

La Salud y el Sistema de Atención

- Condiciones de salud
 - Nivel
 - Distribución
- Factores predisponentes
- Calidad
 - Trato adecuado
 - Calidad técnica
- Protección financiera
- Inversión en salud
- Disponibilidad y accesibilidad de recursos y servicios
 - Nivel
 - Distribución
- 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.

Los seres humanos y las sociedades han tratado desde tiempos inmemoriales de procurarse una vida larga, de calidad y con oportunidades. Este tipo de vida se alcanza cuando se dispone, entre otros bienes y servicios, de alimento, vivienda, trabajo, educación y atención a la salud. Por estas razones la esperanza de vida al nacimiento se ha convertido en un indicador muy utilizado para evaluar el nivel de desarrollo y salud de una sociedad ya que es un indicador que resume la experiencia de mortalidad de una población y refleja el acceso a bienes y servicios básicos.

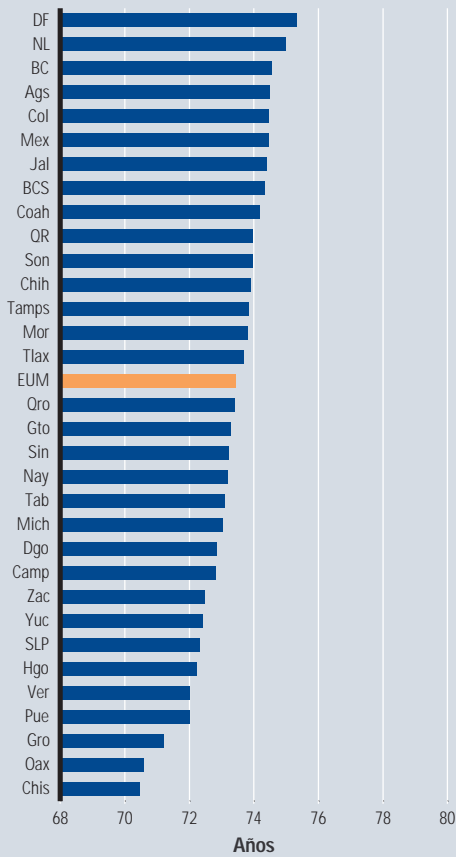
En el siglo pasado se obtuvieron ganancias considerables en la esperanza de vida en la mayoría de los países. Sin embargo, estas ganancias no tuvieron la misma magnitud en todos ellos. En años recientes, ciertas naciones del África al sur del Sahara retrocedieron a los niveles de esperanza de vida de principios del

siglo XX, debido fundamentalmente a la epidemia de VIH/SIDA.

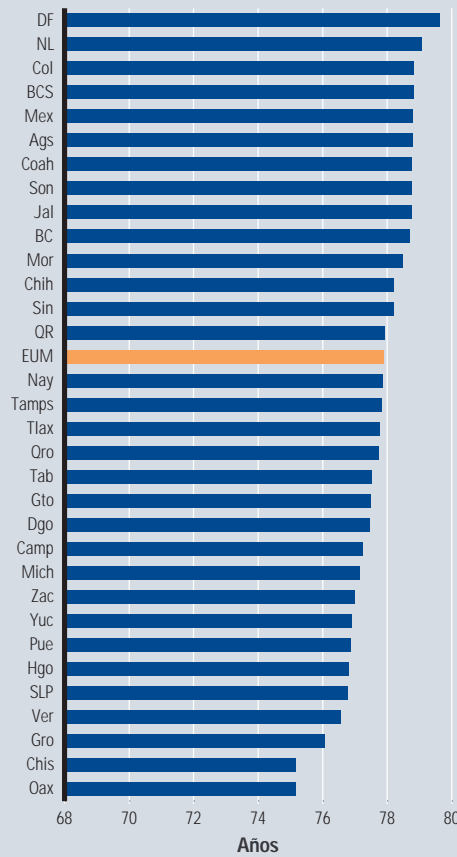
En México la esperanza de vida al nacer es de casi 78 años en las mujeres y de poco más de 73 años en los hombres. Se trata de cifras similares a las de la República Checa y Argentina en el caso de las mujeres, y de Finlandia y Chile en el caso de los hombres. Existen, sin embargo, diferencias importantes entre los estados del país.

En los últimos 10 años el valor de este indicador en México aumentó poco más de cuatro años. Este incremento ha sido mayor en los estados tradicionalmente más desfavorecidos, por lo que la diferencia entre el estado con la esperanza de vida más alta y el estado con el valor más bajo disminuyó de seis años en 1990 a poco menos de 4.5 años en 2001.

Esperanza de vida al nacimiento en hombres por entidad federativa. México 2001



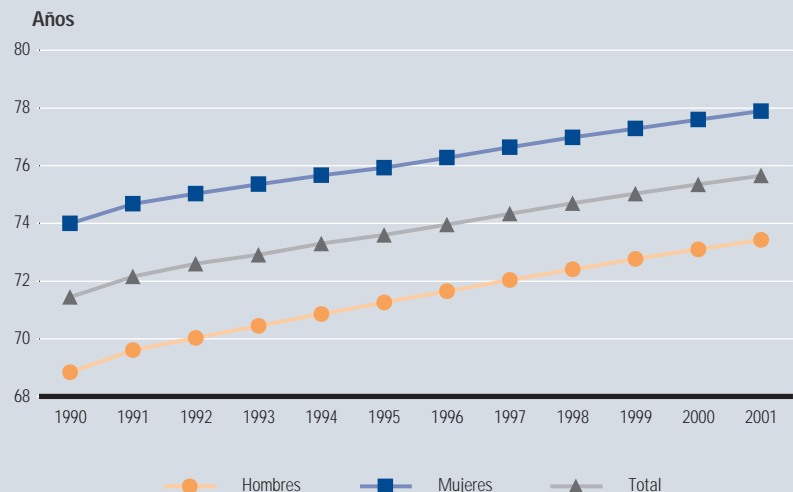
Esperanza de vida al nacimiento en mujeres por entidad federativa. México 2001



La esperanza de vida se relaciona con el grado de desarrollo. En México hay entidades con esperanzas de vida al nacer en hombres similares a las de Francia y estados con cifras parecidas a las de El Salvador.

La esperanza de vida al nacer se incrementó de manera consistente en nuestro país en los 10 últimos años. De 1990 a la fecha se ganaron poco más de cuatro años.

Esperanza de vida al nacimiento. México 1990-2001



Esperanza de vida saludable al nacer

La **esperanza de vida saludable al nacer** se define como el número de años libre de enfermedad que, en promedio, un recién nacido puede esperar vivir de no modificarse los niveles de mortalidad y discapacidad en una sociedad determinada.

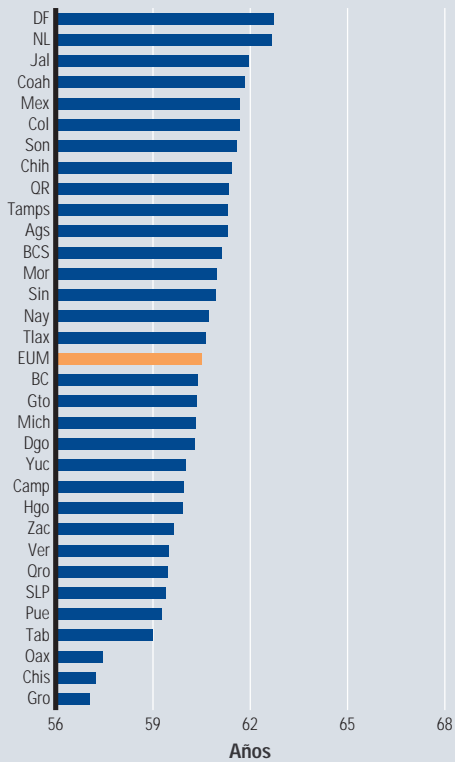
Hasta hace poco las evaluaciones de las condiciones de salud de una población se basaban exclusivamente en datos de mortalidad. Sin embargo, una cantidad importante de daños a la salud no se traducen en muerte sino en discapacidad. En un intento por integrar en las mediciones de las condiciones de salud tanto la muerte prematura como la discapacidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso la utilización de indicadores de resumen dentro de los que destaca la Esperanza de Vida Saludable (EVISA).

La EVISA comprende los años que una persona, en promedio, puede esperar vivir

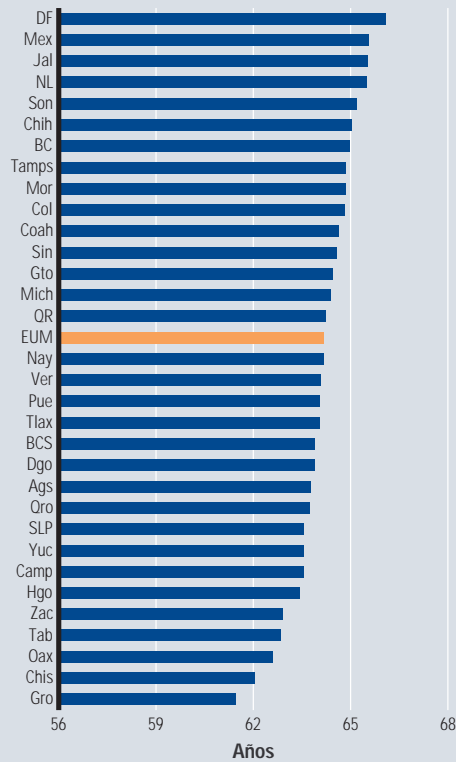
en buenas condiciones de salud en una determinada sociedad. Evidentemente esta cifra es menor a la esperanza de vida al nacer porque de ella se extrae el componente de discapacidad.

Las estimaciones hechas por la OMS para el año 2000 nos indican que en México, en promedio, los hombres viven ocho años con discapacidad y las mujeres 12. Estas cifras nos colocan en el lugar 42 en el mundo en este rubro, posición similar a la de Uruguay y Argentina pero inferior a la de Cuba, Chile y Costa Rica.

Esperanza de vida saludable en hombres por entidad federativa. México 2000



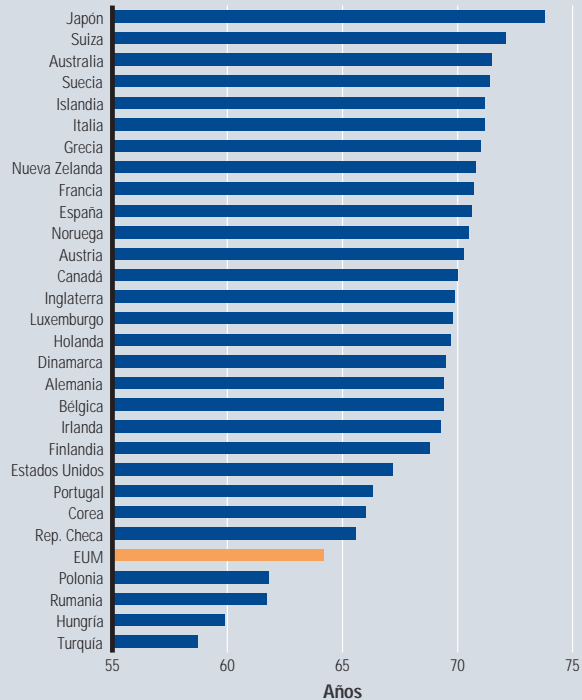
Esperanza de vida saludable en mujeres por entidad federativa. México 2000



Al igual que la esperanza de vida al nacer, la EVISA en México es mayor en las mujeres que en los hombres.

Con respecto a los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la esperanza de vida saludable nos ubica en el tercil inferior, aunque por arriba de países de Europa del Este y Turquía.

Esperanza de vida saludable en diversos países del mundo, 2000



Mortalidad infantil

La **mortalidad infantil** se define como la probabilidad de morir durante el primer año de vida por 1 000 nacidos vivos.

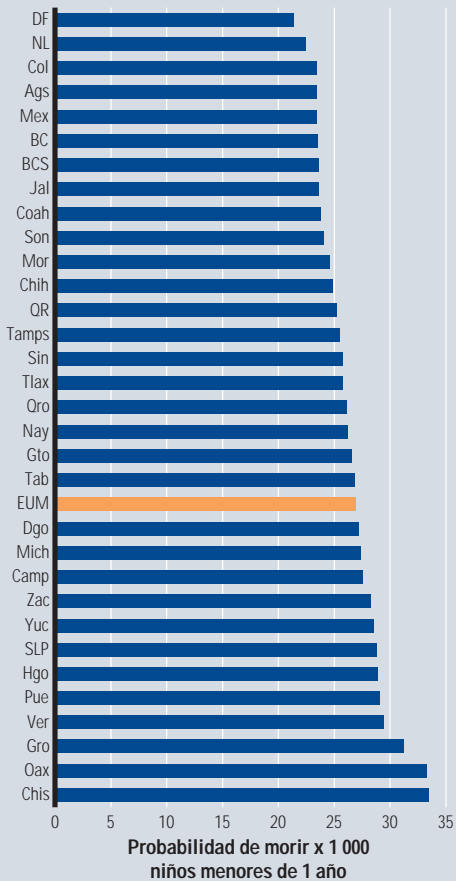
La **mortalidad infantil** –expresada como probabilidad de morir durante el primer año de vida– está relacionada con diversos factores económicos y sociales, tales como el ingreso per cápita, la distribución de la riqueza y el nivel de escolaridad. Mientras mayor es el ingreso per cápita en una sociedad menor es la mortalidad infantil, aunque esta relación tiende a ser menos pronunciada en los países desarrollados. La mortalidad infantil también se ve influida por la distribución del ingreso. Los países con una distribución más equitativa de su riqueza suelen presentar mejores cifras de mortalidad en menores de un año. Por estas razones este indicador se ha utilizado para evaluar no sólo el desempeño de los sistemas de salud sino también el grado de desarrollo de una sociedad.

La mortalidad infantil se relaciona asimismo con el acceso a servicios básicos de salud. De hecho, la mayor parte de las muertes en

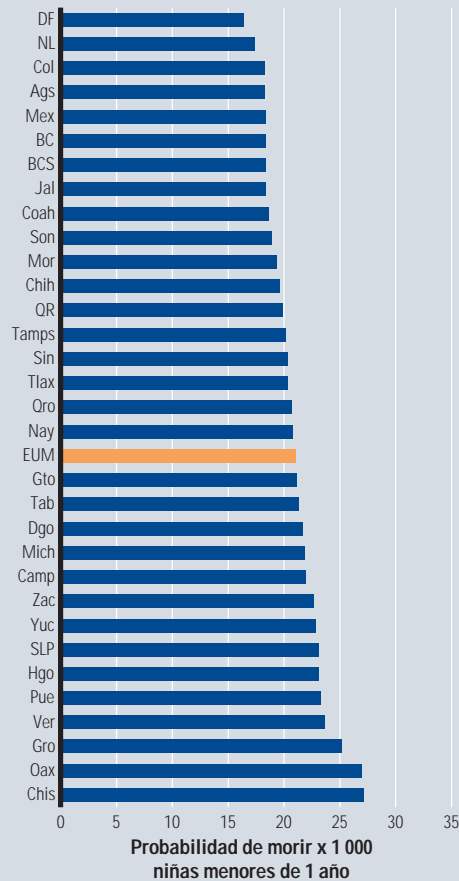
menores de 1 año en los países en vías de desarrollo está asociada a procesos patológicos susceptibles de prevención (infecciones comunes, padecimientos relacionados con la nutrición) con intervenciones poco costosas. En años recientes, las mayores reducciones en la mortalidad en los niños de entre uno y 11 meses de edad se alcanzaron con programas de inmunización y con medidas que modifican el curso de las infecciones respiratorias agudas y las diarreas.

El riesgo de morir antes de cumplir el año de edad en México ha disminuido de manera consistente en los últimos 30 años. Esto nos ha permitido alcanzar niveles promedio inferiores a los de Brasil o Ecuador. Sin embargo, nuestras cifras todavía están por arriba de las de Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba y Uruguay. Al interior del país existe a este respecto una variación muy importante.

Mortalidad en niños menores de 1 año por entidad federativa. México 2001



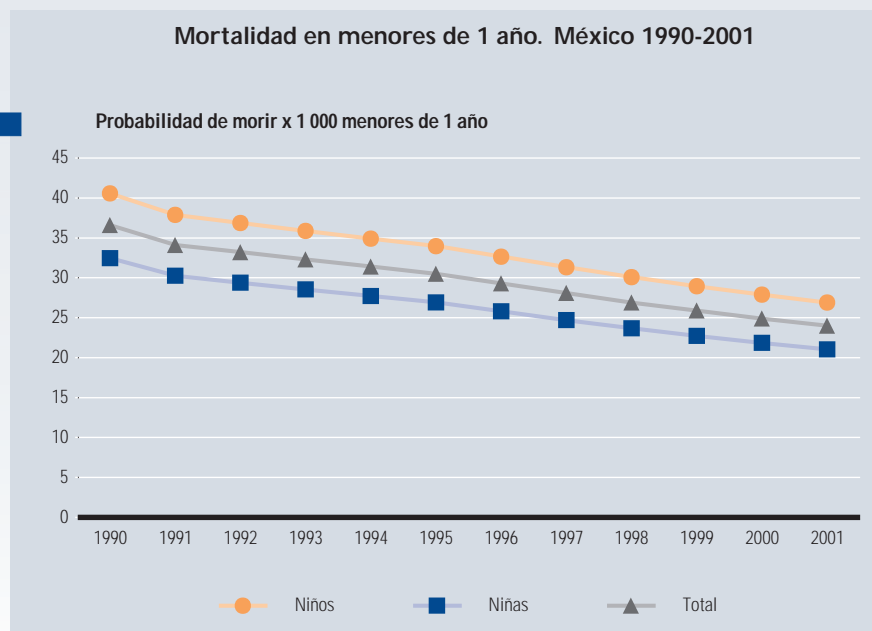
Mortalidad en niñas menores de 1 año por entidad federativa. México 2001



La probabilidad de morir en el primer año de vida muestra diferencias entre estados. Las mejores cifras son las del DF, Nuevo León, Colima, Aguascalientes, Estado de México, BC, BCS, Jalisco, Coahuila, Sonora, Morelos y Chihuahua.

En la última década se logró en México una disminución de casi 35% en la probabilidad de muerte en menores de 1 año, lo que equivale a evitar la muerte de 12 de cada 1000 niños nacidos vivos.

Mortalidad en menores de 1 año. México 1990-2001



Mortalidad en menores de 5 años

La **mortalidad en menores de 5 años** se define como la probabilidad de morir antes de cumplir los 5 años de edad por 1 000 menores de 5 años.

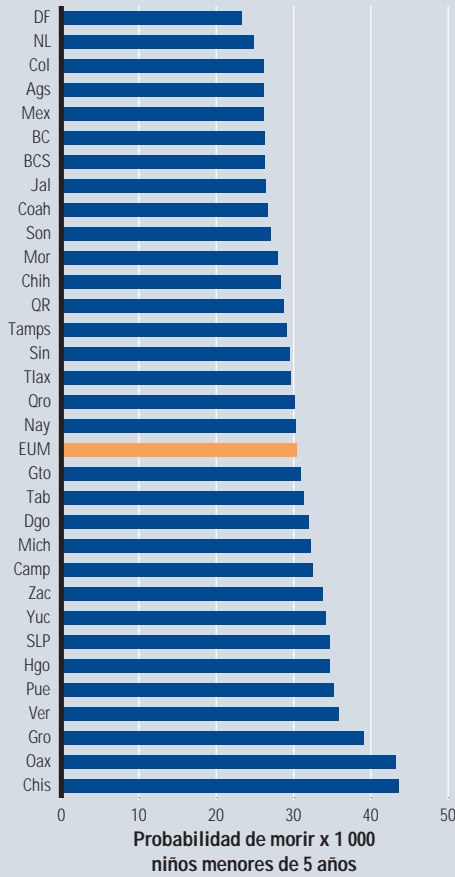
La mortalidad en menores de 5 años en el mundo presentó un descenso relativo de 15% en los últimos 10 años. Sin embargo, las muertes en este grupo de edad en los países de bajos ingresos siguen siendo muy altas y en su mayoría ocurren como consecuencia de padecimientos prevenibles y curables. Por esta razón, la probabilidad de morir en menores de 5 años se ha constituido en un indicador muy utilizado a nivel mundial porque es particularmente sensible a las acciones emprendidas por el sistema de salud.

En México, en la última década se produjo un importante descenso del riesgo de

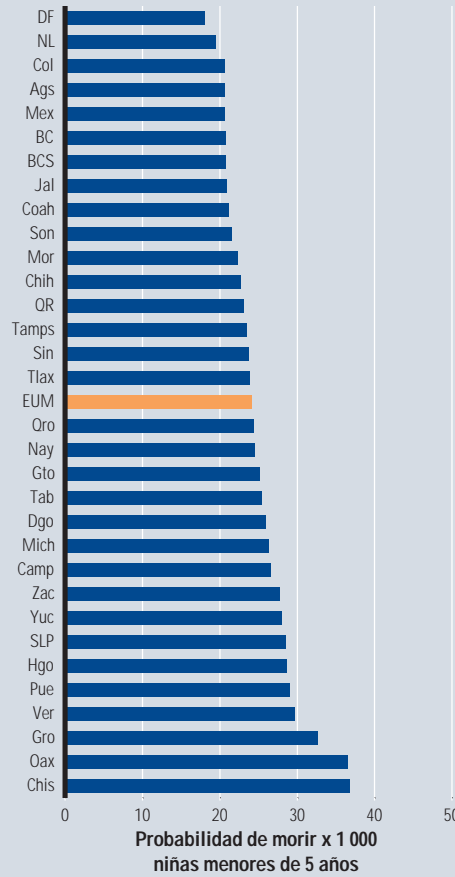
morir por enfermedades infecciosas en menores de 5 años. Este descenso explica en buena medida la reducción, de poco más de la mitad, de la mortalidad en menores de 5 años respecto de las cifras de principios de los años noventa. Este es un nivel parecido al de Colombia y Rumania.

No obstante estos avances, las enfermedades que hoy más contribuyen a la muerte en este grupo de edad siguen siendo padecimientos propios del rezago: infecciones respiratorias agudas, afecciones perinatales e infecciones gastrointestinales.

Mortalidad en niños menores de 5 años por entidad federativa. México 2001



Mortalidad en niñas menores de 5 años por entidad federativa. México 2001

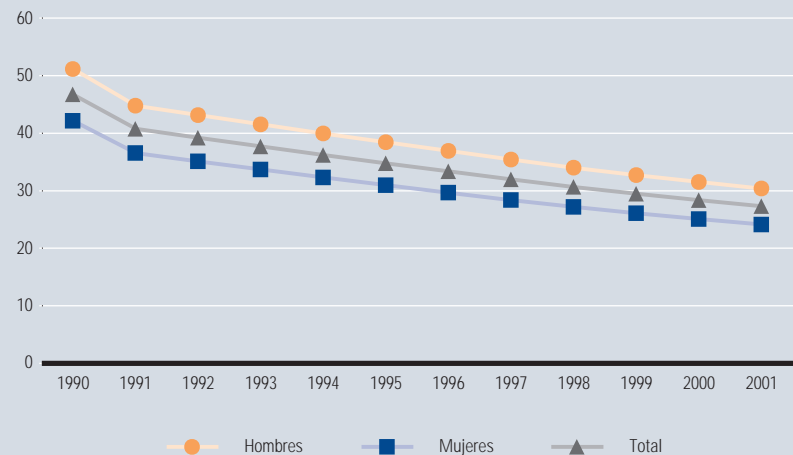


Las diferencias en la probabilidad de morir en menores de 5 años entre algunos estados llegan a ser hasta de dos veces.

En México, el control de las enfermedades infecciosas redujo la probabilidad de morir antes de cumplir los 5 años de manera consistente durante toda la década pasada.

Mortalidad en menores de 5 años. México 1990-2001

Probabilidad de morir x 1 000 menores de 5 años



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 periodo.

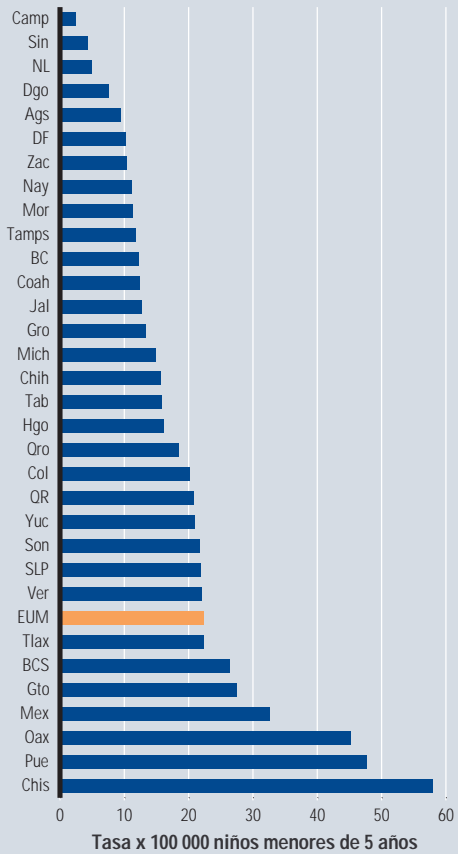
En México los problemas de salud propios de países desarrollados conviven con condiciones consideradas parte del rezago epidemiológico. Destacan dentro de estas últimas las enfermedades diarreicas, que siguen siendo un problema frecuente en los primeros años de vida, sobre todo en los grupos más pobres del país.

