

México Salud 2001

Salud: México 2001

Primera edición, 2002

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

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN 970-721-074-5

Salud: México 2001 puede recuperarse parcial o totalmente de la siguiente dirección en internet: www.ssa.gob.mx



Salud México 2001

Información para
la rendición de cuentas

Índice

Presentación	6
Panorama General	10
I. La Salud y el Sistema de Atención	20
Condiciones de salud	
NIVEL	
▶ Esperanza de vida al nacimiento	22
▶ Esperanza de vida saludable al nacer	24
▶ Mortalidad infantil	26
▶ Mortalidad en menores de 5 años	28
▶ Mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de 5 años	30
▶ Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años	32
▶ Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años	34
▶ Cáncer cérvico-uterino	36
▶ Cáncer de mama	38
▶ Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón	40
▶ Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares	42
▶ Mortalidad por diabetes mellitus	44
▶ Mortalidad por cirrosis del hígado	46
▶ Mortalidad por suicidios	48
▶ Mortalidad por homicidios	50
▶ Mortalidad por SIDA	52
▶ Morbilidad por tuberculosis pulmonar	54
DISTRIBUCIÓN	
▶ Desigualdad en mortalidad infantil	56
▶ Brecha en mortalidad por enfermedades del rezago	58
▶ Brecha en mortalidad por enfermedades no transmisibles	60
▶ Brecha en mortalidad por accidentes y violencias	62
Factores predisponentes	
▶ Hogares con acceso a agua potable	64
▶ Hogares con acceso a infraestructura sanitaria	66
Calidad	
TRATO ADECUADO	
▶ Tiempo de espera en consulta externa	68
▶ Tiempo de espera en urgencias	70
CALIDAD TÉCNICA	
▶ Cesáreas	72
Protección financiera	
▶ Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud	74
Inversión en salud	
▶ Gasto público en salud como porcentaje del PIB	76
▶ Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total	78

D	Gasto público en salud per cápita	80
D	Relación entre la aportación estatal y federal al financiamiento de la salud	82
	Disponibilidad y accesibilidad de recursos y servicios	
	NIVEL	
D	Médicos por 1 000 habitantes	84
D	Médicos generales y especialistas	86
D	Camas censables	88
D	Partos atendidos en unidades médicas	90
D	Cobertura de vacunación en niños de 1 año	92
D	Cobertura de vacunación en niños de 1-4 años	94
	DISTRIBUCIÓN	
D	Brecha en camas censables	96
D	Brecha en la atención de partos	98
	Eficiencia	
D	Consultas por consultorio	100
D	Consultas por consultorio según institución	102
D	Cirugías por quirófano	104
D	Cirugías por quirófano por institución	106
	II. Los Mejores Desempeños	108
	Atención Médica	
	CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD	
D	Compromiso con la Cruzada por la Calidad	110
D	Trato digno en unidades de primer nivel	112
D	Trato digno en servicios de urgencias en hospitales de segundo nivel	114
	ARBITRAJE MÉDICO	
D	Arbitraje médico	116
	Salud Pública	
	PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	
D	Programa de Salud Reproductiva	118
D	Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico-Uterino	120
D	Programa de Hipertensión Arterial	122
D	Programa de Acción contra Diabetes Mellitus	124
D	Programa de Acción para la Prevención y Control de la Tuberculosis	126
D	Programa de Acción de VIH/SIDA e ITS	128
D	Programa de Prevención del Cólera	130
D	Programa de Prevención de la Rabia	132
D	Programa de Acción de Enfermedades Transmitidas por Vector (Paludismo)	134
D	Programa de Acción de Enfermedades Transmitidas por Vector (Dengue)	136
D	Salud bucal	138
D	Programa de Vacunación	140
	PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ADICCIONES	
D	Prevención y control de las adicciones	142
	PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS SANITARIOS	
D	Población con agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humanos	144
D	Yodación de sal para consumo humano	146
	INVESTIGACIÓN EN SALUD	
D	Porcentaje de investigadores dentro del Sistema Nacional de Investigadores	148
D	Productividad de la investigación en salud	150
	Anexos estadísticos	152

Presentación

Los derechos son la expresión de nuestra identidad moral como pueblo, el intento por darle un significado legal a nuestros valores más entrañables: libertad, igualdad, dignidad, respeto.¹

En una sociedad en transición, pocos derechos tan anhelados, necesarios y dignos de garantía como el derecho de acceso a la información. En México, este aspecto crucial de la democracia cuenta ya con un instrumento eficaz, diseñado mediante el concurso y el consenso de las principales fuerzas políticas. El 10 de junio de 2002 el Presidente Vicente Fox Quesada firmó la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, haciendo así realidad un compromiso adquirido con la sociedad y una aspiración histórica: “rescatar, mediante la transparencia y la rendición de cuentas, la potestad ciudadana sobre los actos de Gobierno”.²

Salud: México 2001 se inscribe en el espíritu de esta Ley, responde a sus mandatos y hace suyos sus objetivos, a saber:³

- asegurar que toda persona pueda tener acceso a la información mediante procedimientos sencillos y expeditos;
- hacer transparente la gestión pública mediante la difusión de la información que generan los sujetos obligados;
- favorecer la rendición de cuentas a los ciudadanos de manera que puedan valorar –de forma objetiva e informada– el desempeño de los servidores públicos, y
- contribuir a la democratización de la sociedad mexicana y la plena vigencia del Estado de Derecho.

El *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, que lleva por subtítulo “La democratización de la salud en México”, ya había hecho explícito su compromiso con estos propósitos al afirmar que:

La democratización de la salud implica primeramente crear las condiciones para que toda la población pueda acceder a los bienes y servicios sociales correspondientes, independientemente de su capacidad de pago o su filiación laboral. La protección de la salud no puede ser considerada una mercancía, un objeto de caridad o un privilegio: es un derecho social.

¹ Ignatieff M. *The Rights Revolution*. Toronto: House of Anansi Press, 2000.

² Tomado de la versión estenográfica de las palabras del Presidente Vicente Fox Quesada pronunciadas durante la ceremonia de firma de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información que se celebró en la residencia oficial de Los Pinos el 10 de junio de 2002.

³ Proyecto de Ley de Transparencia y Acceso a la Información. Gaceta Parlamentaria 2001; 4 de diciembre.

[Pero democratizar la salud también] significa estimular la participación de los ciudadanos en todos los niveles del sistema, desde asumir la responsabilidad por su propio estado de salud hasta influir en el diseño de la agenda sectorial y la toma de decisiones.

El acceso a la información pública juega a este respecto un papel prioritario. Los legisladores, los partidos políticos, las instituciones académicas, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad en general deben contar con todas las facilidades para acceder a la información que se genera en la operación de los servicios públicos de salud y a la información que da cuenta de los resultados de esta gestión.⁴

Este último es un requisito indispensable para hacer del ciudadano y sus organizaciones actores vigilantes de las acciones de gobierno y promotores informados del cambio.

Salud: México 2001 apunta en este sentido: es un documento que muestra el origen y la manera en que se distribuyen y utilizan los recursos en el sector salud, y que presenta los resultados obtenidos por los diversos servicios y programas. Así, representa un instrumento que complementa a los mecanismos formales de rendición de cuentas del Poder Ejecutivo ante el Poder Legislativo.

El presente informe ha sido elaborado por la Secretaría de Salud –en su carácter de instancia rectora del sector– en colaboración con las 32 entidades federativas y las principales instituciones públicas de salud, se publicará anualmente a partir de esta fecha y hará uso de alrededor de 65 indicadores, los cuales sin duda se irán afinando conforme se acumule la experiencia de este esfuerzo sin precedente.

El trabajo realizado por las secretarías federal y estatales de salud y por las principales instituciones públicas de salud para la recopilación puntual de esta información ha sido enorme. Significó en primer lugar reducir en seis meses los tiempos de consolidación y entrega de las estadísticas básicas.

En segundo lugar implicó la desagregación de un buen número de indicadores por sexo, algo que se hacía sólo para unos cuantos de ellos. Esta tarea, por cierto, no ha concluido y habrá de extenderse a tantos indicadores como sea posible. Se trata de un instrumento esencial para imprimir una perspectiva de género a las políticas de salud.

La desagregación de los valores de diversos indicadores por grupos poblacionales según nivel de marginación constituye también una innovación que nos permite darle seguimiento puntual a las iniquidades en salud no sólo a nivel nacional sino también al interior de las entidades federativas.

⁴ Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud. México, D.F.: SSA, 2001.

Finalmente, gracias en parte a este documento, se ha incorporado a las estadísticas regulares del sector la información sobre el gasto público en salud. Esta información nos permite conocer no sólo el monto total de la inversión en salud sino también la contribución relativa de cada nivel de gobierno y su distribución entre entidades federativas, instituciones de salud y poblaciones.

Las limitaciones de nuestro sistema de información nos impidieron generar datos de nivel estatal en algunos rubros. Destaca en este sentido la información sobre ciertos riesgos y daños a la salud que no se obtienen de manera regular, como obesidad, tabaquismo, alcoholismo, farmacodependencia y riesgos ocupacionales, entre otros. Este es el caso también de la información sobre ciertos recursos –gasto privado en salud, medicamentos esenciales– y ciertas características relacionadas con la calidad de la atención –tiempos de espera para cirugías electivas, infecciones nosocomiales, etcétera. En ediciones futuras de esta publicación habremos de remediar estas omisiones.

Los propósitos centrales de *Salud: México 2001* son dos:

1. informar a la ciudadanía sobre el estado actual de la salud y los servicios, a través de la presentación comparativa de indicadores básicos, y
2. reconocer los mejores desempeños –de entidades federativas, instituciones y unidades– en materia de atención médica y salud pública.

Este documento está dividido en dos capítulos. En el capítulo I –La Salud y el Sistema de Atención– se presentan los valores estatales y nacionales de 43 indicadores, divididos en los siguientes rubros: i) condiciones de salud (nivel y distribución); ii) factores predisponentes; iii) calidad; iv) protección financiera; v) inversión en salud; vi) disponibilidad y accesibilidad de recursos y servicios (nivel y distribución), y vii) eficiencia. Estos valores nos dan una idea de los resultados que están generando en materia de salud las diversas entidades federativas e instituciones públicas. También constituyen una imagen de los recursos con los que cuentan, y de la calidad y eficiencia con las que están operando.

La desagregación estatal y por institución tiene como objetivo fundamental promover el aprendizaje compartido. A través de la comparación de los resultados obtenidos, los componentes de nuestro sistema federalizado de salud pueden aprovechar las experiencias exitosas que en distintos rubros están teniendo las diversas entidades y agencias públicas.

Cabe señalar que estos valores representan tendencias que no necesariamente se modifican de un año a otro, en particular los relacionados con la mortalidad. Es importante también mencionar que estos

valores son productos de múltiples determinantes, muchos de los cuales caen fuera del ámbito de responsabilidad del sistema de salud.

El capítulo II –Los Mejores Desempeños– se dedica a destacar el buen desempeño de ciertas unidades, instituciones o entidades federativas en dos grandes rubros: atención médica y salud pública. A través del seguimiento de 21 indicadores fue posible identificar aquellas unidades, instituciones o estados que tuvieron mejores desempeños o resultados en términos de trato al usuario, arbitraje médico, prevención y control de enfermedades, prevención y control de riesgos ambientales, prevención y control de adicciones, e investigación en salud.

Esperamos que este documento sirva:

- a los ciudadanos, para reclamar los derechos y cumplir las obligaciones que en este ámbito la ley les asigna, y para promover su participación en todos los asuntos relacionados con su salud;
- a los medios de comunicación, para ampliar la discusión pública sobre la salud y facilitar su tarea de comunicación;
- a los legisladores, para enriquecer sus deliberaciones, fortalecer el diálogo con las autoridades del sector y orientar sus decisiones, y
- a los directivos, para facilitar sus actividades de planeación y definición de prioridades, y, en su caso, reorientar la operación de los servicios que tienen a su cargo.

Esperamos también que en este documento se reconozcan los trabajadores de la salud: actores principales de nuestro sistema y responsables de los enormes avances que se han producido en las condiciones de salud de nuestra población durante el último medio siglo.

Salud: México 2001 reitera el compromiso de contribuir a mejorar de manera continua la salud de los mexicanos y las mexicanas, un objetivo compartido por todos los grupos sociales y todos los partidos políticos. A ese compromiso se suma ahora nuestra intención y nuestra obligación de compartir también la información que da cuenta de nuestros esfuerzos.

JULIO FRENK MORA
SECRETARIO DE SALUD

Panorama General



Salud: México 2001 está dividido en dos capítulos. En el Capítulo I, La Salud y el Sistema de Atención, se presentan los valores estatales y nacionales de 43 indicadores básicos. En el Capítulo II, Los Mejores Desempeños, se destacan los resultados obtenidos por ciertas unidades, instituciones o entidades federativas en 21 indicadores de atención médica y salud pública.

En esta sección introductoria se presentan de manera resumida los principales datos y conclusiones de este documento. Así reunida, esta información da cuenta del estado general de salud de nuestra población y de la situación actual del sistema mexicano de atención a la salud.

La Salud y el Sistema de Atención

Condiciones de salud

Al igual que en la mayoría de los países del mundo, las condiciones de salud en México mejoraron considerablemente en el último medio siglo. A principios de la década de los cincuenta morían al año en el país 167 de cada 1 000 niños menores de 5 años; hoy mueren menos de 30. La mortalidad general pasó de 16 defunciones por 1 000 habitantes en 1950 a 4.5 en el año 2000.

Como reflejo de la reducción de la mortalidad, la esperanza de vida al nacer se incrementó de manera muy consistente durante la segunda mitad del siglo XX. Entre 1950 y 2000 el país ganó 25.7 años en este indicador. Hoy, como lo muestra este documento, las mujeres mexicanas pueden aspirar a vivir casi 78 años y los hombres casi 74. Estas son cifras parecidas 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.

Las principales causas de muerte también se modificaron. Las enfermedades transmisibles y los padecimientos ligados a la reproducción, que ocupaban los primeros sitios en las causas de mortalidad, fueron desplazadas por las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Entre 1950 y 2000 el porcentaje de defunciones debido a infecciones intestinales disminuyó 14 veces (de 14.3 a 1%), mientras que las muertes por enfermedades del corazón cuadruplicaron su participación en el total (4 a 16%).

Estos avances son producto de la mejoría en las condiciones generales de vida, pero también resultado del esfuerzo de las instituciones de salud, que se consolidaron en la segunda mitad del siglo XX. En 1943 se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el primero de los institutos nacionales de salud, el Hospital Infantil de México. Estas instituciones sentaron las bases del actual sistema de salud y, sumadas a instituciones que habrían de crearse unos años después, influyeron de manera decisiva en la mejoría de las condiciones generales de salud de nuestra población.

Pero así como celebramos con justicia nuestros logros, debemos reconocer la persistencia, en ciertas poblaciones, de problemas que ya debíamos haber resuelto (infecciones comunes, enfermedades relacionadas con la nutrición y males asociados a la reproducción) y la aparición de padecimientos que se hicieron evidentes como resultado de nuestros éxitos en el combate a las enfermedades propias del rezago epidemiológico: las enfermedades del corazón, la diabetes, el cáncer, las enfermedades mentales y las adicciones, las lesiones accidentales y la violencia.

La mortalidad por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias en el país mostró en la última década descensos notables. Entre 1990 y 2001 la mortalidad por diarreas y la mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años disminuyeron 84 y 71%, respectivamente. No obstante esto, la mortalidad por estas causas sigue siendo elevada. Las diarreas constituyen la cuarta causa de muerte en menores de 1 año y la tercera causa de mortalidad en la población preescolar, mientras que las infecciones respiratorias agudas son responsables de poco más del 10% de las muertes en menores de 5 años.

La desnutrición también sigue siendo un problema prioritario. La Encuesta Nacional de Nutrición 1999 nos indica que en México hay un poco más de dos millones de niños menores de 5 años con algún grado de desnutrición.

Estos padecimientos se presentan con mucha mayor frecuencia en las entidades del sur del país, en las zonas rurales, en los municipios marginados y en las poblaciones indígenas. Hay entidades federativas en el sur del país donde la probabilidad de morir por diarreas es hasta 10 veces más alta que en Sinaloa o Nuevo León. La prevalencia de desmedro (talla baja para la edad) es tres veces más elevada en el medio rural que en el medio urbano. En conjunto, las llamadas enfermedades del rezago (enfermedades infecciosas, de la nutrición y de la reproducción) afectan con mayor frecuencia a las poblaciones pobres. A nivel nacional son responsables del 15% de las muertes, pero en los municipios de alta marginación contribuyen con poco más del 25% de las defunciones.

Estos padecimientos propios del rezago, además, son los principales responsables de las diferencias que existen en el país en materia de mortalidad infantil. Los datos de este documento indican que un niño nacido en Chiapas tiene 50% más probabilidades de morir antes de cumplir 1 año de edad que un niño nacido en el Distrito Federal o Nuevo León. Las variaciones al interior de algunos estados son todavía mayores. En Oaxaca, un niño del municipio indígena de Santiago Amoltepec tiene una probabilidad de morir antes de cumplir 1 año de vida tres veces mayor que un niño del municipio urbano de Santa María del Tule.

A la persistencia de los padecimientos del rezago en ciertos grupos poblacionales hay que agregar el incremento de los padecimientos que hasta hace poco eran propios de las sociedades desarrolladas y que

hoy dominan el perfil epidemiológico de los países de ingresos medios, incluido México. Las enfermedades del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, los tumores malignos, la diabetes y la cirrosis del hígado concentran casi 55% de las muertes ocurridas en el país. Estos problemas son más comunes en las áreas urbanas y en los municipios de menor marginación, pero están muy lejos de ser privativos de las poblaciones de mayores recursos.

En 2001 las enfermedades del corazón fueron la primera causa de mortalidad general. Una de cada cinco muertes cayó en esta categoría. Destaca dentro de ellas el infarto agudo del miocardio, que en ese mismo año contribuyó con 80% del total de defunciones en ese grupo y con 8% del total de las muertes ocurridas en el país.

La mortalidad por enfermedades cerebrovasculares se ha mantenido en niveles relativamente bajos en los últimos diez años. Sin embargo, el envejecimiento de la población y el incremento de los riesgos asociados a estos padecimientos (obesidad, hipertensión y diabetes) nos obligan a diseñar e implantar políticas dirigidas a su prevención y tratamiento oportuno.

La mortalidad por tumores malignos va en ascenso. Destacan en particular los tumores asociados al tabaquismo (tumores de tráquea, bronquios y pulmones) y los tumores malignos de la mujer, como el cáncer cérvico-uterino y el cáncer de mama. La tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en México (19 por 100 000 mujeres de 25 años y más) es una de las más altas del mundo. El cáncer de mama, por su parte, ha presentado en los últimos años un crecimiento lento. Sin embargo, hay entidades federativas con tasas de mortalidad por esta causa mayores de 20 por 100 000, que son parecidas a las de Chile, el país de la región con los problemas más graves a este respecto.

La diabetes mellitus ha presentado en años recientes un crecimiento importante. Entre 1980 y 2001 las tasas de mortalidad por esta causa aumentaron de 20 por 100 000 a casi 50 en el momento actual. En 2001 esta enfermedad fue la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa y una de las principales causas de hospitalización.

La mortalidad por cirrosis del hígado, que es casi tres veces más frecuente en los hombres que en las mujeres, presentó en los últimos diez años un incremento moderado. Las diferencias entre estados, sin embargo, son marcadas. Puebla, por ejemplo, presenta tasas de mortalidad por cirrosis del hígado cuatro veces superiores a las de Sinaloa y Zacatecas.

A la mortalidad por enfermedades no transmisibles habría que sumar, como principales causas de daños a la salud en el país, los accidentes, los homicidios y los suicidios. En los últimos diez años se produjeron en México alrededor de 60 mil muertes anuales producto de lesiones accidentales o intencionales. Los homicidios, que son mucho más frecuentes en hombres que en mujeres, mostraron una importante tendencia al descenso en los noventa. No obstante esto siguen ubicándose dentro de las 10 primeras causas de muerte, con diferencias importantes entre entidades federativas. La mortalidad por suicidios presentó un crecimiento consistente en los últimos diez años que afectó sobre todo a la población masculina. A pesar de

esto, la tasa de mortalidad por esta causa sigue siendo una de las más bajas de la región latinoamericana. Sin embargo, hay entidades con tasas similares a las de los países de la región con las cifras más altas, que son Puerto Rico y Uruguay.

Calidad

Además de los retos relacionadas con las condiciones de salud, el sistema mexicano de salud debe mejorar la calidad de la atención que ofrecen nuestras instituciones públicas y privadas de salud. Los datos de la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud, realizada por la Fundación Mexicana para la Salud en el año 2000, indican que los usuarios no están del todo satisfechos con la calidad de la atención, con los tiempos de espera y con el trato recibido. Cuatro de cada diez entrevistados pobres se quejaron de la falta de amabilidad del personal médico y del escaso apoyo que se les ofrecía en las unidades de atención. Seis de cada diez reportaron no haber obtenido la atención de urgencias que necesitaron con la rapidez esperada.

En respuesta a estos y otros problemas, la actual administración echó andar, desde principio de 2001, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Esta iniciativa se propuso, entre otros objetivos, reducir los tiempos de espera en consulta externa y en las unidades de urgencias. En su primera fase incorporó al monitoreo de estos indicadores a 3 037 unidades de primer nivel y 479 hospitales.

Los datos de *Salud: México 2001* indican que, con contadas excepciones, las unidades participantes en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud han alcanzado tiempos promedio de espera en consulta externa y en urgencias que pueden calificarse de razonables. Destacan en consulta externa los tiempos promedio de las unidades del IMSS. Los usuarios de estas unidades, además, manifestaron un alto grado de satisfacción a este respecto. Por lo que toca a los tiempos promedio de espera en los servicios de urgencias, destacan las unidades del IMSS-Solidaridad y, de nuevo, las unidades del IMSS.

Protección financiera

El sistema de salud se enfrenta asimismo al reto de evitar los gastos catastróficos que, por motivos de salud, presenta un porcentaje importante de hogares en el país. Este fenómeno tiene su origen en el hecho de que un número considerable de mexicanos sigue cubriendo sus necesidades de salud a través de pagos directos en el momento de solicitar la atención, que anualmente representan 54% del gasto total en salud. En Colombia este porcentaje asciende a 20% y en el Reino Unido apenas a 3%.

En este rubro, este informe presenta cifras "basales" que serán muy útiles para evaluar los esfuerzos que, a través del Seguro Popular, está llevando a cabo la actual administración en la materia. Según cálculos realizados por la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, en el tercer trimestre del

año 2000, alrededor de 910 000 hogares mexicanos (4%) incurrieron en gastos catastróficos por motivos de salud. Este fenómeno fue particularmente común en los hogares pobres y en las familias que no cuentan con ningún tipo de seguro de salud.

Inversión en salud

Para atender los tres grandes retos del sistema mexicano de salud –mejorar las condiciones de salud, elevar la calidad de la atención a la salud y garantizar protección financiera– es necesario empezar a resolver el problema de la insuficiencia de la inversión en salud. México dedica apenas 5.7% del PIB a la salud, de los cuales 2.8 puntos porcentuales corresponden a gasto público, cuando hay países como Uruguay, Colombia y Costa Rica que dedican 10, 9.3 y 8.7% de su riqueza, respectivamente, a atender sus necesidades de salud. El promedio latinoamericano es de 6.1%.

En segundo lugar es necesario modificar la composición de este gasto para disminuir la proporción del gasto del bolsillo, que es inequitativo e ineficiente porque rompe la solidaridad financiera que le permite a los que menos tienen y a los que enferman beneficiarse de las contribuciones de los individuos sanos y de los individuos que cuentan con mayores recursos. Según datos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (2000), los hogares ubicados en el quintil más bajo de ingresos dedican, en promedio, 4.1% de sus ingresos a la atención de salud, mientras que en los hogares del quintil más alto este porcentaje es de 2.7%

En tercer lugar es indispensable modificar la distribución de los recursos públicos. Los datos de este informe indican que el gobierno federal asigna dos veces más recursos per cápita a la población afiliada a la seguridad social que a la población no asegurada.

A esta injusta distribución se suma otro problema. Al comparar la asignación per cápita de recursos entre poblaciones y entidades federativas, se observa una diferencia de 9 a 1 entre la población asegurada de la entidad con mayores recursos y la población no asegurada del estado con menos recursos. Estas diferencias, por cierto, no guardan ninguna relación con las necesidades de salud; son producto de inercias históricas irracionales.

El financiamiento de la atención a la salud requiere asimismo de una revisión de las contribuciones de los distintos niveles de gobierno. En 2001 la contribución estatal al gasto en salud en algunas entidades representó alrededor del 40% del gasto público en salud. En contraste hubo entidades en donde la aportación estatal fue prácticamente nula.

Disponibilidad y accesibilidad de recursos y servicios

El incremento de los recursos financieros para la salud y la modificación de su distribución permitiría, entre otras cosas, reducir la inequidad en el financiamiento, disminuir los gastos catastróficos, y mejorar la disponibilidad y la accesibilidad de los recursos físicos y humanos para la salud, y la cobertura de servicios.

Por lo que se refiere a los recursos humanos, existen en el país, paradójicamente, zonas urbanas con un exceso de médicos y áreas rurales con una escasez histórica. Guanajuato, Puebla, Chiapas y el Estado de México presentan a este respecto las mayores carencias.

Las camas censables presentan una situación similar. Aunque en el país en general sigue existiendo una carencia relativa de camas, que se expresa en una sobreocupación en la mayoría de las unidades del medio urbano, sobre todo en la atención de alta especialidad, en algunas zonas existen niveles promedios de ocupación bajos.

La oferta de servicios no es diferente. Los datos de partos atendidos en unidades médicas que se presentan en este documento muestran contrastes importantes. La mitad de las entidades federativas presentan coberturas mayores de 90%, pero hay estados, como Chiapas y Oaxaca, en donde los porcentajes no superan el 60%. Las diferencias entre niveles de marginación son todavía mayores. En los municipios de muy baja marginación más del 90% de los partos se atienden en unidades de salud. En contraste, en los municipios de muy alta marginación menos del 40% de los nacimientos se atienden en unidades médicas.

Una historia de éxito indiscutible son las vacunas. A diferencia de lo que sucede con la mayoría de los servicios de tipo curativo, las inmunizaciones han alcanzado coberturas prácticamente universales. La cobertura con el esquema completo de 12 vacunas alcanza al 93.6% de los niños de 1 año y a más del 97% de los niños de 1 a 4 años. Se trata de porcentajes considerablemente mejores que los de Estados Unidos y la gran mayoría de los países latinoamericanos. Esto nos ha permitido, entre otras cosas, eliminar la poliomielitis y controlar el sarampión.

Factores predisponentes

El sistema mexicano de salud debe tratar de anticiparse asimismo a los posibles daños promoviendo estilos de vida saludables, actuando sobre los riesgos y fortaleciendo sus acciones sobre otros determinantes de la salud. Los datos que aquí se presentan indican que se deben hacer esfuerzos adicionales, en colaboración con otros sectores de la sociedad, para combatir el sedentarismo, el sobrepeso y las adicciones; mejorar la vialidad y la seguridad pública, y ampliar el acceso al agua potable y a la infraestructura sanitaria.

Los Mejores Desempeños

Uno de los mecanismos más útiles de aprendizaje compartido es la identificación de los mejores desempeños. Las unidades de servicios, los programas y las instituciones pueden beneficiarse del conocimiento de las prácticas exitosas de sus pares. Con este fin, *Salud: México 2001* incorporó una sección de desempeños extraordinarios en los ámbitos de atención médica y salud pública.

Atención Médica

En el ámbito de la atención médica se buscó identificar prácticas exitosas relacionadas con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud y el arbitraje médico. A reserva de ampliar el campo de acción de esta iniciativa, en esta primera fase se buscó reconocer buenos desempeños en tres áreas: i) constitución de comités estatales de calidad y de sistemas de monitoreo de indicadores; ii) trato digno en unidades de primer nivel y iii) trato digno en unidades de urgencias. Las entidades federativas que se destacaron en el primero de los rubros fueron Zacatecas, Veracruz, Sinaloa y Querétaro, que mostraron una amplia participación interinstitucional y regularidad en el seguimiento de los indicadores de la Cruzada Nacional por la Calidad.

El trato digno incluyó el seguimiento del tiempo de espera, la información proporcionada al paciente y el surtimiento de recetas en 3 037 unidades de primer nivel y los servicios de urgencias de 430 hospitales de segundo nivel. En la atención de primer nivel destacaron el Centro de Salud Urbano 8 de la SSA de Apizaco, Tlaxcala, la Unidad de Medicina Familiar 14 del IMSS de Cancún, Quintana Roo, y la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE de San Miguel Allende, Guanajuato. En urgencias destacaron el Hospital General 60 de la SSA de Tapachula, Chiapas, el Hospital General de Zona 13 del IMSS de Ciudad Acuña, Coahuila, y el Hospital del ISSSTE de Zacatecas, Zacatecas.

Por lo que se refiere al arbitraje médico, cabe mencionar que ya hay 16 entidades federativas que cuentan con Comisiones Estatales de Arbitraje Médico formalmente constituidas y funcionando.

Salud Pública

En salud pública se buscó destacar el desempeño en prevención y control de enfermedades, prevención y control de adicciones, prevención y control de riesgos sanitarios e investigación en salud.

Las entidades con los mejores desempeños en planificación familiar fueron Querétaro, Nuevo León y Chihuahua. En cáncer cérvico-uterino destacaron Zacatecas y Baja California Sur. En materia de hipertensión arterial el Distrito Federal presentó un desempeño relativo sobresaliente. Colima, Puebla y el Distrito Federal se destacaron en las tareas de prevención y control de la diabetes. Nayarit y Sinaloa presentaron avances particularmente importantes en la prevención y control de la tuberculosis. El Programa de Acción VIH-SIDA mostró buenos resultados en Michoacán, Sonora y Aguascalientes. En control del cólera se destacaron Jalisco y Quintana Roo. El Programa de Prevención de la Rabia, que ha tenido resultados extraordinarios, muestra desempeños sobresalientes en Guanajuato, Quintana Roo y Michoacán. En paludismo destacan Oaxaca, Nayarit y Puebla, y en dengue, Nuevo León y Campeche. Las entidades federativas que mejor desempeño mostraron en el Programa de Acción de Salud Bucal fueron Tabasco y el Distrito Federal. Finalmente, Campeche y Nayarit destacaron en vacunación, un rubro en donde prácticamente todas las entidades federativas mostraron un desempeño sobresaliente.

En el área de la prevención y control de las adicciones cabe mencionar que en 2001 se reactivaron todos los Comités Estatales contra las Adicciones. Dos de ellos funcionan particularmente bien, los comités de Campeche y Jalisco.

En materia de regulación sanitaria se eligieron dos indicadores: población con agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humanos, y yodación de sal para consumo humano. En el primero de los indicadores destacaron Aguascalientes, Chihuahua, Hidalgo y Zacatecas, que presentaron cifras de cloro residual libre dentro o por encima de la norma en todas sus determinaciones. En el segundo indicador destacaron Tabasco, Puebla, Guanajuato y el Estado de México.

En el área de investigación, por último, se eligieron dos indicadores para su seguimiento: porcentaje de investigadores que están dentro del Sistema Nacional de Investigadores y número de artículos por investigador por año. En el primer caso destacaron el Instituto Nacional de Cardiología y los Centros de Investigación Básica del IMSS. En el segundo caso destacaron los Institutos Nacionales de Salud, que mostraron una productividad anual ligeramente superior a un artículo por investigador por año.

A continuación se presentan los resultados de este ejercicio. El formato básico es el siguiente: en primer lugar se presenta la definición del indicador bajo estudio; en seguida se hace una breve discusión de sus características, para finalmente presentar los valores estatales del mismo y la evolución de la cifra nacional en los últimos diez años.

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.

