

Centro de Estudios



Sociales y de Opinión Pública

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública

"Cumplimos 8 años de trabajo"

# Mortalidad materna en México: análisis según proporción de población indígena a nivel municipal (2006)

Gabriela Ponce Sernicharo



Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública

Documento de Trabajo núm. 99  
2010

---

Las opiniones expresadas en este documento no reflejan la postura oficial del Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, o de la Cámara de Diputados y sus órganos de gobierno. Este documento es responsabilidad del autor. Este documento es una versión preliminar, favor de citarlo como tal.



**Comité del CESOP  
Mesa Directiva**

Dip. Daniel Gabriel Ávila Ruiz  
Presidente

Dip. Sergio Mancilla Zayas  
Secretario

Dip. Alberto Esquer Gutiérrez  
Secretario

Dip. Feliciano Rosendo Marín Díaz  
Secretario

**Centro de Estudios Sociales  
y de Opinión Pública**

Dra. María de los Ángeles Mascott Sánchez  
Directora General

Gustavo Meixueiro Nájera  
Director de Estudios de Desarrollo Regional

Francisco J. Sales Heredia  
Director de Estudios Sociales

Efrén Arellano Trejo  
Encargado de la Dirección de Opinión Pública

Ernesto Caveró Pérez  
Subdirector de Análisis  
y Procesamiento de Datos

María del Pilar Cachón de la Riva  
Coordinadora Técnica

Juan Pablo Aguirre Quezada  
José Guadalupe Cárdenas Sánchez  
Gabriel Fernández Espejel  
José de Jesús González Rodríguez  
Cornelio Martínez López  
Jesús Mena Vázquez  
Salvador Moreno Pérez  
Alejandro Navarro Arredondo  
Roberto Ocampo Hurtado  
Gabriela Ponce Sernicharo  
Investigadores

Trinidad Otilia Becerra Moreno  
Elizabeth Cabrera Robles  
Carena Díaz Petit  
Luz García San Vicente  
Apoyo en Investigación

Alejandro López Morcillo  
Editor

José Olalde Montes de Oca  
Asistente Editorial

## **Mortalidad Materna en México: análisis según proporción de población indígena a nivel municipal (2006)**

**Gabriela Ponce Sernicharo**

El presente trabajo muestra algunos vínculos existentes entre las condiciones de vida de la población y la mortalidad materna.

La población objeto de estudio de esta investigación son los indígenas. Para identificarlos se utilizan indicadores de nivel de indigenismo; éste se refiere a la proporción de población indígena a nivel municipal (PI); es decir, la población que vive en un hogar donde el jefe, y/o el cónyuge y/o algún ascendente declaró hablar algún dialecto o lengua indígena. Bajo ese criterio y respetando la clasificación de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, se dividió al universo de los municipios de México (2,454 municipios) en tres grupos:

- a) Municipios con menos de 40 por ciento de población indígena o baja presencia indígena (1,792 municipios).
- b) Municipios con 40 hasta 69 por ciento de población indígena (178 municipios).
- c) Municipios con 70 por ciento o más de población indígena (484 municipios).

En este estudio se calculó la razón de mortalidad materna (RMM), usando como fuente principal la base de datos del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED) de la Secretaría de Salud, ésta, aunque tiene carácter preliminar, contiene información de los certificados de defunción y de documentación adicional como autopsias verbales y resúmenes clínicos que han sido captados por primera vez en la estadística de esta variable.

La información se refiere a las muertes registradas en el año 2006, aunque en algunos casos no se contó con documentación complementaria debido a problemas locales sobre todo en comunidades dispersas e indígenas de difícil acceso. Sin embargo, la base de datos cuenta con indicadores muy importantes

para este estudio, como son las referidas a lengua indígena, escolaridad, derechohabiencia a servicio de salud, etc.

Para la estimación de las razones de mortalidad materna (RMM) se tomaron en cuenta tanto los nacimientos registrados como los ocurridos registrados y los estimados para el año 2006.<sup>1</sup> La información fue obtenida del portal de Internet del INEGI, estadísticas vitales y del CONAPO, Proyecciones de la población de México, 2000-2050.<sup>2</sup>

En primer término se presentan los niveles de las razones de mortalidad según nivel de indigenismo, después las características socioeconómicas de las mujeres fallecidas y su relación con el contexto de cada una de las regiones a las que pertenecían.

### **Nivel de las razones de muerte materna<sup>3</sup>**

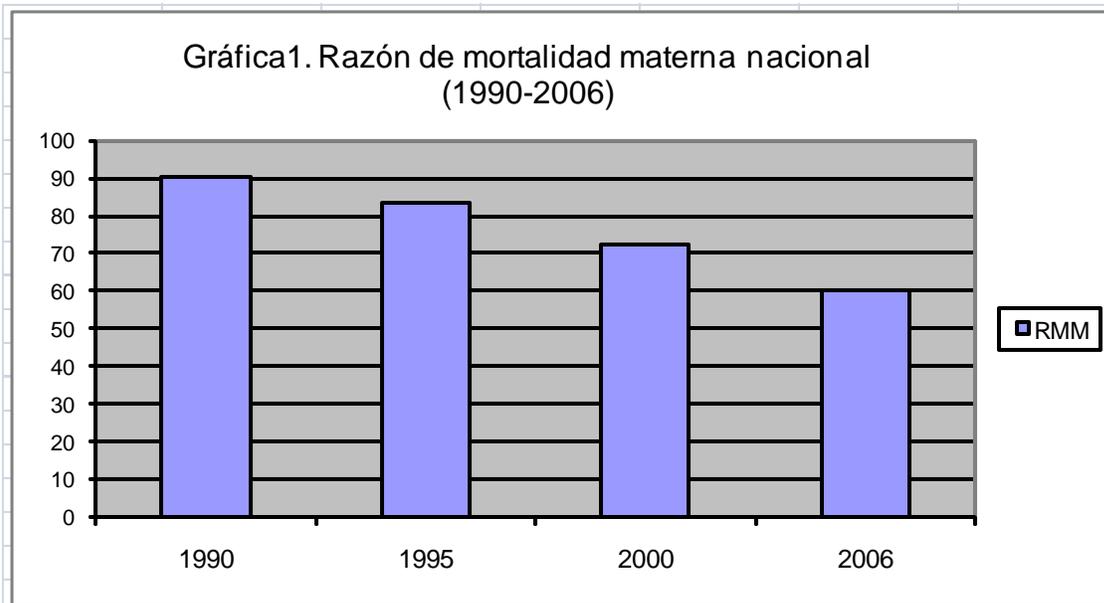
La mortalidad materna es un problema no solamente de salud pública sino también de justicia social puesto que está estrechamente relacionada con la pobreza, la exclusión y la marginación de grandes grupos de población. Entre ellos las comunidades indígenas y por supuesto las mujeres en general y las mujeres indígenas en particular, las cuales se convierten en el eslabón más débil frente a la cadena de factores que llevan a poner en riesgo la vida y la salud de esta población.

---

<sup>1</sup> Los nacimientos registrados en 2006 incluyen nacimientos que ocurrieron en otros años aún anteriores al 2000. Los nacimientos ocurridos registrados se refieren a aquellos que efectivamente sucedieron y se registraron en ese mismo año. Los estimados son los calculados para ese año a través de las proyecciones de población de 2000 a 2050

<sup>2</sup> INEGI es [www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10208](http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10208)  
CONAPO es [www.conapo.gob.mx/00cifras/5.htm](http://www.conapo.gob.mx/00cifras/5.htm)

<sup>3</sup> En este apartado las categorías por nivel de indigenismo consideran únicamente a los municipios que en 2006 registraron al menos una muerte materna en la base de datos que se está trabajando (606 municipios).



Fuente: Para los años anteriores a 2006 Daniela Díaz Echeverría (2006) *Mortalidad Materna: una tarea inconclusa*, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A.C.

Para 2006 Cálculos propios a partir de la Base SSA, Sistema epidemiológico y

Nota: Las razones fueron calculadas corrigiendo el subregistro de defunciones de menores de un año y los nacimientos estimados. La razón está por 10 mil nacidos estimados.

