de la SSA con los de registros de nacimientos que aporta INEGI podemos apuntar a que la cobertura en cuanto a los servicios de salud es mucho más amplia en las zonas urbanas, por lo que la población rural se ve obligada a acudir a estos centros de atención médica, sesgando el registro por municipalidad.

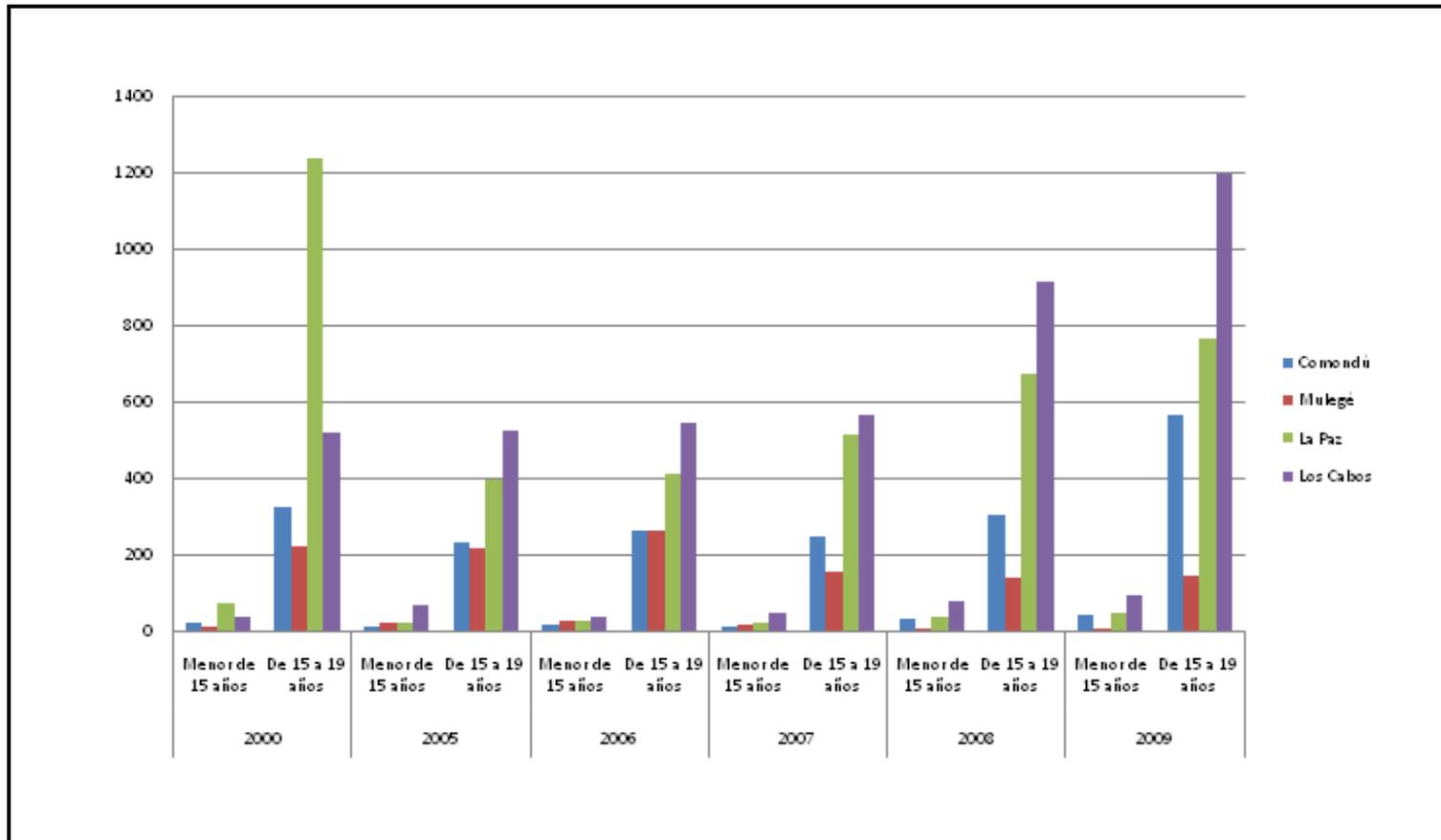
La atención hospitalaria por embarazo es aquel servicio que se presta en el seguimiento y atención durante los 9 meses de embarazo, en este caso para la población menor de 19 años². En la gráfica que les presentamos a continuación incluimos los dos grandes grupos de edad que hemos venido manejando (menores de 15 años y de 15 a 19 años). Se observa que el grupo poblacional que presenta mayor registro de atención hospitalaria por embarazo radica entre los 15 y los 19 años en las poblaciones urbanas.

Para el año 2000 es el municipio de La Paz el que tiene más registros; sin embargo, observamos una tendencia a la baja para este municipio y un incremento en las demás municipalidades, esto puede significar una ampliación en la cobertura de servicios médicos en los últimos años. Aún así para 2009 la atención hospitalaria de embarazo en el municipio de Los Cabos resulta muy elevada, representando a partir 2005 los registros más elevados, seguido de Comondú y Mulegé. Durante 2006 se registra atención hospitalaria por embarazo muy similar entre los municipios de Mulegé y Comondú; sin embargo, es Comondú el que presenta en la mayoría de los años los registros más altos entre estos dos municipios.

¹ Sistema de Información en Salud, SIS. Secretaría de Salud del Gobierno de Baja California Sur, SSA.

² Nota: Los totales de los servicios de atención hospitalaria por embarazo, parto y aborto no fueron proporcionados por la SSA, por ello no es posible sacar un porcentaje sobre el total para los registros de mujeres menores de 19 años.

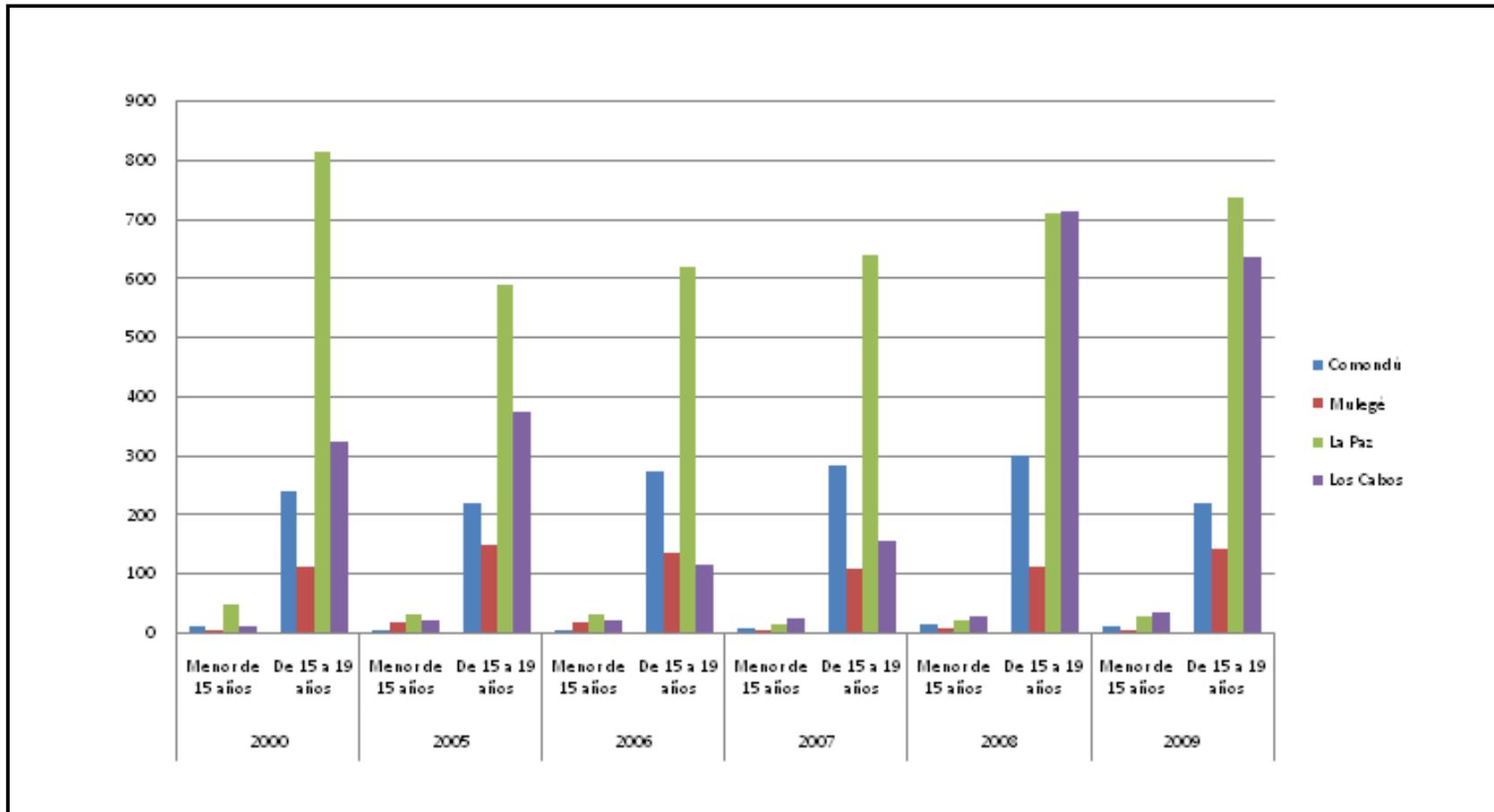
Atención hospitalaria de la Secretaría de Salud de BCS de embarazo en mujeres menores de 15 años y de 15 a 19 años



Nota: La gráfica anterior está elaborada sobre el total de casos registrados en el SIS

Fuente: Sistema de Información en Salud SIS. Secretaría de Salud, SSA. Elaborada por OVSG de BCS, 2010.

Atención hospitalaria de la Secretaría de Salud de BCS de parto en mujeres menores de 15 años y de 15 a 19 años



Fuente: Sistema de Información en Salud SIS. Secretaría de Salud, SSA. Elaborada por OVSG de BCS, 2010.

Nota: La gráfica anterior está elaborada sobre el total de casos registrados en el SIS.

En la gráfica anterior se observa la información relacionada a la atención hospitalaria por parto para nuestro estado. Los municipios de La Paz y Los Cabos presentan más registros de atención hospitalaria de parto en mujeres menores de 15 años y de 15 a 19 años. Destaca que para 2008 Los Cabos reporta los registros más elevados y para 2009 desciende, ubicándose como el segundo municipio con los registros más elevados. Después de estos municipios encontramos el registro de Comondú y por debajo el de Mulegé.

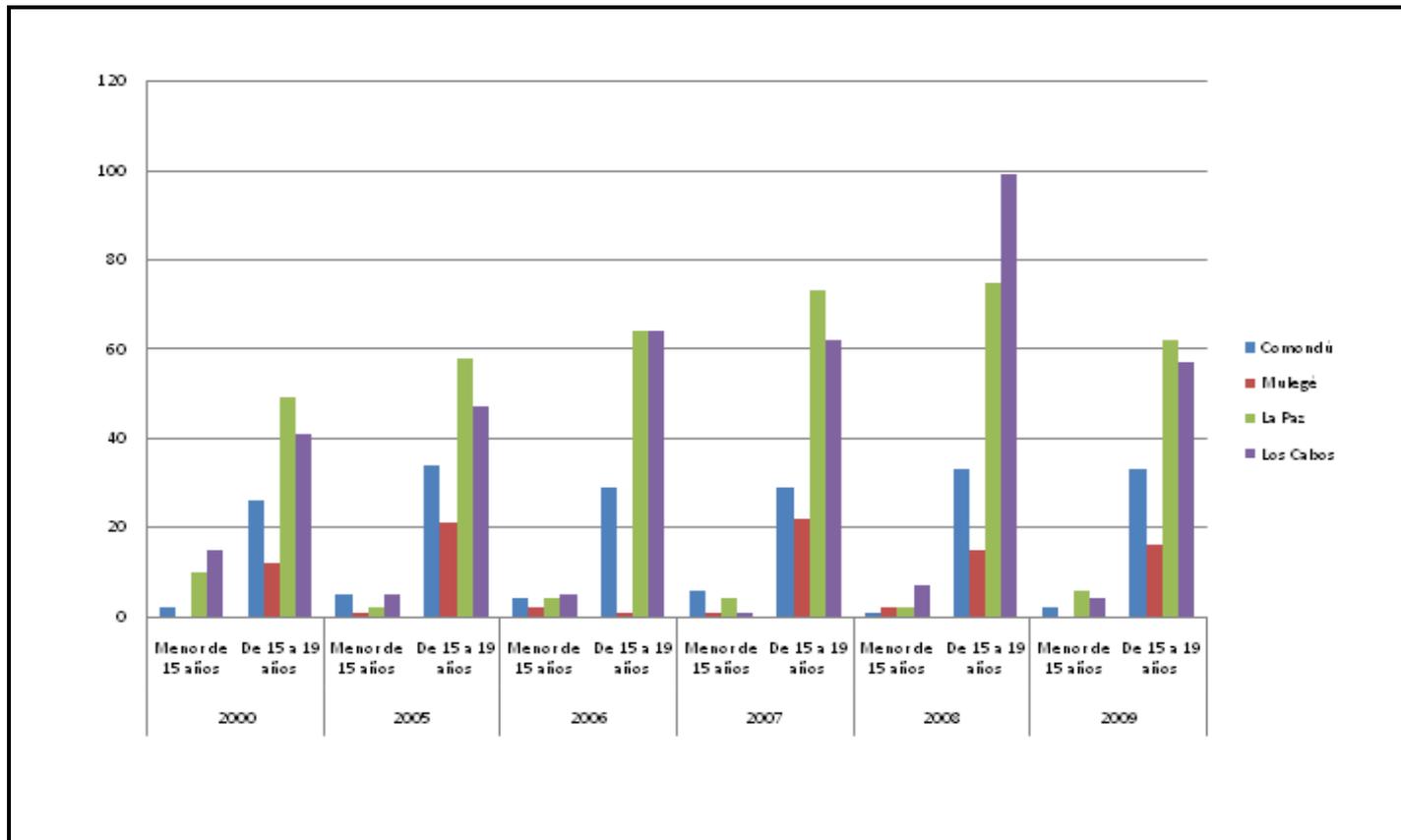
Los datos que a continuación presentamos corresponden a los de atención hospitalaria de abortos; esto incluye todos aquellos servicios médicos que resultaron en interrupción de embarazo por complicaciones médicas, ya que la interrupción voluntaria del embarazo en nuestro estado no es un servicio que proporcionen las instituciones de salud.

Los registros más elevados los encontramos en la población entre los 15 y los 19 años. La Paz es el municipio con mayor cantidad de registros –a excepción de 2008 en el cual Los Cabos presenta mayores registros. En el municipio de La Paz observamos incremento entre 2000-2008, para bajar en 2009.

Los Cabos va incrementando sus registros hasta 2006, reduciéndose los registros en 2007 e incrementándose drásticamente en 2008 para decrecer nuevamente en 2009.

Comondú presenta registros medianamente elevados en este periodo de tiempo y por debajo de éstos se encuentra el municipio de Mulegé.

Atención hospitalaria de la Secretaría de Salud de BCS de abortos en mujeres menores de 15 años y de 15 a 19 años



Nota: La gráfica anterior está elaborada sobre el total de casos registrados en el SIS

Fuente: Sistema de Información en Salud SIS. Secretaría de Salud, SSA. Elaborada por OVSG de BCS, 2010.

En las siguientes páginas presentamos los registros obtenidos del Sistema de Información en Salud de la SSA en lo relacionado a atención hospitalaria de parto, embarazo y aborto en mujeres adolescentes para nuestro estado.

Embarazo

	2000		2005		2006		2007		2008		2009	
	Menor de 15 años	de 15 a 19 años	Menor de 15 años	de 15 a 19 años	Menor de 15 años	de 15 a 19 años	Menor de 15 años	de 15 a 19 años	Menor de 15 años	de 15 a 19 años	Menor de 15 años	de 15 a 19 años
Comondú	22	325	15	231	16	264	14	250	34	306	44	567
Mulegé	15	223	25	220	27	262	16	157	9	141	10	148
La Paz	76	1240	25	398	30	415	23	516	40	675	47	766
Los Cabos	41	520	70	528	38	548	47	566	79	916	97	1196
Total	154	2308	135	1377	111	1489	100	1489	162	2038	198	2677

Fuente: Sistema de Información de Salud, SIS. De la Secretaría de Salud, SSA.

Parto

	2000		2005		2006		2007		2008		2009	
	Menor de 15 años	de 15 a 19 años	Menor de 15 años	de 15 a 19 años	Menor de 15 años	de 15 a 19 años	Menor de 15 años	de 15 a 19 años	Menor de 15 años	de 15 a 19 años	Menor de 15 años	de 15 a 19 años
Comondú	11	241	3	219	3	272	7	282	14	300	10	219
Mulegé	6	113	17	148	17	136	6	109	9	111	4	141
La Paz	49	814	31	590	31	619	14	639	21	710	27	738
Los Cabos	13	325	21	374	21	117	26	157	27	714	35	637
Total	79	1493	72	1331	72	1144	53	1187	71	1835	76	1735

Fuente: Sistema de Información de Salud, SIS. De la Secretaría de Salud, SSA.

Aborto

	2000		2005		2006		2007		2008		2009	
	Menor de 15 años	de 15 a 19 años	Menor de 15 años	de 15 a 19 años	Menor de 15 años	de 15 a 19 años	Menor de 15 años	de 15 a 19 años	Menor de 15 años	de 15 a 19 años	Menor de 15 años	de 15 a 19 años
Comondú	2	26	5	34	4	29	6	29	1	33	2	33
Mulegé	0	12	1	21	2	1	1	22	2	15	0	16
La Paz	10	49	2	58	4	64	4	73	2	75	6	62
Los Cabos	15	41	5	47	5	64	1	62	7	99	4	57
Total	27	128	13	160	15	158	12	186	12	222	12	168

Fuente: Sistema de Información de Salud, SIS. De la Secretaría de Salud, SSA.

Madres adolescentes atendidas en el Programa de la Infancia Adolescente del DIF por municipio en Baja California Sur 2004-2006

Los datos sobre atención a madres adolescentes en el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia, DIF, tomados de los informes de gobierno, del segundo al quinto (en el primer informe no se anexan los datos estadísticos) se muestran en el siguiente cuadro.

Informe	II			III	V	
Municipio	Madres adolescentes atendidas en PAIDEA 2/					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009 4/
Comondú	42	42	181	n.d.	143	0
Mulegé	35	35	48	n.d.	124	40
La Paz	93	93	147	n.d.	75	69
Los Cabos	97	97	311	n.d.	280	282
Loreto	74	50	45	n.d.	50	83
B.C. Sur	341	317	732	969	672	680

Fuente: Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, Subdirección de Protección a la Infancia.

2/ Programas para la Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes. Para 2007, la información no se presentó desagregada por municipio.

4/ Cifras preliminares

n.d. no disponible

Razón de consulta por embarazada. Usuaris de métodos de planificación familiar

Entidad	Razón de consulta por embarazada	Usuaris activas de métodos de planificación familiar*
Nacional	4.7	37.5
Baja California	5.3	38.4
Baja California Sur	5.8	46.9
Chiapas	4.7	38.2
Distrito Federal	3.9	38.9
Quintana Roo	5.1	37.2
Sinaloa	4.2	46.0

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

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

Por lo que se refiere a la situación de embarazo adolescente en Baja California Sur –según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI) sobre madres adolescentes-, en el año 2000 nuestra entidad ocupó el séptimo lugar a nivel nacional.

En 2005 ocupamos el lugar número doce, en 2006 el sexto, en 2007 el cuarto y en 2008 nuevamente el sexto lugar; de cualquier manera estos índices muestran que el embarazo adolescente es un problema relevante en nuestro estado.

Los datos municipales muestran una situación muy notable en el caso de Loreto, en donde existe un indicador más alto para los dos rangos de edad que manejamos –mujeres menores de 15 años y mujeres de 15 a 19 años. Al respecto cabe destacar que no hay señalamientos en los medios de comunicación sobre ello, como sí los hay en los casos de la ciudad de La Paz o el municipio de Los Cabos. Es notable también que el porcentaje de embarazo adolescente en el municipio de La Paz sea mucho menor en el rango de 15 a 19 años. Si vemos el total de embarazos de mujeres menores de 19 años, vemos que Loreto posee más de 23% del total, mientras que Los Cabos posee 19%.

Los datos para 2008 muestran que el embarazo de mujeres de hasta 19 años constituye más de 25% del total de embarazos en la entidad. En Loreto una de cada cuatro mujeres que se embarazaron eran menores de 19 años o hasta 19 años cumplidos y en Mulegé también se presentó un porcentaje alto: 23.53%.

En lo concerniente al número de nacimientos por edad de la madre: del total registrados en Baja California Sur el año 2000, 17.5% corresponde a madres adolescentes menores a los 19 años. El municipio que tiene el porcentaje más elevado sobre el total de nacimientos registrados es el de Mulegé con 21.2%, seguido por los municipios de Los Cabos con 18.9%, Loreto con 17.83% –aunque existen vacíos en la información de Loreto–, Comondú con 16.9% y La Paz con 16.9%.

El porcentaje para 2005 de nuestro estado fue de 18.2% y nuevamente Mulegé encabeza el porcentaje más elevado: 21% de nacimientos registrados en madres menores de 19 años, siguiéndole los municipios de Comondú con 20.2%, Los Cabos con 18.1%, Loreto con 16.7% y La Paz con 17%.

En 2008 se observa que los porcentajes siguen incrementándose: a nuestra entidad corresponde 19.5%. El municipio de Mulegé representa 23.5%, Comondú 22.2%, Los Cabos 18.1%, La Paz con 18.3% y Loreto con 2.9%.

La propuesta de indicadores de la Secretaría de salud para evaluar la atención a embarazo en general y al embarazo adolescente en particular, que retomamos para construir los indicadores de atención para madres adolescentes, se presentan en la siguiente tabla.

**FORMULAS UTILIZADAS PARA LA CONSTRUCCION DE INDICADORES
SALUD REPRODUCTIVA Y DE LA MUJER**

INDICADOR	FORMULAS
Salud Perinatal	
Consultas prenatales por embarazadas atendidas	Total Cons. Ext. Prenatal/Cons. Prenatal de 1a. Vez
% de embarazadas captadas en el 1° Trimestre	Cons.de 1a.Vez en el 1° trim. Gestal./Cons.Prenat.de 1a.vez por 100
% de embarazadas de alto riesgo	Embarazadas de alto riesgo/Cons.prenatal de 1° vez por cien
Consultas de control prenatal 1a. vez/subsecuente	Cons. Prenatal de 1° vez/Cons. Prenatal subsecuente
Embarazadas atendidas por mil MEF 1/	Cons. Prenatal de 1° vez /MEF por mil
Consulta por puérpera atendida	Total de cons. a puérperas/Cons. de 1° vez a puérperas
Puérperas/Eventos obstétricos	Cons. de 1° vez a puérperas/Nacimientos atendidos
% de nacimientos por cesárea	Cesáreas/Nacimientos atendidos por cien
% de nacidos vivos de bajo peso	Nacidos vivos < 2,500 gr./Nacidos vivos por cien
Nacimientos atendidos por mil MEF	Total de nacimientos atendidos/MEF por mil
Nacidos vivos por mil habitantes	Nacidos vivos/Población legal por mil
Muertes intrauterinas por mil nacidos vivos	Total de muertes intrauterinas / Total de nacidos vivos por mil
Muertes maternas por diez mil nacidos vivos	Muertes maternas/Nacidos vivos por diez mil
	1/ De Población Potencial Ver: SINAIS, Secretaría de Salud, http://sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/const_ind_salud_repro.pdf

Con base en esta propuesta nacional en el Observatorio de Violencia Social y de Género y con la participación en la elaboración del **Subsistema de información digitalizada sobre embarazo adolescente desagregada por sexo del Estado de Baja California Sur y sus cinco municipios**, en colaboración con la Maestra Magdalena García y el Instituto Sudcaliforniano de la Mujer¹, se propusieron indicadores de atención a embarazo adolescente para darle seguimiento en nuestra entidad, que son los que presentamos a continuación

¹ Ver, **Subsistema de información digitalizada sobre embarazo adolescente desagregada por sexo del Estado de Baja California Sur y sus cinco municipios**, documento anexo

Propuesta de indicadores para atender embarazo adolescente

Consultas prenatales

Total de consultas externas prenatal a madres adolescentes sobre el total de consultas externas prenatal

Consulta de madres adolescentes de 1a.Vez en el 1° trimestre de la gestación sobre las consulta prenatal de madres adolescentes de 1a.vez por 100

Embarazadas adolescentes de alto riesgo sobre el total de madres adolescentes por cien

Consulta prenatal de 1° vez de madres adolescentes sobre consultas prenatales subsecuentes

Madres adolescentes atendidas por cada MEF (Médico Especialista en Formación)

Partos atendidos

Partos atendidos de madres adolescentes sobre el total de partos atendidos por cien

Partos atendidos de madres adolescentes sobre el total de partos atendidos por cien en el sector salud

Partos atendidos de madres adolescentes sobre el total de partos atendidos por cien en el IMSS

Partos atendidos de madres adolescentes sobre el total de partos atendidos por cien en el ISSSTE

Partos atendidos de madres adolescentes sobre el total de partos atendidos por cien por la SSA

Partos atendidos de madres adolescentes sobre el total de partos atendidos por cien en el sector privado

Consultas puérperas

Total de consulta a madres adolescentes puérperas sobre el total de consultas a puérperas

Abortos

Proporción de abortos atendidos de madres adolescentes del total de partos atendidos de madres adolescentes

Total de abortos atendidos de madres adolescentes sobre el total de abortos atendidos

Recomendaciones para la atención a embarazo adolescente

- 1) Proporcionar educación sexual a niños y adolescentes, específica e intensivamente, desde los 10 años.
- 2) Trabajar insistentemente en la prevención del embarazo adolescente, haciendo especial énfasis en los municipios de Los Cabos, Comondú y Mulegé –ya que son éstos los que presentan las tasas más elevadas.
- 3) Eficientar los registros de atención a menores de 15 años, ya que existe un subregistro en este grupo poblacional.

 Observatorio De Violencia Social y de Género De Baja California Sur		Indicadores de salud de la mujer EMBARAZO ADOLESCENTE		
No.	Indicadores	Siglas	Fuentes	Información
Indicadores embarazo adolescente				
1	Tasa global de fecundidad para Baja California Sur	TGF	INEGI	TEFMQ: Tasa específica de fecundidad de la mujer por grupos quinquenales. TNRQ: Total de nacimientos registrados por grupos quinquenales.
2	Tasa específica de fecundidad por 100 mujeres de 15 a 19 años de edad	TEF10-19	INEGI	TNRQ: Total de nacimientos registrados por grupos quinquenales. TNRQ15-19: Total de nacimientos registrados por grupos quinquenales de 10 a 19 años.
3	Tasa de nacimientos registrados en mujeres entre los 10 y los 19 años de edad por cada 1,000 mujeres de 10 años y más	TNRM10-19	INEGI	NRM10-19: Nacimientos registrados en mujeres entre los 10 y los 19 años de edad. PTMu10-19: Población de mujeres de 10 años y más.
4	Porcentaje de nacimientos registrados en mujeres entre los 10 y los 19 años del total de nacimientos registrados.	PNRM10-19	INEGI	NRM10-19: Nacimientos registrados en mujeres entre los 10 y los 19 años de edad. TNR: Total de nacimientos registrados.
5	Distribución porcentual de mujeres de 10 a 19 años con hijos nacidos vivos	DPMHNV10-19	INEGI	TNR10-19: Total de nacimientos registrados en mujeres de 10 a 19 años. M10-19-1H: Total de mujeres de 10 a 19 años con 1 hijo nacido vivo. M10-19-2H: Total de mujeres de 10 a 19 años con 2 hijos nacidos vivos. M10-19-3H: Total de mujeres de 10 a 19 años con 3 hijos nacidos vivos. M10-19-4H: Total de mujeres de 10 a 19 años con 4 hijos nacidos vivos. M10-19-5Hóm: Total de mujeres de 10 a 19 años con 5 hijos nacidos vivos o más.

6	Tasa de atención hospitalaria por embarazo de mujeres de 10 a 19 años por cada 1,000 mujeres atendidas de la Secretaría de Salud	TAHE10-19	SSA	TtAHE: Total de registros de atención hospitalaria por embarazo. TtAHE10-19: Total de registros de atención hospitalaria por embarazo de mujeres de 10 a 19 años.
7	Tasa de atención hospitalaria por parto de mujeres de 10 a 19 años por cada 1,000 mujeres atendidas de la Secretaría de Salud	TAHP10-19	SSA	TtAHE: Total de registros de atención hospitalaria por parto. TtAHE10-19: Total de registros de atención hospitalaria por parto de mujeres de 10 a 19 años.
8	Tasa de atención hospitalaria por aborto de mujeres de 10 a 19 años por cada 1,000 mujeres atendidas de la Secretaría de Salud	TAHA10-19	SSA	TtAHE: Total de registros de atención hospitalaria por aborto. TtAHE10-19: Total de registros de atención hospitalaria por aborto de mujeres de 10 a 19 años.

Cuadro elaborado por Diana Renée Amao Esquivel, OVSG de BCS

Fuentes consultadas

Consejo Nacional de Población, *Indicadores de salud reproductiva de la República Mexicana. Tasa global de fecundidad, 1960-2000*. [En línea. Consulta: diciembre 2009] http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=42&Itemid=238

Consejo Nacional de Población, *Programa Nacional de Población 2001-2006*. [En línea. Consulta: enero de 2010] http://www.conapo.gob.mx/pnp/PNP_2001_2006.pdf

Díaz Sánchez, Vicente, *El Embarazo de las Adolescentes en México*. [En línea. Consulta: enero 2010] http://www.mexfam.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=65:el-embarazo-de-las-adolescentes-en-mexico&catid=50:blog-direccion-general&Itemid=81

Organización Panamericana de la Salud, *El embarazo adolescente*. [En línea. Consulta: febrero 2010] http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e35%206-8%20Embarazo%20Adolescente.htm

Grupo de Información en Reproducción Elegida, A. C., *Embarazo adolescente. Hoja Informativa*. [En línea. Consulta: febrero 2010] <http://www.gire.org.mx/publica2/>

Organización Mundial de la Salud, *Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo*. [En línea. Consulta: febrero 2010] <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html>

Sistema Nacional de Información en Salud, *Encuesta Nacional de Dinámicas Demográficas 2006*. [En línea. Consulta: enero 2010]
<http://www.sinais.salud.gob.mx/demograficos/enadid/tabulados.html>>Instituto Mexicano de la Juventud, *Encuesta Nacional de Juventud 2005*. [En línea. Consulta: diciembre 2009]
<http://cendoc.imjuventud.gob.mx/investigacion/encuesta.html>

Instituto Nacional de Salud Pública, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. [En línea. Consulta: enero 2010] <http://www.insp.mx/ensanut/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Estadísticas vitales*. [En línea. Consulta: enero 2010] <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=11092&e=&i=>

Sistema Nacional de Información en Salud, *Indicadores básicos*. [En línea. Consulta: noviembre 2009] <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

Instituto Nacional de Geografía y Estadística, *Tabulados básicos. Censo de Población y Vivienda 2000*. [En línea. Consulta: enero 2010]
<http://www.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=16852&s=est>

Instituto Nacional de Geografía y Estadística, *Tabulados básicos. II Conteo de Población y Vivienda 2005*. [En línea. Consulta: enero 2010]
<http://www.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=10398&s=est>

Diagnóstico Sobre Mortalidad Materna¹

María Luisa Cabral Bowling

Razón de mortalidad maternal por cada 100,000 niños nacidos vivos

Fundamento

La Organización Mundial de la Salud (OMS) enfatiza que las complicaciones durante el embarazo y el parto son una de las principales causas de muerte y de discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva en los países en desarrollo. El indicador para medir la dimensión de este problema es la llamada “razón de muerte materna”, que es la proporción de muertes maternas por niños nacidos vivos (o la relación entre muerte materna y niños nacidos vivos o el coeficiente de muerte materna por niños nacidos vivos) y representa el riesgo asociado con el embarazo y el parto.²

Razón de muerte materna

Definición

Número de muertes maternas por cada cien mil niños nacidos vivos durante un periodo específico de tiempo -usualmente un año.³

La OMS señala que la muerte materna es la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores al parto –independientemente de la duración o sitio donde se dé- por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, sin incluir causas accidentales o incidentales. Para facilitar la identificación de las muertes maternas en circunstancias en las que la causa de muerte es atribuida en forma inadecuada, el ICD 10⁴ introduce una categoría adicional: muerte relacionada con el embarazo –esta se define como la muerte de una mujer durante el embarazo dentro de 42 días posteriores al término del embarazo, sin importar la causa de la muerte.

¹ El presente trabajo es parte de los Diagnósticos de salud de la Mujer, elaborado por el OVSG de BCS

² Basado en Organización Mundial de la Salud, *Maternal Mortality ratio (per 100,000 live births)*. [En línea. Consulta: diciembre 2009] <<http://www.who.int/whosis/indicators/compendium/2008/3mrf/en/>>

³ Cita original: “Number of maternal deaths per 100 000 live births during a specified time period, usually 1 year”. Organización Mundial de la Salud, *Maternal Mortality ratio (per 100,000 live births)*. [En línea. Consulta: diciembre 2009] <http://www.who.int/whosis/indicators/compendium/2008/3mrf/en/>

⁴ La *International Classification of Diseases (ICD)* es conocido en español como Código Internacional de Enfermedades (CIE), siendo la 10 la última versión de dicho código.

Planteamiento del problema y del contexto internacional

Las estimaciones en la tasa de mortalidad materna del año 2000 –que miden el número de defunciones de mujeres como consecuencia de complicaciones relacionadas con el embarazo- fue de 400 por cada 100,000 nacidos vivos para todo el mundo. El desglose por regiones indica que la tasa más elevada se registró en África (830), seguida por Asia (330) excluido Japón; Oceanía (240) excluidos Australia y Nueva Zelanda, América Latina y el Caribe (190), y los países desarrollados (20). En el mismo año, 70% de todas las defunciones maternas se registraron en 13 países en desarrollo. El mayor número de defunciones maternas se registró en la India con 136,000 casos, seguida por Nigeria con 37,000.

La mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en la Cumbre del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), celebrada en 2000. El ODM número 5 consiste en reducir la Razón de Mortalidad Materna (RMM) en tres cuartas partes de 1990 a 2015. Es decir que para los países latinoamericanos la meta consiste en reducir la mortalidad a 47,5 muertes por cada 100 mil niños nacidos vivos; sin embargo, según los propios datos de la OMS, entre 1990 y 2005 la RMM sólo disminuyó en 5%. Para alcanzar el ODM 5 hay que acelerar los progresos.

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

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

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

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

Aproximadamente 1,600 mujeres y más de 10,000 recién nacidos mueren diariamente por complicaciones prevenibles durante el embarazo y del parto. Según el informe de la OMS, cerca de 99% de la mortalidad materna y de 90% de la mortalidad neonatal se produce en el mundo en desarrollo¹; también menciona este informe que las muertes maternas por violencia intrafamiliar no han sido un tema suficientemente abordado en los estudios de mortalidad materna. Desafortunadamente, la definición de muerte materna no permite calcular y determinar con certeza la contribución de la violencia intrafamiliar a ella; no obstante, información proveniente de diversos estudios permiten ejemplificar que el número y proporción de esa contribución puede ser importante. Por lo anterior, se considera necesario tanto contar con una definición más inclusiva de mortalidad materna como con una vigilancia epidemiológica más amplia –ambas que consideren a la violencia intrafamiliar como una causa de muerte materna.

Cabe destacar que la investigación reciente muestra una asociación positiva entre violencia y resultados adversos durante el embarazo (como abortos inducidos y espontáneos): la violencia durante el embarazo aumenta los riesgos de aborto, de muerte del feto o de bajo peso de los recién nacidos.²

Los factores causales se relacionan con niveles inferiores en el incremento de peso de las mujeres sobrevivientes de violencia, tasas mayores de infecciones por transmisión sexual y mayor retraso en acceso a atención prenatal.³

¹ Organización Mundial de la Salud, Diez datos sobre la salud de la mujer. [En línea. Consulta: diciembre 2009] <<http://www.who.int/features/factfiles/women/es/index.html>>

² *Ibidem*.

