

La Salud y el Sistema de Atención

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



Esperanza de vida al nacimiento

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

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

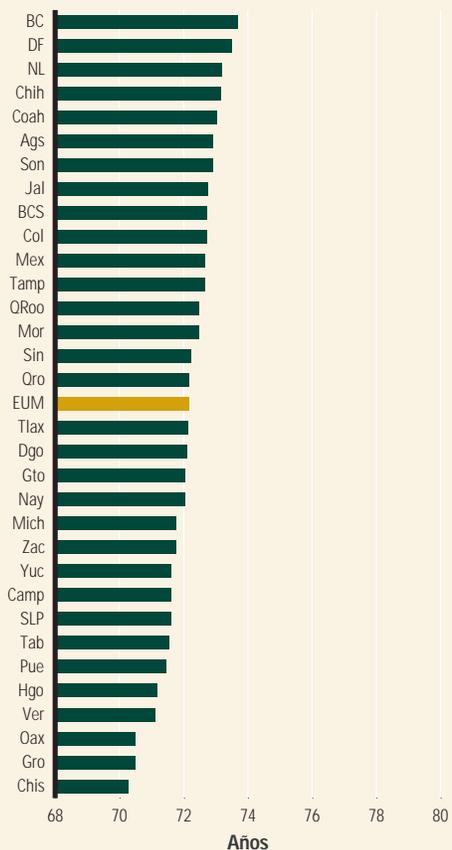
En las Américas la EVN alcanzó los 73.2 años en 2002. Sin embargo, hay diferencias marcadas entre las subregiones. En Estados Unidos y Canadá un recién nacido puede esperar vivir en promedio 77.7 años, mientras que en Brasil puede alcanzar sólo los 68.3 años.

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

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

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

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



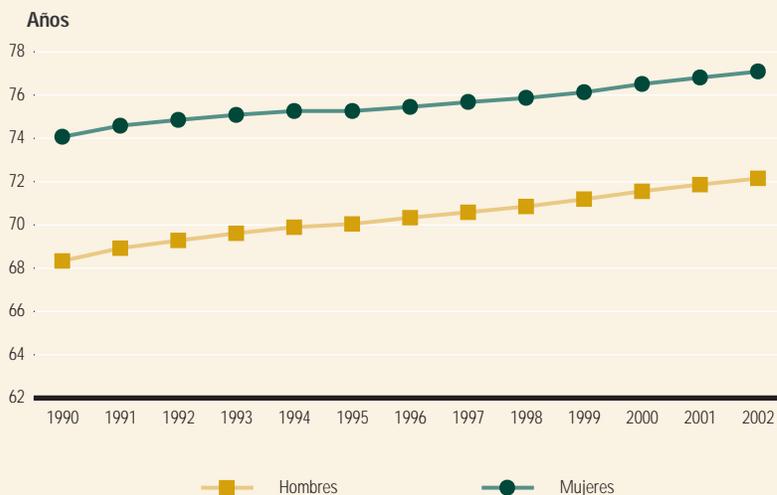
Esperanza de vida al nacimiento en mujeres por entidad federativa, México 2002



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

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

Esperanza de vida al nacimiento, México 1990-2002



Mortalidad infantil

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

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

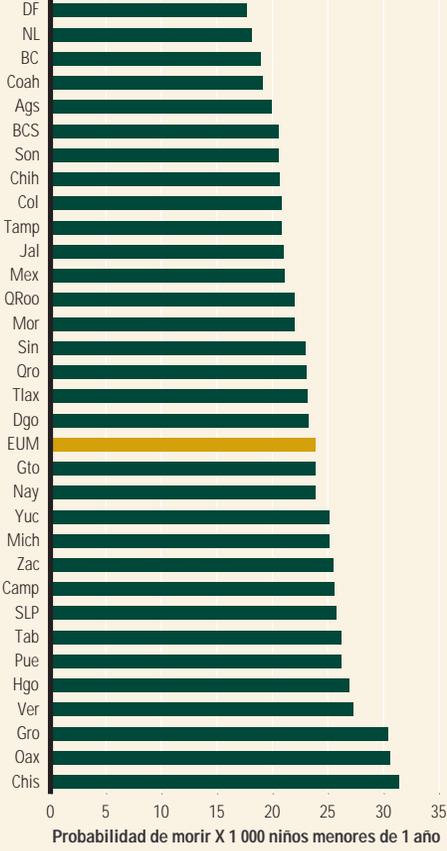
La mortalidad infantil se relaciona asimismo con el acceso a servicios básicos de salud, personales y no personales. De hecho, la mayor parte de las muertes en menores de 1 año en los países en vías de desarrollo se asocia a procesos patológicos (infecciones respiratorias agudas, y diarreas) susceptibles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

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

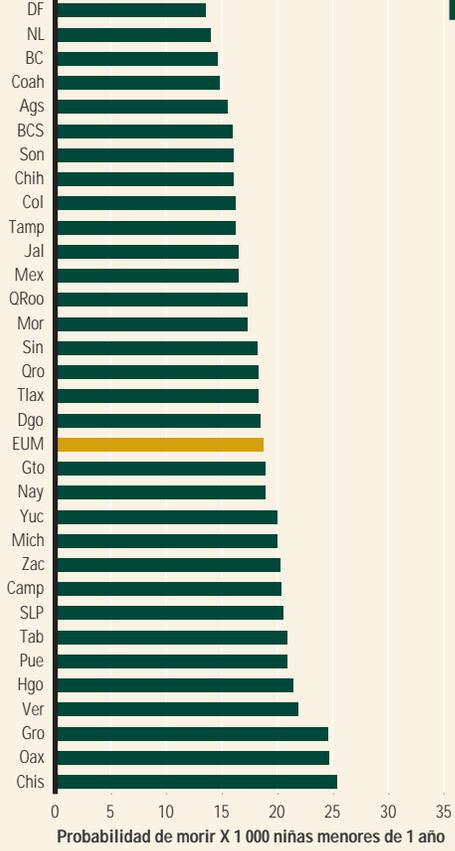
por 1,000 nacidos vivos. Esta diferencia se debe a diversos problemas de registro que nos obligan a manejar con extrema cautela esta información.

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

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



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



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

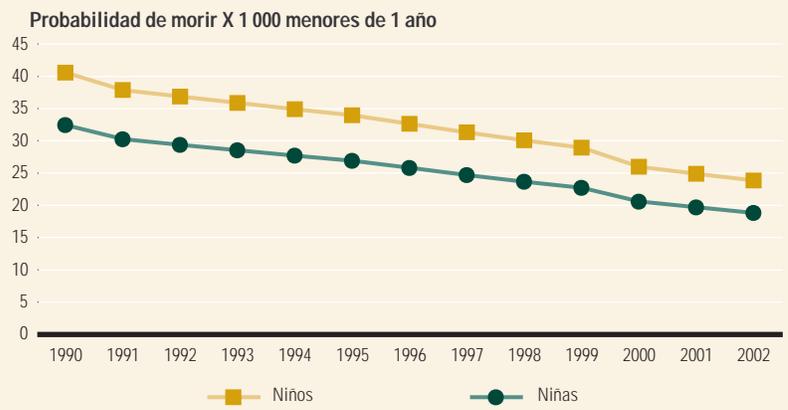
Defunciones infantiles registradas y estimadas en dos entidades según fuente de información, México 2002

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

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

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

Mortalidad en menores de 1 año, México 1990-2002



Defunciones neonatales en hospitales

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

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

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

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

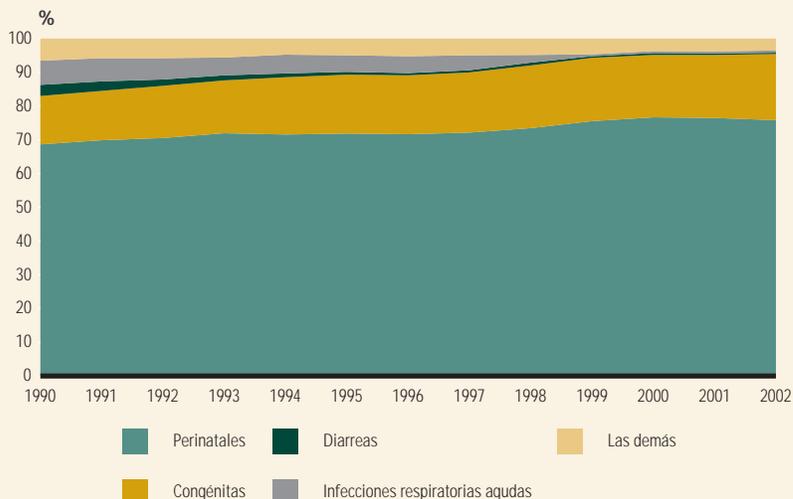
Proporción de las defunciones neonatales respecto al total de defunciones hospitalarias por entidad federativa, México 2002



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

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

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



Mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de 5 años

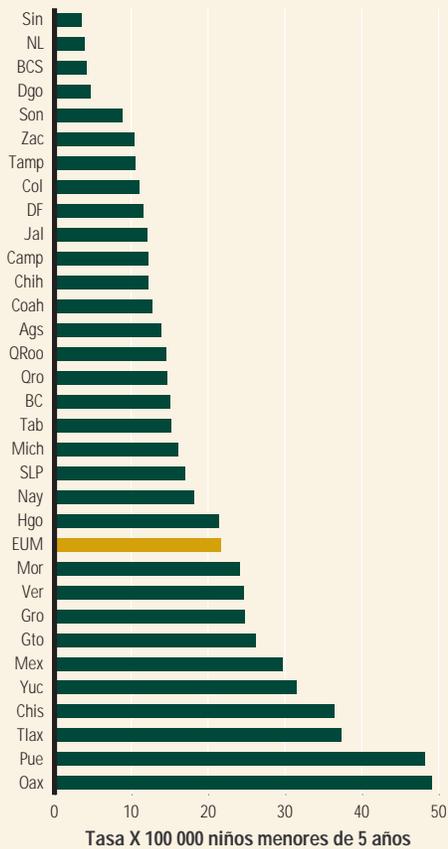
La tasa de **mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de 5 años** se define como el número de muertes por esta causa en menores de 5 años por 100 000 niños de esta edad. Esta cifra se obtiene de dividir el número de muertes por enfermedades diarreicas en un año entre el total de niños menores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

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

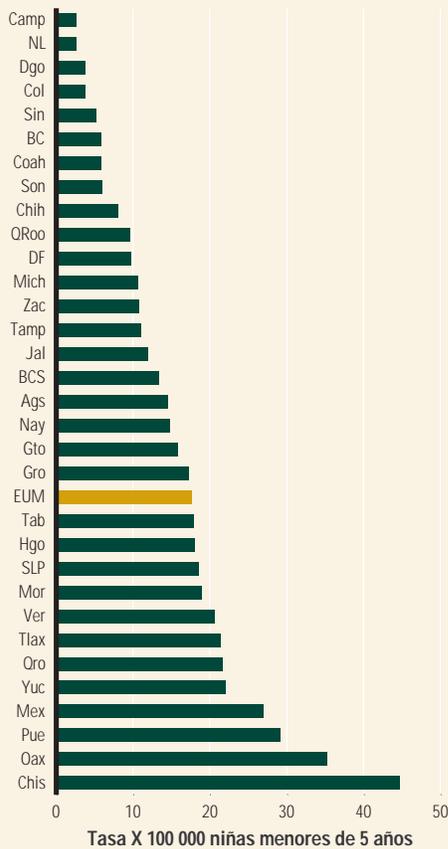
En México las muertes por esta causa en menores de 5 años se han reducido un poco más de 85% en los últimos 10 años. A esta importante reducción han contribuido el programa de prevención del cólera, el suministro periódico de an-

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

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



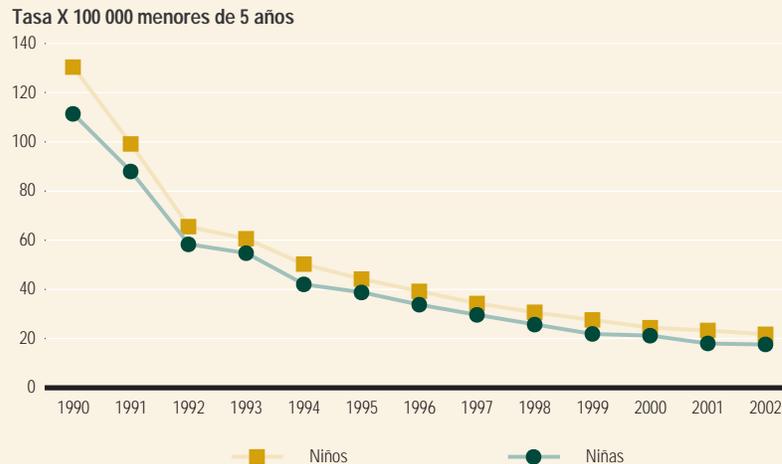
Mortalidad por diarrea en niñas menores de 5 años por entidad federativa, México 2002



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

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

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



Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años

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

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

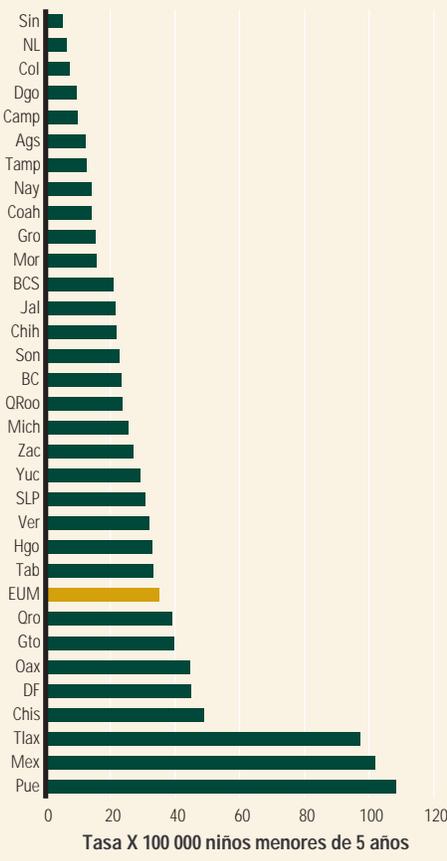
Este grupo de padecimientos se presenta con mayor frecuencia cuando los niños se exponen a riesgos ambientales. De hecho se calcula que más de 40% de la carga mundial de morbilidad en esta población se puede atribuir a la contaminación intradomiciliar por partículas derivadas de la combustión de leña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

dad de desarrollar una infección respiratoria.

