



# Salud México 2002

Información para  
la rendición de cuentas



# Salud México 2002

**Salud: México 2002.** Información para la rendición de cuentas

Segunda edición, 2003

D.R. © Secretaría de Salud  
Lleja 7, Col. Juárez  
06696 México, D.F.

Impreso y hecho en México  
*Printed and made in Mexico*

ISBN 970-721-148-2

La elaboración de **Salud: México 2002** estuvo a cargo de la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud.

**Salud: México 2002** puede recuperarse parcial o totalmente de la siguiente dirección en internet: [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)



# Salud México 2002

Información para  
la rendición de cuentas

# INDICE

Presentación	6
Panorama General	10
I. La Salud y el Sistema de Atención	20
<b>Condiciones de salud</b>	
NIVEL	
▶ Esperanza de vida al nacimiento	22
▶ Mortalidad infantil	24
▶ Defunciones neonatales en hospitales	26
▶ Mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de 5 años	28
▶ Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años	30
▶ Mortalidad materna	32
▶ Mortalidad por cáncer cérvico-uterino	34
▶ Mortalidad por cáncer de mama	36
▶ Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón	38
▶ Mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares	40
▶ Mortalidad por diabetes mellitus	42
▶ Mortalidad por cirrosis del hígado	44
▶ Mortalidad por suicidios	46
▶ Mortalidad por homicidios	48
▶ Mortalidad por SIDA	50
▶ Morbilidad por tuberculosis pulmonar	52
▶ Prevalencia de depresión	54
DISTRIBUCIÓN	
▶ Brecha en mortalidad por enfermedades del rezago	56
▶ Brecha en mortalidad por enfermedades no transmisibles	58
<b>Factores predisponentes</b>	
▶ Prevalencia de consumo de tabaco	60
▶ Prevalencia de consumo de alcohol	62
<b>Calidad</b>	
TIEMPOS DE ESPERA	
▶ Tiempo de espera en consulta externa	64
▶ Tiempo de espera en urgencias	66
CALIDAD TÉCNICA	
▶ Cesáreas	68
▶ Certificación de hospitales	70
<b>Inversión en salud</b>	
▶ Gasto público, privado y total en salud como porcentaje del PIB	72
▶ Gasto público y privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	74
▶ Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total	76
▶ Gasto público en salud per cápita por condición de aseguramiento	78
▶ Relación entre la aportación estatal y federal al financiamiento de la salud	80
▶ Gasto privado en salud per cápita	82
▶ Gasto privado en salud por componentes	84
<b>Disponibilidad y accesibilidad de recursos y ser vicios</b>	
▶ Médicos por 1 000 habitantes	86
▶ Médicos generales y especialistas	88
▶ Camas censables	90
▶ Cobertura de vacunación en niños de 1 año	92
▶ Cobertura de vacunación en niños de 1 a 4 años	94
<b>Eficiencia</b>	
▶ Consultas por consultorio	96
▶ Cirugías por quirófano	98

II. Los Mejores Desempeños	100
<b>Atención médica</b>	
CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD	
▶ Compromiso con la Cruzada por la Calidad	102
▶ Trato de calidad en unidades de primer nivel	104
▶ Trato de calidad en servicios de urgencias en hospitales de segundo nivel	106
ARBITRAJE MÉDICO	
▶ Arbitraje médico	108
<b>Salud pública</b>	
PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	
▶ Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica	110
▶ Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública	112
▶ Programa de Vacunación	114
▶ Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis	116
▶ Programa de VIH/SIDA e ITS	118
▶ Programa de Prevención de la Rabia	120
▶ Programa de Prevención del Cólera	122
▶ Programa de Salud Bucal	124
▶ Programa de Salud Reproductiva	126
▶ Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico-uterino	128
▶ Programa de Diabetes Mellitus	130
▶ Programa de Hipertensión Arterial	132
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ADICCIONES	
▶ Programa de Prevención y Control de las Adicciones	134
PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS SANITARIOS	
▶ Población con agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humano	136
▶ Yodación de la sal para consumo humano	138
INVESTIGACIÓN EN SALUD	
▶ Porcentaje de investigadores dentro del Sistema Nacional de Investigadores	140
▶ Productividad de la investigación en salud	142
III. Desempeño de los Sistemas de Salud	144
<b>Presentación</b>	<b>146</b>
<b>Condiciones de salud</b>	
▶ Percepción del estado de salud	150
▶ Limitación en la movilidad y el autocuidado	152
<b>Trato</b>	
▶ Autonomía	154
▶ Trato digno	156
▶ Comunicación	158
▶ Confidencialidad	160
▶ Atención pronta	162
▶ Elección del proveedor de servicios de salud	164
▶ Comodidades básicas	166
▶ Acceso a redes sociales de apoyo	168
<b>Protección financiera</b>	
▶ Gastos catastróficos por motivos de salud	170
▶ Índice de justicia en la contribución financiera	172
▶ Hogares con seguro de salud	174
▶ Familias afiliadas al Seguro Popular de Salud	176
Anexos Estadísticos	178
Notas metodológicas	180
Cuadros	187
Agradecimientos	219

# PRESENTACIÓN

**P**ara conseguir el mejor gobierno posible, decía Daniel Cosío Villegas, es necesario evitar el desdén del ciudadano por participar en los asuntos públicos.<sup>1</sup> Esta participación no debe limitarse a los procesos de elección. Igualmente indispensable para la legitimidad y eficacia de una democracia es la participación ciudadana en la discusión de los temas de interés local, regional, nacional e incluso internacional; en la definición de la agenda pública; en la implantación y evaluación de programas y políticas, y en la discusión de los logros de gobierno.

Un ingrediente crítico de la participación es la información. Con ella se documentan la naturaleza y magnitud de los retos que enfrenta una sociedad, se definen de manera más racional las prioridades, se fortalece la toma de decisiones y se puede llegar a conclusiones más objetivas sobre el impacto del quehacer de los funcionarios públicos.

*Salud: México 2002* tiene como objetivo fortalecer la participación de los ciudadanos en todos los asuntos relacionados con su salud y constituirse en un instrumento para la rendición de cuentas. Ofrece información desagregada sobre la magnitud y distribución de los recursos humanos, materiales y financieros disponibles; sobre los servicios de atención médica y salud pública que se proporcionan en el país, y sobre los resultados que están generando los distintos componentes del sector salud. Con esta información, los legisladores, los partidos políticos, las instituciones académicas, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad en general pueden cumplir más fácilmente con su papel de actores vigilantes de las acciones de gobierno y constructores activos del progreso.

Cabe destacar en su diseño dos innovaciones. Primero, el hecho de que no se trata de un informe de actividades sino de un análisis de productos y resultados. Y segundo, el énfasis en la comparación del desempeño de estados e instituciones, que busca fortalecer el aprendizaje compartido.

Los propósitos específicos de este documento periódico son dos:

1. informar a la ciudadanía sobre el estado actual de la salud de nuestra población y nuestros servicios a través de la presentación comparativa de diversos indicadores de resultado, y
2. reconocer el buen desempeño –de entidades federativas, instituciones y unidades– en materia de atención médica y salud pública.

En el Capítulo I –La Salud y el Sistema de Atención– se presentan los valores nacional y estatales de 39 indicadores que dan cuenta de los recursos y servicios que tienen a su disposición las entidades federativas y de los resultados que están generando en materia de salud y trato a los usuarios.

---

<sup>1</sup> Cosío Villegas D. Extremos de América. México, D.F.: Tezontle, 1949:249-272.

Este capítulo documenta de manera muy clara el creciente predominio de las enfermedades no transmisibles y las lesiones en el perfil epidemiológico del país, que en buena medida es resultado del éxito de nuestras instituciones en el combate a las infecciones comunes y los problemas relacionados con la reproducción. Este proceso de transición está imponiendo enormes presiones sobre nuestros servicios de salud, ya que las enfermedades no transmisibles y las lesiones son mucho más costosas y difíciles de atender que los padecimientos transmisibles comunes.

Un ejemplo muy claro de estas presiones son las muertes en los menores de un año. Anteriormente las defunciones infantiles se concentraban en el período post-neonatal (entre uno y 12 meses de vida) y eran producto en su mayoría de infecciones respiratorias agudas y diarreas, que ya hemos podido controlar en su mayor parte. Ahora, como se ilustra en *Salud: México 2002*, las muertes infantiles se concentran en los primeros 28 días de vida y se deben a causas perinatales y anomalías congénitas, que requieren de intervenciones de alta tecnología.

Los retos asociados a este proceso de transición se complican por la insuficiencia de los recursos disponibles. En 2002 México invirtió en salud 5.8 por ciento del PIB, porcentaje menor al promedio latinoamericano y al de otros países de la región con niveles de desarrollo semejantes al nuestro, como Argentina, Colombia o Chile. El gasto privado –que por vez primera se presenta desagregado por entidad federativa– concentró el 57.9 por ciento del gasto total en salud y el gasto público el 42.1 por ciento restante.

El Capítulo II –Los Mejores Desempeños– destaca el buen desempeño de ciertas unidades, instituciones o entidades federativas en materia de atención médica y salud pública, en particular en los rubros de trato al usuario, arbitraje médico, prevención y control de enfermedades, prevención y control de riesgos ambientales, prevención y control de adicciones, e investigación en salud.

La novedad de este año en este documento es el Capítulo III –Desempeño de los Sistemas de Salud–, que presenta los resultados de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002 (ENED 2002), la cual recogió información de 38,740 hogares. Esta encuesta permitió medir el grado en que los sistemas nacional y estatales de salud están cumpliendo con los tres objetivos básicos de todo sistema de salud: i) mejorar las condiciones de salud de su población; ii) ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios y iii) garantizar protección financiera en materia de salud.



Por lo que se refiere a las condiciones de salud, los resultados de esta encuesta nos indican que a nivel nacional poco más de 70 por ciento de los hombres adultos califican su estado de salud como bueno, en contraste con sólo 60 por ciento de las mujeres.

Por lo que toca al trato que reciben los usuarios de los servicios de salud en México, la ENED 2002 indica que de los ocho ámbitos de trato, la atención pronta fue la que recibió los menores porcentajes de aprobación, y la confidencialidad y el trato las mejores calificaciones.

Finalmente, los datos de esta encuesta corroboran los resultados de las encuestas recientes de ingresos y gastos que indican que más del 50 por ciento del gasto total en salud en México es gasto de bolsillo, que pone al usuario en riesgo de empobrecimiento. No sorprende por lo mismo que cada año entre dos y tres millones de hogares mexicanos incurran en gastos catastróficos por motivos de salud y que los hogares más afectados por este tipo de gasto sean los hogares pobres no asegurados.

A los hogares con gastos catastróficos habría que sumar los hogares con "gastos empobrecedores", que son aquellos gastos en salud no propiamente catastróficos que sin embargo hacen que ciertos hogares crucen la llamada línea de pobreza.

El documento concluye con información sobre los resultados en 2002 de una iniciativa, el Seguro Popular de Salud, que busca proteger a los hogares de las familias hasta ahora no aseguradas contra el riesgo de gastos catastróficos mediante la garantía de acceso regular a servicios integrales de salud gratuitos en el momento de uso. Esta iniciativa es ahora uno de los brazos operativos del Sistema de Protección Social en Salud, el cual nació a través de una histórica reforma a la Ley General de Salud que el Congreso de la Unión aprobó el pasado mes de abril. Esta reforma termina con la escisión de la población entre "derecho-habientes" y "derecho-carecientes", y hace de todos los mexicanos ciudadanos con derechos plenos en materia de salud.

Es importante insistir que la desagregación por entidad e institución de buena parte de la información de este documento tiene como propósito aprender de los demás. A través de la comparación de resultados, los componentes de nuestro sistema federalizado de salud pueden aprovechar las experiencias exitosas que en distintos rubros están teniendo las diversas entidades y agencias de salud.

Cabe también señalar que estos valores representan tendencias que no necesariamente se modifican de un año a otro, en particular los relacionados con la mortalidad. Es importante asimismo mencionar que estos valores son producto de múltiples determinantes, muchos de los cuales caen fuera del ámbito de responsabilidad directa de los sistemas de salud.

La salud es uno de los temas que más ocupan y preocupan a la población. Precisamente por eso la salud es también un punto de encuentro, una causa común, un puente para el entendimiento. La información, por su parte, alimenta y enriquece la comunicación. Esta herramienta y este fin se enlazan en *Salud: México 2002*, que aspira a constituirse en una fuente de información para nutrir la comunicación entre autoridades de salud, legisladores, partidos políticos y sociedad civil. En esa forma se fortalecerán la salud de nuestra gente y también la salud de nuestra democracia.

JULIO FRENK MORA  
SECRETARIO DE SALUD

# Panorama General



## PANORAMA GENERAL

Las condiciones de salud de los mexicanos se siguen modificando como resultado, entre otros factores, del envejecimiento de nuestra población y la adopción de nuevos estilos de vida. El predominio de las enfermedades no transmisibles y las lesiones sigue aumentando e imponiendo presiones novedosas y crecientes sobre nuestros servicios de salud. Las infecciones comunes, los problemas relacionados con la reproducción y los padecimientos asociados a la desnutrición, por su parte, aunque están disminuyendo de manera consistente, todavía están presentes entre la población de menores recursos.

*Salud: México 2002* presenta un panorama actualizado de este proceso de transición y de los esfuerzos de nuestras instituciones de salud para hacerle frente. En el Capítulo I, La Salud y el Sistema de Salud, se presentan los valores 2002, nacional y estatales, de 39 indicadores de salud, y una imagen de su evolución histórica reciente. En el Capítulo II, Los Mejores Desempeños, se destacan los resultados obtenidos por ciertas unidades, instituciones o entidades federativas en 21 indicadores de atención médica y salud pública. Finalmente en el Capítulo III, Desempeño de los Sistemas de Salud, se presentan los resultados de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002 (ENED 2002), que produjo información nacional y estatal sobre la percepción general de la salud, trato a los usuarios de los servicios de salud y protección financiera en materia de salud. Esta es la primera ocasión en que se genera información de esta naturaleza en el país para cada una de las entidades federativas.

### La Salud y el Sistema de Atención

#### Condiciones de salud

Las condiciones generales de salud en México han mejorado considerablemente en los últimos 50 años. Esto se refleja muy claramente en la esperanza de vida al nacer (EVN). Entre 1950 y 2000 el país ganó 25 años en este indicador. Hoy las mujeres mexicanas presentan una EVN de 77.1 años, cifra que contrasta con la de los hombres, que es de 72.1 años. Se trata de cifras parecidas a las de Argentina y Eslovaquia en el caso de las mujeres, y a las de Eslovenia y Portugal en el caso de los hombres.

Este incremento en la EVN y las reducciones recientes en la tasa de fecundidad han generado un incremento progresivo del porcentaje de adultos mayores en la estructura poblacional del país. De representar 4 por ciento de la población en 1970, los mayores de 65 años representarán 15 por ciento de la población en 2025. Estos cambios están teniendo una influencia muy importante en las condiciones de salud de los mexicanos y en la demanda de servicios, ya que los problemas de salud de la población adulta madura (45 a 64 años) y sobre todo de los adultos mayores (65 años y más) son más costosos y difíciles de atender que los problemas de salud de otros grupos de edad.

Las principales causas de muerte también han cambiado radicalmente en los últimos 50 años. Las enfermedades transmisibles y los padecimientos ligados a la reproducción, que ocupaban los

primeros sitios en el cuadro de causas de mortalidad, han sido desplazados por las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Entre 1950 y 2000 el porcentaje de defunciones debido a infecciones intestinales disminuyó 14 veces (14.3 a 1%), mientras que las muertes por enfermedades del corazón se cuadruplicaron (4 a 16%). Hoy, las principales causas de muerte en el país están asociadas con las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes mellitus, los accidentes y las enfermedades del hígado. En conjunto concentran 52 por ciento de las muertes totales. Se calcula que en 2025 las enfermedades no transmisibles y las lesiones concentrarán alrededor del 90 por ciento de la mortalidad.

En 2002 las enfermedades isquémicas del corazón fueron, al igual que el año anterior, una de las principales causas de mortalidad en el país, con una tasa cruda de poco más de 49 defunciones por 100,000 en los hombres y poco más de 40 por 100,000 en las mujeres. Cabe destacar, sin embargo, que a partir de 1998 empezaron a manifestar una ligera tendencia al descenso, tanto en hombres como en mujeres. Este mismo fenómeno se observa en las muertes por enfermedades cerebrovasculares, cuya tasa de mortalidad empezó a disminuir en 1998. Estos hallazgos, sin embargo, deben tomarse con cautela, dada la creciente prevalencia en el país de diversos factores de riesgo asociados a estos padecimientos, como el consumo de tabaco, la falta de ejercicio físico y el sobrepeso. Los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2002) muestran que 26.4 y 14.3 por ciento de los individuos de 12 a 65 años de las áreas urbanas y rurales, respectivamente, son fumadores activos.

La mortalidad por tumores malignos también va en ascenso. Sus tasas aumentaron de manera muy importante entre 1980 y 2000, lo mismo que su peso relativo. Destaca en particular el incremento de ciertos tumores malignos de la mujer, como el cáncer cérvico-uterino y de mama. El cáncer cérvico-uterino es la neoplasia que más muertes produce en las mujeres mexicanas, a pesar de que es fácil de prevenir y detectar. Las tasas de mortalidad por esta causa, aunque han disminuido en los últimos años, siguen siendo muy superiores a las de otros países de la región con niveles de desarrollo similares al nuestro. Las cifras son particularmente elevadas en las entidades del sur del país y en el medio rural. La probabilidad de morir por cáncer cérvico-uterino en el campo mexicano es 30 por ciento mayor que en las zonas urbanas.

El cáncer de mama es el tumor que mayor mortalidad causa en las mujeres mexicanas después del cáncer cérvico-uterino, pero a diferencia de este último, sus tasas de mortalidad se han incrementado en la última década, sobre todo en las entidades federativas con mayor desarrollo. Nuevo León y el Distrito Federal presentan una tasa de mortalidad por esta causa cuatro veces mayor a la de Chiapas.

La diabetes mellitus es otra de las enfermedades no transmisibles que está generando una alta carga de mortalidad y discapacidad. En el mundo existen alrededor de 140 millones de personas diabéticas y México se ubica dentro de los 10 países con mayor prevalencia. De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000, alrededor de 10 por ciento de la población de 20 a 69 años de

edad padece esta enfermedad, que además ha mostrado un incremento muy consistente en los últimos 10 años.

Otra enfermedad que está generando grandes daños a la salud en el país es la cirrosis del hígado. Destacan dentro de sus causas el consumo de alcohol, aunque las infecciones virales del hígado están teniendo una contribución creciente. En 2002 la cirrosis del hígado produjo 22,000 defunciones, 70 por ciento de las cuales se presentaron en hombres. Los estados de Puebla, Hidalgo, Veracruz y Oaxaca presentaron tasas de mortalidad muy superiores a las del resto de las entidades federativas.

Los padecimientos mentales y las lesiones también están contribuyendo de manera importante a la carga de discapacidad y muerte del país. Hasta hace poco México presentaba una de las tasas de mortalidad por suicidios más bajas de América Latina. Sin embargo, la mortalidad por esta causa se ha incrementado de manera consistente en los últimos años. En esta nueva realidad se empiezan a observar asimismo cambios en la distribución de esta patología en relación con el sexo y los grupos de edad. Anteriormente los suicidios se presentaban sobre todo en hombres mayores de 65 años. En años recientes se ha observado un aumento de muertes por esta causa en mujeres de 11 a 20 años, grupo que ha triplicado su tasa de mortalidad de 1990 a la fecha. A todo esto está contribuyendo sin duda alguna el aumento en la prevalencia de depresión, que, según la ENED 2002, afecta a cerca del 6 por ciento de las mujeres de 18 años y más, y a 2.5 por ciento de los hombres de 18 años y más. Otro hallazgo interesante de esta encuesta es que, a diferencia de lo que se pensaba, este padecimiento está presente también en las comunidades rurales. De hecho, en 2002, 3.5 por ciento de los hombres de las áreas rurales de México presentaron trastornos depresivos, en contraste con sólo 2.9 por ciento en las áreas con más de 100,000 habitantes.

Los homicidios siguen siendo un problema de salud pública. En la última década la mortalidad por esta causa disminuyó 52 por ciento en hombres y 37 por ciento en mujeres. Sin embargo, hay entidades federativas, como Oaxaca, que presentan tasas de homicidios en hombres superiores a 30 por 100,000, que son 15 veces más altas que las de Chiapas y Nuevo León.

Otro hecho que nos habla de una clara transición epidemiológica en el país es la modificación del patrón de causas de muerte en los menores de un año. Anteriormente las muertes infantiles se concentraban en el período postneonatal (entre un mes y un año de edad) y eran provocadas en su mayoría por infecciones respiratorias agudas y diarreas. Ahora, las muertes infantiles se concentran en los primeros 28 días de vida y se deben a causas perinatales y anomalías congénitas, que requieren de intervenciones de alta tecnología.

Pero a pesar de este creciente predominio de las enfermedades no transmisibles, las infecciones comunes y los eventos relacionados con la reproducción siguen generando importantes daños a la salud en los grupos de alta marginación. En los últimos 10 años, las muertes por diarrea en menores de 5 años disminuyeron 85 por ciento gracias al suministro periódico de antiparasitarios y vitamina A durante las Semanas Nacionales de Salud, el uso de la rehidratación oral, la vacunación anti-

sarampionosa, las mejoras crecientes en la disponibilidad de agua potable y la promoción de la lactancia materna. Sin embargo, todavía hay entidades federativas con tasas de mortalidad por esta causa superiores a 40 por 100,000 en menores de 5 años, que son 10 veces más altas que las tasas de Sinaloa, Nuevo León y Baja California Sur.

Las muertes por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años son otro claro ejemplo de la persistencia del rezago. Las tasas de mortalidad por esta causa también disminuyeron notablemente en la última década. Sin embargo, en Tlaxcala, Estado de México y Puebla las tasas de mortalidad por esta causa en menores de 5 años son 10 veces más altas que en Sinaloa y Nuevo León.

A este cuadro habría que agregar las muertes maternas. En México la mortalidad materna se redujo de 25 por 10,000 nacidos vivos en 1955 a 6.2 en 2002. Sin embargo, hay estados, como Oaxaca, en donde la mortalidad materna es superior a 10 por 10,000 nacidos vivos, cifra cinco veces mayor a la de Colima. Habría además que destacar que en México las muertes maternas se deben a las mismas causas que afectan a los países de menor desarrollo, que son las causas obstétricas directas: eclampsia (33%), hemorragia (21%), complicaciones del aborto (7%), sepsis puerperal (4%) y otras causas obstétricas directas (23%).

## Calidad

Además de mejorar las condiciones de salud de la población, el sistema mexicano de salud debe mejorar la calidad de la atención que ofrecen nuestras instituciones de salud, tanto en su componente interpersonal como técnico. Las cifras de este documento muestran que los tiempos promedio de espera en consulta externa y en urgencias se encuentran dentro de límites razonables: 22.6 y 14.4 minutos, respectivamente. El nivel de satisfacción de los usuarios con estos tiempos de espera, además, es consistente con estas cifras: los estados e instituciones con los menores tiempos de espera presentan los mayores niveles de satisfacción.

En el rubro de calidad técnica, el indicador utilizado en este documento, el porcentaje de cesáreas, sigue constituyendo un foco rojo. El porcentaje de cesáreas a nivel nacional es dos veces mayor al recomendado como límite por la Organización Mundial de la Salud (15%) y sólo dos entidades federativas presentan porcentajes inferiores a 30 por ciento.

También se presenta la proporción de hospitales que han sido certificados por el Consejo de Salubridad General en cada entidad federativa y en cada institución de salud.

## Inversión en salud

*Salud: México 2002* presenta información sobre gasto en salud con el mayor grado de detalle y confiabilidad que se haya logrado hasta ahora. Destaca en particular la información sobre el gasto privado en salud, que por primera vez se presenta desagregado por entidad federativa.



En 2002, el gasto total en salud en México representó 5.8 por ciento del PIB, porcentaje menor al promedio de América Latina, que es de 6.1 por ciento. El gasto privado en salud concentró 57.9 por ciento del gasto total en salud y el gasto público el 42.1 por ciento restante.

Como porcentaje del gasto público total, el gasto público en salud representó 14.6 por ciento. Las diferencias entre los estados en este rubro son notables.

Al analizar el gasto público en salud per cápita por condición de aseguramiento se observa un fenómeno muy interesante. Aunque en general el gasto público per cápita de la población asegurada sigue siendo considerablemente más alto que el gasto per cápita de la población no asegurada, hay algunas entidades federativas en donde esta relación se invierte. Esto es producto de los esfuerzos estatales por dedicar más recursos públicos a la salud. Destaca en este último sentido Tabasco, en donde las aportaciones estatales representan más del 50 por ciento del total del gasto para población no asegurada.

Por lo que toca al gasto privado en salud cabe mencionar que como porcentaje del gasto total en salud, el gasto privado en México (58%) es mayor al de Costa Rica (24%), Argentina (44%) y Colombia (45%), pero menor al de Chile (59%) y Brasil (61%). El gasto privado per cápita en México ascendió en 2002 a 1,875 pesos, cifra muy inferior a las de Brasil y Argentina, pero superior a las de Chile y Colombia.

Si se desagrega por componentes, se observa que el gasto privado se concentra en atención ambulatoria (43%) y medicamentos (38%). Cabe señalar que el gasto en medicamentos se ha incrementado de manera muy importante en los últimos diez años, a expensas del gasto en atención ambulatoria. El gasto privado en atención hospitalaria se ha mantenido más o menos constante, concentrando alrededor del 18% del gasto privado total en salud en la última década.

### Disponibilidad y accesibilidad de recursos y servicios

Por lo que se refiere a los recursos humanos, *Salud: México 2002* confirma la existencia de una importante desigualdad en el rubro de médicos por habitante. Hay entidades, como el Distrito Federal, con un exceso de médicos, y estados, como Puebla, Chiapas y el Estado de México, con una escasez histórica. A nivel de institución se observan cifras relativamente buenas para el ISSSTE, y cifras regulares en el IMSS, pero con incrementos consistentes en los últimos 10 años.

Las camas censables presentan una situación similar. La brecha en este rubro entre el Distrito Federal y Chiapas es de más siete veces.

Las cifras de vacunación vuelven a ser excelentes. La gran mayoría de las entidades federativas alcanzaron coberturas con esquemas completos en niños de 1 año superiores a 95 por ciento. En menores de 5 años la cifra nacional fue de casi 98 por ciento.

## Los Mejores Desempeños

En este documento se presentan asimismo los mejores desempeños de los sistemas estatales de salud en los rubros de atención médica y salud pública. El objetivo de esta sección es continuar con la estrategia de reconocer el buen desempeño de las entidades federativas, instituciones y unidades, y propiciar el intercambio de experiencias exitosas.

### Atención médica

Los indicadores para medir los mejores desempeños en el rubro de atención médica son los que la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios utiliza para dar seguimiento a algunas de sus acciones. A este grupo de indicadores se suma otro que mide las actividades de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

En el indicador de "Compromiso con la Cruzada por la Calidad" seis entidades federativas volvieron aparecer en el cuadro de estados con mejores desempeños: Veracruz, Zacatecas, Sinaloa, Tabasco, Nuevo León y Tlaxcala. En "Trato con Calidad en Unidades de Primer Nivel" destacaron, dentro de la Secretaría de Salud, los estados de Veracruz y Tlaxcala, con dos unidades de salud cada uno. En el IMSS una unidad de Aguascalientes y otra en Sinaloa ocuparon los dos primeros lugares. En el caso del ISSSTE una unidad de Michoacán y otra de Morelos rebasaron la cifra de 70 por ciento de desempeño. Una cifra similar alcanzaron dos unidades del Programa IMSS-Oportunidades en los estados de Coahuila y Michoacán. En "Trato con Calidad en Servicios de Urgencia" destacó el desempeño del Hospital General de Caborca en Sonora por parte de la Secretaría de Salud, el Hospital General de Zona No. 32 de Sinaloa por el IMSS, el Hospital General de Zamora, Michoacán por el ISSSTE y el Hospital de Uruapan, Michoacán por parte del Programa IMSS-Oportunidades.

En materia de arbitraje médico el número de entidades federativas que cuentan con comisiones estatales de arbitraje formalmente constituidas y funcionando pasó de 16 en 2001 a 21 en 2002, con la incorporación de Baja California, Chiapas, Nuevo León, Tamaulipas y Tlaxcala.

### Salud pública

En este rubro se adicionan dos nuevos indicadores: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) y Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLSP). En el primero de ellos destacan Hidalgo, Nayarit y Durango. En el rubro de RNLSP destacan Puebla, Michoacán y Oaxaca.

Las entidades federativas con mejores desempeños en el Programa de Vacunación fueron Nayarit, San Luis Potosí e Hidalgo. Este es el programa con mejores índices de desempeño de todos los

incluidos en salud pública. A nivel nacional el promedio alcanzado en este indicador es de casi 98 por ciento. En el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis se mejoró en casi cuatro puntos porcentuales el nivel promedio de logro alcanzado en 2001. Los estados de Querétaro, Nayarit y Veracruz conservaron en 2002 el buen desempeño alcanzado en 2001. En el Programa de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual se logró una mejora de 83 por ciento a nivel nacional respecto del logro obtenido en 2001. Los estados de Zacatecas, Quintana Roo y Distrito Federal se ubicaron en los tres primeros lugares. A diferencia del indicador anterior, el Programa de Prevención de la Rabia disminuyó 6.5 por ciento su desempeño nacional con relación a 2001. Los estados de Jalisco, Puebla y Aguascalientes se incorporaron a la lista de entidades con mejores desempeños. De igual forma, el Programa de Prevención del Cólera mostró una disminución de 17 por ciento en el promedio nacional respecto del nivel mostrado en 2001. Los estados de Campeche, Jalisco y Quintana Roo fueron las entidades con mejores desempeños en este Programa. Las entidades con mejores desempeños en el Programa de Salud Bucal fueron Tabasco, Distrito Federal y Colima. En este caso, el Programa mejoró 16 puntos porcentuales su promedio nacional respecto del nivel logrado en 2001. El Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico-uterino a nivel nacional mejoró casi 13 puntos porcentuales la cifra obtenida en 2001. Los estados que se destacaron en este rubro fueron Colima, Baja California y Nayarit. El Programa de Diabetes Mellitus se mantiene con el nivel de logro más bajo de todos los programas de salud pública, aunque mejoró en casi siete puntos porcentuales respecto de 2001. La cifra promedio de desempeño nacional se ubica por debajo de 50 por ciento. Los estados de Hidalgo, Zacatecas y Guerrero presentaron un nivel de desempeño cercano a 60 por ciento. Los logros a nivel nacional en el Programa de Hipertensión Arterial mejoraron siete puntos porcentuales respecto del nivel observado en 2001. Las entidades con mejores desempeños en este rubro fueron Morelos, Hidalgo y Puebla.

En materia de prevención y control de las adicciones 25 por ciento de los Consejos Estatales operaron con un alto nivel de eficiencia. Las entidades con mejor desempeño fueron Nayarit, Jalisco y Querétaro. Hubo un incremento considerable en el número de comités municipales contra las adicciones: la cifra pasó de 242 en el año 2000 a 2,445 en 2002.

En el rubro de regulación sanitaria, las entidades con mejores desempeños en el indicador de población con agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humanos fueron Nuevo León, Quintana Roo, Tamaulipas y Distrito Federal. Habría que destacar que los estados de Campeche, México, Hidalgo, Tamaulipas y Nuevo León se mantuvieron por dos años consecutivos dentro de las entidades con mejores desempeños en este indicador. En el indicador de yodación de la sal para consumo humano destacaron los estados de Guanajuato, Tabasco y Tamaulipas.

Finalmente, en el rubro de investigación las dependencias de la Secretaría de Salud y el IMSS cuentan con un total de 1,673 investigadores, de los cuales 615 pertenecen al Sistema Nacional de

Investigadores (37%). La productividad por investigador fue de 0.93 artículos por investigador en el IMSS y 1.19 en la Secretaría de Salud.

## Desempeño de los Sistemas de Salud

A finales de 2002 y principios de 2003 se llevó a cabo en 38,746 hogares la primera Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño. Es una encuesta que tiene representatividad por entidad federativa y que recolectó información sobre la percepción general de las condiciones de salud de los mexicanos, el trato que reciben en las instituciones de salud y el nivel de protección financiera alcanzado en materia de salud.

Los hombres tienen una mejor percepción de sus condiciones de salud que las mujeres. A nivel nacional poco más de 70% de ellos calificaron su estado de salud como bueno, destacando en este rubro los estados de Colima, Quintana Roo y Campeche.

Por lo que toca al trato que reciben los usuarios de los servicios de salud en México, la ENED 2002 indica que de los ocho ámbitos del trato adecuado (autonomía, trato digno, comunicación, confidencialidad, atención pronta, elección del proveedor, comodidades básicas, acceso a redes sociales de apoyo). De ellos la atención pronta fue la que recibió los menores porcentajes de aprobación. Al igual que en otros estudios llevados a cabo en diversos países, los ámbitos con mejores calificaciones fueron los relacionados con el respeto a los derechos humanos. En esta encuesta en particular, la confidencialidad y la comunicación en la atención ambulatoria, y el trato digno y la comunicación en la atención hospitalaria, fueron los ámbitos mejor calificados. En ningún caso se observaron diferencias significativas ni por sexo ni por lugar de residencia.

Finalmente, los datos de esta encuesta corroboran los datos de las encuestas recientes de ingresos y gastos que indican que más del 50% del gasto total en salud en México es gasto de bolsillo. Esta cifra contrasta con las del Reino Unido (11%), Holanda (8%), Francia (10%) y Colombia (20%). No sorprende por lo mismo que, de acuerdo con los datos de este estudio, entre dos y tres millones de hogares mexicanos hayan incurrido en gastos catastróficos por motivos de salud en el último año. Los hogares más afectados fueron los hogares pobres no asegurados. Las entidades federativas con mayor porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivo de salud fueron Michoacán, Chiapas y Zacatecas mientras que las entidades con menor porcentaje fueron Nuevo León, Colima y Yucatán.

Los datos de esta encuesta, que se realiza por vez primera en México, corrobora la prioridad que se ha asignado a los dos pilares de la reforma estructural de la salud en México: el mejoramiento de la calidad de los servicios y la provisión de protección financiera a todos los hogares. La histórica reforma a la Ley General de Salud que el Congreso de la Unión aprobó en abril de 2003 permitirá avanzar en estos dos frentes esenciales para desarrollar un mejor sistema de salud en México.

# La Salud y el Sistema de Atención

- Condiciones de salud
  - Nivel
  - Distribución
- Factores predisponentes
- Calidad
  - Tiempos de espera
  - Calidad técnica
- Inversión en salud
- Disponibilidad y accesibilidad de recursos y servicios
- Eficiencia



# Esperanza de vida al nacimiento

La **esperanza de vida al nacimiento** se define como el número promedio de años que un recién nacido puede esperar vivir si las condiciones de mortalidad en las que nació se mantienen constantes a lo largo de su vida.

La esperanza de vida al nacimiento (EVN) resume la experiencia de mortalidad de una población y refleja en buena medida el grado de desarrollo socioeconómico alcanzado por un país.

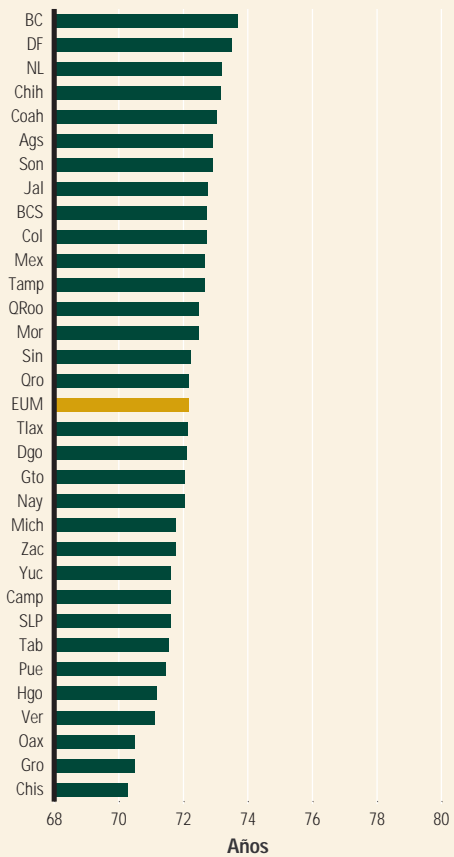
En las Américas la EVN alcanzó los 73.2 años en 2002. Sin embargo, hay diferencias marcadas entre las subregiones. En Estados Unidos y Canadá un recién nacido puede esperar vivir en promedio 77.7 años, mientras que en Brasil puede alcanzar sólo los 68.3 años.

En 2002 la EVN en México alcanzó los 74.62 años. Una niña que nació en 2002 podrá vivir 77.1 años en promedio. En contraste, un niño sólo alcanzará los 72.1 años. De 1990 a la fecha se han ganado en promedio 3.4 años en la EVN. Asimismo, la diferencia de 5.8 años en este indicador que existía en 1990 entre hombres y mujeres, se ha reducido ligeramente en la actualidad a cinco años.

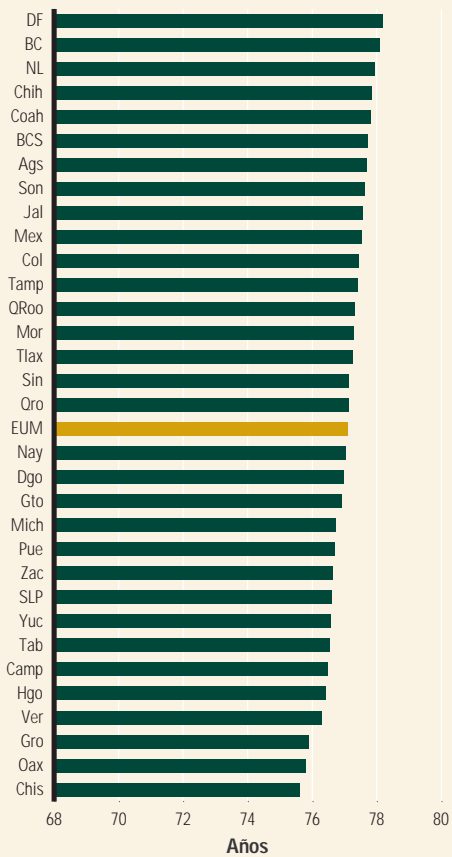
Aún cuando la esperanza de vida al nacimiento en México ha aumentado progresivamente, todavía se observan diferencias entre entidades federativas que reflejan la desigualdad que prevalece en el país. Estas diferencias son más marcadas en los hombres y pueden ser hasta de 3.2 años.

Es necesario mencionar que las cifras de EVN de este año son muy diferentes de las publicadas en 2001. La razón es que las nuevas estimaciones realizadas por el CONAPO –que son en las que se basa este documento– derivan del XII Censo de Población y Vivienda, y no del Censo de Población 1995. Los cálculos actuales reflejan mejor la supervivencia de la población y corrigen la sobreestimación propia del Censo de 1995.

Esperanza de vida al nacimiento en hombres por entidad federativa, México 2002



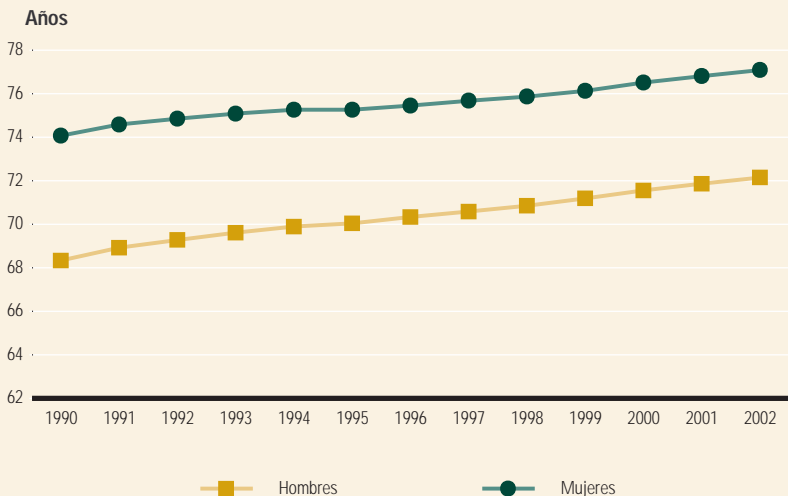
Esperanza de vida al nacimiento en mujeres por entidad federativa, México 2002



La diferencia en la esperanza de vida al nacer entre entidades federativas llega a ser de 3.2 años en hombres y 2.6 años en mujeres.

De 1990 a la fecha se ganaron 3.4 años de esperanza de vida al nacer. La diferencia entre mujeres y hombres se ha reducido ligeramente: pasó de 5.8 años en 1990 a 5 años en 2002.

Esperanza de vida al nacimiento, México 1990-2002





# Mortalidad infantil

La **mortalidad infantil** se expresa en este documento como la probabilidad de morir durante el primer año de vida.

La mortalidad infantil es uno de los indicadores de salud que mayor atención recibe de parte de las autoridades nacionales de salud, los organismos internacionales y la sociedad en general. Esto se debe a que refleja de manera relativamente precisa el grado de desarrollo alcanzado por una nación.

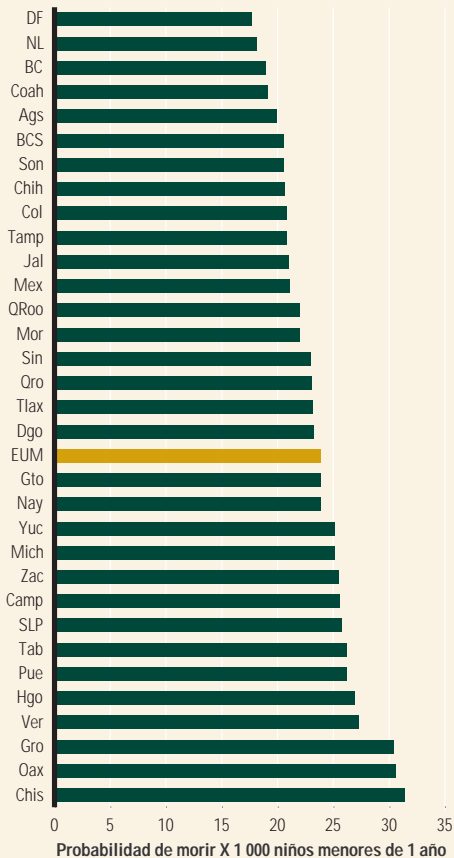
La mortalidad infantil se relaciona asimismo con el acceso a servicios básicos de salud, personales y no personales. De hecho, la mayor parte de las muertes en menores de 1 año en los países en vías de desarrollo se asocia a procesos patológicos (infecciones respiratorias agudas, y diarreas) susceptibles de prevención con intervenciones poco costosas.

En México la tasa de mortalidad infantil estimada para el año 2002 fue de 21.4 por 1,000 nacidos vivos, cifra superior a la que se obtiene a partir del registro de defunciones infantiles y el número de nacidos vivos estimados, que es de 16.8

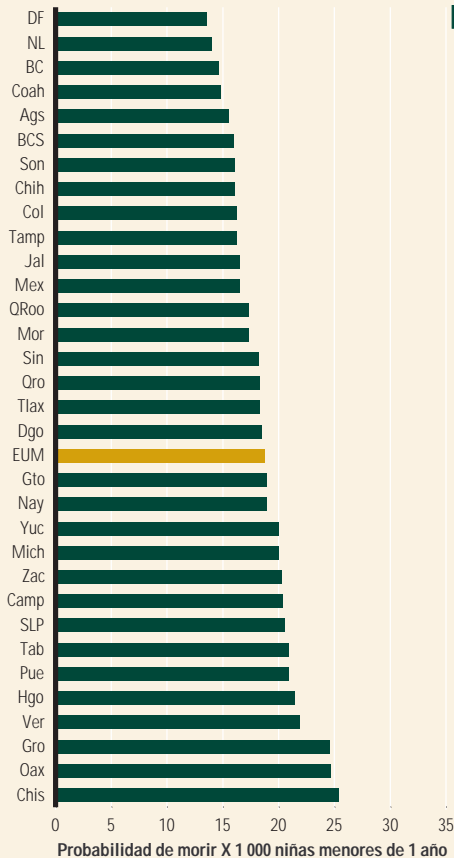
por 1,000 nacidos vivos. Esta diferencia se debe a diversos problemas de registro que nos obligan a manejar con extrema cautela esta información.

La Secretaría de Salud inició un estudio conjunto con los Servicios de Salud de algunas entidades federativas con el fin de empezar a resolver las disparidades antes descritas. Este estudio comprende la búsqueda intencionada de muertes infantiles ocurridas en unidades públicas de salud según edad de muerte (neonatales tempranas, neonatales tardías y postneonatales) durante el período 1998-2002. Los estados de Durango y Sinaloa son los que se encuentran en las etapas más avanzadas del estudio, ambos con resultados que nos hablan de la existencia de niveles altos de subregistro de las muertes ocurridas en unidades públicas de salud. Otro grupo de entidades están en la fase de levantamiento de información y consolidación de cifras.

**Mortalidad en niños menores de 1 año por entidad federativa, México 2002**



**Mortalidad en niñas menores de 1 año por entidad federativa, México 2002**



Las entidades del sur del país presentan las cifras más altas de mortalidad infantil.

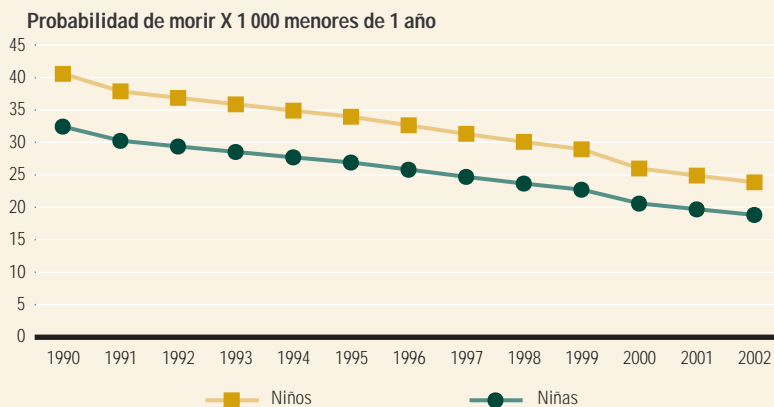
**Defunciones infantiles registradas y estimadas en dos entidades según fuente de información, México 2002**

Entidad	INEGI (Registro regular)	CONAPO (Estimaciones)	Estimación por servicios estatales/DGIED
Durango	79	677	545
Sinaloa	219	1 108	820

El estudio de las defunciones infantiles con base en registros hospitalarios proporciona una imagen de la dimensión del subregistro de la mortalidad infantil en las entidades federativas.

La mortalidad infantil ha disminuido de manera importante y consistente en la última década.

**Mortalidad en menores de 1 año, México 1990-2002**



# Defunciones neonatales en hospitales

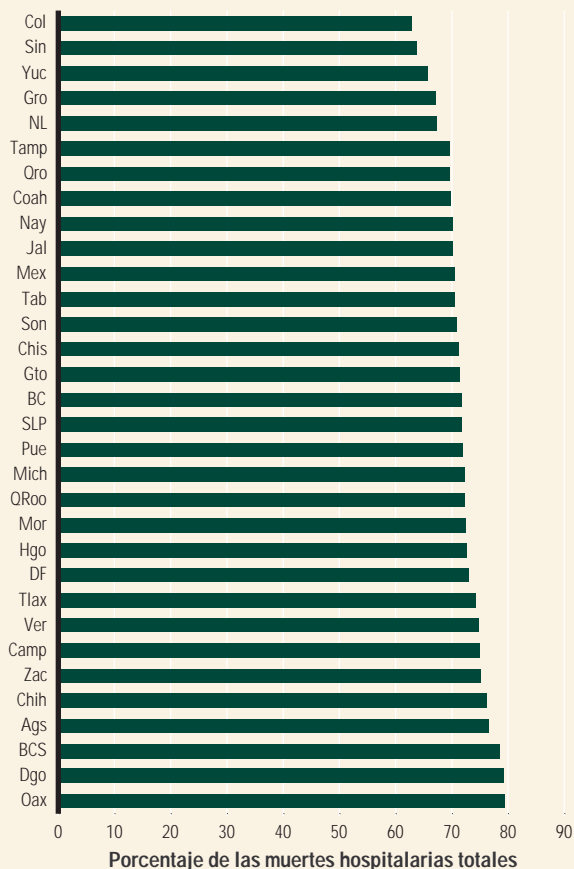
La proporción de **defunciones neonatales** hospitalarias se define como el porcentaje que representan las muertes neonatales en relación con el total de defunciones ocurridas en hospitales. Esta cifra se obtiene de dividir el número de defunciones en recién nacidos menores de 28 días en un año entre el total de muertes ocurridas en hospitales en ese mismo periodo por 100.

Actualmente las defunciones en menores de 28 días de nacidos representan el componente de la mortalidad infantil más importante. Desde hace algunos años, se ha empezado a observar una transición de la mortalidad en los menores de un año, la cual se caracteriza por un patrón de causas de muerte no infecciosas y por concentrar la mayor parte de las defunciones infantiles en los primeros días de vida. Anteriormente las muertes infantiles se concentraban en el periodo postneonatal y eran provocadas en su mayoría por infecciones respiratorias agudas y diarreas. Estas defunciones se asociaban con la pobreza y con la falta de acceso y atención oportuna en las unidades médicas. En cambio, las muertes

neonatales se relacionan cada vez más con la calidad de la atención médica durante el embarazo, el parto y el puerperio, y con la falta de acceso a intervenciones de alta tecnología.

Dadas las limitaciones que tiene nuestro sistema de información respecto de la cobertura y calidad de los registros de muerte en menores de un año, presentamos por ahora el indicador de proporción de muertes neonatales en hospitales para llamar la atención de los prestadores de servicios y de todos aquellos relacionados con la salud materno-infantil, sobre la importancia que está representando la mortalidad neonatal en los ámbitos hospitalarios.

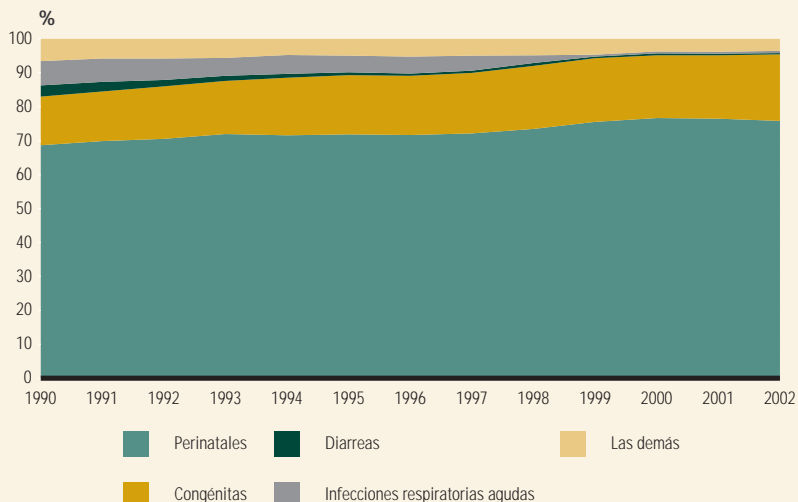
Proporción de las defunciones neonatales respecto al total de defunciones hospitalarias por entidad federativa, México 2002



En todas las entidades federativas más de 60% de las muertes ocurridas en los hospitales corresponden a defunciones neonatales.

El mayor número de defunciones neonatales intrahospitalarias corresponde a las causas perinatales y anomalías congénitas.

Porcentaje de defunciones neonatales en hospitales según causas seleccionadas, México 1990-2002



# Mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de 5 años

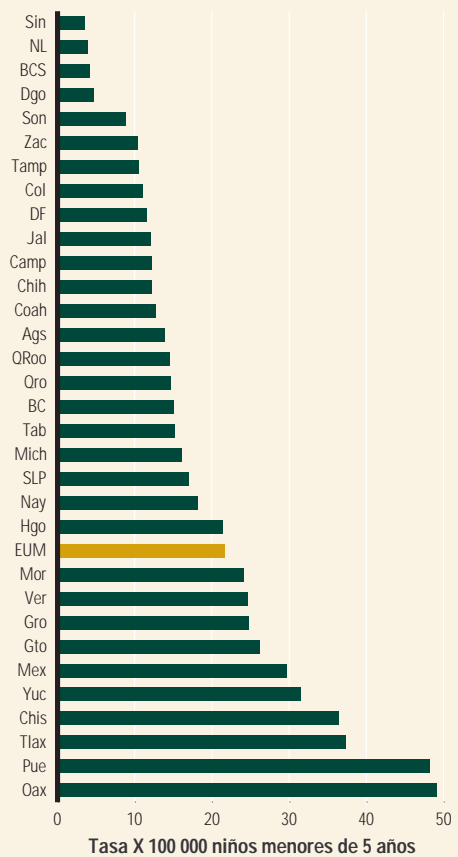
La tasa de **mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de 5 años** se define como el número de muertes por esta causa en menores de 5 años por 100 000 niños de esta edad. Esta cifra se obtiene de dividir el número de muertes por enfermedades diarreicas en un año entre el total de niños menores de 5 años en el país en ese mismo período.

Cada día mueren en el mundo 17 mil niños por infecciones gastrointestinales. Las diarreas, de hecho, concentran el 13% del total de defunciones que ocurren en preescolares.

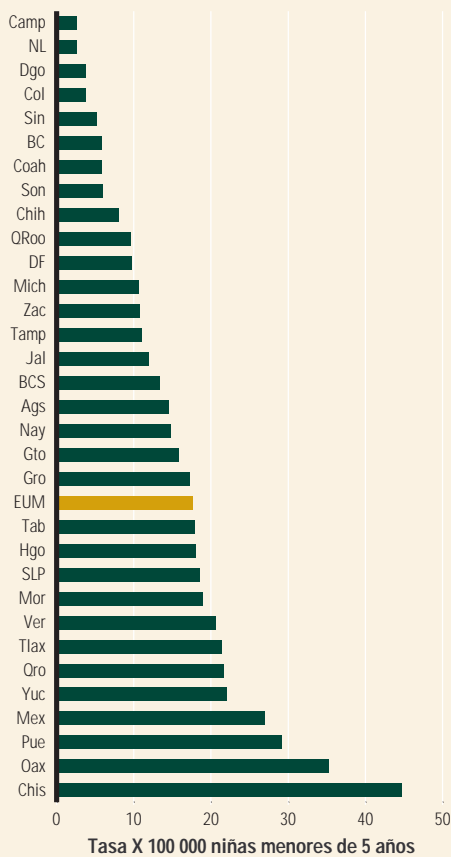
En México las muertes por esta causa en menores de 5 años se han reducido un poco más de 85% en los últimos 10 años. A esta importante reducción han contribuido el programa de prevención del cólera, el suministro periódico de an-

tiparasitarios y vitamina A durante las Semanas Nacionales de Salud, el uso de la rehidratación oral, la vacunación antiscarampionosa, la promoción de la lactancia materna y las mejoras crecientes en la disponibilidad de agua potable. Sin embargo, todavía hay entidades federativas con tasas muy altas de mortalidad por esta causa (más de 20 por 100,000 niños menores de 5 años) y hay diferencias entre estados de hasta 10 veces en este rubro.

**Mortalidad por diarrea en niños menores de 5 años por entidad federativa, México 2002**



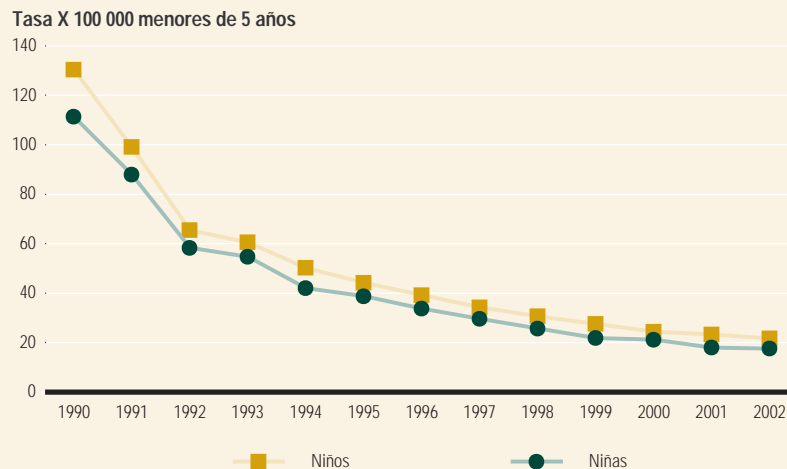
**Mortalidad por diarrea en niñas menores de 5 años por entidad federativa, México 2002**



Las entidades del sur del país siguen presentando una tasa de mortalidad por enfermedades gastrointestinales en menores de 5 años muy alta.

En los últimos 10 años la mortalidad por diarreas a nivel nacional disminuyó 85%.

**Mortalidad por diarrea en menores de 5 años, México 1990-2002**



# Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años

La tasa de **mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años** se define como el número de muertes por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años por 100,000 niños de esa edad. Esta cifra se obtiene de dividir el número de muertes causadas por neumonía, influenza y otras infecciones agudas del tracto respiratorio en la población menor de 5 años en un año entre la población total de esa misma edad en ese mismo período.

Las infecciones respiratorias agudas son, junto con las infecciones gastrointestinales, las dos causas de muerte más comunes en niños menores de 5 años. Por neumonía y otras infecciones respiratorias mueren anualmente dos millones de niños en el mundo. Los menores de un año constituyen la población más afectada por estas enfermedades.

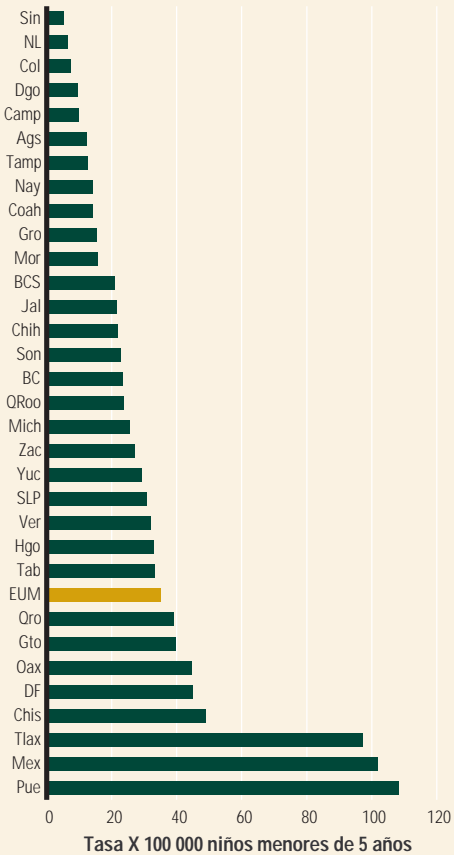
Este grupo de padecimientos se presenta con mayor frecuencia cuando los niños se exponen a riesgos ambientales. De hecho se calcula que más de 40% de la carga mundial de morbilidad en esta población se puede atribuir a la contaminación intradomiciliar por partículas derivadas de la combustión de leña y otros energéticos de uso doméstico. Asimismo, las características biológicas y sociales de los infantes, como el bajo peso al nacer, la desnutrición y el hacinamiento, contribuyen a aumentar la probabili-

dad de desarrollar una infección respiratoria.

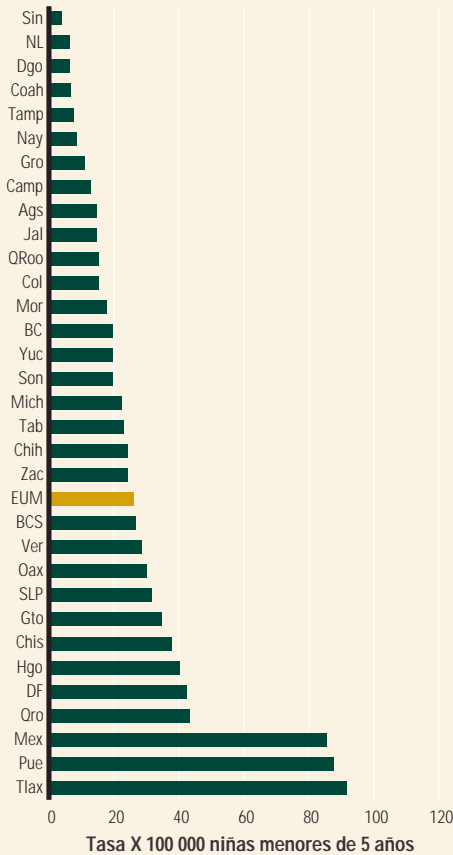
Las muertes de los menores de 5 años por infecciones respiratorias agudas retratan la desigualdad y el rezago en salud que se observa entre y al interior de los países. Una gran parte de estas defunciones se podría evitar mediante el acceso a una atención médica eficaz y pronta. Sin embargo, la falta de servicios de salud en muchos lugares o la presencia de barreras para acceder a ellos contribuyen a mantener las altas cifras de mortalidad que todavía se presentan en los países con bajo desarrollo socioeconómico.

En México la mortalidad por infecciones respiratorias agudas ha disminuido considerablemente en los últimos 12 años. Sin embargo, todavía hay entidades federativas en donde se registran tasas de mortalidad cercanas a 100 por 100,000 niños.

Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años por entidad federativa, México 2002



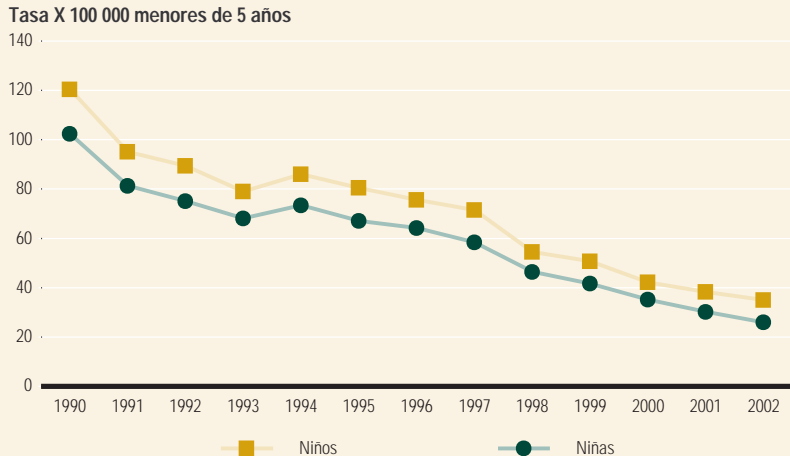
Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niñas menores de 5 años por entidad federativa, México 2002



Las tasas de mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en algunas entidades federativas son 10 veces más altas que en Sinaloa y Nuevo León.

La mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años se ha reducido considerablemente en los últimos 12 años.

Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años, México 1990-2002





# Mortalidad materna

La **mortalidad materna** se obtiene de dividir el número de defunciones en mujeres debidas a complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio en un año entre los nacidos vivos de ese mismo año, multiplicando el cociente por 10,000.

Las muertes maternas son una expresión de la inequidad y el rezago social, así como una expresión de los problemas de cobertura y calidad de los servicios de salud. Probablemente no haya otro indicador de salud que registre mejor las brechas entre países o entre regiones al interior de un país como la mortalidad materna.

En América Latina, las mujeres corren un riesgo 21 veces más alto de morir por estas causas que las mujeres de América del Norte. A nivel mundial, el riesgo de morir por causas maternas en Sierra Leona o Rwanda es 1,100 veces más alto que en Grecia. En nuestro país, la brecha entre los estados llega a ser de 5.5 veces.

En México se han logrado importantes avances en la reducción de la mortalidad materna. En 1955 la razón de mortalidad era de 24 por 10,000 nacidos vivos; en 2002 se redujo a 6.3, lo que representa un descenso de 74%. La edad promedio de muerte por causas maternas se ha mantenido en 29.5 años en las últimas tres décadas.

Las muertes maternas son particularmente difíciles de medir por problemas conceptuales y prácticos. Está documentado que en buena parte de los países que presentan problemas de subregistro de muertes maternas éstos se deben en gran medida a la mala clasificación de las causas de muerte, es decir, la deficiente calidad en la certificación, codificación y registro de las defunciones conduce a publicar como no maternas

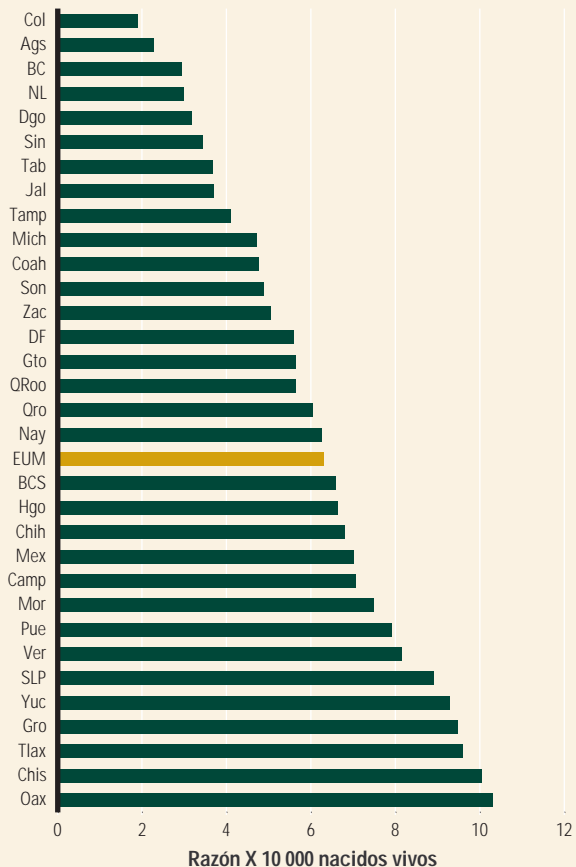
defunciones que si están relacionados con el embarazo, parto o puerperio, directa o indirectamente.

