

¿CÓMO MEJORAR LA SALUD MATERNA EN MÉXICO?



**POLÍTICAS PÚBLICAS BASADAS
EN EVIDENCIA CIENTÍFICA**

RANKING NACIONAL DE SALUD MATERNA



La elaboración de políticas de salud pública es fundamental para la promoción de la salud materna a nivel mundial. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) propuso los 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio como guía para las políticas públicas de los países miembros, entre los cuales se encuentra México. El quinto de estos objetivos pretendía reducir la mortalidad materna en 75% para el año 2015. Sin embargo, superada ya esta fecha límite, la mortalidad materna mundial se redujo poco menos del 50%.

Entre las medidas más importantes y universalmente reconocidas que han conducido a la disminución de mortalidad materna a nivel mundial, se encuentran, por ejemplo, el acceso a la atención prenatal, los cuidados de emergencia obstétrica, la asistencia profesional del parto, el acceso al agua potable y el aumento en la educación de las mujeres.

Este informe presenta, a modo de síntesis para el público general, la evidencia científica emanada de una completa investigación sobre los determinantes de mortalidad materna realizada en cada uno de los estados mexicanos. El estudio completo fue publicado en la versión abierta de la revista británica *British Medical Journal* (BMJ Open) y fue coordinado por MELISA Institute junto a un equipo internacional de especialistas provenientes de varias instituciones como la UNAM, Duke University, University of Utah y University of North Carolina-Chapel Hill.

A continuación, el lector encontrará 32 fichas con un ranking de mortalidad materna de los 32 estados mexicanos, los determinantes de salud materna más relevantes identificados en cada uno y un conjunto de recomendaciones específicas para el diseño de políticas públicas basadas en evidencia científica. Cada estado mexicano, de hecho, presenta desafíos propios que requieren una política que aborde determinantes de salud materna que difieren de un estado a otro. Se recomienda, antes de revisar la ficha de un estado particular, leer un breve glosario que describe los 7 determinantes de salud materna encontrados por la investigación.



Elard Koch
Sebastian Haddad
Miguel Bravo

Division of Epidemiology, MELISA Institute, Concepción, Chile



Monique Chireau

Department of Obstetrics and Gynecology, Duke University Medical Center, Durham, USA



Joseph Stanford

Division of Public Health, Department of Family and Preventive Medicine, University of Utah School of Medicine, Salt Lake City, USA



John Thorp

Department of Obstetrics and Gynecology, University of North Carolina Chapel Hill, Chapel Hill, USA

Center for Women's Health Research, University of North Carolina School of Medicine, Chapel Hill, USA



Fernando Pliego

Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3000, Copilco Universidad, Ciudad de México, México



Este informe ha sido elaborado a partir de una investigación sobre mortalidad materna en los 32 estados de la República Mexicana y publicado en la revista British Medical Journal Open.

Abortion legislation, maternal healthcare, fertility, female literacy, sanitation, violence against women and maternal deaths: a natural experiment in 32 Mexican states.

BMJ Open. 2015; 5(2): e006013.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. Usted es libre de compartir y adaptar el material en cualquier medio o formato, bajo los términos de atribución.



SIETE DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO



ESCOLARIDAD DE LA MUJER. Los estudios confirman invariablemente que mientras el nivel educativo de las mujeres en edad reproductiva es más bajo, mayor es el riesgo de muerte durante el embarazo, parto y post-parto. En el estudio de los 32 estados mexicanos, una baja alfabetización femenina explicó entre 11.9% y 50.9% de las muertes maternas observadas. Las tasas de alfabetización femenina entre los 32 estados varían del 77.5% al 96.5%. Además de un impacto directo reduciendo la mortalidad materna, un mayor nivel de escolaridad de las mujeres impacta positivamente en otros factores

como mayor acceso al cuidado prenatal, atención profesional del parto y cuidados de emergencia cuando ocurren complicaciones durante el embarazo.

RECOMENDACIÓN: La evidencia actual sugiere que en los estados con tasas de alfabetización por debajo del promedio nacional, un aumento de 5% en esta tasa, evitaría la muerte de 5 a 10 mujeres en cada estado. Es vital que estos estados generen políticas públicas y destinen recursos a erradicar el analfabetismo, lograr la matrícula escolar universal de las niñas y aumentar los años de escolaridad total de las mujeres.



ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA. Se refiere a la atención inmediata de una complicación obstétrica como hemorragia, obstrucción del parto o un aborto complicado. Por ejemplo, por cada 5% que aumenta el acceso de hospitalización por complicaciones urgentes de este tipo, se pueden evitar 4 o 5 muertes maternas en cada estado, especialmente en los que tienen mayor mortalidad materna.

RECOMENDACIÓN: La evidencia reciente sugiere que en más de la mitad de los estados se requieren políticas públicas puntuales para aumentar el número de maternidades con servicios de emergencia obstétrica de mayor complejidad (1 por cada 500,000 habitantes), que tengan servicios de transfusión, camas críticas con respirador mecánico y acceso a un pabellón quirúrgico. La conectividad en zonas rurales de difícil acceso debe mejorar.



CUIDADO PRENATAL Y ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO. Se refiere a la cantidad de mujeres que acceden al cuidado prenatal precoz de su embarazo y que termina en un parto atendido por personal obstétrico calificado. En México las coberturas en la atención profesional del parto varían entre el 75% y el 99% entre los diferentes estados. Este factor refleja brechas importantes en el acceso a la atención prenatal y la cobertura hospitalaria del parto en más de la mitad de los estados.

RECOMENDACIÓN: La evidencia más reciente en el estudio de los 32 estados mexicanos, mostró que por cada 5% que aumente la asistencia profesional del parto, se lograría evitar de 2 a 3 muertes maternas anuales en los estados que están por debajo de la media en el país. Se requieren políticas públicas específicas para aumentar la detección precoz del embarazo y que cada mujer embarazada tenga al menos 4 controles prenatales. En zonas rurales de difícil acceso debe mejorar la conectividad y la llegada de los equipos de salud.



AGUA POTABLE Y DRENAJE. Entre los factores de riesgo ambiental identificados en el estudio de los 32 estados mexicanos, el agua potable y alcantarillado fueron determinantes claros de salud materna. Mientras menor es el acceso al agua limpia y servicios de drenaje, mayor es el número de muertes durante el embarazo. En primer lugar, las condiciones de higiene deficientes pueden conducir a sepsis puerperal, una de las principales causas de muertes maternas evitables en el mundo. En segundo lugar,

la exposición a una mala calidad de agua y alcantarillado aumenta la probabilidad de infecciones repetitivas a largo plazo debilitando a la población femenina en edad fértil.

RECOMENDACIÓN: Teniendo en cuenta las actuales disparidades entre los estados mexicanos en la cobertura de agua potable y alcantarillado (la más baja es de 62.0% y la más alta es 99.2%), la evidencia científica señala que los estados mexicanos que están por debajo de la media nacional de cobertura de agua potable requieren con urgencia políticas públicas y programas que aumenten rápidamente el acceso al agua limpia y drenaje para reducir las muertes maternas.



EMBARAZOS DE ALTO RIESGO Y BAJO PESO AL NACER. Los embarazos de alto riesgo, como el que ocurre en mujeres malnutridas en las regiones de mayor pobreza, así como el aumento de los embarazos por arriba de los 35 años de edad en las regiones urbanas de mayor riqueza, pero con mayor densidad poblacional, menor fecundidad y mayor envejecimiento de la población, presentan las tasas más elevadas de partos prematuros y bajo peso al nacer. Estos embarazos de alto riesgo explican más del 50% de las muertes maternas en varios estados. Por cada 1% de aumento en los recién

nacidos con bajo peso al nacer en un estado, se producen 1 o 2 muertes maternas prevenibles en dicho estado.

RECOMENDACIÓN: La evidencia sugiere que los estados con tasas de bajo peso al nacer mayor a la media país se beneficiarían de políticas públicas tendientes a la detección y derivación oportuna de embarazos de alto riesgo hacia centros de diagnóstico y cuidados obstétricos de mayor complejidad. Los estados que carecen de acceso a este tipo de centros deberían implementarlos. Las madres malnutridas requieren acceso a programas de alimentación complementaria durante su embarazo y puerperio. La desnutrición debe y puede de hecho ser erradicada.



VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. La violencia física durante el embarazo aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas por golpes, lesiones, labor prematura del parto y hemorragias. Las mujeres afectadas sufren frecuentemente barreras para acceder a un buen control del embarazo. En el estudio de los 32 estados mexicanos la violencia contra la mujer en el último año fue identificada como un factor que influye en la mortalidad materna global y la mortalidad relacionada con el aborto. Se estimó que entre 2.8% y 7.2% de las muertes maternas entre los estados mexicanos pueden estar

relacionadas con eventos de violencia. En México la violencia contra la mujer varía de 6.3% en Oaxaca hasta 20.9% en la Ciudad de México.

RECOMENDACIÓN: La evidencia actual sugiere que programas de detección de la violencia contra las mujeres durante las visitas prenatales, así como las intervenciones subsecuentes de los profesionales de salud calificados, pueden mejorar la salud materna. Se requieren políticas públicas para cumplir este objetivo y garantizar asimismo el bienestar de las familias.



FECUNDIDAD Y POSTERGACIÓN DE LA MATERNIDAD. El aumento de los niveles de educación junto con la mayor participación de la mujer en la fuerza laboral, han provocado la postergación de la maternidad y una caída de la fecundidad. Esto incrementa los embarazos en el segmento de mayor edad, entre los 35 y 45 años. En los embarazos que ocurren a edades más extremas, se observan complicaciones con mayor frecuencia, especialmente en primíparas.

RECOMENDACIÓN: La actual evidencia sugiere que el envejecimiento materno es un fenómeno global en México, más acentuado en los estados con mayor desarrollo urbano. Se requiere el desarrollo de programas de consejería pre-concepcional para promover embarazos saludables antes de los 35 años y reforzar el cuidado prenatal para detectar factores de riesgo en los embarazos que ocurren en el segmento de mayor edad.

NUEVO LEÓN

Nº Mujeres edad fértil: 1,323,790

Nº Nacimientos: 93,747 (3.6% del país)¹

El estado de **Nuevo León** es uno de los 5 estados con la menor mortalidad materna del país en los últimos 10 años. En promedio mueren 21.2 mujeres cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las causas indirectas por enfermedades existentes antes del embarazo representan 33.8% de las muertes en 10 años. Luego la hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo representan el 29%. La hemorragia representa el 6.8% de las muertes maternas en una década.

El 90.3% de las defunciones maternas no tienen relación con el aborto. El aborto inducido y el espontáneo representan cada uno el 1% de las muertes en 10 años.²

PRINCIPALES DETERMINANTES

La salud materna de **Nuevo León** es una de las mejores del país en cuanto al cuidado prenatal y la cobertura de atención profesional del parto. La alfabetización de las madres está sobre el 95%, lo mismo que el acceso al agua potable y el drenaje.

El perfil de muertes actuales se ve influido por el envejecimiento de la población, la caída de la fecundidad y la **postergación de la maternidad**. Han aumentado los embarazos en mujeres de 35 – 45 años de edad, los cuales tienen mayor frecuencia de complicaciones obstétricas complejas y enfermedades concomitantes.³ También poseen más riesgo de parto prematuro y **recién nacidos de bajo peso**. El 62% de las muertes maternas actuales se producen en los **embarazos de alto riesgo**.

La cobertura de acceso a **la atención obstétrica de emergencia** y cuidado prenatal de mayor complejidad debería fortalecerse en los próximos años. Los embarazos de alto riesgo requieren **cuidados médicos especializados**.

La prevalencia de la **violencia contra la mujer** es de 13.1%, más elevada que la mediana del país. Cambios demográficos como la disminución de los matrimonios, aumento de las uniones informales, consumo de alcohol y drogas, se asocian a mayores niveles de violencia contra la mujer.⁴ La **violencia física** durante el embarazo aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas por golpes, lesiones, parto prematuro y hemorragia. Las mujeres afectadas frecuentemente enfrentan barreras para acceder a un control prenatal regular o a una atención obstétrica de emergencia oportuna. Es necesario **detectarla en los controles prenatales** para prevenir complicaciones, pérdidas, partos prematuros y eventuales muertes.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 7.7% de las muertes en 10 años.

³ Koch E, Thorp J, Bravo M, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. PLoS One. 2012;7(5):e36613.

⁴ Pliego, F. Las Familias en México. Estructuras de Organización. Procesos de Cambio 2000-2010 y consecuencias en el bienestar de niños y adultos. (1a ed.). Ciudad de México: Editorial Porrúa; 2014.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

NUEVO LEÓN

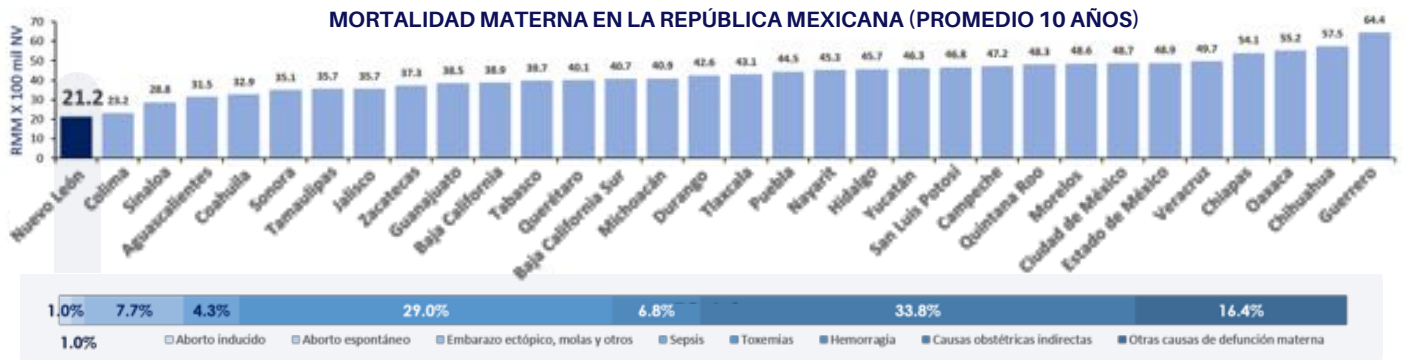


MELISA
INSTITUTE

PAÍS 44.6

← MENOR

→ MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



ATENCIÓN PROFESIONAL
DEL PARTO

96.6% ✓
(PAÍS 92.7%)



ATENCIÓN OBSTÉTRICA
DE EMERGENCIA

6.5
100 NACIDOS
VIVOS
(META 10.0/100 NV)



BAJO PESO AL NACER

8.6%
(PAÍS 8.4%)



ESCOLARIDAD DE LA MUJER

ALFABETIZACIÓN

95.8% ✓
(País 92.9%)



AGUA POTABLE

96.9% ✓
(País 91.8%)



VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

13.1%
(País 10.8%)



FECUNDIDAD Y POSTERGACIÓN DE
LA MATERNIDAD

2.1 HIJOS
(País 2.3 hijos)

RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA



EXPANDIR EL CUIDADO PRENATAL ESPECIALIZADO PARA EMBARAZOS DE ALTO RIESGO Y PROGRAMAS DE NUTRICIÓN PARA MADRES MAL NUTRIDAS



AUMENTAR EL ACCESO Y/O EL NÚMERO DE UNIDADES DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA



DETECTAR SITUACIONES DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DURANTE LOS CONTROLES PRENATALES



CONSEJERÍA PRE-CONCEPCIONAL PARA PROMOVER EMBARAZOS SALUDABLES

**RANKING
NACIONAL**

1

COLIMA

Nº Mujeres edad fértil: 187,469

Nº Nacimientos: 14,054 (0.5% del país)¹

El estado de **Colima** ocupa el 2º lugar en el ranking nacional de salud materna. En promedio mueren 23.2 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las principales causas de muerte han sido las hemorragias representando el 29% de las muertes en 10 años. Las defunciones obstétricas indirectas por enfermedades existentes antes del embarazo dan cuenta del 25.8%. Luego, la hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo representan el 16.1% de las muertes maternas registradas en una década.

Las muertes por aborto son infrecuentes en **Colima**. De hecho, no se contaron muertes por abortos inducidos o espontáneos en el período de 10 años, salvo decesos por embarazo ectópico.²

PRINCIPALES DETERMINANTES

Colima es uno de los estados con el menor número de población en edad fértil del país, con pocos nacimientos y uno de los 5 estados con la menor mortalidad materna del país. Ha logrado una alta cobertura de cuidado prenatal y atención profesional del parto.

El perfil de salud materna de **Colima** se ve influido actualmente por el envejecimiento de la población, la caída de la fecundidad y la **postergación de la maternidad**. Estos factores inciden en el aumento de embarazos en mujeres con mayor edad, los cuales tienen mayor riesgo de complicaciones como hipertensión gestacional, eclampsia, diabetes gestacional y toxemias del embarazo.³ También pueden tener hemorragia, obstrucción del parto, ruptura uterina y complicaciones por la presencia de enfermedades concomitantes que pueden agravarse durante el embarazo.

La prevalencia de **violencia contra la mujer** es mayor a la mediana del país, alcanzando un 11%. Cambios demográficos como la disminución de los matrimonios, aumento de las uniones informales, consumo de alcohol y drogas, se asocian a mayores niveles de violencia contra la mujer.⁴ La **violencia física** durante el embarazo aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas por golpes, lesiones, parto prematuro y hemorragia. Las mujeres afectadas frecuentemente enfrentan barreras para acceder a un control prenatal regular y a una atención obstétrica de emergencia oportuna. Es importante **detectarla en los controles prenatales** para evitar complicaciones, pérdidas, partos prematuros, muertes fetales y eventuales decesos maternos.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 6.5% de las muertes en 10 años.

³ Koch E, Thorp J, Bravo M, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. PLoS One. 2012;7(5):e36613.

⁴ Pliego, F. Las Familias en México. Estructuras de Organización. Procesos de Cambio 2000-2010 y consecuencias en el bienestar de niños y adultos. 1a ed.). Ciudad de México: Editorial Porrúa; 2014.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

COLIMA

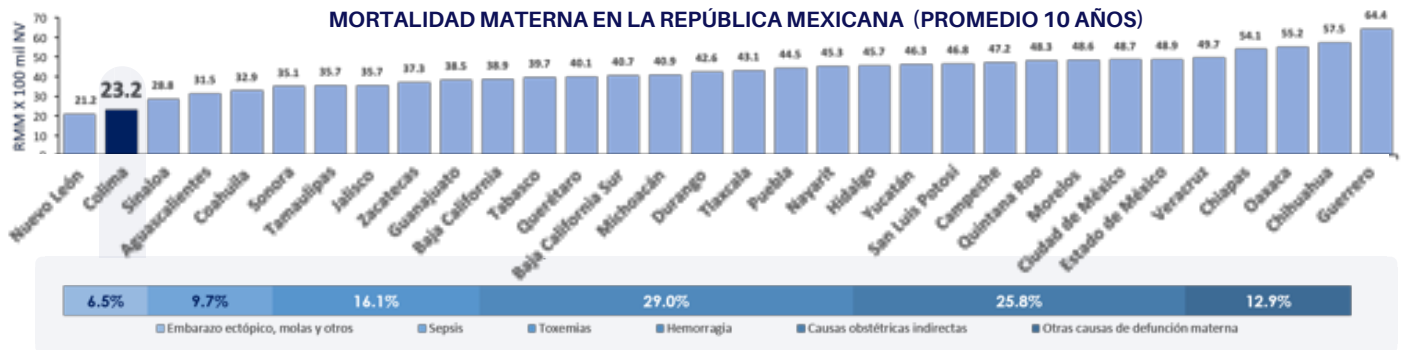


MELISA
INSTITUTE

PAÍS 44.6

← MENOR

→ MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



ATENCIÓN PROFESIONAL
DEL PARTO

96.4% ✓
(PAÍS 92.7%)



ATENCIÓN OBSTÉTRICA
DE EMERGENCIA

17.4 ✓
100 NACIDOS VIVOS
(META 10.0/100 NV)



BAJO PESO AL NACER

5.4% ✓
(PAÍS 8.4%)



ESCOLARIDAD DE LA MUJER

ALFABETIZACIÓN

94.2% ✓
(País 92.9%)



AGUA POTABLE

97.3% ✓
(País 91.8%)



VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

11.0%
(País 10.8%)



FECUNDIDAD Y POSTERGACIÓN DE
LA MATERNIDAD

2.3 HIJOS
(País 2.3 hijos)

RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA



DETECTAR SITUACIONES DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DURANTE LOS
CONTROLES PRENATALES



CONSEJERÍA PRE-CONCEPCIONAL PARA PROMOVER EMBARAZOS SALUDABLES

RANKING
NACIONAL

2

SINALOA

Nº Mujeres edad fértil: 779,850

Nº Nacimientos: 60,208 (2.3% del país)¹

Sinaloa es uno de los 5 estados con la menor mortalidad materna de los últimos 10 años. En promedio mueren 28.8 mujeres cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las principales causas son la hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo que dan cuenta del 38.2% de las muertes maternas en una década. Las defunciones obstétricas indirectas por enfermedades existentes antes del embarazo dan cuenta del 26.7%. La hemorragia representa el 14.7% de las muertes.

El 96.9% de las muertes maternas no tienen relación con el aborto. El aborto inducido representa el 0.5% de las muertes maternas en 10 años. No se encontraron muertes por abortos espontáneos en este periodo, salvo decesos por embarazo ectópico.²

PRINCIPALES DETERMINANTES

Siendo uno de los 5 estados con mejor salud materna del país, la maternidad en **Sinaloa** se ve influida actualmente por el envejecimiento de su población, la caída de la fecundidad y **la postergación de la maternidad**. Estos factores inciden en un aumento de embarazos en mujeres de 40 años o más los cuales tienen mayor frecuencia de complicaciones y enfermedades concomitantes que se pueden agravar durante el embarazo.³ Más del 64% de las muertes maternas se producen en los **embarazos de alto riesgo**. Estos requieren ser detectados precozmente y derivados a un centro de referencia cercano que brinde **cuidados médicos especializados**.

Las coberturas de población con acceso al **agua potable y drenaje** aún tienen espacio para mejorar en el estado de **Sinaloa** lo cual incidirá en una mejora para la salud global de las madres y sus hijos en los sectores más vulnerables de la región.

Los niveles de **violencia contra la mujer** son más elevados que la mediana del país y alcanzan una prevalencia del 15%. Cambios demográficos como la disminución de los matrimonios, aumento de las uniones informales, consumo de alcohol y drogas, se asocian a mayores niveles de violencia contra la mujer.⁴ La **violencia física** durante el embarazo aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas por golpes, lesiones, parto prematuro y hemorragia. Las mujeres afectadas frecuentemente enfrentan barreras para acceder a un control prenatal regular y a una atención obstétrica de emergencia oportuna. Es necesario **detectarla durante los controles prenatales** para prevenir complicaciones, pérdidas, partos prematuros y eventuales muertes.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 6.5% de las muertes en 10 años.