Las cifras de los últimos años señalan una mejoría notable en la mortalidad por diarreas en niños menores de 5 años que se debió a un incremento en el uso de la terapia de rehidratación oral, a cierta mejoría de la infraestructura y las condiciones sanitarias de los hogares mexicanos, y a la ampliación de la cobertura de vacunación antisarampionosa.

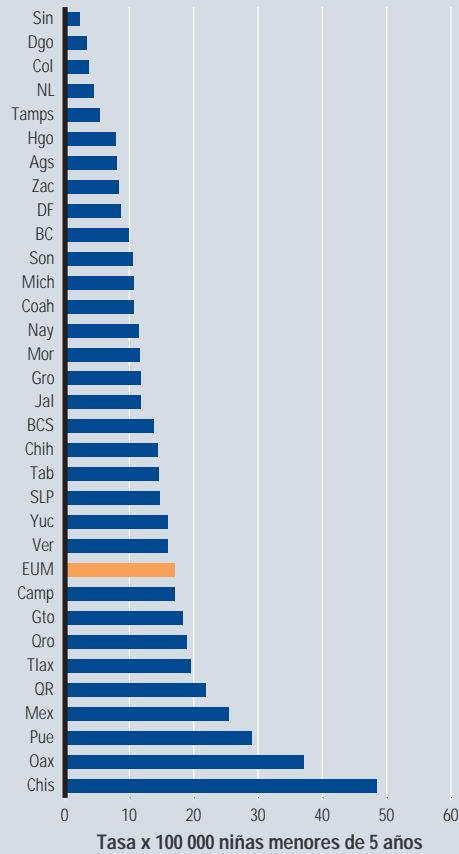
Entre 1990 y 2001 la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas en este grupo de edad se redujo 85%.

No obstante estos sorprendentes avances, las muertes por diarreas en niños siguen siendo injustificadamente elevadas: constituyen la cuarta causa de mortalidad en niños menores de 1 año y la tercera causa de mortalidad en la población preescolar. A esto habría que agregar las enormes diferencias que existen entre entidades federativas. La probabilidad de morir por enfermedad diarreica en un niño menor de 5 años en Chiapas es nueve veces más alta que la de los niños de Nuevo León.

Mortalidad por diarreas en niños menores de 5 años por entidad federativa. México 2001



Mortalidad por diarreas en niñas menores de 5 años por entidad federativa. México 2001

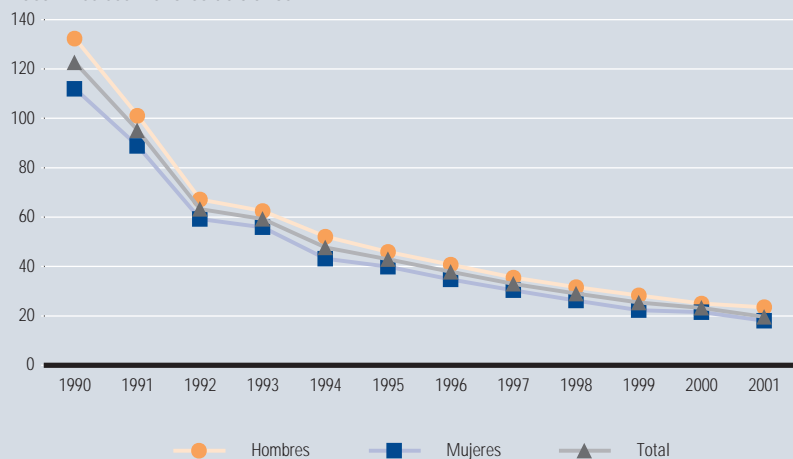


Hay entidades federativas donde la probabilidad que tienen los niños menores de 5 años de morir por diarreas es hasta 10 veces más alta que la de los estados con las cifras más bajas.

En los últimos 10 años la mortalidad por diarreas en menores de 5 años disminuyó 85%.

Mortalidad por diarreas en menores de 5 años. México 1990-2001

Tasa x 100 000 menores de 5 años



Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años

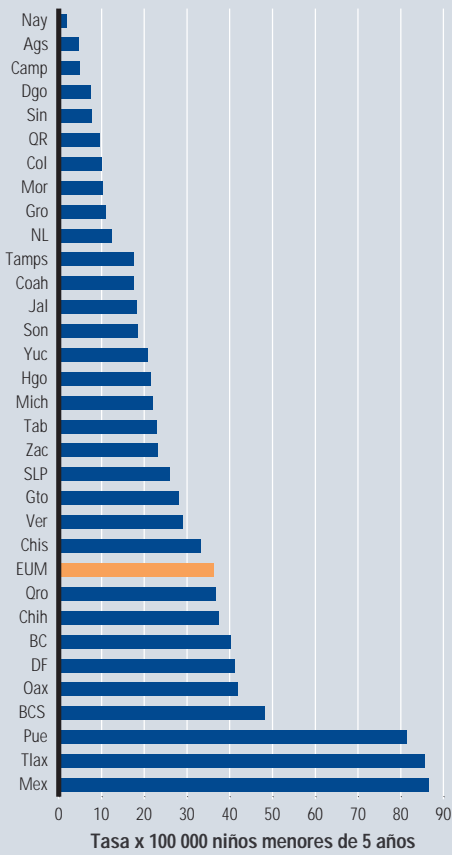
La tasa de **mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años** se define como el número de muertes por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años por 100 000 niños de esa edad. Esta cifra se obtiene de dividir el número de muertes causadas por neumonía, influenza y otras 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 periodo.

Las enfermedades infecciosas del aparato respiratorio son responsables de la mayor parte de las muertes de niños en todo el mundo, en particular en los países en desarrollo, en los que se concentran 99% de las muertes por neumonía. Estas infecciones están estrechamente relacionadas con la pobreza, la exposición a ambientes poco saludables y la falta de acceso a servicios de salud preventivos y curativos.

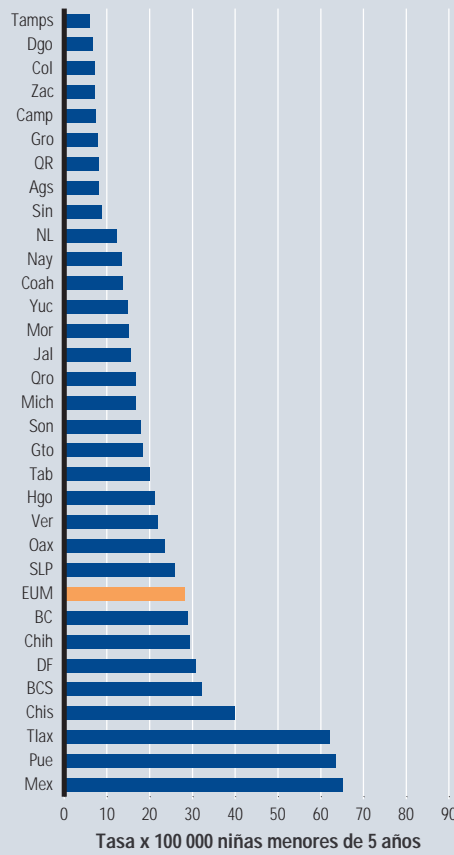
En México en los últimos 10 años se produjo un descenso sorprendente de la mortalidad por infecciones respiratorias agudas (IRAS) en menores de 5 años. De casi 120 muertes por 100 000 niños menores de 5 años se pasó en este periodo a tasas de casi 30.

Las IRAS, sin embargo, siguen siendo responsables de poco más del 10% de todas las muertes en menores de 5 años. De este grupo de enfermedades, la neumonía es la forma más grave y afecta con mayor frecuencia a los niños con problemas de desnutrición, que suelen contar con menos defensas para afrontar con éxito los episodios de enfermedad. Estos niños suelen concentrarse en las entidades federativas con menores recursos, que presentan tasas de mortalidad por IRAS en preescolares considerablemente mayores que las entidades del norte del país.

Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años por entidad federativa. México 2001



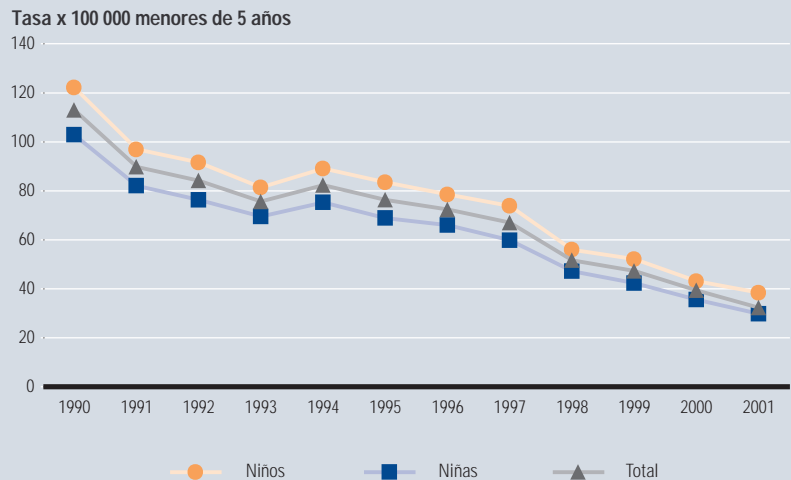
Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niñas menores de 5 años por entidad federativa. México 2001



Los estados del sur del país presentan en general una mortalidad por infecciones respiratorias agudas considerablemente mayor que los estados del norte. Estas infecciones son también más comunes en los niños que en las niñas.

Las muertes por infecciones respiratorias agudas disminuyeron de manera muy importante en los últimos 10 años.

Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. México 1990-2001



Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años

La **prevalencia de desnutrición en menores de 5 años** se define como el porcentaje de la población de esa edad que presenta alguna de las tres características siguientes: talla baja para la edad (desmedro), peso bajo para la edad o bajo peso para la talla (emaciación).

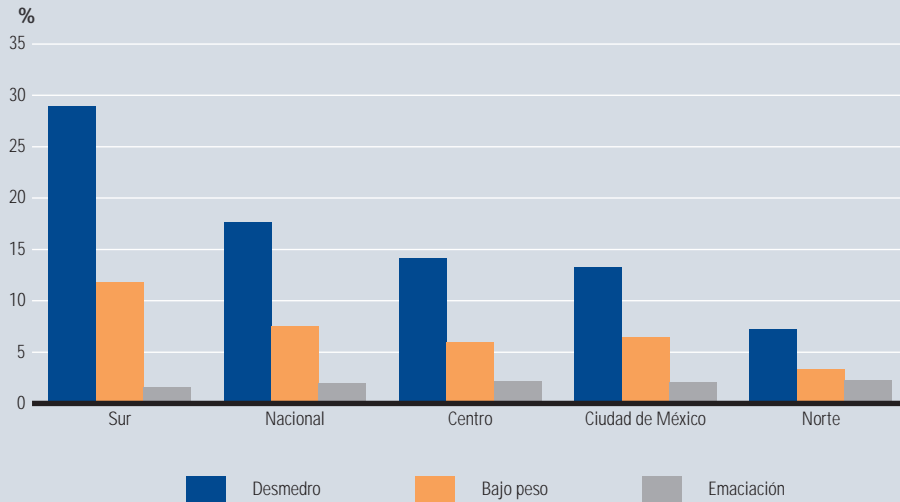
Según la ONU, en el momento actual hay 800 millones de personas que sufren de hambre en el mundo y se calcula que la desnutrición cobra alrededor de 24,000 vidas diarias.

La desnutrición en los niños se asocia con una mayor susceptibilidad a las enfermedades infecciosas, una mayor probabilidad de muerte en los primeros años de vida y un menor rendimiento escolar. Se estima que los niños desnutridos pierden entre 12 y 15% de su potencial intelectual y corren un riesgo de contraer enfermedades infecciosas ocho a 12 veces mayor que los niños sanos. La mala nutrición tiene también efectos a largo plazo: las mujeres con antecedentes de desnutrición moderada en la infancia son más propensas

a tener hijos con bajo peso al nacer, que a su vez presentan un mayor riesgo de sufrir enfermedades y de morir en las primeras etapas de la vida.

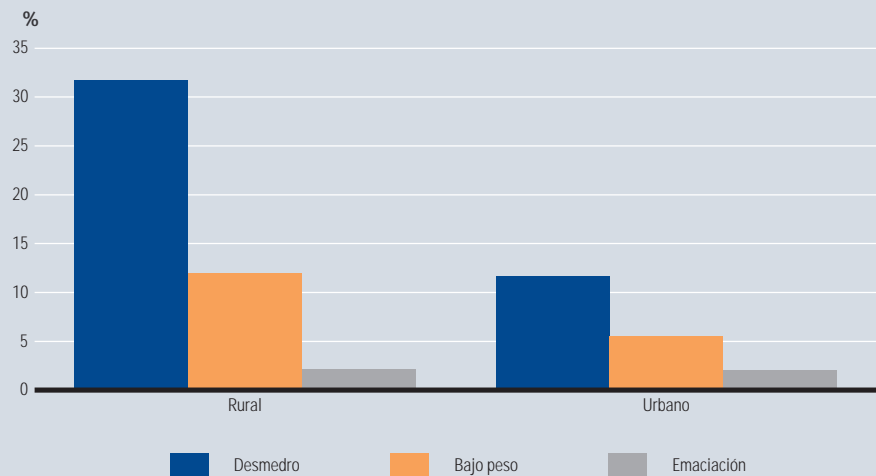
De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Nutrición más reciente, en México hay un poco más de dos millones de niños menores de 5 años con algún grado de desnutrición. La mayor prevalencia se presenta en las áreas rurales del país, en particular en las comunidades predominantemente indígenas. La forma más común de desnutrición en estas poblaciones es la talla baja para la edad (desmedro), que afecta al 32% de los menores de 5 años, porcentaje similar al de la región africana (35%).

Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años. México 2000



El porcentaje de niños que presentan una talla baja para la edad es cuatro veces más alto en la región sur del país que en la región norte.

Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años por lugar de residencia. México 1999



El desmedro y el bajo peso para la edad se presentan con mucha mayor frecuencia en las comunidades rurales que en las urbanas.

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 periodo.

El cáncer cérvico-uterino es la forma más común de cáncer entre las mujeres de los países en vías de desarrollo y, después del cáncer de mama, el segundo tipo más común de cáncer en el mundo. América Latina, de hecho, presenta la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino más alta del planeta. Estas tasas, además, han permanecido prácticamente estables durante los últimos 30 años.

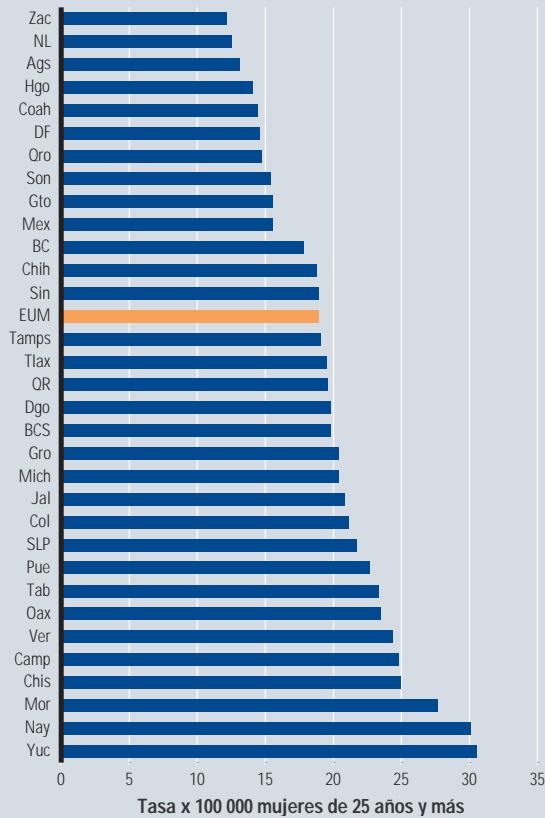
Este padecimiento está estrechamente relacionado con diversos factores socioeconómicos, como lo demuestran dos hechos: su tendencia a la desaparición en los países desarrollados y su alta incidencia entre las mujeres de menores ingresos.

Aunque tiene altas probabilidades de curación cuando se detecta de manera oportuna,

la falta de acceso a servicios de salud y la mala calidad de los programas de prevención han mantenido al cáncer cérvico-uterino dentro de las causas más importantes de muerte en las mujeres en edad reproductiva en los países de menores ingresos.

En México el cáncer cérvico-uterino es el tumor maligno más común entre las mujeres en edad productiva y su primera causa de muerte. La tasa de mortalidad por este tipo de cáncer, aunque ha disminuido en los últimos años, sigue siendo relativamente alta: 19 por 100 000 mujeres de 25 años y más. Esta tasa es similar a la de Estados Unidos en 1950 y a la de Costa Rica en 1994. Esta tasa es mayor de 30 en algunas entidades federativas.

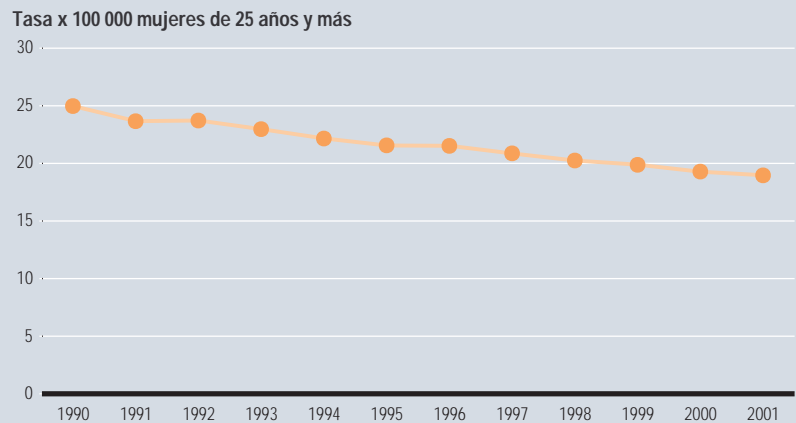
Mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años y más por entidad federativa. México 2001



La tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en México sigue siendo una de las más altas del mundo: 19 por 100 000 mujeres de 25 años y más. Las diferencias en este rubro entre entidades son considerables.

La mortalidad por cáncer cérvico-uterino ha disminuido lenta pero consistentemente en los últimos 10 años.

Mortalidad por cáncer cérvico-uterino. México 1990-2001



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 periodo.

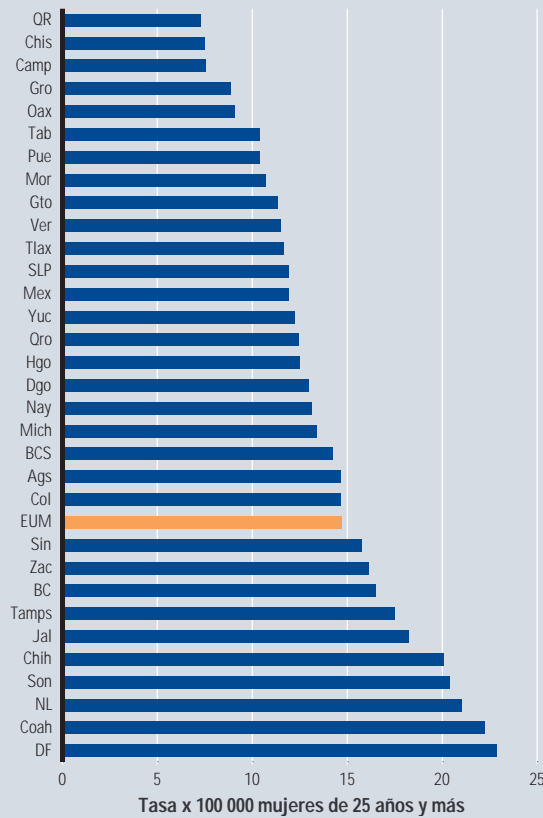
El cáncer de mama es una enfermedad del desarrollo que raras veces se presenta antes de los 30 años de edad y cuya incidencia se incrementa de manera importante después de la menopausia. Su frecuencia ha aumentado dramáticamente en los últimos 10 años. En los Estados Unidos de América presentó un incremento anual de 1.4% en ese periodo. En Chile aumentó a un ritmo anual de 3.7%.

Este incremento está relacionado con riesgos propios de las sociedades industrializadas y urbanizadas. Destacan dentro de ellos la edad temprana de la menarca, la nuliparidad, la menopausia tardía y el primer parto después de los 30 años de edad.

Por el momento el diagnóstico temprano es la única herramienta efectiva con la que se cuenta para combatir esta epidemia. Esta medida es la que ha permitido a los países desarrollados mantener constante su tasa de mortalidad por cáncer de mama a pesar de que su incidencia ha seguido en aumento.

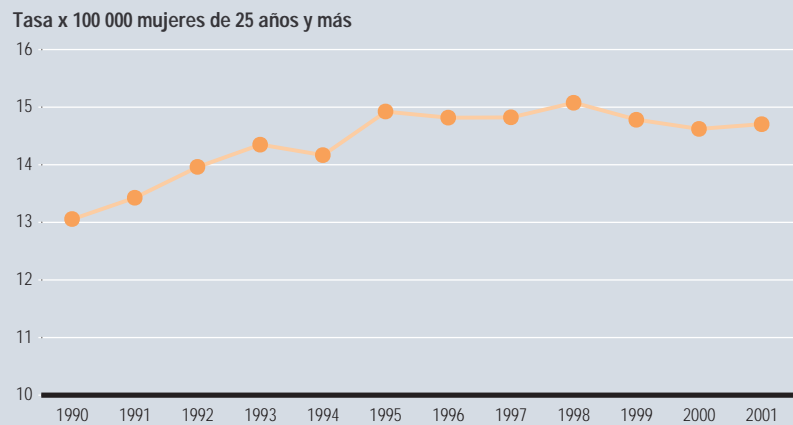
En México el cáncer de mama es la segunda causa de muerte en las mujeres después del cáncer cérvico-uterino. En los últimos 10 años, además, ha presentado un crecimiento lento pero consistente. Las entidades del norte del país son las que más se han visto afectadas y algunas de ellas presentan cifras parecidas a las de Chile, país en donde este problema es extraordinariamente grave.

Mortalidad por cáncer de mama por entidad federativa.
México 2001



La mortalidad por cáncer de mama se concentra en las entidades con mayor desarrollo económico, algunas de las cuales presentan cifras similares a las de Chile, uno de los países con mayores tasas de mortalidad por esta causa.

Mortalidad por cáncer de mama. México 1990-2001.



Aunque con menor intensidad que en los países desarrollados, la mortalidad por cáncer de mama en México se ha incrementado consistentemente en los últimos años. El incremento promedio es del orden de 1% anual en los últimos años.

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 periodo.

La primera causa de muerte en el mundo y en México son las enfermedades isquémicas del corazón. En nuestro país una de cada cinco muertes caen dentro de esta categoría.

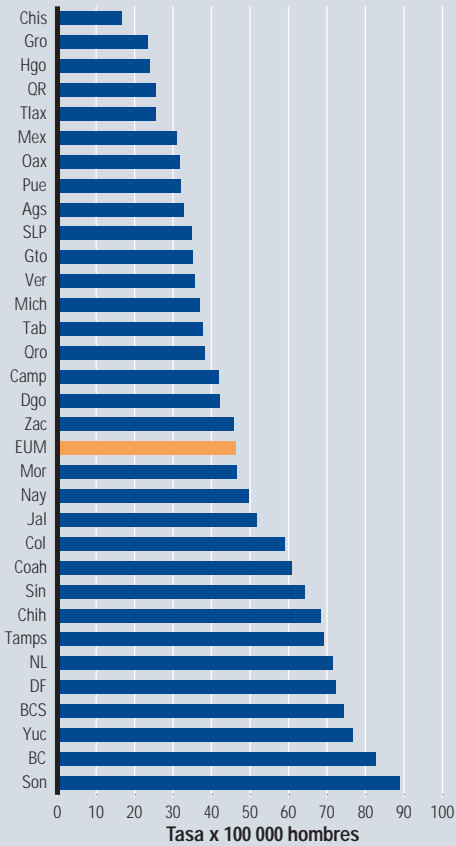
Dentro de las enfermedades isquémicas del corazón destaca el infarto agudo del miocardio, que en 2001 contribuyó con 80% del total de defunciones de este grupo y con 8% del total de las muertes ocurridas en el país. Entre las personas mayores de 65 años de edad es responsable de 15% de todas las muertes.