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

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

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



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



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

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

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



Mortalidad materna

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

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

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

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

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

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

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

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

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

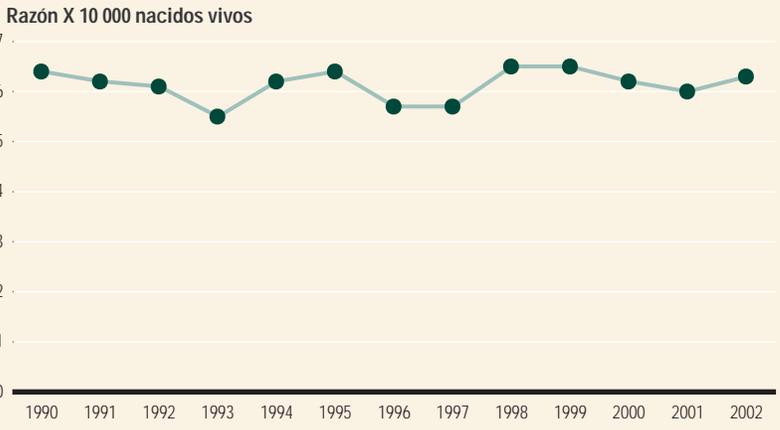
Razón de mortalidad materna por entidad federativa, México 2002



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

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

Razón de mortalidad materna, México 1990-2002



Mortalidad por cáncer cérvico-uterino

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

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

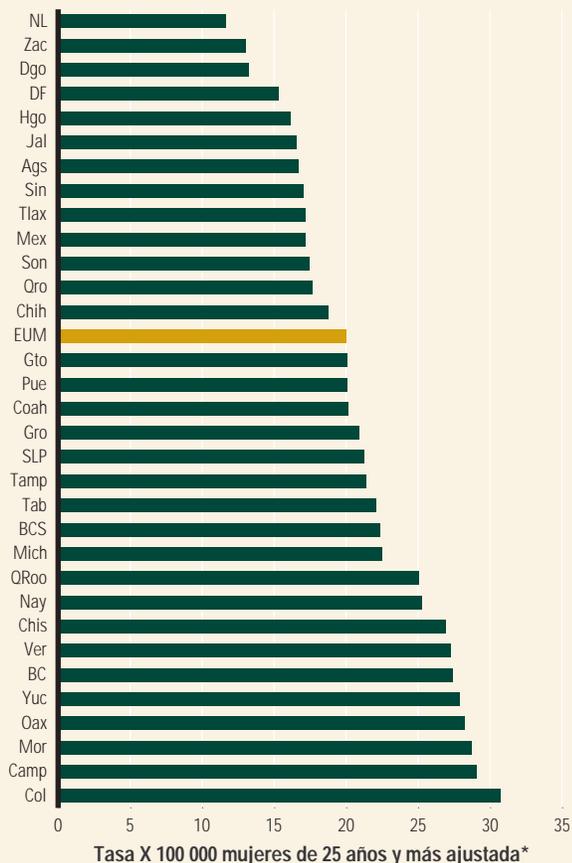
El factor de riesgo asociado a esta enfermedad más común es la exposición al virus del papiloma humano, que se transmite por contacto sexual. Sin embargo, hay otros factores de riesgo que contribuyen a su alta prevalencia. Destacan dentro de ellos los siguientes: a) inicio temprano de la vida sexual;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

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

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

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

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



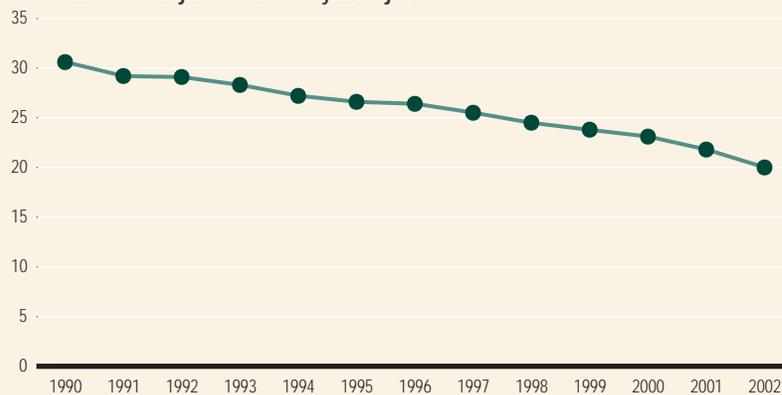
La tasa de mortalidad por cáncer cervico-uterino en varias entidades del país es dos veces más alta que en Nuevo León.

* Población estándar mundial

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

Mortalidad por cáncer cervico-uterino, México 1990-2002

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



* Población estándar mundial

Mortalidad por cáncer de mama

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

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

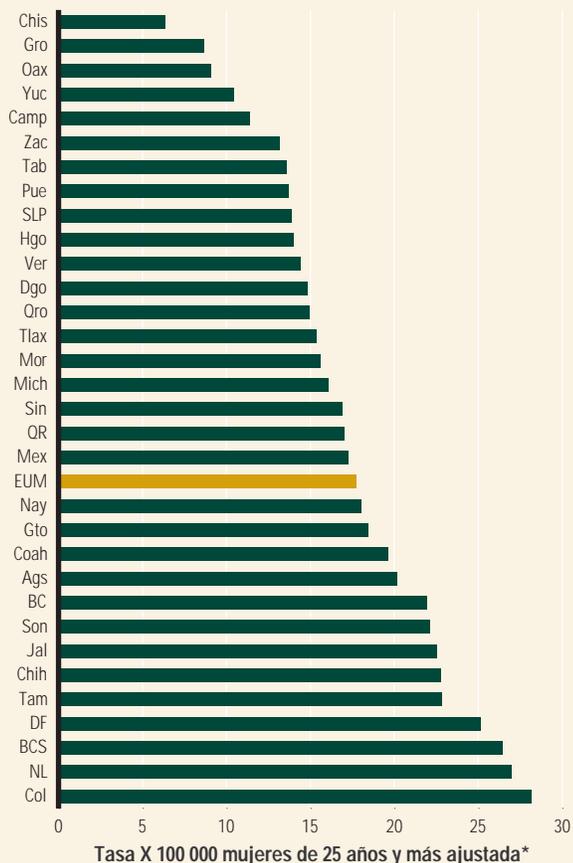
Para la detección del cáncer de mama se utilizan la auto-exploración, el examen médico, el ultrasonido y la mamografía. Dado que las lesiones iniciales del cáncer de mama no se detectan con la exploración física, se recomienda realizar una mamografía cada dos años en las mujeres mayores de 50 años. Este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

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

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

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

Mortalidad por cáncer de mama por entidad federativa, México 2002

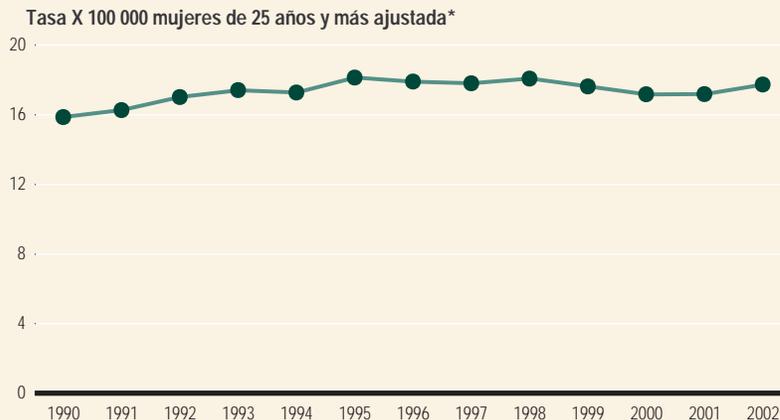


La mortalidad por cáncer de mama es más común en las entidades federativas con mayor desarrollo socioeconómico.

* Población estándar mundial

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

Mortalidad por cáncer de mama, México 1990-2002



* Población estándar mundial

Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón

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

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

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

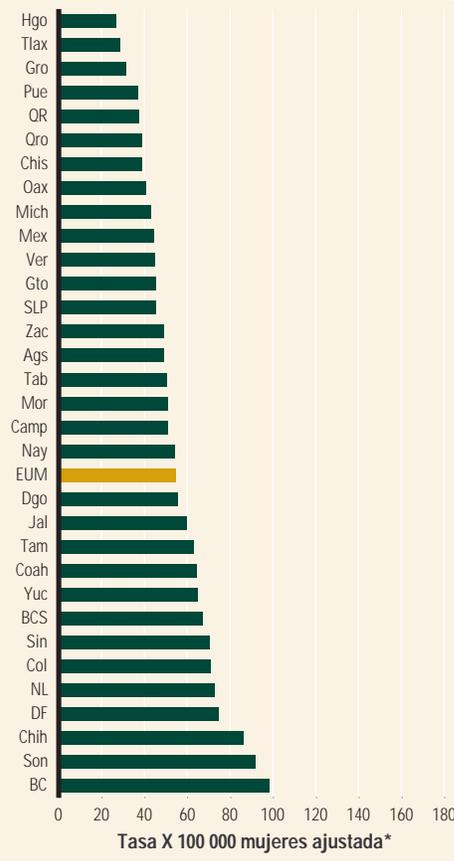
de ellos los siguientes: a) la inactividad física; b) la obesidad; c) el consumo de tabaco; d) los niveles altos de colesterol, y e) la hipertensión arterial. El riesgo de presentar una enfermedad cardiovascular es 1.5 veces mayor en personas que no realizan actividades físicas. Este factor es responsable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

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

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



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

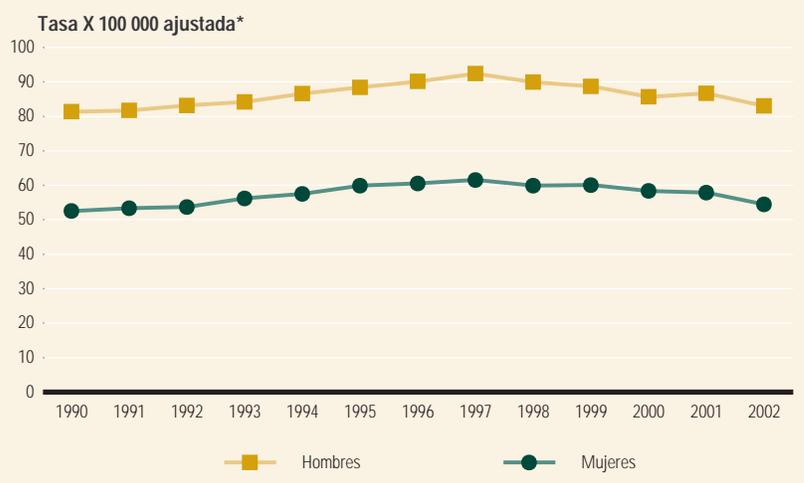


La mortalidad por enfermedades isquémicas es más común en los hombres y en las entidades federativas con mayor desarrollo socioeconómico.