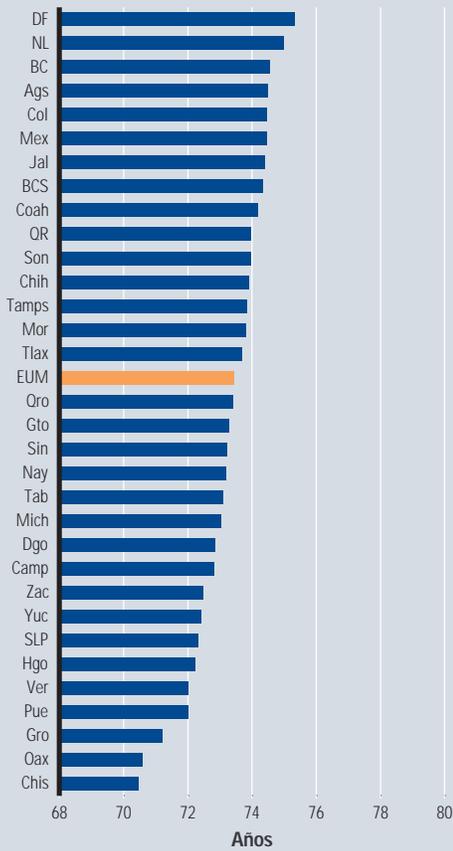
En el siglo pasado se obtuvieron ganancias considerables en la esperanza de vida en la mayoría de los países. Sin embargo, estas ganancias no tuvieron la misma magnitud en todos ellos. En años recientes, ciertas naciones del África al sur del Sahara retrocedieron a los niveles de esperanza de vida de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

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

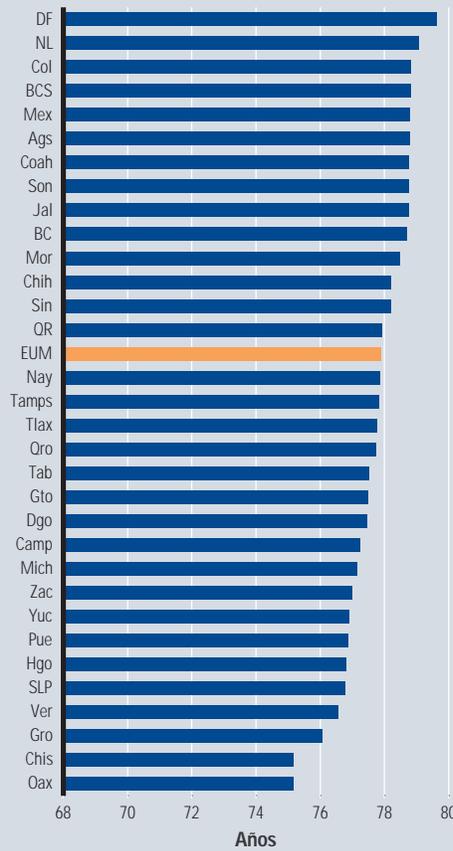
En México la esperanza de vida al nacer es de casi 78 años en las mujeres y de poco más de 73 años en los hombres. Se trata de cifras similares a las de la República Checa y Argentina en el caso de las mujeres, y de Finlandia y Chile en el caso de los hombres. Existen, sin embargo, diferencias importantes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

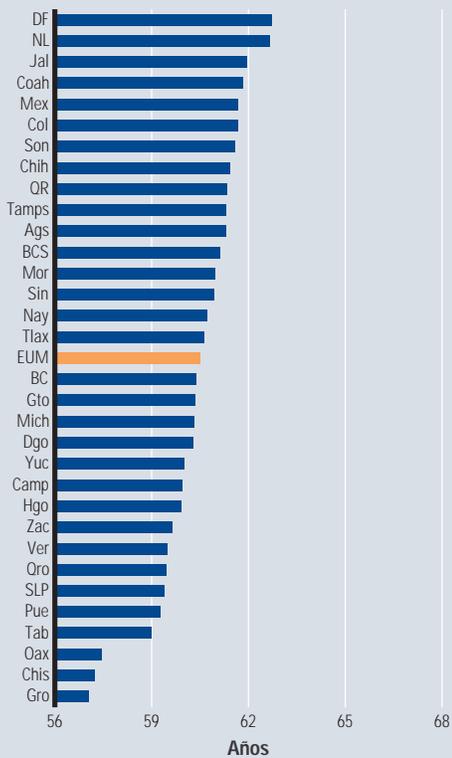
Hasta hace poco las evaluaciones de las condiciones de salud de una población se basaban exclusivamente en datos de mortalidad. Sin embargo, una cantidad importante de daños a la salud no se traducen en muerte sino en discapacidad. En un intento por integrar en las mediciones de las condiciones de salud 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

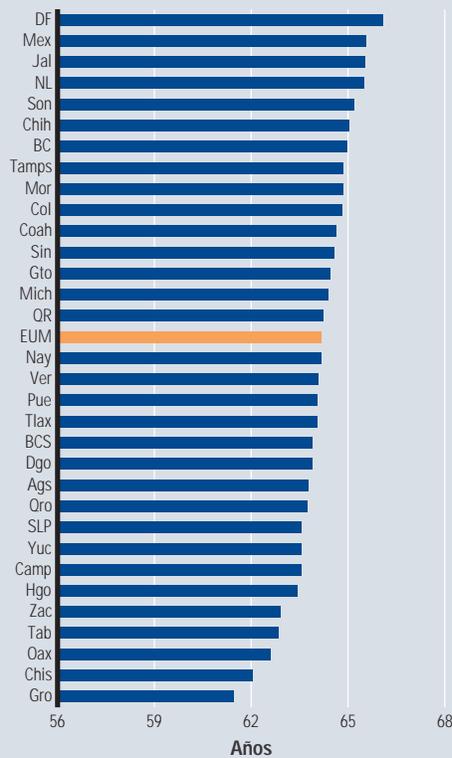
en buenas condiciones de salud en una determinada sociedad. Evidentemente esta cifra es menor a la esperanza de vida al nacer porque de ella se extrae el componente de discapacidad.

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



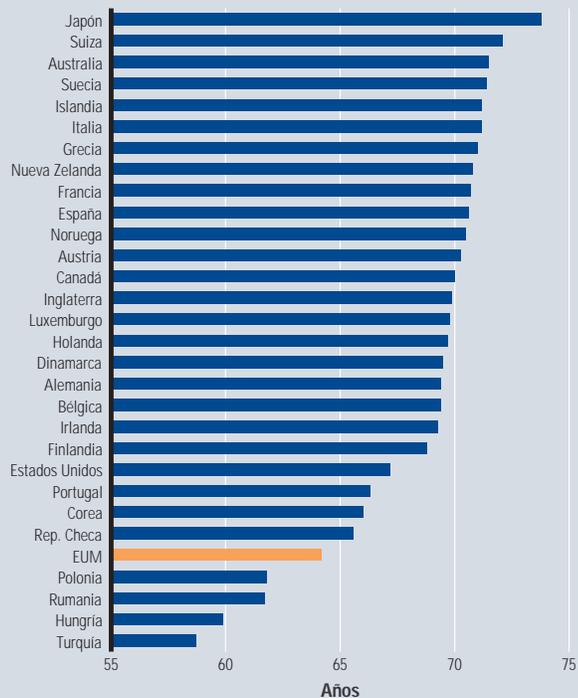
Esperanza de vida saludable en mujeres por entidad federativa. México 2000



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.

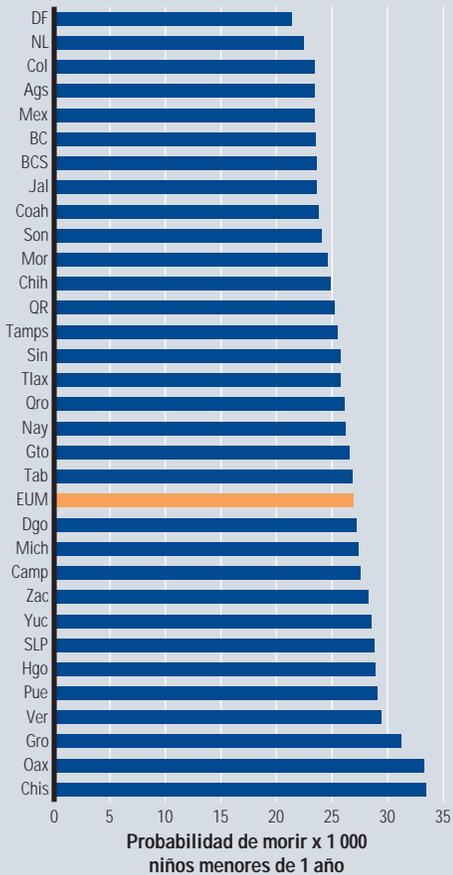
La **mortalidad infantil** –expresada como probabilidad de morir durante el primer año de vida- está relacionada con diversos factores económicos y sociales, tales como el ingreso per cápita, la distribución de la riqueza y el nivel de escolaridad. Mientras mayor es el ingreso per cápita en una sociedad 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

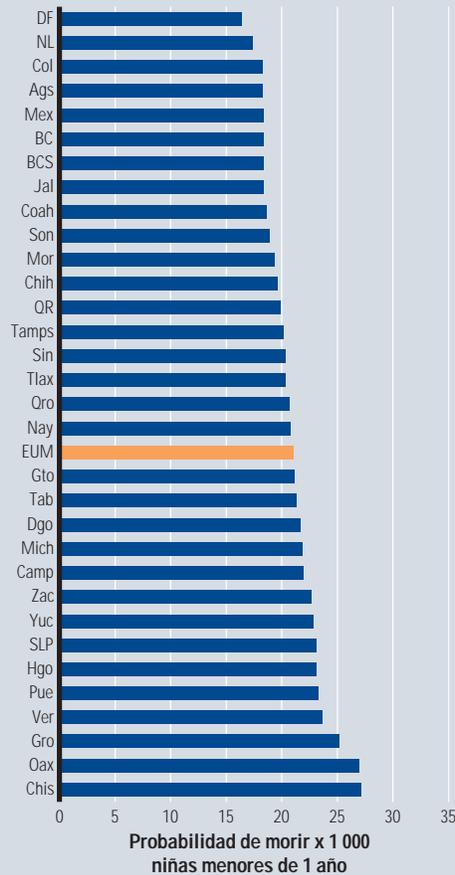
menores de 1 año en los países en vías de desarrollo está asociada a procesos patológicos susceptibles de prevención (infecciones comunes, padecimientos relacionados con la nutrición) con intervenciones poco costosas. En años recientes, las mayores reducciones en la mortalidad en los niños de entre uno 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



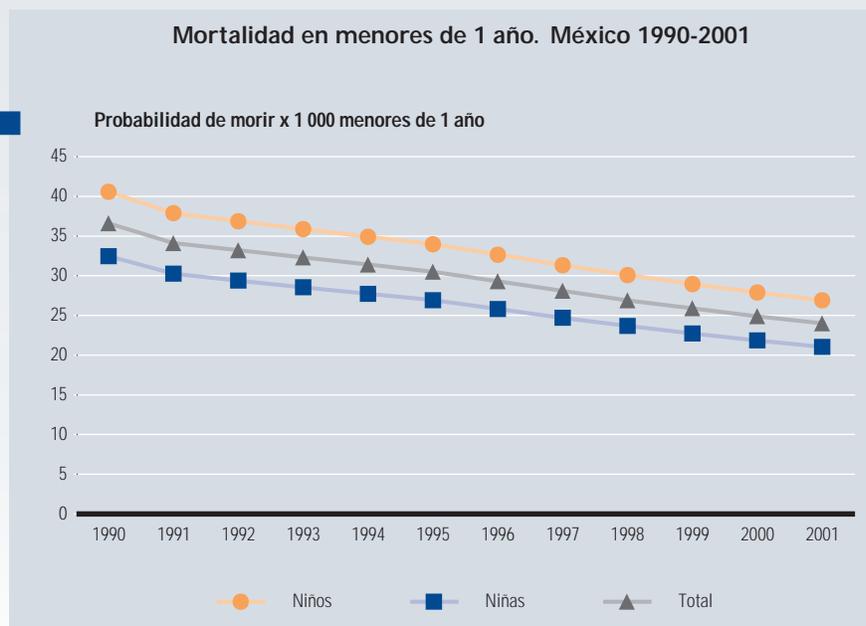
Mortalidad en niñas menores de 1 año por entidad federativa. México 2001



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.

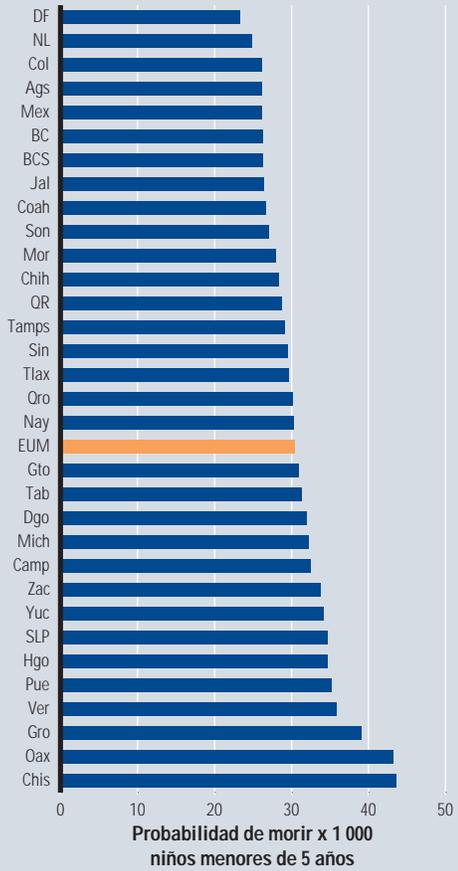
La mortalidad en menores de 5 años en el mundo presentó un descenso relativo de 15% en los últimos 10 años. Sin embargo, las muertes en este grupo de edad en los países de bajos ingresos siguen siendo muy altas y en su mayoría ocurren como consecuencia de padecimientos prevenibles y curables. Por esta 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

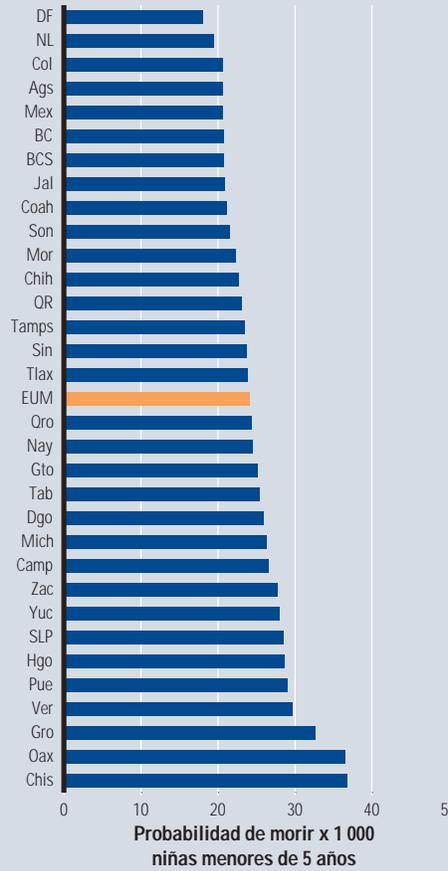
morir por enfermedades infecciosas en menores de 5 años. Este descenso explica en buena medida la reducción, de poco más de la mitad, de la mortalidad en menores de 5 años respecto de las cifras de principios de los años noventa. Este es un nivel parecido al de Colombia y Rumania.

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

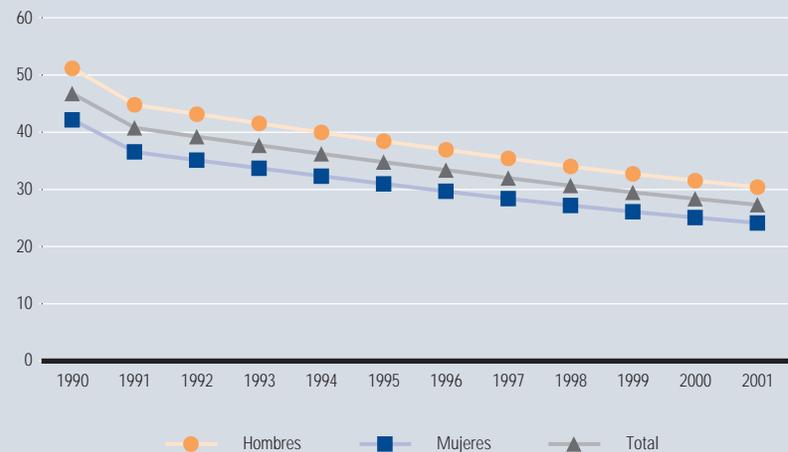


Las diferencias en la probabilidad de morir en menores de 5 años entre algunos estados llegan a ser hasta de dos veces.

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.

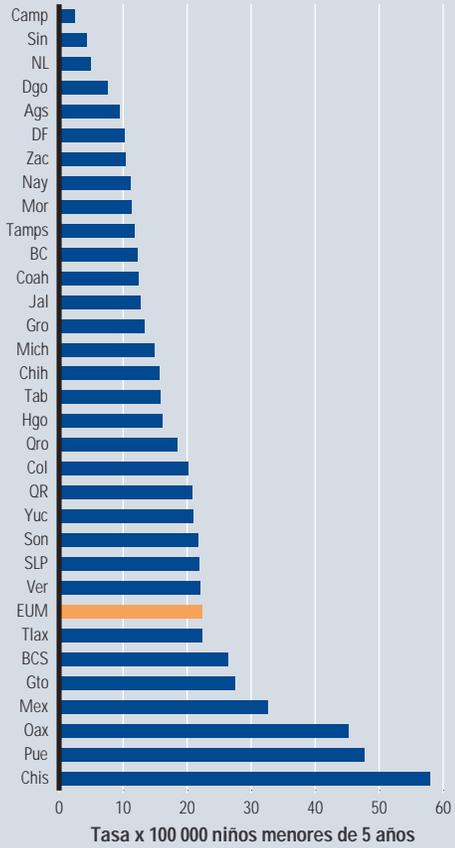
En México los problemas de salud propios de países desarrollados conviven con condiciones consideradas parte del rezago epidemiológico. Destacan dentro de estas últimas las enfermedades diarreicas, que siguen siendo un problema frecuente en los primeros años de vida, sobre todo en los grupos más pobres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



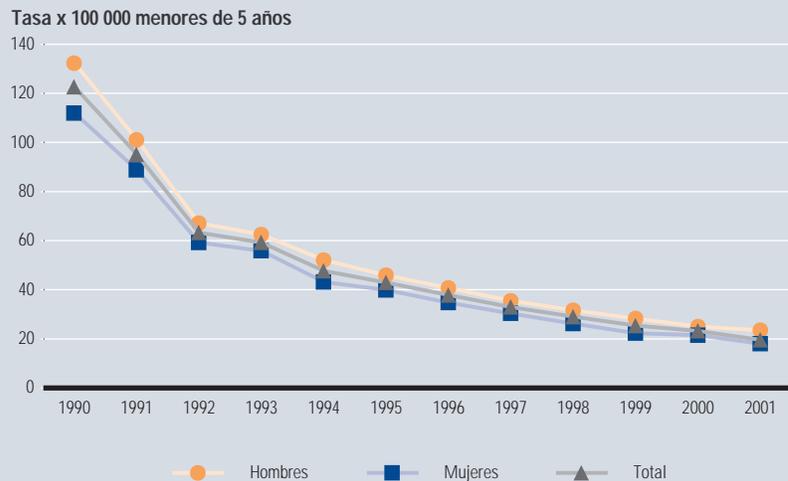
Mortalidad por diarreas en niñas menores de 5 años por entidad federativa. México 2001



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



Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años

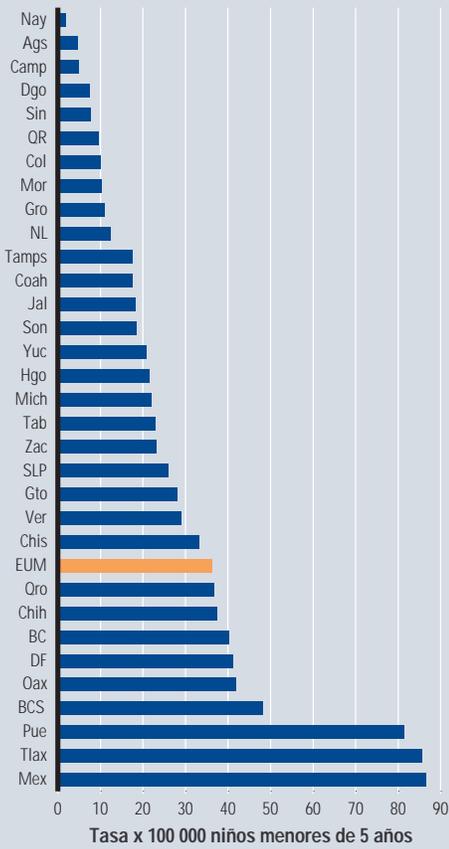
La tasa de **mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años** se define como el número de muertes por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años por 100 000 niños de esa edad. Esta cifra se obtiene de dividir el número de muertes causadas por neumonía, influenza y otras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



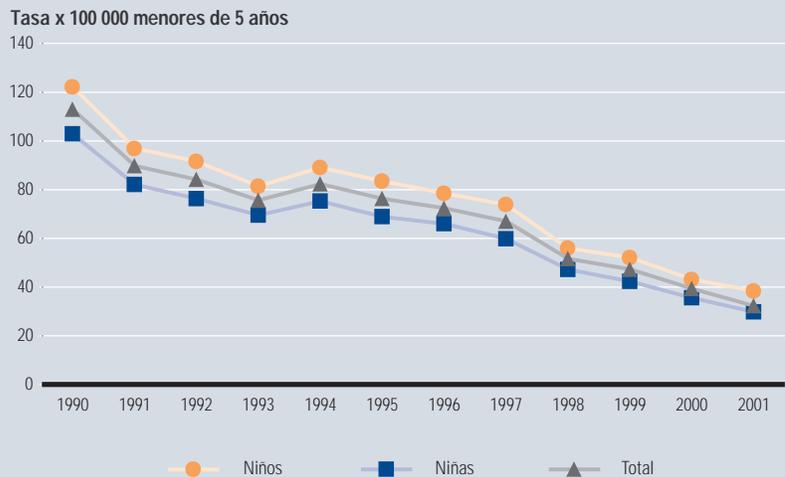
Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niñas menores de 5 años por entidad federativa. México 2001



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).

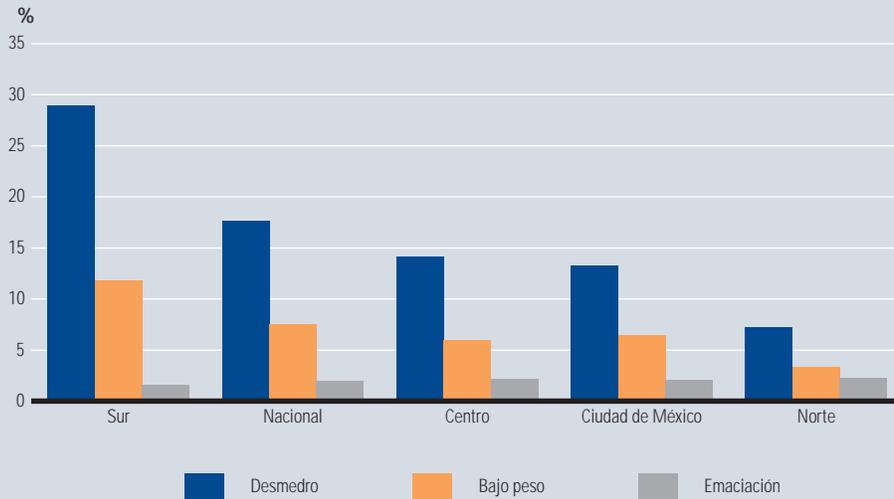
Según la ONU, en el momento actual hay 800 millones de personas que sufren de hambre en el mundo y se calcula que la desnutrición cobra alrededor de 24,000 vidas diarias.

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.

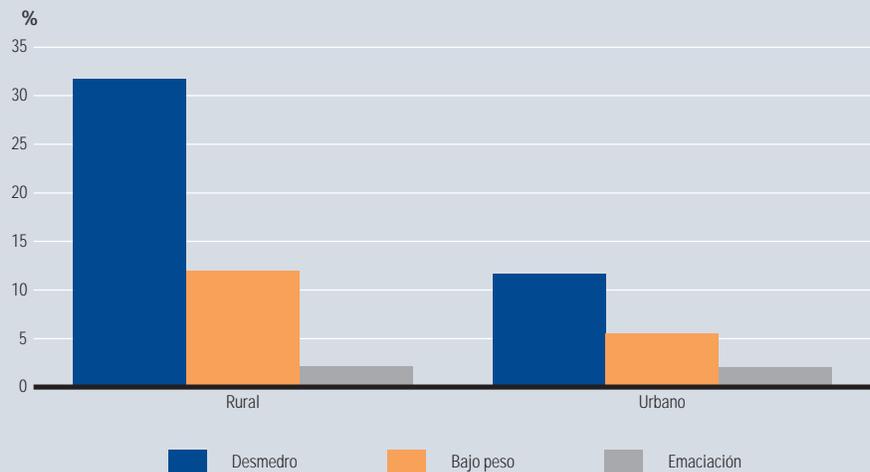
De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Nutrición más reciente, en México hay un poco más de dos millones de niños menores de 5 años con algún grado de desnutrición. La mayor prevalencia se presenta en las áreas rurales del país, en particular en las comunidades predominantemente indígenas. La 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.

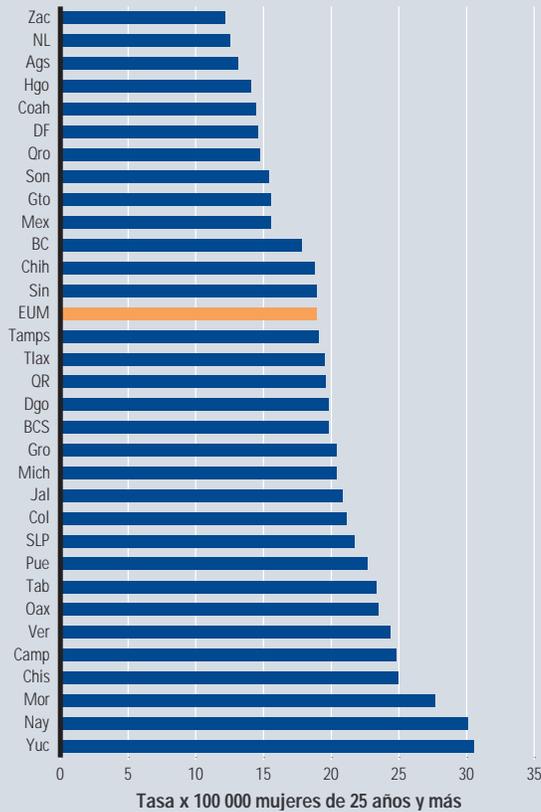
Este padecimiento está estrechamente relacionado con diversos factores socioeconómicos, como lo demuestran dos hechos: su tendencia a la desaparición en los países desarrollados y su alta incidencia entre las mujeres de menores ingresos.

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.

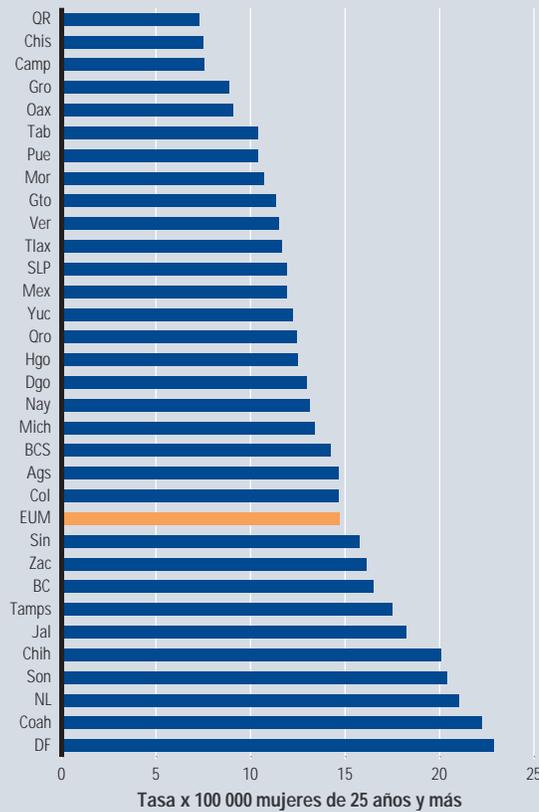
El cáncer de mama es una enfermedad del desarrollo que raras veces se presenta antes de los 30 años de edad y cuya incidencia se incrementa de manera importante después de la menopausia. Su frecuencia ha aumentado dramáticamente en los últimos 10 años. En los Estados Unidos de América presentó un incremento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

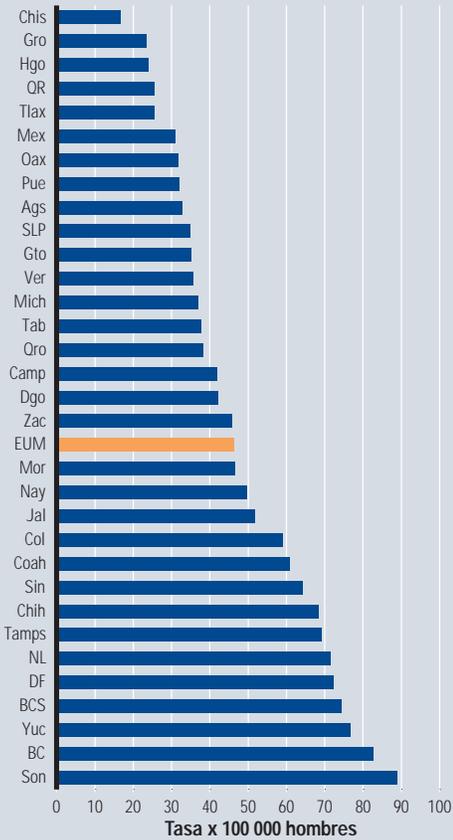
Dentro de las enfermedades isquémicas del corazón destaca el infarto agudo del miocardio, que en 2001 contribuyó con 80% del total de defunciones de este grupo y con 8% del total de las muertes ocurridas en el país. Entre las personas mayores de 65 años de edad es responsable de 15% de todas las muertes.

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.

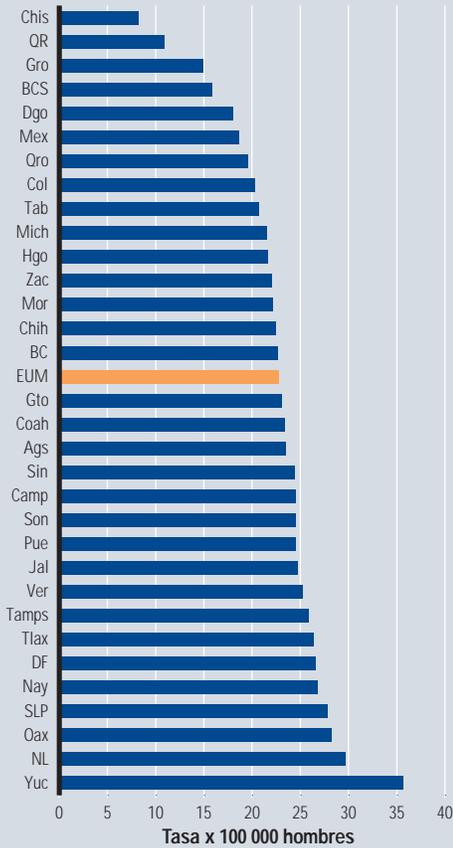
Aunque las cifras de mortalidad por esta causa en México parece que empiezan a disminuir, es un hecho que el envejecimiento de la población se está acompañando de un incremento en los factores de riesgo asociados a estas enfermedades y un aumento en la demanda de servicios destinados a los adultos mayores. 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.

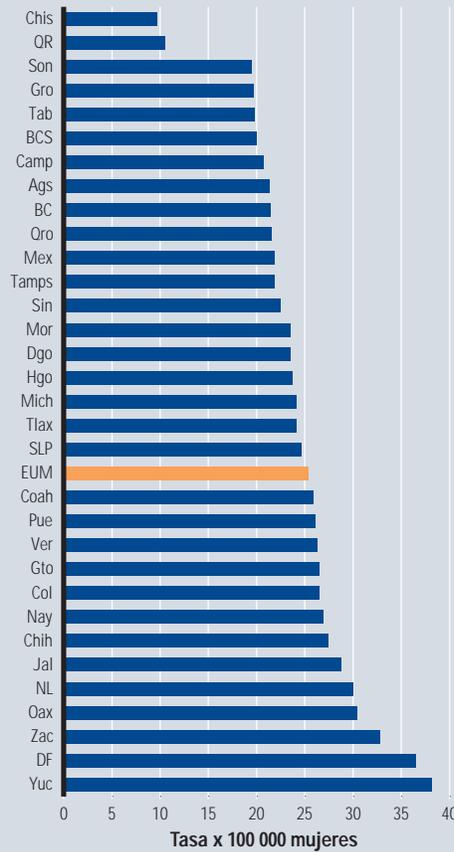
Dentro de los factores asociados a estas enfermedades destacan la obesidad, la hipertensión y la diabetes mellitus. Es por esto que los niveles de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares constituyen un indicador relativo del control de estos factores y de la anticipación, oportunidad y accesibilidad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

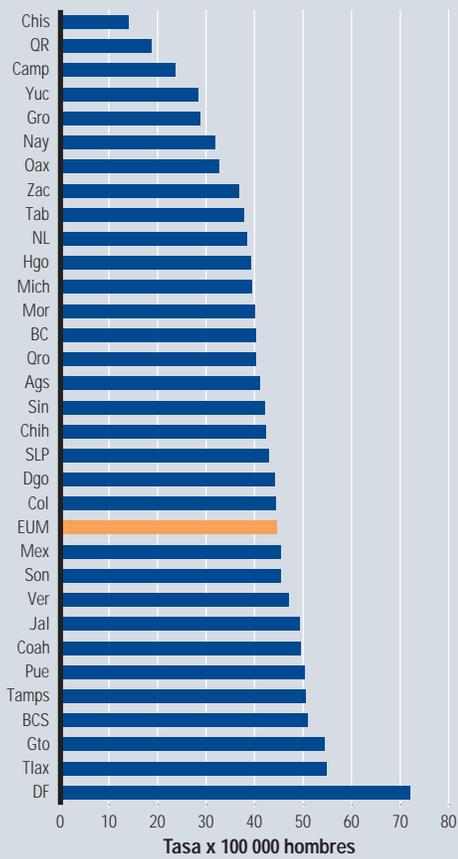
Según diversas fuentes, la prevalencia de diabetes en los países en desarrollo crecerá 170% entre 1995 y 2025. Las principales razones de este incremento son el envejecimiento de la población y el aumento de la exposición a factores de riesgo tales como la obesidad, el consumo de carbohidratos y grasas,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

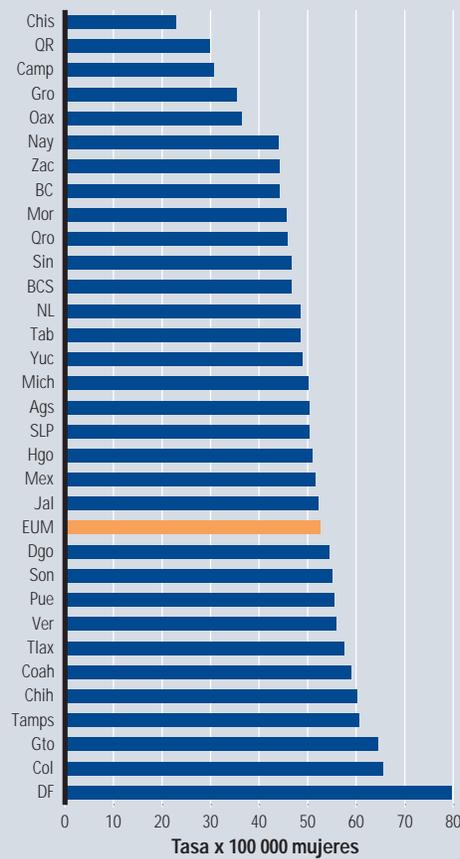
En los últimos 20 años las tasas de mortalidad por esta causa aumentaron de 20 por 100 000 a principios de los años ochenta a más de 40 en el momento actual. Estas cifras ubican a México dentro de los primeros 10 lugares a nivel mundial en la prevalencia de diabetes, sitio que se mantendrá por lo menos 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.

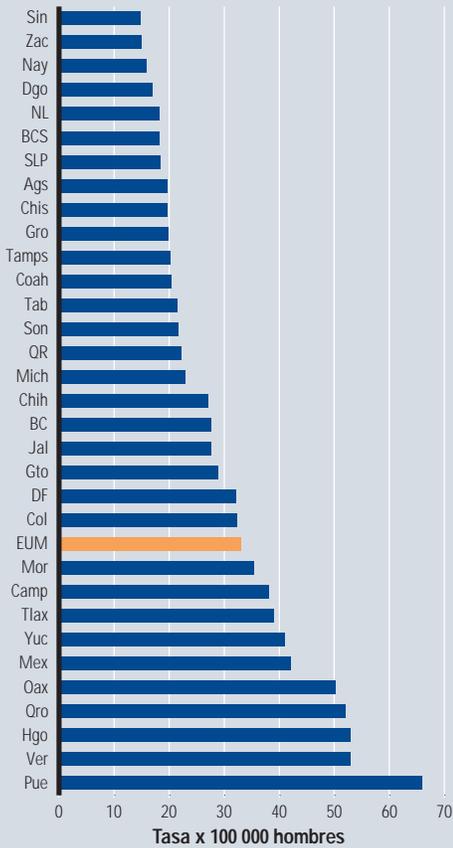
La cirrosis del hígado es una enfermedad degenerativa que se produce como resultado de infecciones de tipo viral, exposición a sustancias tóxicas o problemas de tipo nutricional. Es una causa muy común de muerte en adultos de 45 a 65 años de edad.