³ Koch E, Thorp J, Bravo M, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. PLoS One. 2012;7(5):e36613

⁴ Pliego, F. Las Familias en México. Estructuras de Organización. Procesos de Cambio 2000-2010 y consecuencias en el bienestar de niños y adultos. (1a ed.). Ciudad de México: Editorial Porrúa; 2014.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

SINALOA

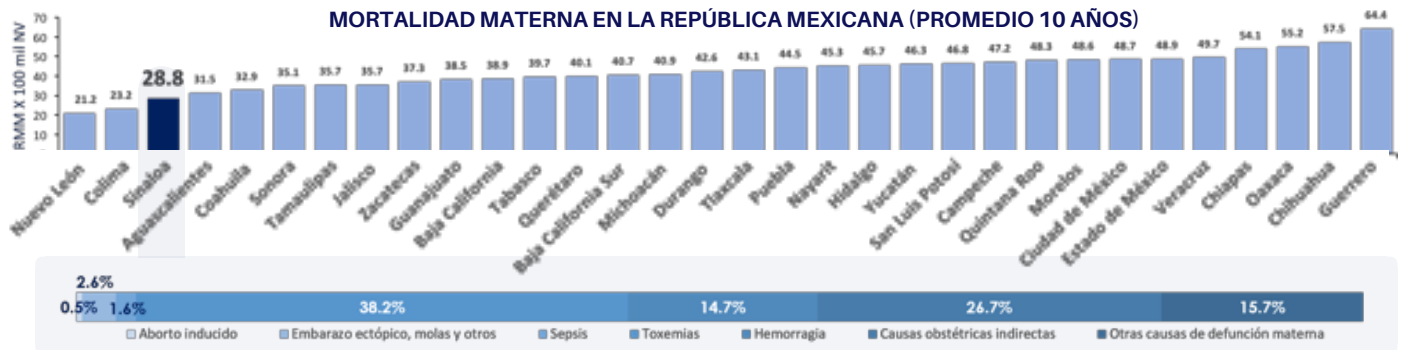


MELISA
INSTITUTE

PAÍS 44.6

← MENOR

→ MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



**ATENCIÓN PROFESIONAL
DEL PARTO**

93.4% ✓
(PAÍS 92.7%)



**ATENCIÓN OBSTÉTRICA
DE EMERGENCIA**

8.1
100 NACIDOS VIVOS
(META 10.0/100 NV)



BAJO PESO AL NACER

6.1% ✓
(PAÍS 8.4%)



ESCOLARIDAD DE LA MUJER

ALFABETIZACIÓN

94.7% ✓
(País 92.9%)



AGUA POTABLE

90.3%
(País 91.8%)



VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

15.0%
(País 10.8%)



**FECUNDIDAD Y POSTERGAMIENTO
DE LA MATERNIDAD**

2.3 HIJOS
(País 2.3 hijos)

RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA



**AUMENTAR EL ACCESO Y/O EL NÚMERO DE UNIDADES DE EMERGENCIA
OBSTÉTRICA**



CONSEJERÍA PRE-CONCEPCIONAL PARA PROMOVER EMBARAZOS SALUDABLES



**DETECTAR SITUACIONES DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DURANTE LOS
CONTROLES PRENATALES**



**AUMENTAR EL NÚMERO DE HOGARES CON RED DE AGUA POTABLE Y
DRENAJE**

**RANKING
NACIONAL**

3

AGUASCALIENTES

Nº Mujeres edad fértil: 336,384

Nº Nacimientos: 27,427 (1.1% del país)¹

Aguascalientes es uno de los 5 estados con la menor mortalidad materna de los últimos 10 años. En promedio mueren 31.5 mujeres cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las principales causas de muerte son la hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo que dan cuenta del 30.7% de las muertes. Las defunciones por enfermedades antes del embarazo y que se agravan durante el mismo, dan cuenta del 21.6%. La hemorragia representa el 17% de las muertes maternas en una década.

El 89.8% de las muertes maternas no se relacionan con el aborto. El aborto inducido representa el 6.8% de las muertes. No se encontraron muertes por abortos espontáneos en este periodo.²

PRINCIPALES DETERMINANTES

La salud materna de **Aguascalientes** es una de las mejores del país en cuanto al cuidado prenatal y cobertura de atención profesional del parto. La alfabetización de las madres está sobre el 95%, el acceso al agua potable y el drenaje son casi universales.

La maternidad del estado se ve influida por el envejecimiento de la población y la **postergación de la maternidad**. Los embarazos en mujeres de 40 años o más tienen mayor frecuencia de complicaciones como hipertensión gestacional, eclampsia y diabetes gestacional. Lo mismo ocurre con la presencia de enfermedades concomitantes que se pueden agravar durante el embarazo.³

El 52% de las muertes maternas actuales en **Aguascalientes** se producen por causas complejas que se asocian a **embarazos de alto riesgo**. Estos requieren ser detectados precozmente y derivados a un centro de referencia estatal que brinde **cuidados médicos especializados**.

Los niveles de **violencia contra la mujer** son más elevados que la mediana del país y alcanzan una prevalencia del 12%. Cambios demográficos como la disminución de los matrimonios, aumento de las uniones informales, consumo de alcohol y drogas, se asocian a mayores niveles de violencia contra la mujer.⁴

La **violencia física** durante el embarazo aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas por golpes, lesiones, parto prematuro y hemorragia. Las mujeres afectadas frecuentemente enfrentan barreras para acceder a un control prenatal regular y a una atención obstétrica de emergencia oportuna. Es necesario **detectarla durante los controles prenatales** para prevenir complicaciones, pérdidas, partos prematuros y eventuales muertes.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan 3.4% de las muertes en 10 años.

³ Koch E, Thorp J, Bravo M, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. PLoS One. 2012;7(5):e36613

⁴ Pliego, F. Las Familias en México. Estructuras de Organización. Procesos de Cambio 2000-2010 y consecuencias en el bienestar de niños y adultos. (1a ed.). Ciudad de México: Editorial Porrúa; 2014.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

AGUASCALIENTES



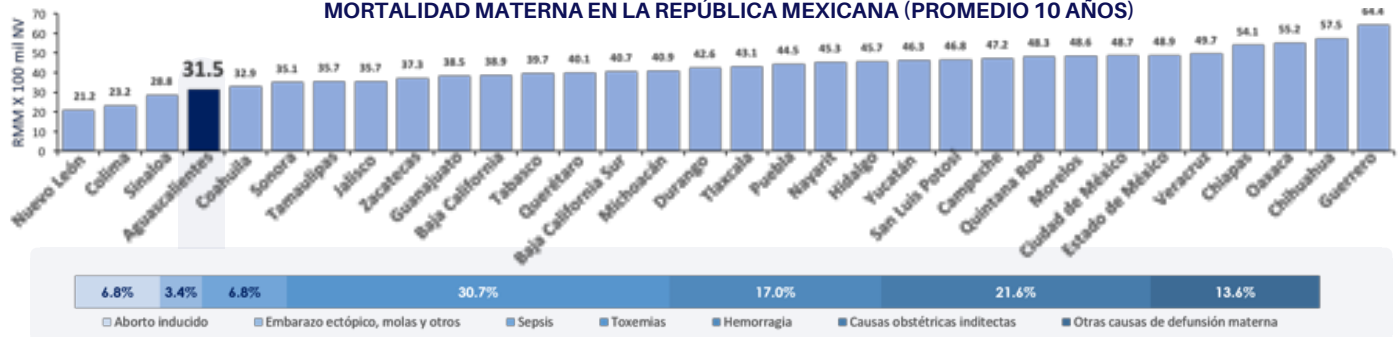
MELISA
INSTITUTE

PAÍS 44.6

← MENOR

→ MAYOR

MORTALIDAD MATERNA EN LA REPÚBLICA MEXICANA (PROMEDIO 10 AÑOS)



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



ATENCIÓN PROFESIONAL
DEL PARTO

97.5% ✓
(PAÍS 92.7%)



ATENCIÓN OBSTÉTRICA
DE EMERGENCIA

10.8 ✓
100 NACIDOS VIVOS
(META 10.0/100 NV)



BAJO PESO AL NACER

6.6% ✓
(PAÍS 8.4%)



ESCOLARIDAD DE LA MUJER

ALFABETIZACIÓN

95.9% ✓
(País 92.9%)



AGUA POTABLE

98.0% ✓
(País 91.8%)



VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

12.0%
(País 10.8%)



FECUNDIDAD Y POSTERGACIÓN DE
LA MATERNIDAD

2.6 HIJOS
(País 2.3 hijos)

RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA

BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA



EXPANDIR EL CUIDADO PRENATAL ESPECIALIZADO PARA EMBARAZOS DE ALTO RIESGO



DETECTAR SITUACIONES DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DURANTE LOS CONTROLES PRENATALES



CONSEJERÍA PRE-CONCEPCIONAL PARA PROMOVER EMBARAZOS SALUDABLES

RANKING
NACIONAL

4

COAHUILA

Nº Mujeres edad fértil: 769,140

Nº Nacimientos: 58,882 (2.3% del país)¹

Coahuila es uno de los 5 estados con la menor mortalidad materna de los últimos 10 años. En promedio mueren 32.9 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las principales causas de muerte son la hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo que dan cuenta del 32.7% de las muertes. Las defunciones obstétricas indirectas por enfermedades existentes antes del embarazo dan cuenta del 28.2%. La hemorragia representa el 14.4% de las muertes.

El 95.5% de las muertes maternas no tienen relación con el aborto. El aborto inducido representa el 2% de las muertes en 10 años. No se encontraron muertes por abortos espontáneos en este periodo.²

PRINCIPALES DETERMINANTES

Siendo uno de los 5 estados con mejor salud materna del país, la maternidad en **Coahuila** se ve actualmente influida por el envejecimiento de la población, la caída de la fecundidad y **la postergación de la maternidad**. Estos factores inciden en el aumento de embarazos en mujeres sobre los 35 años de edad, las cuales tienen mayor probabilidad de complicaciones y enfermedades concomitantes que se pueden agravar durante el embarazo.³ De hecho, más del 60% de las muertes maternas se producen en los **embarazos de alto riesgo**. Estos requieren ser detectados en los controles prenatales y derivados a un centro de referencia cercano que brinde **cuidados médicos especializados**.

Entre los determinantes sanitarios, **Coahuila** aún presenta una cobertura de atención profesional del parto del 89.6%. Todas las mujeres deberían tener como mínimo 4 controles prenatales a lo largo de su embarazo. Este indicador puede mejorar en el estado.

La **violencia contra la mujer** es más elevada que la mediana del país con una prevalencia del 14.3%. Cambios demográficos como la disminución de los matrimonios, aumento de las uniones informales, consumo de alcohol y drogas, se asocian a mayores niveles de violencia contra la mujer.⁴ La **violencia física** durante el embarazo aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas por golpes, lesiones, parto prematuro y hemorragia.

Las mujeres afectadas frecuentemente enfrentan barreras para acceder a un control prenatal regular y a una **atención obstétrica de emergencia oportuna**. Es necesario detectarla durante los controles prenatales para prevenir complicaciones, pérdidas, partos prematuros y eventuales muertes.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 2.5% de las muertes en 10 años.

³ Koch E, Thorp J, Bravo M, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. PLoS One. 2012;7(5):e36613

⁴ Pliego, F. Las Familias en México. Estructuras de Organización. Procesos de Cambio 2000-2010 y consecuencias en el bienestar de niños y adultos. (1a ed.). Ciudad de México: Editorial Porrúa; 2014

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

COAHUILA



MELISA INSTITUTE

PAÍS 44.6



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA

- INCREMENTAR LAS VISITAS A CONTROL PRENATAL Y LA ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO
- AUMENTAR EL ACCESO Y/O EL NÚMERO DE UNIDADES DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA
- CONSEJERÍA PRE-CONCEPCIONAL PARA PROMOVER EMBARAZOS SALUDABLES
- DETECTAR SITUACIONES DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DURANTE LOS CONTROLES PRENATALES

RANKING NACIONAL

5

SONORA

Nº Mujeres edad fértil: 737,927

Nº Nacimientos: 54,756 (2.1% del país)¹

El estado de **Sonora** ocupa el 6^{to} lugar en el ranking nacional de salud materna de los últimos 10 años. En promedio mueren 35.1 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las principales causas de muerte son las defunciones obstétricas indirectas que dan cuenta del 26.4%. En segundo lugar, las muertes por hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo representan el 25.9% de las muertes. La hemorragia representa el 16.4% de las muertes en 10 años.²

El 94.5% de las muertes maternas no tienen relación con el aborto. El aborto inducido es el 4% y el espontáneo el 0.5% de las muertes en 10 años.³

PRINCIPALES DETERMINANTES

El perfil de mortalidad actual del estado es influido por el envejecimiento de su población y la **postergación de la maternidad**. Al aumentar los embarazos en el segmento de mayor edad (35 – 45 años) se observa mayor frecuencia de complicaciones como hipertensión gestacional, eclampsia, diabetes gestacional y toxemias del embarazo.⁴ Más del 53% de las muertes maternas se producen en los **embarazos de alto riesgo**. Estos requieren ser detectados precozmente y derivados a un centro de referencia cercano que brinde **cuidados médicos especializados**.

Los niveles de **violencia contra la mujer** son más elevados que la mediana del país y alcanzan una prevalencia del 15.4%. Cambios demográficos como la disminución de los matrimonios, aumento de las uniones informales, consumo de alcohol y drogas, se asocian a mayores niveles de violencia contra la mujer⁵.

La **violencia física** durante el embarazo aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas por golpes, lesiones, partos prematuros y hemorragia. Las mujeres afectadas frecuentemente enfrentan barreras para acceder a un control prenatal regular y a una **atención obstétrica de emergencia oportuna**. Es necesario detectarla durante los controles prenatales para prevenir complicaciones, pérdidas, partos prematuros y eventuales muertes.

Existe un 10% de la población en el estado que aún no tiene acceso a **servicios de drenaje**. El drenaje influye en la salud materna de las poblaciones más vulnerables evitando enfermedades infecciosas reiteradas, ya sea por contacto directo o por contaminación del suelo, agua y alimentos con diferentes patógenos.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² Son muertes evitables con tratamiento médico-quirúrgico oportuno y disponibilidad de transfusión sanguínea.

³ El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 1% de las muertes en 10 años.

⁴ Koch E, Thorp J, Bravo M, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS One*. 2012;7(5):e36613.

⁵ Pliego, F. *Las Familias en México. Estructuras de Organización. Procesos de Cambio 2000-2010 y consecuencias en el bienestar de niños y adultos*. (1a ed.). Ciudad de México: Editorial Porrúa; 2014.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

SONORA

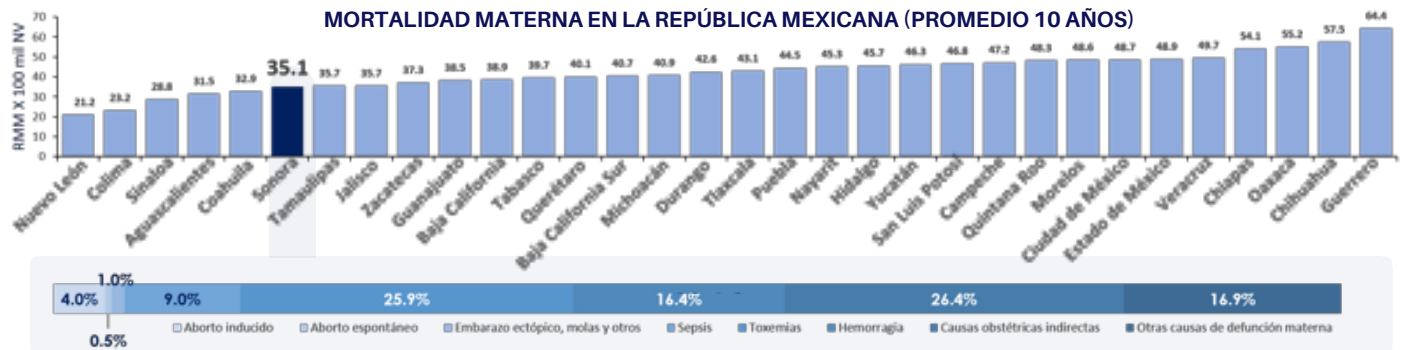


MELISA INSTITUTE

PAÍS 44.6

← MENOR

→ MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO

94.6% ✓
(PAÍS 92.7%)



ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

8.7
100 NACIDOS VIVOS
(META 10.0/100 NV)



BAJO PESO AL NACER

6.2% ✓
(PAÍS 8.4%)



ESCOLARIDAD DE LA MUJER

ALFABETIZACIÓN

96.3% ✓
(País 92.9%)



ACCESO A DRENAJE

90.0%
(País 91.0%)



VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

15.4%
(País 10.8%)



FECUNDIDAD Y POSTERGACIÓN DE LA MATERNIDAD

2.4 HIJOS
(País 2.3 hijos)

RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA



AUMENTAR EL ACCESO Y/O EL NÚMERO DE UNIDADES DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA.



AUMENTAR EL NÚMERO DE HOGARES CON DRENAJE



DETECTAR SITUACIONES DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DURANTE LOS CONTROLES PRENATALES



CONSEJERÍA PRE-CONCEPCIONAL PARA PROMOVER EMBARAZOS SALUDABLES

RANKING NACIONAL

6

TAMAULIPAS

Nº Mujeres edad fértil: 935,444

Nº Nacimientos: 66,892 (2.6% del país)¹

El estado de **Tamaulipas** ocupa el 7^{mo} lugar en el ranking nacional de salud materna de los últimos 10 años. En promedio mueren 35.7 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las principales causas de muerte son la hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias que dan cuenta del 33% de las muertes. Las defunciones obstétricas indirectas por enfermedades existentes antes del embarazo dan cuenta del 24.6%. La hemorragia representa el 14.8% de las muertes en una década.²

El 94.3% de las muertes maternas no tienen relación con el aborto. El aborto inducido es el 2.7% de las muertes en 10 años. No se encontraron muertes por abortos espontáneos en este periodo.³

PRINCIPALES DETERMINANTES

Similar a otros estados mexicanos, el perfil de mortalidad actual de **Tamaulipas** se ve influido por el envejecimiento de su población y la **postergación de la maternidad**. Al aumentar los embarazos en el segmento de mayor edad (35 – 45 años) se observa mayor frecuencia de complicaciones como hipertensión gestacional, eclampsia, diabetes gestacional y toxemias del embarazo.⁴ También tienen más riesgo de hemorragia del parto y complicaciones de enfermedades concomitantes que se pueden agravar durante el embarazo.

Alrededor de un 12% de la población de Tamaulipas aún no tiene acceso a **servicios de drenaje**. El agua limpia y el drenaje son determinantes clave que influyen en la salud materna e infantil de las poblaciones más vulnerables evitando enfermedades infecciosas reiteradas, ya sea por contacto directo o por contaminación del suelo, agua y alimentos con deposiciones.

Los niveles de **violencia contra la mujer** son más elevados que la mediana del país y alcanzan una prevalencia del 14.9%. Cambios demográficos como la disminución de los matrimonios, aumento de las uniones informales, consumo de alcohol y drogas, se asocian a mayores niveles de violencia contra la mujer.⁵

La **violencia física** durante el embarazo aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas por golpes, lesiones, partos prematuros y hemorragia. Las mujeres afectadas frecuentemente enfrentan barreras para acceder a un control prenatal regular y a una **atención obstétrica de emergencia oportuna**. Es necesario detectarla durante los controles prenatales para prevenir complicaciones, pérdidas, partos prematuros y eventuales muertes.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² Son muertes evitables con tratamiento médico-quirúrgico oportuno y disponibilidad de transfusión sanguínea.

³ El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción que dan cuenta del 3% de las muertes en 10 años.

⁴ Koch E, Thorp J, Bravo M, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS One*. 2012;7(5):e36613.

⁵ Pliego, F. Las Familias en México. Estructuras de Organización. Procesos de Cambio 2000-2010 y consecuencias en el bienestar de niños y adultos. (1a ed.). Ciudad de México: Editorial Porrúa; 2014.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

TAMAULIPAS

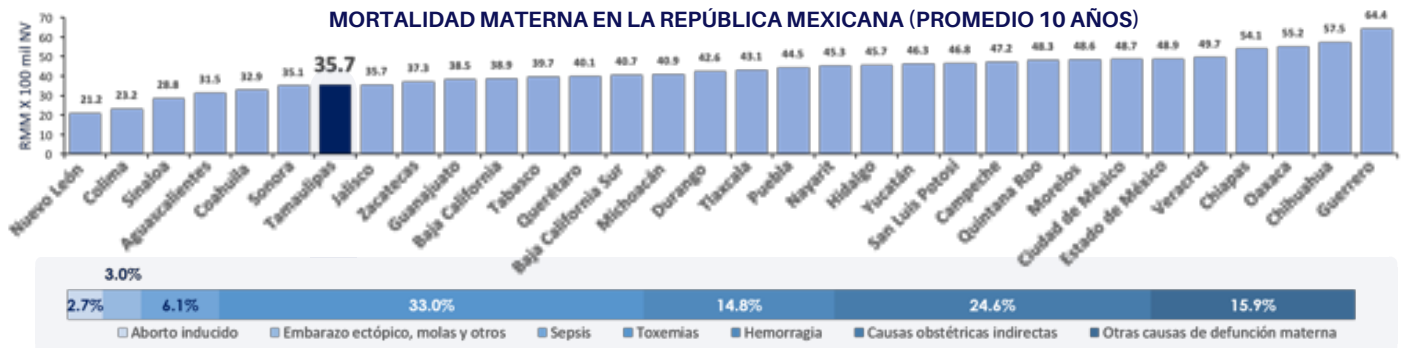


MELISA
INSTITUTE

PAÍS 44.6

← MENOR

→ MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



**ATENCIÓN PROFESIONAL
DEL PARTO**

99.0% ✓
(PAÍS 92.7%)



**ATENCIÓN OBSTÉTRICA
DE EMERGENCIA**

10.0 ✓
100 NACIDOS VIVOS
(META 10.0/100 NV)



BAJO PESO AL NACER

7.4% ✓
(PAÍS 8.4%)



ESCOLARIDAD DE LA MUJER

ALFABETIZACIÓN

94.2% ✓
(País 92.9%)



ACCESO A DRENAJE

88.1%
(País 91.0%)



VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

14.9%
(País 10.8%)



**FECUNDIDAD Y POSTERGACIÓN DE
LA MATERNIDAD**

2.3 HIJOS
(País 2.3 hijos)

RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA



AUMENTAR EL NÚMERO DE HOGARES CON DRENAJE



**DETECTAR SITUACIONES DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DURANTE LOS
CONTROLES PRENATALES**



CONSEJERÍA PRE-CONCEPCIONAL PARA PROMOVER EMBARAZOS SALUDABLES

**RANKING
NACIONAL**

7

JALISCO

Nº Mujeres edad fértil: 2,068,743

Nº Nacimientos: 163,123 (6.3% del país)¹

El estado de **Jalisco** ocupa el 8º lugar en el ranking nacional de salud materna de los últimos 10 años. En promedio mueren 35.7 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las defunciones obstétricas indirectas por enfermedades existentes antes del embarazo dan cuenta del 25.5%. En segundo lugar, las muertes por hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo representan el 23.3%. La hemorragia representa el 20% de las muertes en una década.

El 92.8% de las muertes maternas no tienen relación con el aborto. El aborto inducido es el 1.5% y el espontáneo 1% de las muertes en 10 años.²

PRINCIPALES DETERMINANTES

Entre los determinantes de salud pública, **Jalisco** presenta una cobertura de acceso a la **atención obstétrica de emergencia** insuficiente. Esto probablemente incide en que el 20% de las muertes maternas en 10 años se deba a hemorragias.³

El perfil de salud materna actual del estado se ve influido por el envejecimiento de su población y la **postergación de la maternidad**. Al aumentar los embarazos en el segmento de mayor edad (35 a 45 años) se observa mayor frecuencia de complicaciones obstétricas complejas y enfermedades concomitantes.⁴ Más del 58% de las muertes maternas se producen en los embarazos de alto riesgo. Estos requieren ser detectados precozmente y derivados a un centro de referencia que brinde **cuidados médicos especializados**.

Jalisco tiene una mayor prevalencia de **bajo peso al nacer** que la mediana de país explicado, en parte, por un aumento de **partos prematuros**. La **malnutrición materna** debe ser erradicada. También han aumentado los embarazos por técnicas de Fertilización in Vitro (FIV) los cuales tienen mayor riesgo de parto prematuro.⁵

La prevalencia de **violencia contra la mujer** por parte de la pareja es del 10% en Jalisco. Las mujeres afectadas frecuentemente enfrentan barreras para acceder a un buen control del embarazo o a una atención de salud oportuna. La **violencia física** durante el embarazo aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas por golpes, lesiones, partos prematuros y hemorragias. Es necesario **detectarla durante los controles prenatales** para intervenir y prevenir muertes por estas complicaciones.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 4.6% de las muertes en 10 años.

³ Son muertes evitables con tratamiento médico-quirúrgico oportuno y disponibilidad de transfusión sanguínea.

⁴ Koch E, Thorp J, Bravo M, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS One*. 2012;7(5):e36613.