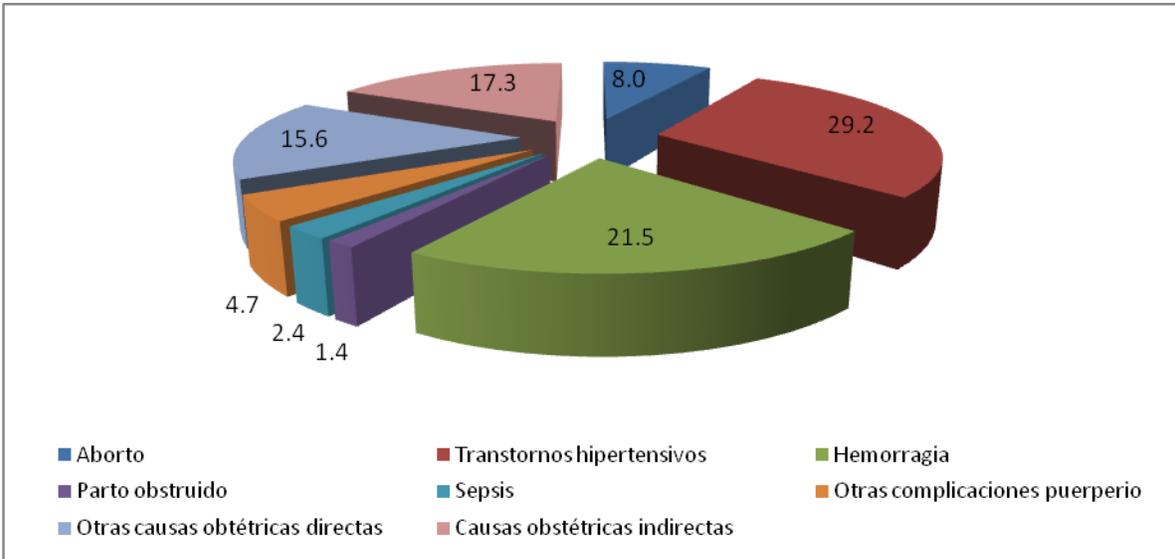
En términos generales se puede sostener que en el nivel nacional la mortalidad materna ha descendido. En la gráfica 1 se puede apreciar que de una razón de 9.04 por cada 10 mil nacidos en 1990 se pasó a 6.04 en el año 2006, es decir, aproximadamente tres muertes menos por cada 10 mil nacidos vivos en 16 años. No obstante esta reducción, la meta planteada por la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, celebrada en el Cairo y por la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en 1995 en Beijing, no se pudo lograr en el país: se tendría que haber alcanzado una razón de 4.52 por 10 mil en el año 2000 y llegar en el año 2015 a una razón de 2.25, pero, como se puede observar, eso está lejos de suceder.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Estas conferencias establecieron en sus programas de trabajo reducir a la mitad las tasas de muerte materna de 1990 a 2000 y lo mismo para 2015 con relación a 2000. Martha Aída Castañeda *et al.* *La mortalidad materna en México: Cuatro visiones críticas*, México, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A.C./K'inal Antzetik, A.C./Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población/Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco/ Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas, México, 2004. Se optó por usar 10 mil nacimientos como base de las razones de mortalidad porque las cifras que se manejan de defunciones maternas a nivel de los municipios son muy bajas.

Las muertes ocurridas en 2006 fueron 1,173 a nivel nacional, es decir, casi cuatro muertes diarias de mujeres durante el embarazo, parto o puerperio.

Según CONAPO, en 1980 las principales causas de mortalidad maternas eran las enfermedades hipertensivas (24%), seguidas por las hemorragias (21%), las infecciones (5.8%) y, finalmente, el aborto (8.8%). Para el año 2006, como puede observarse en la gráfica 2, el peso que tenía cada causa varió y las enfermedades hipertensivas alcanzaron 30% mientras que las hemorragias y el aborto se mantuvieron en los mismos niveles; las muertes por sepsis e infecciones bajaron a 2 por ciento y la causa de muerte por trabajo de parto obstruido llegó a 1.4 por ciento.

**Gráfica 2. Causas de mortalidad materna (2006)**

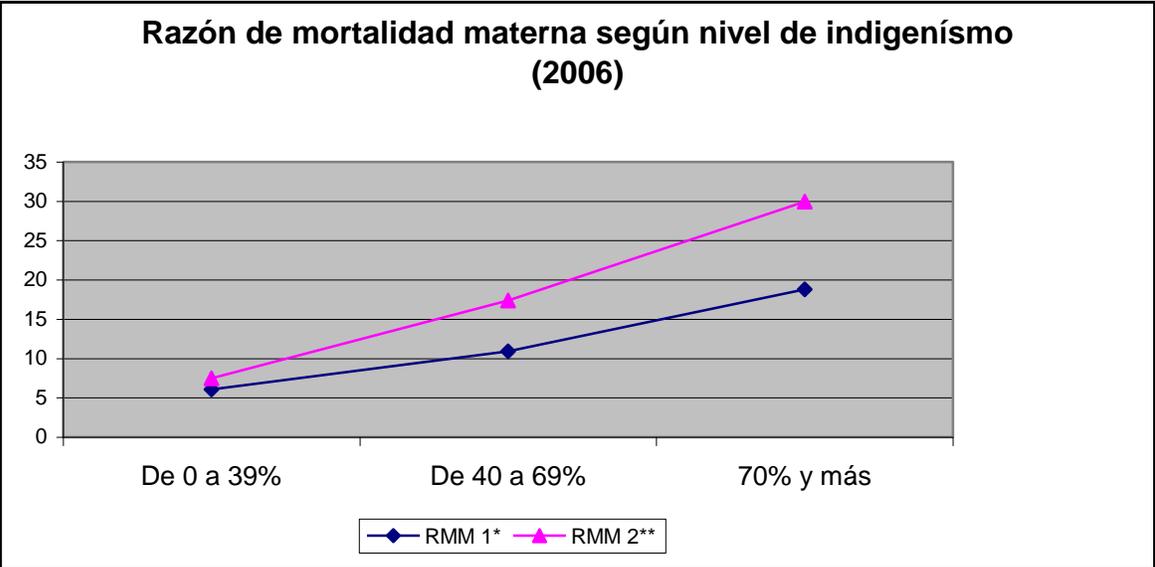


Fuente: Cálculos propios con Base SSA, Sistema epidemiológico y estadístico de defunciones (SEED), 2006

Aunque varios trabajos han documentado el descenso de la mortalidad materna a nivel nacional es evidente que existen grandes diferencias al interior del país y fundamentalmente cuando se realiza el análisis según la proporción de población indígena en los municipios.

En la gráfica 3 y en el cuadro 1 se puede observar claramente que el riesgo de morir durante el embarazo, parto o puerperio se triplica en los municipios mayoritariamente indígenas (70% o más de PI) en relación con los municipios con presencia indígena más baja (menos de 40% de PI), esto con respecto a la razón obtenida con los nacimientos registrados.<sup>5</sup> Más dramática es la situación cuando se establece la relación a partir de los nacimientos estimados;<sup>6</sup> el riesgo de morir para las mujeres que habitan en zonas predominantemente indígenas se duplica (con PI de 40 a 69%) y se cuadruplica para las de zonas netamente indígenas (PI mayor de 70%).

**Gráfica 3.**



\*Razón de mortalidad materna por 10,000 nacidos vivos registrados

\*\*Razón de mortalidad materna por 10,000 nacidos vivos estimados

Fuente: Cálculos propios a partir de la Base SSA, Sistema epidemiológico y estadístico de defunciones (SEED), INEGI y CONAPO, Proyecciones de la Población de México, 2000-2050

<sup>5</sup> Los nacimientos registrados incluyen nacimientos que ocurrieron en diferentes años y que fueron registrados de manera extemporánea, ascienden aproximadamente al 25 por ciento del total.

<sup>6</sup> Estos nacimientos son estimados bajo el supuesto de que son los que ocurrirán en ese año o periodo de tiempo.