³ Ver Organización Mundial de la Salud, *Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana*. [En línea. Consulta: diciembre 2009] <http://www.who.int/gender/women_health_report/es/>

La OMS menciona que el aborto inseguro causa una proporción significativa de muerte materna y señala que cerca de 70,000 mujeres mueren cada año a causa de las complicaciones resultantes de este tipo de procedimiento. La evidencia muestra que las mujeres buscan abortar aún cuando haya restricciones legales y, cuando lo hacen, lo llevan a cabo bajo condiciones de ilegalidad, de manera insegura y el servicio es proporcionado por personas inexpertas en condiciones antihigiénicas; cabe destacar que las mujeres pobres y aquellas afectadas por las crisis y los conflictos son las que se encuentran en mayor riesgo. En los lugares en donde hay menos restricciones para la disponibilidad de acceso a un aborto seguro las muertes y las enfermedades se reducen drásticamente.

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

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

Considerar el hecho de que hay que brindar seguimiento a los embarazos de adolescentes en relación con la muerte materna es fundamental, ya que las complicaciones del embarazo son una importante causa de mortalidad entre las jóvenes de 15 a 19 años de los países en desarrollo.

El tema de la muerte materna es especialmente importante en los países subdesarrollados, según lo muestran los datos que hemos citado; se señala que pese al incremento del uso de anticonceptivos en los últimos 30 años, siguen siendo muchas las necesidades sin atender en todas las regiones. Por ejemplo, en el África subsahariana, una de cada cuatro mujeres que desea espaciar sus embarazos o dejar de tener hijos no utiliza ningún método de planificación familiar.¹

La OMS difunde algunos datos importantes sobre la situación en lo que al rubro de salud de las mujeres en el mundo corresponde, que por supuesto influyen en el estudio de la muerte materna.

¹ Organización Mundial de la Salud, *Salud de la mujer*. [En línea. Consulta: diciembre 2009] <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/index.html>>

Estos datos son los siguientes:

- En término medio, las mujeres viven de seis a ocho años más que los hombres.
- En 2007, la esperanza de vida al nacer de las mujeres era de más de 80 años en 35 países, pero tan sólo de 54 años en la región de África.
- Las niñas tienen muchas más probabilidades que los niños de padecer abusos sexuales.
- En los países de ingresos medio-altos, los traumatismos por accidentes de tránsito son la principal causa de mortalidad entre las adolescentes.
- Aproximadamente 99% del medio millón de muertes maternas que se registran cada año se produce en países en desarrollo.
- El cáncer de mama es el tipo de cáncer más mortífero entre las mujeres de 20 a 59 años en los países de ingresos altos.
- A nivel mundial, las enfermedades cardiovasculares, a menudo consideradas un problema "masculino", son la principal causa de mortalidad entre las mujeres.¹

“Diariamente mueren 1,500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y del parto. Se calcula que en 2005 hubo 536,000 muertes maternas en todo el mundo. La mayoría correspondió a los países en desarrollo y la mayor parte de ellas podían haberse evitado.”²

La incidencia de muertes maternas tiene una distribución muy desigual en los diferentes países lo que refleja la desigualdad social; se señala que “el riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1 entre 75 en las regiones en desarrollo y 1 entre 7,300 en las regiones desarrolladas -en el Níger es de 1 entre 7, mientras que en Irlanda es de 1 entre 48,000.”³

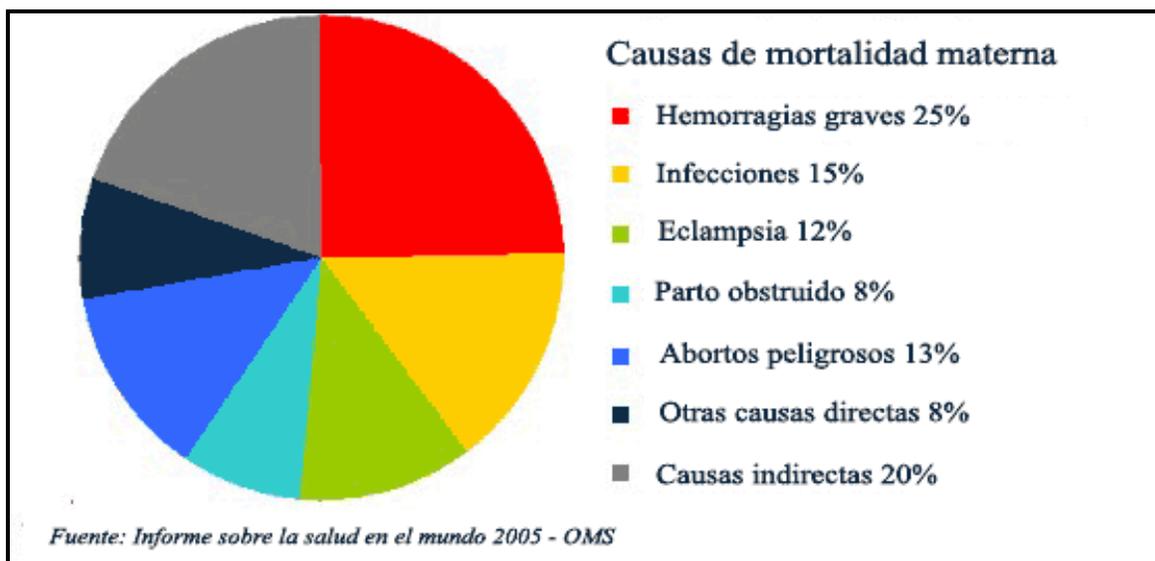
La mayoría de las muertes maternas son evitables, como se ha señalado insistentemente, pues existen soluciones terapéuticas o profilácticas para desaparecer sus principales causas. Las principales causas, según los datos de 2005 y la OMS, fueron las que se muestran a continuación:

¹ Maternal Mortality citado en Organización Mundial de la Salud, *Mortalidad materna* [En línea. Consulta: diciembre 2009] <http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality/es/index.html>

² *Ibidem*.

³ *Ibidem*.

Gráfica 1



El informe de la OMS sobre muerte materna de 2005 señala que la atención en el parto es determinante en los casos de muerte materna. En relación con la promoción de la seguridad durante el embarazo se señala que:

La atención especializada al parto puede suponer la diferencia entre la vida o la muerte. [...] La mayoría de las muertes maternas son evitables, pues existen soluciones terapéuticas o profilácticas para sus principales causas. La atención especializada al parto puede suponer la diferencia entre la vida o la muerte. Por ejemplo, una hemorragia intensa no atendida en la fase de expulsión de la placenta puede matar, incluso a una mujer sana, en dos horas. Una inyección de oxitocina administrada inmediatamente después del parto es muy eficaz para reducir el riesgo de hemorragia.¹

La segunda causa más frecuente de muerte materna, la septicemia, puede reducirse mucho si se utilizan técnicas asépticas. La tercera, la preeclampsia, es un trastorno hipertensivo del embarazo bastante frecuente, pero que se puede vigilar; aunque no se puede curar totalmente antes del parto, la administración de medicamentos como el sulfato de magnesio puede reducir el riesgo de convulsiones (eclampsia)

¹ Organización Mundial de la Salud, *Mortalidad materna* [En línea. Consulta: diciembre 2009] <http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality/es/index.html>

potencialmente mortales. Otra causa frecuente de muerte materna, el parto obstruido, puede ser evitada o tratada por asistentes de partería cualificados.¹

La vigilancia del proceso de parto utilizando un instrumento simple para identificar tempranamente los problemas que pudieran surgir podría evitar muchos casos de muerte materna, ya que permitiría prevenir emergencias de último momento; ese instrumento es el partograma, que consiste en “un gráfico de la progresión del parto y del estado del feto y la madre que el personal cualificado puede utilizar para identificar la progresión lenta antes de que se produzca la obstrucción y tomar las medidas necesarias, entre ellas la cesárea”².

Los datos del informe de la OMS para 2006 a nivel mundial muestran que

...sólo un 60% de los partos que tuvieron lugar en países en desarrollo contaron con la presencia de asistentes de partería cualificados. Eso significa que unos 50 millones de partos domiciliarios no contaron con dicha asistencia. La cobertura oscila entre el 34% en África Oriental y el 93% en Sudamérica³

En la asistencia prenatal la cobertura también es variable:

En el Perú, el 87% de las embarazadas tuvieron al menos cuatro consultas prenatales, mientras que en Etiopía tan solo del 12% tuvieron una atención de al menos cuatro consultas prenatales.

El reporte de salud mundial señala que son muchas las causas por las que las mujeres no reciben la asistencia antes, durante y después del parto:

En algunas zonas remotas es posible que no haya profesionales disponibles, y si los hay, que la atención no sea buena. En otros casos la mujer no tiene acceso a los centros sanitarios porque no dispone de medios de transporte o porque no puede pagar el costo del transporte o de los servicios de salud. [...] Las creencias culturales y el estatus social de la mujer también pueden impedir que la embarazada obtenga la asistencia que necesita. Para mejorar la salud materna hay que identificar y

¹ Ibídem.

² Ibídem.

³ Ibídem.

solucionar a nivel comunitario las deficiencias de capacidad y calidad de los sistemas de salud y los obstáculos al acceso a los servicios de salud.¹

La muerte materna en México

Dos de los estudios sobre muerte materna realizados en México nos presentan un panorama nacional al respecto:

La Dra. Aurora del Río Zolezzi expone que “la mortalidad materna representa un grave problema de salud pública, sus causas son evitables y es la máxima expresión de injusticia social, ya que es en los países de menor desarrollo económico donde existen las cifras más altas de muertes maternas y son las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir por embarazo, parto o puerperio”². También menciona que se calcula que por cada muerte materna que se registra en México hay una sin registrar,³ y que es más frecuente esta situación cuando la causa es aborto inducido.

El estudio de Carlos Enrique Romo Gamboa explica que la mortalidad materna descendió en México de 10 muertes por cada 10,000 nacimientos en 1979 a 5.4 en 1990. Las causas de muerte más importantes en todo ese período, según este estudio, eran los problemas durante el parto (34.2%), la hipertensión (23.2%) y las hemorragias (21.3%). En cuarto lugar estaba el aborto inducido con 8.4% y por último las infecciones con 5.6%. Otras enfermedades no propias del embarazo pero que se agravan con éste son clasificadas como causas indirectas y constituían, según el mismo autor, un 7.3% de las muertes.⁴

De 1990 a 2000 la tasa de mortalidad materna en México mostró una tendencia ligera a la baja: en 1990 se registraron 5.4 defunciones maternas por cada 10,000 Nacidos Vivos Registrados (NVR), mientras que en 2000 este indicador alcanzó el valor de 4.68.

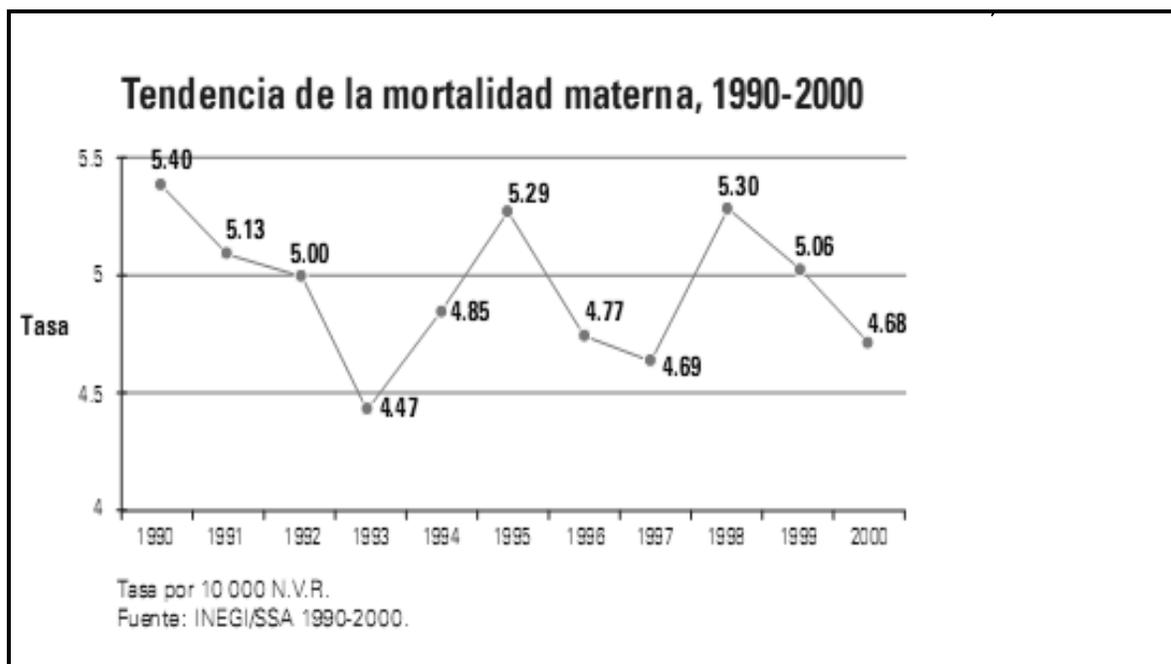
¹ *Ibidem*.

² Del Río Zolezzi, A., *Aborto y mortalidad materna en México*, [En línea. Consulta: diciembre 2009] <www.salud.gob.mx/unidades/.../2dia_panel2_AuroradelRio.ppt>

³ *Ibidem*.

⁴ Léase Romo, C. E., *La Mortalidad Materna. Problema de Salud en México*. [En línea. Consulta: diciembre 2009] <[33](http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:c6T_WShh-MsJ:sociales.reduaz.mx/art_ant/mortalidad_materna_mexico.pdf+La+Mortalidad+Materna+Problema+de+Salud+en+M%C3%A9xico+Romo&hl=es&gl=mx&pid=bl&srcid=ADGEESixn_5dGgP1sKH5-nc3olf6mni8WUiSu1267nJLVeQI4FTAQMz0FIRneNryv2rcjvTrxnJUJY9IcqxeXWWXyxBEUKAZwkCnv6iy5wz-JcGA0lXUurW-o21nmA5mHBG2VPnjojlo&sig=AHIEtbRFVXa4lb3017dnhK9jfJNYFF88Zg>></p></div><div data-bbox=)

Gráfica: 2



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

Las principales causas de muerte materna en el periodo antes mencionado en el estudio en cuestión eran, en orden descendente: preeclampsia-eclampsia, hemorragia obstétrica, sepsis puerperal y complicaciones del aborto que, en conjunto, representaron 68% del total de las defunciones maternas.

Varios estudios sobre la materia señalan que se mantiene un importante subregistro de la mortalidad materna en nuestro país, sobre todo en las áreas rurales y comunidades indígenas: de las 1,310 muertes maternas registradas en 2000, 67.3% ocurrieron en 10 entidades del centro y sureste del país, específicamente en el Estado de México, Veracruz, Distrito Federal, Guerrero, Puebla, Oaxaca, Chiapas, Jalisco, Guanajuato y Michoacán. Según este estudio, Baja California Sur tenía en ese periodo una tasa menor de 3.9 fallecimientos por cada 100,000 niños nacidos vivos, colocándose entre las entidades con menores tasas.

De acuerdo con la OMS, la mortalidad materna entre 1990 y 2003 pasó de 89.0 a 65.2 por cada 100,000 nacidos vivos o, lo que es lo mismo, de 8.9 a 6.5 casos de muerte materna por cada 10,000 nacidos vivos. Estas cifras significarían que no ha descendió como se esperaba.

Las principales causas de defunción en México siguen asociadas a la hipertensión, las hemorragias y a otras complicaciones del parto, mismas que podrían evitarse focalizando esfuerzos para prevenirlas en áreas de mayor riesgo, en especial en zonas rurales e indígenas.¹

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

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

Las muertes maternas han disminuido en las últimas décadas. Entre 1990 y 2005 la razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos se redujo de 89 a 63 [o lo que es lo mismo de 8.9 a 6.3 de cada 10,000 niños nacidos vivos, como dice la OMS].

La misma SSA reconoce que: “aunque se trata de un descenso importante todavía estamos lejos de la meta que se estableció en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015, lo que significa llevar el valor de este indicador a 22 por 100,000 nacidos vivos en 2015.”

En este diagnóstico la SSA señala que:

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

¹Organización Mundial de la Salud, *Country Cooperation Strategy at a glance*. [En línea. Consulta: diciembre 2009] <http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_mex_en.pdf>

materna. En 2005 se presentaron en el país 1,242 muertes maternas. De este total, 67.7% ocurrieron en mujeres sin seguridad social y 19%, fuera de una unidad médica (hogar, vía pública).¹

En 2005

El riesgo de fallecer de una embarazada en Guerrero fue dos veces mayor que el promedio nacional y cinco veces mayor que el de las embarazadas de Nuevo León. Las entidades con problemas de mortalidad materna más serios son: Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Nayarit y Oaxaca, que presentan cifras de razón de mortalidad materna superiores a 80 por 100,000 nacidos vivos. [Las principales causas de muerte materna en México en el 2005 fueron] los trastornos hipertensivos del embarazo y las hemorragias durante el embarazo, el parto y el puerperio.²

Como ya se ha señalado, ciertas causas predominan dependiendo del contexto, ya que en las zonas urbanas “casi la mitad de las muertes maternas se debe a complicaciones del embarazo, dentro de las que destaca la preeclampsia [y] padecimientos sistémicos subyacentes como la diabetes que se ven agravados por la maternidad (causas obstétricas indirectas). En las áreas rurales “la mitad de las muertes se debe a hemorragias (causas obstétricas directas)”. Estos datos nos muestran que en los estados desarrollados se requiere poner más atención en la detección temprana y el tratamiento oportuno de este tipo de complicaciones, mejorando la infraestructura de atención para garantizar “el acceso, la calidad y la oportunidad de la atención del parto y el puerperio.”

Un problema prioritario es el de los embarazos en adolescentes. En México: “en las instituciones públicas de salud 21% de los partos atendidos en 2005 fueron en menores de 20 años y casi 7,289 ocurrieron en niñas de 10 a 14 años de edad.” La SSA reconoce que el riesgo de morir de las adolescentes que se embarazan es “1.2 veces mayor que el de las embarazadas mayores de 20 años.”³

¹ *Ibidem.*

² *Ibidem.*

³ Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, p. 39. [En línea. Consulta: diciembre 2009] <http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf>

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

Las principales causas de defunción materna en México, para 2006, siguen asociadas a la hipertensión, las hemorragias y a otras complicaciones del parto que podrían evitarse focalizando esfuerzos en áreas de mayor riesgo, en especial en zonas rurales indígenas.¹

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

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

- Quintana Roo es seleccionado ya que presenta características similares a nuestra entidad; además, cuenta con un Observatorio de Violencia Social y de Género que permite intercambiar información de manera eficiente.
- Chiapas es tomado como estado ejemplar de la región sureste del país.
- Es necesario contemplar Baja California y Sinaloa ya que, junto con nuestro estado, conforman la región noroeste del país.
- El Distrito Federal, como capital del país, es un importante indicador.

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

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

¹ Organización Mundial de la Salud, *Country Cooperation Strategy at a glance*. [En línea. Consulta: diciembre 2009] <http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_mex_en.pdf>

En el Cuadro 2 mostramos los datos nacionales y la comparación entre los seis estados seleccionados sobre la población total y la población total de mujeres y hombres en esas entidades. También presentamos el porcentaje de población de hombres y mujeres por grupos de edad, la tasa de crecimiento de la población, la tasa de natalidad, de fecundidad y de mortalidad ajustada por edad.

Los datos muestran que Baja California Sur cuenta actualmente con una proporción de hombres ligeramente superior a la población de mujeres. En los otros datos se mantienen las mismas tendencias. Se puede ver en el cuadro un alto porcentaje de mujeres jóvenes en edad fértil, así como una baja tasa de natalidad, aunque también una elevada tasa de crecimiento que en el caso de nuestra entidad está más ligada a la migración, ya que tiene un saldo migratorio positivo -es de los pocos estados que no expulsa migrantes a Estados Unidos. Estas cifras muestran una tasa de mortalidad ligeramente superior al promedio nacional.

Para iniciar el análisis presentamos primero los datos sobre la población femenina en la entidad (según la proyección de CONAPO) para ubicar el universo de nuestro estudio.

Cuadro 2: Población de mujeres de 15 años y más

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

En el contexto nacional las características de nuestra población femenina serían las que muestra el siguiente cuadro. Los datos corresponden al 2005 porque son los únicos datos firmes a nivel nacional, respaldados por el Censo de Población y Vivienda del INEGI.

Cuadro 3: Características de la población en México por entidad federativa, 2005

Entidad	Población (miles)*			Porcentaje por grupos de edad			Mujeres en edad fértil ^{1/} (miles)	Tasa de crecimiento Total	Tasa de natalidad (por 1,000 habs.)	Tasa global de fecundidad	Tasa de mortalidad ajustada por edad ^{2/}
	Total	Hombres	Mujeres	0 a 14	14 a 64	+64					
Nacional	106 452	52 929	53 522	30.0	64.7	5.3	29 514	1.0	18.4	2.1	6.3
Baja California	2 948	1 499	1 449	29.8	66.2	4.0	832	2.7	18.4	2.1	6.9
Baja California Sur	503	258	244	28.7	67.2	4.1	141	2.6	18.1	2.0	6.6
Chiapas	4 417	2 220	2 197	34.4	61.9	3.7	1 195	1.3	20.8	2.3	6.6
Distrito Federal	8 815	4 293	4 522	24.0	69.1	6.9	2 562	0.0	15.8	1.8	7.8
Quintana Roo	1 091	564	528	31.0	66.5	2.5	312	3.5	20.0	2.2	6.0
Sinaloa	2 771	1 404	1 367	29.6	65.0	5.4	751	0.8	17.9	2.1	5.6

^{1/} Mujeres de 15 a 49 años

^{2/} Por 1,000 habitantes ajustada por grupos de edad por método directo con la población estándar de la OMS

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

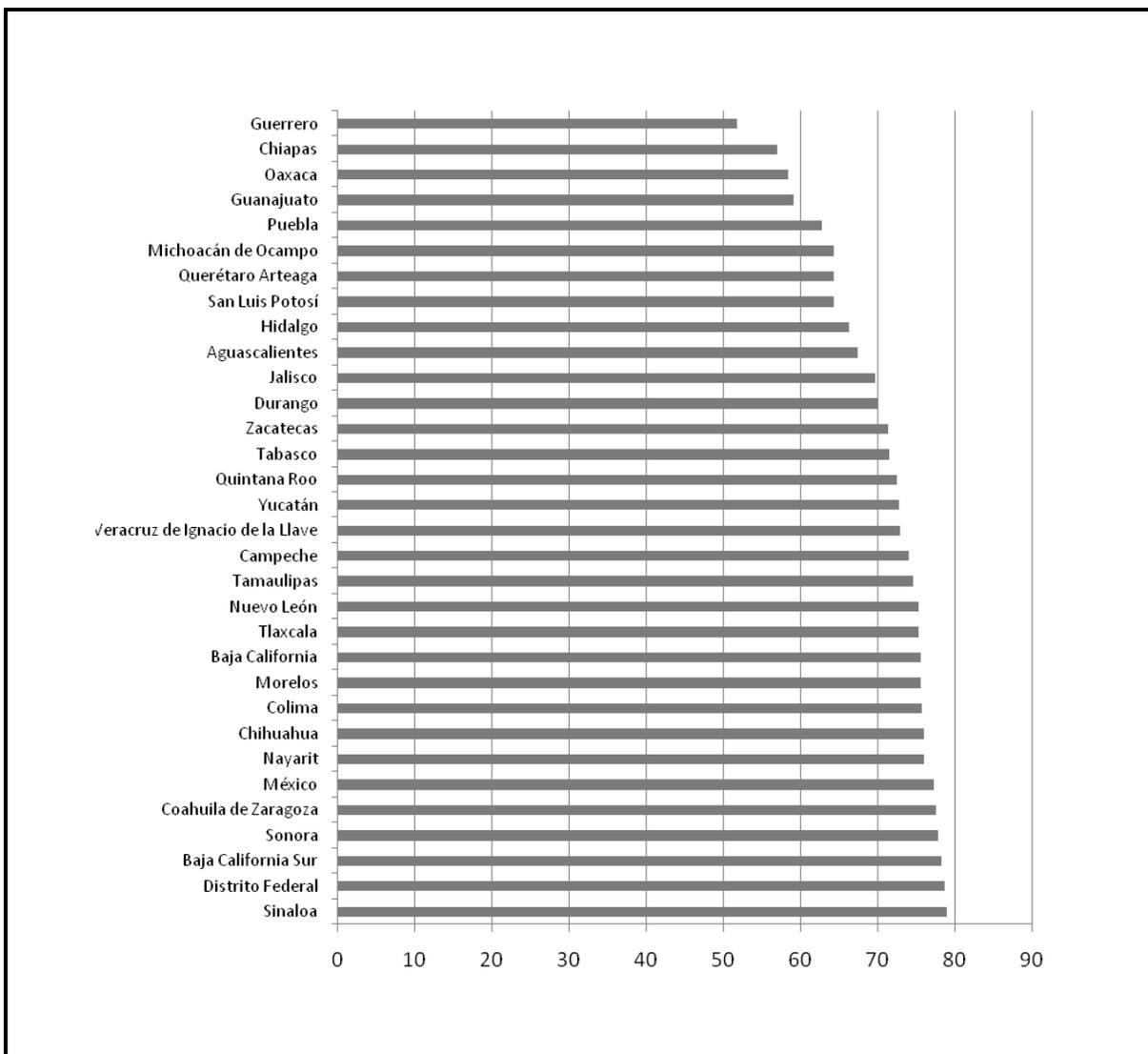
Los siguientes cuadros muestran una situación favorable para la salud sexual y reproductiva de las mujeres en nuestra entidad. El primero se refiere a las mujeres unidas en edad fértil que utilizan algún método anticonceptivo, en el cual Baja California Sur se encuentra entre los estados con mayor porcentaje de mujeres usuarias, ocupando el tercer lugar sólo después de Sinaloa y el Distrito Federal.

Cuadro 5: Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos por entidad federativa 2000

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

Estos mismos datos se muestran en la siguiente gráfica:

Gráfica 4: Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos por entidad federativa 2000



Elaborado por el OVSG de BCS, 2010 con datos del Censo de Población y Vivienda 2000.

Otra información importante es la que se obtiene de relacionar la condición económica de la madre y el porcentaje de población femenina económicamente activa o no activa con el número de nacimientos. Este dato complementa la información, ya que a mayor nivel económico mayores posibilidades de educación y de acceso a servicios de salud, que también debe influir en reducir la proporción de casos de muerte materna. En relación con estos datos tenemos los siguientes cuadros elaborados con base en la información del INEGI que muestran cifras de los seis estados seleccionados en 2006, 2007 y 2008.

Cuadro 6: Nacimientos / condición económica de la madre, 2006

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

Cuadro 7: Nacimientos / condición económica de la madre, 2007

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

Cuadro 8: Nacimientos / condición económica de la madre, 2008

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

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

Muerte materna en Baja California Sur

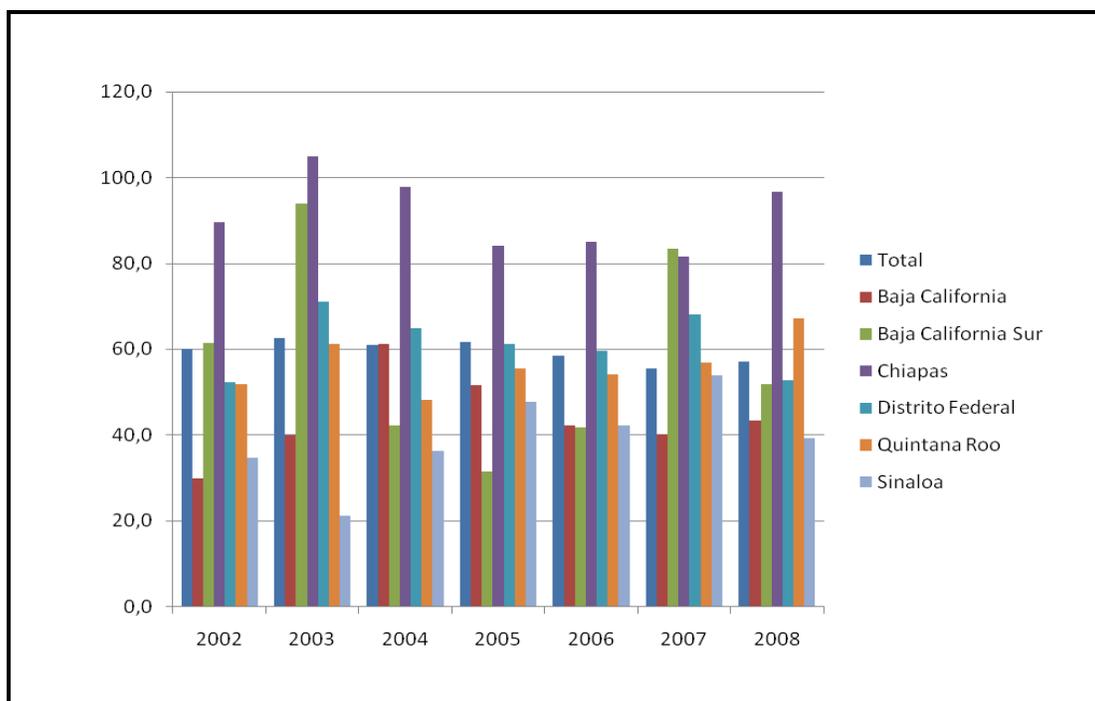
Con el fin de mostrar el comportamiento de este indicador de manera más clara, presentamos la RMM por cada cien mil niños nacidos vivos en Baja California Sur en comparación con las seis entidades seleccionadas.

Cuadro 9: Comparativo razón de mortalidad materna y defunciones maternas por año de registro y entidad de residencia habitual, 2002-2008. RMM X 100,000 nacidos vivos

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

La gráfica siguiente muestra de manera más clara estos mismos resultados también según el indicador calculado de razón de muerte materna:

Gráfica 5



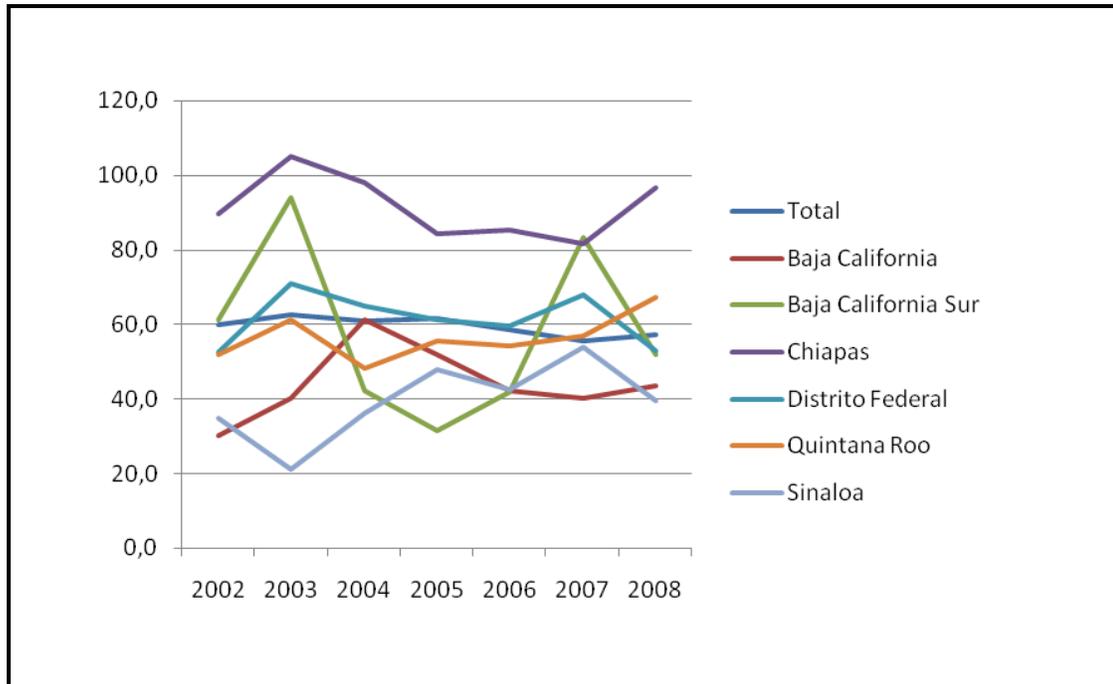
El número de casos de muerte materna para las mismas seis entidades y el total nacional, de 2002 al 2009, los mostramos a continuación:

Cuadro 10: Defunciones maternas por año de Registro y entidad de residencia habitual, 2002-2008

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

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

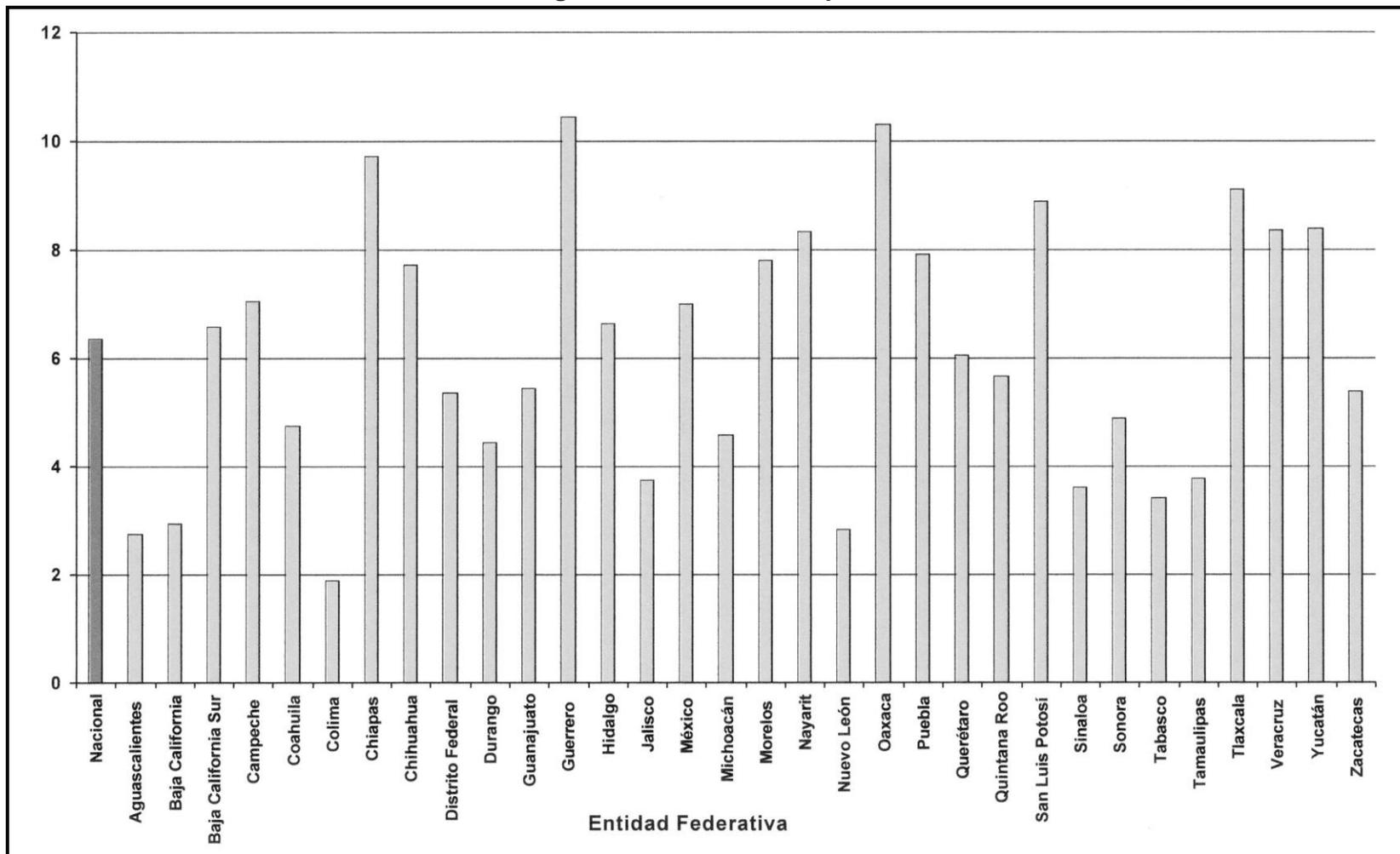
Gráfica 6: Comparativo razón de mortalidad materna y defunciones maternas por año de registro y entidad de residencia habitual, 2002-2008 RMM X 100,000 nacidos vivos



Con este tipo de gráficas se muestran con mayor claridad los altibajos en las cifras, que en el caso de Baja California Sur son mucho más acentuadas

Las cuatro gráficas de las siguientes páginas muestran que en 2003 teníamos una tasa muy alta de mortalidad materna en proporción a los niños nacidos vivos, ocupando el tercer lugar a nivel nacional; en 2005 ocupamos el cuarto lugar entre los estados con menor mortalidad materna; en 2007 el tercer lugar –solamente después de Oaxaca y Guerrero.