* Población estándar mundial

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

Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, México 1990-2002



* Población estándar mundial

Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares

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

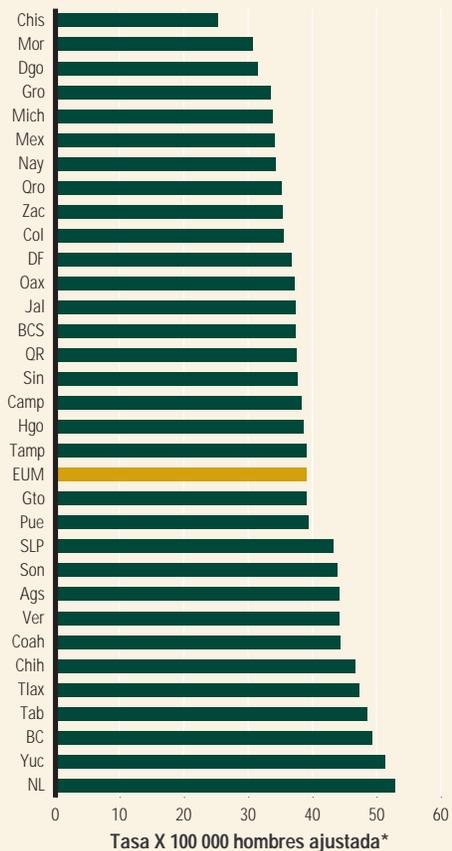
Las enfermedades cerebrovasculares son responsables de la muerte de casi cinco millones de personas, que representan 9% del total de muertes anuales en el mundo. Estas enfermedades son también las que ocasionan la mayor discapacidad entre quienes sufren eventos no fatales. De las personas que sobreviven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

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

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

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

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



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



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

* Población estándar mundial

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

Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, México 1990-2002*



* Población estándar mundial

Mortalidad por diabetes mellitus

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

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

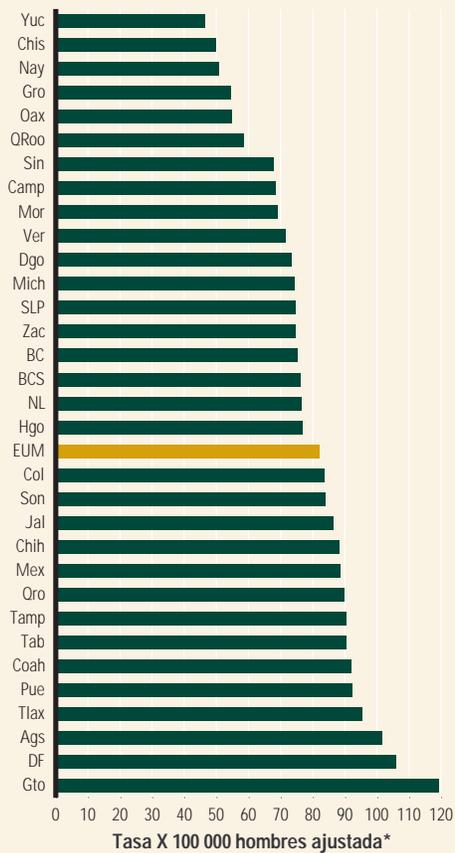
Los gastos de la atención médica de la diabetes mellitus también son elevados. Se calcula que a nivel mundial en 2002 se gastaron 65,000 millones de dólares en la atención de los pacientes diabéticos.

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

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

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

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



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

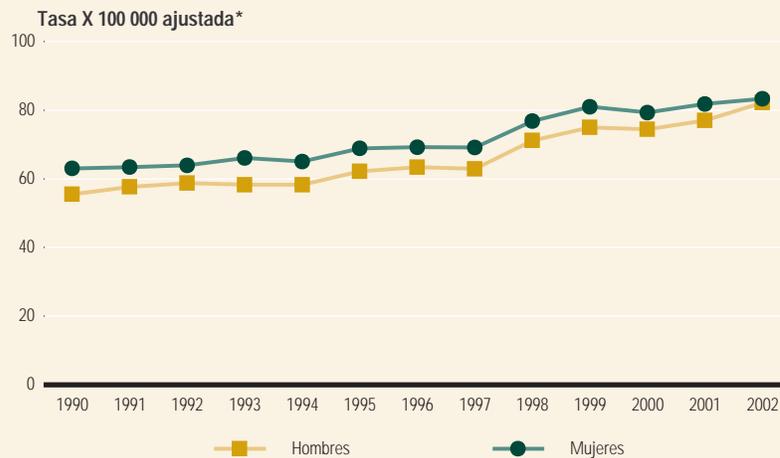


Las diferencias en la mortalidad por diabetes entre entidades llegan a ser hasta de dos veces.

* Población estándar mundial

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

Mortalidad por diabetes mellitus, México 1990-2002



* Población estándar mundial

Mortalidad por cirrosis del hígado

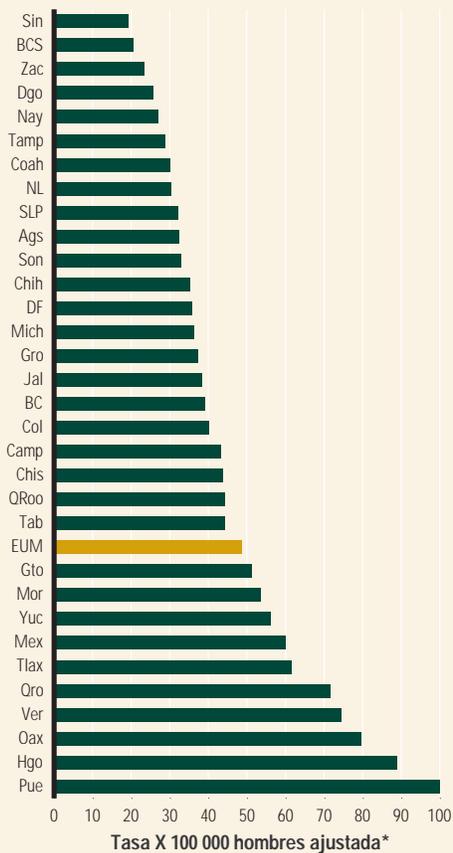
La tasa de **mortalidad por cirrosis hepática** se define como el número de muertes por esta causa por 100,000 habitantes. Esta cifra se obtiene de dividir el número de muertes por cirrosis hepática en un año entre la población total del país en ese mismo período.

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

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

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

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



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



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

* Población estándar mundial

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

Mortalidad por cirrosis del hígado, México 1990-2002*



* Población estándar mundial

Mortalidad por suicidios

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

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

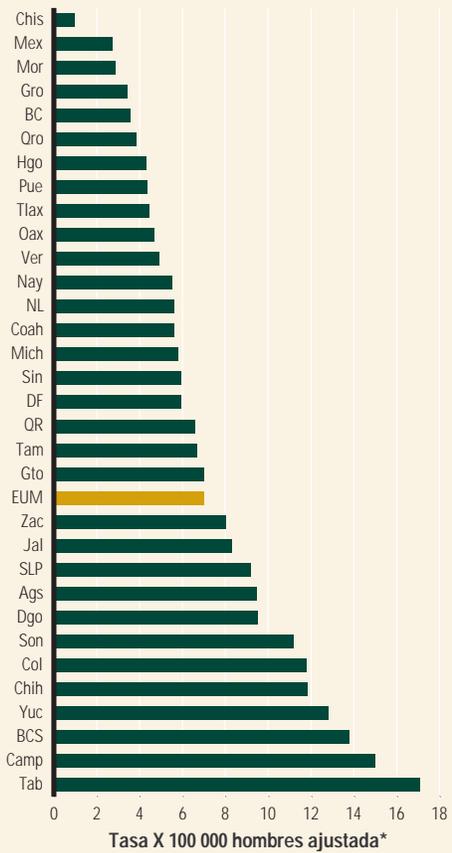
Las causas de la mortalidad por suicidios varían entre los distintos grupos de edad. En los jóvenes se postula que el aumento obedece a un consumo creciente de drogas y a la vida en ambientes de violencia y abuso. En los adultos mayores las causas se relacionan con enfermedades crónicas que limitan la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

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

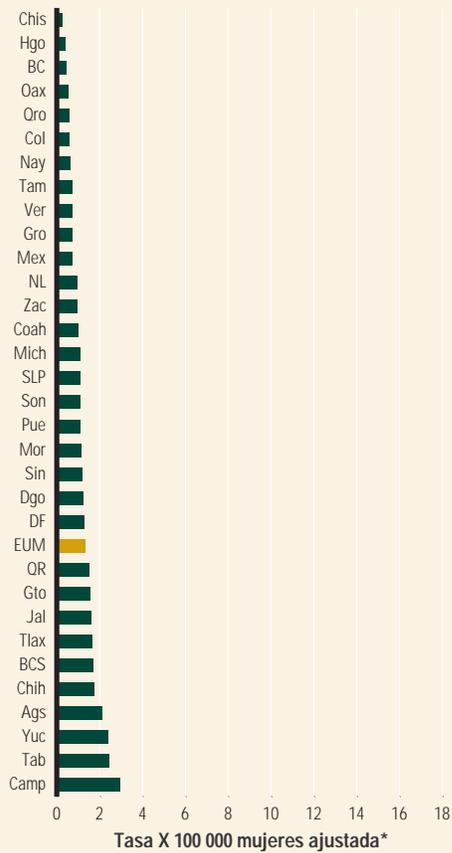
gión. En esta nueva realidad se empiezan a observar, asimismo, cambios en la distribución de la mortalidad por suicidios respecto del sexo y los grupos de edad. Anteriormente los suicidios ocurrían sobre todo en hombres mayores de 65 años. En años recientes se ha observado un aumento de muertes por esta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

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

Tasa estandarizada de mortalidad por suicidios en hombres, México 2002



Tasa estandarizada de mortalidad por suicidios en mujeres, México 2002



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

* Población estándar mundial

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

Mortalidad por suicidios, México 1990-2002*



* Población estándar mundial

Mortalidad por homicidios

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

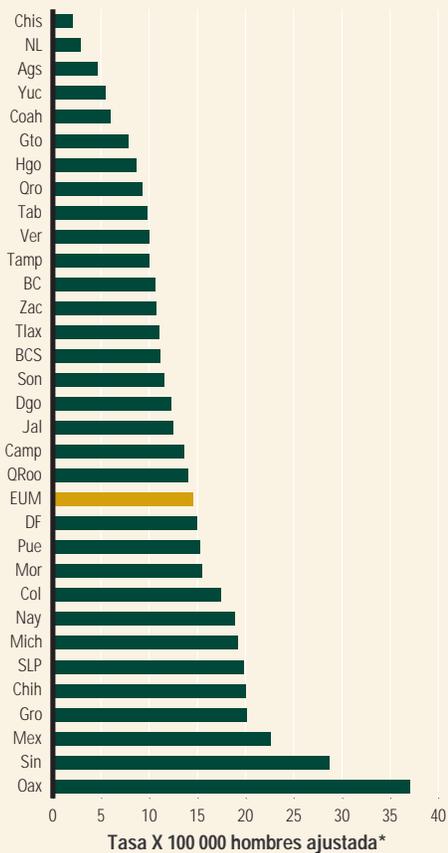
En el año 2000 fallecieron en el mundo 520 mil personas como resultado de homicidios (8.8 por 100,000 habitantes). Estas muertes afectaron más a los hombres (77%), y se concentraron en los adolescentes y en los adultos menores de 45 años. Se calcula además que por cada joven muerto a consecuencia de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

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

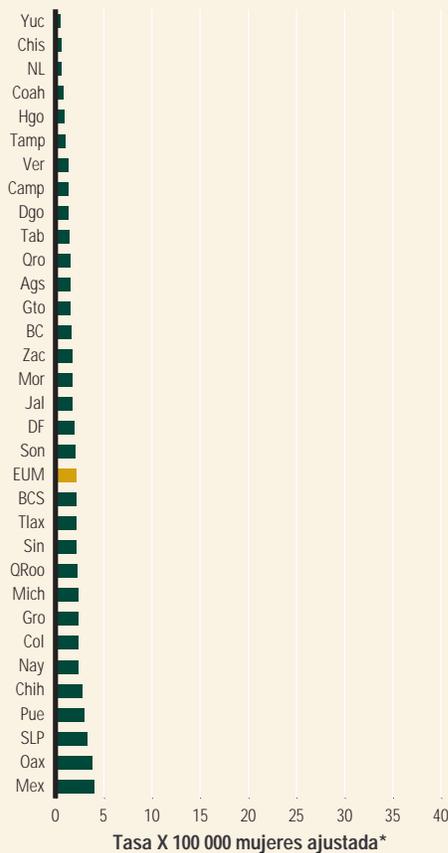
Dentro de los factores que influyen en la ocurrencia de los homicidios destacan la pobreza y la desigualdad social. El acceso creciente y fácil a las armas de fuego, y el abuso en el consumo de alcohol y de otras sustancias ilícitas también contribuyen a la frecuencia de estos eventos.