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

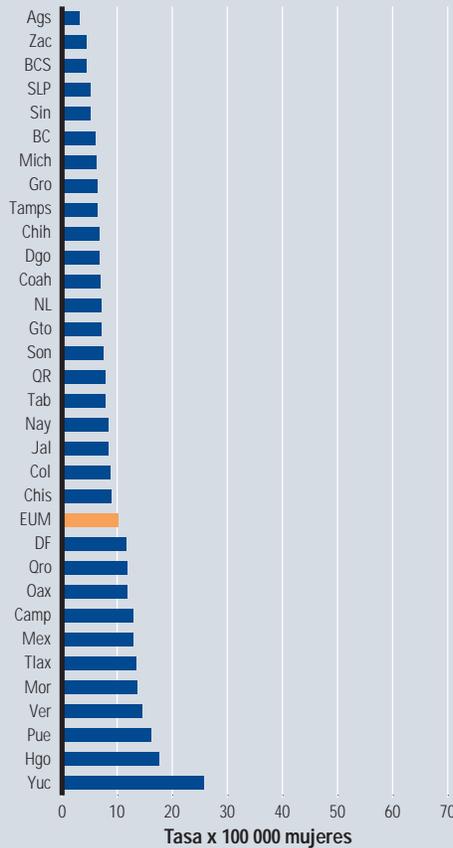
países de Europa del Este presentan cifras superiores.

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



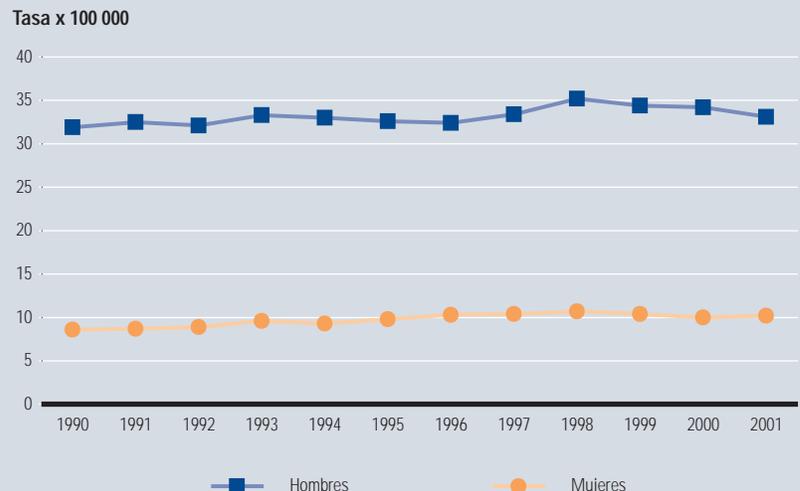
Mortalidad por cirrosis del hígado en mujeres por entidad federativa. México 2001



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.

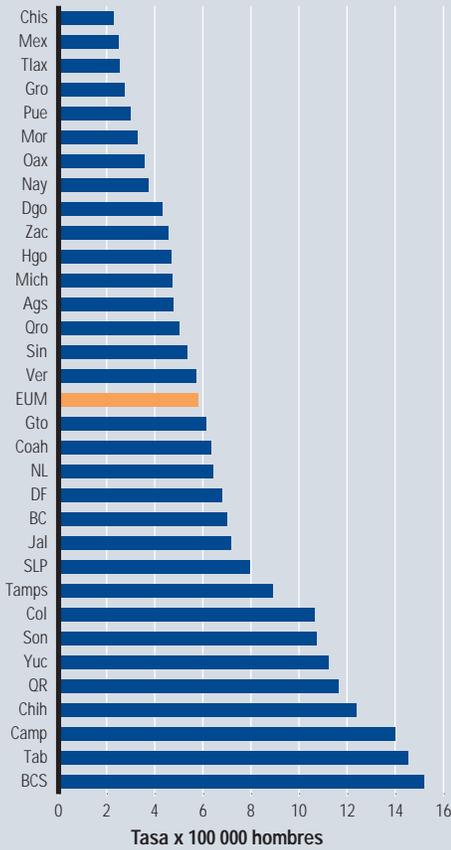
Las tasas de mortalidad por suicidio varían con la edad y el sexo. La mayor parte de los suicidios consumados se presentan en adultos mayores de 40 años, aunque más de la mitad de los intentos de suicidio se presentan en menores de 40 años. Los hombres presentan una tasa hasta cuatro veces superior a 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.

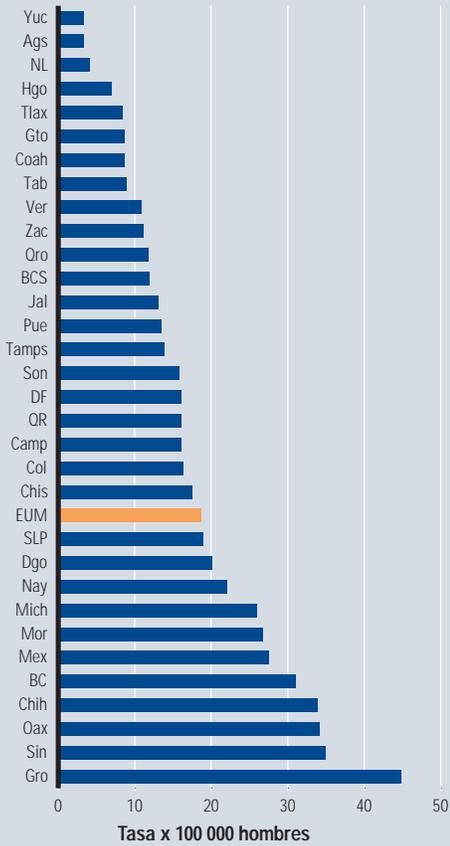
América Latina se ha visto particularmente afectada por este problema. Al año se presentan en la región alrededor de 140 000 homicidios, que dan lugar a una tasa de 28 asesinatos por cada 100 000 habitantes. Es una cifra seis veces superior a la de los países de mayores ingresos. En algunos lugares los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

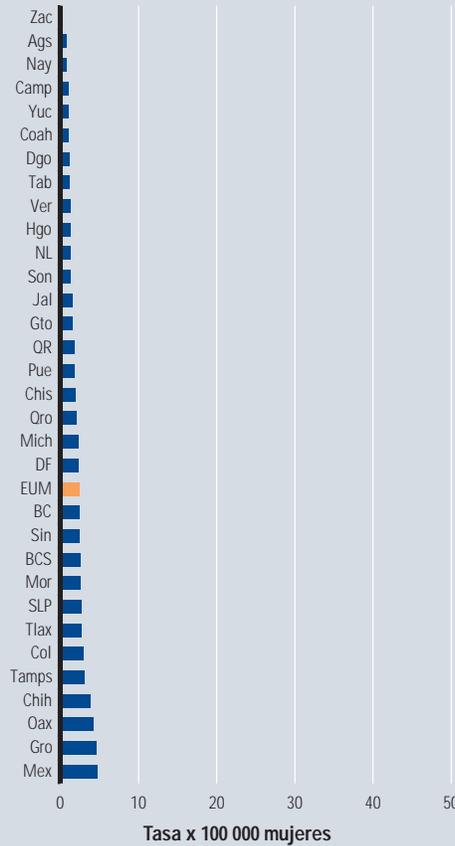
Colombia, Brasil y Venezuela. Las tasas de homicidio alcanzaron su nivel más elevado en los años cuarenta (67 por 100 000) y disminuyeron después para estabilizarse en 20 por 100 000 en los ochenta. Entre 1990 y 2001 la tasa volvió a disminuir, cerca de 40%, para ubicarse en alrededor de 10 por 100 000.

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



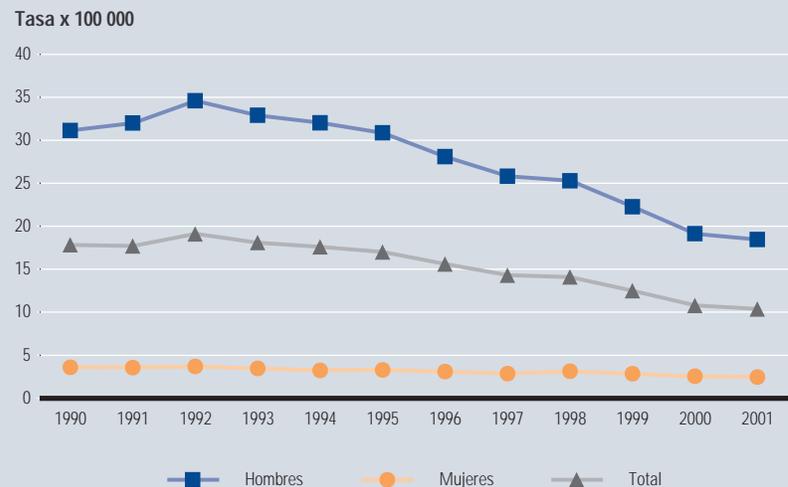
Mortalidad por homicidios en mujeres por entidad federativa. México 2001



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%.

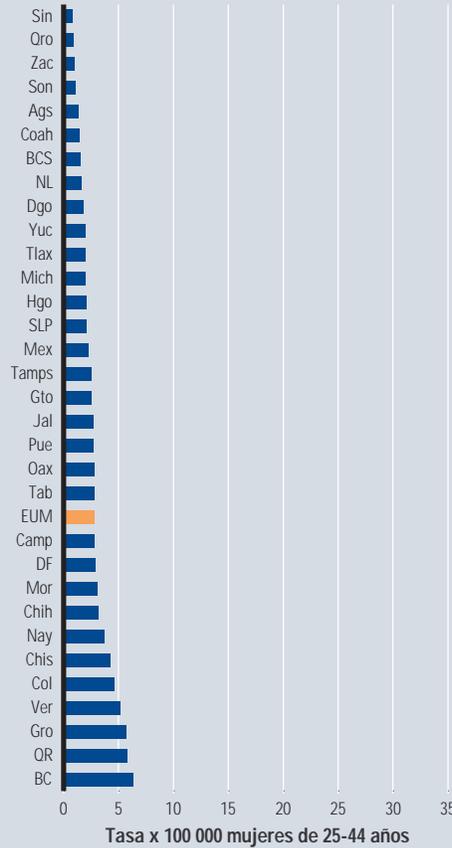
Dado que la principal vía de transmisión del virus sigue siendo la sexual, es importante mantener las campañas educativas tendientes a proporcionar información sobre esta enfermedad y sobre las distintas alternativas para su prevención. Por otro lado, la detección de portadoras asintomáticas entre las 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

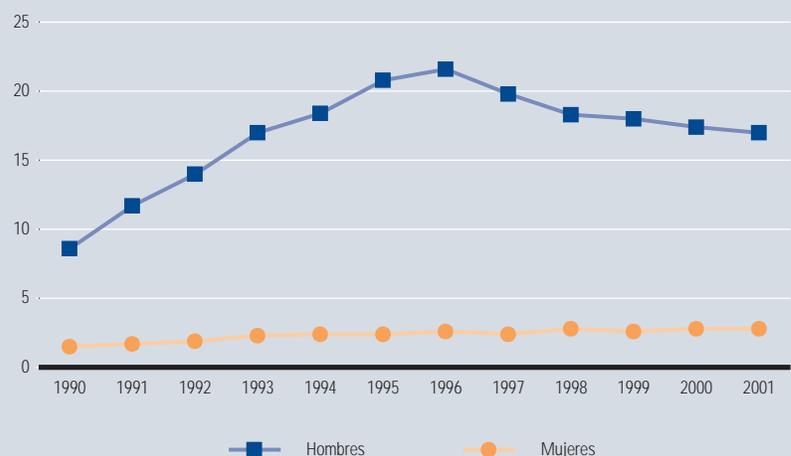


En prácticamente todas las entidades federativas la mortalidad por SIDA en hombres es cinco veces más alta que en las mujeres.

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.

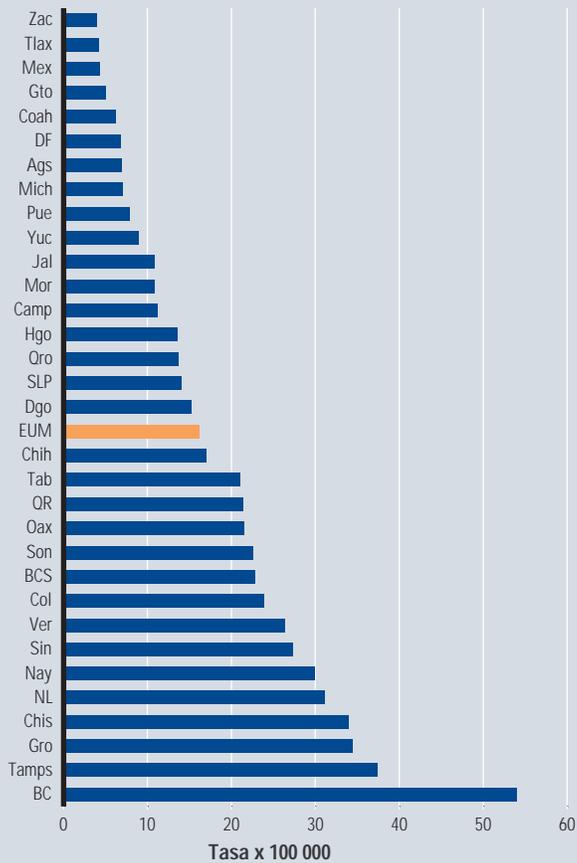
La importancia de la tuberculosis como causa de enfermedad y muerte ha aumentado en fechas recientes. La situación es particularmente delicada en los países africanos que se ubican al sur del Sahara, debido al desarrollo de casos de tuberculosis asociados al VIH/SIDA. Se calcula que 14% de los casos 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



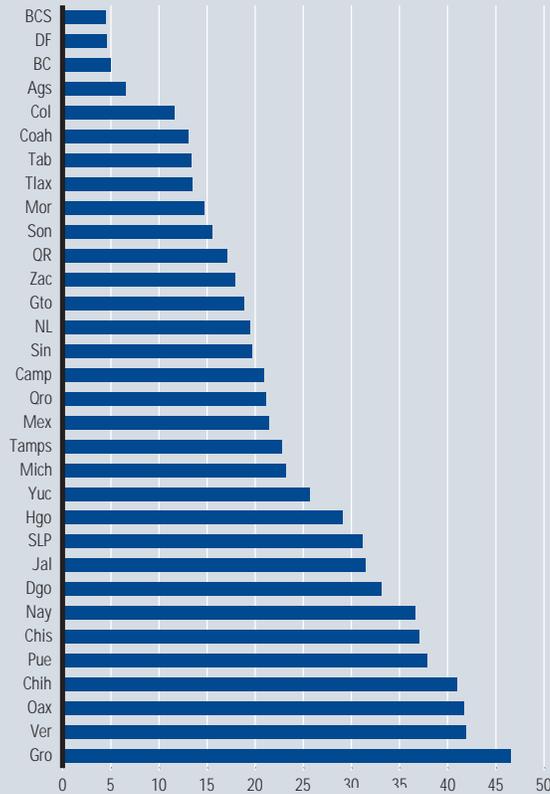
Desigualdad en mortalidad infantil

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.

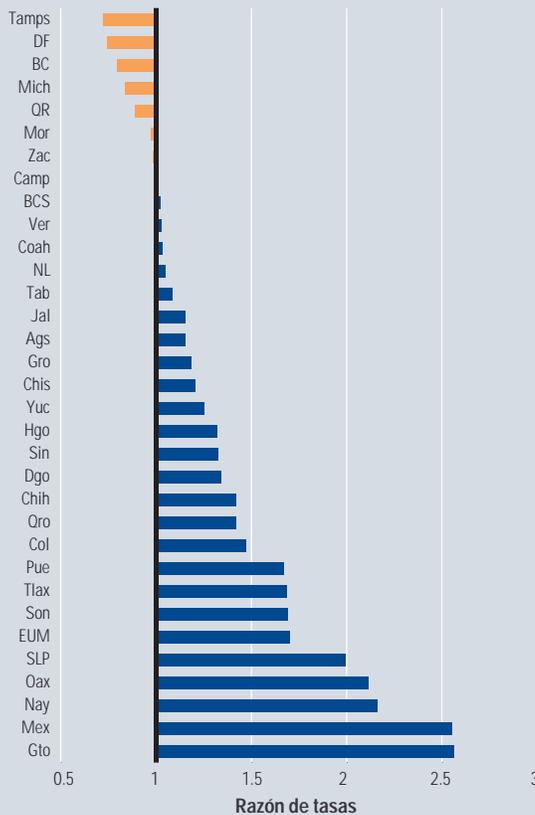
La Organización Mundial de la Salud, en su Estudio sobre la Carga Global de la Enfermedad, agrupó a las enfermedades en tres grandes categorías: 1) enfermedades infecciosas, de la nutrición y de la reproducción; 2) enfermedades no transmisibles y, 3) accidentes y violencias.

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.

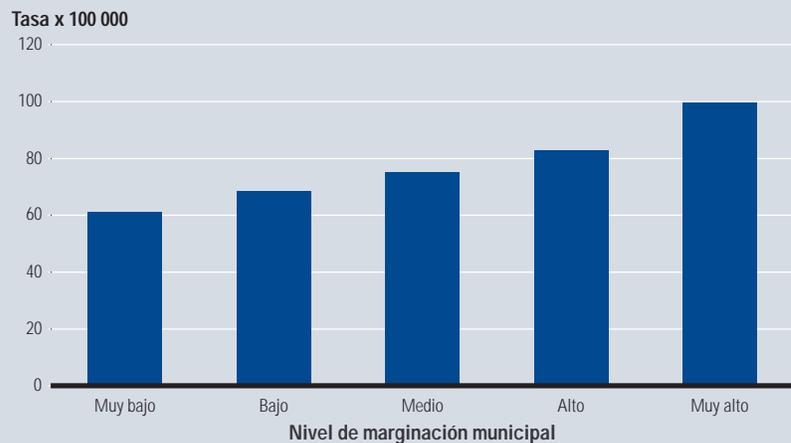
En México, las enfermedades de este grupo se distribuyen de manera desigual. A nivel nacional son responsables del 15% del total de muertes, pero en los municipios de alta marginación contribuyen con poco más del 25% de las defunciones.

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

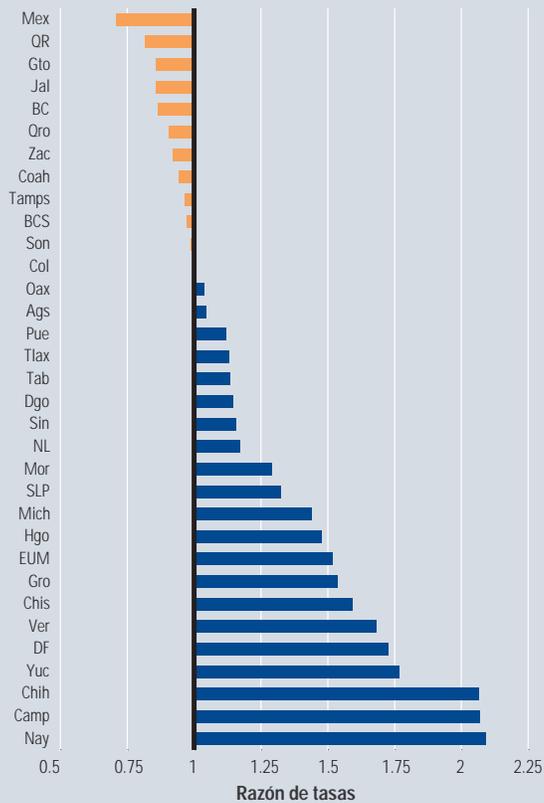
La **brecha en mortalidad por enfermedades no transmisibles** expresa cuántas veces es mayor la tasa de mortalidad por estas causas en los municipios de baja marginación comparada con la tasa de mortalidad en los municipios de alta marginación. El producto de la división de ambas tasas puede ser: i) 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.

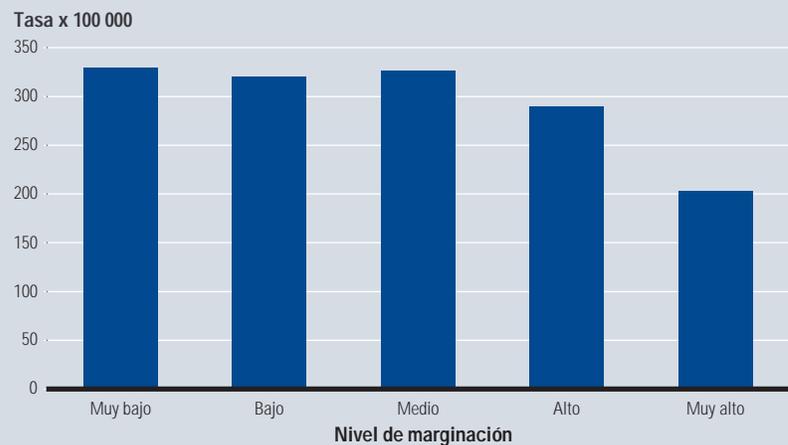
Estas enfermedades también se distribuyen de manera diferencial según las condiciones socioeconómicas y el lugar de residencia de la población. Son más frecuentes en los municipios con menor marginación, donde se concentran los mayores riesgos ambientales y los estilos de vida relacionados con el desarrollo 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.

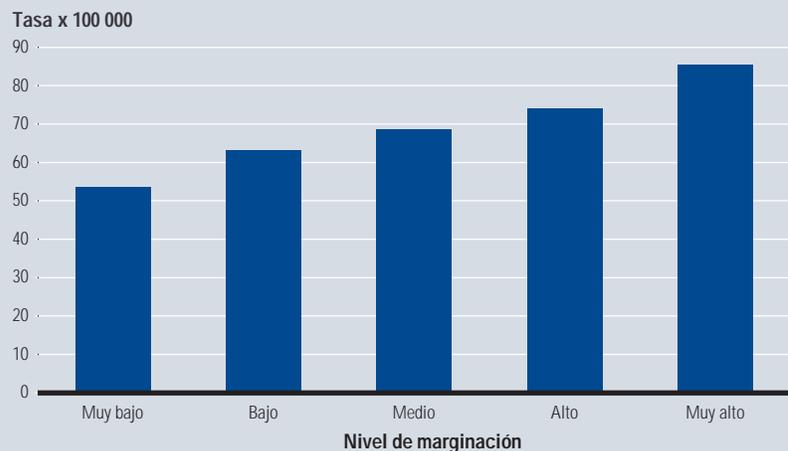
Brecha en mortalidad por accidentes y violencias por entidad federativa. México 2001



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

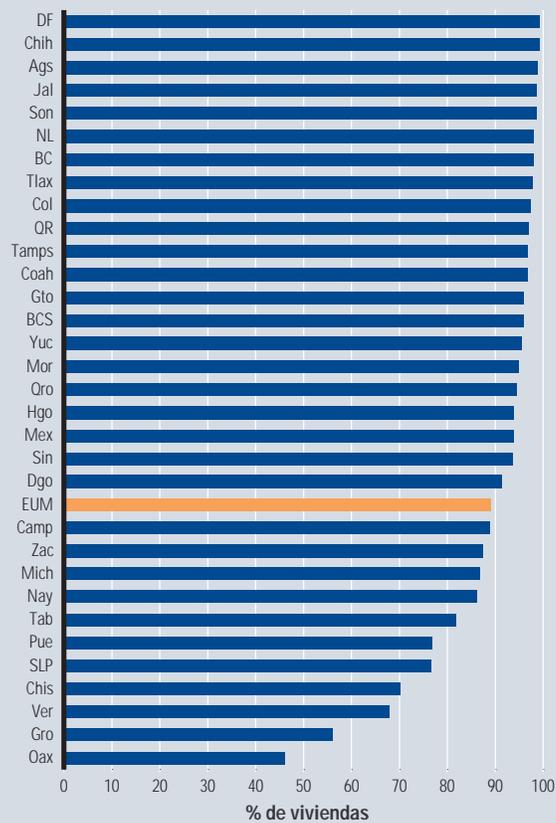
El porcentaje de hogares con acceso a agua potable se define como el porcentaje de viviendas que cuentan con agua entubada dentro de su terreno.

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.

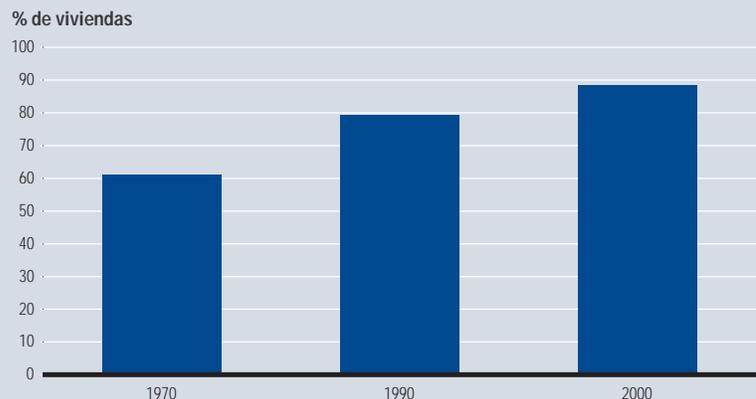
Viviendas con agua entubada dentro del terreno de la vivienda por entidad federativa. México 2001*



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

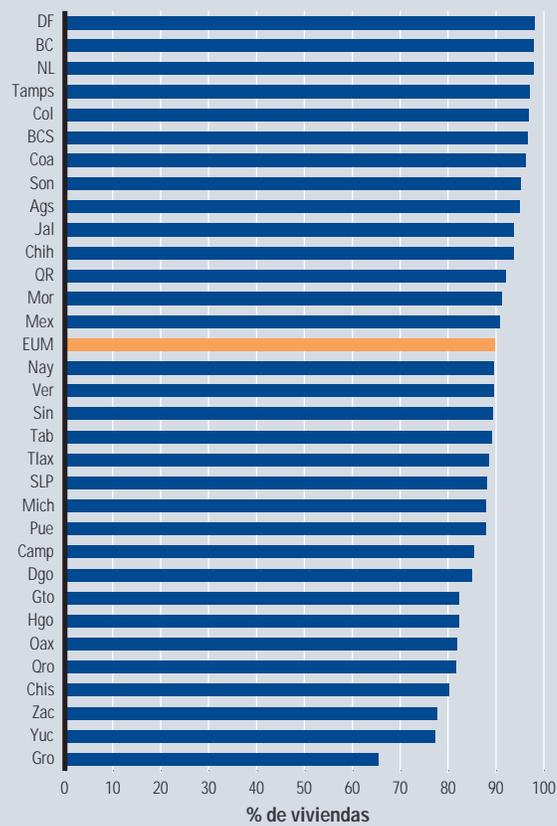
Hogares con acceso a infraestructura sanitaria

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.

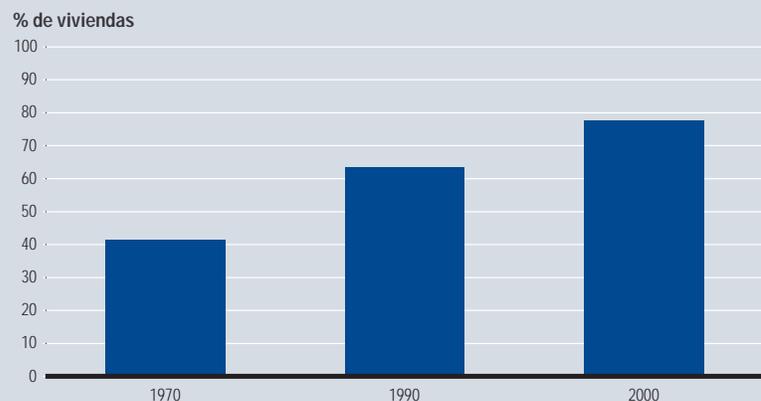
En México, el porcentaje de viviendas que cuentan con drenaje se ha incrementado más de 10 puntos porcentuales en los últimos 10 años. En algunas entidades como Quintana Roo, Tlaxcala y Tabasco el incremento ha rebasado los 20 puntos. Sin embargo, 4% de las viviendas con drenaje siguen descargando sus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

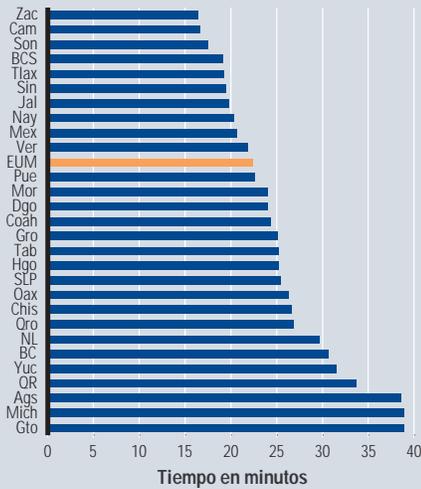
Además de mejorar las condiciones de salud de la población, todo sistema de salud debe ofrecer un trato adecuado a los usuarios de sus servicios. Esto significa proporcionar servicios de salud en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información. El 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

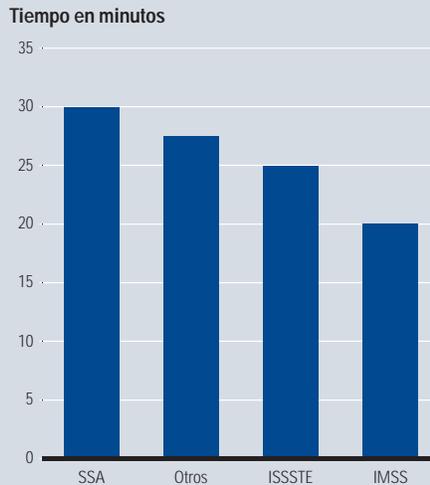
medicamentos, con la calidad de los servicios. De hecho, este es uno de los componentes de la atención a la salud que mayor atención reciben de parte de los medios en los países desarrollados.

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*

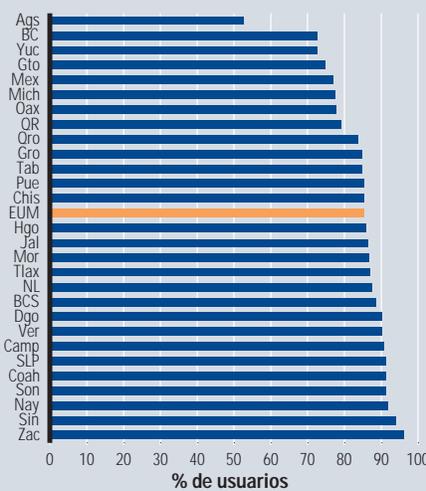


Tiempo de espera promedio en consulta externa por institución. México 2001*



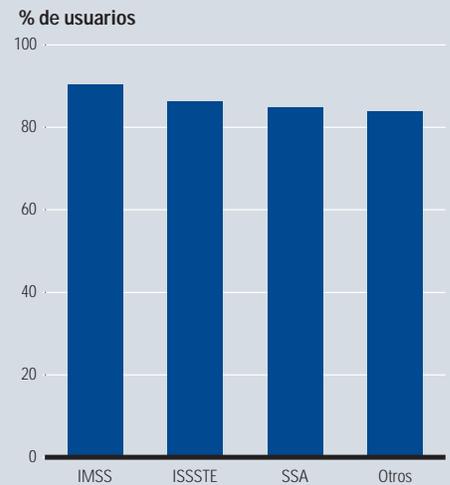
Las instituciones participantes en un número importante de entidades federativas presentan tiempos promedio de espera en consulta externa razonables.

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.

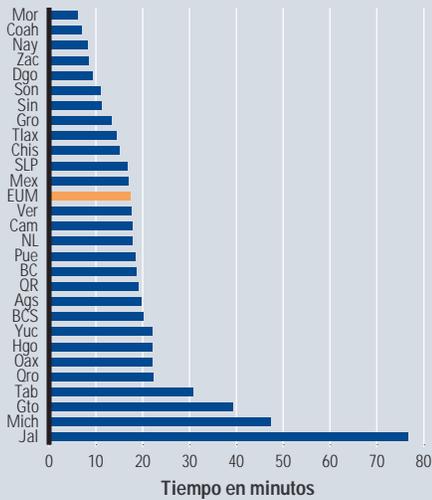
El tiempo de espera en el servicio de urgencias constituye un componente crítico de la atención a la salud. En situaciones de urgencia, una atención retardada puede poner en riesgo la integridad o la vida del paciente y afectar de manera muy importante la imagen de los servicios.

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

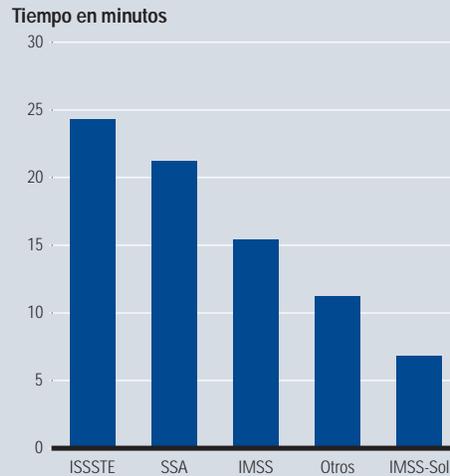
con la rapidez esperada en los servicios de urgencias. Este problema fue particularmente común entre la población de menores ingresos y entre la población derechohabiente.

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*



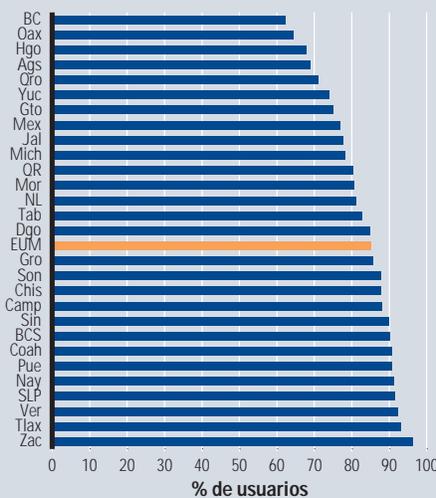
Tiempo de espera promedio en urgencias por institución. México 2001*



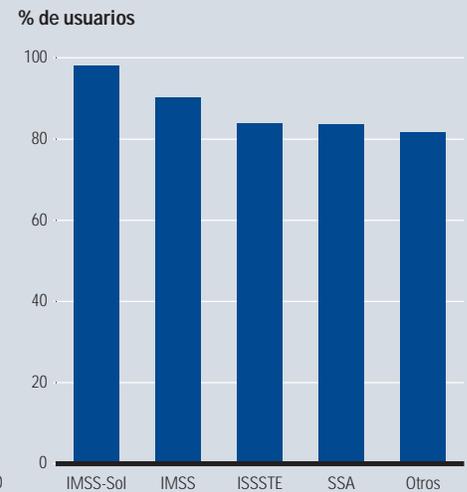
En un número importante de entidades y en algunas instituciones públicas el tiempo de espera promedio en urgencias alcanzó ya niveles que podríamos calificar de aceptables.