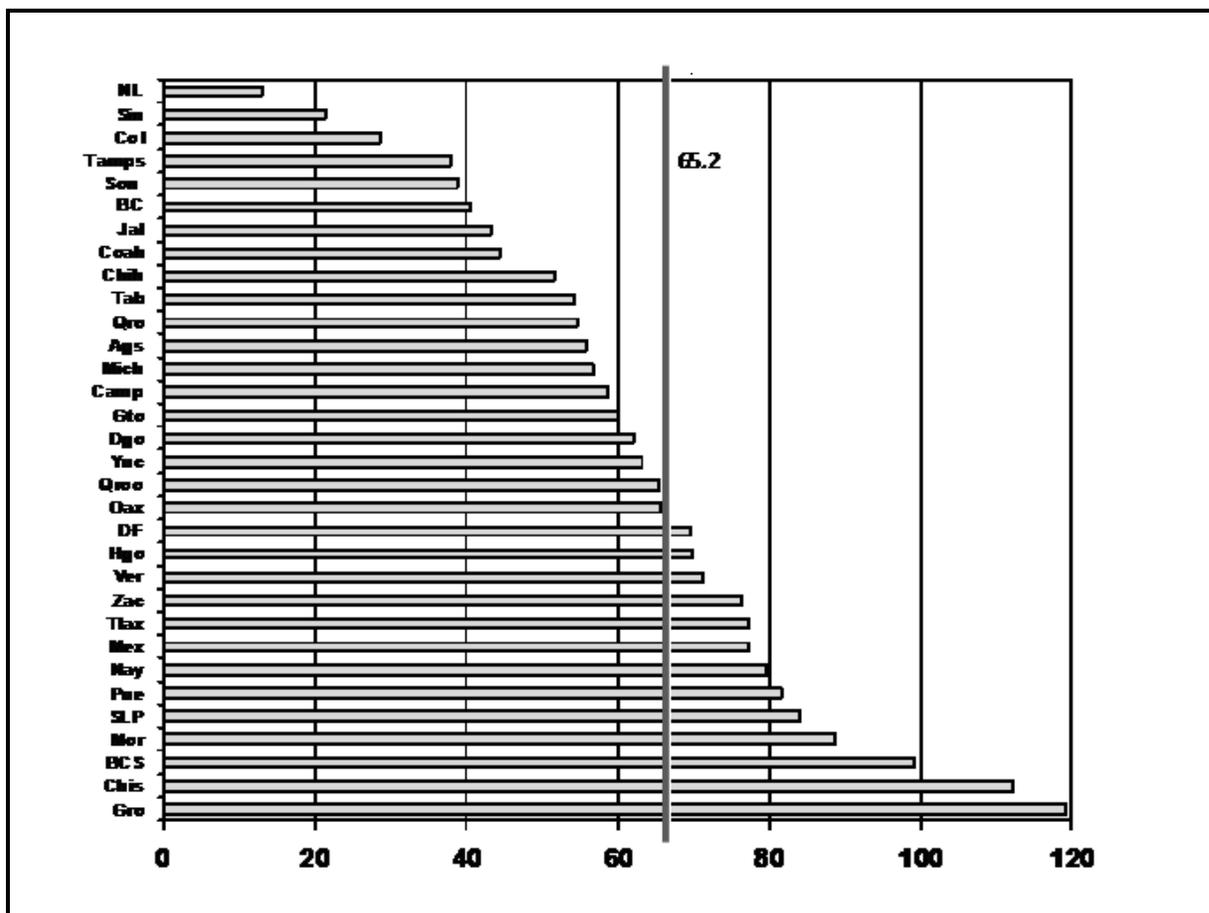
Gráfica 7: Mortalidad materna según entidad federativa por 10 mil niños nacidos vivos, 2002



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

En esta gráfica Baja California Sur que ocupa el número trece; diecinueve estados con menor índice de mortalidad materna para el año 2000:

Gráfica 8: Razón de muerte maternal por 100 mil niños nacidos vivos, 2003

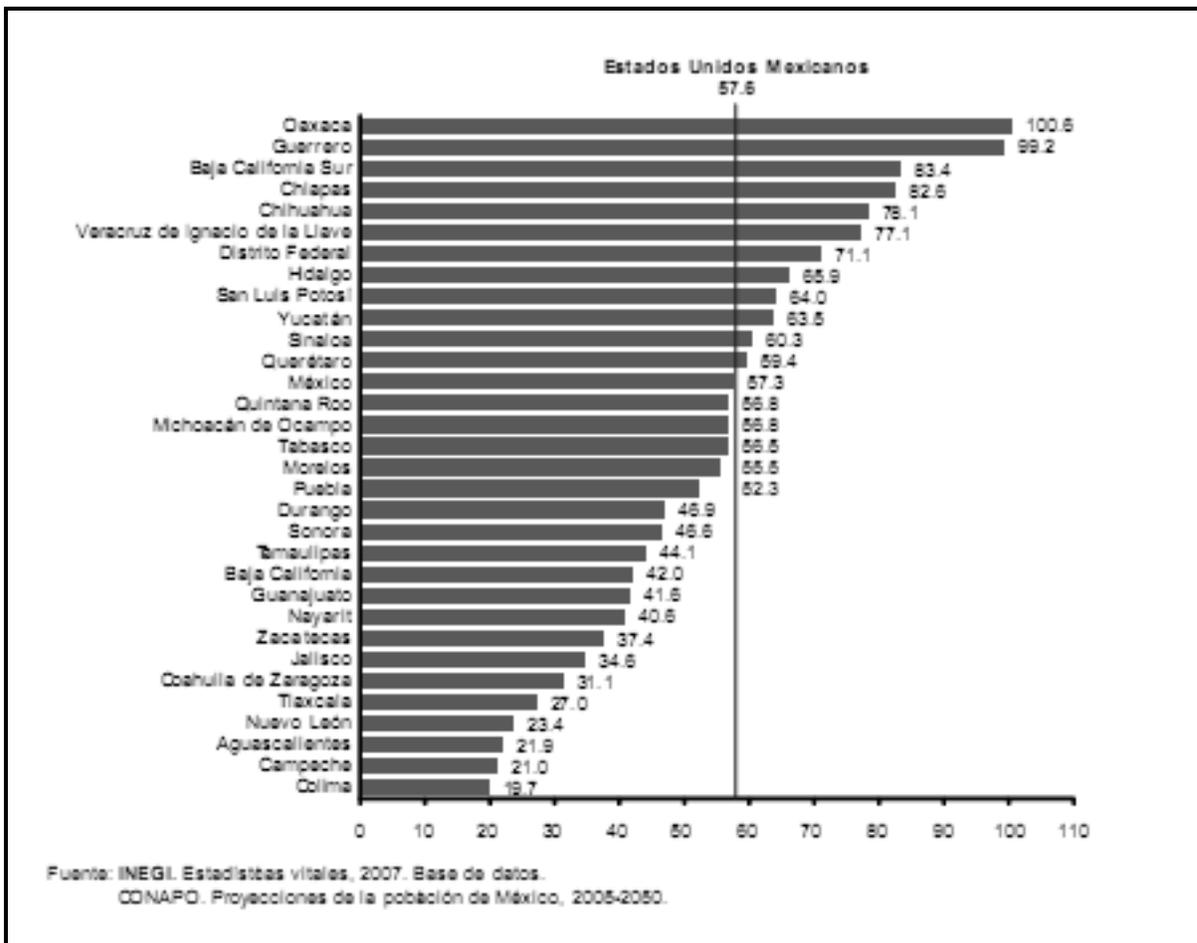


Fuente: del Río Zolezzi, Aurora, Aborto y mortalidad materna en México

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

En este año Baja California es el tercer estado con menor índice de muerte materna.

**Gráfica 9: Tasa de mortalidad materna por entidad federativa, 2007
por 100 mil niños nacidos vivos**

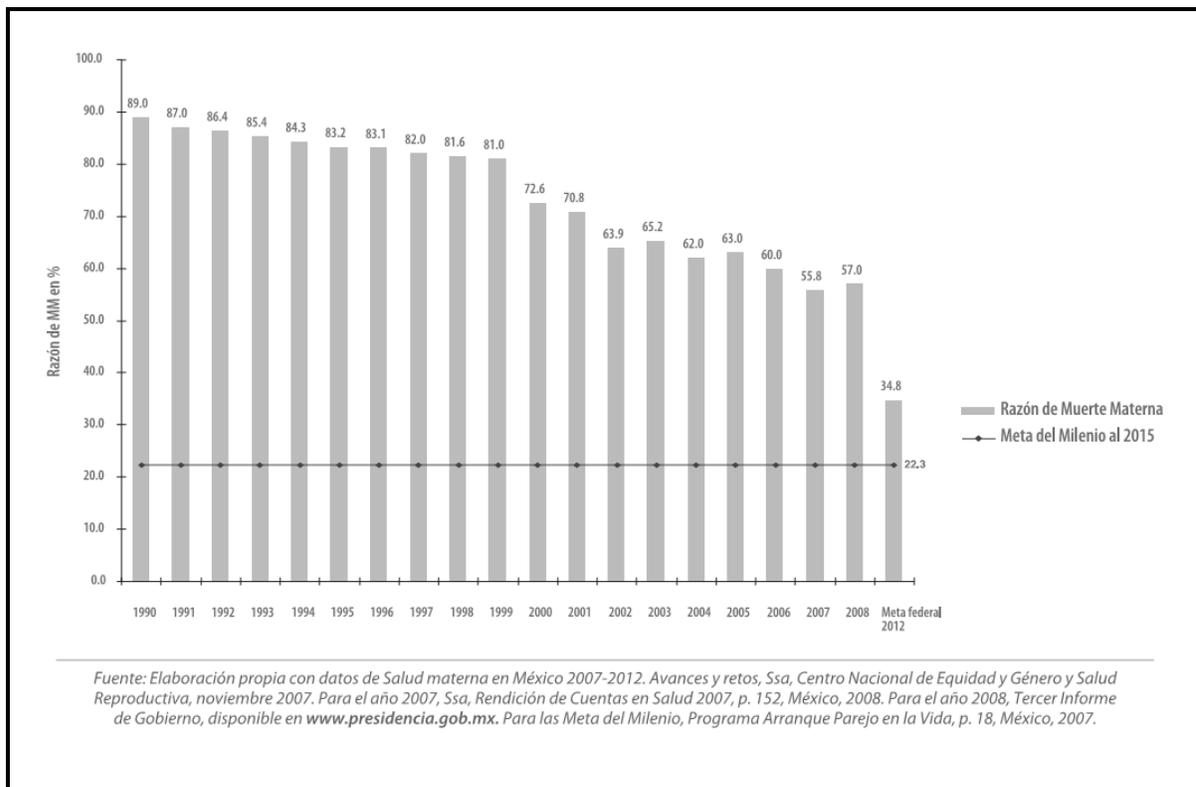


Fuente: Gráfica Publicada en el Programa Nacional de Salud 2007 2012

En 2007 Baja California ocupa el tercer sitio con menor índice de muerte materna.

La siguiente gráfica nos muestra cómo a nivel nacional estamos muy lejos de alcanzar los ODM para 2012 en lo que se refiere a este indicador.

Gráfica 10: Razón de muerte materna en México por 100 mil niños nacidos vivos de 1990 al 2008 y la Meta del Milenio para 2012 en %



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

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

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

En 2005 la RMM descendió a 31.8 –nuestro mejor dato–, ocupando el cuarto lugar entre los estados con menores tasa de mortalidad materna, después de Colima, Nuevo León y Zacatecas.

En 2007 se obtuvo otra vez una cifra muy alta –83.4 de RMM–, convirtiéndose Baja California Sur en el tercer estado con peores resultados (después solamente de Guerrero y Oaxaca).

En 2008 la cifra mejora: 51.9 muertes maternas por cada 100,000 niños nacidos vivos.

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

Cabe destacar que la altísima variación que se puede observar de un año a otro habla tal vez de una falta de constancia en la buena atención.

Las cifras nacionales son para 2007 de 58.8, para 2008 de 57 y se fijó la meta nacional para 2012 de 34.8; la meta del Milenio para 2015 consiste en bajar esa cifra a 22.3. Es decir, en 2005 alcanzamos una tasa acorde con la meta, aunque nos falta mucho por alcanzar y sostener la meta nacional y la del milenio.

Para 2008 utilizamos los datos de la RMM para Baja California Sur que expide la SSA; para 2009 solamente tenemos el número de casos. No tenemos los datos nacionales por lo que no fue posible hacer las comparaciones con otras entidades.

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

Cuadro 11: Defunciones maternas y razón de mortalidad materna por municipio, 2009

Municipio	Defunciones maternas	Nacidos vivos (NV) estimados CONAPO. Versión 06	Razón de mortalidad x 100,000 NV
Los Cabos	5	3.606	138,7
La Paz	5	4.944	101,1

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

En 2009 se registraron cuatro casos de muerte materna en la entidad: dos mujeres de Ciudad Constitución, una de la ciudad de La Paz y una mujer residente de Villa Alberto Alvarado Arámburo. Solamente en una de ellas –correspondiente a la ciudad de La Paz, caso en el cual murieron los dos gemelos - la mujer no tuvo control prenatal y falleció debido a un cuadro de choque séptico, sepsis pancreatitis. Los demás casos fueron por ecamppsia

que produjo muerte cerebral, insuficiencia respiratoria aguda que produjo preeclampsia y, finalmente, un caso de infección respiratoria aguda.

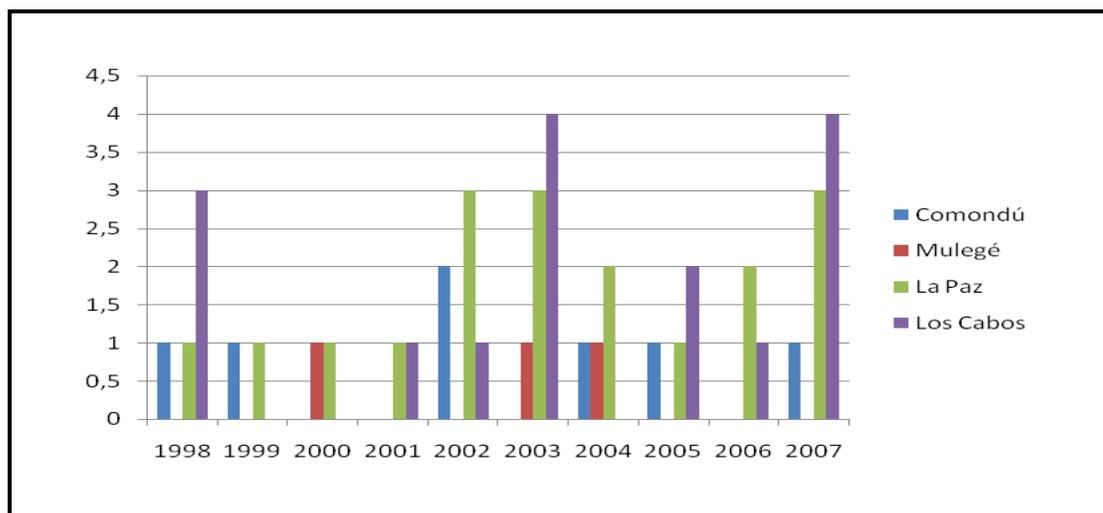
En la gráfica que muestra las tendencias se puede apreciar más claramente que los datos sufren variaciones notables de un año a otro y la curva de variaciones para nuestra entidad es todavía más pronunciadas en sus altibajos.

Cuadro 12: Defunciones maternas INEGI en Baja California Sur por municipio

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

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

Gráfica 11



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

Causas de muerte materna en México y en Baja California Sur

Las causas de muerte materna, de mayor a menor frecuencia, son: enfermedad hipertensiva del embarazo; hemorragia del embarazo, parto y puerperio; otras complicaciones principalmente de embarazo y parto; causas obstétricas indirectas; aborto, sepsis y otras infecciones puerperales; otras complicaciones principalmente puerperales y complicaciones venosas en el embarazo, parto y puerperio. Los datos de 2002 a 2007 son los siguientes:

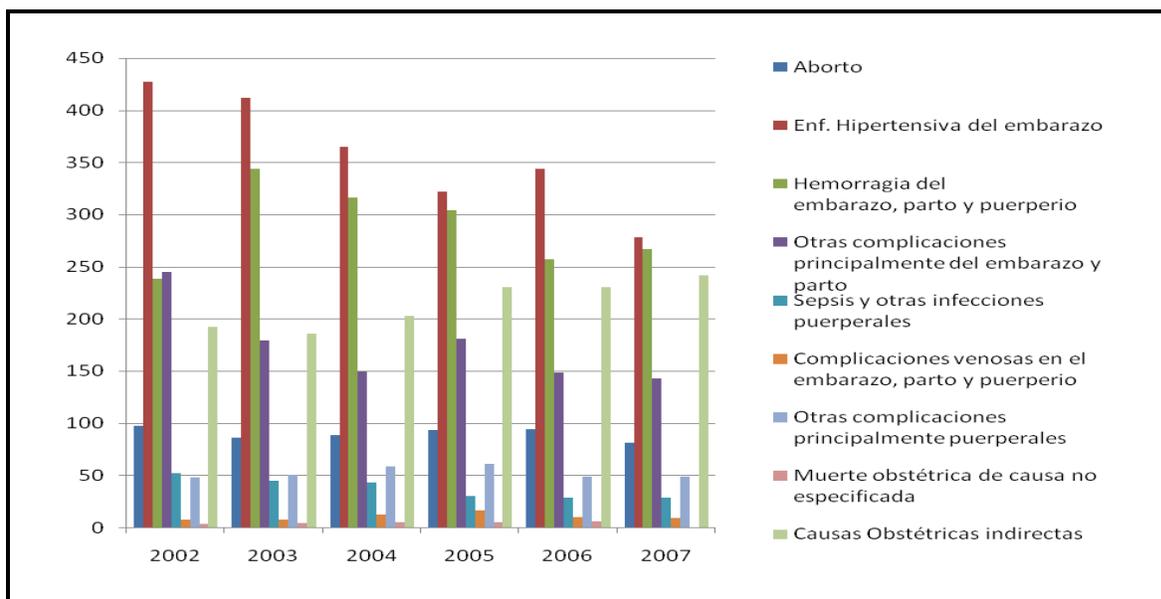
Cuadro 13: Defunciones maternas por causas, México 2002-2007

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

Fuente: SINAIS, Defunciones maternas por causas 2002-2007.

Estos mismos datos los vemos reflejados en la siguiente gráfica:

Gráfica 12: Defunciones maternas por causas, México 2002-2007



Sobre estos indicadores, para el caso de Baja California Sur, se tienen algunos datos en comparación con el total nacional; y en la gráfica siguiente se exponen los datos desglosados.

Cuadro 14: Causas de muerte materna en México y en Baja California Sur, 2002-2007

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

Fuente: SINAIS, Defunciones maternas por causas según entidad de residencia habitual, 2002-2007, <<http://www.sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.html>>, consultado 11/02/2010.

Cuadro 15. Causas de muerte materna en Baja California Sur, 2002-2007

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

Fuente: SINAIS, Defunciones maternas por causas según entidad de residencia habitual, 2002-2007, <<http://www.sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.html>>, consultado 11/02/2010.

Otros datos importantes sobre mortalidad en mujeres

En las siguientes páginas mostramos otros datos sobre mortalidad en mujeres que deben tenerse en cuenta por tratarse de causas muy relacionadas con la maternidad y la condición de salud de la mujer. El primer cuadro es una comparación entre las seis entidades seleccionadas, donde se muestra el número de casos pero también la tasa –o sea, la proporción por cada cien mil habitantes.

Cuadro 16: Mortalidad en mujeres (estandarizada por edad) por enfermedades transmisibles, perinatales y deficiencias de la nutrición, según entidad federativa de residencia habitual, 2005

Entidad	Ciertas afecciones perinatales ^{1/} p00-p96,a33 *		Deficiencias de la nutrición e40-e64 *		Anemias nutricionales d50-d53 *	
	Def	Tasa	Def	Tasa	Def	Tasa
Nacional	7 001	741,0	4 319	8,4	695	1,5
Baja California	148	562,6	49	4,7	6	0,6
Baja California Sur	34	772,9	19	9,3	1	0,8
Chiapas	240	544,8	180	11,8	57	4,1
Distrito Federal	588	879,1	227	4,1	36	0,6
Quintana Roo	79	749,5	15	7,3	3	1,2
Sinaloa	91	380,8	74	5,9	15	1,3

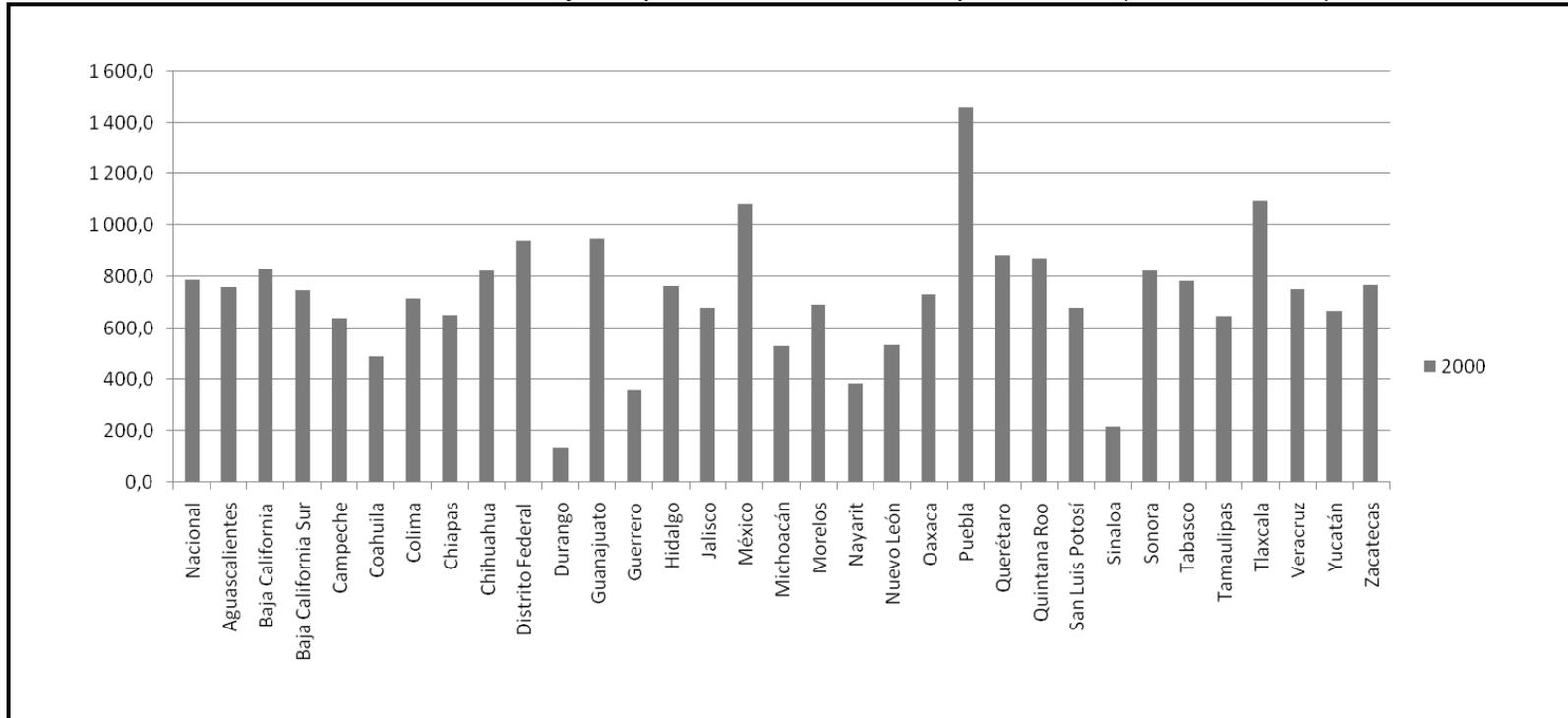
*Códigos de la CIE 10

^{1/} Tasa por 100,000 habitantes menores de un año (no estandarizada). Tasa por 100,000 habitantes estandarizada por el método directo usando la población mundial estándar World Health Organization 2000. Age. Standardization of rates: A new WHO standard. No se incluyen defunciones de residentes en el extranjero.

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

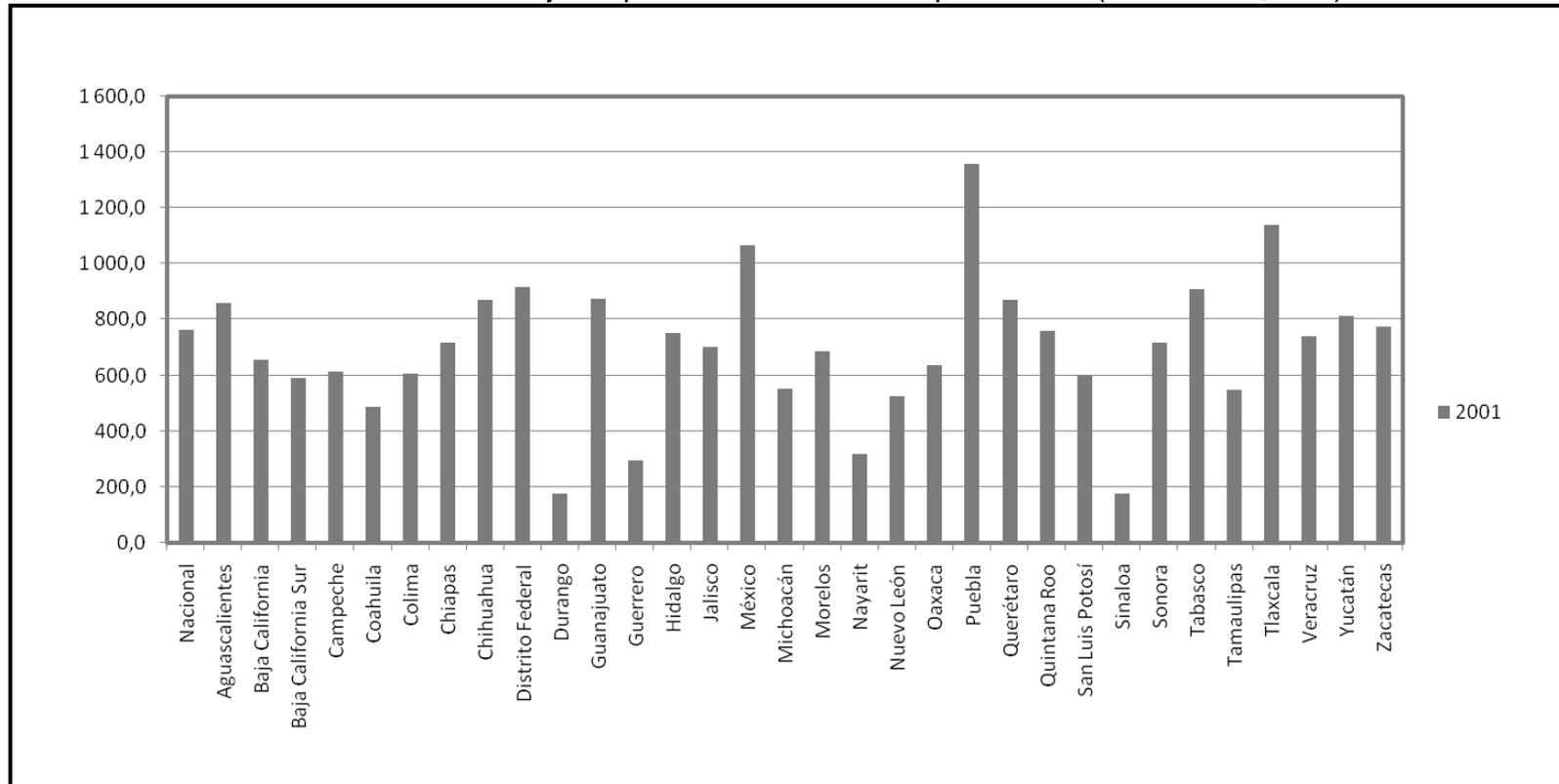
En las siguientes gráficas mostramos los datos nacionales sobre mortalidad femenina por ciertas afecciones:

Gráfica 13: Mortalidad en mujeres por ciertas afecciones perinatales (P00-P96, A33)* 2000



*Tasa por 100,000 habitantes estandarizada por el método directo usando la población mundial estándar World Health Organization 2000. Age. Standardization of rates: A new WHO standard. No se incluyen defunciones de residentes en el extranjero. Fuente: Base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050.

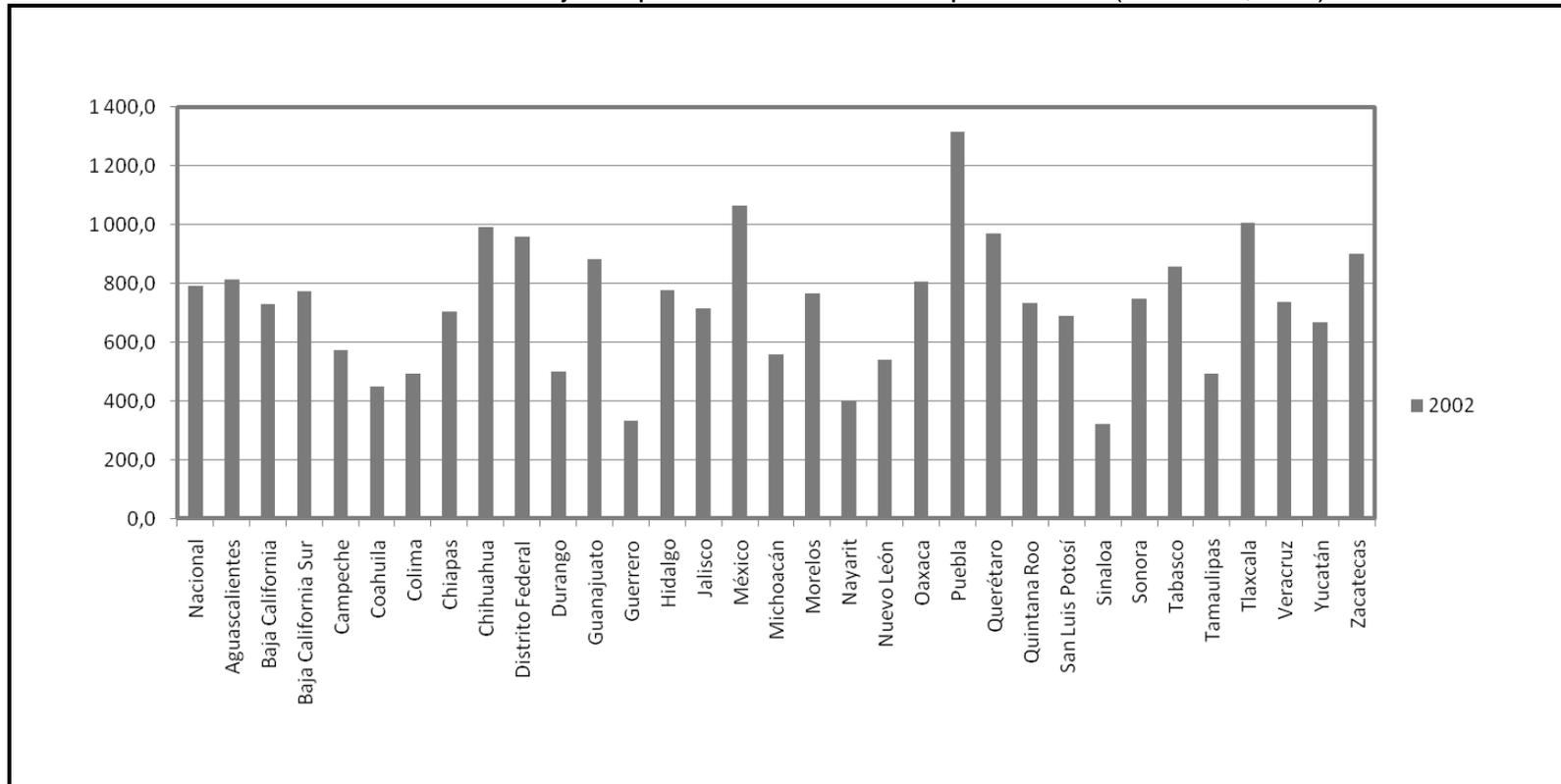
Gráfica 14: Mortalidad en mujeres por ciertas afecciones perinatales (2/ P00-P96, A33)* 2001



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

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

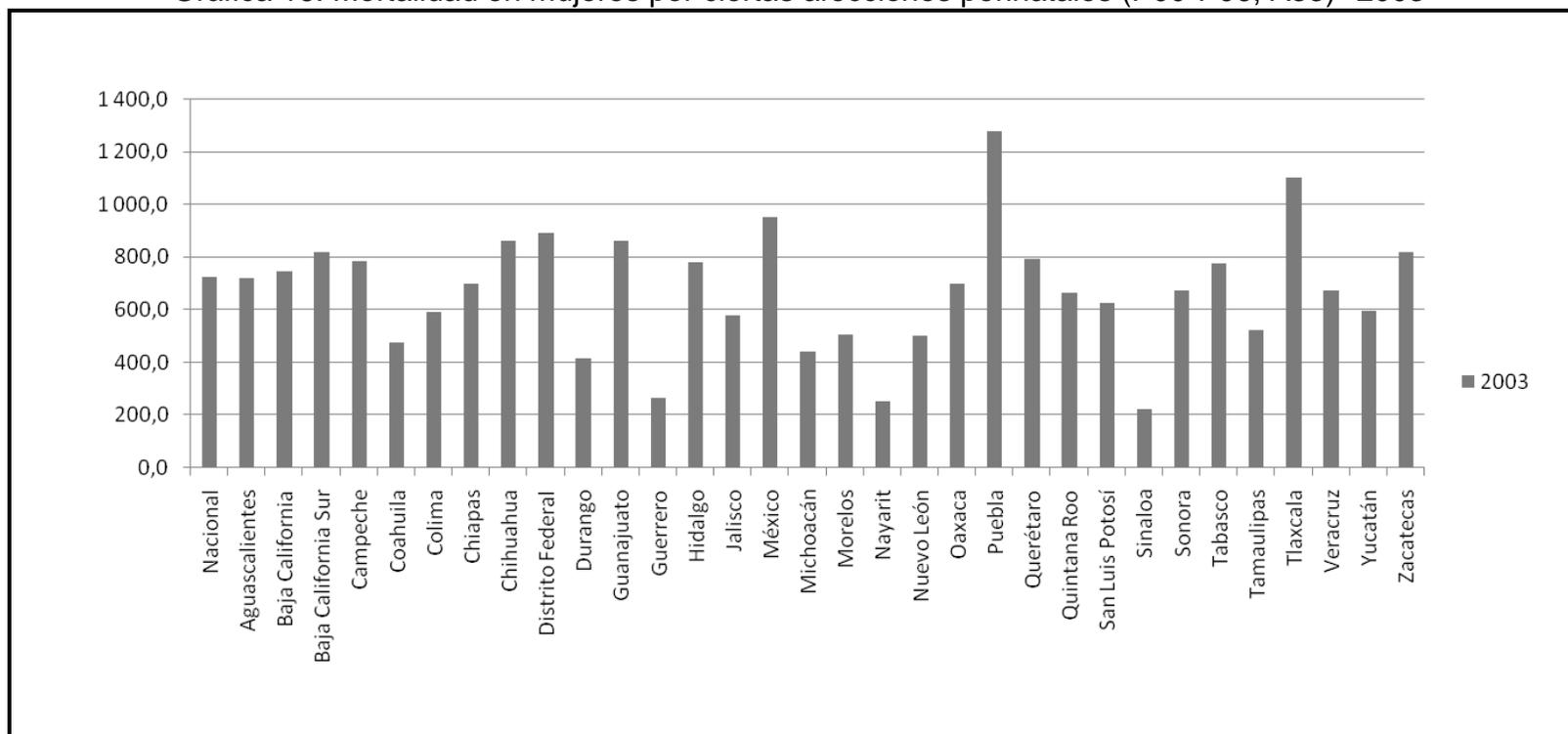
Gráfica 15: Mortalidad en mujeres por ciertas afecciones perinatales (P00-P96, A33)* 2002