⁵ McGovern PG, et al. Increased risk of preterm birth in singleton pregnancies resulting from in vitro fertilization-embryo transfer or gamete intrafallopian transfer: a meta-analysis. *Fertil Steril*. 2004 Dec;82(6):1514-20.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

JALISCO

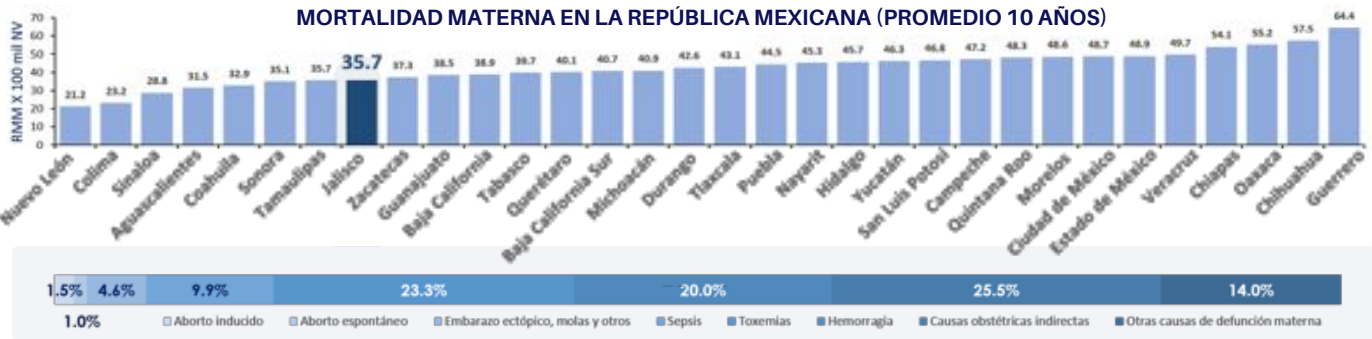


MELISA
INSTITUTE

PAÍS 44.6

MENOR

MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



**ATENCIÓN PROFESIONAL
DEL PARTO**

93.5% ✓
(PAÍS 92.7%)



**ATENCIÓN OBSTÉTRICA
DE EMERGENCIA**

7.4
100 NACIDOS VIVOS
(META 10.0/100 NV)



BAJO PESO AL NACER

9.0%
(PAÍS 8.4%)



ESCOLARIDAD DE LA MUJER

ALFABETIZACIÓN

94.8% ✓
(País 92.9%)



AGUA POTABLE

94.6% ✓
(País 91.8%)



VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

10.0% ✓
(País 10.8%)



**FECUNDIDAD Y POSTERGACIÓN DE
LA MATERNIDAD**

2.4 HIJOS
(País 2.3 hijos)

RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA



**AUMENTAR EL ACCESO Y/O EL NÚMERO DE UNIDADES DE EMERGENCIA
OBSTÉTRICA**



**EXPANDIR EL CUIDADO PRENATAL ESPECIALIZADO PARA EMBARAZOS DE
ALTO RIESGO Y PROGRAMAS DE NUTRICIÓN PARA MADRES MAL NUTRIDAS**



CONSEJERÍA PRE-CONCEPCIONAL PARA PROMOVER EMBARAZOS SALUDABLES

**RANKING
NACIONAL**

8

ZACATECAS

Nº Mujeres edad fértil: 412,309

Nº Nacimientos: 36,629 (1.4% del país)¹

El estado de **Zacatecas** ocupa el 9^{no} lugar en el ranking nacional de salud materna de los últimos 10 años. En promedio mueren 37.3 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las principales causas de muerte son la hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo que dan cuenta del 26.6% de las muertes. Las defunciones obstétricas indirectas por enfermedades existentes antes del embarazo dan cuenta del 23%. La hemorragia representa el 18.7% de las muertes.

El 94.3% de las muertes maternas no tienen relación con el aborto. El aborto inducido es el 1.4% de las muertes en 10 años. No se encontraron muertes por abortos espontáneos en este periodo.²

PRINCIPALES DETERMINANTES

Entre los determinantes de salud pública, **Zacatecas** aún presenta una cobertura de acceso a la **atención obstétrica de emergencia** que debería mejorar lo mismo que la atención profesional del parto. Esto probablemente incide en que el 18.7% de las muertes maternas en 10 años se deba a hemorragias.³ Se estima que por cada 5% que aumenta el acceso de hospitalización por complicaciones urgentes de este tipo, se pueden evitar 4 o 5 muertes maternas.

El perfil de salud materna actual del estado comienza a verse influido por el envejecimiento de su población y la **postergación de la maternidad**. Al aumentar los embarazos en el segmento de mayor edad (35 a 45 años) se observa mayor frecuencia de complicaciones obstétricas complejas y enfermedades concomitantes.⁴

Cerca de la mitad de las muertes maternas en Jalisco se producen por **embarazos de alto riesgo**. Para prevenirlas, estos embarazos necesitan ser detectados precozmente y derivados a un centro de **cuidados obstétricos especializados** y de mayor complejidad.

Alrededor de un 11% de la población en el estado de Zacatecas no tiene acceso a servicios de **drenaje** y 8.3% tampoco al **agua potable**. El agua limpia es un determinante clave que influye en la salud materna e infantil de las poblaciones más vulnerables o con mayor pobreza. La exposición al consumo de agua sucia o la contaminación con deposiciones debilita a las madres y a sus hijos debido a infecciones reiteradas.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 4.3% de las muertes en 10 años.

³ Son muertes evitables con tratamiento médico-quirúrgico oportuno y disponibilidad de transfusión sanguínea.

⁴ Koch E, Thorp J, Bravo M, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS One*. 2012;7(5):e36613.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

ZACATECAS

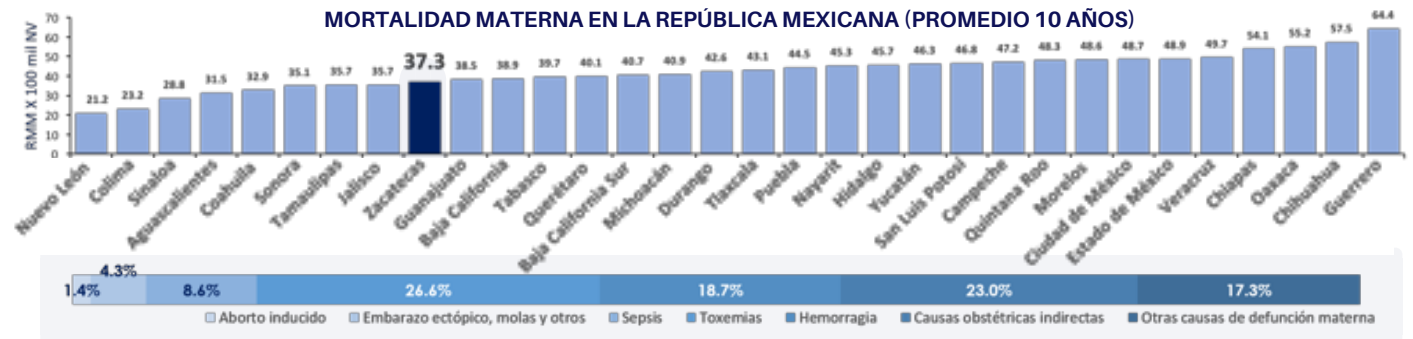


MELISA INSTITUTE

PAÍS 44.6

MENOR

MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO

89.1%

(PAÍS 92.7%)



ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

8.3

100 NACIDOS VIVOS

(META 10.0/100 NV)



BAJO PESO AL NACER

8.6%

(PAÍS 8.4%)



ESCOLARIDAD DE LA MUJER

ALFABETIZACIÓN

93.6% ✓

(País 92.9%)



ACCESO A DRENAJE

89.0%

(País 91.0%)



VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

8.2% ✓

(País 10.8%)



FECUNDIDAD Y POSTERGACIÓN DE LA MATERNIDAD

2.5 HIJOS

(País 2.3 hijos)

RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA



INCREMENTAR LAS VISITAS A CONTROL PRENATAL Y LA ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO



AUMENTAR EL ACCESO Y/O EL NÚMERO DE UNIDADES DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA



EXPANDIR EL CUIDADO PRENATAL ESPECIALIZADO PARA EMBARAZOS DE ALTO RIESGO Y LOS PROGRAMAS DE NUTRICIÓN PARA MADRES MALNUTRIDAS



CONSEJERÍA PRE-CONCEPCIONAL PARA PROMOVER EMBARAZOS SALUDABLES



AUMENTAR EL NÚMERO DE HOGARES CON RED DE AGUA POTABLE Y DRENAJE

RANKING NACIONAL

9

GUANAJUATO

Nº Mujeres edad fértil: 1,569,535

Nº Nacimientos: 124,003 (4.8% del país)¹

El estado de **Guanajuato** ocupa el lugar 10 en el ranking nacional de salud materna de los últimos 10 años. En promedio mueren 38.5 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las principales causas de muerte son la hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo que dan cuenta del 28.4% de las muertes. Las defunciones obstétricas indirectas por enfermedades existentes antes del embarazo dan cuenta del 20.8%. La hemorragia representa el 20.6% de las muertes.

El 94.2% de las muertes maternas no tienen relación con el aborto. El aborto inducido es el 1.2% y el espontáneo 0.8% de las muertes en 10 años.²

PRINCIPALES DETERMINANTES

Entre los determinantes de salud pública, **Guanajuato** aún presenta una cobertura de acceso a la **atención obstétrica de emergencia** insuficiente. Se estima que por cada 5% que aumenta el acceso de hospitalización por complicaciones urgentes, se pueden evitar 4 o 5 muertes maternas. También debe aumentar la cobertura de **control prenatal**³ y la **atención profesional del parto**. Estos factores probablemente inciden en que poco más del 20% de las muertes maternas en 10 años se deba a hemorragias.⁴

Similar a otros estados, el perfil de mortalidad actual de **Guanajuato** se ve influido por el envejecimiento de su población y la **postergación de la maternidad**. Al aumentar los embarazos en el segmento de mayor edad (35 a 45 años) se observan con mayor frecuencia complicaciones obstétricas más complejas.⁵ Cerca de la mitad de las muertes maternas en Guanajuato se producen por **embarazos de alto riesgo**. Para prevenir estas muertes, estos embarazos necesitan ser detectados precozmente y derivados a **cuidados obstétricos especializados** de mayor complejidad.

Entre los determinantes de desarrollo humano, aún hay 10% de **analfabetismo** en la población femenina en el estado y alrededor de un 11% de la población **no tiene acceso a servicios de agua potable y drenaje**. Una mayor escolaridad influye en un mejor cuidado del embarazo y utilización de los servicios de salud materna disponibles. El agua limpia es un determinante clave que influye en la salud materna e infantil de las poblaciones más vulnerables. La exposición al consumo de agua sucia o la contaminación con deposiciones debilitan a las madres y a sus hijos debido a infecciones reiteradas.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 3.8% de las muertes en 10 años.

³ Toda mujer debería tener al menos 4 controles prenatales durante un embarazo.

⁴ Son muertes evitables con tratamiento médico-quirúrgico oportuno y disponibilidad de transfusión sanguínea.

⁵ Koch E, Thorp J, Bravo M, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS One*. 2012;7(5):e36613.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

GUANAJUATO

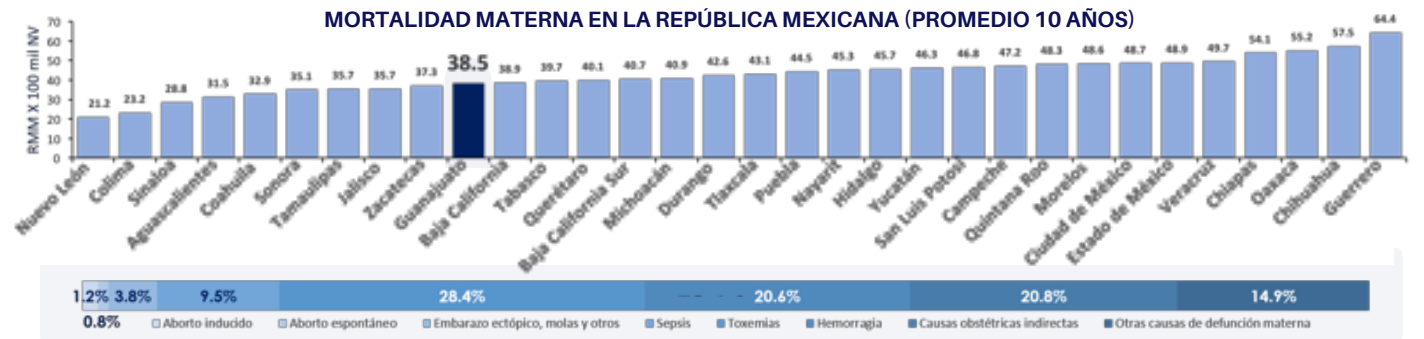


MELISA
INSTITUTE

PAÍS 44.6

MENOR

MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



ATENCIÓN PROFESIONAL
DEL PARTO

90.1%
(PAÍS 92.7%)



ATENCIÓN OBSTÉTRICA
DE EMERGENCIA

7.0
100 NACIDOS
VIVOS
(META 10.0/100 NV)



BAJO PESO AL NACER

8.9%
(PAÍS 8.4%)



ESCOLARIDAD DE LA MUJER

ALFABETIZACIÓN

90.1%
(País 92.9%)



ACCESO AL DRENAJE

89.3%
(País 91.0%)



VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

6.4% ✓
(País 10.8%)



FECUNDIDAD Y POSTERGACIÓN DE
LA MATERNIDAD

2.4 HIJOS
(País 2.3 hijos)

RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA



INCREMENTAR LAS VISITAS A CONTROL PRENATAL Y LA ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO



AUMENTAR EL ACCESO Y/O EL NÚMERO DE UNIDADES DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA



EXPANDIR EL CUIDADO PRENATAL ESPECIALIZADO PARA EMBARAZOS DE ALTO RIESGO Y LOS PROGRAMAS DE NUTRICIÓN PARA MADRES MALNUTRIDAS



EXPANDIR Y FORTALECER POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ERRADICAR EL ANALFABETISMO Y AUMENTAR LOS AÑOS DE EDUCACIÓN EN LA POBLACIÓN FEMENINA



AUMENTAR EL NÚMERO DE HOGARES CON RED DE AGUA POTABLE Y DRENAJE

RANKING
NACIONAL

10

BAJA CALIFORNIA

Nº Mujeres edad fértil: 917,626

Nº Nacimientos: 65,631 (2.5% del país)¹

El estado de **Baja California** ocupa el lugar 11 en el ranking nacional de salud materna de los últimos 10 años. En promedio mueren 38.9 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las principales causas de muerte ocurren por enfermedades existentes antes del embarazo y que se agravan por el mismo, dando cuenta del 29.6% de las defunciones. En segundo lugar, las muertes por hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo representan el 28.9%. La hemorragia representa el 13% de las muertes.²

El 90.5% de las muertes maternas no se relacionan con el aborto en la actualidad. El aborto inducido es el 2% y el espontáneo 1.2% de las muertes en 10 años.³

PRINCIPALES DETERMINANTES

Similar a otros estados, el perfil de salud materna de **Baja California** se ve influido por la caída de la fecundidad, el envejecimiento de su población y la **postergación de la maternidad**. Al aumentar los embarazos en el segmento de 35 a 45 años se observan con mayor frecuencia complicaciones obstétricas y enfermedades concomitantes.⁴

Entre los determinantes de salud pública, **Baja California** presenta una cobertura de acceso al **control prenatal** insuficiente⁵. Aumentarla es clave para disminuir las muertes maternas en el estado. La **atención profesional del parto** alcanza poco más del 75% y es la más baja del país. Así mismo la cobertura de **atención obstétrica de emergencia** también está bajo el umbral. Estos factores probablemente inciden en que más del 58% de las muertes maternas en 10 años se deba a causas complejas, asociadas a los embarazos de alto riesgo. Para prevenir muertes, estos embarazos necesitan ser detectados precozmente en los controles prenatales para recibir **cuidados obstétricos especializados** o de mayor complejidad.

La prevalencia de **violencia contra la mujer** por parte de la pareja es del 11.7% y es mayor a la mediana del país. Las mujeres afectadas frecuentemente enfrentan barreras para acceder a un buen control del embarazo o a una atención de salud oportuna. La violencia física durante el embarazo **aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas** por golpes, lesiones, partos prematuros y hemorragias. Es necesario detectarla durante los controles prenatales para prevenir muertes por estas complicaciones.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² Son muertes evitables con tratamiento médico-quirúrgico oportuno y disponibilidad de transfusión sanguínea.

³ El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 6.3% de las muertes en 10 años.

⁴ Koch E, Thorp J, Bravo M, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS One*. 2012;7(5):e36613.

⁵ Toda embarazada debe tener al menos 4 controles prenatales durante su embarazo por un profesional calificado.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

BAJA CALIFORNIA

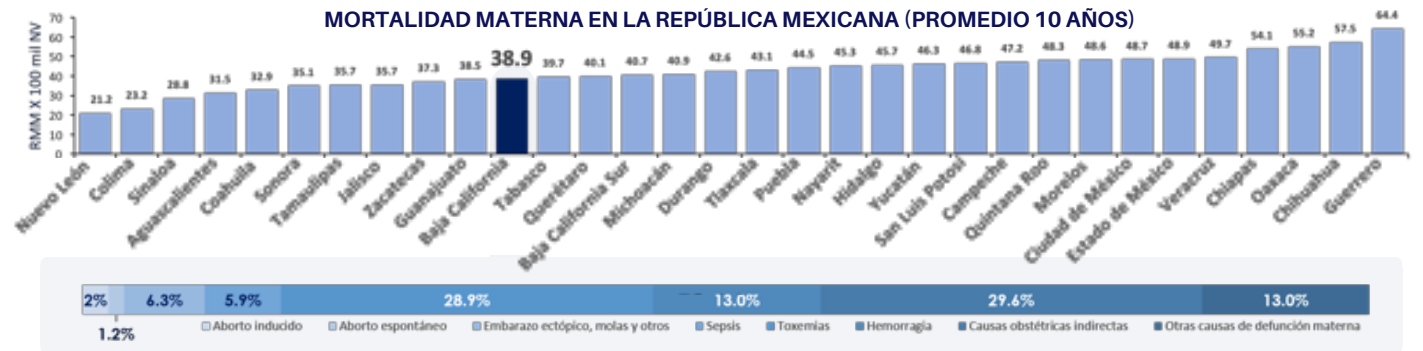


MELISA INSTITUTE

PAÍS 44.6

MENOR

MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO

75.7%
(PAÍS 92.7%)



ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

9.2
100 NACIDOS VIVOS
(META 10.0/100 NV)



BAJO PESO AL NACER

6.9% ✓
(PAÍS 8.4%)



ESCOLARIDAD DE LA MUJER

ALFABETIZACIÓN

96.0% ✓
(País 92.9%)



AGUA POTABLE

95.3% ✓
(País 91.8%)



VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

11.7%
(País 10.8%)



FECUNDIDAD Y POSTERGACIÓN DE LA MATERNIDAD

2.1 HIJOS
(País 2.3 hijos)

RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA



INCREMENTAR LAS VISITAS A CONTROL PRENATAL Y LA ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO



AUMENTAR EL ACCESO Y/O EL NÚMERO DE UNIDADES DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA



CONSEJERÍA PRE-CONCEPCIONAL PARA PROMOVER EMBARAZOS SALUDABLES



DETECTAR SITUACIONES DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DURANTE LOS CONTROLES PRENATALES

RANKING NACIONAL

11

TABASCO

Nº Mujeres edad fértil: 646,003

Nº Nacimientos: 49,575 (1.9% del país)¹

El estado de **Tabasco** ocupa el lugar 12 en el ranking nacional de salud materna de los últimos 10 años. En promedio mueren 39.7 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las principales causas de muerte ocurren por enfermedades existentes antes del embarazo. Representan el 29.8% del total de las defunciones. En segundo lugar, las muertes por hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo representan el 26%. La hemorragia representa el 13.5% de las muertes.²

El 93% de las muertes maternas no se relacionan con el aborto. El aborto inducido es el 4.2% de las muertes en 10 años. No se encontraron muertes por abortos espontáneos en este periodo.³

PRINCIPALES DETERMINANTES

Entre los determinantes de salud pública, **Tabasco** presenta una cobertura de acceso al **control prenatal** insuficiente. La **atención profesional del parto** sólo alcanza al 82.4%. Esto probablemente incide en que poco más del 58% de las muertes maternas en 10 años se deba a causas complejas que se asocian a los **embarazos de alto riesgo**. Para prevenir muertes, estos embarazos necesitan ser detectados precozmente en el control prenatal y derivados a un centro de cuidados obstétricos especializado de mayor complejidad.

El estado también presenta una cobertura de **atención obstétrica de emergencia** insuficiente, en parte determinado por el control prenatal insuficiente.⁴

Alrededor de un 26% de la población en el estado no tiene acceso a servicios de **agua potable** y cerca del 8% tampoco a **drenaje**. El agua limpia es un determinante clave que influye en la salud materna e infantil de las poblaciones más vulnerables y con mayor pobreza. La exposición al consumo de agua sucia o la contaminación con deposiciones debilita a las madres y a sus hijos debido a las infecciones reiteradas.

El **analfabetismo** aún afecta al 10% de la población femenina. Un bajo nivel de escolaridad de las madres es un predictor de mortalidad materna ya que afecta el cuidado del embarazo e incide negativamente en el uso de los servicios de salud pública disponibles como el control prenatal, la atención institucional del parto y el acceso a los cuidados de emergencia frente a complicaciones.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² Son muertes evitables con tratamiento médico-quirúrgico oportuno y disponibilidad de transfusión sanguínea.

³ El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 2.8% de las muertes en 10 años.

⁴ Toda mujer debería tener al menos 4 controles prenatales durante un embarazo.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

TABASCO

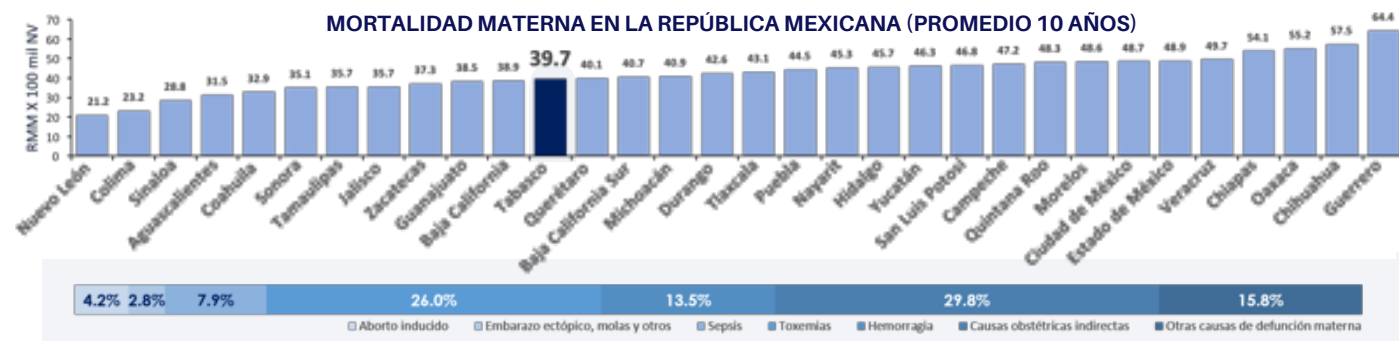


MELISA
INSTITUTE

PAÍS 44.6

MENOR

MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



ATENCIÓN PROFESIONAL
DEL PARTO

82.4%

(PAÍS 92.7%)



ATENCIÓN OBSTÉTRICA
DE EMERGENCIA

7.2

100 NACIDOS
VIVOS

(META 10.0/100 NV)



BAJO PESO AL NACER

8.4%

(PAÍS 8.4%)



ESCOLARIDAD DE LA MUJER

ALFABETIZACIÓN

90.9%

(País 92.9%)



AGUA POTABLE

73.8%

(País 91.8%)



VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

9.6%



(País 10.8%)



FECUNDIDAD Y POSTERGACIÓN DE
LA MATERNIDAD

2.3 HIJOS

(País 2.3 hijos)

RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA



INCREMENTAR LAS VISITAS A CONTROL PRENATAL Y LA ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO



AUMENTAR EL ACCESO Y/O EL NÚMERO DE UNIDADES DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA



EXPANDIR EL CUIDADO PRENATAL ESPECIALIZADO PARA EMBARAZOS DE ALTO RIESGO Y LOS PROGRAMAS DE NUTRICIÓN PARA MADRES MALNUTRIDAS



EXPANDIR Y FORTALECER POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ERRADICAR EL ANALFABETISMO Y AUMENTAR LOS AÑOS DE EDUCACIÓN EN LA POBLACIÓN FEMENINA



AUMENTAR EL NÚMERO DE HOGARES CON RED DE AGUA POTABLE Y DRENAJE

RANKING
NACIONAL

12

QUERÉTARO

Nº Mujeres edad fértil: 539,013

Nº Nacimientos: 41,714 (1.6% del país)¹

El estado de **Querétaro** ocupa el lugar 13 en el ranking nacional de salud materna y mueren en promedio 40.1 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las principales causas de muerte son la hipertensión gestacional y toxemias del embarazo que dan cuenta del 32%. Las enfermedades existentes antes del embarazo dan cuenta del 24.9%. La hemorragia representa el 17.8% de las muertes.²

El 95.3% de las muertes maternas no tienen relación con el aborto. El aborto inducido es el 1.8% y el espontáneo 0.6% en 10 años.³

PRINCIPALES DETERMINANTES

La salud materna del estado se ve influida por la caída de la fecundidad, el envejecimiento de su población y la **postergación de la maternidad**. Al aumentar los embarazos en el segmento de mayor edad (35 a 45 años) se observan con mayor frecuencia complicaciones obstétricas y enfermedades concomitantes.⁴ De hecho los **embarazos de alto riesgo** dan cuenta del 56% de las muertes en 10 años. La **atención obstétrica de emergencia** de mayor complejidad debe fortalecerse en el estado.