Conscientes de estos problemas y dada la importancia que este indicador tiene para la salud pública en nuestro país, la Secretaría de Salud se dio a la tarea de cuantificar una por una las defunciones maternas ocurridas en 2002. Mediante una búsqueda intencionada se confrontaron los certificados de defunción y los registros hospitalarios de todas aquellas defunciones en las que la causa materna aparecía registrada.\* En este procedimiento también se corrigieron los errores de codificación. Los resultados han sido validados con los servicios de salud estatales y con el INEGI.

Como consecuencia de lo anterior las defunciones maternas ocurridas en 2002, una vez corregida la mala clasificación, ascendieron a 1,291. Esta cifra representa 38 muertes maternas más que 2001 y aproximadamente 208 más de las que se hubieran publicado si no se realiza la búsqueda intencionada. Si bien este tipo de correcciones aumenta la credibilidad de los indicadores empleados, son sólo un primer paso en la mejora del registro, ya que la corrección no incluye aquellas defunciones omitidas de los sistemas de registro regular.

\* En nueve entidades federativas el estudio fue más allá pues se buscaron de manera intencionada las muertes maternas mediante la aplicación de autopsias verbales en aquellas defunciones en donde cabía la sospecha de ser una causa materna. En esta ocasión más que mostrar los resultados se expresa un reconocimiento por el interés que mostraron los estados de Guanajuato, Tlaxcala, Jalisco, Veracruz, Estado de México, Sinaloa, Guerrero, Chiapas y Distrito Federal.

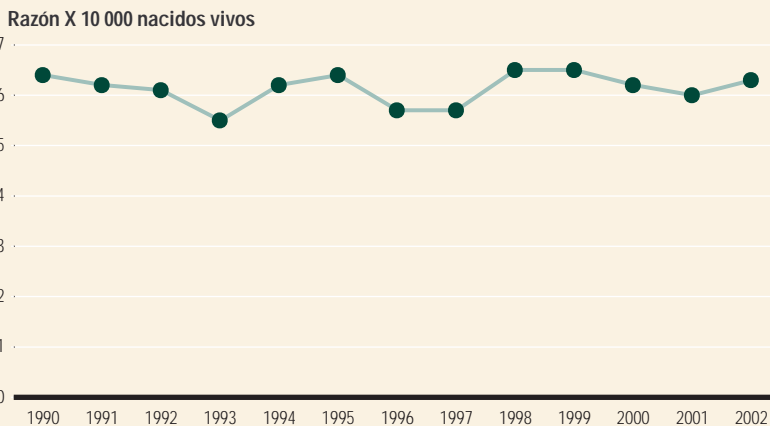
Razón de mortalidad materna por entidad federativa, México 2002



La mortalidad materna es cinco veces más alta en las entidades federativas con menor desarrollo socioeconómico que en los estados con mayores recursos.

La mortalidad materna se ha mantenido relativamente estable en los últimos 12 años.

Razón de mortalidad materna, México 1990-2002



# Mortalidad por cáncer cérvico-uterino

La tasa de **mortalidad por cáncer cérvico-uterino** se define como el número de muertes por esta causa por 100,000 mujeres de 25 años y más. Esta cifra se obtiene de dividir el número de muertes por cáncer cérvico-uterino en un año entre la población de mujeres de 25 años y más en el país en ese mismo período.

Cada año se detectan en el mundo cerca de 470 mil casos nuevos de cáncer cérvico-uterino y alrededor de 231 mil mujeres mueren por esta causa. El 80% de estas defunciones ocurre en países en vías de desarrollo.

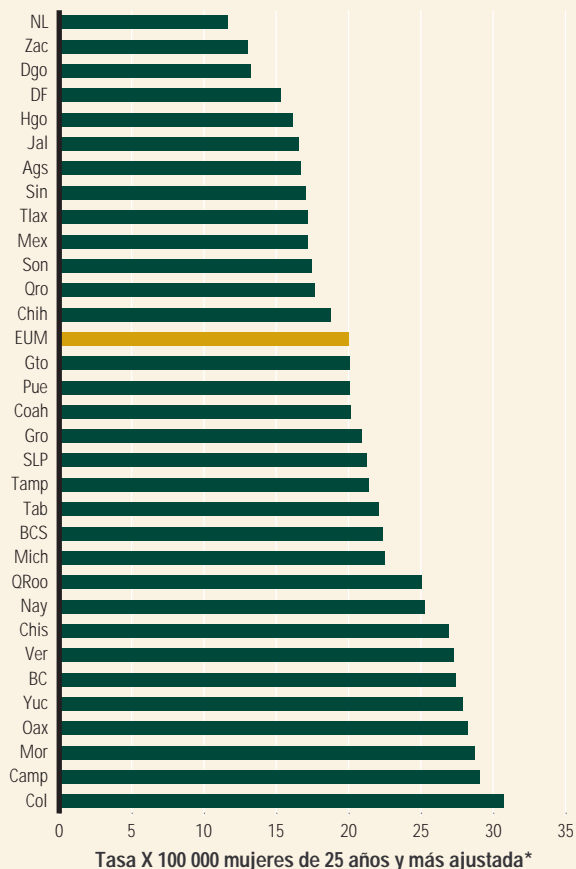
El factor de riesgo asociado a esta enfermedad más común es la exposición al virus del papiloma humano, que se transmite por contacto sexual. Sin embargo, hay otros factores de riesgo que contribuyen a su alta prevalencia. Destacan dentro de ellos los siguientes: a) inicio temprano de la vida sexual; b) parejas sexuales múltiples o sexo con un compañero que tiene múltiples parejas sexuales; c) tabaquismo, y d) historia familiar de cáncer cérvico-uterino.

El cáncer cérvico-uterino es una de las formas de cáncer que se puede prevenir y detectar con mayor facilidad: tiene

un crecimiento lento y se dispone de una prueba de detección sencilla (Papanicolaou), de bajo costo y alta especificidad. Los exámenes periódicos con esta prueba permiten identificar las formas incipientes de este cáncer y tomar medidas oportunas para controlarlos y curarlos.

En México la mortalidad por cáncer cérvico-uterino ha disminuido en los últimos años. Sin embargo, los niveles actuales de mortalidad (20 por 100,000 mujeres de 25 años y más) todavía ubican a nuestro país en el grupo de alta mortalidad por esta causa. Estas tasas, además, son superiores a las de otros países de la región con niveles de desarrollo similares al nuestro. Las cifras son particularmente elevadas en el medio rural, donde la probabilidad de morir por cáncer cérvico-uterino es 30% mayor que en las zonas urbanas.

Mortalidad por cáncer cervico-uterino en mujeres de 25 años y más por entidad federativa, México 2002



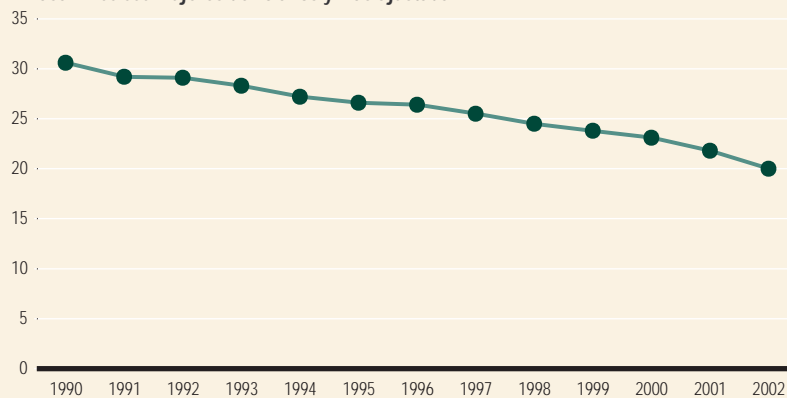
La tasa de mortalidad por cáncer cervico-uterino en varias entidades del país es dos veces más alta que en Nuevo León.

\* Población estándar mundial

La mortalidad por cáncer cervico-uterino ha disminuido consistentemente en los últimos 10 años.

Mortalidad por cáncer cervico-uterino, México 1990-2002

Tasa X 100 000 mujeres de 25 años y más ajustada\*



\* Población estándar mundial

# Mortalidad por cáncer de mama

La tasa de **mortalidad por cáncer de mama** se define como el número de muertes por esta causa por 100,000 mujeres de 25 años y más. Esta cifra se obtiene de dividir el número de muertes por cáncer de mama en un año entre el número de mujeres de 25 años y más en el país en ese mismo período.

**E**l cáncer de mama es la neoplasia más común entre las mujeres. Cada año se diagnostican un millón de casos nuevos y cerca de 372 mil mujeres mueren anualmente por esta causa. Globalmente el cáncer de mama ocupa el segundo lugar de importancia después del cáncer de pulmón.

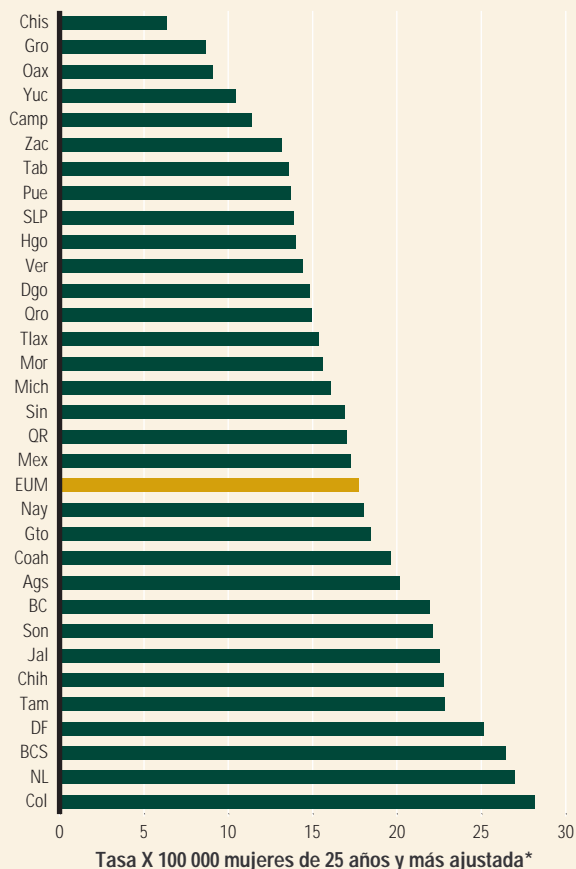
Para la detección del cáncer de mama se utilizan la auto-exploración, el examen médico, el ultrasonido y la mamografía. Dado que las lesiones iniciales del cáncer de mama no se detectan con la exploración física, se recomienda realizar una mamografía cada dos años en las mujeres mayores de 50 años. Este estudio también se recomienda a mujeres menores de 50 años con antecedentes familiares de cáncer mamario. Sin embargo, el uso

de este procedimiento representa costos elevados tanto para las usuarias como para los servicios de salud, lo cual limita su empleo como mecanismo de detección poblacional.

Aún cuando se han encontrado varios factores de riesgo asociados a este cáncer, hay que destacar que dichos factores pueden estar ausentes en siete de cada 10 mujeres. Por este motivo, la reducción de la mortalidad por esta causa descansa en la detección clínica temprana y en la utilización de la mamografía como técnica de diagnóstico.

En México el cáncer de mama es la segunda causa de muerte por tumores malignos en las mujeres después del cáncer cérvico-uterino, y a diferencia de éste se ha incrementado en la última década.

**Mortalidad por cáncer de mama por entidad federativa, México 2002**

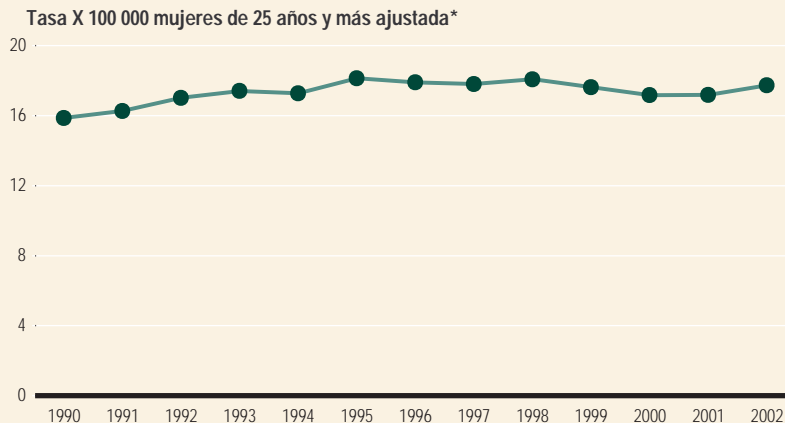


La mortalidad por cáncer de mama es más común en las entidades federativas con mayor desarrollo socioeconómico.

\* Población estándar mundial

A diferencia de lo que ocurre con el cáncer cérvico-uterino, el cáncer de mama ha venido aumentado en la última década.

**Mortalidad por cáncer de mama, México 1990-2002**



\* Población estándar mundial

# Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón

La tasa de **mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón** se define como el número de muertes por esta causa por 100,000 habitantes. Esta cifra se obtiene de dividir el número de muertes por enfermedades isquémicas del corazón en un año entre la población total del país en ese mismo período.

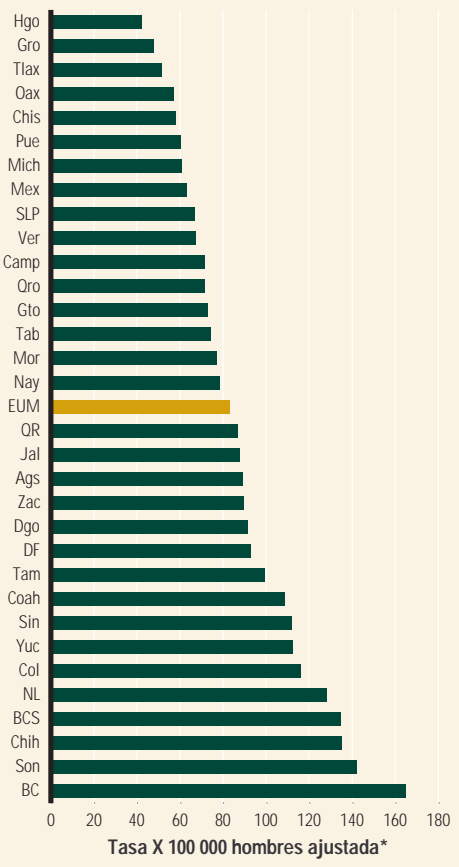
**E**n el mundo mueren anualmente cerca de 17 millones de personas por enfermedades cardiovasculares. En América del Sur y el Caribe estas enfermedades causarán tres veces más muerte y discapacidades en los próximos 20 años que las enfermedades infecciosas. Dentro de este grupo de padecimientos el infarto agudo de miocardio es el que contribuye con la mayor proporción de muertes, afectando principalmente a los adultos mayores de 65 años.

Se han identificado varios factores de riesgo que elevan la probabilidad de las personas de padecer enfermedades isquémicas del corazón. Destacan dentro

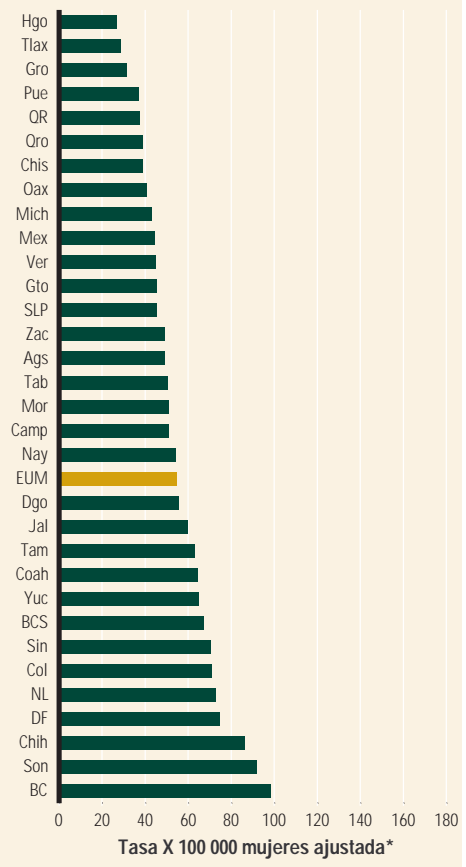
de ellos los siguientes: a) la inactividad física; b) la obesidad; c) el consumo de tabaco; d) los niveles altos de colesterol, y e) la hipertensión arterial. El riesgo de presentar una enfermedad cardiovascular es 1.5 veces mayor en personas que no realizan actividades físicas. Este factor es responsable de 15 a 20% de los casos de cardiopatía isquémica y de 1.9 millones de muertes en el mundo.

En México la mortalidad por enfermedades isquémicas es más alta en las entidades de mayor desarrollo y entre los hombres. Las diferencias entre entidades llegan a ser hasta de cuatro veces en los hombres y cinco veces en las mujeres.

**Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en hombres por entidad federativa, México 2002**



**Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en mujeres por entidad federativa, México 2002**

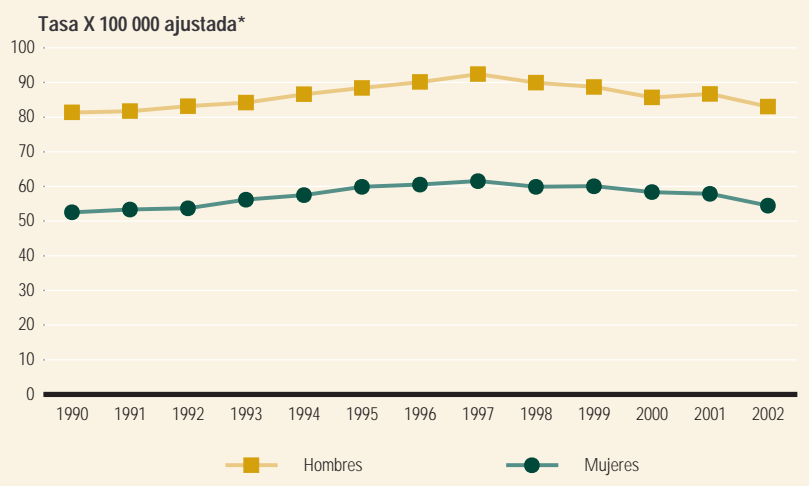


La mortalidad por enfermedades isquémicas es más común en los hombres y en las entidades federativas con mayor desarrollo socioeconómico.

\* Población estándar mundial

La mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón empezó a descender ligeramente a partir 1998.

**Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, México 1990-2002**



\* Población estándar mundial



# Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares

La tasa de **mortalidad por enfermedades cerebrovasculares** se define como el número de muertes por esta causa por 100,000 habitantes. Esta cifra se obtiene de dividir el número de muertes por enfermedades cerebrovasculares en un año entre la población total del país en ese mismo período.

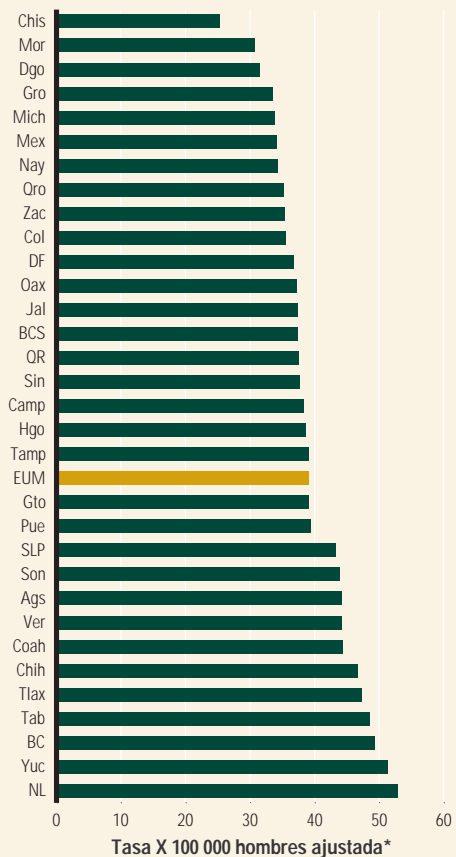
Las enfermedades cerebrovasculares son responsables de la muerte de casi cinco millones de personas, que representan 9% del total de muertes anuales en el mundo. Estas enfermedades son también las que ocasionan la mayor discapacidad entre quienes sufren eventos no fatales. De las personas que sobreviven a una enfermedad cerebrovascular, 80% desarrollan alguna discapacidad temporal o permanente.

El pronóstico de las enfermedades cerebrovasculares ha mejorado mucho en los países desarrollados en virtud de los cambios en la organización de los servicios clínicos (unidades especializadas), el tratamiento precoz de los eventos isquémicos y la disponibilidad de nuevas terapias. Sin embargo, la disminución de los casos nuevos y la prevención de la discapacidad y la muerte deben basarse principalmente en estrategias de prevención

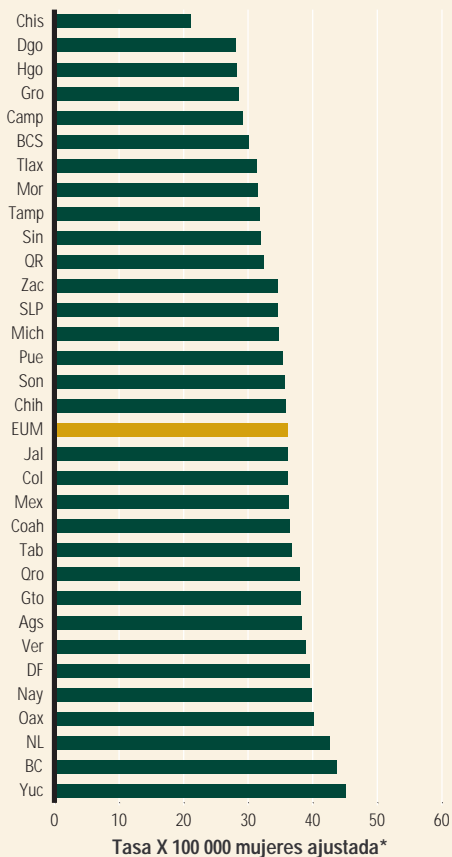
primaria y secundaria. La probabilidad de desarrollar una enfermedad cerebrovascular es mucho más alta en personas con hipertensión arterial, con diabetes mellitus y con algún trastorno del ritmo cardíaco. Por otra parte, hay diversos factores de riesgo que se asocian con estos padecimientos que pueden ser modificados. Dentro de ellos destacan el consumo de tabaco y alcohol, los niveles sanguíneos de colesterol alto, la falta de ejercicio físico y la obesidad.

En México la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares se ha mantenido relativamente estable en la última década, aunque a partir de 1999 se empieza a observar un ligero descenso tanto en hombres como en mujeres. La reducción de la mortalidad en este período es de aproximadamente 13% en ambos grupos de población.

**Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en hombres por entidad federativa, México 2002**



**Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en mujeres por entidad federativa, México 2002**

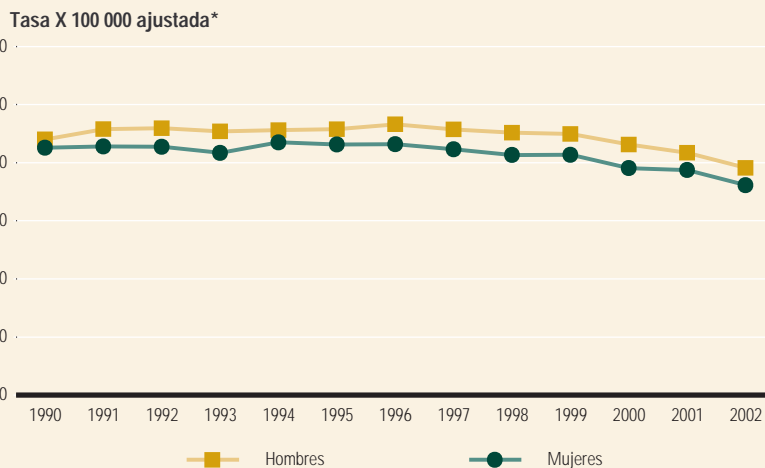


La mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en Nuevo León y Yucatán es casi dos veces más alta que en Chiapas.

\* Población estándar mundial

La mortalidad por enfermedades cerebrovasculares empezó a disminuir en hombres y mujeres en 1999.

**Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, México 1990-2002\***



\* Población estándar mundial

# Mortalidad por diabetes mellitus

La tasa de **mortalidad por diabetes** se define como el número de muertes por esta causa por 100,000 habitantes. Esta cifra se obtiene de dividir el número de muertes por diabetes en un año entre la población total del país en ese mismo período.

La diabetes mellitus es la más común de las enfermedades metabólicas y una de las condiciones de salud con mayor carga de morbilidad y discapacidad. En el mundo existen alrededor de 140 millones de personas diabéticas, la mayoría con diabetes tipo 2 no-insulino dependiente. En las Américas cada año mueren 330,000 personas por esta enfermedad, lo que ubica a la diabetes mellitus como una de las principales causas de muerte en la región.

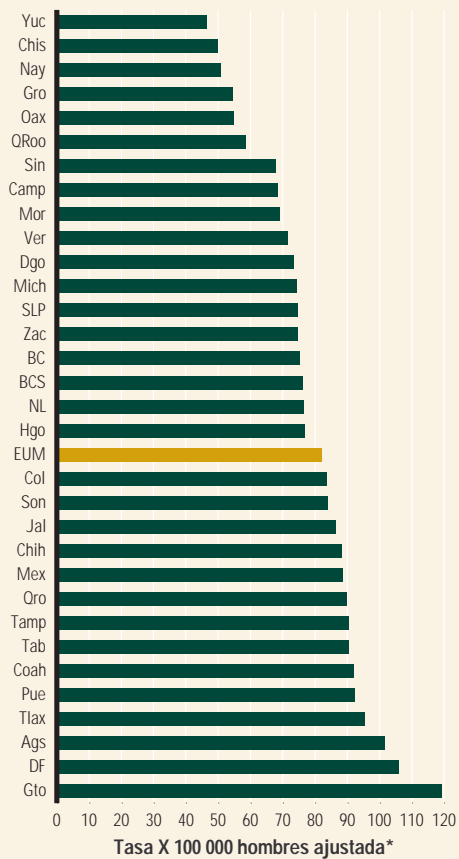
Los gastos de la atención médica de la diabetes mellitus también son elevados. Se calcula que a nivel mundial en 2002 se gastaron 65,000 millones de dólares en la atención de los pacientes diabéticos.

Entre los factores de riesgo asociados a la diabetes mellitus destacan los com-

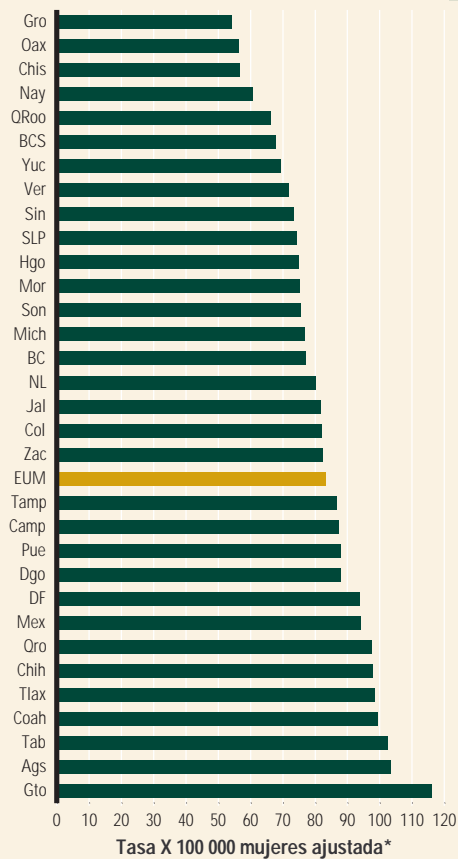
ponentes hereditarios que asociados a estilos de vida sedentarios, una ingesta excesiva de calorías y obesidad favorecen el incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad. La prevalencia elevada de estos factores en el país han contribuido a que México se ubique dentro de los 10 países con mayor prevalencia de diabetes mellitus.

En México la diabetes ocupa el primer sitio en la lista de las principales causas de muerte en mujeres y el segundo en hombres, y muestra un comportamiento ascendente. De acuerdo con datos de la ENSA 2000, casi 11% de la población nacional de 20 a 69 años de edad padece esta enfermedad.

**Mortalidad por diabetes mellitus en hombres por entidad federativa, México 2002**



**Mortalidad por diabetes mellitus en mujeres por entidad federativa, México 2002**

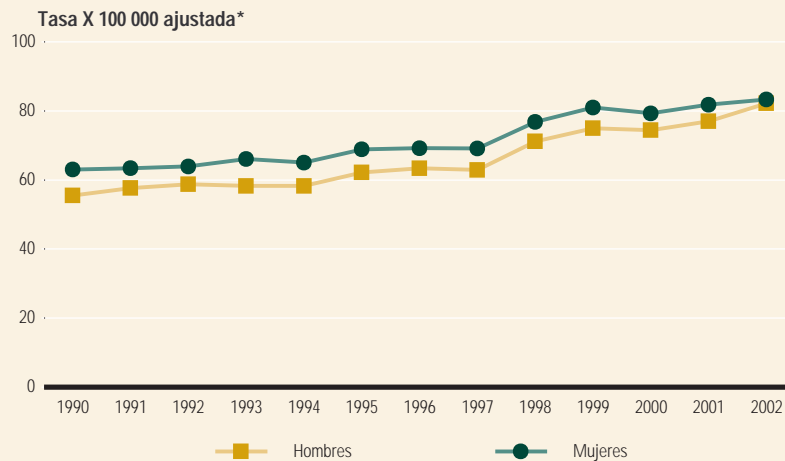


Las diferencias en la mortalidad por diabetes entre entidades llegan a ser hasta de dos veces.

\* Población estándar mundial

La mortalidad por diabetes muestra un incremento consistente y muy importante en los últimos 10 años.

**Mortalidad por diabetes mellitus, México 1990-2002**



\* Población estándar mundial

# Mortalidad por cirrosis del hígado

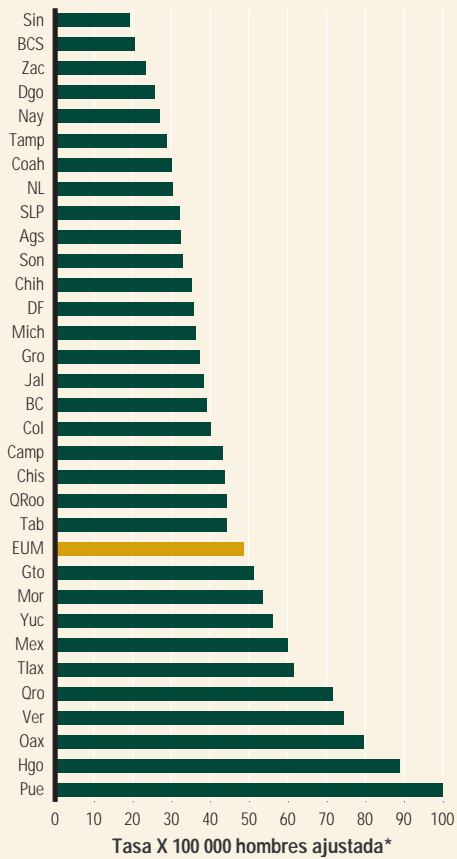
La tasa de **mortalidad por cirrosis hepática** se define como el número de muertes por esta causa por 100,000 habitantes. Esta cifra se obtiene de dividir el número de muertes por cirrosis hepática en un año entre la población total del país en ese mismo período.

La cirrosis del hígado es el resultado de varias enfermedades crónicas que llevan a la pérdida de la arquitectura normal del hígado y a una disminución progresiva de sus funciones. Dentro de las causas de la cirrosis del hígado destacan las infecciones virales, los defectos congénitos de las vías biliares, la fibrosis quística y la exposición a sustancias tóxicas, en particular el alcohol.

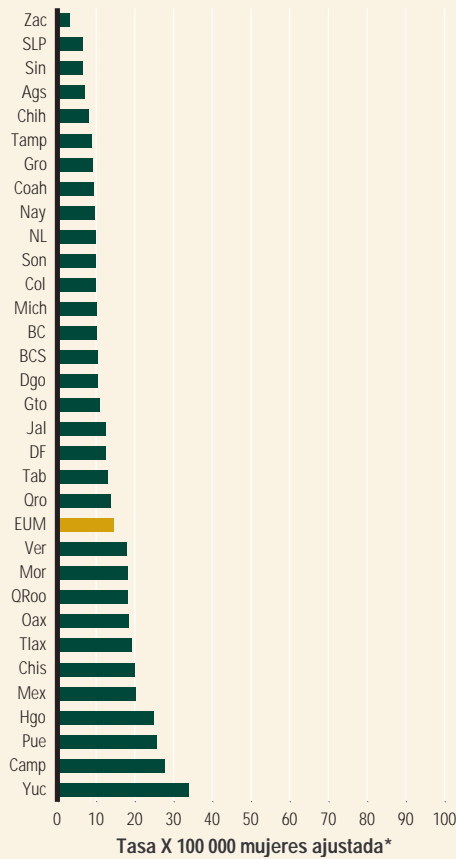
A nivel mundial el consumo de alcohol es responsable de 20 a 30% de los casos de cirrosis del hígado. Sin embargo, en algunas zonas del mundo esta cifra puede alcanzar 70%. Cálculos recientes indican que el consumo de alcohol es responsable de 3.2% del total de defunciones que ocurren en el mundo cada año.

En México la cirrosis del hígado se ha mantenido dentro de las 10 primeras causas de muerte. En 2002 se produjeron cerca de 22 mil defunciones por esta enfermedad, que afectó con mucha mayor frecuencia a los hombres (70%). En esta población, los estados de Puebla, Hidalgo, Veracruz y Oaxaca presentaron las tasas más elevadas de mortalidad, con cifras superiores a 50 por 100,000 habitantes. En mujeres la mortalidad por esta causa es en promedio dos veces menor a la de los hombres. Sin embargo, en los estados de Yucatán, Puebla, Hidalgo y Campeche se observan tasas de mortalidad por cirrosis del hígado superiores a 17 por 100,000 habitantes en este grupo.

**Mortalidad por cirrosis del hígado en hombres por entidad federativa, México 2002**



**Mortalidad por cirrosis del hígado en mujeres por entidad federativa, México 2002**

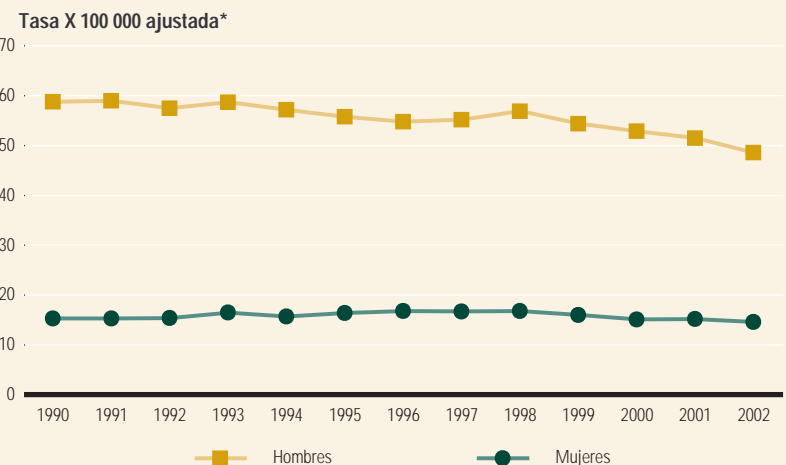


Hay estados con una mortalidad por cirrosis en hombres hasta cinco veces la que se observa en Sinaloa y Baja California Sur.

\* Población estándar mundial

La mortalidad por cirrosis del hígado empezó a descender ligeramente a partir de 1998.

**Mortalidad por cirrosis del hígado, México 1990-2002\***



\* Población estándar mundial

# Mortalidad por suicidios

La tasa de **mortalidad por suicidio** se define como el número de muertes por esta causa por 100,000 habitantes. Esta cifra se obtiene de dividir el número de muertes por suicidio en un año entre la población total del país en ese mismo período.

El incremento de la depresión en todo el mundo se ha asociado a un aumento de los casos de suicidio. Se calcula que alrededor de 15% de las personas que sufren de depresión llegan al extremo de suicidarse.

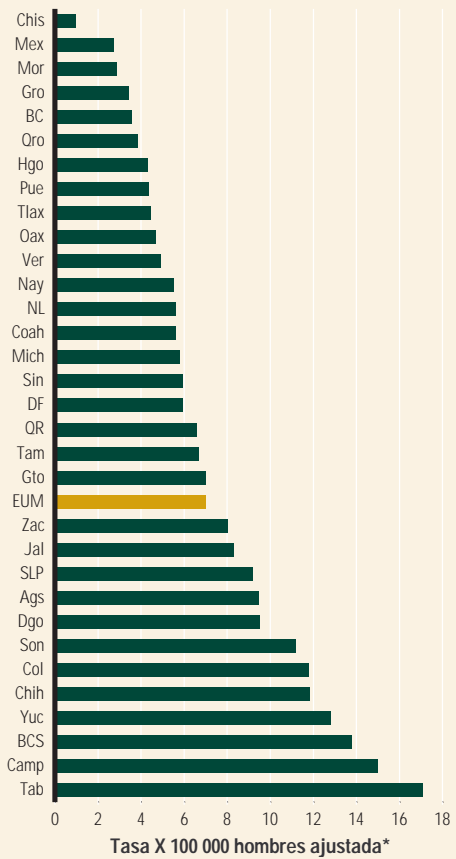
Las causas de la mortalidad por suicidios varían entre los distintos grupos de edad. En los jóvenes se postula que el aumento obedece a un consumo creciente de drogas y a la vida en ambientes de violencia y abuso. En los adultos mayores las causas se relacionan con enfermedades crónicas que limitan la autonomía, con la pobreza y la exclusión social.

Hasta hace poco México presentaba una de las tasas de mortalidad por suicidios más bajas de América Latina. Sin embargo, la mortalidad por esta causa se ha incrementado de manera consistente en los últimos años, con una tendencia más acelerada que la de otros países de la Re-

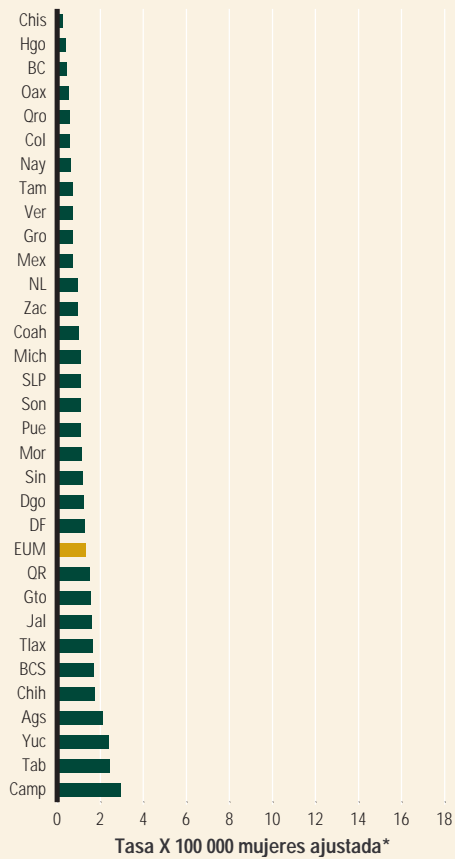
gión. En esta nueva realidad se empiezan a observar, asimismo, cambios en la distribución de la mortalidad por suicidios respecto del sexo y los grupos de edad. Anteriormente los suicidios ocurrían sobre todo en hombres mayores de 65 años. En años recientes se ha observado un aumento de muertes por esta causa en mujeres de 11 a 20 años de edad, grupo que ha triplicado su tasa de mortalidad de 1990 a la fecha. Sin embargo, el suicidio sigue afectando más a los hombres que a las mujeres, en una relación de 4 a 1.

La mortalidad por suicidios presenta amplias diferencias entre entidades federativas. Yucatán, Campeche y Tabasco presentan las cifras más altas del país. En Tabasco los suicidios son casi 10 veces más frecuentes que en Chiapas, con cifras similares a las de Canadá y algunos países del Caribe, que son los que presentan las tasas más altas de América Latina.

Tasa estandarizada de mortalidad por suicidios en hombres, México 2002



Tasa estandarizada de mortalidad por suicidios en mujeres, México 2002

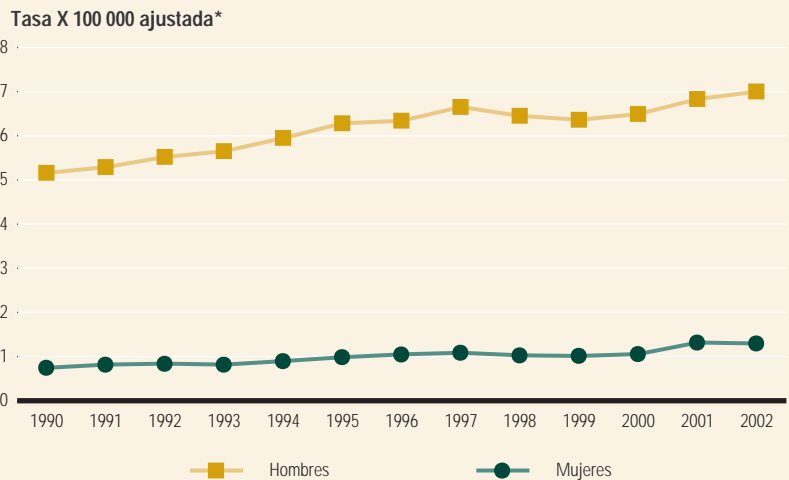


Las diferencias entre algunos estados en la mortalidad por suicidios en hombres llega a ser de 16 veces.

\* Población estándar mundial

La mortalidad por suicidios en los últimos 10 años se ha incrementado sobre todo en los hombres.

Mortalidad por suicidios, México 1990-2002\*



\* Población estándar mundial



# Mortalidad por homicidios

La tasa de **mortalidad por homicidios** se define como el número de muertes por esta causa por 100,000 habitantes. Esta cifra se obtiene de dividir el número de muertes por homicidios en un año entre la población total del país en ese mismo periodo.

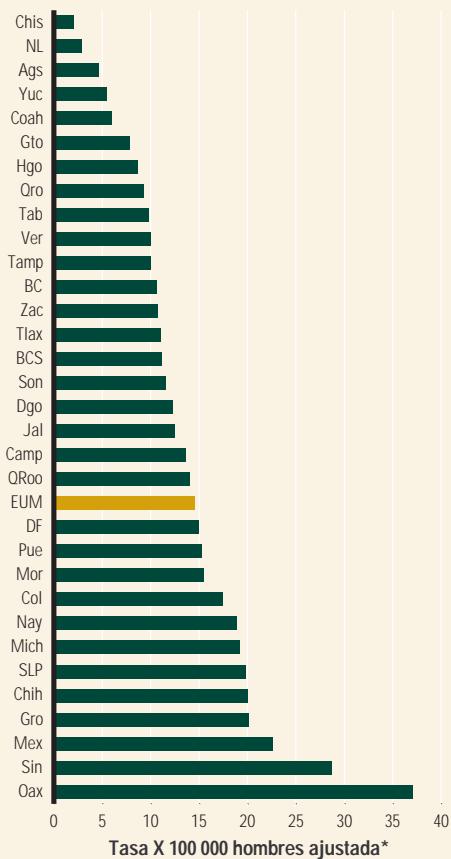
En el año 2000 fallecieron en el mundo 520 mil personas como resultado de homicidios (8.8 por 100,000 habitantes). Estas muertes afectaron más a los hombres (77%), y se concentraron en los adolescentes y en los adultos menores de 45 años. Se calcula además que por cada joven muerto a consecuencia de la violencia, entre 20 y 40 sufren lesiones intencionales que requieren de tratamiento y rehabilitación. Los países de ingresos medios y bajos contribuyeron con 91% de las defunciones por homicidios.

América Latina es una de las regiones con mayor índice de violencia. Se calcula que en esta región ocurren anualmente entre 120 y 140 mil homicidios. Los países con las tasas más altas de homicidios son Brasil, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, Venezuela y México.

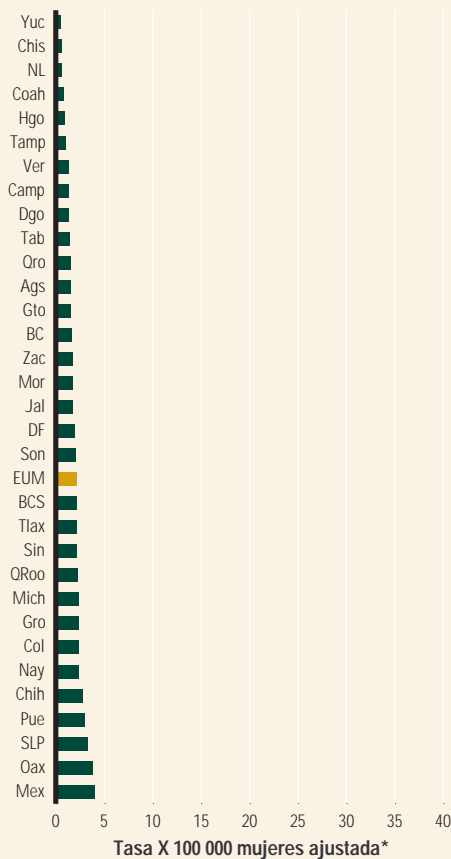
Dentro de los factores que influyen en la ocurrencia de los homicidios destacan la pobreza y la desigualdad social. El acceso creciente y fácil a las armas de fuego, y el abuso en el consumo de alcohol y de otras sustancias ilícitas también contribuyen a la frecuencia de estos eventos.

De 1990 a la fecha la tasa de mortalidad por homicidios en México ha disminuido considerablemente. Esta disminución ha sido más importante en los hombres (52%). En las mujeres la reducción de la mortalidad ha sido de 37%. Sin embargo, hay entidades federativas, como Sinaloa y Oaxaca, que siguen manteniendo tasas de mortalidad por homicidios en hombres muy por arriba del promedio nacional.

Mortalidad por homicidios en hombres por entidad federativa, México 2002



Mortalidad por homicidios en mujeres por entidad federativa, México 2002

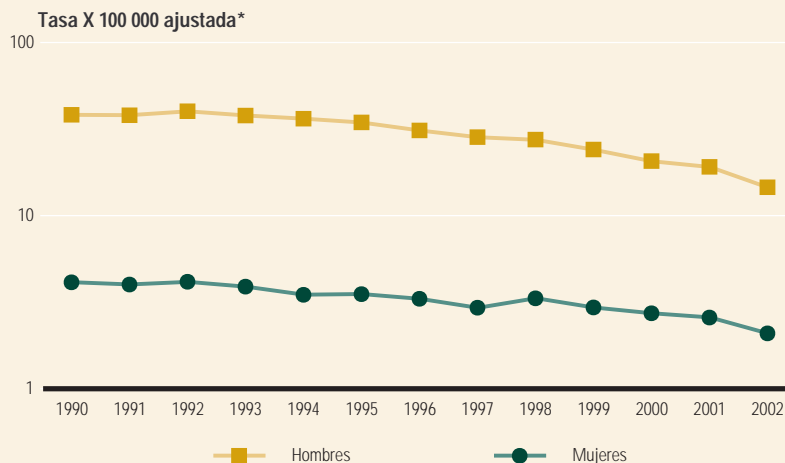


Las diferencias entre estados en la mortalidad por homicidios llega a ser hasta de 20 veces en hombres y 13 veces en mujeres.

\* Población estándar mundial

En la última década la mortalidad por homicidios ha bajado 52% en hombres y 37% en mujeres.

Mortalidad por homicidios, México 1990-2002



\* Población estándar mundial

# Mortalidad por Sida

La tasa de **mortalidad por SIDA** se define como el número de muertes por esta causa por 100,000 habitantes. Esta cifra se obtiene de dividir el número de muertes por SIDA en un año entre la población total del país en ese mismo período.

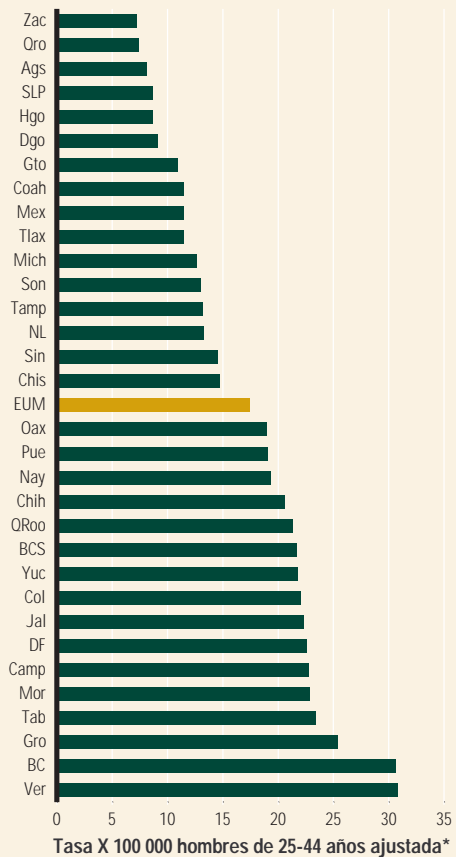
En 2002 había 42 millones de personas en el mundo infectadas con VIH o enfermas de SIDA. En ese mismo año se registraron cinco millones de nuevos casos y tres millones de muertes por esta enfermedad. En América Latina, el número de personas infectadas o con SIDA era de 1.9 millones; 210,000 se diagnosticaron como casos nuevos y 300 mil personas fallecieron por esta causa.

A diferencia de lo que ocurre en África, la epidemia de SIDA en las Américas muestra un patrón similar al observado en Europa occidental: un crecimiento lento pero con tendencia a la expansión progresiva. La diferencia en el comportamiento de la enfermedad se debe, entre otros factores, a la circulación de tipos diferentes de virus. En África es más común la circulación del VIH<sub>2</sub> con cinco serotipos diferentes. En cambio, en las Américas circula el VIH<sub>1</sub> subtipo B, que aparentemente es menos virulento que el encontrado en África.

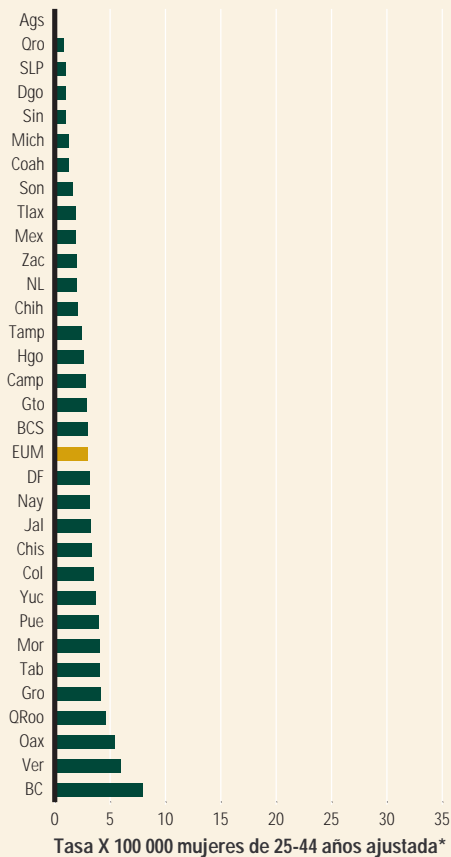
Actualmente la transmisión heterosexual está constituyéndose en la principal vía de transmisión de esta enfermedad. Las mujeres en edad reproductiva cuyos compañeros sexuales tienen sexo con otros hombres representan uno de los grupos con mayor riesgo de adquirir la infección con VIH. Sin embargo, de manera simultánea a la identificación y protección de estas poblaciones vulnerables, el combate a la enfermedad debe mantener la atención hacia los grupos en riesgo más reconocidos, como las y los trabajadores sexuales, los consumidores de drogas inyectables y las poblaciones migrantes.

En México la mortalidad por SIDA en hombres de 25 a 44 años empezó a descender a partir de 1996. Actualmente la tasa de mortalidad estimada es de 17 por 100,000 habitantes. En las mujeres se observa un incremento ligero en los últimos años (tasa de 3 por 100,000 mujeres). A la fecha se mantiene la relación de 5 a 1 entre hombres y mujeres.

Mortalidad por SIDA en hombres por entidad federativa, México 2002



Mortalidad por SIDA en mujeres por entidad federativa, México 2002



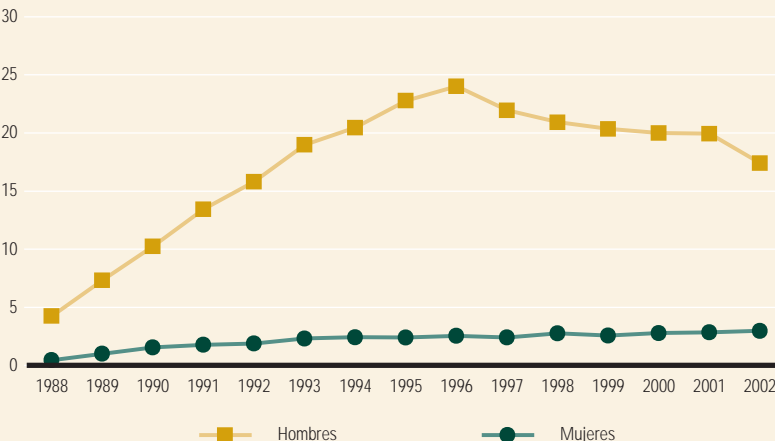
En prácticamente todas las entidades federativas la mortalidad por SIDA en hombres es cinco veces más alta que en las mujeres.

\* Población estándar mundial

Se mantiene la tendencia al descenso en la mortalidad por SIDA en hombres de 25 a 44 años. Sin embargo, en mujeres se observa un ascenso ligero.

Mortalidad por SIDA en población de 25 a 44 años, México 1988-2002

Tasa X 100 000 habitantes de 25 a 44 años



# Morbilidad por tuberculosis pulmonar

La tasa de **morbilidad por tuberculosis pulmonar** se define como el número de casos nuevos de esta enfermedad por 100,000 habitantes de 15 años y más. Esta cifra se obtiene de dividir el número de casos nuevos de tuberculosis pulmonar en un año en personas de 15 años y más entre la población total de 15 años y más en ese mismo período, multiplicado por 100,000.

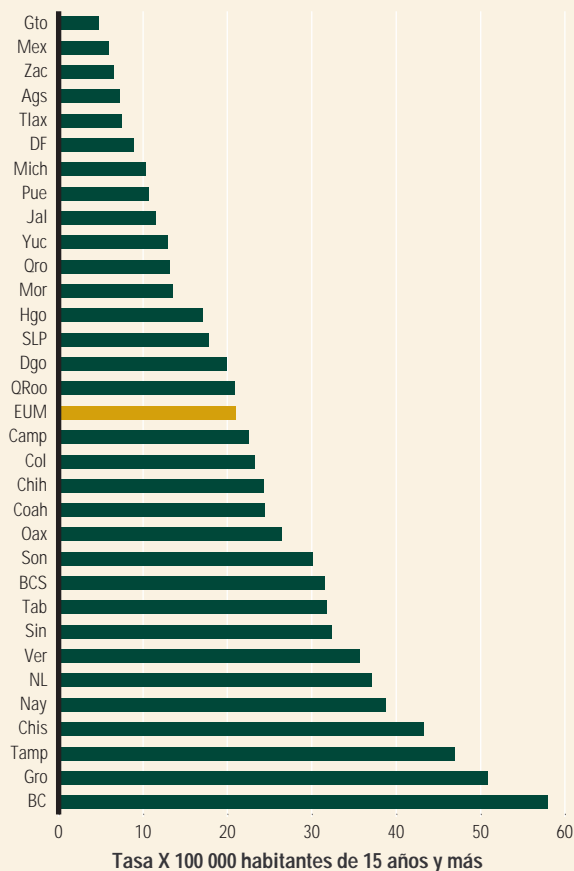
**E**n la Región de las Américas cada año se detectan 250 mil casos de tuberculosis pulmonar y ocurren cerca de 20 mil defunciones por esta causa. A nivel mundial, la epidemia de tuberculosis crece a un ritmo de 0.4% anual. Las zonas más afectadas se ubican en el África al sur del Sahara y en los países de la antigua Unión Soviética, donde las tasas de incidencia crecen a un ritmo mucho más rápido que en el resto del mundo.

Los sistemas de salud cuentan con los conocimientos científicos y tecnológicos apropiados para combatir esta enfermedad. Sin embargo, persisten las brechas de acceso a los servicios y a los medicamentos entre países y entre regiones al interior de los países que no permiten un control adecuado. Estas brechas podrán reducirse en la medida que las organizaciones de salud desplieguen

las estrategias propuestas por el Programa Global contra la Tuberculosis, cuyo instrumento principal es el tratamiento indirectamente supervisado (DOTS) de cada paciente por personal de salud. Los países que han incorporado la estrategia del DOTS han alcanzado índices de curación mayores de 80%, mientras que la efectividad promedio en otros países es de apenas 50%.

En México la incidencia de la enfermedad ha disminuido consistentemente en los últimos años. En 2002 la tasa de incidencia en mayores de 15 años fue de 21 por 100,000 habitantes. Sin embargo, las brechas entre entidades federativas siguen siendo muy importantes. Hay entidades en donde el riesgo de enfermarse por tuberculosis pulmonar es 10 veces más alto que en los estados con la incidencia más baja.

Morbilidad por tuberculosis pulmonar por entidad federativa, México 2002

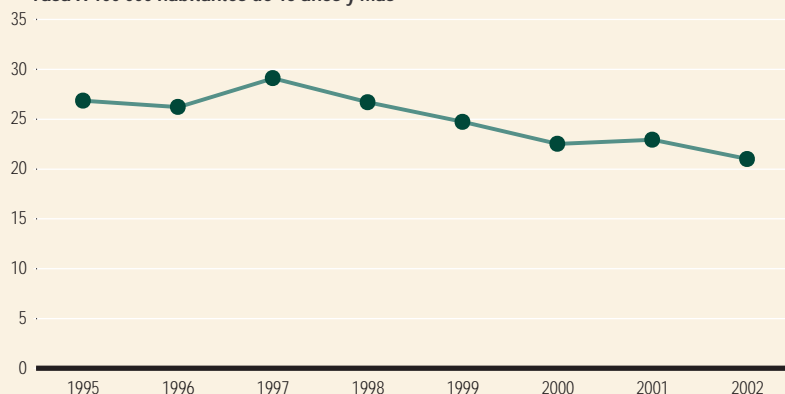


Hay entidades federativas en donde la probabilidad de enfermarse por tuberculosis pulmonar es hasta 10 veces más alta que la de los estados con las cifras más bajas.

La tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar en la población mayor de 15 años disminuyó 22% entre 1995 y 2002.

Morbilidad por tuberculosis pulmonar, México 1995-2002

Tasa X 100 000 habitantes de 15 años y más



# Prevalencia de depresión

La **prevalencia de depresión** se define como el porcentaje de la población que en el último año presentó, durante dos semanas consecutivas, los siguientes síntomas: a) sentimiento de tristeza o de vacío la mayor parte del día; b) pérdida de interés por las cosas que suele disfrutar; c) falta de energía o cansancio; d) pérdida de apetito, e) sensación de que su pensamiento se hace más lento.

Los trastornos mentales y del comportamiento concentran alrededor del 12% de la morbilidad en el mundo. La depresión en particular concentra 4.4%. De mantenerse las tendencias actuales, este padecimiento podría llegar a representar 5.7% de la carga mundial de morbilidad y constituirse en la segunda causa de pérdida de años de vida saludable, superando a las cardiopatías.

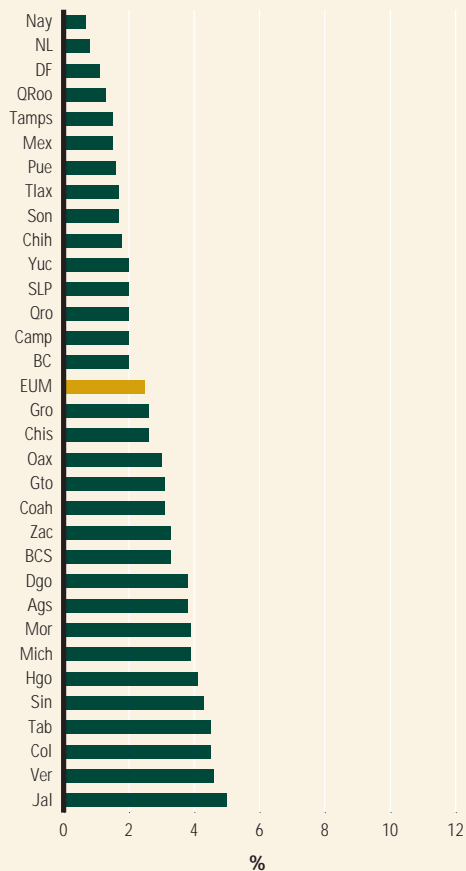
Los trastornos depresivos se caracterizan por una combinación de tristeza, desinterés en las actividades cotidianas y sensación de falta de energía que persisten por lo menos dos semanas. Además del impacto en materia de discapacidad, la depresión afecta la mortalidad: se con-

sidera que alrededor de 15% de las depresiones terminan en suicidio.

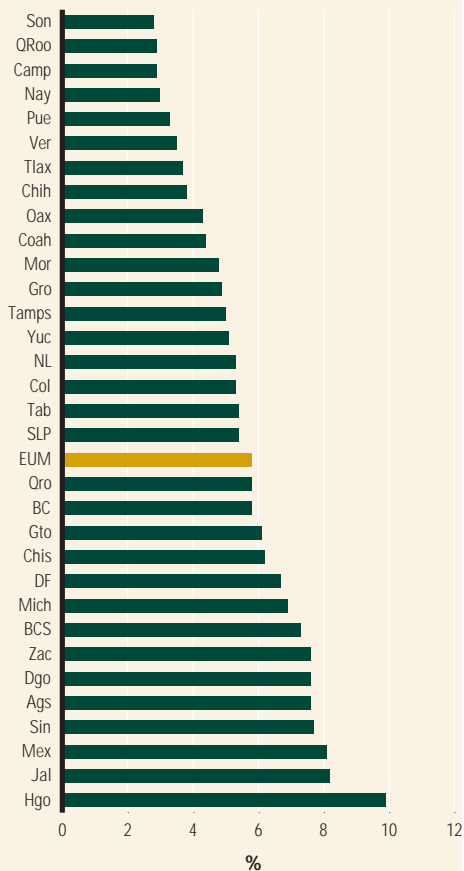
En general la depresión se incrementa con la edad, es más frecuente entre las mujeres y, según datos generados en la ENED 2002, disminuye conforme se incrementa el grado de escolaridad.

En contra de lo que se piensa, los trastornos depresivos son también frecuentes en las zonas rurales. De hecho, en 2002, 3.5% de los hombres de las áreas rurales de México presentaron trastornos depresivos, en contraste con sólo 2.9% en las áreas con más de 100,000 habitantes. En las mujeres la frecuencia de estos trastornos fue de 5.9 y 5.7% para zonas rurales y metropolitanas, respectivamente.

Prevalencia de episodios de depresión mayor en hombres de 18 años y más durante el último año por entidad federativa, México 2002



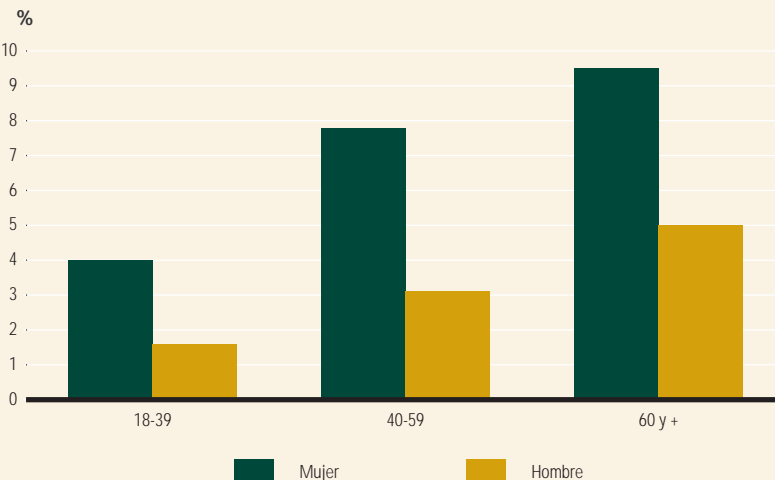
Prevalencia de episodios de depresión mayor en mujeres de 18 años y más durante el último año por entidad federativa, México 2002



La depresión es más frecuente en las mujeres que en los hombres en todas las entidades federativas.

La frecuencia de depresión en México aumenta con la edad, tanto en hombres como en mujeres.

Porcentaje de individuos que sufrieron un episodio de depresión mayor en el último año según sexo y edad, México 2002





## Brecha en mortalidad por enfermedades del rezago

La brecha en mortalidad por enfermedades del rezago urbano-rural es el cociente de la razón de tasas de mortalidad de ambos estratos. Para el ejercicio se promediaron las defunciones ocurridas entre 1999 y 2001 y se calcularon las tasas de mortalidad específicas, utilizando como denominadores las proyecciones de población del CONAPO. Se clasificaron como rural las localidades menores de 15,000 habitantes.

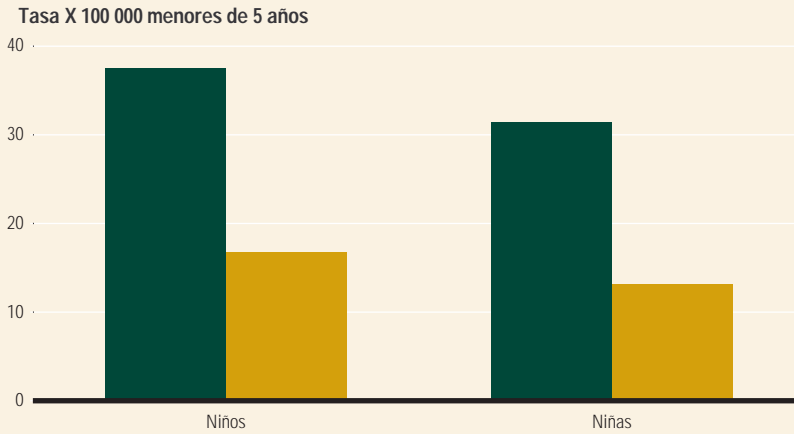
Las enfermedades del rezago epidemiológico son condiciones de salud ligadas a la pobreza y a la cascada de eventos que trae consigo el bajo desarrollo socioeconómico. Son, por otra parte, enfermedades esencialmente prevenibles a través de intervenciones médicas efectivas y de bajo costo. Se incluyen dentro de este grupo las enfermedades infecciosas, de la reproducción y las relacionadas con la desnutrición.