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

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

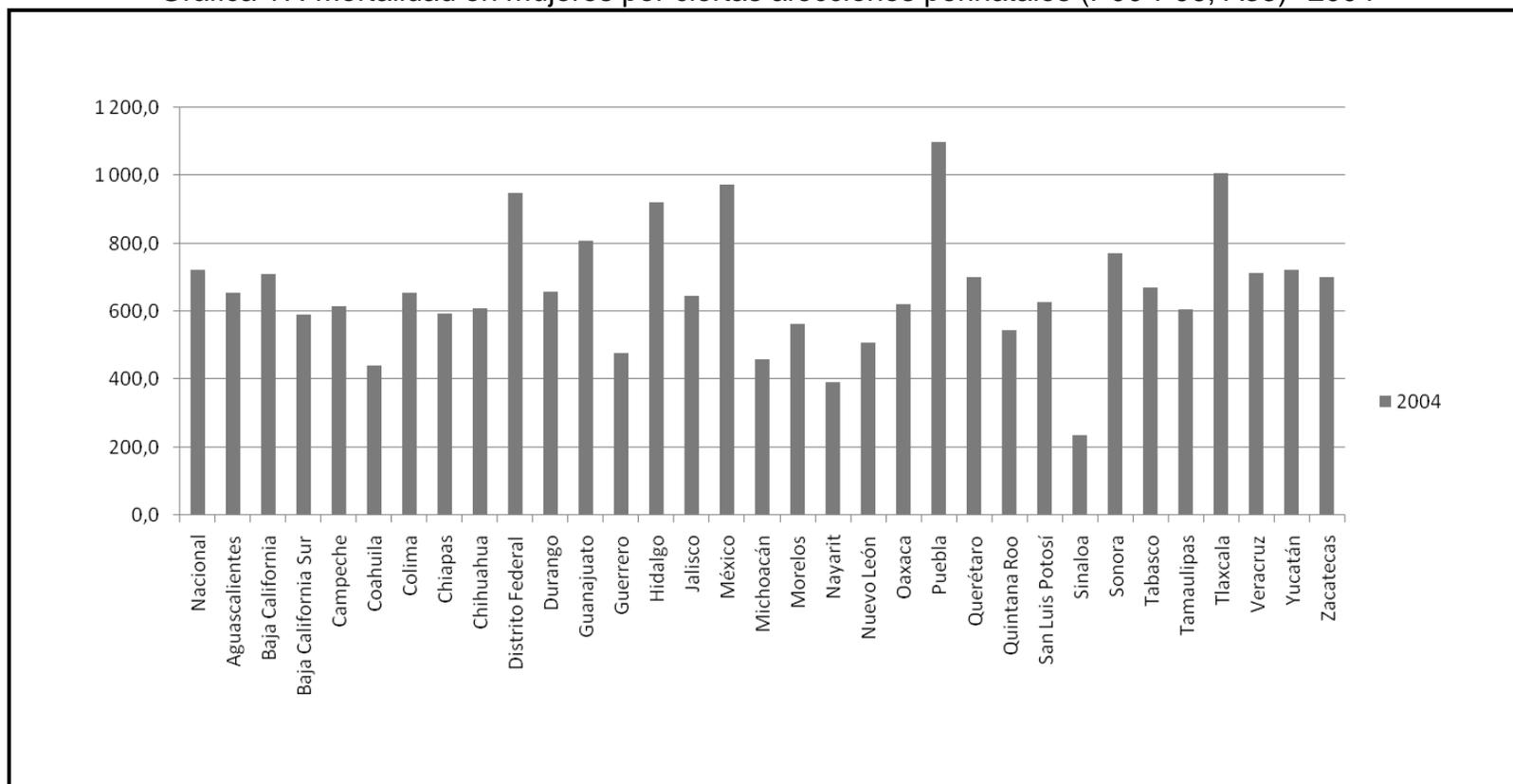
Gráfica 16: Mortalidad en mujeres por ciertas afecciones perinatales (P00-P96, A33)* 2003



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

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

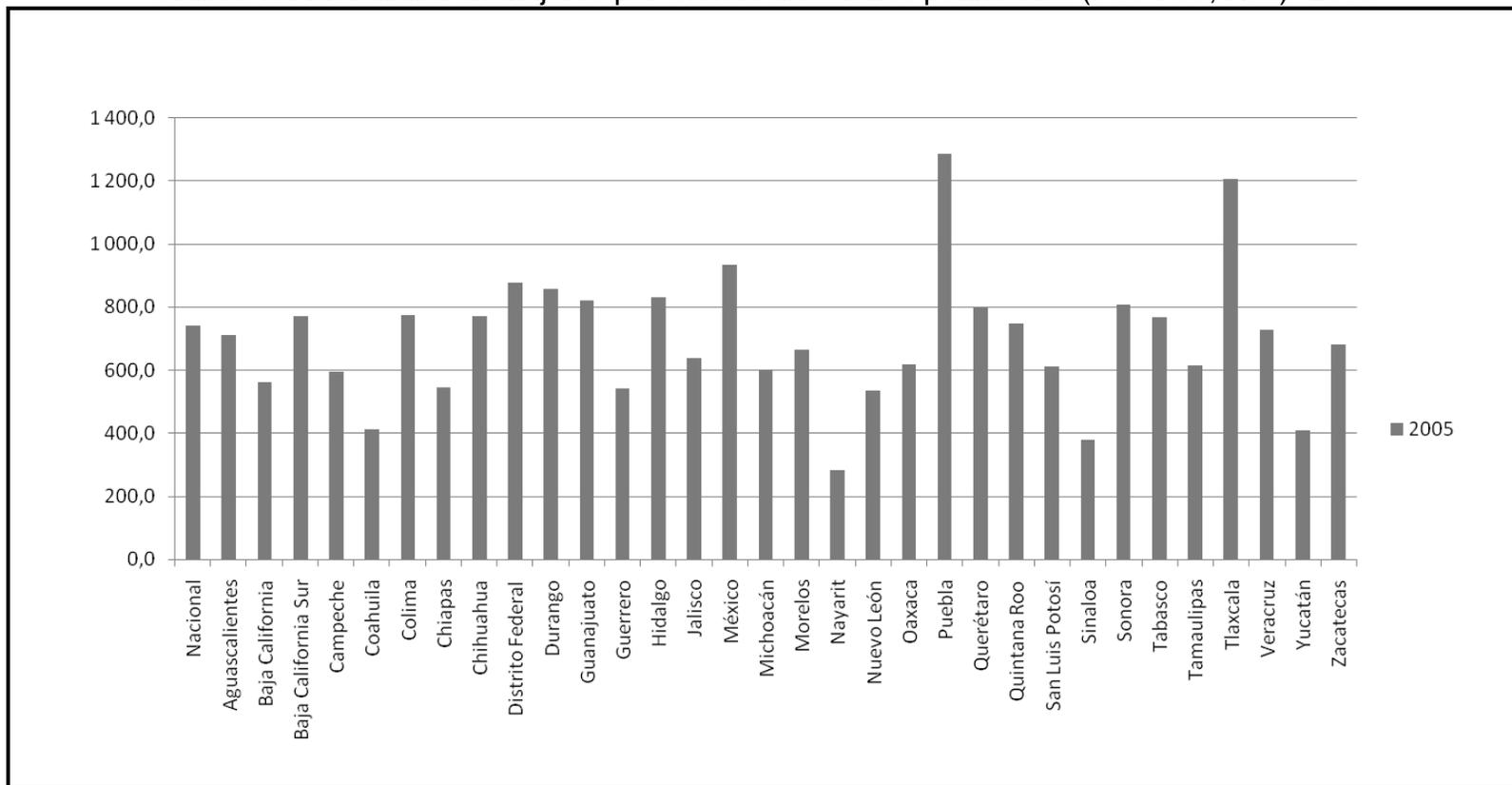
Gráfica 17: Mortalidad en mujeres por ciertas afecciones perinatales (P00-P96, A33)* 2004



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

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

Gráfica 18: Mortalidad en Mujeres por Ciertas afecciones perinatales (P00-P96, A33)* 2005



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

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

Los datos nacionales por entidad sobre mortalidad por ciertas afecciones perinatales los vemos concentrados en el siguiente cuadro:

Cuadro 17: Mortalidad en mujeres por ciertas afecciones perinatales

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

Tabasco	783,1	909	856,2	776,4	669	768,5
Tamaulipas	645,9	548,3	492,3	524,4	606,9	614,3
Tlaxcala	1 097,5	1 141,1	1 007,8	1 103,5	1 008,3	1 205,6
Veracruz	753,7	738,6	736,8	675,9	712,2	728,9
Yucatán	669,2	813,9	667,4	594,9	722,9	410
Zacatecas	767,8	775,4	902,2	819,4	701,2	681,7

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

No se incluyen defunciones de residentes en el extranjero

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

Las entidades con mayor número de casos de muertes por ciertas afecciones perinatales para 2000 y 2001 son Puebla, Tlaxcala, México y Distrito Federal; para 2002 son Puebla, México, Tlaxcala, Distrito Federal y Chihuahua; para 2003 y 2004 Puebla y Tlaxcala siguen a la cabeza con el mayor número de casos que, incluso, se ven incrementados todavía más en 2005.

En 2000 Baja California Sur se encuentra en el lugar número 16, ligeramente más bajo de la media nacional; en 2001 hay ocho entidades con mejores indicadores que Baja California Sur –aunque esté por debajo de la media nacional- ya que muchas empeoraron sus indicadores; en 2002 hay dieciocho estados con mejores indicadores que Baja California Sur, aunque esté ligeramente por debajo de la media nacional también.

En cambio, para 2003 son 25 los estados que tienen mejores indicadores que Baja California Sur, que en este año se encuentra por encima de la media nacional.

En 2004 son solamente ocho las entidades con mejores indicadores que nuestra entidad y se vuelve a estar por debajo de la media nacional.

En 2005 vuelven a empeorar nuestros indicadores: hay 18 estados por encima de la entidad, que sobrepasa la media nacional.

Aborto y muerte materna

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

Cuadro 18: Mortalidad del feto o recién nacido afectado por complicaciones maternas del embarazo

Periodo	Total
2000	11372
2001	10908

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

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

En los registros de salud que se llevan a cabo en la SSA del Gobierno del Estado se da seguimiento a los indicadores de atención del embarazo, así como a la detección de problemas de hipertensión en las mujeres embarazadas; se han hecho estudios sobre la explicación del comportamiento errático de la RMM y al respecto se habla de diferencias en los diagnósticos, lo cual no es muy claro. Se ha determinado que las principales causas de muerte materna en Baja California sur son:

- 1º. Eclampsia
- 2º. Causas indirectas
- 3º. Hemorragias

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

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

Causas de muerte materna en Baja California Sur

Sobre los rangos de edad de las mujeres que fallecieron dentro de las causas que se consideran como muerte materna de 2005 a 2009, según la SSA a través del Programa de Salud de la Mujer, se aporta la siguiente información:

- En menores de 18 años se reportan cuatro casos, es decir, 16.66% del total. Los casos son los de una adolescente de trece años y tres de diecisiete años.
- De 18 a 29 años son la mayoría: uno de 18 años, tres de 19, dos de 20, dos de 21, uno de 22, dos de 25, dos de 28 y uno de 29 años. En total son 14 casos del total de 24, 58.33% del total.
- De 30 años y más se presentaron seis casos (25% del total): uno de 30 años, uno de 31, dos de 37 y dos de 38 años.

Sobre las ocupaciones resultaron los siguientes datos:

- Del total de 24 mujeres, 14 se dedicaban a las labores del hogar (58.33%), 6 eran trabajadora –una de ellas en el campo- (25%) y 4 eran estudiantes (16.66%).

Sobre su estado civil:

- Del total de 24, 11 eran casadas y 9 vivían en unión libre, conformando un porcentaje de 83.33%.

Sobre el lugar de residencia:

- 10 eran del municipio de Los Cabos.
- 6 del municipio de La Paz.
- 5 del municipio de Comondú.
- 3 del municipio de Mulegé.

Otros datos de salud de las mujeres

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

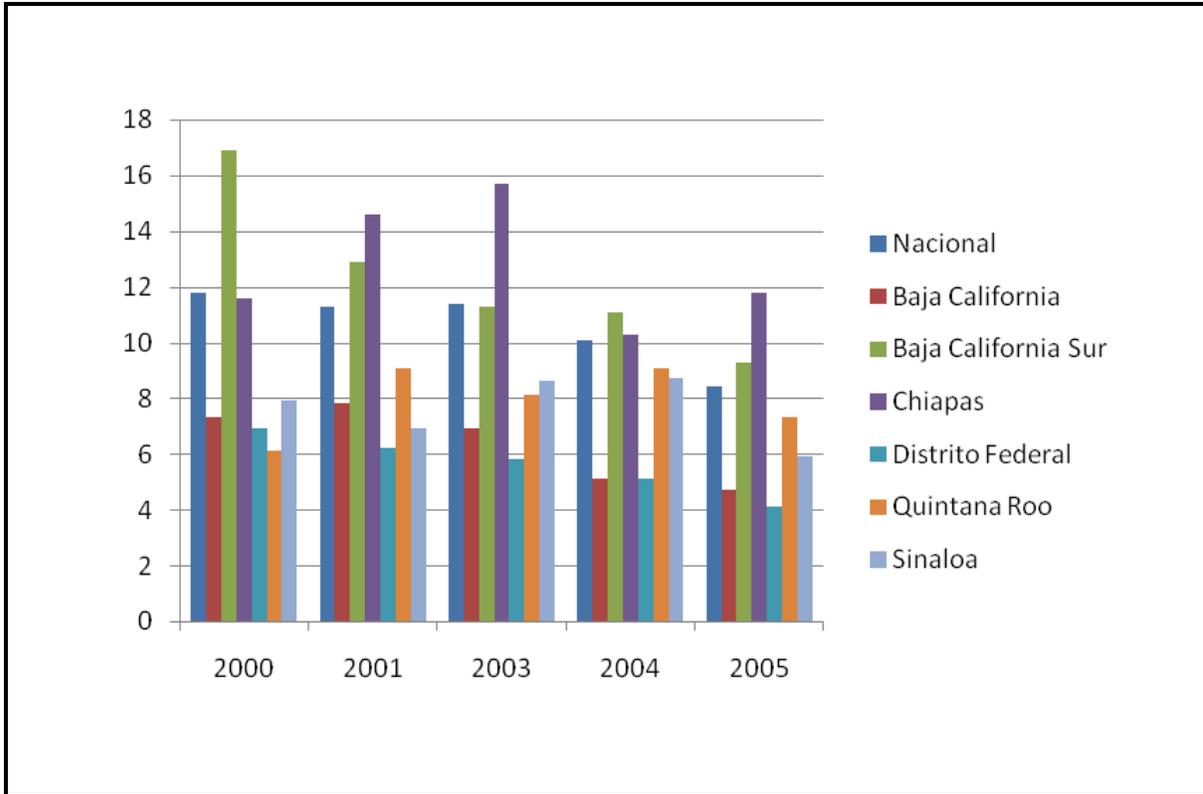
En relación con el seguimiento de deficiencias de la nutrición en las mujeres atendidas en el estado no se lleva un registro sobre indicadores de nutrición de las embarazadas, los siguientes datos muestran que esto es un dato importante. Baja California Sur presenta una tasa elevada en comparación con las otras cinco entidades seleccionadas, en 2000 y 2004 estuvo incluso por encima del promedio nacional.

**Cuadro 19: Mortalidad en mujeres (estandarizada por edad)
Tasa de defunciones por deficiencias de la nutrición (E40-E64)**

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

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

Gráfica 19: Tasa de defunciones por deficiencias de la nutrición



Los datos en el cuadro y en la gráfica anteriores muestran que ésta información debe tomarse más en cuenta, ya que sólo Chiapas nos supera; incluso en 2004 estamos por encima de la tasa de defunción de Chiapas por deficiencias en la nutrición.

Sin embargo, los datos de mortalidad por anemias son menos desfavorables para nuestra entidad.

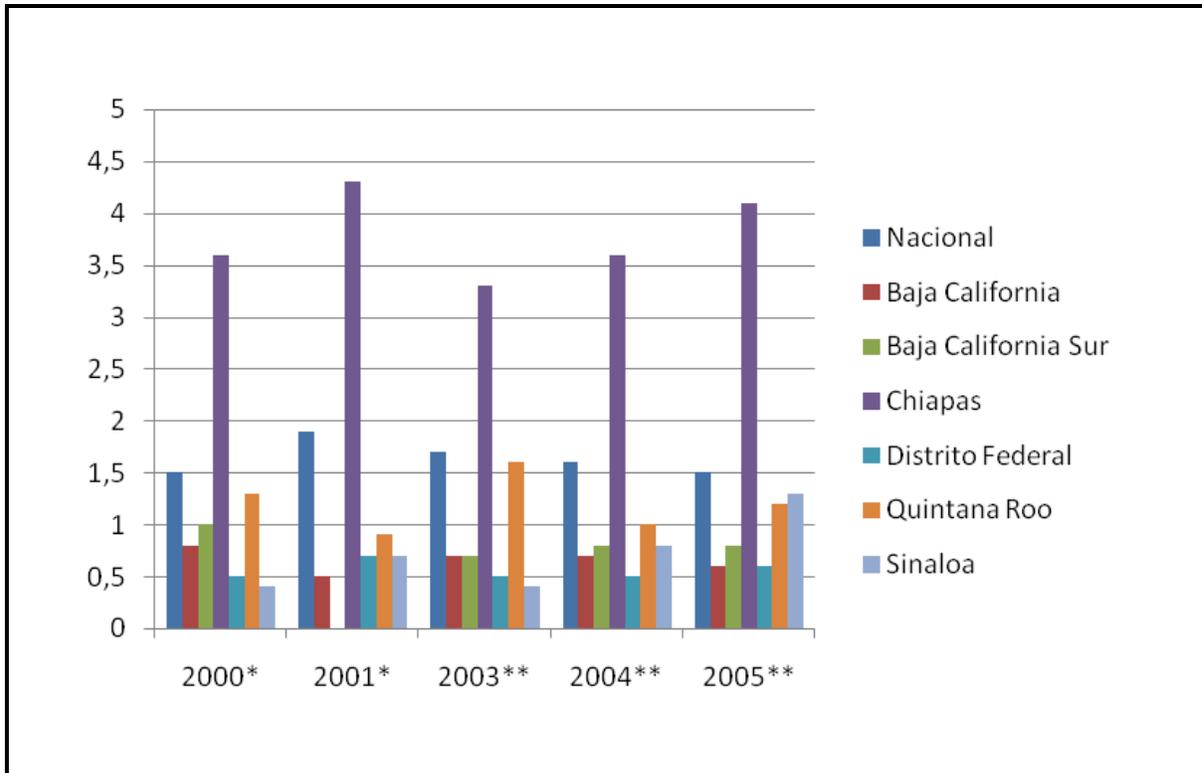
**Cuadro 20: Mortalidad en mujeres (estandarizada por edad)
Tasa de defunciones por anemias**

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

*Anemia D50-D64 Códigos de la CIE 10

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

Gráfica 20: Tasa de defunciones por anemias



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

Datos sobre atención médica

La prevención de la muerte materna –según todos los estudios que se han analizado- tiene una relación directa con la cobertura y la calidad de los servicios de salud; la atención que se requiere para evitarla consiste en seguimiento médico continuo, traslado efectivo y oportuno al segundo nivel de atención, acceso real tanto a los servicios de emergencia como a los bancos de sangre y, finalmente, personal disponible las 24 horas.

Los indicadores presentados en el anexo 7.10.9 y 7.10.10. “Médicos por cada 100 mil habitantes” muestran una situación favorable en nuestra entidad en lo referente a recursos humanos e infraestructura de atención a la salud de la mujer. Esto supone una situación muy favorable para las pacientes sudcalifornianas en relación al indicador de médico por habitante y de cama de hospital por habitante. Mostramos varios indicadores en cuadros y gráficas comparativos entre las seis entidades seleccionadas, así como el dato nacional, para poder tener parámetros de comparación de nuestros indicadores.

Hospitales públicos

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

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

En relación con la existencia de hospitales públicos por entidad federativa por cada 100,000 habitantes, la disponibilidad de hospitales en nuestro estado es seis veces más alta que la del Estado de México, ocupando el primer lugar en este indicador –seguido por Campeche, Zacatecas, Nayarit, Quintana Roo, Colima, Sonora Coahuila, Tlaxcala y Veracruz. Los estados más desfavorecidos en este rubro son el estado de México, Querétaro, Nuevo León, Morelos, Baja California, Jalisco, Guanajuato, San Luis Potosí, Guerrero y Yucatán.¹

Para tener una visión más completa de lo antes mencionado, véanse los cuadros:

- Unidades públicas externas por cada cien mil habitantes, en “Anexo” 7.10.21
- Número de establecimientos de atención ambulatoria, en “Anexo” 7.10.13

¹Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, p. 55. [En línea. Consulta: diciembre 2009]
<http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf>

Cuadro 21: Población asegurada y no asegurada, 2006

Entidad	% población total con seguridad social*	% población afiliada al seguro popular**	% población total no asegurada***
Nacional	45.5	14.7	39.8
Baja California	61.8	10.4	27.8
Baja California Sur	62.8	20.4	16.8
Chiapas	19.8	26.3	54.0
Distrito Federal	57.4	3.6	39.0
Quintana Roo	52.3	10.1	37
Sinaloa	56.6	20.4	23.0

*Estimaciones de la DGIS.

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

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

Los indicadores para la atención a toda la población en relación específica con la atención a la salud de las mujeres pueden ser consultados en el cuadro “Razón de consulta por embarazada. Usuarias de métodos de planificación familiar” en “Anexo” 7.10.24.

Se puede observar que Baja California Sur es el estado con mayor número de consultas por mujer embarazada y con mayor número de mujeres usuarias de métodos de planificación familiar.

Los datos correspondientes a 2005 están más desglosados porque se pueden cruzar con los datos que aporta el Censo de Población y Vivienda. Estos datos, relativos a salud reproductiva, permitan hacer comparaciones y dan una idea más clara de cuál es la situación en nuestra entidad, como se muestra en la siguiente página.

Cuadro 22: Salud reproductiva, 2005

Entidad	Porcentaje de nacimientos por cesárea por urgencias*	Porcentaje de nacimientos por cesáreas programadas*	Total de cesáreas	Consultas prenatales por embarazadas**	Mortalidad materna ^{1/}	Tasa de mortalidad por cáncer ^{2/}	
						Cérvico uterino C53***	Mamario C50***
Nacional	20.6	17.0	37.6	5.0	63.4	15.5	15.4
Baja California	24.4	27.0	51.5	6.1	51.7	12.0	16.9
Baja California Sur	25.7	19.2	44.8	7.1	33.0	11.7	19.5
Chiapas	15.4	10.1	25.5	4.9	89.4	21.6	7.7
Distrito Federal	22.1	12.5	34.6	4.0	57.6	11.5	23.2
Quintana Roo	27.8	14.5	42.3	5.4	59.6	18.0	3.9
Sinaloa	16.3	22.7	39.0	4.5	46.5	14.2	18.5

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

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

Fuentes:

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

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

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

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

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

La disponibilidad de médicos gineco-obstetras muestra también números muy favorables. Éstos pueden ser consultados en los siguientes cuadros:

- Gineco-obstetras - establecimientos particulares, “Anexo” 7.10.17
- Proporción de partos atendidos por personal capacitado, “Anexo” 7.10.20

Cuadro 22: Consultas prenatales por embarazada atendida

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

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

En el diagnóstico sobre mortalidad materna en Baja California Sur se encontró que en 2003 la tasa de mortalidad materna era muy alta en proporción a los niños nacidos vivos, ocupando el tercer lugar a nivel nacional. En cambio, en 2005 la entidad se colocó en el cuarto lugar entre los estados con menor mortalidad materna; sin embargo, en 2007 se ocupa otra vez el tercer lugar con mayor proporción de muertes maternas en relación con los niños nacidos vivos, solamente después de Oaxaca y Guerrero.

En 2000 a nivel estatal se tuvo una proporción de 61,4 casos de muerte materna por cada 100,000 nacidos vivos: Baja California Sur ocupaba el lugar catorce entre las entidades con tasas más elevadas –igual que Hidalgo- habiendo 17 entidades con mejores indicadores que los nuestros. En 2003 la proporción fue de 94.0, convirtiéndose en el tercer estado con mayor razón de mortalidad materna, después de Guerrero y Oaxaca. En 2005 la razón de muerte materna fue de 31.8 –nuestro mejor dato-, ocupando el cuarto lugar entre los estados con menor tasa en el rubro, después de Colima, Nuevo León y Zacatecas. En 2007 se obtuvo una cifra muy alta: 83.4 de razón de mortalidad materna, siendo el tercer estado con peores resultados. En 2008 la proporción fue de 51.9.

Las cifras nacionales son para 2007 de 58.8 y para 2008 de 57. A nivel nacional se fijó la meta de alcanzar para 2012 una proporción de 34.8 y para 2015 una de 22.3.

De esto podemos derivar que solamente en 2005 nuestro estado alcanzó una tasa acorde con la meta; sin embargo, falta mucho para alcanzar y sostener la Meta Nacional y la Meta del Milenio.

La situación sobre la razón de muerte materna en Baja California Sur ha sido grave. Aunque mejora algunos años, ninguna muerte materna es justificable y de acuerdo con los indicadores sobre atención –relativos a recursos de salud humanos y materiales disponibles en la entidad-, los resultados deberían ser mucho más favorables. El dato del comportamiento errático de este indicador, incluso más acentuado que en otros estados, sugiere que lo que debe atenderse es la calidad y constancia del servicio.

A nivel municipal las cifras más altas se concentran en Los Cabos y luego en La Paz.

Conclusiones y recomendaciones

En referencia a uno de los ODM consistente en lograr para el año 2015 el acceso universal a la salud reproductiva, se puede afirmar que la situación sobre la RMM en Baja California Sur no se considera grave; sin embargo, si partimos del hecho de que ninguna muerte materna es justificable y de que contamos con buenos indicadores sobre atención –relativos a recursos de salud humanos y materiales disponibles en la entidad- los resultados deberían ser mucho más favorables. El dato del comportamiento errático de este indicador, incluso más acentuado que en otros estados, sugiere que lo que debe atenderse es la constancia de la calidad en el servicio.

Si se busca alcanzar el ODM para 2015 se propone como una medida importante recopilar y dar seguimiento a la información para conocer el comportamiento de los problemas de salud en el estado y para contar con bases suficientes que permitan una planeación y un ejercicio más eficiente de los recursos disponibles.

Para contribuir en ese objetivo proponemos los siguientes indicadores:

Propuesta de indicadores

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

1. Tasa y/o porcentaje de uso de contraceptivos del total de mujeres en edad fértil
2. Porcentaje de mujeres embarazadas por año que asistieron a cuidados prenatales
 - 2.1 De 1 a 3 visitas
 - 2.2 Cuatro o más visitas
3. Porcentaje de partos asistidos por personal de salud calificado del total
4. Porcentaje de partos asistidos en unidades de salud del total
5. Porcentaje de partos por cesárea del total de partos asistidos en unidades de salud
6. Número de parteras disponibles. Registro de parteras en las localidades pequeñas
7. Número anual de niñas y niños nacidos vivos
8. Razón de muerte materna por cada 100,000 nacidos vivos
9. Tasa muerte materna de madres adolescentes
10. Tasa de muerte materna por abortos inducidos
11. Tasa de mortalidad fetal por 1,000 nacimientos
12. Tasa de mortalidad neonatal precoz por cada 1,000 nacidos vivos
13. Tasa de mortalidad neonatal por 1,000 nacidos vivos
14. Porcentaje de mujeres casadas de 15 a 49 años que utilizan anticonceptivos (cualquier método)
15. Porcentaje de mujeres casadas de 15 a 49 años que utilizan preservativo
16. Tasa de natalidad entre las adolescentes por cada 1.000 mujeres

Fuentes consultadas

Del Río Zolezzi, A., *Aborto y mortalidad materna en México*, [En línea. Consulta: diciembre 2009] www.salud.gob.mx/unidades/.../2dia_panel2_AuroradelRio.ppt

Organización Mundial de la Salud, *Country Cooperation Strategy at a glance*. [En línea. Consulta: diciembre 2009] http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_mex_en.pdf

Organización Mundial de la Salud, *Diez datos sobre la salud de la mujer*. [En línea. Consulta: diciembre 2009] <http://www.who.int/features/factfiles/women/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud, *Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana*. [En línea. Consulta: diciembre 2009]
http://www.who.int/gender/women_health_report/es/

Organización Mundial de la Salud, *Maternal Mortality Ratio (per 100,000 live births)*. [En línea. Consulta: diciembre de 2009]
<http://www.who.int/whosis/indicators/compendium/2008/3mrf/en/>

Organización Mundial de la Salud, *Mortalidad materna* [En línea. Consulta: diciembre 2009]
http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality/es/index.html

Organización Mundial de la Salud, *Salud de la mujer*. [En línea. Consulta: diciembre 2009]
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/index.html>

Romo, C. E., *La Mortalidad Materna. Problema de Salud en México*. [En línea. Consulta: diciembre de 2009]. http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:c6T_WShh-MsJ:sociales.reduaz.mx/art_ant/mortalidad_materna_mexico.pdf+La+Mortalidad+Materna+Problema+de+Salud+en+M%C3%A9xico+Romo&hl=es&gl=mx&pid=bl&srcid=ADGEESixn_5dGgP1sKH5-nc3olf6mni8WUiSu1267nJLVeQI4FTAQMz0FIRneNryv2rcjvTrxnJUJY9lcqxeXWWXyxBEUKAZwkCnv6iy5wz-JcGA0lxUurW-o21nmA5mHBG2VPnjoilo&sig=AHIEtbRFVXa4Ib3017dnhK9jfJNYYF88Zg

Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, pp. 39-55. [En línea. Consulta: diciembre 2009] http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf

Atención a Casos de Violencia de Pareja en Baja California Sur.

Omar Amir Chéquer Ramírez

Violencia de pareja

Definición

La violencia intrafamiliar, doméstica o de pareja, forma parte de la violencia interpersonal y es aquella violencia que, en la mayor parte de los casos, se produce entre miembros de la familia, compañeros o ex compañeros sentimentales. En general sucede en el hogar, pero no necesariamente es así. En el análisis de este tipo de violencia predomina aquella ejercida contra la mujer e infligida por su pareja. Dicha violencia puede ser física, sexual y psicológica. También se distingue la violencia económica como un tipo característico. Los resultados de la ENDIREH reportaron cifras muy parecidas, en mujeres unidas de 15 años de edad y más, los casos de violencia física de pareja representan 9.3% del total de este grupo de mujeres entrevistadas, y la violencia sexual de pareja se presentó en 7.8% de las mujeres de ese grupo; sin embargo mostraron prevalencias considerablemente más altas que la EVIM en violencia psicoemocional con 38.4% y de violencia económica con 29.3%. Para entender la diferencia en los datos, se debe considerar que las dos encuestas utilizaron definiciones e instrumentos de recolección distintos.

En cualquier caso, queda claro que la violencia de pareja contra la mujer es un problema de salud pública relevante por su magnitud e impacto. Es importante destacar que uno de los factores que contribuyen a ella es la inequidad de género, ya que impide que las mujeres se sientan con libertad de pedir ayuda -ya sea familiar, social o institucional.

En el contexto nacional existen algunas instituciones que invierten una parte de su presupuesto a la investigación de esta vertiente de la violencia. Entre ellas se encuentran: el Instituto Nacional de Mujeres (INMujeres), el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM). A nivel local existen institutos municipales de la mujer de reciente creación y algunas instituciones de asistencia privada que también se dedican al estudio y la atención del problema. Sin embargo es menester denotar las altas expectativas en contraste con la carencia de datos a nivel municipal

En 2009 el Grupo Fortaleza, institución de asistencia privada dio a conocer una cifra alarmante: “En México, 70 por ciento de las mujeres unidas en pareja refieren haber padecido algún tipo de violencia, y cerca de 40 por ciento la sufren en grado extremo, particularmente agresiones físicas, psicológicas y sexuales, que ponen en riesgo su vida e incluso la de sus hijos”.

La constante violencia de pareja en cualquiera de sus expresiones puede llevar, en algunos casos, al suicidio o al homicidio.

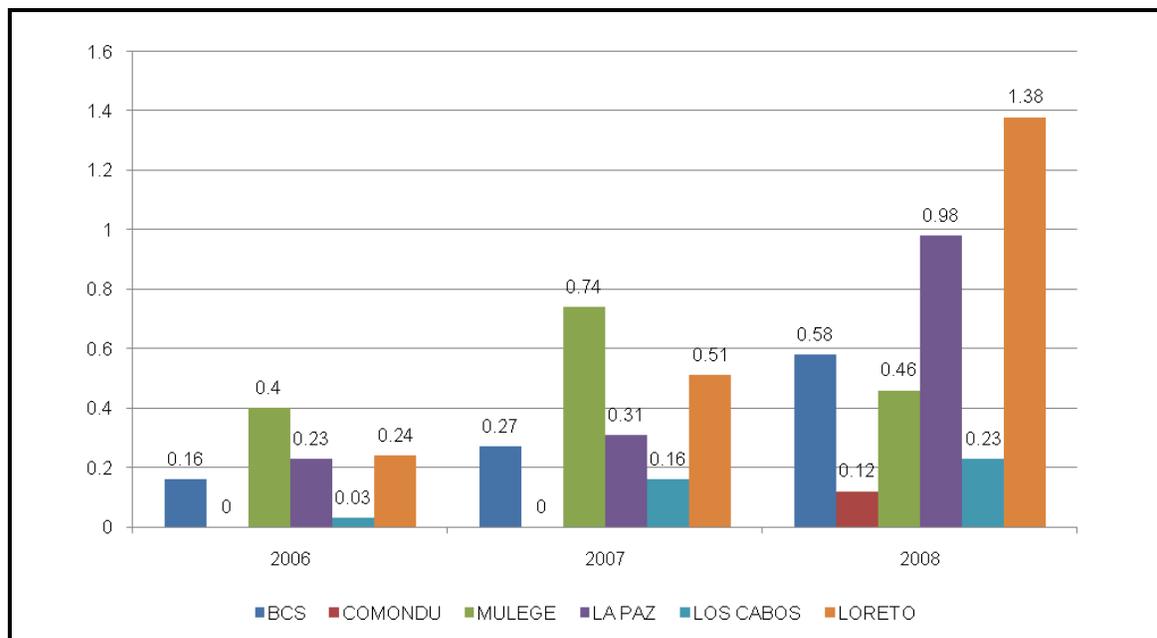
Para tener una visión más completa de lo antes mencionado, véase la tabla de mortalidad por lesiones para el año 2005 en “Anexo 7.2.9.3.1, Cuadro 6”.

Tasa de denuncias de mujeres que han sido víctimas de violencia por parte de su pareja por cada 1,000 mujeres

En el caso de los datos recabados cuya fuente es el Tribunal Superior de Justicia del Estado de Baja California Sur, es importante señalar que la información no se encuentra desagregada por género, sin embargo, al representar una parte poco significativa históricamente en cuanto a las denuncias de violencia por parte de los hombres, se considera tomar la totalidad de las denuncias para poder realizar el cálculo del indicador. Para los años 2000 y 2005 no existe disponibilidad de datos.

En la siguiente gráfica se puede apreciar un incremento significativo y sostenido en la cultura de la denuncia por parte de la ciudadanía, en este caso de las mujeres que han sido víctimas de actos de violencia al interior de una relación de pareja.

Gráfica comparativa de tasa de denuncias de personas que han sido víctimas de violencia por parte de su pareja por cada 1,000



Elaborado por el OVSG de BCS, 2010.