El **bajo peso al nacer** es mayor a la mediana del país. La mala nutrición materna en asentamientos de pobreza no es el único factor que lo explica. El **envejecimiento materno** aumenta el riesgo de **partos prematuros**. También han aumentado los embarazos por técnicas de Fertilización in Vitro (FIV) los cuales tienen, con mayor frecuencia, partos prematuros y recién nacidos con bajo peso.⁵

Alrededor de un 9% de la población no tiene acceso a servicios de **agua potable y drenaje**. Las infecciones reiteradas por exposición al consumo de agua sucia o la contaminación con deposiciones debilitan a las madres y a sus hijos.

El **analfabetismo** aún afecta al 9% de la población femenina. Un bajo nivel de educación de las madres afecta el autocuidado del embarazo e incide negativamente en el acceso a los servicios de salud pública disponibles.

La prevalencia de **violencia contra la mujer** por parte de la pareja es del 11.6%. Las mujeres afectadas frecuentemente enfrentan barreras para acceder a un buen control del embarazo. La **violencia física** aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas por golpes, lesiones, partos prematuros y hemorragias. Es necesario detectarla durante los controles prenatales para evitar muertes por estas complicaciones.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² Son muertes evitables con tratamiento médico-quirúrgico oportuno y disponibilidad de transfusión sanguínea.

³ El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción que dan cuenta del 2.4% de las muertes en 10 años.

⁴ Koch E, Thorp J, Bravo M, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS One*. 2012;7(5):e36613.

⁵ McGovern PG, et al. Increased risk of preterm birth in singleton pregnancies resulting from in vitro fertilization-embryo transfer or gamete intrafallopian transfer: a meta-analysis. *Fertil Steril*. 2004 Dec; 82(6): 1514-20.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

QUERÉTARO

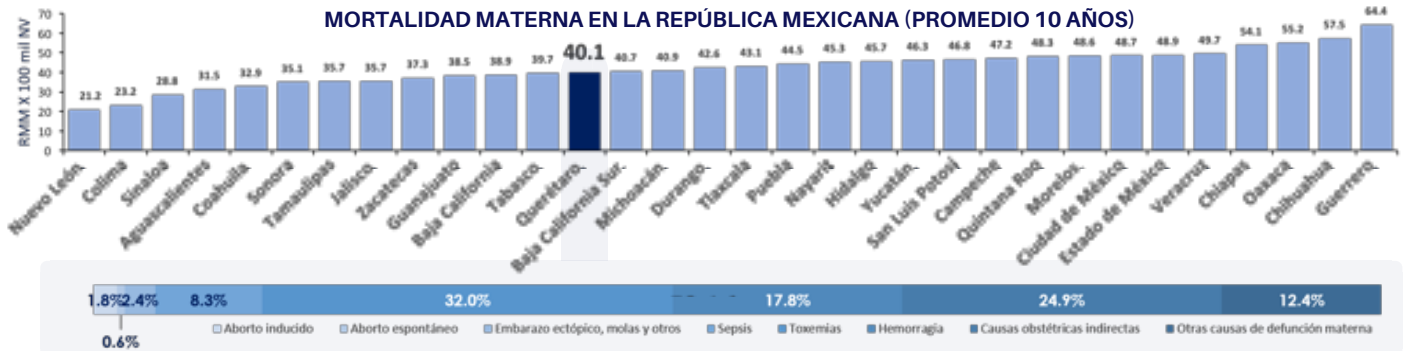


MELISA INSTITUTE

PAÍS 44.6

MENOR

MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO

97.6% ✓
(PAÍS 92.7%)



ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

9.1
100 NACIDOS VIVOS
(META 10.0/100 NV)



BAJO PESO AL NACER

9.2%
(PAÍS 8.4%)



ESCOLARIDAD DE LA MUJER

ALFABETIZACIÓN

91.7%
(País 92.9%)



ACCESO A DRENAJE

91.0%
(País 91.0%)



VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

11.6%
(País 10.8%)



FECUNDIDAD Y POSTERGACIÓN DE LA MATERNIDAD

2.3 HIJOS
(País 2.3 hijos)

RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA



AUMENTAR EL ACCESO Y/O EL NÚMERO DE UNIDADES DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA



EXPANDIR EL CUIDADO PRENATAL ESPECIALIZADO PARA EMBARAZOS DE ALTO RIESGO Y LOS PROGRAMAS DE NUTRICIÓN PARA MADRES MALNUTRIDAS



EXPANDIR Y FORTALECER POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ERRADICAR EL ANALFABETISMO Y AUMENTAR LOS AÑOS DE EDUCACIÓN EN LA POBLACIÓN FEMENINA



DETECTAR SITUACIONES DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DURANTE LOS CONTROLES PRENATALES



CONSEJERÍA PRE-CONCEPCIONAL PARA PROMOVER EMBARAZOS SALUDABLES

RANKING NACIONAL

13

BAJA CALIFORNIA SUR

Nº Mujeres edad fértil: 185,560

Nº Nacimientos: 13,412 (0.5% del país)¹

El estado de **Baja California Sur** ocupa el lugar 14 en el ranking nacional de salud materna de los últimos 10 años. En promedio mueren 40.7 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las principales causas de muerte son la hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo que dan cuenta del 38.9% de las muertes. Las defunciones por enfermedades existentes antes del embarazo dan cuenta del 27.8%. La hemorragia representa el 13% de las muertes.²

Las muertes por aborto es un evento infrecuente en el estado. De hecho, no se encontraron muertes por aborto en el período de 10 años evaluado.³

PRINCIPALES DETERMINANTES

La salud materna del estado se ve influenciada fuertemente por el envejecimiento de su población, la caída de la fecundidad y la **postergación de la maternidad**. Han aumentado los embarazos en mujeres de 35 a 45 años las cuales tienen mayor frecuencia de complicaciones, en especial cuando son primíparas.⁴ De hecho más del 65% de las muertes se asocian a **embarazos de alto riesgo**. Estos requieren ser detectados precozmente durante los controles prenatales y derivados a centros de cuidados obstétricos de mayor complejidad para evitar decesos.

Alrededor de un 12% de la población no tiene acceso a servicios de **agua potable**.

Las infecciones reiteradas por exposición al consumo de agua sucia debilitan a las madres y a sus hijos.

La prevalencia de la **violencia contra la mujer** es de 16.3%, más elevada que la mediana del país. Cambios demográficos como la disminución de los matrimonios, aumento de las uniones informales, consumo de alcohol y drogas, se asocian a mayores niveles de violencia contra la mujer⁵.

La **violencia física** durante el embarazo aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas por golpes, lesiones, parto prematuro y hemorragia. Las mujeres afectadas frecuentemente enfrentan barreras para acceder a un control prenatal regular o a una atención obstétrica de emergencia oportuna. Es necesario **detectarla en los controles prenatales** para prevenir complicaciones, pérdidas, partos prematuros y eventuales muertes.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² Son muertes evitables con tratamiento médico-quirúrgico oportuno y disponibilidad de transfusión sanguínea.

³ El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción tampoco registraron muertes en 10 años.

⁴ Koch E, Thorp J, Bravo M, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS One*. 2012;7(5):e36613.

⁵ Pliego, F. *Las Familias en México. Estructuras de Organización. Procesos de Cambio 2000-2010 y consecuencias en el bienestar de niños y adultos*. (1a ed.). Ciudad de México: Editorial Porrúa; 2014.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

BAJA CALIFORNIA SUR

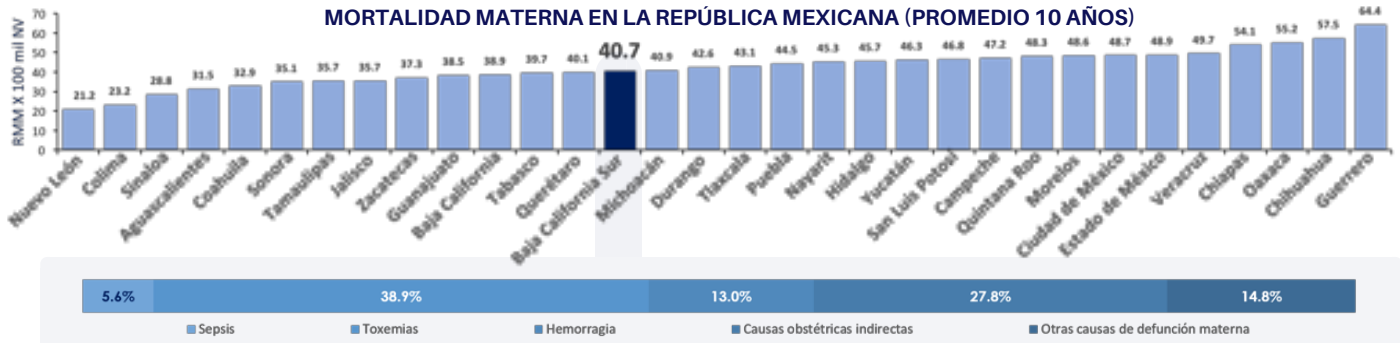


MELISA INSTITUTE

PAÍS 44.6

MENOR

MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO

99.5% ✓
(PAÍS 92.7%)



ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

10.6 ✓
100 NACIDOS VIVOS
(META 10.0/100 NV)



BAJO PESO AL NACER

6.0% ✓
(PAÍS 8.4%)



ESCOLARIDAD DE LA MUJER

ALFABETIZACIÓN

95.8% ✓
(País 92.9%)



AGUA POTABLE

88.1%
(País 91.8%)



VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

16.3%
(País 10.8%)



FECUNDIDAD Y POSTERGACIÓN DE LA MATERNIDAD

2.0 HIJOS
(País 2.3 hijos)

RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA



AUMENTAR EL NÚMERO DE HOGARES CON RED DE AGUA POTABLE Y DRENAJE



DETECTAR SITUACIONES DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DURANTE LOS CONTROLES PRENATALES



CONSEJERÍA PRE-CONCEPCIONAL PARA PROMOVER EMBARAZOS SALUDABLES

RANKING NACIONAL

14

MICHOACÁN

Nº Mujeres edad fértil: 1,221,325

Nº Nacimientos: 111,362 (4.3% del país)¹

El estado de **Michoacán** ocupa el lugar 15 en el ranking nacional de salud materna de los últimos 10 años. En promedio mueren 40.9 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las principales causas de muerte son la hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo que dan cuenta del 24.2% de las muertes. La hemorragia representa el 22.5% de las muertes.² Los decesos por enfermedades existentes antes del embarazo y que se agravan por el mismo, dan cuenta del 18.2%.

El 92.5% de las muertes maternas no tienen relación con el aborto en la actualidad. El aborto inducido es el 2.5% y el espontáneo 0.6% de las muertes en 10 años.³

PRINCIPALES DETERMINANTES

Entre los determinantes de salud pública, el estado de **Michoacán** presenta una cobertura de acceso a la **atención obstétrica de emergencia** insuficiente. Lo mismo ocurre con la cobertura del control prenatal y la **atención profesional del parto**. Esto probablemente incide en que la hemorragia sea la segunda causa de muerte en 10 años.

El **analfabetismo** aún afecta cerca del 12% de la población femenina. Un bajo nivel de educación de las madres afecta el autocuidado del embarazo e incide negativamente en el uso y acceso a los servicios de salud pública disponibles, especialmente en la falta de asistencia a un control prenatal regular.

La malnutrición en asentamientos más pobres de la región está probablemente influyendo en una prevalencia de **bajo peso al nacer** del 8.6%, algo superior a la mediana del país. El **envejecimiento materno** también aumenta los **embarazos de alto riesgo**, partos prematuros y recién nacidos con bajo peso. Estos embarazos necesitan ser detectados precozmente en el control prenatal y derivados a un centro de cuidados obstétricos de mayor complejidad.⁴

Alrededor de un 12% de la población en el estado no tiene acceso a servicios de **agua potable** y cerca del 15% tampoco a **drenaje**. El agua limpia es un determinante clave que influye en la salud materna e infantil de las poblaciones más vulnerables y con mayor pobreza. La exposición al consumo de agua sucia o la contaminación con deposiciones debilita a las madres y a sus hijos debido a las infecciones reiteradas.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² Son muertes evitables con tratamiento médico-quirúrgico oportuno y disponibilidad de transfusión sanguínea.

³ El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 4.4% de las muertes en 10 años.

⁴ Koch E, Thorp J, Bravo M, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: natural experiment in Chile from 1957 to 2007. PloS One. 2012; 7(5): e36613.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

MICHOACÁN

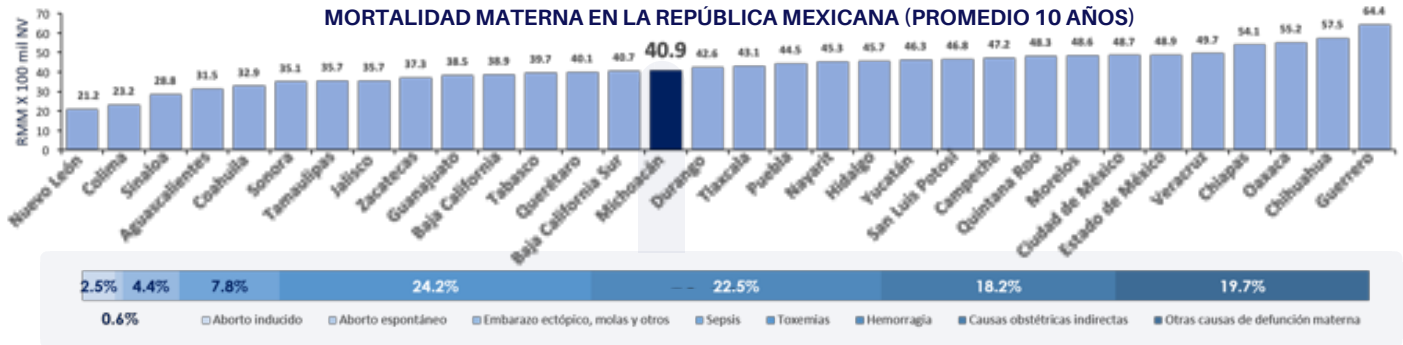


MELISA INSTITUTE

PAÍS 44.6

MENOR

MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO

92.1%
(PAÍS 92.7%)



ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

6.1
100 NACIDOS VIVOS
(META 10.0/100 NV)



BAJO PESO AL NACER

8.6%
(PAÍS 8.4%)



ESCOLARIDAD DE LA MUJER

ALFABETIZACIÓN

88.4%
(País 92.9%)



AGUA POTABLE

88.1%
(País 91.8%)



VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

9.1% ✓
(País 10.8%)



FECUNDIDAD Y POSTERGACIÓN DE LA MATERNIDAD

2.4 HIJOS
(País 2.3 hijos)

RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA



INCREMENTAR LAS VISITAS A CONTROL PRENATAL Y LA ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO



AUMENTAR EL ACCESO Y/O EL NÚMERO DE UNIDADES DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA



EXPANDIR EL CUIDADO PRENATAL ESPECIALIZADO PARA EMBARAZOS DE ALTO RIESGO Y LOS PROGRAMAS DE NUTRICIÓN PARA MADRES MALNUTRIDAS



EXPANDIR Y FORTALECER POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ERRADICAR EL ANALFABETISMO Y AUMENTAR LOS AÑOS DE EDUCACIÓN EN LA POBLACIÓN FEMENINA



AUMENTAR EL NÚMERO DE HOGARES CON RED DE AGUA POTABLE Y DRENAJE

RANKING NACIONAL

15

DURANGO

Nº Mujeres edad fértil: 455,643

Nº Nacimientos: 41,922 (1.6% del país)¹

El estado de **Durango** ocupa el lugar 16 en el ranking nacional de salud materna de los últimos 10 años. En promedio mueren 42.6 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las principales causas de muerte son la hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo que dan cuenta del 29% de las muertes. La hemorragia representa el 22.4% de las muertes.² Las defunciones obstétricas indirectas, por enfermedades existentes antes del embarazo dan cuenta del 15.8%.

El 94.1% de las muertes maternas no tienen relación con el aborto en la actualidad. El aborto inducido es el 2.7% y el espontáneo 0.5% del total en 10 años.³

PRINCIPALES DETERMINANTES

El perfil de salud materna del estado se ve influido por la caída de la fecundidad y la **postergación de la maternidad**. Al aumentar los embarazos en el segmento de mayor edad (35 a 45 años) se observan con mayor frecuencia complicaciones obstétricas y enfermedades concomitantes.⁴ Estos embarazos de alto riesgo necesitan ser detectados precozmente en el control prenatal y derivados a cuidados especializados.

Entre los determinantes de salud pública, el estado de Durango aparece con una cobertura de acceso a la **atención obstétrica de emergencia** insuficiente. Esto incide en que la hemorragia sea la 2ª causa más importante de muerte en 10 años.

Alrededor del 12% de la población en el estado no tiene acceso a **drenaje**. La exposición al consumo de agua sucia o la contaminación con deposiciones debilita a las madres y a sus hijos debido a las infecciones reiteradas.

La prevalencia de la **violencia contra la mujer** es de 10.2%, algo más baja que la mediana del país. Cambios demográficos como la disminución de los matrimonios, aumento de las uniones informales, consumo de alcohol y drogas, se asocian a mayores niveles de violencia contra la mujer.⁵

La **violencia física** durante el embarazo aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas por golpes, lesiones, parto prematuro y hemorragia. Las mujeres afectadas frecuentemente enfrentan barreras para acceder a un control prenatal regular o a una atención obstétrica de emergencia oportuna. Es necesario **detectarla en los controles prenatales** para prevenir complicaciones, pérdidas, partos prematuros y eventuales muertes.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² Son muertes evitables con tratamiento médico-quirúrgico oportuno y disponibilidad de transfusión sanguínea.

³ El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 2.7% de las muertes en 10 años.

⁴ Koch E, Thorp J, Bravo M, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS One*. 2012;7(5):e36613.

⁵ Pliego, F. *Las Familias en México. Estructuras de Organización. Procesos de Cambio 2000-2010 y consecuencias en el bienestar de niños y adultos*. (1ª ed.). Ciudad de México: Editorial Porrúa; 2014.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

DURANGO

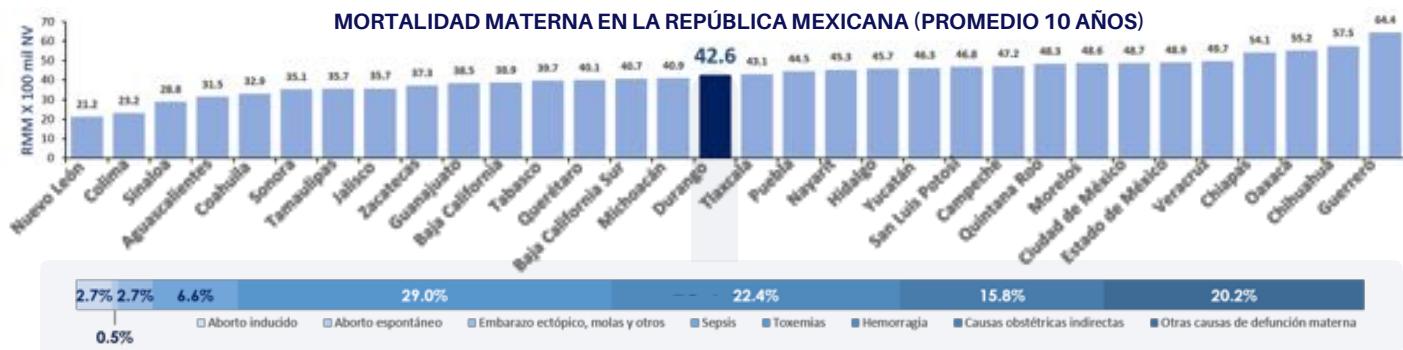


MELISA
INSTITUTE

PAÍS 44.6

MENOR

MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



ATENCIÓN PROFESIONAL
DEL PARTO

93.3% ✓
(PAÍS 92.7%)



ATENCIÓN OBSTÉTRICA
DE EMERGENCIA

8.2
100 NACIDOS VIVOS
(META 10.0/100 NV)



BAJO PESO AL NACER

8.0% ✓
(PAÍS 8.4%)



ESCOLARIDAD DE LA MUJER

ALFABETIZACIÓN

95.5% ✓
(País 92.9%)



ACCESO A DRENAJE

88.3%
(País 91.0%)



VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

10.2%
(País 10.8%)



FECUNDIDAD Y POSTERGACIÓN DE
LA MATERNIDAD

2.4 HIJOS
(País 2.3 hijos)

RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA



AUMENTAR EL ACCESO Y/O EL NÚMERO DE UNIDADES DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA



AUMENTAR EL NÚMERO DE HOGARES CON RED DE AGUA POTABLE Y DRENAJE



CONSEJERÍA PRE-CONCEPCIONAL PARA PROMOVER EMBARAZOS SALUDABLES



DETECTAR SITUACIONES DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DURANTE LOS
CONTROLES PRENATALES

RANKING
NACIONAL

16

TLAXCALA

Nº Mujeres edad fértil: 337,572

Nº Nacimientos: 27,867 (1.1% del país)¹

El estado de **Tlaxcala** ocupa el lugar 17 en el ranking nacional de salud materna. En promedio mueren 43.1 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las principales causas de muerte son la hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo que dan cuenta del 46.7% de las muertes. La hemorragia representa el 14.8% de las muertes.² Las defunciones obstétricas por enfermedades existentes antes del embarazo y que se agravan por el mismo, dan cuenta del 12.3%.

El 92.7% de las muertes maternas no tienen relación con el aborto. El aborto inducido es el 5.7%. No se encontraron muertes por abortos espontáneos en este periodo.³

PRINCIPALES DETERMINANTES

La salud materna del estado se ve influido por la caída de la fecundidad, el envejecimiento de su población y la **postergación de la maternidad**. Al aumentar los embarazos en el segmento de mayor edad (35 a 45 años) se observan con mayor frecuencia complicaciones obstétricas y enfermedades concomitantes.⁴ Estos **embarazos de alto riesgo** necesitan ser detectados precozmente en el control prenatal y derivados a un centro de cuidados obstétricos especializados de mayor complejidad.

Entre los determinantes de salud pública, el estado de **Tlaxcala** presenta una cobertura de acceso a la **atención obstétrica de emergencia** insuficiente. Esto probablemente incide en que la hemorragia sea la segunda causa más importante de muerte en 10 años.

El **bajo peso al nacer** es mayor a la mediana del país. La malnutrición materna en asentamientos de pobreza no parece ser el único factor que lo explica. El envejecimiento materno, al aumentar los embarazos con enfermedades más complejas, ha incrementado así mismo el riesgo de **partos prematuros** y los recién nacidos con bajo peso.

El **analfabetismo** aún afecta cerca del 8% de la población femenina. Un bajo nivel de educación de las madres afecta el autocuidado del embarazo e incide negativamente en el uso y acceso a los servicios de salud pública disponibles, especialmente en la inasistencia a un control prenatal regular.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² Son muertes evitables con tratamiento médico-quirúrgico oportuno y disponibilidad de transfusión sanguínea.

³ El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 1.6% de las muertes en 10 años.