La comparación urbano-rural permite medir las brechas en este rubro. En este caso, se compara la mortalidad en menores de 5 años por infecciones respiratorias agudas y diarreas, y la mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años y más. Se ha incluido al cáncer cérvico-

uterino en este grupo porque es un padecimiento de evolución prolongada y su detección es posible en etapas tempranas; las técnicas de detección y diagnóstico son sencillas y de bajo costo, y el tratamiento oportuno puede modificar el curso de la enfermedad.

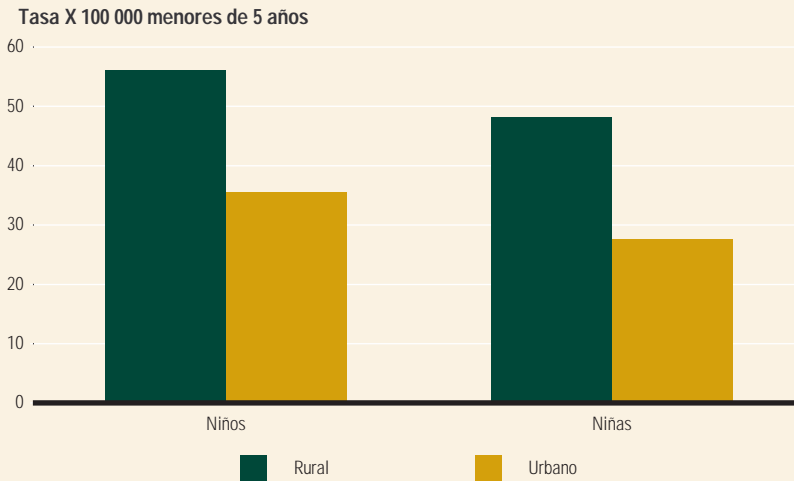
La mortalidad por enfermedades diarreicas es 2.2 y 2.4 veces más alta en niños y niñas del área rural. Algo similar ocurre con la mortalidad por infecciones respiratorias agudas, donde los niños y niñas del campo presentaron una tasa de mortalidad 1.6 y 1.7 veces mayor. En el caso de la mortalidad por cáncer cérvico-uterino se observa que las mujeres del área rural corren un riesgo 1.3 veces más alto de morir por esta causa.

Mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de 5 años por estrato urbano-rural, México 2002



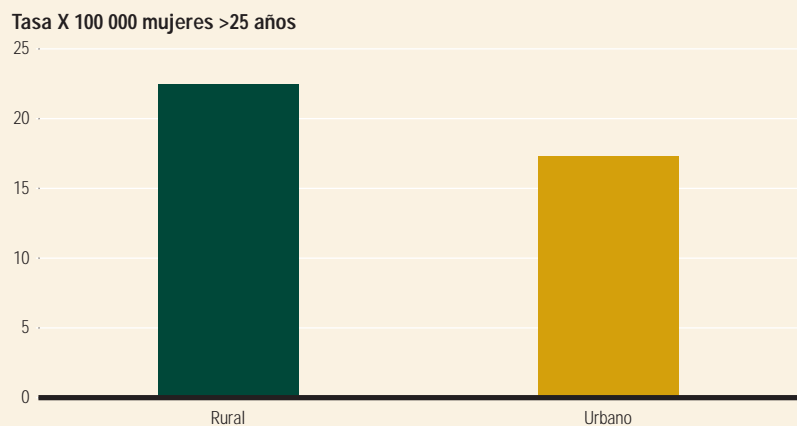
En el área rural los menores de 5 años presentan un riesgo 2.2 veces más alto de morir por diarreas y una probabilidad 60% mayor de morir por infecciones respiratorias agudas que sus contrapartes urbanas.

Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años por estrato urbano-rural, México 2002



Las mujeres del área rural presentan una probabilidad 30% mayor de morir por cáncer cérvico-uterino.

Mortalidad por cáncer cérvico-uterino por estrato urbano-rural, México 2002



## Brecha en mortalidad por enfermedades no transmisibles

La brecha en mortalidad por enfermedades no transmisibles urbano-rural es el cociente de la razón de tasas de mortalidad de ambos estratos, diferenciados por sexo. Para el ejercicio se promediaron las defunciones ocurridas entre 1999 y 2001 y se calcularon las tasas de mortalidad específicas, utilizando como denominadores las proyecciones de población del CONAPO. Se clasificaron como rural las localidades menores de 15,000 habitantes.

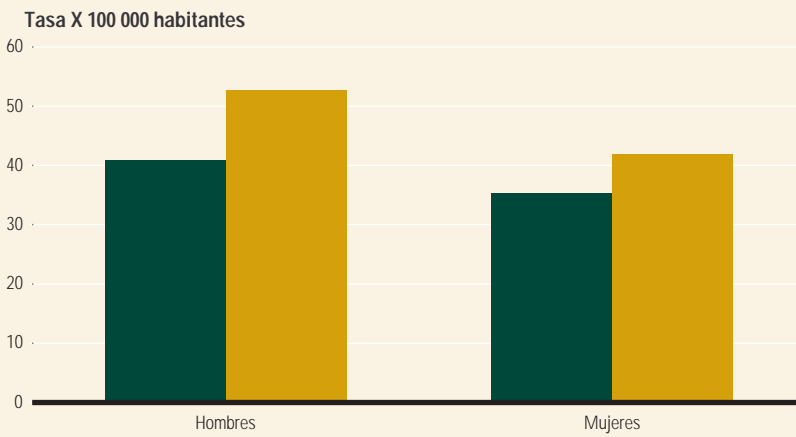
Las enfermedades crónicas, como las condiciones isquémicas del corazón, la diabetes mellitus y las enfermedades cerebrovasculares, desplazaron desde hace algunos años a las enfermedades infecciosas como las principales causas de muerte en el país. Estas enfermedades representan actualmente la mayor carga de morbilidad y mortalidad, son las que consumen más servicios y recursos, y las responsables de un número creciente de personas con discapacidad, sobre todo en la población de adultos mayores.

Estas enfermedades se asocian con niveles crecientes de desarrollo económico y con factores de riesgo derivados de estilos de vida no saludables. Las diferencias urbano-rurales en la mortalidad por estas enfermedades dependen sobre todo de la frecuencia con la que se distribuyen los factores de riesgo en ambos estratos y con el acceso diferencial a los

servicios de salud. Una de las características de la transición epidemiológica incompleta que se observa en el país es precisamente el patrón de enfermedad y muerte que prevalece en el medio rural. Por una parte, existe una diferencia injusta en el rubro de la mortalidad por enfermedades infecciosas, y por la otra, en el medio rural las enfermedades crónicas ya están representando una carga de morbilidad y mortalidad muy significativa.

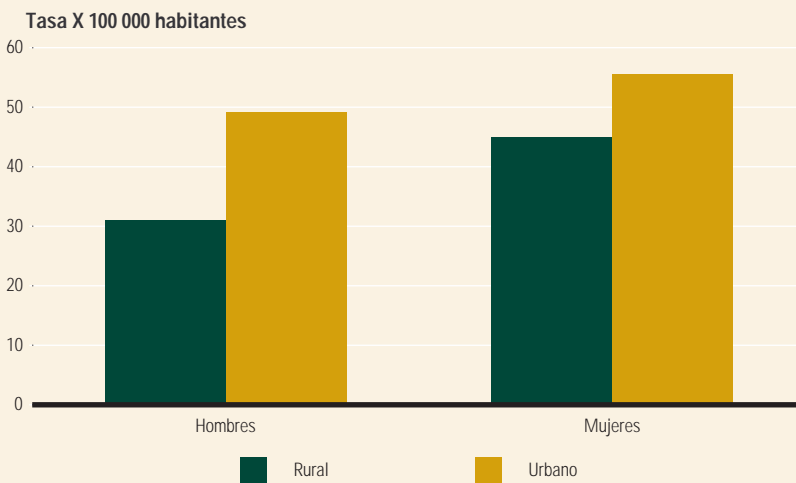
En general la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón y por diabetes mellitus es más alta en las áreas urbanas. Sin embargo, en el medio rural la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares rebasó ligeramente el nivel de mortalidad de las áreas urbanas. Esto último probablemente esté relacionado con un acceso diferencial a los servicios de salud.

Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en hombres y mujeres por estrato urbano-rural, México 2002



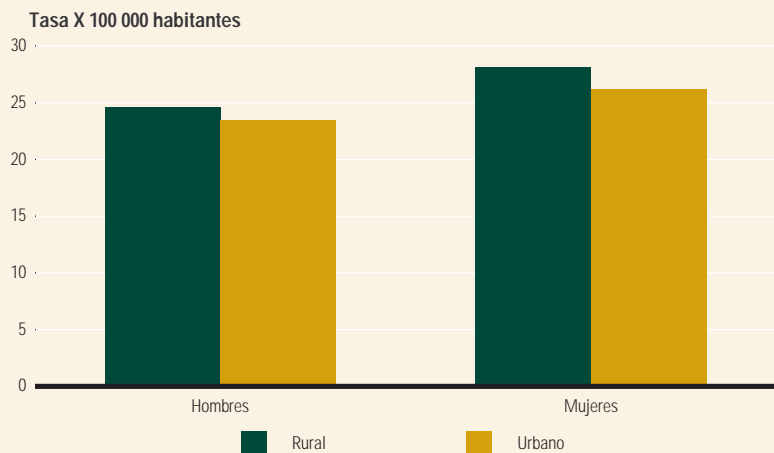
La mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón y por diabetes mellitus es más alta en zonas urbanas.

Mortalidad por diabetes mellitus en hombres y mujeres por estrato urbano-rural, México 2002



La alta mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en zonas rurales podría explicarse por un acceso diferencial a los servicios de salud.

Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en hombres y mujeres por estrato urbano-rural, México 2002



## Prevalencia de consumo de tabaco

**E**l consumo de tabaco se define como el número personas que fumaban al momento de la encuesta entre el total de personas entrevistadas, según grupos de edad y estratos urbano-rural por 100.

**E**l consumo de tabaco es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de cáncer pulmonar, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, enfisema pulmonar y diversos resultados adversos del embarazo. Anualmente el consumo de tabaco es responsable de la muerte de cinco millones de personas en el mundo y la economía global pierde cerca de 200 mil millones de dólares anuales por los efectos que sobre la salud tiene dicho consumo.

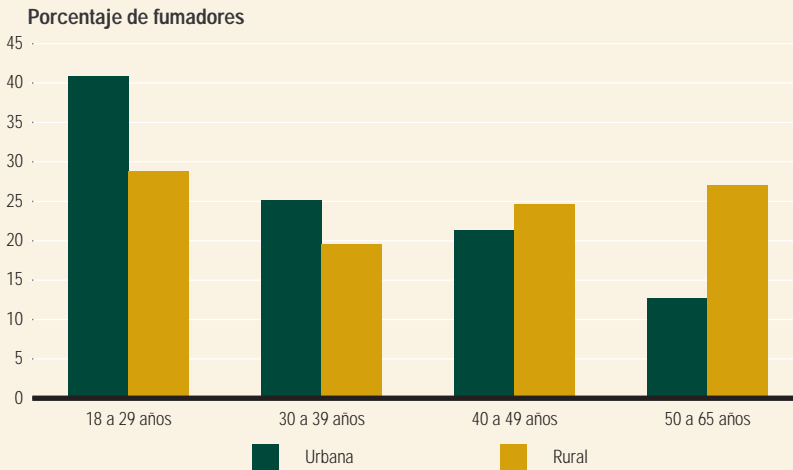
En varios países desarrollados el consumo de tabaco muestra una tendencia decreciente en los últimos años. Sin embargo, las campañas de promoción de las compañías tabacaleras se han dirigido a fomentar el consumo en países menos desarrollados y en particular en el segmento de la población compuesto por mujeres y adolescentes. El consumo de tabaco en la población de mujeres está alcanzando dimensiones epidémicas y actualmente se calcula que en el mundo hay 200 millones de mujeres fumadoras.

El 21 de mayo de 2003 fue un día histórico en la lucha contra el tabaquismo. Ese día los 192 Países Miembros de la OMS acordaron suscribir el Conve-

nio Marco para el Control del Tabaco. Este Convenio empezó a ser ratificado por los países el 16 de junio de 2003 y se espera que este proceso concluya a mediados de 2004. Entre los aspectos más importantes de este Convenio destacan la restricción de la publicidad, el patrocinio y la promoción del tabaco, así como la protección de los no fumadores mediante la limpieza del aire en los espacios cerrados.

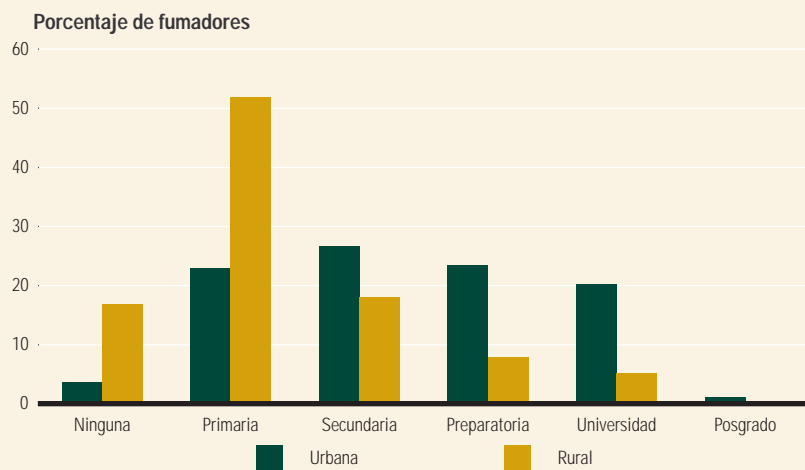
De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA 2002), 26.4% de la población urbana del país de 12 a 65 años son fumadores: 39.1 y 16.1% de los hombres y mujeres, respectivamente. En el ámbito rural este porcentaje es de 14.3%, con cifras de 27.1% en hombres y 3.5% en mujeres. En el grupo de adolescentes (12 a 17 años), la prevalencia de fumadores es de 10.1 y 6.1% en áreas urbanas y rurales, respectivamente. Casi la mitad de la población adolescente que consume tabaco en ambos estratos inició el consumo entre los 15 y 17 años. La mayor frecuencia de consumo se ubica en el grupo de edad de 18 a 29 años: 40.8 y 28.8% en zonas urbanas y rurales, respectivamente.

Distribución de fumadores en población urbana y rural por edad, México 2002



El porcentaje más alto de personas que consumen tabaco se ubica en el grupo de 18 a 29 años. El consumo descende con la edad en áreas urbanas a diferencia de lo que sucede en las zonas rurales.

Distribución de fumadores de 18 a 65 años en población urbana y rural por escolaridad, México 2002



La proporción de personas del área rural que consumen tabaco es mayor entre aquellos que cursaron sólo la primaria.

## Prevalencia de consumo de alcohol

**E**l consumo de alcohol se definió en la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 como el número de personas de 18 a 65 años que consumieron bebidas con alcohol en un período de 12 meses entre el total de personas encuestadas por 100.

**E**l abuso en el consumo de alcohol es un problema importante de salud tanto personal como colectivo. El consumo immoderado de estas sustancias contribuye al incremento de las muertes prematuras y a un aumento de la discapacidad en la población, ya sea como consecuencia de los padecimientos asociados al consumo –cirrosis hepática, cáncer de hígado, cáncer de esófago y dependencia alcohólica– como por los accidentes y violencias que se presentan bajo los efectos del alcohol.

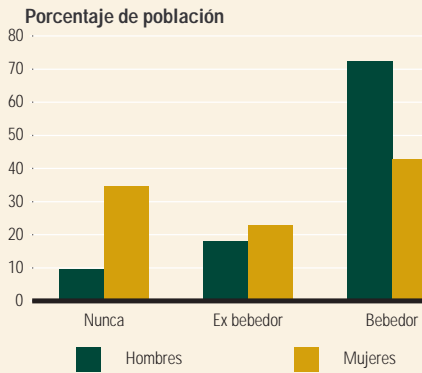
De acuerdo con la OMS, 3.2% de las muertes en el mundo y 4 % de la pérdida de años de vida ajustados por la dis-

capacidad son atribuibles al consumo de alcohol.

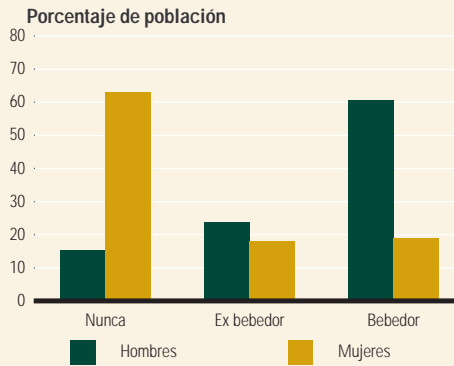
El consumo de bebidas alcohólicas continúa predominando en los hombres, así como en los grupos de edad más jóvenes. Sin embargo, en muchos países, incluyendo a México, se empieza a observar un consumo creciente por mujeres.

En México un poco más de 32 millones de personas de 12 a 65 años consumen alcohol. El consumo anual per cápita en esta población es de 2.8 litros. Este consumo puede llegar a 7 litros en los varones de 18 a 65 años residentes en áreas urbanas.

Distribución de la población urbana de 18 a 65 años por sexo según consumo de alcohol, México 2002



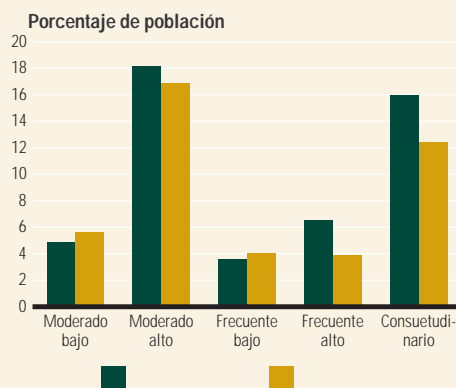
Distribución de la población rural de 18 a 65 años por sexo según consumo de alcohol, México 2002



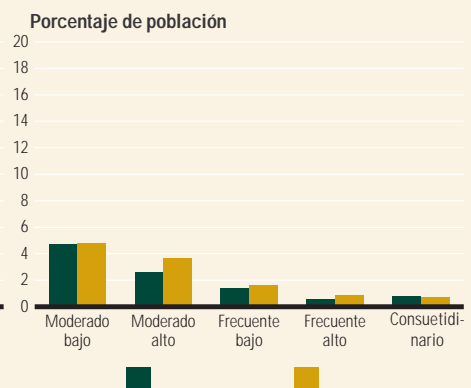
En las áreas urbanas y rurales el porcentaje de consumo de alcohol es mayor entre los hombres.

La proporción de hombres que consumen alcohol disminuyó entre 1998 y 2002. Sin embargo, en este mismo período el consumo de alcohol en mujeres aumentó ligeramente.

Tendencias en el consumo de alcohol en hombres de 18 a 65 años, México 2002



Tendencias en el consumo de alcohol en mujeres de 18 a 65 años, México 2002





## Tiempo de espera en consulta externa

**E**l tiempo de espera promedio en consulta externa se define como la suma de los minutos que pasaron desde la asignación de la consulta hasta su entrada al consultorio todos los usuarios de las unidades involucradas en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en un período determinado dividido entre el número de usuarios registrados en ese mismo período.

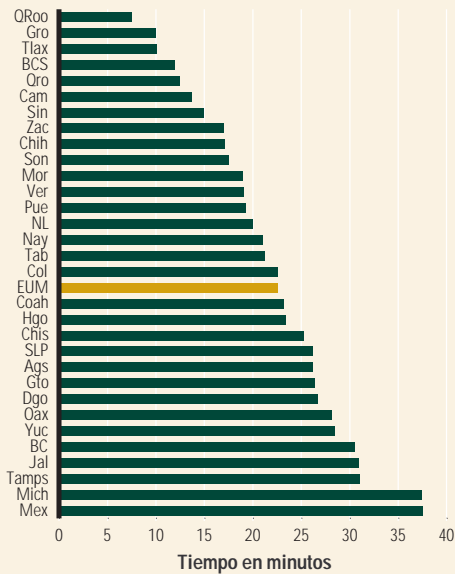
**E**l tiempo que media entre la decisión de buscar la atención de salud y recibirla puede dividirse en el tiempo de traslado y el tiempo de espera en la unidad de salud. El primero afecta más a las poblaciones rurales, donde la oferta de servicios puede ser escasa y se deben recorrer distancias más largas para recibir atención. Esto se agrava por la insuficiencia de medios de transporte. En las ciudades la queja más habitual es el tiempo de espera prolongado para recibir atención en la unidad de salud.

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS) había incorporado hasta diciembre de 2002, 4,535 unidades de primer nivel al segui-

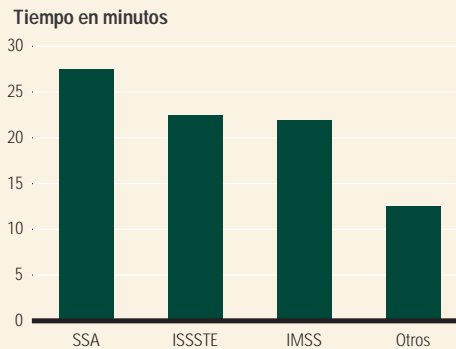
miento de este indicador. En estas unidades el tiempo de espera promedio para recibir atención se ha mantenido en menos de 23 minutos, cifra inferior al estándar, que es de 30 minutos. Este valor es semejante al reportado en 2001 pero corresponde a una cobertura mayor (1,500 unidades).

Los usuarios de consulta externa de estas unidades muestran niveles altos de satisfacción con el tiempo de espera. El 88% de los entrevistados calificó como aceptable o muy aceptable el tiempo que tuvieron que esperar para ser atendidos, con lo que se mejoró en tres puntos porcentuales lo alcanzado en 2001.

Tiempo de espera promedio en consulta externa por entidad federativa, México 2002

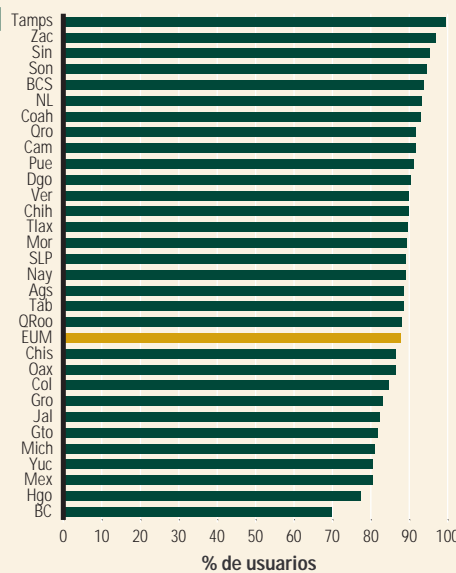


Tiempo de espera promedio en consulta externa por institución, México 2002

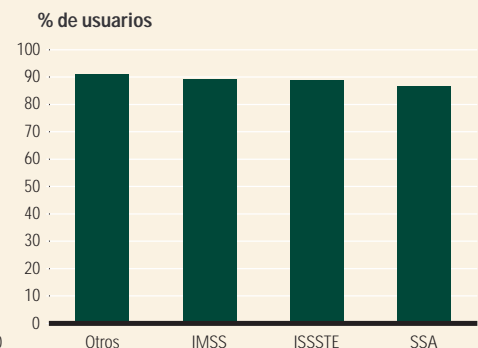


El tiempo de espera promedio en consulta externa se mantuvo por debajo del estándar (30 minutos) en casi todos los estados.

Porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera promedio en consulta externa por entidad federativa, México 2002



Porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera promedio en consulta externa por institución, México 2002



Los niveles de satisfacción de los usuarios con los tiempos de espera en consulta externa son superiores a 70% en todas las entidades federativas.

\* Resultados obtenidos en 4,535 unidades de salud incorporadas a la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

## Tiempo de espera en urgencias

**E**l tiempo de espera promedio en urgencias se define como la suma de los minutos pasados por los usuarios desde que solicitan atención de urgencia en las unidades involucradas en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud hasta que ésta se inicia dividida entre el número de usuarios que solicitaron atención de urgencia en ese mismo período.

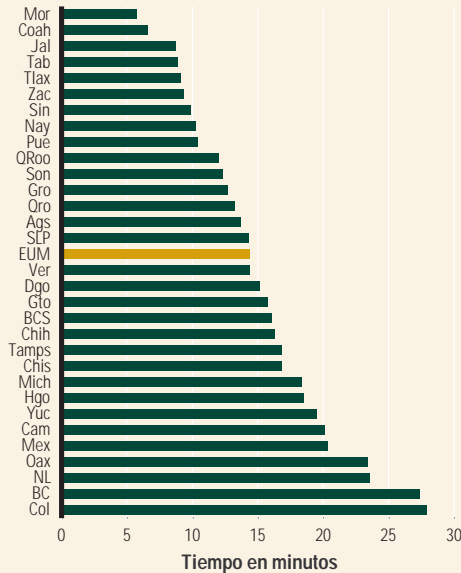
**E**l tiempo de espera en el servicio de urgencias constituye un componente crítico de la atención a la salud. En situaciones de urgencia, una atención retardada puede poner en riesgo la integridad o la vida del paciente y afectar la imagen de los servicios.

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud realiza el seguimiento de este indicador en los 579 hospitales públicos que se han incorporado al Programa. En 2002 se registró un tiempo de espera promedio en urgencias de 14.4 minutos. Esto representó una reducción de tres minutos respecto de la cifra

registrada en 2001, con una cobertura de unidades mayor.

A diferencia de lo que ocurre con la percepción de los usuarios respecto del tiempo de espera en consulta externa, los usuarios de los servicios de urgencias tienen mayor expectativas sobre la espera. En general, 85% de los pacientes entrevistados aprobó el tiempo de espera en urgencias. Sin embargo, hay diferencias importantes entre las entidades federativas. En Hidalgo se registró el porcentaje de aprobación más bajo y en Zacatecas el más alto, con 33.3 y 97.5%, respectivamente.

Tiempo de espera promedio en urgencias por entidad federativa, México 2002



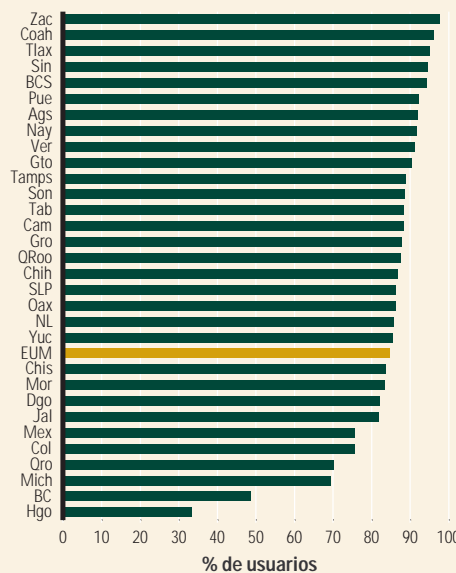
Tiempo de espera promedio en urgencias por institución, México 2002



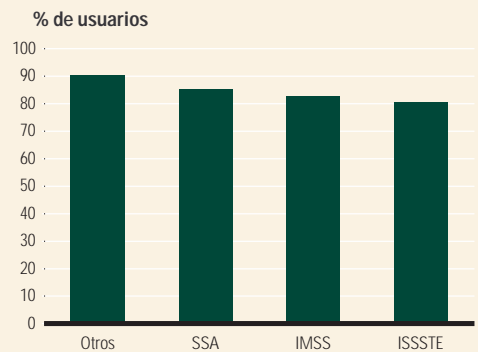
El tiempo de espera en urgencias se redujo tres minutos respecto de la cifra de 2001, pero todavía hay entidades donde no se ha alcanzado la cifra estándar.

Los estados e instituciones con menores tiempos de espera presentan los mayores niveles de satisfacción entre sus usuarios.

Porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera promedio en urgencias por entidad federativa, México 2002



Porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera promedio en urgencias por institución, México 2002



\* Resultados obtenidos en 579 hospitales incorporados a la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

# Cesáreas

El porcentaje de **cesáreas** es el resultado de dividir el número total de cesáreas realizadas en los diferentes ámbitos de atención en un período determinado entre el total de nacimientos atendidos en el mismo período.

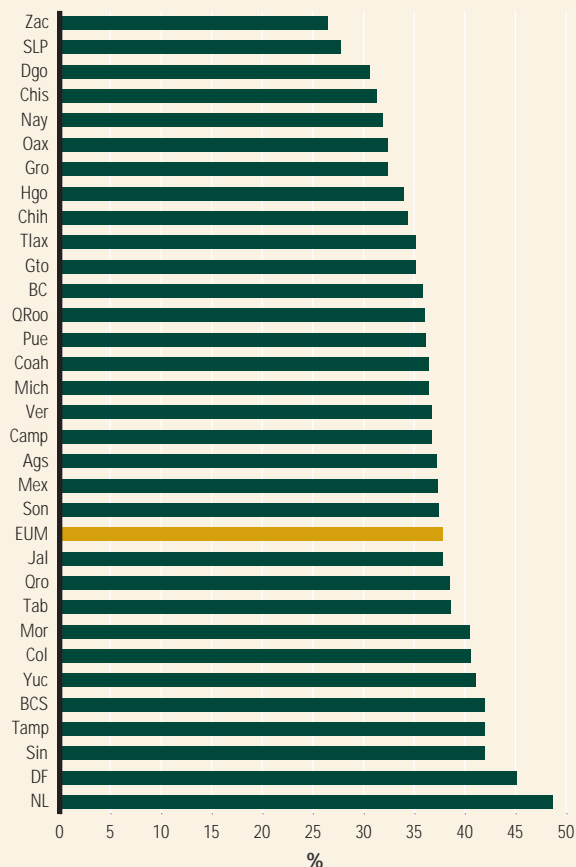
La frecuencia de las complicaciones para las cuales está indicada la cesárea se ha mantenido relativamente constante. Sin embargo, el porcentaje de cesáreas ha seguido elevándose de manera alarmante en la mayoría de los países de ingresos medios y altos. Este aumento se debe, muy probablemente, a cesáreas injustificadas. Esto llevó a la OMS a recomendar una cifra no mayor de 15% como porcentaje límite de nacimientos quirúrgicos.

Son muy diversas las razones que explican el aumento de las cesáreas. Destacan dentro de ellas las siguientes: a) los avances tecnológicos en materia de cirugía; b) los incentivos económicos asociados a este tipo de intervenciones; c) la

tendencia a “patologizar” la atención del parto, privilegiando la intervención quirúrgica; d) la disminución de las habilidades de los obstetras para atender los nacimientos por vía vaginal; e) la disponibilidad de tiempo de los profesionales, quienes prefieren realizar una cesárea en vez de esperar un trabajo de parto fisiológico que puede prolongarse, y f) diversas características atribuidas a las mujeres, inducidas por los médicos, como las preferencias por las cesáreas para así evitar el dolor y elegir la fecha de nacimiento de su hijo(a), entre otras.

El porcentaje actual de cesáreas en México puede calificarse de muy alto. Es semejante al de Brasil y Chile, y muy superior al de Canadá o Cuba.

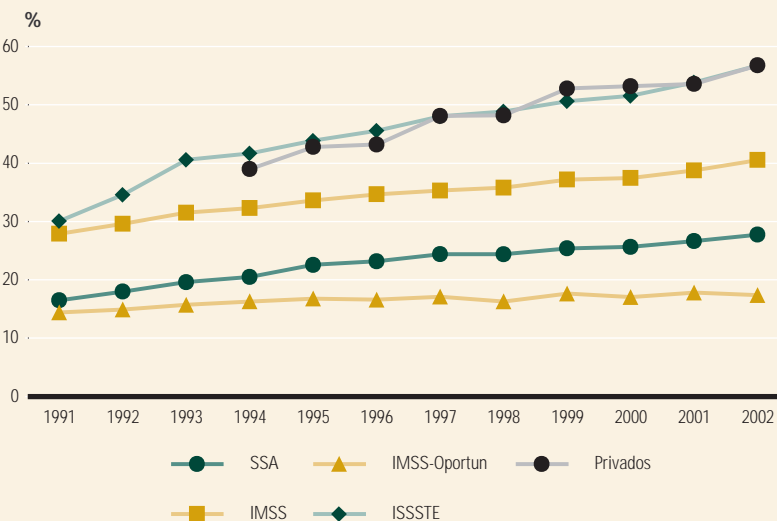
Cesáreas por entidad federativa, México 2002



El porcentaje de cesáreas a nivel nacional es dos veces mayor al recomendado por la OMS. Sólo dos entidades federativas presentan porcentajes inferiores a 30%.

En el ISSSTE y los servicios privados, casi seis de cada 10 nacimientos son cesáreas.

Cesáreas por institución, México 1991-2002



# Certificación de hospitales

**El porcentaje de hospitales certificados** es el cociente de la división del número de hospitales certificados entre el total de hospitales del país por 100.

La certificación de establecimientos de atención médica y de los profesionales de la salud es una estrategia de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

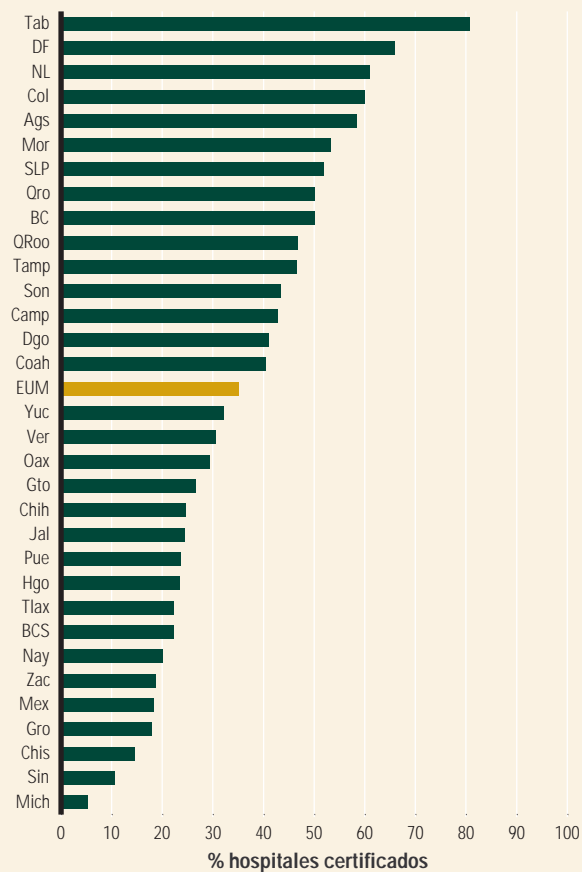
En México, el Consejo de Salubridad General ha definido la certificación como el procedimiento por el cual se asegura que un producto, proceso, sistema o servicio se ajusta a los principios científicos, éticos y de calidad que rigen la práctica profesional, tanto en instituciones públicas como en privadas. La aplicación de estos procedimientos debe ser objetiva, cuidadosa y responder, a través del uso de criterios explícitos, a las diversas áreas de la salud y a los niveles de atención.

La Comisión para la Certificación de Hospitales inició en 1999 el programa respectivo. En 2002 este Programa se rees-

tructuró y se estableció un nuevo acuerdo que permite incorporar al proceso de certificación a todas las unidades de atención médica y no sólo a los hospitales. Se estableció una vigencia de tres años para los certificados expedidos, así como su revisión anual. Por otra parte, se consideró que las evaluaciones respectivas deben quedar a cargo del personal de las instituciones de salud previamente capacitadas, procurando evitar el conflicto de intereses con la selección y asignación del personal evaluador a unidades diferentes a la de su adscripción laboral.

Al inicio de la presente administración, 10% de los hospitales se encontraban certificados. En junio de 2003 este porcentaje se incrementó a 35%, para un total de 450 instituciones certificadas.

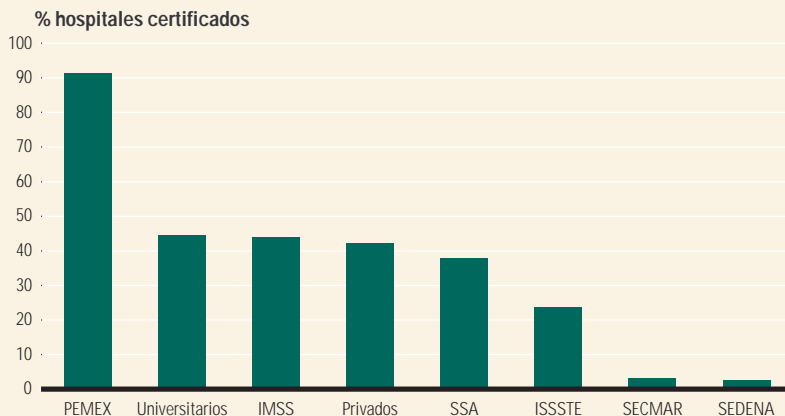
Porcentaje de hospitales certificados por entidad federativa, México 2002



En nueve entidades federativas el porcentaje de hospitales certificados alcanzó o rebasó la cifra de 50%.

Pemex es la institución con mayor porcentaje de hospitales certificados.

Porcentaje de hospitales certificados por institución, México 2002





## Gasto público, privado y total en salud como porcentaje del PIB

**E**l **gasto total en salud como porcentaje del PIB** se define como la relación porcentual que existe entre los recursos públicos y privados dedicados a la salud y el Producto Interno Bruto.

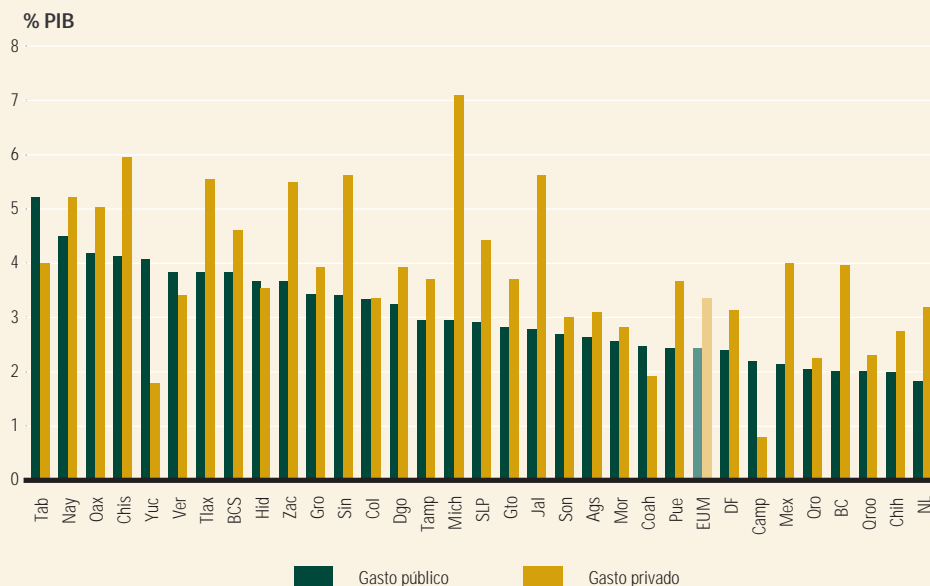
**E**l gasto total en salud, medido como la suma del gasto público y privado en salud, capta el tamaño del sector salud dentro de la economía de un país. El gasto privado en salud en México proviene principalmente del gasto médico de bolsillo y mide el esfuerzo de las familias para financiar los servicios médicos y los medicamentos que necesitan en el momento de la atención. El gasto público se obtiene de la suma de los presupuestos ejercidos en salud que realizan las instituciones públicas federales y estatales.

En México, en 2002, el gasto total en salud representó 5.8% del PIB, porcentaje

menor al promedio de América Latina. El gasto privado en salud representó 3.4% del PIB; el gasto público contribuyó con 2.4%.

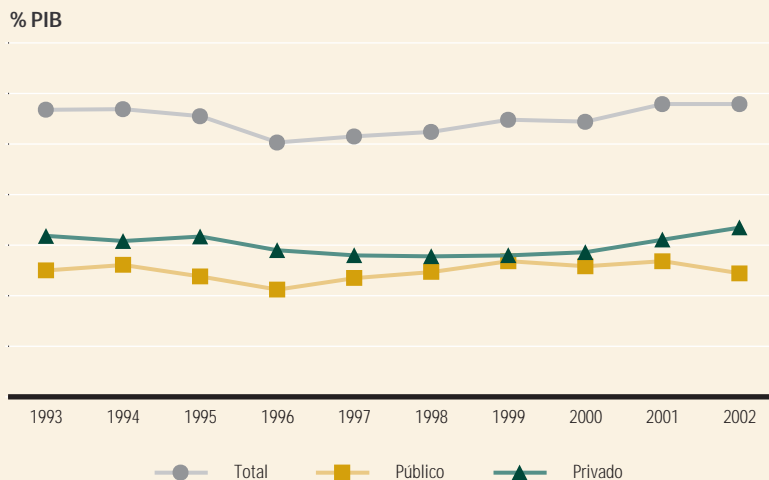
En este rubro, las entidades federativas presentan diferencias muy importantes. Existen seis entidades federativas con un gasto público mayor al privado. La brecha en el gasto público como porcentaje del PIB entre Tabasco y Nuevo León es de casi tres veces. La brecha en el gasto privado como porcentaje del PIB entre Michoacán y Campeche es de casi nueve veces.

Gasto total en salud como porcentaje del PIB por entidad federativa, México 2002



La diferencia en el gasto total en salud como porcentaje del PIB entre Chiapas y Campeche es de tres veces.

Gasto total en salud como porcentaje del PIB, México 1993-2002



En 1999 se empezó a ampliar la brecha entre los gastos público y privado en salud.

# Gasto público y privado en salud como porcentaje del gasto total en salud

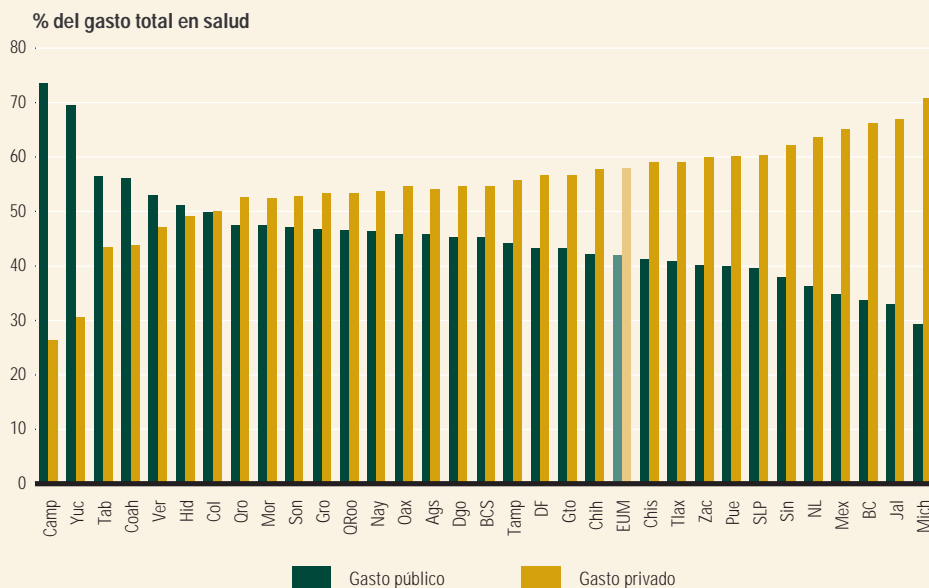
**El gasto público y privado en salud como porcentaje del gasto total en salud** se define como la relación porcentual que existe entre el gasto público y privado en salud, y el gasto total en salud.

**E**xiste consenso en el sentido de que los sistemas de salud financiados predominantemente con recursos públicos son más equitativos y eficientes. El grueso de los sistemas de salud de los países desarrollados, con excepción de Estados Unidos, se financian sobre todo con este tipo de recursos. En los países de la OCDE, los recursos públicos de los sistemas de salud representan en promedio 75% de los recursos totales. En el Reino Unido, Suecia y Japón este porcentaje es superior a 80%.

En México, desde hace años el gasto privado ha sido mayor que el público. En 2002 alrededor del 58% del gasto total en salud fue privado. Este porcentaje es mayor al de Costa Rica (32%), Argentina (45%), Colombia (44%) y Chile (57%), pero menor al de Brasil (59%).

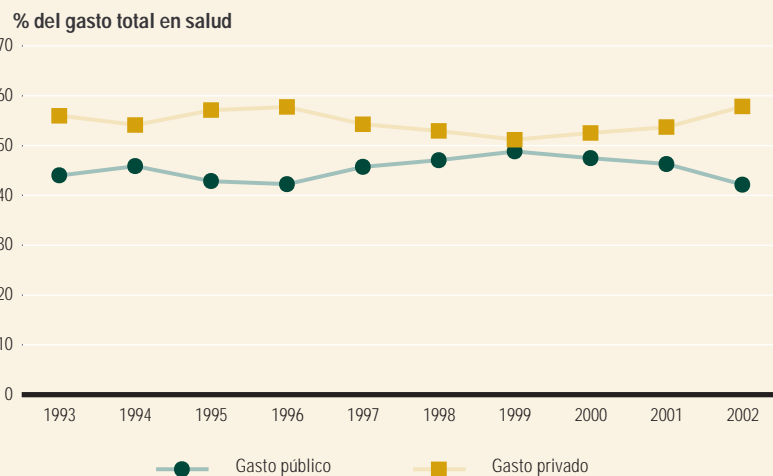
A nivel de entidad federativa se observan enormes diferencias. El gasto público en Campeche representa 74% del gasto total en salud, mientras que en Michoacán, el gasto privado representa 71% del gasto total.

Gasto público y privado en salud como porcentaje del gasto total en salud por entidad federativa, México 2002



Sólo en seis entidades federativas el gasto público en salud fue mayor que el privado.

Gasto público y privado en salud como porcentaje del gasto total en salud, México 1993-2002



El gasto privado en salud empezó a incrementarse de manera importante en 1999.

# Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total

**E**l **gasto público en salud como porcentaje del gasto público total** mide la relación entre el gasto público en salud (niveles de gobierno e instituciones de seguridad social) y el gasto programable en clasificación funcional publicado en la Cuenta Pública de Hacienda.

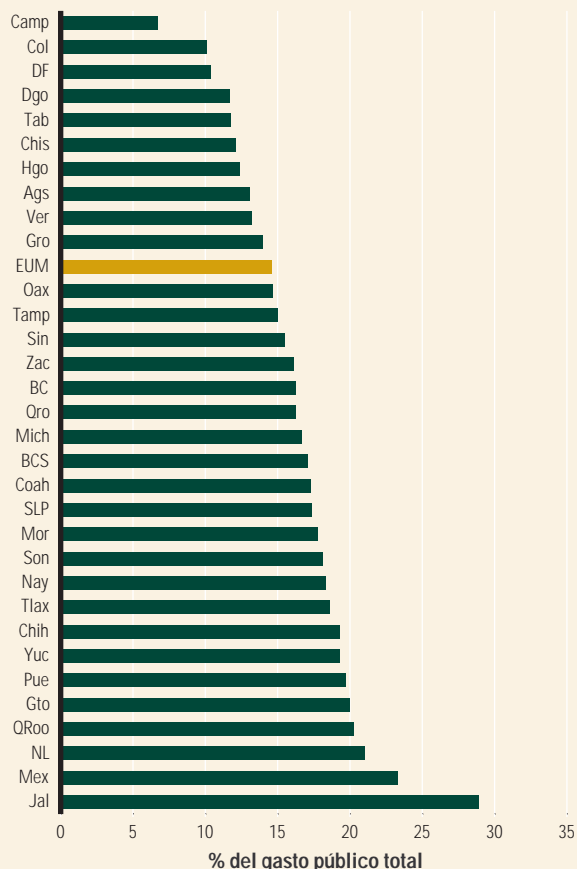
**E**l gasto público en salud como porcentaje del gasto público total es un indicador que nos habla del esfuerzo público en materia de salud respecto del esfuerzo público global en un año calendario.

El gasto público total en México se compone del gasto programable y el gasto no programable. El primero incluye las erogaciones de las dependencias gubernamentales con fines de inversión, prestación de servicios y producción de bienes. El gasto no programable es aquel que se destina al cumplimiento de ciertas obligaciones, generalmente establecidas por ley,

como el pago de la deuda. Para el cálculo de este indicador sólo se considera el gasto programable.

En 2002 México destinó alrededor del 14.6% del gasto público total a salud. Esta cifra es dos puntos porcentuales menor a la cifra de 2001. Las diferencias entre los estados, además, son notables: el porcentaje del gasto total destinado a la salud en Jalisco o el Estado de México es cuatro y tres veces mayor, respectivamente, que el porcentaje del gasto que ejerce Campeche.

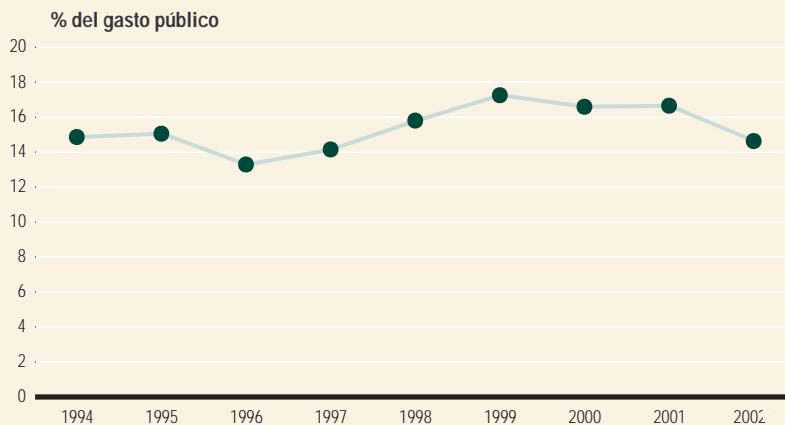
Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total por entidad federativa, México 2002



La diferencia entre las entidades con mayor y menor porcentaje de gasto público total destinado a la salud es de cuatro veces.

El porcentaje del gasto público total destinado a la atención a la salud ha mostrado un ligero descenso en los últimos años, ubicándose en niveles similares a los de 1994.

Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total, México 1994-2002



## Gasto público en salud per cápita por condición de aseguramiento

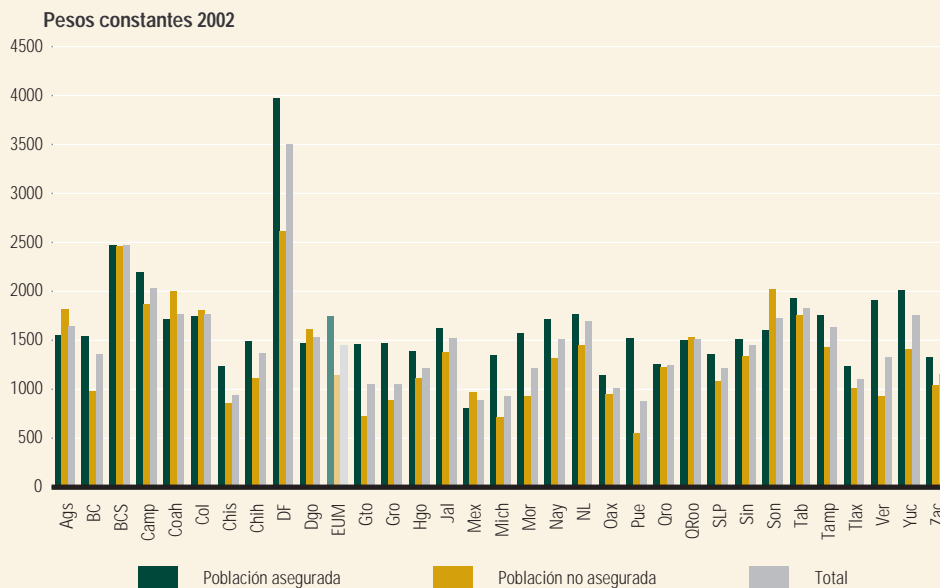
**E**l **gasto público en salud per cápita** es producto de la división del presupuesto público ejercido en salud entre la población de responsabilidad de las instituciones públicas. Los valores per cápita se basan en el gasto público ejercido en salud (numerador) y las proyecciones de población (denominador).

**E**l gasto público per cápita permite cuantificar los recursos que las instituciones públicas dedican a un usuario promedio de sus servicios.

En México, en 2002, el gasto público en salud per cápita fue 1,441 pesos. Esta cifra es menor a la de Argentina, Brasil, Costa Rica y Colombia. Las diferencias entre instituciones y entidades además son considerables. El gasto público per

cápita en salud para población asegurada fue de 1,741 pesos, mientras que el gasto destinado a cubrir la atención de la población no asegurada fue 1,129 pesos. Por entidad federativa se observa que la diferencia entre el gasto per cápita en población asegurada del DF y el gasto per cápita en población no asegurada de Puebla es de siete veces.

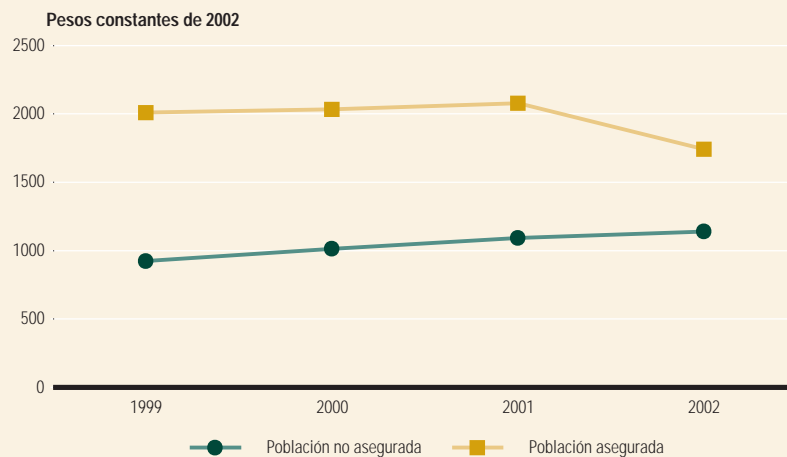
Gasto público en salud per cápita por condición de aseguramiento por entidad federativa, México 2002



En ocho entidades federativas el gasto público per cápita en población no asegurada fue mayor que el gasto público per cápita en población asegurada.

El gasto per cápita en población asegurada en 2002 registró un descenso de 16% respecto de 2001.

Gasto público en salud per cápita por condición de aseguramiento, México 1999-2002





# Relación entre la aportación estatal y federal al financiamiento de la salud

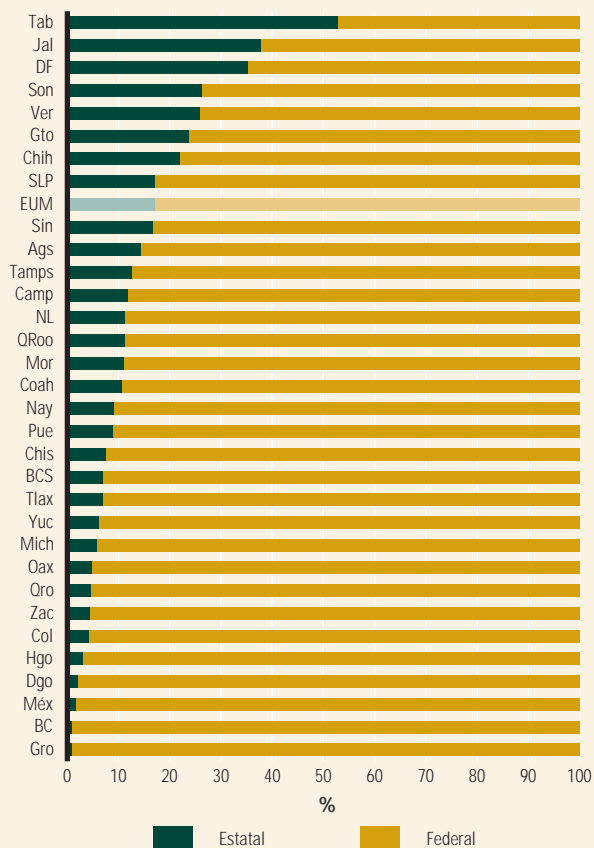
**L**a relación entre la aportación estatal y federal al financiamiento de la salud se obtiene de dividir los recursos que aporta la entidad al financiamiento de la salud de la población no asegurada entre los recursos que aporta la federación más la aportación estatal por 100.

**L**a comparación de las contribuciones estatales y federales al financiamiento de la atención a la salud permite medir el esfuerzo realizado por los diferentes niveles de gobierno en este campo. Esta información constituye una herramienta muy útil de negociación tanto en el nivel federal como en el nivel estatal y puede utilizarse también como instrumento de transparencia y rendición de cuentas.

En México, las aportaciones estatales representan alrededor del 17% del

gasto en población no asegurada, el 7% del gasto público total y el 3% del gasto total en salud. Las diferencias entre las aportaciones son considerables. En Guerrero poco menos del 1% del gasto para población no asegurada es de origen estatal, mientras que en Tabasco este porcentaje asciende a más de 50% del gasto destinado a la población no asegurada.

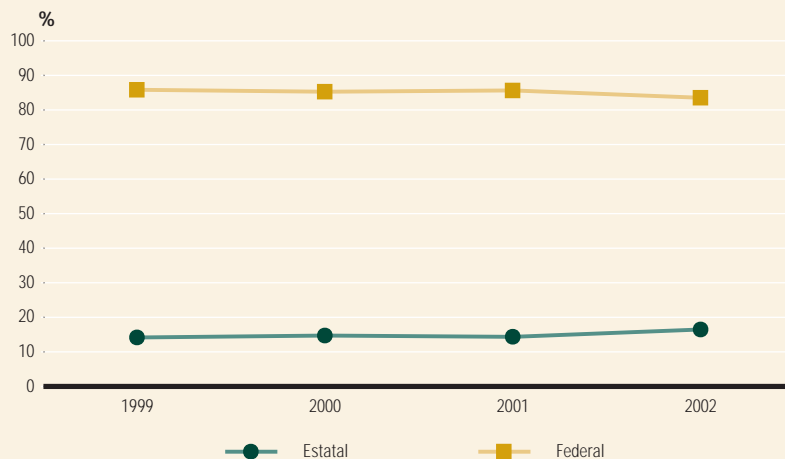
Distribución del gasto para población no asegurada por entidad federativa, México 2002



Los estados que más aportaron al gasto en salud fueron Tabasco, Jalisco y el Distrito Federal.

La diferencia entre la aportación estatal y la federal se está reduciendo, pero de manera poco significativa.

Relación entre las aportaciones estatales y federales al gasto en salud para población no asegurada, México 1999-2002



## Gasto privado en salud per cápita

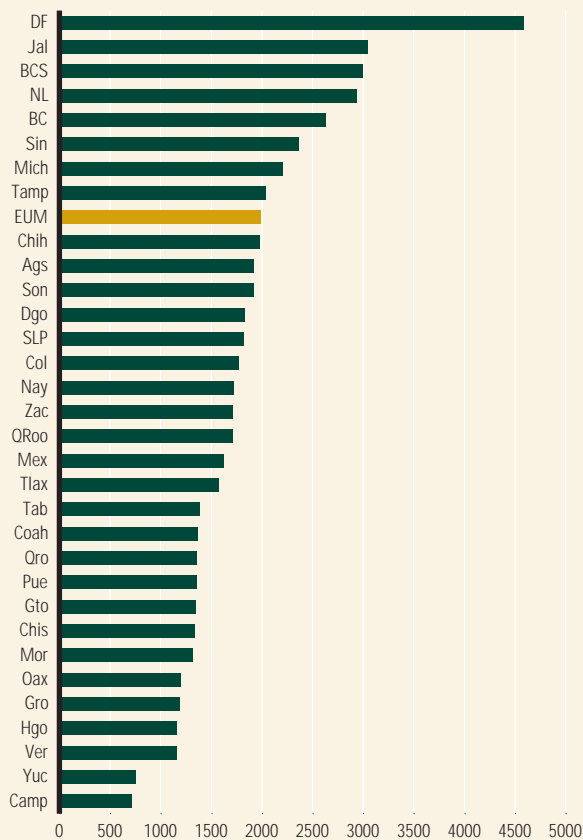
**E**l **gasto privado en salud per cápita** se define como la división del gasto médico de bolsillo, las cuotas de recuperación y el pago en seguros voluntarios, entre la población total.

**E**l gasto privado en salud per cápita mide el monto promedio de recursos económicos que las familias destinan a atender sus necesidades de salud.

En México, en 2002, el gasto privado en salud per cápita se ubicó en 1,989 pesos. Esta cifra es menor a la de Argentina y Brasil, pero superior a la de Costa Rica y Colombia.

Las diferencias entre entidades federativas son considerables. Los estados con mayor gasto privado per cápita fueron el Distrito Federal (4,588), Baja California Sur (2,995) y Jalisco (3,044). Los estados con menor gasto privado per cápita fueron Veracruz (1,158), Campeche (721) y Yucatán (757).

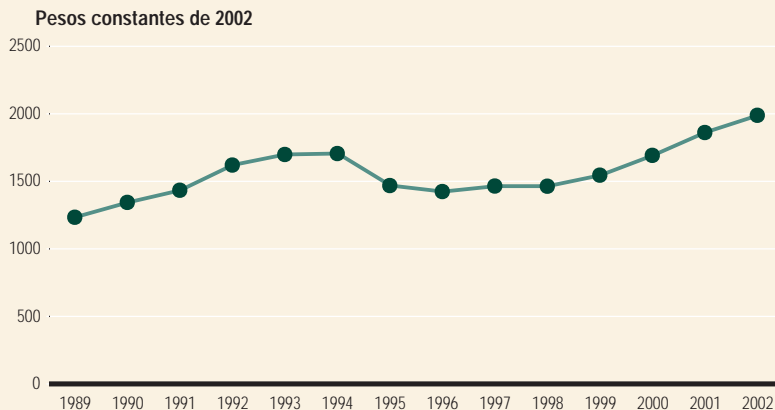
Gasto privado en salud per cápita por entidad federativa, México 2002



La diferencia entre el gasto per cápita del DF y Yucatán es de más de cinco veces.

El gasto privado en salud per cápita alcanzó en 2002 los niveles más altos históricamente.

Gasto privado en salud per cápita, México 1989-2002



## Gasto privado en salud por componentes

**El gasto privado en salud por componentes**, de acuerdo con el Sistema de Cuentas Nacionales, tiene tres grandes componentes: productos medicinales y farmacéuticos, servicios médicos y paramédicos no hospitalarios, y servicios hospitalarios. La participación relativa de cada rubro se midió dividiendo el monto total de cada componente entre el gasto de bolsillo total, multiplicado por 100.

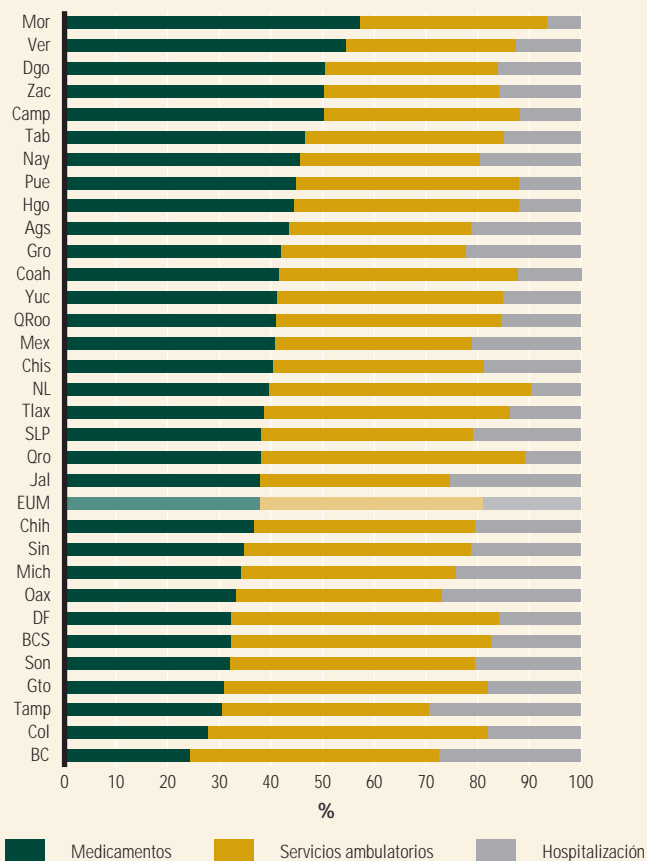
La desagregación del gasto médico de bolsillo por componentes permite caracterizar la magnitud de las contribuciones directas de las familias en la compra de bienes y servicios de salud. Este indicador de gasto fue dividido en tres grandes componentes: gasto en medicamentos, gasto en atención ambulatoria y gasto en atención hospitalaria.

La participación relativa de estos componentes ha variado año con año. En promedio, en los últimos cuatro años, el gasto en medicamentos concentró 38% del gasto de bolsillo, mientras que la aten-

ción ambulatoria y los servicios hospitalarios representaron 43 y 18%, respectivamente.

En las entidades federativas, la diferencia entre las participaciones de cada componente del gasto médico de bolsillo varía considerablemente. En el rubro de medicamentos, la diferencia entre Morelos y Colima fue de 33 puntos porcentuales; en servicios ambulatorios, la diferencia entre Colima y Veracruz fue de 21 puntos, y para servicios hospitalarios, la diferencia entre Baja California y Morelos fue de 21 puntos.