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

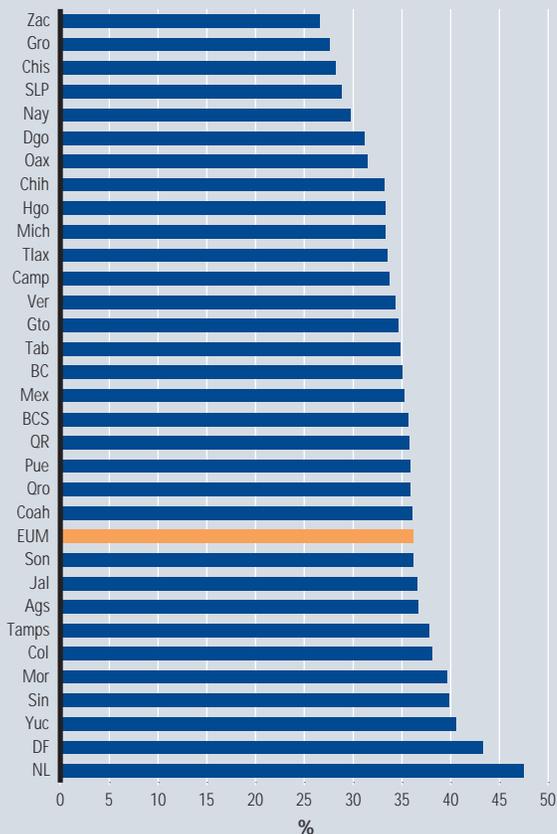
El porcentaje de **cesáreas** es el resultado de dividir el número total de cesáreas realizadas en los diferentes ámbitos de atención en un periodo determinado entre el total de nacimientos atendidos en el mismo periodo.

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

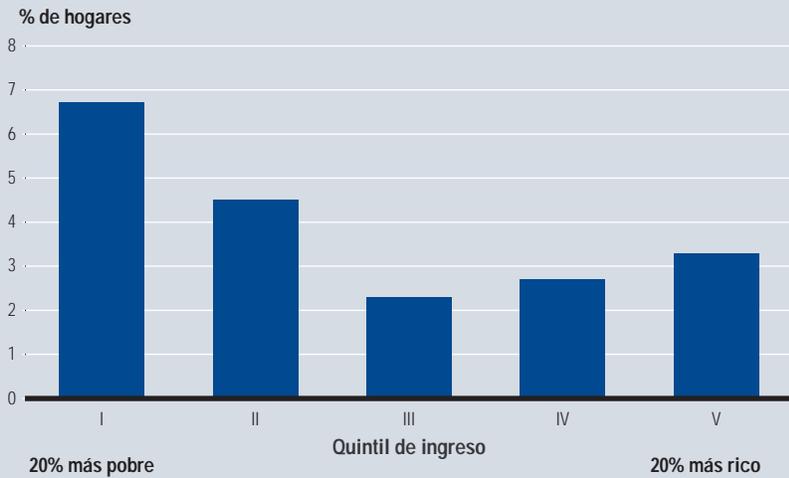
El porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud mide el gasto en salud de los hogares –incluyendo aportaciones a la seguridad social, impuestos, y pago de bolsillo por bienes y servicios– en relación con su capacidad de pago. La capacidad de pago se define aquí como el remanente 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.

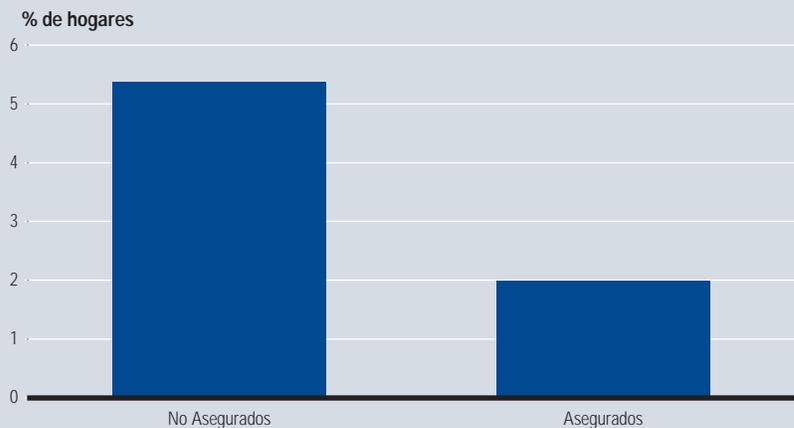
En México, en el penúltimo trimestre del año 2000, alrededor de 4% de los hogares incurrieron en lo que se conoce como gastos catastróficos. Este fenómeno es particularmente común en los hogares pobres y en las familias que no cuentan con seguro de salud. Estas cifras son consistentes con el hecho de 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%.

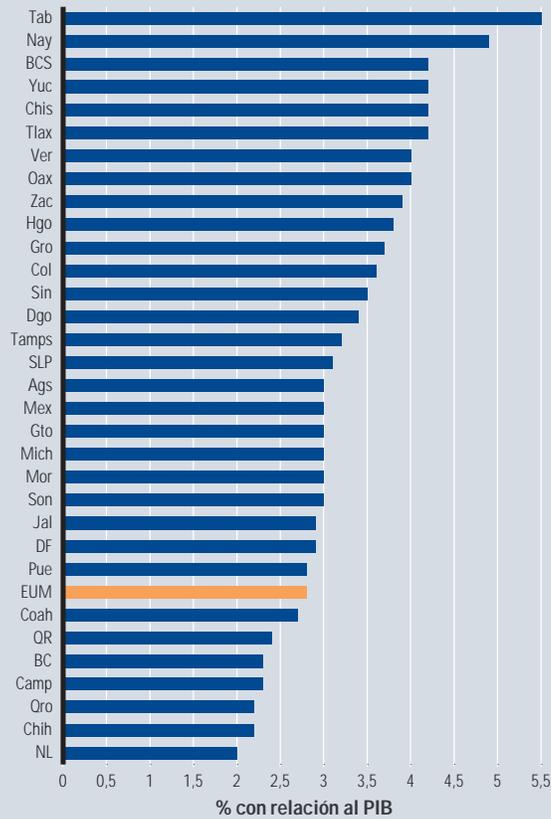
En los países de mayores ingresos, el grueso del gasto en salud es público. En el Reino Unido el gasto público representa más del 80%

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.

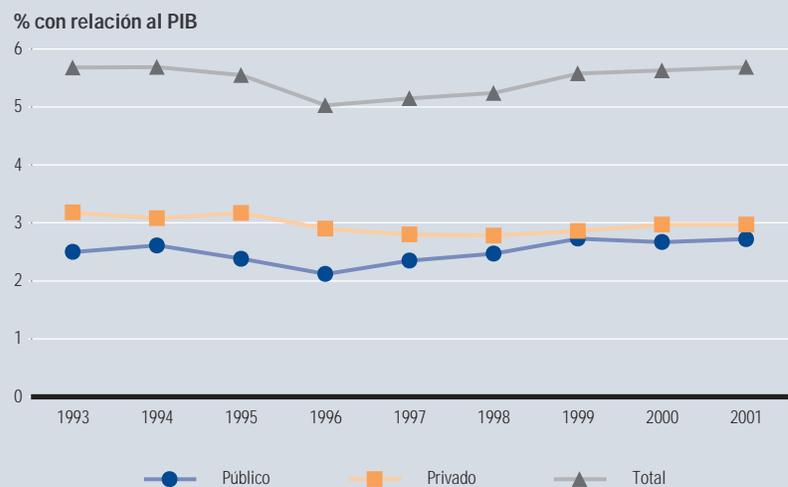
Gasto público en salud como porcentaje del PIB por entidad federativa. México 2001



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.

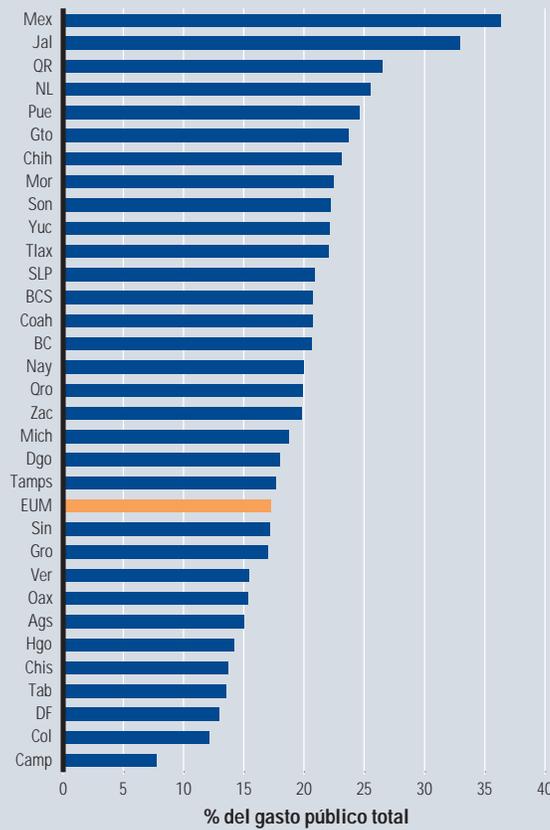
El gasto público en salud como porcentaje del gasto público total es un indicador que nos habla del esfuerzo público en materia de salud respecto del esfuerzo público global en un año calendario.

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

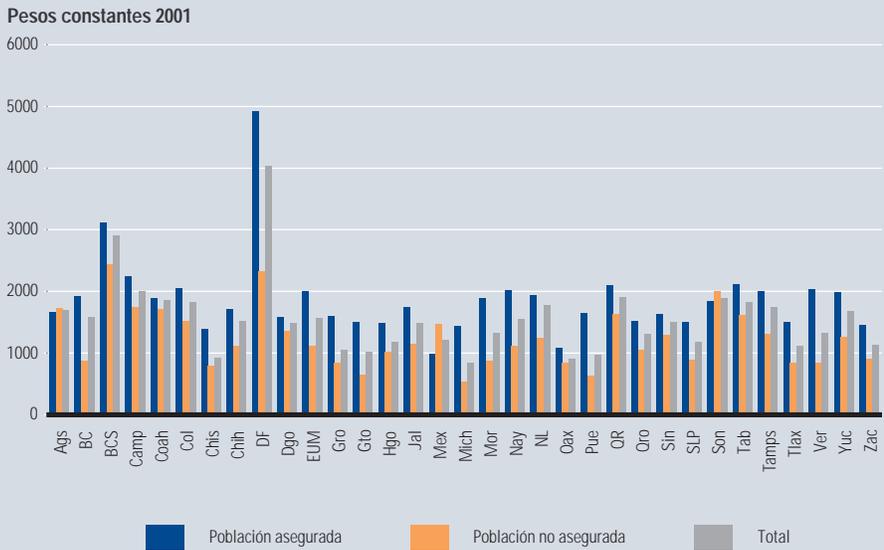
El **gasto público en salud per cápita** es producto de la división del presupuesto público ejercido en salud entre la población de responsabilidad de las instituciones públicas. Los valores per cápita se basan en estimaciones del presupuesto público ejercido en salud (numerador) y las proyecciones de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

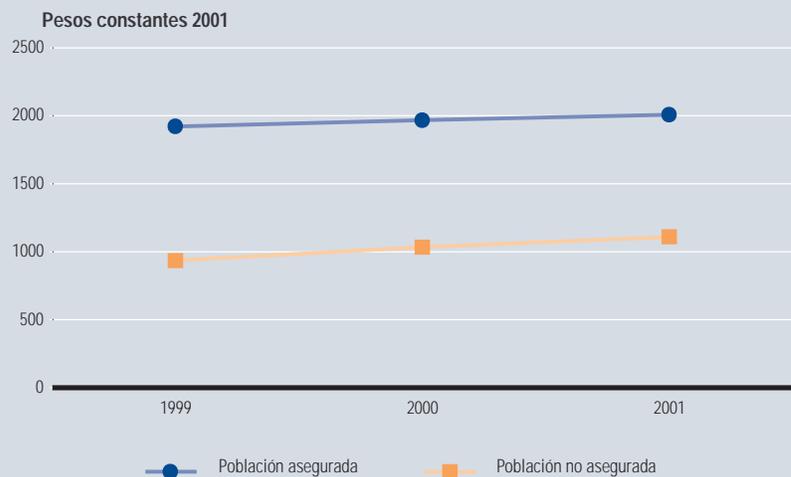
Gasto público en salud per cápita por condición de aseguramiento por entidad federativa. México 2001



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.

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.

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

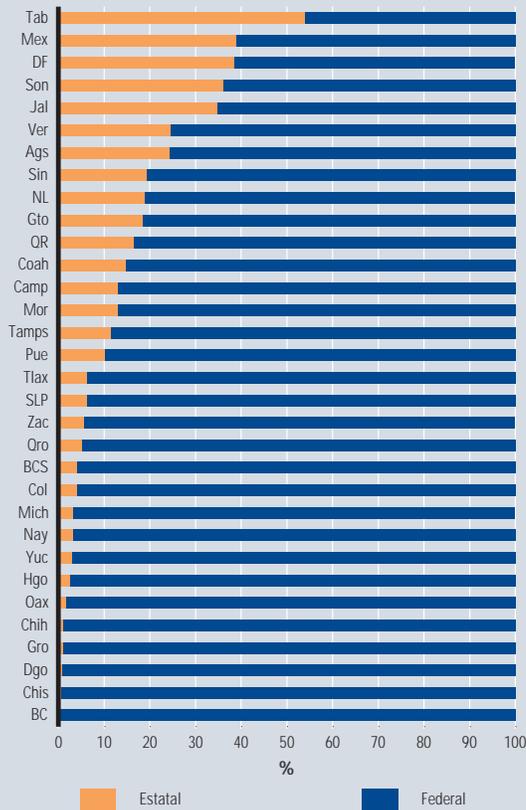


Relación entre la aportación estatal y federal al financiamiento de la salud

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

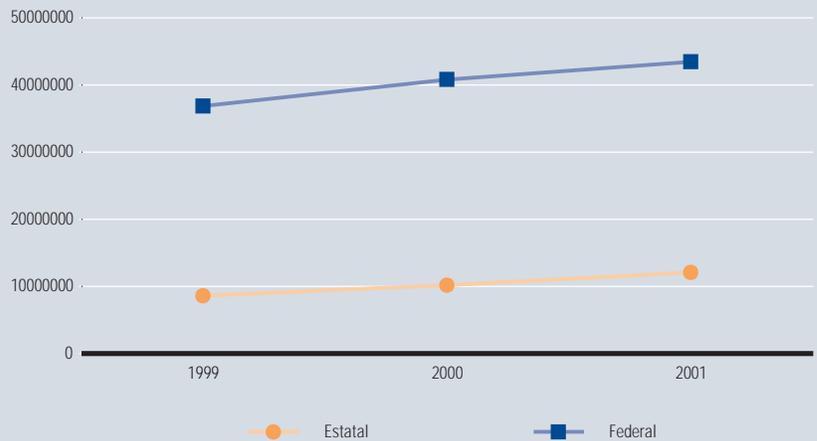


Las diferencias entre entidades en la relación que existe entre las aportaciones federales y estatales al financiamiento de la atención a la salud son considerables.

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.

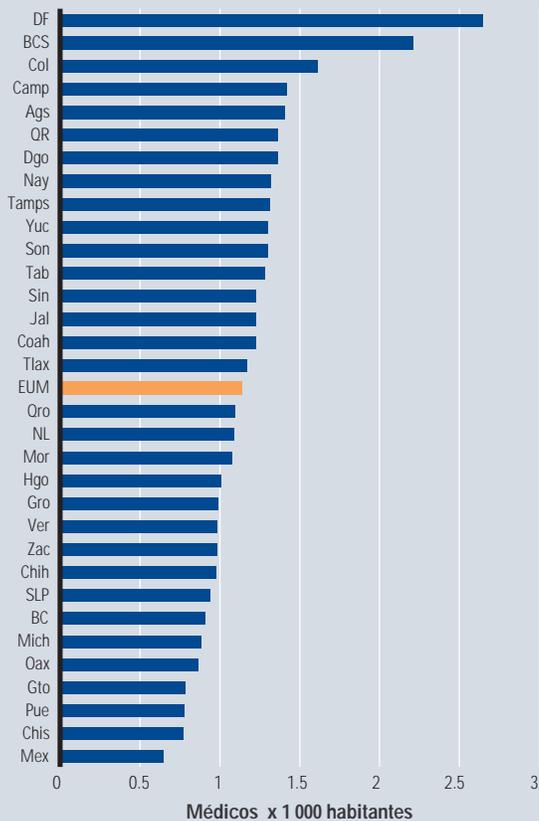
El número de médicos por 1 000 habitantes es un indicador que se utiliza para medir la disponibilidad de recursos humanos calificados para la atención de la salud, que constituyen el recurso básico de cualquier sistema de salud. La información disponible indica que mientras mayor es el número de médicos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

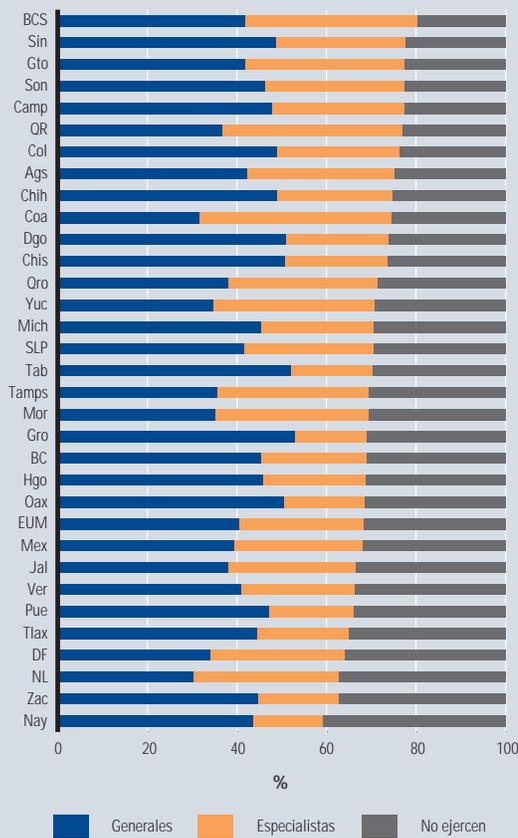
Una de las funciones esenciales de los sistemas de salud es la generación de sus recursos. Esto significa, entre otras cosas, la creación de recursos humanos en cantidad suficiente para atender las necesidades del sistema, pero también la definición del perfil del profesional de la salud que el sistema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

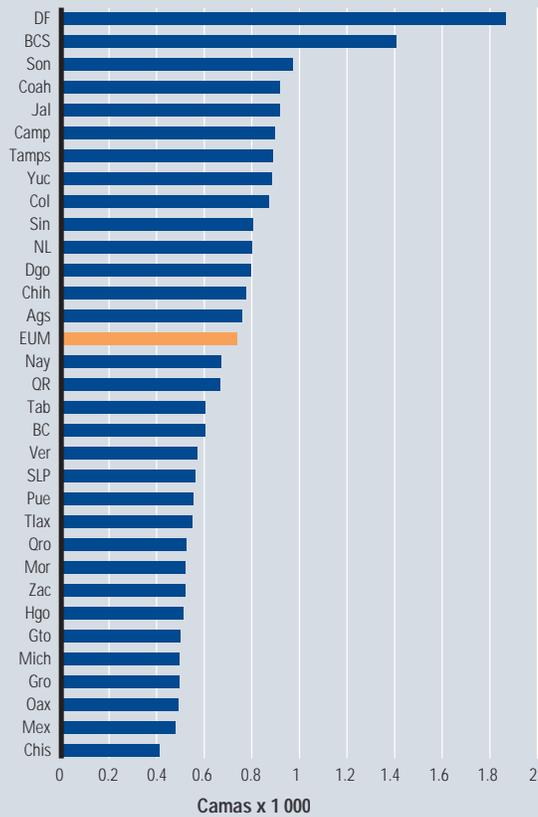
En los países desarrollados, el número de camas censables ha mostrado una tendencia descendente producto de una mayor eficiencia en la utilización de los servicios de salud relacionada a su vez con el desarrollo tecnológico. Este descenso se debe también a cambios en los modelos de atención que han puesto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

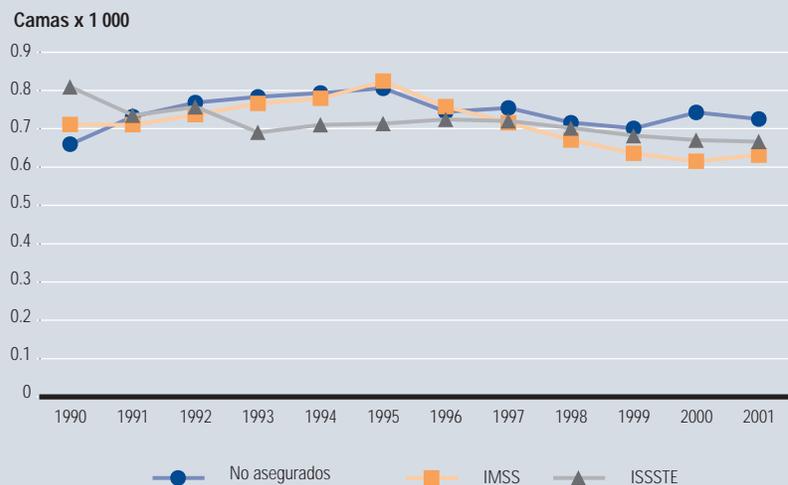
La razón de una cama por cada 1 000 habitantes es un estándar recomendado por la OMS. Esto coloca a una buena parte de las entidades federativas de México por debajo del nivel mínimo deseable. Si se incluyen los recursos públicos y privados, el número de camas por 1 000 habitantes en nuestro país supera 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.

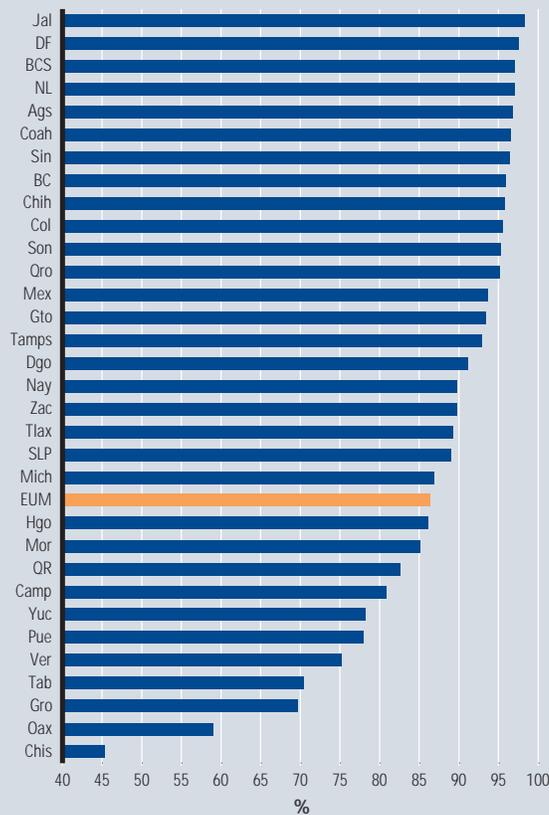
La atención del parto por personal capacitado es una garantía para la salud de la madre y del recién nacido. Este personal puede prevenir o en su caso atender o canalizar las complicaciones del parto y del puerperio, y contribuir así a disminuir la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal.

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%.

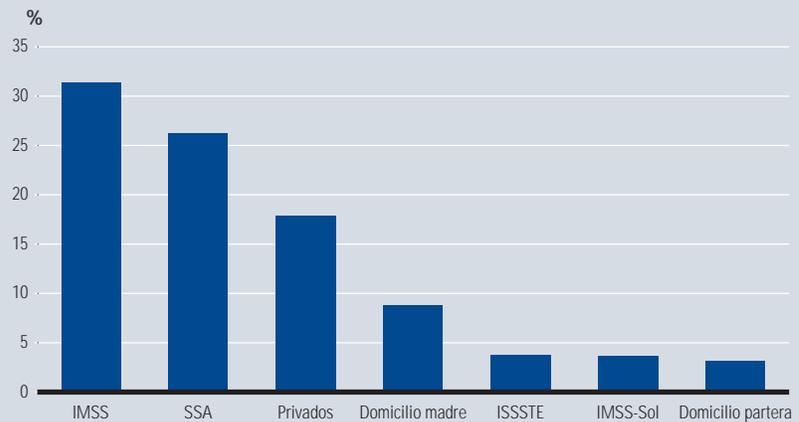
Partos atendidos en unidades médicas por entidad federativa. México 1997-2000



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

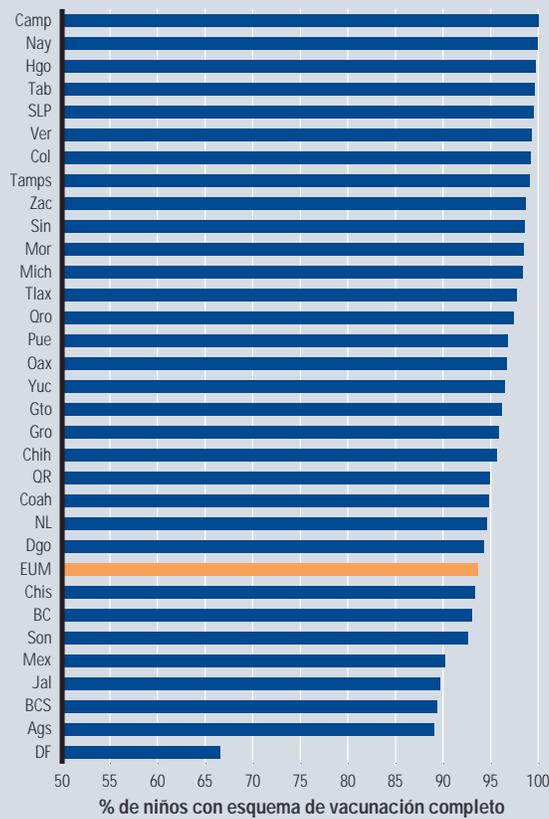
La **cobertura de vacunación en niños de 1 año** se define como la proporción de niños de 1 año que completaron el esquema básico de vacunación en relación al total de niños de ese grupo de edad registrados en el censo nominal del Programa de Vacunación. El esquema completo incluye: 1 dosis de BCG, 3 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.

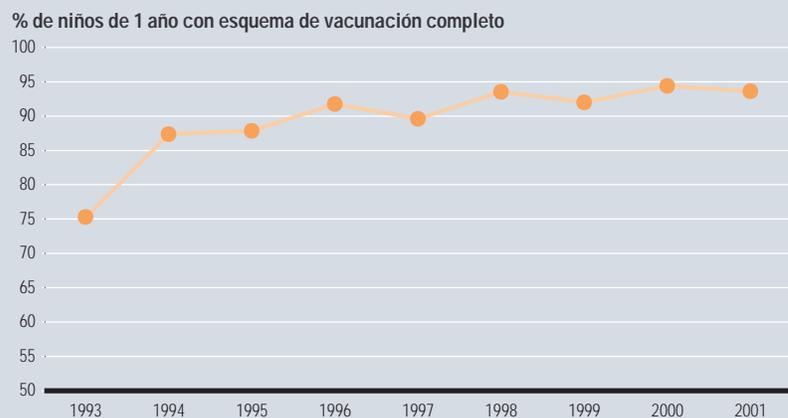
La cobertura con esquema completo de vacunación en México en niños de 1 año se incrementó de manera notable a partir de 1993 y hoy alcanza al 93.6% de este grupo de edad. Se trata de un porcentaje considerablemente mejor al de Estados Unidos, al de la mayoría de los países latinoamericanos y al de un 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

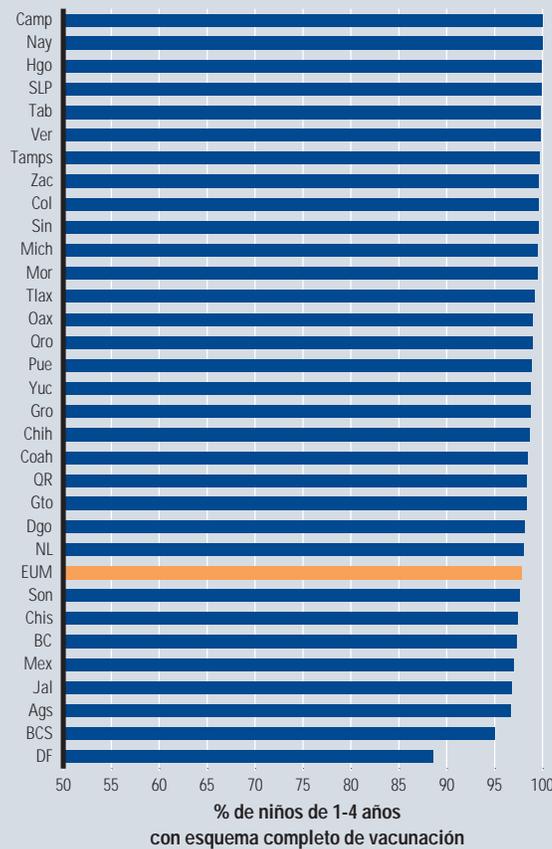
La cobertura con esquema completo de vacunación en niños de 1 a 4 años se define como la proporción de niños de 1 a 4 años de edad que completaron el esquema básico de vacunación en relación al total de niños de ese grupo de edad registrados en el censo nominal del Programa de Vacunación (PROVAC).

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.

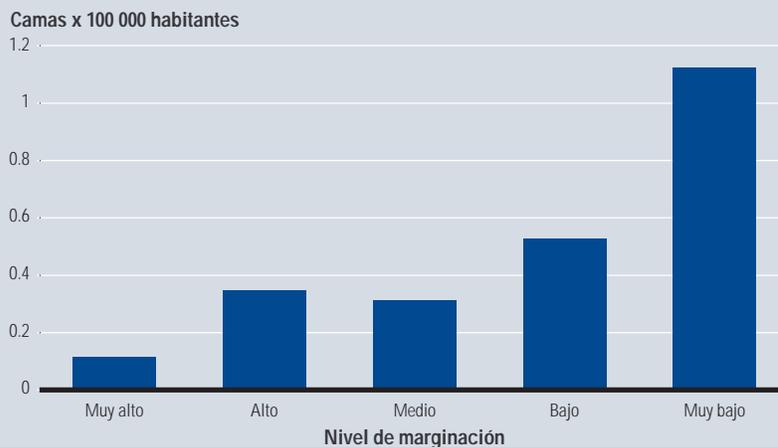
Aunque las brechas pueden tener su origen en desempeños excelentes de algunas

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



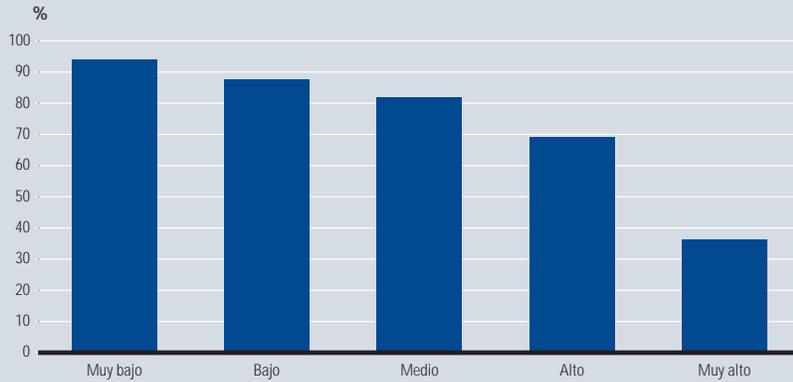
La disponibilidad de camas censables del sector público en los municipios de muy baja marginación es más de cinco veces superior a la de los municipios más marginados.

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%.