⁴ Koch E, Thorp J, Bravo M, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS One*. 2012;7(5):e36613.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

TLAXCALA

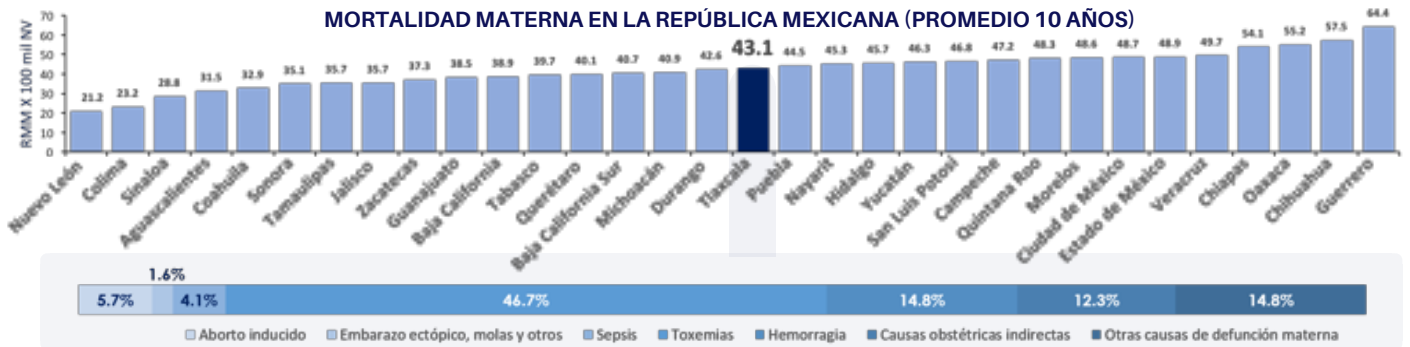


MELISA INSTITUTE

PAÍS 44.6

MENOR

MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO

98.2% ✓
(PAÍS 92.7%)



ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

7.6
100 NACIDOS VIVOS
(META 10.0/100 NV)



BAJO PESO AL NACER

10.1%
(PAÍS 8.4%)



ESCOLARIDAD DE LA MUJER

ALFABETIZACIÓN

92.8%
(País 92.9%)



AGUA POTABLE

95.6% ✓
(País 91.8%)



VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

9.3% ✓
(País 10.8%)



FECUNDIDAD Y POSTERGACIÓN DE LA MATERNIDAD

2.4 HIJOS
(País 2.3 hijos)

RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA



AUMENTAR EL ACCESO Y/O EL NÚMERO DE UNIDADES DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA



EXPANDIR EL CUIDADO PRENATAL ESPECIALIZADO PARA EMBARAZOS DE ALTO RIESGO Y LOS PROGRAMAS DE NUTRICIÓN PARA MADRES MALNUTRIDAS



EXPANDIR Y FORTALECER POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ERRADICAR EL ANALFABETISMO Y AUMENTAR LOS AÑOS DE EDUCACIÓN EN LA POBLACIÓN FEMENINA



CONSEJERÍA PRE-CONCEPCIONAL PARA PROMOVER EMBARAZOS SALUDABLES

RANKING NACIONAL

17

PUEBLA

Nº Mujeres edad fértil: 1,633,117

Nº Nacimientos: 146,865 (5.7% del país)¹

El estado de **Puebla** ocupa el lugar 18 en el ranking nacional de salud materna de los últimos 10 años. En promedio mueren 44.5 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos y es similar a la media del país.

Las principales causas de muerte son la hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo que dan cuenta del 26.2% de las muertes. La hemorragia representa el 25.2% de las muertes.² Las defunciones obstétricas indirectas por enfermedades existentes antes del embarazo dan cuenta del 20.9%.

El 94.1% de las muertes maternas no tienen relación con el aborto. El aborto inducido representa el 2.6% y el espontáneo 0.5% del total de las muertes en 10 años.³

PRINCIPALES DETERMINANTES

Entre los determinantes de salud pública, el estado de **Puebla** presenta una cobertura de acceso a la **atención obstétrica de emergencia** insuficiente. Lo mismo ocurre con la **atención profesional del parto** y el control prenatal. Esto probablemente incide en que la hemorragia sea la segunda causa de muerte más relevante en 10 años.

El **analfabetismo** aún afecta cerca del 14% de la población femenina. Un bajo nivel de educación de las madres afecta el autocuidado del embarazo e incide negativamente en el uso y acceso a los servicios de salud pública disponibles, especialmente en la inasistencia o falta de un **control prenatal** regular.

La malnutrición materna en asentamientos más pobres probablemente influye en una prevalencia de **bajo peso al nacer** del 9.6%, superior a la mediana del país. Por otro lado, **el envejecimiento materno**, es decir un aumento de embarazos en mujeres de mayor edad que se produce por la caída de la fecundidad y la mayor postergación de la maternidad, también está influyendo en un aumento de los **embarazos de alto riesgo**⁴, incrementando el número de partos prematuros y el bajo peso de recién nacidos. Estos embarazos necesitan ser detectados precozmente en el control prenatal y derivados a un centro de **cuidados obstétricos especializados** de mayor complejidad.

Alrededor de un 16% de la población en el estado no tiene acceso a servicios de **agua potable** y cerca del 15% tampoco a **drenaje**. El agua limpia es un determinante clave que influye en la salud materna e infantil de las poblaciones más vulnerables. La exposición al consumo de agua sucia o la contaminación con deposiciones debilita a las madres y a sus hijos debido a las infecciones reiteradas.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² Son muertes evitables con tratamiento médico-quirúrgico oportuno y disponibilidad de transfusión sanguínea.

³ El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 2.8% de las muertes en 10 años.

⁴ Koch E, Thorp J, Bravo M, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS One*. 2012;7(5):e36613.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

PUEBLA

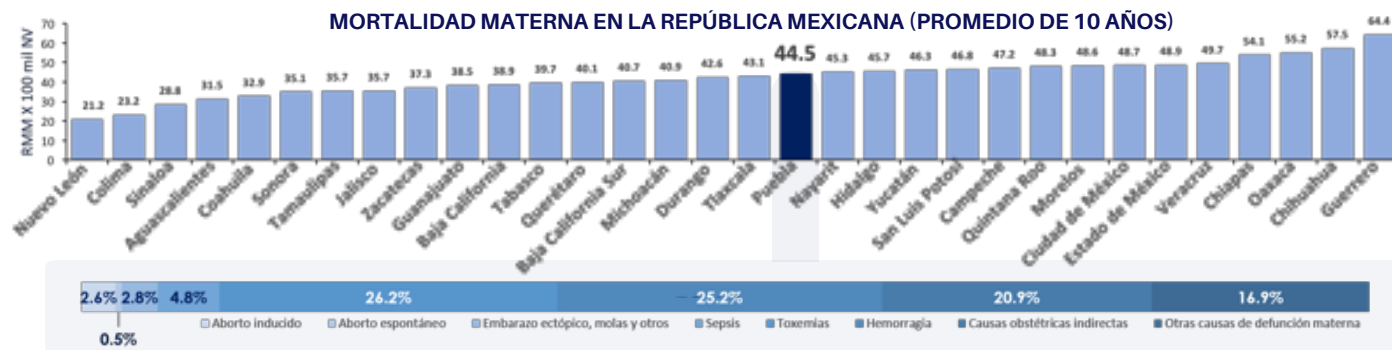
MELISA INSTITUTE



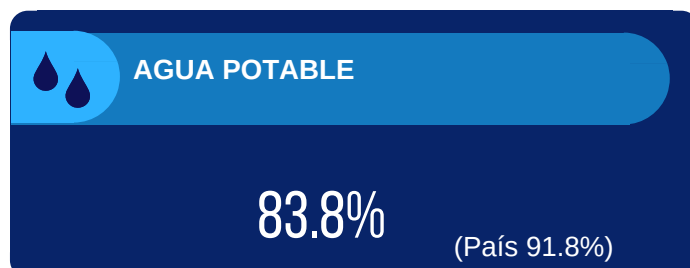
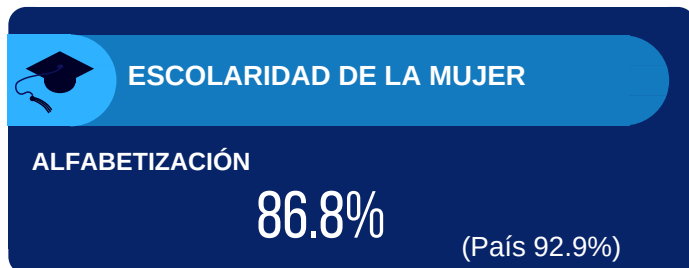
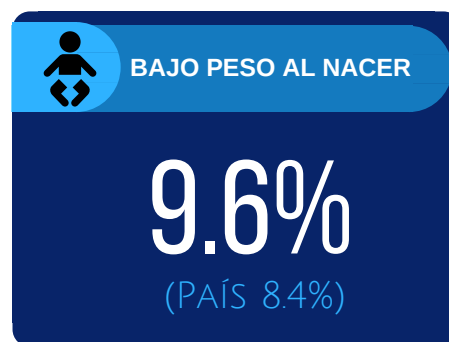
PAÍS 44.6

MENOR

MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA



INCREMENTAR LAS VISITAS A CONTROL PRENATAL Y LA ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO



AUMENTAR EL ACCESO Y/O EL NÚMERO DE UNIDADES DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA



EXPANDIR EL CUIDADO PRENATAL ESPECIALIZADO PARA EMBARAZOS DE ALTO RIESGO Y LOS PROGRAMAS DE NUTRICIÓN PARA MADRES MALNUTRIDAS



EXPANDIR Y FORTALECER POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ERRADICAR EL ANALFABETISMO Y AUMENTAR LOS AÑOS DE EDUCACIÓN EN LA POBLACIÓN FEMENINA



AUMENTAR EL NÚMERO DE HOGARES CON RED DE AGUA POTABLE Y DRENAJE

RANKING NACIONAL

18

NAYARIT

Nº Mujeres edad fértil: 301,241

Nº Nacimientos: 24,949 (1.0% del país)¹

El estado de **Nayarit** ocupa el lugar 19 en el ranking nacional de salud materna. En promedio mueren 45.3 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las hemorragias representan el 28.2% de las muertes.² En segundo lugar, la hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo que dan cuenta del 20.5% de las muertes. Luego, las defunciones indirectas por enfermedades existentes antes del embarazo dan cuenta del 18.8%.

El 90.6% de las muertes maternas no tienen relación con el aborto. El aborto inducido es el 3.4% de las muertes totales en 10 años. No se encontraron muertes por abortos espontáneos en este periodo.³

PRINCIPALES DETERMINANTES

Entre los determinantes de salud pública, el estado de **Nayarit** presenta una cobertura de acceso a la **atención obstétrica de emergencia** insuficiente. Esto probablemente incide en que la hemorragia sea la principal causa de muerte en 10 años. Lo mismo ocurre con la **atención profesional del parto** y el control prenatal.

La salud materna del estado se ve influida por la **caída de la fecundidad, el envejecimiento de su población y la postergación de la maternidad**. Al aumentar los embarazos en el segmento de mayor edad (35 a 45 años) se producen complicaciones obstétricas con mayor frecuencia.⁴ De hecho los **embarazos de alto riesgo** dan cuenta del 39% de las muertes en 10 años.

Alrededor de un 12% de la población no tiene acceso a servicios de **agua potable**. Las infecciones reiteradas por exposición al consumo de agua sucia o la contaminación con deposiciones debilitan a las madres y a sus hijos debido a las infecciones reiteradas.

La prevalencia de la **violencia contra la mujer** es de 14.8%. Cambios demográficos como la disminución de los matrimonios, aumento de uniones informales, consumo de alcohol y drogas, se asocian a mayores niveles de violencia contra la mujer.⁵

La **violencia física** durante el embarazo aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas por golpes, lesiones, parto prematuro y hemorragia. Las mujeres afectadas frecuentemente enfrentan barreras para acceder a un control prenatal regular o a una atención obstétrica de emergencia oportuna. Es necesario **detectarla en los controles prenatales** para prevenir complicaciones, pérdidas, partos prematuros y muertes.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² Son muertes evitables con tratamiento médico-quirúrgico oportuno y disponibilidad de transfusión sanguínea.

³ El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 6% de las muertes en 10 años.

⁴ Koch E, Thorp J, Bravo M, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS One*. 2012;7(5):e36613.

⁵ Pliego, F. *Las Familias en México. Estructuras de Organización. Procesos de Cambio 2000-2010 y consecuencias en el bienestar de niños y adultos*. (1a ed.). Ciudad de México: Editorial Porrúa; 2014.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

NAYARIT

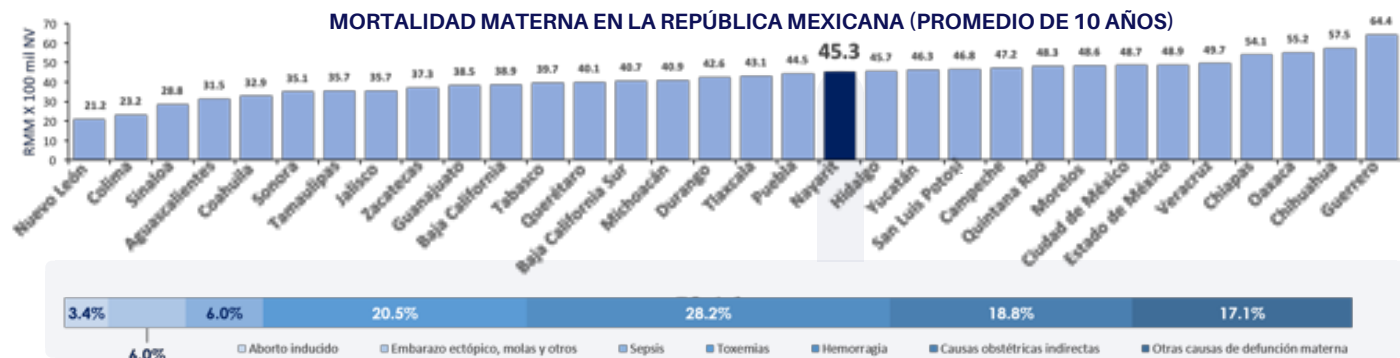


MELISA
INSTITUTE

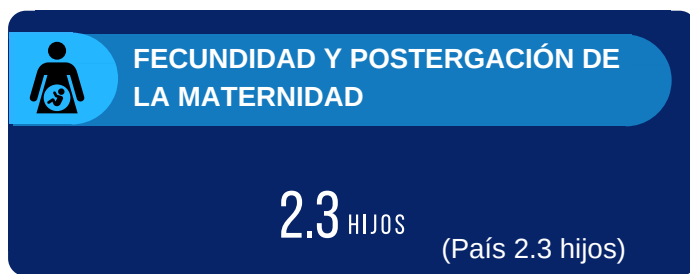
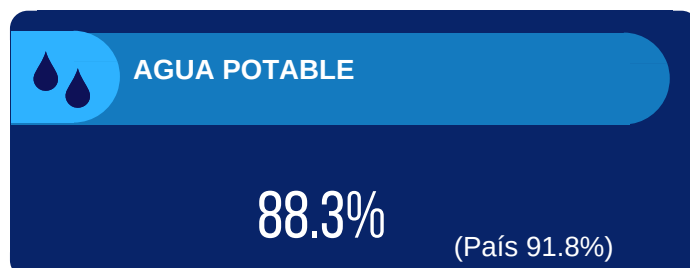
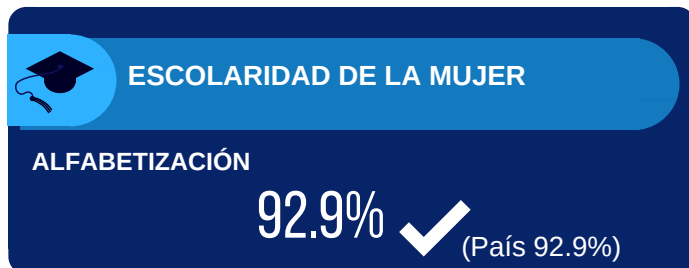
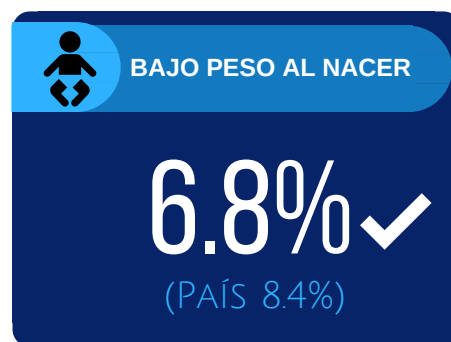
PAÍS 44.6

MENOR

MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA



INCREMENTAR LAS VISITAS A CONTROL PRENATAL Y LA ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO



AUMENTAR EL ACCESO Y/O EL NÚMERO DE UNIDADES DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA



AUMENTAR EL NÚMERO DE HOGARES CON RED DE AGUA POTABLE Y DRENAJE



DETECTAR SITUACIONES DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DURANTE LOS CONTROLES PRENATALES

**RANKING
NACIONAL**

19

HIDALGO

Nº Mujeres edad fértil: 756,232

Nº Nacimientos: 63,380 (2.5% del país)¹

El estado de **Hidalgo** ocupa el lugar 20 en el ranking nacional de salud materna de los últimos 10 años. En promedio mueren 45.7 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las principales causas de muerte son la hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo que dan cuenta del 30.9% de las muertes. La hemorragia representa el 24.6% de las muertes maternas.² Las defunciones obstétricas indirectas por enfermedades existentes antes del embarazo dan cuenta del 16.9%.

El 92.4% de las muertes maternas no tiene relación con el aborto. El aborto inducido es el 4% y el espontáneo 0.3% del total de muertes en 10 años.³

PRINCIPALES DETERMINANTES

Entre los determinantes de salud pública, el estado de **Hidalgo** presenta una cobertura de acceso a la **atención obstétrica de emergencia** insuficiente. Esto probablemente incide en que la hemorragia sea la segunda causa de muerte en 10 años. Lo mismo ocurre con la **atención profesional del parto** y el control prenatal.

Alrededor de un 13% de la población no tiene acceso a servicios de **agua potable** y el 17% no cuenta con **drenaje**. Las infecciones reiteradas por exposición al consumo de agua sucia o la contaminación con deposiciones debilitan a las madres y a sus hijos.

El **analfabetismo** aún afecta cerca del 14% de la población femenina. Un bajo nivel de educación de las madres afecta el autocuidado del embarazo e incide negativamente en acceso a los servicios de salud pública disponibles, especialmente en la adherencia a un control prenatal regular o asistir a un servicio de emergencia frente a complicaciones.

La salud materna del estado comienza también a verse influida por la caída de la fecundidad y la **postergación de la maternidad**. Al aumentar los embarazos de mayor edad (35 a 45 años) se producen con mayor frecuencia complicaciones por hipertensión gestacional, preeclampsia, toxemias y enfermedades concomitantes.⁴ De hecho, los **embarazos de alto riesgo** dan cuenta del 47% de las muertes en 10 años. Pueden aumentar los partos prematuros y los recién nacidos con **bajo peso** lo que también se ve influido negativamente por embarazos con malnutrición materna. Para evitar muertes, se requiere que los embarazos de alto riesgo sean detectados precozmente en el **control prenatal** y derivados a un centro de cuidados obstétricos especializado de mayor complejidad.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² Son muertes evitables con tratamiento médico-quirúrgico oportuno y disponibilidad de transfusión sanguínea.

³ El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 3.3% de las muertes en 10 años.

⁴ Koch E, Thorp J, Bravo M, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS One*. 2012;7(5):e36613.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

HIDALGO

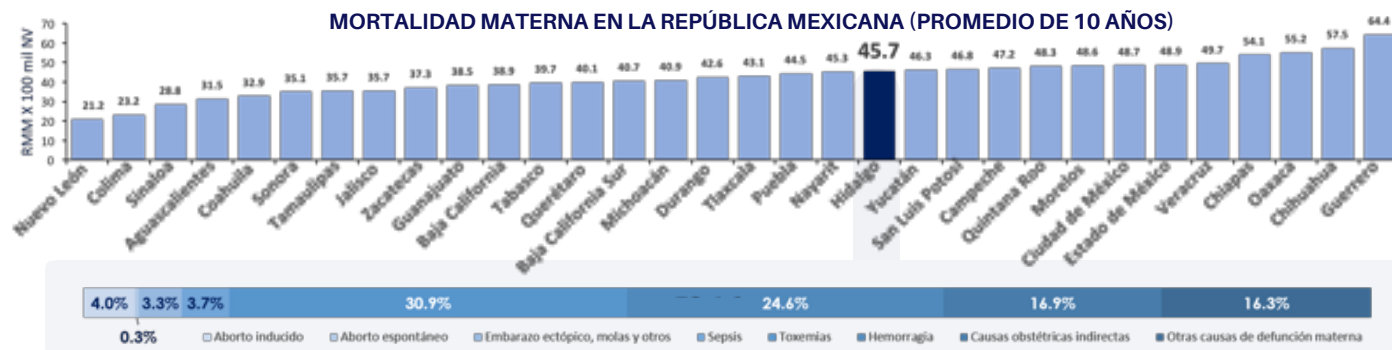


MELISA INSTITUTE

PAÍS 44.6

← MENOR

→ MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA



INCREMENTAR LAS VISITAS A CONTROL PRENATAL Y LA ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO



AUMENTAR EL ACCESO Y/O EL NÚMERO DE UNIDADES DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA



EXPANDIR EL CUIDADO PRENATAL ESPECIALIZADO PARA EMBARAZOS DE ALTO RIESGO Y LOS PROGRAMAS DE NUTRICIÓN PARA MADRES MALNUTRIDAS



EXPANDIR Y FORTALECER POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ERRADICAR EL ANALFABETISMO Y AUMENTAR LOS AÑOS DE EDUCACIÓN EN LA POBLACIÓN FEMENINA



AUMENTAR EL NÚMERO DE HOGARES CON RED DE AGUA POTABLE Y DRENAJE

RANKING NACIONAL

20

YUCATÁN

Nº Mujeres edad fértil: 551,965

Nº Nacimientos: 36,860 (1.4% del país)¹

El estado de **Yucatán** ocupa el lugar 21 en el ranking nacional de salud materna. En promedio mueren 46.3 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por año.

La hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo dan cuenta del 34.8% de las muertes. Las defunciones obstétricas indirectas por enfermedades existentes antes del embarazo dan cuenta del 24.9%. La hemorragia representa el 16.6% de las muertes maternas.²

El 92.8% de las muertes maternas no tienen relación con el aborto. El aborto inducido representó el 2.8% de las muertes en 10 años. No se encontraron muertes por abortos espontáneos en este periodo.³

PRINCIPALES DETERMINANTES

Entre los determinantes de salud pública que deben mejorar en el Yucatán se encuentra el acceso a la **atención obstétrica de emergencia** la cual es insuficiente.

La malnutrición materna en asentamientos más pobres influye en una prevalencia de **bajo peso al nacer** del 10.7%. Por otro lado, la caída de la fecundidad y una mayor **postergación de la maternidad** (35 a 45 años) influyen aumentando los embarazos complicados, los partos prematuros y los recién nacidos de bajo peso.⁴ De hecho, el 60% de las muertes en 10 años se producen por estos **embarazos de alto riesgo**.

Cerca del 12% de la población femenina es **analfabeta**. Un bajo nivel de educación de las madres afecta el autocuidado del embarazo e incide negativamente en el acceso a los servicios de salud, provocando la falta de adherencia a un **control prenatal regular** incluyendo acudir a un servicio de emergencia frente a complicaciones del embarazo.

Alrededor de un 20% de la población no tiene acceso a **drenaje**. Las infecciones reiteradas por exposición al consumo de agua sucia o la contaminación con deposiciones debilitan a las madres y a sus hijos por infecciones reiteradas.

La prevalencia de **violencia contra la mujer** por parte de la pareja es del 11.5%. Las mujeres afectadas frecuentemente enfrentan barreras para acceder a un buen control del embarazo. La **violencia física** aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas por golpes, lesiones, partos prematuros y hemorragias. Es necesario **detectarla durante los controles prenatales** para intervenir y prevenir muertes por estas complicaciones.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa

² Son muertes evitables con tratamiento médico-quirúrgico oportuno y disponibilidad de transfusión sanguínea.

³ El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 4.4% de las muertes en 10 años.