**Cuadro 1. Razón de mortalidad materna según proporción de población indígena a nivel municipal y total nacional (2006)**

Nivel de indigenismo en los municipios	Razón por nacimientos		Total de Municipios
	Registrados	Estimados	
De 0 a 39%	6.06	7.49	479
De 40 a 69%	10.92	17.40	44
70% y más	18.79	29.96	83
Municipios con muertes maternas registradas	6.71	8.45	606
Nivel Nacional	4.68	6.04	2454

Fuente: Cálculos propios a partir de la Base SSA, Sistema epidemiológico y estadístico de defunciones (SEED), INEGI y CONAPO, Proyecciones de la Población de México, 2000-2050

Respecto a las principales causas de muerte materna en el conjunto de los tres grupos de municipios mencionados, se encuentra que el edema, la proteinuria y los trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio son la principal causa de muerte (28.7%). Después están como factores importantes las causas obstétricas indirectas (18.2%) seguidas de cerca por las hemorragias postparto (con 15.3%). En conjunto, estas tres causas comprenden 62.1 por ciento del total. Cuando se baja al análisis de cada grupo de municipios, la preeminencia de la primera causa se mantiene más o menos por arriba de 24 por ciento. Mientras, la segunda causa de muerte muestra un descenso conforme aumenta la población indígena. Sin embargo, la tercera causa de muerte, las hemorragias postparto sí tienen una elevación bastante pronunciada conforme aumenta el indigenismo de los municipios. De ser 13.1 por ciento en los municipios con menos población indígena (0 a 39% de indígenas), sube a 21.5 por ciento en los que tienen entre 40 y 69 por ciento de indígenas. Y llega a ser del 30 por ciento en los municipios con más de 70 por ciento de indígenas.

Cuando el análisis se realiza solamente con la población propiamente indígena de los tres grupos de municipios, como puede apreciarse en el cuadro 2, la primera causa de muerte conserva su importancia relativa y la segunda muestra cierta continuidad en los tres grupos de municipios, la tercera causa aquí mencionada se

torna en la primera causa de muerte para las indígenas ya que la hemorragia posparto abarca más de la cuarta parte del total de defunciones (29.2%) y sube casi al doble de lo que representa para la población en general (15.3%).<sup>7</sup> Esto es importante si se recuerda que una buena parte de las mujeres indígenas tienen sus hijos en sus casas auxiliadas por parteras. Se puede suponer que aunque estas profesionales de la salud tradicionales pueden tener conocimientos médicos en muchos casos apropiados o suficientes, al no contar con la posibilidad de administrar anticoagulantes y transfusiones, ven limitadas sus posibilidades de detener las hemorragias de sus pacientes. Además, no hay que olvidar que la mayoría de los hablantes de lenguas indígenas suelen habitar en lugares relativamente poco urbanizados y con vías de comunicación poco adecuadas o intransitables en temporada de lluvias.

**Cuadro 2. Causas de mortalidad materna en mujeres indígenas según proporción de población que habla lengua indígena en el municipio (2006)**

Causa de muerte materna	Proporción de población que habla lengua indígena en el municipio						Total	
	De 0 a 39%		De 40 a 69%		70% y más		Absolutos	Relativos
	Absolutos	Relativos	Absolutos	Relativos	Absolutos	Relativos		
Aborto	0	0.0	1	3.2	6	8.7	7	5.1
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio	15	40.5	5	16.1	15	21.7	35	25.5
Otras complicaciones del embarazo o del parto	5	13.5	3	9.7	5	7.2	13	9.5
Hemorragia precoz del embarazo, placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta	2	5.4	2	6.5	1	1.4	5	3.6
Trabajo de parto obstruido	1	2.7	0	0.0	6	8.7	7	5.1
Hemorragia postparto	6	16.2	11	35.5	23	33.3	40	29.2
Otras complicaciones del puerperio	3	8.1	3	9.7	3	4.3	9	6.6
Otras causas obstétricas directas	1	2.7	2	6.5	3	4.3	6	4.4
Causas obstétricas indirectas	4	10.8	4	12.9	7	10.1	15	10.9
<b>Total</b>	37	100.0	31	100.0	69	100.0	137	100.0

Fuente: Cálculos propios a partir de la Base SSA, Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED)

Tomando esos mismos grupos de municipios de acuerdo con su porcentaje de población indígena y la información más reciente sobre defunciones maternas proporcionada por la Secretaría de Salud, se puede observar que los niveles de

<sup>7</sup> Para ver un análisis de la distribución de la población hablante de lengua indígena en localidades urbanas y no urbanas de México ver Héctor Hernández Bringas, René Flores Arenales, Gabriela Ponce Sernicharo y Ana María Chávez Galindo, "Distribución y características de la población indígena dentro del sistema urbano nacional, 2000" en Héctor Hernández Bringas, (Coord.), *Los indios de México en el siglo XXI*, CRIM-UNAM, Cuernavaca, Morelos, México, 2007.

MM son más elevados que los que ha publicado esa institución en los últimos años. Como se recordará, en esos datos se trató de subsanar el subregistro que se suponía existe de ese fenómeno y al parecer ello se logró en alguna medida. Así, incluso a nivel nacional, la razón de MM obtenida es 60 por ciento más alta que la nacional registrada (de cerca de 4.68 defunciones pasa 8.1 por 10 mil nacimientos) y cerca de 40 por ciento más alta que utilizando los nacimientos estimados (ver cuadro 3).

**Cuadro 3. Razón de mortalidad materna según nacimientos registrados, ocurridos o estimados en 2006 por nivel de indigenismo en los municipios**

Nivel de indigenismo en los municipios	Total de nacimientos			Casos de Mortalidad Materna	Razón de Mortalidad Materna _1/			Total de Municipios
	Registrados	Ocurridos	Estimados		Nacimientos registrados	Nacimientos ocurridos	Nacimientos estimados	
De 0 a 39%	1,611,887	1,035,138	1,303,445	976	6.06	9.43	7.49	479
De 40 a 69%	72,349	24,414	45,415	79	10.92	32.36	17.40	44
70% y más	62,811	17,907	39,386	118	18.79	65.90	29.96	83
Total Municipal	1,747,047	1,077,459	1,388,246	1,173	6.71	10.89	8.45	606
Total Nacional	2,505,939	1,463,641	1,942,914	1,173	4.68	8.01	6.04	2454

\_1/ Razón por 10,000 nacidos vivos

Fuente: Cálculos propios con base SSA, *Sistema epidemiológico y estadístico de defunciones* (SEED), INEGI, Estadísticas Vitales y CONAPO, Proyecciones de la Población de México, 2000-2050

Es claro que a nivel de los municipios, entre más alta es su proporción de indígenas, esa cifra sube a grados que, en principio, se consideraban totalmente superados por lo elevado, de 65.9 por 10 mil en el caso de los nacimientos ocurridos. La cantidad baja cuando se usa el monto de los nacimientos estimados para estimar la razón. Con todo, con 30 defunciones por cada 10 mil nacimientos sigue siendo muy elevada y similar a la que se estima para algunos países africanos (de entre los más atrasados del mundo en términos socioeconómicos) y más alta que la estimada hasta ahora para las entidades federativas con porcentajes elevados de población indígena, como Chiapas y Oaxaca.

Aunque, como se observa en el cuadro 4, el monto total de defunciones reportadas en México (1,173) es algo más bajo que en otros años, no hay que olvidar que también la cantidad de los nacimientos ha descendido ya desde hace

varios años en mayor medida de lo que lo han hecho las muertes maternas. En 2002, con base en una evaluación de la calidad del registro, se estimaba que el subregistro de la muerte materna era de entre 30 y 40 por ciento.<sup>8</sup>

**Cuadro 4.**  
**Muertes maternas y razones de mortalidad materna (1990-2006)**

Año	Mujeres que murieron	Razones de Mortalidad Materna *
1990	1,477	8.9
1991	1,414	
1992	1,399	
1993	1,268	
1994	1,409	
1995	1,454	8.32
1996	1,291	
1997	1,266	
1998	1,415	
1999	1,400	
2000	1,543	7.26
2001	1,208	7.08
2002	1,083	6.39
2003	1,313	6.52
2004	1,246	6.26
2005	1,242	6.34
2006	1,171	6.04

1. Secretaría de Salud. GDIED 1990-2000 y SEED-SSA, 2001  
(Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones)

2. Datos de 2003 a 2006 corresponden a INEGI SSA-Dirección General de Información en Salud citado "Vigilancia epidemiológica activa de las defunciones materna. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Programa Arranque Parejo en la Vida. en [www.salud.gob.mx/unidades/dgces/per/1](http://www.salud.gob.mx/unidades/dgces/per/1)

\* Por cada 10,000 nacimientos

n.d. No disponible

Estas desigualdades tan profundas frente a la muerte solamente se pueden explicar al relacionarlas con las condiciones económicas, sociales y culturales de las zonas según su nivel de indigenismo.

