

La Salud y el Sistema de Atención

- Condiciones de salud
- Calidad
- Inversión en salud
- Cobertura



Esperanza de vida al nacimiento

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

La esperanza de vida al nacimiento es un indicador clásico del nivel de desarrollo humano. Este indicador resume las experiencias de mortalidad de la población y, de forma indirecta, refleja las condiciones de nutrición, educación y salud en general.

La esperanza de vida se construye utilizando la probabilidad de morir a diferentes edades, probabilidades que se calculan con los datos reales de mortalidad de las poblaciones estudiadas. Una de las debilidades de este indicador es precisamente que se basa en la mortalidad actual, la cual es reflejo no sólo de las situaciones presentes sino sobre todo de tendencias seculares y, por lo tanto, refleja más las condiciones de desarrollo vividas por la población a lo largo de su vida que sus condiciones actuales o futuras. Otra debilidad importante del indicador es que conforme aumenta la esperanza de vida, el indicador se vuelve cada vez menos sensible a mejoras subsecuentes.

A lo largo del siglo XX se observaron extraordinarios avances en la esperanza de vida de la mayoría de los países. Una buena proporción del avance logrado no es atribuible directamente a los esfuerzos de los sistemas de salud. De hecho, los primeros avances en la esperanza de vida se registran antes de que se constituyan formalmente lo que ahora denominamos sistemas de salud, y se debieron a las

mejoras en las condiciones sanitarias. El segundo gran impulso a la esperanza de vida fue producto del advenimiento de los antibióticos y las vacunas, los cuales permitieron abatir la mortalidad por enfermedades infecto – contagiosas. Finalmente, los avances más recientes se han debido al control de factores de riesgo y las mejoras médicas que permiten prolongar la vida de las personas adultas.

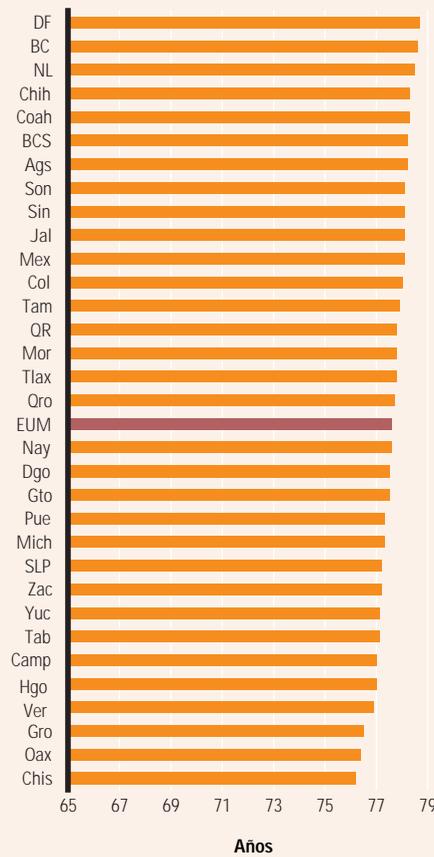
A pesar del avance generalizado en el mundo, diversos países del África al sur del Sahara y algunas repúblicas ex-soviéticas han presentado descensos en este indicador. Actualmente el país con la mayor esperanza de vida al nacimiento es Japón, con 82 años, mientras que hay cinco países al sur del Sahara que no alcanzan los 35 años.

En México la esperanza de vida se incrementó más de 40 años entre 1900 y 2000, con un mayor ritmo de avance entre 1950 y 1980. Los niveles actuales ubican a México en un nivel intermedio en el contexto latinoamericano, en donde Costa Rica y Cuba presentan las cifras más altas, con 78 y 77 años, respectivamente. No obstante esto, el gran reto para México son las diferencias internas, que aunque también han disminuido, alcanzan una magnitud de 4 años entre los estados que se ubican en los extremos de la realidad nacional.

Esperanza de vida al nacimiento en hombres por entidad federativa México 2004



Esperanza de vida al nacimiento en mujeres por entidad federativa México 2004



El gran reto para México es disminuir las brechas que existen en esperanza de vida al nacimiento entre estados y al interior de éstos.

En las últimas dos décadas, la esperanza de vida a nivel nacional ha aumentado más de ocho años.

Esperanza de vida al nacimiento México 1990 - 2004



Mortalidad infantil

La **mortalidad infantil** se define en este documento como la probabilidad de morir durante el primer año de vida, expresada en muertes por 1,000 nacimientos.