El incremento de estas enfermedades dentro del perfil epidemiológico del país ha

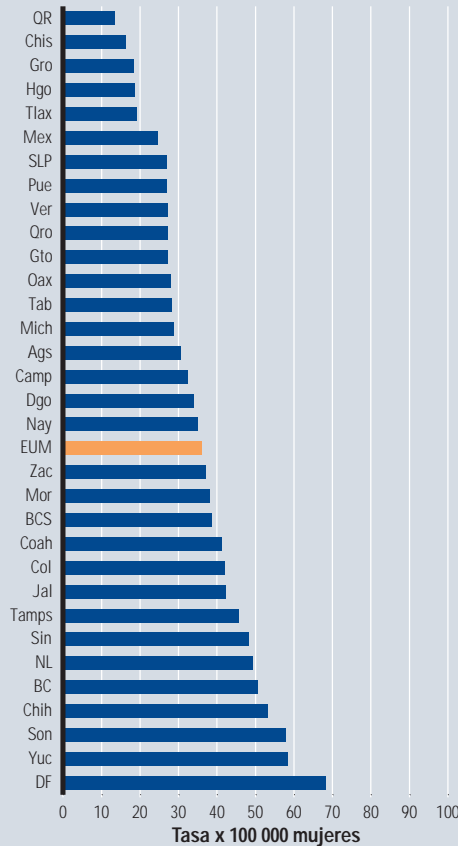
sido espectacular. De representar sólo 4% de las muertes en 1950, las enfermedades cardiovasculares concentran ahora 20% del total de defunciones.

Dentro de los factores de riesgo asociados a la enfermedad isquémica cardíaca destacan la falta de actividad física, el consumo de tabaco, el sobrepeso, la hipertensión arterial y las altas cifras de colesterol. Hasta hace poco se pensaba que era una enfermedad propia de ambientes urbanos y poblaciones de altos ingresos. Sin embargo, cada vez es más frecuente en las áreas rurales y en la población pobre del país.

Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en hombres por entidad federativa. México 2001



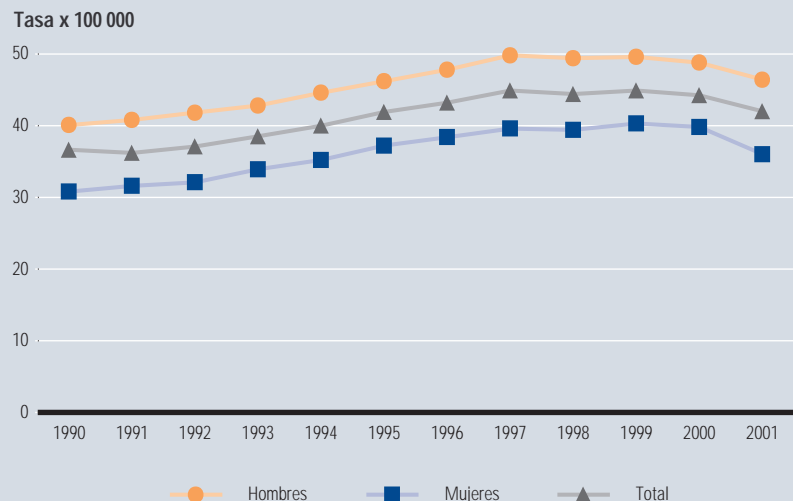
Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en mujeres por entidad federativa. México 2001



Las enfermedades isquémicas del corazón son ya comunes en las zonas pobres y rurales del país. Sin embargo, los estados con mayor desarrollo son los que presentan las tasas más elevadas de mortalidad por esta causa.

Aunque la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón se incrementó en los primeros años de la década de los noventa, en los últimos cinco años se ha mantenido estable.

Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón. México 1990-2001



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 periodo.

Las enfermedades cerebrovasculares constituyen la segunda causa de muerte en el mundo y producen el mayor número de discapacitados entre la población mayor de 60 años. Anualmente generan cerca de cinco millones de muertes.

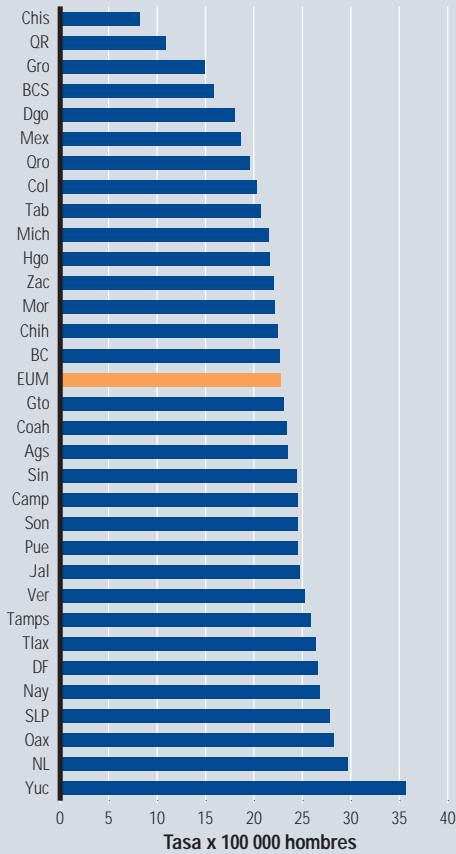
Aunque las cifras de mortalidad por esta causa en México parece que empiezan a disminuir, es un hecho que el envejecimiento de la población se está acompañando de un incremento en los factores de riesgo asociados a estas enfermedades y un aumento en la demanda de servicios destinados a los adultos mayores. Por esta razón es necesario diseñar e implantar políticas destinadas a la prevención y el tratamiento oportuno de las

enfermedades cerebrovasculares a fin de disminuir la mortalidad por esta causa y las secuelas en los sobrevivientes.

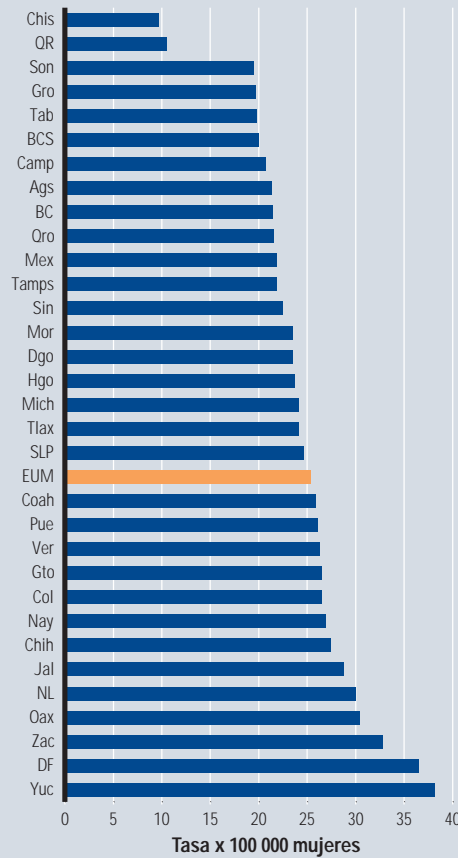
Dentro de los factores asociados a estas enfermedades destacan la obesidad, la hipertensión y la diabetes mellitus. Es por esto que los niveles de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares constituyen un indicador relativo del control de estos factores y de la anticipación, oportunidad y accesibilidad con la que está operando el sistema de salud.

La mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en México es relativamente baja. Es comparable a la de Ecuador y está muy por debajo de la de Cuba, que alcanza valores de 72.7 por 100 000 habitantes.

Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en hombres. México 2001



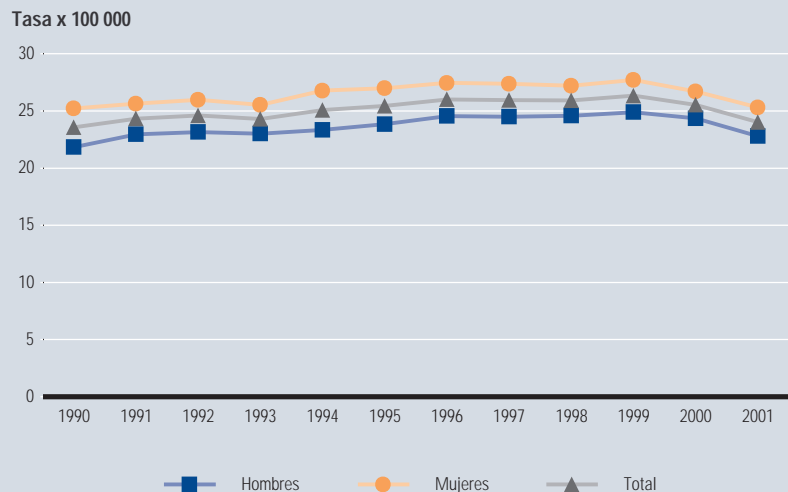
Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en mujeres. México 2001



La mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en México es de las más bajas de América Latina. La tasa nacional asciende a menos de la mitad de la de Argentina o Cuba.

Después de un incremento modesto a principios de los noventa, la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares ha tenido un comportamiento estable durante los últimos años.

Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares. México 1990-2001



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 mellitus en un año entre la población total del país en ese mismo periodo.

La diabetes mellitus es una enfermedad que se caracteriza por el incremento de los niveles de glucosa en sangre como resultado de una alteración en la producción o el uso de la insulina. En ausencia de control, esta enfermedad afecta en particular a la retina, los riñones, las arterias periféricas y las terminales nerviosas.

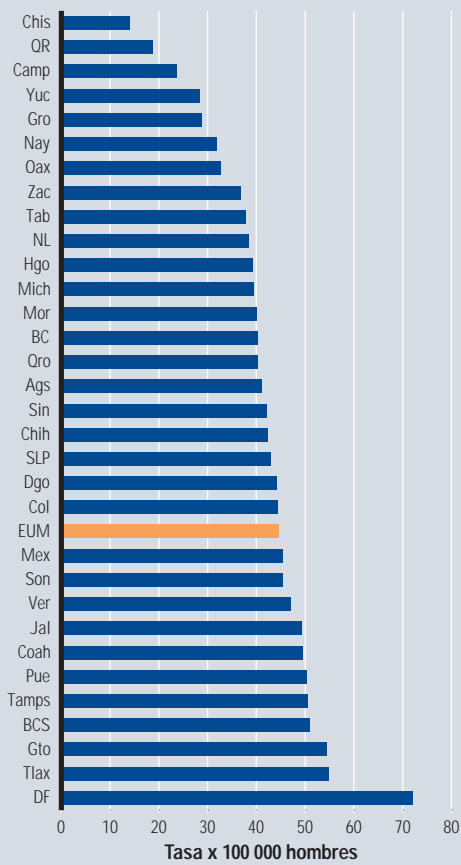
Según diversas fuentes, la prevalencia de diabetes en los países en desarrollo crecerá 170% entre 1995 y 2025. Las principales razones de este incremento son el envejecimiento de la población y el aumento de la exposición a factores de riesgo tales como la obesidad, el consumo de carbohidratos y grasas, y un estilo de vida cada vez más sedentario.

En México la diabetes ocupa el primer sitio en la lista de las 10 principales causas de muerte en mujeres y el segundo en hombres, y muestra un comportamiento ascendente.

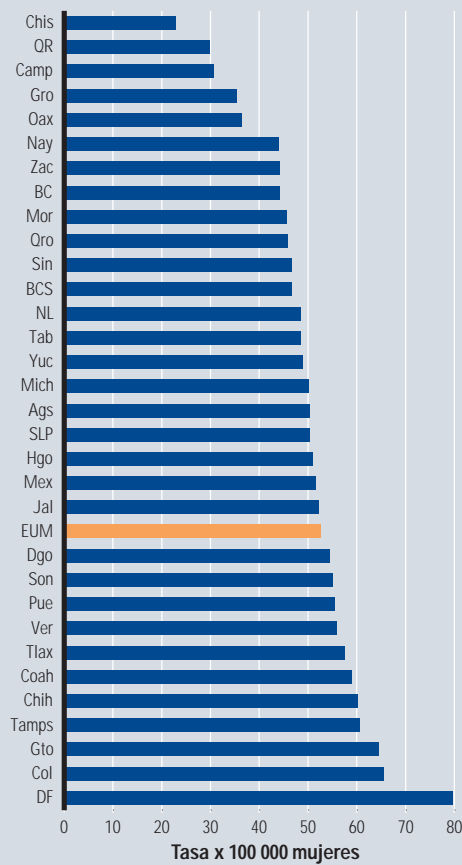
En los últimos 20 años las tasas de mortalidad por esta causa aumentaron de 20 por 100 000 a principios de los años ochenta a más de 40 en el momento actual. Estas cifras ubican a México dentro de los primeros 10 lugares a nivel mundial en la prevalencia de diabetes, sitio que se mantendrá por lo menos hasta la mitad del presente siglo. Nuestro país es además una de las naciones con las mayores tasas de mortalidad por esta causa.

Además de un número muy importante de muertes (más del 10% del total), la diabetes produce en México una carga muy importante de discapacidad. Se estima que de cada 100 diabéticos 14 desarrollan nefropatías; 10, neuropatías; siete a 10, pie diabético (30% de los cuales terminan en amputación), y dos a cinco, problemas de ceguera. A esto debe agregarse el riesgo adicional de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular.

Mortalidad por diabetes en hombres por entidad federativa. México 2001



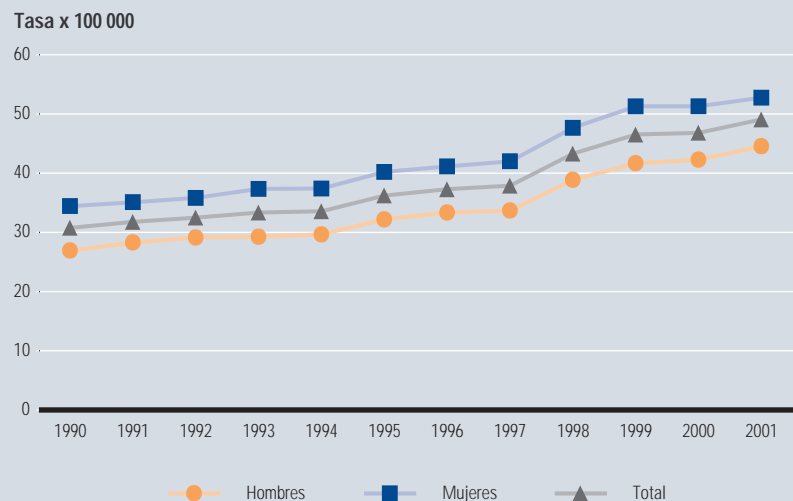
Mortalidad por diabetes en mujeres por entidad federativa. México 2001



La mortalidad por diabetes en México es 20% más alta en las mujeres que en los hombres.

La mortalidad por diabetes ha aumentado casi 50% en los últimos 10 años. La exposición creciente a factores de riesgo asociados con esta enfermedad y el envejecimiento de la población explican la mayor parte de este incremento.

Mortalidad por diabetes. México 1990-2001



Mortalidad por cirrosis del hígado

La **tasa de mortalidad por cirrosis del hígado** 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 del hígado en un año entre la población total del país en ese mismo periodo.

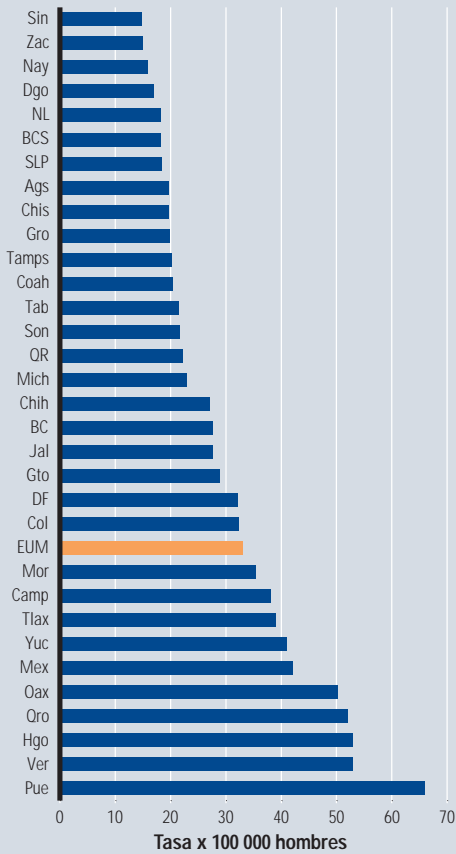
La cirrosis del hígado es una enfermedad degenerativa que se produce como resultado de infecciones de tipo viral, exposición a sustancias tóxicas o problemas de tipo nutricional. Es una causa muy común de muerte en adultos de 45 a 65 años de edad.

En México la cirrosis del hígado es una de las 10 principales causas de mortalidad general y afecta con mucha mayor frecuencia a los hombres que a las mujeres. De hecho, la tasa de mortalidad por cirrosis en hombres es una de las más altas del mundo. Sólo los

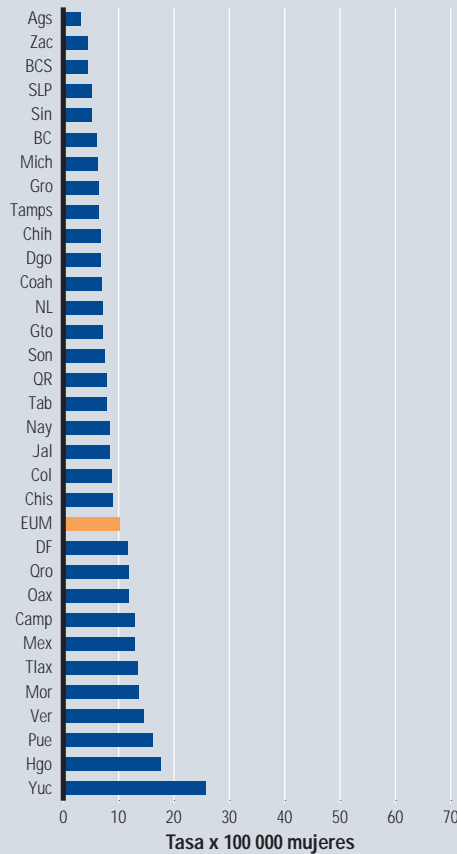
países de Europa del Este presentan cifras superiores.

Aunque la cirrosis de origen infeccioso y nutricional ha crecido en años recientes, la exposición al consumo de alcohol explica un poco más de 50% de las muertes por esta causa (alrededor del 3% de las muertes totales). Esto sin considerar que un cierto porcentaje de las cirrosis de causa no especificada puede también estar asociada al consumo de alcohol.

Mortalidad por cirrosis del hígado en hombres por entidad federativa. México 2001



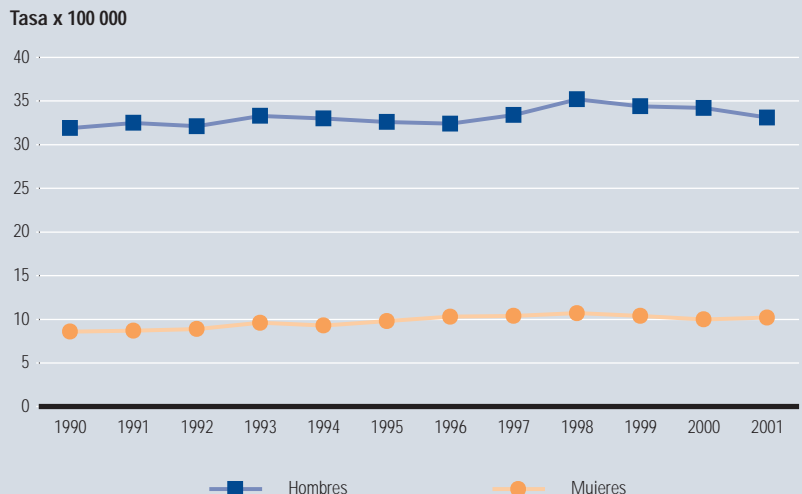
Mortalidad por cirrosis del hígado en mujeres por entidad federativa. México 2001



La mortalidad por cirrosis del hígado es casi tres veces más frecuente en hombres que en mujeres. La principal diferencia se presenta en las cirrosis por consumo de alcohol que representan 60% de las cirrosis en los hombres contra sólo 25% en las mujeres.

De 1990 a la fecha la mortalidad por cirrosis del hígado ha aumentado alrededor de 13 %

Mortalidad por cirrosis del hígado. México 1990-2001



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 periodo.

El suicidio es una causa común de muerte en adultos en las comunidades urbanas de casi todo el mundo. Se trata de un fenómeno complejo que se relaciona con factores sociales, económicos, familiares y personales. Dentro de los factores de riesgo asociados al suicidio destacan la depresión, las pérdidas afectivas, el aislamiento social y el desempleo o las dificultades financieras.

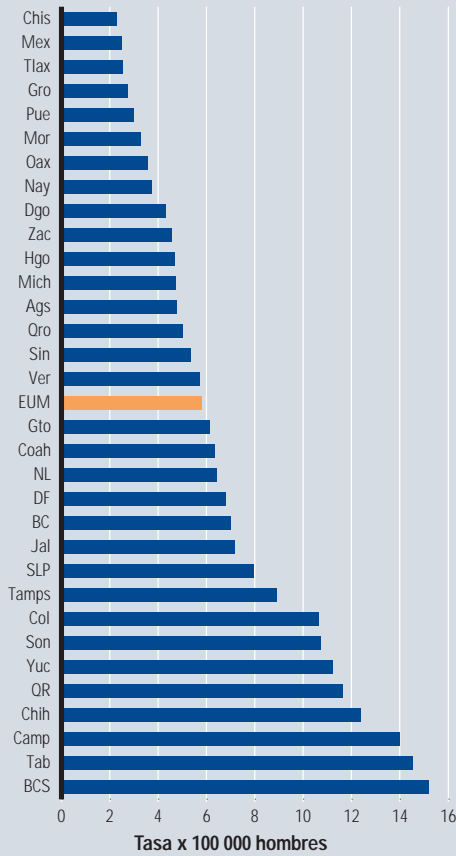
Las tasas de mortalidad por suicidio varían con la edad y el sexo. La mayor parte de los suicidios consumados se presentan en adultos mayores de 40 años, aunque más de la mitad de los intentos de suicidio se presentan en menores de 40 años. Los hombres presentan una tasa hasta cuatro veces superior a la de las mujeres y los incrementos recientes en la tasa de suicidios en adolescentes se deben sobre todo a suicidios en hombres de esta edad, que se han más que duplicado. Debe señalarse, sin embargo, que los intentos de suicidio son igualmente frecuentes en

ambos sexos y que la diferencia en la mortalidad se debe a que los hombres optan por métodos más letales.

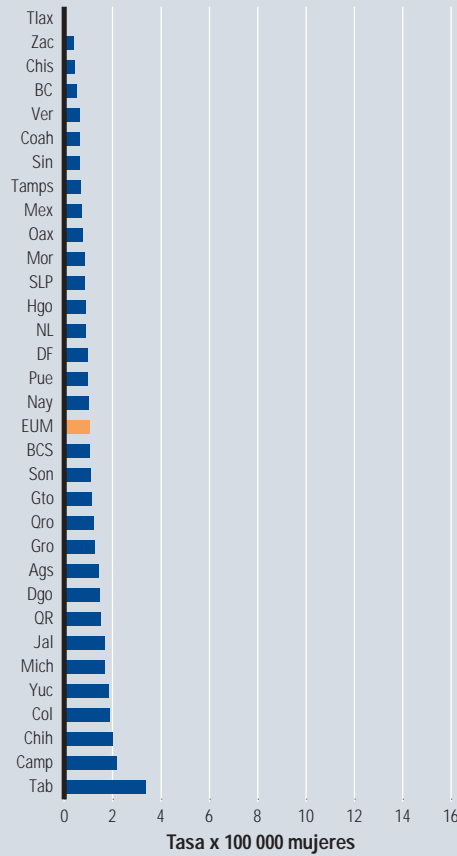
En América Latina no parece haber una tendencia clara en la tasa de suicidios. México presentó durante años una de las cifras más bajas de la región. Sin embargo, ahora enfrenta un crecimiento en este rubro consistente y más acelerado que el resto de los países latinoamericanos. Este incremento, además, no parece ser pasajero, a juzgar por el aumento de ciertos factores predisponentes: la acelerada urbanización, la migración, la disolución de redes sociales de apoyo tradicionales y el creciente consumo de drogas entre los jóvenes.

Las muertes por suicidio en México representan aproximadamente el 6% de las muertes por causa externa. Como en la mayoría de los países, la mayor parte de los suicidios ocurren entre los 15 y 44 años, pero existe un notable y alarmante incremento de los suicidios en menores de 15 años.