<sup>8</sup> Octavio Mojarro, *et al*, "Mortalidad Materna y marginación municipal" en *La situación demográfica en México 2003*, CONAPO, México, pp. 133.141, 2003.

## **2. Características sociodemográficas y económicas de las mujeres fallecidas (2006)**

La información de la base de datos de la SSA muestra una estructura por edad de las mujeres fallecidas bastante joven, 76 por ciento tenía menos de 35 años de edad. En todos los niveles de indigenismo se observa el mismo patrón, aunque es necesario señalar que en los municipios predominantemente indígenas se observa mayor cantidad de muertes en las edades extremas (menores de 15 años y mayores de 45 años).

En cuanto al estado civil, más de 80 por ciento eran mujeres unidas; el mayor número de solteras se registró en los municipios con población indígena moderada (15.2%); en los de predominio indígenas 9.5 por ciento se encontraba en esta condición y en los netamente indígenas únicamente 8.7 por ciento. Algo llamativo es que el porcentaje de divorciadas era mayor en estos últimos municipios en cuatro puntos porcentuales.

Como era de suponerse el nivel de escolaridad<sup>9</sup> según proporción de población indígena en el municipio en el que residía habitualmente la fallecida muestra marcadas diferencias: las categorías sin escolaridad y primaria completa se incrementan a más del doble a mayor grado de indigenismo, pasan de 21.1 por ciento en los municipios de moderada PI a 49.2 por ciento y 51.2 por ciento en los predominantes y netamente indígenas.

Esta variable es fundamental en el análisis de los factores de riesgo de muerte porque está estrechamente asociada a las capacidades de las madres para identificar con pertinencia los problemas de salud, utilizar los recursos familiares y comunitarios disponibles para prevenir desenlaces fatales y en muchos casos se asocia a un mayor poder de la mujer en la toma de decisiones sobre la atención al embarazo o parto.

---

<sup>9</sup> Se ha documentado en otros trabajos que esta variable presenta problemas en su registro, pues se asignan a las categorías preparatoria o bachillerato muertes que no le corresponden, es por ello que no se incluyeron en el análisis.

En estudios anteriores ya se ha mostrado que en 2000, a nivel nacional, la población indígena tenía en promedio la mitad de años de escuela que tenían los no indígenas (cuatro años para los primeros contra ocho para los no indígenas). Esta situación se agudiza en la medida en que disminuye el tamaño de la localidad en que habitan unos y otros aunque siempre con desventaja para los indígenas. Así, en las localidades no urbanas la escolaridad acumulada baja hasta en un año para ambos grupos de población.<sup>10</sup>

Desde un punto de vista complementario, la corroboración de esta situación la podemos encontrar cuando analizamos los municipios por porcentaje de población indígena que los habita. Entre mayor es la proporción de hablantes de lengua indígena en un municipio, menor es también el porcentaje que logró acceder a cada nivel del sistema escolar y se podría agregar que el horizonte escolar máximo que se puede alcanzar en aquellos municipios con porcentajes mayores de 70 por ciento de indígenas es tercero de primaria ya que 66 por ciento de la población no tiene escolaridad o tiene la primaria incompleta y solamente 39 por ciento tiene la primaria completa o algún grado más. Mientras, en los municipios con menos de 39 por ciento de indígenas este nivel sube hasta la primaria completa y un porcentaje importante, de más poco menos de la mitad, puede llegar incluso hasta la secundaria completa. En los municipios con entre 40 y 69 por ciento de población indígena encontramos una situación intermedia.

Ahora bien, si se agrega la categoría de primaria completa, más de 80 por ciento de las mujeres que murieron en las zonas indígenas (más de 40% de PI) no tenían educación básica, lo cual hace suponer una relación muy fuerte entre la variable educación y el riesgo de morir en estas regiones y, por supuesto, una menor cobertura y calidad educativa respecto a las menos indígenas. En el cuadro 5 se pueden apreciar dichas diferencias.

---

<sup>10</sup> Héctor Hiram Hernández Bringas (Coord.), *Los indios de México en el siglo XXI*, CRIM-UNAM, Cuernavaca, Morelos, México, 2007.

**Cuadro 5. Mujeres fallecidas por nivel de escolaridad según proporción de población que habla lengua indígena a nivel municipal (2006)**

Escolaridad	Proporción de población que habla lengua indígena en el municipio			Total
	De 0 a 39%	De 40 a 69%	70% y más	
Sin escolaridad	6.4%	21.7%	36.5%	9.6%
Primaria incompleta (1 a 5 años)	14.7%	27.5%	24.7%	16.2%
Primaria completa	23.5%	26.1%	24.7%	23.8%
Sec. incompleta	6.7%	4.3%	3.5%	6.3%
Sec. completa	27.3%	11.6%	4.7%	24.7%
Bachillerato	12.9%	4.3%	3.5%	11.7%
Profesional	8.4%	4.3%	2.4%	7.7%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Base de la SSA, *Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED)*, 2006

Estos porcentajes en las fallecidas se corresponden directamente con las condiciones de la población general de los municipios en cada una de las regiones. Como se puede observar en el cuadro 6, el porcentaje de analfabetas de 15 años y más en unidades netamente indígenas es más de dos veces el que se registra en los menos indígenas, mientras que un tercio de la población de los primeros y más de la mitad de la población de estos últimos no tienen la primaria completa.

**Cuadro 6. Analfabetismo y escolaridad según nivel de indigenismo (% de la población total)**

Nivel de indigenismo _1/	Porcentaje de población analfabeta de 15 años o más _2/	Porcentaje de población sin primaria completa de 15 años o más _2/
Bajo	12.8	35.6
Medio	15.4	34.9
Alto	29.1	52.1

\_1/ Reclasificación propia en base CDI-CONAPO "Estimaciones de la población indígena a partir de INEGI, XII Censo general de población y vivienda 2000" y actualización a partir del Censo de población y vivienda 2005.

\_2/ Reclasificación propia en base en los Índices de marginación a nivel municipal: CONAPO, Índices de marginación. Noviembre, 2006

Es importante recordar que más de 90 por ciento de los municipios que pertenecen a la categoría de netamente indígenas son los que sufren los niveles de mayor marginación, lo que implica las peores condiciones en los indicadores socioeconómicos al interior del país.

En ese sentido, al analizar el derecho a la salud en 2005 una buena parte de la población se encontraba excluida, sin importar ni el nivel de indigenismo ni el de marginación. Aún en los municipios en donde se tiene un nivel de indigenismo y de marginación bajo, 51 por ciento de su población no contaba con derechohabencia a servicios de salud, esta situación se agrava conforme se van incrementando las dos condiciones anteriores hasta llegar a más de 80 por ciento de la población sin derechohabencia en las unidades administrativas con nivel de indigenismo predominante y alta marginación. Los resultados del censo 2010 mostrarán si el Seguro Popular ha logrado revertir dicha situación.