Porcentaje de denuncias de mujeres que han sufrido violencia física por parte de su pareja

No se cuenta con los datos desagregados a tal nivel para poder llevar a cabo el cálculo del indicador, sin embargo se recomienda a las instituciones a las que atañe el tema, llámese PGJE/SAMM o TSJEBCS llegar al nivel máximo de detalle en el momento de la captura de la información lo cual lleva a dos escenarios posibles:

- a) La omisión por parte del personal en el momento de la captura.
- b) Que dicha información no esté considerada en el documento de entrada (formulario), lo que implica la reingeniería de las bases de datos y por ende de los sistemas de información.

Porcentaje de denuncias de mujeres que han sufrido violencia psicológica por parte de su pareja

No se cuenta con los datos desagregados a tal nivel para poder llevar a cabo el cálculo del indicador, sin embargo se recomienda a las instituciones a las que atañe el tema, llámese PGJE/SAMM o TSJEBCS llegar al nivel máximo de detalle en el momento de la captura de la información lo cual lleva a dos escenarios posibles:

- a) La omisión por parte del personal en el momento de la captura.
- b) Que dicha información no esté considerada en el documento de entrada (formulario), lo que implica la reingeniería de las bases de datos y por ende de los sistemas de información.

Porcentaje de denuncias de mujeres que han sufrido violencia sexual por parte de su pareja

No se cuenta con los datos desagregados a tal nivel para poder llevar a cabo el cálculo del indicador, sin embargo se recomienda a las instituciones a las que atañe el tema, llámese PGJE/SAMM o TSJEBCS llegar al nivel máximo de detalle en el momento de la captura de la información lo cual lleva a dos escenarios posibles:

- a) La omisión por parte del personal en el momento de la captura.
- b) Que dicha información no esté considerada en el documento de entrada (formulario), lo que implica la reingeniería de las bases de datos y por ende de los sistemas de información.

Porcentaje de denuncias de mujeres que han sufrido violencia económica por parte de su pareja

No se cuenta con los datos desagregados a tal nivel para poder llevar a cabo el cálculo del indicador, sin embargo se recomienda a las instituciones a las que atañe el tema, llámese

PGJE/SAMM o TSJEBCS llegar al nivel máximo de detalle en el momento de la captura de la información lo cual lleva a dos escenarios posibles:

- a) La omisión por parte del personal en el momento de la captura.
- b) Que dicha información no esté considerada en el documento de entrada (formulario), lo que implica la reingeniería de las bases de datos y por ende de los sistemas de información.

Porcentaje de denuncias de mujeres que han sufrido amenazas por parte de su pareja

En este caso en particular, se obtuvieron datos de denuncias de amenazas por parte de la Procuraduría General de Justicia del Estado, los cuales se presentan a continuación:

Año	2008	2007	2006	2005
Total	554	815	663	678

Fuente: Procuraduría General de Justicia del Estado de Baja California Sur

Sin embargo, como se puede apreciar, los datos no se encuentran desagregados por género por lo que resulta imposible el cálculo del indicador.

Tasa de denuncias de hombres que han sido víctimas de violencia por parte de su pareja por cada 1,000 habitantes

Históricamente las denuncias de hombres víctimas de violencia por parte de sus parejas son mucho menores que la de las mujeres, sin embargo los datos disponibles no se encuentran desagregados por género por lo que representa un impedimento para poder llevar a cabo el cálculo del indicador.

Porcentaje de mujeres casadas o unidas violentadas por su pareja a lo largo de su relación

Los datos que proporciona el INEGI se encuentran disponibles sólo para el año 2006. Dichos datos no están desagregados a nivel municipal por lo que el indicador nos revela que

89.78% de las mujeres casadas o unidas han sido víctimas de violencia a lo largo de su relación a nivel estatal.

Porcentaje de mujeres casadas o unidas violentadas por su pareja en los últimos doce meses

Los datos que proporciona el INEGI se encuentran disponibles sólo para el año 2006. Dichos datos no están desagregados a nivel municipal, por lo que el indicador nos revela que 79.1% de las mujeres casadas o unidas han sido víctimas de violencia a lo largo de su relación en los últimos 12 meses a nivel estatal.

Porcentaje de mujeres casadas o unidas violentadas por su pareja en los últimos doce meses por violencia emocional

Los datos que proporciona el INEGI se encuentran disponibles sólo para el año 2006. Al desagregar la información, a nivel estatal, es posible observar que 59.19% de las mujeres casadas o unidas han sido víctimas de violencia emocional por su pareja en los últimos doce meses.

Porcentaje de mujeres casadas o unidas violentadas por su pareja en los últimos doce meses por violencia económica

Los datos que proporciona el INEGI se encuentran disponibles sólo para el año 2006. En ellos es posible observar que 44.47% de las mujeres casadas o unidas han sido víctimas de violencia económica por su pareja en los últimos doce meses en Baja California Sur. Sin embargo no se puede realizar el cálculo del indicador a nivel municipal debido a que no se encuentran los datos desagregados.

Porcentaje de mujeres casadas o unidas violentadas por su pareja en los últimos doce meses por violencia física

Al llegar a un nivel de detalle más profundo de la información es posible observar que para el año 2006 el porcentaje de las mujeres casadas o unidas que han sido víctimas de violencia física por su pareja en los últimos doce meses en Baja California Sur, es de 19.80%.

Porcentaje de mujeres casadas o unidas violentadas por su pareja en los últimos doce meses por violencia sexual

Es posible observar que, en el año 2006, 10.58% de las mujeres casadas o unidas han sido víctimas de violencia sexual por su pareja en los últimos doce meses en Baja California Sur. Sin embargo no se puede realizar el cálculo del indicador a nivel municipal debido a que no se encuentran los datos desagregados.

Porcentaje de mujeres casadas o unidas, con violencia por parte de su pareja en los últimos doce meses de 15 a 29 años de edad

En el año 2006 es posible observar que, en Baja California Sur, 23.60% de las mujeres en un rango de 15 a 29 años de edad, casadas o unidas han sido víctimas de violencia por su pareja en los últimos doce meses. Los datos fuente para llevar a cabo el cálculo de este indicador no se encuentran desagregados por municipio.

Porcentaje de mujeres casadas o unidas, con violencia por parte de su pareja en los últimos doce meses de 30 a 44 años de edad

Con los datos emitidos por el INEGI correspondientes al año 2006 en Baja California Sur, se percibe que 35.77% de las mujeres en un rango de 30 a 44 años de edad, casadas o unidas han sido víctimas de violencia por su pareja en los últimos doce meses. Los datos fuente para llevar a cabo el cálculo de este indicador no se encuentran desagregados por municipio.

Porcentaje de mujeres casadas o unidas, con violencia por parte de su pareja en los últimos doce meses de 45 y más años de edad

Para el año 2006 en Baja California Sur, es posible observar que 19.72% de las mujeres mayores de 45 años de edad, casadas o unidas han sido víctimas de violencia por su pareja en los últimos doce meses. Los datos fuente para llevar a cabo el cálculo de este indicador no se encuentran desagregados por municipio.

Porcentaje de mujeres casadas o unidas con violencia familiar en los últimos doce meses

Para el año 2006 en Baja California Sur, el porcentaje de mujeres casadas o unidas con violencia familiar en los últimos doce meses es de 79.1%, no existen datos disponibles a nivel municipal para determinar el indicador.

Tasa de Mujeres de 15 años y más casadas o unidas, con violencia de ex pareja y laboral en los últimos doce meses por cada 1,000 mujeres

Con los datos emitidos por el INEGI correspondientes al año 2006 en Baja California Sur, la tasa de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas con violencia por parte de su ex pareja y laboral dentro de los últimos doce meses es de 245.58 por cada mil mujeres, lo anterior, sin contar con datos desagregados a nivel municipal.

Tasa de mujeres de 15 años y más casadas o unidas con violencia emocional hacia ellas a lo largo de la relación con su última pareja por cada 1,000 mujeres

La tasa de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas con violencia emocional hacia ellas a lo largo de la relación con su última pareja por cada 1,000 mujeres es de 117.17 en el año 2006 a nivel estatal, lo anterior con base en datos del INEGI. No se cuenta con datos desagregados a nivel municipal.

Tasa de mujeres de 15 años y más casadas o unidas con violencia económica hacia ellas a lo largo de la relación con su última pareja por cada 1,000 mujeres

Con base en datos del INEGI, Para Baja California Sur en el año 2006, la tasa de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas con violencia económica hacia ellas a lo largo de la relación con su última pareja por es de 134 por cada 1,000. No se cuenta con datos desagregados a nivel municipal.

Tasa de mujeres de 15 años y más casadas o unidas con violencia física hacia ellas a lo largo de la relación con su última pareja por cada 1,000 mujeres

Con base en datos del INEGI, Para Baja California Sur en el año 2006, la tasa de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas con violencia física hacia ellas a lo largo de la relación con su última pareja es de 93.99 por cada 1,000. No se cuenta con datos desagregados a nivel municipal.

Tasa de mujeres de 15 años y más casadas o unidas con violencia sexual hacia ellas a lo largo de la relación con su última pareja por cada 1,000 mujeres

Para Baja California Sur en el año 2006, la tasa de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas con violencia sexual hacia ellas a lo largo de la relación con su última pareja por cada 1,000 mujeres es de 34.91 en el año 2006.

Tasa de mujeres de 15 años y más casadas o unidas y sin instrucción o primaria incompleta con incidentes de violencia hacia ellas por parte de su pareja en los últimos doce meses por cada 1,000 mujeres

La tasa de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas y sin instrucción o primaria incompleta con incidentes de violencia hacia ellas por parte de su pareja en los últimos 12 meses es de 39.69 por cada mil en el año 2006 a nivel estatal.

Tasa de mujeres de 15 años y más casadas o unidas y de primaria completa a secundaria completa con incidentes de violencia hacia ellas por parte de su pareja en los últimos doce meses por cada 1,000 mujeres

Para Baja California Sur en el año 2006, la tasa de mujeres de 15 años y más casadas o unidas y de primaria completa a secundaria completa con incidentes de violencia hacia ellas por parte de su pareja en los últimos 12 meses, es de 83.68 por cada mil en el año 2006.

Tasa de mujeres de 15 años y más casadas o unidas con postsecundaria con incidentes de violencia hacia ellas por parte de su pareja en los últimos doce meses por cada 1,000 mujeres

La tasa de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas y postsecundaria con incidentes de violencia hacia ellas por parte de su pareja en los últimos 12 meses es de 77.44 por cada mil en el año 2006 a nivel estatal. Datos obtenidos del INEGI.

Porcentaje de mujeres de 15 años y más casadas o unidas, económicamente activas con incidentes de violencia hacia ellas por parte de su pareja en los últimos doce meses

El porcentaje de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas, económicamente activas con incidentes de violencia hacia ellas por parte de su pareja en los últimos 12 meses es de 9.89% en el año 2006 a nivel estatal.

Desglose de indicadores

Violencia de pareja

	Indicadores	Siglas	Fuentes	Información
1	Tasa de denuncias de mujeres que han sido víctimas de violencia por parte de su pareja por cada 1,000 mujeres.	TMVVP	PGJE	MVVP: Total de denuncias de mujeres que han sido víctimas de violencia por parte de su pareja. PTMu: Población total de mujeres.
			SAMM	
			INEGI	
2	Porcentaje de denuncias de mujeres que han sufrido violencia física por parte de su pareja.	PMVFP	PGJE	MVFP: Total de denuncias de mujeres que han sufrido violencia física por parte de su pareja. MVVP: Total de denuncias de mujeres que han sido víctimas de violencia por parte de su pareja.
			SAMM	
			INEGI	
3	Porcentaje de denuncias de mujeres que han sufrido violencia psicológica por parte de su pareja.	PMVPP	PGJE	MVPP: Total de denuncias de mujeres que han sufrido violencia psicológica por parte de su pareja. MVVP: Total de denuncias de mujeres que han sido víctimas de violencia por parte de su pareja.
			SAMM	
			INEGI	
4	Porcentaje de denuncias de mujeres que han sufrido violencia sexual por parte de su pareja.	PMVSP	PGJE	MVSP: Total de denuncias de mujeres que han sufrido violencia sexual por parte de su pareja. MVVP: Total de denuncias de mujeres que han sido víctimas de violencia por parte de su pareja.
			SAMM	
			INEGI	
5	Porcentaje de denuncias de mujeres que han sufrido violencia económica por parte de su pareja.	PMVEP	PGJE	MVEP: Total de denuncias de mujeres que han sufrido violencia económica por parte de su pareja. MVVP: Total de denuncias de mujeres que han sido víctimas de violencia por parte de su pareja.
			SAMM	
			INEGI	
6	Porcentaje de denuncias de mujeres que han sufrido amenazas por parte de su pareja.	PMVAP	PGJE	MVAP: Total de denuncias de mujeres que han sufrido amenazas por parte de su pareja. MVVP: Total de denuncias de mujeres que han sido víctimas de violencia por parte de su pareja.
			SAMM	
			INEGI	
6.7	Tasa de denuncias de hombres que han sido víctimas de violencia por parte de sus parejas por cada 1,000 habitantes.	THVVP	INEGI	HVVP: Total de denuncias de hombres que han sido víctimas de violencia por parte de su pareja. PTH: Población total de hombres.
			SAMM	

8	Porcentaje de mujeres casadas o unidas violentadas por su pareja a lo largo de su relación	PMCUV	INEGI	TMVP: Total de mujeres casadas o unidas violentadas por su pareja a lo largo de su relación. TMCU: Total de mujeres casadas o unidas.
			SAMM	
9	Porcentaje de mujeres casadas o unidas violentadas por su pareja en los últimos doce meses	PMCUV-12	INEGI	TMVP12: Total de mujeres casadas o unidas violentadas por su pareja en los últimos 12 meses. TMCU: Total de mujeres casadas o unidas.
			SAMM	
10	Porcentaje de mujeres casadas o unidas violentadas por su pareja en los últimos doce meses por violencia emocional	PMCUV-12VEM	INEGI	TMVP12-VEM: Total de mujeres casadas o unidas violentadas por su pareja en los últimos 12 meses por violencia emocional. TMCU: Total de mujeres casadas o unidas.
			SAMM	
11	Porcentaje de mujeres casadas o unidas violentadas por su pareja en los últimos doce meses por violencia económica	PMCUV-12VE	INEGI	TMVP12-VE: Total de mujeres casadas o unidas violentadas por su pareja en los últimos 12 meses por violencia económica. TMCU: Total de mujeres casadas o unidas.
			SAMM	
12	Porcentaje de mujeres casadas o unidas violentadas por su pareja en los últimos doce meses por violencia física	PMCUV-12VF	INEGI	TMVP12-VF: Total de mujeres casadas o unidas violentadas por su pareja en los últimos 12 meses por violencia física. TMCU: Total de mujeres casadas o unidas
			SAMM	
13	Porcentaje de mujeres casadas o unidas violentadas por su pareja en los últimos doce meses por violencia sexual	PMCUV-12VS	INEGI	TMVP12-VS: Total de mujeres casadas o unidas violentadas por su pareja en los últimos 12 meses por violencia sexual. TMCU: Total de mujeres casadas o unidas.
			SAMM	
14	Porcentaje de las mujeres casadas o unidas, con violencia por parte de su pareja en los últimos 12 meses de 15 a 29 años de edad	PMCUV-121529	INEGI	TMVP12-15-29: Total de mujeres casadas o unidas violentadas por su pareja en los últimos 12 meses de 15 a 29 años de edad. TMCU: Total de mujeres casadas o unidas.
			SAMM	
15	Porcentaje de las mujeres casadas o unidas, con violencia por parte de su pareja en los últimos 12 meses de 30 a 44 años de edad	PMCUV-123044	INEGI	TMVP12-30-44: Total de mujeres casadas o unidas violentadas por su pareja en los últimos 12 meses de 30 a 44 años de edad. TMCU: Total de mujeres casadas o unidas.
			SAMM	
16	Porcentaje de las mujeres casadas o unidas, con violencia por parte de su pareja en los últimos 12 meses de 45 o más años de edad	PMCUV-1245M	INEGI	TMVP12-45M: Total de mujeres casadas o unidas violentadas por su pareja en los últimos 12 meses de 45 años y más de edad. TMCU: Total de mujeres casadas o unidas.
			SAMM	

17	Porcentaje de mujeres casadas o unidas con violencia familiar en los últimos 12 meses.	PMCUVF-12	INEGI	TMCUVF-12: Total de mujeres casadas o unidas con violencia familiar en los últimos 12 meses. TMCU: Total de mujeres casadas o unidas.
			SAMM	
18	Tasa de Mujeres de 15 años y más, casadas o unidas, con violencia de ex pareja y laboral en los últimos 12 meses por cada 1,000 mujeres	TMM15CU CVVL	INEGI	TMM15-EA: Total de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas, con violencia de su ex pareja y laboral en los últimos 12 meses. PTMu15-más: población total de mujeres de 15 años y más.
			SAMM	
19	Tasa de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas con violencia emocional hacia ellas a lo largo de la relación con su última pareja por cada 1,000 mujeres.	TMM15CU-VEMUP	INEGI	TM15CU-VEMUP: Total de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas con violencia emocional hacia ellas a lo largo de la relación con su última pareja. PTMu15-más: Población total de mujeres de 15 años y más.
			SAMM	
20	Tasa de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas con violencia económica hacia ellas a lo largo de la relación con su última pareja por cada 1,000 mujeres.	TMM15CU-VEUP	INEGI	TM15CU-VEUP: Total de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas con violencia económica hacia ellas a lo largo de la relación con su última pareja. PTMu15-más: Población total de mujeres de 15 años y más.
			SAMM	
21	Tasa de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas con violencia física hacia ellas a lo largo de la relación con su última pareja por cada 1,000 mujeres.	TMM15CU-VFUP	INEGI	TM15CU-VFUP: Total de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas con violencia física hacia ellas a lo largo de la relación con su última pareja. PTMu15-más: Población total de mujeres de 15 años y más.
			SAMM	
22	Tasa de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas con violencia sexual hacia ellas a lo largo de la relación con su última pareja por cada 1,000 mujeres.	TMM15CU-VSUP	INEGI	TM15CU-VSUP: Total de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas con violencia sexual hacia ellas a lo largo de la relación con su última pareja. PTMu15-más: Población total de mujeres de 15 años y más.
			SAMM	
23	Tasa de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas y sin instrucción o primaria incompleta con incidentes de violencia hacia ellas por parte de su pareja en los últimos 12 meses por cada 1,000 mujeres.	TMM15CU-SIV12	INEGI	TMM15CU-SIV12: Total de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas sin instrucción o primaria incompleta con incidentes de violencia hacia ellas por parte de su pareja en los últimos 12 meses. PTMu15-más: Población total de mujeres de 15 años y más.
			SAMM	

24	Tasa de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas y de primaria completa a secundaria completa con incidentes de violencia hacia ellas por parte de su pareja en los últimos 12 meses por cada 1,000 mujeres.	TMM15CU-PSCV12	INEGI	TMM15CU-PSCV12: Total de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas con primaria completa a secundaria completa con incidentes de violencia hacia ellas por parte de su pareja en los últimos 12 meses. PTMu15-más: Población total de mujeres de 15 años y más.
			SAMM	
25	Tasa de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas y postsecundaria con incidentes de violencia hacia ellas por parte de su pareja en los últimos 12 meses por cada 1,000 mujeres.	TMM15CU-PSV12	INEGI	TMM15CU-PtSV12: Total de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas postsecundaria con incidentes de violencia hacia ellas por parte de su pareja en los últimos 12 meses. PTMu15-más: Población total de mujeres de 15 años y más.
			SAMM	
26	Porcentaje de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas, económicamente activas con incidentes de violencia hacia ellas por parte de su pareja en los últimos 12 meses.	PMM15CU-EACV	INEGI	TMM15CU-EACV12: Total de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas, económicamente activas según condición de violencia hacia ellas por parte de su pareja en los últimos 12 meses. PTMu15-más: Población total de mujeres de 15 años y más.
			SAMM	
27	Tasa de mujeres violentadas atendidas por la Secretaría de Salud del Estado, por cada 1,000 mujeres.	TMVSSA	SSABCS	TMA-SSA: Total de mujeres violentadas atendidas por la secretaria de salud. PTMu: Población total de mujeres.
			INEGI	
28	Porcentaje de mujeres con violencia física atendidas por la Secretaría de Salud del Estado.	PMVFSSA	SSABCS	TMA-SSA: Total de mujeres violentadas atendidas por la secretaria de salud. TMAVF-SSA: Total de mujeres atendidas con violencia física por la Secretaría de Salud.
			INEGI	
29	Porcentaje de mujeres con violencia psicológica atendidas por la Secretaría de Salud del Estado.	PMVPSSA	SSABCS	TMA-SSA: Total de mujeres violentadas atendidas por la secretaria de salud. TMAVP-SSA: Total de mujeres atendidas con violencia psicológica por la Secretaría de Salud.
			INEGI	
30	Porcentaje de mujeres con violencia económica atendidas por la Secretaría de Salud del Estado.	PMVESSA	SSABCS	TMA-SSA: Total de mujeres violentadas atendidas por la secretaria de salud. TMAVP-SSA: Total de mujeres atendidas con violencia económica por la Secretaría de Salud.
			INEGI	
31	Porcentaje de mujeres con violencia atendidas por abandono por la Secretaría de Salud del Estado.	PMVASSA	SSABCS	TMA-SSA: Total de mujeres violentadas atendidas por la secretaria de salud. TMAVA-SSA: Total de mujeres atendidas con violencia por abandono por la Secretaría de Salud.
			INEGI	

32	Porcentaje de mujeres con violencia sexual atendidas por la Secretaría de Salud del Estado	PMVSSSA	SSABCS	TMA-SSA: Total de mujeres violentadas atendidas por la secretaria de salud. TMAVS-SSA: Total de mujeres atendidas con violencia sexual por la Secretaría de Salud.
			INEGI	
33	Tasa de mujeres referidas a otras instituciones por la Secretaría de Salud del Estado, por cada 1,000 mujeres.	TMRSSA	SSABCS	TMR-SSA: Total de mujeres referidas a otras instituciones por la secretaria de salud. PTMu: Población total de mujeres.
			INEGI	
34	Porcentaje de mujeres referidas a la agencia del ministerio publico por la Secretaría de Salud del Estado.	PMRMPSS A	SSABCS	TMR-SSA: Total de mujeres referidas a otras instituciones por la secretaria de salud. TMRMP-SSA: Total de mujeres referidas al ministerio publico por la Secretaría de Salud.
			INEGI	
35	Porcentaje de mujeres referidas a otras instancias gubernamentales por la Secretaría de Salud del Estado.	PMROISSA	SSABCS	TMR-SSA: Total de mujeres referidas a otras instituciones por la secretaria de salud. TMROI-SSA: Total de mujeres referidas a otras instancias gubernamentales por la Secretaría de Salud.
			INEGI	
36	Porcentaje de mujeres referidas a organizaciones de la sociedad civil por la Secretaría de Salud del Estado.	PMROCSS A	SSABCS	TMR-SSA: Total de mujeres referidas a otras instituciones por la secretaria de salud. TMROI-SSA: Total de mujeres referidas a organizaciones de la sociedad civil por la Secretaría de Salud del Estado.
			INEGI	
37	Porcentaje de mujeres referidas a refugio por la Secretaría de Salud del Estado.	PMRARSS A	SSABCS	TMR-SSA: Total de mujeres referidas a otras instituciones por la secretaria de salud. TMROI-SSA: Total de mujeres referidas a organizaciones de la sociedad civil por la Secretaría de Salud del Estado.
			INEGI	

Nota: Los datos de población para los años 2006, 2007 y 2008 fueron tomados de las Proyecciones de la Población de México 2005-2050, CONAPO.

A continuación mostramos algunos cuadros sobre atención a la violencia contra las mujeres en Baja California Sur.

Personas atendidas en las áreas de Trabajo Social y Difusión por la Subprocuraduría de Atención a la Mujer y al Menor en Baja California Sur, 2004-2006

Informe		II		III	V		
Baja California Sur	Áreas	Año					
		2004	2005	2006	2007	2008	2009
	Trabajo Social	1,406	1,199	1,626	810	1,332	881
	Difusión 1/	8,494	4,486				
	Psicología 1/	1,988	2,210	2,197	1,651	2,129	2,024
	Prevención 1/	6,463	11,034	16,060	10,548	9,350	7,654

Fuente: Procuraduría General de Justicia del Estado de B.C.Sur (PGJE), Subprocuraduría de Atención a la Mujer y al Menor (SAMM).

1/ Se refiere a pláticas a nivel secundaria, no se realizaron durante 2005.

Observaciones: Los datos registrados corresponden únicamente al municipio de La Paz.

Información preliminar para 2006.

Nota: en 2005 y 2006 se refiere a sesiones (Ver V informe de Gobierno, pág. 67)

Acciones realizadas en el área de trabajo social de la SAMM en el estado de B.C.S, 2005-2006

Informe	II		III	V	
Año	2005	2006	2007	2008	2009
Canalizaciones Externas	118	349	269	315	278
Personas Citadas	546	376	181	190	140
Visitas Domiciliarias	128	85	58	114	110
Estudios Socioeconómicos	88	67	123	141	157

Fuente: Procuraduría General de Justicia del Estado de B.C.Sur (PGJE), Subprocuraduría de Atención a la Mujer y al Menor (SAMM).

Acciones realizadas en el área de psicología de la SAMM en el estado de B.C.S, 2005-2006

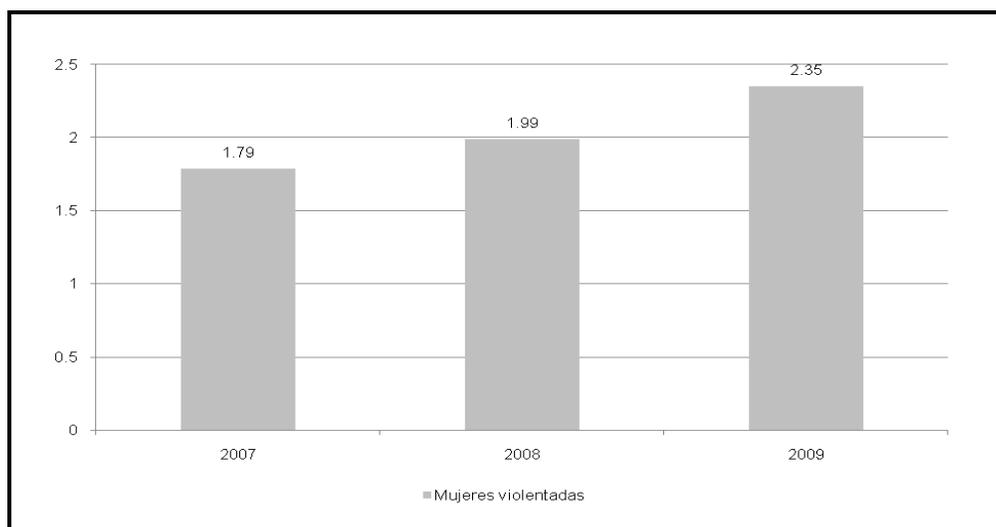
Informe	II		III	V	
	2005	2006	2007	2008	2009
Declaración ante el ministerio público	9	27	10	618	980
Diligencias en juzgados penales	21	26	5	39	29
Canalizaciones a otras instituciones 1/	24	31	32	10	48
Dictámenes entregados al ministerio público	75	134	159	208	280
Dictámenes entregados a los juzgados penales	31	19	20	10	12
Conferencias	4	10	6	0	0
Personas informadas en conferencias	143	250	68	0	0

Fuente: Procuraduría General de Justicia del Estado de B.C.Sur (PGJE), Subprocuraduría de Atención a la Mujer y al Menor (SAMM).
1/ Incluye canalizaciones psiquiátricas.

Tasa de mujeres violentadas atendidas por la Secretaría de Salud del Estado, por cada 1,000 mujeres

Para los años 2000, 2005 y 2006 no existe disponibilidad de datos para realizar el cálculo del indicador, sin embargo en caso de disponer en un futuro con estos datos será posible debido a que se cuenta con la estructura del mismo.

**Gráfica 4: Tasa de mujeres violentadas atendidas por la
Secretaría de Salud del Estado, por cada 1,000 mujeres**



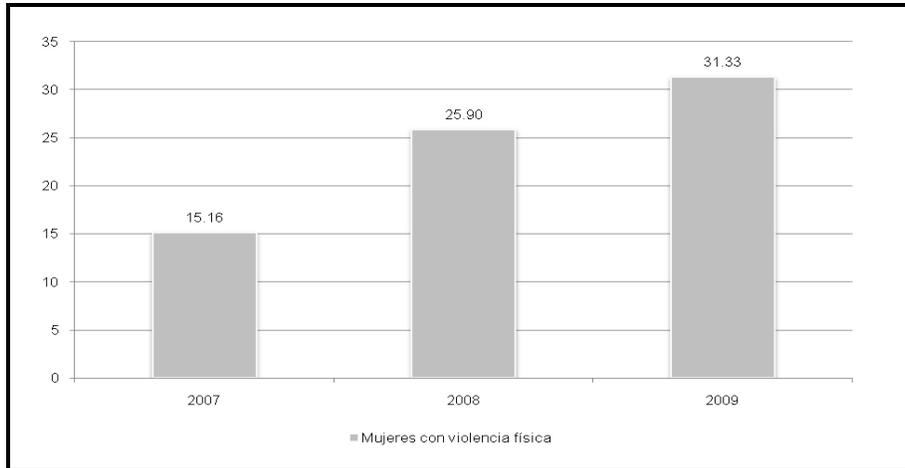
Elaborado por el OVSG de BCS, 2010.

En la gráfica anterior se puede observar un aumento de la tasa de mujeres violentadas atendidas por la secretaria de salud en Baja California Sur. Cabe señalar que la información proporcionada por la fuente, en este caso la Secretaría de Salud del Estado de Baja California Sur, no se encuentra desagregada por municipio.

Porcentaje de mujeres con violencia física atendidas por la Secretaría de Salud del Estado

Para los años 2000, 2005 y 2006 no existe disponibilidad de datos para realizar el cálculo del indicador, sin embargo en caso de disponer en un futuro con estos datos será posible realizarlo debido a que se cuenta con la estructura del mismo.

Gráfica 5: Gráfica de porcentaje de mujeres con violencia física atendidas por la Secretaría de Salud del Estado



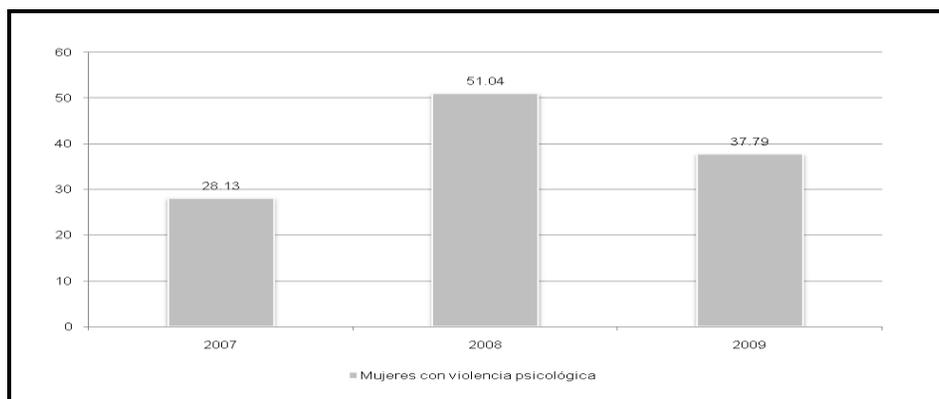
Elaborado por el OVSG de BCS, 2010

En la gráfica anterior se puede observar un aumento del doble del porcentaje de mujeres con violencia física atendidas por la SSA de Baja California Sur entre el año 2007 y 2009. Cabe señalar que la información proporcionada por la fuente, en este caso la dependencia antes mencionada, no se encuentra desagregada por municipio.

Porcentaje de mujeres con violencia psicológica atendidas por la Secretaría de Salud del Estado

Para los años 2000, 2005 y 2006 no existe disponibilidad de datos para realizar el cálculo del indicador, sin embargo en caso de disponer en un futuro de estos datos será posible realizarlo debido a que se cuenta con la estructura del mismo.

Gráfica 6: Porcentaje de mujeres con violencia psicológica atendidas por la Secretaría de Salud del Estado



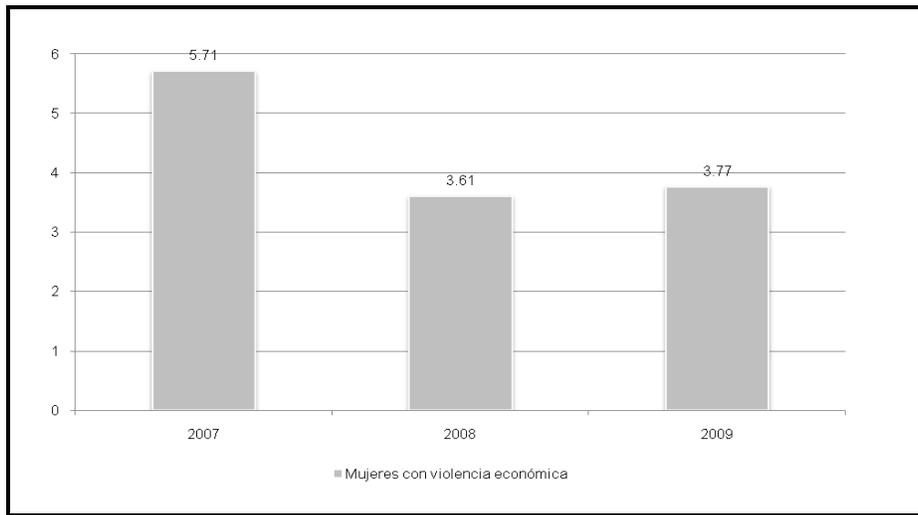
Elaborado por el OVSG de BCS, 2010

El comportamiento de la gráfica anterior permite inferir un descenso considerable en las mujeres que fueron atendidas por la SSA del Estado, esto comparando los años 2008 y 2009, sin embargo el porcentaje del año 2009 no es menor al presentado en el año 2007 por lo que queda de manifiesto que la violencia psicológica sigue presente.

Porcentaje de mujeres con violencia económica atendidas por la Secretaría de Salud del Estado

Para los años 2000, 2005 y 2006 no existe disponibilidad de datos para realizar el cálculo del indicador, sin embargo en caso de disponer en un futuro de estos datos, será posible realizarlo debido a que se cuenta con la estructura del mismo.

Gráfica 7: Mujeres con violencia económica atendidas por la Secretaría de Salud del Estado



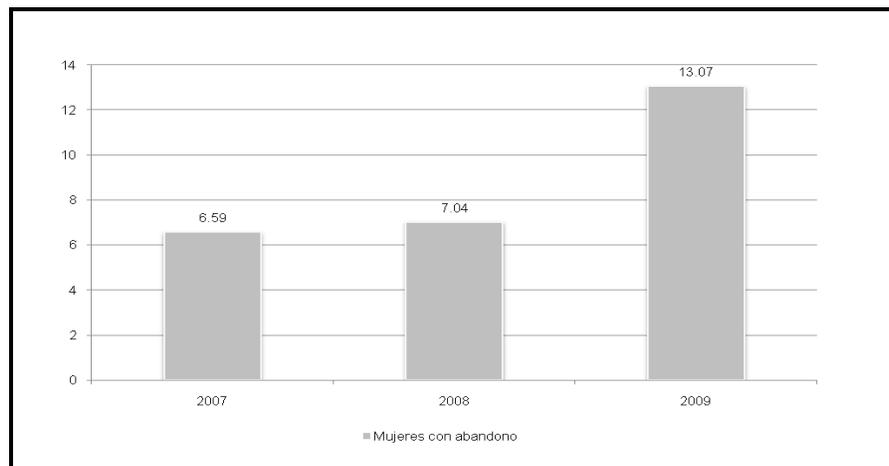
Elaborado por el OVSG de BCS, 2010.

Comparando los años 2007 y 2008, el comportamiento de la gráfica anterior permite inferir un descenso considerable en las mujeres que fueron atendidas por la SSA del Estado, sin embargo el porcentaje del año 2009 presenta un ligero ascenso en el año 2009.