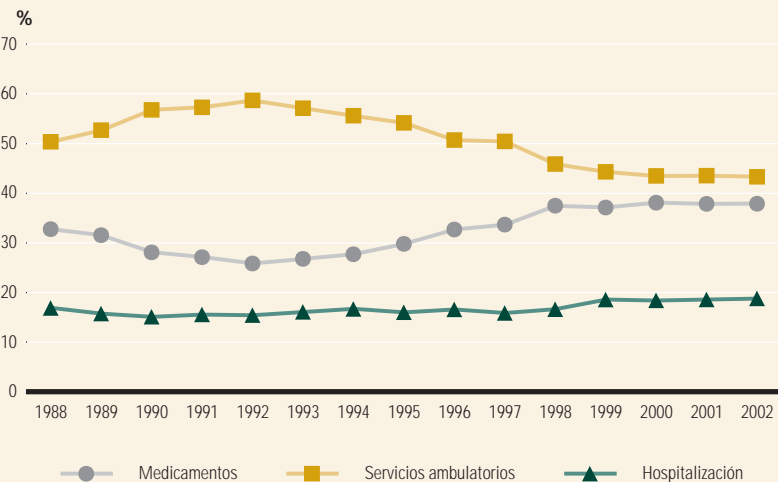
Distribución del gasto de bolsillo por componentes por entidad federativa, México 2002



La distribución del gasto de bolsillo por componentes varía considerablemente entre entidades federativas.

El peso relativo del gasto en medicamentos ha aumentado a expensas del gasto en atención ambulatoria.

Gasto privado en salud por componentes como porcentaje del gasto total privado en salud, México 1988-2001



## Médicos por 1000 habitantes

El indicador de **médicos por 1,000 habitantes** se define como el resultado de dividir el número total de médicos en contacto con el paciente en un período determinado entre el total de población en ese mismo período, multiplicando este cociente por 1,000. Para este ejercicio se incluyeron los médicos generales y especialistas, los residentes, los pasantes y los odontólogos que están en contacto con el paciente.

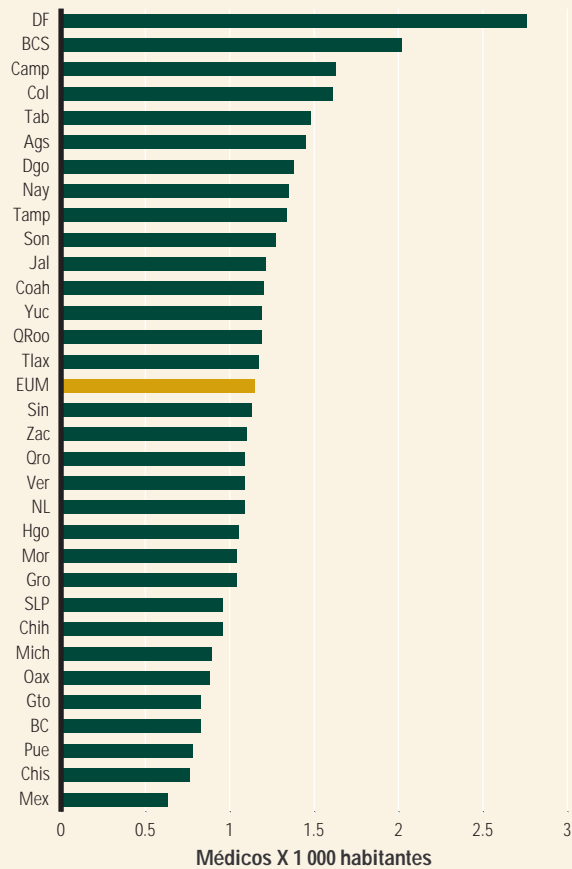
Uno de los determinantes de la productividad de un sistema de salud es la relación entre la población usuaria y el número de profesionales de la salud responsables de la atención. Aunque en términos generales se considera que la razón de un médico por cada 1,000 habitantes es una cifra aceptable, en países desarrollados esta cifra suele ser superior a dos.

Este indicador refleja la disponibilidad de médicos en el país y al interior de las entidades federativas. La distribución de estos recursos muestra la existencia de brechas importantes en la disponibilidad de médicos entre los diferentes estados.

Sin embargo, la lectura de este indicador debe ser cuidadosa: la cifra correspondiente al Distrito Federal, que parece muy elevada en primera instancia, debe ser ponderada tomando en cuenta que muchas de las instituciones radicadas en la capital del país prestan servicios a usuarios de otras entidades.

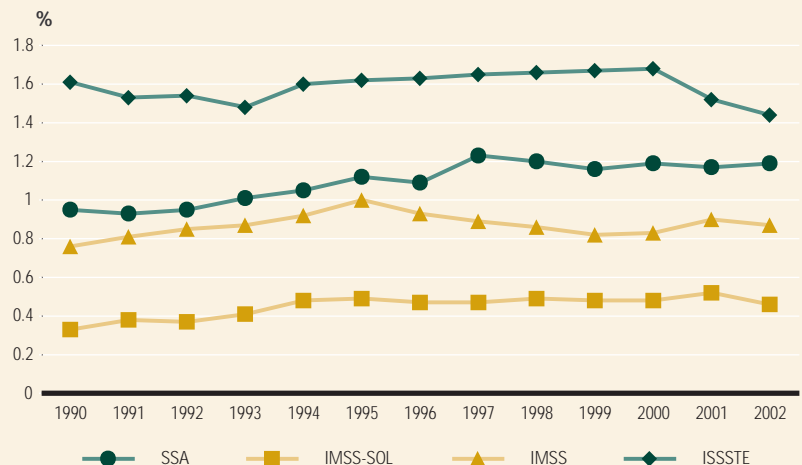
No obstante, la baja disponibilidad de médicos en el Estado de México, Chiapas, Puebla y Guanajuato están reflejando un serio problema en la distribución de los profesionales de la salud destinados a la atención directa de los usuarios.

Médicos del sector público por entidad federativa, México 2002



En el Distrito Federal la disponibilidad de médicos del sector público supera tres o más veces la de Puebla, Chiapas y el Estado de México.

Médicos del sector público por 1 000 habitantes, México 1990-2002



A partir de 2000 el ISSSTE registra una disminución en el número de médicos por 1 000 habitantes.



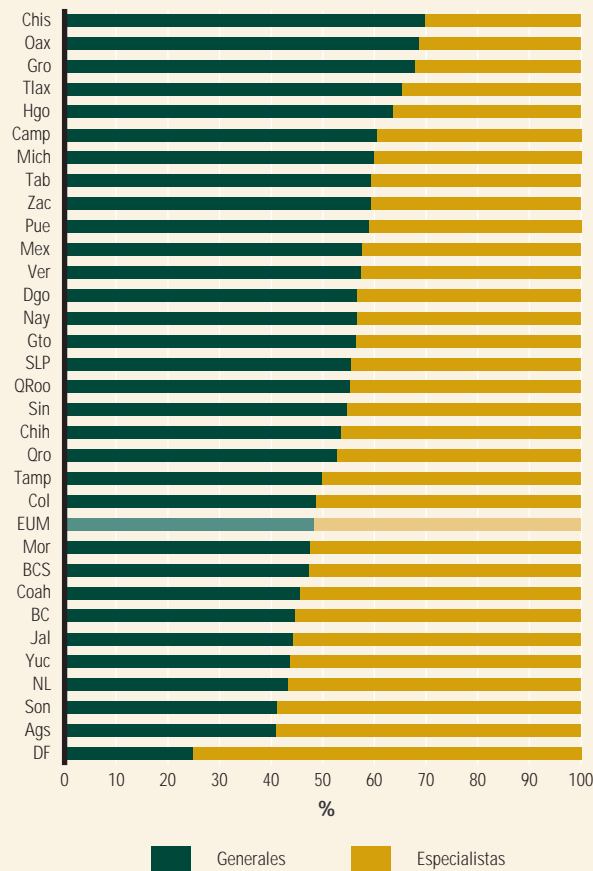
# Médicos generales y especialistas

**L**a proporción de médicos generales y médicos especialistas del sector público se define como el porcentaje de cada tipo de médico respecto del total de médicos en contacto con el paciente.

**L**a transformación del perfil epidemiológico del país requiere que el personal médico adquiera las habilidades necesarias para enfrentar los nuevos retos que enfrenta el sistema de salud. Dichas habilidades pueden consistir en destrezas propias de la atención especializada, pero también en el conocimiento y manejo de los problemas de salud más comunes que pueden resolverse en el primer nivel de atención, cuya capacidad resolutive debe incrementarse.

A nivel nacional el porcentaje de médicos especialistas es de casi 45%, con varios estados con más de 50% de especialistas entre su personal médico. Sin embargo, la lectura de estas cifras debe ser cautelosa: algunos estados concentran gran cantidad de especialistas porque en ellos se ubican unidades médicas de alta especialización que brindan servicio a la población de diversas entidades.

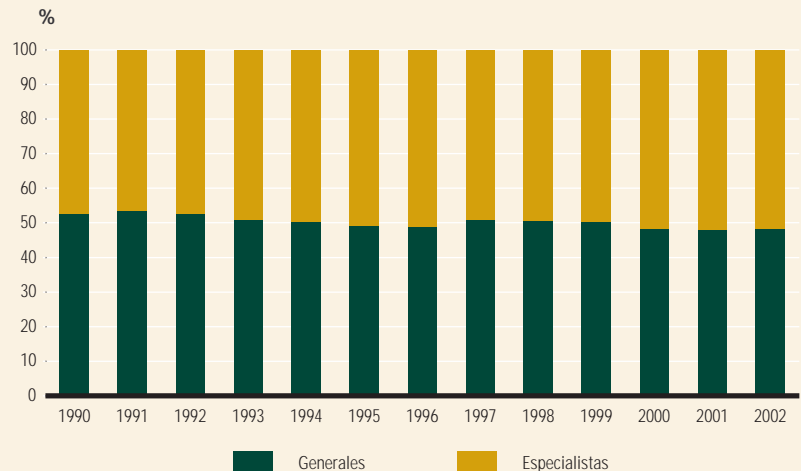
Proporción de médicos generales y médicos especialistas del sector público por entidad federativa, México 2002



El porcentaje de médicos especialistas en las entidades se correlaciona positivamente con la riqueza del estado.

La proporción de médicos especialistas ha crecido consistentemente en los últimos 10 años.

Proporción de médicos generales y médicos especialistas del sector público, México 1990-2002



## Camas censables

Las **camas censables** son todas aquellas destinadas al uso regular de los pacientes hospitalizados. Este indicador se expresa por 1,000 habitantes.

Las camas censables son una forma de medir la disponibilidad de recursos hospitalarios con los que cuenta el sector salud para atender las necesidades de la población. Sin embargo, esta disponibilidad requiere de recursos materiales y de personal suficientes para producir los servicios esperados.

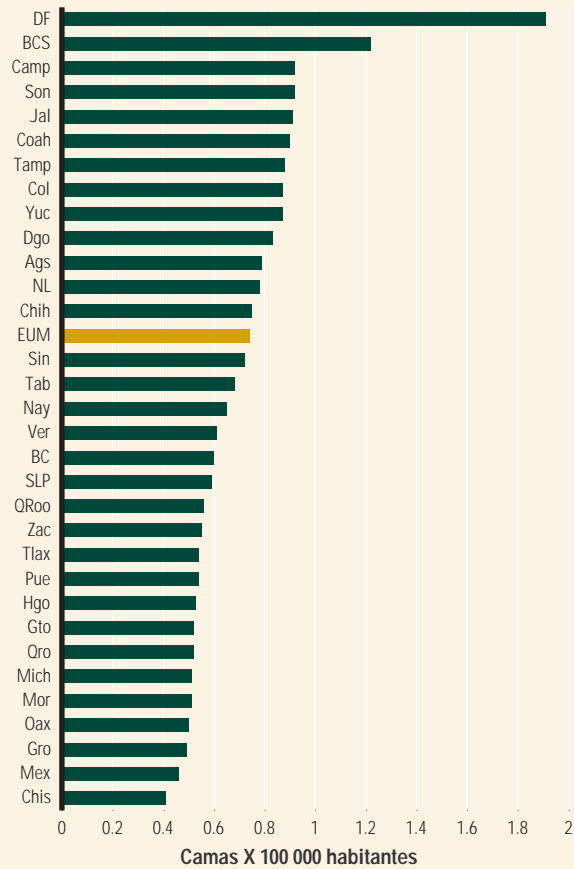
En México se empezó a observar un descenso en el número de camas por cada 1,000 habitantes a partir de 1995. Esta disminución probablemente ha estado asociada con un incremento de la población que no se ha acompañado de un crecimiento paralelo en la infraestructura hospitalaria.

En cuanto a la disponibilidad de camas censables se observan diferencias importantes por entidad federativa. Sólo dos entidades federativas superan el estándar recomendado por OMS de una

cama por cada 1,000 habitantes. A nivel nacional, México se encuentra aún por debajo de países como Cuba (5.1), Uruguay (4.4) y Colombia (1.5).

En el *Programa Nacional de Salud 2001-2006* se reconoció la necesidad de ampliar la oferta de servicios de salud. En este sentido, hay dos hechos relevantes que modificarán y ampliarán el acceso a los servicios. Uno es el cambio en la Ley General de Salud con el que se crea el Sistema de Protección Social y su instrumento, el Seguro Popular de Salud, el cual eliminará las barreras financieras y estimulará la demanda de servicios. Otro es la puesta en marcha del Plan Maestro de Infraestructura en Salud, con el cual se ampliará la disponibilidad de unidades médicas y se reducirán las barreras geográficas al acceso.

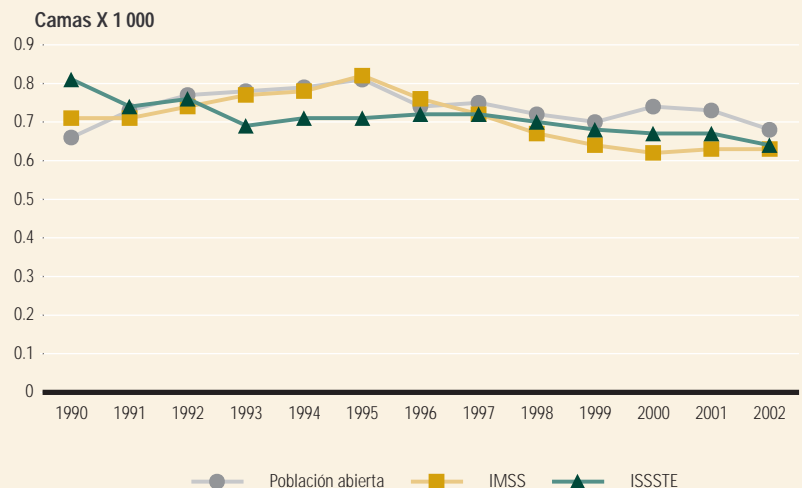
Camas censables del sector público por entidad federativa, México 2002



La brecha en camas censables entre el DF y Chiapas es de más de siete veces.

Camas censables por institución, México 1990-2002

En el ISSSTE ha disminuido la disponibilidad de camas censables desde 1997. El IMSS y la Secretaría de Salud no han recuperado el nivel alcanzado en 1995.



## Cobertura de vacunación en niños de 1 año

La **cobertura de vacunación en niños de 1 año** se define como la proporción de niños de 1 año que completaron el esquema básico de vacunación en relación al total de niños de ese grupo de edad registrados en el censo nominal del Programa de Vacunación (PROVAC). El esquema completo incluye: una dosis de BCG, tres dosis de pentavalente (tétanos, difteria, tosferina, haemophilus influenzae tipo b y hepatitis B); tres dosis de vacuna antipoliomielítica y una dosis de vacuna triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis).

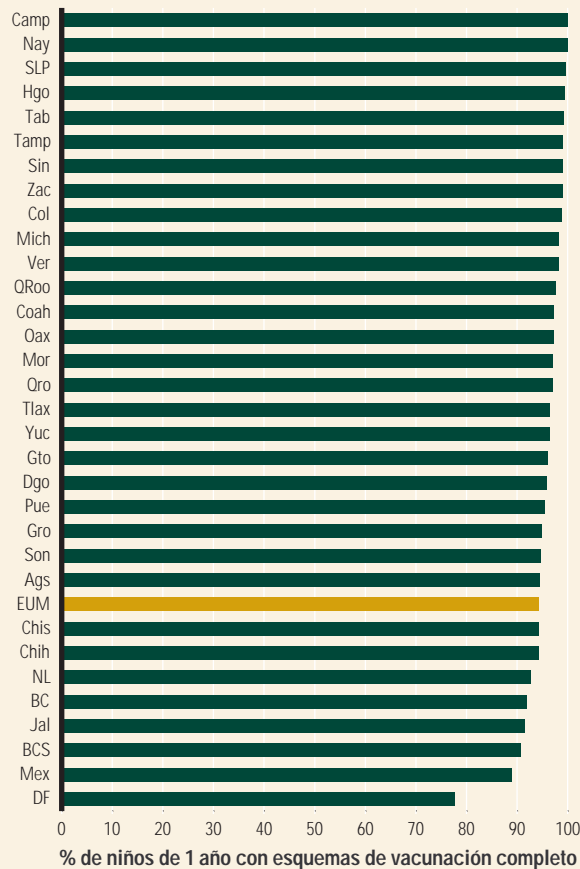
**A**lcanzar y mantener una cobertura alta con el esquema completo de vacunación de los niños de 1 año de edad es imprescindible para asegurar el control, la eliminación o la erradicación de las enfermedades prevenibles por esta intervención.

En México se han alcanzado logros considerables en materia de vacunación. A la fecha se ha conseguido la erradicación de la poliomielitis y desde 1992 no se han presentado casos de difteria. En lo que toca al sarampión, las actividades se

orientan a conseguir su eliminación en los próximos años.

En 2002, la cobertura con el esquema completo de vacunación en los niños de 1 año de edad alcanzó 94.3%. Se trata de un porcentaje considerablemente mejor al de Estados Unidos y al de la mayoría de los países de América Latina. Aún cuando la cobertura en el nivel nacional es muy alta, hay algunas entidades federativas que no han conseguido la protección suficiente de su población. Destaca en este último sentido el Distrito Federal.

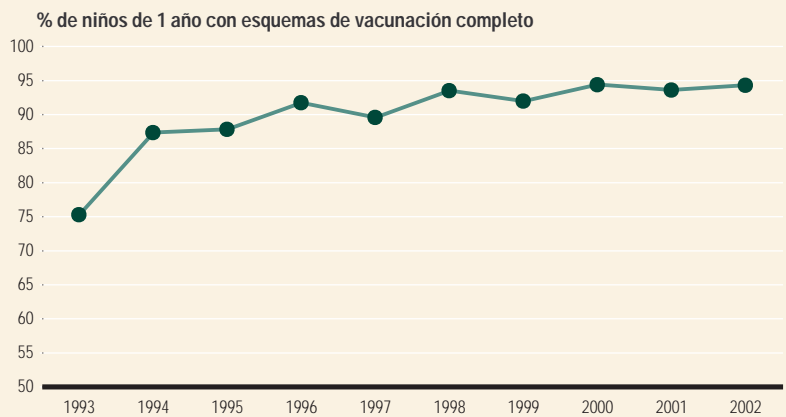
Cobertura de vacunación en niños de 1 año por entidad federativa, México 2002



En 2002 la mayoría de las entidades federativas alcanzaron coberturas con esquema completo de vacunación en niños de 1 año superiores al 95%.

En el último año la cobertura de vacunación en niños de 1 año fue de 94%.

Cobertura de vacunación en niños de 1 año, México 1993-2002



## Cobertura de vacunación en niños de 1 a 4 años

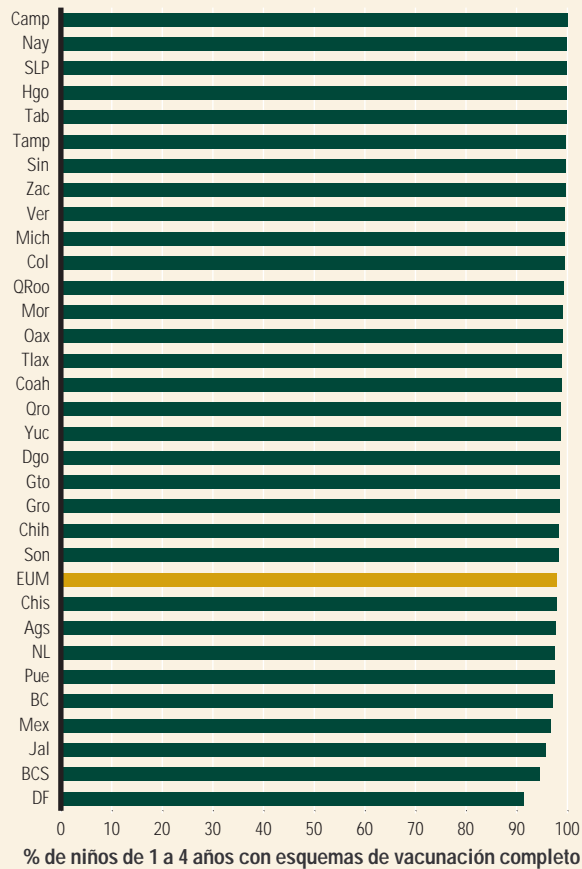
**L**a cobertura con esquema completo de vacunación en niños de 1 a 4 años se define como la proporción de niños de 1 a 4 años de edad que completaron el esquema básico de vacunación en relación al total de niños de ese grupo de edad registrados en el censo nominal del Programa de Vacunación (PROVAC).

**L**a población preescolar del país se encuentra protegida de las enfermedades prevenibles por vacunación. En 2002 la cobertura de vacunación en este grupo de edad fue de casi 98%. Desde 1995 los porcentajes de niños de 1 a 4 años vacunados con todos los biológicos del esquema básico han sido muy aceptables. En esa fecha la cobertura rebasó ligeramente el 95% y en los siguientes años se incrementó modesta pero consistentemente.

El gran reto que enfrentan los países en materia de vacunación es disminuir la brecha existente entre los niños que reciben todos los biológicos y los que reci-

ben una parte de ellos. En aras de resolver este problema en el país, se está trabajando en la actualización de los planes operativos de vacunación que incluyen la identificación de las áreas con nuevos asentamientos humanos. Este ejercicio evitará que subpoblaciones de niños menores de 5 años se queden sin la protección debida. En el ámbito de las Américas, este año se celebró por primera vez y de manera simultánea, la semana de vacunación en 19 países, incluyendo México, dirigida a vacunar a 15 millones de niños menores de cinco años y a 2.7 millones de mujeres en edad reproductiva.

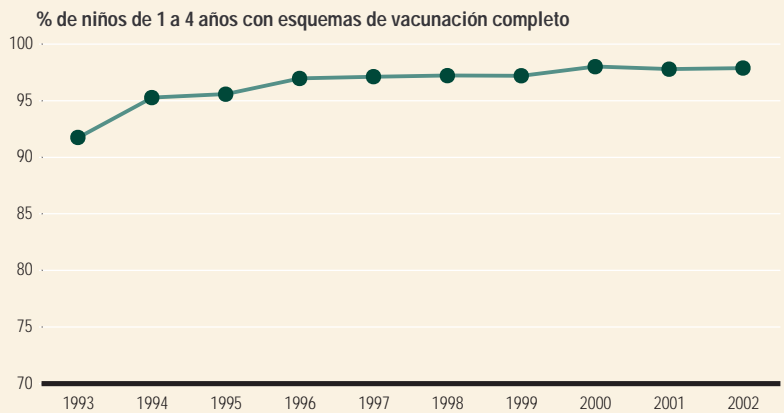
Cobertura de vacunación en niños de 1 a 4 años por entidad federativa, México 2002



En 2002 la cobertura de vacunación en niños de 1 a 4 años alcanzó 98%.

La cobertura de vacunación en niños preescolares se ha ido incrementando desde 1993.

Cobertura de vacunación en niños de 1 a 4 años, México 1993-2002





## Consultas por consultorio

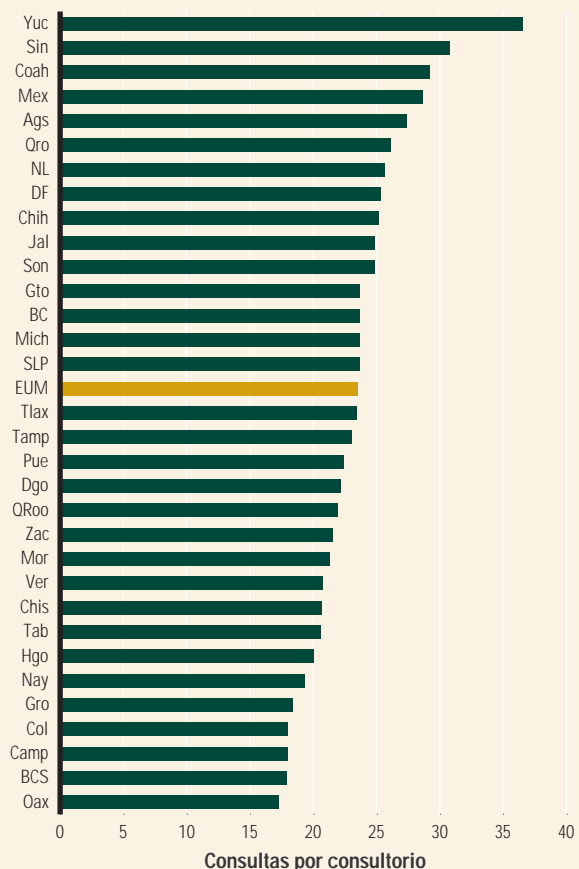
El promedio diario de **consultas por consultorio** es el resultado de dividir el número total de consultas de medicina general realizadas en un año en las instituciones públicas de salud entre el producto de la multiplicación del número total de consultorios de primer nivel por 252 días considerados como laborables.

El promedio de consultas por consultorio permite evaluar la magnitud de la demanda y la productividad de los servicios de salud. Una cifra alta nos habla de una alta productividad que, sin embargo, puede afectar la calidad de la atención. En contraste, una cifra baja nos indica subutilización y dispendio de recursos. La cifra que se ha considerado aceptable es de alrededor de 15 consultas diarias por consultorio. En varias entidades federati-

vas, sin embargo, el promedio diario de consultas por consultorio supera las 25 consultas.

El promedio de consultas por consultorio en las instituciones que atienden a la población no asegurada muestra niveles razonables de productividad. Por el contrario, en el IMSS se observan niveles de saturación preocupantes, circunstancia que puede estar impactando la calidad de los servicios.

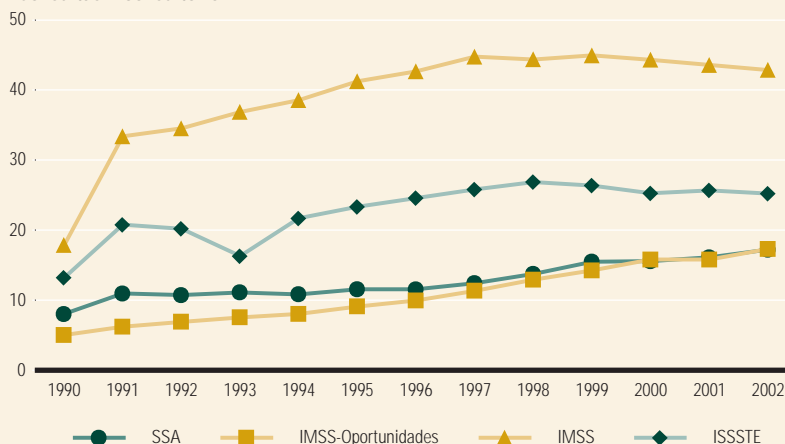
Consultas por consultorio  
por entidad federativa, México 2002



En todas las entidades federativas el promedio de consultas por consultorio fue superior a 15, cifra considerada como aceptable.

Consultas por consultorio por institución, México 1990-2002

Consultas X consultorio



El IMSS muestra una productividad por consultorio superior al resto de las instituciones de salud. Sin embargo, esto puede estar afectando la calidad de la atención.

## Cirugías por quirófano

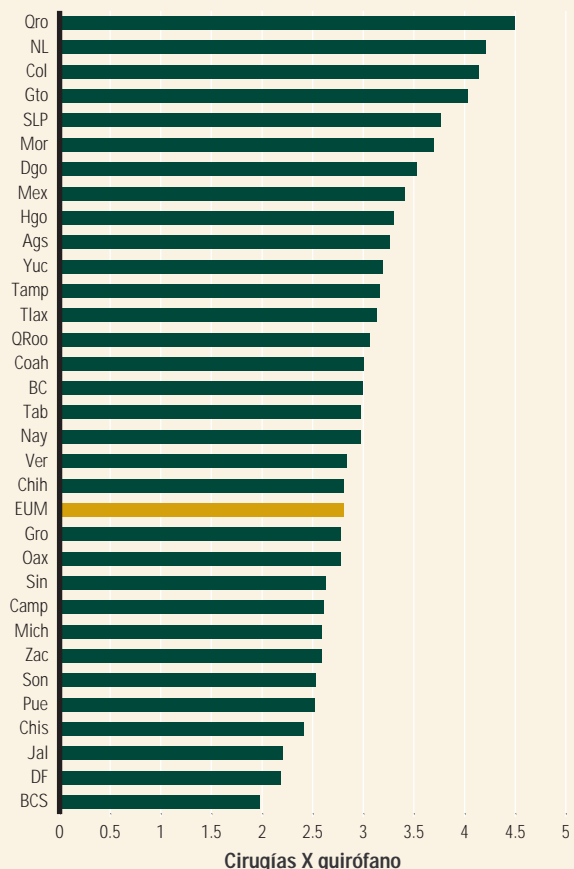
El promedio diario de **cirugías por quirófano** es el resultado de dividir el número total de cirugías realizadas en el año en las instituciones públicas de salud entre el número total de quirófanos disponibles en el mismo período, cifra que a su vez se divide entre los 365 días del año.

El número promedio de cirugías por quirófano mide la productividad diaria de los quirófanos o salas de operación en las unidades de segundo nivel del sector público.

En 2002 la productividad de los quirófanos en el sector público varió entre 2.21 y 3.86 cirugías diarias. En el IMSS-Oportunidades la productividad se redujo de 5.5 cirugías diarias en 1998 a 3.86 en 2002. Situación similar se observa en el

ISSSTE, aunque la disminución ha sido menos ostensible. En el IMSS el número de cirugías por quirófano se ha mantenido en alrededor de 3.9 cirugías diarias. Finalmente, la Secretaría de Salud, ha mejorado progresivamente su productividad y la cifra actual es de alrededor de 2.21 cirugías diarias por quirófano, cifra todavía inferior a la del resto de instituciones del sector.

Cirugías por quirófano  
por entidad federativa, México 2002

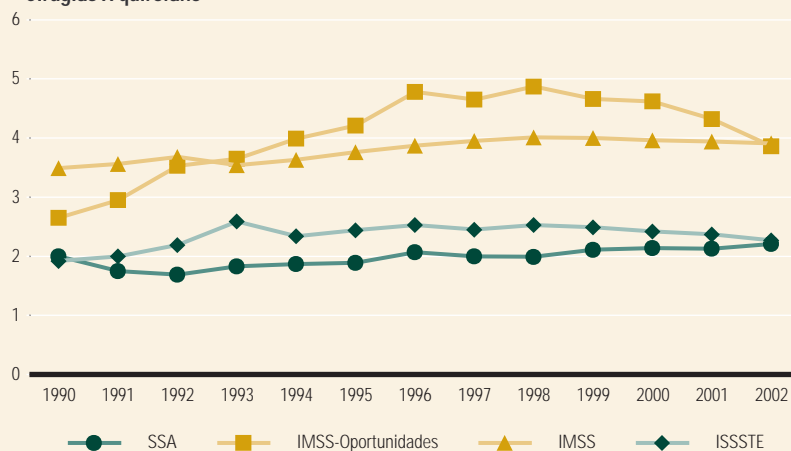


La diferencia en la productividad de los quirófanos entre entidades federativas llega a ser hasta de dos veces.

El IMSS-oportunidades ha disminuido en un 21% la productividad de sus quirófanos desde 1998.

Cirugías por quirófano por institución, México 1990-2002

Cirugías X quirófano



# Los Mejores Desempeños

- Atención médica
  - Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud
  - Arbitraje médico
- Salud pública
  - Prevención y control de enfermedades
  - Prevención y control de las adicciones
  - Prevención y control de riesgos sanitarios
  - Investigación en salud



## Compromiso con la Cruzada por la Calidad

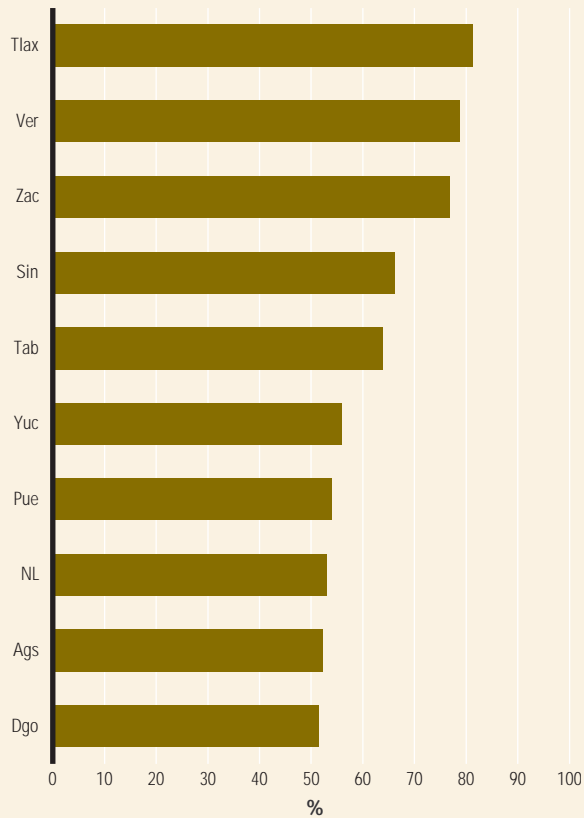
**E**l compromiso con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se evalúa a través de un índice que mide el desempeño de cada uno de los Comités Estatales de Calidad en los siguientes rubros: I) número de instituciones participantes en el Comité; II) participación de los principales directivos de las instituciones en las actividades de la Cruzada; III) regularidad en la medición de los indicadores de la Cruzada; IV) integridad de la información proporcionada por el Comité; V) valores de los indicadores; VI) cobertura de unidades médicas participantes, y VII) integración del Aval Ciudadano.

Impulsar una cultura de la calidad en los servicios de salud ha sido el compromiso de los Comités Estatales de Calidad establecidos en el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. En 2002 se pudieron crear Comités Estatales en las 32 entidades federativas con la participación de las principales instituciones de salud. Las acciones sectoriales desplegadas por estos comités están dirigidas a mejorar la calidad de la atención, con énfasis en el trato digno a los pacientes y sus acompañantes, la reducción de los tiempos de espera en con-

sulta externa y urgencias, la disponibilidad y entrega de medicamentos, y la utilización de la información del monitoreo de calidad para instrumentar proyectos de mejora continua en los diferentes niveles organizacionales.

En 2002 seis Comités Estatales se mantuvieron entre los 10 con mejores desempeños en su compromiso con la Cruzada por la Calidad respecto de 2001. Destacan dentro de ellos los comités de Tlaxcala, Veracruz, Zacatecas, Sinaloa y Tabasco.

Entidades con los mejores desempeños en el Compromiso con la Cruzada Nacional por la Calidad, México 2002



Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas repiten de nuevo como las entidades que mayor compromiso mostraron con la Cruzada por la Calidad en 2002.



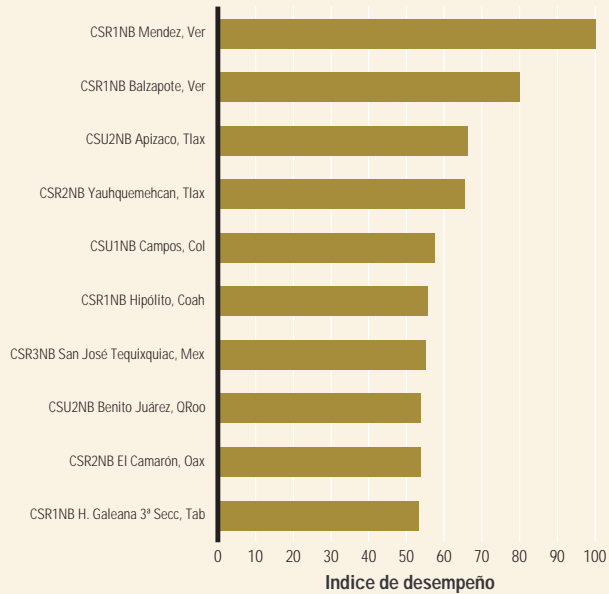
## Trato de calidad en unidades de primer nivel

El desempeño en **trato de calidad en unidades de primer nivel** se evalúa a través de un índice que mide: I) el tiempo efectivo de espera y la satisfacción del usuario con el tiempo de espera; II) la satisfacción del paciente con la información proporcionada por el médico sobre su diagnóstico y sobre su tratamiento, y III) el surtimiento de medicamentos y la respectiva satisfacción del usuario con este elemento.

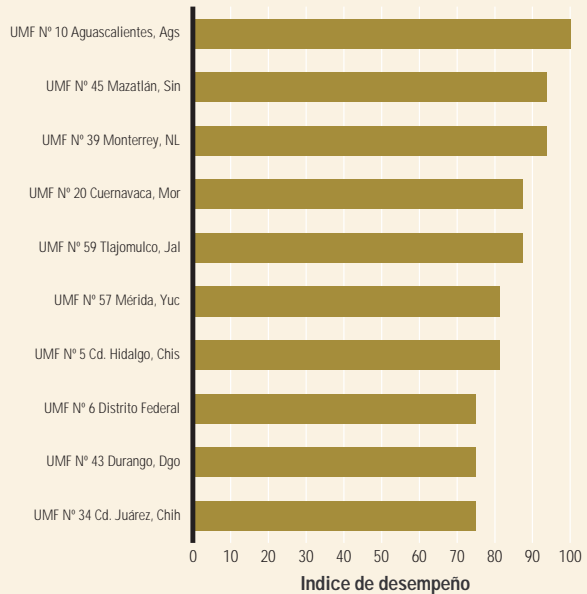
En 2001 y 2002 el énfasis de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se orientó a mejorar los aspectos interpersonales de la relación entre usuarios y prestadores de servicios de salud. Los indicadores utilizados para evaluar este aspecto fueron el nivel de satisfacción de los usuarios con el tiempo de espera, la información al paciente y el surtimiento de medicamentos.

En la Secretaría de Salud los estados de Tlaxcala y Veracruz mantuvieron los buenos desempeños obtenidos el año previo. Se agregan a esta lista unidades de Colima, Coahuila, México, Oaxaca, Quintana Roo y Tabasco. En el caso del IMSS y del ISSSTE, los mejores desempeños los mostraron unidades de atención de entidades distintas a las reportadas el año anterior.

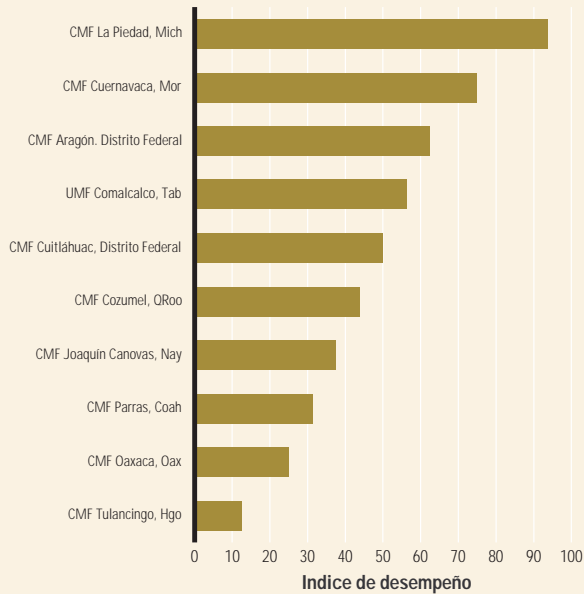
**Unidades de primer nivel de la Secretaría de Salud con los mejores desempeños en trato de calidad, México 2002**



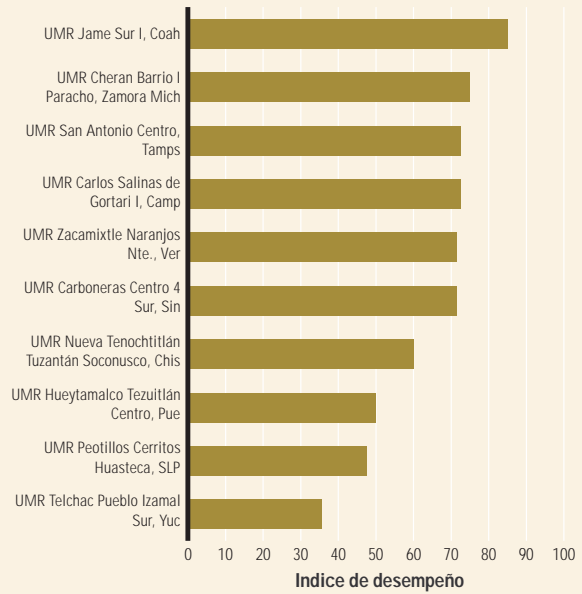
**Unidades de primer nivel del IMSS con los mejores desempeños en trato de calidad, México 2002**



**Unidades de primer nivel del ISSSTE con los mejores desempeños en trato de calidad, México 2002**



**Unidades de primer nivel del Programa IMSS-Oportunidades con los mejores desempeños en trato de calidad, México 2002**



## Trato de calidad en servicios de urgencias en hospitales de segundo nivel

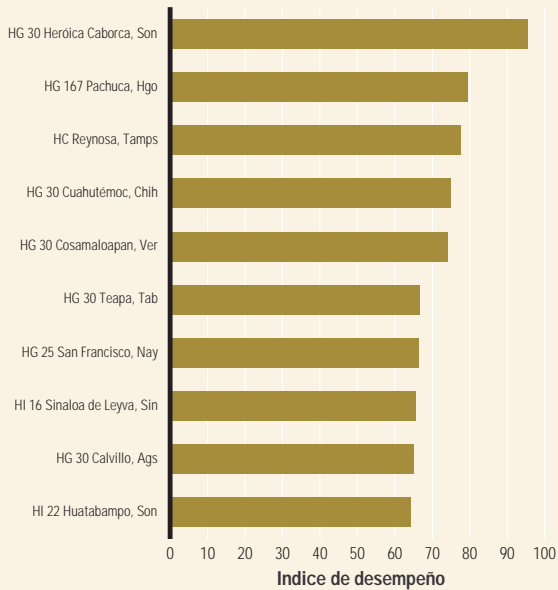
El desempeño en **trato de calidad en servicios de urgencias** se evalúa a través de un índice que mide: I) el tiempo efectivo de espera y la satisfacción del usuario con el tiempo de espera; II) la satisfacción del paciente con la información proporcionada por el médico sobre su diagnóstico y sobre su tratamiento, y III) el surtimiento de medicamentos y la respectiva satisfacción del usuario con este elemento.

La calidad de la atención en los servicios de urgencias de unidades de segundo nivel se valoró analizando los siguientes aspectos: tiempo de espera en el servicio de urgencias, información proporcionada al paciente, surtimiento de medicamentos y satisfacción de los usuarios.

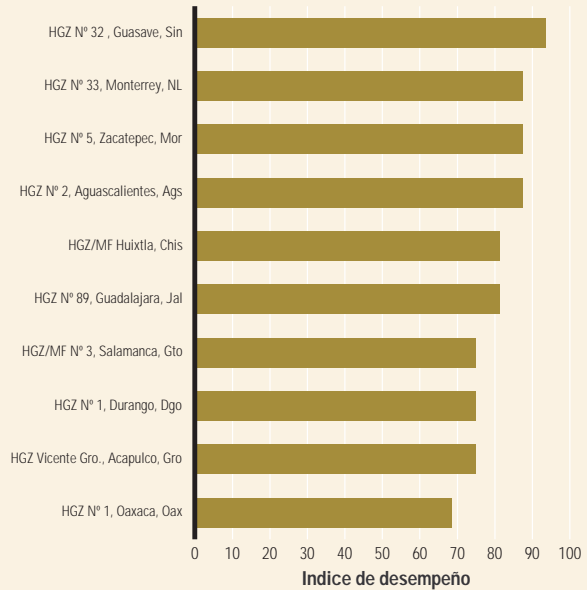
En este rubro, las unidades de la Secretaría de Salud con mejores desempeños se localizaron en Sonora, Hidalgo y Tamaulipas. Cabe destacar que con rela-

ción a 2001, nuevamente unidades de Sonora, Aguascalientes, Nayarit y Sinaloa se ubicaron entre las diez mejores. En el IMSS, los hospitales que presentaron los mejores servicios de urgencias se localizaron en Sinaloa, Aguascalientes, Morelos y Nuevo León. El único hospital que mantuvo el buen desempeño alcanzado en 2001 fue el hospital de Salamanca en Guanajuato. En el ISSSTE se destacaron los servicios de urgencia de los hospitales de Michoacán, Quintana Roo y Nayarit.

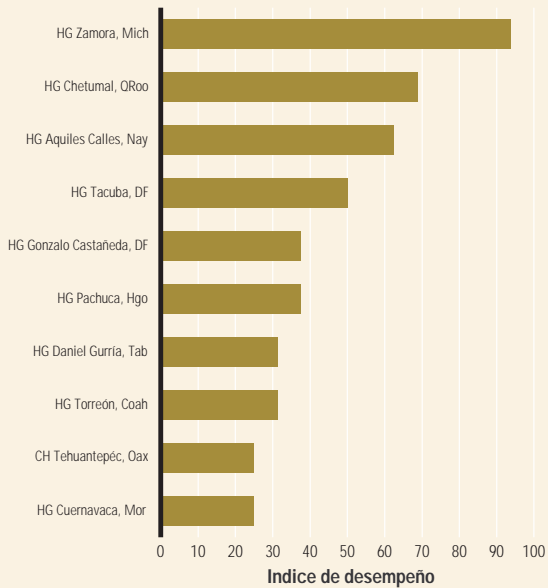
**Servicios de urgencias de la Secretaría de Salud con los mejores desempeños en trato de calidad, México 2002**



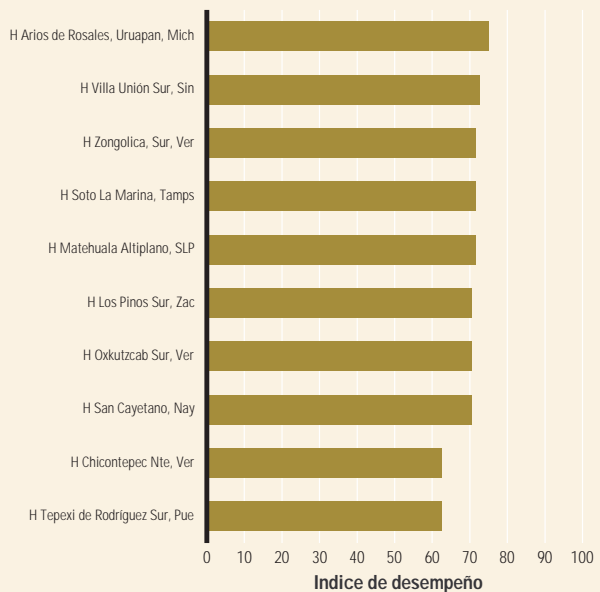
**Servicios de urgencias del IMSS con los mejores desempeños en trato de calidad, México 2002**



**Servicios de urgencias del ISSSTE con los mejores desempeños en trato de calidad, México 2002**



**Servicios de urgencias del Programa IMSS-Oportunidades con los mejores desempeños en trato de calidad, México 2002**



# Arbitraje médico

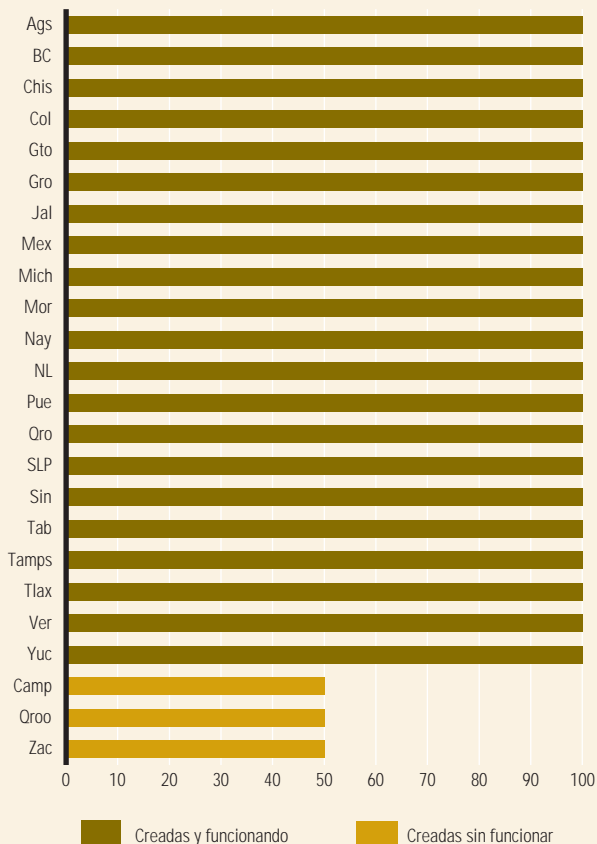
El indicador de número de **entidades federativas con Comisiones Estatales de Arbitraje Médico** creadas y en operación incorpora dos variables: la existencia de una ley o decreto de creación y la entrada en funcionamiento de dichas comisiones.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) desde su creación orientó sus actividades hacia dos objetivos fundamentales: resolver los conflictos suscitados entre médicos y pacientes, y coadyuvar a mejorar la calidad de la atención médica. Para lograrlo, ha trabajado en la consolidación de un modelo de arbitraje médico estandarizado e integral, así como en la emisión de recomendaciones para mejorar la calidad de la práctica de los profesionales de la salud.

En la consolidación del arbitraje médico destacan dos estrategias: promover la creación de comisiones estatales de arbitraje médico en las entidades federativas, y homologar el modelo CONAMED en todo el país. Con base en la promo-

ción y asesoría de la CONAMED, el número de entidades federativas que cuentan con comisiones estatales de arbitraje formalmente constituidas y funcionando pasó de 16 en el 2001 a 21 en el 2002, con la incorporación de Baja California, Chiapas, Nuevo León, Tamaulipas y Tlaxcala. Con la aplicación de este modelo se incrementó el potencial institucional para resolver las quejas en menos de 48 horas a través de la asesoría especializada y la gestión inmediata, además de mejorar la eficacia del proceso arbitral (resolución de asuntos por convenio de conciliación, pronunciamiento de la Comisión en amigable composición o laudo arbitral).

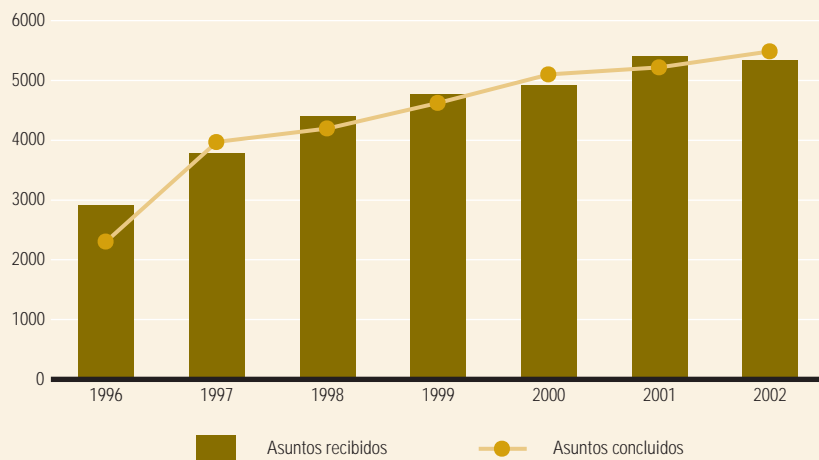
Entidades con Comisiones Estatales de Arbitraje Médico creadas y en funcionamiento, México 2002



El país cuenta con 21 comisiones estatales de arbitraje médico funcionado y tres más con instrumento jurídico de creación.

El número de inconformidades recibidas y concluidas por la CONAMED se ha incrementado consistentemente desde su creación.

Inconformidades recibidas y concluidas por la CONAMED, México 1996-2002\*



\* En algunos años las inconformidades concluidas superan a las recibidas porque incluyen procesos del año anterior. No incluye dictámenes médico-periciales

# Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

**E**l índice de desempeño del SINAVE se construye utilizando 25 indicadores que califican el desempeño de los sistemas de vigilancia epidemiológica en los siguientes rubros: Notificación Semanal de Casos Nuevos a través del Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones (SEED), Red de Hospitales para la Vigilancia Epidemiológica (RHOVE), enfermedades transmisibles y no transmisibles, en cada una de las entidades federativas.

**E**l Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) comprende tres sistemas informáticos de registro de datos relacionados con la vigilancia epidemiológica: Notificación Semanal de Casos Nuevos a través del Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones (SEED), Red de Hospitales para la Vigilancia Epidemiológica (RHOVE), y registros de otras enfermedades transmisibles y no transmisibles.

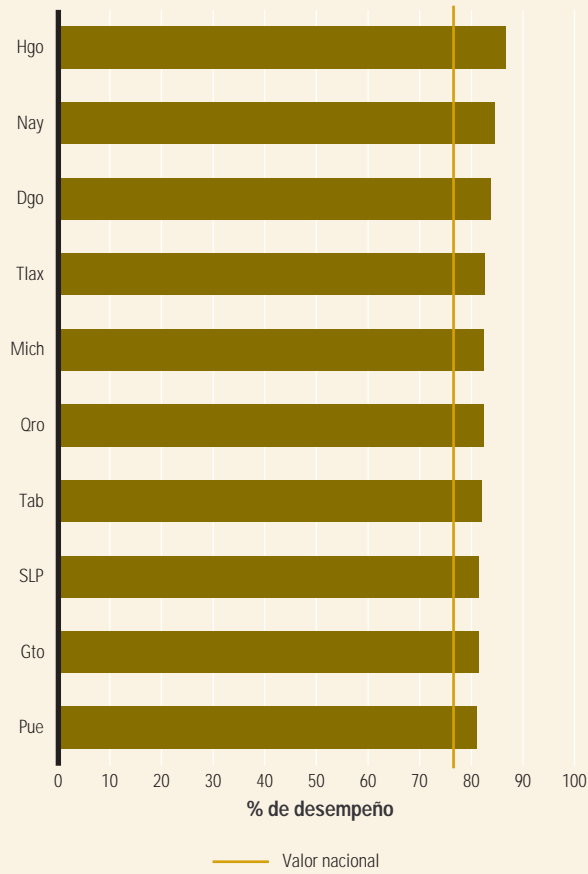
Las acciones del SINAVE han contribuido a sistematizar y consolidar los registros de casos relacionados con los problemas de salud sujetos de una vigilancia prioritaria. Sin este sistema sería impensable la toma de decisiones oportunas para reducir los riesgos a la salud de la población. Por otra parte, el SINAVE es un instrumento necesario para el seguimiento, verificación y evaluación de las condiciones de salud a las cuales está dirigido.

En 2002 más de 17 mil unidades tenían establecido el SINAVE y el número de unidades adherentes al

Sistema Semanal de Notificación de Casos creció 1% en el período. Asimismo, en el último año se incorporaron al SINAVE la vigilancia del bioterrorismo, las adicciones, la vigilancia del virus del Oeste del Nilo y el Síndrome Agudo Respiratorio Severo.

La cobertura y oportunidad de la información generada por el SINAVE ha mejorado considerablemente en el último año. En cuanto a la vigilancia de la mortalidad, la notificación se realiza una semana después de ocurrida la muerte. Por otra parte, se ha innovado en la generación automática de canales endémicos e indicadores de evaluación de operación institucional. Además se desarrollaron sistemas informáticos en unidades hospitalarias para la vigilancia epidemiológica de cáncer de mama, diabetes mellitus tipo 2 e intervenciones coronarias percutáneas. Asimismo, en el último año se fortaleció la vigilancia epidemiológica de los daños a la salud por exposición a temperaturas extremas y por exposición a contaminantes derivados de incendios forestales y quema de pastizales.

Entidades con los mejores desempeños en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, México 2002



Las entidades federativas con mejores desempeños en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica obtuvieron calificaciones superiores a 80% en el indicador compuesto utilizado.



# Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública

**E**l índice de desempeño de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública se construye tomando en consideración cinco indicadores ponderados del programa: i) calidad analítica (40%); ii) muestras enviadas P/C.C. (15%); iii) muestras rechazadas (15%); iv) concordancia (15%), y v) dependencia diagnóstica (15%).

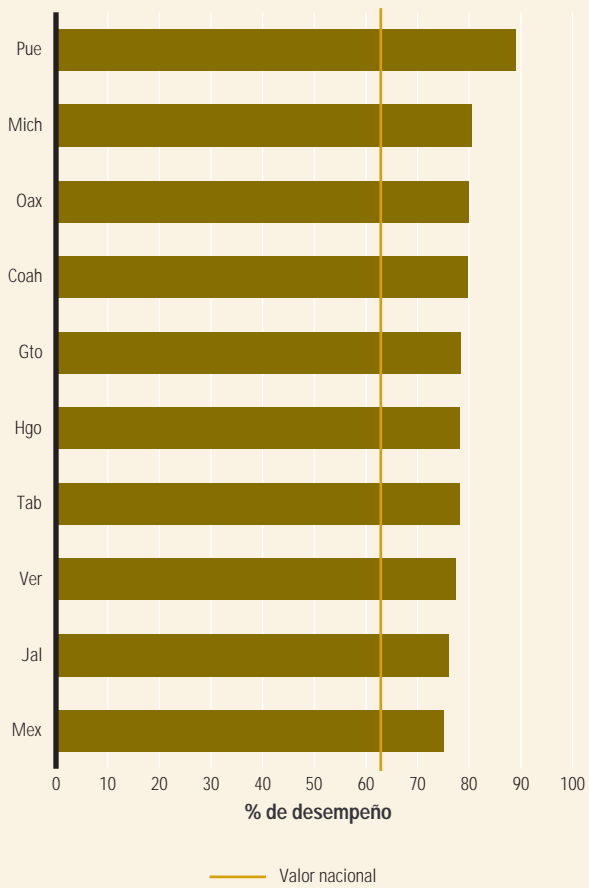
**L**a Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLS) fue creada con la finalidad de brindar servicios de diagnóstico de laboratorio en el ámbito estatal en apoyo a los programas nacionales de vigilancia epidemiológica. La Red está integrada por 32 laboratorios estatales.

El Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) es el responsable en el ámbito nacional de normalizar los procesos relacionados con el diagnóstico epidemiológico. Por otra parte, existe un programa de control de calidad externo de la RNLS que permite hacer el seguimiento de la capacidad analítica de los integrantes de la Red y asegurar la veracidad de los resultados obtenidos. Además facilita la detección de áreas de oportunidad para la regionalización de los servicios y se encarga de la capacitación del personal operativo.

En el último año se han establecido algunas innovaciones que han mejorado la eficiencia y el impacto de la Red. Des-

tañan dentro de éstas la reducción de la dependencia comercial de los insumos (reactivos y biológicos), muchos de los cuales se producen en el InDRE y se distribuyen en toda la Red. Asimismo se han establecido arreglos institucionales que permiten liberar los resultados de los estudios de manera oportuna y confiable. En materia de desarrollo institucional se creó el Comité Nacional de Laboratorios de Salud Pública, se establecieron relaciones con los mejores laboratorios del mundo para integrar la red de laboratorios de alta bioseguridad y se implementó el Sistema Automatizado Único de Información de Laboratorios. Finalmente, en el rubro de desarrollo técnico de la Red se incorporaron procedimientos diagnósticos para enfermedades emergentes como ántrax, encefalitis por infección del virus del Oeste del Nilo (VON), viruela y síndrome agudo respiratorio severo (SARS).

Entidades con los mejores desempeños en la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública, México 2002



Las entidades con mejores desempeños en la Red de Laboratorios de Salud Pública obtuvieron calificaciones superiores a 70% en el indicador compuesto utilizado.

# Programa de Vacunación

**E**l índice de desempeño del Programa de Vacunación se construye tomando en consideración tres indicadores ponderados del programa: i) cobertura (40%); ii) calidad de la atención (30%) y iii) promoción de la salud (30%).

**E**l desempeño de los sistemas estatales de salud en el rubro de vacunación se mide a través de la cobertura de inmunizaciones en niños menores de un año de edad. El componente más importante en el esquema básico de vacunación de estos niños es la cobertura alcanzada con el biológico triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis). En el caso del sarampión es importante alcanzar y mantener una cobertura de 95% para mantener a la población blanco protegida contra los brotes de sarampión que se producen en algunas regiones del continente y contra los movimientos migratorios que podrían propiciar la reintroducción de esta enfermedad en nuestro país.

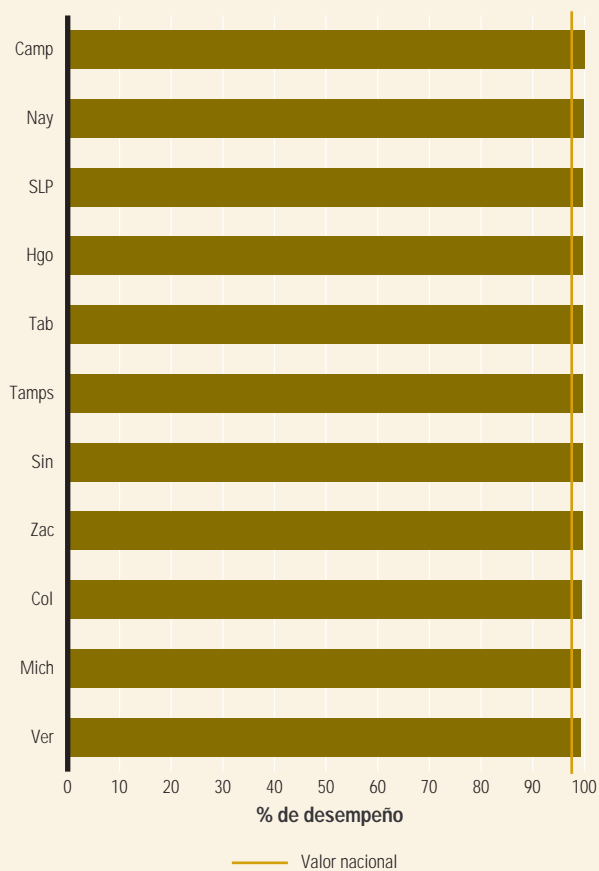
A partir de 2000 la cobertura nacional con triple viral se ha mantenido por arriba de 95%. Sin embargo, no todas las entidades federativas han alcanzado esta

cifra considerada como estándar. En 2002 seis estados presentaron coberturas inferiores a las esperadas.

Al considerar todos los biológicos del esquema básico de vacunación en menores de un año de edad se puede afirmar que la cobertura alcanzada se encuentra en niveles satisfactorios (94.3%). Esta cifra es superior a la establecida como estándar (90%).

Los avances obtenidos con el Programa se reflejan en los descensos en la morbilidad y mortalidad por padecimientos prevenibles por vacunación. La poliomielitis está erradicada desde 1991 y desde 1992 no se han presentado casos de difteria ni se ha comprobado su circulación. Está en curso además la eliminación del sarampión y se ha logrado una disminución importante del tétanos neonatal y de la tuberculosis meníngea.

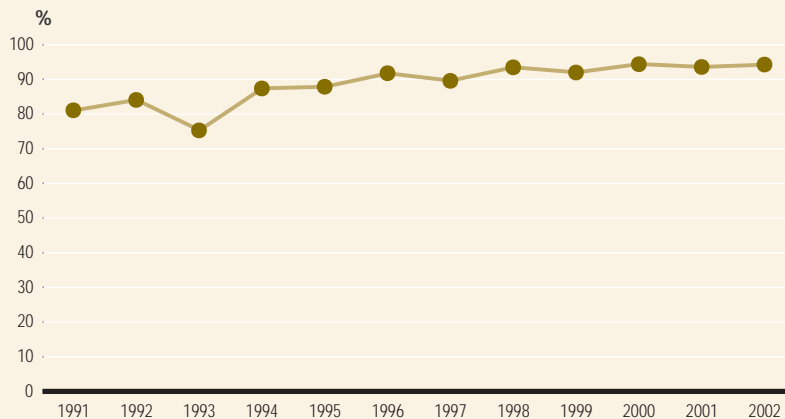
**Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Vacunación, México 2002**



Nueve entidades federativas mantuvieron el alto desempeño alcanzado en el año previo en el rubro de vacunación.

La cobertura con esquema completo de vacunación en niños de 1 año de edad alcanzó 94%. Esta cifra es mayor al nivel de protección recomendado.

**Cobertura de vacunación con esquema completo en niños de 1 año de edad, México 1991-2002**



# Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis

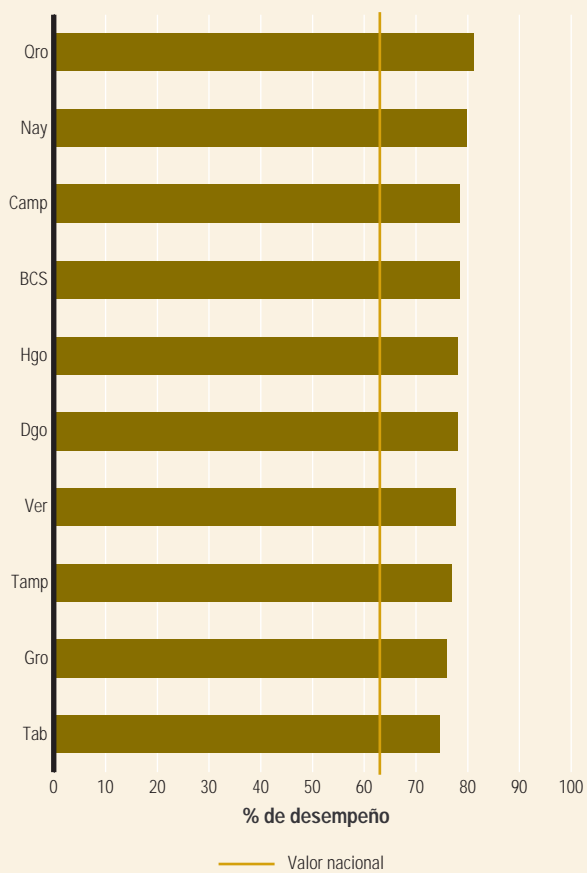
**E**l índice de desempeño del Programa para la Prevención y Control de la Tuberculosis se construye tomando en consideración cinco indicadores ponderados del programa: i) cobertura de detección (20%); ii) diagnóstico oportuno (15%); iii) curación (30%); iv) seguimiento adecuado (25%), y v) productividad de laboratorio (10%).