**Cuadro 7. Porcentaje de población según nivel de indigenismo (2005)**

Nivel de indigenismo _1/	Grado de marginación _2/	Porcentaje de población sin derechohabencia a servicios de salud _3/
Bajo	Baja	51.42
Bajo	Medio	66.61
Bajo	Alta	79.68
Medio	Bajo	56.75
Medio	Medio	70.15
Medio	Alto	81.39
Alto	Alto	81.01

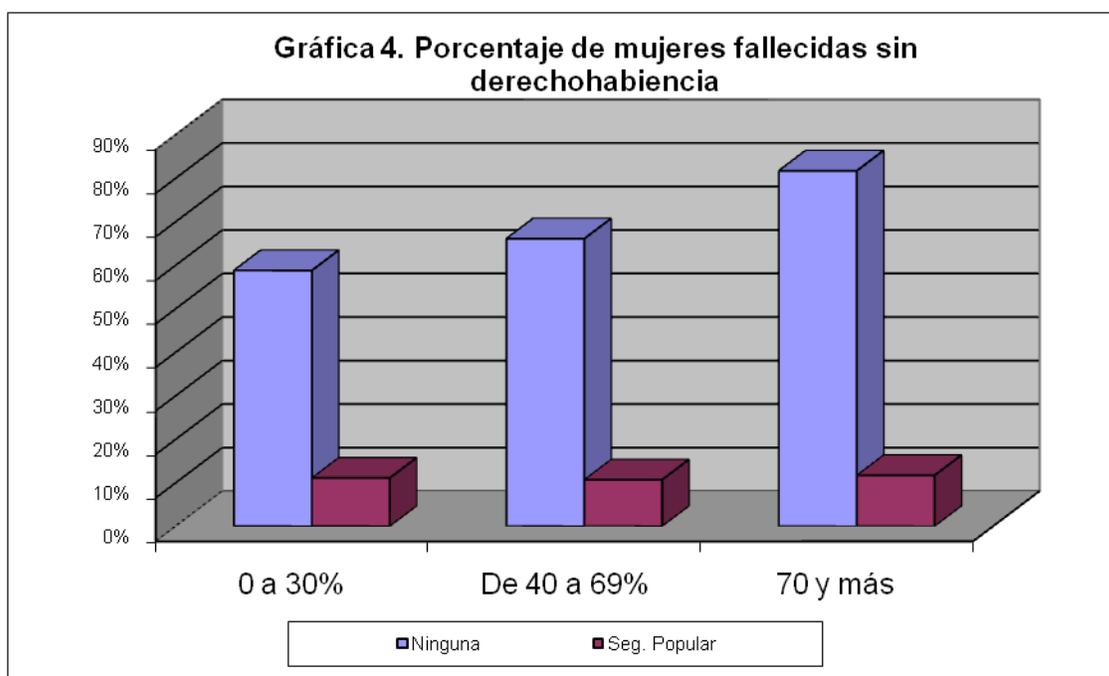
\_1/ Reclasificación propia en base CDI-CONAPO "Estimaciones de la población indígena a partir de INEGI, XII Censo general de población y vivienda 2000" y actualización a partir del Censo de población y vivienda 2005.

\_2/ Reclasificación propia en base en los Índices de marginación a nivel municipal: Conapo, Índices de marginación. Noviembre, 2006

\_3/ Cálculos propios en base a INEGI. II Censo de Población y Vivienda, 2005

Esta estructura de exclusión<sup>11</sup> es muy clara en el registro de las mujeres muertas por causas maternas, en 2006, 60.5 por ciento de las fallecidas registradas no eran derechohabientes de ninguna institución de salud, 11.1 por ciento contaba con el servicio de Seguro Popular que también es para población abierta y apenas 25.5 por ciento eran derechohabientes del IMSS o del ISSSTE.

En el caso de las mujeres que pertenecían a municipios netamente indígenas, en 2005 el porcentaje sin acceso a la salud se elevó a 81.7 por ciento, las de Seguro Popular a 11.7 por ciento, como puede apreciarse en la gráfica 4. En este contexto es perfectamente entendible, aunque no aceptable, que las razones de mortalidad en estas zonas tripliquen a las razones de las áreas más urbanizadas del país.



Fuente: SSA, *Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED)*, 2006.

<sup>11</sup> La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la exclusión en salud desde una perspectiva de derechos humanos como "... la negación del derecho de satisfacer las necesidades de salud a una persona o grupo de personas en una sociedad determinada. Esta negación puede ser total (para todas las necesidades de salud) o parcial (para algunas necesidades de salud) y puede ser temporal o permanente en el tiempo" citado por Daniela Díaz, *Mortalidad Materna: una tarea inconclusa*, Fundar, Centro de Investigación y Análisis, A. C., 2006. Es importante señalar que esta definición únicamente habla del resultado pero no de los factores que llevan a la exclusión.

La SSA reconoce en su informe de rendición de cuentas, 2002, que “las muertes maternas son una expresión de la inequidad y rezago social, así como una expresión de los problemas de cobertura y calidad de los servicios de salud”.<sup>12</sup>

Otro indicador resultado de esta exclusión al derecho a la salud es el lugar de ocurrencia de la defunción, el grueso de las muertes (43.3% del total de fallecidas) se concentró en la SSA, es decir, un establecimiento que atiende a la población abierta; 16.2 por ciento sucedió en el hogar, en tanto que de las instituciones públicas sobresale el IMSS (16.4%).

En las zonas de mayor indigenismo (más de 70% de PI) 40.2 por ciento de los fallecimientos ocurrió en el hogar, 36.6 por ciento en algún establecimientos de la SSA y 6.1 por ciento en otras unidades médicas públicas. Situación muy distinta a la de los municipios con moderado porcentaje de población indígena (menos de 40%), ahí 13 por ciento de las muertes fueron en el hogar, 44.5 por ciento en la SSA y 26.8 por ciento en otras unidades médicas públicas.

Un dato importante de resaltar es que en las clínicas del IMSS-Oportunidades se registraron aproximadamente 10 por ciento de los fallecimientos de las mujeres que habitaban los municipios con predominancia y netamente indígenas.

A la información anterior se debe agregar la referida al control, atención al parto y lugar de ocurrencia del mismo. En los casos analizados 20.6 por ciento de las mujeres no tuvieron control prenatal, 58.6 por ciento lo inició entre el primer y tercer mes del embarazo, mientras 20.8 por ciento lo inició entre el cuarto y octavo mes.

---

<sup>12</sup> Secretaría de Salud, *Programa de Acción: “Arranque Parejo en la Vida”*, Informe 2002 Secretaría de Salud, México, p.123, 2003.

En el cuadro 8, igual que con los indicadores anteriores, se observa una clara diferencia según nivel de indigenismo, pero fundamentalmente respecto del nivel moderado, es decir, aquí 61.4 por ciento de las mujeres fallecidas iniciaron su control prenatal antes del cuarto mes, en tanto que en los otros dos niveles, solamente 45 por ciento y 42.6 por ciento de las fallecidas en los municipios predominantes y netamente indígenas, respectivamente, se encontraban en esta categoría.

**Cuadro 8. Mujeres fallecidas por mes de inicio del control natal según proporción de población que habla lengua indígena en los municipios**

Mes de inicio del control prenatal	Proporción de la población que habla lengua indígena			Total
	De 0 a 39%	De 40 a 69%	70% y más	
Sin control	19.8%	28.3%	22.1%	20.6%
Primero a tercero	61.4%	45.0%	42.6%	58.6%
Cuarto	10.1%	13.3%	17.6%	11.0%
Quinto a noveno	8.7%	13.3%	17.6%	9.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

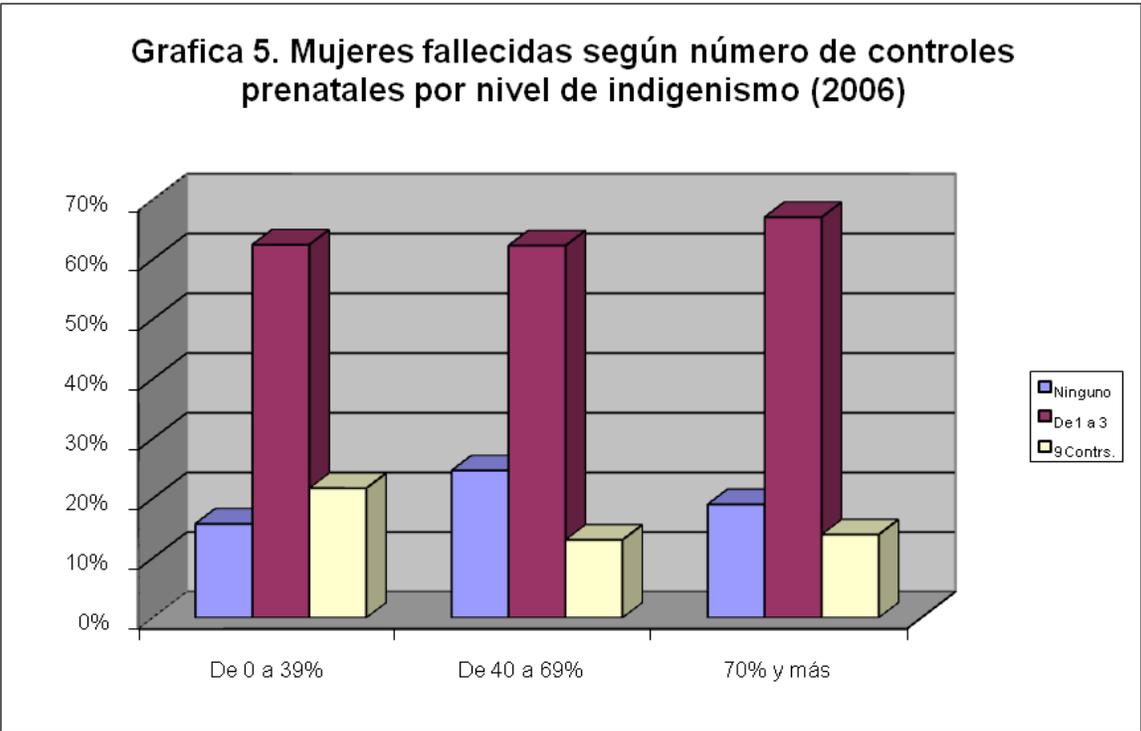
Fuente: SSA, *Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED)*, 2006.