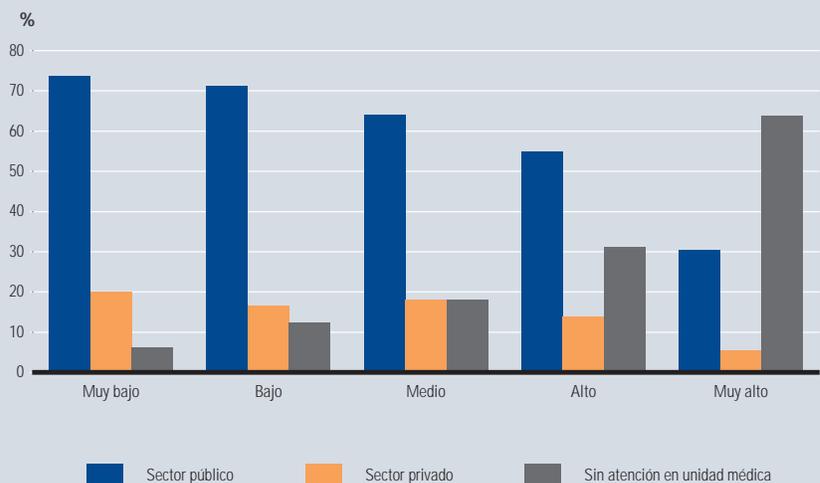
Partos en unidades médicas por nivel de marginación. México 2000



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

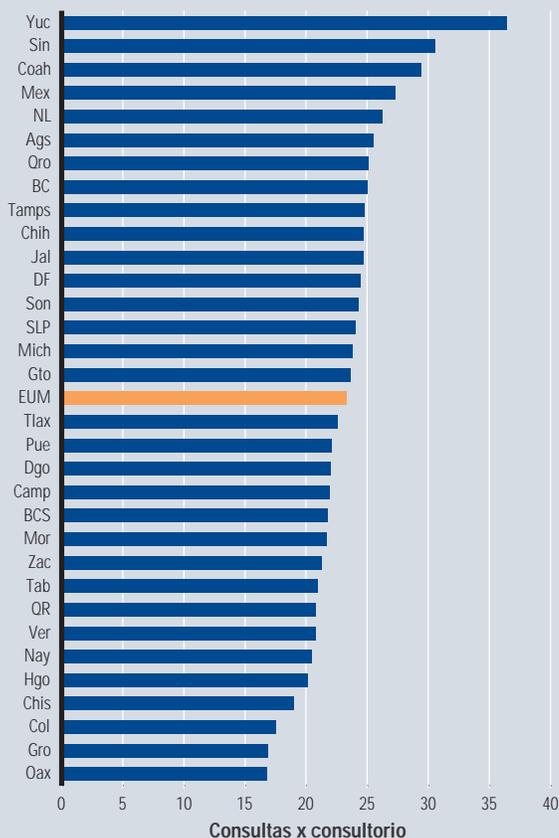
El promedio diario de **consultas por consultorio** es el resultado de dividir el número total de consultas de medicina general realizadas en un año en las instituciones públicas de salud entre el producto de la multiplicación del número total de consultorios de primer nivel por 252 días considerados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

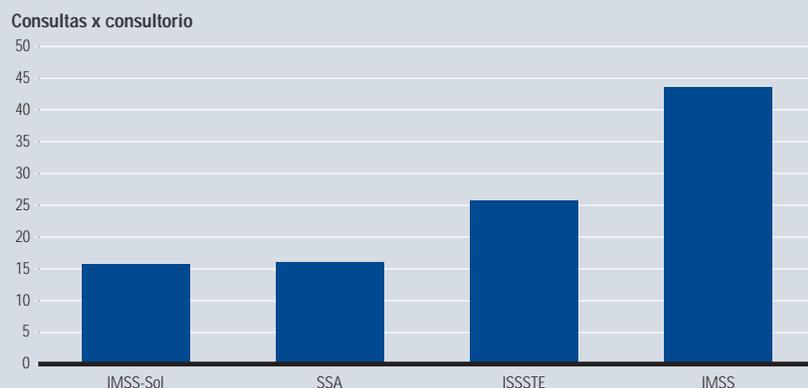


Consultas por consultorio según institución

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

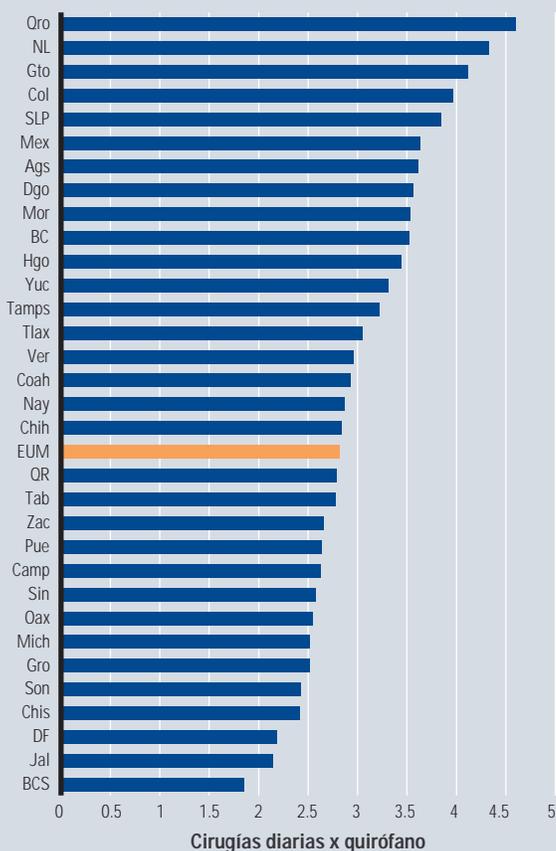
El promedio diario de **cirugías por quirófano** es el resultado de dividir el número total de cirugías realizadas en el año en las instituciones públicas de salud entre el número total de quirófanos disponibles en el mismo periodo, cifra que a su vez se divide entre los 365 días del año.

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.

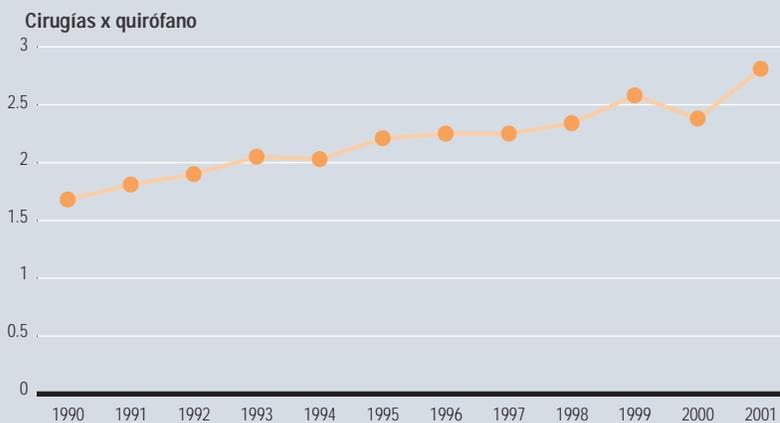
Cirugías por quirófano por entidad federativa.
México 2001



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

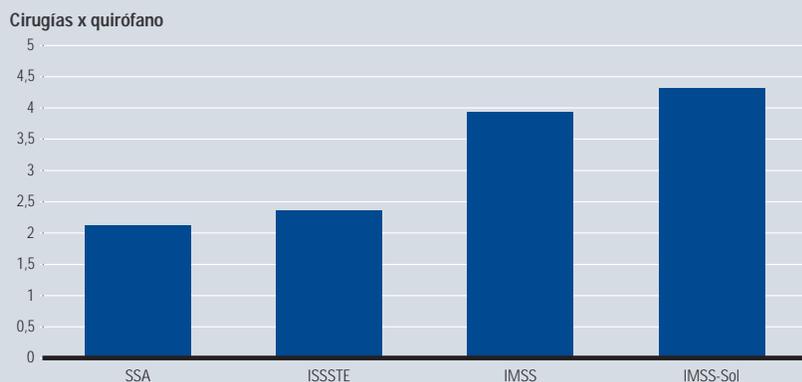


Cirugías por quirófano por institución

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.

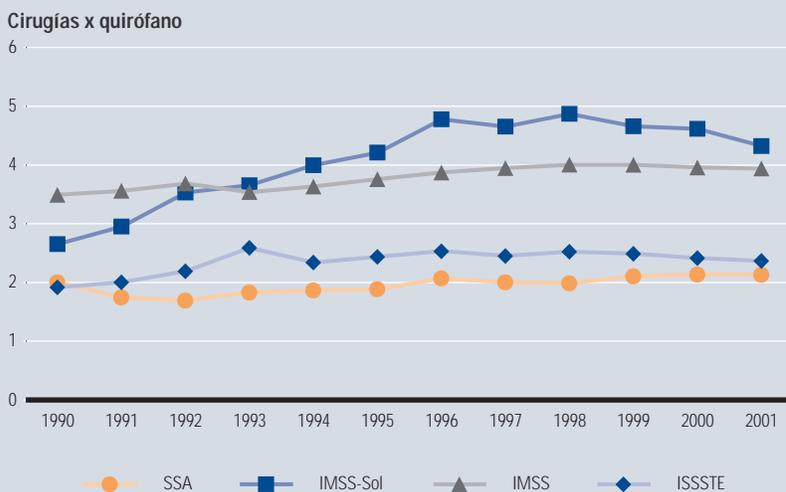
La productividad de los quirófanos aumentó de manera consistente en casi todas las instituciones públicas de salud en la primera mitad de la década pasada. La tendencia al alza fue particularmente obvia en IMSS-Solidaridad. En la segunda mitad de la década, sin embargo esta tendencia, se estabiliza. 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.

Los Mejores Desempeños

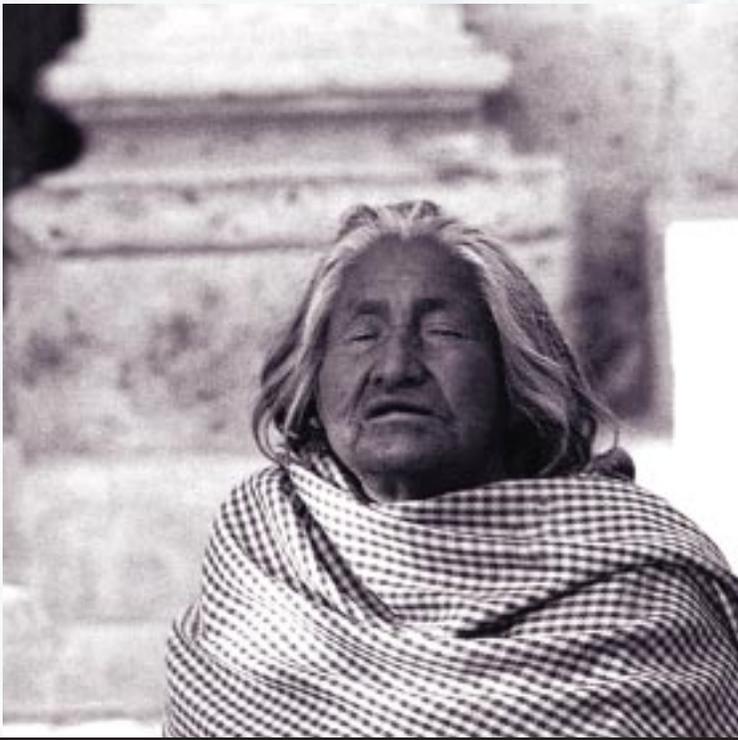
- Atención médica

- ▶ Cruzada Nacional por la Calidad
- ▶ Arbitraje médico

- Salud pública

- ▶ Prevención y control de enfermedades
- ▶ Prevención y control de las adicciones

- ▶ Prevención y control de riesgos sanitarios
- ▶ Investigación en salud



Compromiso con la Cruzada por la Calidad

El compromiso con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se evalúa a través de un índice que mide el desempeño de los Comités Estatales de Calidad en los siguientes rubros: i) número de instituciones participantes en el Comité; ii) participación de los principales directivos de las instituciones en las actividades de la Cruzada; iii) regularidad en la medición de los indicadores de la Cruzada; iv) integridad de la información proporcionada por el Comité, y v) valores de los indicadores.

Impulsar la calidad de los servicios de salud es un reto impostergable. En la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud del año 2000, los entrevistados señalaron que los servicios de salud habían empeorado en comparación con los servicios ofrecidos en 1994. Cuatro de cada 10 mexicanos pobres se quejaron de la falta de amabilidad del personal médico y del escaso apoyo que se les ofrece en las unidades de salud. La insuficiencia de medicamentos y los tiempos de espera prolongados fueron también reclamos frecuentes de los usuarios de los servicios de salud.

Con el fin de enfrentar este gran reto, la actual administración puso en marcha la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, cuyo objetivo es elevar la calidad de los servicios de salud en todo el país de manera que las mejoras sean claramente percibidas por la ciudadanía.

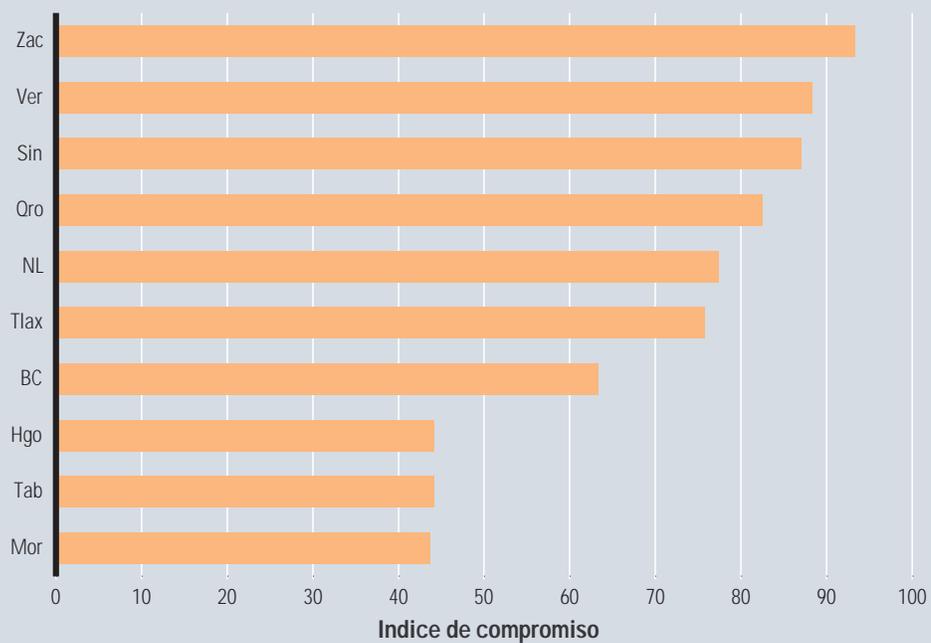
La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios contempla la creación de Co-

mités Estatales de Calidad en los que participan las principales instituciones públicas de salud. Durante 2001 se instalaron 30 Comités Estatales de Calidad que tienen como función implantar acciones dirigidas a mejorar la calidad de la atención. Destacan dentro de ellas las medidas dirigidas a mejorar las condiciones generales de las unidades de atención, reducir los tiempos de espera en consulta externa y en los servicios de urgencias, proporcionar información sobre su padecimiento a los usuarios de los servicios de salud y garantizarles un trato digno.

Para generar evidencias de los resultados se diseñó un sistema de monitoreo que proporciona información a los directivos de los diferentes niveles organizacionales para tomar decisiones de mejora de la calidad de los servicios de salud que se brindan a la ciudadanía y que son analizados en forma sectorial por el Comité Estatal de Calidad para impulsar los procesos de cambio.

Los mejores comités estatales de calidad se destacaron por la participación interinstitucional y la regularidad en el monitoreo de los indicadores de la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud.

Entidades con el mayor compromiso con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México 2001



Trato digno en unidades de primer nivel

El desempeño en **trato digno en unidades de primer nivel** se evalúa a través de un índice que toma en cuenta: i) el tiempo efectivo de espera y la satisfacción del usuario con el tiempo de espera; ii) la satisfacción del paciente con la información proporcionada por el médico sobre su diagnóstico y sobre su tratamiento, y iii) el surtimiento de medicamentos y la satisfacción del usuario con este elemento.

En 2001 la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud se enfocó en los llamados aspectos interpersonales de la relación entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud. Destacan dentro de ellos los tiempos de espera y la información al paciente, que son variables a las que se le da un seguimiento muy estrecho, incluso por parte de los medios de comunicación, en los países de mayores recursos.

Otra variable a la que se ha privilegiado en esta primera fase de esta iniciativa es el

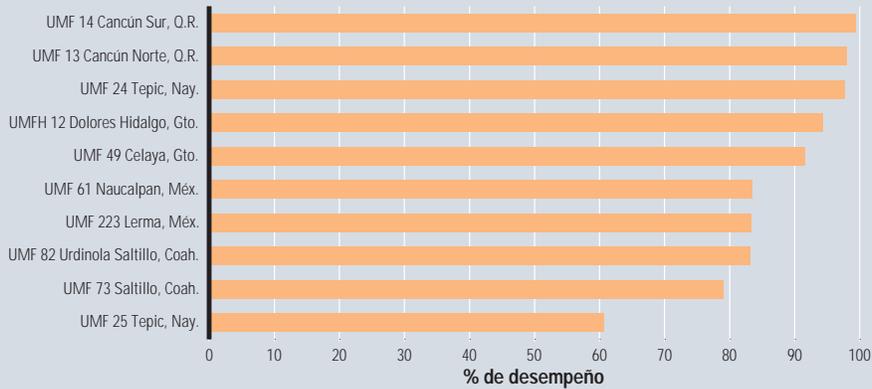
surtimiento de medicamentos, que en muchos países del mundo se identifica como un atributo central de la calidad de la atención. De hecho, en este caso las medidas adoptadas han estado dirigidas no sólo a mejorar la disponibilidad de medicamentos sino incluso a garantizar el surtimiento de la prescripción médica. Esto bajo el supuesto de que no basta que los medicamentos estén allí; también es necesario que el usuario tenga un acceso efectivo a ellos.

**Unidades de primer nivel de la SSA
con los mejores desempeños en trato digno. México 2001**



Veracruz y Zacatecas destacan por su compromiso con las iniciativas de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios para unidades de primer nivel de atención de la SSA.

**Unidades de primer nivel del IMSS
con los mejores desempeños en trato digno. México 2001**



**Unidades de primer nivel del ISSSTE
con los mejores desempeños en trato digno. México 2001**



Trato digno en servicios de urgencias en hospitales de segundo nivel

El desempeño en **trato digno en servicios de urgencias** se evalúa a través de un índice que toma en cuenta: i) el tiempo efectivo de espera y la satisfacción del usuario con el tiempo de espera; ii) la satisfacción del paciente con la información proporcionada por el médico sobre su diagnóstico y sobre su tratamiento, y iii) el surtimiento de medicamentos y la satisfacción del usuario con este elemento.

El tiempo de espera en un servicio de urgencias es una variable literalmente vital, ya que puede representar la diferencia entre la vida y la muerte. Por esta razón, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud decidió en su primera fase seguir de manera muy estrecha la evolución del tiempo de espera en los servicios de urgencias. El seguimiento de esta variable se acompaña también del seguimiento de aquellas iniciativas dirigidas a mejorarla.

Lo mismo sucede con la información proporcionada al paciente, que en estos casos resulta también un determinante fundamental del resultado final de la atención.

El surtimiento de medicamentos es un tercer componente de la evaluación de la calidad en los servicios de urgencias propuesta por la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en sus etapas iniciales.

**Servicios de urgencias de la SSA
con los mejores desempeños en trato digno. México 2001**

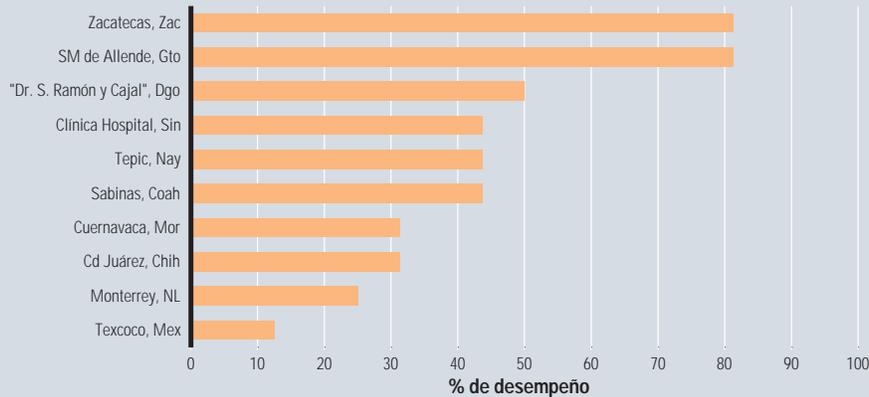


Las unidades de urgencias de la SSA con mejores desempeños en calidad presentaron valores promedio mayores de 60 puntos. En el IMSS y en el ISSSTE las unidades con el mejor desempeño superan los 80 puntos.

**Servicios de urgencias del IMSS
con los mejores desempeños en trato digno. México 2001**



**Servicios de urgencias del ISSSTE
con los mejores desempeños en trato digno. México 2001**



Arbitraje médico

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

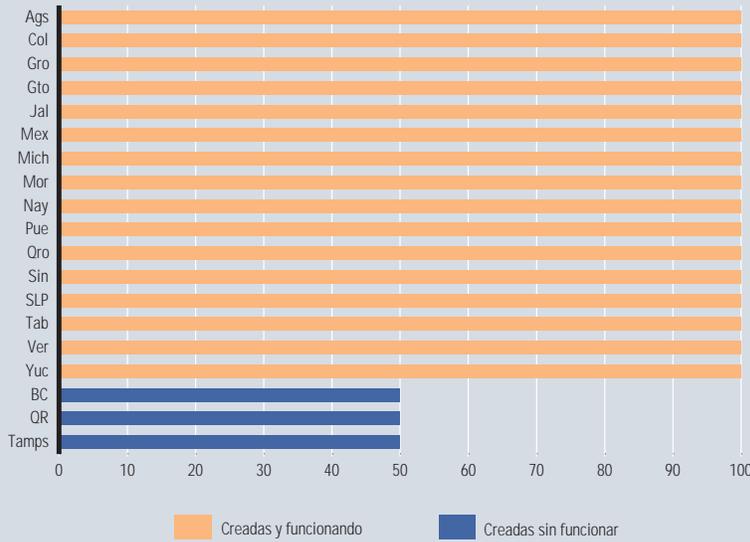
Hasta hace poco en México los pacientes no contaban con instancias para presentar quejas sobre los servicios de salud. Para remediar esta situación, en 1996 se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), cuya función principal es contribuir a la solución de controversias entre usuarios y proveedores públicos y privados de servicios de salud a través de procedimientos más simples y menos costosos que las demandas legales.

Una de las metas de esta administración es promover la creación de instancias de este

tipo en todas las entidades federativas. La CONAMED, sin embargo, no tiene la atribución de establecer comisiones estatales de arbitraje médico. En general debe limitarse a ofrecer el apoyo necesario a los gobiernos y congresos estatales para su creación.

Los resultados iniciales de estas actividades de promoción son alentadores ya que en 16 entidades federativas ya se cuenta con comisiones estatales de arbitraje formalmente constituidas y funcionando.

Entidades con Comisiones Estatales de Arbitraje Médico creadas y en funcionamiento. México 2001



Actualmente el país cuenta con 16 Comisiones Estatales de Arbitraje Médico funcionando. En tres entidades existe un decreto de creación pero todavía no entran en funciones.

El número de asuntos recibidos y concluidos por la CONAMED se ha incrementado consistentemente desde 1996.

Asuntos recibidos y concluidos por la CONAMED*. México 1996-2001



* En algunos años los asuntos concluidos superan a los recibidos porque incluyen asuntos rezagados de años previos.

Programa de Salud Reproductiva

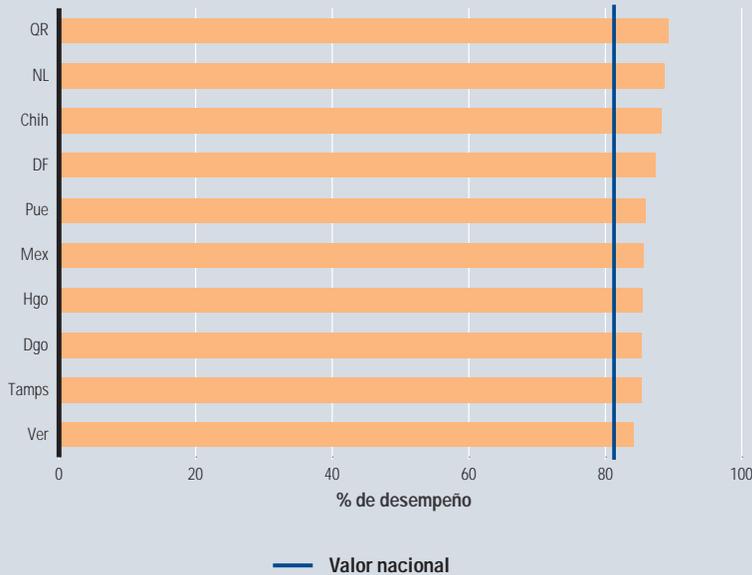
El índice de desempeño del subcomponente de planificación familiar del Programa de Acción de Salud Reproductiva se construyó a partir de la integración ponderada del logro en cuatro indicadores: i) cobertura (25%); ii) calidad de la atención (30%); iii) oportunidad de la atención (30%), y iv) participación del hombre en las acciones de planificación (15%).

En México se han logrado avances notables en el campo de la salud reproductiva. Estos progresos se deben en buena medida a las acciones de planificación familiar, las cuales han promovido el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población y garantizado el derecho de los individuos y de las parejas a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos.

Con el fin de consolidar estos avances, el Programa de Acción de Salud Reproductiva

en su componente de planificación familiar establece un esquema operativo integrado por siete subcomponentes: regulación de la fertilidad en el varón; atención a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente; fomento de la anticoncepción postevento obstétrico; introducción de la tecnología anticonceptiva moderna; atención a la salud sexual y reproductiva de las comunidades indígenas; atención en el climaterio y la postmenopausia, y orientación para la prevención y diagnóstico de la infertilidad.

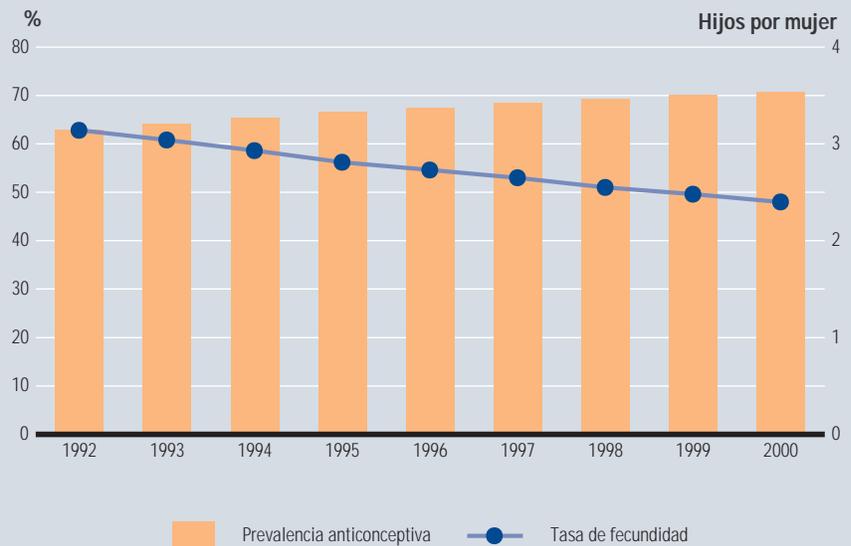
Entidades federativas con los mejores desempeños en planificación familiar. México 2001



Las entidades federativas con mejores desempeños en planificación familiar tuvieron logros superiores al 80% en el índice compuesto que mide el avance del programa.

De 1992 a 2000 el número promedio de hijos por mujer disminuyó de 3.14 a 2.4, mientras que la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos se incrementó siete puntos porcentuales.

Tasa global de fecundidad y prevalencia de uso de métodos anticonceptivos. México 1992-2000



Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico-Uterino

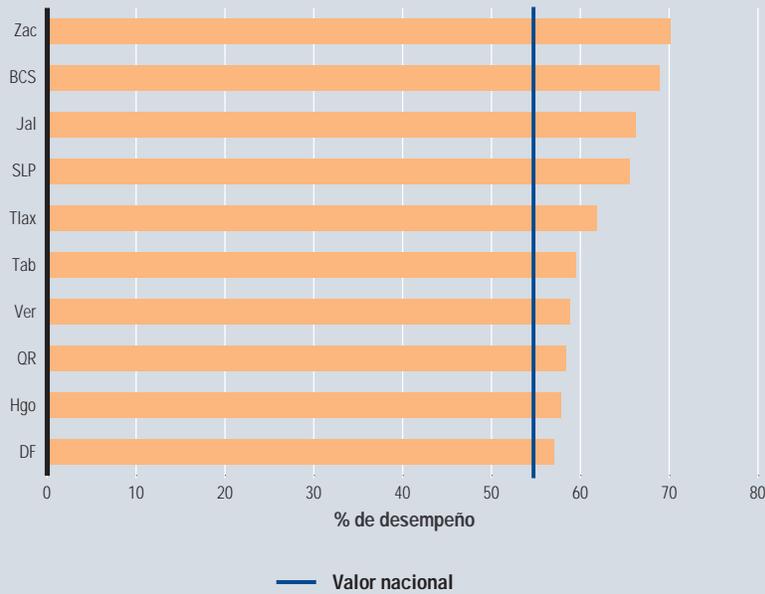
El índice de desempeño del Programa de Acción de Prevención y Control del Cáncer Cérvico-Uterino se construye a partir de la integración ponderada del logro en cinco indicadores: i) cobertura global (15%); ii) cobertura específica (25%); iii) calidad de la toma (20%); iv) grado de eficiencia (20%), y v) control de calidad (20%).

El cáncer cérvico-uterino es el tumor maligno más común entre las mujeres mexicanas en edad reproductiva y su primera causa de muerte. Una proporción muy alta de estas muertes pueden evitarse mediante la detección oportuna y el tratamiento efectivo en las primeras etapas del desarrollo de la enfermedad. En general se trata de muertes injustas e inaceptables porque afectan sobre todo a las mujeres pobres y porque el sistema de salud cuenta con los medios para prevenir y tratar este padecimiento.

El *Programa Nacional de Salud 2001-2006* estableció una línea de acción específica para lidiar con esta enfermedad. El instrumento guía

es el Programa de Acción de Prevención y Control del Cáncer Cérvico-Uterino que tiene como objetivos principales: i) alcanzar y mantener la detección temprana en por lo menos 80% de la población en riesgo; ii) disminuir en 15% la mortalidad por esta causa; iii) garantizar el tratamiento del 90% de los casos detectados de displasias y cáncer *in situ*, y iv) ofrecer tratamiento al 80% de los casos de cáncer invasor. En 2001, se realizaron 4 280 000 estudios citológicos (Papanicolaou), para una cobertura de 55% en mujeres de 25 a 64 años, lo que permitió detectar 102 598 lesiones premalignas, incluidos 7 625 casos de cáncer invasor.

Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico-Uterino. México 2001



Los estados con mejor desempeño en el Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico-Uterino presentaron cifras mayores de 50% en el índice de desempeño del programa.

Mortalidad y defunciones por cáncer cérvico-uterino. México 1990-2001



En la última década la mortalidad por cáncer cérvico-uterino ha descendido sostenidamente. Sin embargo, la cifra de mortalidad por esta causa continúa siendo más alta que la de muchos países de América.

Programa de Hipertensión Arterial

El índice de desempeño del Programa de Acción de Hipertensión Arterial se construye a partir de la integración ponderada del logro en cuatro indicadores: i) cobertura de detección (30%); ii) calidad de la atención (30%); iii) promoción de la salud (20%), y iv) congruencia de la información (20%).

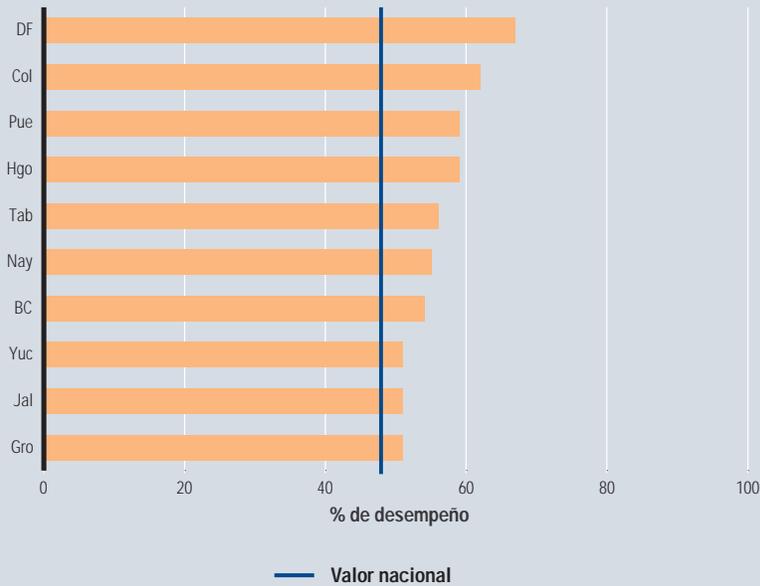
La hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante para muchas enfermedades cardiovasculares, en particular para el infarto agudo del miocardio y las enfermedades cerebrovasculares. Cualquier esfuerzo dirigido a reducir la carga de las enfermedades cardiovasculares debe incluir la prevención primaria y secundaria de la hipertensión arterial. Se estima que en los próximos 10 años morirán alrededor de 20 millones de personas en las Américas debido a las enfermedades cardiovasculares. Casi un cuarto de estas defunciones ocurrirán en personas menores de 60 años.

En México, alrededor del 30% de la población entre los 20 y 69 años padece de hipertensión arterial. Dos terceras partes de esta población desconoce que sufre de este

padecimiento y por lo tanto no toma ningún tipo de medida. El grupo de población con la prevalencia más alta es el de mujeres mayores de 50 años: entre 51 y 63% de esta población sufre de esta enfermedad.

El Programa de Acción para Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial hace uso de diversas estrategias para modificar el riesgo de la población de padecer o morir por estos padecimientos. Entre las acciones que despliega el programa se incluyen la detección oportuna de casos mediante la búsqueda intencionada en usuarios de los servicios de salud, la identificación de grupos de riesgo, y la capacitación continua del personal de salud en el diagnóstico y manejo del paciente hipertenso.

Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Hipertensión Arterial. México 2001



Las calificaciones alcanzadas por las entidades federativas con mejor desempeño en el Programa contra la Hipertensión Arterial indican que este programa aún no se ha consolidado.

Edad promedio de muerte asociada con hipertensión arterial. México 1994-2000



La edad promedio de la muerte asociada con hipertensión arterial en México se ha incrementado lenta pero consistentemente.

Programa de Acción contra Diabetes Mellitus

El índice de desempeño del Programa de Acción de Diabetes

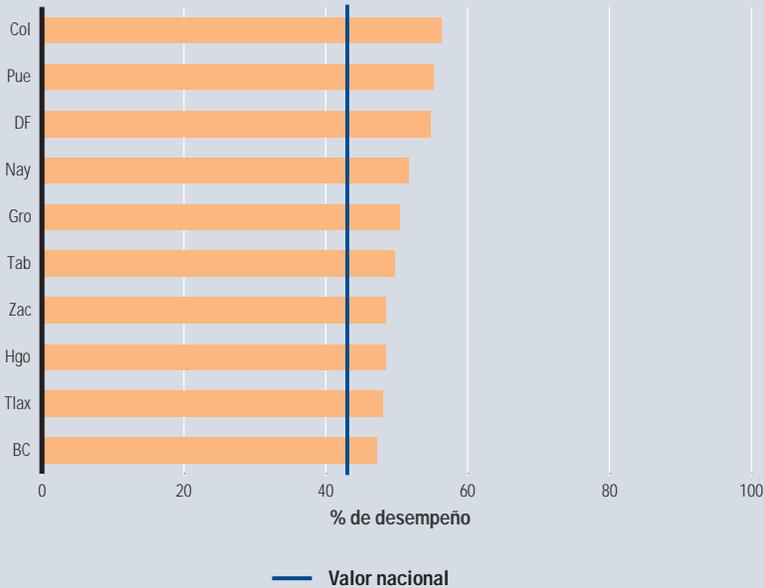
se construye a partir de la integración ponderada del logro en cuatro indicadores: i) cobertura de detección (30%); ii) calidad de la atención (30%); iii) promoción de la salud (20%), y iv) congruencia de la información (20%).

La diabetes se ha convertido en una de las prioridades del sistema nacional de salud debido a la mortalidad y la discapacidad que genera.