**E**n México la tuberculosis es un problema de alta prioridad. El Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis busca reducir el riesgo de enfermar y morir por esta causa mediante la implantación de diversas actividades desplegadas en nueve componentes: tres sustantivos, dirigidos a la atención del individuo, y seis estratégicos, orientados a los servicios y al personal de salud. Entre las actividades más importantes de este programa destacan la detección oportuna de los casos y el tratamiento estrictamente supervisado. Con ellas se garantiza la curación de los enfermos y se rompe la cadena de transmisión de la enfermedad.

En 2002 el Programa alcanzó una cobertura de 86% en el nivel nacional.

Destacaron en este rubro las acciones siguientes: a) un poco más de 98% de los casos diagnosticados recibieron tratamiento y de éstos 95% fueron supervisados; b) se estudió a 95% de los contactos, lo que equivale en promedio a cuatro contactos por cada caso; c) se capacitó a más de 80% de personal de laboratorio (microscopistas) responsables estatales de Programa y líderes clínicos, y d) se inició la estrategia TAES-PLUS con estudio de casi 80% de los casos multifarmacorresistentes. Estos logros han permitido una reducción muy importante de la mortalidad por esta causa, la cual ya no figura entre las 20 principales causas de muerte en el país.

Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis, México 2002



Querétaro, Nayarit y Veracruz mantuvieron el buen desempeño alcanzado el año previo en el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis.

## Programa de VIH/SIDA e ITS

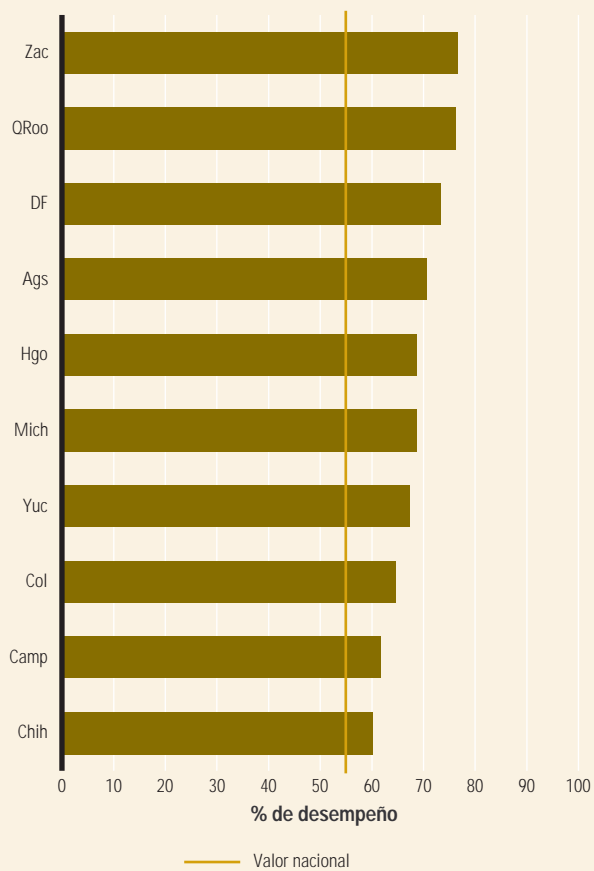
**E**l índice del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA se construye tomando en consideración cuatro indicadores en el ámbito de responsabilidad de la Secretaría de Salud y un indicador que involucra al sector salud: i) porcentaje de usuarios activos de condón (20%); ii) porcentaje de detecciones de sífilis en mujeres embarazadas (20%); iii) gasto en prevención por persona viviendo con VIH (20%); iv) porcentaje de pacientes con SIDA que reciben terapia antirretroviral con presupuesto estatal (20%), y v) porcentaje de casos de SIDA registrados oportunamente (20%).

**E**l Programa de VIH/SIDA e ITS fue el de más bajo desempeño en 2001: el logro en las actividades resumidas en el indicador compuesto fue de sólo 30%. Sin embargo, en 2002 la cifra de este indicador fue de 55%, para una ganancia de 83% respecto al año anterior. Aun cuando las mejoras fueron considerables, el Programa ocupa el penúltimo lugar de desempeño de todos los programas de salud pública sujetos a seguimiento, superando por cinco puntos porcentuales al Programa de Diabetes Mellitus.

Entre las acciones de prevención desplegadas por el Programa en 2002 desta-

can las 400 intervenciones educativas dirigidas a las poblaciones con mayor riesgo en el país, las cuales contaron con un financiamiento de 20 millones de dólares. En materia de tratamiento gratuito con antirretrovirales, se alcanzó una cobertura de 93% de las personas con sida registradas en las instituciones públicas de salud. Asimismo, se incorporaron siete nuevas presentaciones de medicamentos antirretrovirales al Cuadro Básico y al Catálogo de Medicamentos del Sector Salud.

Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Acción VIH/SIDA e ITS, México 2002



En 2002 las entidades con mejores desempeños en el Programa de VIH/SIDA e ITS alcanzaron logros de 60% o más en el indicador compuesto utilizado.



## Programa de Prevención de la Rabia

**E**l índice de desempeño del Programa para la Prevención y Control de la Rabia se construye tomando en consideración seis indicadores ponderados del programa: de calidad, sin casos de rabia en humanos y en caninos (15%) y la atención antirrábica de personas agredidas (15%); de cobertura, en Semanas Nacionales de Vacunación Antirrábica (20%); en vigilancia, las muestras estudiadas por laboratorio (20%) y en promoción de la salud con animales eliminados (15%) y con mascotas esterilizadas (15 %).

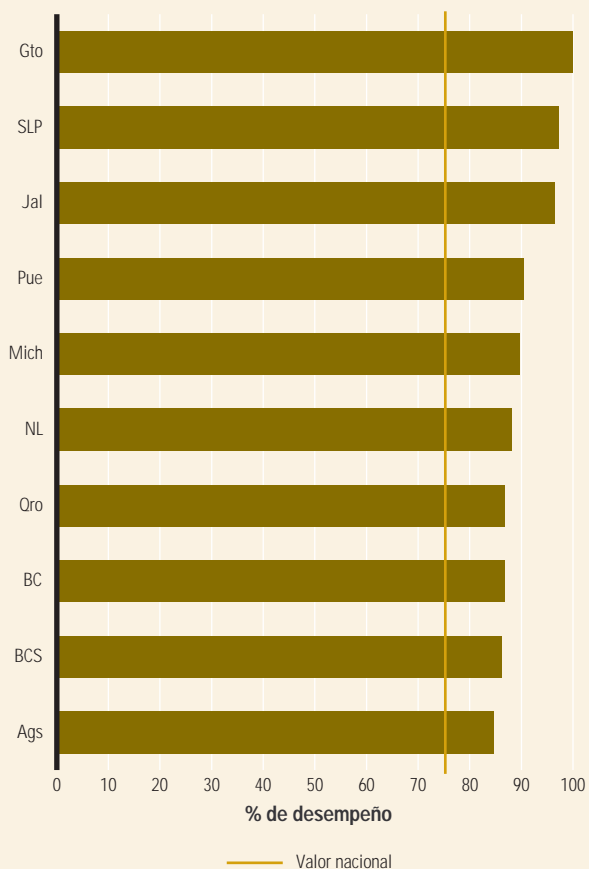
**E**l riesgo de transmisión de la rabia por mordedura de perro al humano se ha logrado controlar. Sin embargo, la transmisión de la enfermedad por murciélagos en áreas agrícolas y ganaderas del país se ha mantenido. Por esta razón, la atención antirrábica oportuna, gratuita y de calidad a toda persona agredida por estos animales representa una actividad principal del Programa.

A partir de 1998 la cifra de casos de rabia en humanos transmitida por perro descendió a menos de 10 y en el año 2002 no se presentó ningún caso. En cam-

bio, en el último año se presentaron dos casos de rabia en humanos transmitida por fauna silvestre, tres menos que en 2001.

El número de personas agredidas por perro disminuyó 10.8% respecto de 2001. Asimismo, aumentó 5% el número de perros vacunados, y las mascotas esterilizadas aumentaron casi 27%. A pesar de estos logros, el desempeño general del Programa disminuyó 6.5% al comparar el promedio del índice compuesto publicado en 2001 con el de 2002 (80.6 contra 75.4%).

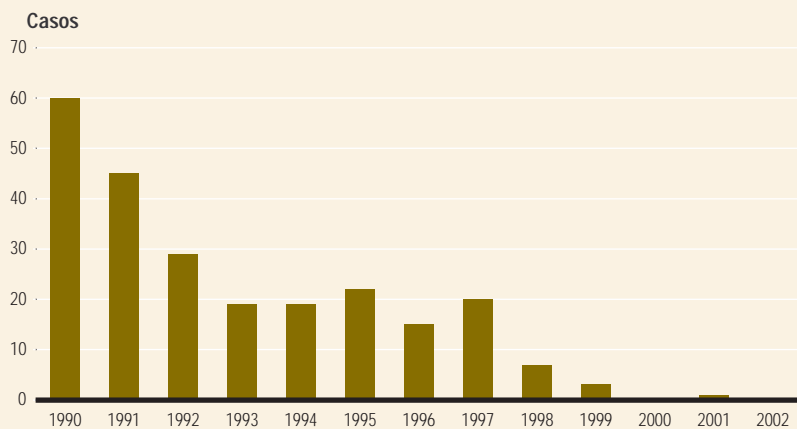
Entidades con los mejores desempeños en el Programa para la Prevención y Control de la Rabia, México 2002



En 2002 Jalisco, Puebla y Aguascalientes se incorporaron a la lista de entidades con mejores desempeños en el Programa de Prevención de la Rabia.

En 2002 no se presentaron casos de rabia humana transmitida por perro en el país.

Casos de rabia en humanos transmitida por perros, México 1990-2002



## Programa de Prevención del Cólera

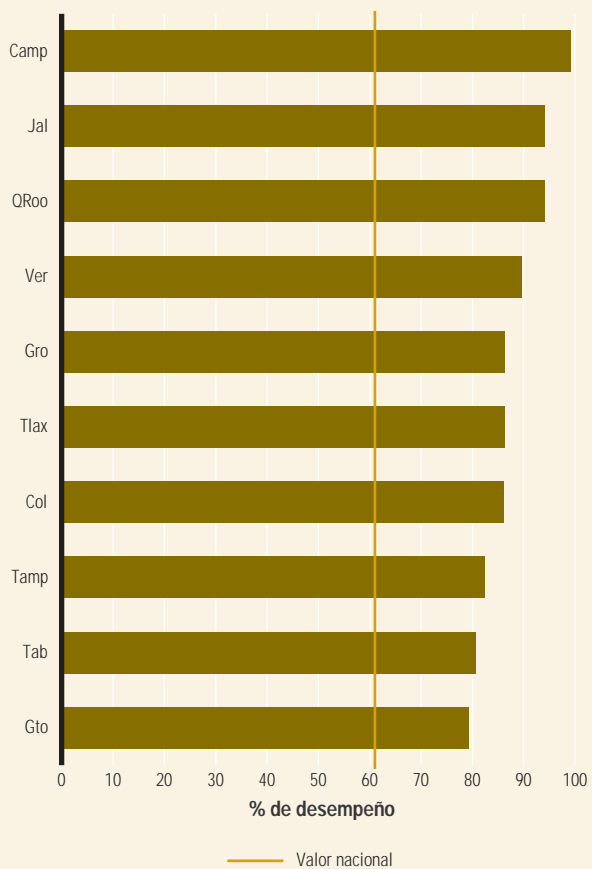
**E**l índice de desempeño del Programa para la Prevención del Cólera se construye tomando en consideración cuatro indicadores ponderados del programa: i) cobertura de detección (30%); ii) tratamiento oportuno (40%); iii) cloración del agua (20%), y iv) eficiencia de los laboratorios (10%).

**E**l Programa de Acción para la Prevención del Cólera ha mantenido el control de este padecimiento en los últimos años. En julio de 2001 la Organización Mundial de la Salud declaró a México libre de cólera. El último caso que se presentó en el país fue en octubre de 2001 y desde entonces no se ha presentado ningún otro.

Debido a que existen algunas zonas del país donde la presencia del *Vibrio cholerae* es endémico, es obligatorio man-

tener la vigilancia epidemiológica estrecha en todas las entidades federativas, principalmente en las zonas en las que se identificó la circulación de *Vibrio cholerae* O1 *Inaba* u *Ogawa*. Las acciones actuales se orientan a identificar las áreas sin circulación por periodos de dos años y el criterio es la ausencia de casos de diarrea "sospechosos de cólera". Asimismo, se ha mantenido e intensificado el monitoreo ambiental.

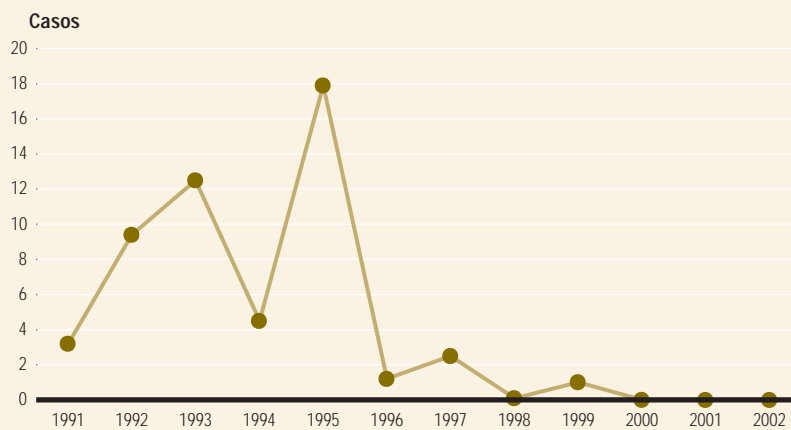
Entidades con los mejores desempeños en el Programa para la Prevención del Cólera, México 2002



A nivel nacional, el desempeño del Programa de Cólera bajó 17% con relación a 2001. Los estados de Campeche, Jalisco y Quintana Roo mejoraron su desempeño respecto del año anterior.

En 2002 no se presentó ningún caso de cólera en el país.

Casos de cólera, México 1991-2002



# Programa de Salud Bucal

**E**l índice de desempeño del Programa de Salud Bucal se construye tomando en consideración tres indicadores ponderados del programa: i) cobertura (40%); ii) calidad de la atención (30%), y iii) promoción de la salud (30%).

**E**n México la prevalencia de caries dental en niños supera cualquier otra condición de salud. De acuerdo con cálculos recientes, seis de cada diez niños padecen caries dental a la edad de seis años. A los 25 años se encuentran afectados por caries dental 13 dientes en promedio y a los 64 años seis dientes presentan caries, 16 se han perdido y uno está obturado. Las enfermedades periodontales también presentan una incidencia y prevalencia altas.

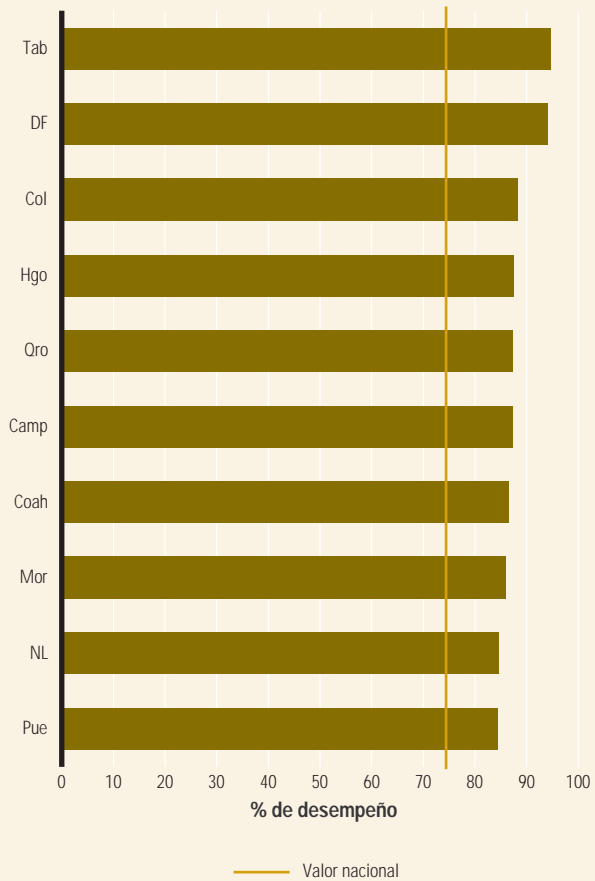
En 2002 las entidades federativas mejoraron en 28.3% su desempeño en este Programa respecto del año previo. Los estados de Campeche, Nuevo León y Puebla se sumaron a las siete entidades que mantuvieron o mejoraron el desempeño alcanzado en 2001.

Los avances y logros del Programa obtenidos en 2002 se ubicaron principalmente en los componentes de cobertura y promoción de la salud bucal. Al respecto, se realizaron más de 12.5 millones de acciones curativo-asistenciales, que representa 10% más de lo

realizado en el año anterior. Las actividades de este componente incluyeron: a) obturaciones; b) terapias pulpares; c) cirugías bucales, y d) extracciones de piezas dentales. En materia de prevención, y en el marco de la salud bucal del preescolar y escolar, se realizaron un poco más de 56 millones de acciones preventivas que incluyeron enjuagues bucales, instrucciones de la técnica de cepillado, acciones de control de placa dentobacteriana e instrucciones en el uso del hilo dental.

Una de las innovaciones importantes en el programa es la utilización de la técnica TRA (tratamiento restaurativo atraumático), que es de bajo costo y de alta efectividad, y no requiere equipo convencional. El uso de esta técnica ampliará la cobertura del Programa en zonas marginadas del país. Otra estrategia adicional del Programa es la incorporación de los adultos mayores, embarazadas y pacientes diabéticos a las acciones de salud bucal durante las Semanas Nacionales de Salud Bucal.

Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Salud Bucal, México 2002



Tabasco y el Distrito Federal mantuvieron los mejores desempeños en el Programa de Salud Bucal alcanzados en 2001.

# Programa de Salud Reproductiva

**E**l índice de desempeño del Programa de Salud Reproductiva se construye tomando en consideración seis indicadores ponderados del programa: i) eficacia (10%); ii) cobertura (10 %); iii) calidad (25%); iv) oportunidad (25%); v) aceptación en adolescentes (15%), y vi) participación del varón (15%).

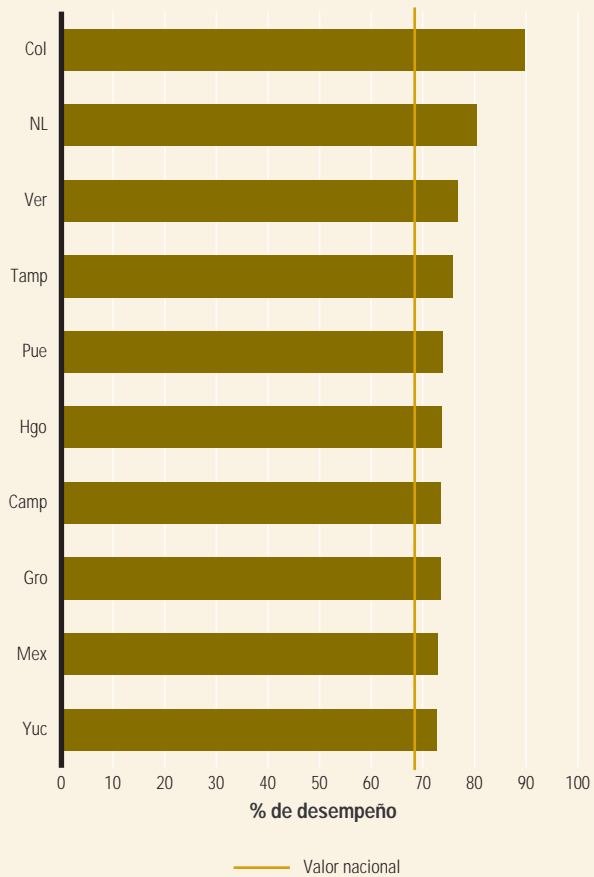
**E**n las últimas tres décadas se han realizado grandes esfuerzos por mejorar la salud reproductiva de la población. Esto se ha reflejado en la disminución de los embarazos no planeados y en la reducción de los niveles de mortalidad materna e infantil. El efecto observado ha sido la reducción de la tasa global de fecundidad en casi 35% en el período 1990-2003.

Las acciones desplegadas en 2002 incluyeron la elaboración de la Norma Oficial Mexicana (NOM-035-SSA-2000), para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y posmenopausia, así como los criterios para brindar la atención médica. En el Proyecto de NOM-005-SSA-1993, de los servicios de planificación familiar, se adicionó la

normatividad sobre el condón femenino y los métodos hormonales postcoito o método de emergencia. Asimismo, se diseñó el *tarjetero electrónico de usuarios activos de métodos anticonceptivos*, que es un sistema de registro por computadora de los usuarios activos que demandan el servicio en los centros de salud de la Secretaría de Salud. Finalmente, se difundieron los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes.

En el último año el desempeño del Programa disminuyó 15.7% en el ámbito nacional: pasó de 81.2 en 2001 a 68.49% en 2002. Nuevo León fue la única entidad que mantuvo en 2002 el buen desempeño alcanzado en el año previo.

Entidades federativas con los mejores desempeños en planificación familiar, México 2002



En 2002 el estado de Colima presentó el mejor desempeño en el Programa de Salud Reproductiva y Nuevo León mantuvo el buen desempeño logrado en 2001.



# Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico-Uterino

**E**l índice de desempeño del Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico-Uterino se construye tomando en consideración seis indicadores ponderados del programa: i) cobertura global (20%); ii) calidad de la toma (15%); iii) grado de eficiencia (20%), iv) control de calidad (15%), v) oportunidad de diagnóstico (15%) y vi) seguimiento de pacientes (15%).

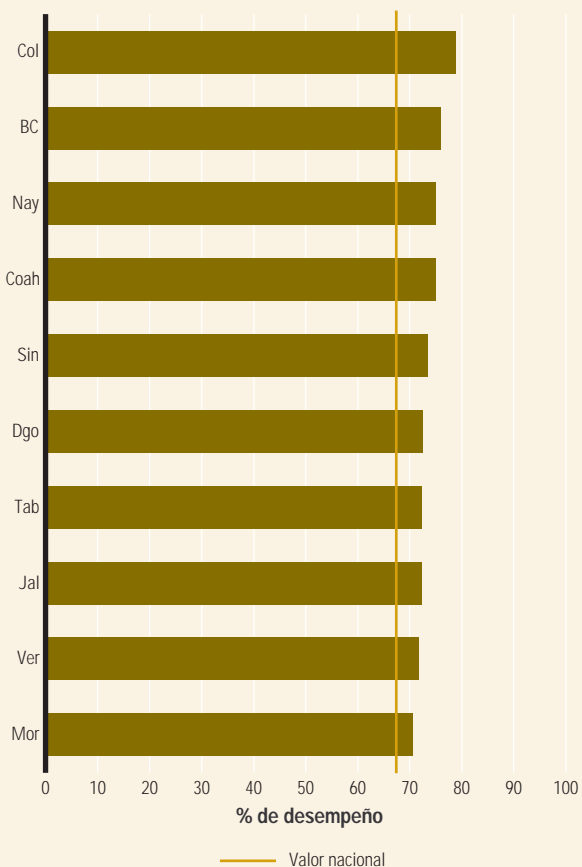
**E**l objetivo de este Programa es disminuir la mortalidad por cáncer cérvico-uterino a través de acciones coordinadas de las instituciones del sector salud en materia de detección, diagnóstico, tratamiento, control de calidad, supervisión, investigación, evaluación y fortalecimiento de la infraestructura.

Las acciones sectoriales coordinadas por la Secretaría de Salud en materia de cáncer cérvico-uterino han contribuido al descenso de la mortalidad por este cáncer en las mujeres de 25 años y más. En los últimos 12 años la tasa de mortalidad pasó de 25.1 a 18.2 defunciones por 100,000 mujeres, lo cual representa un descenso de 27.5%.

El Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico-Uterino incorpo-

rá nuevas acciones. Destacan dentro de éstas: a) la introducción de la vacuna contra los subgrupos XI, XVI y XVIII del virus del papiloma humano (VPH) como estrategia de prevención y control de la enfermedad; b) la incorporación del desarrollo humano en todos los eventos de capacitación del prestador de servicios, haciendo énfasis en su compromiso social y técnico; c) la capacitación de los prestadores de servicios especializados a través de las asociaciones médicas; d) el fortalecimiento de la participación de los prestadores de servicios en eventos académicos nacionales e internacionales, y e) la modernización del sistema de cómputo para la vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico-uterino.

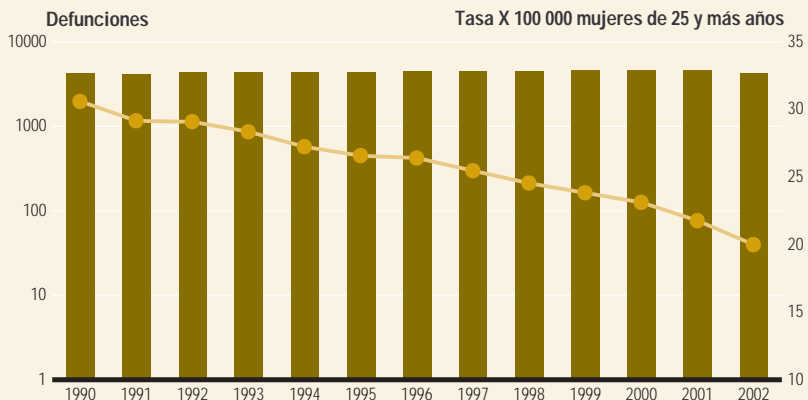
Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico-Uterino, México 2002



Tabasco, Jalisco y Veracruz mantuvieron el buen desempeño alcanzado el año previo en el Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico-Uterino.

Aunque la mortalidad por cáncer cérvico-uterino ha descendido sostenidamente en los últimos años, todavía se mantiene por arriba de muchos países de América.

Mortalidad y número de defunciones por cáncer cérvico-uterino, México 1990-2002



# Programa de Diabetes Mellitus

**E**l índice de desempeño del Programa contra Diabetes se construye tomando en consideración cuatro indicadores ponderados del programa: i) cobertura de detección (30%); ii) calidad de la atención (30%); iii) promoción de la salud (20%), y iv) congruencia de la información (20%).

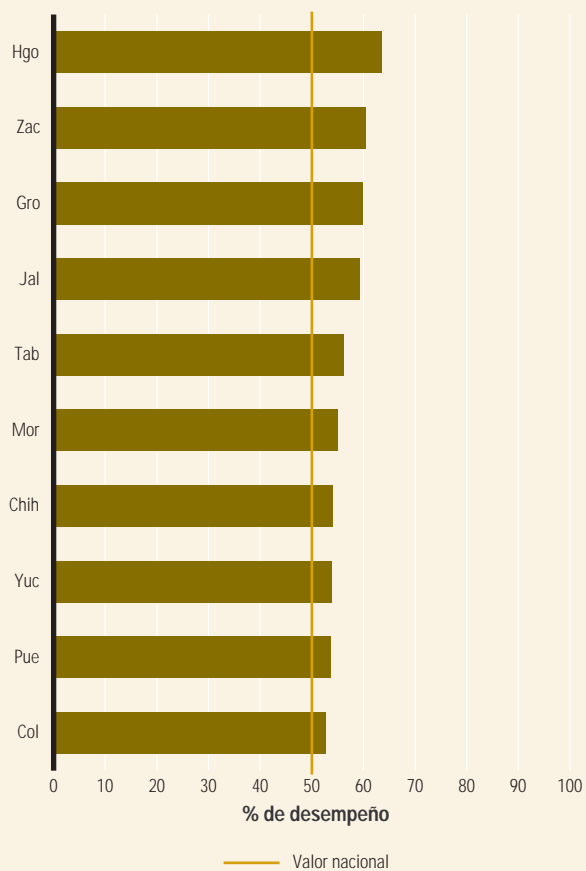
**L**a diabetes mellitus es una prioridad para el sistema de salud por su importante contribución a la carga de morbilidad y mortalidad del país. En cuanto a morbilidad, la diabetes mellitus se ubica como una de las principales causas de discapacidad entre los adultos mayores. Las manifestaciones o complicaciones renales, vasculares y oftalmológicas de la enfermedad representan serios obstáculos para la autonomía y calidad de vida de las personas afectadas, y una carga financiera considerable para los servicios de salud y para las familias de los enfermos. En términos de mortalidad, la diabetes mellitus ocupa el primer lugar en la lista de principales causas de muerte en el país.

En México la prevalencia de diabetes mellitus en la población de 20 a 69 años es de casi 11%, lo que significa la

existencia de alrededor de 5.5 millones de personas con la enfermedad, un tercio de las cuales desconoce padecerla.

Las acciones adicionales desplegadas por el Programa de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus en 2002 han incluido: 1) la aplicación clínica de una escala de factores de riesgo que integra diabetes, hipertensión arterial y obesidad, la cual permite un ahorro de 50% en los costos de detección de estas enfermedades; 2) la utilización de un método simplificado de capacitación para personas con diabetes mellitus e hipertensión arterial con resultados satisfactorios en el control metabólico de los pacientes, y 3) la creación de un sistema interactivo de información denominado Consultorio Virtual ubicado en la página Web.

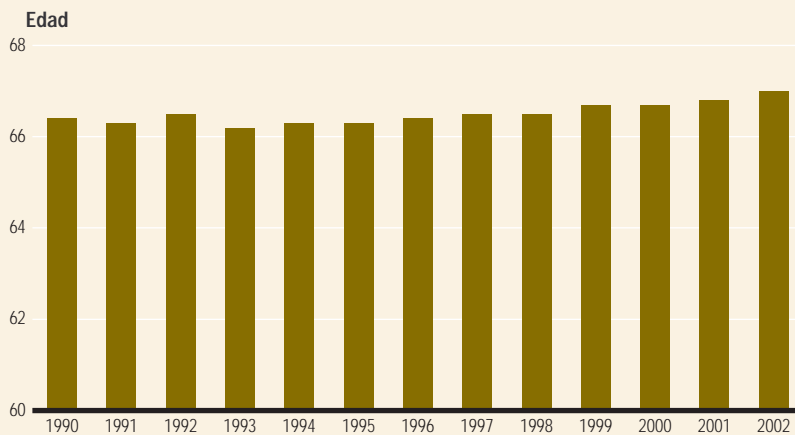
Entidades con los mejores desempeños en el Programa contra la Diabetes Mellitus, México 2002



En 2002 Hidalgo tuvo el mejor desempeño en el Programa de Diabetes Mellitus. Con relación a 2001 subió del séptimo al primer lugar.

En los últimos nueve años la edad promedio de muerte por diabetes mellitus ha aumentado consistentemente.

Edad promedio de muerte asociada a diabetes, México 2002



# Programa de Hipertensión Arterial

**E**l índice de desempeño del Programa de Hipertensión Arterial se construye tomando en consideración cuatro indicadores ponderados del programa: i) cobertura de detección (30%); ii) calidad de la atención (30 %); iii) promoción de la salud (20%), y iv) congruencia de la información (20%).

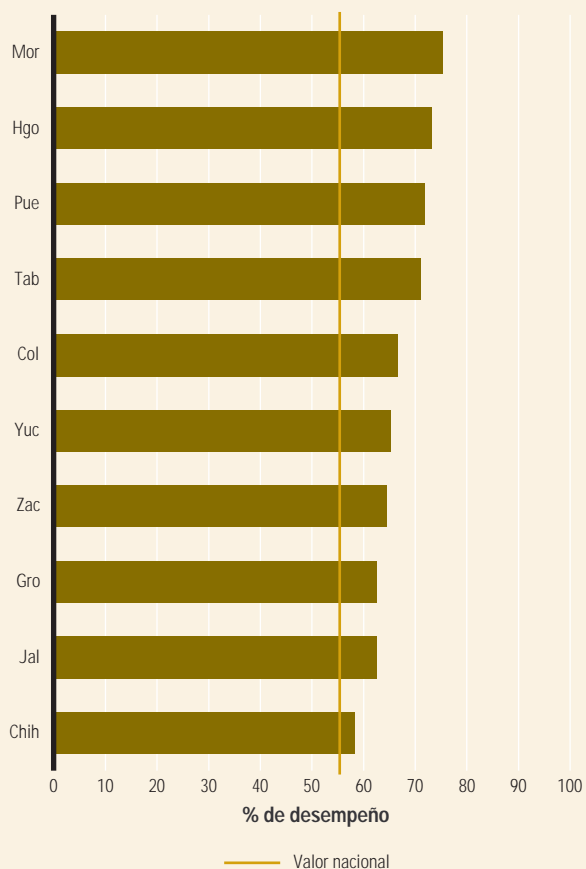
**L**a hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Tiene una asociación estrecha con la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón y cerebrovasculares, que contribuyen con 18.4% a la mortalidad general del país. Los factores de riesgo para estas enfermedades incluyen la falta de ejercicio físico, el sobrepeso y la obesidad, y el consumo de tabaco. Todos estos factores son susceptibles de modificarse mediante intervenciones sencillas y de bajo costo, que pueden reducir la carga de morbilidad y mortalidad.

El Programa de Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial pone énfasis en la prevención primaria y en la detección temprana de los casos mediante la búsqueda activa e intencio-

nada de las personas con factores de riesgo. Para estos objetivos, el Programa estableció un instrumento de detección común para diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad conocido como *escala de factores de riesgo*. Por otra parte, se está usando un método simplificado de capacitación para personas con diabetes e hipertensión arterial tendiente a fomentar la corresponsabilidad de los pacientes tanto en asegurar el control metabólico como en las cifras de tensión arterial.

Aunque en 2002 hubo una mejora de 15.4% en el desempeño global del Programa, todavía el nivel promedio de desempeño se encuentra distante de alcanzar su valor máximo. La cifra promedio del indicador compuesto se ubica en 55%.

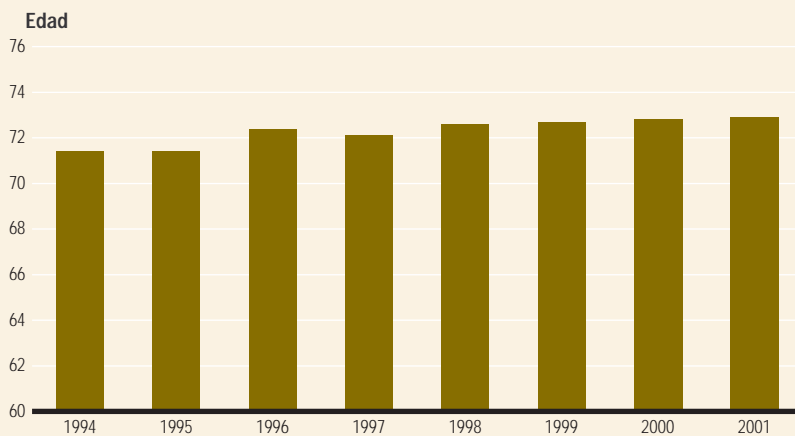
Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Hipertensión Arterial, México 2002



Morelos, Zacatecas y Chihuahua ingresaron a la lista de 10 entidades con mejores desempeños en el Programa de Hipertensión Arterial.

La edad promedio de muerte asociada con hipertensión arterial ha continuado incrementándose ligeramente.

Edad promedio de muerte asociada con hipertensión arterial, México 1994-2001



# Programa de Prevención y Control de las Adicciones

**El índice de desempeño de los Consejos Estatales contra las Adicciones** se define como el desempeño de los Consejos Estatales en los siguientes rubros: i) estructura; ii) organización; iii) desarrollo de programas; iv) cumplimiento de metas; v) recursos presupuestales; vi) nivel de interlocución y gestión, y vii) infraestructura para la atención.

La **Cobertura de Programas Municipales contra las Adicciones** se define como el porcentaje de municipios en los que se han instalado Comités Municipales contra las Adicciones o se desarrollan programas municipales, en relación con la totalidad de municipios existentes en la entidad.

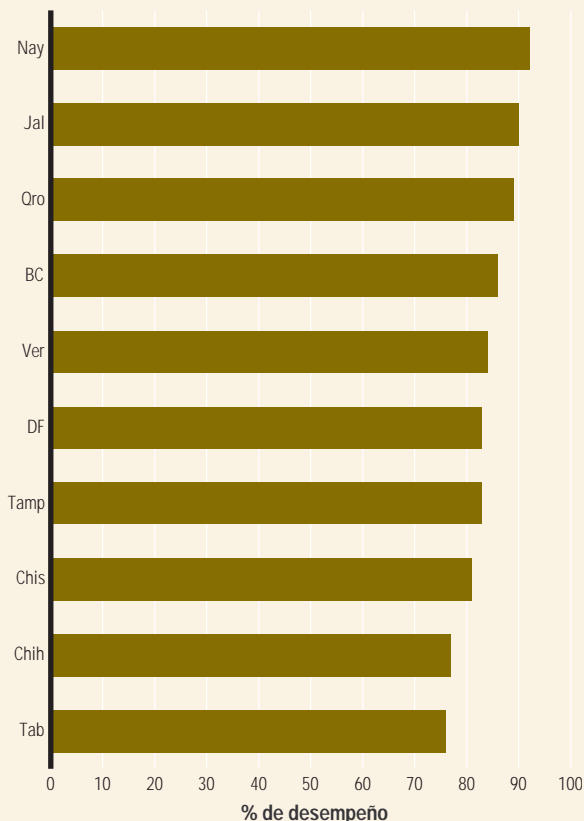
**E**n México se han establecido diversas políticas y programas con la finalidad de disminuir el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas. Sin embargo, debido al origen multifactorial del fenómeno y a la tendencia creciente en el consumo de sustancias adictivas, se requieren estrategias que fortalezcan la coordinación entre quienes participan en los ámbitos de la prevención y la atención. Simultáneamente, es necesario un mayor desarrollo en el rubro de la investigación científica para fundamentar el uso de las nuevas tecnologías y los modelos de intervención, así como un fortalecimiento de las medidas legislativas de control.

Las acciones de los Programas contra las Adicciones se orientan a la construcción de soluciones integrales y a lograr que las instituciones públicas y la socie-

dad trabajen juntos. Actualmente se consolidan los proyectos estratégicos dirigidos a poblaciones en riesgo mediante la definición de responsabilidades y la delimitación de tareas de las instituciones y organismos de los sectores público, social y privado en los tres órdenes de gobierno.

En 2002, de los 32 Consejos Estatales, 25% operó con un alto nivel de eficiencia, ya que contaron con una estructura funcional, nivel de gestión e interlocución, y recursos que les permitieron coordinarse con instituciones públicas, sociales y privadas en su entidad. Cada uno de estos Consejos cuenta con un responsable en los niveles estatal y jurisdiccional, quienes desarrollan estrategias e implementan acciones para darle seguimiento a los Programas contra las Adicciones.

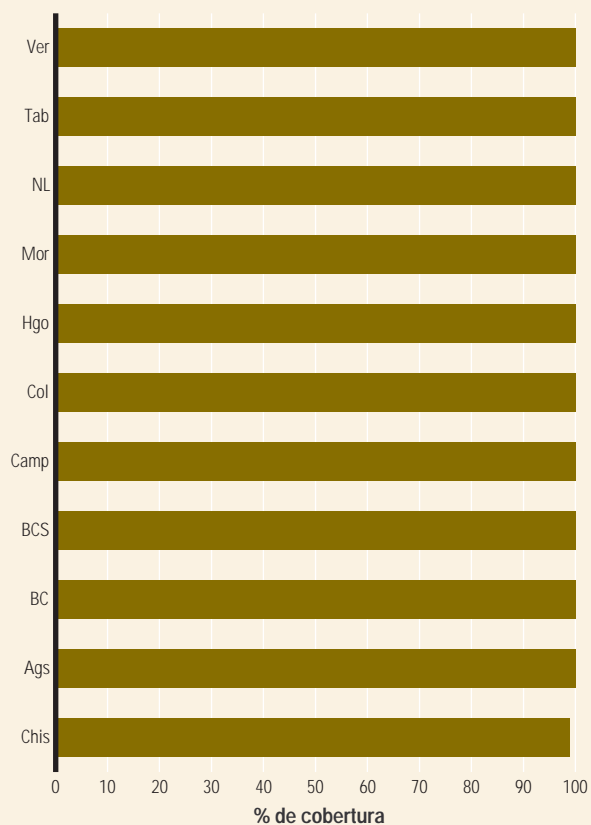
**Entidades con los mejores desempeños de los Consejos Estatales contra las Adicciones, México 2002**



**Nayarit y Jalisco muestran calificaciones superiores a 90 en el índice de desempeño de los programas estatales contra las adicciones.**

**En el año 2000 sólo existían 242 comités municipales contra las adicciones; actualmente la cifra es de 1,099.**

**Entidades con los mejores desempeños en la cobertura de programas municipales contra las adicciones, México 2002**





## Población con agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humano

**La población con agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humanos** se define como la proporción de habitantes del país que recibe agua desinfectada con cloro a través de sistema formal de abastecimiento. Las cifras de cloro residual deben ser iguales o mayores a la norma (0.2-1.5 mg/L).

La desinfección del agua destinada al uso y consumo humanos inactiva o destruye la mayor parte de los agentes patógenos que se pueden transmitir por esa vía.

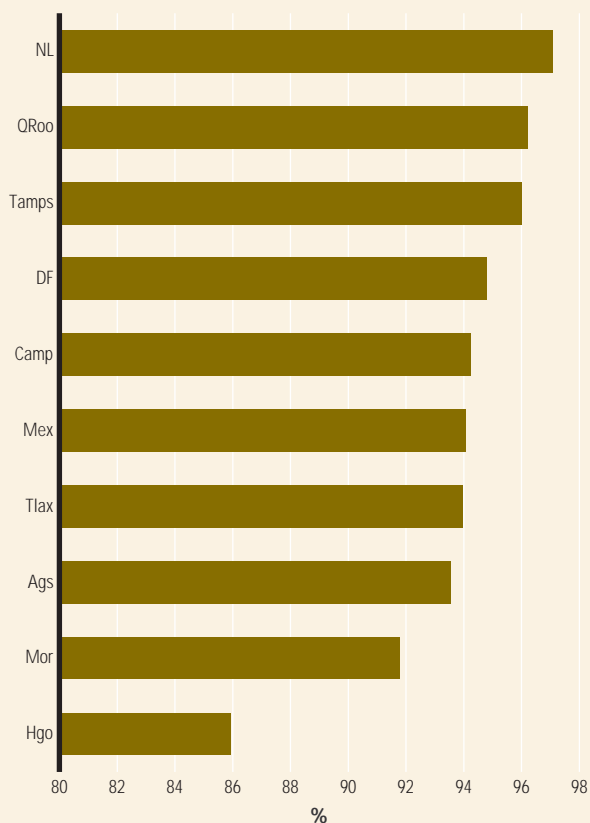
La vigilancia de los estándares de calidad de este recurso vital para la salud de la población fue establecida en 1991 por la Secretaría de Salud a través del Programa de Monitoreo de Cloro Residual en todas las entidades federativas. Este programa ha contribuido a mejorar de manera gradual el acceso de la población al agua de calidad bacteriológica. Los criterios de calidad del agua han ido cambiando desde que se inició el programa de monitoreo. Inicialmente se aceptaban cifras de cloro que estuvieran alrededor de los valores aceptados como norma, ya sea por abajo, dentro o por arriba de ésta. En 2001 este criterio se modificó. Actualmente el concepto de agua de calidad bacteriológica se define como aquella agua suministrada por un sistema de abastecimiento que está desinfectada y que mantiene un residual de cloro dentro y por arriba de la norma (0.2-1.5 y >1.5 mg/L). Este cambio modifica las cifras de cobertura que se publicaron en *Salud: México 2001*, donde se señalaba que 30% de la po-

blación del país no disponía de agua de calidad bacteriológica. Los datos de 2002 indican que 35% de la población del país no dispone de agua con este nivel de calidad.

Las nuevas estimaciones modificaron asimismo el nivel de desempeño de las entidades federativas en este rubro: sólo cinco estados que aparecieron con mejor desempeño en 2001 mantuvieron en 2002 un nivel de calidad del agua aceptable para uso y consumo humanos.

El reto actual del programa es aumentar y mantener la cobertura de agua de calidad bacteriológica en las entidades federativas, cumpliendo con lo establecido en la modificación a la NOM-127-SSA1-1994. Por otra parte, es necesario sumar esfuerzos a fin de que los sistemas de abastecimiento que todavía presentan deficiencias en el suministro de agua de calidad bacteriológica se resuelvan. Finalmente, el programa debe avanzar hacia aquella población que actualmente no cuenta con un sistema formal de abastecimiento para realizar su inclusión y así poder proteger a la población de riesgos sanitarios.

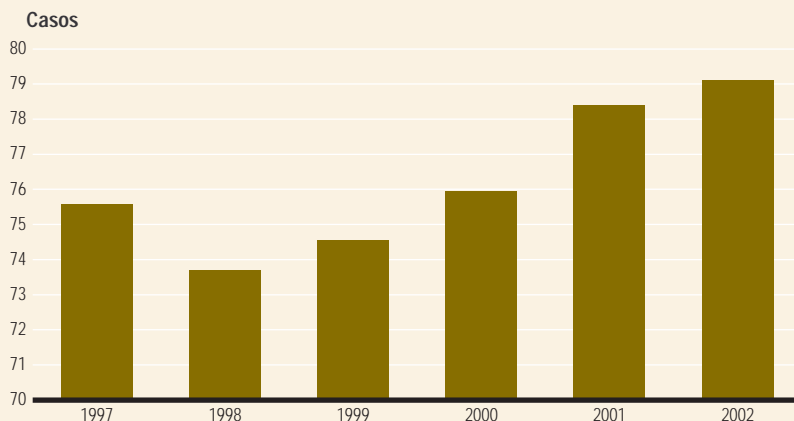
Entidades con los mejores desempeños en el porcentaje de población con agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humano, México 2002



Cinco de las 10 entidades federativas que en 2001 mostraron un desempeño sobresaliente en materia de agua de calidad bacteriológica mantuvieron en 2002 este nivel. Estas entidades fueron Campeche, Nuevo León, Tamaulipas, México e Hidalgo.

Alrededor del 21% de la población nacional sigue sin contar con agua de calidad bacteriológica.

Población con agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humano, México 1997-2002



## Yodación de la sal para consumo humano

**E**l desempeño del Programa Nacional de Vigilancia de la Sal se define como la relación entre las muestras de sal obtenidas para su análisis y el número total de muestras que las entidades federativas se comprometieron obtener. Se calcula dividiendo el número de muestras analizadas entre el número de muestras programadas o comprometidas.

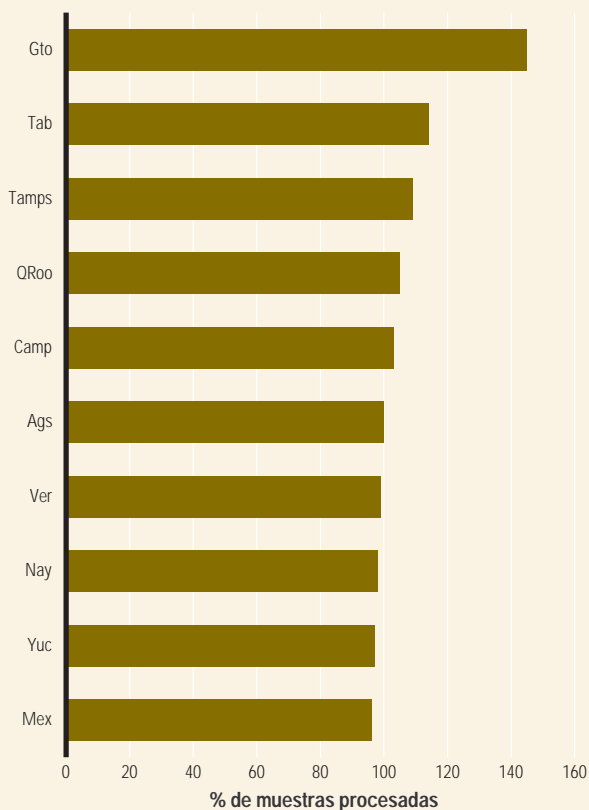
**E**l yodo es un micronutriente esencial para la vida. Su carencia en el organismo propicia inmadurez en el cerebro de los niños, sordera y falta de desarrollo. Debido al agotamiento de este elemento en la superficie del planeta, los gobiernos se han visto en la necesidad de asegurar su consumo en la dieta diaria de las personas. Está universalmente aceptado que el vehículo más adecuado para dotar de yodo a la población es la sal.

En México se estima que el consumo diario promedio de sal es de 13 a 15 gramos por habitante. Para alcanzar el nivel recomendado de consumo de yodo, se calcula que se requiere proporcionar al menos 15 miligramos del micronutriente por cada kilogramo de sal, situación que debe comprobarse en los puntos de venta de este producto. Gracias a las acciones de vigilancia sanitaria, México ha podido alcanzar la meta de proporcionar las concentraciones de yodo en sal necesarias para evitar los problemas por deficiencia de este elemento al 90% de los hogares. Lo anterior fue recono-

cido en el documento *Progreso hacia la Eliminación de los Trastornos por Carencia de Yodo* publicado por la Organización Mundial de la Salud.

Adicionalmente a la vigilancia sanitaria de la sal, se realizan acciones de vigilancia epidemiológica para detectar la presencia de bocio en la población, que es una de las manifestaciones de la carencia de este micronutriente. Este signo de hecho es uno de los indicadores utilizados en salud pública para vigilar la carencia de yodo, especialmente en la población infantil. Gracias a la adición de yodo en la sal, desde 2001 la tasa de bocio se ha ubicado en niveles inferiores a 2 por 100,000, lo que indica que la deficiencia de yodo ya no representa un problema de salud pública en nuestro país. En el momento actual, el reto del programa consiste en dar continuidad a los logros alcanzados, mantener la vigilancia sanitaria del producto e incrementar la vigilancia epidemiológica en las zonas de mayor riesgo.

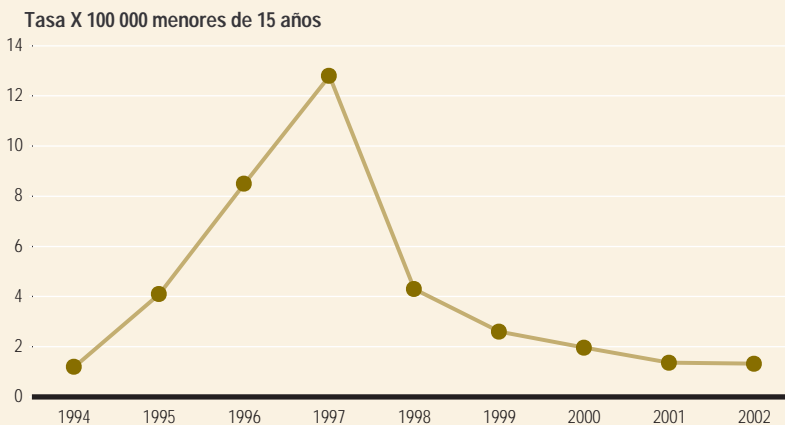
Entidades federativas con las mejores coberturas de vigilancia de sal para consumo humano, México 2002



Las entidades federativas con mejores desempeños en materia de vigilancia sanitaria de la sal fueron Guanajuato, Tabasco, Tamaulipas, Quintana Roo y Campeche.

Los casos de bocio en la población menor a 15 años han disminuido de manera significativa desde 1998.

Tasa de incidencia de bocio, México 1994-2002



## Porcentaje de Investigadores dentro del Sistema Nacional de Investigadores

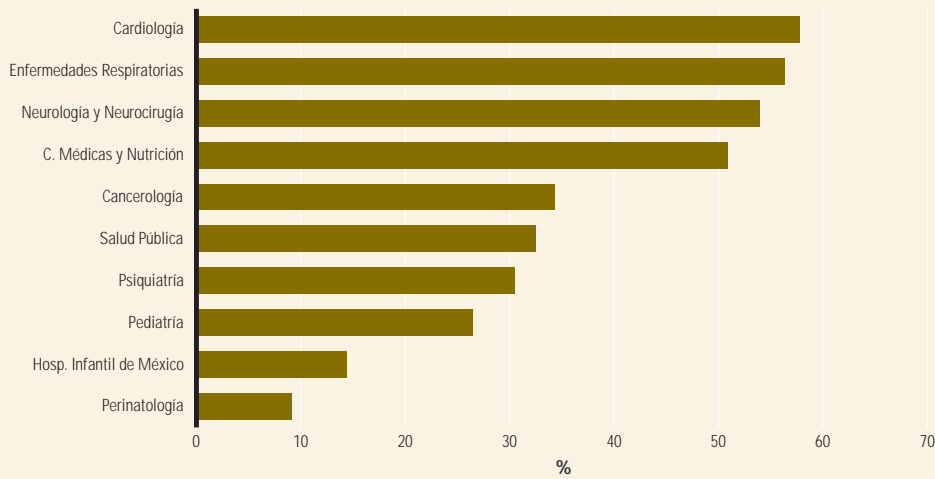
**E**l porcentaje de investigadores dentro del Sistema Nacional de Investigadores se define como el número de investigadores pertenecientes al SNI por cada 100 investigadores de una determinada institución en un año específico.

**E**l número de investigadores dentro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) ha crecido sostenidamente a partir de 1995: pasó de 5,868 en este año a 9,199 en 2002, para un crecimiento de 57% en el periodo.

En 2002 las instituciones de salud tenían registrados a 1,455 investigadores, de los cuales 577 pertenecen al SNI (39%). En las dependencias de la Secretaría de Salud destacan los Institutos Nacionales de Cardiología, de Enfermedades Respi-

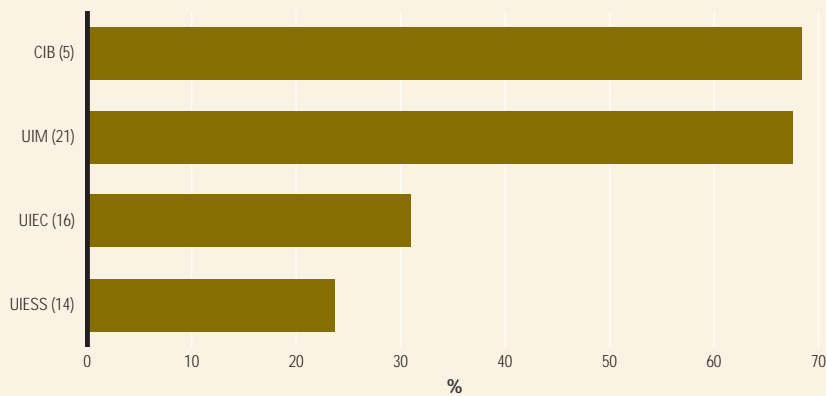
ratorias, y de Neurología y Neurocirugía con 57.8, 56.36 y 53.97% de sus miembros en el SNI, respectivamente. En el caso de los hospitales desconcentrados destaca el Centro Nacional de Rehabilitación con 31% de sus investigadores en el SNI. En cuanto al IMSS destacan los Centros de Investigación Biomédica y las Unidades de Investigación Médica con 68.4 y 67.5% de investigadores en el SNI, respectivamente.

**Porcentaje de investigadores que están en el Sistema Nacional de Investigadores. Institutos Nacionales de Salud, México 2002**



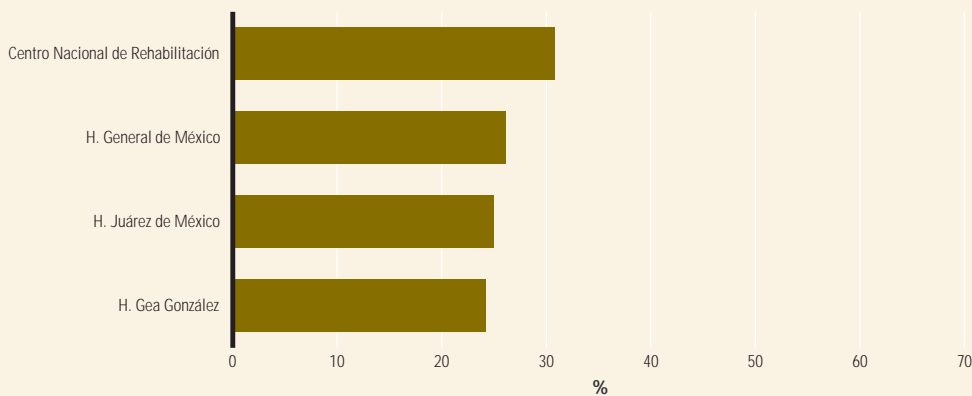
**Los Centros de Investigación Biomédica del IMSS presentan el porcentaje más alto de investigadores miembros del SNI: 68.4%.**

**Porcentaje de investigadores que están en el Sistema Nacional de Investigadores. IMSS, México 2002**



CIB: Centros de investigación Biomédica  
 UIM: Unidades de Investigación Médica  
 UIESS: Unidades de Investigación en Epidemiología Clínica (incluye una Unidad de Investigación Educativa y una Unidad de Economía de la Salud)

**Porcentaje de investigadores que están en el Sistema Nacional de Investigadores. Hospitales desconcentrados de la Secretaría de Salud, México 2002**



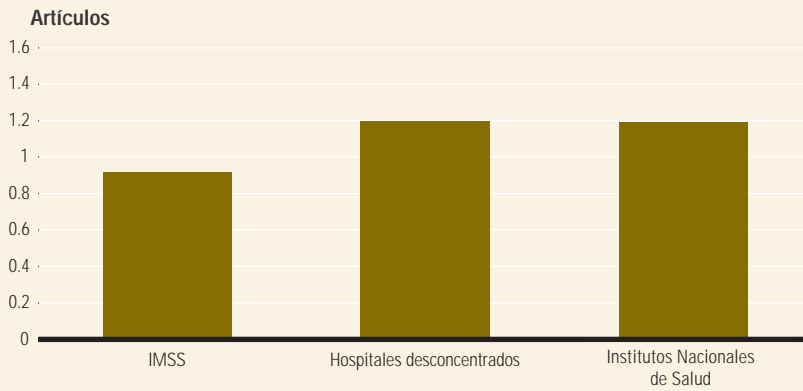
# Productividad de la investigación en salud

La **productividad en la investigación** se define como el número promedio de artículos publicados por investigador en revistas indizadas en un año. Se construye al dividir el número de artículos publicados en revistas indizadas en un período determinado entre el número de investigadores de ese mismo período.

La medición de la productividad en cualquier campo de la investigación constituye una tarea delicada ya que es prácticamente imposible reducir la complejidad de la investigación científica a un indicador numérico. No obstante esto, se siguen haciendo esfuerzos por medirla. Dos de los indicadores más utilizados son el número de protocolos registrados y el número de publicaciones científicas generadas.

En 2002 la productividad por investigador mejoró en las tres instituciones que se comparan. En 2001 el promedio de artículos publicados fue de alrededor de uno por investigador por año; en 2002 el promedio fue de poco más de 1.3.

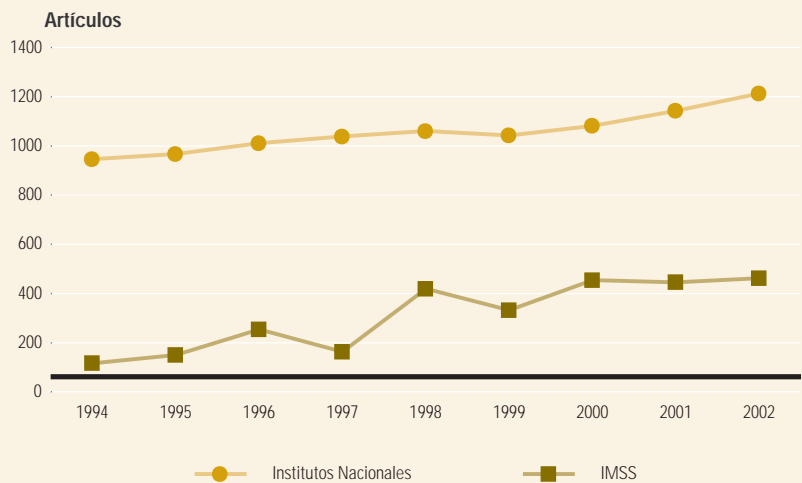
Artículos publicados por investigador, México 2002



En 2002 la productividad científica per cápita en la Secretaría de Salud fue superior a la del IMSS.

El número de artículos publicados por investigadores en revistas indizadas mejoró considerablemente respecto de 2001, sobre todo en los Institutos Nacionales de Salud.

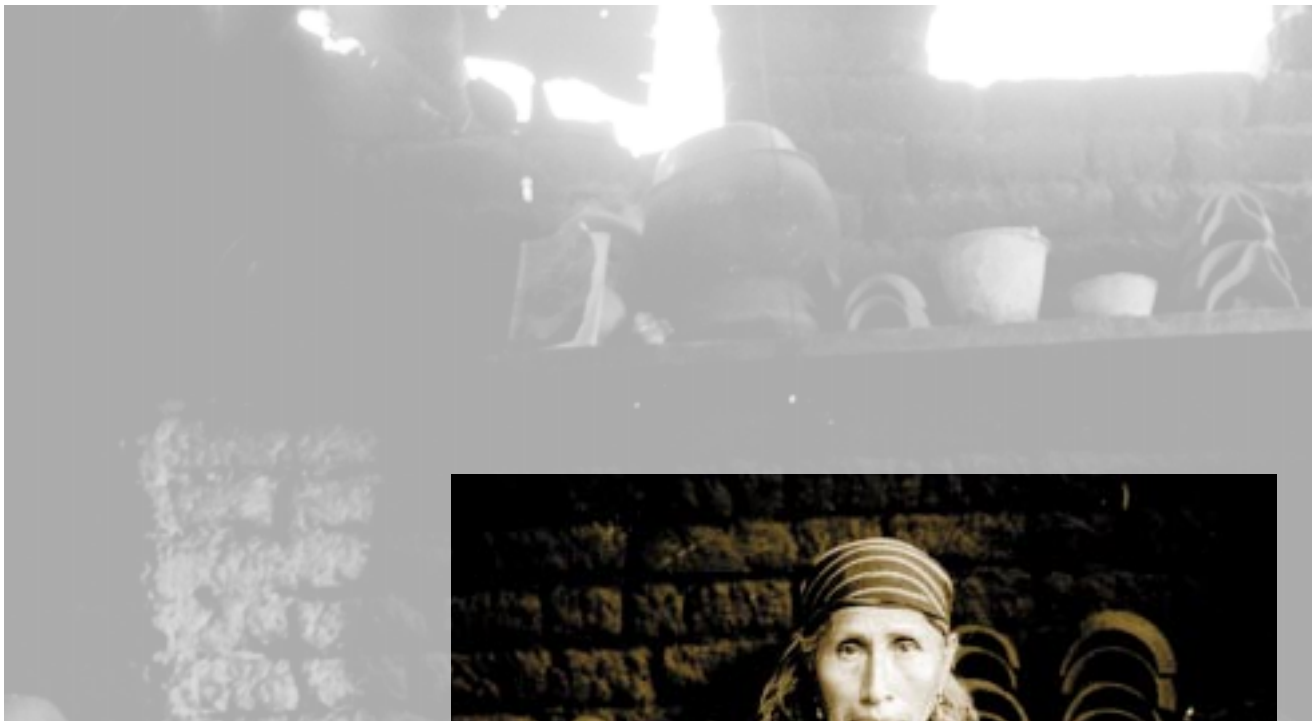
Artículos publicados en revistas indizadas, Institutos Nacionales de Salud e IMSS, México 1994-2002





# Desempeño de los Sistemas de Salud

- Condiciones de salud
- Trato
- Protección financiera



Las evaluaciones en el sector salud tradicionalmente se han dirigido a estudiar estructuras, procesos y/o resultados de servicios, programas y políticas. Estas evaluaciones han permitido medir el cumplimiento de metas operativas y, en ocasiones, cuantificar el impacto de dichos servicios, programas y políticas sobre algunos indicadores simples de condiciones de salud. Sin embargo, el cumplimiento de las metas operativas no siempre implica el éxito de una iniciativa de salud, y la suma del impacto de los logros de los servicios, programas y políticas no necesariamente constituye un fiel reflejo del *desempeño agregado* de un sistema de salud. Los sistemas son, por definición, distintos a la suma de sus partes.

Por estas razones resulta necesario complementar estas evaluaciones con evaluaciones dirigidas a medir el desempeño global de los sistemas de salud. Esto significa básicamente cuantificar el grado en el que se están alcanzando los objetivos finales de estos sistemas.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los *objetivos finales, básicos o intrínsecos* de los sistemas de salud son tres: i) mejorar la salud de la población; ii) ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, y iii) garantizar seguridad financiera en materia de salud.<sup>1</sup>

En este capítulo se presentan los resultados de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002 (ENED 2002), que se realizó entre noviembre de 2002 y abril de 2003 en 38,746 hogares de las 32 entidades federativas del país. Estos resultados nos permiten evaluar, utilizando indicadores de condiciones de salud, trato y justicia en el financiamiento, el desempeño agregado de los 32 sistemas estatales de salud. Esta es la primera vez en la historia del sector salud mexicano que se produce una evaluación de esta naturaleza.

## Objetivos y funciones de los sistemas de salud

La razón de ser de todo sistema de salud es mejorar la salud. Esto implica alcanzar el mejor nivel posible de salud para toda la población durante todo el ciclo de vida, lo que a su vez supone contar con un sistema de salud *efectivo*. Sin embargo, en ocasiones se puede proteger o mejorar la salud promedio de la población atendiendo de manera desproporcionada las necesidades de ciertos grupos privilegiados. Esto no es deseable. El sistema de salud, por lo tanto, tiene también la responsabilidad de reducir las desigualdades, mejorando preferentemente la salud de aquellos que están en peores condiciones. En este sentido el sistema de salud debe ser también *equitativo*.