Las mujeres que más tardíamente iniciaron el control fueron las pertenecientes a municipios predominantemente indígenas, 17.6 por ciento lo inicio después del quinto mes, mientras que en los de composición indígena menor, únicamente 8.7 por ciento lo hizo en este periodo.

La Organización Mundial de la Salud recomienda al menos cuatro visitas prenatales y que éstas sean con calidad, es decir, que permitan abordar las necesidades psicológicas y médicas de la embarazada, así como conocer el contexto en que ésta vive.

En el caso mexicano, para el año 2006, prácticamente 80 por ciento de las mujeres fallecidas acudieron a tres o menos controles natales; en los municipios con mayor indigenismo este monto alcanzó 89 por ciento, mientras que en los menos indígenas se ubicó en 11 puntos porcentuales menos.

La no asistencia al control prenatal, como se ha señalado en innumerables documentos, mantiene a las mujeres en condiciones de mayor vulnerabilidad ya que no permite que tomen contacto con el sistema de salud que les correspondería y no es posible detectar padecimientos que en un momento dado pueden ser evitables y que debido a la falta de atención las llevan a la muerte.



Fuente: Cálculos propios con base en SSA, Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED)

En la gráfica 5 se muestra que los municipios que tienen entre 40 por ciento y 69 por ciento de población indígena presentan la proporción mayor de fallecidas que no asistieron a ningún control natal (24.6%), le siguen los más indígenas (19%) y los de menor grado de indigenismo (15.7%). Estos últimos también son los que registraron el mayor porcentaje de asistencias al control, como se puede observar en la gráfica anterior.

Respecto al lugar de atención al parto, es importante señalar que más de la mitad de las mujeres fallecidas de los municipios netamente indígenas se atendieron en su hogar (51.3%), poco más de una tercera parte (37.9%) de las de los municipios predominantemente indígenas también lo hicieron y únicamente 9 por ciento o una décima parte de las fallecidas de las zonas menos indígenas se atendió en ese lugar.

Una relación inversa arroja el registro de atención al parto en instituciones públicas de salud, es decir, a menor nivel de indigenismo mayor proporción de mujeres fallecidas que fueron atendidas en estos establecimientos médicos.

En los municipios menos indígenas, las clínicas de la SSA concentraron el mayor porcentaje de atención al parto (44.2%), frente a menos de la mitad de la proporción de mujeres que se atendieron en esta institución en áreas predominante y netamente indígenas, 21.2 por ciento y 23.7 por ciento respectivamente.

Como se puede apreciar, la vulnerabilidad que tenían estas mujeres era enorme, sin ninguna seguridad social, ni medidas para asegurar su sobrevivencia, las mismas clínicas de la SSA, como ya se señaló, son para población abierta y no cuentan con la infraestructura necesaria para atender complicaciones del embarazo o parto.

**Cuadro 9. Mujeres fallecidas por lugar de atención al parto según proporción de población que habla lengua indígena en los municipios (2006)**

Lugar de atención al parto	Proporción de la población que habla lengua indígena			Total
	De 0 a 39%	De 40 a 69%	70% y más	Col %
SSA	44.2%	21.2%	23.7%	41.2%
IMSS OPORTUNIDADES	1.8%	15.2%	11.8%	3.5%
IMSS	20.4%	4.5%	2.6%	18.1%
Otra unidad médica pública	6.5%	7.6%	2.6%	6.3%
Unidad médica privada	16.5%	6.1%	2.6%	14.8%
Hogar	9.0%	37.9%	51.3%	14.1%
Otro lugar	1.5%	7.6%	5.3%	2.2%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Cálculos propios con base SSA, *Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED)*, 2006

Aunado a la información anterior, en el cuadro 9 se registra que en los lugares con mayor proporción de población indígena es donde las mujeres fallecidas más se atendieron con parteras o parientes, no con médicos. 30 por ciento se atendió con parteras y 15.8 por ciento con algún pariente; en contraste, en las zonas con proporción indígena moderada únicamente 6.3 por ciento de las fallecidas fueron atendidas por este tipo de personal.

Un dato que llama poderosamente la atención por el nivel de desarrollo de nuestro país, es que entre las indígenas casi 3 por ciento de los partos no fueron atendidos ni auxiliados por ninguna persona. Esto parecería estar reafirmando la poca importancia que socialmente se le da a la mujer embarazada en estos casos o de condiciones tales de aislamiento que nadie pudo acudir a socorrerlas cuando más lo necesitaron.

**Cuadro 10. Mujeres fallecidas por persona que atendió el parto según proporción de población que habla lengua indígena en los municipios (2006)**

Persona que atendió el parto	Proporción de la población que habla lengua indígena			Total
	De 0 a 39%	De 40 a 69%	70% y más	
	Col %	Col %	Col %	Col %
No hubo parto o aborto	16.5%	10.4%	10.5%	15.7%
Médico	76.2%	52.2%	39.5%	71.8%
Partera	4.7%	20.9%	30.3%	7.7%
Pariente o familiar	1.6%	16.4%	15.8%	3.7%
Nadie	0.7%		2.6%	0.8%
Enfermera o Aux, de salud	0.1%		1.3%	0.4%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Cálculos propios con base en SSA, *Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED)*, 2006.

## Conclusiones

En términos generales se puede sostener que a nivel nacional la mortalidad materna ha ido descendiendo ya que de una razón de 9.04 por cada 10 mil nacidos en 1990 se pasó a 6.04 en el año 2006, es decir, aproximadamente tres muertes menos por cada 10 mil nacidos vivos en 16 años. No obstante esta reducción, se tendría que haber alcanzado una razón de 4.52 por 10 mil en el año 2000 y llegar en 2015 a una razón de 2.25 para cumplir con los compromisos que México tiene ante la Organización de Naciones Unidas. Como se puede observar, será difícil alcanzar esa meta.

Aunque el descenso de la mortalidad materna a nivel nacional es evidente, existen grandes diferencias al interior del país, mismas que aumentan aún más cuando se realiza el análisis según la proporción de población indígena en los municipios. El riesgo de morir durante el embarazo, parto o puerperio, se triplica en los municipios que son mayoritariamente indígenas (70% o más de PI) en relación con los municipios con presencia indígena (menos de 40% de PI), esto con respecto a la razón obtenida con los nacimientos registrados. Más dramática es la situación cuando se establece la relación a partir de los nacimientos estimados; el riesgo de

morir para las mujeres que habitan en municipios predominantemente indígenas se duplica (con PI de 40 a 69%) y se cuadruplica para los municipios indígenas (PI mayor de 70%).

La primera causa de muerte para las indígenas es la hemorragia posparto, misma que abarca más de la cuarta parte del total de defunciones (29.2%) y sube casi al doble de lo que representa para la población en general (15.3%). Esto es importante si se recuerda que una buena parte de las mujeres indígenas tienen sus partos en sus casas y auxiliadas por parteras. Se puede suponer que aunque estas profesionales de la salud tradicionales pueden tener conocimientos médicos en muchos casos apropiados o suficientes, al no contar con la posibilidad de administrar anticoagulantes y transfusiones ven limitadas sus posibilidades de detener las hemorragias de sus pacientes. Además, la mayoría de los hablantes de lenguas indígenas suelen habitar en lugares relativamente poco urbanizados y con vías de comunicación poco adecuadas o intransitables en temporada de lluvias.