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

Mortalidad por homicidios en hombres por entidad federativa, México 2002



Mortalidad por homicidios en mujeres por entidad federativa, México 2002

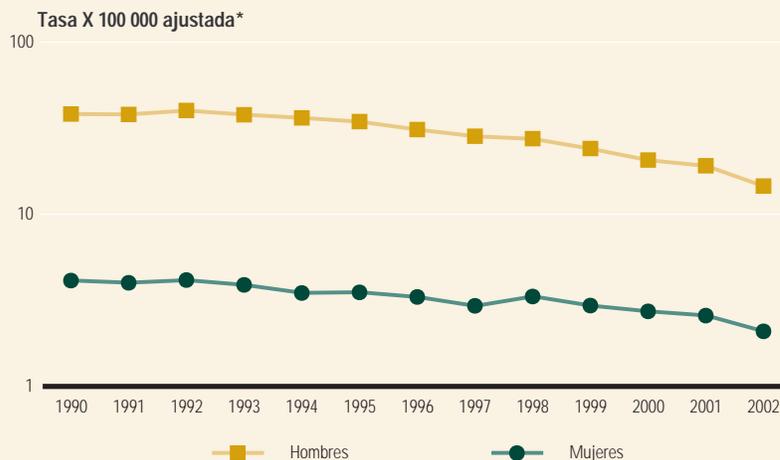


Las diferencias entre estados en la mortalidad por homicidios llega a ser hasta de 20 veces en hombres y 13 veces en mujeres.

* Población estándar mundial

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

Mortalidad por homicidios, México 1990-2002



* Población estándar mundial

Mortalidad por Sida

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

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

A diferencia de lo que ocurre en África, la epidemia de SIDA en las Américas muestra un patrón similar al observado en Europa occidental: un crecimiento lento pero con tendencia a la expansión progresiva. La diferencia en el comportamiento de la enfermedad se debe, entre otros factores, a la circulación de tipos diferentes de virus. En África es más común la circulación del VIH₂ con cinco serotipos diferentes. En cambio, en las Américas circula el VIH₁ subtipo B, que aparentemente es menos virulento que el encontrado en África.

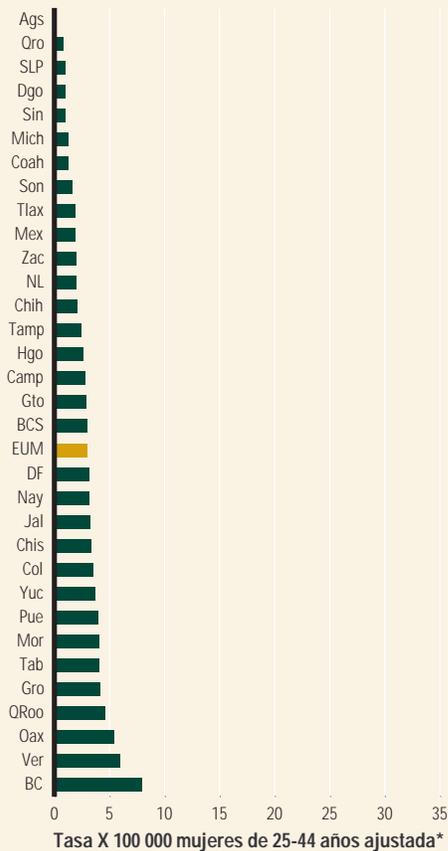
Actualmente la transmisión heterosexual está constituyéndose en la principal vía de transmisión de esta enfermedad. Las mujeres en edad reproductiva cuyos compañeros sexuales tienen sexo con otros hombres representan uno de los grupos con mayor riesgo de adquirir la infección con VIH. Sin embargo, de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

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

Mortalidad por SIDA en hombres por entidad federativa, México 2002



Mortalidad por SIDA en mujeres por entidad federativa, México 2002



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

* Población estándar mundial

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

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

Tasa X 100 000 habitantes de 25 a 44 años



Morbilidad por tuberculosis pulmonar

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

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

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

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

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

Morbilidad por tuberculosis pulmonar por entidad federativa, México 2002

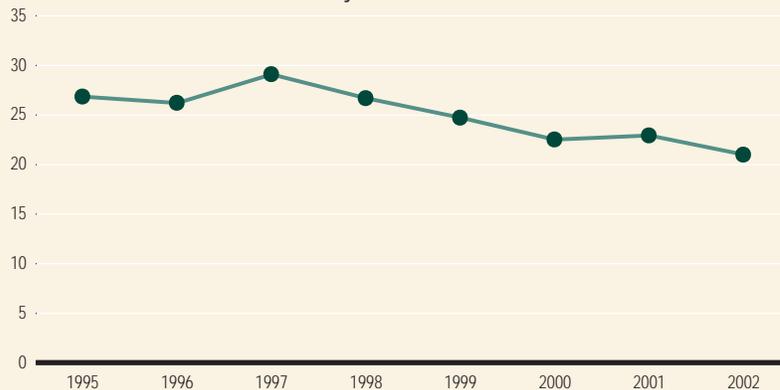


Hay entidades federativas en donde la probabilidad de enfermarse por tuberculosis pulmonar es hasta 10 veces más alta que la de los estados con las cifras más bajas.

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

Morbilidad por tuberculosis pulmonar, México 1995-2002

Tasa X 100 000 habitantes de 15 años y más



Prevalencia de depresión

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

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

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

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

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

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

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



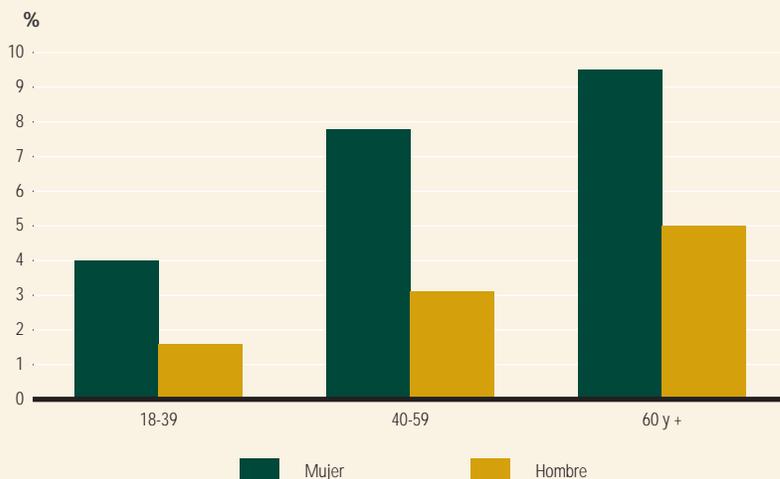
Prevalencia de episodios de depresión mayor en mujeres de 18 años y más durante el último año por entidad federativa, México 2002



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

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

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



Brecha en mortalidad por enfermedades del rezago

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

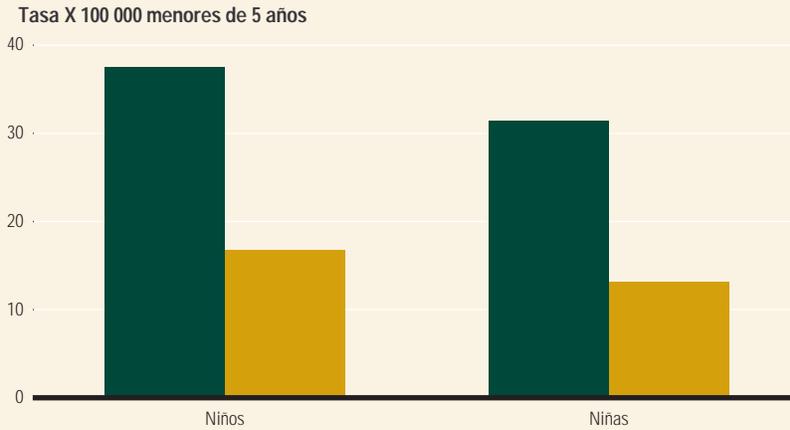
Las enfermedades del rezago epidemiológico son condiciones de salud ligadas a la pobreza y a la cascada de eventos que trae consigo el bajo desarrollo socioeconómico. Son, por otra parte, enfermedades esencialmente prevenibles a través de intervenciones médicas efectivas y de bajo costo. Se incluyen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

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

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

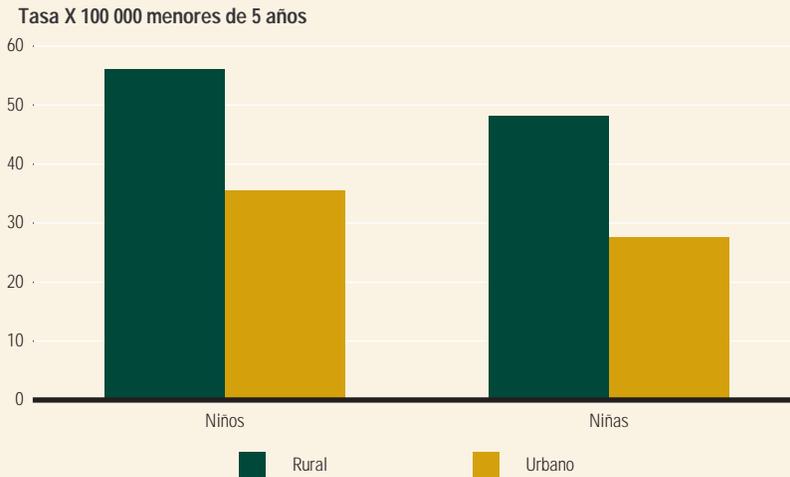
La mortalidad por enfermedades diarreicas es 2.2 y 2.4 veces más alta en niños y niñas del área rural. Algo similar ocurre con la mortalidad por infecciones respiratorias agudas, donde los niños y niñas del campo presentaron una tasa de mortalidad 1.6 y 1.7 veces mayor. En el caso de la mortalidad por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

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



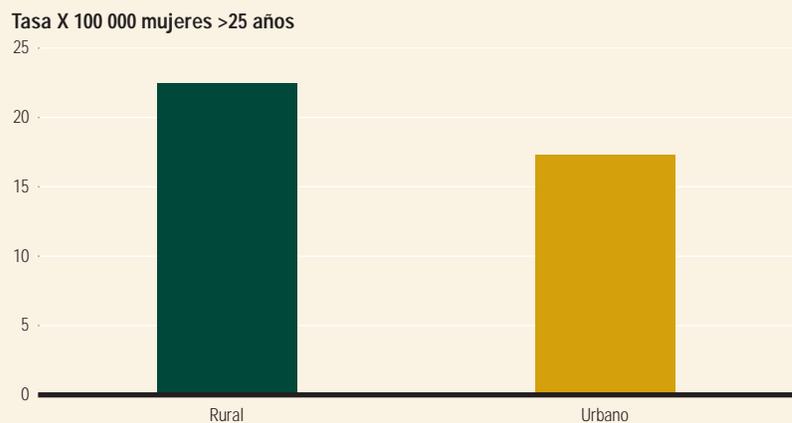
En el área rural los menores de 5 años presentan un riesgo 2.2 veces más alto de morir por diarreas y una probabilidad 60% mayor de morir por infecciones respiratorias agudas que sus contrapartes urbanas.