Los sistemas de salud deben además ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, lo que significa ofrecer servicios de salud en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información. Esto es válido tanto para los servicios curativos como para los servicios ofrecidos a través de campañas preventivas o de promoción de la salud. El trato adecuado también supone la posibilidad de elegir al médico tratante o la clínica de primer

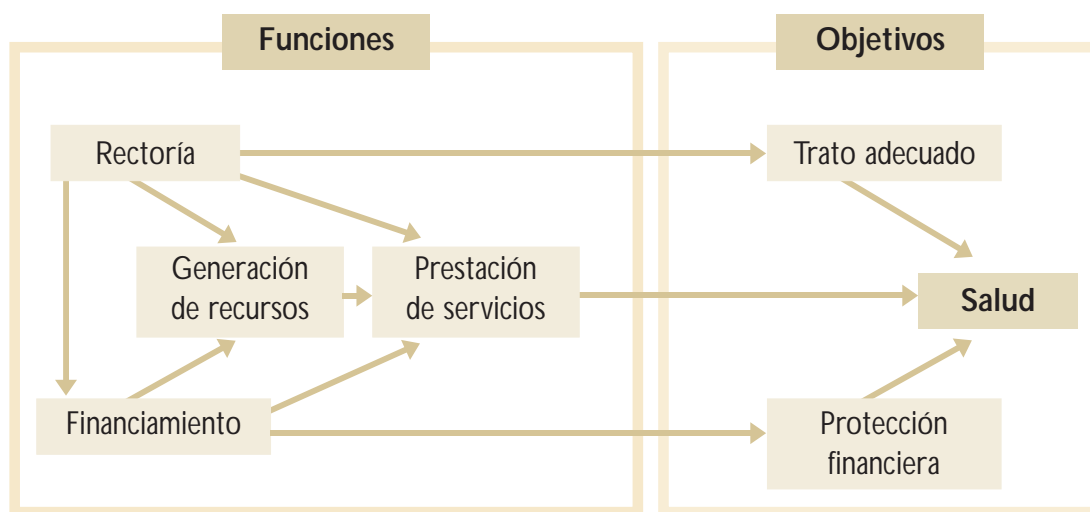
<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS, 2000.

contacto en la que se desea recibir la atención, disponer de servicios generales presentables en las unidades de salud, esperar tiempos de espera razonables por una consulta o una intervención, y tener acceso a redes de apoyo social, sobre todo durante las estancias hospitalarias.

Finalmente, el tercer objetivo básico de un sistema de salud es garantizar la seguridad financiera de los usuarios, lo que implica la existencia de esquemas de financiamiento de los servicios de salud justos –es decir, esquemas en donde la proporción del gasto en salud de los hogares respecto de su capacidad de pago sea igual para todos– y que protejan a la población contra gastos excesivos por motivos de salud. La seguridad en el financiamiento se mide calculando el porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud y el índice de justicia financiera.\*

Hay otros importantes objetivos de los sistemas de salud, como la disponibilidad de insumos, el acceso y la utilización de los servicios, y el uso eficiente de recursos, entre otros. A estos objetivos, sin embargo, se les ha denominado *instrumentales* porque son deseables sólo en la medida en que contribuyen a mejorar las condiciones de salud, el trato adecuado o la seguridad financiera, es decir, en la medida en que contribuyen a alcanzar los objetivos intrínsecos o medulares del sistema de salud.

De acuerdo con la OMS, los objetivos de un sistema de salud se alcanzan mediante el desempeño de cuatro funciones básicas: la prestación de servicios, el financiamiento de dichos servicios, la rectoría del sistema y la generación de recursos para la salud (Figura 1).



**Figura 1. Funciones y objetivos de un sistema de salud**

\* Los *gastos catastróficos* en salud son aquellos gastos que los hogares se ven obligados a hacer para atender sus necesidades de salud y que impactan de manera negativa la satisfacción de otras necesidades básicas, como la vivienda, la alimentación o la educación.

## Evaluación de los objetivos finales de los sistemas de salud

Las evaluaciones en el sector salud se han ubicado en el ámbito de las funciones, en particular en la esfera de la prestación, y se han centrado en medir el logro de los servicios y programas. A través de indicadores simples, se ha medido el grado en que se alcanzan los llamados objetivos de estructura y proceso de estos servicios y programas (por ejemplo, disponibilidad de infraestructura y equipo, disponibilidad de personal de salud, cumplimiento de metas en la prestación de servicios) y el impacto de dichos servicios y programas sobre ciertos indicadores simples de salud (por ejemplo, tasa de fecundidad, incidencia de sarampión, prevalencia de hipertensión, prevalencia de diabetes mellitus). Sin embargo, como se mencionó anteriormente, el cumplimiento de las metas de los servicios o los programas no garantiza el mejoramiento de las condiciones de salud. Asimismo, el impacto positivo sobre ciertos indicadores simples de salud tampoco garantiza un impacto positivo sobre los indicadores de salud agregados (mortalidad infantil, esperanza de vida).

El reto ahora es sumar a las evaluaciones de los servicios, programas y políticas, las evaluaciones dirigidas a medir el grado en que se están alcanzando los objetivos últimos del sistema de salud, utilizando para ello indicadores de condiciones de salud, trato adecuado y protección financiera.

En el caso de las condiciones de salud, la OMS propone utilizar indicadores que resuman la mayor cantidad posible de eventos de atención a la salud, como la esperanza de vida al nacer, la esperanza de vida saludable (EVISA), la sobrevivencia de los menores de 5 años, la mortalidad de los adultos o la auto-percepción del estado de salud. En todos estos casos el indicador debe dar cuenta tanto del nivel promedio alcanzado por la población bajo estudio como de su distribución entre los distintos grupos de la sociedad. Para este trabajo se decidió utilizar como indicadores de las condiciones de salud la auto-percepción del estado de salud y la prevalencia de limitaciones en la movilidad y el autocuidado.

Para la evaluación del trato la OMS propone utilizar mediciones de lo que ha llamado trato adecuado. Este indicador se descompone en ocho ámbitos, a saber: trato digno, comunicación, autonomía, confidencialidad en el manejo de la información, atención pronta, calidad de los servicios generales y elección del proveedor de la atención en el primer nivel. Para la atención hospitalaria sugiere agregar además el acceso a redes sociales de apoyo. Los ocho ámbitos de este indicador fueron evaluados en la ENED 2002.

Finalmente, para darle seguimiento a la protección financiera, la OMS sugiere utilizar indicadores que midan tanto la justicia en el financiamiento de los servicios de salud como la protección que ofrecen los sistemas de salud contra el riesgo de empobrecimiento por motivos de salud. Para este trabajo se utilizaron como indicadores de protección financiera el porcentaje de hogares con seguro de salud, el porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud y el índice de justicia financiera.

## Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002

La ENED 2002 se llevó a cabo en 38,746 hogares entre noviembre de 2002 y abril de 2003. Es una encuesta que tiene representatividad por entidad federativa y por estratos rural y urbano.

Por lo que se refiere a las condiciones de salud, los resultados de esta encuesta nos indican que los hombres tienen una percepción de su salud mejor que las mujeres. A nivel nacional poco más de 70% de ellos calificaron su estado de salud como bueno, destacando en este rubro los estados de Colima, Quintana Roo y Campeche. En contraste, poco más de 60% de las mujeres calificaron de esta manera su estado de salud, con el Distrito Federal y Jalisco con cifras particularmente bajas.

En el indicador de "individuos mayores de 60 años con dificultad extrema para realizar sus actividades de auto-cuidado" se observan también diferencias entre hombres y mujeres. A nivel nacional hay un poco más de 250 mil hombres que refieren presentar este tipo de dificultad. En Nuevo León y Guanajuato los porcentajes son particularmente elevados. Esta dificultad afecta a 288 mil mujeres, con cifras muy elevadas en Quintana Roo.

Por lo que toca al trato que reciben los usuarios de los servicios de salud en México, la ENED 2002 indica que de los ocho ámbitos del trato, la atención pronta fue la que recibió los menores porcentajes de aprobación (poco más de 70%). A nivel de institución, el IMSS y el ISSSTE presentaron los porcentajes más bajos, de poco más de 60 por ciento, y los servicios privados los más altos, con porcentajes superiores a 80 por ciento.

Al igual que en otros estudios llevados a cabo en diversos países, los ámbitos con mejores calificaciones fueron los relacionados con el respeto a los derechos humanos. En esta encuesta en particular, la confidencialidad y la comunicación en la atención ambulatoria, y el trato digno y la comunicación en la atención hospitalaria, fueron los ámbitos mejor calificados, con cifras de aprobación de casi 90 por ciento. Aquí también a nivel de institución las mejores cifras las obtuvieron los servicios privados y los porcentajes más bajos, las instituciones de seguridad social. Cabe destacar el extraordinario desempeño del estado de Zacatecas en prácticamente todos los ámbitos y en las dos esferas de atención, ambulatoria y hospitalaria. Guerrero mostró también un buen desempeño consistente en todos los ámbitos en atención hospitalaria.

Finalmente, los datos de esta encuesta corroboran los datos de las encuestas recientes de ingresos y gastos que indican que más del 55% del gasto total en salud en México es gasto de bolsillo. Esta cifra contrasta con las del Reino Unido (11%), Países Bajos (9%), Francia (10%) y Colombia (29%). No sorprende, por lo mismo, que de acuerdo con los datos de este estudio, alrededor de 893,000 hogares mexicanos (3.9% del total de hogares) hayan incurrido en el último trimestre previo a la encuesta en gastos catastróficos por motivos de salud. Este gasto se define como un gasto en salud superior al 30 por ciento del ingreso disponible, que es el ingreso con el que se cuenta una vez cubiertos los gastos de vivienda, alimentación y educación. Los hogares más afectados fueron los hogares pobres no asegurados. La entidades con mayores porcentajes de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud fueron Zacatecas, Michoacán y Chiapas. Las entidades con menores porcentajes fueron Aguascalientes, Colima y Yucatán. Un hogar de Michoacán o Chiapas corre un riesgo cinco veces mayor de incurrir en gastos catastróficos por motivos de salud que un hogar de Yucatán.

Estos últimos datos son consistentes con lo encontrado en el índice de justicia en la contribución financiera, que mide el grado de equidad en el financiamiento del sistema de salud. Yucatán, Colima y Nuevo León presentaron las mejores cifras, que contrastan con las de Michoacán, Chiapas, Durango y Zacatecas. Nuevo León y Colima son también dos de las ocho entidades que presentan porcentajes de aseguramiento en salud mayores de 60 por ciento.

## Percepción del estado de salud

El porcentaje de individuos que califican como bueno su estado de salud, es el resultado de sumar a los individuos que responden que su salud es buena o muy buena, dividiendo el resultado entre el total de sujetos entrevistados y multiplicando este cociente por 100. El porcentaje de individuos que califican como malo su estado de salud es resultado del mismo proceso, sumando, en este caso, los individuos que califican como mala o muy mala su situación actual de salud.

La información confiable y oportuna sobre la salud de la población es un requerimiento básico para la evaluación del sistema de salud. Aunque todavía las condiciones de salud de la población son medidas a través de indicadores de mortalidad o de los reportes institucionales sobre demanda de atención entre ciertas enfermedades, poco a poco va ganando terreno la medición de la salud positiva de la población.

Usualmente la salud se define de una forma negativa, como la ausencia de enfermedad. Por lo regular, al medir el estado de salud, se toma la salud como un nivel basal y se miden las desviaciones que de éste nivel se producen.

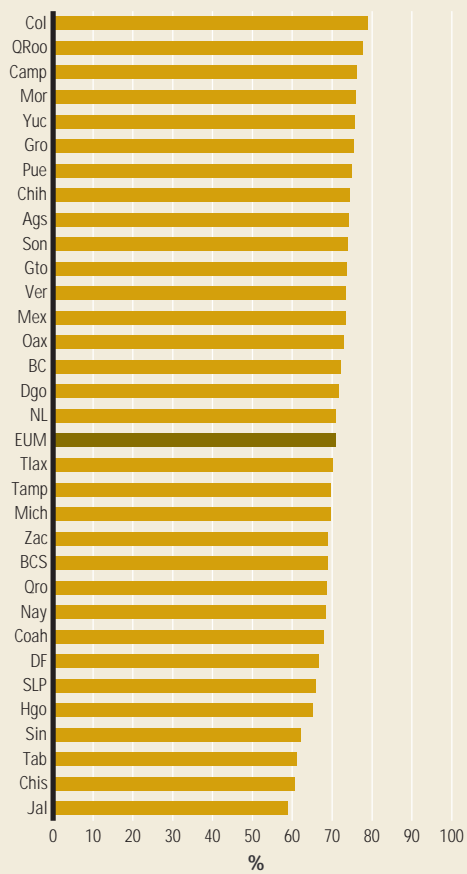
Una alternativa útil para la medición de la salud poblacional es la aplicación de encuestas en las cuales se pregunta a la población sobre su percepción del estado de salud en que se encuentran. Esta estrategia ha mostrado ser confiable y consistente y puede proporcionar cifras que son representativas de diversos subgrupos de la sociedad. Una ventaja adicional de esta

medición es que refleja el concepto amplio de salud como un estado de bienestar integral y no sólo se limita a detectar las alteraciones de tipo fisiológico o clínico.

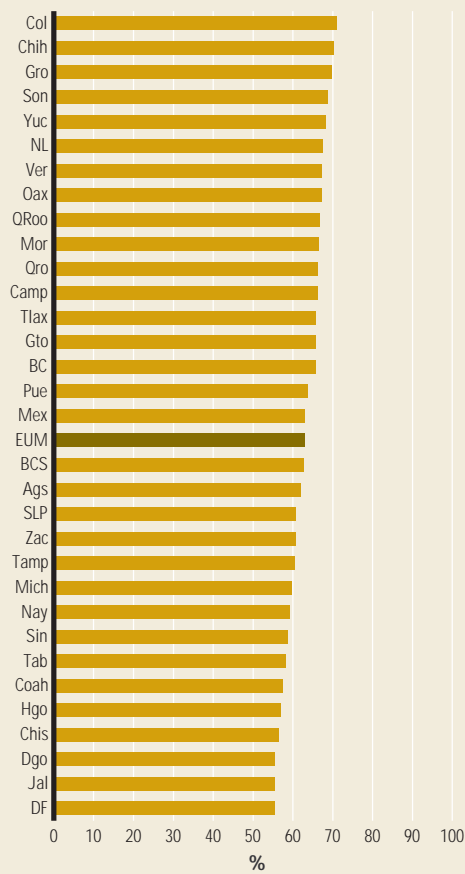
Los resultados de la ENED 2002, muestran resultados consistentes con lo observado en otros lugares del mundo y en estudios anteriores en nuestro país. La percepción del estado de salud de los mexicanos es mejor entre hombres que entre mujeres. En ambos sexos la percepción de buena salud disminuye conforme se incrementa la edad y se asocia de maneja negativa con la escolaridad. Por ejemplo, para individuos de la misma edad, el porcentaje que califican como mala su salud es cuatro veces menor entre los que cuentan con educación superior que entre quienes no realizaron estudios formales.

En resumen, 62% de las mujeres mayores de 18 años en México perciben que su estado de salud es bueno y 70% de los hombres opinan lo mismo sin observarse variaciones importantes entre los estados.

Porcentaje de hombres mayores de 18 años que califican su salud como buena por entidad federativa, México 2002

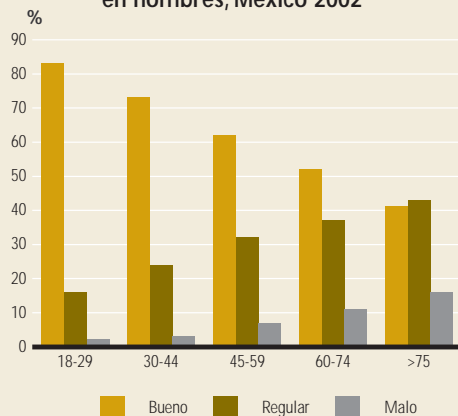


Porcentaje de mujeres mayores de 18 años que califican su salud como buena por entidad federativa, México 2002

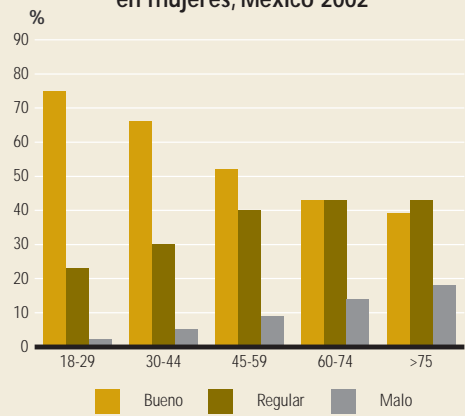


A nivel nacional, sólo 62% de las mujeres califican su estado de salud como bueno. En los hombres este porcentaje asciende a poco más de 70%.

Percepción del estado de salud por edad en hombres, México 2002



Percepción del estado de salud por edad en mujeres, México 2002



El porcentaje de individuos que califica su estado de salud como bueno disminuye con la edad.



## Población con limitaciones en la movilidad y el autocuidado

El porcentaje de **población con limitaciones en la movilidad** es el cociente de la división del número de personas que calificaron su limitación en movilidad como extrema entre el total de personas entrevistadas.

El porcentaje de **individuos con limitaciones para el autocuidado** es el cociente de la división del número de personas que calificaron su limitación para el autocuidado como extrema entre el total de personas entrevistadas.

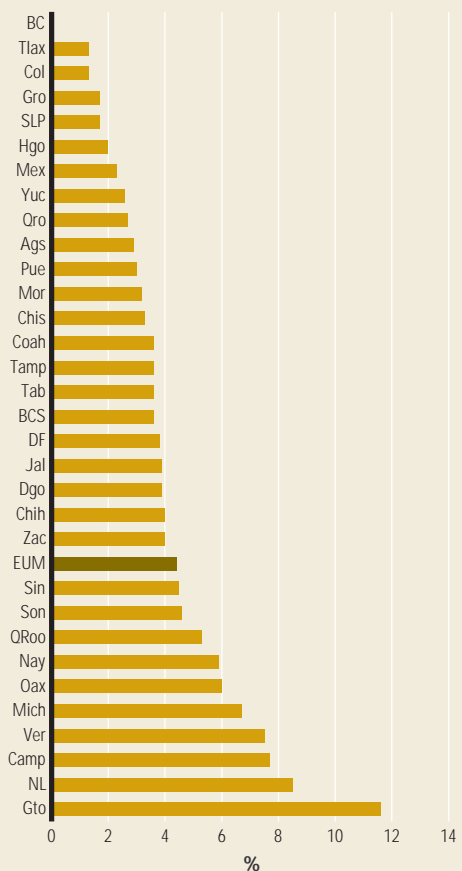
La medición de las funciones físicas, cognitivas, psíquicas y sociales de las personas está contribuyendo a definir de una manera más comprehensiva los estados de salud y las necesidades correspondientes. Las personas que presentan alguna limitación en estas funciones ven mermada su calidad de vida, alteran la dinámica familiar, y requieren de cuidados de parte de los servicios de salud, las familias y la comunidad.

El funcionamiento se define como la capacidad que tienen las personas para desempeñar todas las actividades relacionadas con un cierto nivel de autonomía esperado en virtud de la edad, el sexo y un patrón cultural específico. Los dominios funcionales se clasifican en directos e indirectos. Entre los primeros destacan la medición del dolor, la movilidad, el estado de ánimo y el nivel de conciencia. Los dominios indirectos incluyen la funcionalidad en el autocuidado y en el desarrollo de actividades habituales. La medición

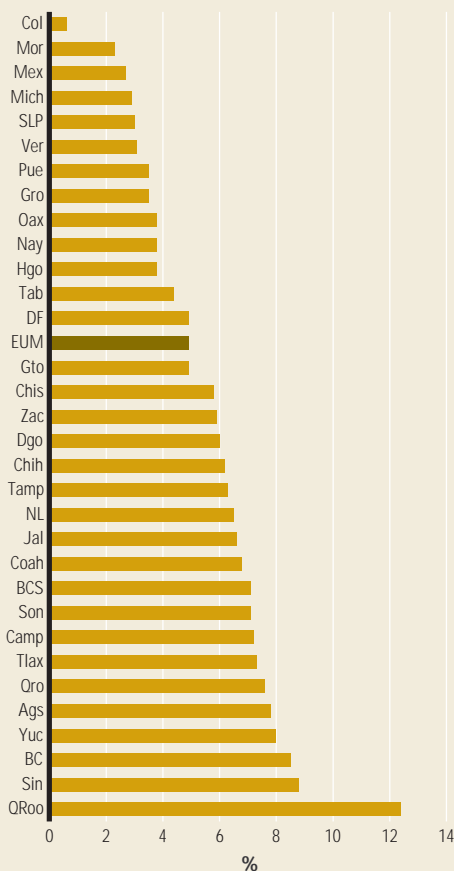
de las alteraciones de los dominios funcionales directos permiten prever la demanda de servicios toda vez que son los primeros en afectarse en presencia de una enfermedad. Por otra parte, la afectación de los dominios indirectos se relaciona con grados variables de dependencia de las personas hacia sus familias o a los proveedores de servicios.

Uno de los dominios funcionales directos es la movilidad, que mide la capacidad de las personas para desplazarse de un lugar a otro. 3.5% de las mujeres del país presentan una limitación extrema de esta función. En los hombres este porcentaje es de 2.5. Esta función se deteriora de manera creciente a medida que se incrementa la edad. Respecto de las funciones indirectas, se observa que 1% de la población nacional presenta una limitación extrema en las funciones de autocuidado. Estas personas dependen completamente de otras para realizar actividades de aseo personal, como bañarse, vestirse y peinarse.

Porcentaje de hombres mayores de 60 años que reportan dificultad extrema para realizar sus actividades de autocuidado, México 2002

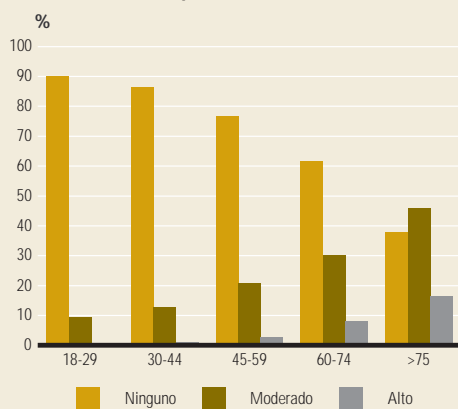


Porcentaje de mujeres mayores de 60 años que reportan dificultad extrema para realizar sus actividades de autocuidado, México 2002

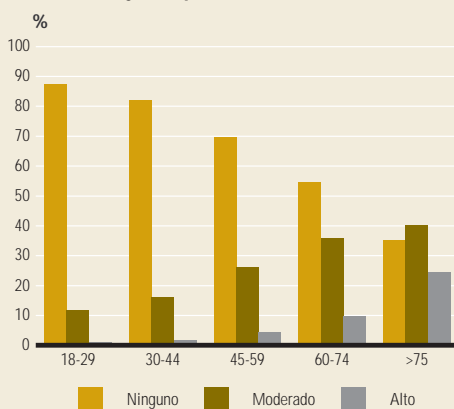


Las limitaciones en el autocuidado son un poco más frecuentes en las mujeres.

Grado de limitación en la movilidad en hombres por edad, México 2002



Grado de limitación en la movilidad en mujeres por edad, México 2002



Las alteraciones de la movilidad aumentan con la edad.

# Autonomía

El porcentaje de aprobación de la **autonomía** es el resultado de dividir el número de individuos que califican como buena o muy buena la oportunidad que el sistema de salud les ofrece para participar en la toma de decisiones con respecto a su salud, entre el total de entrevistados por 100.

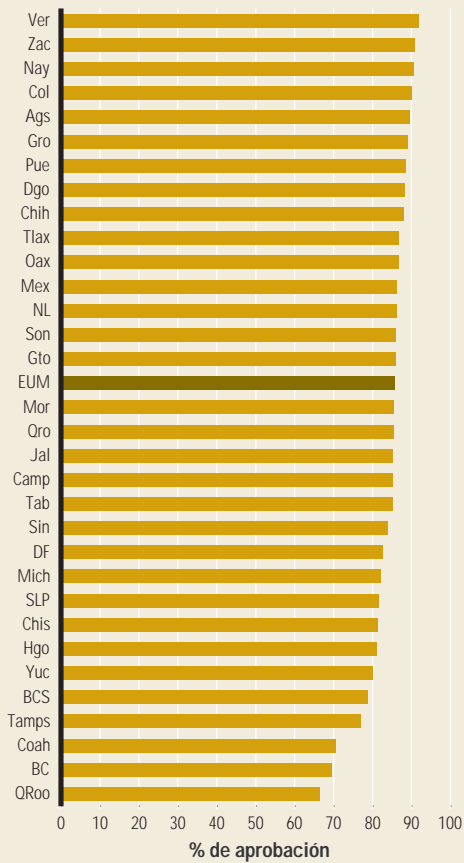
La relación entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud –no sólo médicos sino también enfermeras y personal administrativo– es una relación asimétrica. La incertidumbre y la vulnerabilidad que la enfermedad genera en el individuo que busca atención médica lo pone en desventaja frente a la autoridad del médico u otros miembros del personal de salud. Por esta razón es muy importante promover el respeto de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud.

Evaluar la autonomía supone medir el grado en que el sistema de salud ayuda a que la información que maneja el personal de salud llegue a los usuarios de una forma comprensible y les permita tomar decisiones informadas acerca de

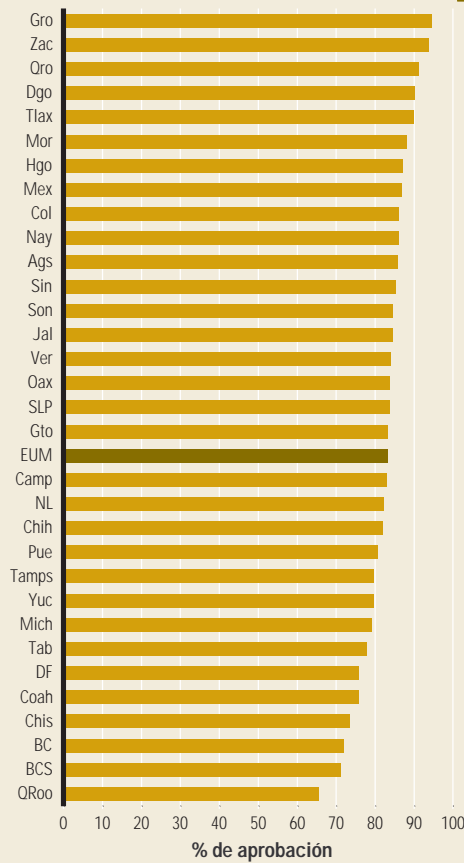
su enfermedad y sus posibles alternativas de tratamiento. Aunque puede argumentarse que el ejercicio de la autonomía implica limitar el papel del médico como experto, el objetivo de este dominio es proteger la capacidad del usuario de tomar decisiones informadas sobre su salud. En este sentido, la autonomía no es más que el ejercicio de la libertad individual.

En la ENED 2002, la autonomía recibió las calificaciones más bajas de los ámbitos relacionados con los derechos humanos básicos, en particular en la atención hospitalaria. Las calificaciones otorgadas a los servicios privados, tanto en la atención ambulatoria como en la hospitalaria, fueron mucho más altas que las otorgadas a los servicios públicos.

**Aprobación de la autonomía en la atención ambulatoria, México 2002**



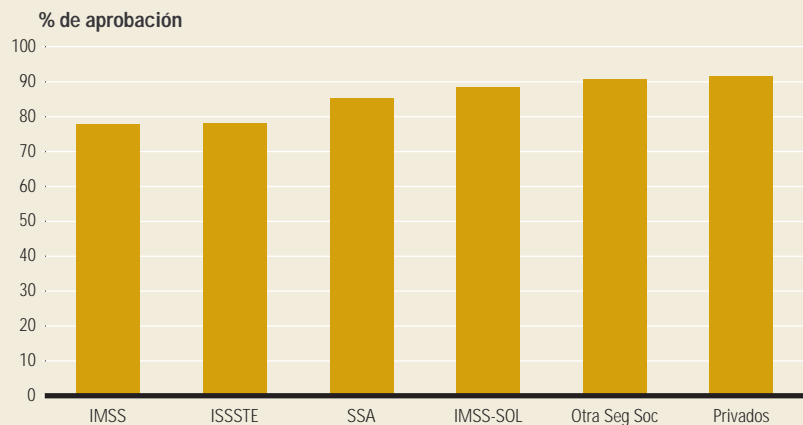
**Aprobación de la autonomía en la atención hospitalaria, México 2002**



Los porcentajes de aprobación del ámbito autonomía fueron mayores de 70% en casi todas las entidades federativas.

La autonomía recibió los porcentajes de aprobación más altos en los servicios privados y los más bajos en las dos grandes instituciones de seguridad social.

**Aprobación de la autonomía en la atención ambulatoria según institución proveedora del servicio, México 2002**



# Trato digno

El porcentaje de aprobación del **trato digno** es el resultado de dividir el número de individuos que califican como bueno o muy bueno el trato con respeto a su dignidad e intimidad, entre el total de entrevistados por 100.

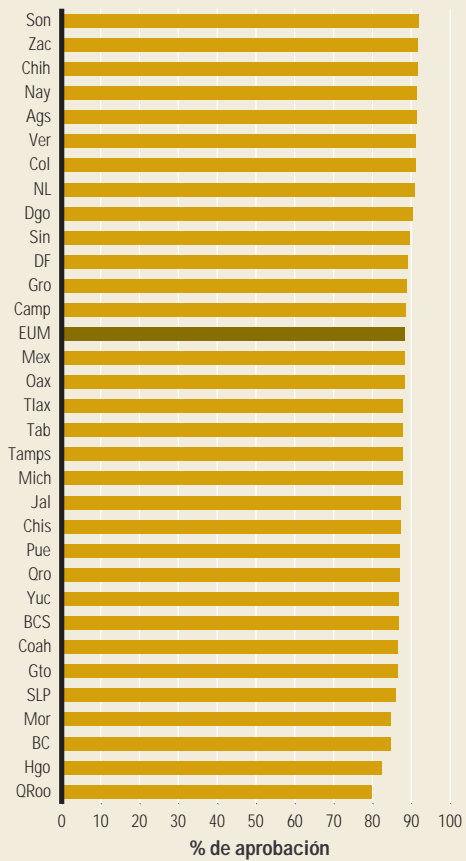
Las personas que buscan atención médica no son sólo pacientes, son individuos en pleno ejercicio de sus derechos. El término de trato digno hace referencia al derecho que tienen las personas a ser tratadas con respeto, interés y cortesía por parte del personal de salud.

La importancia que la población atribuye al trato digno en los servicios de salud es alta. Una de las solicitudes más constantes entre los pacientes es la de "humanizar" la atención médica. El maltrato de pacientes y familiares por razones económicas o por consideraciones de género, clase social, raza o nacionalidad debe ser evitado en cualquier ámbito del sistema de salud. Tampoco el tipo de padecimiento debe condicionar la forma en que se trata a los usuarios. De hecho, el trato respetuoso tendría que ser enfatizado en padecimientos que por su propia naturaleza han sido estigmati-

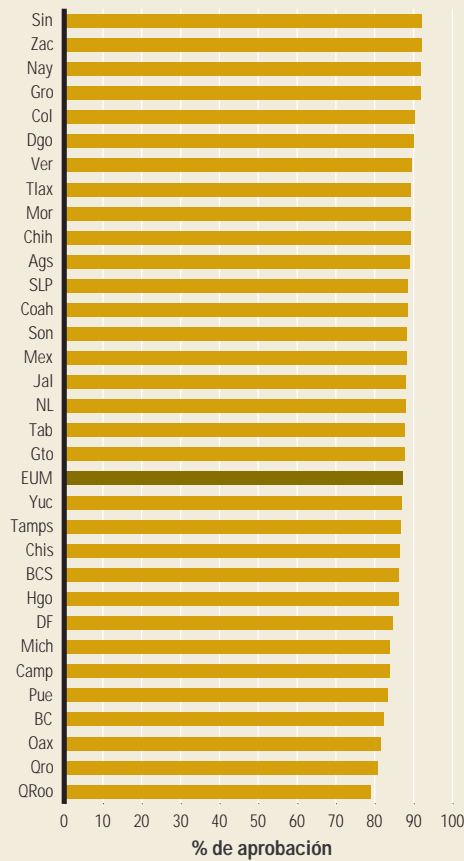
zados por la sociedad, generando discriminación y aislamiento. Un aspecto adicional que debe ser tomado en cuenta es el de la privacidad. Los exámenes físicos, los procedimientos terapéuticos y la atención del parto, entre otros, deben tomar en cuenta las preocupaciones y expectativas de las personas relacionadas con el respeto a su intimidad.

El trato respetuoso fue bien calificado en la mayoría de las entidades federativas, las cuales muestran porcentajes de aprobación superiores al 79%, tanto para los servicios públicos como para los privados. No obstante, debe destacarse que 3.8% de los usuarios de los servicios hospitalarios y 2.7% de los usuarios de los servicios ambulatorios indicaron haber recibido algún tipo de maltrato en los servicios de salud en el último año. Los motivos más frecuentes de maltrato fueron la falta de dinero y el género del paciente.

**Aprobación del trato digno en atención ambulatoria por entidad federativa, México 2002**



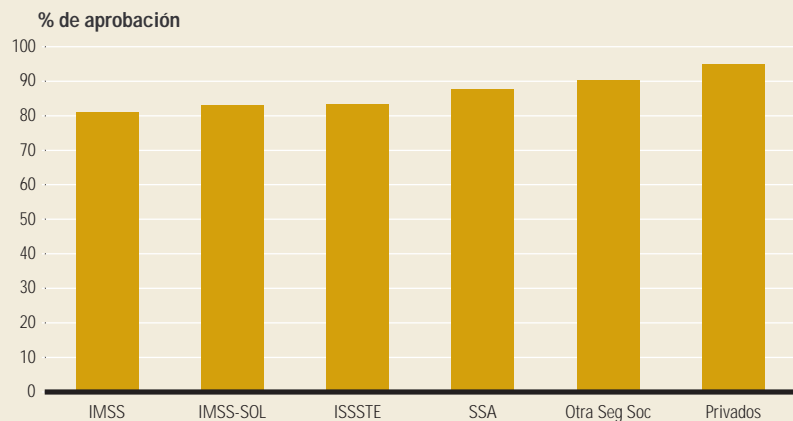
**Aprobación del trato digno en atención hospitalaria por entidad federativa, México 2002**



El trato digno es uno de los ámbitos con porcentajes de aprobación más altos en todas las entidades federativas.

En todos los proveedores de servicios el porcentaje de aprobación del ámbito trato digno es superior al 80%.

**Aprobación del trato digno por institución en atención ambulatoria, México 2002**



# Comunicación

El porcentaje de aprobación de la **comunicación** es el resultado de dividir el número de individuos que califican como buena o muy buena la posibilidad de realizar preguntas y recibir información de calidad con respecto a su padecimiento y a sus alternativas de tratamiento, entre el total de entrevistados por 100.

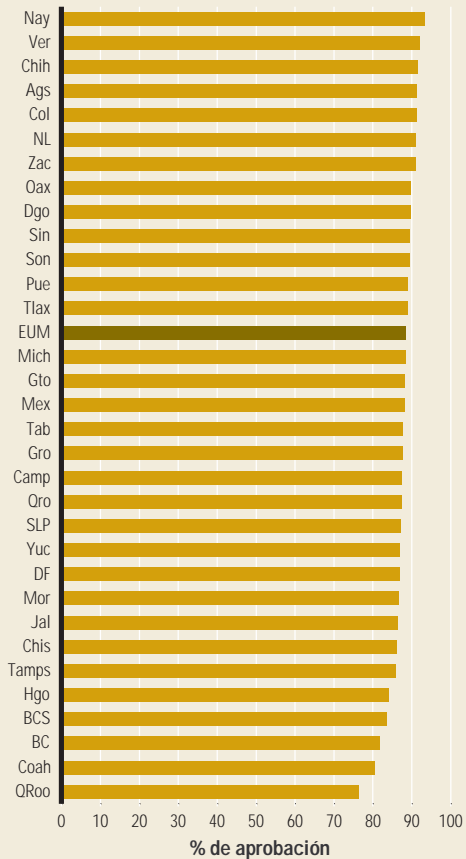
La cantidad y calidad de la información que se intercambia entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud es uno de los insumos básicos de toda acción de salud. En el ámbito de los servicios personales, la información que se le proporciona al paciente es en sí misma un resultado de la intervención, ya que disminuye la incertidumbre y el temor inherentes a la enfermedad, y le proporciona al paciente elementos para contender con la situación que enfrenta.

Cuando el personal de salud le proporciona al paciente información sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, se abre la posibilidad de que el paciente participe en la toma de decisiones relacionadas con su problema de salud. En estas circunstancias es muy probable que

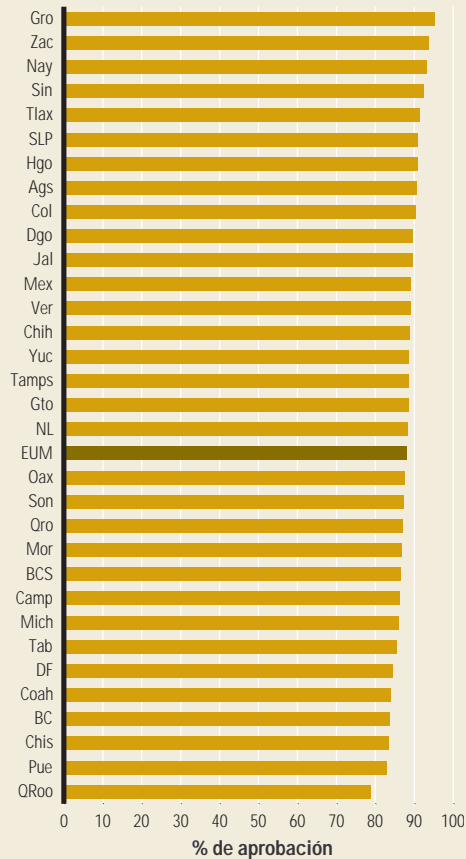
el paciente concluya que él también es responsable de su curación y no un simple sujeto de la atención. Diversos estudios internacionales han demostrado que la comunicación es uno de los dominios del trato adecuado que más se relacionan con los derechos humanos básicos.

De acuerdo con la ENED 2002, en México la comunicación en la atención proporcionada por el sistema de salud mexicano es mejor calificada en el medio rural que en el urbano, y no existen diferencias en la percepción de la comunicación entre los servicios ambulatorios y hospitalarios. Por lo que se refiere al tipo de proveedor, las calificaciones más bajas de este dominio se observaron en los tres grandes subsistemas del sector público.

**Aprobación de la comunicación en la atención ambulatoria, México 2002**



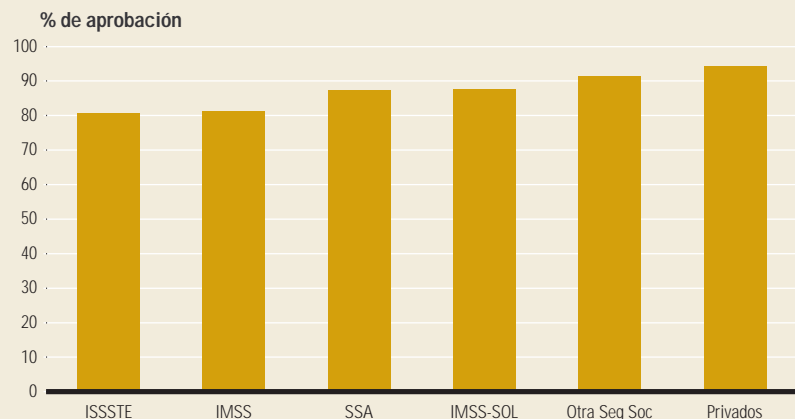
**Aprobación de la comunicación en la atención hospitalaria, México 2002**



A nivel nacional, más del 85% de los usuarios aprobó el nivel de comunicación en las consultas médicas. En la atención hospitalaria, Guerrero presentó un porcentaje de aprobación superior a 95%.

Los servicios de salud privados y los proporcionados por instituciones como PEMEX y las Fuerzas Armadas muestran altos porcentajes de aprobación del ámbito comunicación a nivel nacional.

**Aprobación de la comunicación en atención ambulatoria por institución, México 2002**





# Confidencialidad

El porcentaje de aprobación de la **confidencialidad** es el resultado de dividir el número de individuos que califican como buenos o muy buenos los esfuerzos por garantizar la privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su salud, entre el total de entrevistados por 100.

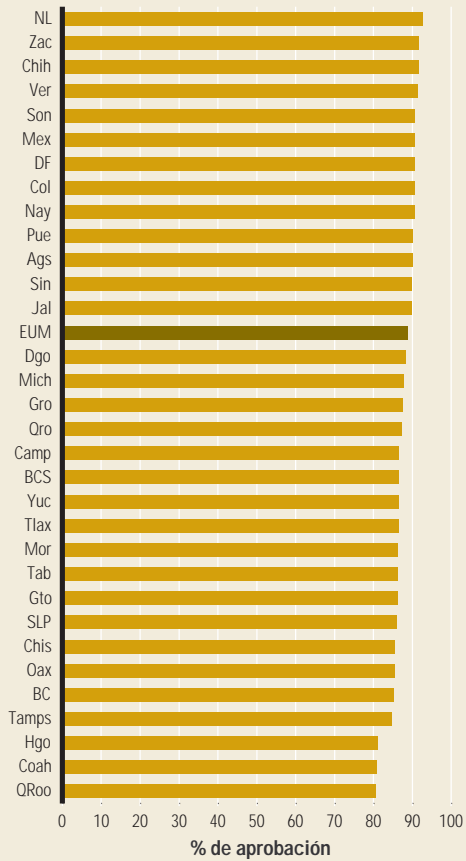
“**E**n un pequeño centro de salud rural esperan la atención del médico cinco personas de la misma localidad. Una sábana cuelga en el marco de la puerta que divide el consultorio de la sala de espera. En su interior, el médico interroga a una mujer sobre el motivo de la consulta. Este diálogo es seguido con atención por el resto de los usuarios.”

El escenario anterior puede parecer exagerado. No lo es; es muy común. Una de las expectativas que tienen las personas cuando interactúan con el sistema de salud es que su información personal se mantenga resguardada de la indiscreción de terceros. Este derecho debe ser promovido y asegurado por los prestadores de servicios de salud mediante arreglos institucionales que incluyan espacios adecuados para la privacidad de las consultas médicas, mecanismos de protección de los expedientes clínicos y el consentimiento del paciente para divulgar parte o la totalidad de la información personal.

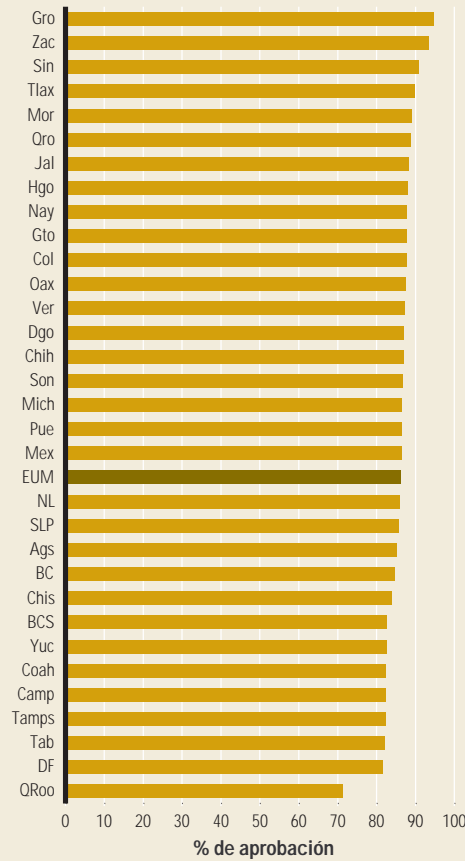
Hay situaciones específicas donde la divulgación de la información personal afecta los derechos humanos. Un portador de VIH puede ser despedido de su trabajo si su condición es conocida y mal interpretada por el empleador. En otras ocasiones la divulgación de la información personal puede ser necesaria por razones de salud pública. En estos casos debe promoverse que el propio individuo decida compartir dicha información con las demás personas en situaciones de riesgo.

Los resultados de la ENED 2002 señalan que la confidencialidad en el manejo de la información personal fue mejor percibida por los usuarios de la atención ambulatoria. En general, los jóvenes dieron calificaciones más bajas a este ámbito, tanto para la atención ambulatoria como hospitalaria. Los servicios privados fueron mejor calificados.

**Aprobación de la confidencialidad de la información en servicios ambulatorios por entidad federativa, México 2002**



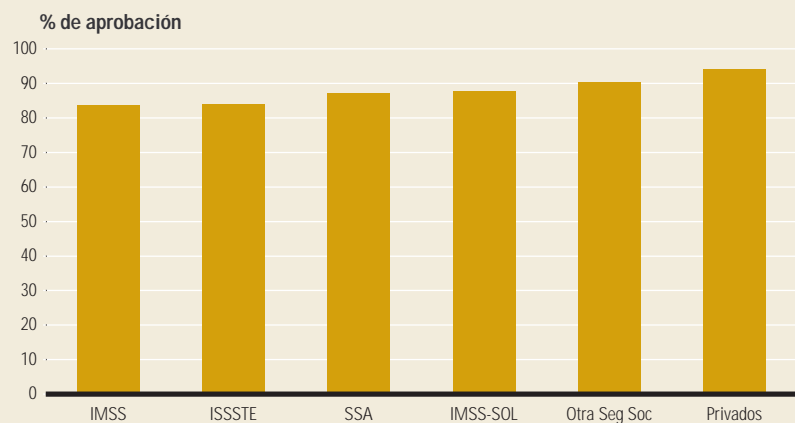
**Aprobación de la confidencialidad de la información en servicios hospitalarios por entidad federativa, México 2002**



Los porcentajes de aprobación del manejo confidencial de la información personal son más altos en la atención ambulatoria en todas las entidades federativas.

Las diferencias en confidencialidad son menores entre los proveedores de servicios respecto de otros ámbitos de trato.

**Aprobación de la confidencialidad de la información por institución proveedora del servicio en atención ambulatoria, México 2002**



# Atención pronta

El porcentaje de aprobación de la **atención pronta** es el resultado de dividir el número de individuos que califican como bueno o muy bueno el tiempo que tardan en ser atendidos, entre el total de entrevistados por 100.

La atención pronta se refiere al tiempo y factores que median entre el inicio de la búsqueda de atención y la interacción con el prestador de servicios. Incluye el componente de accesibilidad a los servicios de salud en cualquiera de sus modalidades (geográfica, cultural y económica).

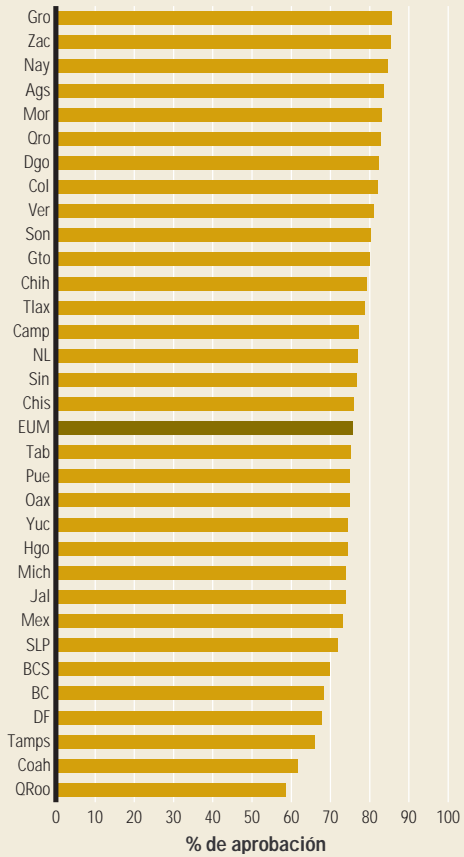
La disponibilidad de unidades de atención y un acceso conveniente para los usuarios, asociados a tiempos de espera razonables, contribuyen al bienestar de las personas mediante la percepción de seguridad y reducción del estrés. Este dominio se mide en tiempos de traslado y espera para recibir atención, tanto en consulta externa como en urgencias, y en tiempos de espera para recibir intervenciones más complejas (cirugías, tratamiento de cáncer, etc.).

La rapidez en la atención a la salud es un determinante básico de la percepción que el usuario tiene de la calidad de los servicios que ofrece un sistema de sa-

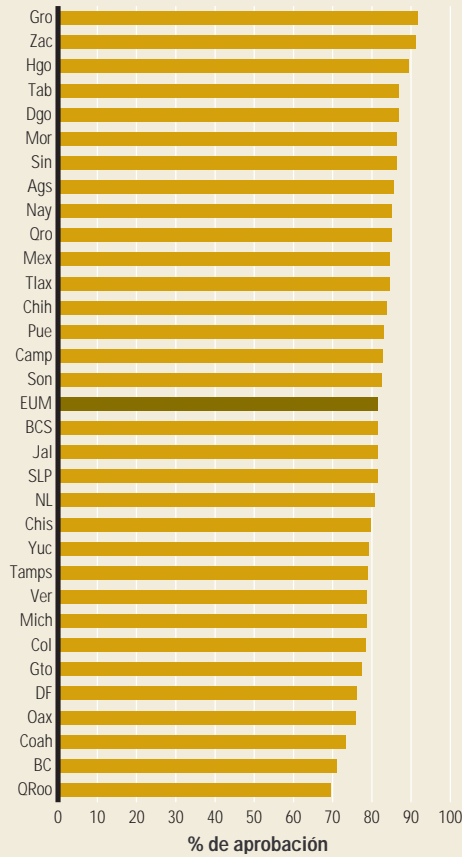
lud. El retraso en la atención médica produce molestias en el usuario y puede agravar la condición de salud cuando se trata de una urgencia médica. Se considera que la atención es suficientemente pronta cuando los tiempos de traslado y espera no provocan molestias adicionales a los usuarios de los servicios de salud más allá de los que ha provocado la enfermedad.

Los resultados de la ENED 2002 muestran que la atención pronta es uno de los elementos del trato adecuado que la población identifica como más deficientes. Las calificaciones son particularmente bajas en la atención ambulatoria. En las instituciones públicas los niveles más altos de satisfacción se encuentran entre los usuarios de los servicios de la Secretaría de Salud y en algunas instituciones de seguridad social, como PEMEX y las Fuerzas Armadas.

**Aprobación de la atención pronta en usuarios de servicios ambulatorios por entidad federativa, México 2002**



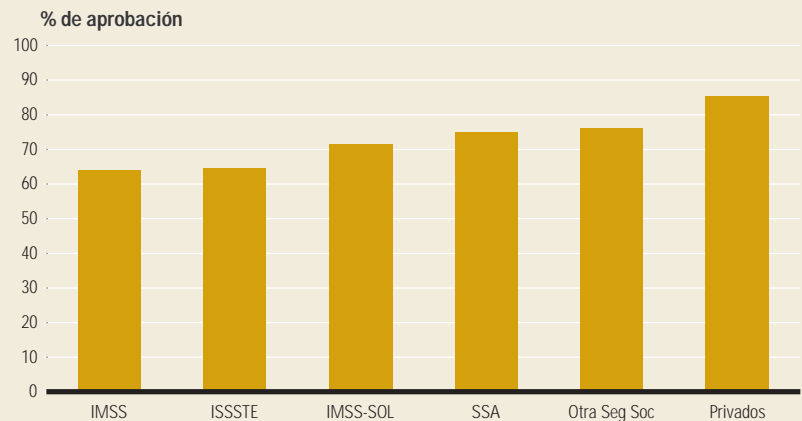
**Aprobación de la atención pronta en usuarios de servicios hospitalarios por entidad federativa, México 2002**



Guerrero y Zacatecas presentan los porcentajes de aprobación más altos en el ámbito de atención pronta.

Los servicios privados muestran un mejor desempeño en materia de atención pronta. Las calificaciones más bajas se observan en algunas instituciones de seguridad social.

**Aprobación de la atención pronta en servicios ambulatorios por institución, México 2002**



## Elección del proveedor de servicios de salud

El porcentaje de aprobación de la **capacidad de elección del proveedor** es el resultado de dividir el número de individuos que califican como buena o muy buena la posibilidad que tienen para elegir al médico tratante y la unidad donde serán atendidos, entre el total de entrevistados por 100.

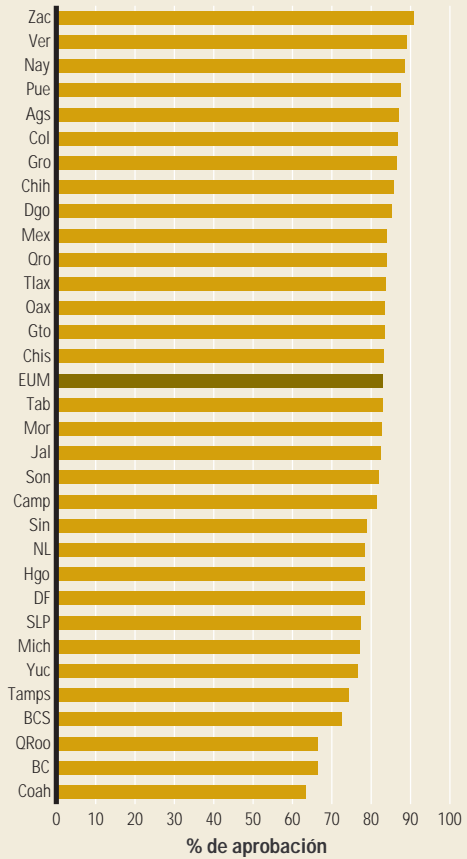
La libertad del usuario para elegir la unidad de salud o el médico de su preferencia es un tema que no se ha incorporado de manera definitiva a la agenda de nuestro sistema de salud. Pareciera que la posibilidad de elegir al proveedor de servicios de salud es un lujo frente a la escasez de recursos y la forma en que se organiza la provisión de servicios en las instituciones públicas de salud. Sin embargo, aún en estas condiciones los usuarios desarrollan estrategias informales para ejercer este derecho.

Aunque en nuestro sistema de salud el usuario tiene la opción de elegir un proveedor privado para recibir atención médica, la capacidad de la población para acceder a estos servicios está restringida

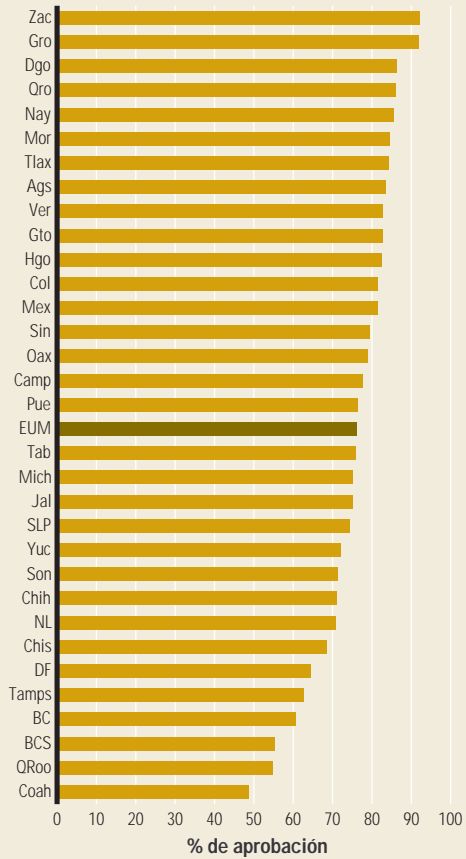
por razones económicas. Las instituciones de la seguridad social y del Seguro Popular de Salud están discutiendo ya la posibilidad de establecer arreglos institucionales que eventualmente permitan la libre elección del proveedor en la atención ambulatoria.

Los resultados de la ENED 2002 muestran que las calificaciones más bajas para la capacidad de elección del proveedor de servicios se presentaron en las instituciones de seguridad social, tanto en la atención ambulatoria como en la hospitalaria. Los porcentajes más altos en este ámbito se otorgaron a los servicios privados, que están casi 20 puntos porcentuales por arriba de los servicios públicos.

**Aprobación de la capacidad de elección del proveedor de servicios en atención ambulatoria, México 2002**



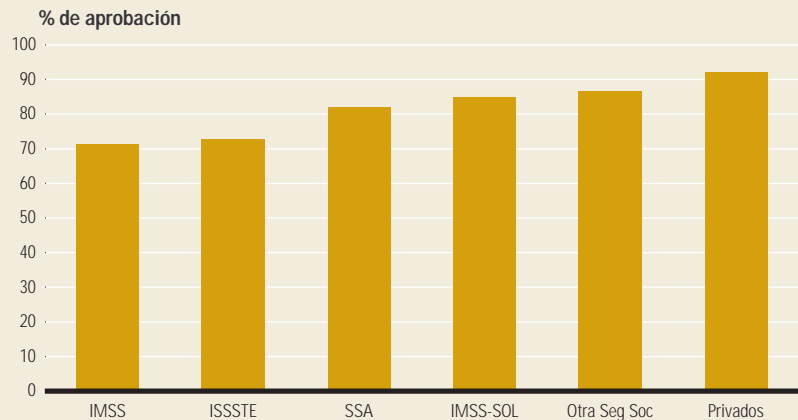
**Aprobación de la capacidad de elección del proveedor de servicios en atención hospitalaria, México 2002**



Los porcentajes de aprobación de la capacidad de elección del proveedor de servicios son más altos en la atención ambulatoria.

**Aprobación de la capacidad de elección del proveedor de servicios ambulatorios por institución, México 2002**

Los porcentajes más bajos en la elección del proveedor de servicios ambulatorios corresponden a las instituciones de seguridad social.



## Comodidades básicas

El porcentaje de aprobación de las **comodidades básicas** es el resultado de dividir el número de individuos que califican como buenas o muy buenas las condiciones de limpieza, amplitud y ventilación, tanto de las salas de espera como en las habitaciones y los consultorios, entre el total de entrevistados por 100.

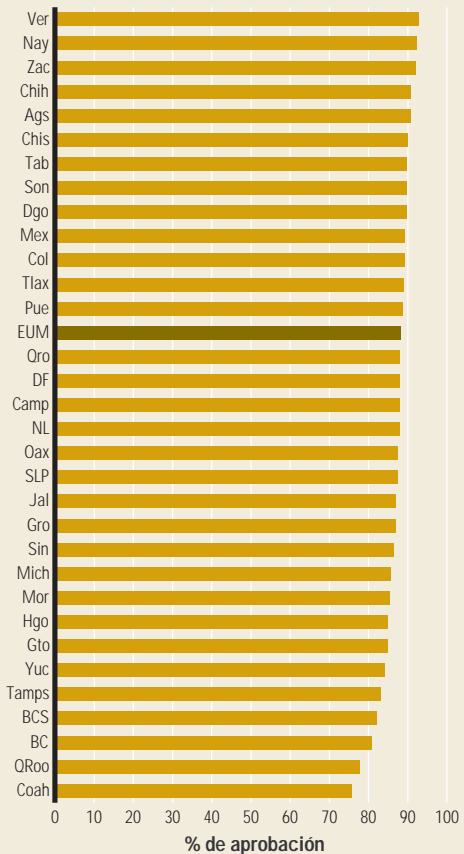
La limpieza, ventilación, iluminación y la disponibilidad de insumos y mobiliario básicos en salas de espera, consultorios y en cuartos de hospital son factores que propician una estancia confortable de los usuarios en las unidades de salud. La alimentación suficiente y de buena calidad en los hospitales también contribuye al bienestar de los pacientes.

Aunque los recursos financieros suelen ser insuficientes para asegurar ambientes confortables en las unidades de salud, hay condiciones mínimas que deben cumplirse mediante acciones de conservación y mantenimiento de las unidades para que la estadía de los usuarios en las instalaciones de salud transcurra de la mejor manera posible.

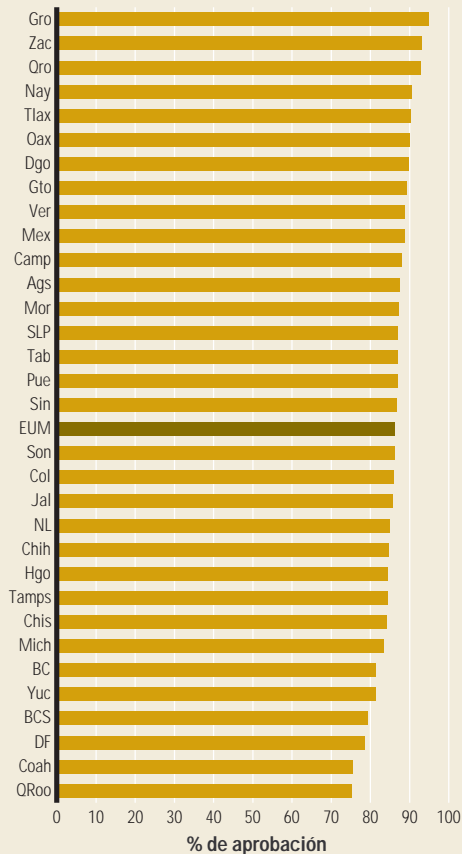
De acuerdo con la ENED 2002, las comodidades básicas en el sector priva-

do tienden a ser mejor calificadas por los usuarios. Sin embargo, no debe olvidarse el papel que juegan las expectativas de las personas en la calificación otorgada a este dominio en las encuestas. Una calificación favorable puede ser producto de un buen servicio o de una expectativa limitada que puede ser fácilmente cubierta con un mínimo de condiciones. Esta razón puede explicar que las calificaciones de las comodidades básicas disminuyan conforme se incrementa el nivel de escolaridad de las personas y, también, que las calificaciones en el medio rural sean siempre más altas que en el urbano, a pesar de no contar con el mismo tipo de instalaciones y recursos.

Porcentaje de aprobación de las comodidades básicas en la atención ambulatoria por entidad federativa, México 2002



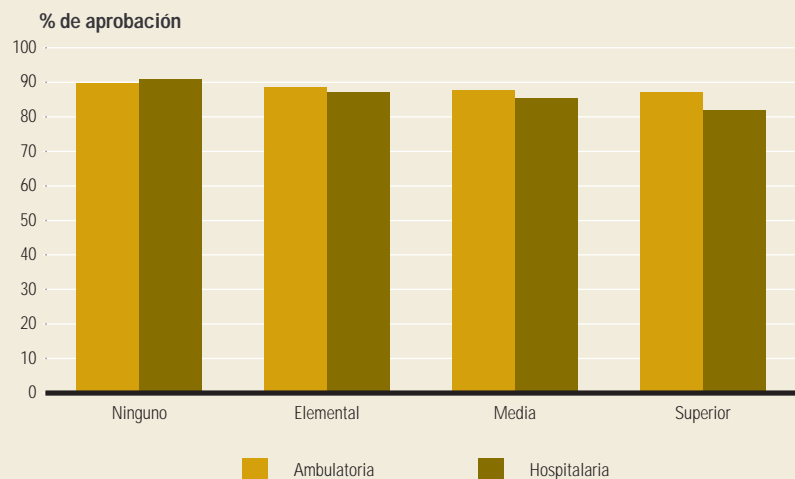
Porcentaje de aprobación de las comodidades básicas en la atención hospitalaria por entidad federativa, México 2002



En Guerrero, Zacatecas y Querétaro más de 90% de los usuarios aprobó la calidad de las comodidades básicas en la atención hospitalaria.

Las calificaciones otorgadas a las comodidades básicas disminuyen conforme aumenta el nivel de escolaridad de los usuarios.

Porcentaje de aprobación de las comodidades básicas por nivel de escolaridad y tipo de atención, México 2002





## Acceso a redes sociales de apoyo

El porcentaje de aprobación del **acceso a redes sociales de apoyo** es el resultado de dividir el número de individuos que califican como buena o muy buena la capacidad de mantener el contacto con sus familiares y amigos cuando se encuentran hospitalizados, entre el total de entrevistados por 100.

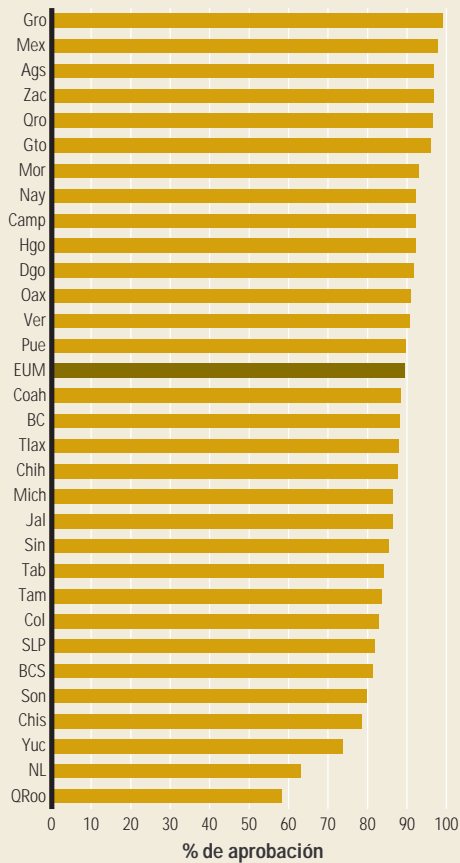
Uno de los factores que más contribuye al bienestar de los pacientes hospitalizados es la continuidad del contacto personal con familiares y amigos durante su estadía en el hospital. Para el paciente la pérdida transitoria de su entorno social y familiar lo coloca en una condición de incertidumbre y vulnerabilidad, razón por la que cualquier arreglo institucional que favorezca el contacto del paciente con el mundo exterior, sin menoscabo de las actividades y funciones propias de las instituciones, se verá reflejado en el bienestar emocional y físico de los enfermos. Es conocido el efecto sinérgico entre las mejoras en salud y la disponibilidad de redes sociales funcionales: se logra una mayor adherencia a las intervenciones, se complementan los cuidados y se comparten los recursos para la atención de los enfermos.