Aunque el monto total de defunciones reportadas a nivel nacional parece tender a la baja, no hay que olvidar que también el monto de los nacimientos ha estado descendiendo desde hace varios años y en mayor medida de lo que lo han hecho las muertes maternas. Sin embargo, en 2002, en base a una evaluación de la calidad del registro, se estimó que el subregistro de la muerte materna era de entre el 30 y 40 por ciento.

La estructura por edad de las mujeres fallecidas es bastante joven, 76 por ciento tenía menos de 35 años de edad aunque es necesario señalar que en los municipios predominantemente indígenas se observa mayor cantidad de muertes en las edades extremas (menores de 15 años y mayores de 45 años).

El horizonte escolar máximo que se puede alcanzar en aquellos municipios eminentemente indígenas es tercero de primaria ya que 66 por ciento de la

población no tiene escolaridad o tiene la primaria incompleta y solamente 39 por ciento tiene la primaria completa o algún grado más. Mientras, en los municipios con menos del 40 por ciento de indígenas este nivel sube hasta la primaria completa y un porcentaje importante, poco menos de la mitad, puede llegar incluso hasta la secundaria completa. Asimismo, el porcentaje de analfabetas de 15 años y más en unidades netamente indígenas es más de dos veces el que se registra en los menos indígenas, mientras que un tercio de la población de los primeros y más de la mitad de la población de estos últimos no tienen la primaria completa. Como contraparte, más de 80 por ciento de las mujeres que murieron en las zonas indígenas (más de 40% de PI) tenían niveles educativos muy bajos, lo cual hace suponer que existe una relación muy fuerte entre la variable educación y el riesgo de morir en estas regiones y, por supuesto, una menor cobertura y calidad educativa respecto a las menos indígenas.

Aún en los municipios en donde se tiene un nivel de indigenismo y de marginación bajo en 2005, 51 por ciento de su población no contaba con derechohabencia a servicios de salud, esta situación se agrava conforme se van incrementando las dos condiciones anteriores hasta llegar a más de 80 por ciento de la población sin derechohabencia en las unidades administrativas con nivel de indigenismo predominante y alta marginación.

Esta estructura de exclusión es muy clara en el registro de las mujeres muertas por causas maternas; en 2006, 60.5 por ciento de las fallecidas registradas no eran derechohabientes de ninguna institución de salud, 11.1 por ciento contaba con el servicio de Seguro Popular que también es para población abierta y apenas 25.5 por ciento eran derechohabientes del IMSS o del ISSSTE. En el caso de las mujeres que pertenecían a municipios netamente indígenas el porcentaje sin derecho a la salud se elevó a 81.7 por ciento y las de Seguro Popular a 11.7 por ciento, como se puede apreciar sólo 6.7 por ciento contaba con un servicio público de salud.

La Organización Mundial de la Salud recomienda al menos cuatro visitas prenatales y que éstas sean con calidad, es decir, que permitan abordar las necesidades psicológicas y médicas de la embarazada, así como conocer el contexto en que ésta vive. La no asistencia al control prenatal mantiene a las mujeres en condiciones de mayor vulnerabilidad ya que no permite que tomen contacto con el sistema de salud que les correspondería y no es posible detectar padecimientos que en un momento dado pueden ser evitables y que debido a la falta de atención las llevan a la muerte.

Sobre los aspectos metodológicos en esta investigación se reconoce que:

- Existe escaso conocimiento sobre el tema de mortalidad materna, pero es aún menor el estudio de la indígena debido a la existencia de graves problemas con las fuentes de información y, por tanto, con los indicadores obtenidos de ellas. La información de la base de datos de la SSA, aunque cuenta con información muy valiosa es apenas una aproximación al universo de la mortalidad indígena. Aún con sus limitaciones, sin embargo, se pueden apreciar ciertas condiciones sociales importantes a través de ella.
- La medida básica utilizada para la mortalidad materna es la razón de mortalidad materna, la cual se construye a partir de las muertes de las mujeres por causas obstétricas y los nacimientos; ésta presenta problemas en los dos componentes. Por un lado, la rareza del fenómeno y la mala declaración de la causa de muerte, adicional a lo poco políticamente correcto que es declarar altos niveles de mortalidad materna para las políticas nacionales y por otro lado, el subregistro de los nacidos muertos, el registro extemporáneo y el registro múltiple de los nacidos vivos.
- Al analizar las razones de mortalidad que se obtuvieron de la base de datos del SEED de la SSA, se pudo observar la falta de claridad en la

declaración de las causas de muerte aún y cuando esta base es parte de un proyecto para abatir el subregistro y se construyó a partir de los certificados de defunción y de documentación adicional como las autopsias verbales y resúmenes clínicos.

- La SSA reconoce que en algunos casos no fue posible obtener información complementaria debido a la dispersión de las comunidades, sobre todo las indígenas; es por ello que la pregunta sobre lengua presenta falta de información en más de 20% de los casos.
- En cuanto al registro de nacimientos, es importante señalar que el acceso de la información al público usuario es bastante tardío, prácticamente un año para su publicación. Se hizo evidente el registro extemporáneo y la diversidad entre las cifras ofrecidas por las distintas instituciones públicas.
- Es de destacar que las distintas fuentes que permiten aproximaciones a la mortalidad materna presentan un sesgo muy fuerte hacia los factores clínicos, dejando de lado los factores socioeconómicos y culturales que pudieran tener un peso determinante sobre la ocurrencia del fenómeno.