El Programa de Acción contra la Diabetes tiene como propósitos centrales prevenir la aparición de la enfermedad o retrasar, en la población susceptible, la edad de inicio del padecimiento, así como prevenir la discapacidad. Dentro de sus principales estrategias se cuentan la difusión de las normas oficiales mexicanas para su prevención y manejo entre la comunidad médica, el desarrollo de cam-

pañías de comunicación educativa dirigidas a prevenir la exposición a factores de riesgo y la explicación de los procedimientos de control a los pacientes diabéticos. El programa también busca facilitar el acceso a información veraz y oportuna al personal de salud involucrado en estas acciones y vigilar que se lleve a cabo periódicamente la evaluación clínica de los pacientes. Un aspecto fundamental de las acciones que realiza este programa es la promoción de estilos de vida saludables, que incluyen el control de peso, la actividad física y la reducción del consumo de alcohol.

Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Acción contra Diabetes Mellitus. México 2001



Las calificaciones alcanzadas por las entidades federativas en el desempeño del Programa contra la Diabetes indican que existe un amplio trecho por recorrer para disminuir la carga de esta enfermedad.

Edad promedio de muerte asociada a diabetes. México 1994-2000



La edad promedio de la muerte asociada con la diabetes ha aumentado ligeramente en los últimos años.

Programa de Acción para la Prevención y Control de la Tuberculosis

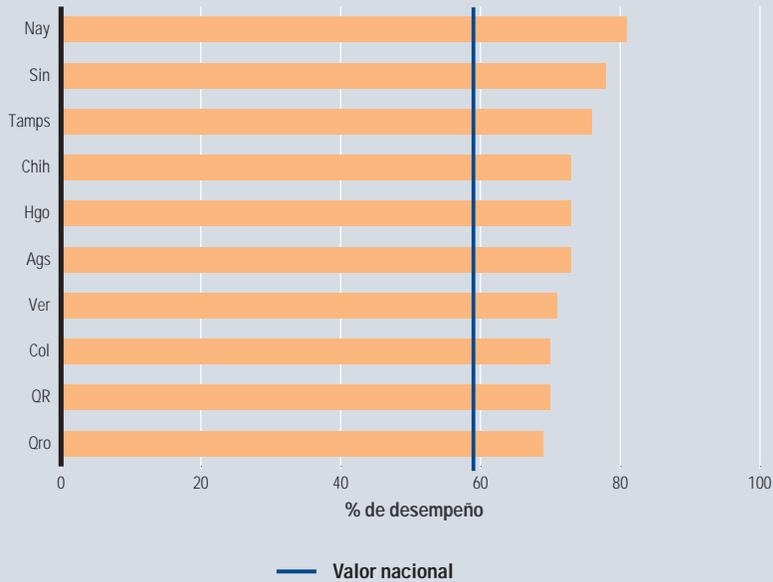
El índice de desempeño del Programa de Acción para la Prevención y Control de la Tuberculosis se construye a partir de la integración ponderada del logro de cinco indicadores: i) cobertura de detección (20%); ii) diagnóstico oportuno (15%); iii) curación (30%); iv) seguimiento adecuado (25%) y, v) productividad de laboratorio (10%).

La tuberculosis ha regresado como problema de salud pública debido sobre todo a la aparición de cepas resistentes a la terapia antimicrobiana y a su asociación con la epidemia de VIH/SIDA.

El Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis tiene como objetivo fundamental disminuir el riesgo de enfermar y morir por esta causa en la población mexicana. Este programa busca garantizar la detección oportuna de casos y sus contactos, el diagnóstico confiable y el tratamiento estricta-

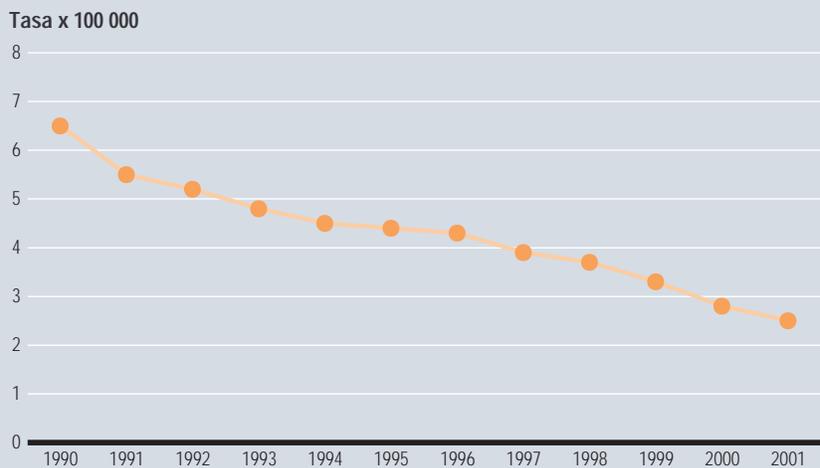
mente supervisado para garantizar la curación de los individuos afectados y prevenir la transmisión de la enfermedad. Otras actividades importantes de este programa son la detección y búsqueda de soluciones para el creciente problema de la farmacorresistencia. De manera particular, el programa ha identificado comunidades en riesgo y fortalecido el sistema de vigilancia epidemiológica y la red de laboratorios, además de ofrecer un programa bi-anual de capacitación, acreditación y certificación de los profesionales de la salud.

Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis. México 2001



Nayarit y Sinaloa han logrado avances particularmente importantes en la prevención y control de la tuberculosis.

Mortalidad por tuberculosis pulmonar. México 1990-2001



La mortalidad por tuberculosis pulmonar ha disminuido consistentemente en los últimos 10 años

Programa de Acción VIH/SIDA e ITS

El índice de desempeño del Programa de Acción VIH-SIDA e ITS,

se construyó a partir de la integración ponderada del logro en cuatro indicadores en el ámbito de responsabilidad de la SSA y un indicador sectorial: i) porcentaje de usuarios activos de condones (20%); ii) porcentaje de detecciones de sífilis en mujeres embarazadas (20%); iii) porcentaje de casos de SIDA registrados oportunamente (20%); iv) gasto por persona viviendo con VIH (20%), y v) pacientes con SIDA que recibe tratamiento antirretroviral (20%).

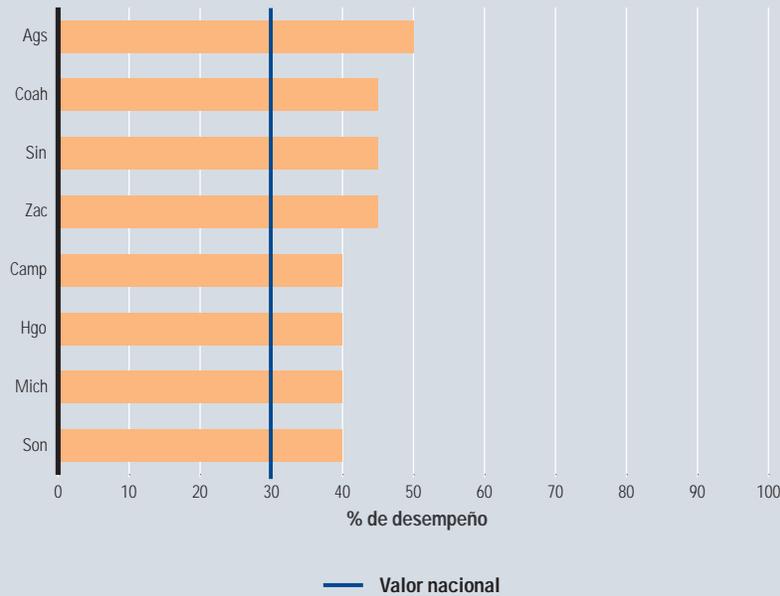
El VIH-SIDA y las infecciones de transmisión sexual (ITS) son problemas de salud pública con enormes impactos bio-psico-sociales. La pobreza y la vulnerabilidad social están íntimamente ligados a estos padecimientos, por lo que las acciones tendientes a modificarlos deben vincularse al desarrollo social y económico del país.

El Programa de Acción VIH/SIDA e ITS está dirigido a planear y coordinar, bajo un ámbito descentralizado, las acciones definidas por consenso entre distintas instituciones y organizaciones, con el objetivo de disminuir el riesgo de contraer esta enfermedad, tratar de manera efectiva los casos, y limitar el impacto .

Los objetivos de este programa son los siguientes: 1) incrementar el uso de medidas preventivas en las poblaciones con prácticas

de riesgo y mayor vulnerabilidad para la adquisición del VIH/SIDA e ITS; 2) disminuir la transmisión sexual y sanguínea del VIH/SIDA e ITS en las poblaciones y entidades federativas más afectadas del país; 3) interrumpir la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis; 4) garantizar a toda la población servicios integrales de detección, tratamiento y seguimiento adecuados de cualquier ITS y VIH en unidades del sector salud; 5) disminuir el impacto social y económico del VIH/SIDA en las personas y comunidades, en un marco de respeto de los derechos humanos y 6) promover la coordinación con instituciones estatales, regionales e internacionales que facilite el ejercicio de la regulación y de la aplicación de políticas que permitan sumar esfuerzos y operar programas que favorezcan las mejores prácticas.

Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Acción VIH-SIDA e ITS.* México 2001



El Programa de Acción VIH/SIDA e ITS en 2001 muestra logros que pueden calificarse de discretos. Las entidades con mejores desempeños obtuvieron calificaciones cercanas a 50% en el indicador compuesto utilizado.

* Existen 6 estados empatados en el noveno lugar con 35 puntos: Colima, Jalisco, Nayarit, Oaxaca, Estado de México y Tamaulipas

Mortalidad por SIDA en población de 25-44 años. México 1990-2000



En México el SIDA ocupa el lugar 16 como causa de muerte. El grupo de población más afectado es el de 25 a 44 años. La tasa de mortalidad por SIDA en este grupo aumentó de 1990 a 2000: pasó de 4.99 a 9.7 por 100 000 habitantes.

Programa de Prevención del Cólera

El índice de desempeño del Programa de Acción para la Prevención del Cólera se contruyó a partir de la integración ponderada del logro en cuatro indicadores: i) cobertura de detección (30%); ii) tratamiento oportuno (40%); iii) cloración del agua (20%), y iv) eficiencia de los laboratorios (10%).

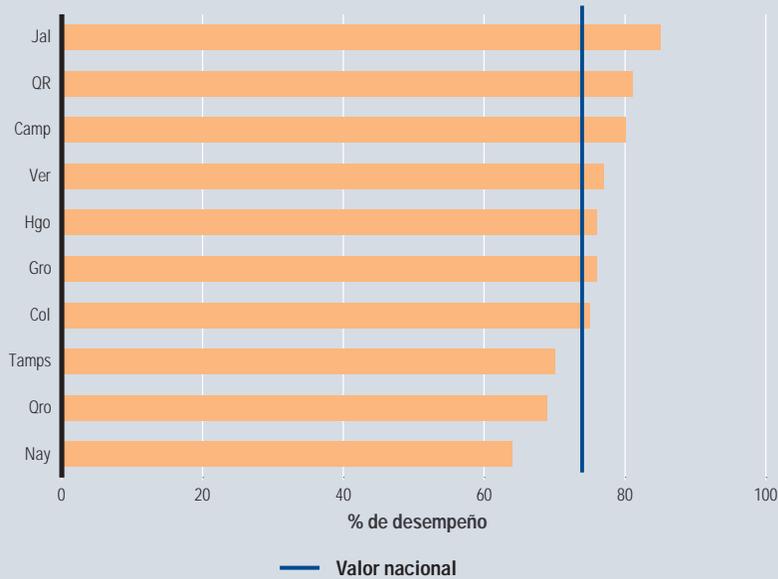
El Programa de Acción para la Prevención del Cólera busca mantener el nivel alcanzado en los últimos años en el control de esta enfermedad. En 2001 se presentó un sólo caso. De hecho, la Organización Mundial de la Salud declaró a México país libre de áreas infectadas por cólera. Sin embargo, la presencia de esta infección en países de la región obliga a mantener una vigilancia estrecha que impida la aparición de nuevos brotes.

Las estrategias básicas del programa son las siguientes: mantener la detección y atención oportunas de casos sospechosos y brotes; fortalecer la capacidad diagnóstica de los laboratorios, y apoyar las acciones de vigilancia en la desinfección del agua para uso y consumo humanos, y la vigilancia de expendios de alimentos.

Las acciones de detección son fundamentales, ya que permiten identificar oportunamente la circulación humana del agente causal mediante la búsqueda activa de la bacteria en pacientes con enfermedad diarreica aguda que solicitan atención médica. Otra herramienta básica es el fortalecimiento de la coordinación interinstitucional e intersectorial en materia de información, que ha permitido el intercambio de datos y el desarrollo de acciones conjuntas.

Un producto agregado del programa ha sido la reducción del número de casos nuevos de diarreas debidos a otros agentes que se transmiten a través del agua.

Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Acción para la Prevención del Cólera. México 2001



En 2001, Jalisco y Quintana Roo tuvieron un desempeño particularmente destacado en lo que se refiere a la prevención y el control del cólera.

Morbilidad por cólera. México 1991-2001



El Programa de Prevención del Cólera redujo significativamente el número de casos nuevos de esta enfermedad a partir de 1996. En 2001 sólo se registró un caso.

Programa de Prevención de la Rabia

El índice de desempeño del Programa de Acción para la Prevención y Control de la Rabia se construyó con la integración ponderada del logro en cinco indicadores: i) cobertura en las Semanas Nacionales de Vacunación (20%); ii) calidad de la atención de agredidos (20%); iii) vigilancia de muestras de laboratorio (20%); iv) promoción de la esterilización (20%), y v) control de la población canina (20%).

La rabia es una enfermedad viral que transmiten los animales a los seres humanos. Los principales vectores de la enfermedad son los perros y otros animales domésticos y salvajes (gatos, lobos, coyotes, zorros y murciélagos). Se estima que en el mundo anualmente ocurren entre 40 000 y 70 000 casos de esta enfermedad y alrededor de 10 millones de personas reciben tratamiento por mordedura de animales sospechosos.

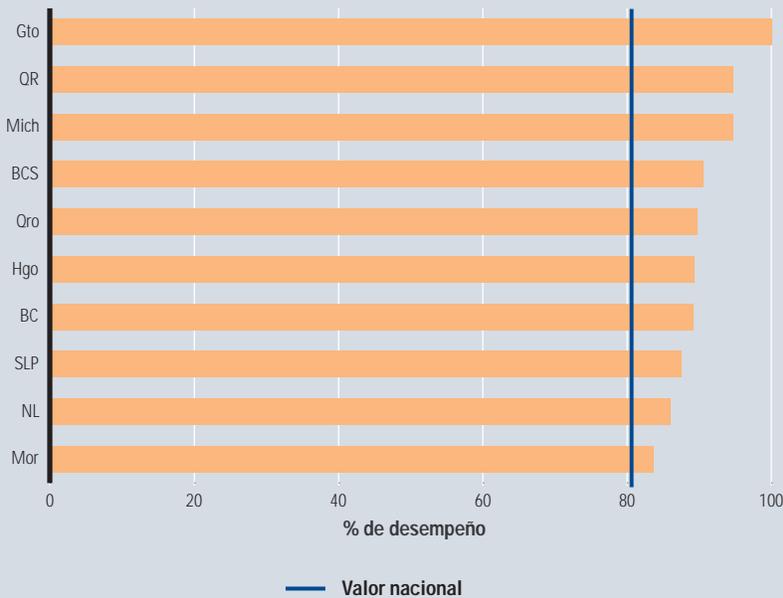
En México, los casos de rabia humana han disminuido consistentemente en los últimos años. En la década de los ochenta se presentaron en promedio 60 casos anuales; en los noventa el promedio fue de 24 casos. A partir de 1998 la cifra de casos cayó a menos de 10 y en 2000 no se presentó ningún caso de rabia humana.

La principal estrategia de control de la rabia es la vacunación de los perros. Aún cuando en México se han hecho enormes progresos en la vacunación canina en cola-

boración con la población, los perros callejeros continúan representando un riesgo alto de transmisión. Además hay áreas geográficas del país, principalmente agrícolas y ganaderas, en donde existe un alto riesgo de transmisión por murciélagos.

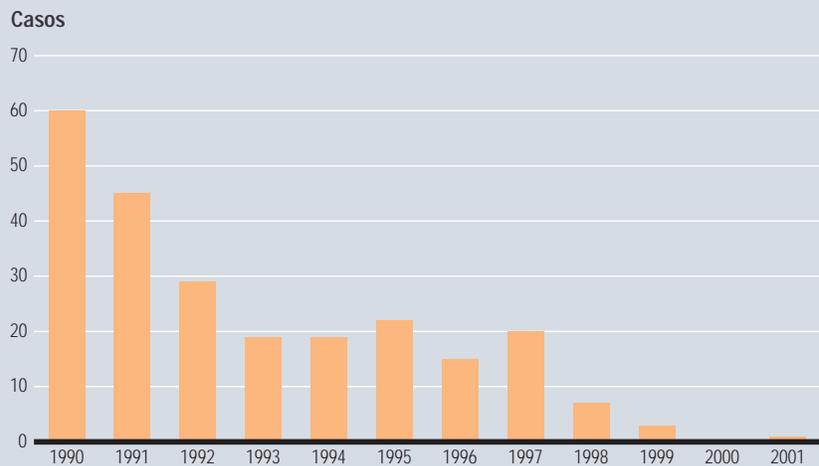
Las actividades de prevención de esta enfermedad están orientadas a interrumpir la transmisión entre animales y eliminar el riesgo en el ser humano, ofrecer atención anti-rábica oportuna y gratuita a toda persona agredida por animales, y promover entre los propietarios de perros la posesión responsable de mascotas a fin de fomentar la sana convivencia con ellas y reducir el número de perros callejeros. En estas acciones se ha buscado la participación de los municipios, que tienen la tarea de estabilizar a la población de perros, y de transformar los centros antirrábicos y las perreras municipales en centros de atención canina.

Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Acción para la Prevención y Control de la Rabia. México 2001



En 2001 las entidades federativas con mejores desempeños en el Programa de Acción para la Prevención y Control de la Rabia alcanzaron índices de desempeño superiores a 80%.

Casos de rabia en humanos transmitida por perros. México 1990-2001.



En el periodo 1990-2001 el número de casos de rabia en humanos transmitida por perros se redujo considerablemente. En 2000 no se presentaron casos de esta enfermedad.

Programa de Acción de Enfermedades Transmitidas por Vector (Paludismo)

El índice de desempeño del Programa de Acción de Enfermedades Transmitidas por Vector (paludismo) se construyó a partir de la integración ponderada del logro en cuatro indicadores: i) vigilancia epidemiológica (15%); ii) cobertura de tratamiento (25%); iii) promoción de la salud (30%), y iv) calidad (30%).

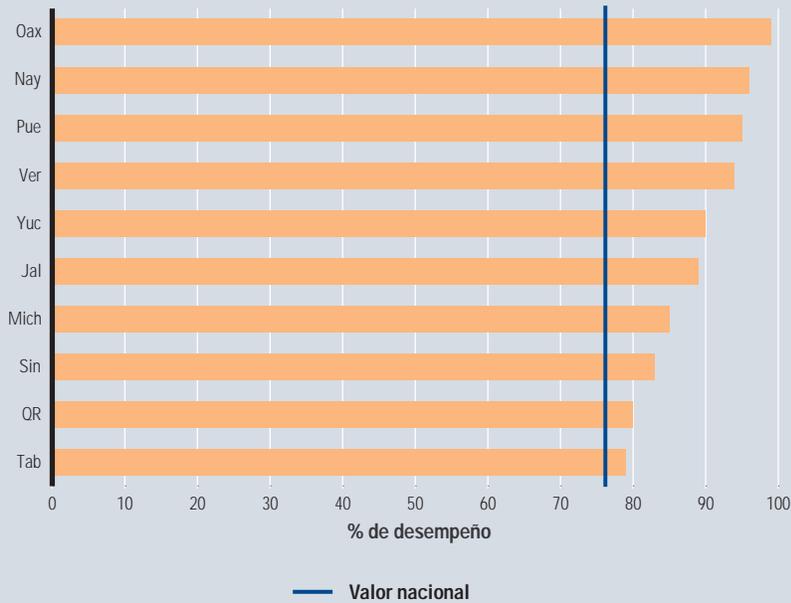
Al igual que el dengue, el paludismo es una enfermedad transmitida por un mosquito que afecta a las poblaciones que habitan en zonas geográficas ubicadas a menos de 2 000 metros de altitud. Las acciones desarrolladas en los últimos años para combatir este padecimiento se han orientado a la curación radical de los enfermos, la eliminación de los principales vectores, y la prevención y control de los brotes epidémicos.

México es el único país endémico que ha eliminado, dentro de sus actividades de control de las poblaciones de mosquitos, el uso de DDT. Desde el año 2000 lo sustituyó por un insecticida piretroide que mejora la efectividad y el costo del rociado. Los servicios de salud también han ampliado las acciones de saneamiento ambiental en comunidades y municipios.

Dentro de las metas del Programa de Acción de Enfermedades Transmitidas por vector 2001-2006 se incluyen la detección oportuna y el control de brotes, y el mantenimiento del número de casos por debajo de 1550 en el 2006.

Este programa cuenta con dos componentes: uno sustantivo, relacionado con la eliminación de focos de transmisión y el control epidemiológico de la endemia en los estados de la frontera sur, y otro estratégico, que fomenta la participación comunitaria en la eliminación de criaderos, el saneamiento básico, y la coordinación con autoridades locales y municipales, incluyendo la concertación de acciones con los países de Centroamérica.

Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Acción de Enfermedades Transmitidas por Vector (Paludismo). México 2001



Las entidades federativas que se ubican en zonas endémicas de paludismo y que tuvieron los mejores desempeños en 2001 presentaron logros de 79% y más en el indicador agregado del programa.

Para reducir el número de casos de paludismo a 1550 o menos en 2006 es necesario anticiparse a los aumentos epidémicos que ocurren cada cierto tiempo.

Casos de paludismo. México 1990-2001



Programa de Acción de Enfermedades Transmitidas por Vector (Dengue)

El índice de desempeño del Programa de Acción de Enfermedades Transmitidas por Vector (Dengue) se construyó a partir de la intergación ponderada del logro en tres indicadores: i) cobertura de localidades con riesgo (40%); ii) notificación oportuna (25%), y iii) localidades con acciones simultáneas con impactos sobre el índice de casos positivos <5% (35%).

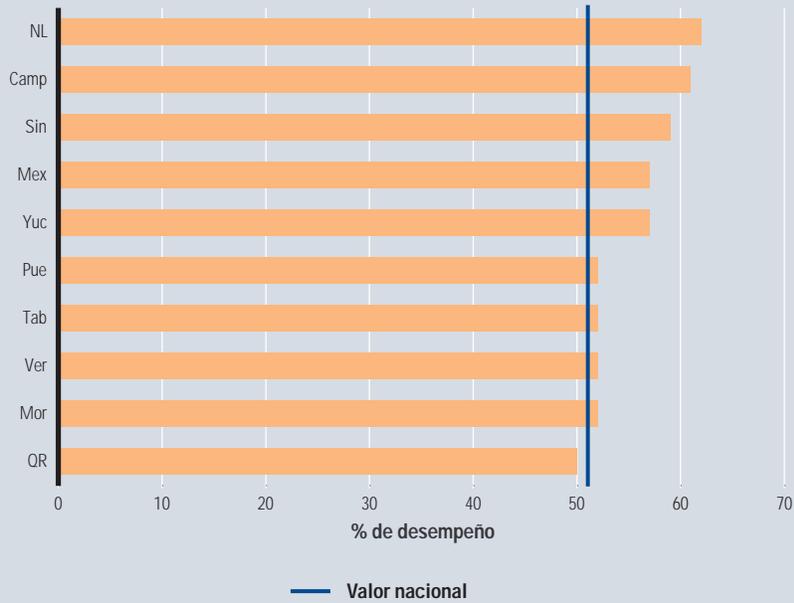
Muchos países de las Américas están enfrentando una emergencia sanitaria debido al aumento de casos de dengue y dengue hemorrágico. En 2001 se presentaron cerca de 610 000 casos, incluidos 15 000 casos de dengue hemorrágico y 115 defunciones. Costa Rica, Venezuela, Brasil y Colombia fueron los países más afectados. México tuvo alrededor de 4 900 casos de dengue, incluidos 312 casos de dengue hemorrágico, con una defunción.

Debido a que no existen vacunas ni medicamentos específicos para tratar la enfermedad, las medidas de control más efectivas son las relacionadas con el saneamiento de las viviendas y sus alrededores, en particular aquellas que impiden la reproducción de los

mosquitos en los depósitos de agua. En este tipo de acciones la corresponsabilidad de la población es fundamental. Por otra parte, las acciones de vigilancia para la detección oportuna de casos y brotes epidémicos debe ser permanente en las áreas de mayor riesgo.

El Programa de Acción de Enfermedades Transmitidas por Vector se ha diseñado para reducir los riesgos y mantener bajo control epidemiológico al dengue y al dengue hemorrágico. Este programa incluye: el control de brotes, el incremento de acciones de prevención y participación municipal; el empoderamiento de la comunidad, y el fortalecimiento de la capacitación y desarrollo humano del personal del programa.

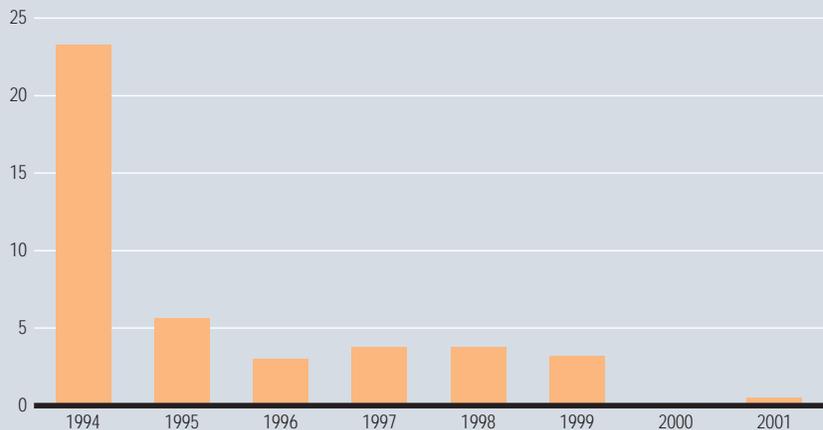
Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Acción de Enfermedades Transmitidas por Vector (Dengue). México 2001



En las entidades federativas donde el dengue es endémico se han alcanzado desempeños promedio de 51%.

Letalidad por dengue. México 1994-2001

Tasa x 100 casos



La meta de esta administración es mantener la tasa de letalidad por dengue hemorrágico por debajo de 3 por cada 100 casos, cifra que se ha logrado durante los dos últimos años.

Salud bucal

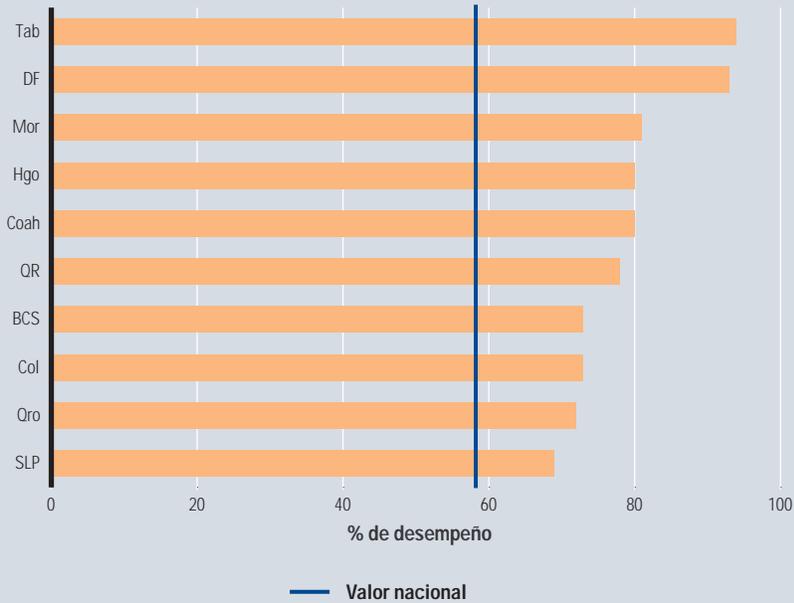
El índice de desempeño del Programa de Acción de Salud Bucal se construyó a partir de la ponderación del logro en tres indicadores: 1) *cobertura* (40%), 2) *calidad de la atención* (30%), y 3) *promoción de la salud* (30%).

México tiene una alta incidencia y prevalencia de enfermedades bucales, principalmente caries dentales y enfermedades periodontales. El Programa de Acción de Salud Bucal pretende reducir esta carga de enfermedad, que afecta principalmente a los pobres, y reducir las brechas existentes entre los distintos grupos poblacionales.

Las acciones que desarrolla este programa están enfocadas a mejorar la salud bucal de la población y a disminuir las enfermedades bucales de mayor incidencia y prevalencia. El programa cuenta con cuatro componentes: i) salud bucal del preescolar y escolar; ii) ac-

ciones curativo-asistenciales; iii) fluoruración de la sal de mesa, y iv) un componente de normatividad. A partir de ellos se busca mantener o recuperar la salud bucal de los preescolares y escolares de 4 a 15 años de edad; disminuir la caries dental en la población, principalmente a través del consumo de sal yodada fluorurada; establecer estrategias para abatir los costos en la atención curativa-asistencial; elevar la calidad de la atención proporcionada a la población, y difundir y vigilar la aplicación de la normatividad en materia de salud bucal.

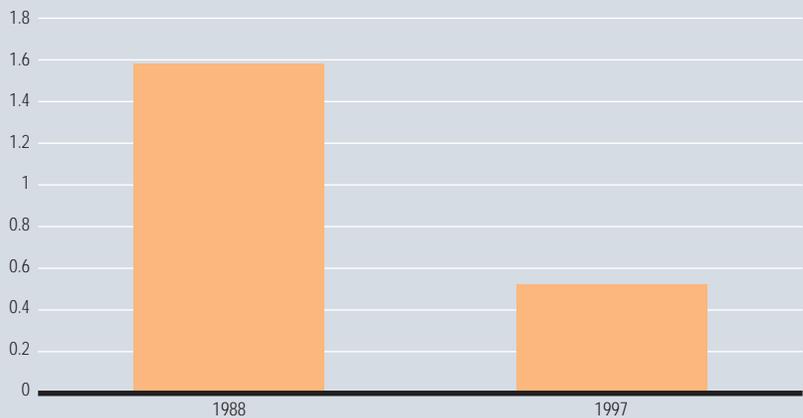
Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Acción de Salud Bucal. México 2001



Las entidades federativas con mejor desempeño en el Programa de Acción de Salud Bucal muestran logros superiores al 60% en el índice compuesto de cobertura, calidad de la atención y promoción de la salud bucal.

Índice de CPOD en escolares de 3-10 años de edad. México 1988 y 1997

Número de dientes afectados



El índice de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados (CPOD) es un buen indicador del estado de salud bucal de la población de 3 a 10 años de edad. Entre 1988 y 1997 la cifra de este índice se redujo significativamente.

Programa de Vacunación

El índice de desempeño del Programa de Vacunación, se construyó a partir de la ponderación del logro en tres indicadores: 1) cobertura (40%), 2) calidad de la atención (30%), y 3) promoción de la salud (30%).

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se establecieron tres metas de vacunación para garantizar un arranque parejo en la vida: i) mantener por arriba de 95% las coberturas de vacunación con esquemas completos en los niños de un año de edad; ii) incrementar a 90% la cobertura de vacunación con dosis de refuerzo en los niños de dos años, y iii) alcanzar una cobertura de 100% de vacunación con toxoide tetánico en embarazadas que viven en zonas de riesgo.

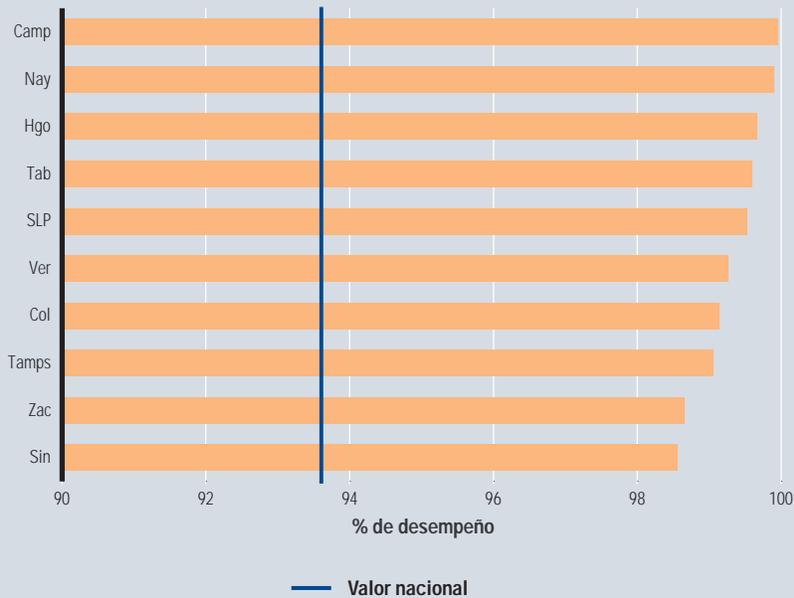
Mantener, y en algunos casos, incrementar las coberturas de vacunación en la población en riesgo es una garantía para consolidar los logros alcanzados hasta ahora en estas actividades de prevención.

El programa de vacunación es uno de los más exitosos en el campo de la salud pública nacional, lo que ha permitido mantener

bajo control las enfermedades que ocasionaban un número considerable de muertes y de discapacidad en la población menor de cinco años. Desde 1998 a la fecha, la cobertura promedio con esquema básico completo en niños de un año de edad ha sido de 93.4 por ciento. Aún cuando se trata de un nivel de cobertura muy aceptable, es imprescindible mantener los esfuerzos para garantizar el máximo control sobre las enfermedades prevenibles por vacunación.

Actualmente el esquema básico completo de vacunación en niños de un año de edad incluye las siguientes dosis de vacunas: tres dosis de antipoliomielítica (Sabin); tres dosis de pentavalente (tétanos, difteria, tos ferina, *haemophilus influenzae* tipo b y hepatitis B); una dosis de BCG y una dosis de triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis).

Entidades con los mejores desempeños en cobertura de vacunación. México 2001



Las entidades federativas con mejor desempeño en las actividades de vacunación han alcanzado más de 95% de cumplimiento en cobertura, calidad y promoción de la salud.

En los últimos cuatro años la cobertura con esquema completo de vacunación se ha mantenido, en promedio, por arriba de 93%.

Cobertura de vacunación con esquema completo en niños de 1 año de edad. México 1991-2001



Prevención y control de las adicciones

El índice de desempeño de los programas contra las adicciones en el ámbito estatal se define como el porcentaje de avance alcanzado por los Consejos Estatales contra las Adicciones en los siguientes aspectos ponderados: i) estructura organizacional; ii) programas estatales; iii) coordinación interinstitucional e intersectorial; iv) recursos humanos y financieros; v) desarrollo normativo, y vi) infraestructura para la atención.