Porcentaje de mujeres con violencia atendidas por abandono por la Secretaría de Salud del Estado

Para los años 2000, 2005 y 2006 no existe disponibilidad de datos para realizar el cálculo del indicador, sin embargo en caso de disponer en un futuro de estos datos, será posible realizarlo debido a que se cuenta con la estructura del mismo.

Gráfica 8: Porcentaje de mujeres con violencia atendidas por abandono por la Secretaría de Salud del Estado



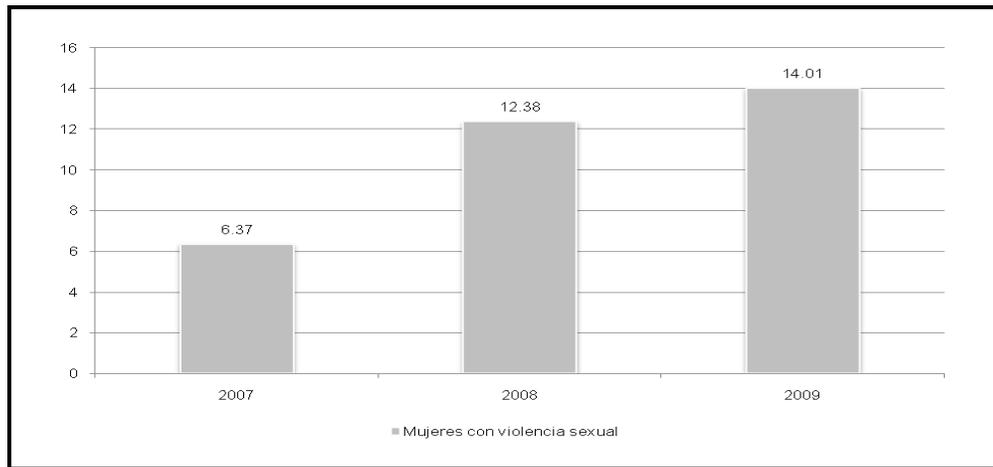
Elaborado por el OVSG de BCS, 2010.

En la grafica es muy notable el incremento sostenido, inclusive cerca de duplicarse entre los años 2008 y 2009 de las mujeres abandonadas que fueron atendidas por la Secretaría de Salud del Estado de Baja California Sur.

Porcentaje de mujeres con violencia sexual atendidas por la Secretaría de Salud del Estado

Para los años 2000, 2005 y 2006 no existe disponibilidad de datos para realizar el cálculo del indicador, sin embargo en caso de disponer en un futuro de estos datos, será posible realizarlo debido a que se cuenta con la estructura del mismo.

Gráfica 9: Porcentaje de mujeres con violencia sexual atendidas por la Secretaría de Salud del Estado



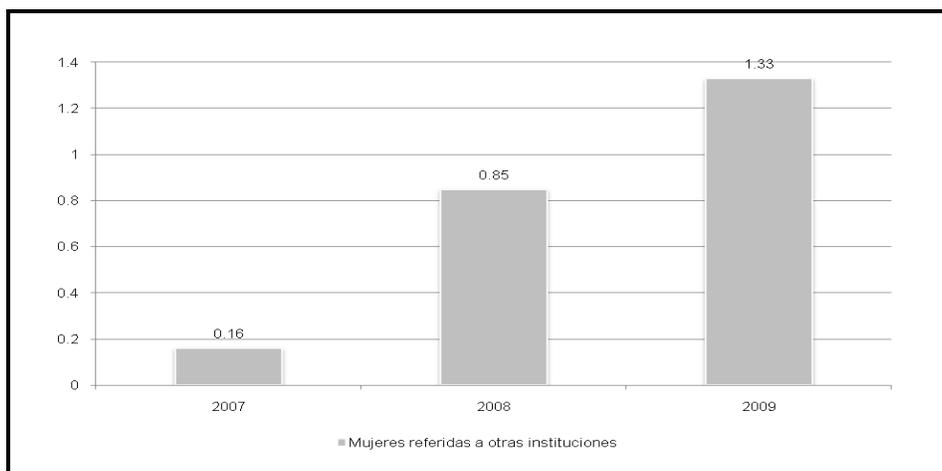
Elaborado por el OVSG de BCS, 2010

En la grafica es muy notable el incremento sostenido, inclusive duplicándose entre los años 2007 y 2008 de las mujeres con violencia sexual atendidas por la SSA. En 2009 se observa un incremento del 2 por ciento con respecto a 2008.

Tasa de mujeres referidas a otras instituciones por la Secretaría de Salud del Estado, por cada 1,000 mujeres

Para los años 2000, 2005 y 2006 no existe disponibilidad de datos para realizar el cálculo del indicador, sin embargo en caso de disponer en un futuro de estos datos, será posible realizarlo debido a que se cuenta con la estructura del mismo.

Gráfica 10: Tasa de mujeres referidas a otras instituciones por la Secretaría de Salud del Estado, por cada 1,000 mujeres



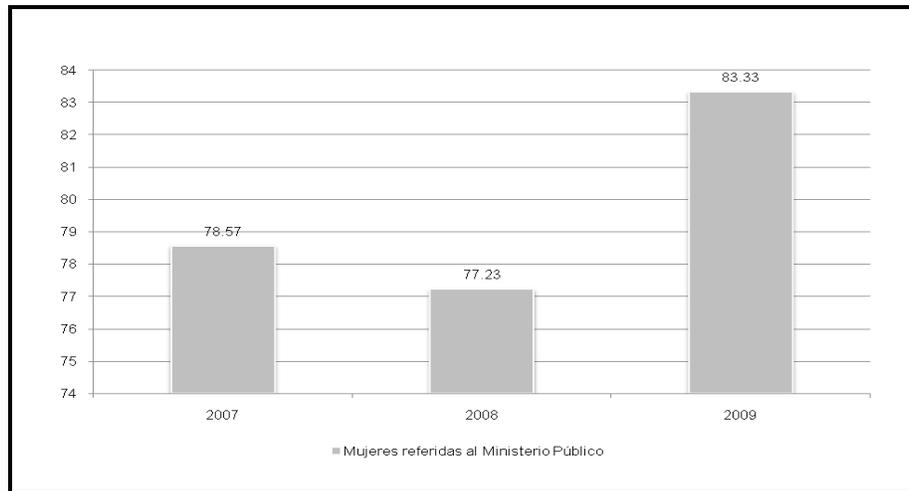
Elaborado por el OVSG de BCS, 2010.

Se puede observar en la gráfica un incremento sostenido de las mujeres referidas a otras instituciones, lo que permite inferir que son cada vez más las mujeres que acuden al sistema de salud estatal para ser atendidas por hechos de violencia. Esto repercute directamente en el hecho de que las mujeres ya no se quedan con la mordaza como en antaño y asisten a las instituciones en busca de ayuda, en este caso a la Secretaría de Salud estatal.

Porcentaje de mujeres referidas a la agencia del Ministerio Público por la Secretaría de Salud del Estado

Para los años 2000, 2005 y 2006 no existe disponibilidad de datos para realizar el cálculo del indicador, sin embargo en caso de disponer en un futuro de estos datos, será posible realizarlo debido a que se cuenta con la estructura del mismo.

Gráfica 11: Porcentaje de mujeres referidas a la agencia del ministerio publico por la Secretaría de Salud del Estado



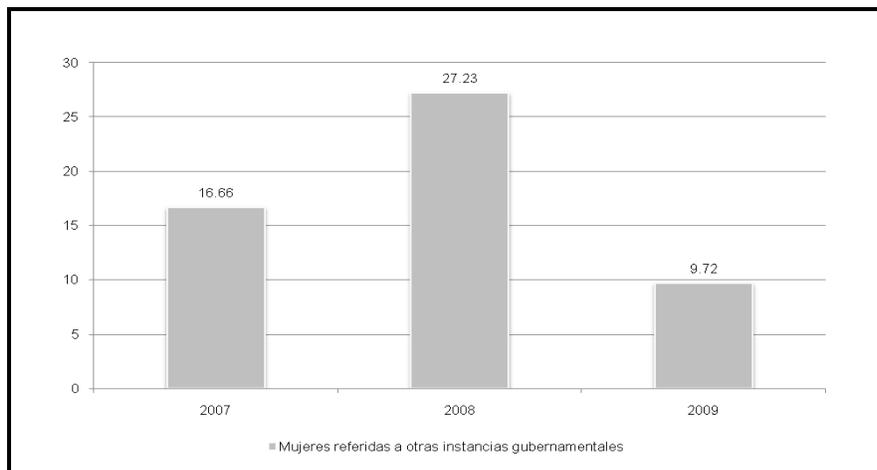
Elaborado por el OVSG de BCS, 2010.

En la gráfica se puede observar un comportamiento un tanto errático de las mujeres que han sido referidas al ministerio público por parte de la Secretaria de Salud. Existe un ligero descenso comparando los años 2007 y 2008, sin embargo para 2009 se aprecia un aumento en seis puntos porcentuales con respecto a 2008.

Porcentaje de mujeres referidas a otras instancias gubernamentales por la Secretaría de Salud del Estado

Para los años 2000, 2005 y 2006 no existe disponibilidad de datos para realizar el cálculo del indicador, sin embargo en caso de disponer en un futuro de estos datos, será posible realizar el cálculo debido a que se cuenta con la estructura del mismo.

Gráfica 13: Porcentaje de mujeres referidas a otras instancias gubernamentales por la Secretaría de Salud del Estado



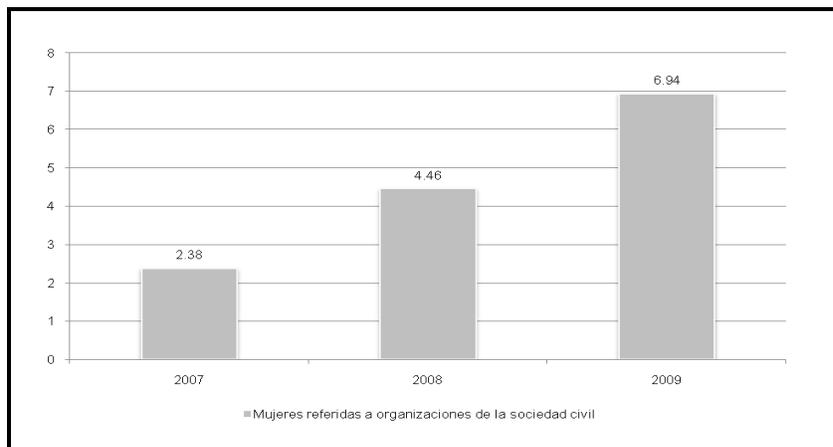
Elaborado por el OVSG de BCS, 2010.

Se puede observar un comportamiento un tanto errático de las mujeres que han sido referidas a otras instancias gubernamentales por parte de la secretaria de salud. Existe un incremento comparando los años 2007 y 2008 de once puntos porcentuales, sin embargo para 2009 se aprecia un decremento muy significativo alcanzando un mínimo histórico de 9.72% comparando los tres años.

Porcentaje de mujeres referidas a organizaciones de la sociedad civil por la Secretaría de Salud del Estado

Para los años 2000, 2005 y 2006 no existe disponibilidad de datos para realizar el cálculo del indicador, sin embargo en caso de disponer en un futuro de estos datos, será posible realizarlo debido a que se cuenta con la estructura del mismo.

Gráfica 14: Porcentaje de mujeres referidas a organizaciones de la sociedad civil por la Secretaría de Salud del Estado



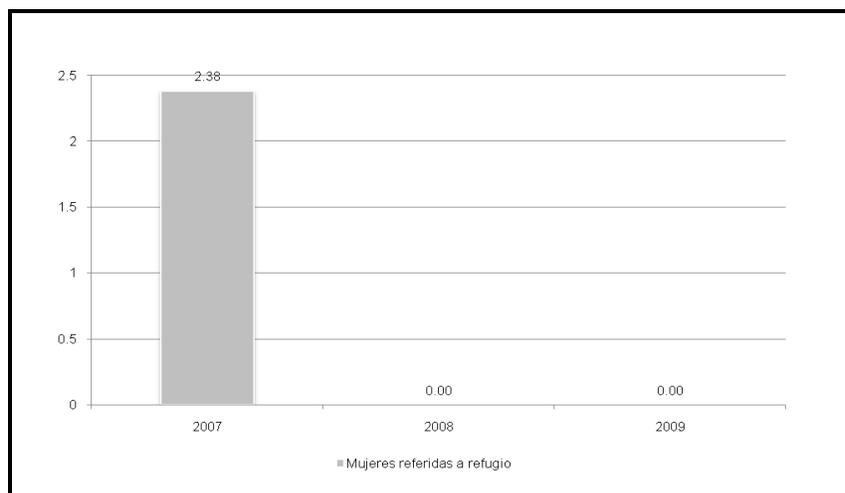
Elaborado por el OVSG de BCS, 2010.

En la anterior gráfica se puede observar un comportamiento anual incremental sostenido de dos puntos porcentuales en cuanto a los porcentajes de mujeres referidas a las organizaciones de la sociedad civil por la Secretaría de Salud del Estado, por lo que el trabajo estrecho de las organizaciones de la sociedad civil con el estado queda de manifiesto.

Porcentaje de mujeres referidas a refugios por la Secretaría de Salud del Estado

Para los años 2000, 2005 y 2006 no existe disponibilidad de datos para realizar el cálculo del indicador, sin embargo en caso de disponer en un futuro de estos datos, será posible realizarlo debido a que se cuenta con la estructura del mismo.

Gráfica 16: Porcentaje de mujeres referidas a refugio por la Secretaría de Salud del Estado



Elaborado por el OVSG de BCS, 2010

En los años 2008 y 2009 no existe registro de mujer alguna referida a un refugio por parte de la Secretaría de Salud en Baja California Sur, sin embargo el año 2007 representa 2.38% de las mujeres referidas atendidas por la institución estatal.

Los datos que proporciona el INEGI, disponibles sólo para el año 2006, no están desagregados a nivel municipal; sin embargo, el indicador nos revela que en Baja California Sur 89.78% de las mujeres casadas o unidas han sido víctimas de violencia a lo largo de su relación y 79.1% han sido víctimas de violencia en los últimos 12 meses.

Al analizar la información por rangos de edad se observa que, este mismo año, 23.60% de las víctimas de violencia en los últimos doce meses tienen entre 15 y 29 años de edad, 35.77% tienen entre 30 y 44 años y 19.72% son mayores de 45 años de edad.

La tasa de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas, que sufrieron violencia física a lo largo de la relación con su última pareja, es de 93.99 por cada 1,000 mujeres en el estado; la tasa de las que sufrieron violencia sexual es de 34.91.

Referente a la instrucción educativa, en 2006 Baja California Sur contaba con una tasa de 83.68 por cada mil mujeres de 15 años y más casadas o unidas y sin instrucción o con primaria incompleta, con incidentes de violencia hacia ellas por parte de su pareja en los

últimos 12 meses. En cambio, la tasa correspondiente a mujeres del mismo rango de edad, estado civil y condición en cuanto a incidentes de violencia en los últimos 12 meses pero que contaban con estudios a nivel postsecundaria era de 77.44.

Concerniente a la violencia económica, el porcentaje de mujeres de 15 años y más casadas o unidas, económicamente activas y con incidentes de violencia hacia ellas por parte de su pareja en los últimos 12 meses 9.89%.

Para los años 2000, 2005 y 2006 no se dispone de datos para elaborar los indicadores.

Con base en los datos obtenidos por la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH 2006), Baja California Sur es el segundo estado con menos denuncias por agresiones o maltrato, aunque los datos anteriores no incluyen denuncias de violencia en la pareja.

En relación con la violencia hacia las mujeres, de acuerdo con la encuesta en la entidad 59% de las mujeres de 15 años y más han padecido algún incidente de violencia –ya sea en su relación de pareja o en los espacios comunitario, laboral, familiar o escolar. La violencia más frecuente es la ejercida por el actual o último esposo o compañero, declarada por 35.1% de las mujeres; le sigue la violencia en la comunidad padecida por 32.2% de ellas; la violencia en el trabajo que representa 19.7% de las mujeres económicamente activas; la escolar que es de 13.4 % y la familiar con 12.1%. Cabe aclarar que las entrevistadas pudieron declarar más de un tipo de violencia sufrida.

En Baja California Sur, como en otras entidades, los datos sobre violencia familiar empiezan a registrarse sistemáticamente a partir de 2006 como respuesta a los compromisos adquiridos por nuestro país dentro de las Metas del Milenio y del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés: *Committee on the Elimination of Discrimination Against Women*), además con la instrumentación de las leyes para prevenir la violencia contra las mujeres.

No tenemos comparaciones nacionales, pero con la información estatal que consignamos vemos que la tasa de denuncias se duplicó de 2006 a 2007 y se elevó de 2007 a 2008 en 67%. Asimismo, vemos que sube un poco el porcentaje de denuncias por violencia familiar del total de averiguaciones previas iniciadas.

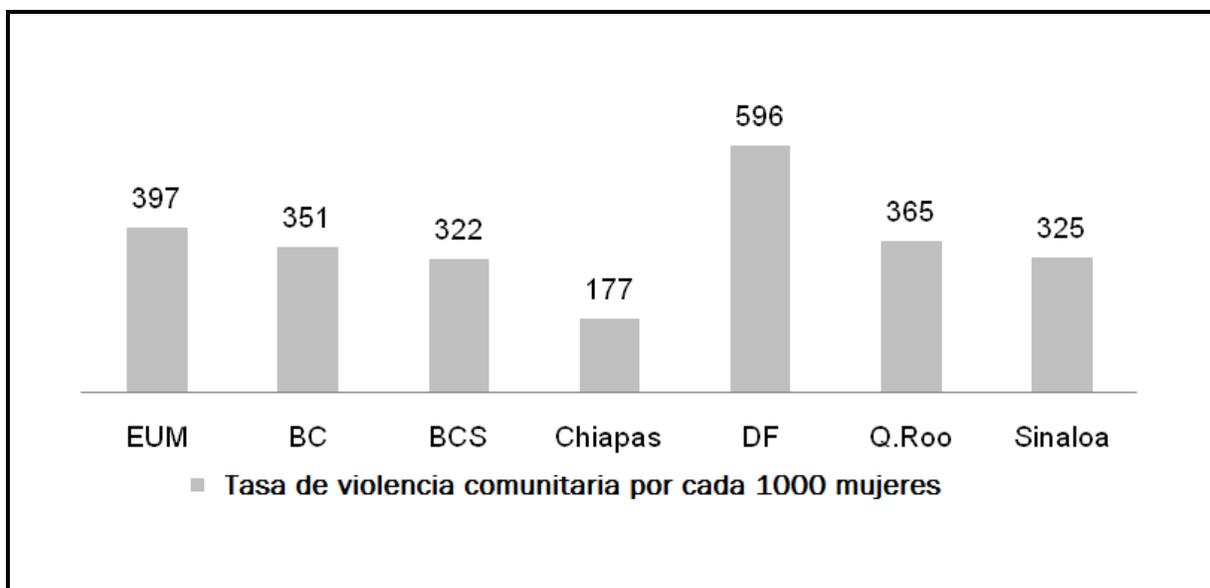
Respecto a la tasa de mujeres víctimas de homicidio, el orden de estados de mayor a menor sería el siguiente: Quintana Roo, Baja California, Distrito Federal y Baja California Sur.

Son particularmente notables los datos sobre Baja California Sur de 2003 y 2007, años donde el número de homicidios de mujeres es mayor al de hombres, cosa que no sucede en otra entidad.

Violencia contra las mujeres

A continuación, para complementar los datos sobre violencia de pareja, veremos otros datos sobre violencia contra las mujeres.

Comparación de datos entre estados ENDIREH 2006 Violencia comunitaria



Elaborado por el OVSG de BCS, 2010

Lugar	Mujeres de 15 años y más	Con incidentes de violencia comunitaria	Tasa por 1,000 mujeres
Estados Unidos Mexicanos	35756378	14184039	397
Baja California	990881	348294	351
Baja California Sur	177325	57111	322
Chiapas	1321492	233719	177
DF	3347031	1996311	596
Quintana Roo	387591	141534	365
Sinaloa	887950	288943	325

Notas:

Se refiere a la violencia ejercida sobre las mujeres en espacios públicos o privados a lo largo de su vida.

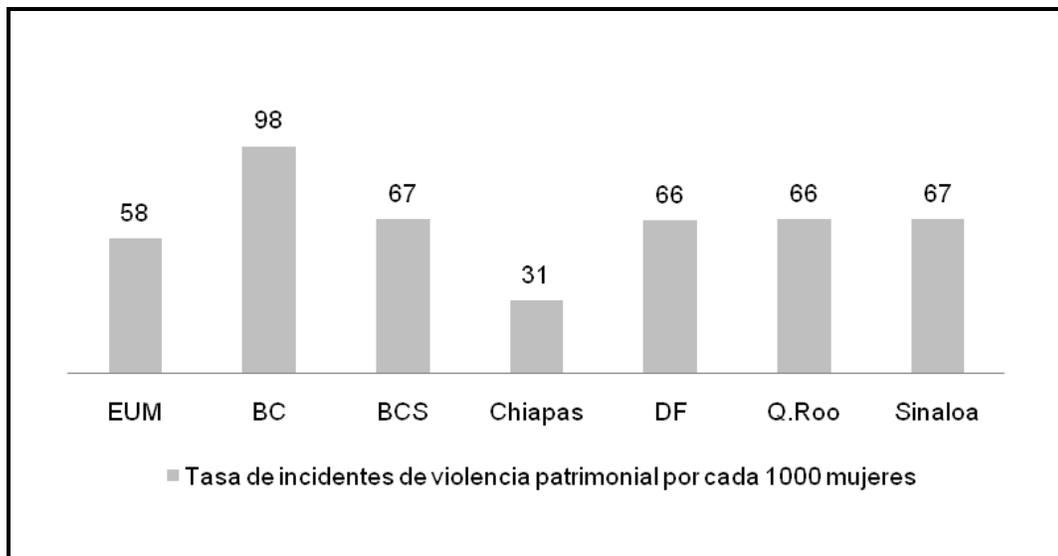
La suma de los tipos no coincide con el total de mujeres, pues cada mujer puede padecer uno o más tipos de violencia.

Fuente: INEGI – ENDIREH 2006.

Los datos arrojados por la ENDIREH 2006, comparando la media nacional con los estados de la zona noroeste Baja California y Sinaloa; así como los la zona sur Chiapas y Quintana Roo aunado a la capital de la República con Baja California Sur, se puede observar que el estado se encuentra a la mitad de la tasa más alta de violencia comunitaria que es la que se presenta en el Distrito Federal.

Con los datos arrojados por la ENDIREH 2006, comparando la media nacional con los estados de la zona noroeste Baja California y Sinaloa; así como los la zona sur Chiapas y Quintana Roo aunado a la capital de la República con Baja California Sur, se puede observar que la tasa de violencia familiar en BCS es de 121 por cada mil mujeres, lo que coloca al estado solo por encima de la mínima (Chiapas).

Violencia patrimonial



Elaborado por el OVSG de BCS, 2010.

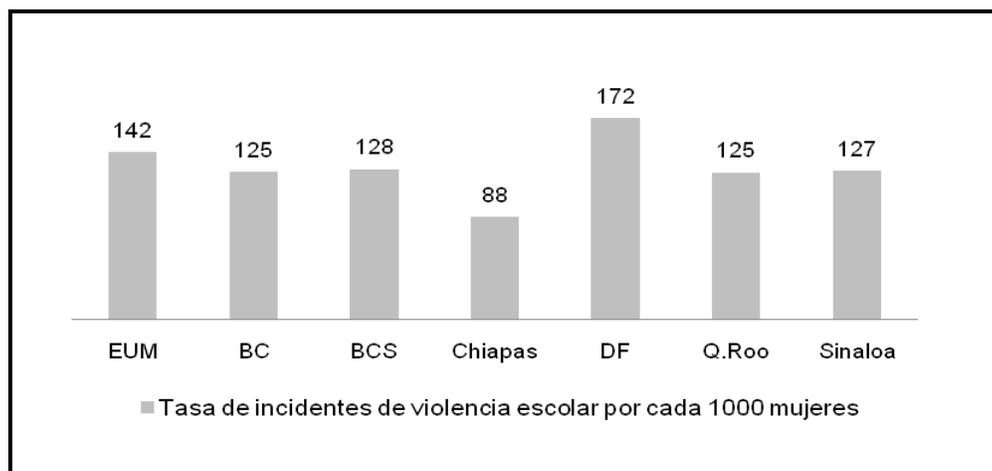
Lugar	Mujeres de 15 años y más	Con incidentes de violencia patrimonial	Tasa por 1,000 mujeres
Estados Unidos Mexicanos	35756378	2069165	58
Baja California	990881	97058	98
Baja California Sur	177325	11827	67
Chiapas	1321492	41385	31
DF	3347031	220515	66
Quintana Roo	387591	25739	66
Sinaloa	887950	59156	67

Fuente: INEGI – ENDIREH 2006

Nota: Violencia patrimonial es el despojo o robo que se ha ejercido sobre las mujeres de algún bien o propiedad por parte de algún familiar u otra persona o si la han forzado u obligado a poner sus bienes o alguna propiedad a nombre de otra persona.

Con los datos arrojados por la ENDIREH 2006, comparando la media nacional con los estados de la zona noroeste Baja California y Sinaloa; así como los la zona sur Chiapas y Quintana Roo aunado a la capital de la República con Baja California Sur, se puede observar que la tasa de violencia patrimonial en BCS se encuentra por encima de la media nacional, sin embargo este es un comportamiento normal puesto que Chiapas es el único estado de los comparados cuya tasa está muy por debajo de la media.

Violencia escolar



Elaborado por el OVSG de BCS, 2010.

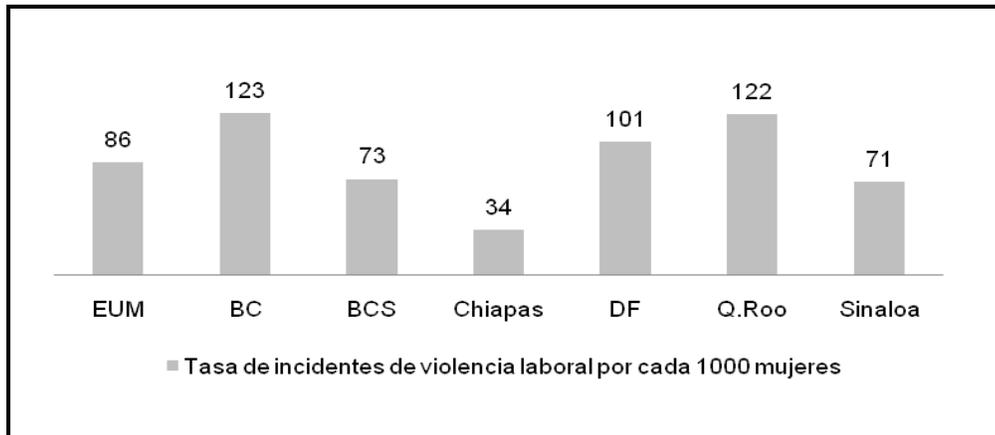
Lugar	Mujeres de 15 años y más	Con incidentes de violencia escolar	Tasa por 1,000 mujeres
Estados Unidos Mexicanos	35756378	5093183	142
Baja California	990881	124310	125
Baja California Sur	177325	22711	128
Chiapas	1321492	115652	88
DF	3347031	574210	172
Quintana Roo	387591	48544	125
Sinaloa	887950	112571	127

Fuente: INEGI – ENDIREH 2006

Con los datos arrojados por la ENDIREH 2006, comparando la media nacional con los estados de la zona noroeste Baja California y Sinaloa; así como los la zona sur Chiapas y Quintana Roo aunado a la capital de la República con Baja California Sur, se puede observar que la tasa de violencia escolar en BCS se encuentra por debajo de la media nacional, sin

embargo es un comportamiento normal puesto que Chiapas es el único estado de los comparados cuya tasa está muy por debajo de la media.

Violencia laboral



Elaborado por el OVSG de BCS, 2010

Lugar	Mujeres de 15 años y más	Con incidentes de violencia laboral	Tasa por 1,000 mujeres
Estados Unidos Mexicanos	35756378	3069211	86
Baja California	990881	122062	123
Baja California Sur	177325	12972	73
Chiapas	1321492	45419	34
DF	3347031	339226	101
Quintana Roo	387591	47389	122
Sinaloa	887950	63095	71

Fuente: INEGI – ENDIREH 2006

Con los datos arrojados por la ENDIREH 2006, comparando la media nacional con los estados de la zona noroeste Baja California y Sinaloa; así como los la zona sur Chiapas y Quintana Roo aunado a la capital de la República con Baja California Sur, se puede observar que la tasa de violencia laboral en BCS es de 73 por cada mil mujeres, lo que coloca al estado por debajo de la media nacional sin embargo Chiapas posee la tasa más baja de los estados comparados.

Por lo que se refiere a los recursos destinados a la atención de las mujeres por el gobierno del Estado, tenemos la siguiente información tomada de los Informes de gobierno estatal.

**Recursos aplicados 1/ en igualdad de género por modalidad en BCS
2005-2007 (miles de pesos)**

Informe	III			V	
	2005	2006	2007	2008	2009
Normal Federal	8,161.00	3,072.70	3,842.00	0	0
Ramo 20	2,084.60	1,856.70	467.2	627	0
Ramo 33	0	0	6,926.50	0	41
Recursos Propios	569.7	0	0	13,135.50	8,076.20
Financiamiento al Desarrollo	0	176.5	0	0	0
Baja California Sur	10,815.30	5,105.90	11,235.70	13,762.50	8,117.20

Fuente: Secretaría de Promoción y Desarrollo Económico, Dirección de Planeación y Financiamiento para el Desarrollo Económico y Social.
1/ Incluye gasto corriente, gasto de operación, inversión en obras y servicios y financiamiento.
Observaciones: La suma de parciales puede no coincidir con el total debido al redondeo de cifras.

Recursos aplicados 1/ en igualdad de género por institución en BCS 2004-2006 (miles de pesos)

Informe	II			III	V	
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Secretaría de Economía (FONAES)	2,516.30	4,995.80	3,249.20	18.00	0	0
SEDESOL	776.5	2,084.60	1,671.00	467.2	0	0
Secretaría de Reforma Agraria	0	3,165.20	0	3,824.00	0	0
Instituto Sudcaliforniano de la Mujer	0	569.7	185.6	6,926.50	13,762.50	8,117.20
Baja California Sur	3,292.80	10,815.30	5,105.90	11,235.70	13,762.50	8,117.20

Fuente: Secretaría de Promoción y Desarrollo Económico, Dirección de Planeación y Financiamiento para el Desarrollo Económico y Social.
1/ Incluye gasto corriente, gasto de operación, inversión en obras y servicios y financiamiento.
Observaciones: La suma de parciales puede no coincidir con el total debido al redondeo de cifras.

Fuentes consultadas

Adame, Aldar, *Violencia en el noviazgo, la manifestación ordinaria del amor*, Letra S, La Jornada, 3 de febrero de 2003.

Consejo Nacional de Población (CONAPO), *Proyecciones de la Población de México 2005-2050*. [En línea. Consulta: noviembre 2009]

<http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=139%3Aproyecciones-de-la-poblacion-2005-2050&catid=34%3Apublicaciones-recientes&Itemid=1>

Domestic and Intimate Partner Violence, Facts & Figures on VAW, [En línea. Consulta: noviembre 2009]

<http://www.unifem.org/gender_issues/violence_against_women/facts_figures.php?page=2>

García-Moreno et al, 2005. *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Summary report [En línea. Consulta: noviembre 2009]

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593512_eng.pdf>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH 2006)* [En línea. Consulta: noviembre 2009]. <

<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/endireh/2006/bd/default.asp?c=11226&s=est>>

Luisa Kislinger y editado por Dina Cedano, GPI, *Violencia doméstica contra las mujeres. Información general de América Latina y el Caribe*. [En línea. Consulta: diciembre 2008]

<<http://www.unifem.org.mx/un/documents/cendoc/vaw/violencia06.pdf>>

Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, resumen. *Washington, D.C.*, [En línea. Consulta: noviembre 2009]

<http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf>

_____. Cap. 4 [En línea. Consulta: noviembre 2009]

<http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf>

World Health Organization, *Primary prevention of intimate-partner violence and sexual violence: Background paper for WHO expert meeting. May 2–3, 2007.* [En línea]
<http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/IPV-SV.pdf>

Los indicadores de atención a la violencia sexual y familiar en el sector salud y la Norma oficial mexicana¹

Planteamiento del problema

Para revisar la atención a la violencia sexual y familiar en Baja California Sur haremos referencia al Diagnóstico que hemos realizado sobre la NORMA Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 criterios para Atención Médica de la Violencia Familiar para la Prestación de Servicios de Salud, que luego se convirtió en la NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención En el Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres del gobierno federal,² se hace referencia a la existencia de fenómenos de violencia desigualdad e inequidad desde el inicio de la humanidad, siempre presentes en la historia, así como la violencia contra las mujeres.

El planteamiento que se hace del problema en el programa antes mencionado es muy completo y vale la pena citarlo textualmente, ya que sienta las bases para homologar criterio. Según este documento “la violencia se expresa en múltiples manifestaciones, entre ellas, la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, basada en la inequidad de género; afecta a todos los grupos de la población independientemente de sus características sociales, económicas, religiosas, educativas o étnicas.”³

En el ámbito de la salud, concretamente se constituye como un factor de riesgo que ocasiona numerosos y serios problemas físicos, mentales, sexuales y reproductivos en los individuos y las sociedades, tanto a corto como mediano y largo plazo.

En las últimas décadas se ha registrado un creciente reconocimiento del fenómeno de violencia contra las mujeres y el tema se ha ubicado en un lugar destacado en la agenda internacional; prácticamente todos los organismos multilaterales dedicados a la salud, a los derechos humanos y al desarrollo económico y social se han ocupado –cada uno desde los límites de sus propios mandatos y vocaciones- de este problema, coincidiendo en que la violencia contra la mujer es una de las variantes más perniciosas y expandidas de la

¹ Este trabajo elaborado por María Luisa Cabral Bowling, forma parte de los Diagnósticos de salud de la Mujer del Observatorio de Violencia Social y de Género de Baja California Sur.

² Secretaría de Salud, *Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres*, [En línea. Consulta: noviembre 2009] <www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7758.pdf>

³ *Ibidem*.

violencia, subrayando además que es consecuencia de la aplicación de estructuras sociales sexuadas de dominación.

La manifestación de la violencia como problema social muestra las grandes diferencias existentes en el desarrollo de los países; en el caso específico de México el panorama es preocupante. Debido a esto la Secretaría de Salud (SSA), a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), propone desarrollar un programa para combatir la violencia a partir de dos aspectos básicos:

1. Estrategias y acciones para prevenir, atender y limitar el daño asociado a casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres.
2. Mecanismos de coordinación con instituciones, gobierno y sociedades civiles que proporcionen servicios a las víctimas de violencia, tales como asesoría legal, refugios, asesoría y apoyo laboral y procuración de justicia.

El programa propuesto por la SSA es regulado por la NORMA Oficial Mexicana (NOM-190-SSA1-1999).¹

El Programa de Prevención y Atención en el Sector Salud de la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres hace un diagnóstico acerca de la situación que guarda nuestro país al respecto, planteando una propuesta de qué se pretende lograr y señalando cuál es el camino a seguir, así como las pautas de evaluación de los logros.

Primero, define el concepto de la violencia contra la mujer como “un factor de riesgo multidimensional para las condiciones de salud de las pacientes y sus familias. En este sentido, se analizan las implicaciones de la violencia familiar y sexual en el campo de la salud pública”² –el análisis señala que también se deben tomar en cuenta los efectos sociales y económicos que produce la violencia, ya sea familiar, sexual y/o contra las mujeres; además de identificar siete puntos críticos y definir los mecanismos para evaluar el cumplimiento de las metas, en este documento se hace un inventario de los instrumentos jurídicos que se han ido acordando para atender la problemática (disposiciones constitucionales, tratados internacionales, leyes, reglamentos, disposiciones y lineamientos específicos que marcan las normas en la materia).

¹ Secretaría de Salud, *Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres*, [En línea. Consulta: noviembre 2009] <www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7758.pdf>

² Fuente: <www.mujerysalud.gob.mx/mys/contenido/norma/definiciones.html> [Consulta: noviembre de 2009].

A continuación enunciaremos los elementos constitutivos del ya mencionado inventario jurídico.