Mortalidad por suicidios en hombres por entidad federativa. México 2001



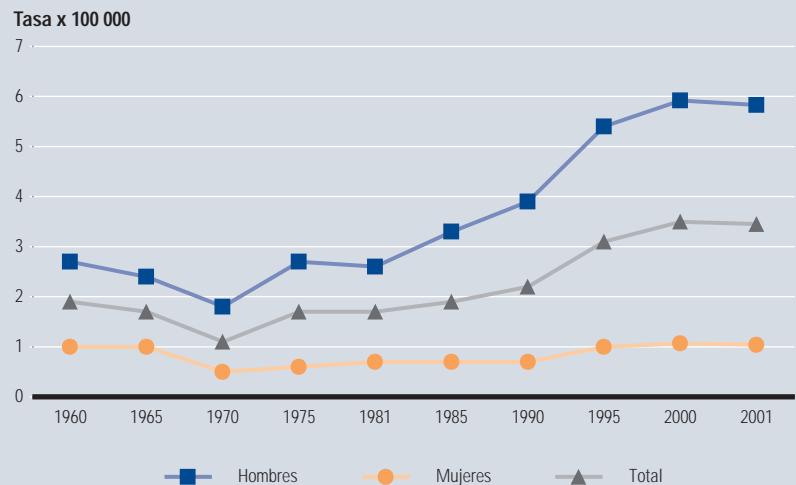
Mortalidad por suicidios en mujeres por entidad federativa. México 2001



La tasa de mortalidad por suicidios en México es de las más bajas de América Latina. Sin embargo, hay entidades que presentan tasas similares a las de países que son Puerto Rico y Uruguay.

Mientras la mortalidad por suicidios se ha mantenido relativamente constante en las mujeres durante los últimos 30 años, en los hombres prácticamente se ha duplicado en la última década.

Mortalidad por suicidios. México 1960-2001



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.

Los homicidios constituyen un fenómeno multicausal. Influyen en ellos factores estructurales como la desigualdad social y la pobreza, factores institucionales como la impunidad, y factores facilitadores como la posesión de armas y las adicciones, entre otros.

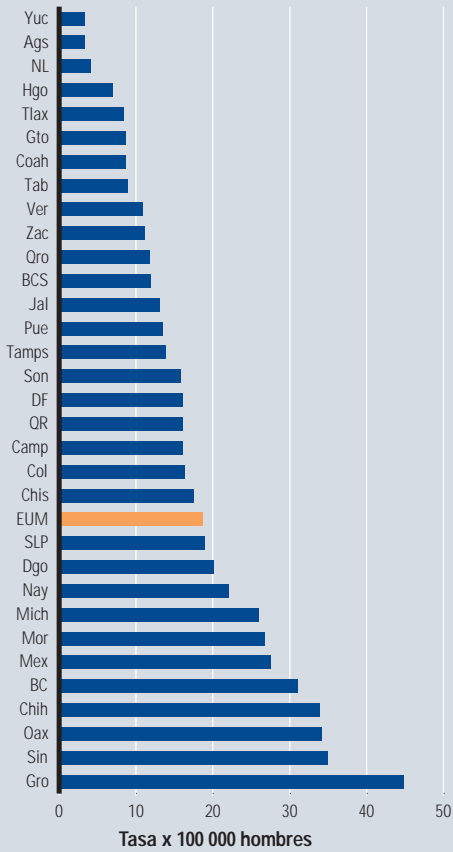
América Latina se ha visto particularmente afectada por este problema. Al año se presentan en la región alrededor de 140 000 homicidios, que dan lugar a una tasa de 28 asesinatos por cada 100 000 habitantes. Es una cifra seis veces superior a la de los países de mayores ingresos. En algunos lugares los números son todavía más alarmantes. En Cali, Colombia, por ejemplo, la tasa de homicidios es de 105 por 100 000 habitantes.

México ocupa el cuarto lugar en América Latina en este rubro, por debajo sólo de

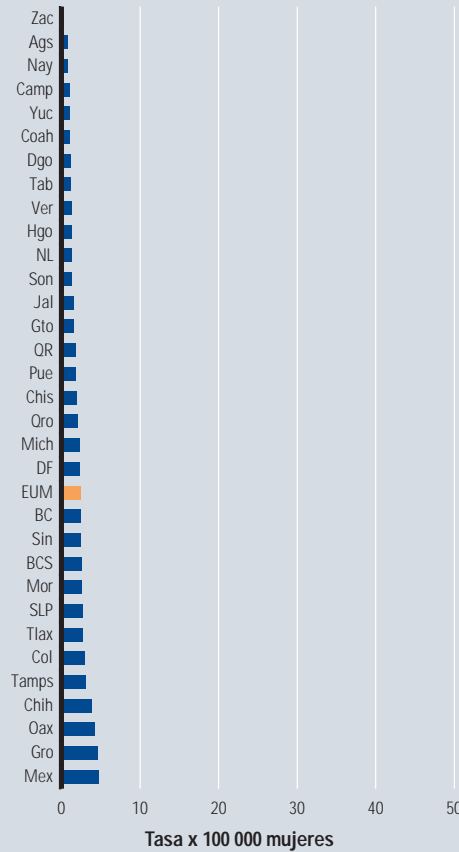
Colombia, Brasil y Venezuela. Las tasas de homicidio alcanzaron su nivel más elevado en los años cuarenta (67 por 100 000) y disminuyeron después para estabilizarse en 20 por 100 000 en los ochenta. Entre 1990 y 2001 la tasa volvió a disminuir, cerca de 40%, para ubicarse en alrededor de 10 por 100 000.

No obstante esta disminución, la mortalidad por homicidios se ubica dentro de las 10 primeras causas de muerte en el país. Los grupos de edad con mayor riesgo son los adolescentes y los adultos en edad productiva, grupos en donde los homicidios constituyen la segunda y sexta causa de muerte, respectivamente. Entre los adolescentes representan el 15% de las defunciones.

Mortalidad por homicidios en hombres por entidad federativa. México 2001



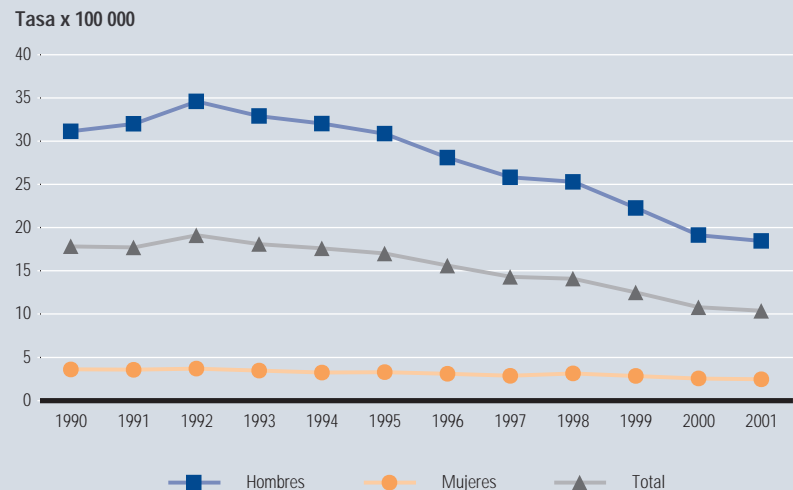
Mortalidad por homicidios en mujeres por entidad federativa. México 2001



La mortalidad por homicidios en Yucatán y Aguascalientes es similar a la de Chile y Argentina, países con las cifras más bajas en las Américas.

La mortalidad por homicidios ha disminuido aceleradamente en los últimos años. Los niveles actuales son superiores a los de Chile y Argentina, pero inferiores a los de Colombia y Venezuela.

Mortalidad por homicidios. México 1990-2001



Mortalidad por SIDA

La tasa **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 periodo.

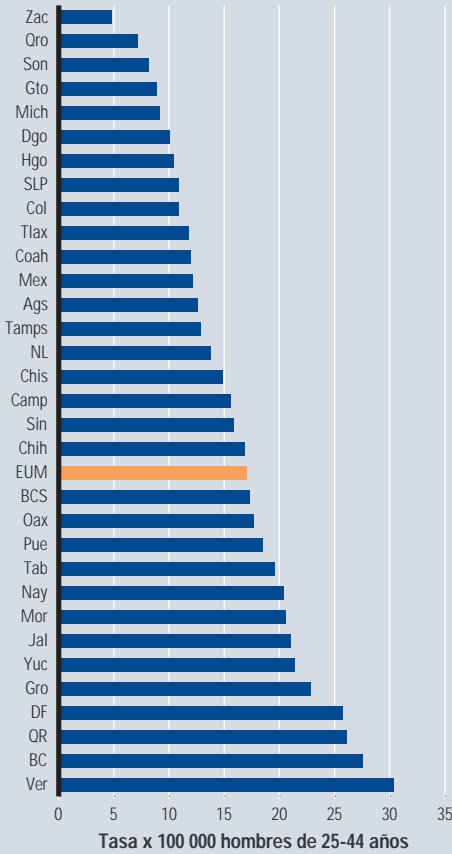
El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) constituye uno de los problemas de salud pública de mayor relevancia en la actualidad. Se calcula que diariamente el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a 15 000 personas en todo el mundo, generando así un total de 5.4 millones de infecciones al año. Más del 50% de las nuevas infecciones por VIH se producen en jóvenes de entre 10 y 24 años.

A nivel mundial, el SIDA ha cobrado un poco más de 20 millones de vidas desde el inicio de la epidemia. En la región de las Américas, hasta diciembre de 2001, se habían acumulado 1 204 147 casos de la enfermedad con 616 965 defunciones, para una letalidad acumulada de 51%.

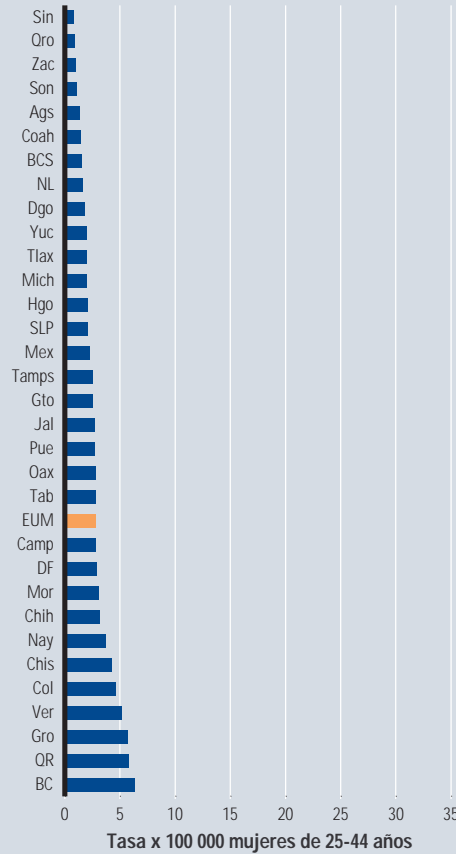
Dado que la principal vía de transmisión del virus sigue siendo la sexual, es importante mantener las campañas educativas tendientes a proporcionar información sobre esta enfermedad y sobre las distintas alternativas para su prevención. Por otro lado, la detección de portadoras asintomáticas entre las mujeres en edad reproductiva podría ayudar a disminuir la transmisión perinatal, la cual es responsable de la mayor parte de las infecciones en menores de 15 años.

En México, la mortalidad por SIDA empezó a disminuir en 1996 en el grupo de población más afectado por la epidemia (25-44 años). Este descenso ha sido más notorio en la población de hombres y probablemente tenga relación con el acceso a la terapia antirretroviral.

Mortalidad por SIDA en hombres por entidad federativa. México 2001



Mortalidad por SIDA en mujeres por entidad federativa. México 2001

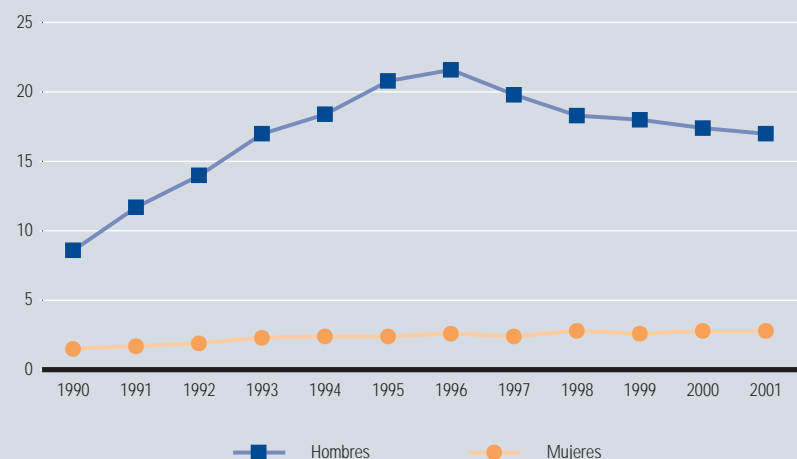


En prácticamente todas las entidades federativas la mortalidad por SIDA en hombres es cinco veces más alta que en las mujeres.

En el grupo de edad de 25 a 44 años, la mortalidad por SIDA empezó a disminuir en 1996, principalmente entre los hombres y debido probablemente al acceso a la terapia antirretroviral.

Mortalidad por SIDA en población de 25 a 44 años. México 1990-2001

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. Esta cifra se obtiene de dividir el número de casos nuevos de tuberculosis pulmonar en un año entre la población total del país en ese mismo periodo.

La tuberculosis era una de las principales causas de muerte en el mundo a principios del siglo XX. Gracias a las mejoras en las condiciones de vida y al surgimiento de tratamientos efectivos contra esta enfermedad, las tasas de mortalidad se redujeron considerablemente. Este padecimiento, sin embargo, persistió en los países de menores ingresos y hoy es responsable de alrededor de 2 millones de muertes al año.

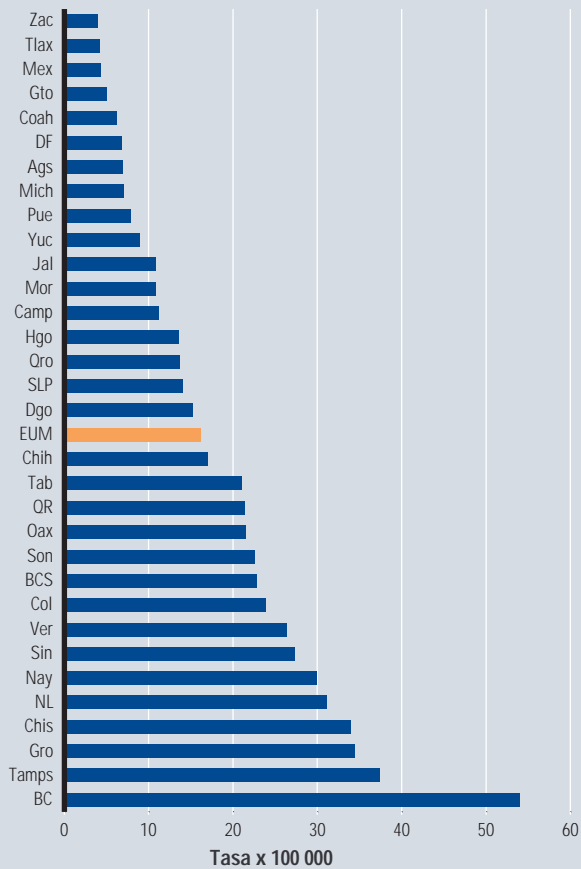
La importancia de la tuberculosis como causa de enfermedad y muerte ha aumentado en fechas recientes. La situación es particularmente delicada en los países africanos que se ubican al sur del Sahara, debido al desarrollo de casos de tuberculosis asociados al VIH/SIDA. Se calcula que 14% de los casos nuevos de esta enfermedad en el mundo están asociados a infecciones con VIH. Los países de la ex-Unión Soviética también enfrentan problemas graves

debido a la alta prevalencia de cepas bacterianas resistentes a los antibióticos comunes.

La OMS declaró a la tuberculosis emergencia sanitaria mundial en 1993 y estableció como estrategia básica de combate el *tratamiento breve bajo supervisión directa por personal de salud*. Esta estrategia constituye el componente medular de los programas nacionales de 148 países, dentro de los que se incluyen las 23 naciones en donde se concentran 80% de los casos.

En México la incidencia de tuberculosis (18 por 100 000) es inferior al promedio latinoamericano, que a mediados de los años noventa se ubicaba en 32 casos nuevos por 100 000 habitantes. Esta tasa se ha mantenido relativamente estable en los últimos años. Las diferencias entre entidades federativas, sin embargo, son considerables.

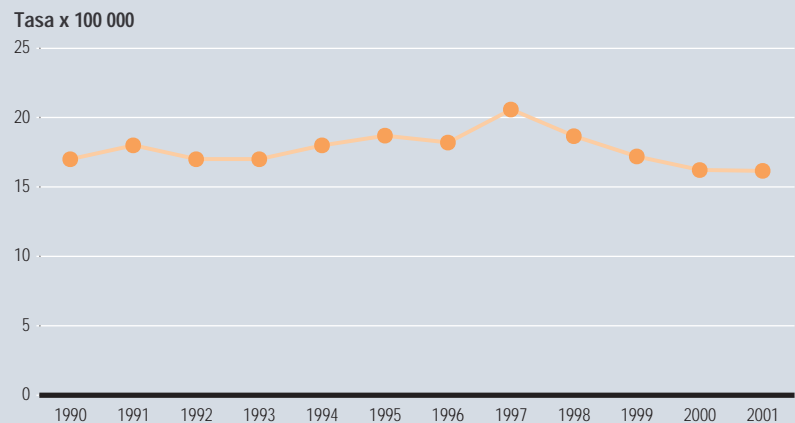
Morbilidad por tuberculosis pulmonar por entidad federativa. México 2001



La morbilidad por tuberculosis pulmonar es particularmente elevada en los estados de la frontera norte del país.

A nivel nacional la tuberculosis pulmonar tuvo un comportamiento estable en la década de los noventa.

Morbilidad por tuberculosis pulmonar. México 1990-2001



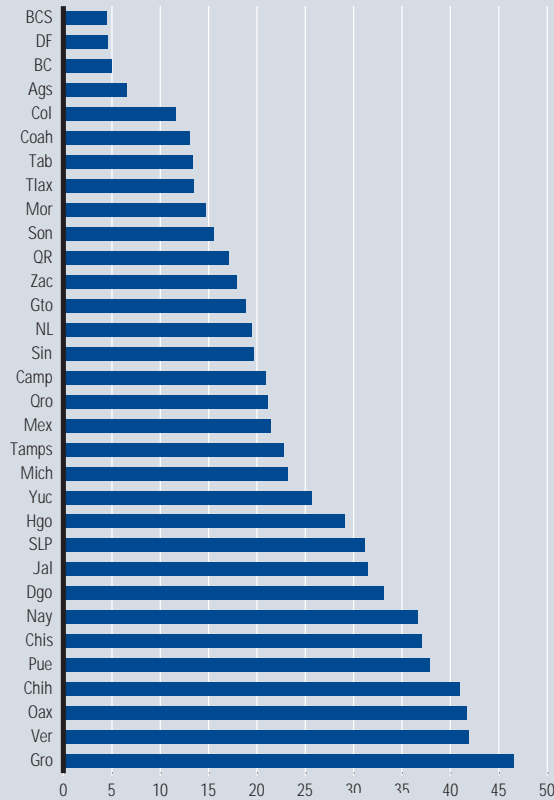
Desigualdad en mortalidad infantil

La **desigualdad en la mortalidad infantil** al interior de un estado se define como la diferencia absoluta entre la mortalidad infantil en el municipio con mejores cifras y el municipio con mayor nivel de mortalidad infantil en la entidad.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el objetivo fundamental de un sistema de salud es mejorar las condiciones de salud de la población. Esto significa dos cosas: elevar el nivel general de salud pero también contribuir a disminuir las desigualdades en este rubro. Por esta razón, la evaluación de las condiciones de salud no debe limitarse a medir los niveles promedio alcanzados; debe también incluir la medición de las desigualdades, que se han dado en llamar brechas en salud. Uno de los indicadores de salud que puede evaluarse desde esta perspectiva es la mortalidad infantil, que está fuertemente relacionada con diversas variables sociales y económicas.

En México la desigualdad en la mortalidad infantil entre entidades, aunque todavía importante, ha disminuido de manera consistente en los últimos años. La brecha entre los estados con las cifras extremas pasó de poco más de 15 defunciones por 1 000 nacidos vivos en 1990 a poco menos de 12 por 1 000 en 2001. Las diferencias al interior de las entidades federativas, sin embargo, siguen siendo enormes, sobre todo en los estados calificados por el Consejo Nacional de Población como de alta marginación. Hay estados con diferencias intraestatales en mortalidad infantil menores de 5 por 1 000 nacidos vivos. En contraste, hay entidades con diferencias de hasta 45 muertes por 1 000 nacidos vivos.

Desigualdad en mortalidad infantil por entidad federativa. México 2001

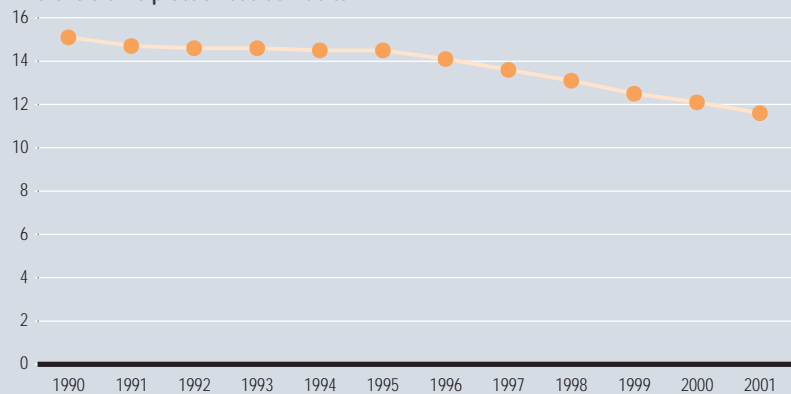


Las desigualdades en la probabilidad de morir en menores de 1 año en Baja California Sur son del orden de 5 por 1 000 nacidos vivos. Hay estados, sin embargo, donde esta brecha es mayor de 40.

La brecha en la probabilidad de morir en menores de 1 año en México ha disminuido lenta pero consistentemente. La diferencia entre el estado con el valor más alto y el estado con la cifra más baja pasó de 15 a 12 defunciones por 1 000 en los últimos diez años.

Desigualdad en mortalidad infantil. México 1990-2001

Diferencia en la probabilidad de muerte



Brecha en mortalidad por enfermedades del rezago

La **brecha en enfermedades del rezago epidemiológico** expresa cuántas veces es mayor la tasa de mortalidad por estas causas en los municipios de alta marginación comparada con la tasa de mortalidad en los municipios de baja marginación. El producto de la división de ambas tasas puede ser: i) igual a 1; ii) mayor que 1, y iii) menor que 1. En el primer caso, no hay diferencias entre las tasas; en el segundo caso, la tasa de mortalidad es mayor en los municipios de alta marginación y en el tercer caso, la tasa de mortalidad es mayor en los municipios de baja marginación.

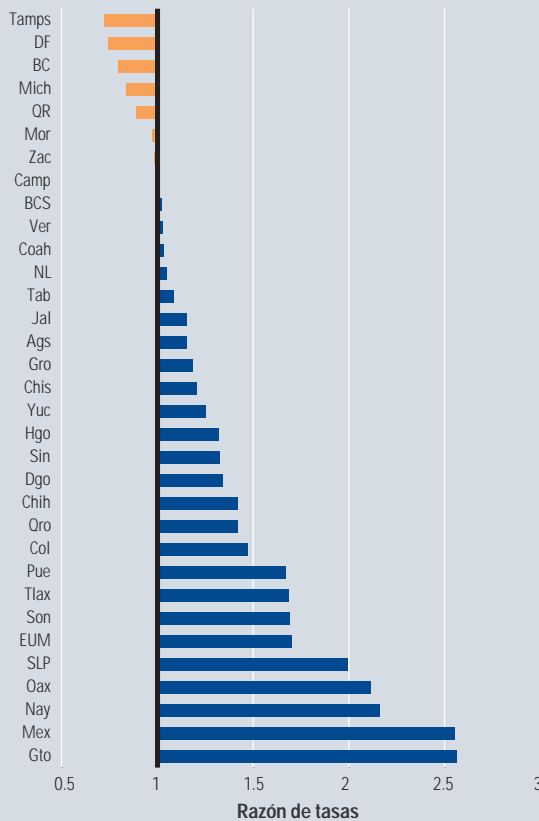
La Organización Mundial de la Salud, en su Estudio sobre la Carga Global de la Enfermedad, agrupó a las enfermedades en tres grandes categorías: 1) enfermedades infecciosas, de la nutrición y de la reproducción; 2) enfermedades no transmisibles y, 3) accidentes y violencias.

Las enfermedades del primer grupo son las que se denominan del rezago epidemiológico. Se trata de padecimientos esencial-

mente prevenibles, y que afectan a los individuos y naciones pobres con limitaciones de acceso a los servicios de salud y a otros bienes sociales.

En México, las enfermedades de este grupo se distribuyen de manera desigual. A nivel nacional son responsables del 15% del total de muertes, pero en los municipios de alta marginación contribuyen con poco más del 25% de las defunciones.

Brecha en la mortalidad por enfermedades del rezago epidemiológico por entidad federativa. México 2001



En la mayor parte de las entidades federativas, la probabilidad de morir por una enfermedad del rezago epidemiológico es mayor en los municipios de alta marginación.