La **cobertura de Programas Municipales contra las Adicciones** se define como el porcentaje de municipios en los que se han instalado Consejos Municipales contra las Adicciones o se desarrollan programas municipales en relación con la totalidad de municipios existentes en la entidad. Se obtiene de dividir el número de municipios que tienen instalados COMCAs o programas contra las adicciones entre el total de municipios de ese estado.

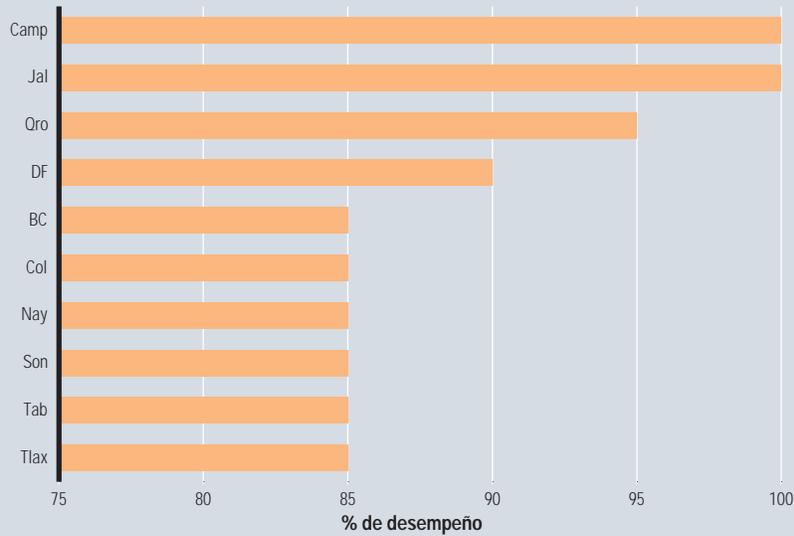
El consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras drogas constituye un fenómeno biopsicosocial complejo con repercusiones nocivas para la salud de los individuos, las familias y la sociedad en general. México se ubica entre los principales países consumidores de alcohol y tabaco del mundo, con prevalencias de 58 y 27.7%, respectivamente. El consumo de drogas ilícitas (5%) no es tan común como en otros países, pero muestra un aumento preocupante.

El *Programa contra las Adicciones 2001-2006* resume las estrategias que las dependencias del gobierno federal y otras instituciones públicas y privadas han convenido para actuar sobre este fenómeno. Las acciones fundamentales del programa incluyen: la colaboración estrecha entre las diversas instancias involucradas en la prevención y atención de las adicciones; el fomento y desarrollo de un mayor número de investigaciones que sus-

tenten el uso de nuevas tecnologías y modelos de intervención; el fortalecimiento de las medidas legislativas para el control de los procesos de producción, distribución y comercialización de las sustancias adictivas, y la colaboración internacional para contrarrestar el avance de este problema.

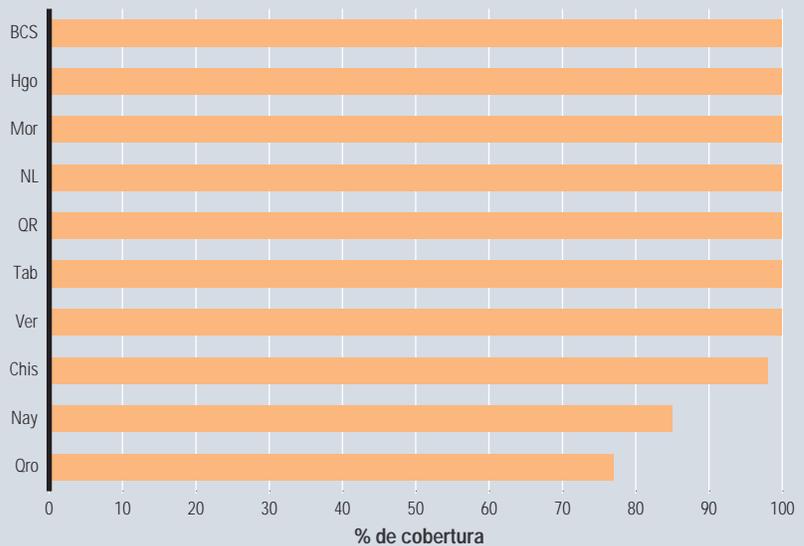
Un elemento básico para contender con las adicciones es fortalecer y consolidar la estructura y operación tanto de los Consejos Estatales como Municipales Contra las Adicciones (CECAs y COMCAs), principalmente en las zonas de alto riesgo. En el momento actual todas las entidades federativas cuentan con CECAs funcionando, aunque con diferentes niveles de efectividad y eficiencia. Sin embargo, en la constitución de los COMCAs todavía se requiere un esfuerzo adicional para lograr su formación y operación, principalmente en los municipios vulnerables.

**Entidades con los mejores desempeños
en el Programa contra las Adicciones. México 2001**



En 2001 se reactivaron todos los Comités Estatales contra las Adicciones.

**Entidades con los mejores desempeños
en comités municipales contra las adicciones.
México 2001**



En 2001 se instalaron 328 comités municipales contra las adicciones que sumados a los 518 ya existentes alcanzan una cobertura de 34.6% del total de los municipios del país.

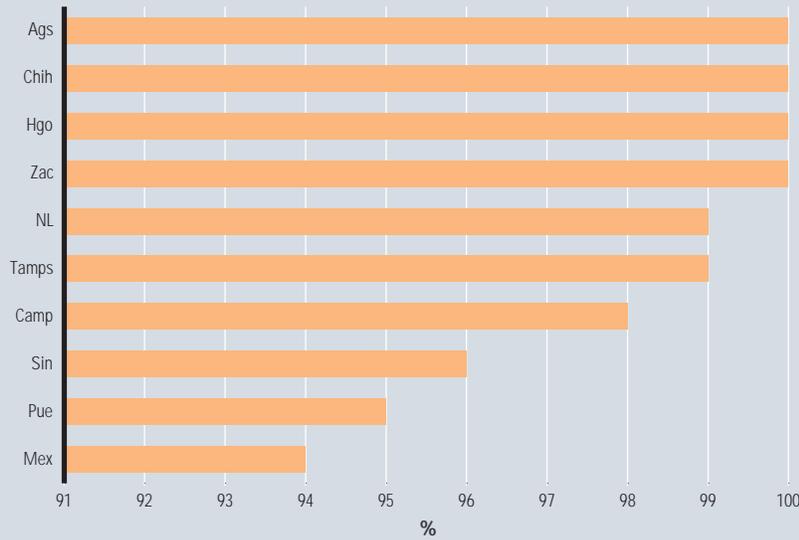
Población con agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humanos

La **población con agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humanos** se define como la proporción de habitantes del país que recibe agua desinfectada con cloro a través de sistema formal de abastecimiento.

La desinfección del agua destinada al uso y consumo humanos inactiva o destruye la mayor parte de los agentes patógenos que se pueden transmitir por esa vía. Por la importancia que tiene este procedimiento para asegurar la calidad higiénica de los sistemas de abastecimiento de agua potable, es esencial medir con frecuencia la concentración de desinfectantes. Por este motivo, la Secretaría de Salud estableció en 1991 el Programa de Monitoreo de Cloro Residual en todas las entidades federativas.

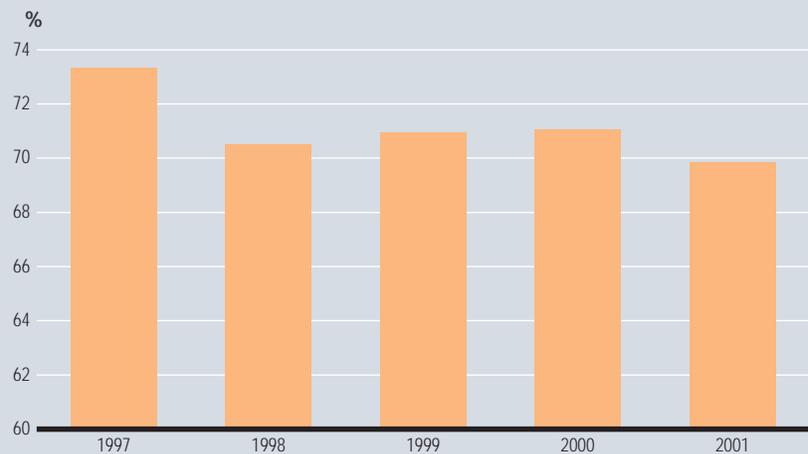
Es importante tener presente que los agentes desinfectantes deben mantener su capacidad de desinfección y eficiencia durante el almacenamiento y la distribución del agua potable. En este sentido, el mantenimiento y la vigilancia del cloro residual tiene dos beneficios: suprimir el crecimiento de organismos dentro del sistema y proteger contra la contaminación que puede producirse a través de conexiones cruzadas o fugas.

Entidades con los mejores desempeños en muestras de agua con cloro residual libre de acuerdo con la norma. México 2001



En 2001 Aguascalientes, Chihuahua, Hidalgo y Zacatecas presentaron cifras de cloro residual libre dentro o por encima de la norma en todas sus determinaciones.

Población con agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humanos. México 1997-2001



Alrededor del 30% de la población del país sigue sin contar con agua de calidad bacteriológica.

Yodación de sal para consumo humano

El desempeño del Programa Nacional de Vigilancia de la Sal se define como la relación entre las muestras de sal obtenidas para su análisis y el número total de muestras comprometidas por los estados. Se obtiene de dividir el número de muestras analizadas entre el número de muestras programadas o comprometidas.

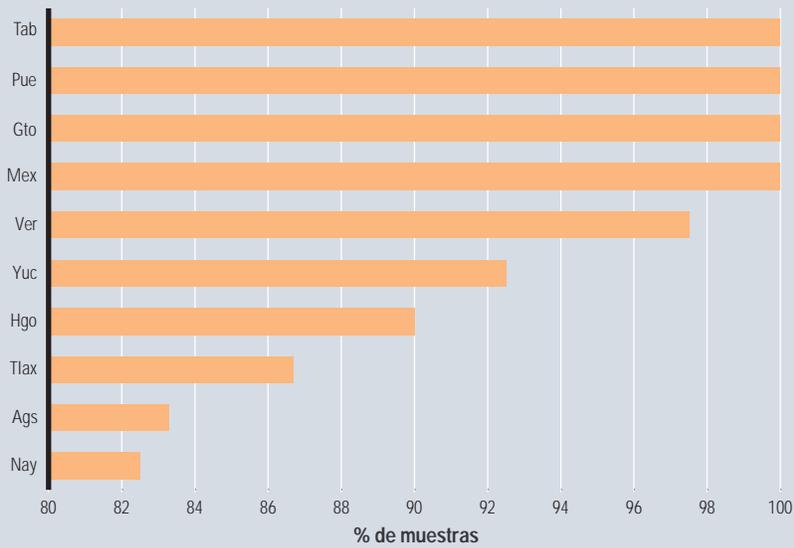
El yodo es un micronutriente esencial para la vida. Su carencia en el organismo propicia inmadurez del cerebro en los niños, que se asocia con retraso mental, sordera y falta de desarrollo. Debido al agotamiento de este elemento en la superficie del planeta, los gobiernos se han visto en la necesidad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

En México se estima que el consumo diario promedio de sal es de 13 gramos por habitante. Para alcanzar el nivel recomendado de consumo se estima que se requiere adicionar 15 miligramos de yodo por kilo en la sal de los puntos de venta. Gracias a estas acciones México ha podido alcanzar la meta de proporcionar a 90% de los hogares las con-

centraciones de yodo en sal necesarias para evitar problemas carenciales. Esto ha sido reconocido en el documento *Progreso hacia la eliminación de los trastornos por carencia de yodo* de la Organización Mundial de la Salud.

Una de las manifestaciones de la carencia de yodo es el crecimiento de la glándula tiroidea, que se conoce como bocio. Este signo es un indicador utilizado en salud pública para vigilar la carencia de este micronutriente, especialmente en la población infantil. La prevalencia encontrada en 2001, tanto a nivel nacional y estatal, muestran que la deficiencia de yodo en México ya no representa un problema de salud pública. Sin embargo, el reto consiste en dar continuidad a los logros alcanzados y mantener la vigilancia epidemiológica en las zonas de mayor riesgo.

Entidades con los mejores porcentajes en la vigilancia de sal para consumo humano con concentraciones adecuadas de yodo. México 2001



Tabasco, Puebla, Guanajuato y el Estado de México fueron las entidades federativas en donde el desempeño para la vigilancia sanitaria del nivel de yodo en la sal para consumo humano alcanzó el 100%.

Los casos nuevos detectados de bocio en la población menor de 15 años se han reducido significativamente desde 1998.

Tasa de incidencia de bocio. México 1994 - 2001

Tasa x 100 000 menores de 15 años



Porcentaje de investigadores dentro del Sistema Nacional de Investigadores

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

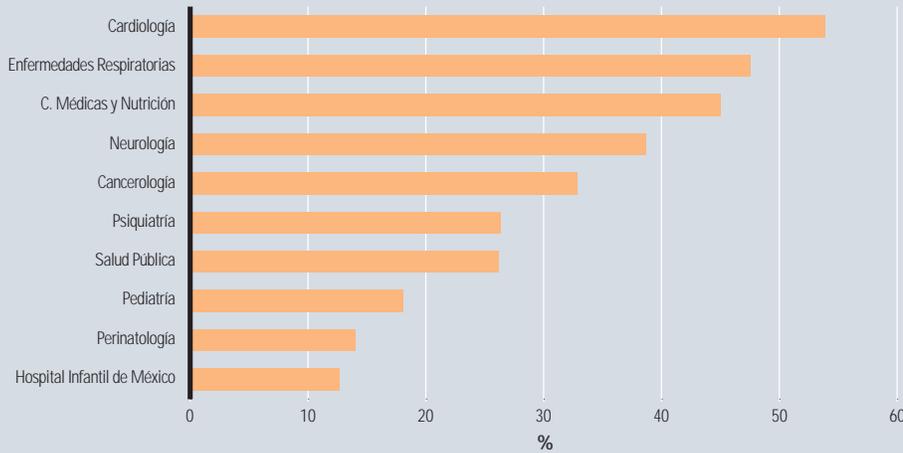
Una de las funciones esenciales de los sistemas de salud es la generación de recursos. Dentro de este rubro se cuentan no sólo los recursos financieros, la infraestructura física, el equipo y los medicamentos; también se incluye la información y el conocimiento.

Para poder producir el conocimiento y la tecnología que requiere el sistema de salud es necesario contar con una masa sólida de investigadores de excelencia. Con el propósito de fortalecer y estimular la eficiencia y la calidad de la investigación en nuestro país, el gobierno mexicano creó en 1984 el Sistema Nacional de Investigadores (SNI). A través sobre todo de estímulos económicos, el SNI ha buscado apoyar a los investigadores de las

instituciones de educación superior y de los centros de investigación que se han destacado en tareas de generación de conocimiento, educativas y de formación de profesores e investigadores. Los investigadores de las instituciones públicas de salud constituyen una parte muy importante de este sistema dentro del área de medicina y ciencias de la salud.

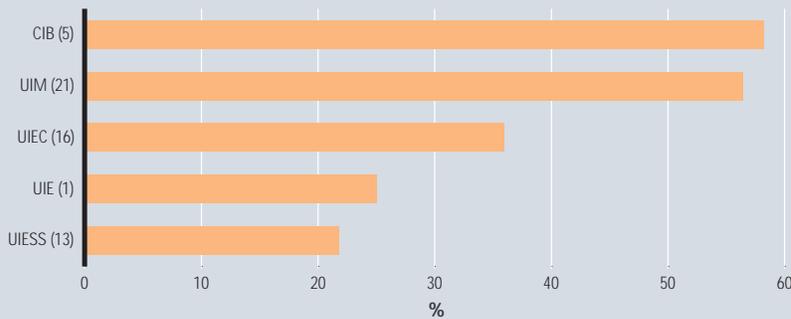
Sin embargo, para atender de mejor manera las necesidades de salud de nuestra población y contribuir a generar ventajas comparativas basadas en el conocimiento en el mundo del siglo XXI, es necesario incrementar la inversión en investigación en salud en México y ampliar no sólo el número sino también la calidad de nuestros investigadores.

Porcentaje de investigadores que están en el Sistema Nacional de Investigadores. Institutos Nacionales de Salud. México 2001



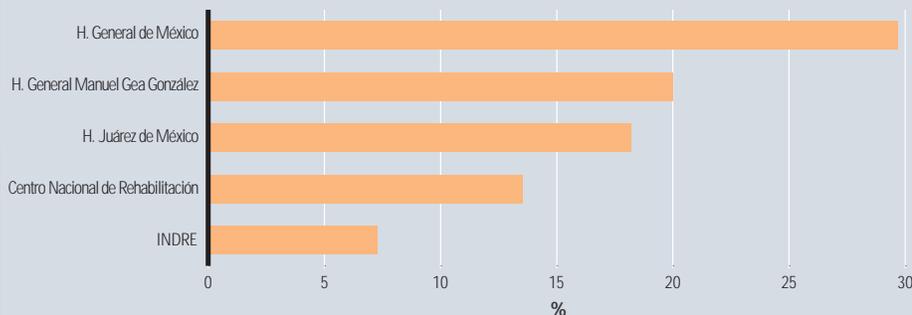
El SNI reporta 826 miembros en el área de medicina y ciencias de la salud; casi dos terceras partes se concentran en los institutos nacionales de salud, el IMSS y los hospitales desconcentrados de la SSA.

Porcentaje de investigadores que están en el Sistema Nacional de Investigadores. IMSS. México 2001



CIB: Centros de Investigación Básica
 UIM: Unidades de Investigación Médica
 UIEC: Unidades de Investigación en Epidemiología Clínica
 UIESS: Unidades de Investigación en Epidemiología y Servicios de Salud
 UIE: Unidades de Investigación en Educación

Porcentaje de investigadores que están en el Sistema Nacional de Investigadores. Hospitales desconcentrados de la SSA. México 2001



Productividad de la investigación en salud

La **productividad en la investigación** se define como el número promedio de artículos publicados por investigador en revistas indizadas en un año.

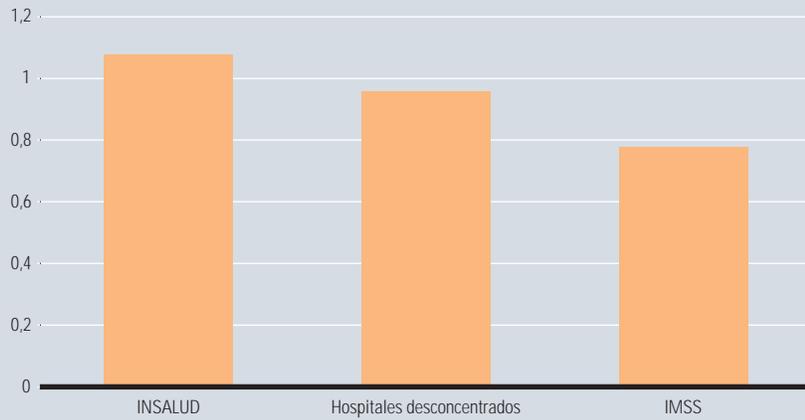
La medición de la productividad en cualquier campo de la investigación constituye una tarea delicada ya que es muy difícil reducir la complejidad de la investigación científica a un indicador numérico. Dos de los indicadores que se han utilizado con este fin son el número de protocolos registrados y el número de publicaciones científicas generadas.

A nivel nacional, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología reporta un total de 24 188 proyectos de investigación registrados. Alrededor de 10% de estos proyectos fueron generados por investigadores de los institutos nacionales de salud, el IMSS y los hospitales desconcentrados de la SSA. La productividad medida a través de este indicador es más alta

en el grupo de investigadores de esta institución que la reportada como promedio por el CONACYT a nivel nacional.

También es digno de resaltarse el hecho de que el campo de la salud genera más del 50% de la producción científica nacional y que la medicina clínica es la segunda disciplina más productiva del país, a juzgar por el número de publicaciones científicas con las que contribuye al total nacional. La productividad promedio de la investigación en salud a nivel nacional (un artículo por investigador por año), sin embargo, está muy por debajo de la productividad de los países desarrollados. Además existen diferencias muy importantes entre instituciones.

Artículos publicados por investigador.
México 2001



Los institutos nacionales de salud presentan la mayor productividad científica en el campo de la salud con poco más de un artículo por investigador por año.

Artículos publicados en revistas indizadas de los
Institutos Nacionales de Salud y el IMSS. México 1994-2001



El número de artículos publicados por investigadores de los institutos nacionales de salud y del IMSS se ha incrementado de manera consistente en los últimos años.

Anejos Estadísticos



Notas metodológicas

■ Anexo I.1

Las cifras de **esperanza de vida al nacimiento, mortalidad infantil y mortalidad en menores de 5 años** corresponden a las estimaciones realizadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) dentro de sus proyecciones 1995–2050.

La mortalidad infantil y la mortalidad en menores de 5 años están expresadas como la probabilidad de morir que tiene un recién nacido antes de cumplir un año de vida o antes de cumplir los cinco años. Las estimaciones del CONAPO corrigen el problema del sub-registro de las defunciones, así como el registro extemporáneo de los nacimientos. Para más detalles véase: *Proyecciones de la Población de México, de las Entidades Federativas, de los Municipios y de Localidades, 1995-2050*, CONAPO, 2000

Un valor de 25 en la probabilidad de muerte en menores de 1 año en un lugar determinado indica que, en ese lugar, de cada 1 000 niños nacidos vivos, el número más probable de muertes en un año será de 25. El mismo razonamiento se aplica para el indicador mortalidad en menores de 5 años.

■ Anexo I.2

Las tasas de mortalidad presentadas en el anexo número I.2 son estimaciones realizadas por la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño a partir de los datos preliminares del SEED (Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones) y de la base preliminar de datos de mortalidad del INEGI. Los denominadores utilizados correspondieron a la población estimada por el CONAPO. Las únicas excepciones fueron las cifras de mortalidad por SIDA recopiladas e informadas por el CENSIIDA y la morbilidad por tuberculosis pulmonar generada con información de la Dirección General de Epidemiología.

■ Anexo I.3

La **brecha en mortalidad infantil** se construyó con los resultados de las diferencias absolutas de la probabilidad de muerte en menores de 1 año entre los municipios más marginados y menos marginados al interior de los estados.

La **brecha en mortalidad por enfermedades del rezago epidemiológico** se obtuvo mediante dos procedimientos: 1) los municipios al interior de los estados se agruparon según nivel de marginación, formándose un grupo con los municipios de alta y muy alta marginación y otro con los municipios de baja o muy baja marginación. En estos grupos se calcularon las respectivas tasas de mortalidad por estas causas y 2) se compararon las tasas de ambos grupos mediante el procedimiento de razón de tasas. Esto es una división simple donde el numerador fue la tasa de mortalidad de los municipios de alta y muy alta marginación y el denominador la tasa de mortalidad de los municipios de baja y muy baja marginación. Los resultados que se obtienen con este procedimiento conducen a tres interpretaciones posibles: 1) la razón de tasas puede ser igual a 1; en este caso no hay diferencias entre ambas tasas y la conclusión es que el nivel de marginación no se asocia con la

mortalidad por estas causas; 2) la razón de tasas puede ser mayor que 1; en este caso habría que señalar que la mortalidad está asociada con un nivel de marginación alto o muy alto, y 3) la razón de tasas puede ser menor que 1; en este caso se puede decir que el nivel de marginación alto o muy alto “evita” una mayor mortalidad. La interpretación de estos resultados se debe hacer con cautela dado que se están realizando comparaciones simples sin considerar otras variables que pueden explicar la variabilidad de las tasas de mortalidad. Hay que considerar, entre otros factores, los relacionados con la cobertura y notificación de las defunciones que pueden ser diferentes entre los municipios.

En las enfermedades del rezago epidemiológico se incluyen: las enfermedades infecciosas, las asociadas con las deficiencias en la nutrición y las relacionadas con la reproducción.

La **brecha en la mortalidad por enfermedades no transmisibles** se calculó con el mismo procedimiento anterior. La excepción fue que para el cálculo de la razón de tasas el numerador correspondió a la tasa de mortalidad de los municipios de baja y muy baja marginación y el denominador a la tasa de los municipios de alta y muy alta marginación. La interpretación de los resultados es similar al de la brecha anterior con la excepción que aquí la comparación se establece a partir de la tasa de mortalidad de los municipios de baja y muy baja marginación.

En este grupo se incluyen todas aquellas causas de mortalidad que tienen que ver con padecimientos crónicos como: diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, cirrosis del hígado, enfermedades cerebrovasculares, por citar algunas.

En el cálculo de la **brecha en la mortalidad por causas externas** se repitió el mismo procedimiento utilizado en la brecha de mortalidad por enfermedades del rezago epidemiológico y la interpretación de los resultados corresponde a lo señalado en ese rubro.

En este grupo de enfermedades se incluyen: las defunciones por accidentes, suicidios y homicidios.

■ Anexo 1.4

Los indicadores **porcentaje de hogares con acceso a agua potable** y **porcentaje de hogares con acceso a infraestructura sanitaria** se construyeron con información derivada del Censo 2000. El porcentaje de hogares con agua potable considera la disponibilidad de agua entubada en el terreno de la vivienda y los hogares con infraestructura sanitaria se refieren a aquellos donde se cuenta con drenaje, fosa o letrina, independientemente del tipo de desagüe que este servicio tenga.

■ Anexo 1.5

Los indicadores **tiempo de espera en consulta externa** y **tiempo de espera en urgencias** se construyeron con información proporcionada por la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios y los datos presentados reflejan únicamente los logros de las unidades médicas participantes en la Cruzada en las 28 entidades federativas que se han incorporado a este esfuerzo. Los tiempos de espera y el porcentaje de usuarios satisfechos son promedios de las diferentes mediciones realizadas en el año en las unidades médicas participantes en las diferentes entidades. Hasta mayo del año 2001, 3 516 unidades médicas participaban en la Cruzada: 3 037 de primer nivel y 479 de segundo nivel. Por instituciones participantes, el número de unidades médicas es el siguiente: 2 153 de la SSA, 897 del IMSS, 338 del ISSSTE y 128 unidades adicionales de otras instituciones.

■ Anexo I.6

El **gasto público en salud** se compone del gasto en población asegurada y en población no asegurada. El **gasto en salud en población no asegurada** comprende el gasto del gobierno federal a través del ramo 12 y el FASSA del ramo 33, así como las aportaciones de las entidades federativas (a partir de 1999) para el financiamiento de la salud. El **gasto en salud en población asegurada** incluye el gasto en salud del IMSS, ISSSTE y PEMEX. En todos los casos, las cifras son presentadas en pesos del 2001.

Los recursos de la SSA que provienen del ramo 12, excluyendo los recursos destinados al Programa de Ampliación de Cobertura, Progresá e IMSS-Solidaridad –mismos que son adjudicados directamente a las entidades federativas– fueron distribuidos por entidad federativa utilizando distintos criterios de prorrato: el Hospital General “GEA González” y el Hospital General de México se distribuyeron con base en procedencia de consultas de primera vez; los Institutos Nacionales de Salud, con base en procedencia de los egresos hospitalarios y, finalmente, lo correspondiente a Áreas Mayores, Órganos Desconcentrados, Organismos Descentralizados se distribuyó tomando como base la población no asegurada de cada entidad federativa.

El indicador **gasto público en salud per cápita por tipo de población** se construyó dividiendo el gasto público en salud entre la población asegurada y no asegurada. Para calcular el gasto per cápita para población no asegurada se utilizó el gasto en salud en población no asegurada mientras que para población asegurada se utilizó el gasto en salud en población asegurada. Las poblaciones, tanto para no asegurados como asegurados, fueron estimadas por la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño y corresponden al final del año de referencia.

El indicador **gasto público en salud como porcentaje del gasto público** se construyó dividiendo el gasto público en salud entre el gasto público. Se utilizó como aproximación del gasto público el gasto programable del gobierno federal en clasificación funcional reportado en el Primer Informe de Gobierno del 2001. Se estimó el gasto programable desagregado por entidad federativa, utilizando un prorrato basado en las proporciones estatales de los años anteriores una vez descontada la proporción del gasto programable no distribuible por entidad federativa respecto del gasto programable nacional del año 2001 reportado en el Primer Informe de Gobierno del 2001.

El indicador **gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB)** se construyó dividiendo el gasto público en salud entre el PIB. Se estimó el PIB desagregado por entidad federativa, utilizando un prorrato basado en las proporciones estatales de los años anteriores una vez descontada la proporción de los impuestos a los productos que no se distribuyen por entidad federativa respecto del PIB nacional reportado por Banco de México e INEGI para el año 2001.

El indicador **distribución del gasto en salud para población no asegurada (relación entre las aportaciones estatales y federales)** se construyó empleando la información del gasto en salud proveniente de fondos federales (ramo 12 y ramo 33) y de los recursos propios de las entidades federativas destinados a los servicios de salud. La información referente a aportaciones estatales fue proporcionada por las áreas de planeación de cada uno de los estados y proviene de las aperturas programáticas y/o las cuentas públicas de las Secretarías de Finanzas estatales.

El indicador **protección financiera** se construyó dividiendo el gasto en salud por la capacidad de pago, tomando como unidad de medida el hogar. El gasto en salud tiene dos componentes: el prepago y el gasto de bolsillo. El primero

incluye la estimación del gasto del gobierno en salud destinado a cada hogar, las contribuciones a la seguridad social destinadas a salud y el pago por seguros privados. El gasto de bolsillo incluye los gastos en atención médica y medicamentos financiados con recursos del hogar. La capacidad de pago es el remanente del gasto total en todos los bienes y servicios y las contribuciones a la seguridad social una vez descontados el gasto de subsistencia (línea de pobreza) y/o el gasto en alimentación (sin incluir bebidas alcohólicas y tabaco) y el pago de impuestos indirectos (impuesto al valor agregado e impuestos especiales a la producción y los servicios). Se utilizó como línea de pobreza dos dólares de los E.U. diarios por cada miembro del hogar. Se determinó que un hogar tuvo gastos catastróficos por motivos de salud si éste destinó más del 30% de su capacidad de pago al financiamiento del gasto en salud. Se dividió a la hogares por quintiles de ingreso y tipo de aseguramiento. Se definió como “hogar asegurado” si al menos un miembro del hogar tuvo prestaciones médicas del IMSS, ISSSTE, PEMEX, SECMAR, SEDENA, seguros privados y seguros médicos de universidades. Las fuentes de información fueron: Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) de INEGI, Ley del IMSS, Ley del ISSSTE, Boletín de Información Estadística de la SSA, Leyes Fiscales del año 2000, Cuentas Nacionales de Salud de la DGIED, Cuenta de la Hacienda Pública de la SHCP, Estadísticas Económicas de INEGI y Banco de México y el Primer Informe de Gobierno de Gobierno del año 2001.

Anexo I.7

- Los indicadores relacionados con recursos y servicios se construyeron con datos de los sistemas regulares de información de la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. La disponibilidad de camas y médicos hace referencia únicamente a los servicios proporcionados por el Sector Público, exceptuando los servicios médicos prestados por PEMEX.

Los valores presentados en los indicadores relacionados con cobertura de vacunación fueron proporcionados por los Consejos Estatales de Prevención y Control de Enfermedades.

Anexo I.8

- El **porcentaje de nacimientos atendidos en unidades médicas** se obtuvo de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000, tomando como referencia el periodo 1997-2000. Los cálculos se refieren al último hijo nacido vivo de cada mujer.

Para obtener el **porcentaje de nacimientos por cesárea** se recopiló la información correspondiente a los registros de nacimientos por cesárea en las diversas instituciones del Sector Público por entidad federativa. Adicionalmente se estimaron los nacimientos por cesárea en el sector privado calculando la cifra nacional de cesáreas realizadas en este sector de acuerdo a la tendencia de 1995 a la fecha y dividiendo la cifra obtenida de acuerdo a la distribución de las cesáreas realizadas en unidades privadas durante 1999.