Mantener el contacto del paciente hospitalizado con sus redes sociales de

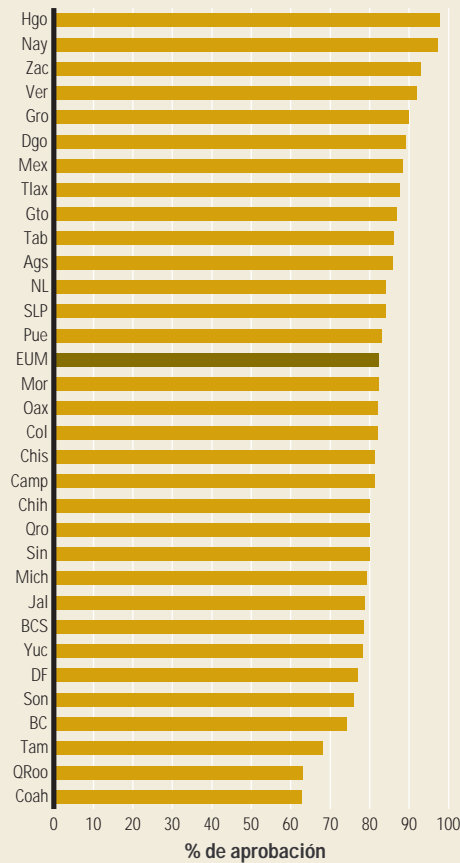
apoyo no sólo implica favorecer sus vínculos con el mundo exterior, sino también la posibilidad de que los familiares contribuyan a una mejor estancia del paciente coadyuvando en el cuidado personal, en el suministro de algunos insumos, en la relación con los prestadores de servicios y en el apoyo emocional del paciente.

En la ENED 2002 el acceso de los pacientes hospitalizados a sus redes de apoyo fue mejor calificado por los residentes de las áreas rurales, por las mujeres y por las personas de mayor edad. Con relación al tipo de institución, los usuarios de servicios privados calificaron este ámbito de mejor manera que los usuarios de los servicios públicos. Asimismo, se observó una relación inversa entre la calificación de este ámbito y la escolaridad de las personas entrevistadas.

**Aprobación del acceso a redes sociales de apoyo durante la hospitalización en zonas rurales, México 2002**



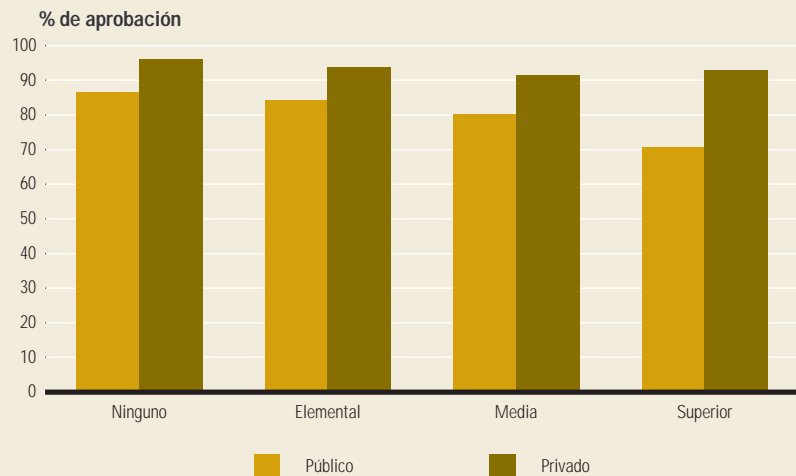
**Aprobación del acceso a redes sociales de apoyo durante la hospitalización en zonas metropolitanas, México 2002**



La mayor parte de las entidades federativas presentaron un alto porcentaje de aprobación en acceso a redes sociales de apoyo.

La aprobación del acceso a redes sociales de apoyo en casos de hospitalización es mayor del 90% en el sector privado.

**Aprobación del acceso a redes sociales de apoyo durante la hospitalización por nivel de escolaridad y por institución prestadora de servicios, México 2002**



## Gastos catastróficos por motivos de salud

Un hogar con **gastos catastróficos por motivos de salud** se define como todo aquel que está destinando más del **30%** de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de sus miembros. En el gasto en salud se incluyen: el gasto de bolsillo, las contribuciones a la seguridad social y el gasto gubernamental en salud transferido a los hogares. La capacidad de pago se define como el excedente de recursos efectivos del hogar, el cual se mide descontando del gasto total de los hogares el gasto de subsistencia, medido a través del gasto en alimentación o una línea de pobreza, y el gasto en salud financiado por impuestos.

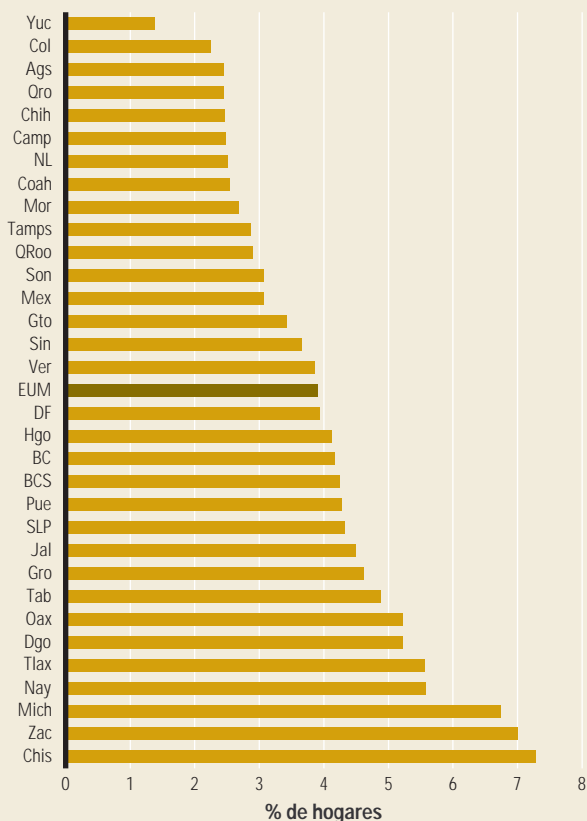
Cualquier hogar puede llegar a enfrentar la enfermedad de alguno de sus miembros. Si la familia afectada se ve obligada a asumir directamente el costo de la atención, su capacidad para cubrir otras necesidades básicas –alimentación, educación o vivienda– puede verse súbitamente mermada. Las familias de altos ingresos pueden tener que vender sus bienes o hacer uso de sus ahorros. Los hogares más pobres pueden llegar a perder el patrimonio de toda una vida. Lo más lamentable es que estas situaciones por lo general se presentan en casos de enfermedad que podrían atenderse con intervenciones a las que resulta fácil acceder cuando se cuenta con un seguro de salud, especialmente cuando éste se financia con recursos públicos.

Las familias mexicanas continúan pagando con sus recursos los servicios médicos y los medicamentos en el momento en que los necesitan: más del 50% del gasto en salud es gasto de bolsillo. Esta forma de pago

directo es la más inequitativa porque provoca dos problemas importantes: expone a las familias al riesgo de empobrecimiento por motivos de salud y desalienta la utilización de los servicios médicos en las familias que no tienen dinero para pagarlos.

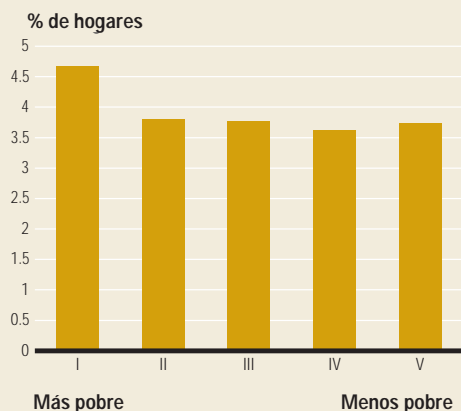
En el último trimestre de 2002, el 3.9% de los hogares del país incurrieron en gastos catastróficos por motivos de salud. Esta situación fue más frecuente en los hogares más pobres, los hogares no asegurados y los residentes en áreas rurales. Las entidades federativas con mayores porcentajes de hogares con gastos catastróficos fueron Chiapas, Zacatecas y Michoacán. En Aguascalientes, Colima y Yucatán se presentaron los porcentajes más bajos. Es importante mencionar que además existen hogares que aunque no incurren en gastos catastróficos presentan gastos en salud que los pueden empobrecer, es decir, que hacen que crucen la línea de pobreza.

Hogares con gastos catastróficos por motivos de salud por entidad federativa, México 2002

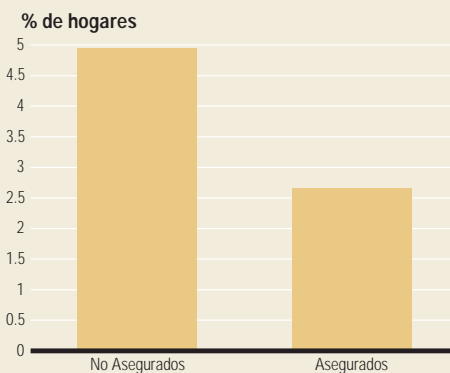


Un hogar de Michoacán o Chiapas corre un riesgo cinco veces mayor de empobrecerse por motivos de salud que un hogar de Yucatán.

Hogares con gastos catastróficos por motivos de salud por quintil de gasto per cápita, México 2002



Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud por condición de aseguramiento, México 2002



Los gastos catastróficos por motivos de salud son más frecuentes en el quintil de gasto más pobre y en los hogares no asegurados.

# Índice de justicia en la contribución financiera

**El índice de justicia en la contribución financiera** mide el grado de equidad en el financiamiento del sistema de salud. El sistema de salud es justo o equitativo en la medida en que el gasto en salud se distribuye proporcionalmente en relación a la capacidad de pago de los hogares, independientemente de su nivel socioeconómico. El índice de justicia varía entre 0 y 100. Un valor de 100 indica que el sistema de salud es completamente equitativo.

**U**n sistema de salud es justo desde el punto de vista de su financiamiento cuando los costos de la atención médica y de las acciones de salud pública se distribuyen de acuerdo con la capacidad de pago de las familias: el que más tiene más paga y el que nada tiene nada paga.

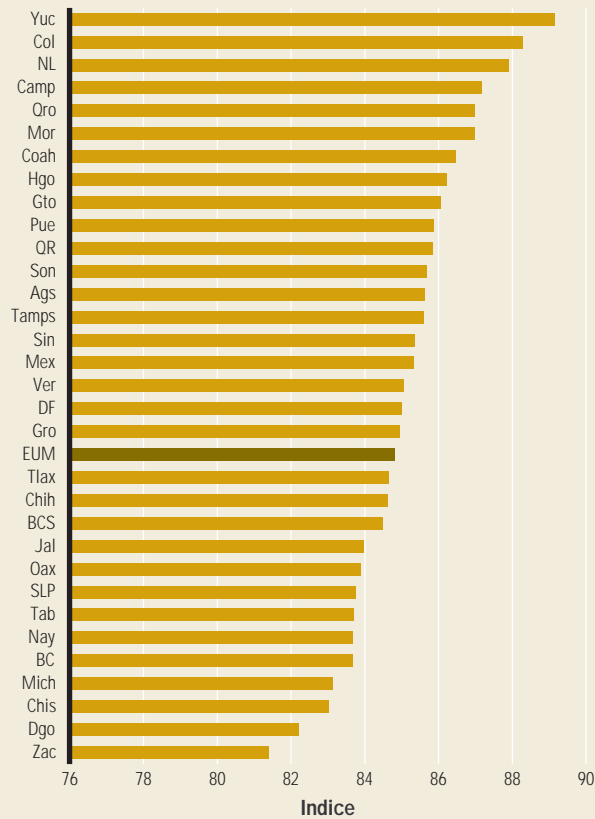
Por esta razón, uno de los objetivos del financiamiento equitativo de la salud es evitar que las familias pobres paguen proporcionalmente más por atender su salud que las familias adineradas, lo que se conoce como pagos regresivos. Otro es evitar que los hogares se empobrezcan por incurrir en gastos catastróficos por atender sus necesidades de salud.

Existe una relación estrecha entre los hogares con riesgo de empobrecimiento por motivos de salud y la equidad financiera del sistema de salud. Cuando las familias pagan directamente por la atención

de sus necesidades de salud en el momento de requerirla aumenta su probabilidad de incurrir en gastos catastróficos y se incrementa la injusticia en el financiamiento.

Los datos de la ENED 2002 muestran una relación inversa entre el porcentaje de hogares con gastos catastróficos y el índice de justicia en la contribución financiera. Según esta encuesta, los sistemas estatales de salud más justos son los de Nuevo León, Colima y Yucatán. Si tomamos la cifra nacional de protección financiera como umbral, tenemos a 12 entidades federativas con un alto gasto catastrófico y un bajo índice de justicia financiera; 16 con un bajo gasto y un alto índice de justicia financiera, y cuatro entidades con un alto gasto catastrófico y un índice de justicia financiera alto.

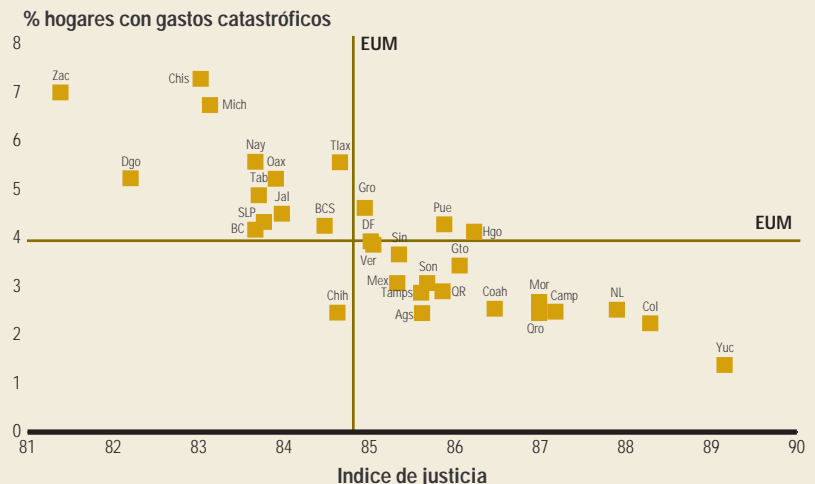
Indice de justicia en la contribución financiera de los sistemas nacional y estatales de salud, México 2002



Yucatán, Colima, Nuevo León, Campeche, Querétaro y Morelos financian sus sistemas de salud de manera más equitativa.

Relación entre el porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud y el índice de justicia en la contribución financiera por entidad federativa, México 2002

En general, los sistemas estatales de salud más equitativos desde el punto de vista financiero presentan los porcentajes más bajos de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud.



## Hogares con seguro de salud

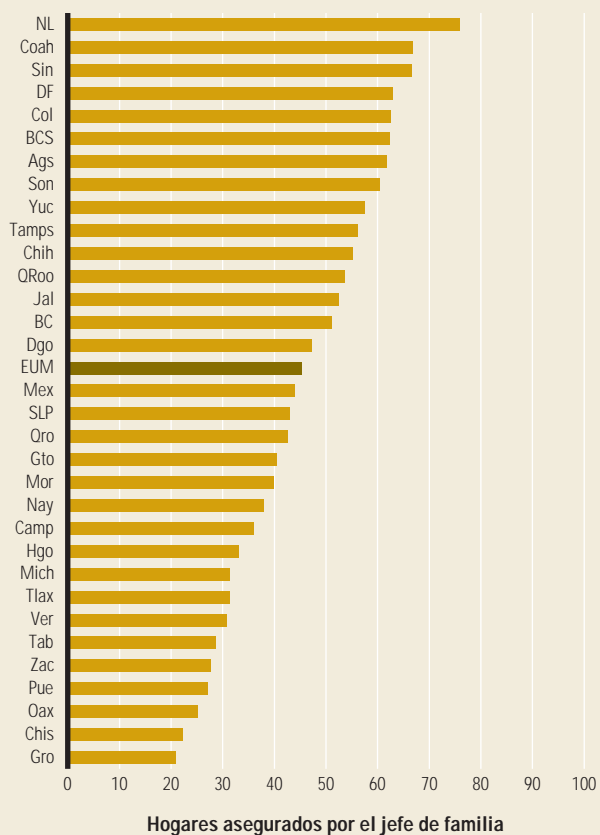
**El hogar asegurado** se definió como todo hogar cuyo jefe reportó haber tenido algún esquema de aseguramiento ya fuera social o voluntario. El porcentaje de hogares asegurados se calculó dividiendo los hogares asegurados entre el total de hogares

**E**n general se acepta que el pago por anticipado es el mejor método de financiamiento de la atención a la salud, ya que disminuye el riesgo de incurrir en gastos excesivos. Estos pagos dan origen a los llamados seguros de salud, que pueden ser públicos o privados. Los seguros privados se financian con las llamadas primas. Los seguros públicos, que en general son más equitativos y eficientes, se financian con impuestos o con contribuciones a los esquemas de seguridad social.

En México, en el último trimestre de 2002, sólo 45.3% de los hogares contaba con alguna forma de aseguramiento. Los

estados con mayor porcentaje de hogares asegurados fueron Nuevo León, Coahuila y Sinaloa, con 75.9, 66.8 y 66.6%, respectivamente, mientras que los estados de Oaxaca y Chiapas presentaron los menores porcentajes de aseguramiento, con 20.8 y 22.3% respectivamente. La seguridad social concentra el mayor porcentaje de hogares asegurados, con 43%. El 1.5% de los hogares cuenta con dos esquemas de aseguramiento; 0.34% de los hogares están afiliados al Seguro Popular de Salud y menos de 2% de los hogares tienen seguro privado de salud.

Porcentaje de hogares asegurados por el jefe de familia, México 2002

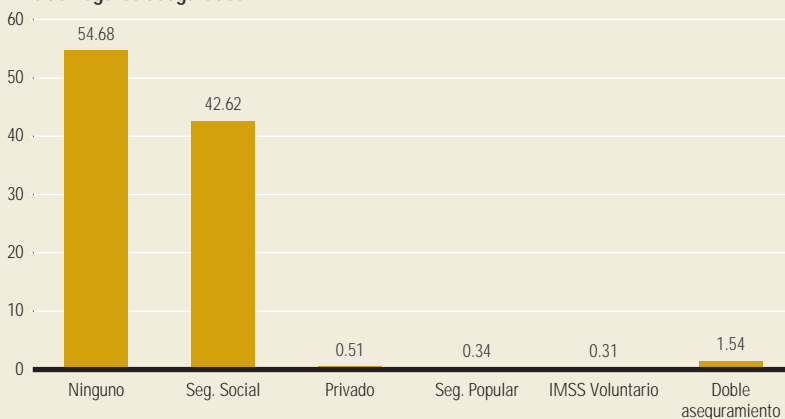


Los estados de Nuevo León, Sinaloa, Coahuila, Distrito Federal, Colima, Baja California Sur y Aguascalientes presentaron porcentajes de aseguramiento en salud mayores de 60%.

Hogares asegurados por el jefe de familia por institución, México 2002

Los seguros privados de salud protegen a menos del 1% de los hogares mexicanos.

% de hogares asegurados





## Familias afiliadas al Seguro Popular de Salud

El número de **familias afiliadas al Seguro Popular de Salud** se obtuvo del registro nominal de familias, actualizado a diciembre de 2002.

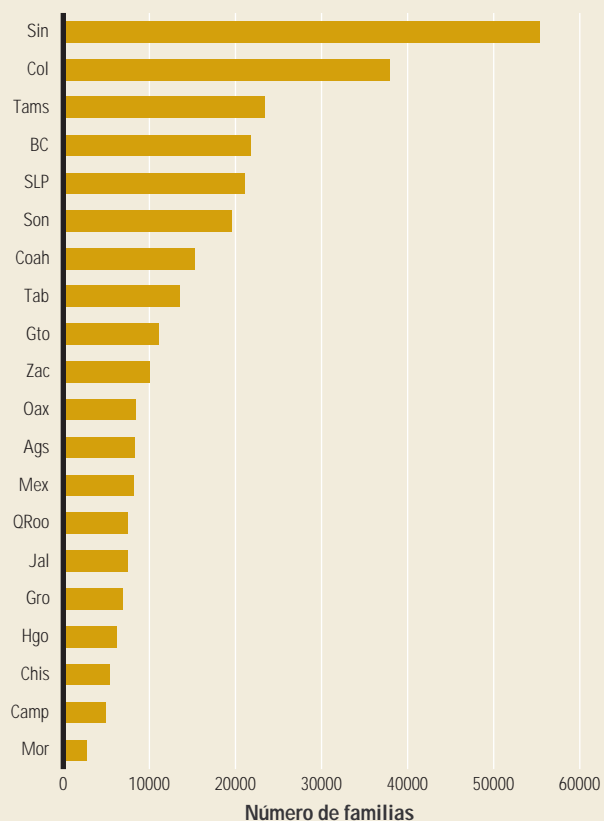
**E**n 1943, año en el que se crea nuestro actual sistema de salud, la población del país quedó dividida en dos segmentos: una fracción de la población con plenos derechos a la seguridad social y otra sujeta a la acción asistencial del estado. Actualmente, alrededor de 45 millones de mexicanas y mexicanos carecen de seguridad social formal. Esta brecha histórica, sin embargo, comienza a cerrarse. El 15 de mayo de 2003 se publicó en el Diario Oficial de la Federación un cambio fundamental a la Ley General de Salud por el cual se crea el Sistema de Protección Social en Salud.

El Seguro Popular de Salud (SPS) es el instrumento de esta reforma financie-

ra del sistema de salud. Ofrece una opción de aseguramiento público en materia de salud a los ciudadanos que por su condición laboral o socioeconómica no pueden acceder a las instituciones de seguridad social. Este protegerá a las familias contra gastos catastróficos por motivos de salud y ampliará el acceso a servicios integrales de salud.

Hasta diciembre de 2002 se habían afiliado al SPS 295,000 familias; 98.3% de ellas se ubican en los primeros cuatro deciles de ingreso. Se espera que en 2003 se incorpore el estado de Michoacán y el número de familias afiliadas alcance la cifra de 524,000.

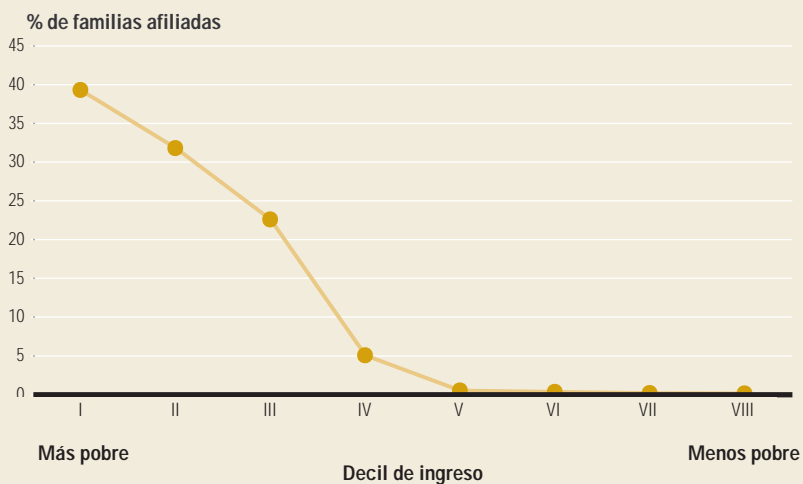
Familias afiliadas al Seguro Popular de Salud por entidad federativa, México 2002



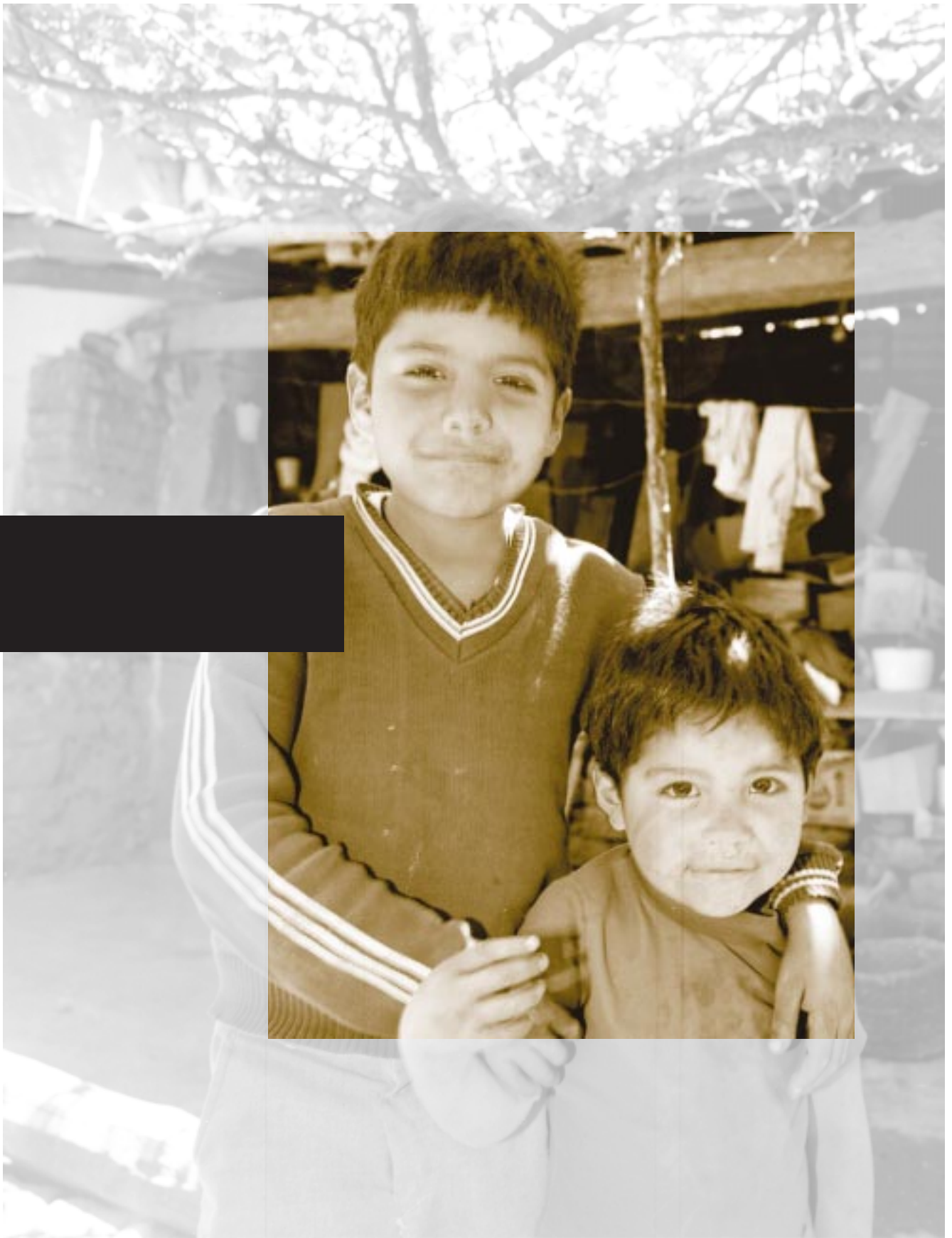
Los estados de Sinaloa y Colima destacan en el rubro de familias afiliadas al Seguro Popular de Salud.

El Seguro Popular de Salud está protegiendo a las familias más pobres del país.

Procentaje de familias afiliadas al Seguro Popular de Salud por decil de ingreso, México 2002



# Anexos Estadísticos



# Notas metodológicas

## ■ Anexo 1

Las cifras de **esperanza de vida al nacimiento** (EVN) y **mortalidad infantil** corresponden a las estimaciones realizadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO). La cifra 2002 de la EVN es una nueva estimación basada en el XII Censo de Población y Vivienda del año 2000. Las cifras de este indicador que aparecieron en *Salud: México 2001*, también generadas por el CONAPO, estaban basadas en el Censo de Población de 1995 y sobreestimaban la probabilidad de supervivencia de la población y con ello la esperanza de vida al nacer. Con las nuevas estimaciones hay una diferencia a nivel nacional de 1.8 años en los hombres y de 1.3 en mujeres respecto de la estimación previa. Esto no quiere decir que la EVN se redujo en el país, simplemente que las estimaciones actuales son mejores a las obtenidas en el ejercicio anterior. La Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño (DGIED) recomienda usar las nuevas estimaciones y corregir la tendencia de este indicador en todas las entidades federativas desde el año 2000, de tal forma que la información a la prensa y a otras instancias de los gobiernos estatales sea consistente con las cifras que se utilizan en el nivel federal.

En **mortalidad infantil** se utiliza el indicador de probabilidad de morir antes de cumplir 1 año de edad. Simultáneamente, se describen los resultados del estudio realizado por la DGIED y las Secretarías de Salud de los estados de Durango y Sinaloa. Dicho estudio se basó en la revisión de las muertes infantiles en hospitales públicos y su comparación con las defunciones registradas en el Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED) y en INEGI. Este ejercicio demostró que ambos sistemas de información no registran todas las defunciones que ocurren en menores de 1 año. Asimismo, demuestra que las proyecciones del CONAPO no se ajustan a las realidades locales. Para los fines de evaluación y de la toma de decisión en los ámbitos locales, será necesario que las entidades federativas establezcan una vigilancia más estrecha de la mortalidad infantil y se mejore, en términos cuantitativos y cualitativos, el registro de las defunciones.

Los datos de **mortalidad neonatal** fueron obtenidos del Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH).

Las tasas de mortalidad por causas son estimaciones realizadas por la DGIED a partir de los datos preliminares del SEED. Todas las tasas de mortalidad, con la excepción de mortalidad en menores de 5 años por infecciones respiratorias agudas y diarreas, están estandarizadas por el método directo, usando como población estándar la distribución por grupos de edad de la población mundial (ver anexo estadístico). Este procedimiento es necesario para realizar comparaciones más válidas entre las entidades federativas.

**Brecha en mortalidad por enfermedades del rezago epidemiológico y enfermedades no transmisibles.** En la construcción de estos indicadores se utilizó el promedio de las defunciones ocurridas entre 1999 y 2001, obtenidas de la base de mortalidad del INEGI, y se calcularon las tasas de mortalidad

específicas para los estratos urbano y rural. Los denominadores utilizados se obtuvieron de las proyecciones de población del CONAPO (2000-2050). La brecha urbano rural se midió con la razón de las tasas de mortalidad. El cociente de esta razón de tasas se interpreta como el número de veces que una tasa excede a la otra. Se clasificaron como rural las localidades menores de 15,000 habitantes.

Los indicadores de **consumo de tabaco** y **consumo de alcohol** se obtuvieron de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2002). Esta encuesta presenta variaciones metodológicas respecto de las encuestas anteriores. A diferencia de las encuestas previas, la ENA 2002 incluyó al estrato rural y no hubo sobremuestreo de las ciudades ni de los adolescentes como ocurrió en el estudio de 1998. Por este motivo, hay que tener cautela con la interpretación de los datos de tendencias.

El indicador **gasto público, privado y total en salud como porcentaje del PIB** se construyó dividiendo, en primer lugar, el gasto público en población no asegurada más el gasto público de las instituciones de seguridad social entre el producto interno bruto (PIB). En segundo lugar, se dividió el gasto en salud de los hogares más el de las organizaciones sin fines de lucro entre el PIB y, en tercer lugar, se dividió el gasto total en salud (público y privado) entre el PIB.

El gasto público para población no asegurada corresponde a las transferencias del gobierno federal mediante el ramo 12 y ramo 33, así como a las aportaciones para la salud que hacen las entidades federativas. El gasto público en población asegurada corresponde a las asignaciones del gobierno federal al IMSS, ISSSTE y PEMEX. La información, en ambos casos, se obtuvo del Boletín de Información Estadística 2002 de la Secretaría de Salud (BIE-2002). El gasto privado se obtuvo de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED 2002) y del Gasto en Sanidad del Sistema de Cuentas Nacionales del INEGI. La cifra del PIB es un dato preliminar generado por el INEGI. Al respecto, las cifras por entidad federativa se obtuvieron mediante un prorrateo que consideró el promedio de participación de cada entidad federativa durante el período 1993-2001.

El indicador **gasto público y privado en salud como porcentaje del gasto total en salud** se construyó dividiendo el gasto público en salud para la población asegurada y no asegurada entre el gasto total en salud. Asimismo, se dividió el gasto privado en salud entre el gasto total en salud. El denominador de ambas fracciones es la suma del gasto público y privado en salud.

Las fuentes de información para este indicador se señalan en el indicador anterior.

El indicador **gasto público en salud como porcentaje del gasto público total** se construyó dividiendo el gasto público total en salud entre el Gasto Público Programable. Este gasto es una clasificación funcional del Gobierno Federal que se puede desagregar en los ámbitos nacional y por entidad federativa. La información se obtuvo del BIE-2002, y del Segundo Informe de Gobierno 2002.

El indicador **gasto público en salud per cápita por condición de aseguramiento** se construyó dividiendo, de manera diferenciada, el gasto público en salud para población no asegurada y asegurada entre el total de la población respectiva. El gasto per cápita se expresa en pesos corrientes.

El indicador **relación entre la aportación estatal y federal al financiamiento de la salud** se construyó dividiendo el presupuesto estatal asignado a salud entre el presupuesto federal más la aportación estatal asignado a salud.

**Gasto privado en salud por componentes.** El gasto privado en salud se agrupó en tres componentes: a) servicios médicos y paramédicos no hospitalarios; b) servicios hospitalarios, y c) productos médicos y farmacéuticos. La estimación del gasto de bolsillo por componente y por entidad federativa se obtuvo de los datos de

la ENED 2002, ajustado por el gasto en salud del Sistema de Cuentas Nacionales del INEGI. (Para más detalles consulte documento técnico No. 2 Gasto privado en salud por componentes por entidad federativa en la página web de la Secretaría de Salud en el apartado de información y evaluación).

El indicador de **gasto privado en salud per cápita** se construyó mediante la división del gasto privado en salud entre la población total. El gasto privado incluye el gasto de bolsillo y el pago en seguros médicos voluntarios.

## ■ Anexo 2.1

### ● Indicadores de desempeño de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

Con la finalidad de evaluar los desempeños de las entidades y las unidades médicas participantes en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se construyeron dos índices bajo la metodología que se describe a continuación:

#### 1. Índice de compromiso con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

Este índice se construyó con los resultados ponderados de siete diferentes rubros que reflejan la participación estatal en los esfuerzos de la Cruzada por la Calidad, cuyo valor máximo es de 100 puntos:

- **Instituciones participantes en el comité.** Con un valor máximo de 8, valora la cobertura de participación interinstitucional al interior de las entidades federativas participantes e incluye al menos a la Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE y preferentemente otra institución más.
- **Participación de los principales directivos de las instituciones en las actividades de la Cruzada.** Pondera el grado de participación de los principales directivos en las actividades. Puntaje máximo 30 puntos, el cual se compone de los siguientes elementos:
  - a) comunicación regular a través de medios oficiales telefónicos o escritos del o los responsables estatales de calidad con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs). Su escala de valores es de 0, 2.5 y 5.
  - b) Oportunidad de los informes sobre la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud a la DGCEs por parte de los responsables estatales de calidad. Su escala de valores es de 0, 2.5 y 5.
  - c) Instrumentación de acciones novedosas o innovadoras por parte del Comité Estatal de Calidad para mejorar la eficiencia y calidad de los procesos impulsados por la Cruzada Nacional. Su escala de valores es de 0, 5 y 10.
  - d) Participación regular de los principales directivos institucionales en las reuniones regulares y extraordinarias del Comité Estatal de Calidad. Su escala de valores es de 0, 5 y 5.
- **Regularidad en la medición de indicadores.** Expresa el grado de cumplimiento del Comité Estatal de Calidad en la frecuencia mensual de mediciones. Su ponderación es dicotómica. 0 cuando no se cuenta con informes de un período superior a un bimestre y 10 cuando se cuenta con informes de todos los meses o en caso de omisiones, éstas no superiores a un bimestre. Puntaje máximo 8 puntos.

- **Integridad de la información.** Considera el número de informes por institución participante y nivel atención. Corresponde a la frecuencia mensual. Su numerador es la suma de informes del Comité Estatal recibidos en la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de primero y segundo niveles de atención, el denominador es el total de informes que debieron recibirse (24 considerando ambos niveles). El cociente se multiplica por 8. Puntaje máximo 8 puntos.
- **Valores de indicadores.** Valora el número de indicadores con resultados estatales globales iguales o mejores que los estándares nacionales establecidos. Su numerador es la suma de indicadores con resultados iguales o mejores que su estándar específico tanto de primero como de segundo niveles de atención, el denominador es 12. El cociente se multiplica por 25. Puntaje máximo 25 puntos.
- **Cobertura de unidades médicas participantes.** Pondera el porcentaje de unidades médicas de primero y de segundo nivel que participan en la Cruzada, en relación con el total de unidades existentes del IMSS, ISSSTE, y de la Secretaría de Salud en la entidad federativa, de acuerdo con los informes de los líderes operativos de la Cruzada. El numerador es el porcentaje respectivo, el denominador es 100. El cociente se multiplica por 15. Puntaje máximo 15 puntos.
- **Integración de aval ciudadano.** Valora la formalización de la participación de organizaciones ciudadanas bajo la coordinación del Comité Estatal de Calidad como avales de los resultados de los indicadores de la Cruzada. Su ponderación es dicotómica, 0 cuando no se cuenta con aval ciudadano integrado y 6 en caso afirmativo. Puntaje máximo 6 puntos.

La suma de las calificaciones obtenidas en los siete atributos considerados en la construcción del Índice de Compromiso con la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud puede alcanzar un valor máximo de 100 y un mínimo de 0.

## 2. Índice de trato de calidad en unidades de primer nivel y en servicios de urgencia en hospitales de segundo nivel

Estos dos índices utilizados para evaluar a las unidades médicas participantes en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se construyeron utilizando un elemento básico:

Grado de mejora. Proporciona un puntaje máximo de 100 y su valor se determina dividiendo el número de indicadores con resultados iguales o mejores que su estándar específico entre 6. El resultado de esta división se multiplica por 100 para obtener la ponderación respectiva.

Nota. Los seis indicadores de trato de calidad que evalúa la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud son los siguientes:

- Promedio de tiempo efectivo de espera
- Porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera
- Porcentaje de usuarios satisfechos con la información proporcionada por el médico sobre su diagnóstico
- Porcentaje de usuarios satisfechos con la información proporcionada por el médico sobre su tratamiento
- Porcentaje de recetas surtidas en forma completa
- Porcentaje de usuarios satisfechos por la entrega completa de medicamentos



## ■ Anexo 2.2

### ● Mejores desempeños en salud pública

Los indicadores de desempeño en salud pública corresponden a medidas agregadas o de resumen que se construyen a partir de tres o más variables relevantes para el seguimiento y evaluación de los programas respectivos. Los procedimientos de cálculos incluyen varias etapas: 1) definición de los indicadores individuales para el seguimiento y evaluación, por ejemplo: cobertura de detección, calidad de la atención, promoción de la salud, vigilancia epidemiológica, etc.; 2) se obtiene el logro individual de cada indicador y esta cifra se multiplica por 100 y se divide entre un valor ideal esperado para ese indicador individual; 3) se asigna una ponderación a cada indicador individual, y 4) se obtiene el índice de desempeño mediante la suma ponderada de los indicadores individuales.

Nota: ver más detalles en el documento técnico "Medición de los Mejores Desempeños en Salud Pública", de la página Web de la Secretaría en el sitio de Información y Evaluación.

## ■ Anexo 3

### ● Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED 2002)

Todos los resultados del Capítulo III se obtuvieron de la ENED 2002. Esta encuesta se levantó en el período noviembre 2002-abril 2003 por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y contó con la colaboración de todas las Secretarías de Salud en las entidades federativas. La ENED 2002 formó parte del estudio global que impulsó la Organización Mundial de la Salud (OMS) en sus Países Miembros a través de la denominada Encuesta Mundial de Salud y en la que participaron la DGIED y el INSP.

El diseño muestral de la ENED 2002 fue probabilístico, polietápico, estratificado y por conglomerados. Se consideraron tres estratos: a) ciudad o área metropolitana (> 100,000 habitantes); b) complemento urbano (localidades de 2,500 a 99,999 habitantes), y c) área rural (localidades con menos de 2,500 habitantes).

El cálculo del tamaño de la muestra tomó en consideración los siguientes criterios: proporción más pequeña a estimar 9%; estimaciones estatales con un error relativo máximo de 25%; una confianza del 95%; tasa de no respuesta de 15%, y un efecto de diseño de 1.7. Con estos criterios se determinó un tamaño de muestra de aproximadamente 1,243 hogares por entidad federativa usando la fórmula siguiente:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 (1-P) deff}{r^2 P TR}$$

donde:

$n$  Tamaño de muestra

$P$  Proporción a estimar

$Z_{\alpha/2}^2$  Cuantil de una distribución normal asociado a un nivel de confianza deseado

$r$  Error relativo máximo que se está dispuesto a aceptar

$d_{eff}$  Efecto de diseño

$TR$  Tasa de respuesta esperada

Este tamaño de muestra se redondeo a 1,250 viviendas por estado, resultando en un tamaño de muestra de 38,746 viviendas a nivel nacional. El tamaño de muestra para cada estrato se asignó de manera proporcional al número de habitantes dentro del estrato.

En cada uno de los estratos el esquema de selección fue el siguiente:

- En la primera etapa se seleccionaron  $k$  municipios con probabilidad proporcional al tamaño (PPT).
- En la segunda etapa se seleccionaron  $m$  AGEBS con PPT.
- Para cada una de las AGEBS seleccionadas se seleccionaron cinco manzanas con igual probabilidad
- Finalmente, en cada una de las manzanas seleccionadas se realizó una selección de vivienda usando muestreo sistemático con arranque aleatorio.

En cada una de las etapas de selección el tamaño de la unidad de muestreo se definió como el número de habitantes en la unidad de muestreo. Las constantes  $m$  y  $k$  quedaron en función del tamaño de muestra asignado al estrato.

## ● Protección financiera

El indicador hogares con gastos catastróficos por motivos de salud se construyó dividiendo el gasto en salud de los hogares por la capacidad de pago de los mismos. Un hogar con gastos catastróficos es aquel que destina 30% o más de su capacidad de pago al financiamiento del gasto en salud. El gasto en salud incluye: el pago de bolsillo, las contribuciones a la seguridad social, las primas pagadas a seguros privados y el gasto gubernamental en salud transferido a los hogares. Por otra parte, la capacidad de pago se define como el excedente de recursos efectivos del hogar una vez que se descuentan las necesidades de subsistencia. Las necesidades de subsistencia se definen sobre la base del gasto en alimentación, o bien sobre una línea de pobreza. A esto hay que restarle el gasto en salud financiado por impuestos.

La magnitud de los ingresos y los gastos de los hogares obtenidos en la ENED 2002 fueron menores a los esperados. Por este motivo, se realizaron procedimientos de corrección e imputación. Se imputó la media de ingreso para los hogares que no lo reportaron según su decil de gasto per cápita y lugar de residencia, utilizando como base la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH 2000) del INEGI deflactada a precios de 2002. Se corrigió el ingreso de los hogares que sí lo reportaron, comparando las medias de ingreso de los hogares de la ENIGH 2000 y la ENED 2002 según su decil de gasto per cápita y lugar de residencia para obtener un factor de ajuste que se aplicó a los ingresos de la ENED 2002. El gasto total de los hogares se corrigió mediante modelos de regresión. El procedimiento consistió en extrapolar los coeficientes obtenidos de la regresión de la ENIGH 2000 a la ENED 2002.

El indicador de la equidad en el financiamiento se calculó por medio del **índice de justicia en la contribución financiera**. Este índice es una variable continua entre cero y uno. El uno indica financiamiento justo. El algoritmo para calcular el índice de justicia se presenta a continuación:

Donde:

**IJCF** es el índice de justicia en la contribución financiera;

**FEENED** es el factor de expansión de la ENED;

**CFHi** es la contribución financiera de los hogares, y

**CFHO** es la contribución financiera normalizada.

(Para más detalles ver: Documento técnico No 1, Protección financiera en la página web de la Secretaría de Salud).

Por primera vez se calcularon los intervalos de confianza, tanto para el porcentaje de hogares con gastos catastróficos como para el índice de justicia en la contribución financiera. Para el primer caso se utilizó un intervalo de confianza para proporciones mientras que para el segundo se utilizó un intervalo de confianza para una media. En ambos casos se manejó un nivel de confianza del 90%.

### ● Trato adecuado

Los valores presentados para los ocho ámbitos de trato se desprenden de los resultados obtenidos en la ENED 2002. En esta encuesta se realizaron dos preguntas para cada uno de los ámbitos, considerándose una principal y otra auxiliar. Cada una de estas preguntas interrogaba sobre la última vez que el informante recibió atención médica, fuera ésta ambulatoria u hospitalaria. Las opciones de respuesta permitían describir la experiencia en cada uno de los ámbitos en una escala que iba de muy mala a muy buena.

Con fines de resumen, se agrupó a los individuos que respondieron que su experiencia había sido buena o muy buena en la pregunta principal y se consideró que éstos aprobaban el ámbito. Los resultados mostrados expresan el porcentaje de individuos que aprueban el ámbito en relación al total de usuarios de servicios ambulatorios y hospitalarios encuestados, respectivamente.

La desagregación por instituciones únicamente se refiere a servicios ambulatorios.

## ANEXO I.1.1

Entidad Federativa	Esperanza de vida al nacimiento		Mortalidad infantil 1/		Proporción de defunciones neonatales en hospitales 2/
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
<b>Nacional</b>	<b>72.15</b>	<b>77.09</b>	<b>23.85</b>	<b>18.83</b>	<b>—</b>
Aguascalientes	72.92	77.69	19.95	15.52	76.45
Baja California	73.69	78.09	18.96	14.64	71.77
Baja California Sur	72.71	77.71	20.56	16.03	78.57
Campeche	71.61	76.47	25.55	20.38	75.00
Coahuila	73.04	77.80	19.08	14.78	69.75
Colima	72.71	77.45	20.81	16.27	62.86
Chiapas	70.27	75.60	31.41	25.45	71.25
Chihuahua	73.15	77.85	20.68	16.13	76.33
Distrito Federal	73.51	78.20	17.75	13.60	72.98
Durango	72.09	76.97	23.35	18.46	79.24
Guanajuato	72.05	76.92	23.88	18.92	71.43
Guerrero	70.48	75.89	30.41	24.59	67.18
Hidalgo	71.16	76.43	26.91	21.55	72.68
Jalisco	72.75	77.56	21.05	16.46	70.21
México	72.66	77.54	21.12	16.52	70.50
Michoacán	71.78	76.74	25.11	19.97	72.25
Morelos	72.47	77.29	22.02	17.31	72.42
Nayarit	72.05	77.03	23.91	18.92	70.08
Nuevo León	73.17	77.95	18.16	13.98	67.39
Oaxaca	70.51	75.81	30.55	24.70	79.38
Puebla	71.46	76.71	26.22	20.92	72.01
Querétaro	72.16	77.12	23.12	18.26	69.70
Quintana Roo	72.48	77.32	21.99	17.28	72.34
San Luis Potosí	71.60	76.61	25.80	20.58	71.83
Sinaloa	72.24	77.13	22.99	18.15	63.71
Sonora	72.91	77.61	20.62	16.09	70.90
Tabasco	71.55	76.55	26.20	20.92	70.59
Tamaulipas	72.65	77.42	20.86	16.31	69.59
Tlaxcala	72.14	77.25	23.16	18.27	74.18
Veracruz	71.11	76.30	27.28	21.87	74.78
Yucatán	71.61	76.57	25.07	19.96	65.82
Zacatecas	71.76	76.62	25.52	20.34	75.18

(continúa)

1/ Se refiere a la probabilidad de morir por cada 1,000 menores de 1 año. Fuente: Proyecciones de población 2000-2050 del CONAPO, 2002.

2/ Fuente: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH).

(continuación)  
ANEXO I.1.1

Entidad Federativa	EDAS (A00-A09) 1/		IRAS (J00-J22) 1/		Razón de mortalidad materna 2/ 000-099, excepto 096 y 097, así como B20-B24 y A34
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
<b>Nacional</b>	<b>21.68</b>	<b>17.66</b>	<b>35.00</b>	<b>26.00</b>	<b>6.24</b>
Aguascalientes	14.01	14.58	12.26	14.58	2.74
Baja California	15.13	5.77	23.38	19.47	2.93
Baja California Sur	4.19	13.28	20.97	26.56	6.59
Campeche	12.29	2.57	9.83	12.86	6.42
Coahuila	12.66	5.80	14.24	6.63	4.35
Colima	11.06	3.83	7.37	15.33	1.89
Chiapas	36.51	44.66	48.82	37.63	9.32
Chihuahua	12.34	8.01	21.74	24.02	6.17
Distrito Federal	11.64	9.78	44.90	42.29	5.58
Durango	4.82	3.77	9.64	6.28	3.17
Guanajuato	26.17	15.89	39.61	34.73	5.64
Guerrero	24.82	17.27	15.51	10.80	8.94
Hidalgo	21.39	18.02	32.91	40.34	6.22
Jalisco	12.08	12.02	21.57	14.72	3.84
México	29.71	27.00	101.99	85.32	7.01
Michoacán	16.08	10.72	25.46	22.37	4.94
Morelos	24.13	18.86	15.68	17.60	7.81
Nayarit	18.21	14.81	14.16	8.46	6.26
Nuevo León	3.98	2.60	6.46	6.24	2.85
Oaxaca	49.22	35.26	44.75	30.07	10.31
Puebla	48.33	29.16	108.41	87.49	8.01
Querétaro	14.67	21.66	39.13	43.32	6.69
Quintana Roo	14.64	9.58	23.78	15.32	5.65
San Luis Potosí	16.95	18.51	30.82	31.39	8.90
Sinaloa	3.64	5.33	5.09	3.81	3.62
Sonora	8.95	5.96	22.78	19.60	4.47
Tabasco	15.24	17.89	33.33	22.86	3.67
Tamaulipas	10.57	11.05	12.55	7.60	4.11
Tlaxcala	37.42	21.41	97.29	91.48	9.60
Veracruz	24.68	20.73	32.06	28.43	8.30
Yucatán	31.53	21.96	29.19	19.52	8.98
Zacatecas	10.37	10.79	27.22	24.28	5.05

(continúa)

1/ Tasa observada por 100,000 menores de 5 años. Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED) 2002 cifras preliminares y Proyecciones.

2/ Razón de mortalidad materna por 10,000 nacidos vivos estimados. Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED) 2002 cifras preliminares y Nacidos vivos estimados por el CONAPO, 2002.

(continuación)  
ANEXO I.1.1

Entidad Federativa	Cáncer cérvico-uterino (D05)		Cáncer mamario (D06)		Isquémicas del corazón (I20-I25)			
	Tasa obser- vada 1/	Tasa estan- darizada 2/	Tasa obser- vada 1/	Tasa estan- darizada 2/	Hombres		Mujeres	
					Tasa obser- vada 3/	Tasa estan- darizada 4/	Tasa obser- vada 3/	Tasa estan- darizada 4/
<b>Nacional</b>	<b>16.74</b>	<b>19.99</b>	<b>14.94</b>	<b>17.74</b>	<b>49.09</b>	<b>83.06</b>	<b>40.15</b>	<b>54.48</b>
Aguascalientes	13.40	16.71	16.75	20.20	45.52	89.24	30.79	49.15
Baja California	20.00	27.42	16.49	21.95	78.52	164.78	49.49	98.48
Baja California Sur	17.55	22.37	19.31	26.45	69.07	134.65	37.58	67.44
Campeche	23.15	29.09	8.31	11.38	36.42	71.37	28.61	50.87
Coahuila	16.00	20.13	15.83	19.62	60.85	108.65	42.28	64.57
Colima	26.12	30.75	24.01	28.15	71.89	115.88	53.15	70.89
Chiapas	20.03	26.90	4.75	6.39	24.31	58.13	18.89	38.68
Chihuahua	15.56	18.74	18.54	22.79	74.39	135.17	55.54	86.30
Distrito Federal	13.75	15.31	22.45	25.15	68.64	92.69	70.95	74.51
Durango	11.61	13.25	12.99	14.86	54.36	91.60	37.89	55.58
Guanajuato	16.40	20.10	15.20	18.44	41.12	72.71	32.27	45.25
Guerrero	18.54	20.88	7.93	8.64	27.40	47.49	21.87	31.25
Hidalgo	13.94	16.12	12.53	14.04	25.57	42.22	20.70	26.76
Jalisco	14.46	16.57	19.55	22.53	56.69	87.88	47.39	59.66
México	12.83	17.19	13.26	17.26	29.91	62.86	24.22	44.27
Michoacán	19.75	22.46	14.21	16.09	40.15	60.60	34.11	42.89
Morelos	24.95	28.72	13.67	15.59	49.33	76.84	37.91	50.70
Nayarit	23.14	25.28	16.29	18.04	52.25	78.52	43.23	54.03
Nuevo León	9.44	11.67	21.72	27.02	74.07	128.15	50.83	72.73
Oaxaca	26.44	28.25	8.50	9.09	37.02	57.16	32.36	40.86
Puebla	17.71	20.10	12.17	13.74	35.67	60.29	28.21	37.02
Querétaro	13.03	17.64	11.90	14.95	35.61	71.64	23.62	38.63
Quintana Roo	14.33	25.06	10.17	17.01	29.38	86.93	11.64	37.44
San Luis Potosí	19.20	21.22	12.80	13.86	41.25	66.78	35.36	45.29
Sinaloa	14.29	17.01	14.45	16.92	67.13	111.58	48.52	70.61
Sonora	14.45	17.46	17.51	22.15	82.37	142.25	59.73	91.69
Tabasco	17.62	22.10	10.79	13.61	34.25	74.18	26.42	50.39
Tamaulipas	17.57	21.38	18.88	22.86	58.90	99.51	42.69	63.22
Tlaxcala	14.37	17.15	12.32	15.40	29.98	51.35	20.98	28.63
Veracruz	24.54	27.30	13.02	14.44	42.76	67.03	34.47	45.06
Yucatán	24.59	27.91	9.51	10.44	71.61	112.33	53.00	64.84
Zacatecas	11.73	13.01	11.44	13.20	61.41	89.45	41.58	48.98

(continúa)

1/ Tasa de mortalidad observada por 100,000 mujeres de 25 años y más. Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED) 2002 cifras preliminares y proyecciones de población del CONAPO, 2002.

2/ Tasa de mortalidad por 100,000 mujeres de 25 años y más, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025.

3/ Tasa de mortalidad observada por 100,000 habitantes. Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED) 2002 cifras preliminares y proyecciones de población del CONAPO, 2002.

4/ Tasa de mortalidad por 100,000 habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025.

(continuación)  
ANEXO I.1.1

Entidad Federativa	Cerebrovasculares (I60-I69)				Diabetes mellitus (E10-E14)			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Tasa obser- vada 1/	Tasa estan- darizada 2/	Tasa obser- vada 1/	Tasa estan- darizada 2/	Tasa obser- vada 1/	Tasa estan- darizada 2/	Tasa obser- vada 1/	Tasa estan- darizada 2/
<b>Nacional</b>	<b>23.49</b>	<b>39.11</b>	<b>26.57</b>	<b>36.12</b>	<b>45.72</b>	<b>82.21</b>	<b>55.74</b>	<b>83.32</b>
Aguascalientes	22.86	44.19	24.71	38.32	51.70	101.52	61.97	103.44
Baja California	23.87	49.35	22.61	43.72	36.97	75.31	40.03	77.00
Baja California Sur	18.53	37.50	16.80	30.15	38.33	76.14	37.14	67.81
Campeche	18.75	38.33	16.78	29.13	35.89	68.51	49.80	87.32
Coahuila	24.94	44.43	23.82	36.51	53.70	92.08	64.86	99.35
Colima	22.44	35.57	26.05	36.16	51.20	83.66	56.32	82.08
Chiapas	10.66	25.31	10.75	21.14	21.40	49.80	27.65	56.80
Chihuahua	25.36	46.69	23.39	35.81	49.57	88.14	63.13	97.89
Distrito Federal	27.19	36.78	37.00	39.57	77.78	105.80	82.54	93.75
Durango	18.69	31.53	19.47	28.08	43.91	73.29	59.05	88.11
Guanajuato	22.30	39.11	27.18	38.12	64.75	119.33	73.90	116.01
Guerrero	19.35	33.64	20.20	28.61	31.65	54.55	36.26	54.13
Hidalgo	23.12	38.63	21.88	28.27	46.16	76.74	53.05	74.85
Jalisco	24.42	37.49	28.58	36.13	53.78	86.21	58.74	81.61
México	16.02	34.16	20.28	36.31	45.06	88.55	52.81	94.27
Michoacán	22.76	33.82	27.50	34.76	47.04	74.28	55.48	76.69
Morelos	19.27	30.73	23.51	31.55	44.12	68.91	54.23	75.13
Nayarit	23.09	34.26	32.47	39.91	33.42	50.77	44.88	60.57
Nuevo León	29.94	52.95	29.92	42.74	45.11	76.52	55.31	80.22
Oaxaca	24.12	37.22	31.71	40.18	35.01	54.96	41.49	56.40
Puebla	23.24	39.48	26.51	35.41	54.23	92.37	61.27	87.98
Querétaro	16.61	35.25	22.70	37.98	45.18	89.76	54.45	97.40
Quintana Roo	9.92	37.58	10.80	32.52	19.45	58.42	22.44	66.29
San Luis Potosí	26.64	43.24	27.04	34.67	45.69	74.45	53.49	74.31
Sinaloa	22.82	37.72	21.89	31.96	40.58	67.68	48.29	73.26
Sonora	25.18	43.91	23.65	35.75	48.96	83.77	48.76	75.45
Tabasco	22.00	48.58	19.57	36.78	42.91	90.47	54.36	102.46
Tamaulipas	22.80	39.08	22.08	31.86	54.44	90.45	58.58	86.72
Tlaxcala	27.22	47.33	22.54	31.38	52.86	95.31	64.89	98.54
Veracruz	27.92	44.25	29.53	38.96	46.36	71.53	52.99	71.77
Yucatán	32.52	51.35	36.44	45.15	29.41	46.33	52.19	69.34
Zacatecas	24.39	35.39	28.41	34.52	48.34	74.58	61.12	82.34

(continúa)

1/ Tasa de mortalidad observada por 100,000 habitantes. Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED) 2002 cifras preliminares y proyecciones de población del CONAPO, 2002.

2/ Tasa de mortalidad por 100,000 habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025.

(continuación)  
ANEXO I.1.1

Entidad Federativa	Cirrosis hepática (K70.2, 70.3, 71.7, 74 Y 76.1)				Suicidios (X60-X84)			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Tasa obser- vada 1/	Tasa estan- darizada 2/	Tasa obser- vada 1/	Tasa estan- darizada 2/	Tasa obser- vada 1/	Tasa estan- darizada 2/	Tasa obser- vada 1/	Tasa estan- darizada 2/
<b>Nacional</b>	<b>32.93</b>	<b>48.65</b>	<b>9.91</b>	<b>14.62</b>	<b>6.18</b>	<b>7.00</b>	<b>1.33</b>	<b>1.30</b>
Aguascalientes	19.15	32.31	4.51	7.24	7.83	9.45	1.96	2.13
Baja California	23.43	39.06	5.56	10.14	3.06	3.53	0.45	0.43
Baja California Sur	12.21	20.41	6.19	10.53	13.48	13.79	1.77	1.69
Campeche	25.71	43.07	16.78	27.74	14.20	15.00	2.48	2.93
Coahuila	19.01	29.96	6.26	9.47	5.61	5.58	0.99	1.00
Colima	28.06	40.24	7.04	9.97	10.17	11.80	0.70	0.60
Chiapas	22.39	43.81	10.18	20.00	0.84	0.95	0.33	0.26
Chihuahua	24.70	35.17	5.66	8.23	10.46	11.81	1.68	1.75
Distrito Federal	29.23	35.79	10.81	12.47	5.94	5.93	1.31	1.29
Durango	17.25	25.71	7.14	10.58	8.62	9.52	1.17	1.24
Guanajuato	30.78	51.17	7.10	10.93	6.23	7.00	1.66	1.56
Guerrero	23.03	37.23	6.18	9.18	2.81	3.42	0.74	0.73
Hidalgo	57.15	88.78	17.74	25.02	3.93	4.31	0.42	0.39
Jalisco	26.36	38.23	8.81	12.46	7.82	8.31	1.62	1.62
México	35.96	60.00	12.64	20.35	2.58	2.72	0.74	0.73
Michoacán	23.94	36.30	7.31	10.13	5.13	5.77	1.17	1.07
Morelos	37.45	53.65	12.96	18.09	2.67	2.86	1.20	1.15
Nayarit	18.63	26.93	7.24	9.60	5.06	5.53	0.62	0.63
Nuevo León	19.73	30.38	6.87	9.89	4.96	5.58	0.90	0.93
Oaxaca	52.49	79.54	13.62	18.47	3.96	4.64	0.54	0.52
Puebla	63.41	99.97	18.08	25.67	3.97	4.37	1.10	1.12
Querétaro	41.86	71.57	8.40	13.88	3.85	3.85	0.52	0.56
Quintana Roo	19.85	44.28	7.20	18.17	6.55	6.56	1.27	1.51
San Luis Potosí	20.84	32.00	4.74	6.58	8.11	9.20	1.08	1.09
Sinaloa	12.43	19.27	4.59	6.69	5.12	5.92	1.20	1.19
Sonora	21.94	32.99	6.60	9.91	10.14	11.16	1.11	1.12
Tabasco	25.09	44.31	7.06	13.09	14.53	17.07	2.42	2.43
Tamaulipas	18.88	28.70	6.19	9.05	5.72	6.67	0.67	0.71
Tlaxcala	37.08	61.51	12.82	19.38	4.14	4.43	1.55	1.67
Veracruz	53.17	74.50	13.29	17.87	4.35	4.92	0.74	0.72
Yucatán	38.75	56.11	25.41	33.94	11.65	12.81	2.30	2.41
Zacatecas	15.53	23.34	2.36	3.25	7.26	7.99	1.11	0.96

(continúa)

1/ Tasa de mortalidad observada por 100,000 habitantes. Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED) 2002 cifras preliminares y proyecciones de población del CONAPO, 2002.

2/ Tasa de mortalidad por 100,000 habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025.



(continuación)  
ANEXO I.1.1

Entidad Federativa	Homicidios (X85-Y09)				Mortalidad por SIDA (B20-B24)			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Tasa obser- vada 1/	Tasa estan- darizada 2/	Tasa obser- vada 1/	Tasa estan- darizada 2/	Tasa obser- vada 3/	Tasa estan- darizada 4/	Tasa obser- vada 3/	Tasa estan- darizada 4/
<b>Nacional</b>	<b>14.54</b>	<b>14.56</b>	<b>2.19</b>	<b>2.09</b>	<b>17.26</b>	<b>17.41</b>	<b>2.99</b>	<b>2.97</b>
Aguascalientes	3.71	4.59	1.37	1.55	8.15	8.17	0.00	0.00
Baja California	10.04	10.59	1.43	1.61	30.21	30.62	8.06	7.90
Baja California Sur	12.21	11.19	1.33	2.10	21.21	21.64	2.66	2.95
Campeche	10.98	13.60	1.10	1.26	22.78	22.79	2.82	2.82
Coahuila	6.09	6.03	0.82	0.85	11.14	11.43	1.32	1.26
Colima	15.08	17.47	2.11	2.36	21.92	22.08	3.46	3.51
Chiapas	1.55	2.02	0.43	0.56	14.70	14.69	3.30	3.31
Chihuahua	19.34	19.98	2.67	2.78	20.47	20.63	2.01	2.10
Distrito Federal	15.79	14.97	2.00	1.95	22.35	22.55	3.12	3.10
Durango	10.85	12.22	1.30	1.35	9.05	9.12	0.92	0.98
Guanajuato	6.60	7.83	1.50	1.57	10.75	10.95	2.76	2.84
Guerrero	15.61	20.14	1.91	2.31	25.56	25.38	4.15	4.14
Hidalgo	7.42	8.70	0.84	0.92	8.65	8.62	2.68	2.64
Jalisco	11.39	12.46	1.65	1.76	22.01	22.27	3.19	3.19
México	21.10	22.57	3.77	4.02	11.37	11.44	1.93	1.93
Michoacán	15.83	19.19	2.16	2.30	11.89	12.67	1.20	1.24
Morelos	14.42	15.46	1.68	1.76	22.99	22.85	4.03	4.03
Nayarit	16.61	18.92	2.28	2.36	19.41	19.35	2.96	3.10
Nuevo León	2.90	2.92	0.60	0.62	13.17	13.29	1.99	1.98
Oaxaca	30.26	37.06	3.24	3.81	18.78	19.01	5.55	5.44
Puebla	12.92	15.24	2.54	2.93	19.02	19.07	4.00	4.00
Querétaro	8.37	9.24	1.44	1.48	7.29	7.40	0.88	0.81
Quintana Roo	10.72	13.99	2.12	2.22	21.09	21.29	4.45	4.60
San Luis Potosí	16.91	19.78	2.99	3.30	8.43	8.62	0.92	0.96
Sinaloa	27.20	28.70	2.11	2.18	14.39	14.50	1.03	1.01
Sonora	11.55	11.54	1.80	2.00	12.98	12.95	1.65	1.65
Tabasco	8.66	9.83	1.11	1.38	23.50	23.39	4.07	4.05
Tamaulipas	9.64	10.01	1.01	0.97	13.09	13.21	2.50	2.42
Tlaxcala	8.88	11.09	2.33	2.15	11.64	11.48	1.98	1.86
Veracruz	8.68	9.97	1.21	1.26	30.73	30.81	6.04	5.98
Yucatán	4.38	5.43	0.34	0.49	21.95	21.82	3.60	3.71
Zacatecas	9.87	10.67	1.66	1.72	6.57	7.21	1.98	1.97

(continúa)

1/ Tasa de mortalidad observada por 100,000 habitantes. Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED) 2002 cifras preliminares y proyecciones de población del CONAPO, 2002.

2/ Tasa de mortalidad por 100,000 habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025.

3/ Tasa de mortalidad observada por 100,000 habitantes de 25 a 44 años. Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED) 2002 cifras preliminares y proyecciones de población del CONAPO, 2002.