Brecha en la mortalidad por enfermedades del rezago epidemiológico por nivel de marginación. México 2001



La tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas, de la reproducción y relacionadas con la nutrición es 60% mayor en los municipios de muy alta marginación.

Brecha en mortalidad por enfermedades no transmisibles

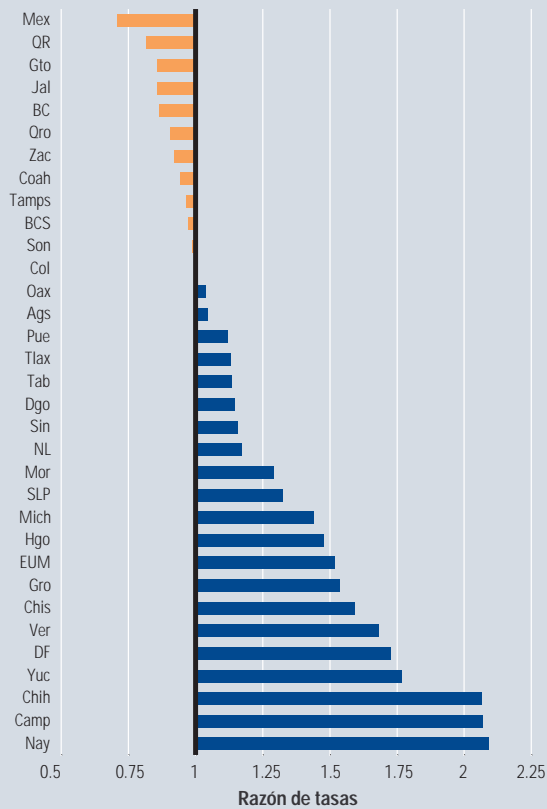
La **brecha en mortalidad por enfermedades no transmisibles** expresa cuántas veces es mayor la tasa de mortalidad por estas causas en los municipios de baja marginación comparada con la tasa de mortalidad en los municipios de alta marginación. El producto de la división de ambas tasas puede ser: i) igual a 1; ii) mayor que 1, y iii) menor que 1. En el primer caso, no hay diferencias entre las tasas; en el segundo caso, la tasa de mortalidad es mayor en los municipios de baja marginación y en el tercer caso, la tasa de mortalidad es mayor en los municipios de alta marginación.

En el segundo grupo del *Estudio de la Carga de la Enfermedad* se concentran las enfermedades no transmisibles o crónicas.

Como consecuencia del descenso de la mortalidad atribuible a las enfermedades infecciosas, de la nutrición y la reproducción, las enfermedades no transmisibles o crónicas se han constituido en las principales causas de muerte en nuestro país y en la mayoría de los países del mundo. El aumento en la frecuencia de estas enfermedades también está relacionado con el envejecimiento de la población y con la exposición creciente a riesgos ambientales y a estilos de vida poco saludables.

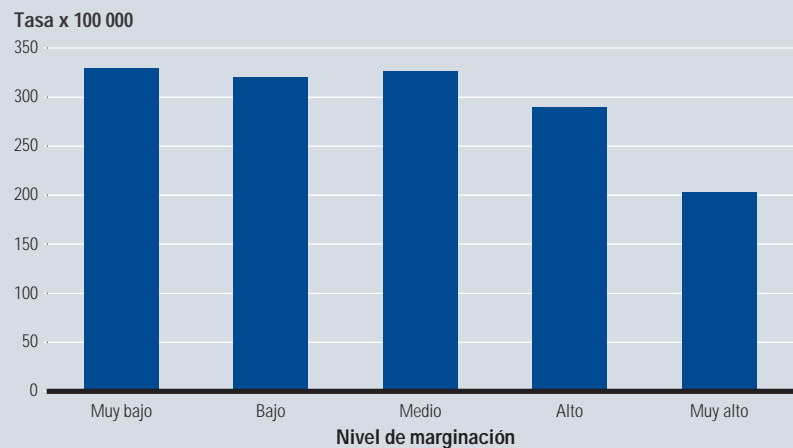
Estas enfermedades también se distribuyen de manera diferencial según las condiciones socioeconómicas y el lugar de residencia de la población. Son más frecuentes en los municipios con menor marginación, donde se concentran los mayores riesgos ambientales y los estilos de vida relacionados con el desarrollo socioeconómico. Estos fenómenos no han podido ser compensados por el mayor acceso a los servicios curativos y preventivos de salud disponibles en dichos municipios.

Brecha en la mortalidad por enfermedades no transmisibles por entidad federativa. México 2001



La mortalidad por enfermedades no transmisibles tiende a ser mayor en los municipios de menor marginación.

Mortalidad por enfermedades no transmisibles por nivel de marginación. México 2001



La población de los municipios de muy alta marginación tiene un riesgo menor de morir por enfermedades no transmisibles que la población de municipios de muy baja marginación.

Brecha en mortalidad por accidentes y violencias

La **brecha en mortalidad por lesiones** expresa cuántas veces es mayor la tasa de mortalidad por estas causas en los municipios de alta marginación comparada con la tasa de mortalidad en los municipios de baja marginación. El producto de la división de ambas tasas puede ser: i) igual a 1; ii) mayor que 1, y iii) menor que 1. En el primer caso, no hay diferencias entre las tasas; en el segundo caso, la tasa de mortalidad es mayor en los municipios de alta marginación y en el tercer caso, la tasa de mortalidad es mayor en los municipios de baja marginación.

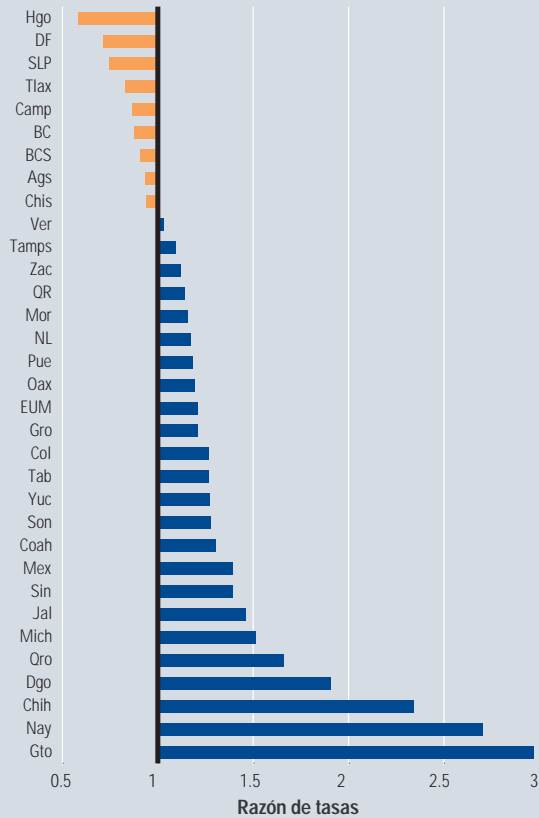
En el grupo de accidentes y violencias se incluyen todas aquellas condiciones de salud causadas de manera intencional o accidental: los homicidios, los suicidios y las muertes por accidentes de tráfico. Una gran parte de estas muertes es producto de complejas interacciones entre variables de diverso tipo.

Las muertes por accidentes de tráfico y los homicidios se encuentran dentro de las primeras 10 causas de muerte. Sin embargo, muchas condiciones de violencia no se reflejan en las estadísticas de mortalidad aunque cons-

tituyen una preocupación creciente. Tal es el caso de la violencia contra las mujeres, los niños y los ancianos. Los servicios de salud se están involucrando progresivamente en la atención de estas condiciones, que tradicionalmente quedaban en manos de otras dependencias públicas.

El análisis comparativo del comportamiento de este grupo de enfermedades a nivel municipal indica que mientras mayor es el grado de marginación de los municipios mayor es la mortalidad por estas causas.

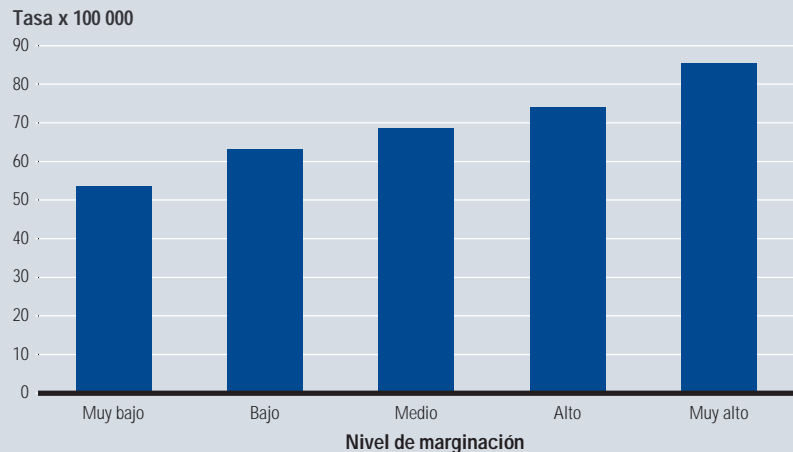
Brecha en mortalidad por accidentes y violencias por entidad federativa. México 2001



La probabilidad de morir por accidentes y lesiones es mayor en los municipios de alta marginación. Sin embargo, el nivel de marginación no explica la variación total de la mortalidad al interior de un estado.

En promedio la mortalidad por accidentes y lesiones aumenta de acuerdo con el grado de marginación de los municipios.

Mortalidad por accidentes y violencias por nivel de marginación. México 2000



Hogares con acceso a agua potable

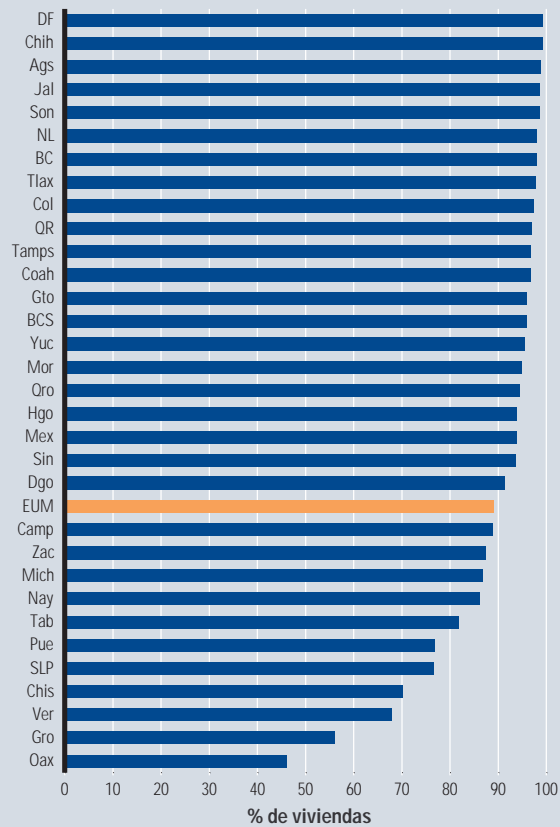
El porcentaje de hogares con acceso agua potable se define como el porcentaje de viviendas que cuentan con agua entubada dentro de su terreno.

La presencia de la enfermedad no es un fenómeno estrictamente aleatorio. La frecuencia con que las enfermedades se presentan en una población está fuertemente relacionada con las condiciones generales de vida, las condiciones sanitarias de la vivienda y diversos aspectos culturales de los individuos. La salud también se ve afectada por la capacidad de los sistemas de salud para mejorar el acceso a sus servicios curativos y emprender medidas efectivas de prevención de enfermedades.

El incremento del acceso a agua potable en el hogar es uno de los factores asociados

con la disminución de las enfermedades diarreicas en todo el mundo. México no ha sido la excepción. El incremento del acceso a agua potable se ha acompañado de un descenso en la frecuencia de las diarreas. Hoy, casi 90% de los hogares mexicanos cuentan con acceso a ese líquido vital. Sin embargo, en algunas entidades existen rezagos muy importantes en este rubro, comparables a los que presentan países como Honduras y Nicaragua.

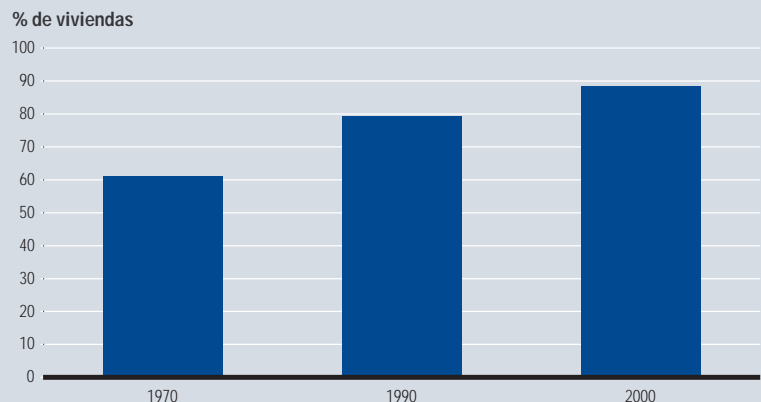
Viviendas con agua entubada dentro del terreno de la vivienda por entidad federativa. México 2001*



Más del 85% de las viviendas en México cuentan con agua entubada dentro del predio donde se encuentra la vivienda. Sin embargo, existen entidades con importantes rezagos.

El incremento en el acceso a agua potable en la vivienda es un factor que determina una reducción en la probabilidad de sufrir enfermedades infecciosas gastrointestinales.

Viviendas con agua entubada dentro del terreno de la vivienda. México 1970, 1990, 2000



*Agua entubada no necesariamente implica tener acceso a agua potable de calidad bacteriológica

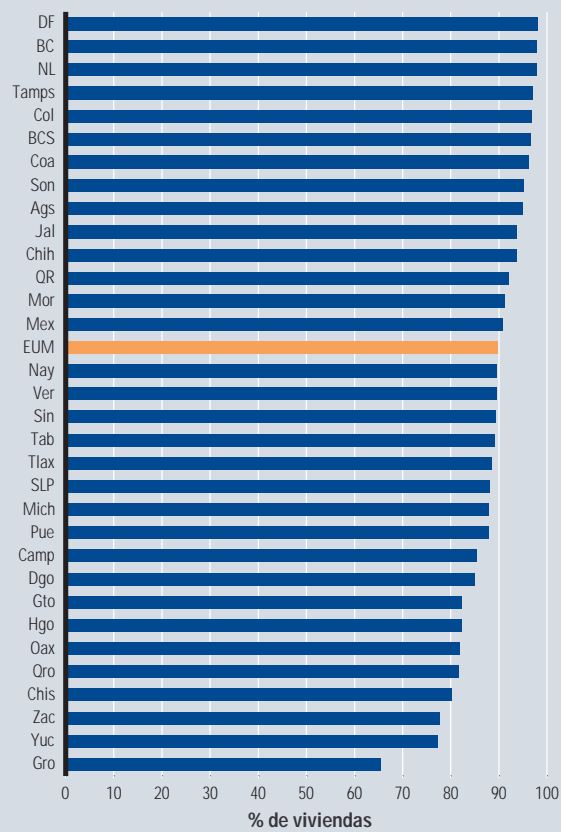
Hogares con acceso a infraestructura sanitaria

El porcentaje de hogares con servicio sanitario se define como el porcentaje de hogares que cuentan con drenaje dentro del terreno de la vivienda.

La adecuada disposición de excretas evita la contaminación del ambiente que rodea a las viviendas, rompe la cadena biológica de muchas enfermedades parasitarias, disminuye la probabilidad de contaminar las fuentes de agua con que se abastecen los hogares y, así, reduce el riesgo de desarrollar enfermedades gastrointestinales. En gran medida, la disminución en la mortalidad por enfermedades diarreicas ha sido producto de un mayor acceso a agua potable y servicios sanitarios.

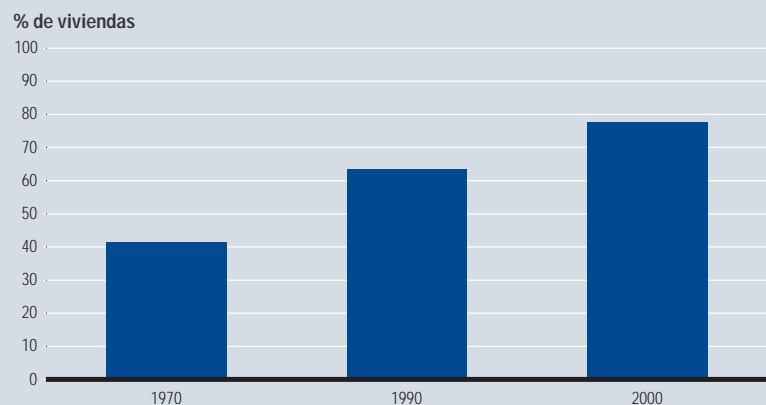
En México, el porcentaje de viviendas que cuentan con drenaje se ha incrementado más de 10 puntos porcentuales en los últimos 10 años. En algunas entidades como Quintana Roo, Tlaxcala y Tabasco el incremento ha rebasado los 20 puntos. Sin embargo, 4% de las viviendas con drenaje siguen descargando sus desechos a ríos, lagunas o al mar.

Porcentaje de viviendas con infraestructura sanitaria por entidad federativa. México 2000



Aunque casi 90% de los hogares mexicanos cuentan con infraestructura sanitaria, existen rezagos importantes en algunas entidades.

Porcentaje de viviendas con infraestructura sanitaria. México 1970, 1990, 2000



El porcentaje de viviendas que cuentan con desagüe de excretas aumentó en más de 10 puntos en los últimos 10 años. Sin embargo, 4% de ellas sigue contaminando ríos, lagos o el mar.

Tiempo de espera en consulta externa

El 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 de todos los usuarios de las unidades involucradas en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en un periodo determinado dividido entre el número de usuarios registrados en ese periodo.

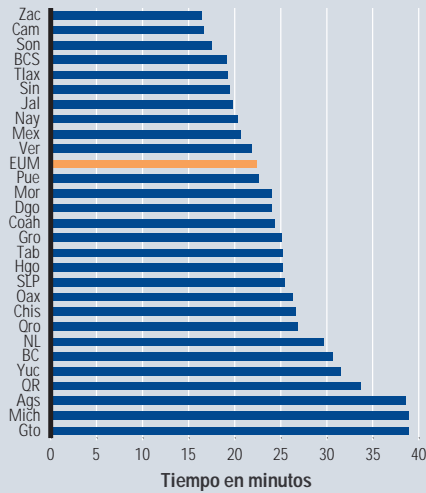
Además de mejorar las condiciones de salud de la población, todo sistema de salud debe ofrecer un trato adecuado a los usuarios de sus servicios. Esto significa proporcionar servicios de salud en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información. El trato adecuado también supone la posibilidad de elegir al médico tratante o la clínica de primer 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.

El tiempo de espera en consulta externa en particular ha adquirido tal importancia que se le identifica, junto con la disponibilidad de

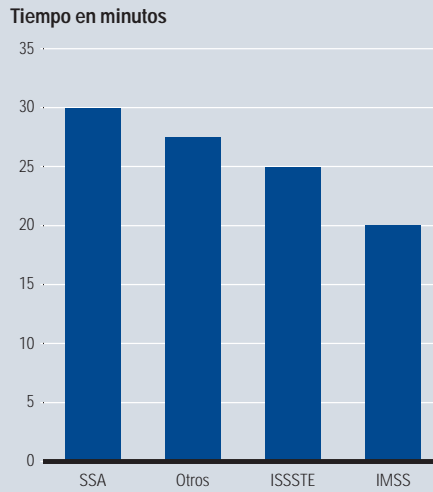
medicamentos, con la calidad de los servicios. De hecho, este es uno de los componentes de la atención a la salud que mayor atención reciben de parte de los medios en los países desarrollados.

En México, hasta hace poco, sólo algunas unidades aisladas le daban seguimiento a este componente de la atención. A partir del 2001, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se planteó como uno de sus objetivos centrales darle seguimiento a los tiempos de espera en consulta externa con el objetivo de mejorarlos. En su primera fase incorporó al seguimiento de este indicador a 3 037 unidades de primer nivel y 479 hospitales. La sola implantación de esta medida de seguimiento generó avances inmediatos, moderados pero consistentes.

Tiempo de espera promedio en consulta externa por entidad federativa. México 2001*

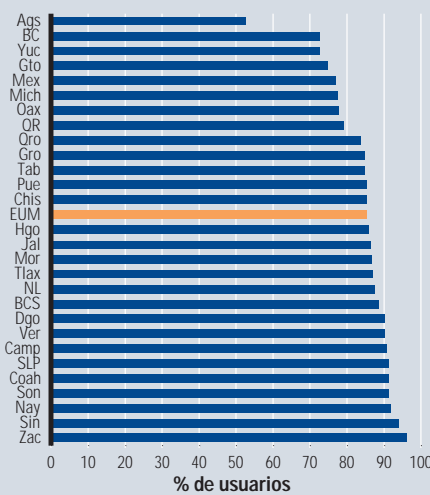


Tiempo de espera promedio en consulta externa por institución. México 2001*



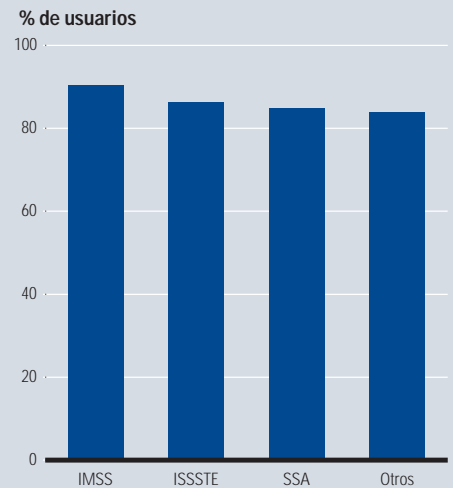
Las instituciones participantes en un número importante de entidades federativas presentan tiempos promedio de espera en consulta externa razonables.

Porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera en consulta externa por entidad federativa. México 2001*



Los niveles de satisfacción con los tiempos de espera en consulta externa de los usuarios de las diferentes entidades e instituciones muestran importantes diferencias.

Porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera en consulta externa por institución. México 2001*



* Datos de la unidades que se incorporaron a la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en su primera fase: 3 037 unidades de primer nivel y 479 hospitales.

Tiempo de espera en urgencias

El 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 periodo.

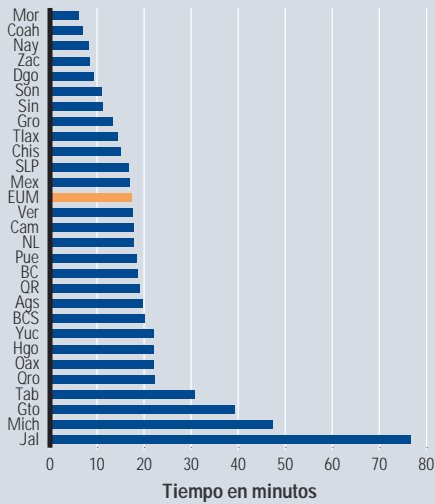
El tiempo de espera en el servicio de urgencias constituye un componente crítico de la atención a la salud. En situaciones de urgencia, una atención retardada puede poner en riesgo la integridad o la vida del paciente y afectar de manera muy importante la imagen de los servicios.

En la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud aplicada por la Fundación Mexicana para la Salud en el año 2000, seis de cada 10 mexicanos reportaron no haber obtenido la atención que necesitaron

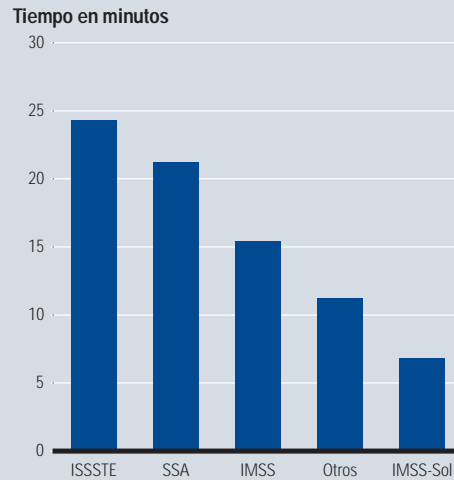
con la rapidez esperada en los servicios de urgencias. Este problema fue particularmente común entre la población de menores ingresos y entre la población derechohabiente.

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud también ha puesto énfasis en este componente del trato. Y aunque todavía no se han alcanzado los niveles deseados y en algunas entidades la espera en la sala de urgencias sigue dejando insatisfechos a muchos usuarios, empiezan ya a detectarse algunas mejoras.