⁴ Koch E, Thorp J, Bravo M, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS One*. 2012;7(5):e36613.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

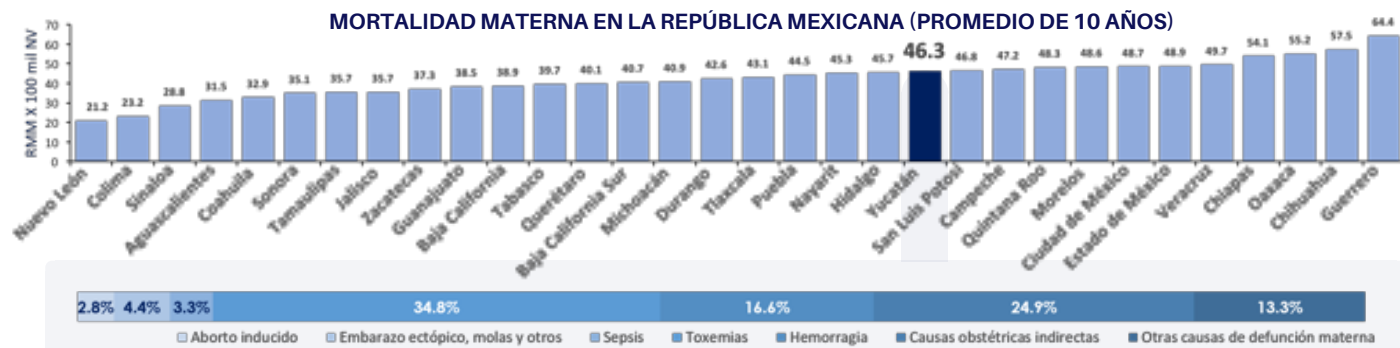
YUCATÁN

MELISA INSTITUTE

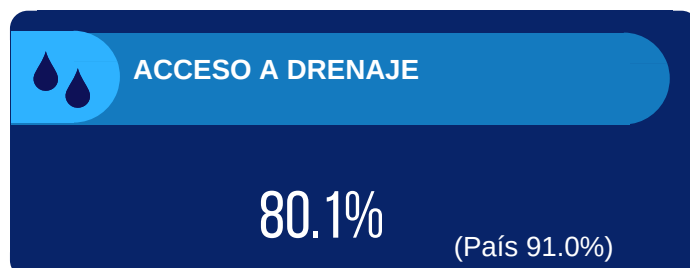
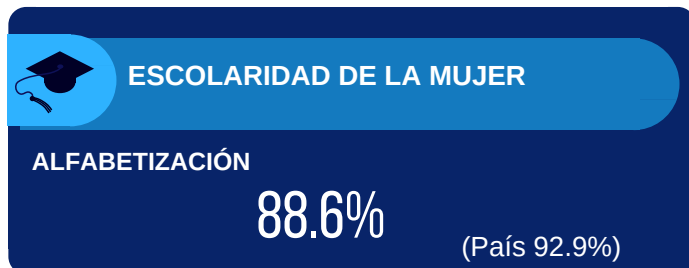
PAÍS 44.6

← MENOR

→ MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA

- AUMENTAR EL ACCESO Y/O EL NÚMERO DE UNIDADES DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA
- EXPANDIR EL CUIDADO PRENATAL ESPECIALIZADO PARA EMBARAZOS DE ALTO RIESGO Y LOS PROGRAMAS DE NUTRICIÓN PARA MADRES MALNUTRIDAS
- FORTALECER POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ERRADICAR EL ANALFABETISMO Y AUMENTAR LOS AÑOS DE EDUCACIÓN EN LA POBLACIÓN FEMENINA
- AUMENTAR EL NÚMERO DE HOGARES CON RED DE AGUA POTABLE Y DRENAJE
- DETECTAR SITUACIONES DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DURANTE LOS CONTROLES PRENATALES

RANKING NACIONAL
21

SAN LUIS POTOSÍ

Nº Mujeres edad fértil: 710,305

Nº Nacimientos: 57,549 (2.2% del país)¹

El estado de **San Luis Potosí** ocupa el lugar 22 en el ranking nacional de salud materna. En promedio mueren 46.8 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las principales causas de muerte son la hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo que dan cuenta del 33.7%. La hemorragia representa el 23.5% de las muertes materna.² Las defunciones obstétricas indirectas por enfermedades existentes antes del embarazo y que se agravan por el mismo, dan cuenta del 17.2%.

El 93.3% de las muertes maternas no tienen relación con el aborto. El aborto inducido es el 1.8% y el espontáneo 0.7% de las muertes en 10 años.³

PRINCIPALES DETERMINANTES

Entre los determinantes de salud pública, el estado de **San Luis Potosí** presenta una cobertura de acceso a la **atención obstétrica de emergencia** insuficiente. Lo mismo ocurre con la **atención profesional del parto** y el **control prenatal**. Esto probablemente incide en que la hemorragia sea la segunda causa de muerte materna en 10 años.

El **analfabetismo** aún afecta cerca del 10% de la población femenina. Un bajo nivel de educación de las madres incide negativamente en el acceso a los servicios de salud pública disponibles, especialmente en la falta de adherencia a un control prenatal regular o asistencia a un servicio de emergencia frente a complicaciones.

Alrededor de un 17% de la población no tiene acceso a servicios de **agua potable** y el 20% no cuenta con **drenaje**. Las infecciones reiteradas por exposición al consumo de agua sucia o la contaminación con deposiciones debilitan a las madres y a sus hijos.

La prevalencia de la **violencia contra la mujer** es de 10.5%. Cambios demográficos como la disminución de los matrimonios, aumento de las uniones informales, consumo de alcohol y drogas, se asocian a mayores niveles de violencia contra la mujer.⁴ La **violencia física** durante el embarazo aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas por golpes, lesiones, parto prematuro y hemorragia. Las mujeres afectadas enfrentan barreras para acceder a un control prenatal regular o a una atención obstétrica de emergencia oportuna. Es necesario **detectarla en los controles prenatales** para prevenir complicaciones, pérdidas, partos prematuros y muertes.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² Son muertes evitables con tratamiento médico-quirúrgico oportuno y disponibilidad de transfusión sanguínea.

³ El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 4.2% de las muertes en 10 años.

⁴ Pliego, F. Las Familias en México. Estructuras de Organización. Procesos de Cambio 2000-2010 y consecuencias en el bienestar de niños y adultos. (1a ed.). Ciudad de México: Editorial Porrúa; 2014.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

SAN LUIS POTOSÍ



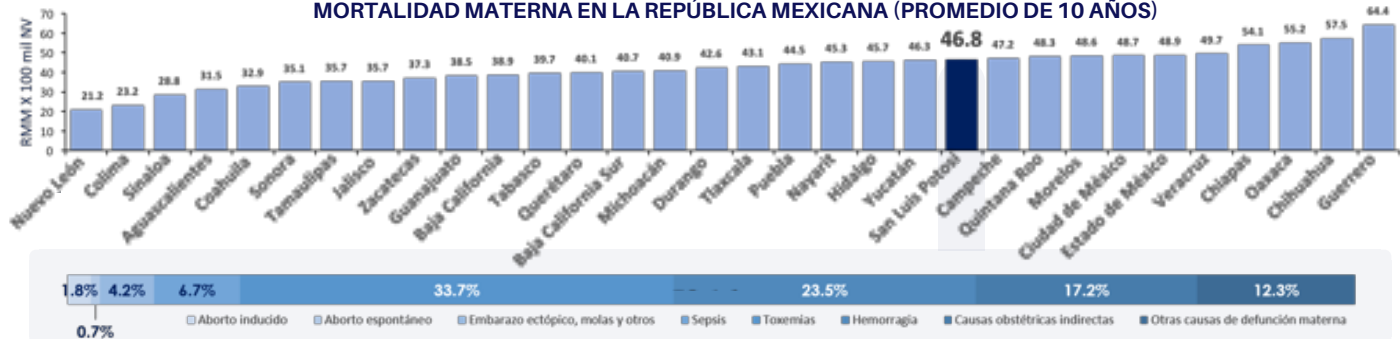
MELISA
INSTITUTE

PAÍS 44.6

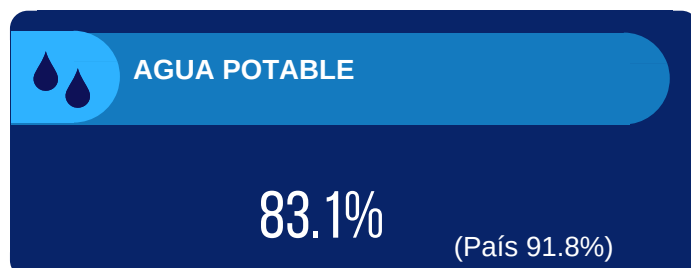
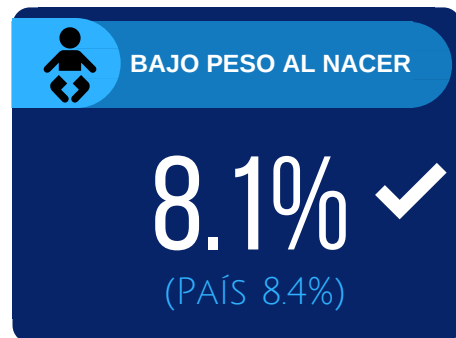
MENOR

MAYOR

MORTALIDAD MATERNA EN LA REPÚBLICA MEXICANA (PROMEDIO DE 10 AÑOS)



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA

- AUMENTAR EL ACCESO Y/O EL NÚMERO DE UNIDADES DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA
- EXPANDIR EL CUIDADO PRENATAL PARA LOS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO
- FORTALECER POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ERRADICAR EL ANALFABETISMO Y AUMENTAR LOS AÑOS DE EDUCACIÓN EN LA POBLACIÓN FEMENINA
- AUMENTAR EL NÚMERO DE HOGARES CON RED DE AGUA POTABLE Y DRENAJE
- DETECTAR SITUACIONES DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DURANTE LOS CONTROLES PRENATALES

RANKING
NACIONAL

22

CAMPECHE

Nº Mujeres edad fértil: 240,697

Nº Nacimientos: 22,138 (0.9% del país)¹

El estado de **Campeche** ocupa el lugar 23 en el ranking nacional de salud materna. En promedio mueren 47.2 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las principales causas de muerte son la hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo que dan cuenta del 31.9% de las muertes. Las defunciones obstétricas indirectas, es decir aquellas muertes por enfermedades existentes antes del embarazo y que se agravan por el mismo, dan cuenta del 20.9%. La hemorragia representa el 17.6% de las muertes maternas.²

El 95.6% de las muertes maternas no tiene relación con el aborto. El aborto inducido es el 2.2% de las muertes en 10 años. No se encontraron muertes por abortos espontáneos en este periodo.³

PRINCIPALES DETERMINANTES

El perfil de salud materna de **Campeche** se ve influenciado por el envejecimiento de su población, la caída de la fecundidad y la **postergación de la maternidad**. Han aumentado los embarazos en mujeres de 35 a 45 años las cuales tienen mayor frecuencia de complicaciones, en especial cuando son primíparas.⁴ De hecho, en 10 años el 52% de las muertes se asocian a **embarazos de alto riesgo**. Estos requieren ser detectados precozmente durante los controles prenatales y derivados a centros de cuidados obstétricos de mayor complejidad para evitar decesos.

Aunque el estado tiene una alta cobertura de atención profesional del parto (98%) el acceso oportuno a la **atención obstétrica de emergencia** pasa a ser insuficiente.

Alrededor de un 15% de la población no tiene acceso a servicios de **agua potable** y el 14% no cuenta con **drenaje**. Las infecciones reiteradas por exposición al consumo de agua sucia o la contaminación con deposiciones debilitan a las madres y a sus hijos debido a las infecciones.

El **analfabetismo** aún afecta cerca del 10% de la población femenina. Un bajo nivel de educación de las madres afecta el autocuidado del embarazo e incide negativamente en el acceso a los servicios de salud pública y emergencia disponibles.

La prevalencia de **violencia contra la mujer** por parte de la pareja es del 10.7%. La violencia física aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas por golpes, lesiones, partos prematuros y hemorragias. Es necesario **detectarla durante los controles prenatales** para intervenir y prevenir muertes por estas complicaciones.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² Son muertes evitables con tratamiento médico-quirúrgico oportuno y disponibilidad de transfusión sanguínea.

³ El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 2.2% de las muertes en 10 años.

⁴ Koch E, Thorp J, Bravo M, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS One*. 2012;7(5):e36613.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

CAMPECHE

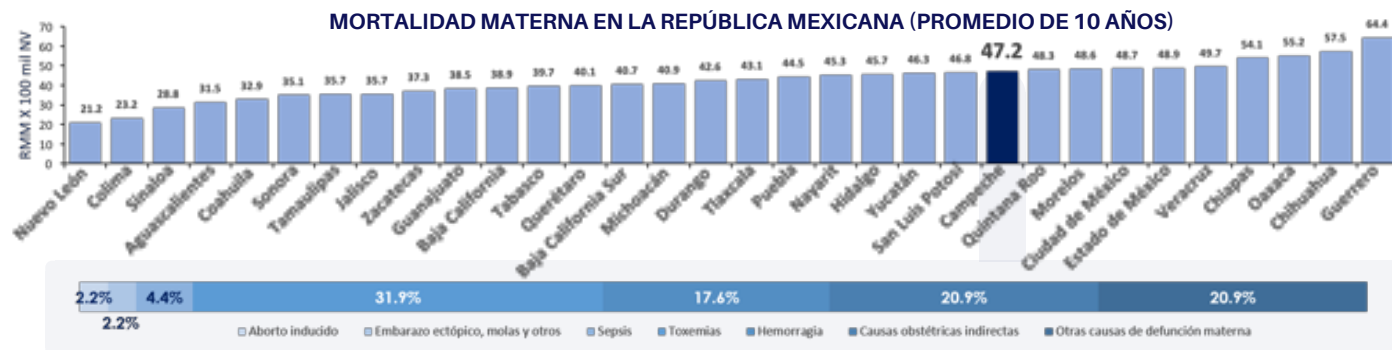


MELISA INSTITUTE

PAÍS 44.6

MENOR

MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA

- AUMENTAR EL ACCESO Y/O EL NÚMERO DE UNIDADES DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA
- CONSEJERÍA PRE-CONCEPCIONAL PARA PROMOVER EMBARAZOS SALUDABLES
- EXPANDIR Y FORTALECER POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ERRADICAR EL ANALFABETISMO Y AUMENTAR LOS AÑOS DE EDUCACIÓN EN LA POBLACIÓN FEMENINA
- AUMENTAR EL NÚMERO DE HOGARES CON RED DE AGUA POTABLE Y DRENAJE
- DETECTAR SITUACIONES DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DURANTE LOS CONTROLES PRENATALES

RANKING NACIONAL

23

QUINTANA ROO

Nº Mujeres edad fértil: 406,139

Nº Nacimientos: 28,848 (1.1% del país)¹

El estado de **Quintana Roo** ocupa el lugar 24 en el ranking nacional de salud materna. En promedio mueren 48.3 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las principales causas de muerte son la hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo que dan cuenta del 27.9%. Las defunciones obstétricas indirectas por enfermedades existentes antes del embarazo dan cuenta del 26.4%. La hemorragia representa el 17.9% de las muertes maternas.²

El 92.9% de las muertes maternas no tienen relación con el aborto en la actualidad. El aborto inducido es el 1.4% de las muertes en 10 años. No se encontraron muertes por abortos espontáneos en este periodo.³

PRINCIPALES DETERMINANTES

Entre los determinantes de salud pública, el estado de Quintana Roo presenta una cobertura de acceso a la **atención obstétrica de emergencia** que aún debería mejorar. Lo mismo ocurre con la **atención profesional del parto y el control prenatal**.

El perfil de salud materna del estado se ve influido por la caída de la fecundidad, el envejecimiento de su población y la **postergación de la maternidad**. Al aumentar los embarazos en el segmento de mayor edad (35 a 45 años) se observan con mayor frecuencia complicaciones obstétricas y enfermedades concomitantes.⁴ Estos **embarazos de alto riesgo** necesitan ser detectados precozmente en el control prenatal y derivados a un centro de cuidados obstétricos de mayor complejidad.

El **analfabetismo** aún afecta cerca del 8% de la población femenina. Un bajo nivel de educación de las madres afecta el autocuidado del embarazo e incide negativamente en el uso y acceso a los servicios de salud pública disponibles, especialmente en la escasa adherencia al control prenatal regular o asistencia a un servicio de emergencia en caso de que se presenten complicaciones.

Alrededor de un 9% de la población no tiene acceso a servicios de **agua potable**. Las infecciones reiteradas por exposición al consumo de agua sucia debilitan a las madres y a sus hijos.

La prevalencia de **violencia contra la mujer** por parte de la pareja es del 10.7%. La violencia física aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas por golpes, lesiones, partos prematuros y hemorragias. Es necesario **detectarla durante los controles prenatales** para intervenir y prevenir muertes por estas complicaciones.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa

² Son muertes evitables con tratamiento médico-quirúrgico oportuno y disponibilidad de transfusión sanguínea.

³ El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 5.7% de las muertes en 10 años.

⁴ Koch E, Thorp J, Bravo M, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS One*. 2012;7(5):e36613.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

QUINTANA ROO

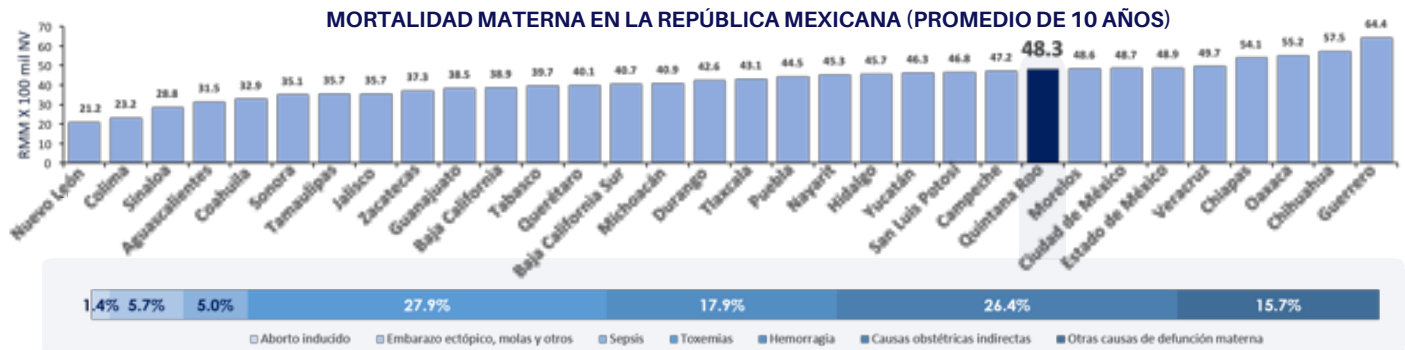


MELISA INSTITUTE

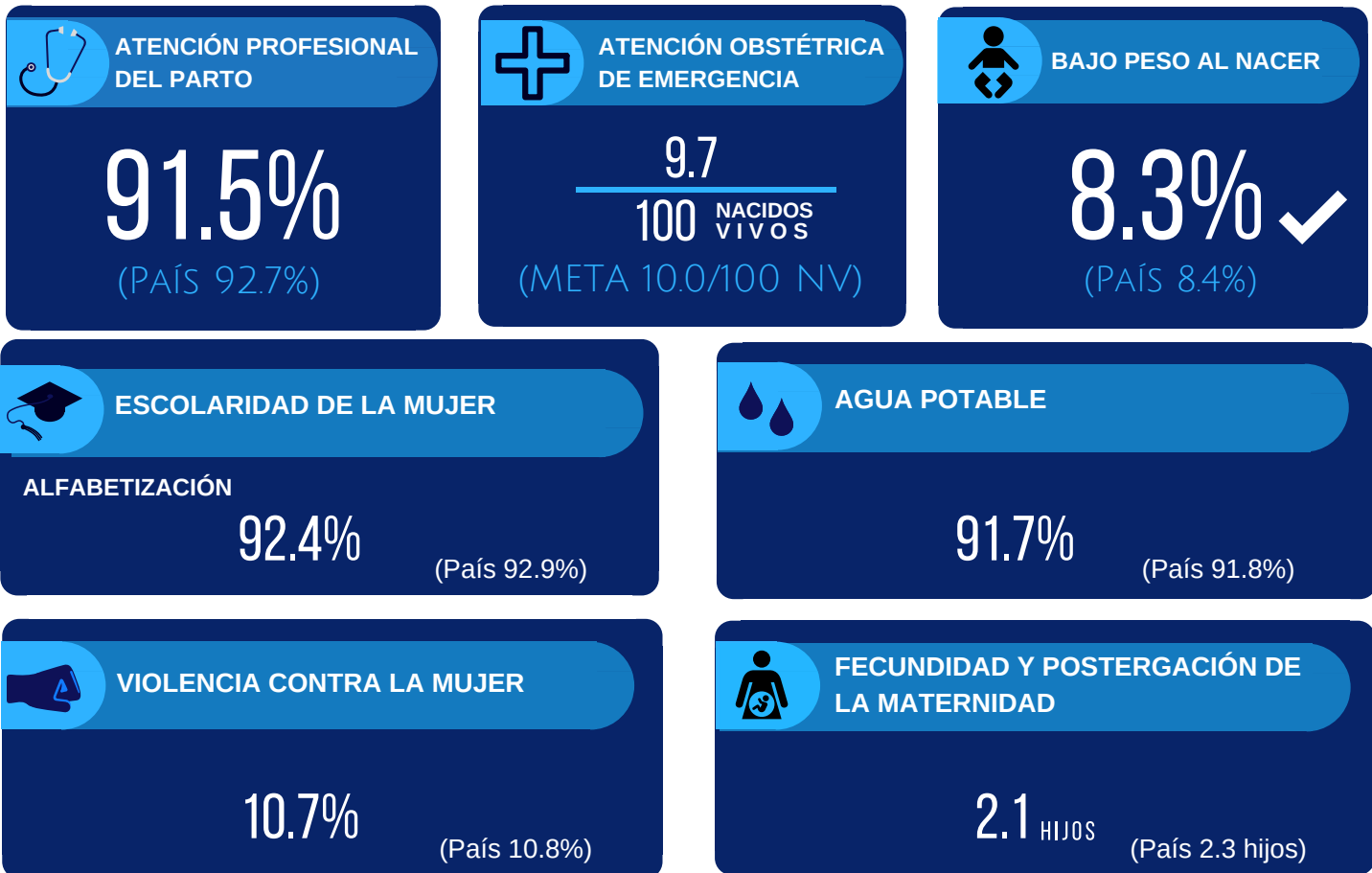
PAÍS 44.6

MENOR

MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA

- AUMENTAR EL ACCESO Y/O EL NÚMERO DE UNIDADES DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA
- EXPANDIR EL CUIDADO PRENATAL PARA LOS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO
- EXPANDIR Y FORTALECER POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ERRADICAR EL ANALFABETISMO Y AUMENTAR LOS AÑOS DE EDUCACIÓN EN LA POBLACIÓN FEMENINA
- AUMENTAR EL NÚMERO DE HOGARES CON RED DE AGUA POTABLE Y DRENAJE
- DETECTAR SITUACIONES DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DURANTE LOS CONTROLES PRENATALES

RANKING NACIONAL

24

MORELOS

Nº Mujeres edad fértil: 509,159

Nº Nacimientos: 40,230 (1.6% del país)¹

El estado de **Morelos** ocupa el lugar 25 en el ranking nacional de salud materna de los últimos 10 años. En promedio mueren 48.6 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las principales causas de muerte son la hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo que dan cuenta del 33% de las muertes. La hemorragia representa el 19.4% de las muertes.² Las defunciones obstétricas indirectas por enfermedades existentes antes del embarazo dan cuenta del 17.3%.

El 92.7% de las muertes maternas no tiene relación con el aborto actualmente. El aborto inducido es el 3.7% y el espontáneo 0.5% del total de muertes en 10 años.³

PRINCIPALES DETERMINANTES

Entre los determinantes de salud pública, el estado de **Morelos** parece presentar una cobertura de acceso a la **atención obstétrica de emergencia** aún insuficiente. Esto probablemente incide en que la hemorragia sea la segunda causa de muerte materna en 10 años. Lo mismo ocurre con la **atención profesional del parto** y el control prenatal que aún está por debajo de la mediana nacional.

La malnutrición materna en los lugares más pobres probablemente influye en una prevalencia de **bajo peso al nacer** del 10.5%, superior a la mediana del país. El envejecimiento materno, es decir un aumento de embarazos en mujeres de mayor edad (35 a 45 años) que se produce por la caída de la fecundidad y una **postergación de la maternidad** cada vez mayor, también está influyendo en un aumento de embarazos con hipertensión gestacional, preclamsia y enfermedades concomitantes que tienen con mayor frecuencia partos prematuros. Estos embarazos de alto riesgo necesitan ser detectados precozmente en el control prenatal y derivados a un centro de cuidados obstétricos de mayor complejidad.

El **analfabetismo** aún representa cerca del 8% de la población femenina. Un bajo nivel de educación de las madres afecta el autocuidado del embarazo e incide negativamente en el acceso a los servicios de salud disponibles, por ejemplo, una pobre adherencia al **control prenatal regular**.

Alrededor de un 13% de la población no tiene acceso a servicios de **agua potable** y el 8% no cuenta con **drenaje**. Las infecciones reiteradas por exposición al consumo de agua sucia o la contaminación con deposiciones debilitan a las madres y a sus hijos debido a infecciones reiteradas.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² Son muertes evitables con tratamiento médico-quirúrgico oportuno y disponibilidad de transfusión sanguínea.