Marco normativo

En el ámbito de la salud, el instrumento jurídico que regula la prevención y atención de la violencia familiar, sexual y la violencia contra las mujeres¹ es, en primer término, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Título Primero, Capítulo I: De las garantías individuales, artículos 1, 4 y 20.)

Además de ésta se cuenta con tratados internacionales ratificados por México que, por lo tanto, constituyen leyes vigentes a nivel nacional. Entre ellos los más importantes en la materia, como lo reconoce el Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres, son los siguientes:

- Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979)
- Convención sobre los Derechos del Niño (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989)
- Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993)
- Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1993)
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belem do Pará” (OEA, 1994)

Otros importantes acuerdos internacionales son:

- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994)
- Cumbre Mundial Sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995)
- La Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer (Beijing, 1995)

Dentro de la normatividad nacional las leyes más importantes relativas a la materia son las siguientes leyes, reglamentos y normas:

Leyes

¹ Ver recopilación en <www.mujerysalud.gob.mx/mys/contenido/norma/definiciones.html> [Consulta: noviembre de 2009].

- Ley General de Salud (DOF: 7-II-1984); REF. (DOF: 4-06-2002, 15-05-2003)
- Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social (DOF: 901-1986)
- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos (DOF: 31-12-1982)
Ref. (DOF: 13-03-2002)
- Ley Federal de Derechos (31-12-1981), Ref. (DOF: 4-06-2002)

Reglamentos

- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (DOF: 05-07-2001)
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (DOF: 14-05-1986)
- Reglamento Interno del Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida (DOF: 21-11-2002)

Normas

- NOM-001-SSA2-1993, NORMA Oficial Mexicana que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud (DOF: 6 dic. 1994)
- NOM-005-SSA2-1993, NORMA Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (DOF: 30 mayo 1994)
- NOM-007-SSA2-1993, NORMA Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación de Servicios (DOF: 6-01-1995)
- NOM-009-SSA2-1993, NORMA Oficial Mexicana para el Fomento de la Salud del Escolar (DOF: 3-10-1994)
- NOM-010-SSA2-1993, NORMA Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (DOF: 17-01-1995) MOD. (DOF: 21-06-2000)
- NOM-014-SSA2-1994, NORMA Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de Cáncer del Cuello, Útero y de la Mama en la Atención Primaria (DOF: 16-01-1995) MOD (DOF: 6-03-1998)
- NOM-017-SSA2-1994. NORMA Oficial Mexicana para la Vigilancia Epidemiológica (DOF: 11-10-1999)

- NOM-025-SSA2-1994, NORMA Oficial Mexicana para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médica-Psiquiátrica (DOF: 16-11-1995)
- NOM-167-SSA1-1997, NORMA Oficial Mexicana para la Prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores (DOF: 17-11-1999)
- NOM-168-SSA1-1998, NORMA Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM-190-SSA1-1999 NORMA Oficial Mexicana de la Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar.
- NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención.

Lo anterior es complementado con los siguientes documentos oficiales:

Acuerdos

- Acuerdo del Consejo de Salubridad General (D.O.26-I-1986); REF (D.O. 30-03-1992)
- Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud (25-09-1996)
- Acuerdo por el cual la Secretaría de Salud da a conocer los Lineamientos Generales para la Operación del Programa de Ampliación de Cobertura (23-04-1999)
- Acuerdo por el cual la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación Específicas del Programa de Ampliación de Cobertura (14-03-2000)
- Acuerdo por el cual se establecen las Reglas para la Realización de Proyectos para Prestación de Servicios (26-03-2003)
- Acuerdo por el cual se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (20-09-2002)

Y, finalmente, están los Planes y Programas Nacionales correspondientes:

- Plan Nacional de Desarrollo
- Programa Nacional de Salud

La creación de los instrumentos jurídicos para la protección de las mujeres es muy reciente, es hasta las últimas décadas del siglo XX cuando empieza a plantearse el tema en los foros internacionales y, sobre todo, a asumirse compromisos internacionales que, en el caso de

México, han derivado en la creación de leyes y disposiciones jurídicas para atender el problema.

En Baja California Sur es a partir de 2006 cuando empieza a construirse todo el sustento jurídico general y en materia de salud para atender la inequidad de género y la violencia contra las mujeres.

A continuación se llevará a cabo un ejercicio de definición conceptual de los diversos rubros abordados en el marco teórico de la NORMA Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, acompañado de la señalización de los indicadores con los que se cuenta en la actualidad al respecto. Finalmente esto derivará tanto en un diagnóstico de la situación actual de la entidad como en una crítica y una propuesta para la aplicación de la Norma.

Violencia familiar

Definición

La definición que establece la norma oficial es la siguiente: "...acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder -en función del sexo, la edad o la condición física-, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono."

Atención médica de la violencia familiar

El documento anteriormente citado la define como:

El conjunto de servicios que se proporcionan con el fin de promover, salud física y mental, de las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar. Incluye la promoción de relaciones la violencia familiar, la detección y el diagnóstico de las personas que viven esa situación, la evaluación del riesgo en que protección y restauración de su salud física y mental a través del tratamiento o referencia a instancias especializadas.

Para unificar criterios e integrar registros completos que permitan dar seguimiento al problema y determinar acciones pertinentes que contribuyan a la erradicación de la violencia

familiar –de conformidad con lo establecido en la Norma- se requiere partir de la siguiente información:

Fundamento teórico

El Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres¹ contempla cuatro aspectos básicos de violencia familiar que se deben atender en la prestación de servicios de salud: abandono, maltrato físico, maltrato psicológico y maltrato sexual. La Norma incluye también la promoción, protección y restauración de la salud física y mental a través del tratamiento, tanto de las víctimas como de los probables agresores, por lo que se requiere información sobre todos estos aspectos.

Enfoque de género y violencia

El mencionado programa señala que “la violencia familiar es legitimada por las normas y estructuras que establece cada grupo social y que ayudan a perpetuarla”, por esta razón es determinante contar con información y evaluar la desigualdad entre hombres y mujeres en el contexto de una sociedad –a partir del enfoque de género- para poder incidir en el logro de la equidad; también resulta importante promover estudios sobre la construcción social de la identidad de género en cada sociedad –en este caso en la sociedad sudcaliforniana- para contextualizar y dimensionar correctamente los datos y los indicadores sobre violencia, así como conocer sus indicadores en la esfera doméstica, institucional, comunitaria y social.

Todos estos aspectos de la violencia se gestan en un contexto económico social que es fundamental considerar y, por lo tanto, se requiere contar con toda la información al respecto; por ejemplo, información sobre las características demográficas, niveles de desarrollo económico, grado de desigualdad en el ingreso, en el patrimonio, en el acceso a bienestar en salud y educación: todo esto influye y crea condiciones propicias para los fenómenos de violencia en general y violencia hacia las mujeres en particular.

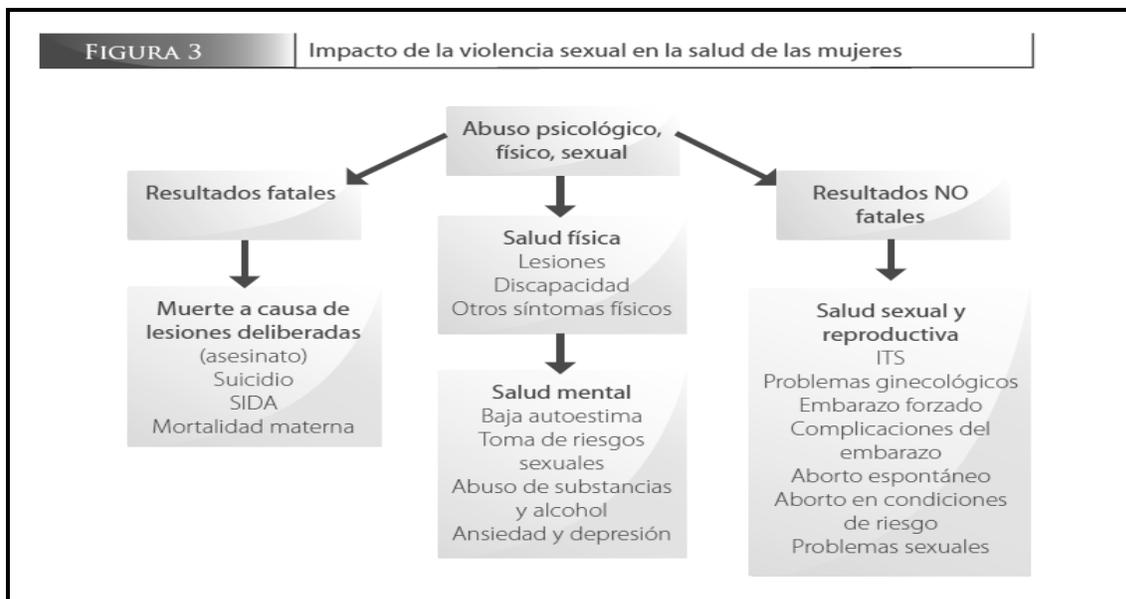
Efectos de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres en la salud

De acuerdo con un reciente informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), independientemente del tipo de violencia, los efectos del maltrato persisten mucho tiempo después que éste ha cesado: con el transcurso del tiempo el daño ocasionado se va

¹ Ver <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7758.pdf>> [En línea. Consulta: noviembre 2009].

acumulando y produce considerables padecimientos y consecuencias negativas para la salud.

La OPS ha elaborado el siguiente diagrama para mostrar todas las dimensiones del problema de la violencia contra la mujer y sus consecuencias en la salud:



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2005), *Violencia cotidiana*. Capítulo VI. Violencia Sexual, Informe Nacional de Salud y Violencia, México.

En esta investigación se han identificado como afectaciones a la salud las siguientes:

Alteraciones de relación

- Estrés - Ira - Miedo
- Ansiedad - Depresión - Soledad
- Agotamiento - Minusvalía - Obsesión
- Impotencia - Frustración - Desmotivación

Procesos físico-patológicos

- Enfermedades crónicas degenerativas (hipertensión arterial sistémica, obesidad, diabetes mellitus, cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, artritis, colitis, gastritis)
- Urgencia obstétricas (sangrado durante la gestación, embarazo no deseado, aborto)
- Trastornos ginecológicos (dispareunias, dismenorreas, enfermedad inflamatoria pélvica, dolor pélvico ideopático)
- Infecciones de transmisión sexual (ITS y VIH –SIDA)
- Lesiones (contusiones, heridas, fracturas, laceraciones)
- Adicciones (alcoholismo, tabaquismo, drogadicción)

Resolución mórbida o letal

- Alteraciones en la alimentación (incapacidad parcial o total)
- Alteraciones de la personalidad (suicidio)
- Alteraciones de la realidad (homicidio)

En los siguientes párrafos retomamos los señalamientos del Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres, ya que esta perspectiva constituye la guía para la atención del problema a nivel nacional.

En la salud física

la violencia familiar y/o sexual produce en las mujeres daños importantes que van desde heridas y hematomas hasta lesiones graves que pueden causar incapacidad transitoria, permanente y hasta la muerte. Sin embargo las lesiones físicas inmediatas no son las únicas consecuencias que sufren las mujeres, a estas hay que añadirles los múltiples padecimientos que esta situación puede ocasionar...cuando se analiza como factor de riesgo, se puede comprender con mayor claridad la presencia de patologías relacionadas con abandono, desgaste físico y mental. El antecedente de vivir o haber vivido en situaciones de violencia aumenta el riesgo de sufrir una amplia variedad de enfermedades y afecciones, en comparación con quienes no la han padecido, y favorece comportamientos nocivos, como el hábito de fumar, abuso de alcohol y uso de drogas, lo que provoca un daño físico directo en la salud. Comprender la fisiopatología en estos

casos y sus múltiples consecuencias, permite conocer el impacto real que tiene la violencia en la salud y en la vida de las mujeres.¹

Por lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva: “la violencia durante el embarazo se asocia con abortos, muerte fetal, parto prematuro y lesiones fetales o del recién nacido y con bajo peso al nacer. En México, un estudio en el Hospital Civil de Cuernavaca, Morelos, encontró una desventaja en el peso al momento del nacimiento, de hasta 560 gramos en hijos de mujeres maltratadas, comparativamente con hijos de mujeres sin maltrato durante el embarazo”²

Casos de trastornos ginecológicos y de dolores pélvicos crónicos en mujeres también se han relacionado con antecedentes de abuso sexual en la niñez, agresión sexual y abuso físico y sexual por parte del compañero.

La violencia es un factor a considerar en lo concerniente a las infecciones de transmisión sexual, ya que se considera que las mujeres tienen menos capacidad para practicar o negociar el sexo seguro y/o protegido, aumentando el riesgo de embarazos no deseados, así como el de contraer infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.

El carácter permanente y crónico de la violencia tiene importantes consecuencias psicológicas. Cuando la agresión es cíclica los efectos en la salud mental son aún más serios que los efectos físicos, ya que afecta la autoestima de la mujer y la expone a un mayor riesgo de padecer depresión, trastorno de estrés post-traumático, abuso de alcohol, de drogas y suicidio.

Consecuencias en la salud y carga económica

La violencia familiar representa una carga para el tema de la salud de las mujeres y reduce la esperanza de vida para sus víctimas, por ello se han estado construyendo indicadores para contabilizar los años de vida saludable (AVISA) que se pierden como consecuencia de la mortalidad o discapacidad prematura provocada por la violencia; por medio de los indicadores, se pretende conocer la gravedad del problema, las causas y las edades de quien lo padece.

¹ Ver <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7758.pdf>> [En línea. Consulta: noviembre 2009].

² Señalamiento del Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres.

Según el Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres:

El Banco Mundial estima que la violación y la violencia familiar representan 5% de los años de vida saludables perdidos por mujeres en edad reproductiva en países en desarrollo en período de transición demográfica. En el caso de China, donde la mortalidad materna y las enfermedades relacionadas con la pobreza están relativamente bajo control, los años de vida saludables perdidos por violación y violencia familiar, representan una cuota mayor: 16% de la carga total. A nivel mundial, la carga de salud por la violencia de género entre mujeres de 15 a 44 años es comparable a la representada por otros factores de riesgo y enfermedades que ya son altas prioridades dentro de la agenda mundial de salud, incluyendo el virus de inmunodeficiencia humana, la tuberculosis, la sepsis durante el parto, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

Un estudio realizado en la Ciudad de México muestra que el riesgo de perder un año de vida saludable como consecuencia de la violencia familiar es el doble que el riesgo generado por otras causas como la neumonía y los accidentes en vehículos automotores. Asimismo, señala que la violencia contra la mujer es la tercera causa más importante de AVISA perdidos después de la diabetes y los problemas de parto.

Una de las preocupaciones más importantes en la actualidad son los costos considerables en los servicios de salud para enfrentar las consecuencias de la violencia contra las mujeres. Estos datos son insuficientes en los países en desarrollo; además, en muchas ocasiones las mujeres no acuden a los servicios de salud, buscando otras formas de ayuda –ya sea de su familia o de su comunidad.

No son solamente los costos económicos, también se considera muy importante el deterioro del bienestar individual y el impacto de esto en el propio desarrollo comunitario e incluso nacional, ya que margina a las mujeres o impide su participación social plena. Esto ocurre tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados, aunque en estos último la situación se ve agravada en comparación con los primeros.

Como lo señala el ya mencionado programa:

La violencia familiar, además del impacto directo en la mujer y su vida, tiene consecuencias para sus hijos, [...] como testigos o víctimas, y para la sociedad [...]. Los hijos de parejas que viven en situación de violencia enfrentan un riesgo mayor de vivir problemas emocionales y de comportamiento, como ansiedad, depresión, desempeño escolar deficiente, escaso amor propio, desobediencia, pesadillas y problemas de salud física, cuyo índice puede ser, según la Asociación Médica Americana, de 34% en los hijos y 20% en las hijas.

Esto significa que se multiplican los costos sociales y las consecuencias se proyectan a futuras generaciones en las que, de no ser interrumpido el proceso, se reproducirán estos problemas.

En este sentido los estudios especializados sobre el tema hablan de costos directos, indirectos e intangibles:

- Costos directos, se refieren a la pérdida de vidas y a los servicios que se proporcionan, ya sean legales, de salud, de protección o de otro tipo.
- Costos indirectos, se refieren a los días de trabajo perdidos o la disminución de la productividad, con impacto económico sobre la estructura familiar, comunitaria y social.
- Costos intangibles –cuya medición es muy difícil y que, por lo tanto, no se contabilizan- se refieren a pérdida de autoestima, sufrimiento, miedo, depresión, intentos de suicidio, dolor crónico y pérdida de oportunidades para lograr las propias metas, entre otros.

Estos costos no solo repercuten en la familia y en la comunidad, también se reflejan en las instituciones que atienden los efectos de la violencia familiar en todos sus aspectos.

Datos sobre violencia familiar y su atención en Baja California Sur

En Baja California Sur no existen datos sobre violencia familiar anteriores a 2005, además de los aportados por la ENVIM 2003; los únicos datos sobre violencia familiar en la entidad son los que recopilados por la Procuraduría de Justicia del Gobierno del Estado (PJGE), que presentamos en el siguiente cuadro:

Número averiguaciones previas iniciadas sobre violencia familiar

2006	2007	2008
925	925	1,399

En la actualidad, el término “intrafamiliar” no es el adecuado, ya que deja fuera muchos hechos de violencia que se dan entre personas que tuvieron una relación de pareja, casados o unidos, pero que dejaron de tenerla; aquí también se presenta el problema de no poder comparar datos de varios años cuando son registrados bajo una concepción del problema que después cambia. En este sentido cabe señalar que es necesario acumular información – bajo una concepción más precisa- durante varios años para hacer posible la indicación de tendencias y el análisis profundo del problema.

Tasa de denuncias de violencia familiar por cada 100 mil habitantes. TDVF

En 2006 –con una proyección de la población de 530,544 habitantes, de acuerdo con los datos de la PGJE- tuvimos en el estado una tasa de denuncias por violencia familiar de 79.35 por cada 100,000 habitantes, en el 2007 aumentó a 169.87, en 2008 llegó a 250.52 denuncias.

La información específica sobre violencia familiar a nivel nacional no se consigna sistemáticamente hasta hace unos tres años. Para complementar esa información agregamos algunos datos comparativos sobre violencia familiar basados en la ENDIREH 2006, del INEGI.

Violencia familiar en Baja California Sur. Denuncias y tasa por cada 100 mil habitantes

Año	Población total	Total de averiguaciones previas iniciadas	Denuncias de Violencia Familiar	% Denuncias de violencia familiar del total de denuncias	Tasa de denuncias de violencia familiar
2006	523 572	16 917	421	2.48	79,35
2007	537 586	19 781	925	4.67	169,87
2008	551.525	19 669	1 399	7.11	250,52

Elaborado por el OVSG de BCS, 2010

En Baja California Sur los datos sobre violencia familiar empiezan a registrarse sistemáticamente a partir del año 2006 como respuesta a los compromisos adquiridos dentro de las Metas del Milenio y de la Convención del *Committee of the Elimination of Discrimination Against Women* (CEDAW) con la instrumentación de las leyes para prevenir la violencia contra las mujeres. No tenemos comparaciones nacionales, pero con la información estatal que se consignó en el cuadro anterior se puede ver que la tasa de denuncias se duplicó de 2006 a 2007 y se elevó de 2007 a 2008 en 67%. Vemos que sube un poco el porcentaje de denuncias por violencia familiar del total de averiguaciones previas iniciadas.

Tenemos también los datos que presenta el Centro de Estudios e Investigación en Desarrollo y Asistencia Social A.C. (CEIDAS) con datos de 2008¹; la información la proporcionan los propios gobiernos de los estados y muestran datos muy interesantes sobre los indicadores que nos ocupan. El próximo cuadro muestra, de manera comparativa, cifras de seis estados seleccionados en relación con los siguientes indicadores: tasa de mortalidad materna por cada 1,000 niños nacidos vivos, mortalidad por cáncer cérvico uterino y mortalidad por cáncer de mama, (tasa por 100 mil mujeres mayores de 25 años), mujeres víctimas de violencia (porcentaje de mujeres mayores de 15 años), mortalidad de mujeres por homicidios (tasa por 100 mil mujeres) y mujeres en el congreso local (porcentaje de mujeres de diputados locales).

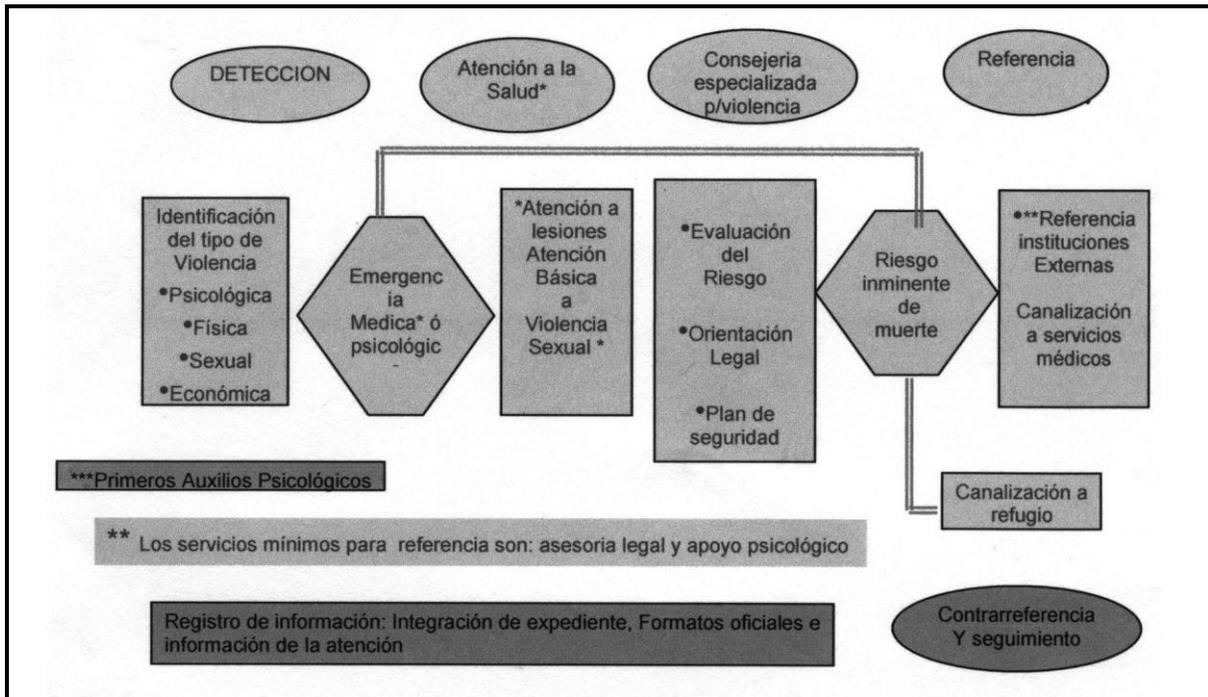
¹CEIDAS tiene su portal electrónico en <<http://www.ceides.org>> [Consulta: septiembre 2009]. Según lo señalado en su ya mencionado portal, CEIDAS es una organización de la sociedad con la que colabora el Seminario de la Cuestión Social de la UNAM –a cargo de Dr. Rolando Cordera- y algunos corporativos de noticias.

Indicador	Baja California Sur		Baja California		Chiapas		Distrito Federal		Quintana Roo		Sinaloa	
	Tasa o %	Total de casos	Tasa o %	Total de casos	Tasa o %	Total de casos	Tasa o %	Total de casos	Tasa o %	Total de casos	Tasa o %	Total de casos
Mortalidad materna (Tasa por 1,000 nacidos vivos)	30.2	2	47.0	23	83.7	74	54.3	66	53.4	10	46.45	20
Mortalidad por cáncer cérvico uterino (Tasa por 100 mil mujeres mayores de 25 años)	11.68	15	12.77	84	19.80	194	12.39	344	18.01	54	15.21	105
Mortalidad por cáncer de mama (Tasa por 100 mil mujeres mayores de 25 años)	20.25	27	18.15	119	7.31	71	23.86	663	4.31	12	18.65	128
Mujeres víctimas de violencia (% de mujeres mayores de 15 años)	59.2%	106, 118	62.2%	630, 462	48.2%	686, 930	76.8%	2, 722, 977	64.4%	259, 289	61.5%	571, 828
Mortalidad de mujeres por homicidios (Tasa por 100 mil mujeres)	1.7	4	2.8	39	1.2	26	2.6	118	3.1	17	1.8	23
Mujeres en el Congreso Local (% de mujeres de diputados locales)	32.0%	8	20.0%	5	15.0%	6	22.7%	15	28.0%	7	20.0%	8

Seguimiento sobre la aplicación de la NORMA 190-SSA1-1999 ahora NOM 064 en Baja California Sur. Ruta crítica para su aplicación

El diagrama de flujo sobre el proceso de atención a los casos de violencia familiar fue proporcionado por el Programa de Salud de la Mujer de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado.

Proceso de atención de la violencia familiar



El Programa de Salud de la Mujer de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Baja California Sur es el encargado de la aplicación y seguimiento de la NORMA Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 en la entidad, realizando diversas actividades para dar cumplimiento a esta tarea.

A través de la SSA del Gobierno del Estado y con programas conjuntos con otras instituciones –en particular con el Instituto Sudcaliforniano de la Mujer- se da capacitación y sensibilización al personal médico y general que trabaja en las distintas instancias relacionadas con este rubro, impartándose cursos y diplomados sobre: detección de la violencia familiar, sexual y de género; transversalidad en la perspectiva de género, salud reproductiva y derechos humanos. Además se les capacita en lo concerniente a la aplicación del modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual.

Otro tipo de actividades que es importante destacar es la realización periódica de talleres de sensibilización sobre la participación en programas educativos para la prevención y detección de la violencia familiar para el personal médico –a los cuales se invita, además, a las distintas instituciones públicas de salud en el estado-, así como la colaboración interinstitucional a través de Oportunidades, las Caravanas de la Salud y el Instituto Sudcaliforniano de la Mujer.

Se lleva un registro de los avisos al ministerio público sobre los casos de violencia familiar o de género que se detectan en las unidades médicas del sector salud, llevando un registro sobre las víctimas de violencia familiar que han sido atendidas como pacientes.

En el Sector Salud el personal se encarga de hacer trabajo de promoción a la salud con trabajo de campo en las comunidades, actuando como promotores comunitarios y apoyando las redes sociales, como las que tiene el DIF municipal en las colonias. Esta labor se lleva a cabo con pláticas sobre cómo prevenir y combatir la violencia familiar y se coordinan actividades con otras instituciones –como la Subprocuraduría de Atención a la Mujer y al Menor y el DIF estatal y municipal- para llevar a cabo la detección y atención de casos de violencia familiar.

Se realizan acciones conjuntas para prevenir la violencia familiar con autoridades municipales y en las colonias, en colaboración con el Instituto Sudcaliforniano de la Mujer,

con la SEP y con las dos únicas organizaciones de la sociedad civil que trabajan el tema: Centro Mujeres y el Centro Esperanza Rodríguez.

La SSA, a través del Programa de Salud de la Mujer, realiza campañas a través de volantes impresos, lonas y folletos en las unidades de salud, con el distintivo de la no violencia (lazo morado); realiza propaganda en radio y televisión, en particular dentro del periodo comprendido entre el 8 de marzo y del 25 de noviembre. En las unidades de salud existen carteles pegados de forma permanente y se entrega a los usuarios folletos sobre lo que es la violencia y sobre los lugares a los que se puede acudir para atender los problemas de violencia.

Se aplica un instrumento para detección de problemas de violencia a todas las usuarias del sector salud mayores de 15 años. Cuando se detecta un posible caso de violencia se anexa el instrumento de detección a su expediente y si necesita algún tratamiento específico se incluye en el mismo.

Las unidades de salud llevan los expedientes clínicos de los casos de violencia familiar, resguardándolos en sus archivos clínicos.

Las unidades de salud tienen un módulo especializado para atender estos casos y cuentan con personal especializado en psicología, trabajo social y medicina; sin embargo, no cuentan con médico legista. En estos módulos se proporciona el manejo psicológico o psiquiátrico de los casos de violencia familiar.

En los módulos de atención especializada de las unidades médicas se proporciona atención integral y terapia de apoyo, con participación de redes sociales de los grupos de autoayuda.

Se considera hacer algunas señalizaciones:

- No existen investigaciones clínicas, epidemiológicas o de salud pública sobre violencia familiar.
- Se han realizado algunas encuestas sobre violencia y empleo, sobre todo en el municipio de Los Cabos, pero hacen falta estudios de mayor extensión y profundidad.
- En el estado no se lleva un registro de información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica para Accidentes y Lesiones (SIVEPAL).

- Se lleva un registro de las notificaciones oficiales al Ministerio Público, a la Presidencia Municipal y a la Jurisdicción Sanitaria con los formatos oficiales. Como en muchos estados se da el caso de que los mismos pacientes o familiares le piden al médico no dar parte a las autoridades sobre los casos médicos que son consecuencia de actos de violencia familiar.
- Se requiere una revisión de los expedientes clínicos de las unidades para sistematizar información y derivar propuestas de acciones de atención a problemas específicos de salud y violencia en el estado, no solamente sobre mujeres sino también sobre adultos mayores, población con adicciones, adolescentes y menores de edad, incluso sobre la población joven que, como en muchas entidades de la república, resulta un sector vulnerable.

Existe también un sector vulnerable que prácticamente no contemplan las estadísticas nacionales ni locales y que presenta graves problemas de salud y violencia: los jornaleros agrícolas migrantes. Dicho grupo incluye a la casi única población indígena en el estado.

En este sector son graves los problemas de enfermedades epidémicas –incluyendo la tuberculosis y otras enfermedades prácticamente inexistentes en otros sectores de la población-, desnutrición, embarazo adolescente, violaciones, violencia familiar agudizada por el hacinamiento, pobreza y bajo nivel educativo; representan siempre la mayoría de los casos de muerte infantil por enfermedades curables y, aunque por ley deben tener acceso a seguro social, en realidad se da de manera muy selectiva y limitada.

Se lleva a cabo una recopilación de la información de manera centralizada en la Unidad de Estadística de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado, pero hace falta capturar y procesar mucha información. Fuera de la información que se proporciona a través de los canales oficiales con los requerimientos nacionales, es muy poca la información que se procesa –o incluso que se captura- para apoyar estudios más profundos y detallados sobre muchos de los temas de salud y violencia.

En el diagnóstico sobre la aplicación de la NORMA Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 en nuestra entidad los datos más importantes serían los siguientes.

El Programa de Salud de la Mujer de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Baja California Sur es el encargado de la aplicación y seguimiento de la NORMA Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 en la entidad.

A través de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado (SSA) y de programas conjuntos con otras instituciones –en particular con el Instituto Sudcaliforniano de la Mujer- se da capacitación y sensibilización al personal médico y a aquél que trabaja en las distintas instituciones que tiene que ver con este tema. Se imparten cursos y diplomados sobre detección de la violencia familiar, sexual y de género; salud reproductiva y derechos humanos, transversalidad en la perspectiva de género y aplicación del modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual.

Se realizan periódicamente talleres de sensibilización para el personal médico sobre participación en programas educativos para la prevención y detección de la violencia familiar y se invita a las distintas instituciones públicas de salud en el estado. Se da la colaboración interinstitucional a través de programas como Oportunidades, las Caravanas de la Salud y a través del Instituto Sudcaliforniano de la Mujer.

Se lleva un registro de los avisos al Ministerio Público sobre los casos de violencia familiar o de género que se detectan en las unidades médicas del sector salud, así como uno sobre personas víctimas que han sido afectadas por violencia familiar.

En el Sector Salud el personal se encarga de hacer trabajo como promotores comunitarios, apoyando las redes sociales como las que tiene el DIF municipal en las colonias. Esta labor se lleva a cabo con pláticas sobre cómo prevenir y combatir la violencia familiar y se coordinan actividades con otras instituciones como la Subprocuraduría de Atención a la Mujer y al Menor y el DIF Estatal y Municipal en la detección y atención de casos de violencia familiar.

Se realizan acciones conjuntas con autoridades municipales y en las colonias, en colaboración con el Instituto Sudcaliforniano de la Mujer, con la Secretaría de Educación Pública y con las dos únicas organizaciones de la sociedad civil que trabajan el tema: Centro Mujeres y el Centro “Esperanza Rodríguez”.

La Secretaría de Salud a través del Programa de Salud de la Mujer realiza campañas –a través de volantes impresos, lonas, folletos- en las unidades de salud con el distintivo de la

no violencia (lazo morado). Se realiza difusión en radio y televisión, en particular durante el periodo comprendido entre el 8 de marzo y el 25 de noviembre. En las unidades de salud existen carteles pegados de forma permanente y se entrega a los usuarios folletos sobre lo que es la violencia y sobre los lugares a los que se puede acudir para atender los problemas de violencia.

Se aplica un instrumento para detección de problemas de violencia a todas las usuarias del sector salud mayores de 15 años.

Cuando se detecta un posible caso de violencia familiar en las entrevistas se anexa el instrumento de detección a su expediente; la información respecto al tratamiento específico que se le brinda también es incluido.

Las unidades de salud son responsables de los expedientes clínicos de los casos de violencia familiar, resguardándolos en sus archivos; además, cuentan con módulos de atención especializados para atender este tipo de casos, así como con personal capacitado y especializado en psicología, trabajo social y medicina –y de ser necesario se proporciona a los pacientes ya sea manejo psicológico o psiquiátrico. Sin embargo, es importante señalar que no cuentan con médico legista.

En los ya mencionados módulos se busca proporcionar atención integral y terapia de apoyo, con participación de redes sociales de los grupos de autoayuda.

Destaca el hecho de que no existen investigaciones clínicas, epidemiológicas o de salud pública sobre violencia familiar: se han realizado algunas encuestas sobre violencia y empleo –sobre todo en el municipio de Los Cabos- pero hacen falta mucho más estudios.

En el estado no se lleva un registro de información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica para accidentes y lesiones (SIVEPAL) y, aunque se lleva un registro de las notificaciones oficiales al ministerio público, a la presidencia municipal y a la jurisdicción sanitaria con los formatos oficiales –como en muchos estados- se da el caso de que pacientes o familiares solicitan al médico no dar parte a las autoridades sobre los casos derivados de actos de violencia familiar.

Se requiere una revisión de los expedientes clínicos de las unidades para sistematizar la información y, consecuentemente, derivar propuestas y acciones de atención a problemas

específicos de violencia en el estado –no solamente sobre mujeres, sino también sobre adultos mayores, población con adicciones, adolescentes, madres adolescentes, violencia de pareja, violencia en el noviazgo y maltrato a menores de edad.

La población joven, como en muchas entidades de la república, resulta un sector muy vulnerable.

Existe también un sector vulnerable que prácticamente no contemplan las estadísticas nacionales ni locales y que presenta graves problemas de en general de salud, marginación y violencia: los jornaleros agrícolas migrantes. Dicho grupo incluye a la casi única población indígena en el estado.

En este sector son graves los problemas de enfermedades epidémicas –incluyendo la tuberculosis y otras enfermedades prácticamente inexistentes en otros sectores de la población- desnutrición, embarazo adolescente, violaciones, violencia familiar agudizada por el hacinamiento, pobreza y bajo nivel educativo; representan siempre la mayoría de los casos de muerte infantil por enfermedades curables y, aunque por ley deben tener acceso a seguro social médico, en realidad se da de manera muy selectiva y limitada.

Por lo que se refiere al manejo de los datos de salud en el estado, se lleva a cabo una recopilación de la información de manera centralizada en la Unidad de Estadísticas de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado, pero falta capturar, procesar y sistematizar muchos datos. Fuera de las cifras proporcionadas a través de los canales oficiales con los requerimientos nacionales, es muy poco lo que se procesa y captura para apoyar estudios más profundos y detallados sobre muchos de los temas de salud y violencia.

Para contribuir a atender los problemas que genera la violencia familiar y apoyar el cumplimiento de la NORMA Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, ahora NOM 064 se propone la recopilación, sistematización y procesamiento de la información sobre violencia familiar en nuestro estado.