Tiempo de espera promedio en urgencias por entidad federativa. México 2001*



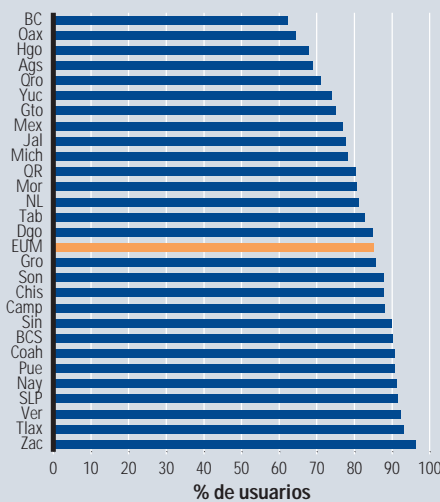
Tiempo de espera promedio en urgencias por institución. México 2001*



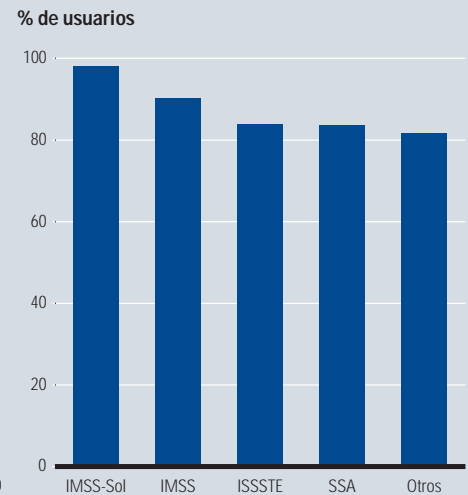
En un número importante de entidades y en algunas instituciones públicas el tiempo de espera promedio en urgencias alcanzó ya niveles que podríamos calificar de aceptables.

El nivel de satisfacción entre los usuarios muestra una estrecha relación con el tiempo de espera: 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 en urgencias por entidad federativa. México 2001*



Porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera en urgencias por institución. México 2001*



* Datos de la unidades que se incorporaron a la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en su primera fase: 3 037 unidades de primer nivel y 479 hospitales.

Cesáreas

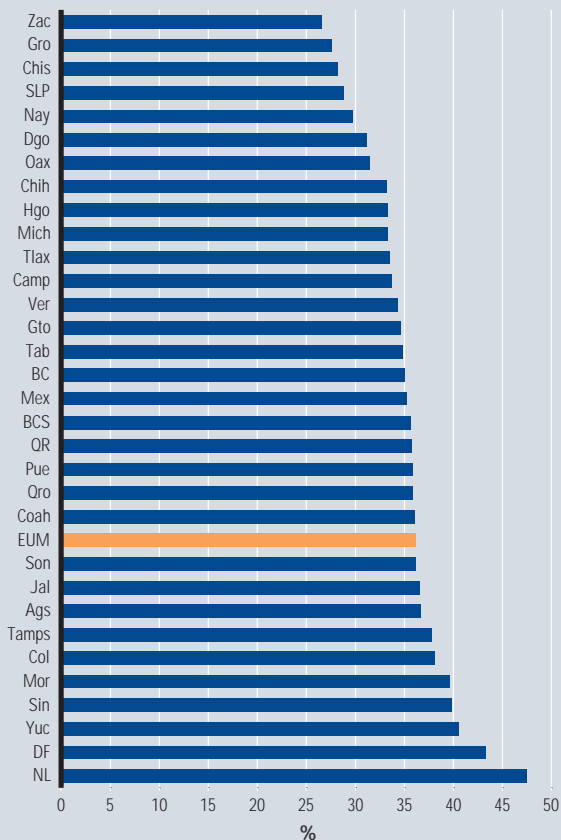
El porcentaje de **cesáreas** es el resultado de dividir el número total de cesáreas realizadas en los diferentes ámbitos de atención en un periodo determinado entre el total de nacimientos atendidos en el mismo periodo.

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que tiene indicaciones muy precisas en la solución de las complicaciones obstétricas y se ha constituido en un indicador muy utilizado de la calidad de la atención. La OMS fijó en 15% el porcentaje deseable de nacimientos por cesárea. Aunque existe una intensa discusión sobre la validez de este parámetro, es un hecho que los porcentajes actuales de cesáreas están muy por encima de lo que podría esperarse, dada la frecuencia de complicación de los nacimientos. En España el número de cesáreas se duplicó en los últimos 15 años y hoy alcanza al 23% de los partos. En el Reino Unido los nacimientos por esta vía se incrementaron de sólo 3% en 1970 a más de 20% en el momento actual. En Estados Unidos se

produjo un incremento similar: de 5% en 1970 aumentaron a 25% en el año 2000. Japón, que hace un uso muy extensivo de las partaras tradicionales, es una de las pocas naciones desarrolladas que parece haber evitado esta epidemia. Su porcentaje de nacimientos por cesárea es menor de 10%.

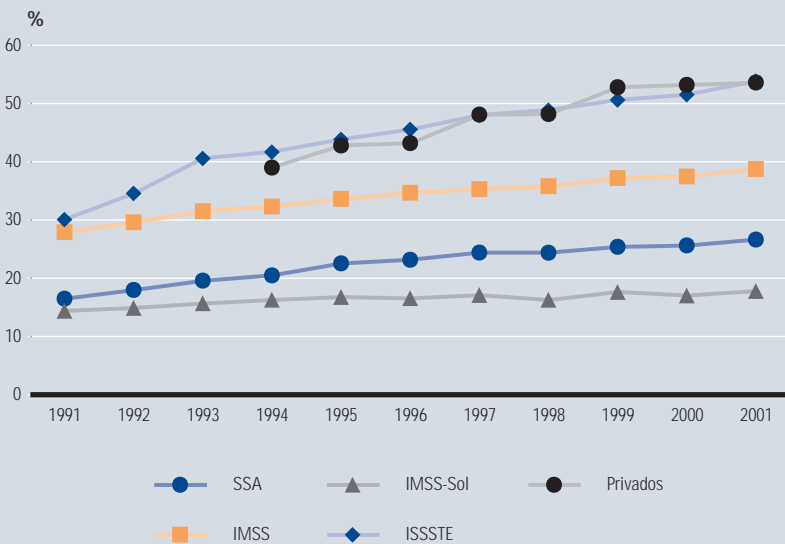
Las cifras de los países de ingresos medios de América Latina son todavía más alarmantes. En Brasil, más 30% de los nacimientos son cesáreas. En Chile este porcentaje asciende a 40%. En México se incrementó de 23% en 1991 a 35% en el momento actual y hay instituciones en donde 5 de cada 10 nacimientos son quirúrgicos. En el sector privado de algunas entidades federativas, más del 60% de los partos se resuelven por esta vía.

Cesáreas por entidad federativa.
México 2001



Todas las entidades federativas presentan porcentajes de cesáreas superiores al estándar internacional (15%). Más de la cuarta parte de ellas muestra valores superiores al 36%.

Cesáreas por institución.
México 1991-2001



El porcentaje de cesáreas se ha incrementado notablemente durante el último decenio. En el sector privado la tendencia es más marcada y los porcentajes superaron el 50% desde 1999.

Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud

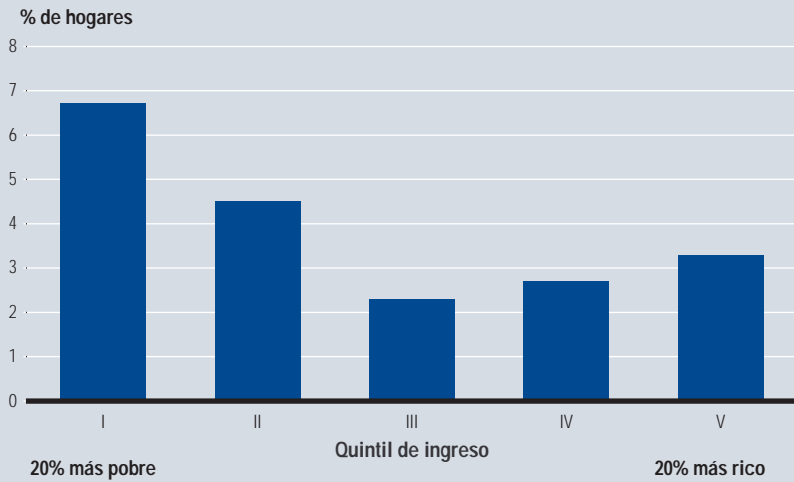
El porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud mide el gasto en salud de los hogares –incluyendo aportaciones a la seguridad social, impuestos, y pago de bolsillo por bienes y servicios– en relación con su capacidad de pago. La capacidad de pago se define aquí como el remanente del gasto en todos los bienes y servicios una vez descontado el gasto dedicado a satisfacer las necesidades básicas de subsistencia (definidas sobre la base de una línea de pobreza).

Toda familia, pobre o rica, puede enfrentar en cualquier momento la enfermedad de alguno de sus miembros. Si la familia afectada se ve obligada a asumir directamente el costo de los servicios médicos su capacidad para cubrir otras necesidades básicas –alimentación, educación o vivienda– puede verse súbitamente mermada y el patrimonio familiar ponerse en riesgo. Las familias de ingresos relativamente altos pueden verse obligadas a vender sus bienes o hacer uso de sus ahorros para cubrir el costo de tratamientos caros. Las familias pobres pueden llegar hasta perder el patrimonio de toda una vida. Lo más lamentable es que estas situaciones se presentan generalmente en casos de enfermedades que podrían atenderse con intervenciones a

las que es fácil acceder cuando se cuenta con un seguro de salud, especialmente cuando éste se financia con fondos públicos.

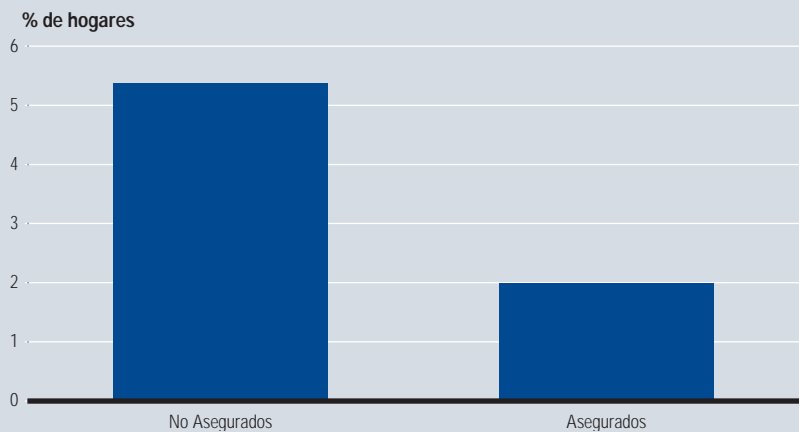
En México, en el penúltimo trimestre del año 2000, alrededor de 4% de los hogares incurrieron en lo que se conoce como gastos catastróficos. Este fenómeno es particularmente común en los hogares pobres y en las familias que no cuentan con seguro de salud. Estas cifras son consistentes con el hecho de que 55% del gasto total en salud en México es realizado directamente del bolsillo de las familias en el momento mismo de utilizar los servicios de salud. En contraste, en Colombia, el gasto de bolsillo constituye el 20% del gasto total en salud y en el Reino Unido asciende apenas a 3%.

Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud por nivel de ingreso. México 2000



Los hogares pobres del país corren un riesgo 2.2 veces mayor de presentar gastos catastróficos por motivos de salud que los hogares de mayores ingresos.

Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud por condición de aseguramiento. México 2000



Los gastos catastróficos por motivos de salud son mucho más frecuentes entre la población que no cuenta con seguro de salud.

Gasto público en salud como porcentaje del PIB

El **gasto público en salud como porcentaje del PIB** se define como la relación entre el presupuesto público ejercido dedicado a la salud y el Producto Interno Bruto.

El gasto en salud como porcentaje del PIB mide la importancia relativa del sector salud en una economía. En los países de Europa occidental este porcentaje varía entre 7 y 10%. En Canadá asciende a 9.1%. En Estados Unidos el gasto en salud representa más del 13% del PIB.

En América Latina el promedio de gasto en salud como porcentaje del PIB es de 6.1%. Existen, sin embargo, enormes variaciones. Uruguay dedica el 10% de su riqueza a la salud. En contraste, Guatemala dedica apenas el 3%.

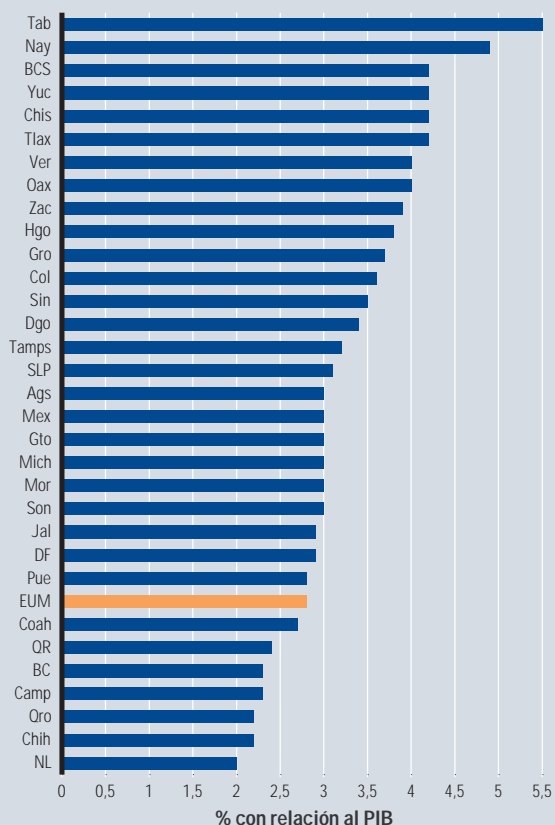
En los países de mayores ingresos, el grueso del gasto en salud es público. En el Reino Unido el gasto público representa más del 80%

de su gasto total en salud. En Japón este porcentaje asciende a 79%. La excepción es Estados Unidos, en donde el gasto público representa apenas el 45% del gasto total en salud.

En los países de menores ingresos, el peso relativo del gasto público es menor que en los países desarrollados. En Brasil y Chile representa 49% de su gasto total en salud.

En México, el gasto total en salud representa el 5.7% del PIB. Poco menos de la mitad de este gasto es público. Las diferencias entre entidades, sin embargo, son importantes.

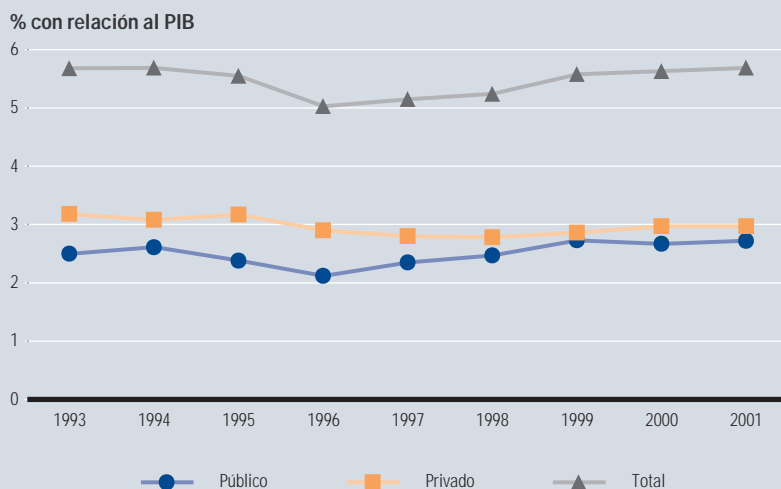
Gasto público en salud como porcentaje del PIB por entidad federativa. México 2001



En México hay varias entidades cuyo gasto público en salud representa más del 4% del PIB estatal.

La brecha entre el gasto público y privado ha ido disminuyendo.

Gasto en salud como porcentaje del PIB. México 1993-2001



1/ El gasto público en salud incluye el gasto de SSA (ramo 12 y ramo 33), las aportaciones estatales, y el gasto en salud del IMSS, ISSSTE y PEMEX.

2 / El PIB se estimó por entidad federativa mediante un prorrateo basado en años anteriores aplicados al PIB Nacional del año 2001.

3 / El gasto público en salud para las entidades de Baja California y Tamaulipas para el año 1999 se estimó con base en la cifra del año 2000 proporcionada por el Consejo Nacional de Salud y un ajuste inflacionario del 1.08959%; para el 2001 se hizo el mismo procedimiento pero con un ajuste inflacionario del 1.044% para Tamaulipas.

Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total

El **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.

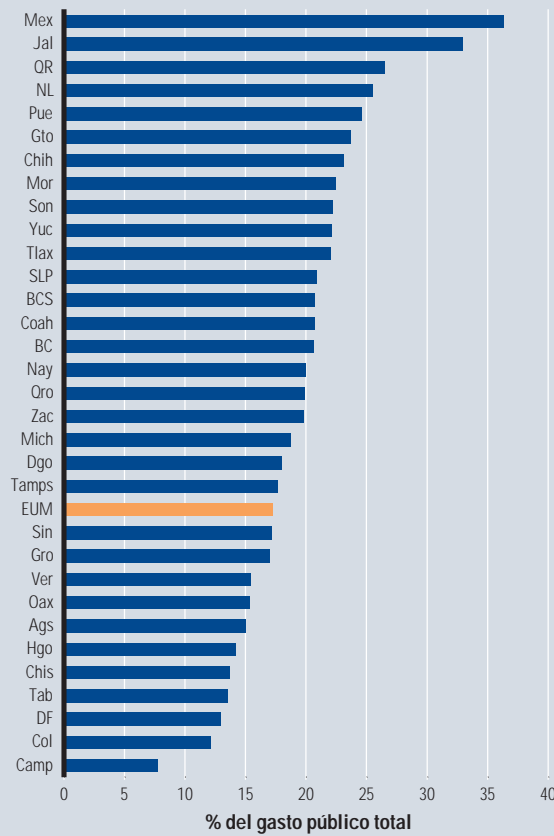
El gasto público en salud como porcentaje del gasto público total es un indicador que nos habla del esfuerzo público en materia de salud respecto del esfuerzo público global en un año calendario.

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 solo se considera el gasto programable.

En Estados Unidos y Canadá el gasto público en salud representa el 18.5 y el 15% del gasto público total, respectivamente. En Argentina y Colombia este porcentaje asciende a 21.6 y 17.2%, respectivamente. En México el gasto público en salud como porcentaje del gasto público total asciende a 17%, con diferencias considerables entre entidades federativas.

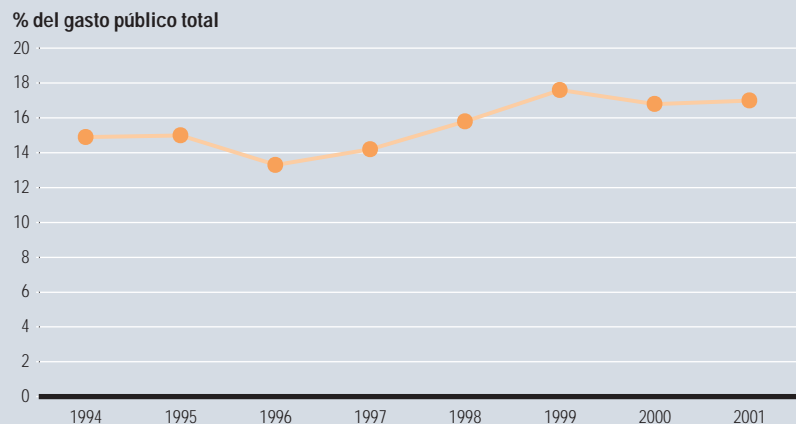
Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total por entidad federativa. México 2001



En México hay algunas entidades federativas en donde el gasto público en salud representa más del 25% de su gasto público total.

El gasto público en salud en México como porcentaje del gasto público total ha variado dentro de una franja muy estrecha en los últimos años.

Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total. México 1994-2001



Gasto público en salud per cápita

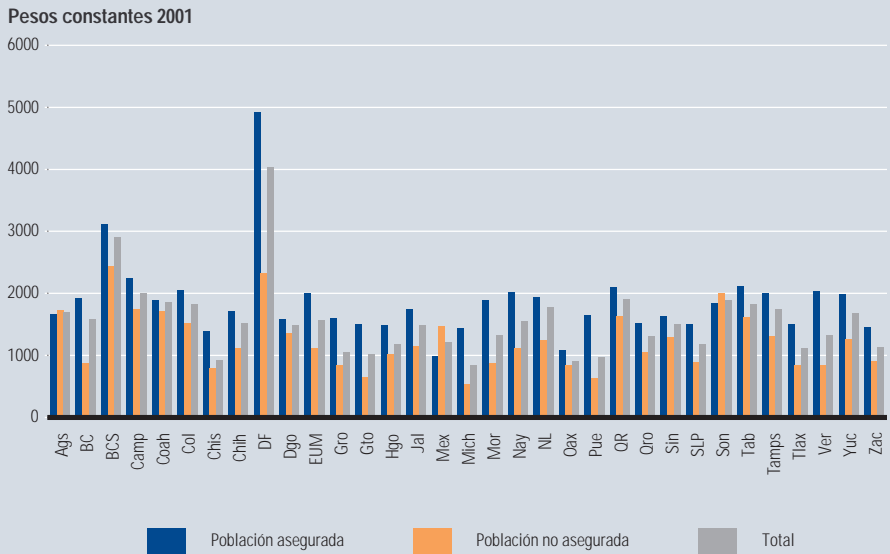
El **gasto público en salud per cápita** es producto de la división del presupuesto público ejercido en salud entre la población de responsabilidad de las instituciones públicas. Los valores per cápita se basan en estimaciones del presupuesto público ejercido en salud (numerador) y las proyecciones de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

El gasto público en salud per cápita permite cuantificar los recursos que las instituciones públicas dedican a un usuario promedio de sus servicios.

En México las diferencias a este respecto entre instituciones y entidades son muy importantes. Las instituciones de seguridad social presentan un gasto per cápita de alrededor de 2000 pesos. En contraste, las instituciones dedicadas a atender a la pobla-

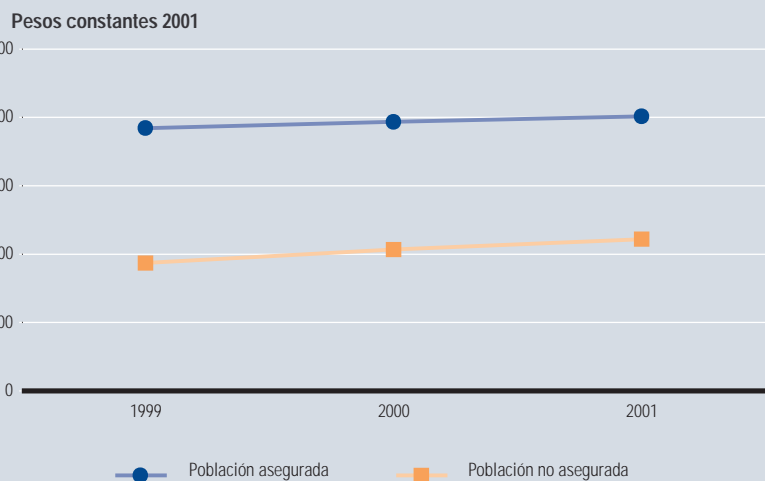
ción no asegurada presentan un gasto por persona ligeramente superior a los 1 000 pesos. Las diferencias entre entidades federativas son todavía mayores, tanto entre la población asegurada como entre la población no asegurada. De hecho, la diferencia entre el gasto per cápita para población asegurada en la entidad con mejores cifras y el gasto per cápita para población no asegurada en la entidad con peores cifras llega a ser hasta de nueve veces.

Gasto público en salud per cápita por condición de aseguramiento por entidad federativa. México 2001



En el Estado de México, Sonora y Aguascalientes el gasto per cápita en población no asegurada es ya muy similar al gasto per cápita en población asegurada.

Gasto público en salud per cápita por condición de aseguramiento. México 1999-2001



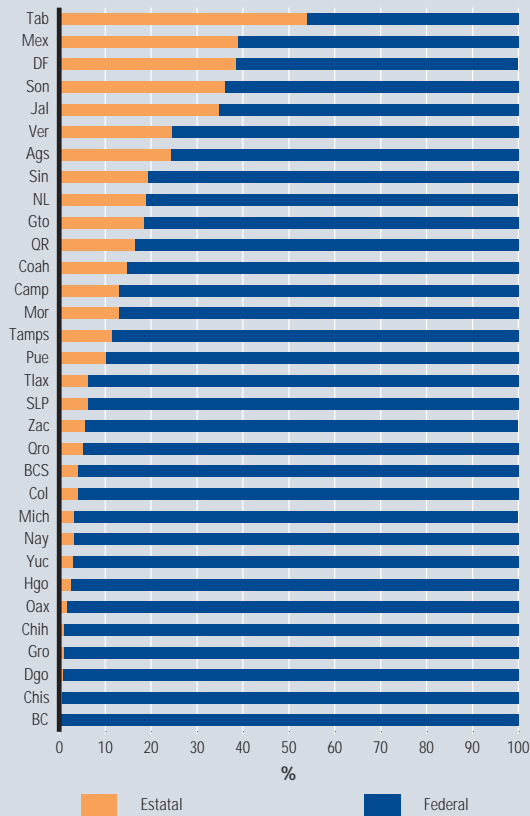
En el último año, la brecha en el gasto per cápita entre las instituciones de seguridad social y las instituciones dedicadas a atender a la población no asegurada se redujo ligeramente.