En los últimos 25 años han ocurrido importantes cambios en el patrón epidemiológico de la mortalidad infantil en México. En 1980 morían 50 de cada 1,000 niños antes de cumplir su primer año de vida; actualmente la tasa se ha reducido a 18 de cada 1,000.

El ritmo de descenso de la mortalidad infantil fue muy alto en los años ochenta y principios de los años noventa, disminuyó entre 1995 y 2000, y volvió acelerarse en los últimos cuatro años. Este nuevo incremento del ritmo de descenso de la mortalidad infantil evitó la muerte de 7,300 niños que hubieran fallecido en el último año de haberse mantenido la tasa del año 2000.

Los cambios no se han dado sólo en la tasa de mortalidad. El esquema temporal también ha cambiado drásticamente. En 2003 dos de cada tres muertes infantiles ocurrieron antes de alcanzar la primera semana de vida y 20% del total fallecieron durante las primeras 24 horas de existencia. Más del 70% de las muertes infantiles están asociadas a afecciones perinatales o malformaciones congénitas. Más específicamente, las primeras tres causas de muerte en menores de un año son la dificultad respiratoria del recién nacido, la sepsis bacteriana neonatal y las malformaciones congénitas del corazón. En sentido opuesto, en términos generales, las infecciones comunes

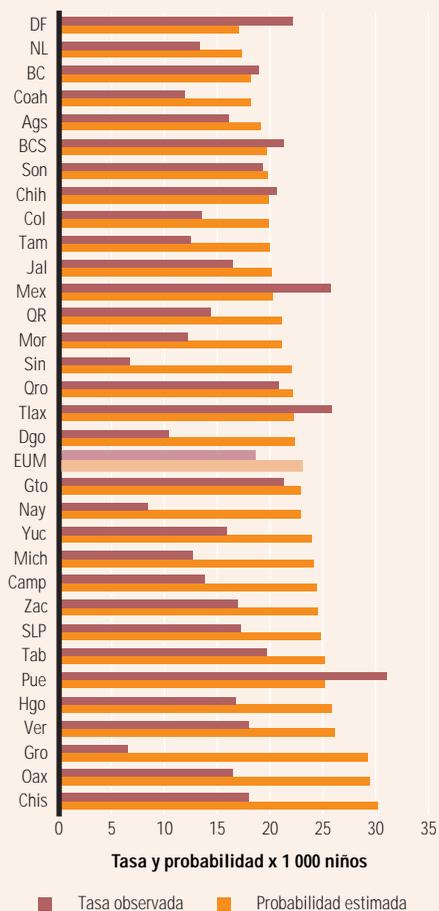
se han abatido, particularmente las diarreas, que sólo se asocian a 4% de la mortalidad infantil.

Si se aísla sólo a los niños mayores de un mes, los cuales han sobrevivido a los riesgos propios del período perinatal, las diarreas y la neumonía se incrementan hasta constituirse en causa de más del 25% de las muertes, aunque las malformaciones congénitas del corazón se mantienen como la tercera causa de fallecimiento.

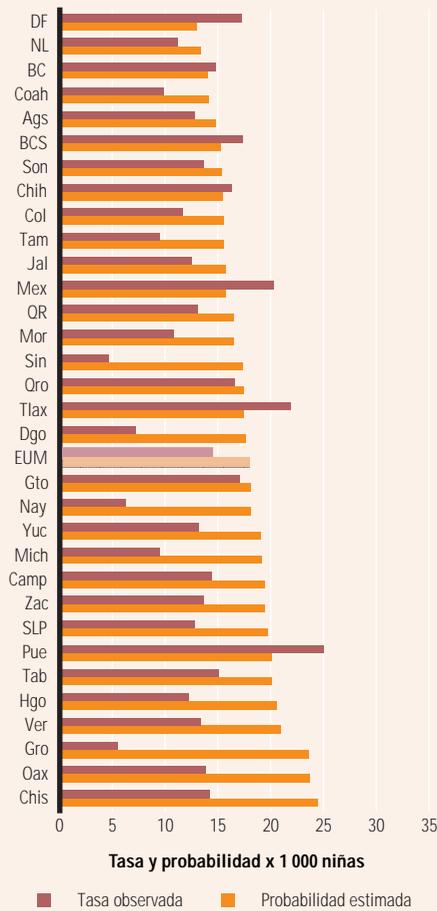
El nuevo patrón epidemiológico, producto del éxito en el combate a las enfermedades infecciosas, exige la búsqueda de nuevas estrategias para luchar contra la mortalidad infantil. La atención profesional del parto, una adecuada atención prenatal, y la vigilancia y referencia de los recién nacidos de alto riesgo son las herramientas lógicas. También se requiere de la capacitación de personal sanitario no médico que favorezca la compatibilidad cultural entre las madres y la atención profesional.