ANEXO 1.1

Entidad federativa	Esperanza de vida*		Mortalidad infantil**		Mortalidad en menores de 5 años**	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nacional	73.43	77.89	26.89	21.02	30.38	24.10
Aguascalientes	74.48	78.79	23.40	18.28	26.16	20.62
Baja California	74.55	78.69	23.47	18.34	26.26	20.71
Baja California Sur	74.34	78.82	23.54	18.40	26.35	20.80
Campeche	72.81	77.25	27.51	21.96	32.49	26.51
Coahuila	74.18	78.78	23.77	18.61	26.68	21.10
Colima	74.45	78.83	23.39	18.26	26.13	20.59
Chiapas	70.45	75.17	33.40	27.10	43.60	36.81
Chihuahua	73.90	78.22	24.87	19.60	28.31	22.61
Distrito Federal	75.34	79.63	21.33	16.41	23.30	17.99
Durango	72.86	77.46	27.17	21.65	31.92	25.97
Guanajuato	73.29	77.49	26.59	21.13	30.98	25.09
Guerrero	71.20	76.06	31.20	25.20	39.12	32.67
Hidalgo	72.23	76.82	28.83	23.12	34.75	28.61
Jalisco	74.39	78.75	23.56	18.42	26.38	20.82
México	74.44	78.80	23.44	18.31	26.20	20.66
Michoacán	73.04	77.15	27.37	21.83	32.25	26.28
Morelos	73.80	78.49	24.60	19.36	27.91	22.24
Nayarit	73.17	77.88	26.19	20.78	30.35	24.51
Nuevo León	74.99	79.09	22.44	17.41	24.80	19.37
Oaxaca	70.58	75.17	33.24	26.97	43.26	36.50
Puebla	72.00	76.87	29.05	23.31	35.13	28.97
Querétaro	73.40	77.74	26.11	20.71	30.22	24.39
Quintana Roo	73.97	77.94	25.16	19.86	28.75	23.02
San Luis Potosí	72.32	76.79	28.76	23.06	34.63	28.50
Sinaloa	73.22	78.20	25.70	20.34	29.57	23.79
Sonora	73.95	78.78	24.05	18.86	27.09	21.48
Tabasco	73.09	77.52	26.80	21.32	31.32	25.41
Tamaulipas	73.84	77.84	25.46	20.13	29.20	23.44
Tlaxcala	73.68	77.79	25.71	20.35	29.58	23.80
Veracruz	72.02	76.58	29.44	23.66	35.84	29.63
Yucatán	72.42	76.91	28.48	22.81	34.14	28.04
Zacatecas	72.49	77.01	28.25	22.61	33.74	27.67

*Fuente: CONAPO

**Presentada como probabilidad de muerte x 1 000; fuente: CONAPO

ANEXO I.2

Entidad federativa	EDAS*		IRAS*		Cáncer cervico- uterino** D05****	Cáncer mamario** D06****	Isquémicas del corazón*** I20-I25****		Cerebrovasculares***		Diabetes mellitus***	
	A00-A09****		J00 - J22****				I60 - I69****		E10 - E14****			
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres			Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres		
Nacional	22.20	17.00	36.30	28.20	18.96	14.7	46.36	35.98	22.80	25.31	44.54	52.72
Aguascalientes	9.40	8.10	4.70	8.10	13.14	14.64	32.94	30.53	23.44	21.35	41.02	50.39
Baja California	12.20	9.90	40.10	29.00	17.80	16.53	82.83	50.42	22.68	21.39	40.21	44.14
Baja California Sur	26.30	13.80	48.20	32.10	19.80	14.22	74.52	38.46	15.86	19.96	50.96	46.73
Campeche	2.40	17.10	4.80	7.30	24.80	7.54	42.02	32.36	24.47	20.74	23.67	30.70
Coahuila	12.40	10.60	17.50	13.70	14.45	22.23	60.99	41.34	23.37	25.87	49.48	58.84
Colima	20.10	3.60	10.00	7.10	21.11	14.68	58.98	41.95	20.26	26.50	44.51	65.51
Chiapas	57.90	48.50	33.30	40.00	24.97	7.52	16.72	16.34	8.20	9.65	14.13	22.92
Chihuahua	15.60	14.40	37.40	29.40	18.88	20.11	68.45	53.01	22.50	27.48	42.36	60.20
Distrito Federal	10.20	8.70	41.20	30.70	14.60	22.91	72.41	68.22	26.62	36.52	72.10	79.63
Durango	7.50	3.30	7.50	6.70	19.78	12.99	42.32	33.78	18.01	23.48	44.21	54.50
Guanajuato	27.50	18.30	28.10	18.30	15.52	11.33	35.35	27.21	23.05	26.48	54.50	64.48
Guerrero	13.30	11.70	10.90	7.80	20.35	8.85	23.42	18.37	14.97	19.68	28.78	35.37
Hidalgo	16.10	7.90	21.40	21.30	14.10	12.49	24.07	18.56	21.59	23.70	39.17	50.97
Jalisco	12.70	11.80	18.20	15.60	20.84	18.27	51.94	42.33	24.66	28.73	49.30	52.18
México	32.60	25.40	86.50	65.10	15.55	11.95	31.04	24.68	18.65	21.83	45.35	51.57
Michoacán	14.80	10.60	21.90	16.70	20.40	13.39	37.07	28.80	21.57	24.14	39.45	50.20
Morelos	11.30	11.60	10.20	15.10	27.68	10.73	46.53	38.13	22.15	23.47	40.09	45.53
Nayarit	11.10	11.50	1.80	13.40	30.06	13.11	49.68	34.96	26.83	26.87	31.86	43.91
Nuevo León	4.80	4.50	12.40	12.40	12.53	21.03	71.59	49.29	29.72	30.01	38.44	48.54
Oaxaca	45.10	37.10	41.80	23.60	23.48	9.09	31.76	27.82	28.25	30.42	32.79	36.47
Puebla	47.70	29.10	81.40	63.40	22.69	10.41	31.98	26.99	24.54	26.12	50.28	55.49
Querétaro	18.40	19.00	36.80	16.70	14.72	12.44	38.40	27.19	19.57	21.49	40.31	45.89
Quintana Roo	20.80	21.90	9.50	8.00	19.57	7.29	25.47	13.37	10.89	10.45	18.73	29.89
San Luis Potosí	21.90	14.70	26.00	25.90	21.67	11.92	34.81	26.87	27.80	24.58	42.93	50.43
Sinaloa	4.20	2.20	7.70	8.80	18.93	15.78	64.19	48.30	24.44	22.42	42.13	46.62
Sonora	21.70	10.50	18.60	17.80	15.43	20.43	88.97	57.94	24.52	19.46	45.41	55.06
Tabasco	15.80	14.50	22.80	19.90	23.30	10.39	37.81	28.12	20.67	19.74	37.91	48.55
Tamaulipas	11.70	5.40	17.50	6.10	19.08	17.50	69.26	45.63	25.83	21.83	50.60	60.53
Tlaxcala	22.30	19.50	85.60	62.10	19.51	11.67	25.56	19.03	26.37	24.15	54.97	57.64
Veracruz	22.00	16.00	29.00	21.90	24.38	11.49	35.78	27.10	25.19	26.30	47.12	56.01
Yucatán	20.90	15.90	20.90	14.80	30.50	12.25	76.78	58.38	35.70	38.11	28.49	48.92
Zacatecas	10.40	8.40	23.10	7.20	12.18	16.16	45.99	36.98	21.99	32.76	36.87	44.11

* Tasa x 100 000 menores de 5 años

** Tasa x 100 000 mujeres mayores de 25 años

*** Tasa x 100 000 habitantes

**** Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión

ANEXO I.2

Entidad federativa	Cirrosis hepática*		Suicidios		Homicidios	
	K70.2, 70.3, 71.7, 74 76.1**		X60 - X84**		X85 - Y09**	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nacional	33.06	10.20	5.83	1.04	18.45	2.46
Aguascalientes	19.60	3.18	4.79	1.41	3.54	0.80
Baja California	27.58	6.11	7.02	0.50	31.10	2.51
Baja California Sur	18.27	4.38	15.18	1.05	12.65	2.62
Campeche	38.03	13.00	13.99	2.16	15.87	1.08
Coahuila	20.30	6.93	6.36	0.63	7.42	1.13
Colima	32.20	8.83	10.67	1.88	16.00	3.00
Chiapas	19.61	8.91	2.32	0.43	12.51	2.02
Chihuahua	27.11	6.74	12.38	2.02	32.30	3.85
Distrito Federal	32.11	11.61	6.80	0.95	16.55	2.39
Durango	17.01	6.78	4.34	1.47	19.09	1.23
Guanajuato	28.91	7.14	6.14	1.13	8.54	1.59
Guerrero	19.87	6.36	2.75	1.26	40.95	4.61
Hidalgo	52.91	17.65	4.72	0.88	7.50	1.32
Jalisco	27.65	8.34	7.17	1.66	12.99	1.58
México	42.05	13.02	2.52	0.72	28.29	4.76
Michoacán	22.83	6.22	4.73	1.68	24.34	2.37
Morelos	35.39	13.61	3.29	0.84	26.92	2.65
Nayarit	15.93	8.30	3.75	1.01	21.10	0.81
Nuevo León	18.17	7.05	6.42	0.88	4.03	1.37
Oaxaca	50.17	11.83	3.59	0.75	34.41	4.25
Puebla	65.94	16.26	3.01	0.99	13.44	1.87
Querétaro	51.94	11.80	5.05	1.20	12.27	2.13
Quintana Roo	22.21	7.78	11.64	1.52	16.39	1.77
San Luis Potosí	18.39	5.06	7.97	0.85	18.95	2.72
Sinaloa	14.76	5.14	5.35	0.65	36.39	2.52
Sonora	21.69	7.42	10.72	1.10	16.49	1.37
Tabasco	21.45	7.80	14.54	3.37	9.23	1.24
Tamaulipas	20.22	6.37	8.94	0.67	13.63	3.16
Tlaxcala	38.95	13.54	2.55	0.00	8.94	2.75
Veracruz	52.95	14.54	5.75	0.62	11.47	1.29
Yucatán	40.96	25.73	11.23	1.83	3.46	1.10
Zacatecas	14.88	4.36	4.57	0.40	10.44	0.27

* Tasa x 100 000 habitantes

**Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión

ANEXO I.2

Entidad federativa	Mortalidad por SIDA*		Incidencia de tuberculosis pulmonar** A15 - A19***
	Hombres	Mujeres	
Nacional	17.0	2.9	16.16
Aguascalientes	12.6	1.3	7.00
Baja California	27.6	6.3	53.97
Baja California Sur	17.3	1.6	22.88
Campeche	15.6	2.9	11.20
Coahuila	12.0	1.4	6.22
Colima	10.9	4.6	23.88
Chiapas	14.9	4.2	34.02
Chihuahua	16.9	3.2	17.09
Distrito Federal	25.7	2.9	6.89
Durango	10.1	1.8	15.24
Guanajuato	8.9	2.5	5.05
Guerrero	22.9	5.7	34.51
Hidalgo	10.4	2.1	13.64
Jalisco	21.0	2.7	10.91
México	12.2	2.2	4.32
Michoacán	9.2	2.0	7.04
Morelos	20.6	3.1	10.91
Nayarit	20.4	3.7	29.89
Nuevo León	13.8	1.6	31.08
Oaxaca	17.7	2.8	21.57
Puebla	18.5	2.7	7.96
Querétaro	7.2	0.9	13.65
Quintana Roo	26.1	5.8	21.39
San Luis Potosí	10.9	2.1	14.06
Sinaloa	15.9	0.8	27.29
Sonora	8.2	1.1	22.57
Tabasco	19.6	2.8	21.05
Tamaulipas	12.9	2.5	37.44
Tlaxcala	11.8	2.0	4.26
Veracruz	30.4	5.2	26.38
Yucatán	21.4	2.0	8.99
Zacatecas	4.8	1.0	3.95

* Tasa por 100 000 habitantes entre 25 y 44 años.

** Casos nuevos por 100 000 habitantes

*** Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión

Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/SSA

ANEXO I.3

Entidad federativa	Brecha en mortalidad infantil*	Brecha en mortalidad por enfermedades del rezago**	Brecha en mortalidad por enfermedades no transmisibles**	Brecha en mortalidad por causas externas**
Nacional		1.70	1.51	1.20
Aguascalientes	6.60	1.16	1.05	0.93
Baja California	5.00	0.80	0.86	0.87
Baja California Sur	4.50	1.02	0.97	0.90
Campeche	20.90	0.99	2.07	0.86
Coahuila	13.10	1.04	0.94	1.30
Colima	11.60	1.47	1.00	1.26
Chiapas	37.00	1.21	1.59	0.94
Chihuahua	41.00	1.42	2.06	2.33
Distrito Federal	4.60	0.74	1.72	0.71
Durango	33.10	1.34	1.14	1.90
Guanajuato	18.80	2.56	0.85	2.96
Guerrero	46.60	1.19	1.53	1.20
Hidalgo	29.10	1.32	1.47	0.58
Jalisco	31.50	1.15	0.85	1.46
México	21.50	2.56	0.70	1.39
Michoacán	23.20	0.83	1.44	1.51
Morelos	14.70	0.97	1.29	1.15
Nayarit	36.60	2.16	2.09	2.70
Nuevo León	19.50	1.05	1.17	1.16
Oaxaca	41.70	2.12	1.03	1.19
Puebla	37.90	1.67	1.12	1.18
Querétaro	21.10	1.42	0.90	1.65
Quintana Roo	17.10	0.88	0.81	1.14
San Luis Potosí	31.20	1.99	1.32	0.74
Sinaloa	19.70	1.33	1.15	1.39
Sonora	15.50	1.69	0.98	1.27
Tabasco	13.40	1.08	1.13	1.26
Tamaulipas	22.80	0.72	0.96	1.09
Tlaxcala	13.50	1.68	1.13	0.83
Veracruz	41.90	1.03	1.68	1.02
Yucatán	25.70	1.25	1.76	1.27
Zacatecas	17.90	0.98	0.92	1.11

*Diferencia absoluta en la probabilidad de muerte en menores de 1 año

** Razón de Tasas entre los municipios agrupados por nivel de marginación

ANEXO I.4

Entidad federativa	Porcentaje de hogares con acceso a agua potable*	Porcentaje de hogares con infraestructura sanitaria*
Nacional	89.04	89.64
Aguascalientes	98.92	94.96
Baja California	97.93	97.91
Baja California Sur	95.9	96.62
Campeche	88.83	85.44
Coahuila	96.66	96.09
Colima	97.48	96.80
Chiapas	70.16	80.24
Chihuahua	99.23	93.76
Distrito Federal	99.23	97.96
Durango	91.35	84.87
Guanajuato	96.04	82.39
Guerrero	56.05	65.45
Hidalgo	93.88	82.33
Jalisco	98.64	93.80
México	93.87	90.80
Michoacán	86.76	87.91
Morelos	94.98	91.29
Nayarit	86.19	89.53
Nuevo León	98.04	97.80
Oaxaca	46.16	81.87
Puebla	76.78	87.87
Querétaro	94.45	81.71
Quintana Roo	97.03	92.14
San Luis Potosí	76.55	88.10
Sinaloa	93.69	89.43
Sonora	98.58	95.19
Tabasco	81.79	89.17
Tamaulipas	96.79	97.09
Tlaxcala	97.78	88.48
Veracruz	67.84	89.52
Yucatán	95.49	77.26
Zacatecas	87.46	77.74

* Fuente: Censo 2000

ANEXO I.5

Entidad federativa	Tiempo de espera en primer nivel*	Tiempo de espera en urgencias*
Nacional	22.44	17.39
Aguascalientes	38.60	19.76
Baja California	30.65	18.48
Baja California Sur	19.09	20.17
Campeche	16.68	17.82
Coahuila	24.37	6.87
Colima	No participa en la Cruzada	
Chiapas	26.67	14.95
Chihuahua	No participa en la Cruzada	
Distrito Federal	No participa en la Cruzada	
Durango	24.08	9.23
Guanajuato	38.92	39.25
Guerrero	25.11	13.29
Hidalgo	25.26	21.93
Jalisco	19.81	76.63
México	20.70	16.91
Michoacán	38.87	47.27
Morelos	24.03	6.04
Nayarit	20.32	8.23
Nuevo León	29.65	17.82
Oaxaca	26.32	21.95
Puebla	22.56	18.42
Querétaro	26.82	22.27
Quintana Roo	33.60	19.13
San Luis Potosí	25.50	16.76
Sinaloa	19.43	11.14
Sonora	17.50	11.00
Tabasco	25.21	30.66
Tamaulipas	No participa en la Cruzada	
Tlaxcala	19.27	14.44
Veracruz	21.87	17.45
Yucatán	31.47	21.90
Zacatecas	16.38	8.41

*Tiempo promedio de espera en minutos

*Fuente: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

ANEXO I.6

Entidad federativa	Gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto ^{1/}	Gasto público en salud como porcentaje del gasto público ^{2/}	Gasto público en salud per cápita por condición de aseguramiento ^{3/}		Aportaciones estatales y federales para el financiamiento de la salud ^{4/}	
			Asegurados	No asegurados	Estatal	Federal
EUM	2.8	17.2	2,008.2	1,110.4	12,087,978.2	43,450,217.6
Aguascalientes	3.0	15.0	1,672.0	1,726.8	146,533.6	455,238.1
Baja California	2.3	20.6	1,929.6	881.4	0.0	724,675.3
Baja California Sur	4.2	20.7	3,123.8	2,443.2	12,863.0	306,434.0
Campeche	2.3	7.7	2,255.5	1,741.2	80,422.7	543,234.7
Coahuila	2.7	20.7	1,889.7	1,718.5	123,703.0	719,015.2
Colima	3.6	12.1	2,050.1	1,513.8	13,985.7	336,053.6
Chiapas	4.2	13.7	1,387.7	799.2	18,508.6	2,543,430.3
Chihuahua	2.2	23.1	1,716.7	1,119.8	12,000.0	1,110,958.5
Distrito Federal	2.9	12.9	4,928.6	2,330.0	2,730,043.2	4,337,133.1
Durango	3.4	18.0	1,581.9	1,363.5	6,754.1	843,632.3
Guanajuato	3.0	23.7	1,511.8	641.9	336,047.7	1,478,639.9
Guerrero	3.7	17.0	1,595.2	844.3	20,366.6	1,934,853.0
Hidalgo	3.8	14.2	1,482.1	1,012.4	37,134.0	1,471,102.1
Jalisco	2.9	32.9	1,751.1	1,143.3	1,150,426.1	2,171,404.9
México	3.0	36.3	984.3	1,476.3	3,611,686.0	5,662,752.9
Michoacán	3.0	18.7	1,445.7	547.2	51,462.5	1,516,484.9
Morelos	3.0	22.4	1,898.5	867.6	101,319.0	685,364.7
Nayarit	4.9	20.0	2,019.4	1,110.7	18,274.0	546,887.6
Nuevo León	2.0	25.5	1,937.0	1,253.5	214,010.8	911,785.3
Oaxaca	4.0	15.3	1,085.1	839.0	36,700.0	2,137,085.7
Puebla	2.8	24.6	1,652.2	630.3	221,656.8	1,981,591.6
Querétaro	2.2	19.9	1,513.2	1,043.6	35,000.0	638,030.0
Quintana Roo	2.4	26.5	2,107.5	1,639.0	98,110.5	498,948.8
San Luis Potosí	3.1	20.9	1,511.4	888.2	73,679.4	1,093,981.4
Sinaloa	3.5	17.1	1,631.3	1,295.5	227,758.1	950,347.6
Sonora	3.0	22.2	1,840.8	2,001.3	505,556.0	893,679.1
Tabasco	5.5	13.5	2,116.2	1,621.0	1,049,120.3	896,127.5
Tamaulipas	3.2	17.6	2,007.5	1,316.1	155,869.2	1,200,044.7
Tlaxcala	4.2	22.0	1,502.1	842.3	32,000.0	472,543.3
Veracruz	4.0	15.4	2,038.8	840.5	883,910.0	2,714,023.9
Yucatán	4.2	22.1	1,985.7	1,267.6	28,233.3	909,822.3
Zacatecas	3.9	19.8	1,456.6	909.4	46,095.9	764,911.2

El gasto público en salud incluye el ramo 12 y ramo 33 (FASSA) de la SSA, IMSS, ISSSTE, PEMEX y las aportaciones de las entidades destinadas a los servicios de salud. El gasto de la SSA que proviene del ramo 12 fue desagregado por entidad federativa, utilizando distintos criterios de prorrateo, excluyendo los recursos destinados a Programa de Ampliación de Cobertura, Progresá e IMSS-Solidaridad en virtud de que ya están distribuidos por entidad federativa.

1/El producto interno bruto por entidad federativa se estimó por medio de un prorrateo basado en años anteriores aplicado al producto interno bruto nacional del año 2001, una vez descontado el 8% correspondiente a impuestos netos de los productos. Información proporcionada por INEGI.

2/El gasto público corresponde con el gasto programable del sector público presupuestario en clasificación funcional. El gasto programable comprende los sectores central y paraestatal. Se excluye las aportaciones al ISSSTE, así como los subsidios y transferencias a organismos y empresas de control presupuestario directo del Distrito Federal. Información tomada del Primer Informe de Gobierno 2001. El gasto programable por entidad federativa se estimó por medio de un prorrateo basado en años anteriores aplicado al gasto programable total autorizado del año 2001.

3/Población estimada por la DGIED a partir del Censo 2000. Poblaciones a final del periodo.

4/Cifras expresadas en miles de pesos de 2001.

ANEXO I.7

Entidad federativa	Médicos por 1 000 habitantes*	Camas censables por 1 000 habitantes*	Cobertura de vacunación en niños de 1 año**	Cobertura de vacunación en niños de 1-4 años**	Consultas por consultorio*	Cirugías por quirófano*
Nacional	1.14	0.74	93.62	97.78	23.31	2.82
Aguascalientes	1.41	0.76	88.99	96.63	25.51	3.61
Baja California	0.91	0.60	93.00	97.29	25.04	3.52
Baja California Sur	2.21	1.40	89.38	95.03	21.78	1.85
Campeche	1.42	0.90	99.95	99.96	21.98	2.62
Coahuila	1.22	0.92	94.77	98.42	29.47	2.93
Colima	1.61	0.87	99.14	99.59	17.53	3.97
Chiapas	0.77	0.41	93.28	97.43	19.02	2.41
Chihuahua	0.98	0.78	95.61	98.64	24.72	2.84
Distrito Federal	2.64	1.87	66.54	88.61	24.48	2.19
Durango	1.36	0.79	94.28	98.14	22.00	3.56
Guanajuato	0.78	0.50	96.17	98.30	23.62	4.11
Guerrero	0.99	0.49	95.81	98.76	16.95	2.52
Hidalgo	1.00	0.51	99.67	99.89	20.19	3.44
Jalisco	1.22	0.92	89.67	96.75	24.72	2.14
México	0.65	0.48	90.17	96.93	27.30	3.63
Michoacán	0.88	0.50	98.28	99.48	23.79	2.52
Morelos	1.08	0.52	98.38	99.47	21.74	3.53
Nayarit	1.32	0.67	99.90	99.95	20.48	2.86
Nuevo León	1.09	0.80	94.57	97.99	26.29	4.32
Oaxaca	0.86	0.49	96.68	98.92	16.80	2.54
Puebla	0.78	0.55	96.78	98.83	22.08	2.63
Querétaro	1.09	0.52	97.42	98.89	25.11	4.59
Quintana Roo	1.36	0.66	94.92	98.37	20.85	2.79
San Luis Potosí	0.94	0.56	99.53	99.85	24.08	3.85
Sinaloa	1.23	0.81	98.56	99.57	30.62	2.58
Sonora	1.30	0.97	92.60	97.60	24.28	2.43
Tabasco	1.28	0.60	99.60	99.83	21.00	2.78
Tamaulipas	1.31	0.89	99.06	99.66	24.82	3.22
Tlaxcala	1.17	0.55	97.69	99.21	22.59	3.05
Veracruz	0.98	0.57	99.27	99.76	20.84	2.96
Yucatán	1.30	0.88	96.46	98.78	36.49	3.30
Zacatecas	0.98	0.52	98.66	99.61	21.29	2.65

* Fuente: DGIED/SSA. Incluye sólo médicos y camas del sector público excepto PEMEX

** Fuente: Consejos Estatales de Prevención y Control de Enfermedades

Anexo I.7

Institución	Cirugías por quirófano*	Consultas por consultorio*	Total camas*	Total médicos*
SSA	2.13	16.11	32,008	51,646
ISSSTE	2.36	25.69	6,819	15,574
IMSS	3.94	43.56	28,951	41,105
IMSS-Solidaridad	4.32	15.78	1,959	5,540

*Fuente: DGIED/SSA

ANEXO I.8

Entidad federativa	Porcentaje de partos atendidos en unidades médicas*	Porcentaje de nacimientos por cesárea**
Nacional	86.40	36.15
Aguascalientes	96.80	36.69
Baja California	95.90	34.99
Baja California Sur	97.00	35.59
Campeche	80.80	33.70
Coahuila	96.50	36.08
Colima	95.60	38.05
Chiapas	45.40	28.20
Chihuahua	95.80	33.19
Distrito Federal	97.60	43.29
Durango	91.20	31.16
Guanajuato	93.40	34.58
Guerrero	69.70	27.53
Hidalgo	86.20	33.25
Jalisco	98.30	36.58
México	93.70	35.28
Michoacán	86.90	33.26
Morelos	85.10	39.63
Nayarit	89.80	29.74
Nuevo León	97.00	47.47
Oaxaca	59.00	31.42
Puebla	77.90	35.82
Querétaro	95.20	35.88
Quintana Roo	82.60	35.71
San Luis Potosí	89.00	28.84
Sinaloa	96.40	39.79
Sonora	95.30	36.17
Tabasco	70.40	34.83
Tamaulipas	92.90	37.75
Tlaxcala	89.30	33.53
Veracruz	75.20	34.34
Yucatán	78.30	40.50
Zacatecas	89.80	26.55

* Fuente: ENSA 2000

** Fuente: DGIED/SSA

ANEXO II.1

Entidades federativas con los mejores desempeños	Índice de compromiso con la Cruzada por la Calidad	Cruzada Nacional por la Calidad*				Arbitraje médico**	
		Unidades de primer nivel por institución con los mejores desempeños	Índice de desempeño en trato	Unidades con servicios de urgencias por institución con los mejores desempeños	Índice de desempeño en trato	Entidades federativas con Comisiones Estatales de Arbitraje	Valores alcanzados***
Zacatecas	93.33	SSA		Hospital SSA		Aguascalientes	100.0
Veracruz	88.33	CSU 8 Apizaco, Tlax	87.50	HG 60 Tapachula, Chis	68.75	Colima	100.0
Sinaloa	87.08	CSU 5 Los Pinos, Ver	81.25	HG Jerez, Zac	62.50	Guanajuato	100.0
Querétaro	82.50	CSU 6 Tarimoya, Ver	81.25	HG Acapulco, Gro	62.50	Guerrero	100.0
Nuevo León	77.42	CSU 6 Iturralde, Ver	81.25	HG San Francisco, Nay	62.50	Jalisco	100.0
Tlaxcala	75.83	CSU 6 de la Garza, Monterrey, NL	68.75	HG 30 Escuinapa, Sin	62.50	México	100.0
Baja California	63.33	CSU 5 Ixtlan del Río, Nay	62.50	HG 30c Alamos, Son	62.50	Michoacán	100.0
Hidalgo	44.17	CSU 4 SL Río Colorado, Son	62.50	HG SL Río Colorado, Son	62.50	Morelos	100.0
Tabasco	44.17	CSU 2 Bañón, Zac	62.50	HG 30 Sabinas Hgo, NL	56.25	Nayarit	100.0
Morelos	43.75	CSU 3 Ojo Caliente, Zac	62.50	HG 80c Tlaxcala, Tlax	56.25	Puebla	100.0
		CSU 4 Terán, Tuxtla Gtz, Chis	56.25	HG 30c Morelos, Ags	50.00	Querétaro	100.0
						San Luis Potosí	100.0
		IMSS		Hospital IMSS		Sinaloa	100.0
		UMF 14 Cancún Sur, QR	99.34	HGZMF 13 Cd. Acuña, Coah	100.00	Tabasco	100.0
		UMF 13 Cancún Norte, QR	98.03	HGZ 1 Tepic, Nay	99.74	Veracruz	100.0
		UMF 24 Tepic, Nay	97.63	HGR 220 Toluca, Méx.	98.94	Yucatán	100.0
		UMFH 12 Dolores Hidalgo, Gto	94.34	HGSMF 8 Tuxpan, Nay	97.81	Baja California	50.0
		UMF 49 Celaya, Gto	91.55	HGSMF 14 Cancún Sur, QR	96.05	Quintana Roo	50.0
		UMF 61 Naucalpan, Méx	83.42	HGZUMF 58 Las Margaritas, Méx	94.95	Tamaulipas	50.0
		UMF 223 Lerma, Méx	83.29	HGZMF 1 Chetumal, QR	88.04		
		UMF 82 Urdinola Saltillo, Coah	83.07	HGZMF 3 Salamanca, Gto	87.50		
		UMF 73 Saltillo, Coah	78.93	HGZMF 2 Saltillo, Coah	86.32		
		UMF 25 Tepic, Nay	60.66	HGZMF 2 Irapuato, Gto	69.75		
		ISSSTE		Hospital ISSSTE			
		UMF Texcoco, Mex	37.50	SM de Allende, Gto	81.25		
		UMF S. M. de Allende, Gto	93.75	Zacatecas, Zac	81.25		
		UMF Jérez, Zac	81.25	«Dr. S. Ramón y Cajal», Dgo	50.00		
		UMF Durango, Dgo	62.50	Sabinas, Coah	43.75		
		UMF Delicias, Chih	43.75	Tepic, Nay	43.75		
		UMF Cuernavaca, Mor	56.25	Clínica Hospital, Sin	43.75		
		Sabinas, Coah	56.25	Cd Juárez, Chih	31.25		
		Montemorelos, NL	75.00	Cuernavaca, Mor	31.25		
		«Dr. J. Canovas», Nay	56.25	Monterrey, NL	25.00		
				Texcoco, Mex	12.50		

* Fuente: Subsecretaría de Innovación y Calidad, SSA

** Fuente: Comisión Nacional de Arbitraje Médico

*** Se asignó un valor de 100 a las entidades cuyas Comisiones Estatales fueron creadas y se encuentran funcionando, y un valor de 50 aquellas entidades donde sólo se crearon pero aún no prestan servicios.

ANEXO II.2

Salud reproductiva		Cáncer cérvico-uterino		Hipertensión arterial		Diabetes mellitus		Tuberculosis		VIH/SIDA e ITS*	
Entidades federativas con los mejores desempeños	% de desempeño	Entidades federativas con los mejores desempeños	% de desempeño	Entidades federativas con los mejores desempeños	% de desempeño	Entidades federativas con los mejores desempeños	% de desempeño	Entidades federativas con los mejores desempeños	% de desempeño	Entidades federativas con los mejores desempeños	% de desempeño
Nacional	81.2	Nacional	54.7	Nacional	48.0	Nacional	43.0	Nacional	59.0	Nacional	30.0
Quintana Roo	89.3	Zacatecas	70.1	Distrito Federal	67.0	Colima	56.3	Nayarit	81.0	Aguascalientes	50.0
Nuevo León	88.8	Baja California Sur	68.9	Colima	62.0	Puebla	55.2	Sinaloa	78.0	Coahuila	45.0
Chihuahua	88.3	Jalisco	66.3	Hidalgo	59.0	Distrito Federal	54.7	Tamaulipas	76.0	Sinaloa	45.0
Distrito Federal	87.4	San Luis Potosí	65.6	Puebla	59.0	Nayarit	51.6	Aguascalientes	73.0	Zacatecas	45.0
Puebla	85.9	Tlaxcala	61.9	Tabasco	56.0	Guerrero	50.4	Hidalgo	73.0	Campeche	40.0
México	85.6	Tabasco	59.5	Nayarit	55.0	Tabasco	49.7	Chihuahua	73.0	Hidalgo	40.0
Hidalgo	85.4	Veracruz	58.9	Baja California	54.0	Zacatecas	48.5	Veracruz	71.0	Michoacán	40.0
Durango	85.3	Quintana Roo	58.4	Guerrero	51.0	Hidalgo	48.4	Quintana Roo	70.0	Sonora	40.0
Tamaulipas	85.3	Hidalgo	57.9	Jalisco	51.0	Tlaxcala	48.0	Colima	70.0		
Veracruz	84.2	Distrito Federal	57.1	Yucatán	51.0	Baja California	47.2	Querétaro	69.0		

* Existen 6 estados empatados en el noveno lugar con 35 puntos: Colima, Jalisco, México, Nayarit, Oaxaca y Tamaulipas.

Fuente: Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, SSA

ANEXO II.2

Cólera		Rabia		Paludismo		Dengue		Salud bucal		Vacunación	
Entidades federativas con los mejores desempeños	% de desempeño	Entidades federativas con los mejores desempeños	% de desempeño	Entidades federativas con los mejores desempeños	% de desempeño	Entidades federativas con los mejores desempeños	% de desempeño	Entidades federativas con los mejores desempeños	% de desempeño	Entidades federativas con los mejores desempeños	% de desempeño
Nacional	74.0	Nacional	80.6	Nacional	76.0	Nacional	51.0	Nacional	58.0	Nacional	93.6
Jalisco	85.0	Guanajuato	100.0	Oaxaca	99.0	Nuevo León	62.0	Tabasco	94.0	Campeche	100.0
Quintana Roo	81.0	Michoacán	94.6	Nayarit	96.0	Campeche	61.0	Distrito Federal	93.0	Nayarit	99.9
Campeche	80.0	Quintana Roo	94.6	Puebla	95.0	Sinaloa	59.0	Morelos	81.0	Hidalgo	99.7
Veracruz	77.0	Baja California Sur	90.6	Veracruz	94.0	México	57.0	Coahuila	80.0	Tabasco	99.6
Guerrero	76.0	Querétaro	89.7	Yucatán	90.0	Yucatán	57.0	Hidalgo	80.0	San Luis Potosí	99.5
Hidalgo	76.0	Hidalgo	89.2	Jalisco	89.0	Morelos	52.0	Quintana Roo	78.0	Veracruz	99.3
Colima	75.0	Baja California	89.1	Michoacán	85.0	Puebla	52.0	Baja California Sur	73.0	Tamaulipas	99.1
Tamaulipas	70.0	San Luis Potosí	87.5	Sinaloa	83.0	Tabasco	52.0	Colima	73.0	Colima	99.1
Querétaro	69.0	Nuevo León	86.0	Quintana Roo	80.0	Veracruz	52.0	Querétaro	72.0	Zacatecas	98.7
Nayarit	64.0	Morelos	83.6	Tabasco	79.0	Quintana Roo	50.0	San Luis Potosí	69.0	Sinaloa	98.6

Fuente: Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, SSA

ANEXO II.3

Programa contra las Adicciones	
Entidades federativas con los mejores desempeños	% de desempeño
Campeche	100.0
Jalisco	100.0
Querétaro	95.0
Distrito Federal	90.0
Baja California	85.0
Colima	85.0
Nayarit	85.0
Sonora	85.0
Tabasco	85.0
Tlaxcala	85.0

Fuente: Consejo Nacional contra las Adicciones

ANEXO II.4

Agua de calidad bacteriológica		Yodación de sal	
Entidades federativas con los mejores desempeños	% de desempeño	Entidades federativas con los mejores desempeños	% de desempeño
Aguascalientes	100.0	Guanajuato*	100.0
Chihuahua	100.0	México*	100.0
Hidalgo	100.0	Puebla*	100.0
Zacatecas	100.0	Tabasco*	100.0
Nuevo León	99.0	Veracruz	97.5
Tamaulipas	99.0	Yucatán	92.5
Campeche	98.0	Hidalgo	90.0
Sinaloa	96.0	Tlaxcala	86.7
Puebla	95.0	Aguascalientes	83.3
México	94.0	Nayarit	82.5

* Entidades con cumplimientos superiores al 100% programado
Fuente: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

ANEXO II.5

Investigadores dentro del Sistema Nacional de Investigadores		Productividad de la investigación	
Instituciones donde se ubican los investigadores	% de investigadores que pertenecen al SNI	Instituciones	Artículos publicados por investigador
Institutos Nacionales de Salud		Institutos Nacionales de Salud	1.08
Cardiología	53.8	Hospitales desconcentrados SSA	0.96
Enfermedades Respiratorias	47.5	Instituto Mexicano del Seguro Social	0.78
C. Médicas y Nutrición	45.0		
Neurología	38.7		
Cancerología	32.8		
Psiquiatría	26.4		
Salud Pública	26.2		
Pediatría	18.1		
Perinatología	14.1		
Hospital Infantil de México	12.6		
IMSS			
Centros de Investigación Básica	58.2		
Unidades de Investigación Médica	56.5		
Unidades de Investigación en Epidemiología Clínica	35.9		
Unidades de Investigación en Educación	25.0		
Unidades de Investigación en Epidemiología y Servicios de Salud	21.7		
Hospitales desconcentrados SSA			
General de México	29.7		
Manuel Gea González	20.0		
Juárez de México	18.2		
Centro Nacional de Rehabilitación	13.6		
INDRE	7.3		

Fuente: Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social