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

La **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 a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del ramo 33 y los programas especiales con financiamiento de Ramo 12.

La 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.

Distribución del gasto para población no asegurada por entidad federativa. México 2001

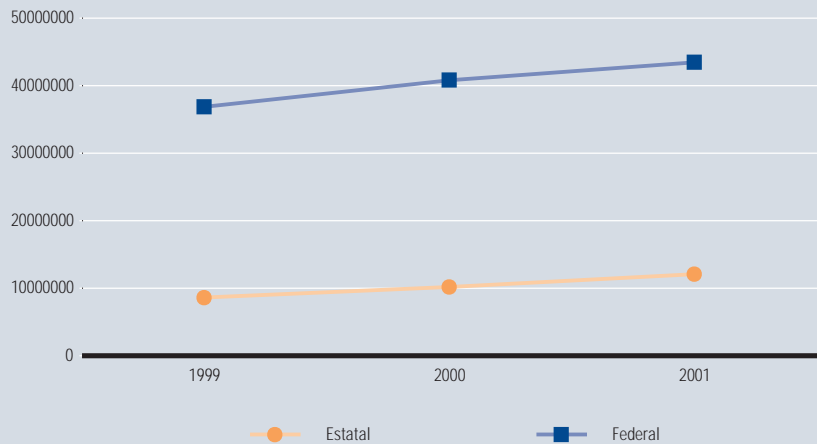


Las diferencias entre entidades en la relación que existe entre las aportaciones federales y estatales al financiamiento de la atención a la salud son considerables.

En promedio, las aportaciones estatales representan la cuarta parte del gasto para población no asegurada.

Relación entre las aportaciones estatales y federales al gasto en salud para población no asegurada. México 1999-2001

Pesos constantes del 2001



Médicos por 1 000 habitantes

El indicador de **médicos por 1 000 habitantes** se define como el producto de la división del número total de médicos en contacto con el paciente en un periodo determinado entre el total de población en ese mismo periodo y se expresa por cada 1 000 habitantes. Para este ejercicio se incluyeron los médicos generales y especialistas, los residentes, los pasantes y los odontólogos que están en contacto con el paciente.

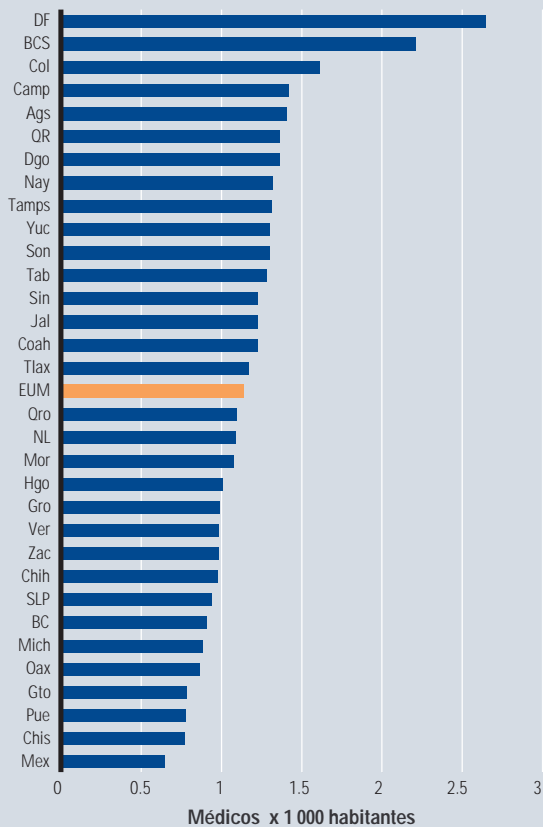
El número de médicos por 1 000 habitantes es un indicador que se utiliza para medir la disponibilidad de recursos humanos calificados para la atención de la salud, que constituyen el recurso básico de cualquier sistema de salud. La información disponible indica que mientras mayor es el número de médicos en contacto con la población menor es la mortalidad.

En términos generales se considera que una relación aceptable es de 1 médico por cada 1 000 habitantes, aunque en la mayor parte de los países desarrollados la relación es de por lo menos 2 por 1 000. En el Reino Unido y Canadá la relación es de 1.8 y 2.1

por 1 000, respectivamente. En contraste, en Dinamarca y Bélgica es de 3.4 y 3.8 por 1 000, respectivamente.

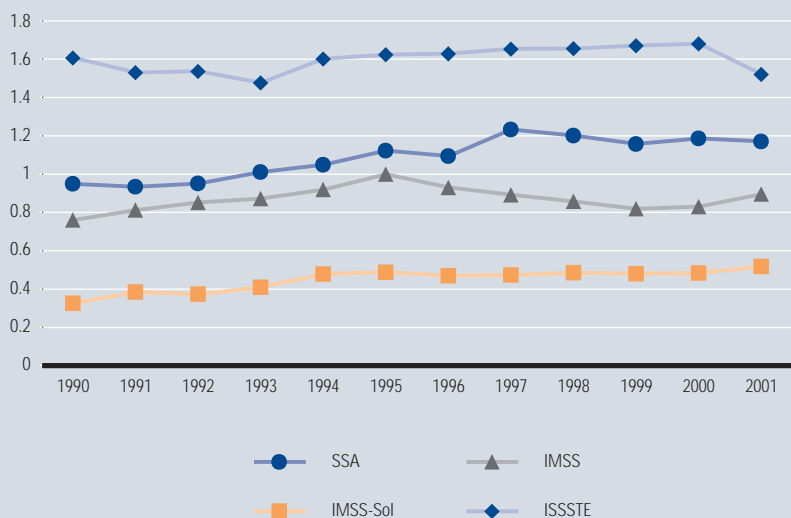
En México, el número de médicos por 1 000 habitantes en 2001 fue de 1.13, cifra cercana a la de El Salvador (1.2) y Panamá (1.2), pero inferior a la de Argentina (2.7), Chile (1.3) y Uruguay (3.7). Los resultados de estudios hechos en México sobre el tema señalan que no hay insuficiencia de médicos. Lo que existe es una mala distribución: mientras que en las grandes ciudades del país hay un grave problema de subempleo y desempleo médico, en las áreas rurales hay una enorme escasez de este tipo de recursos.

Médicos del sector público por entidad federativa. México 2001



En México hay 12 estados con menos de 1 médico por 1 000 habitantes. En contraste, el DF y BCS cuentan con más de 2 médicos por 1 000 habitantes.

Médicos del sector público por 1 000 habitantes. México 1990-2001



En las instituciones que brindan atención a población no asegurada, la disponibilidad de médicos se ha incrementado en forma modesta pero consistente en los últimos años.

Médicos generales y especialistas

La relación **médico general/médico especialista** se define como el porcentaje de cada tipo de médico respecto del total de médicos disponibles.

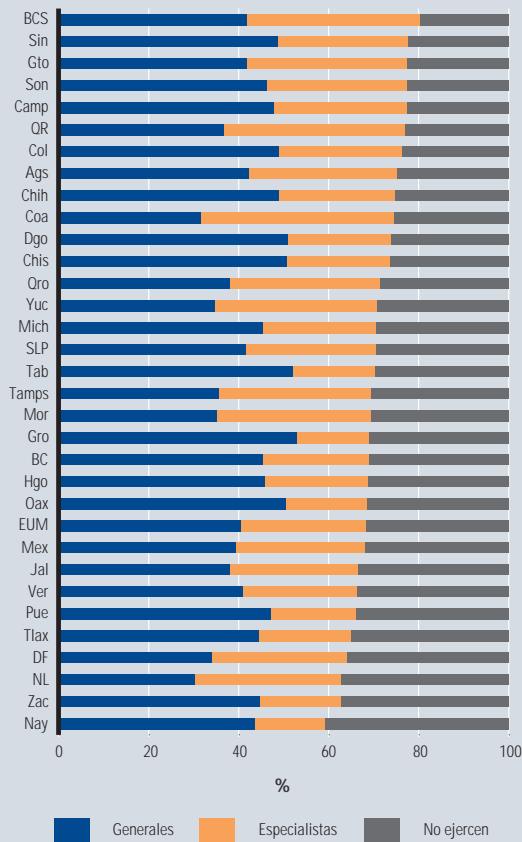
Una de las funciones esenciales de los sistemas de salud es la generación de sus recursos. Esto significa, entre otras cosas, la creación de recursos humanos en cantidad suficiente para atender las necesidades del sistema, pero también la definición del perfil del profesional de la salud que el sistema necesita.

En México hay 86 escuelas de medicina, de las cuales egresaron 8,360 estudiantes en el año 2000. Se estima que la actual matrícula es cercana a los 82,000 estudiantes. La incorporación progresiva de estos egresados al mercado laboral estará marcada por diversos problemas: concentración de profesionales en grandes ciudades, desempleo y subempleo médico, salarios no competitivos, sustitución de los médicos generales por médicos espe-

cialistas en la atención de problemas comunes, y estímulos insuficientes para la práctica de la medicina en áreas rurales o en ciudades pequeñas. Actualmente, 75% de los médicos en ejercicio (210,621) se concentran en 44 ciudades del país. De éstos, una cifra cercana al 35% están desempleados o subempleados.

El perfil de los médicos también se ha identificado como un problema. Además de la intensa especialización, que ha disminuido el porcentaje de médicos generales, el perfil de los especialistas también reclama cambios. Esto está directamente relacionado con el nuevo perfil epidemiológico del país, que exige más especialistas en áreas como la geriatría y la genética, por citar sólo dos ejemplos.

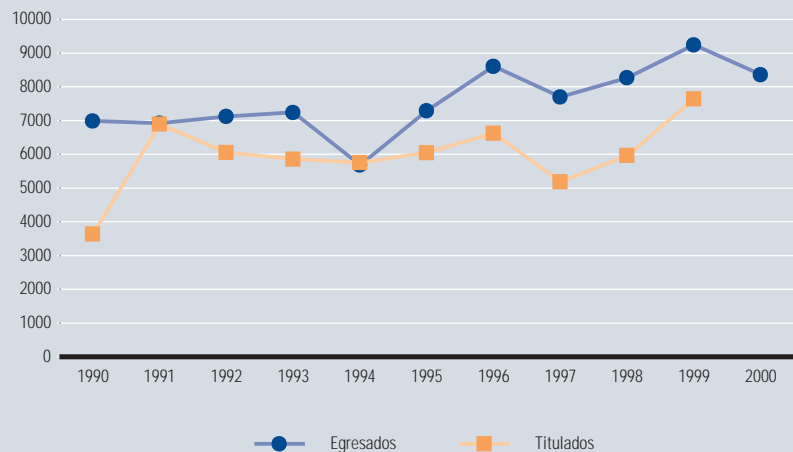
Médicos según ejercicio de la profesión por entidad federativa. México 2000



Poco más de 30% de los médicos titulados del país no ejercen su profesión. El mayor desempleo médico se observa en los estados con mayor concentración de población urbana.

El número de egresados de las escuelas de medicina del país se ha mantenido en constante ascenso.

Estudiantes de medicina egresados y titulados. México 1990-2000



Camas censables

Cama censable es la cama en servicio instalada en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente. La disponibilidad de camas se expresa como una razón del número de camas por 1 000 habitantes.

El número de camas censables es un indicador de disponibilidad de recursos para la salud. En general, un mayor número de camas permite garantizar una mejor atención hospitalaria y de urgencias.

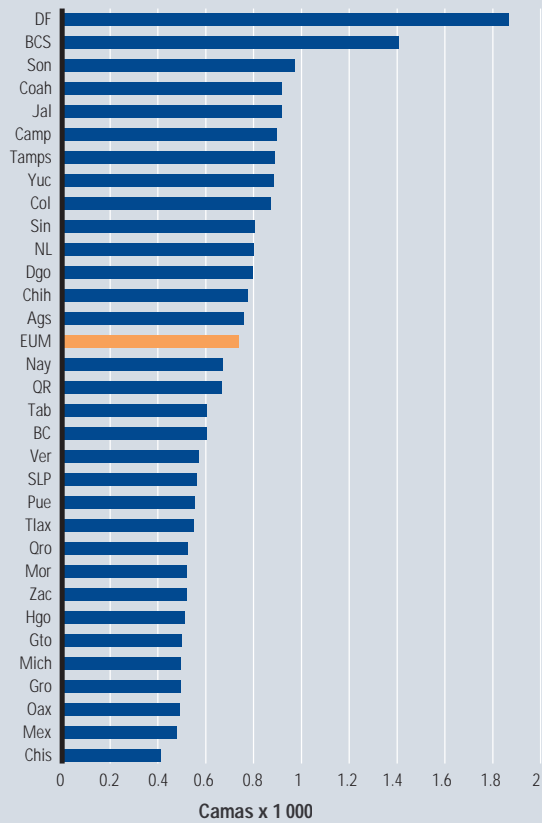
En los países desarrollados, el número de camas censables ha mostrado una tendencia descendente producto de una mayor eficiencia en la utilización de los servicios de salud relacionada a su vez con el desarrollo tecnológico. Este descenso se debe también a cambios en los modelos de atención que han puesto un mayor énfasis en la atención ambulatoria.

En nuestro país hay una carencia relativa de camas, que se expresa en una sobreocupación en el medio urbano, sobre todo en la

atención de alta especialidad. Paradójicamente en algunas áreas el nivel promedio de ocupación es bajo.

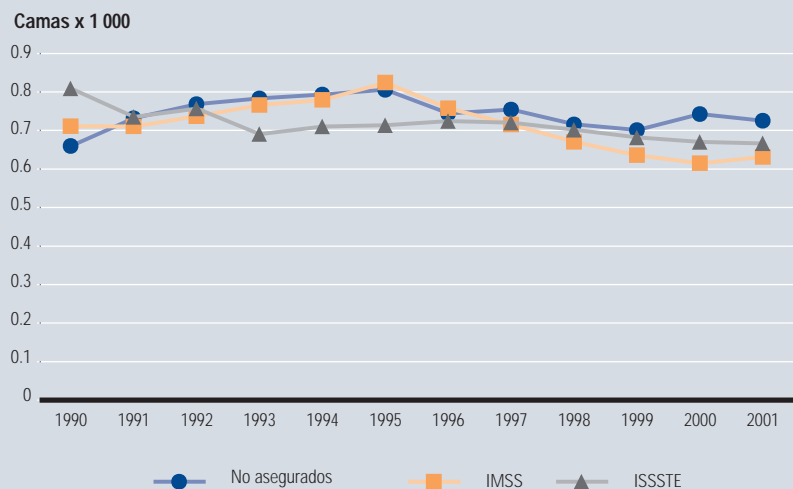
La razón de una cama por cada 1 000 habitantes es un estándar recomendado por la OMS. Esto coloca a una buena parte de las entidades federativas de México por debajo del nivel mínimo deseable. Si se incluyen los recursos públicos y privados, el número de camas por 1 000 habitantes en nuestro país supera el estándar internacional con una cifra de 1.10 camas por cada 1 000 habitantes, aunque se mantiene por debajo de muchos países latinoamericanos: en Uruguay, Brasil y Argentina, por ejemplo, el número de camas por 1 000 habitantes es de 4.4, 3.1 y 3.3, respectivamente.

Camas censables del sector público por entidad federativa. México 2001



Mientras el DF y BCS cuentan con recursos superiores al estándar internacional, hay entidades que cuentan con un número de camas menor a la mitad del valor recomendado.

Camas censables por institución. México 1990-2001



La disponibilidad de camas censables ha tenido un comportamiento relativamente estable durante los últimos años.

Partos atendidos en unidades médicas

El porcentaje de partos atendidos en unidades médicas se define como el producto de la división del número total de partos atendidos en las instituciones de salud públicas y privadas en un año entre el total de nacimientos ocurridos en ese mismo periodo.

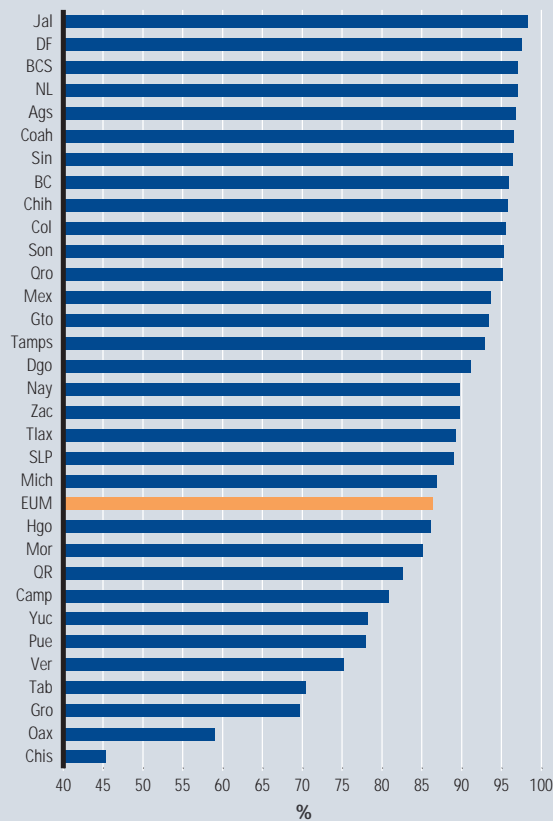
La atención del parto por personal capacitado es una garantía para la salud de la madre y del recién nacido. Este personal puede prevenir o en su caso atender o canalizar las complicaciones del parto y del puerperio, y contribuir así a disminuir la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal.

En México 87% de los partos se atienden en instituciones de salud. Este porcentaje

contrasta con los de Chile, Costa Rica y Cuba, en donde más de 97% de los nacimientos se atienden en unidades médicas.

Las diferencias en la cobertura del parto en unidades médicas entre entidades federativas son considerables. La mitad de los estados presentan coberturas mayores de 90%, pero hay entidades con coberturas menores de 60%.

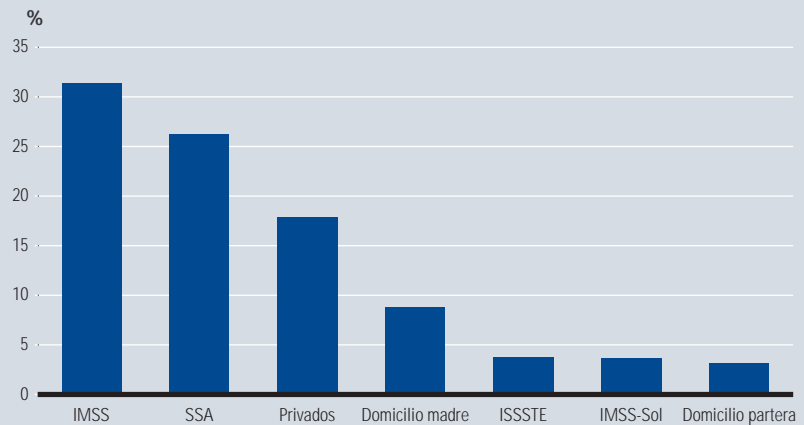
Partos atendidos en unidades médicas por entidad federativa. México 1997-2000



La mitad de las entidades federativas presentan una cobertura de atención del parto en unidades médicas superior al 90%, pero hay algunas entidades con enormes rezagos.

Alrededor del 65% de los partos en México se atienden en unidades del sector público. Sin embargo, la atención del parto en el hogar sigue siendo un fenómeno muy común.

Lugar de atención de los partos. México 1997-2000



Cobertura de vacunación en niños de 1 año

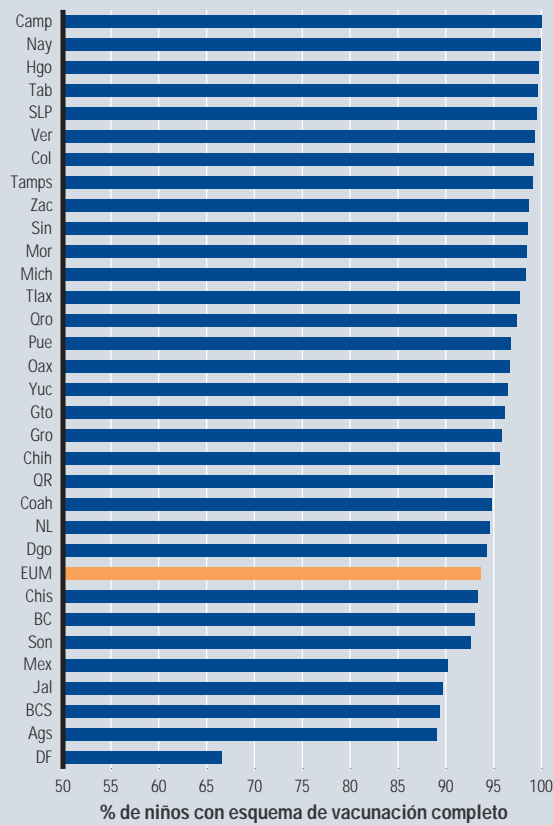
La **cobertura de vacunación en niños de 1 año** se define como la proporción de niños de 1 año que completaron el esquema básico de vacunación en relación al total de niños de ese grupo de edad registrados en el censo nominal del Programa de Vacunación. El esquema completo incluye: 1 dosis de BCG, 3 dosis de vacuna antipoliomielítica, 3 dosis de pentavalente y 1 dosis de vacuna triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis).

La vacunación es una actividad fundamental de salud pública. Es una de las intervenciones que más ha influido en el incremento reciente de la sobrevivencia en la infancia y la esperanza de vida al nacimiento en los países en vías de desarrollo.

La cobertura de vacunación está relacionada de manera muy estrecha con el acceso a servicios preventivos en general, la participación comunitaria y la atención de primer nivel.

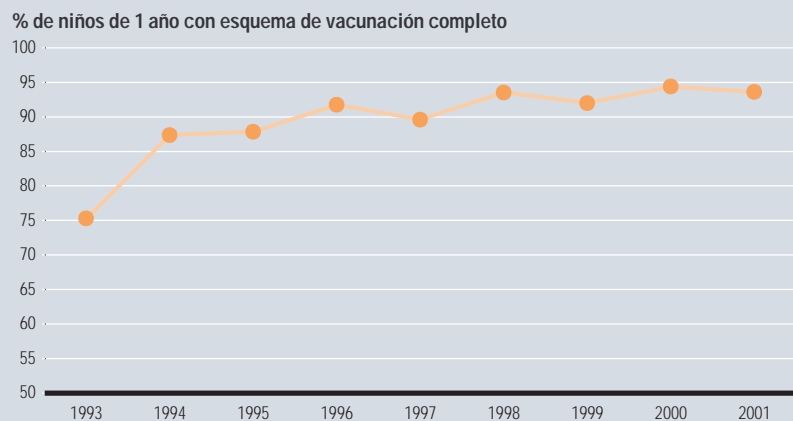
La cobertura con esquema completo de vacunación en México en niños de 1 año se incrementó de manera notable a partir de 1993 y hoy alcanza al 93.6% de este grupo de edad. Se trata de un porcentaje considerablemente mejor al de Estados Unidos, al de la mayoría de los países latinoamericanos y al de un buen número de países europeos, dentro de los que se incluyen Alemania, Italia y el Reino Unido.

Cobertura de vacunación en niños de 1 año por entidad federativa. México 2001



En 2001 más de la mitad de las entidades federativas alcanzaron coberturas con esquema completo de vacunación en niños de 1 año superiores al 95%.

Cobertura de vacunación en niños de 1 año. México 1993-2001



En los últimos cinco años el nivel de cobertura de vacunación en niños de 1 año a nivel nacional se ubicó en niveles superiores al 90%.

Cobertura de vacunación en niños de 1-4 años

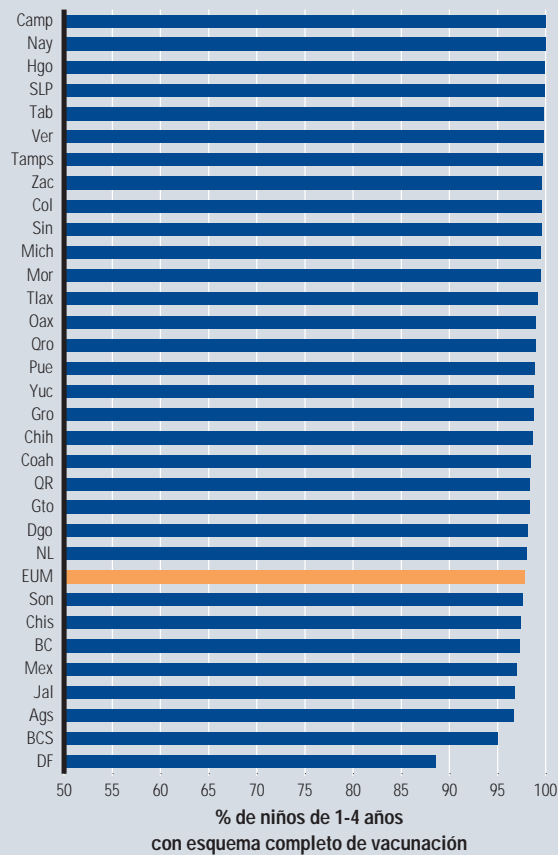
La cobertura con esquema completo de vacunación en niños de 1 a 4 años se define como la proporción de niños de 1 a 4 años de edad que completaron el esquema básico de vacunación en relación al total de niños de ese grupo de edad registrados en el censo nominal del Programa de Vacunación (PROVAC).