A pesar de los grandes avances, las enfermedades infecciosas siguen siendo un reto para los sistemas de salud. Las enfermedades del rezago epidemiológico –diarreas, infecciones respiratorias y desnutrición– siguen provocando 15% de los fallecimientos en menores de un año y en estados como Chiapas provocan uno de cada cuatro decesos.

Tasa observada de mortalidad infantil y probabilidad estimada de muerte en niños menores de un año México 2003



Tasa observada de mortalidad infantil y probabilidad estimada de muerte en niñas menores de un año México 2003

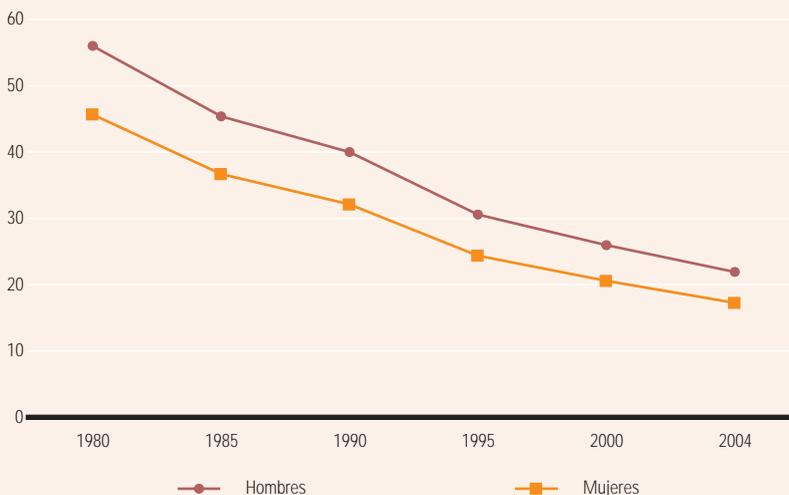


Los mayores niveles de subregistro de la mortalidad infantil se presentan en Guerrero y Sinaloa.

La mortalidad infantil en México ha disminuido 62% de 1980 a la fecha.

Mortalidad en menores de 1 año México 1980 - 2004

Probabilidad de morir x 1 000 menores de 1 año



Mortalidad en menores de 5 años

La tasa de mortalidad en menores de 5 años se define como el número de muertes en menores de 5 años entre 1,000 niños en ese grupo de edad.

En la última década del siglo XX la mortalidad en menores de 5 años descendió a un ritmo de poco más de 20% anual. En los últimos años de este periodo, aunque las muertes en este grupo de edad continuaron descendiendo, el ritmo con el que disminuyeron fue notablemente menor.

El fenómeno anterior puede atribuirse a dos causas principales. Por un lado, la dificultad para llevar los beneficios sanitarios que posibilitaron los espectaculares descensos de las décadas anteriores a los sectores más marginados de la población y, en segundo término, al hecho de que cada vez es mayor la proporción de muertes en niños que se asocian a padecimientos de más difícil prevención, tratamiento y control. En 1990, por ejemplo, más de 30% de las muertes en menores de 5 años se debían a infecciones comunes, como diarreas e infecciones respiratorias. Actualmente el porcentaje de muertes atribuibles a estas causas es de sólo 15%. En sentido opuesto, actualmente casi 50% de las muertes en menores de 5 años se deben a alteraciones perinatales o malformaciones congénitas.