- **Fiscalización y evaluación del gasto público descentralizado en México**  
Juan Carlos Amador Hernández
- **Impacto de la actividad turística en el desarrollo regional**  
Gustavo M. Meixueiro Nájera
- **Apuntes para la conceptualización y la medición de la calidad de vida en México**  
Sara María Ochoa León
- **Migración, remesas y desarrollo regional**  
Salvador Moreno Pérez
- **La reforma electoral y el nuevo espacio público**  
Efrén Arellano Trejo
- **La alternancia municipal en México**  
César Augusto Rodríguez Gómez
- **Propuestas legislativas y datos de opinión pública sobre migración y derechos humanos**  
José de Jesús González Rodríguez
- **Los principales retos de los partidos políticos en América Latina**  
César Augusto Rodríguez Gómez / Oscar Rodríguez Olvera
- **La competitividad en los municipios de México**  
César Augusto Rodríguez Gómez
- **Consideraciones sobre la evaluación de las políticas públicas: evaluación ex ante**  
Francisco J. Sales Heredia
- **Construcción de la agenda mexicana de Cooperación transfronteriza**  
Iván H. Pliego Moreno
- **Instituciones policiales: situación y perspectivas de reforma**  
Efrén Arellano Trejo
- **Rendición de cuentas de los gobiernos locales**  
Juan Carlos Amador Hernández
- **¿Seguimos o cambiamos la forma de evaluar los programas sociales en México?**  
Octavio Ruiz Chávez
- **Nuevos patrones de la urbanización. Interacción económica y territorial en la Región Centro de México.**  
Anjanette D. Zebadúa Soto
- **La Vivienda en México y la población en condiciones de pobreza**  
Liliam Flores Rodríguez
- **Secuestro. Actualización del marco jurídico.**  
Efrén Arellano Trejo
- **Crisis económica y la política contracíclica en el sector de la construcción de vivienda en México.**  
Juan Carlos Amador Hernández
- **El lavado de dinero en México, escenarios, marco legal y propuestas legislativas.**  
José de Jesús González Rodríguez
- **Transformación de la esfera pública: Canal del Congreso y la opinión pública.**  
Octavio Ruiz Chávez
- **Análisis de los temas relevantes de la agenda nacional para el desarrollo metropolitano.**  
Salvador Moreno Pérez
- **Racionalidad de la conceptualización de una nueva política social.**  
Francisco J. Sales Heredia
- **Desarrollo local y participación ciudadana**  
Liliam Flores Rodríguez
- **Reglas de operación de los programas del Gobierno Federal: Una revisión de su justificación y su diseño.**  
Gilberto Fuentes Durán
- **La representación política en México: una revisión conceptual y de opinión pública**  
Gustavo Meixueiro Nájera
- **La reforma electoral, avances y pendientes**  
César Augusto Rodríguez Gómez
- **La alianza por la Calidad de la Educación: modernización de los centros escolares y profesionalización de los maestros**  
Juan Carlos Amador Hernández
- **200 años de federalismo en México: una revisión histórica.**  
Iván H. Pliego Moreno
- **Tendencias y percepciones sobre la Cámara de Diputados.**  
Efrén Arellano Trejo
- **Paquete Económico 2010 y la Agenda de Reformas. Puntualizaciones.**  
Juan Carlos Amador Hernández
- **Liberalismo Económico y algunos de sus impactos en México.**  
Carlos Agustín Vázquez Hernández
- **Error judicial y responsabilidad patrimonial del Estado**  
José de Jesús González Rodríguez
- **El papel del Congreso en la evaluación de los programas sociales sujetos a reglas de operación**  
Salvador Moreno Pérez
- **Representación jurídica para la población indígena en el Sistema de Justicia Nacional**  
Jesús Mendoza Mendoza
- **2009, un año de crisis para el turismo**  
Octavio Ruiz Chávez
- **Contenido y perspectivas de la reforma penal y de seguridad pública.**  
Efrén Arellano Trejo
- **Federalismo fiscal en México, entre la economía y la política.**  
Iván H. Pliego Moreno
- **La comunidad indígena en el contexto urbano. Desafíos de sobrevivencia.**  
Jesús Mendoza Mendoza
- **Proyectos productivos. La experiencia del programa Joven Emprendedor Rural. Premisas de diseño de políticas públicas y primeros resultados.**  
Liliam Flores Rodríguez
- **Los resultados de los fondos metropolitanos en México**  
Salvador Moreno Pérez
- **Sector privado y generación de energía eléctrica**  
José de Jesús González Rodríguez
- **Situación de la vivienda en el Estado de Tamaulipas 2005-2030**  
Gabriela Ponce Sernicharo
- **Acercamiento al tema de desarrollo regional y a programas implementados en el periodo 2000-2010**  
Roberto Ocampo Hurtado
- **Reformas electorales en México: evolución y pendientes**  
Gustavo Meixueiro Nájera e Iván H. Pliego Moreno
- **Concepción de justicia social en las constituciones de México**  
Francisco J. Sales Heredia
- **Jóvenes en conflicto con la ley. Situación posterior a la Reforma Constitucional**  
Juan Pablo Aguirre Quezada
- **La cooperación técnica en las políticas de protección ambiental de los municipios mexicanos**  
Alejandro Navarro Arredondo
- **Panorama de la condición indígena en México**  
Gabriela Ponce Sernicharo
- **Reflexiones sobre la obligatoriedad de la educación media superior en México**  
Alejandro Navarro Arredondo
- **Determinación de los precios de las gasolinas y el diesel en México**  
Gabriel Fernández Espejel
- **Migración y derechos humanos. La migración indocumentada en México y algunas opiniones sobre la ley SB1070.**  
Salvador Moreno Pérez

- **Disciplina partidista en México: el voto dividido de las fracciones parlamentarias durante las LVII, LVIII y LIX legislaturas**  
María de los Ángeles Mascott Sánchez
- **Panorama mundial de las pensiones no contributivas**  
Sara María Ochoa León
- **Sistema integral de justicia para adolescentes**  
Efrén Arellano Trejo
- **Redes de política y formación de agenda pública en el Programa Escuelas de Calidad**  
Alejandro Navarro Arredondo
- **La descentralización de las políticas de superación de la pobreza hacia los municipios mexicanos: el caso del programa hábitat**  
Alejandro Navarro Arredondo
- **Los avances en la institucionalización de la política social en México**  
Sara María Ochoa León
- **Justicia especializada para adolescentes**  
Efrén Arellano Trejo
- **Elementos de análisis sobre la regulación legislativa de la subcontratación laboral**  
José de Jesús González Rodríguez
- **La gestión, coordinación y gobernabilidad de las metrópolis**  
Salvador Moreno Pérez
- **Evolución normativa de cinco esquemas productivos del Fondo de Apoyo para Empresas en Solidaridad: de la política social al crecimiento con calidad**  
Mario Mendoza Arellano
- **La regulación del cabildero en Estados Unidos y las propuestas legislativas en México**  
María de los Ángeles Mascott Sánchez
- **Las concesiones de las autopistas mexicanas, examen de su vertiente legislativa**  
José de Jesús González Rodríguez
- **El principio del que contamina paga: alcances y pendientes en la legislación mexicana**  
Gustavo M. Meixueiro Nájera
- **Estimación de las diferencias en el ingreso laboral entre los sectores formal e informal en México**  
Sara María Ochoa León
- **El referéndum en la agenda legislativa de la participación ciudadana en México**  
Alejandro Navarro Arredondo
- **Evaluación, calidad e inversión en el sistema educativo mexicano**  
Francisco J. Sales Heredia
- **Reestructuración del sistema federal de sanciones**  
Efrén Arellano Trejo
- **El papel del Estado en la vinculación de la ciencia y la tecnología con el sector productivo en México**  
Claudia Icela Martínez García
- **La discusión sobre la reforma política del Distrito Federal**  
Salvador Moreno Pérez
- **Oportunidades y Seguro Popular: desigualdad en el acceso a los servicios de salud en el ámbito rural**  
Karla S. Ruiz Oscura
- **Panorama del empleo juvenil en México: situación actual y perspectivas**  
Víctor Hernández Pérez
- **50 aniversario de la conformación de la Unión Europea**  
Arturo Maldonado Tapia  
Jésica Otero Mora
- **Las dificultades de las transiciones administrativas en los municipios de México**  
César Augusto Rodríguez Gómez
- **La segunda vuelta electoral, experiencias y escenarios**  
José de Jesús González Rodríguez
- **La reestructuración organizacional en Petróleos Mexicanos**  
Alejandro Navarro Arredondo
- **¿Cómo debemos distribuir cuando nuestro objetivo es la justicia social?**  
Francisco J. Sales Heredia
- **Participación de Pemex en el gasto social de alguno de los estados de la república**  
Francisco J. Sales Heredia
- **La Ley General de Desarrollo Social y la medición de la pobreza**  
Sara María Ochoa León
- **El debate sobre el desarrollo sustentable o sostenible y las experiencias internacionales de desarrollo urbano sustentable**  
Salvador Moreno Pérez
- **Nueva legislación en materia de medios de comunicación**  
Efrén Arellano Trejo
- **El cambio climático en la agenda legislativa**  
María Guadalupe Martínez Anchondo
- **¿Qué distribuir cuando nuestro objetivo es la justicia social?**  
Francisco J. Sales Heredia
- **La reforma al Poder Judicial en el marco de la Reforma del Estado**  
José de Jesús González Rodríguez
- **El Poder Legislativo y la construcción de la cultura democrática**  
Efrén Arellano Trejo
- **La evaluación y el diseño de políticas educativas en México**  
Juan Carlos Amador Hernández
- **Migración y codesarrollo**  
Alejandro Navarro Arredondo
- **Reforma penal: los beneficios procesales a favor de la víctima del delito**  
Oscar Rodríguez Olvera
- **Construcción de ciudadanía y derechos sociales**  
Sara María Ochoa León
- **El desarrollo regional y la competitividad en México**  
Salvador Moreno Pérez
- **La modernización de la gestión pública: el potencial de la tecnología de información**  
Eduardo Rojas Vega
- **La gestión del agua en los gobiernos locales de México**  
César Augusto Rodríguez Gómez
- **Excedentes petroleros y desarrollo regional**  
José de Jesús González Rodríguez
- **El sector eléctrico como política de Estado en el desarrollo nacional**  
María Guadalupe Martínez Anchondo
- **Ciudadanía y calidad de vida: consideraciones en torno a la salud**  
Francisco J. Sales Heredia
- **Actores y decisiones en la reforma administrativa de Pemex**  
Alejandro Navarro Arredondo
- **Turismo: actor de desarrollo nacional y competitividad en México**  
Octavio Ruiz Chávez