El reforzamiento de la inmunidad contra enfermedades prevenibles por vacunación en niños de 1 a 4 años de edad es imprescindible para mantener en buenas condiciones de salud a este grupo de edad y controlar la transmisión de estas infecciones. Estas acciones de vacunación proveen un estímulo adicional al sistema inmunológico que permite mantener elevados los niveles de anticuerpos y proteger así a los niños en uno de los momentos más críticos de sus vidas: el ingreso al sistema escolar. Con este reforzamiento se asegura una

inmunidad más prolongada que protege a los niños hasta edades avanzadas y evita la transmisión a otros grupos de edad.

La cobertura de vacunación en niños de 1 a 4 años en nuestro país cruzó el umbral de 95% desde 1994 y hoy se ubica en cifras superiores a las de casi todos los países del continente americano, incluidos Canadá y Estados Unidos. Este nivel de cobertura ha permitido eliminar la poliomielitis y controlar el sarampión, y al resto de las enfermedades inmunoprevenibles.

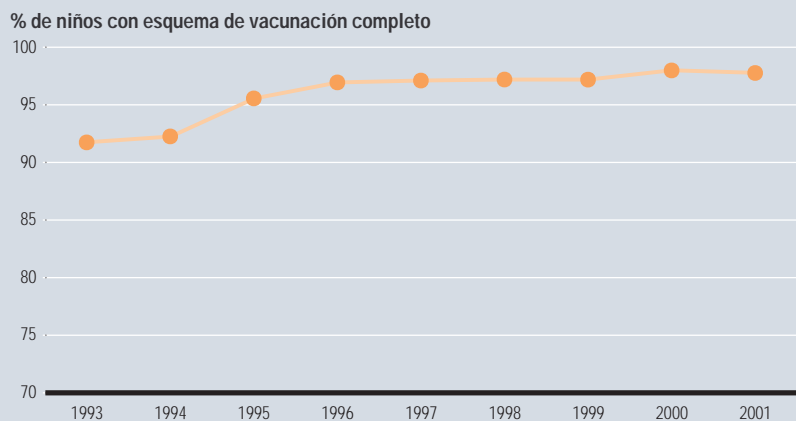
Cobertura de vacunación en niños de 1-4 años por entidad federativa. México 2001



Los altos niveles de vacunación en niños de 1 a 4 años alcanzados en la mayoría de las entidades federativas de México han permitido eliminar la poliomielitis.

La cobertura de vacunación en los niños en edad preescolar alcanzó niveles sobresalientes desde mediados de la década pasada y se ha mantenido en porcentajes superiores al 97% en los últimos cinco años.

Cobertura de vacunación en niños de 1-4 años. México 1993-2001



Brecha en camas censables

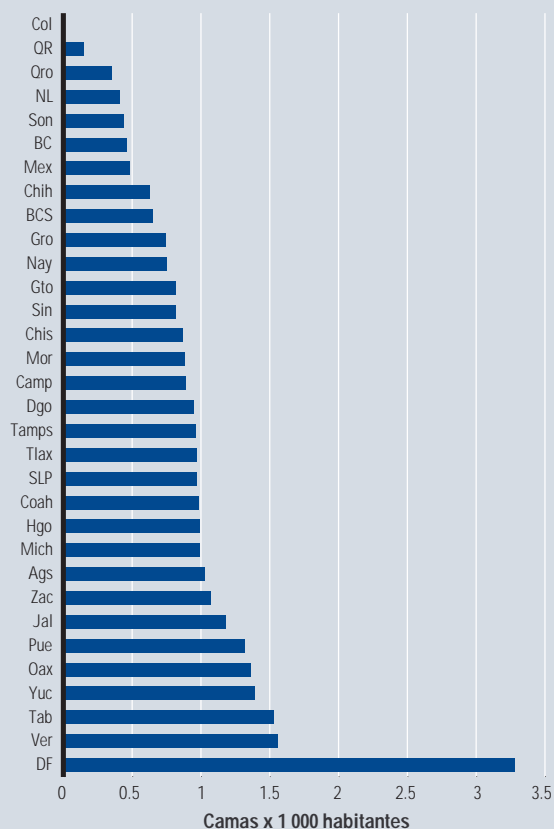
La **brecha en camas censables** se define como la diferencia absoluta en el número de camas censables del sector público por 1 000 habitantes entre los municipios más marginados y los municipios menos marginados al interior de las entidades federativas.

En la medición de las condiciones de salud es importante tomar en consideración tanto el nivel promedio como las diferencias que pueden existir entre áreas geográficas o grupos poblacionales. Lo mismo vale para los recursos para la salud. Este procedimiento permite identificar y corregir las desigualdades clasificadas como injustas.

de las unidades observadas, en muchos casos son resultados de una asignación inequitativa además de ineficiente de los recursos existentes. Este es el caso de varias entidades federativas de México, en donde la disponibilidad de camas es considerablemente mayor en los municipios menos marginados.

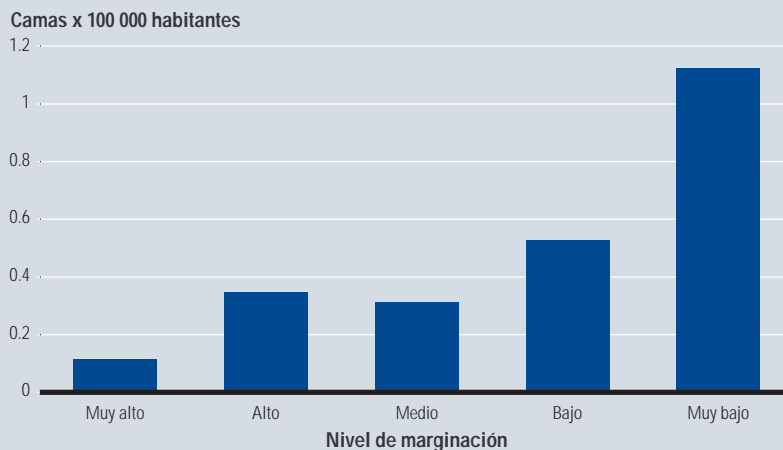
Aunque las brechas pueden tener su origen en desempeños excelentes de algunas

Diferencia en camas censables entre municipios de baja y alta marginación por entidad federativa. México 2000



En la mayoría de las entidades federativas la disponibilidad de camas censables es mayor en los municipios menos marginados.

Camas censables en el sector público por nivel de marginación. México 2000



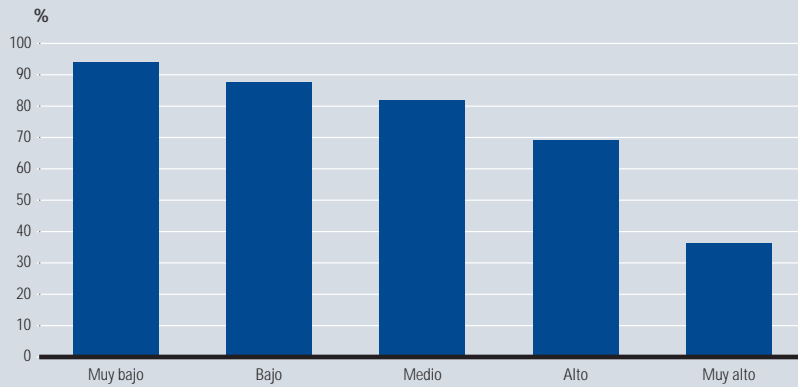
La disponibilidad de camas censables del sector público en los municipios de muy baja marginación es más de cinco veces superior a la de los municipios más marginados.

Brecha en la atención de partos

La **brecha en la atención del parto en unidades médicas** se define como la diferencia que existe en el porcentaje de cobertura de nacimientos en unidades médicas entre los municipios de más alta y más baja marginación del país.

Las diferencias que existen en los estados en la cobertura de atención de los nacimientos en unidades médicas en México se acentúan cuando la información se desagrega con mayor detalle. De acuerdo con datos de la última Encuesta Nacional de Salud (2000), el porcentaje de partos atendidos en los 386 municipios de muy alta marginación es ligeramente superior al 36%. En contraste, en los 247 municipios menos marginados la cobertura en unidades médicas alcanza casi el 94%. Esto significa que la brecha en este indicador es de casi 60 puntos porcentuales. Algunos estudios más específicos arrojan cifras todavía más alarmantes: en las comunidades indígenas de ciertas entidades el porcentaje de nacimientos atendidos en unidades médicas es menor de 10%.

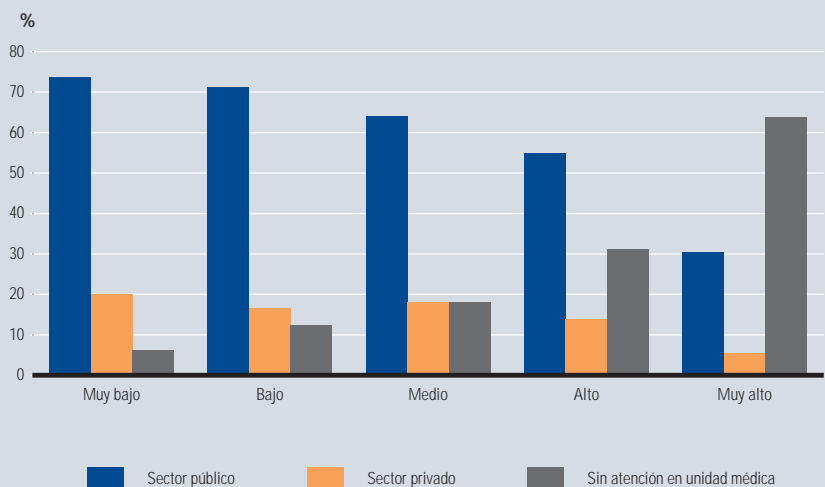
Partos en unidades médicas por nivel de marginación. México 2000



La brecha en la atención de nacimientos en unidades médicas entre los municipios más marginados y los de muy baja marginación es de casi 60 puntos porcentuales.

El porcentaje de nacimientos atendidos fuera de unidades médicas en México aumenta conforme se incrementa el nivel de marginación y en los municipios de mayor marginación supera el 60%.

Partos en unidades médicas por nivel de marginación por sector. México 2000



Consultas por consultorio

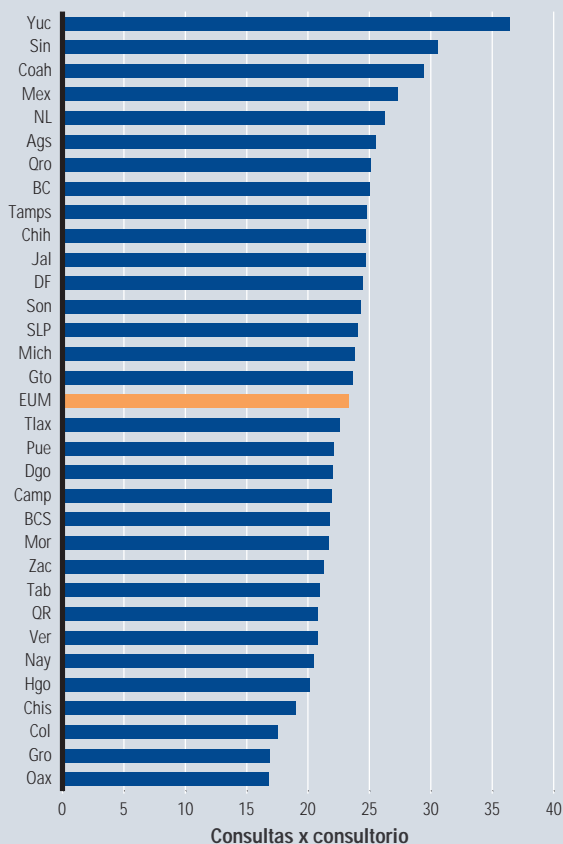
El promedio diario de **consultas por consultorio** es el resultado de dividir el número total de consultas de medicina general realizadas en un año en las instituciones públicas de salud entre el producto de la multiplicación del número total de consultorios de primer nivel por 252 días considerados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

El número de consultas por consultorio es una medida que relaciona la disponibilidad de recursos e insumos y la utilización de los servicios por los usuarios. Este indicador proporciona una idea de la productividad con la que operan los consultorios del sector.

En el sector público de México, el promedio diario de consultas por consultorio en 2001 fue de 23.31, cifra que se ubica dentro del intervalo considerado como aceptable: 12

a 24 consultas diarias por consultorio. Sin embargo, hay ocho entidades federativas que muestran una productividad mayor a la recomendada, hecho que podría expresar una sobreutilización de recursos con tiempos de consulta menores a los considerados como apropiados. Estas cifras también reflejan un déficit en el número de consultorios disponibles para producir los servicios demandados.

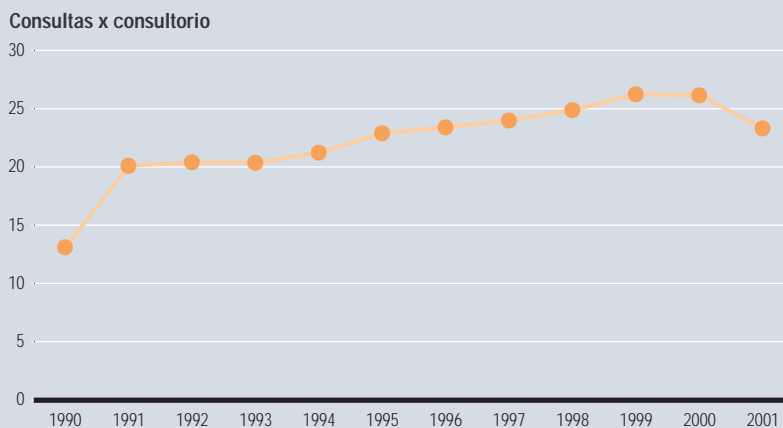
Consultas por consultorio por entidad federativa. México 2001



El promedio nacional de consultas diarias por consultorio en el sector público se ha mantenido dentro de los estándares recomendados. Sin embargo, hay entidades que muestran una sobreutilización de los recursos existentes.

La productividad de los consultorios del sector público de México ha ido en aumento en los últimos 10 años.

Consultas por consultorio. México 1990-2001

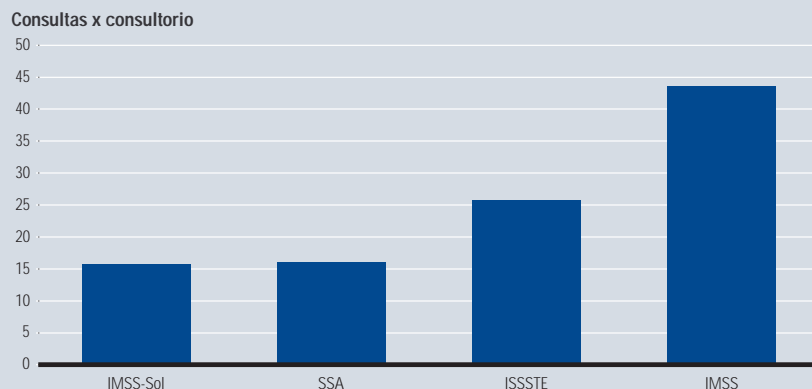


Consultas por consultorio según institución

El promedio diario de **consultas por consultorio por institución** 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.

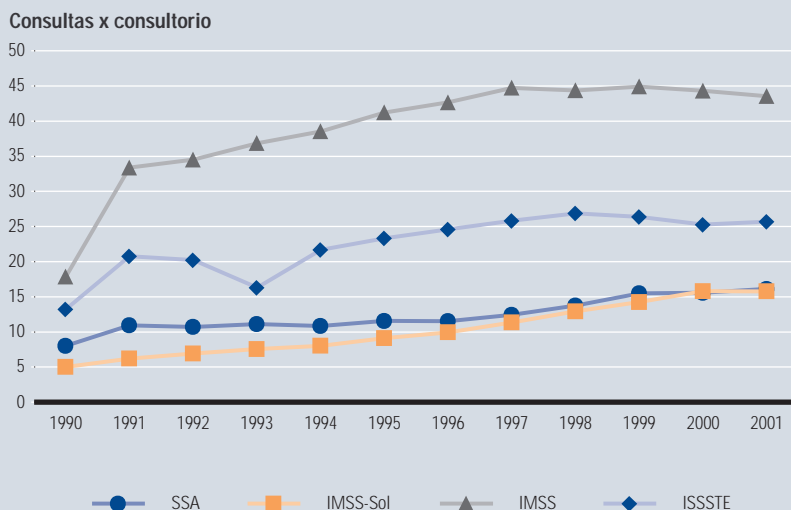
La productividad de los consultorios en el sector público puede desagregarse también por institución. En México las dos instituciones con mayor productividad de consultorios son el IMSS y el ISSSTE, con 44 y 25 consultas diarias por consultorio, respectivamente. Ambas instituciones han mantenido estable esta productividad desde 1997. A reserva de conocer mayores detalles relacionados con estos niveles de productividad, podría pensarse que la sobreutilización de estos recursos podría generar un impacto negativo en la calidad de la atención. Por su parte, la SSA y el IMSS-Solidaridad, aunque presentan bajos niveles de productividad, muestran también una discreta pero consistente tendencia al alza.

Consultas por consultorio por institución. México 2001



El IMSS proporciona 2.7 veces más consultas por consultorio que la SSA y el IMSS-Solidaridad.

Consultas por consultorio por institución. México 1990-2001



La productividad de los consultorios del IMSS y del ISSSTE se ha estabilizado, mientras que la productividad de la SSA y del IMSS-Solidaridad muestra una discreta pero consistente tendencia al alza.

Cirugías por quirófano

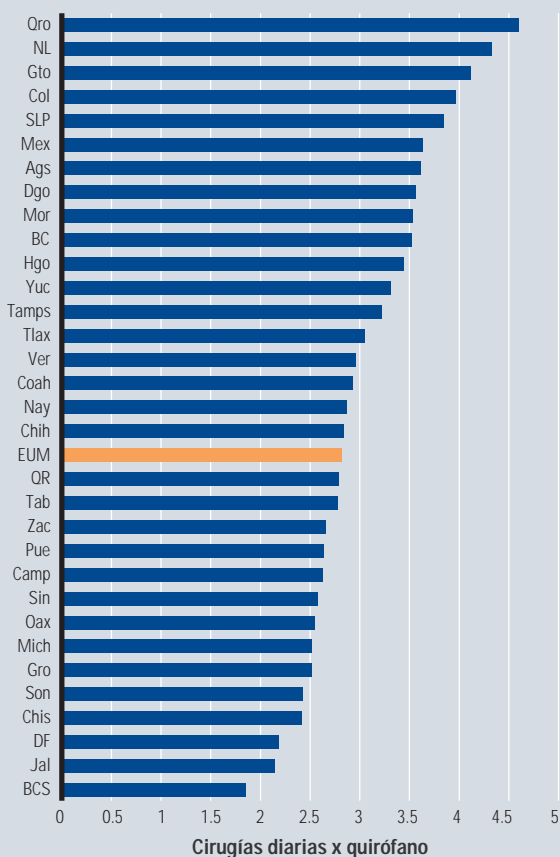
El promedio diario de **cirugías por quirófano** es el resultado de dividir el número total de cirugías realizadas en el año en las instituciones públicas de salud entre el número total de quirófanos disponibles en el mismo periodo, cifra que a su vez se divide entre los 365 días del año.

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

Las cifras de este indicador en México han aumentado consistentemente en los últimos años, lo que refleja una mayor demanda y utilización de procedimientos quirúrgicos. No obstante esto, todavía no se alcanza la máxima productividad potencial de estos recursos, que es de tres cirugías por quirófano por día.

Sin embargo, no podemos afirmar que la capacidad instalada en quirófanos sea suficiente para responder a las necesidades reales de la población. Se sabe, por ejemplo, de la existencia de largas listas de espera para cirugías. Estos datos combinados nos hablan de una posible insuficiencia de otros recursos, como los insumos quirúrgicos o personal especializado, y de malos procesos de programación, entre otras cosas.

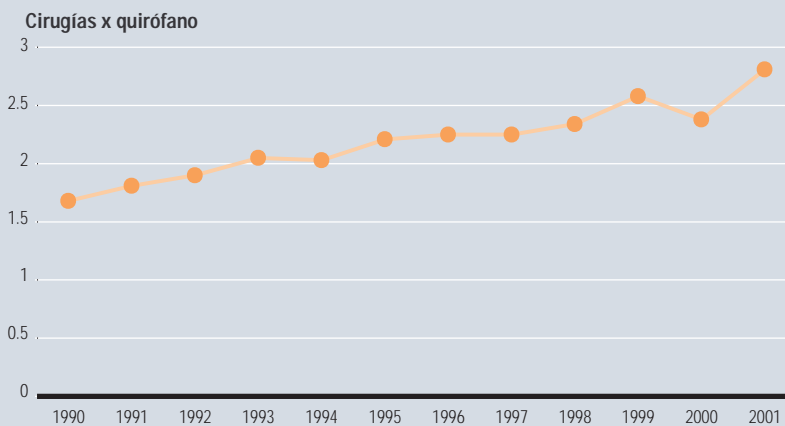
Cirugías por quirófano por entidad federativa.
México 2001



Las diferencias en el número diario de cirugías por quirófano entre algunas entidades llegan a ser hasta de tres veces.

La productividad de los quirófanos del sector público en México aumentó de manera importante en la última década.

Cirugías por quirófano.
México 1990-2001

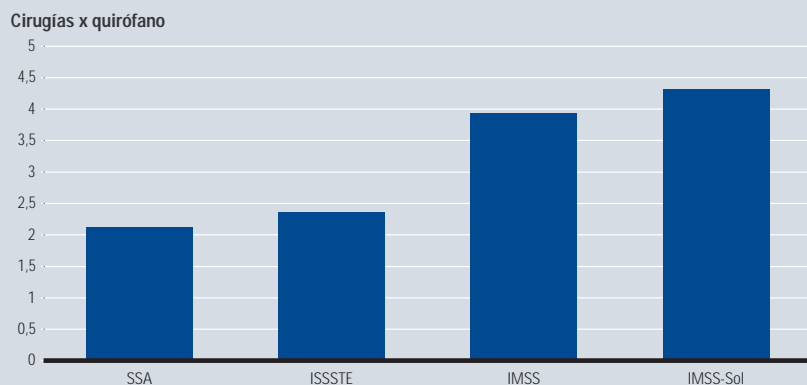


Cirugías por quirófano por institución

El promedio diario de **cirugías por quirófano por institución** es el resultado de dividir el número total de cirugías realizadas en cada una de las instituciones del sector público entre el producto de la multiplicación del total de quirófanos disponibles por 365 días.

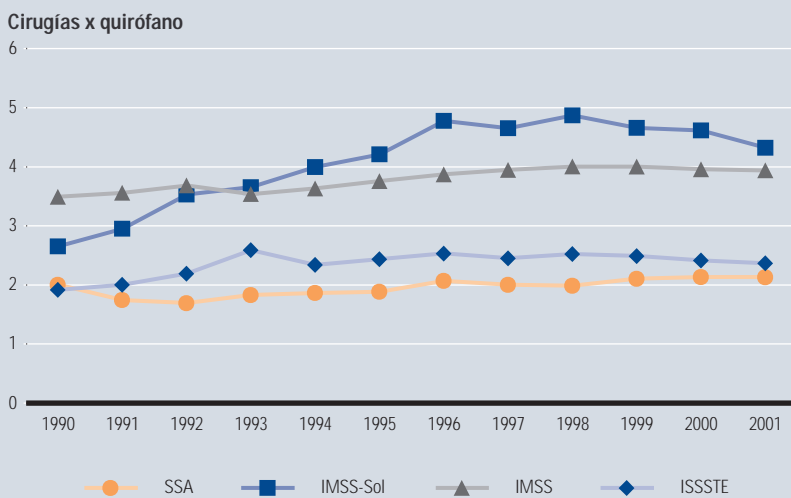
La productividad de los quirófanos aumentó de manera consistente en casi todas las instituciones públicas de salud en la primera mitad de la década pasada. La tendencia al alza fue particularmente obvia en IMSS-Solidaridad. En la segunda mitad de la década, sin embargo esta tendencia, se estabiliza. En el momento actual el IMSS y el IMSS-Solidaridad presentan una productividad que puede calificarse de excelente.

Cirugías por quirófano por institución. México 2001



El número de cirugías diarias por quirófano es dos veces mayor en el IMSS que en la SSA.

Cirugías por quirófano por institución. México 1990-2001



El incremento de la productividad de los quirófanos del IMSS-Solidaridad en la década pasada fue espectacular. Entre 1990 y 1998 se duplicó.