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



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

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



Brecha en mortalidad por enfermedades no transmisibles

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

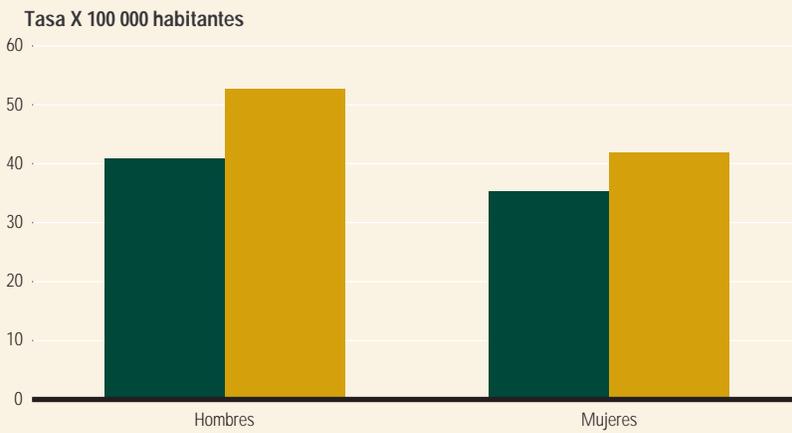
Las enfermedades crónicas, como las condiciones isquémicas del corazón, la diabetes mellitus y las enfermedades cerebrovasculares, desplazaron desde hace algunos años a las enfermedades infecciosas como las principales causas de muerte en el país. Estas enfermedades representan actualmente la mayor carga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

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

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

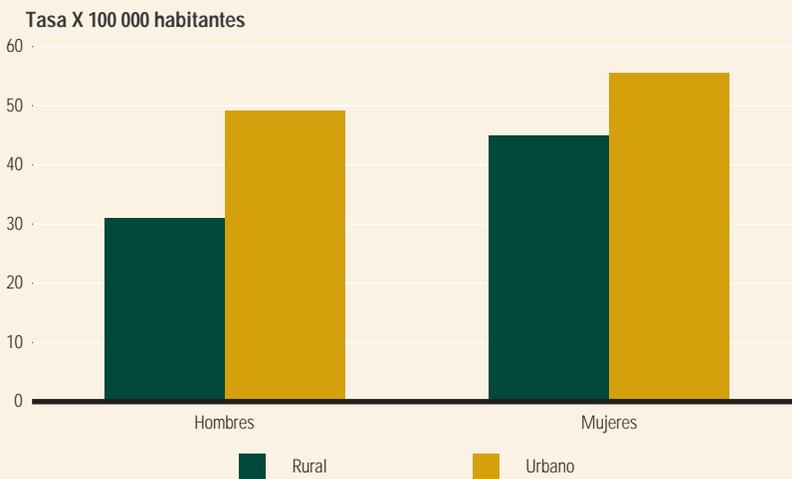
En general la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón y por diabetes mellitus es más alta en las áreas urbanas. Sin embargo, en el medio rural la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares rebasó ligeramente el nivel de mortalidad de las áreas urbanas. Esto último probablemente esté relacionado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

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



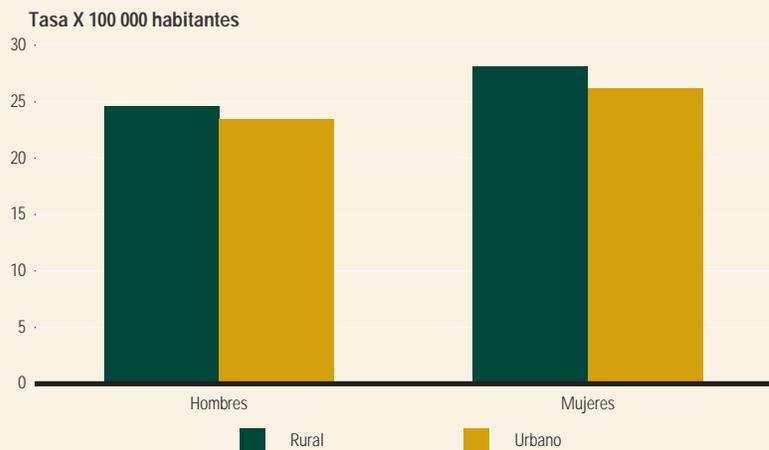
La mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón y por diabetes mellitus es más alta en zonas urbanas.

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



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

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



Prevalencia de consumo de tabaco

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

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

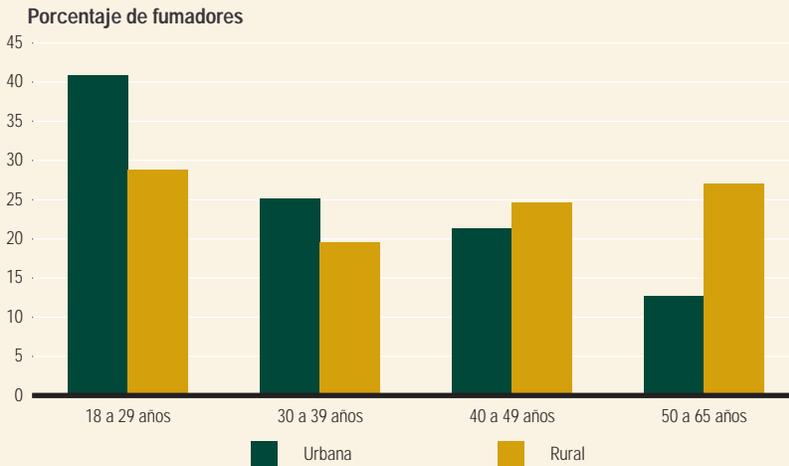
En varios países desarrollados el consumo de tabaco muestra una tendencia decreciente en los últimos años. Sin embargo, las campañas de promoción de las compañías tabacaleras se han dirigido a fomentar el consumo en países menos desarrollados y en particular en el segmento de la población compuesto por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

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

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

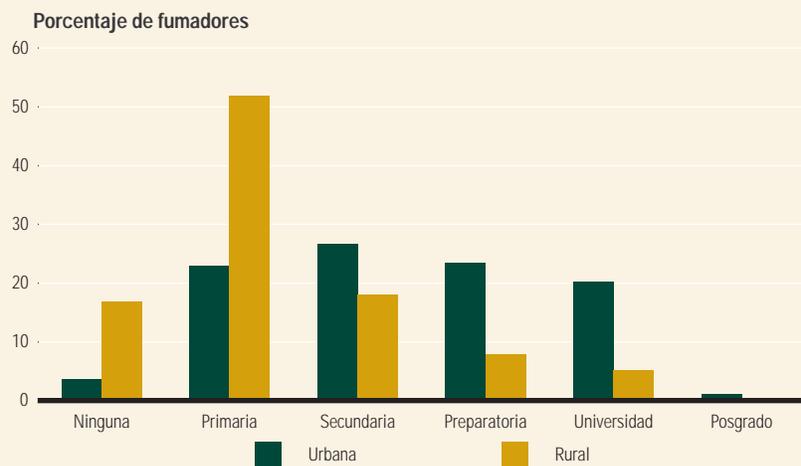
De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA 2002), 26.4% de la población urbana del país de 12 a 65 años son fumadores: 39.1 y 16.1% de los hombres y mujeres, respectivamente. En el ámbito rural este porcentaje es de 14.3%, con cifras de 27.1% en hombres y 3.5% en mujeres.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

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



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

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



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

Prevalencia de consumo de alcohol

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

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

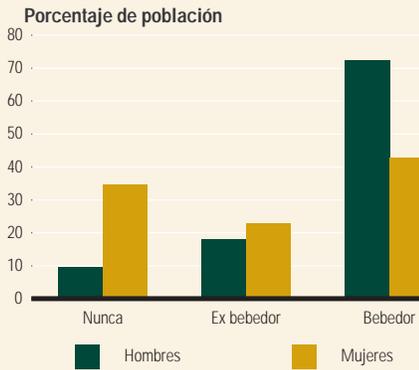
De acuerdo con la OMS, 3.2% de las muertes en el mundo y 4 % de la pérdida de años de vida ajustados por la dis-

capacidad son atribuibles al consumo de alcohol.

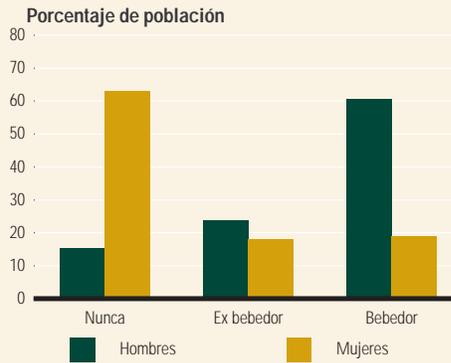
El consumo de bebidas alcohólicas continúa predominando en los hombres, así como en los grupos de edad más jóvenes. Sin embargo, en muchos países, incluyendo a México, se empieza a observar un consumo creciente por mujeres.

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

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



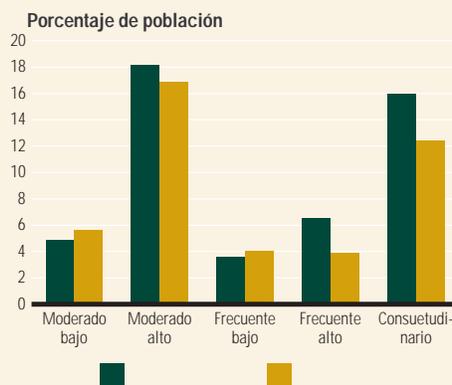
Distribución de la población rural de 18 a 65 años por sexo según consumo de alcohol, México 2002



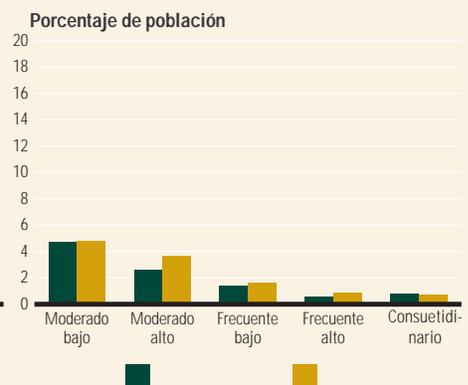
En las áreas urbanas y rurales el porcentaje de consumo de alcohol es mayor entre los hombres.

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

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



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



Tiempo de espera en consulta externa

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

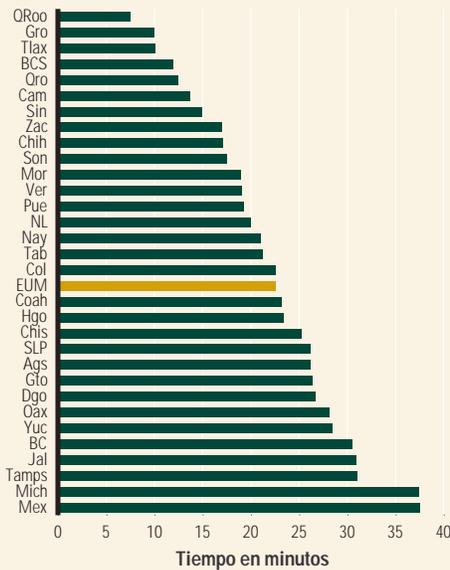
El tiempo que media entre la decisión de buscar la atención de salud y recibirla puede dividirse en el tiempo de traslado y el tiempo de espera en la unidad de salud. El primero afecta más a las poblaciones rurales, donde la oferta de servicios puede ser escasa y se deben recorrer distancias más largas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

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

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

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

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



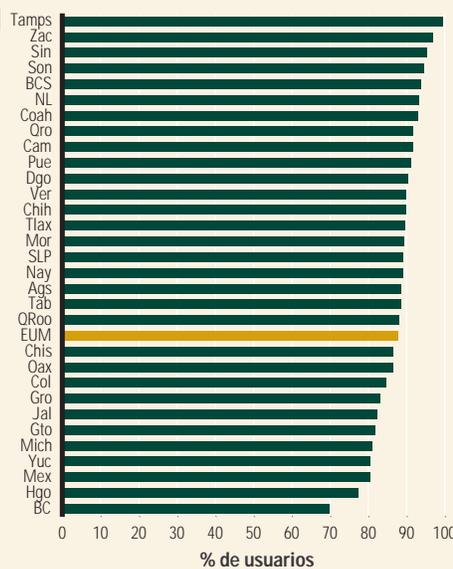
Tiempo de espera promedio en consulta externa por institución, México 2002



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

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

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



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



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

Tiempo de espera en urgencias

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 período.

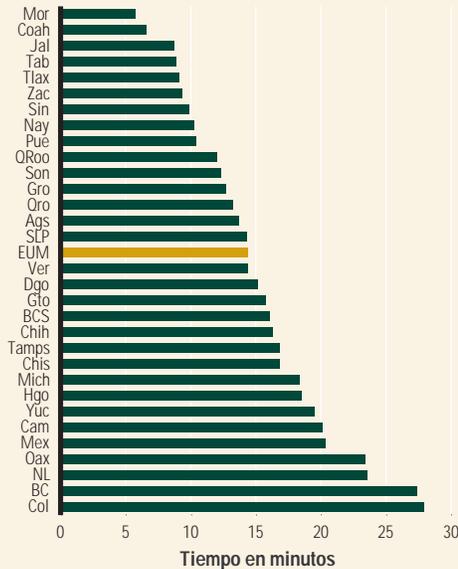
El tiempo de espera en el servicio de urgencias constituye un componente crítico de la atención a la salud. En situaciones de urgencia, una atención retardada puede poner en riesgo la integridad o la vida del paciente y afectar la imagen de los servicios.

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

registrada en 2001, con una cobertura de unidades mayor.