4/ Tasa de mortalidad por 100,000 habitantes de 25 a 44 años, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025.

(continuación)  
**ANEXO I.1.1**

	Incidencia de tuberculosis pulmonar (A15-A19) 1/	Prevalencia de depresión 2/	
		Hombres	Mujeres
<b>Nacional</b>	<b>21.00</b>	<b>2.50</b>	<b>5.80</b>
Aguascalientes	7.25	3.80	7.60
Baja California	58.03	2.00	5.80
Baja California Sur	31.63	3.30	7.30
Campeche	22.47	2.00	2.90
Coahuila	24.35	3.10	4.40
Colima	23.28	4.50	5.30
Chiapas	43.25	2.60	6.20
Chihuahua	24.31	1.80	3.80
Distrito Federal	8.87	1.10	6.70
Durango	19.99	3.80	7.60
Guanajuato	4.78	3.10	6.10
Guerrero	50.94	2.60	4.90
Hidalgo	17.06	4.10	9.90
Jalisco	11.46	5.00	8.20
México	6.03	1.50	8.10
Michoacán	10.37	3.90	6.90
Morelos	13.52	3.90	4.80
Nayarit	38.70	0.70	3.00
Nuevo León	37.06	0.80	5.30
Oaxaca	26.53	3.00	4.30
Puebla	10.65	1.60	3.30
Querétaro	13.17	2.00	5.80
Quintana Roo	20.90	1.30	2.90
San Luis Potosí	17.81	2.00	5.40
Sinaloa	32.44	4.30	7.70
Sonora	30.09	1.70	2.80
Tabasco	31.84	4.50	5.40
Tamaulipas	46.91	1.50	5.00
Tlaxcala	7.45	1.70	3.70
Veracruz	35.74	4.60	3.50
Yucatán	12.87	2.00	5.10
Zacatecas	6.65	3.30	7.60

1/ Tasa de morbilidad por 100,000 habitantes de 15 años y más, con base en las proyecciones de población del CONAPO, 2002 e información de los Anuarios Estadísticos, Dirección General Adjunta de Epidemiología/Secretaría de Salud.

2/ Prevalencia en mayores de 18 años, con base en datos de la ENED 2002. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud.

## ANEXO I.1.2

Entidad Federativa	Defunciones infantiles registradas y estimadas en dos entidades según fuente de información		
	INEGI (registro regular)	CONAPO (estimaciones)	Estimación por servicios estatales/DGIED
Durango	79	677	545
Sinaloa	219	1,108	820

## ANEXO I.1.3

Edad por grupos quinquenales	Distribución porcentual de la población por grupos quinquenales de edad, población mundial estándar 1/
<b>Total</b>	100.00
0 a 4	8.86
5 a 9	8.69
10 a 14	8.60
15 a 19	8.47
20 a 24	8.22
25 a 29	7.93
30 a 34	7.61
35 a 39	7.15
40 a 44	6.59
45 a 49	6.04
50 a 54	5.37
55 a 59	4.55
60 a 64	3.72
65 a 69	2.96
70 a 74	2.21
75 a 79	1.52
80 a 84	0.91
85 a 89	0.44
90 a 94	0.15
95 a 99	0.04
100 y más años	0.005

1/ Distribución de la población estándar mundial, con base en el promedio de población mundial 2000-2025; Organización Mundial de la Salud.

## ANEXO I.2

Sexo	Brecha en mortalidad por enfermedades del rezago					
	Mortalidad por EDAs 1/		Mortalidad por IRAs 1/		Mortalidad por CaCu 2/	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Hombres	16.79	37.47	35.5	56.1	—	—
Mujeres	13.10	31.44	27.5	48.1	17.3	22.5

Sexo	Brecha en mortalidad por enfermedades no transmisibles 3/					
	Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón		Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares		Mortalidad por diabetes mellitus	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Hombres	52.69	40.86	23.4	24.6	49.15	31.03
Mujeres	42.03	35.32	26.2	28.2	55.6	44.9

1/ Tasa por 100,000 habitantes menores de 5 años.

2/ Tasa por 100,000 mujeres de 25 años y más.

3/ Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: Promedio de defunciones 1999-2001, a partir de las bases de datos de defunciones del INEGI (cifras definitivas) para ese mismo período y proyecciones de población del CONAPO, 2002.

## ANEXO I.3

Grupos de edad	% de fumadores en población urbana y rural por edad		Tipo de consumo 3/	% de población de 18 a 65 años por sexo y tipo de localidad según consumo de bebidas alcohólicas			
	Urbana 1/	Rural 2/		Urbana 1/		Rural 2/	
				Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
18 a 29 años	40.80	28.80					
30 a 39 años	25.10	19.50	Nunca	9.70	34.60	15.40	63.00
40 a 49 años	21.30	24.60	Ex bebedor	18.00	22.80	23.70	18.10
50 a 65 años	12.70	27.10	Bebedor	72.20	42.70	60.70	18.90
Escolaridad	% de fumadores en población urbana y rural por escolaridad 1/		Tendencia de consumo 4/	Tendencias del consumo de alcohol 1998-2002			
	Urbana 1/	Rural 2/		Hombres		Mujeres	
				1998	2002	1998	2002
Ninguna	3.70	16.80	Moderado bajo	4.90	5.60	4.70	4.80
Primaria	23.00	51.90	Moderado alto	18.20	16.90	2.60	3.70
Secundaria	26.60	18.00	Frecuente bajo	3.60	4.00	1.40	1.60
Preparatoria	23.40	7.80	Frecuente alto	6.50	3.90	0.60	0.90
Universidad	20.20	5.10	Consuetudinario	16.00	12.40	0.80	0.70
Posgrado	1.10	0.00					

1/ Ambito urbano se refiere a localidades de más de 2,500 habitantes. Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA 2002).

2/ Ambito rural se refiere a localidades menores de 2,500 habitantes. Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA 2002).

3/ El tipo de consumo se desagrega en las siguientes categorías: *Nunca*, que agrupa a aquella población que nunca ha bebido alcohol; *ex bebedor*, población que dejó de beber en atención a las razones para no beber y *bebedor*, población que había consumido alcohol en los 12 meses previos a la encuesta.

4/ Tendencia en el consumo se desagrega en las siguientes categorías: *Moderado bajo*, que es el consumo mensual de menos de 5 copas por ocasión; *moderado alto*, que es el consumo mensual de 5 copas o más por ocasión; *frecuente bajo*, consumo de menos de 5 copas en la última semana; *frecuente alto*, consumo de 5 copas o más en la última semana; *consuetudinario*, consumo de 5 copas o más al menos una vez por semana.

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Consejo Nacional contra las Adicciones; Instituto Nacional de Psiquiatría; Dirección General Adjunta de Epidemiología; INEGI.

## ANEXO I.4.1

Entidad Federativa	Tiempo de espera en Primer Nivel 1/	Tiempo de espera en Urgencias 1/	% de usuarios satisfechos con el tiempo de espera en urgencias 1/	% de usuarios satisfechos con el tiempo de espera en primer nivel 1/	Porcentaje de nacimientos por cesárea 2/
<b>Nacional</b>	<b>22.60</b>	<b>14.40</b>	<b>87.90</b>	<b>84.60</b>	<b>37.80</b>
Aguascalientes	26.20	13.71	88.70	91.90	37.20
Baja California	30.50	27.42	69.90	48.49	35.86
Baja California Sur	11.90	16.05	93.80	94.30	41.96
Campeche	13.70	20.10	91.70	88.11	36.77
Coahuila	23.20	6.63	93.10	95.96	36.48
Colima	22.60	27.93	84.60	75.46	40.60
Chiapas	25.20	16.84	86.50	83.45	31.30
Chihuahua	17.10	16.34	89.90	86.73	34.37
Distrito Federal	NP	NP	NP	NP	45.14
Durango	26.70	15.19	90.40	81.96	30.61
Guanajuato	26.40	15.79	81.90	90.37	35.17
Guerrero	10.00	12.76	83.10	87.65	32.41
Hidalgo	23.40	18.49	77.50	33.26	33.96
Jalisco	30.90	8.75	82.40	81.71	37.83
México	37.50	20.32	80.50	75.55	37.32
Michoacán	37.40	18.35	81.10	69.29	36.49
Morelos	19.00	5.79	89.30	83.36	40.52
Nayarit	21.00	10.30	89.00	91.60	31.91
Nuevo León	20.00	23.57	93.20	85.58	48.71
Oaxaca	28.10	23.43	86.40	86.24	32.38
Puebla	19.20	10.40	91.20	92.13	36.18
Querétaro	12.40	13.24	91.70	70.08	38.50
Quintana Roo	7.50	12.05	88.10	87.52	36.06
San Luis Potosí	26.20	14.33	89.00	86.25	27.77
Sinaloa	14.90	9.92	95.40	94.55	41.99
Sonora	17.50	12.36	94.60	88.46	37.40
Tabasco	21.20	8.93	88.60	88.42	38.58
Tamaulipas	31.00	16.82	99.60	88.75	41.99
Tlaxcala	10.10	9.16	89.70	94.90	35.13
Veracruz	19.10	14.43	90.00	91.02	36.71
Yucatán	28.40	19.50	80.60	85.52	41.06
Zacatecas	16.94	9.36	96.98	97.49	26.47

1/ Tiempo promedio de espera en minutos. Datos observados en 4,535 unidades de primer nivel y 579 hospitales.

2/ Incluye información de la Secretaría de Salud; IMSS; ISSSTE; IMSS-Oportunidades, y de instituciones privadas de salud. Fuente: Boletín de Información Estadística No. 22, Vol. I Recursos y Servicios. DGIED, Secretaría de Salud.

NP: No participa en el monitoreo de indicadores de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

Fuente: Monitoreo de los Indicadores de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud.

## ANEXO I.4.2

Institución	Tiempo de espera en Primer Nivel 1/	Tiempo de espera en Urgencias 1/
SSA	27.50	21.10
IMSS	21.90	18.30
ISSSTE	22.40	13.80
Otras	12.50	6.40

Institución	% de usuarios satisfechos con el tiempo de espera en primer nivel 1/	% de usuarios satisfechos con el tiempo de espera en urgencias 1/
SSA	86.80	85.40
IMSS	89.20	82.90
ISSSTE	88.70	80.50
Otros	90.90	90.50

1/ Tiempo promedio de espera en minutos. Datos observados en 4,535 unidades de primer nivel y 579 hospitales.

Fuente: Monitoreo de los Indicadores de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud.

## ANEXO I.5

Entidad Federativa	Gasto público, privado y total en salud como porcentaje del PIB			Gasto público y privado en salud como porcentaje del gasto total en salud		Gasto público como porcentaje del gasto público total
	% Público	Privado	% Total	Gasto público	Gasto privado	
<b>Nacional</b>	<b>2.43</b>	<b>3.35</b>	<b>5.78</b>	<b>42.02</b>	<b>57.98</b>	<b>14.55</b>
Aguascalientes	2.63	3.10	5.73	45.89	54.11	13.08
Baja California	2.02	3.96	5.98	33.73	66.27	16.29
Baja California Sur	3.84	4.62	8.46	45.30	54.70	17.06
Campeche	2.20	0.79	3.00	73.61	26.39	6.75
Coahuila	2.47	1.92	4.39	56.16	43.84	17.33
Colima	3.34	3.35	6.69	49.80	50.20	10.12
Chiapas	4.12	5.95	10.07	41.24	58.76	12.06
Chihuahua	2.00	2.74	4.74	42.23	57.77	19.28
Distrito Federal	2.40	3.14	5.54	43.27	56.73	10.39
Durango	3.24	3.92	7.15	45.34	54.66	11.66
Guanajuato	2.82	3.70	6.52	43.20	56.80	20.01
Guerrero	3.44	3.93	7.36	46.78	53.22	14.05
Hidalgo	3.66	3.54	7.21	51.21	48.79	12.42
Jalisco	2.78	5.63	8.40	32.98	67.02	28.86
México	2.14	4.00	6.13	34.74	65.26	23.27
Michoacán	2.94	7.10	10.04	29.27	70.73	16.71
Morelos	2.57	2.83	5.40	47.42	52.58	17.80
Nayarit	4.50	5.21	9.71	46.35	53.65	18.34
Nuevo León	1.82	3.19	5.01	36.32	63.68	20.98
Oaxaca	4.18	5.04	9.22	45.89	54.11	14.72
Puebla	2.43	3.66	6.08	39.97	60.03	19.72
Querétaro	2.04	2.26	4.31	47.51	52.49	16.31
Quintana Roo	2.02	2.31	4.32	46.52	53.48	20.33
San Luis Potosí	2.91	4.43	7.35	39.68	60.32	17.44
Sinaloa	3.42	5.62	9.04	37.84	62.16	15.49
Sonora	2.69	3.00	5.69	47.13	52.87	18.05
Tabasco	5.21	4.00	9.21	56.47	43.53	11.78
Tamaulipas	2.95	3.70	6.64	44.26	55.74	14.96
Tlaxcala	3.84	5.55	9.39	40.78	59.22	18.61
Veracruz	3.84	3.42	7.26	52.94	47.06	13.21
Yucatán	4.08	1.79	5.87	69.55	30.45	19.34
Zacatecas	3.66	5.50	9.16	40.08	59.92	16.12

*(continúa)*

Cifras a precios corrientes de 2002.  
Ver anexos metodológicos.

Fuente: Boletín de Información Estadística, vol. IV, 2002; Sistema de Cuentas Nacionales INEGI; 2do Informe de Gobierno y Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud.



(continuación)  
ANEXO I.5

Entidad Federativa	Gasto público en salud per cápita por condición de aseguramiento			Aportación estatal y federal al financiamiento de la salud de la población no asegurada	
	Asegurados	No asegurados	Total	Aportación estatal	Aportación federal
<b>Nacional</b>	<b>1,741.29</b>	<b>1,129.53</b>	<b>1,441.52</b>	<b>9,853,465.35</b>	<b>47,502,494.01</b>
Aguascalientes	1,553.57	1,798.22	1,636.75	88,152.60	525,549.54
Baja California	1,542.85	950.20	1,346.09	8,809.00	857,549.15
Baja California Sur	2,470.24	2,516.77	2,484.94	26,404.00	347,501.29
Campeche	2,191.53	1,807.95	2,003.19	78,037.00	581,934.70
Coahuila	1,710.87	1,949.27	1,759.03	102,726.00	866,365.89
Colima	1,743.61	1,793.74	1,764.21	18,016.30	404,395.08
Chiapas	1,234.94	835.69	926.32	207,927.30	2,546,455.96
Chihuahua	1,490.48	1,343.84	1,443.70	310,541.50	1,096,603.73
Distrito Federal	3,976.22	2,601.10	3,504.55	2,771,181.67	5,091,520.27
Durango	1,472.21	1,576.95	1,514.21	19,824.90	953,606.70
Guanajuato	1,457.47	700.21	1,031.13	464,414.23	1,492,606.49
Guerrero	1,474.51	867.17	1,040.87	17,756.30	1,981,234.19
Hidalgo	1,389.53	1,093.02	1,202.43	50,101.43	1,563,960.60
Jalisco	1,623.02	1,345.71	1,501.56	1,485,680.30	2,445,390.04
México	804.39	944.38	869.49	104,167.53	6,087,953.25
Michoacán	1,341.45	691.40	911.12	110,454.77	1,807,305.38
Morelos	1,571.35	897.29	1,197.92	91,853.20	737,636.70
Nayarit	1,717.87	1,276.50	1,487.48	60,028.80	593,513.39
Nuevo León	1,769.19	1,391.40	1,683.43	146,256.00	1,142,148.99
Oaxaca	1,140.97	943.47	1,000.55	119,214.16	2,332,690.83
Puebla	1,515.35	589.20	900.38	188,430.40	1,921,211.70
Querétaro	1,255.80	1,192.14	1,227.79	36,859.90	765,354.51
Quintana Roo	1,494.59	1,498.41	1,496.22	72,063.81	564,825.95
San Luis Potosí	1,356.07	1,056.66	1,196.78	230,025.88	1,107,800.34
Sinaloa	1,506.94	1,315.45	1,437.81	214,396.30	1,072,455.70
Sonora	1,596.91	1,988.93	1,716.48	381,007.60	1,068,795.70
Tabasco	1,928.48	1,726.64	1,806.57	1,108,640.00	986,056.77
Tamaulipas	1,753.92	1,397.25	1,622.66	198,073.00	1,354,247.69
Tlaxcala	1,236.71	986.56	1,089.38	41,559.96	557,106.52
Veracruz	1,903.46	893.15	1,301.31	998,327.69	2,854,759.36
Yucatán	2,009.30	1,353.24	1,725.89	63,745.00	958,653.32
Zacatecas	1,325.83	1,023.42	1,142.87	38,788.81	835,304.26

(continúa)

Cifras a precios corrientes de 2002.  
Ver anexos metodológicos.

Fuente: Boletín de Información Estadística, vol. IV, 2002; Sistema de Cuentas Nacionales INEGI; 2do Informe de Gobierno y Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud.

(continuación)  
ANEXO I.5

Entidad Federativa	Gasto privado en salud per cápita	Distribución del gasto privado en salud por componentes		
		% en medicamentos	% en servicios ambulatorios	% en hospitalización
<b>Nacional</b>	<b>1,989.1</b>	<b>37.9</b>	<b>43.3</b>	<b>18.8</b>
Aguascalientes	1,923.4	43.5	35.4	21.2
Baja California	2,636.0	24.3	48.3	27.4
Baja California Sur	2,994.5	32.2	50.3	17.4
Campeche	721.3	50.2	38.1	11.7
Coahuila	1,368.0	41.6	46.2	12.2
Colima	1,772.5	27.9	54.2	17.8
Chiapas	1,337.8	40.6	40.7	18.8
Chihuahua	1,980.7	36.8	42.8	20.4
Distrito Federal	4,587.6	32.3	52.0	15.7
Durango	1,831.2	50.5	33.6	15.9
Guanajuato	1,351.7	31.0	51.2	17.8
Guerrero	1,189.2	42.0	35.8	22.2
Hidalgo	1,162.7	44.5	43.6	11.9
Jalisco	3,044.1	37.9	36.7	25.4
México	1,627.9	40.8	38.2	21.0
Michoacán	2,203.3	34.3	41.7	24.0
Morelos	1,322.1	57.4	36.0	6.5
Nayarit	1,722.3	45.8	34.9	19.3
Nuevo León	2,943.7	39.7	50.7	9.5
Oaxaca	1,204.1	33.2	40.0	26.7
Puebla	1,355.5	44.9	43.2	11.9
Querétaro	1,360.9	38.0	51.1	10.8
Quintana Roo	1,713.9	41.0	43.5	15.5
San Luis Potosí	1,821.2	38.2	40.9	20.9
Sinaloa	2,364.4	34.8	44.0	21.2
Sonora	1,919.2	32.0	47.5	20.4
Tabasco	1,387.4	46.5	38.7	14.8
Tamaulipas	2,036.7	30.6	40.1	29.3
Tlaxcala	1,574.4	38.6	47.7	13.7
Veracruz	1,157.8	54.5	33.0	12.5
Yucatán	757.3	41.3	43.8	14.9
Zacatecas	1,716.8	50.3	34.0	15.7

Cifras a precios corrientes de 2002.  
Ver anexos metodológicos.

Fuente: Boletín de Información Estadística, vol. IV, 2002; Sistema de Cuentas Nacionales INEGI; 2do Informe de Gobierno y Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud.

## ANEXO I.6

Entidad Federativa	Médicos x 1000 habitantes 1/	Proporción de médicos generales y especialistas del sector público 2/		Camas censables x 1000 habitantes 3/	Cobertura de vacunación en niños de 1 año 4/	Cobertura de vacunación en niños de 1 a 4 años 4/
		Generales	Especialistas			
<b>Nacional</b>	<b>1.15</b>	<b>48.39</b>	<b>51.61</b>	<b>0.74</b>	<b>94.32</b>	<b>97.88</b>
Aguascalientes	1.45	40.99	59.01	0.79	94.43	97.60
Baja California	0.83	44.73	55.27	0.60	91.93	97.16
Baja California Sur	2.02	47.42	52.58	1.22	90.83	94.43
Campeche	1.63	60.45	39.55	0.92	100.00	100.00
Coahuila	1.20	45.70	54.30	0.90	97.29	98.82
Colima	1.61	48.79	51.21	0.87	98.78	99.42
Chiapas	0.76	69.93	30.07	0.41	94.22	97.82
Chihuahua	0.96	53.61	46.39	0.75	94.22	98.29
Distrito Federal	2.76	24.85	75.15	1.91	77.68	91.37
Durango	1.38	56.67	43.33	0.83	95.82	98.49
Guanajuato	0.83	56.50	43.50	0.52	96.06	98.44
Guerrero	1.04	68.00	32.00	0.49	94.82	98.43
Hidalgo	1.05	63.76	36.24	0.53	99.36	99.80
Jalisco	1.21	44.27	55.73	0.91	91.57	95.75
México	0.63	57.77	42.23	0.46	88.83	96.70
Michoacán	0.89	59.94	40.06	0.51	98.25	99.44
Morelos	1.04	47.63	52.37	0.51	97.13	99.16
Nayarit	1.35	56.63	43.37	0.65	99.95	99.98
Nuevo León	1.09	43.38	56.62	0.78	92.63	97.56
Oaxaca	0.88	68.70	31.30	0.50	97.17	99.01
Puebla	0.78	58.95	41.05	0.54	95.56	97.52
Querétaro	1.09	52.82	47.18	0.52	96.96	98.78
Quintana Roo	1.19	55.36	44.64	0.56	97.70	99.21
San Luis Potosí	0.96	55.60	44.40	0.59	99.52	99.84
Sinaloa	1.13	54.70	45.30	0.72	99.01	99.70
Sonora	1.27	41.19	58.81	0.92	94.62	98.25
Tabasco	1.48	59.45	40.55	0.68	99.21	99.75
Tamaulipas	1.34	50.03	49.97	0.88	99.06	99.71
Tlaxcala	1.17	65.45	34.55	0.54	96.50	98.94
Veracruz	1.09	57.51	42.49	0.61	98.23	99.52
Yucatán	1.19	43.82	56.18	0.87	96.48	98.63
Zacatecas	1.10	59.34	40.66	0.55	98.96	99.64

1/ Incluye médicos generales, especialistas, odontólogos, médicos pasantes y residentes de las instituciones de salud públicas. Fuente: Boletín de Información Estadística No. 22, Vol. I Recursos y Servicios, DGIED-SSA, y Proyecciones de Población del CONAPO, 2002.

2/ Información 2002 para las instituciones de salud públicas. Médicos generales incluye a médicos generales y a pasantes; médicos especialistas incluye a médicos especialistas y a residentes, todos en contacto con el paciente. Fuente: Boletín de Información Estadística No. 22, Vol. I Recursos y Servicios, DGIED-SSA.

3/ Incluye camas censables de las instituciones de salud públicas. Fuente: Boletín de Información Estadística No. 22, Vol. I Recursos y Servicios, DGIED-SSA, y Proyecciones de Población del CONAPO, 2002.

4/ Se refiere al porcentaje de niños de ese grupo de edad que completaron el esquema de vacunación. Fuente: Consejos Estatales de Prevención y Control de Enfermedades. PROVAC.

## ANEXO I.7.1

Entidad Federativa	Consultas por consultorio 1/	Cirugías por quirófano 1/
<b>Nacional</b>	<b>23.48</b>	<b>2.81</b>
Aguascalientes	27.37	3.26
Baja California	23.66	3.00
Baja California Sur	17.88	1.98
Campeche	17.97	2.61
Coahuila	29.18	3.01
Colima	17.99	4.14
Chiapas	20.63	2.41
Chihuahua	25.15	2.81
Distrito Federal	25.31	2.18
Durango	22.15	3.53
Guanajuato	23.66	4.03
Guerrero	18.40	2.78
Hidalgo	20.04	3.30
Jalisco	24.85	2.21
México	28.64	3.41
Michoacán	23.66	2.59
Morelos	21.31	3.70
Nayarit	19.28	2.97
Nuevo León	25.61	4.21
Oaxaca	17.24	2.78
Puebla	22.43	2.52
Querétaro	26.15	4.50
Quintana Roo	21.94	3.07
San Luis Potosí	23.63	3.77
Sinaloa	30.76	2.63
Sonora	24.84	2.53
Tabasco	20.61	2.98
Tamaulipas	23.03	3.16
Tlaxcala	23.42	3.13
Veracruz	20.73	2.84
Yucatán	36.50	3.19
Zacatecas	21.55	2.59

1/ Incluye información de las instituciones de salud públicas. Fuente: Boletín de Información Estadística No. 22, Vol. I Recursos y Servicios, DGIED, Secretaría de Salud.

## ANEXO I.7.2

Institución	Consultas por consultorio 1/	Cirugías por quirófano 1/
Secretaría de Salud	17.21	2.21
IMSS-Oportunidades	17.30	3.86
IMSS	42.87	3.91
ISSSTE	25.22	2.27

1/ Incluye información de las instituciones de salud públicas. Fuente: Boletín de Información Estadística No. 22, Vol. I Recursos y Servicios, DGIED, Secretaría de Salud.

## ANEXO II.1

Cruzada Nacional por la Calidad 1/					
Entidades federativas con los mejores desempeños	Índice de compromiso con la Cruzada por la Calidad	Unidades de primer nivel por institución con los mejores desempeños	Índice de desempeño en trato de calidad	Unidades con servicios de urgencias por institución con los mejores desempeños	Índice de desempeño en trato de calidad
Tlaxcala	81.31	<b>Secretaría de Salud</b>		<b>Hospital Secretaría de Salud</b>	
Veracruz	78.73	CSR1NB, Méndez, Ver	100.0	HG 30 Heróica Caborca, Son	95.52
Zacatecas	76.86	CSR1NB Balzapote, Ver	80.00	HG 167 Pachuca, Hgo	79.41
Sinaloa	66.19	CSU2NB Apizaco, Tlax	66.25	HC Reynosa, Tamps	77.47
Tabasco	63.88	CSR2NB Yauhquemehcan, Tlax	65.50	HG 30 Cuahutémoc, Chih	75.00
Yucatán	55.88	CSU1NB Campos, Col	57.50	HG 30 Cosamaloapan, Ver	74.00
Puebla	53.92	CSR1NB Hipólito, Coah	55.55	HG 30 Teapa, Tab	66.66
Nuevo León	53.07	CSR3NB San José		HG 25 San Francisco, Nay	66.42
Aguascalientes	52.20	Tequixquiác, Mex	55.00	HI 16 Sinaloa de Leyva, Sin	65.62
Durango	51.55	CSR2NB El Camarón, Oax	53.75	HG 30 Calvillo, Ags	65.00
		CSU2NB Benito Juárez, QRoo	53.75	HI 22 Huatabampo, Son	64.24
		CSR1NB H. Galeana 3ª Secc, Tab	53.19		
		<b>IMSS</b>		<b>Hospital IMSS</b>	
		UMF N° 10 Aguascalientes, Ags	100	HGZ N° 32 Guasave, Sin	93.70
		UMF N° 39 Monterrey, NL	93.70	HGZ N° 5 Zacatepec, Mor	87.50
		UMF N° 45 Mazatlán, Sin	93.70	HGZ N° 33 Monterrey, NL	87.50
		UMF N° 59 Tlajomulco, Jal	87.50	HGZ N° 2 Aguascalientes, Ags	87.50
		UMF N° 20 Cuernavaca, Mor	87.50	HGZ/MF Huixtla, Chis	81.20
		UMF N° 5 Cd. Hidalgo, Chis	81.20	HGZ N° 89 Guadalajara, Jal	81.20
		UMF N° 57 Mérida, Yuc	81.20	HGZ/MF N° 3 Salamanca, Gto	75.00
		UMF N° 34 Cd. Juárez, Chih	75.00	HGZ Vicente Gro, Acapulco, Gro	75.00
		UMF N° 43 Durango, Dgo	75.00	HGZ N° 1 Durango, Dgo	75.00
		UMF N° 6 Distrito Federal	75.00	HGZ N° 1 Oaxaca, Oax	68.50

(continúa)

1/ Fuente: Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud.

(continuación)  
ANEXO II.1

Cruzada Nacional por la Calidad 1/				Arbitraje médico 2/	
Unidades de primer nivel por institución con los mejores desempeños	Índice de desempeño en trato de calidad	Unidades con servicios de urgencias por institución con los mejores desempeños	Índice de desempeño en trato de calidad	Entidades federativas con Comisiones Estatales de Arbitraje	Valores alcanzados 3/
<b>ISSSTE</b>					
CMF La Piedad, Mich	93.75	HG Zamora, Mich	93.75	Aguascalientes	100.00
CMF Cuernavaca, Mor	75.00	HG Chetumal, Q Roo	68.75	Baja California	100.00
CMF Aragón, Distrito Federal	62.50	HG Aquiles Calles, Nay	62.50	Colima	100.00
UMF Comalcalco, Tab	56.25	HG Tacuba, DF	50.00	Chiapas	100.00
CMF Cuitláhuac, Distrito Federal	50.00	HG Pachuca, Hgo	37.50	Guanajuato	100.00
CMF Cozumel, Q Roo	43.75	HG Gonzalo Castañeda, DF	37.50	Guerrero	100.00
CMF Joaquín Canovas, Nay	37.50	HG Torreón, Coah	31.25	Jalisco	100.00
CMF Parras, Coah	31.25	HG Daniel Gurría, Tab	31.25	México	100.00
CMF Oaxaca, Oax	25.00	HG Cuernavaca, Mor	25.00	Michoacán	100.00
CMF Tulancingo, Hgo	12.50	CH Tehuantepec, Oax	25.00	Morelos	100.00
<b>IMSS-Oportunidades</b>					
UMR Jame Sur I, Coah	85.00	<b>Hospital IMSS-Oportunidades</b>		Nayarit	100.00
UMR. Cheran Barrio I Paracho, Zamora, Mich	75.00	H Arios de Rosales, Uruapan, Mich	75.00	Nuevo León	100.00
UMR Carlos Salinas de Gortari I, Camp	72.50	H Villa Unión Sur, Sin	72.50	Puebla	100.00
UMR.San Antonio Centro, Tamps	72.50	H Matehuala Altiplano, SLP	71.50	Querétaro	100.00
UMR Carboneras Centro 4 Sur, Sin	71.50	H Soto La Marina, Tamps	71.50	San Luis Potosí	100.00
UMR Zacamixtle Naranjos Nte, Ver	71.50	H Zongolica, Sur, Ver	71.50	Sinaloa	100.00
UMR. Nueva Tenochtitlan Tuzantan Soconusco, Chis	60.00	H San Cayetano, Nay	70.50	Tabasco	100.00
UMR Hueytamalco Tezuitlan Centro, Pue	50.00	H Oxkutzcab Sur, Ver	70.50	Tamaulipas	100.00
UMR Peotillos Cerritos Huasteca, SLP	47.50	H Los Pinos Sur, Zac	70.50	Tlaxcala	100.00
UMR Telchac Pueblo Izamal Sur, Yuc	35.50	H Tepexi de Rodríguez Sur, Pue	62.50	Veracruz	100.00
		H Chicontepec Nte, Ver	62.50	Yucatán	100.00
				Campeche	50.00
				Quintana Roo	50.00
				Zacatecas	50.00

1/ Fuente: Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud.

2/ Fuente: Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Secretaría de Salud.

3/ Se asignó un valor de 100 a las entidades cuyas Comisiones Estatales fueron creadas y se encuentran funcionando y un valor de 50 a aquellas entidades donde sólo se crearon pero aún no prestan servicios.

## ANEXO II.2

Prevención y Control de Enfermedades					
Entidades federativas por desempeño	SINAVE % de desempeño	Entidades federativas por desempeño	Red Nacional de Laboratorios de SP % de desempeño	Entidades federativas por desempeño	Vacunación % de desempeño
<b>Nacional</b>	<b>76.58</b>	<b>Nacional</b>	<b>62.84</b>	<b>Nacional</b>	<b>97.66</b>
Hidalgo	86.62	Puebla	88.90	Campeche	100.00
Nayarit	84.57	Michoacán	80.35	Nayarit	99.98
Durango	83.72	Oaxaca	79.80	San Luis Potosí	99.80
Tlaxcala	82.63	Coahuila	79.75	Hidalgo	99.77
Michoacán	82.52	Guanajuato	78.39	Tabasco	99.73
Querétaro	82.40	Hidalgo	78.17	Tamaulipas	99.67
Tabasco	82.06	Tabasco	78.04	Sinaloa	99.65
San Luis Potosí	81.45	Veracruz	77.41	Zacatecas	99.60
Guanajuato	81.41	Jalisco	75.99	Colima	99.38
Puebla	81.16	México	75.08	Veracruz	99.33
Distrito Federal	80.32	San Luis Potosí	74.91	Michoacán	99.25
Aguascalientes	80.22	Sinaloa	74.17	Quintana Roo	99.10
México	79.25	Chiapas	70.57	Querétaro	99.00
Veracruz	77.83	Nuevo León	70.11	Oaxaca	98.85
Campeche	77.35	Quintana Roo	70.08	Coahuila	98.84
Chihuahua	76.84	Tlaxcala	69.56	Tlaxcala	98.80
Jalisco	76.45	Chihuahua	68.95	Morelos	98.79
Baja California	76.15	Nayarit	67.68	Yucatán	98.46
Tamaulipas	75.64	Guerrero	65.01	Guanajuato	98.30
Zacatecas	75.01	Tamaulipas	63.10	Guerrero	98.18
Sinaloa	74.70	Sonora	62.26	Durango	98.15
Quintana Roo	71.51	Aguascalientes	61.90	Puebla	98.12
Nuevo León	70.89	Campeche	61.84	Sonora	97.96
Morelos	70.31	Durango	59.88	Chihuahua	97.70
Guerrero	70.29	Colima	58.50	Chiapas	97.37
Colima	69.44	Querétaro	52.67	Aguascalientes	97.21
Sonora	68.97	Yucatán	52.53	Nuevo León	97.01
Coahuila	68.64	Zacatecas	45.09	Jalisco	96.47
Oaxaca	68.26	Baja California Sur	41.07	Baja California	96.30
Yucatán	68.03	Morelos	39.26	México	95.80
Chiapas	67.22	Distrito Federal	29.94	Baja California Sur	95.77
Baja California Sur	62.05	Baja California	29.67	Distrito Federal	89.65

*(continúa)*

El sombreado muestra a las entidades con los mejores desempeños.

Fuente: Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud; Secretaría de Salud.

(continuación)

## ANEXO II.2

Prevención y Control de Enfermedades					
Entidades federativas por desempeño	Tuberculosis % de desempeño	Entidades federativas por desempeño	VIH/SIDA-ITS % de desempeño	Entidades federativas por desempeño	Rabia % de desempeño
<b>Nacional</b>	<b>62.58</b>	<b>Nacional</b>	<b>55.04</b>	<b>Nacional</b>	<b>75.40</b>
Querétaro	81.19	Zacatecas	76.57	Guanajuato	100.00
Nayarit	79.85	Quintana Roo	76.27	San Luis Potosí	97.17
Campeche	78.44	Distrito Federal	73.20	Jalisco	96.54
Baja California Sur	78.42	Aguascalientes	70.55	Puebla	90.39
Hidalgo	78.19	Hidalgo	68.70	Michoacán	89.59
Durango	78.06	Michoacán	68.55	Nuevo León	88.04
Veracruz	77.63	Yucatán	67.19	Querétaro	86.82
Tamaulipas	76.86	Colima	64.58	Baja California	86.70
Guerrero	76.00	Campeche	61.57	Baja California Sur	86.25
Tabasco	74.52	Chihuahua	60.13	Aguascalientes	84.58
Colima	71.95	Jalisco	59.84	Guerrero	83.51
Aguascalientes	71.45	Oaxaca	59.42	Nayarit	82.50
San Luis Potosí	70.64	Nuevo León	58.01	Durango	81.62
Sinaloa	68.94	México	56.23	Distrito Federal	81.34
Quintana Roo	68.85	Coahuila	55.89	Chihuahua	80.81
Coahuila	66.63	Sonora	55.53	Quintana Roo	80.15
Distrito Federal	65.18	Querétaro	55.20	Campeche	79.92
Chiapas	63.94	Tabasco	52.58	México	78.89
Puebla	62.11	Veracruz	52.28	Morelos	78.12
Jalisco	61.53	Chiapas	47.48	Sonora	78.11
Sonora	60.17	Nayarit	46.48	Tlaxcala	77.77
Zacatecas	59.64	Tamaulipas	44.86	Veracruz	76.46
Michoacán	57.93	Morelos	44.79	Sinaloa	74.42
Baja California	57.30	Sinaloa	44.35	Colima	74.06
Guanajuato	57.07	Baja California	43.51	Coahuila	73.83
Morelos	55.45	Tlaxcala	35.69	Hidalgo	72.42
Oaxaca	54.87	Guanajuato	35.22	Tamaulipas	71.82
Chihuahua	53.30	Puebla	33.98	Yucatán	69.62
Yucatán	52.77	Durango	30.19	Tabasco	65.97
Nuevo León	48.88	Baja California Sur	24.17	Zacatecas	61.09
Tlaxcala	44.38	San Luis Potosí	23.08	Chiapas	60.74
México	43.87	Guerrero	13.28	Oaxaca	59.12

(continúa)

El sombreado muestra a las 10 entidades con los mejores desempeños.

Fuente: Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud; Secretaría de Salud.



(continuación)  
ANEXO II.2

Prevención y Control de Enfermedades					
Entidades federativas por desempeño	Cólera % de desempeño	Entidades federativas por desempeño	Salud bucal % de desempeño	Entidades federativas por desempeño	Salud reproductiva % de desempeño
<b>Nacional</b>	<b>61.05</b>	<b>Nacional</b>	<b>74.44</b>	<b>Nacional</b>	<b>68.49</b>
Campeche	99.10	Tabasco	94.75	Colima	89.78
Jalisco	94.15	Distrito Federal	94.19	Nuevo León	80.40
Quintana Roo	94.10	Colima	88.27	Veracruz	76.75
Veracruz	89.56	Hidalgo	87.57	Tamaulipas	75.91
Guerrero	86.30	Querétaro	87.37	Puebla	73.97
Tlaxcala	86.27	Campeche	87.23	Hidalgo	73.63
Colima	86.15	Coahuila	86.58	Campeche	73.58
Tamaulipas	82.47	Morelos	85.93	Guerrero	73.53
Tabasco	80.57	Nuevo León	84.71	México	72.88
Guanajuato	79.22	Puebla	84.48	Yucatán	72.72
Querétaro	78.99	Baja California Sur	83.49	Sonora	72.55
Sinaloa	78.00	Quintana Roo	83.33	Tlaxcala	72.38
Hidalgo	77.70	Chihuahua	82.46	Morelos	71.18
Nayarit	76.12	San Luis Potosí	81.85	Aguascalientes	71.05
San Luis Potosí	72.71	México	81.66	Zacatecas	70.64
Aguascalientes	67.77	Sonora	81.57	Tabasco	70.42
Coahuila	65.97	Aguascalientes	80.68	Chiapas	70.36
México	64.21	Sinaloa	80.28	Jalisco	68.73
Puebla	63.32	Tamaulipas	74.56	Coahuila	68.49
Yucatán	63.04	Jalisco	73.14	Nayarit	67.83
Distrito Federal	62.61	Durango	71.01	San Luis Potosí	65.90
Baja California Sur	61.49	Zacatecas	68.96	Querétaro	64.84
Nuevo León	60.94	Baja California	66.92	Oaxaca	64.06
Chihuahua	52.14	Michoacán	66.25	Quintana Roo	62.88
Chiapas	45.99	Nayarit	65.82	Chihuahua	61.64
Zacatecas	44.04	Tlaxcala	65.21	Durango	60.74
Morelos	43.82	Oaxaca	63.20	Guanajuato	60.15
Sonora	37.36	Yucatán	60.63	Michoacán	59.82
Oaxaca	36.30	Guanajuato	58.33	Distrito Federal	57.04
Michoacán	34.13	Veracruz	57.90	Baja California	56.70
Durango	33.66	Chiapas	53.89	Sinaloa	53.69
Baja California	31.34	Guerrero	50.45	Baja California Sur	53.34

(continúa)

El sombreado muestra a las 10 entidades con los mejores desempeños.

Fuente: Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud; Secretaría de Salud.

(continuación)  
**ANEXO II.2**

Prevención y Control de Enfermedades					
Entidades federativas por desempeño	Cáncer cérvico-uterino % de desempeño	Entidades federativas por desempeño	Diabetes mellitus % de desempeño	Entidades federativas por desempeño	Hipertensión % de desempeño
<b>Nacional</b>	<b>67.52</b>	<b>Nacional</b>	<b>49.86</b>	<b>Nacional</b>	<b>55.40</b>
Colima	78.82	Hidalgo	63.51	Morelos	75.24
Baja California	76.03	Zacatecas	60.54	Hidalgo	73.24
Nayarit	75.09	Guerrero	59.85	Puebla	71.86
Coahuila	74.95	Jalisco	59.32	Tabasco	71.14
Sinaloa	73.53	Tabasco	56.19	Colima	66.65
Durango	72.43	Morelos	54.98	Yucatán	65.35
Tabasco	72.36	Chihuahua	54.12	Zacatecas	64.51
Jalisco	72.30	Yucatán	53.87	Guerrero	62.63
Veracruz	71.85	Puebla	53.63	Jalisco	62.51
Morelos	70.61	Colima	52.73	Chihuahua	58.34
Hidalgo	69.45	Baja California	51.87	Chiapas	57.86
Quintana Roo	66.69	Veracruz	51.62	Guanajuato	56.78
Zacatecas	65.98	San Luis Potosí	49.72	Baja California	56.48
Distrito Federal	65.89	Distrito Federal	49.70	Distrito Federal	56.00
San Luis Potosí	64.82	Tlaxcala	49.18	Veracruz	55.85
Puebla	64.54	Querétaro	48.68	Tlaxcala	55.46
Aguascalientes	63.10	Sonora	48.49	San Luis Potosí	54.61
Sonora	62.72	Baja California Sur	48.30	Aguascalientes	54.24
Chihuahua	61.66	Coahuila	47.67	Sonora	54.08
Tamaulipas	61.65	Michoacán	47.40	Querétaro	53.38
Yucatán	61.39	Aguascalientes	47.37	Michoacán	51.23
Campeche	59.99	Guanajuato	45.51	Sinaloa	51.19
Nuevo León	59.49	Nayarit	45.39	México	50.21
Guanajuato	58.69	Chiapas	45.22	Nayarit	48.65
Guerrero	57.53	México	43.90	Oaxaca	47.59
Michoacán	57.07	Sinaloa	42.70	Coahuila	46.22
Tlaxcala	57.00	Oaxaca	42.12	Nuevo León	44.24
Querétaro	52.08	Campeche	41.38	Campeche	43.42
Baja California Sur	50.63	Nuevo León	38.09	Durango	41.85
Oaxaca	48.56	Durango	35.39	Tamaulipas	40.93
Chiapas	37.39	Tamaulipas	26.10	Quintana Roo	39.79
México	34.72	Quintana Roo	21.12	Baja California Sur	38.28

El sombreado muestra a las 10 entidades con los mejores desempeños.

Fuente: Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud; Secretaría de Salud.

## ANEXO II.3

Prevención y Control de las Adicciones			
Entidades federativas por desempeño	Programa contra las adicciones	Entidades federativas por desempeño	Programas municipales contra las adicciones
	% de desempeño		% de desempeño
		<b>Nacional</b>	<b>44.94</b>
Nayarit	92.00	Aguascalientes	100.0
Jalisco	90.00	Baja California	100.0
Querétaro	89.00	Baja California Sur	100.0
Baja California	86.00	Campeche	100.0
Veracruz	84.00	Colima	100.0
Distrito Federal	83.00	Hidalgo	100.0
Tamaulipas	83.00	Morelos	100.0
Chiapas	81.00	Nuevo León	100.0
Chihuahua	77.00	Tabasco	100.0
Tabasco	76.00	Veracruz	100.0
Colima	75.00	Chiapas	99.00
Campeche	74.00	Querétaro	94.00
Aguascalientes	72.00	México	93.00
Baja California Sur	71.00	Nayarit	90.00
Morelos	71.00	Tamaulipas	79.00
Nuevo León	71.00	Chihuahua	78.00
San Luis Potosí	70.00	Distrito Federal	75.00
Sonora	70.00	Quintana Roo	75.00
Guerrero	68.00	Jalisco	54.00
Hidalgo	66.00	Yucatán	53.00
México	66.00	Sonora	40.00
Coahuila	64.00	Durango	38.00
Oaxaca	64.00	Sinaloa	38.00
Tlaxcala	63.00	Coahuila	26.00
Durango	61.00	San Luis Potosí	24.00
Puebla	60.00	Guanajuato	17.00
Quintana Roo	60.00	Michoacán	15.00
Yucatán	60.00	Zacatecas	14.00
Zacatecas	59.00	Guerrero	13.00
Sinaloa	48.00	Tlaxcala	13.00
Guanajuato	47.00	Puebla	10.00
Michoacán	40.00	Oaxaca	3.50

El sombreado muestra a las entidades con los mejores desempeños.  
Fuente: Consejo Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud.

Entidades federativas con los mejores desempeños	Agua de calidad bacteriológica	Entidades federativas con los mejores desempeños	Yodación de la sal
	% de desempeño		% de desempeño
<b>Nacional</b>			<b>79.09</b>
Nuevo León	97.07	Guanajuato	100.00
Quintana Roo	96.22	Tabasco	100.00
Tamaulipas	96.00	Tamaulipas	100.00
Distrito Federal	94.81	Quintana Roo	100.00
Campeche	94.24	Campeche	100.00
México	94.08	Aguascalientes	100.00
Tlaxcala	93.97	Veracruz	99.00
Aguascalientes	93.56	Nayarit	98.00
Morelos	91.80	Yucatán	97.00
Hidalgo	85.95	México	96.00

Fuente: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Secretaría de Salud.

## ANEXO II.4

Investigación en Salud			
Instituciones con investigadores	% de investigadores que pertenecen al SNI	Instituciones	Artículos publicados por investigador
<b>Institutos Nacionales de Salud</b>		Hospitales desconcentrados Secretaría de Salud	1.20
Cardiología	57.80	Institutos Nacionales de Salud	1.19
Enfermedades Respiratorias	56.36	Instituto Mexicano del Seguro Social	0.93
Neurología y Neurocirugía	53.97		
C. Médicas y Nutrición	50.85		
Cancerología	34.29		
Salud Pública	32.48		
Psiquiatría	30.51		
Pediatría	26.50		
Hosp. Infantil de México	14.44		
Perinatología	9.09		
<b>IMSS 1/</b>			
Centros de Investigación Biomédica	68.42		
Unidades de Investigación Médica	67.59		
Unidades de Investigación en Epidemiología Clínica	31.03		
Unidades de Investigación en Epidemiología y Servicios de Salud 2/	23.68		
<b>Hospitales desconcentrados Secretaría de Salud</b>			
Centro Nacional de Rehabilitación	30.77		
H. General de México	26.09		
H. Juárez de México	25.00		
H. Gea González	24.24		

1/ Incluye sólo a los 280 investigadores de tiempo completo (personal contratado con categoría de investigador asociado o titular) adscritos a centros o unidades de investigación.

2/ Incluye una unidad de investigación educativa y una de economía de la salud.

Fuente: Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud e Instituto Mexicano del Seguro Social.

## ANEXO III.1.1

Entidades federativas	% de población mayor de 18 años que califica su salud como buena		Grupo de edad	% de población por grupos de edad y sexo según percepción de su estado de salud					
	Hombres	Mujeres		Hombres			Mujeres		
				Bueno	Regular	Malo	Bueno	Regular	Malo
<b>Nacional</b>	<b>70.80</b>	<b>62.90</b>	18-29	82.80	15.60	1.60	74.70	23.10	2.20
			30-44	73.00	24.20	2.80	65.50	29.60	4.90
Aguascalientes	74.00	61.80	45-59	61.70	31.80	6.50	51.60	39.60	8.80
Baja California	72.10	65.60	60-74	51.60	37.10	11.30	43.00	43.20	13.70
Baja California Sur	68.80	62.60	75 y más	40.70	43.20	16.20	39.10	42.70	18.30
Campeche	76.20	66.20							
Coahuila	67.80	57.50							
Colima	78.80	71.10							
Chiapas	60.60	56.30							
Chihuahua	74.50	70.20							
Distrito Federal	66.60	55.30							
Durango	71.50	55.40							
Guanajuato	73.50	65.70							
Guerrero	75.30	69.70							
Hidalgo	65.10	57.00							
Jalisco	58.80	55.30							
México	73.40	62.90							
Michoacán	69.60	59.70							
Morelos	75.80	66.30							
Nayarit	68.30	59.20							
Nuevo Leon	70.80	67.50							
Oaxaca	73.00	67.30							
Puebla	74.80	63.80							
Querétaro	68.70	66.20							
Quintana Roo	77.70	66.80							
San Luis Potosí	65.80	60.80							
Sinaloa	62.20	58.80							
Sonora	73.90	68.80							
Tabasco	61.10	58.10							
Tamaulipas	69.70	60.40							
Tlaxcala	70.00	65.70							
Veracruz	73.40	67.30							
Yucatán	75.50	68.10							
Zacatecas	68.90	60.60							

Fuente: Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud.

## ANEXO III.1.2

Entidades federativas	% de población mayor de 60 años que reporta dificultad extrema para realizar sus actividades de autocuidado		Grupo de edad	% de población según grado de limitación en la movilidad por edad y sexo					
	Hombres	Mujeres		Hombres			Mujeres		
				Ninguno	Moderado	Alto	Ninguno	Moderado	Alto
<b>Nacional</b>	<b>4.40</b>	<b>4.90</b>	18-29	90.10	9.40	0.50	87.50	11.60	1.00
			30-44	86.4	12.7	0.9	82.2	16.2	1.6
Aguascalientes	2.90	7.80	45-59	76.60	20.70	2.60	69.80	26.10	4.20
Baja California	0.00	8.50	60-74	61.6	30.2	8.2	54.6	35.7	9.7
Baja California Sur	3.60	7.10	75 y más	37.70	45.90	16.50	35.20	40.20	24.60
Campeche	7.70	7.20							
Coahuila	3.60	6.80							
Colima	1.30	0.60							
Chiapas	3.30	5.80							
Chihuahua	4.00	6.20							
Distrito Federal	3.80	4.90							
Durango	3.90	6.00							
Guanajuato	11.60	4.90							
Guerrero	1.70	3.50							
Hidalgo	2.00	3.80							
Jalisco	3.90	6.60							
México	2.30	2.70							
Michoacán	6.70	2.90							
Morelos	3.20	2.30							
Nayarit	5.90	3.80							
Nuevo León	8.50	6.50							
Oaxaca	6.00	3.80							
Puebla	3.00	3.50							
Querétaro	2.70	7.60							
Quintana Roo	5.30	12.40							
San Luis Potosí	1.70	3.00							
Sinaloa	4.50	8.80							
Sonora	4.60	7.10							
Tabasco	3.60	4.40							
Tamaulipas	3.60	6.30							
Tlaxcala	1.30	7.30							
Veracruz	7.50	3.10							
Yucatán	2.60	8.00							
Zacatecas	4.00	5.90							

Fuente: Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud.

## ANEXO III.2.1

Entidades federativas	% de aprobación para autonomía		% de aprobación para trato digno		% de aprobación para comunicación		% de aprobación para confidencialidad	
	Atención ambulatoria	Atención hospitalaria	Atención ambulatoria	Atención hospitalaria	Atención ambulatoria	Atención hospitalaria	Atención ambulatoria	Atención hospitalaria
<b>Nacional</b>	<b>85.70</b>	<b>83.20</b>	<b>88.40</b>	<b>87.20</b>	<b>88.40</b>	<b>88.00</b>	<b>88.90</b>	<b>86.30</b>
Aguascalientes	89.40	85.80	91.40	89.10	91.40	90.60	90.10	85.20
Baja California	69.40	72.10	84.70	82.20	81.70	83.70	85.30	84.70
Baja California Sur	78.60	71.20	86.80	86.20	83.70	86.50	86.50	82.80
Campeche	85.20	83.10	88.50	83.90	87.50	86.20	86.50	82.50
Coahuila	70.60	75.70	86.60	88.40	80.50	84.00	80.90	82.50
Colima	89.90	86.20	91.00	90.20	91.20	90.40	90.60	87.70
Chiapas	88.00	82.10	87.30	86.40	86.20	83.50	85.50	83.90
Chihuahua	81.20	73.50	91.60	89.20	91.50	88.70	91.60	87.00
Distrito Federal	82.70	75.80	89.10	84.70	86.90	84.30	90.70	81.60
Durango	88.20	90.40	90.50	90.10	89.70	89.70	88.30	87.00
Guanajuato	89.00	94.60	86.50	87.70	88.30	88.60	86.10	87.80
Guerrero	85.80	83.40	88.90	91.90	87.60	95.30	87.60	94.60
Hidalgo	81.10	87.10	82.50	86.10	84.20	90.90	81.10	88.10
Jalisco	85.20	84.70	87.40	88.00	86.50	89.50	89.80	88.20
México	86.30	86.90	88.40	88.10	88.10	89.20	90.70	86.40
Michoacán	82.10	79.10	87.80	83.90	88.40	86.10	87.80	86.60
Morelos	85.50	88.20	84.80	89.30	86.60	86.60	86.20	89.10
Nayarit	90.50	86.10	91.40	91.90	93.30	93.20	90.50	87.80
Nuevo Leon	86.20	82.30	90.80	87.90	91.10	88.30	92.70	86.00
Oaxaca	86.70	83.80	88.20	81.60	89.70	87.50	85.40	87.60
Puebla	88.50	80.80	87.10	83.30	89.10	82.90	90.10	86.40
Querétaro	85.30	91.30	86.90	80.90	87.40	87.10	87.20	88.80
Quintana Roo	66.40	65.50	79.80	79.10	76.50	78.90	80.60	71.30
San Luis Potosí	83.70	85.40	86.10	88.50	87.20	90.90	86.00	85.80
Sinaloa	81.50	83.70	89.70	92.20	89.50	92.40	89.90	90.90
Sonora	85.90	84.70	91.90	88.30	89.40	87.40	90.70	86.70
Tabasco	85.10	77.80	87.90	87.70	87.80	85.50	86.10	82.10
Tamaulipas	76.90	79.80	87.80	86.80	85.90	88.60	84.80	82.40
Tlaxcala	86.80	89.90	87.90	89.30	89.00	91.50	86.40	89.80
Veracruz	91.70	84.10	91.10	89.60	92.00	89.10	91.40	87.30
Yucatán	80.10	79.60	86.80	86.90	86.90	88.60	86.40	82.60
Zacatecas	90.80	93.80	91.60	92.00	91.00	93.60	91.70	93.60

(continúa)

% de aprobación se refiere a que el dominio fue calificado como bueno o muy bueno por la población encuestada.

Fuente: Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud.

(continuación)  
ANEXO III.2.1

Entidades federativas	% de aprobación para atención pronta		% de aprobación para capacidad de elección del proveedor		% de aprobación para comodidades básicas		% de aprobación para redes de apoyo	
	Atención ambulatoria	Atención hospitalaria	Atención ambulatoria	Atención hospitalaria	Atención ambulatoria	Atención hospitalaria	Rural	Metropolitana
<b>Nacional</b>	<b>75.70</b>	<b>81.60</b>	<b>82.90</b>	<b>76.20</b>	<b>88.20</b>	<b>86.20</b>	<b>89.50</b>	<b>82.30</b>
Aguascalientes	83.50	85.60	86.90	83.60	90.70	87.40	96.80	85.90
Baja California	68.30	70.90	66.40	60.50	80.70	81.40	88.20	74.20
Baja California Sur	69.80	81.50	72.50	55.30	82.00	79.30	81.30	78.50
Campeche	77.10	82.80	81.40	77.60	87.90	88.00	92.30	81.20
Coahuila	61.50	73.20	63.40	48.80	75.70	75.40	88.50	62.70
Colima	82.00	78.50	86.70	81.60	89.20	85.90	82.80	82.00
Chiapas	76.00	79.60	83.20	68.50	89.90	84.20	78.60	81.30
Chihuahua	79.10	83.70	85.90	70.90	90.70	84.60	87.70	80.10
Distrito Federal	67.90	76.10	78.40	64.50	87.90	78.70	N.A	76.80
Durango	82.40	86.80	85.30	86.20	89.70	89.70	91.80	89.00
Guanajuato	80.00	77.30	83.40	82.60	84.70	89.30	96.00	86.90
Guerrero	85.60	91.60	86.50	91.80	86.90	94.90	99.00	89.90
Hidalgo	74.40	89.30	78.40	82.50	84.90	84.40	92.10	97.80
Jalisco	73.80	81.40	82.40	75.00	86.90	85.60	86.30	78.60
México	73.00	84.60	84.10	81.50	89.30	88.60	97.80	88.30
Michoacán	73.90	78.60	77.00	75.10	85.50	83.50	86.30	79.20
Morelos	83.10	86.30	82.60	84.60	85.40	87.20	93.10	82.20
Nayarit	84.50	85.00	88.60	85.60	92.20	90.60	92.30	97.30
Nuevo León	76.80	80.70	78.50	70.80	87.80	84.90	63.00	84.10
Oaxaca	74.80	75.80	83.50	79.00	87.50	89.90	90.90	82.10
Puebla	74.80	82.90	87.50	76.30	88.60	87.00	89.60	83.10
Querétaro	82.80	84.90	84.00	86.10	88.00	92.80	96.40	80.00
Quintana Roo	58.50	69.60	66.40	54.90	77.70	75.30	58.30	62.90
San Luis Potosí	71.90	81.30	77.50	74.40	87.30	87.10	81.70	84.00
Sinaloa	76.70	86.20	78.80	79.40	86.40	86.80	85.30	79.90
Sonora	80.20	82.50	81.90	71.30	89.70	86.20	79.70	75.90
Tabasco	75.20	86.80	82.90	75.90	89.80	87.00	84.10	86.20
Tamaulipas	66.10	78.90	74.40	62.70	83.10	84.30	83.70	68.20
Tlaxcala	78.70	84.40	83.80	84.20	88.80	90.30	87.80	87.50
Veracruz	80.90	78.60	89.00	82.60	92.70	88.70	90.60	91.90
Yucatán	74.50	79.20	76.70	72.10	84.10	81.30	73.60	78.20
Zacatecas	85.30	91.20	90.80	92.20	91.90	93.20	96.70	92.80

% de aprobación se refiere a que el dominio fue calificado como bueno o muy bueno por la población encuestada.

1/ Rural: Localidades menores de 2,500 habitantes.

1/ Area metropolitana: Localidades mayores a 100,000 habitantes.

N.A: No aplica dado que en el DF no hay localidades clasificadas como rurales.

Fuente: Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud.



## ANEXO III.3.1

Entidad Federativa	Protección financiera						
	% de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud por entidad 1/	IC 90% 2/		Quintil de gasto per cápita 3/	% de hogares con gastos catastróficos por quintil de gasto per cápita	IC 90%	
		Inferior	Superior			Inferior	Superior
<b>Nacional</b>	<b>3.90</b>	<b>3.63</b>	<b>4.18</b>	<b>Nacional 2/</b>	<b>3.90</b>	<b>3.63</b>	<b>4.18</b>
Aguascalientes	2.45	1.69	3.22	I	4.67	4.27	5.06
Baja California	4.17	3.19	5.15	II	3.79	3.43	4.15
Baja California Sur	4.25	2.63	5.87	III	3.76	3.41	4.12
Campeche	2.48	1.51	3.45	IV	3.62	3.28	3.97
Coahuila	2.54	1.95	3.13	V	3.74	3.39	4.10
Colima	2.24	1.89	2.60				
Chiapas	7.28	6.18	8.38				
Chihuahua	2.46	1.86	3.06				
Distrito Federal	3.93	3.29	4.58				
Durango	5.23	4.65	5.81				
Guanajuato	3.43	2.61	4.25				
Guerrero	4.62	3.64	5.61				
Hidalgo	4.13	2.73	5.53				
Jalisco	4.50	3.62	5.37				
México	3.07	2.50	3.65				
Michoacán	6.74	5.26	8.21				
Morelos	2.68	1.84	3.51				
Nayarit	5.57	4.30	6.84				
Nuevo León	2.52	1.68	3.36				
Oaxaca	5.22	4.89	5.54				
Puebla	4.28	3.15	5.41				
Querétaro	2.45	1.50	3.40				
Quintana Roo	2.90	2.09	3.70				
San Luis Potosí	4.33	3.93	4.73				
Sinaloa	3.66	2.97	4.35				
Sonora	3.07	2.37	3.76				
Tabasco	4.88	3.70	6.06				
Tamaulipas	2.87	1.95	3.79				
Tlaxcala	5.56	4.63	6.50				
Veracruz	3.86	2.85	4.87				
Yucatán	1.38	1.13	1.63				
Zacatecas	7.00	5.70	8.30				
				<b>Tipo de aseguramiento 3/</b>	<b>% de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud por condición de aseguramiento 1/</b>	<b>IC 90%</b>	
				<b>Nacional 2/</b>	<b>3.90</b>	<b>3.63</b>	<b>4.18</b>
				No asegurada	4.94	4.69	5.19
				Asegurada	2.65	2.45	2.85

1/ Se definió como hogar con gasto catastrófico a todo aquel que está destinando más del 30% de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de sus miembros.

2/ Intervalo de confianza para medias.

3/ Intervalo de confianza para proporciones.

Fuente: Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud.

## ANEXO III.3.2

Entidad federativa	Protección financiera				Seguro Popular de Salud			
	Índice de justicia en la contribución financiera 1/	IC 90% 2/		Porcentaje de hogares asegurados por el jefe de familia 3/	Entidad federativa	Número de familias afiliadas al Seguro Popular de Salud 4/	Decil de ingreso 5/	% de familias afiliadas al Seguro Popular de Salud por decil de ingreso
		Inferior	Superior					
<b>Nacional</b>	<b>84.81</b>	<b>84.05</b>	<b>85.56</b>	<b>45.32</b>	<b>Nacional</b>	<b>295,210</b>		
Aguascalientes	85.62	82.88	88.35	61.73	Aguascalientes	8,361	I	39.30
Baja California	83.67	82.90	84.43	51.08	Baja California	21,738	II	31.80
Baja California Sur	84.48	82.08	86.88	62.37	Campeche	4,979	III	22.60
Campeche	87.18	84.99	89.36	36.09	Coahuila	15,279	IV	5.07
Coahuila	86.47	84.35	88.59	66.73	Colima	37,901	V	0.53
Colima	88.29	87.91	88.66	62.56	Chiapas	5,430	VI	0.35
Chiapas	83.03	81.54	84.51	22.33	Guanajuato	11,077	VII	0.20
Chihuahua	84.63	81.83	87.43	55.20	Guerrero	6,940	VIII	0.15
Distrito Federal	85.02	83.30	86.74	62.89	Hidalgo	6,234		
Durango	82.21	80.38	84.04	47.15	Jalisco	7,478		
Guanajuato	86.06	84.00	88.13	40.41	México	8,209		
Guerrero	84.95	83.56	86.35	20.81	Morelos	2,673		
Hidalgo	86.23	85.18	87.29	33.14	Oaxaca	8,392		
Jalisco	83.98	81.73	86.23	52.44	Quintana Roo	7,520		
México	85.33	83.56	87.11	43.98	San Luis Potosí	21,042		
Michoacán	83.14	82.25	84.02	31.36	Sinaloa	55,376		
Morelos	86.99	85.77	88.20	39.83	Sonora	19,641		
Nayarit	83.67	81.68	85.66	38.03	Tabasco	13,489		
Nuevo León	87.90	86.59	89.22	75.91	Tamaulipas	23,464		
Oaxaca	83.91	82.62	85.20	25.13	Zacatecas	9,987		
Puebla	85.88	84.91	86.86	27.06				
Querétaro	86.99	84.98	89.00	42.56				
Quintana Roo	85.86	84.62	87.10	53.74				
San Luis Potosí	83.77	82.78	84.77	42.99				
Sinaloa	85.35	84.65	86.05	66.63				
Sonora	85.68	83.80	87.56	60.39				
Tabasco	83.71	81.67	85.75	28.54				
Tamaulipas	85.61	84.13	87.10	56.15				
Tlaxcala	84.66	83.45	85.87	31.29				
Veracruz	85.05	83.28	86.82	30.87				
Yucatán	89.16	87.62	90.70	57.57				
Zacatecas	81.39	79.71	83.06	27.72				

1/ El índice de justicia varía de 0 a 100. Un valor de 100 indica que el sistema de salud es completamente equitativo.

Fuente: Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002 (ENED 2002). Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño (DGIE), Secretaría de Salud.

2/ Intervalo de confianza para medias.

3/ Se refiere a los hogares cuyo jefe de familia reportó haber tenido algún esquema de aseguramiento ya fuera social o voluntario. Fuente: ENED 2002, DGIED, Secretaría de Salud.

4/ Padrón de beneficiarios del Seguro Popular de Salud. Dirección General de Protección Financiera en Salud, Secretaría de Salud.

5/ Fuente INEGI 2002.



# Agradecimientos

La Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño desea manifestar su agradecimiento a las personas que se mencionan a continuación, quienes contribuyeron a la elaboración de Salud: México 2002.

Abaonza Flores Oscar  
Arreola Ornelas Héctor  
Barraza Llorens Mariana  
Durán Arenas Luis  
Franco Nuñez Aurora  
Garduño Espinoza Juan  
Guijarro Arrillaga Mayte  
Hernández Avila Mauricio  
Juárez Milian Federico  
Knaul Felicia  
Leyva Parra Gerardo  
López Kneeland Manuel  
Méndez Carniado Oscar  
Méndez Carniado Patricia  
Olaiz Fernández Gustavo  
Palma Coca Oswaldo  
Querol Vinagre Julio  
Romero Téllez Miguel

Salud: México 2002 se terminó de imprimir en septiembre de 2003  
en Talleres Gráficos de México.  
La edición consta de 1 500 ejemplares y estuvo al cuidado  
de la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño  
de la Secretaría de Salud.