³ El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 3.1% de las muertes en 10 años.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

MORELOS

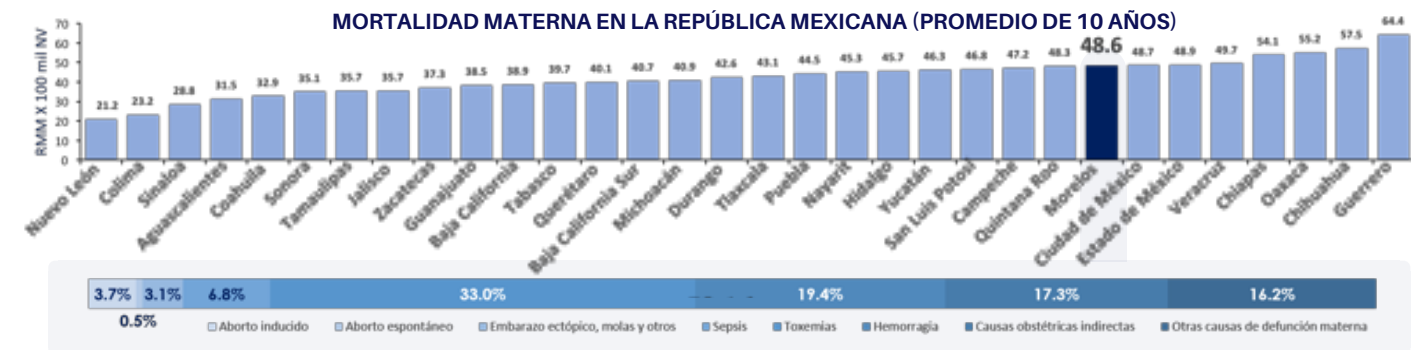


MELISA INSTITUTE

PAÍS 44.6

MENOR

MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA

- INCREMENTAR LAS VISITAS A CONTROL PRENATAL Y LA ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO
- AUMENTAR EL ACCESO Y/O EL NÚMERO DE UNIDADES DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA
- EXPANDIR EL CUIDADO PRENATAL ESPECIALIZADO PARA EMBARAZOS DE ALTO RIESGO Y LOS PROGRAMAS DE NUTRICIÓN PARA MADRES MALNUTRIDAS
- EXPANDIR Y FORTALECER POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ERRADICAR EL ANALFABETISMO Y AUMENTAR LOS AÑOS DE EDUCACIÓN EN LA POBLACIÓN FEMENINA
- AUMENTAR EL NÚMERO DE HOGARES CON RED DE AGUA POTABLE Y DRENAJE

RANKING NACIONAL

25

CIUDAD DE MÉXICO

Nº Mujeres edad fértil: 2,549,595

Nº Nacimientos: 156,549 (6.1% del país)¹

La **Ciudad de México** ocupa el lugar 26 en el ranking nacional de salud materna de los últimos 10 años. En promedio mueren 48.7 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos.

La hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo dan cuenta del 30.2% de las muertes. Le sigue la hemorragia con el 19.5%.² Las causas indirectas por enfermedades existentes antes del embarazo representan el 17.6%.

El 90.6% de las muertes maternas no se relacionan con el aborto. El aborto inducido es el 3.6% y el espontáneo 0.5% del total de muertes en 10 años.³

PRINCIPALES DETERMINANTES

Aunque la **Ciudad de México** es uno de los estados con el mayor desarrollo humano de la república, mejor infraestructura sanitaria y menor tasa de fecundidad global, paradójicamente la prevalencia de **bajo peso al nacer** es casi el doble del promedio país. La existencia de malnutrición materna en asentamientos de pobreza no es el único factor que explica esto.

La **postergación de la maternidad** que acompaña la caída en la tasa de fecundidad ha incrementado los embarazos en el grupo de 35 a 45 años. Estas mujeres, especialmente primíparas, tienen mayor riesgo de sufrir **partos prematuros** por alguna complicación mayor durante su embarazo.⁴ La maternidad a edades más avanzadas ha aumentado la demanda de mujeres que recurren a las **técnicas de Fertilización in Vitro (FIV)**. Estos embarazos también tienen mayor riesgo de partos prematuros y bajo peso al nacer. Otros factores también podrían estar contribuyendo.⁵

Mientras la mortalidad de madres residentes en la **Ciudad de México** es de 48.7 por 100 mil nacidos vivos, **la mortalidad por lugar de ocurrencia**, es decir incluyendo a madres no residentes, alcanza 61.9 por 100 mil. Esta diferencia se debe a que los hospitales de mayor complejidad en la capital atraen a una población flotante de mujeres con embarazos de alto riesgo, las cuales se movilizan desde otros estados buscando la atención de especialistas.

Finalmente, la prevalencia de la **violencia contra la mujer** se eleva a 20.9%, una de las mayores en el país. Cambios demográficos como la disminución de los matrimonios, aumento de las uniones informales, consumo de alcohol y drogas, se asocian a mayores niveles de violencia contra la mujer.⁶ La **violencia física** durante el embarazo aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas por golpes, lesiones, parto prematuro y hemorragia. Es necesario **detectarla en los controles prenatales** para prevenir estas complicaciones.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² Son muertes evitables con tratamiento médico-quirúrgico oportuno y disponibilidad de transfusión sanguínea.

³ El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 6% de las muertes en 10 años.

⁴ Koch E, Thorp J, Bravo M, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS One*. 2012;7(5):e36613.

⁵ Swingle HM et al Abortion and the risk of subsequent preterm birth: a systematic review with meta-analyses. *J Reprod Med*. 2009;54(2):95-108.

⁶ Pliego, F. *Las Familias en México. Estructuras de Organización. Procesos de Cambio 2000-2010 y consecuencias en el bienestar de niños y adultos*. (1a ed.). Ciudad de México: Editorial Porrúa; 2014.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

CIUDAD DE MÉXICO

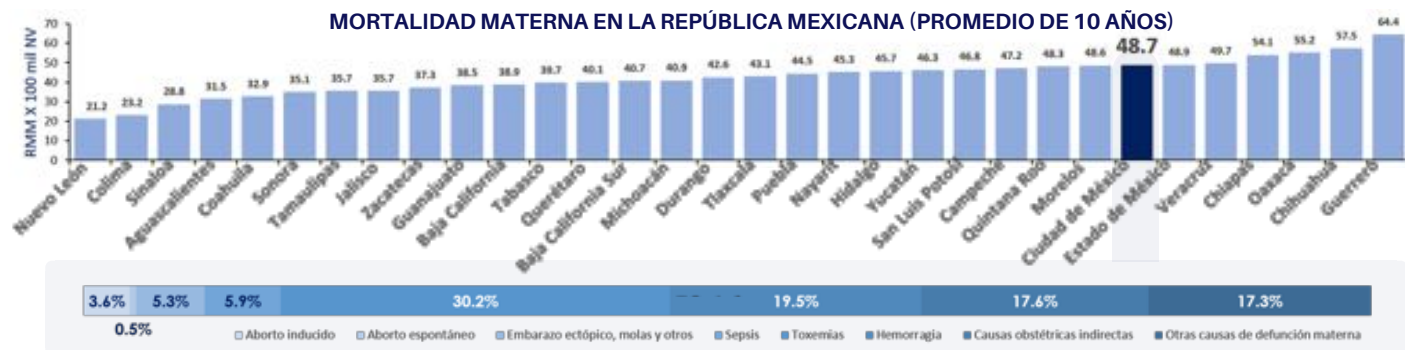


MELISA
INSTITUTE

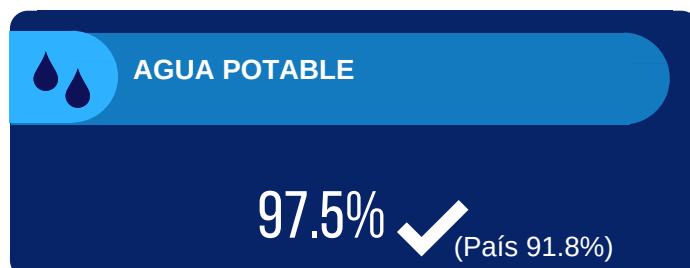
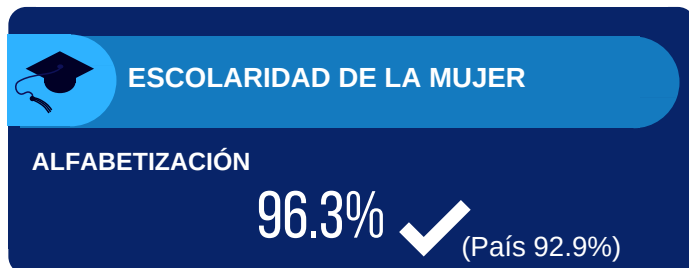
PAÍS 44.6

MENOR

MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA



EXPANDIR EL CUIDADO PRENATAL ESPECIALIZADO PARA EMBARAZOS DE ALTO RIESGO Y LOS PROGRAMAS DE NUTRICIÓN PARA MADRES MALNUTRIDAS



DETECTAR SITUACIONES DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DURANTE LOS CONTROLES PRENATALES



CONSEJERÍA PRE-CONCEPCIONAL PARA PROMOVER EMBARAZOS SALUDABLES

RANKING
NACIONAL

26

ESTADO DE MÉXICO

Nº Mujeres edad fértil: 4,499,349

Nº Nacimientos: 327,165 (12.6% del país)¹

El **Estado de México** ocupa el lugar 27 en el ranking nacional de salud materna. En promedio mueren 48.9 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las principales causas de muerte son la hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo que dan cuenta del 31.6%. La hemorragia representa el 17.7% de las muertes. Las defunciones obstétricas indirectas por enfermedades existentes antes del embarazo dan cuenta del 16.8%.

El 92.1% de las muertes maternas no tienen relación con el aborto en la actualidad. El aborto inducido es el 3.3% y el espontáneo 0.6% del total de muertes en 10 años.²

PRINCIPALES DETERMINANTES

Entre los determinantes de salud pública, el **Estado de México** presenta una cobertura de acceso a **la atención obstétrica de emergencia** insuficiente. Esto probablemente incide en que la hemorragia sea la segunda causa de muerte en 10 años, considerada prevenible con el tratamiento médico-quirúrgico oportuno y la disponibilidad de transfusión sanguínea. Lo mismo ocurre con la **atención profesional del parto** que sólo alcanza al 84.7%.

La salud materna del estado se ve influida por el envejecimiento de la población, la caída de la fecundidad y la **postergación de la maternidad**. Más del 62% de las muertes maternas actuales se producen en los **embarazos de alto riesgo**. Han aumentado los embarazos en mujeres en el tramo de 35 a 45 años de edad, los cuales tienen mayor frecuencia de complicaciones obstétricas complejas.³ También poseen más riesgo de parto prematuro y **recién nacidos de bajo peso** independientemente de si existe o no malnutrición materna. Este factor también está presente en el estado.

La prevalencia de la **violencia contra la mujer** es de 11.9%. Cambios demográficos como la disminución de los matrimonios, aumento de las uniones informales, consumo de alcohol y drogas, se asocian a mayores niveles de violencia contra la mujer.⁴

La **violencia física** durante el embarazo aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas por golpes, lesiones, parto prematuro y hemorragia. Las mujeres afectadas frecuentemente enfrentan barreras para acceder a un control prenatal regular o a una atención obstétrica de emergencia oportuna. Es necesario **detectarla en los controles prenatales** para prevenir complicaciones, pérdidas, partos prematuros y muertes.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 4% de las muertes en 10 años.

³ Koch E, Thorp J, Bravo M, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS One*. 2012;7(5):e36613.

⁴ Pliego, F. Las Familias en México. Estructuras de Organización. Procesos de Cambio 2000-2010 y consecuencias en el bienestar de niños y adultos. (1a ed.). Ciudad de México: Editorial Porrúa; 2014.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

ESTADO DE MÉXICO

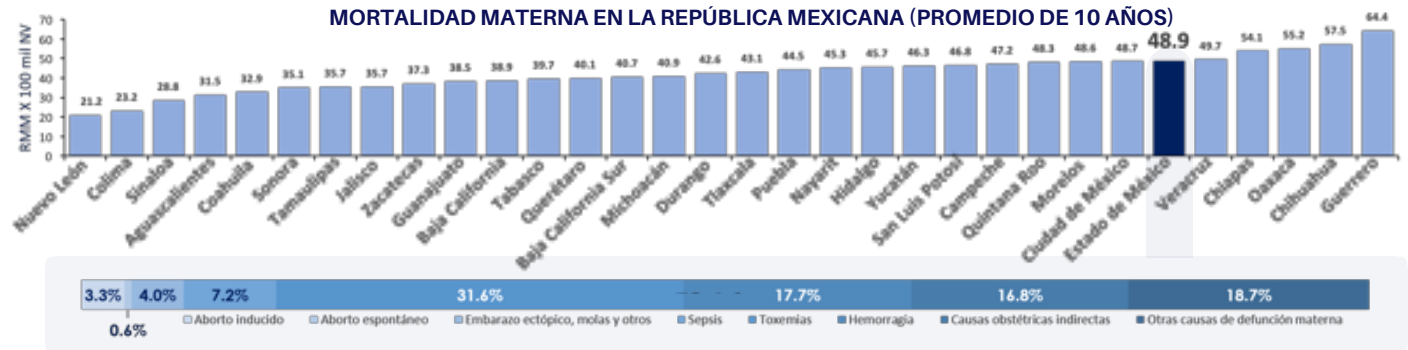


MELISA
INSTITUTE

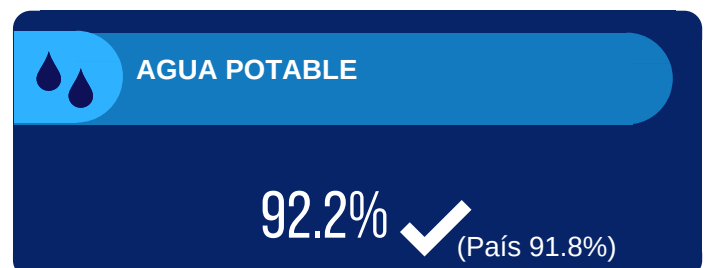
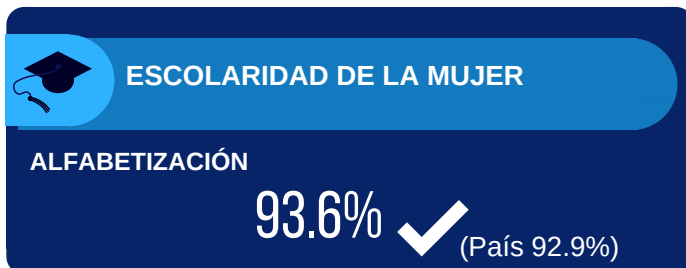
MENOR

PAÍS 44.6

MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA



INCREMENTAR LAS VISITAS A CONTROL PRENATAL Y LA ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO



AUMENTAR EL ACCESO Y/O EL NÚMERO DE UNIDADES DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA



EXPANDIR EL CUIDADO PRENATAL ESPECIALIZADO PARA EMBARAZOS DE ALTO RIESGO Y LOS PROGRAMAS DE NUTRICIÓN PARA MADRES MALNUTRIDAS



DETECTAR SITUACIONES DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DURANTE LOS CONTROLES PRENATALES



CONSEJERÍA PRE-CONCEPCIONAL PARA PROMOVER EMBARAZOS SALUDABLES

**RANKING
NACIONAL**

27

VERACRUZ

Nº Mujeres edad fértil: 2,138,575

Nº Nacimientos: 171,417 (6.7% del país)¹

El estado de **Veracruz** ocupa el lugar 28 en el ranking nacional de salud materna. En promedio mueren 49.7 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las principales causas de muerte son la hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo que dan cuenta del 27.1%. La hemorragia representa el 22.8% de las muertes.² Las defunciones obstétricas indirectas por enfermedades existentes antes del embarazo dan cuenta del 18.5%.

El 92.7% de las muertes maternas no tienen relación con el aborto. El aborto inducido es el 2.7% y el espontáneo 0.3% del total de las muertes maternas en 10 años.³

PRINCIPALES DETERMINANTES

Entre los determinantes de salud pública, Veracruz tiene una cobertura de atención profesional del parto cercana al 98%, pero paradójicamente presenta una cobertura de acceso a la **atención obstétrica de emergencia** de mayor complejidad insuficiente.

El perfil de salud materna del estado se ve influido por la caída de la fecundidad, el envejecimiento de su población y la **postergación de la maternidad**. Al aumentar los embarazos en el segmento de mayor edad (35 a 45 años) se observan con mayor frecuencia complicaciones obstétricas y enfermedades concomitantes.⁴ Estos embarazos de alto riesgo que dan cuenta de más del 45% de las muertes en 10 años, necesitan ser detectados precozmente en el control prenatal y derivados a un centro de cuidados obstétricos de mayor complejidad para evitar sus complicaciones.

El **analfabetismo** aún representa cerca del 14% de la población femenina. Un bajo nivel de educación de las madres afecta el autocuidado del embarazo e incide negativamente en el acceso a los servicios de salud materna disponibles.

Alrededor de un 24% de la población no tiene acceso a servicios de **agua potable** y el 20% no cuenta con **drenaje**. Las infecciones reiteradas por exposición al consumo de agua sucia o la contaminación con deposiciones debilitan a las madres y a sus hijos debido a infecciones reiteradas.

La prevalencia de **violencia contra la mujer** por parte de la pareja es del 10.9%. La violencia física aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas por golpes, lesiones, partos prematuros y hemorragias. Es necesario detectarla durante los controles prenatales para intervenir y prevenir muertes por estas complicaciones.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² Son muertes evitables con tratamiento médico-quirúrgico oportuno y disponibilidad de transfusión sanguínea.

³ El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 4.3% de las muertes en 10 años.

⁴ Koch E, Thorp J, Bravo M, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS One*. 2012;7(5):e36613.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

VERACRUZ

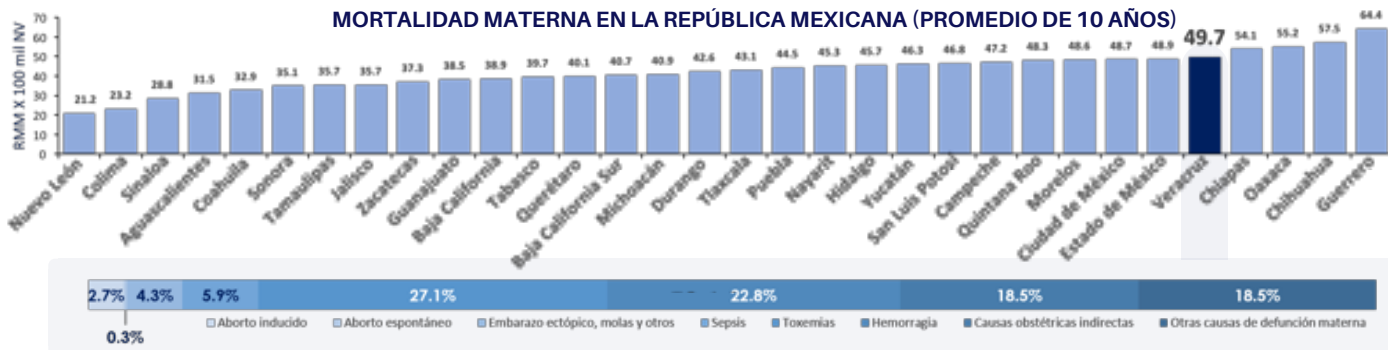
MELISA INSTITUTE



PAÍS 44.6

MENOR

MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA

- AUMENTAR EL ACCESO Y/O EL NÚMERO DE UNIDADES DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA
- EXPANDIR Y FORTALECER POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ERRADICAR EL ANALFABETISMO Y AUMENTAR LOS AÑOS DE EDUCACIÓN EN LA POBLACIÓN FEMENINA
- AUMENTAR EL NÚMERO DE HOGARES CON RED DE AGUA POTABLE Y DRENAJE
- DETECTAR SITUACIONES DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DURANTE LOS CONTROLES PRENATALES

RANKING NACIONAL

28

CHIAPAS

Nº Mujeres edad fértil: 1,346,495

Nº Nacimientos: 168,256 (6.5% del país)¹

El estado de **Chiapas** ocupa el lugar 29 en el ranking nacional de salud materna de los últimos 10 años. En promedio mueren 54.1 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las principales causas de muerte son las hemorragias representando el 32.5%. En segundo lugar, la hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo que dan cuenta del 23% de las muertes. Luego, las causas obstétricas indirectas por enfermedades existentes antes del embarazo dan cuenta del 14.5%.

El 92.3% de las muertes maternas no tiene relación con el aborto actualmente. El aborto inducido es el 3.7% y el espontáneo 0.1% del total de muertes maternas en 10 años.²

PRINCIPALES DETERMINANTES

Entre los determinantes de salud pública, el estado de **Chiapas** presenta una cobertura de acceso a la **atención obstétrica de emergencia** insuficiente. Esto probablemente incide en que la hemorragia sea la primera causa de muerte en 10 años.³ Lo mismo ocurre con la **atención profesional del parto** y el control prenatal.

El **analfabetismo** aún afecta a cerca del 23% de la población femenina. Un bajo nivel de educación de las madres afecta el autocuidado del embarazo e incide negativamente en el acceso a los servicios de salud pública disponibles, especialmente en la falta de adherencia al control prenatal regular o la asistencia a un servicio de emergencia en caso de que se presenten complicaciones del embarazo.

Alrededor de un 26% de la población no tiene acceso a servicios de **agua potable** y el 20% no cuenta con **drenaje**. El agua limpia es un determinante clave que influye en la salud materna e infantil de las poblaciones más vulnerables. La exposición al consumo de agua sucia o la contaminación con deposiciones debilita a las madres y a sus hijos debido a las infecciones reiteradas.

La malnutrición materna en asentamientos de población más pobres de la región probablemente influye en una prevalencia de **bajo peso al nacer** que alcanza al 8.6%, algo mayor que la mediana del país.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 3.9% de las muertes en 10 años.

³ Son muertes evitables con tratamiento médico-quirúrgico oportuno y disponibilidad de transfusión sanguínea.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

CHIAPAS

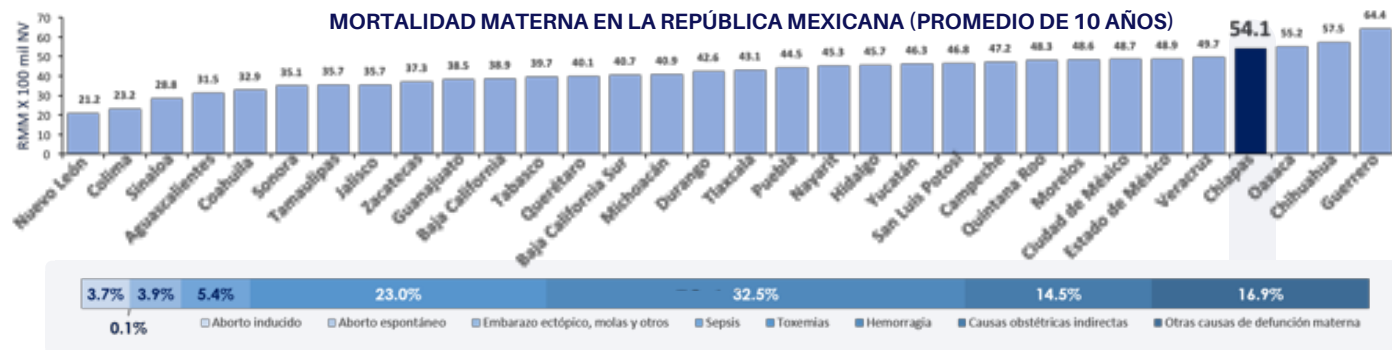


MELISA
INSTITUTE

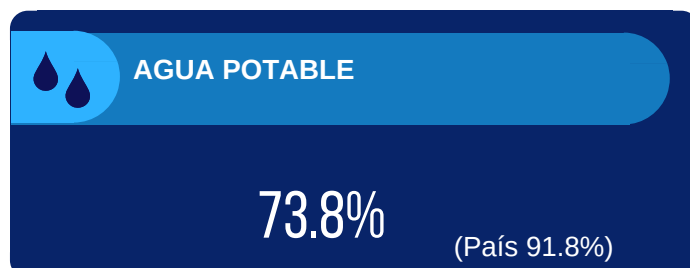
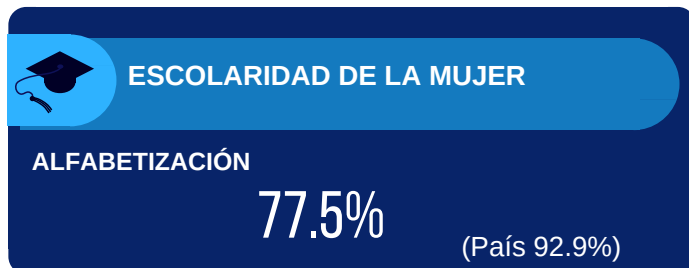
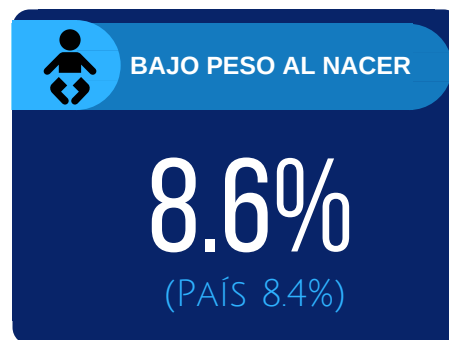
PAÍS 44.6

MENOR

MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA



INCREMENTAR LAS VISITAS A CONTROL PRENATAL Y LA ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO



AUMENTAR EL ACCESO Y/O EL NÚMERO DE UNIDADES DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA



EXPANDIR EL CUIDADO PRENATAL ESPECIALIZADO PARA EMBARAZOS DE ALTO RIESGO Y LOS PROGRAMAS DE NUTRICIÓN PARA MADRES MALNUTRIDAS



EXPANDIR Y FORTALECER POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ERRADICAR EL ANALFABETISMO Y AUMENTAR LOS AÑOS DE EDUCACIÓN EN LA POBLACIÓN FEMENINA



AUMENTAR EL NÚMERO DE HOGARES CON RED DE AGUA POTABLE Y DRENAJE

**RANKING
NACIONAL**

29

OAXACA

Nº Mujeres edad fértil: 1,039,797

Nº Nacimientos: 98,888 (3.8% del país)¹

El estado de **Oaxaca** ocupa el lugar 30 en el ranking nacional de salud materna de los últimos 10 años. En promedio mueren 55.2 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las principales causas de muerte son las hemorragias representando el 34.3% de las muertes. En segundo lugar, la hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo que dan cuenta del 23.7%. Luego, las defunciones obstétricas indirectas por enfermedades existentes antes del embarazo dan cuenta del 11.9%.