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

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



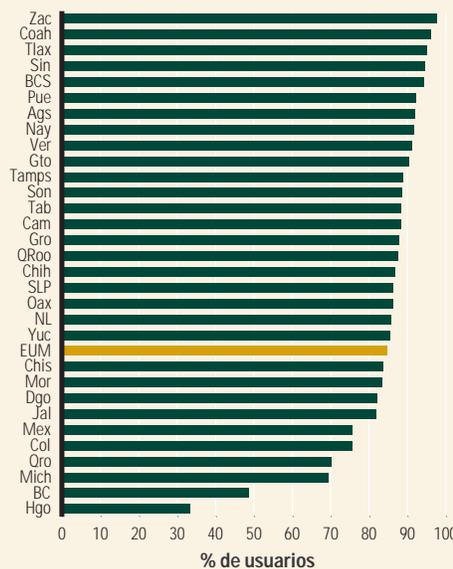
Tiempo de espera promedio en urgencias por institución, México 2002



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

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

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



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



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

Cesáreas

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

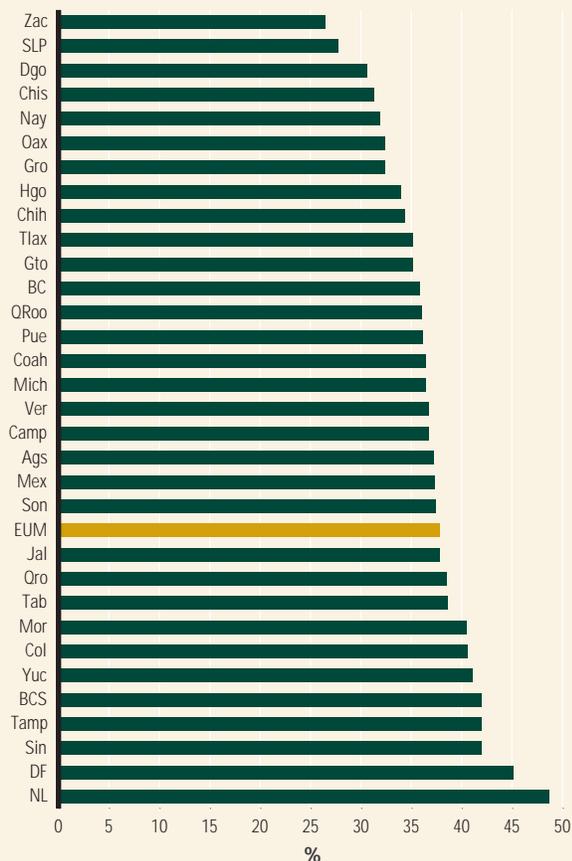
La frecuencia de las complicaciones para las cuales está indicada la cesárea se ha mantenido relativamente constante. Sin embargo, el porcentaje de cesáreas ha seguido elevándose de manera alarmante en la mayoría de los países de ingresos medios y altos. Este aumento se debe, muy probablemente, a cesáreas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

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

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

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

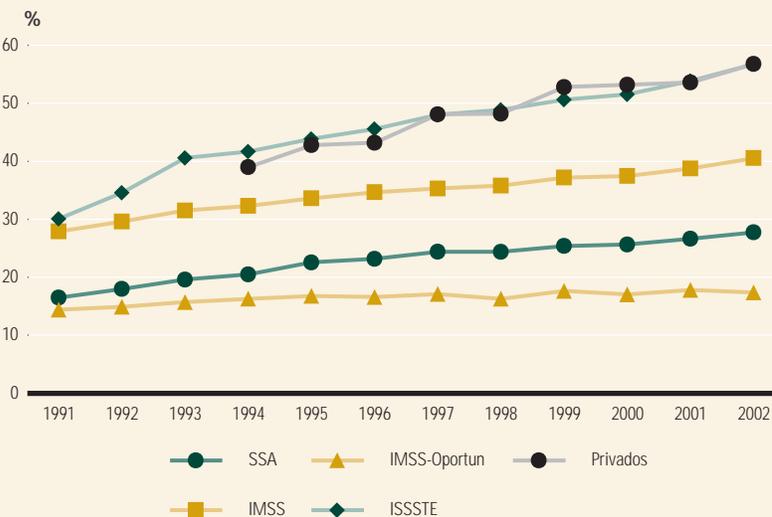
Cesáreas por entidad federativa, México 2002



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

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

Cesáreas por institución, México 1991-2002



Certificación de hospitales

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

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

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

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

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

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

Porcentaje de hospitales certificados por entidad federativa, México 2002



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

Pemex es la institución con mayor porcentaje de hospitales certificados.

Porcentaje de hospitales certificados por institución, México 2002



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

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

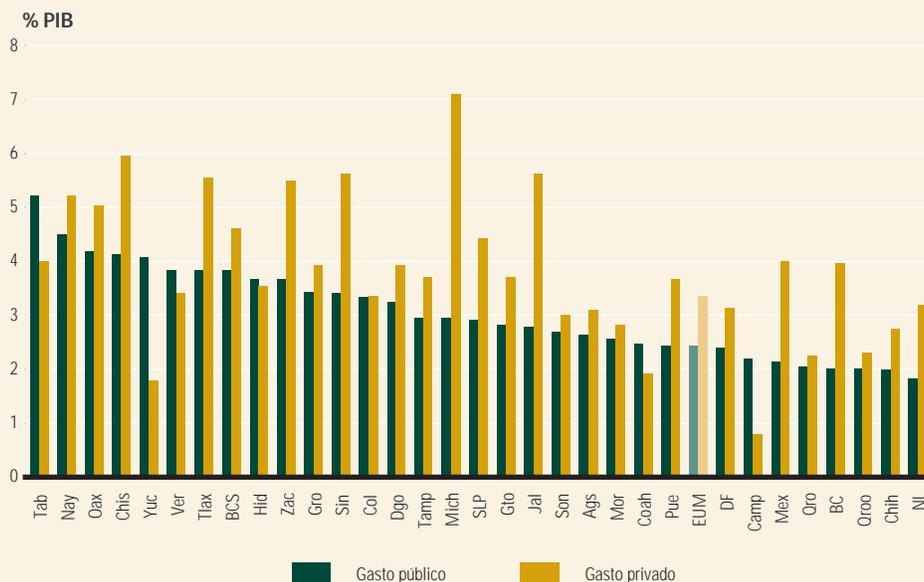
El gasto total en salud, medido como la suma del gasto público y privado en salud, capta el tamaño del sector salud dentro de la economía de un país. El gasto privado en salud en México proviene principalmente del gasto médico de bolsillo y mide el esfuerzo de las familias para financiar los servicios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

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

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

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

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



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

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

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



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

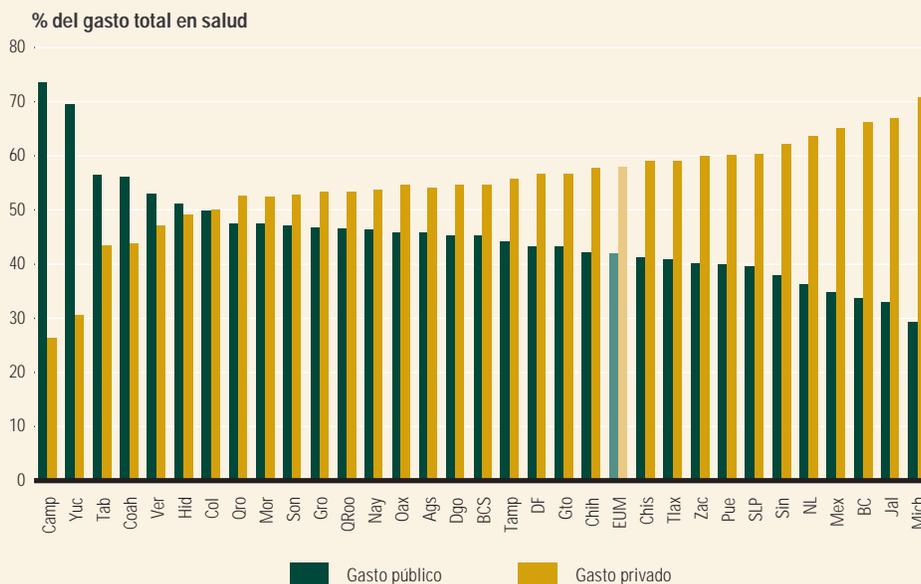
El **gasto público y privado en salud como porcentaje del gasto total en salud** se define como la relación porcentual que existe entre el gasto público y privado en salud, y el gasto total en salud.

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

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

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

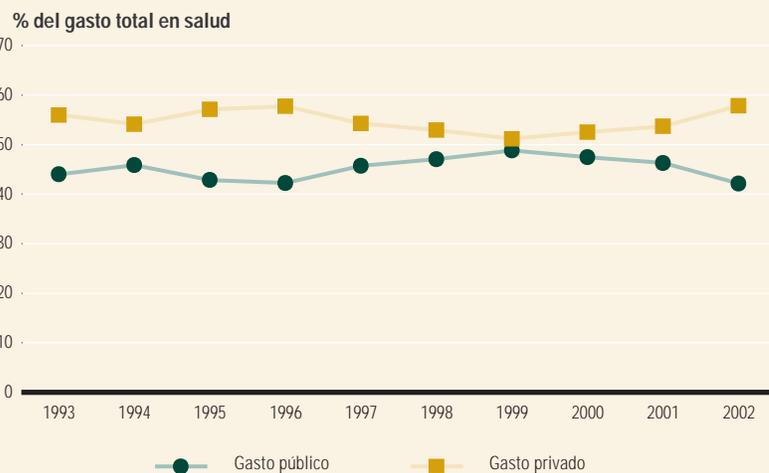
Gasto público y privado en salud como porcentaje del gasto total en salud por entidad federativa, México 2002



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

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

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



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 sólo se considera el gasto programable.

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

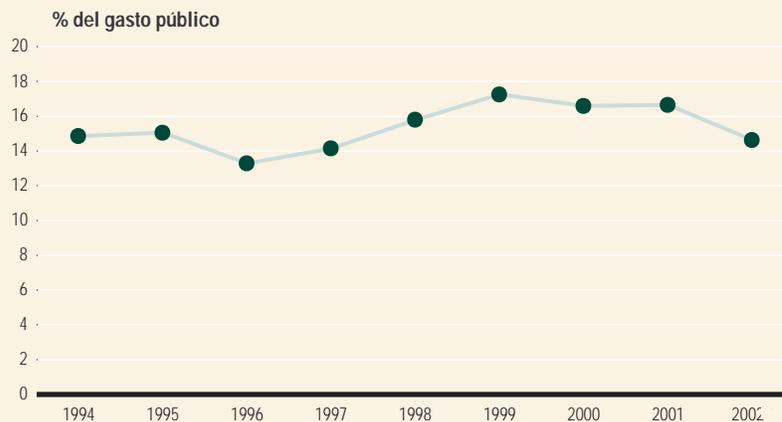
Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total por entidad federativa, México 2002



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

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

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



Gasto público en salud per cápita por condición de aseguramiento

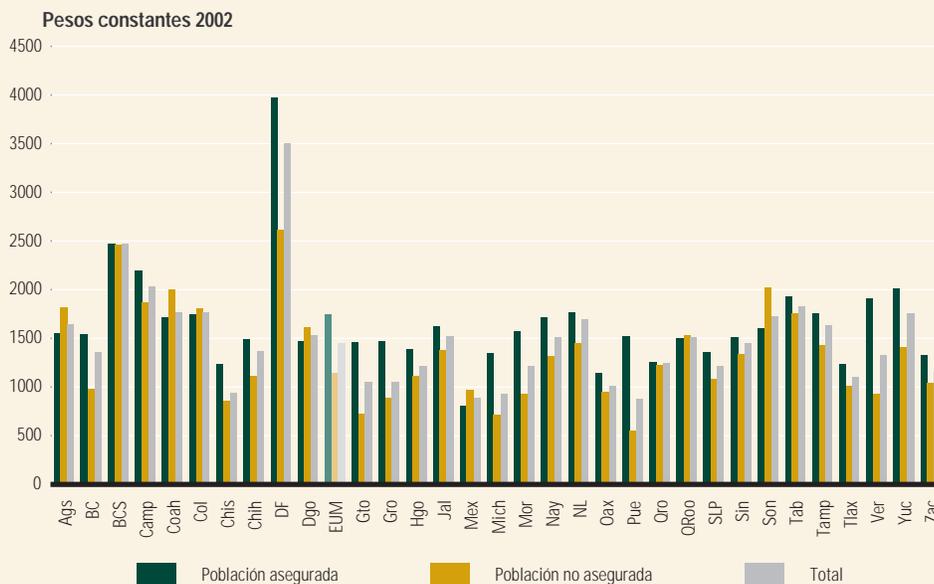
El **gasto público en salud per cápita** es producto de la división del presupuesto público ejercido en salud entre la población de responsabilidad de las instituciones públicas. Los valores per cápita se basan en el gasto público ejercido en salud (numerador) y las proyecciones de población (denominador).