Información que se requiere

Información, datos e indicadores que se requieren para atender la violencia familiar o violencia doméstica, de conformidad con la NORMA Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999:

- Registro de situaciones de maltrato y violencia hacia los miembros más débiles, que incluya sexo, edad y condición física.
- Identificar el número y la calidad de los programas y acciones que contribuyan a:
 - Establecer relaciones respetuosas y equitativas
 - Prevenir y disminuir la violencia familiar
 - Promover estilos de vida saludables
 - Fomentar la equidad entre los géneros y entre todas las personas
 - Favorecer la construcción de espacios para el rescate de la tolerancia, el respeto a la dignidad y a las diferencias entre congéneres
- Construir indicadores para medir la magnitud y repercusiones de la violencia familiar o doméstica como problema de salud pública.
- Contar con datos que registren:
 - El retraso en el crecimiento de origen no orgánico
 - Las lesiones que causan discapacidad parcial o total, pérdida de años de vida saludable, daños psicológicos o sociales
 - Los casos de muerte relacionados con la violencia familiar
 - La magnitud y las consecuencias médicas y sociales de la violencia, la vulnerabilidad física, psicológica y social ante la modificación de la conducta de la víctima
 - La mejoría de la dinámica familiar debido a la notificación y la denuncia
- Contar con indicadores tanto de maltrato físico, psicológico, sexual y de abandono en los casos de violencia familiar como de afecciones a la salud causadas por violencia familiar.

Información requerida para construir indicadores de atención a la salud en casos de violencia

Se requiere contar con datos sobre los siguientes rubros:

- Servicios de planificación familiar. Tipo de servicio, unidades y localidades en los que se presta; capacidad de atención, recursos médicos y materiales.
- Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, unidades y localidades donde se presta la atención, recursos médicos y materiales con los que se cuenta para ello.
- Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- Atención a personas infectadas por VIH. Prevención, seguimiento y atención.
- Prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
- Servicios de asistencia social a menores y adultos mayores.
- Control y seguimiento de expedientes clínicos que sean elaborados en forma detallada, clara y precisa. Incluir datos como: nombre del usuario afectado, lugar donde fue encontrado y condiciones en las cuales se hallaba, estado físico y mental; en su caso, la descripción minuciosa de las lesiones, causas probables que las originaron y los procedimientos diagnósticos efectuados, diagnóstico, tratamiento médico y orientación que se le proporcionó.
- Datos sobre salud mental, sobre todo en materia de sexualidad.
- Programas y acciones para la atención integral a personas con discapacidad.
- Programas educativos para la prevención y detección de la violencia familiar, dirigidos a la población en general.
- Programas y acciones para promover estilos de vida saludables y cambio de actitudes que incluyan el desarrollo de las responsabilidades compartidas al interior de las familias, como se desprende desde las perspectivas de equidad y género, con el fin de lograr un desarrollo integral y mantener un ambiente familiar armónico.
- Programas y acciones para promover la integración de grupos, de promotores comunitarios y de redes sociales para prevenir y combatir la violencia familiar, en coordinación con las dependencias competentes. Su función será estimular su participación en acciones de detección, información y orientación.
- Programas y acciones para promover maniobras conjuntas para la prevención de la violencia familiar con autoridades comunitarias y municipales, la sociedad civil, organismos no gubernamentales y especialistas en violencia familiar en coordinación con las dependencias competentes que la misma Norma define; esto permitiría que la

persona afectada tome decisiones voluntarias, conscientes e informadas sobre las alternativas para la prevención y atención de la violencia familiar.

- Campañas educativas para informar, orientar y motivar la participación de la población en las formas en que se puede prevenir y combatir la violencia familiar, en coordinación con las dependencias competentes.
- Acciones tendientes a prevenir la violencia familiar en las comunidades.
- Datos que muestren la identificación en los diagnósticos a las personas afectadas por violencia familiar, así como una valoración en su grado de riesgo durante el desarrollo de las actividades cotidianas en la comunidad, en la consulta de pacientes ambulatorios u hospitalarios y en otros servicios de salud.
- Identificación de signos y síntomas que se presentan –incluido el periodo de embarazo- como consecuencia de posibles actos derivados de violencia familiar; esto permitirá llevar a cabo la búsqueda de indicadores de maltrato físico, psicológico, sexual o de abandono como eventos únicos o combinados, para constatar o descartar su presencia.
- Registro de recursos materiales y humanos para prestar atención médica en el tratamiento y la rehabilitación y de prestadores de servicios de salud especializados o capacitados para este fin.
- Detección de comisión de delitos en los usuarios afectados por violencia familiar, así como seguimiento de los procedimientos establecidos y avisos al Ministerio Público
- Programas y acciones de atención en los servicios de salud mental y otros servicios de especialidades que se brindan a afectados por violencia familiar, así como profesionistas especializados y técnicos facultados de las especialidades pertinentes.
- Programas y acciones para la sensibilización, capacitación o actualización de conformidad con las disposiciones aplicables.
- Programas y acciones para promover las acciones de sensibilización, actualización y capacitación para la formación de personal.

Indicadores de apoyo

Además de los datos específicos de salud se debe contar con otros indicadores de violencia social y de género para apoyar la contextualización y evaluación de la información sobre la relación entre violencia y salud.

Para elaborar estos indicadores se requiere contar con lo siguiente:

- Datos sobre desintegración familiar y violencia social.
- Índices sobre situación económica, nivel de ingresos, medición de pobreza, desempleo y subempleo.
- Información respecto al cuidado en el embarazo y detección de violencia familiar en el caso de mujeres embarazadas.
- Datos sobre equidad y violencia de género, derechos humanos, y salud reproductiva, entre otros.
- Indicadores sobre la población de niñas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas, personas en situaciones especialmente difíciles, adultos mayores, hombres y mujeres con enfermedad física o mental discapacitante o en desventaja física, económica o cultural.
- Indicadores de violencia asociados a la violencia familiar.
- Indicadores de violencia social.
- Indicadores relativos a población desocupada por sexo.
- Datos sobre embarazo y casos de violencia familiar.

- Datos sobre la notificación obligatoria en el formato de vigilancia de casos por grupos de edad.
- Aplicación del formato estadístico “Registro de Atención en Casos de Violencia Familiar”.
- Datos sobre la aplicación de la obligación de especificar en los certificados de defunción la causa de la misma cuando los usuarios involucrados en situación de violencia familiar fallezcan por ello; deben incluirse datos como: circunstancias que dieron origen a la lesión, la leyenda atribuible a violencia familiar, especificación en caso de homicidio si éste involucró la violencia familiar y, en lo posible, lo relativo al parentesco del probable agresor de violencia familiar. Todo esto para llevar un registro acorde con la nueva codificación.
- Evaluación del sistema de concentración de datos de la Secretaría de Salud.

Propuesta de indicadores

Cabe destacar la necesidad de contar con información referente a la caracterización de los principales problemas de violencia familiar que tiene la sociedad sudcaliforniana, porque ésta describe el contexto donde se inscribe la situación de la salud de las mujeres en relación con

la violencia. Por ello, y con el propósito de tener acceso universal a la salud reproductiva – como meta fijada para 2015-, proponemos contar con dos tipos de indicadores:

- Indicadores de manifestación de violencia relacionados con violencia familiar; es decir, no solamente aquellos indicadores específicos de violencia familiar, sino incluir también todos aquellos que están directamente relacionados con este tema.
- Indicadores de violencia y salud, en particular aquellos relativos a los seis diagnósticos seleccionados (muerte materna, muerte por cáncer de mama y por cáncer cérvico uterino, embarazo adolescente, situación del VIH/SIDA y violencia de pareja), sin dejar de señalar la importancia que posteriormente tendrá el desarrollo de otros indicadores de salud y violencia para nuestro estado.

Es importante considerar tres aspectos que se han tenido en cuenta para elaborar los dos grupos de indicadores. Primero, el partir del intenso trabajo que se ha realizado a nivel internacional para elaborar y desarrollar indicadores comunes que permitan la comparación; segundo, el retomar el intenso esfuerzo de lo que se ha logrado construir a nivel nacional que, a su vez, ha derivado en acciones a diferentes escalas en las entidades de nuestro país. Finalmente, el considerar los temas de interés y necesidad prioritarios a nivel estatal.

Para los indicadores de violencia familiar de este trabajo, presentamos parte de los indicadores de generación, manifestación y atención de violencia social y de género que hemos venido desarrollando en el Observatorio de Violencia Social y de Género de Baja California Sur.

Hemos tomado como referencia los indicadores elaborados por el Observatorio de Violencia Social y de Género “Benito Juárez” de Cancún, Quintana Roo, el cual funciona en la Universidad del Caribe de esa entidad, y cuyos integrantes nos guiaron en la instalación del Observatorio en Baja California Sur.

A partir de la elaboración de estos indicadores hemos estado trabajando en la recopilación, procesamiento y análisis de datos en nuestra entidad y hemos elaborado dos documentos preliminares sobre los indicadores de generación de violencia y los indicadores de manifestación de violencia en Baja California Sur –que anexamos al presente documento- ya que constituye información de respaldo necesaria para el objetivo de este diagnóstico.

Asimismo se requiere contar con un acervo de estudios sobre el tema, tanto conceptuales como de información internacional, nacional, estatal y municipal, para difundirlos y, con ello, apoyar todas las acciones y programas relativos a la materia.

Consideraciones

La atención a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres no es privativa del sector público ni del Sector Salud, para su prevención y atención se requiere de la acción coordinada de las diversas instituciones públicas, de las instituciones académicas y de las organizaciones de la sociedad civil. Se requiere no solamente atender el fenómeno de la violencia en el momento justo en que se presenta, sino también las condiciones que la generan, tales como la pobreza y la marginación en todos los sentidos. Además, es indispensable combatir la impunidad y promover eficiencia en los sistemas de impartición de justicia, pues de otra manera no es posible detener el ejercicio de la violencia.

En todo caso es imprescindible contar con información completa y bien procesada – desglosada por sexo, edad y localidad- para poder elaborar diagnósticos que faculten la definición de acciones eficaces y expeditas que, a su vez, atiendan los fenómenos de violencia, promoviendo su erradicación.

Recursos económicos, humanos y materiales para la atención de la violencia en la salud

Gasto en salud. Baja California Sur, 2005

Gasto total en salud per cápita (pesos corrientes)	6 277.5
Gasto en salud per cápita privado como % del total	40.7
Gasto en salud per cápita público como % del total	59.3

Programa Nacional de Salud 2007 – 2012, Secretaría de Salud, México,
<http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pnsanexos.pdf>, consultado 22 de enero del 2010

Gasto público en salud

Entidad	Gasto Público % del PIB	Gasto público en salud per cápita por condición del aseguramiento ¹		Gasto público en salud % del gasto público total ²	Contribución federal y estatal al gasto público en salud para población sin seguridad social ³	
		Población Asegurada	Población no asegurada		% federal	%estatal
Nacional	3.2	3,613.6	2,547.8	17.2	83.9	16.1
Baja California	2.4	2,910.2	2,039.6	23.2	90.3	9.7
BCS	4.5	4,320.6	4,039.6	21.1	79.0	21.0
Chiapas	52	2,716.7	1,575.5	17.3	96.5	35
Distrito Federal	3.1	9,445.1	3,964.3	9.0	64.1	35.9
Quintana Roo	2.1	2,724.5	2,209.6	26.1	80.8	12.9
Sinaloa	4.2	3,075.7	2395.2	21.5	81.2	18.8

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

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

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

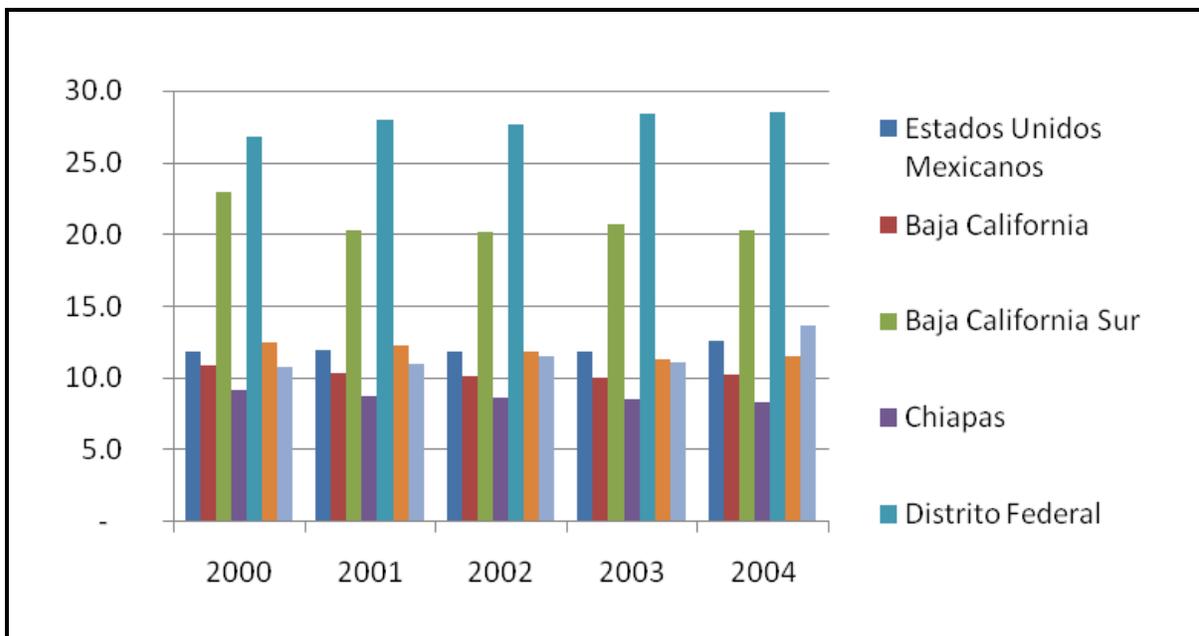
³ Porcentaje que representa el gasto federal y el estatal del gasto total en salud para población sin seguridad social. El gasto federal incluye ramo 33 (FASSA) y ramo 12, el cual contempla 24,488,621.70 como gasto no distribuible.

Médicos por cada 100 mil habitantes

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

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

Médicos por cada 100 mil habitantes



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

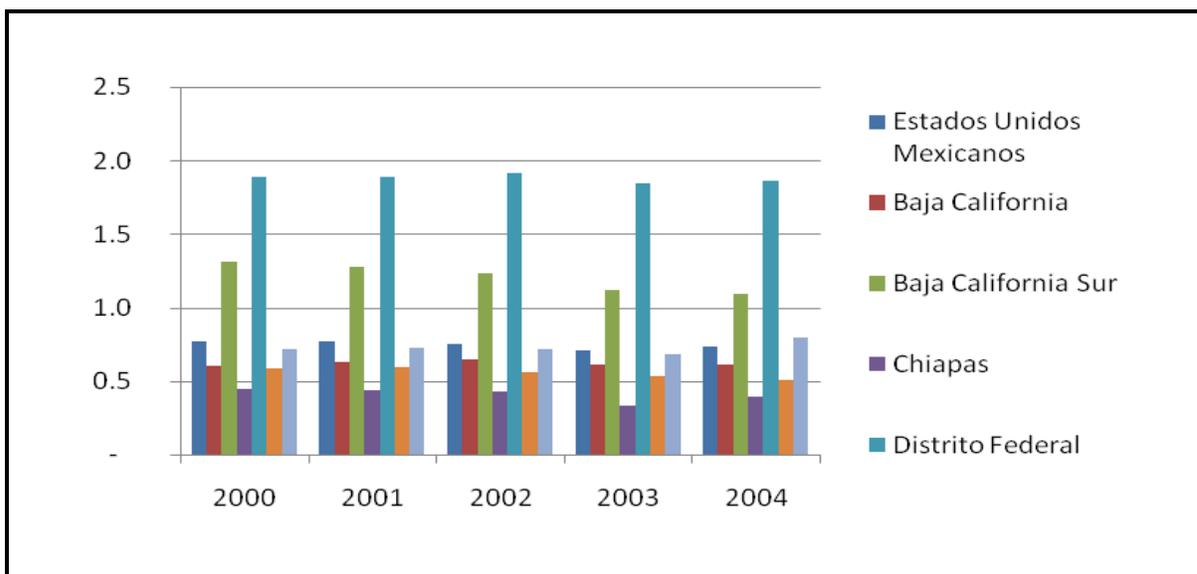
Camas por cada 1,000 habitantes

Entidad	2000	2001	2002	2003	2004
Estados Unidos Mexicanos	0.8	0.8	0.8	0.7	0.7
Baja California	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
Baja California Sur	1.3	1.3	1.2	1.1	1.1
Chiapas	0.4	0.4	0.4	0.3	0.4
Distrito Federal	1.9	1.9	1.9	1.8	1.9
Quintana Roo	0.6	0.6	0.6	0.5	0.5
Sinaloa	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8

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

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

Camas por cada 1,000 habitantes



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

Número de establecimientos de atención ambulatoria

Entidad	2000	2001	2002	2003	2004
Estados Unidos Mexicanos	18 110	18 354	18 513	18 432	18 658
Baja California	210	220	231	212	237
Baja California Sur	137	130	127	115	130
Chiapas	1 471	1 510	1 535	1 612	1 614
Distrito Federal	684	699	634	554	623
Quintana Roo	192	196	210	183	183
Sinaloa	-	432	408	399	437

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

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

Unidades médicas del Sistema Nacional de Salud por entidad federativa,

periodo 2000-2006

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

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

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

Unidades médicas del Sistema Nacional de Salud: tasa por habitantes, 2000-2006

Entidad	2000			2005			2006		
	Unidades	Población	Tasa por 10 000 habs.	Unidades	Población	Tasa por 10 000 habs.	Unidades	Población	Tasa por 10 000 habs.
Estados Unidos Mexicanos	19 683	97 483 412	2.019	19 049	103 263 388	1.84	19 683	104 874 282	1.87
Baja California	229	2 487 367	0.92	244	2 844 469	0.85	255	2 907 896	0,87
Baja California Sur	155	424 041	3.65	128	512 170	2.49	130	523 572	2.48
Chiapas	1 514	3 920 892	3.86	1 551	4 293 459	3.61	1 600	4 362 413	3.66
Distrito Federal	795	8 605 239	0.92	526	8 720 916	0.60	541	8 822 349	0.61
Quintana Roo	206	874 963	2.35	197	1 135 309	1.73	201	1 176 476	1.70
Sinaloa	463	2 536 844	1.82	453	2 608 442	1.73	480	2 638 052	1.81

Unidades médicas del Sistema Nacional de Salud por entidad federativa según institución, 2006

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

	Sinaloa	463	75	39	2	8	3	0	229	107	0
	Estados Unidos Mexicanos	19 547	12 034	3 609	6	1773	1259	195	333	130	208
	Baja California	253	137	12	0	51	15	0	10	5	23
2002	Baja California Sur	145	78	0	0	28	30	0	6	3	0
	Chiapas	1 577	881	562	0	39	48	5	25	5	12
	Distrito Federal	749	416	1	0	81	143	13	71	11	13
	Quintana Roo	225	168	0	0	38	9	0	6	4	0
	Sinaloa	439	231	107	0	50	39	1	8	3	0
2003	Estados Unidos Mexicanos	19 543	12 206	3609	1755d	1242	27	366	54	279	5
	Baja California	240	140	12	34	15	0	14	2	23	0
	Baja California Sur	132	78	0	16	30	0	4	4	0	0
	Chiapas	1 654	873	562	30	48	0	27	2	112	0
	Distrito Federal	635	351	1	75	127	2	74	4	1	0
	Quintana Roo	202	172	0	11	9	0	6	4	0	0
	Sinaloa	437	233	105	48	39	0	9	3	0	0

2004	Estados Unidos Mexicanos	19 748	12 375	3609	1795	1233	27f	366	36	295	12
	Baja California	259	158	12	36	14	0	15	1	23	0
	Baja California Sur	148	78	0	33	30	0	4	3	0	0
	Chiapas	1 656	869	562	37	48	0	27	1	112	0
	Distrito Federal	711	306	1	191	123	2	71	3	14	0
	Quintana Roo	202	172	0	12	9	0	6	3	0	0
	Sinaloa	472	251	105	63	39	0	9	2	0	3
2005	Estados Unidos Mexicanos	19 049	12 563	3610	1345	1226	60	ND	36	196	13
	Baja California	244	161	12	35	13	0	ND	1	22	0
	Baja California Sur	128	79	0	16	30	0	ND	3	0	0
	Chiapas	1 551	896	562	31	48	1	ND	1	12	0
	Distrito Federal	526	306	1	79	120	3	ND	3	14	0
	Quintana Roo	197	173	0	12	9	0	ND	3	0	0
	Sinaloa	453	253	107	48	39	1	ND	2	0	3
2006	Estados Unidos Mexicanos	19 683	12 758	4060	1352	1197	60	ND	36	205	15
	Baja California	255	173	12	34	13	0	ND	1	22	0

	Baja California Sur	130	79	0	18	30	0	ND	3	0	0
	Chiapas	1 600	915	592	31	48	1	ND	1	12	0
	Distrito Federal	541	318	19	79	105	3	ND	3	14	0
	Quintana Roo	201	177	0	12	9	0	ND	3	0	0
	Sinaloa	480	256	132	48	38	1	ND	2	0	3

Gineco-obstetras - establecimientos particulares, 2000-2004

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

Gineco-obstetras - establecimientos particulares, 2006-2008

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

Las tablas anteriores se elaboraron con datos de la Secretaría de Salud. *DGIS*, publicados en el *Boletín de Información Estadística Sectorial. Volumen III. Servicios Otorgados y Programas Sustantivos*. México, 2003-2004 y con datos del Consejo Nacional de Población. CONAPO. *Proyecciones de la población de México, 2000-2050*. México, 2002

Proporción de partos atendidos por personal capacitado

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

Fuente: Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Información en Salud, Indicadores Básicos de Salud, 2000-2004, Indicadores de Recursos y Servicios

Algunos comentarios sobre la atención a la salud de las mujeres en Baja California Sur

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

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

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

En relación con la existencia de hospitales públicos por entidad federativa por cada 100,000 habitantes, la disponibilidad de hospitales en BCS es seis veces más alta que la del Estado de México. Baja California Sur ocupa el primer lugar en este indicador, seguido por Campeche, Zacatecas, Nayarit, Quintana Roo, Colima, Sonora Coahuila, Tlaxcala y Veracruz, como las diez entidades con mayor disponibilidad de hospitales públicos en proporción a su población. Los estados con menos disponibilidad de hospitales públicos por habitantes son: el estado de México, Querétaro, Nuevo León, Morelos, Baja California, Jalisco, Guanajuato, San Luis Potosí, Guerrero y Yucatán como las diez entidades que menos hospitales tienen en proporción con su población.¹

Unidades de consulta externa por 100 mil habitantes. Incluye unidades de primer nivel cuya función principal es proporcionar consulta externa. No incluye módulos urbanos del IMSS-Oportunidades.

¹Ver: Secretaría de Salud, Hospitales públicos por entidad federativa por 100,000 habitantes DGIS, 2005.

Unidades públicas externas por cada 100 mil habitantes

Entidad	Unidades públicas externas por habitante
Nacional	17.5
Baja California	7.3
Baja California Sur	21.6
Chiapas	34.8
Distrito Federal	4.8
Quintana Roo	16.5
Sinaloa	16.6

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

<http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/rcs/rcs2008.pdf>

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

Médicos especialistas por habitantes

Entidad	Médico/1,000 hab.
Nacional	0.9
Baja California	0.6
Baja California Sur	1.2
Chiapas	0.4
Distrito Federal	2.4
Quintana Roo	0.6
Sinaloa	0.8

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

Consultas médicas por especialidad por habitante

Entidad	Consulta/1,000 hab.
Nacional	421.8
Baja California	376.2
Baja California Sur	502.1
Chiapas	160.1
Distrito Federal	1059.3
Quintana Roo	281.7
Sinaloa	506.8

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

Bibliografía consultada

Comentarios a la NORMA Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999.

Secretaría de Salud, *Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar*, Secretaría de Salud, México, 2003.

Instituto Nacional de Salud Pública, *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003*. [En línea. Consulta: diciembre 2009]

<www.mujerysalud.gob.mx/mys/doc_pdf/encuesta.pdf>

INEGI, *Estadísticas vitales*, 2005-2008.

-----, Dirección General de Estadística. Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales. Dirección Regional Noroeste.

-----, *Mujeres y Hombres*, 2003-2009.

NORMA Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar.

Secretaría de Salud, *Programa Mujer y Salud (PROMSA)*. [En línea. Consulta: noviembre 2009]. <<http://www.mujerysalud.gob.mx/mys/contenido/norma/definiciones.html>>

Secretaría de Salud, *Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres, 2001-2006*. [En línea. Consulta: noviembre 2009]

<www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7758.pdf>

Ramírez, Karla, *La ruta de la violencia en los registros administrativos en México*. [En línea. Consulta: noviembre 2009] <<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/.../default.asp>,>

Procuraduría de Justicia del Gobierno del Estado, *Estadísticas*, 2006-2008.

Datos sobre maltrato infantil y su atención en Baja California Sur

Tasas de denuncia por maltrato infantil por cada 10 mil habitantes de la población de menores de edad. TDMI

Para elaborar este indicador solamente tenemos los datos que aporta el Instituto Nacional de las Mujeres en 2004 para el porcentaje de denuncias de maltrato infantil, frente al porcentaje de casos presentados en el Ministerio Público.

Se analizan, además, los datos de maltrato infantil para 2003 que presentan el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), la Dirección de Asistencia Jurídica y Adopciones y el Ministerio Público –aportados por INEGI.

Las cifras obtenidas de las instituciones antes mencionadas muestran que, en general, en las seis entidades es más alta la cifra de denuncias y de comprobación de denuncias en el DIF que en el Ministerio Público. La diferencia entre ambos datos es particularmente notoria en el caso de Baja California Sur.

En el cuadro sobre tipo de maltrato es notable el hecho de que la cifra más alta es la de maltrato físico, no muy lejos de ella se encuentra el maltrato emocional y la omisión de cuidados en los datos nacionales; en el caso de Baja California Sur también se muestra la misma tendencia nacional. Cabe agregar sobre la explotación laboral infantil que seguramente no incluye los datos de niños jornaleros agrícolas en el estado, en donde podemos ver una alta incidencia de trabajo infantil e inclusive otros tipos de maltrato. Igualmente no se ha dado seguimiento a los datos de explotación sexual infantil en el estado aunque existen claros indicios de que este tipo de casos ocurren, sobre todo en la zona de Los Cabos. En el siguiente cuadro, los datos de tipo de maltrato en porcentajes nos muestran las mismas tendencia; aunque las cifras de negligencia son pequeñas en porcentaje, resultan muy altas en Baja California Sur: 66.3% del total de menores de los que se lleva registro sufren maltrato por omisión de cuidados.

Denuncias de menores por maltrato infantil y algunos indicadores de maltrato infantil por entidad federativa, 2003¹

Entidad federativa	Maltrato infantil						Indicadores de maltrato infantil			
	Denuncias recibidas	Denuncias presentadas al Ministerio Público	Casos comprobados de maltrato infantil	Menores Atendidos			Índice de femineidad de los menores atendidos	Porcentaje de casos comprobados de denuncias recibidas por maltrato infantil	Porcentaje de casos comprobados maltrato infantil presentados ante el Ministerio Público	Porcentaje denuncias Ministerio Público
				total	niños	niñas				
Estados Unidos Mexicanos	38 554	3 917	16 089	27 301	13 381	13 920	104.0	63.8	20.2	12.9
Baja California Sur	59	7	37	37	20	17	85.0	62.7	18.9	11.9
Baja California	552	163	261	430	228	202	88.6	47.3	62.5	29.5
Chiapas	938	0	615	3 548	1 534	2 014	131.3	65.6	0.0	0.0
Distrito Federal	1 372	0	377	817	447	370	82.8	27.5	0.0	0.0
Quintana Roo	1 546	283	905	1 400	715	685	95.8	58.5	31.3	18.3
Sinaloa	1 597	469	1 412	2 725	1 420	1 305	91.9	88.4	33.2	29.4

Nota: Datos resultado de DIF-PREMAM. Programa de Prevención del Maltrato del Menor.

¹ Cifras preliminares. Enero a diciembre de 2003. Guerrero, Nuevo León, Oaxaca, Sonora, Tabasco y Veracruz no habían presentando información en el año 2003. Fuente: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Dirección de Asistencia Jurídica y Adopciones.

Menores atendidos de maltrato infantil por entidad federativa según tipo de maltrato, 2003

Entidad federativa	Total de menores maltratados atendidos	Tipo de maltrato							
		Físico	Abuso sexual	Abandono	Emocional	Omisión de cuidados	Explotación sexual comercial	Negligencia	Explotación laboral
Estados Unidos Mexicanos	27 301	7 813	1 255	2 516	7 297	6 871	59	2 069	241
Baja California Sur	37	12	2	0	10	10	0	3	0
Baja California	430	111	14	20	65	285	0	0	3
Chiapas	3 548	1 025	148	1 421	649	289	0	130	47
Distrito Federal	817	425	0	35	483	385	0	0	0
Quintana Roo	1 400	413	147	94	250	414	6	0	80
Sinaloa	2 725	1 226	180	4	1140	829	5	24	6

Nota: La suma de los diferentes tipos de maltrato puede ser mayor o menor que el total de menores maltratados atendidos porque un menor pudo sufrir más de un tipo de maltrato, o porque hubo entidades federativas en las que no se logró especificar el tipo de maltrato de algunos niños.

Porcentaje de menores maltratados atendidos por entidad federativa según tipo de maltrato, 2003¹

Entidad federativa	Total menores maltratados atendidos	Tipo de maltrato							
		Físico	Abuso sexual	Abandono	Emocional	Omisión de cuidados	Explotación Sexual comercial	Negligencia	Explotación laboral
Estados Unidos Mexicanos	27 301	28.6	4.6	9.2	26.7	25.2	0.2	7.6	0.9
Baja California Sur	37	32.4	5.4	0.0	27.0	27.0	0.0	8.1	0.0
Baja California	430	25.8	3.3	4.7	15.1	66.3	0.0	0.0	0.7
Chiapas	3 548	28.9	4.2	40.1	18.3	8.1	0.0	3.7	1.3
Distrito Federal	817	52.0	0.0	4.3	59.1	47.1	0.0	0.0	0.0
Quintana Roo	1 400	29.5	10.5	6.7	17.9	29.6	0.4	0.0	5.7
Sinaloa	2 725	45.0	6.6	0.1	41.8	30.4	0.2	0.9	0.2

Nota: La suma de los diferentes tipos de maltrato puede ser mayor o menor que el total de menores maltratados atendidos porque un menor pudo sufrir más de un tipo de maltrato, o porque hubo entidades federativas en las que no se logró especificar el tipo de maltrato de algunos niños.

¹ Cifras preliminares. Enero a diciembre de 2003. Guerrero, Nuevo León, Oaxaca, Sonora, Tabasco y Veracruz no habían presentando información en el año 2003. Fuente: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF. *Dirección de Asistencia Jurídica y Adopciones*

**Porcentaje de casos comprobados de maltrato infantil presentados ante
el Ministerio Público, 2004**

Entidad	Denuncias recibidas	Porcentaje
Baja California	363	45.5
Baja California Sur	33	47.8
Chiapas	290	29.7
Distrito Federal	0	0
Quintana Roo	236	29.6
Sinaloa	608	48.1
Nacional	3,917	17.1

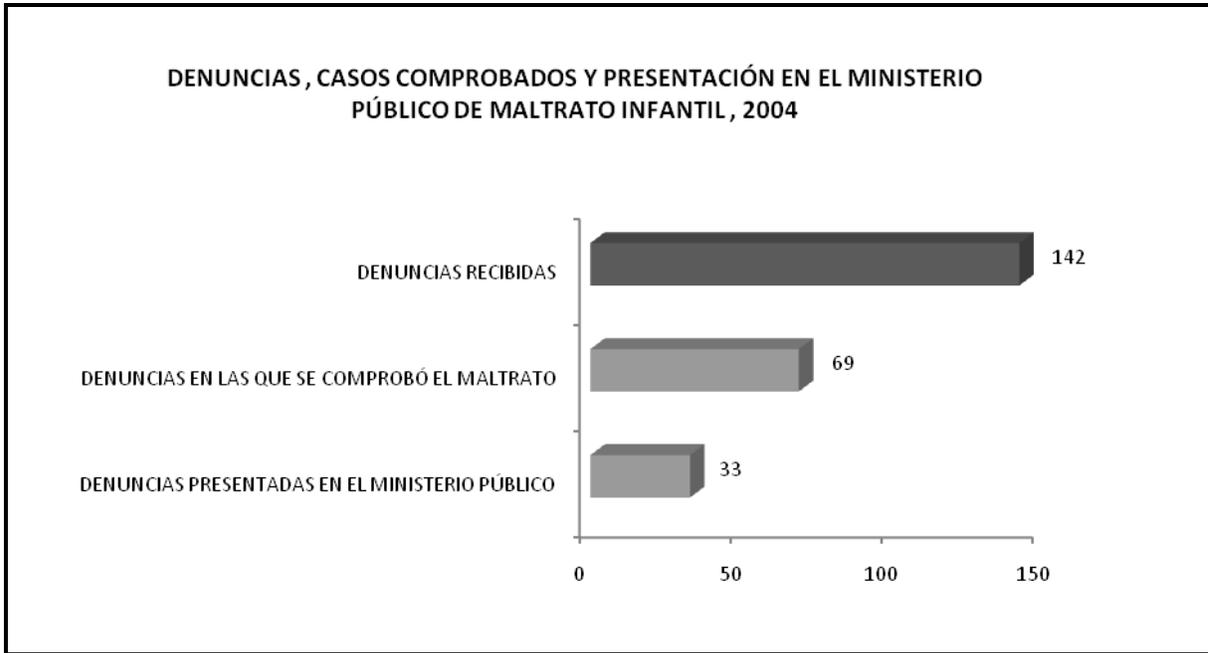
Fuente: INMUJERES, Mujeres y hombres en México, 2006.

Según lo señala el INEGI en el documento que difunde a propósito del día internacional del niño en 2009,¹ el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud proporciona una guía para el diagnóstico presuntivo del maltrato infanto-juvenil, en la que presenta información de denuncias recibidas, denuncias en las que se comprobó el maltrato y denuncias presentadas ante el ministerio público, entre otros indicadores.

A nivel estatal, de acuerdo con los datos proporcionados por la PGJE, el número de denuncias recibidas por maltrato infantil en 2004 ascendió a 142; no obstante, del total sólo 23.2% fueron presentadas ante el Ministerio Público, lográndose comprobar cerca de 49.0% de las mismas.

¹ Ver INEGI, *Estadísticas a propósito del día del niño. Datos de Baja California Sur, 2009.*

El total de denuncias presentadas ante el Ministerio Público llama la atención, ya que la cifra indica que menos de una cuarta parte se presentaron a través de esta medio.



Fuente: Guía para el Diagnóstico Presuntivo del Maltrato Infanto-Juvenil. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Menores atendidos en el Programa de la Infancia Adolescente del DIF por municipio en Baja California Sur 2004-2006

En el primero son menores atendidos para tratar de erradicar el trabajo infantil urbano marginal.

Informe	II			III	V	
Municipio	Menores atendidos en PROPADETIUM 1/					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009 4/
Comondú	65	80	129	n.d.	120	148
Mulegé	38	52	53	n.d.	83	0
La Paz	342	266	274	n.d.	280	96
Los Cabos	118	378	509	n.d.	371	379
Loreto	42	74	87	n.d.	98	109
B.C. Sur	605	850	1,052	n.d.	952	732

Fuente: Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, Subdirección de Protección a la Infancia.

1/ Programa de Prevención Atención, Desaliento y Erradicación del Trabajo Infantil Urbano-Marginal. Para 2007 sólo se reporta el número de sesiones por municipio, impartándose: 44 en Comondú, 41 en Mulegé, 38 en La Paz, 54 en Los Cabos y 40 en Loreto

4/ Cifras preliminares

n.d. no disponible

En el siguiente cuadro mostramos los menores en situación de riesgo que son atendidos en el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia.

Informe	II			III	V	
Municipio	Menores atendidos en CHIMALLI 3/					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009 4/
Comondú	0	42	0	0	0	361
Mulegé	0	0	16	0	0	157
La Paz	208	1552	94	0	0	565
Los Cabos	40	1211	39	7	0	205
Loreto	24	738	22	37	0	305
B.C. Sur	272	3543	171	44	0	1593

Fuente: Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, Subdirección de Protección a la Infancia.

3/ Modelo Preventivo de Riesgo Psicosociales para Menores Adolescentes y sus Familias

4/ Cifras preliminares

n.d. no disponible