El 94% de las muertes maternas no tienen relación con el aborto actualmente. El aborto inducido es el 3.4% y el espontáneo 0.5% del total de muertes en 10 años.²

PRINCIPALES DETERMINANTES

Entre los determinantes de salud pública, el estado de Oaxaca presenta una cobertura de acceso a la **atención obstétrica de emergencia** marcadamente insuficiente. Esto probablemente incide en que la hemorragia sea por lejos la primera causa de muerte en 10 años, considerada una causa prevenible con el tratamiento médico-quirúrgico oportuno y la disponibilidad de transfusión sanguínea.

El **analfabetismo** todavía afecta a más del 20% de la población femenina. Un bajo nivel de educación de las madres influye en el autocuidado del embarazo e incide negativamente en el uso y acceso a los servicios de salud pública disponibles, especialmente en la falta de adherencia al control prenatal regular o asistencia un servicio de emergencia en caso de presentar complicaciones.

Alrededor de un 30% de la población no tiene acceso a servicios de **agua potable** ni **drenaje**. El agua limpia es un determinante clave que influye en la salud materna e infantil de las poblaciones más vulnerables. La exposición al consumo de agua sucia o la contaminación con deposiciones debilita a las madres y a sus hijos debido a las infecciones reiteradas.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 2.1% de las muertes en 10 años.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

OAXACA

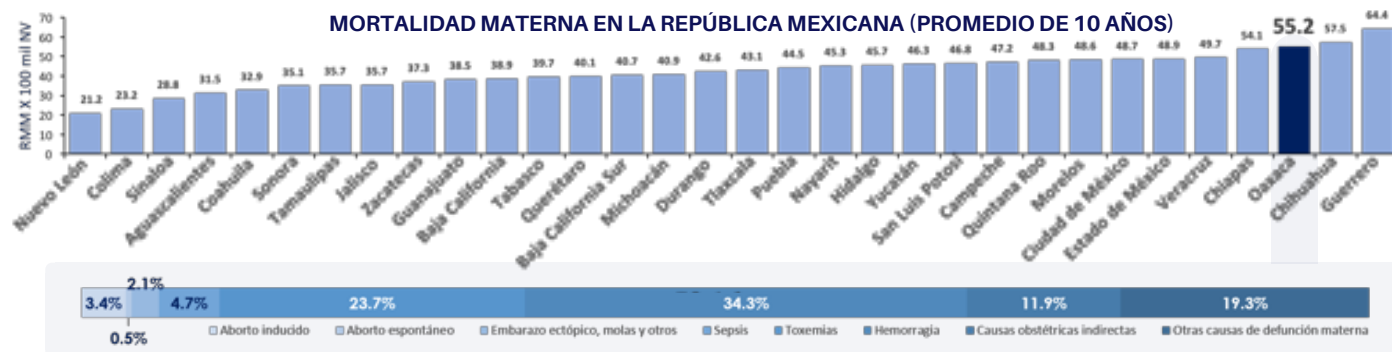


MELISA INSTITUTE

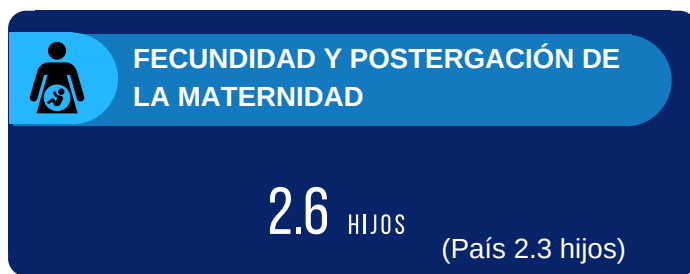
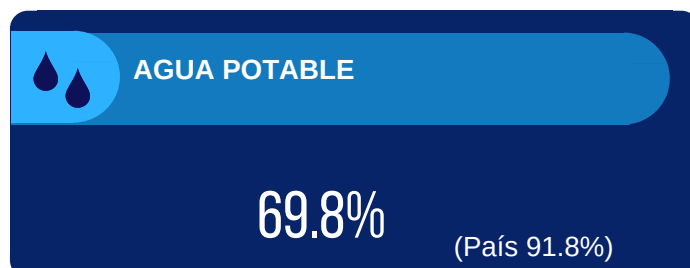
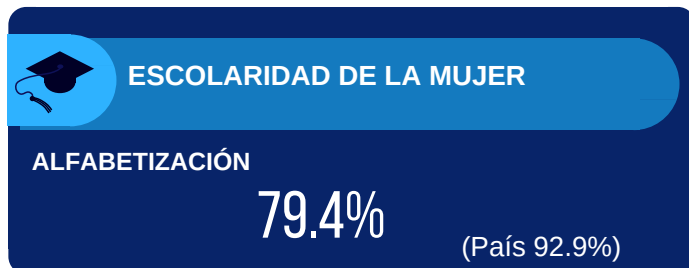
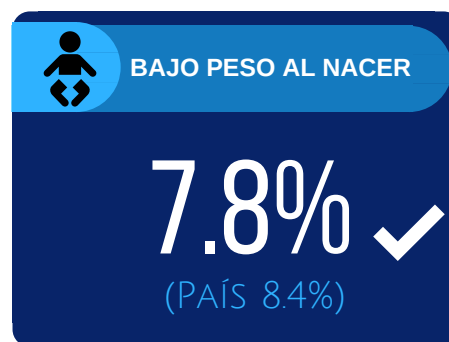
PAÍS 44.6

MENOR

MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA



AUMENTAR LAS ACCESO Y/O EL NÚMERO DE UNIDADES DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA



FORTALECER LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ERRADICAR EL ANALFABETISMO Y AUMENTAR LOS AÑOS DE EDUCACIÓN EN LA POBLACIÓN FEMENINA



AUMENTAR EL NÚMERO DE HOGARES CON RED DE AGUA POTABLE Y DRENAJE

RANKING NACIONAL

30

CHIHUAHUA

Nº Mujeres edad fértil: 973,346

Nº Nacimientos: 69,376 (2.7% del país)¹

El estado de **Chihuahua** ocupa el lugar 31 en el ranking nacional de salud materna. En promedio mueren 57.5 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las principales causas de muerte son la hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo que dan cuenta del 32.6% de las muertes. La hemorragia representa el 22% de las muertes.² Las defunciones obstétricas indirectas por enfermedades existentes antes del embarazo dan cuenta del 18.6%.

El 94.2% de las muertes maternas no tiene relación con el aborto. El aborto inducido es el 2.4% y el espontáneo 0.6% del total de muertes maternas en 10 años.³

PRINCIPALES DETERMINANTES

Entre los determinantes de salud pública más decisivos, el estado de **Chihuahua** presenta una cobertura de acceso a la **atención obstétrica de emergencia** insuficiente para su población materna. Esto probablemente incide en que la hemorragia sea persistentemente la segunda causa de muerte en 10 años. Lo mismo ocurre con la **atención profesional del parto** y el control prenatal de las embarazadas.

La prevalencia de **violencia contra la mujer** por parte de la pareja es del 12.1%. Cambios demográficos como la disminución de los matrimonios, aumento de las uniones informales, consumo de alcohol y drogas, se asocian a mayores niveles de violencia contra la mujer.⁴

La **violencia física** durante el embarazo aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas por golpes, lesiones, parto prematuro y hemorragia. Las mujeres afectadas frecuentemente enfrentan barreras para acceder a un control prenatal regular o a una atención obstétrica de emergencia oportuna. Es necesario **detectarla en los controles prenatales** para prevenir complicaciones, pérdidas, partos prematuros y muertes.

La salud materna de **Chihuahua** comienza a verse influida por el envejecimiento de su población y la **postergación de la maternidad**. Al aumentar los embarazos en el segmento de mayor edad (35 a 45 años) se incrementan de complicaciones como hipertensión gestacional, eclampsia, diabetes gestacional y toxemias del embarazo.⁵ También tienen más riesgo de hemorragia del parto y complicaciones de enfermedades concomitantes que se pueden agravar durante el embarazo.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² Son muertes evitables con tratamiento médico-quirúrgico oportuno y disponibilidad de transfusión sanguínea.

³ El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 2.8% de las muertes en 10 años.

⁴ Pliego, F. *Las Familias en México. Estructuras de Organización. Procesos de Cambio 2000-2010 y consecuencias en el bienestar de niños y adultos*. (1a ed.). Ciudad de México: Editorial Porrúa; 2014.

⁵ Koch E, Thorp J, Bravo M, et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS One*. 2012;7(5):e36613.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

CHIHUAHUA

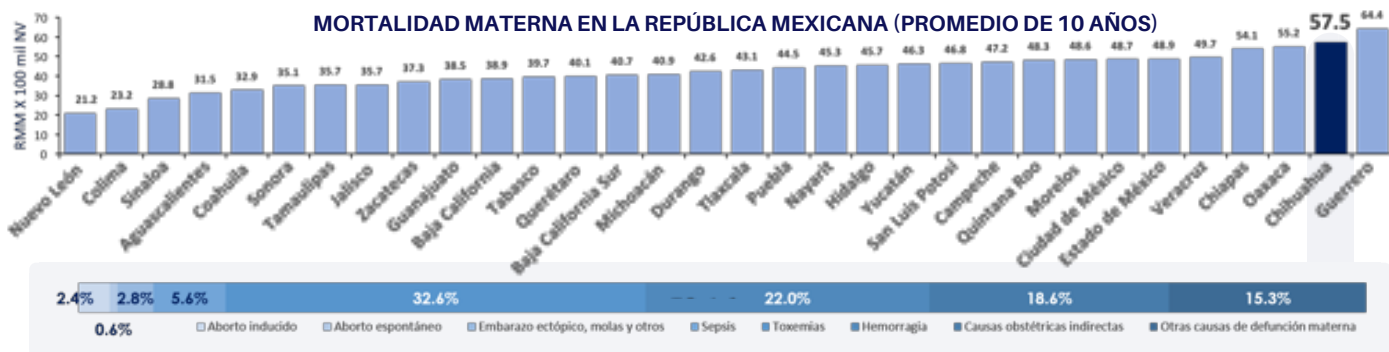


MELISA
INSTITUTE

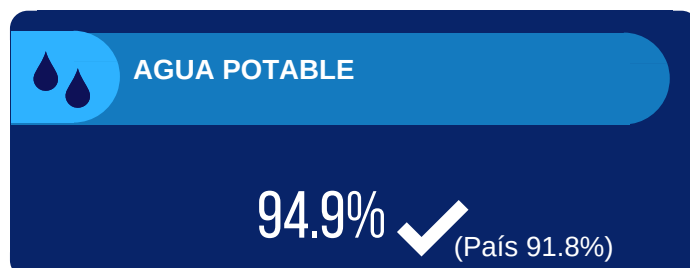
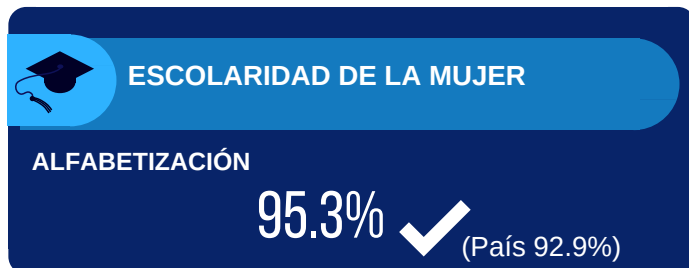
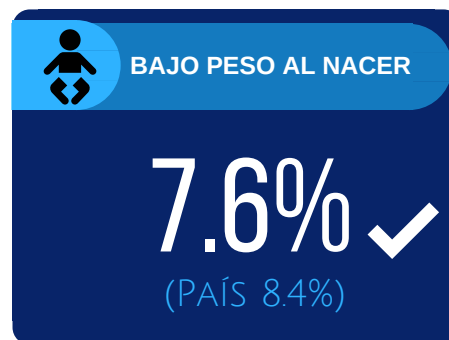
PAÍS 44.6

MENOR

MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA

- INCREMENTAR LAS VISITAS A CONTROL PRENATAL Y LA ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO
- AUMENTAR EL ACCESO Y/O EL NÚMERO DE UNIDADES DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA
- CONSEJERÍA PRE-CONCEPCIONAL PARA PROMOVER EMBARAZOS SALUDABLES
- DETECTAR SITUACIONES DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DURANTE LOS CONTROLES PRENATALES

**RANKING
NACIONAL**
31

GUERRERO

Nº Mujeres edad fértil: 910,022

Nº Nacimientos: 113,692 (4.4% del país)¹

El estado de **Guerrero** ocupa el lugar 32 en el ranking nacional de salud materna. En promedio mueren 64.4 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por año.

Las principales causas de muerte son las hemorragias representando el 34.3% de las muertes.² En segundo lugar, la hipertensión gestacional, eclampsia y toxemias del embarazo que dan cuenta del 24.9%. Luego, las defunciones obstétricas indirectas por enfermedades existentes antes del embarazo dan cuenta del 13.2%.

El 93.7% de las muertes maternas no tiene relación con el aborto. El aborto inducido es el 4.5% y el espontáneo 0.3% del total de muertes maternas en 10 años.³

PRINCIPALES DETERMINANTES

Entre los determinantes de salud pública más decisivos, el estado de **Guerrero** presenta una cobertura de acceso a la **atención obstétrica de emergencia** marcadamente insuficiente para su población materna. Esto probablemente incide en que la hemorragia sea persistentemente la primera causa de muerte en 10 años. Lo mismo ocurre con la **atención profesional del parto** y el control prenatal de las embarazadas.

Alrededor de un 38% de la población no tiene acceso a servicios de **agua potable** y el 28% no cuenta con **drenaje o cloacas**. El agua limpia es un determinante clave que influye en la salud materna e infantil de las poblaciones más vulnerables. La exposición al consumo de agua sucia o la contaminación con deposiciones debilita a las madres y sus hijos debido a las infecciones reiteradas.

El **analfabetismo** aún afecta cerca del 20% de la población femenina. Un bajo nivel de educación de las madres afecta el autocuidado del embarazo e incide negativamente en el uso y acceso a los servicios de salud pública disponibles, especialmente en la falta de adherencia al control prenatal regular o la asistencia un servicio de emergencia en caso que se presenten complicaciones durante el embarazo.

La malnutrición materna en los asentamientos más pobres de la región probablemente influye en una prevalencia de **bajo peso al nacer** que alcanza al 9.3%, siendo mayor que la mediana del país.

¹ Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad por entidad federativa.

² Son muertes evitables con tratamiento médico-quirúrgico oportuno y disponibilidad de transfusión sanguínea.

³ El embarazo ectópico, molas y otras anomalías de la concepción representan el 1.5% de las muertes en 10 años.

DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA

GUERRERO

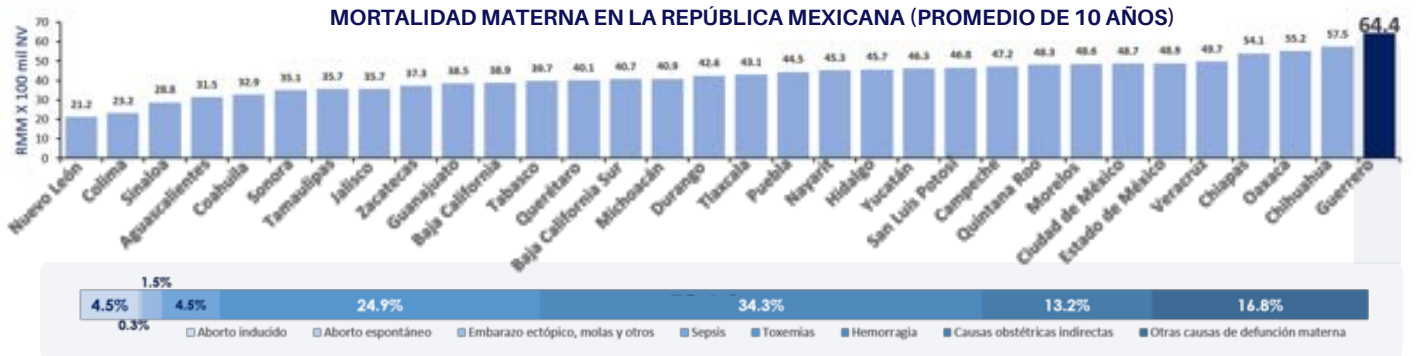


MELISA INSTITUTE

PAÍS 44.6

MENOR

MAYOR



DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA ESTADO VS. PAÍS



ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO

80.8%

(PAÍS 92.7%)



ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

3.2
100 NACIDOS VIVOS

(META 10.0/100 NV)



BAJO PESO AL NACER

9.3%

(PAÍS 8.4%)



ESCOLARIDAD DE LA MUJER

ALFABETIZACIÓN

79.8%

(País 92.9%)



AGUA POTABLE

62.0%

(País 91.8%)



VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

8.3% ✓

(País 10.8%)



FECUNDIDAD Y POSTERGACIÓN DE LA MATERNIDAD

2.8 HIJOS

(País 2.3 hijos)

RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA



INCREMENTAR LAS VISITAS A CONTROL PRENATAL Y LA ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO



AUMENTAR EL ACCESO Y/O EL NÚMERO DE UNIDADES DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA



EXPANDIR EL CUIDADO PRENATAL ESPECIALIZADO PARA EMBARAZOS DE ALTO RIESGO Y LOS PROGRAMAS DE NUTRICIÓN PARA MADRES MALNUTRIDAS



EXPANDIR Y FORTALECER POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ERRADICAR EL ANALFABETISMO Y AUMENTAR LOS AÑOS DE EDUCACIÓN EN LA POBLACIÓN FEMENINA



AUMENTAR EL NÚMERO DE HOGARES CON RED DE AGUA POTABLE Y DRENAJE

RANKING NACIONAL

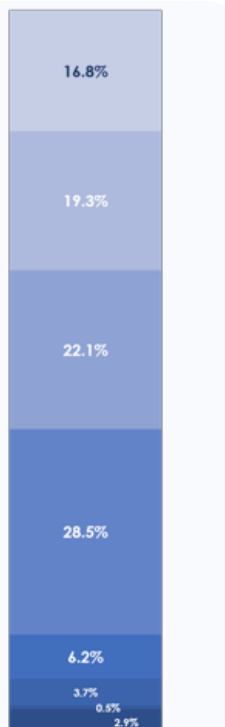
32

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA



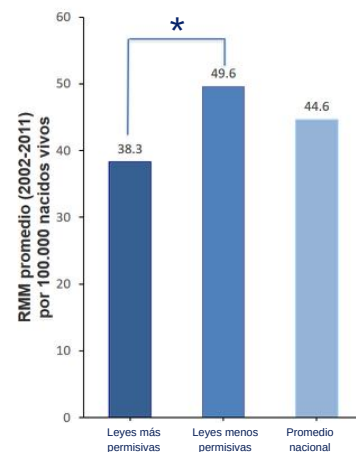
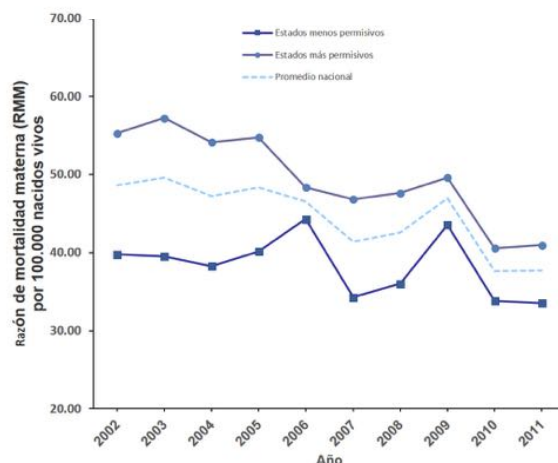
Existe la noción que la legislación del aborto podría ser un determinante de la salud materna. En el estudio de los 32 estados mexicanos se evaluó si la legislación del aborto tuvo un impacto o asociación con las muertes maternas. Los estados fueron clasificados en dos grupos de acuerdo a sus códigos legales.¹ Se compararon las tendencias en la mortalidad de ambos grupos y se controló por la distribución de los otros determinantes de salud materna. En el mapa se muestra la distribución geográfica de la mortalidad en un gradiente de color azul, mientras más oscuro, mayor es la mortalidad. Los puntos amarillos y anaranjados indican una legislación más o menos permisiva respectivamente.

¹Se clasificaron de acuerdo a si en cada estado se permitía o no el aborto por anomalías genéticas o congénitas fetales en combinación con otras causales: n=18 estados se agruparon como "legislación menos permisiva" y n=14 estados como "legislación más permisiva", incluyendo la Ciudad de México en este último grupo.



■ Otras causas de defunción materna
 ■ Causas obstétricas indirectas
 ■ Hemorragia
 ■ Toxemias
 ■ Sepsis
 ■ Embarazo ectópico, molas y otros
 ■ Aborto espontáneo
 ■ Aborto inducido

MORTALIDAD MATERNA (TOTAL)



Al comparar la mortalidad materna de los estados con legislaciones más permisivas, respecto a los estados con legislaciones menos permisivas, estos últimos reflejaron un 23% menor mortalidad materna. Sin embargo, los análisis estadísticos mostraron que estas diferencias no se explican por las diferentes leyes de aborto, sino por los determinantes, tales como; mayor escolaridad de la mujeres, mayor acceso a control prenatal, atención profesional del parto, atención de emergencia obstétrica, agua potable, alcantarillado, acceso a planificación familiar y regulación de la fertilidad, etc.

MAGNITUD DE LA MORTALIDAD POR ABORTO EN MÉXICO

Globalmente se observó que la mayoría de las defunciones maternas ocurren por causas no relacionadas con el aborto. De hecho, el 93% de las muertes se produce por causas como hipertensión gestacional, eclampsia, hemorragia del parto, enfermedades concomitantes y otras causas obstétricas variadas. Del total de las causas de muerte en 10 años, el aborto inducido representó el 2.9%, el espontáneo el 0.5% y los embarazos ectópicos el 3.7% del total de defunciones maternas registradas en México²

CONCLUSIONES

- No se encontró evidencia que sugiera una asociación (positiva o negativa) entre las diferentes leyes de aborto y las muertes maternas.
- Las diferencias observadas entre los estados se explican actualmente por el efecto de otros determinantes de salud materna.
- La muerte por aborto en México es infrecuente y parece ocurrir en forma independiente de su estatus legal.

²Para los distintos tipos de aborto se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Edición (CIE-10) según lo propuesto en Koch et al (2012) Fundamental discrepancies in abortion estimates and abortion-related mortality: A reevaluation of recent studies in Mexico with special reference to the International Classification of Diseases. *Int J Womens Health*. 4:613-23.



www.melisainstitute.org