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

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

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

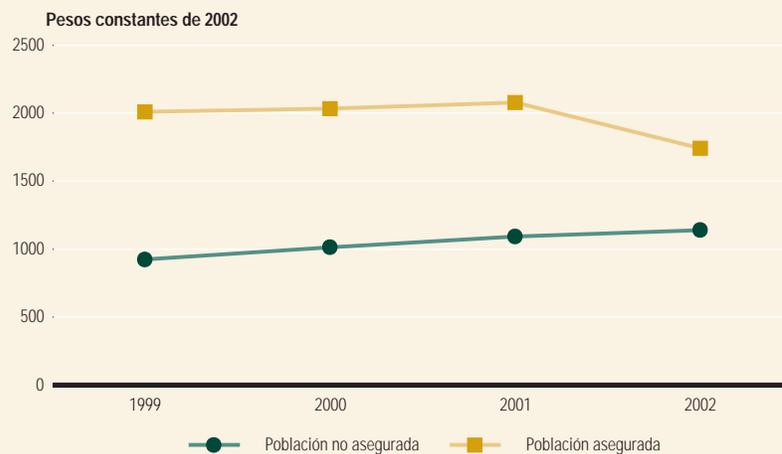
Gasto público en salud per cápita por condición de aseguramiento por entidad federativa, México 2002



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

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

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



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

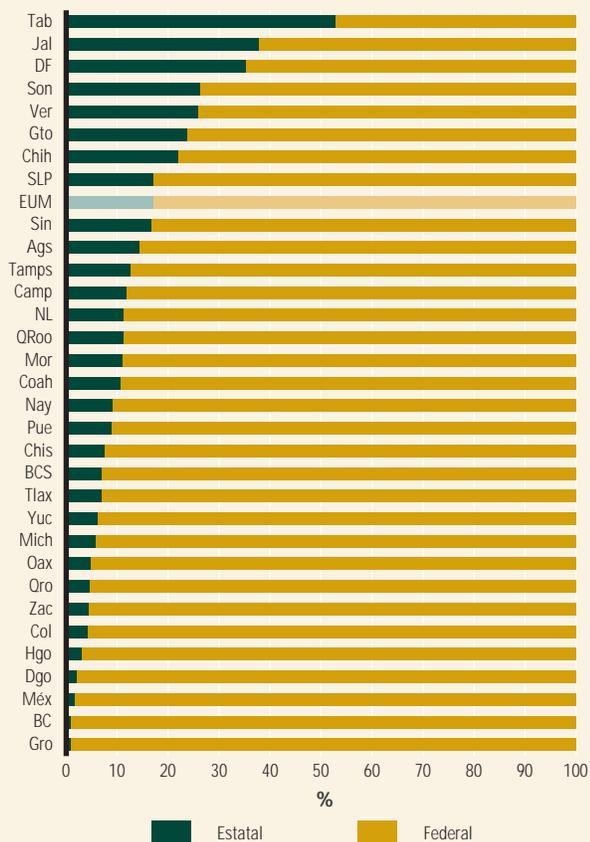
La relación entre la aportación estatal y federal al financiamiento de la salud se obtiene de dividir los recursos que aporta la entidad al financiamiento de la salud de la población no asegurada entre los recursos que aporta la federación más la aportación estatal por 100.

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.

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

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

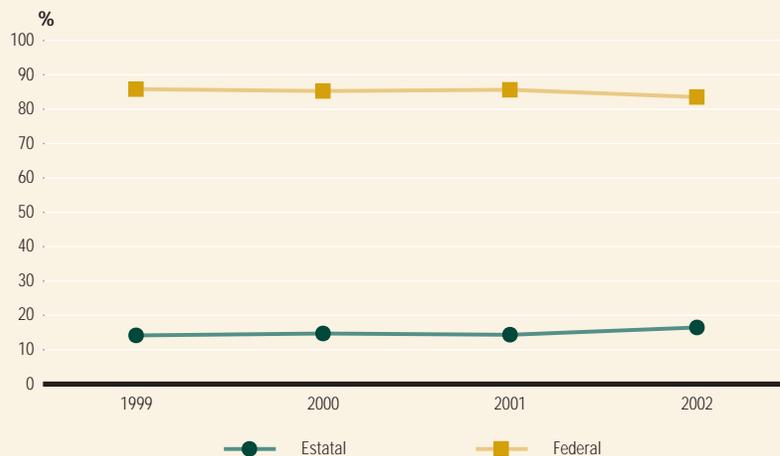
Distribución del gasto para población no asegurada por entidad federativa, México 2002



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

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

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



Gasto privado en salud per cápita

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

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

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

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

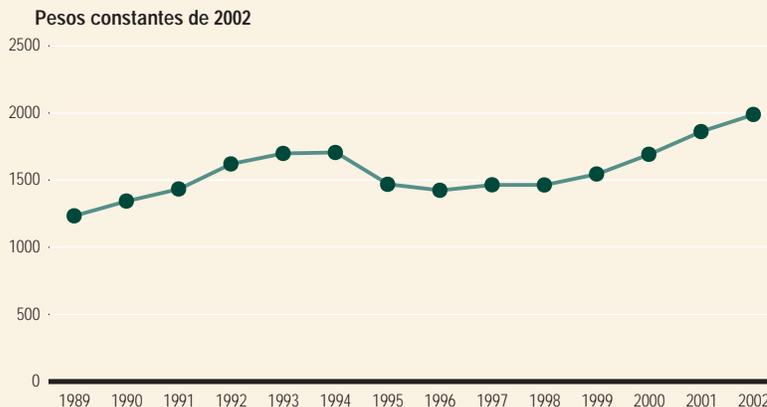
Gasto privado en salud per cápita por entidad federativa, México 2002



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

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

Gasto privado en salud per cápita, México 1989-2002



Gasto privado en salud por componentes

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

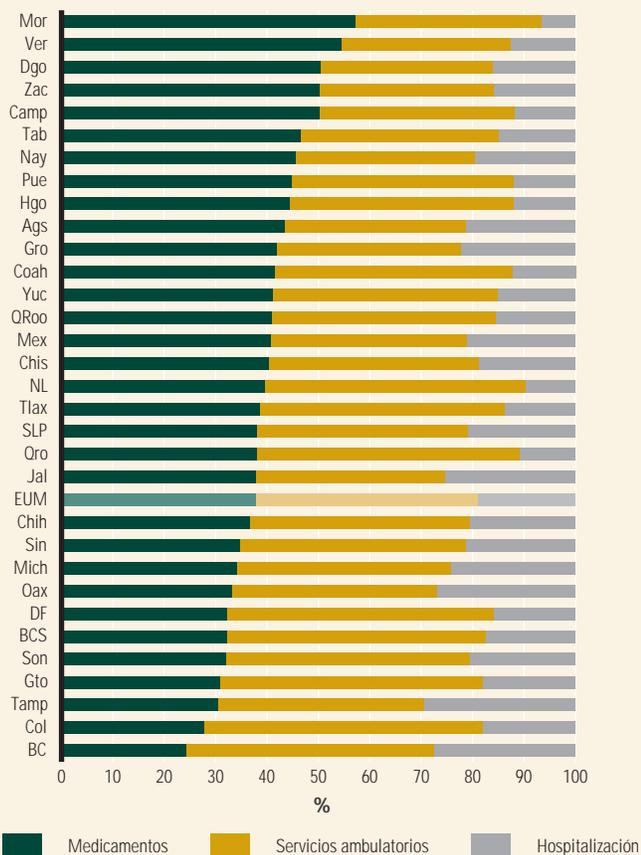
La desagregación del gasto médico de bolsillo por componentes permite caracterizar la magnitud de las contribuciones directas de las familias en la compra de bienes y servicios de salud. Este indicador de gasto fue dividido en tres grandes componentes: gasto en medicamentos, gasto en atención ambulatoria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

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

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

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

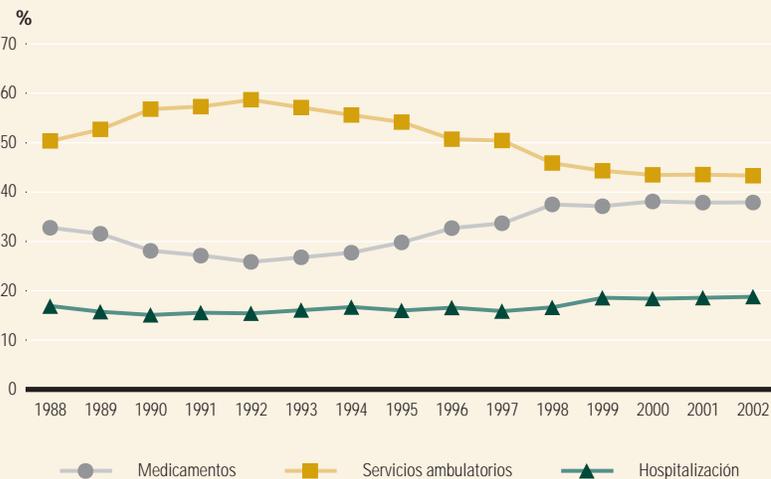
Distribución del gasto de bolsillo por componentes por entidad federativa, México 2002



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

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

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



Médicos por 1000 habitantes

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

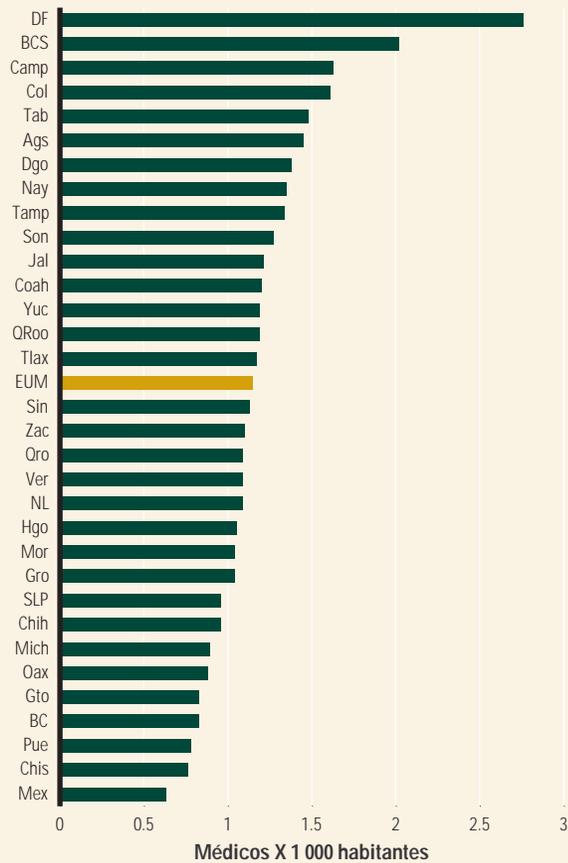
Uno de los determinantes de la productividad de un sistema de salud es la relación entre la población usuaria y el número de profesionales de la salud responsables de la atención. Aunque en términos generales se considera que la razón de un médico por cada 1,000 habitantes es una cifra aceptable, en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

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

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

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

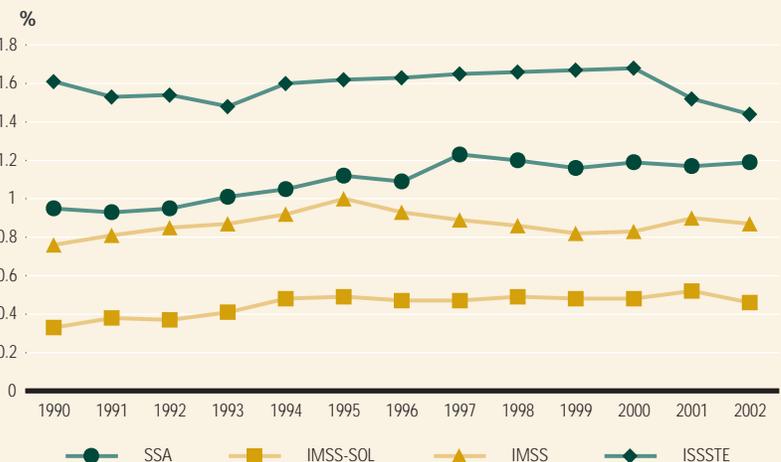
Médicos del sector público por entidad federativa, México 2002



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

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

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



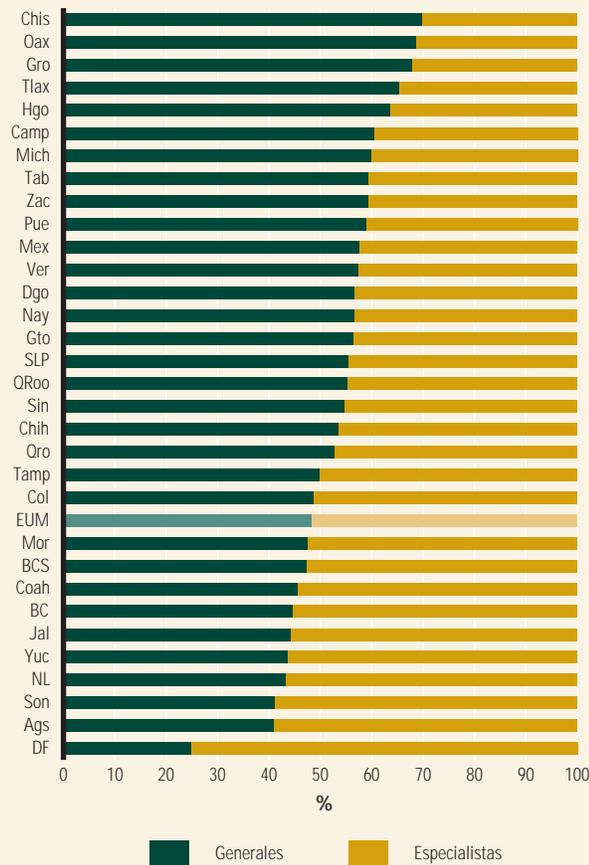
Médicos generales y especialistas

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

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

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

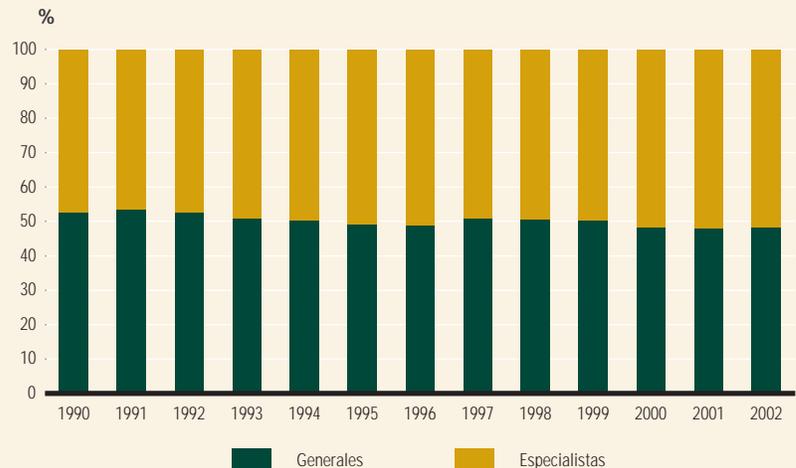
Proporción de médicos generales y médicos especialistas del sector público por entidad federativa, México 2002



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

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

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



Camas censables

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

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

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

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

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

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

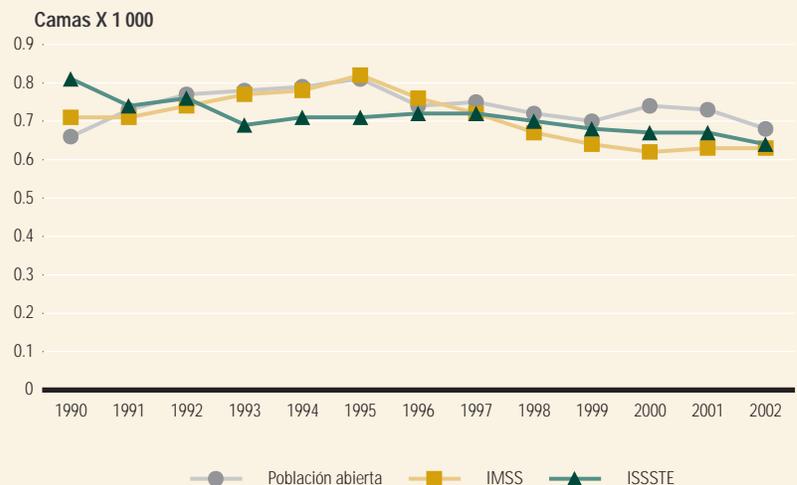
Camas censables del sector público por entidad federativa, México 2002



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

Camas censables por institución, México 1990-2002

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



Cobertura de vacunación en niños de 1 año

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

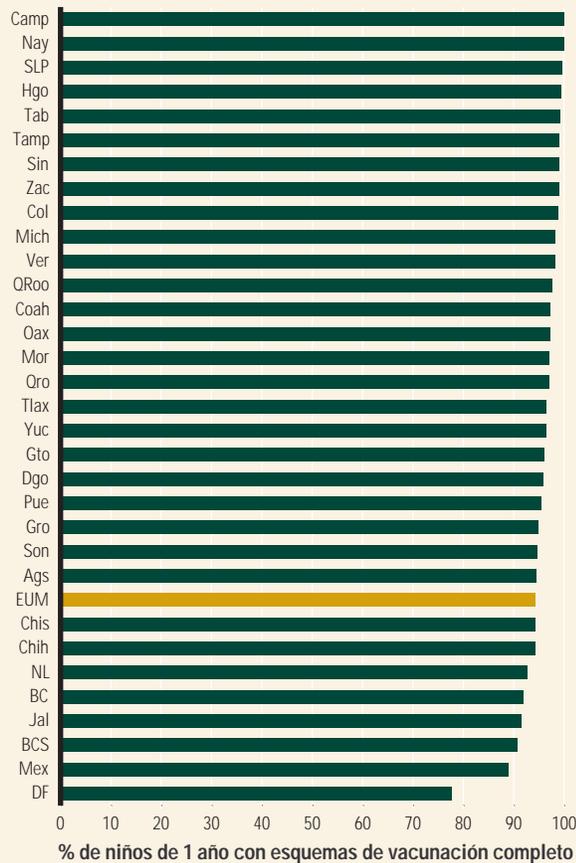
Alcanzar y mantener una cobertura alta con el esquema completo de vacunación de los niños de 1 año de edad es imprescindible para asegurar el control, la eliminación o la erradicación de las enfermedades prevenibles por esta intervención.

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

orientan a conseguir su eliminación en los próximos años.

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

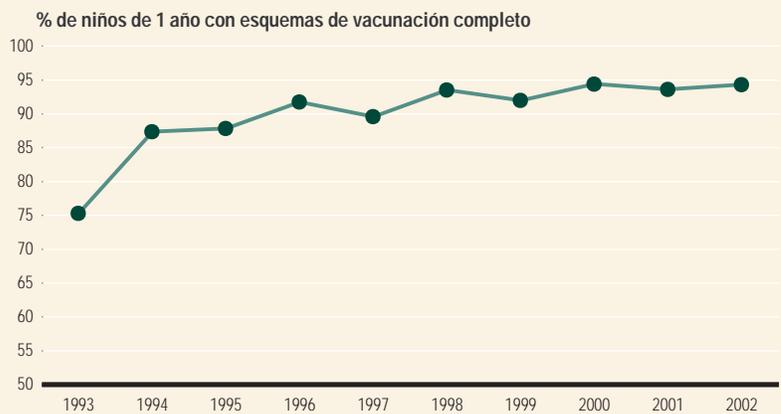
Cobertura de vacunación en niños de 1 año por entidad federativa, México 2002



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

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

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



Cobertura de vacunación en niños de 1 a 4 años

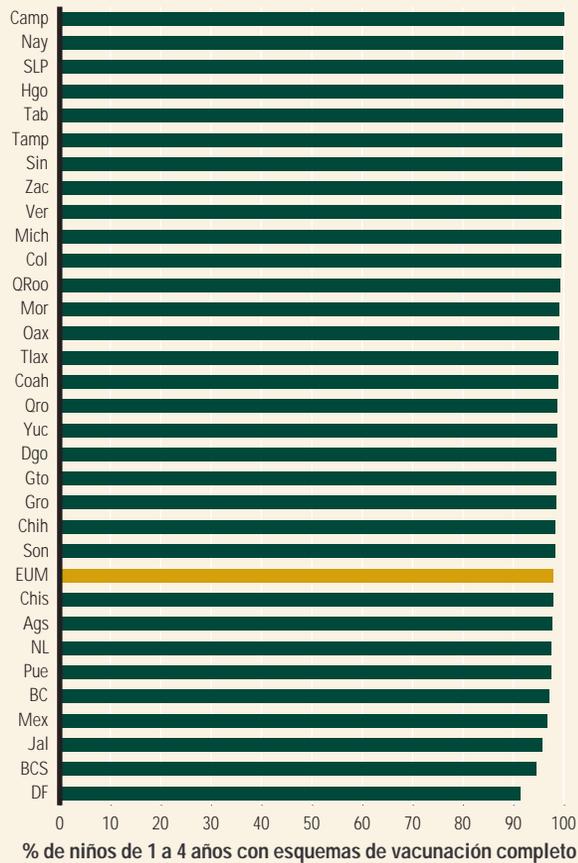
La cobertura con esquema completo de vacunación en niños de 1 a 4 años se define como la proporción de niños de 1 a 4 años de edad que completaron el esquema básico de vacunación en relación al total de niños de ese grupo de edad registrados en el censo nominal del Programa de Vacunación (PROVAC).

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

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

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

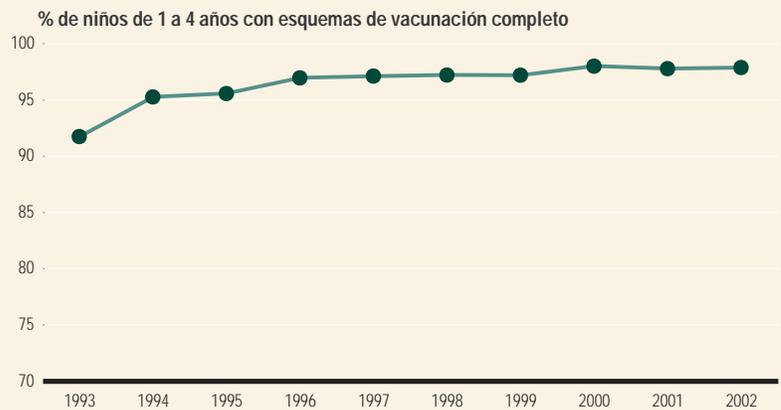
Cobertura de vacunación en niños de 1 a 4 años por entidad federativa, México 2002



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

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

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



Consultas por consultorio

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

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

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

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

Consultas por consultorio
por entidad federativa, México 2002



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

Consultas por consultorio por institución, México 1990-2002

Consultas X consultorio



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

Cirugías por quirófano

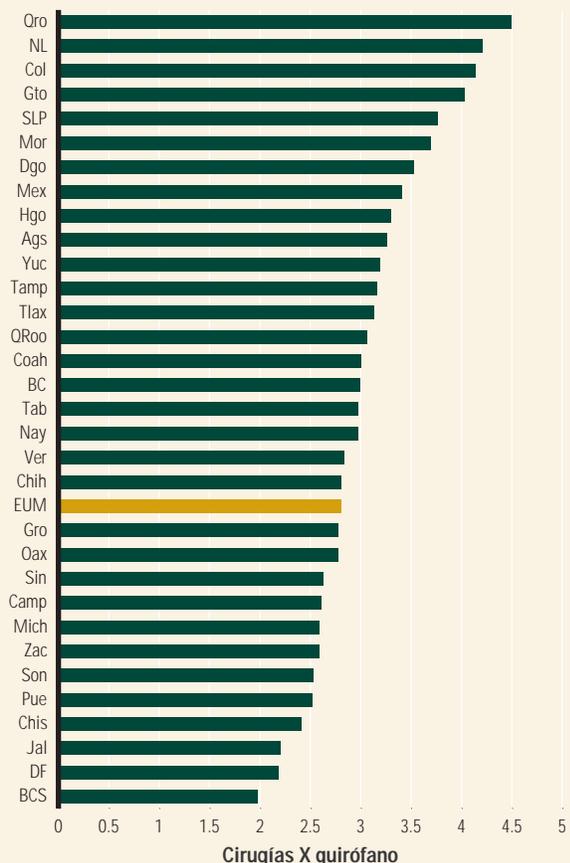
El promedio diario de **cirugías por quirófano** es el resultado de dividir el número total de cirugías realizadas en el año en las instituciones públicas de salud entre el número total de quirófanos disponibles en el mismo período, cifra que a su vez se divide entre los 365 días del año.

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

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

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

Cirugías por quirófano
por entidad federativa, México 2002



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

Cirugías por quirófano por institución, México 1990-2002

Cirugías X quirófano



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