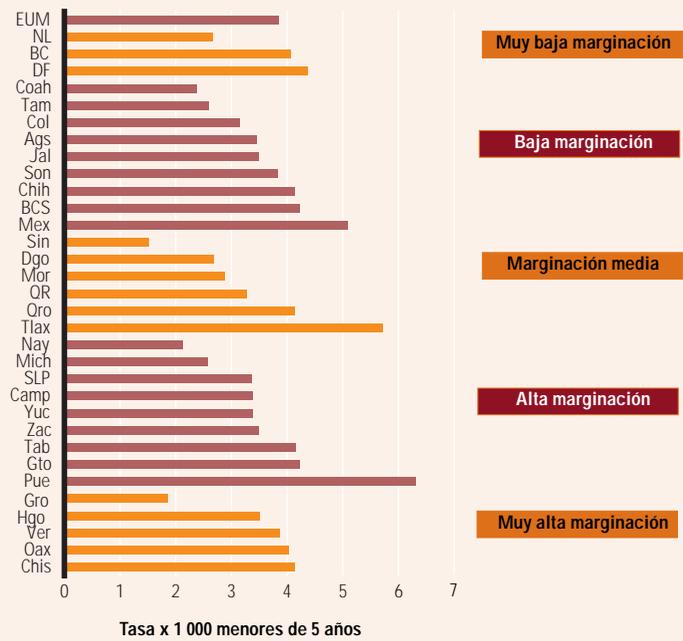
En los años recientes también ha habido una modificación sustancial del patrón de riesgo de muerte en los niños de acuerdo a su edad. Mientras que en 1990 tres de cada cuatro de los niños menores de 5 años que morían eran menores de un año, actualmente esa proporción se ha incrementado a 85% y más de la mitad de los decesos

ocurren antes de cumplir el primer mes de vida, principalmente como consecuencia de trastornos cardiovasculares o respiratorios perinatales o de malformaciones congénitas.

Una vez superados los riesgos de la infancia temprana, se produce un cambio en las principales causas de muerte en la niñez. Casi 30% de los fallecimientos ocurridos después de sobrevivir al primer año de vida se deben a infecciones comunes o desnutrición, además de que en esa etapa adquieren especial importancia los accidentes, entre los que sobresalen los atropellamientos, ahogamientos y accidentes vehiculares, los cuales suman 20% del total de muertes.

Como se ha reiterado en ediciones anteriores de este informe, el análisis de las cifras presentadas aquí debe realizarse con cautela. Existen serios problemas en el registro de la mortalidad en algunas entidades, lo cual puede ocasionar la situación, aparentemente paradójica, de que algunos estados con altos niveles de desarrollo presentan mayores cifras de mortalidad que estados con desarrollo más precario pero con sistemas de información menos eficientes. Una contribución al análisis es la importancia relativa de las muertes prevenibles en cada estado. Mientras que en Chiapas 30% de las muertes son causadas por diarreas, infecciones respiratorias o desnutrición, en Nuevo León o Aguascalientes el porcentaje correspondiente es de sólo 7%.

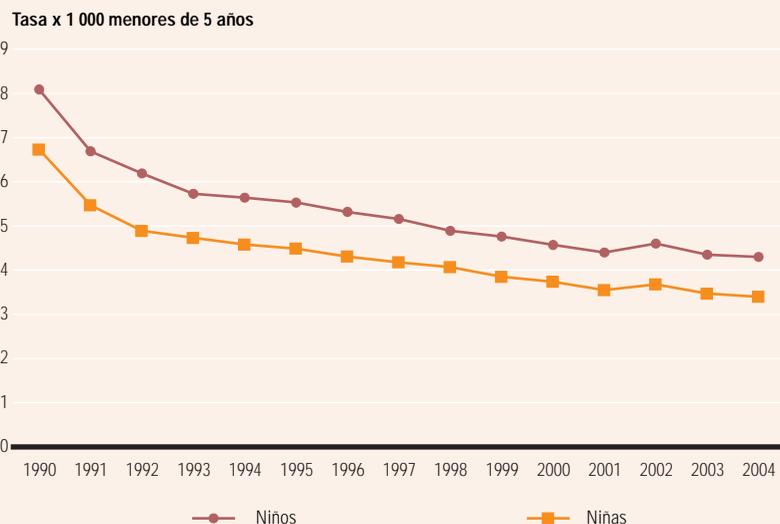
Mortalidad en menores de 5 años por nivel de marginación estatal México 2004



El análisis de la mortalidad en menores de 5 años enfrenta serios problemas relacionados con la calidad de los registros en varias entidades.

La mortalidad en menores de 5 años sigue disminuyendo. De hecho, el ritmo de descenso se incrementó en los últimos tres años.

Tasa de mortalidad en menores de 5 años de edad México 1998-2004



Mortalidad materna

La **razón de mortalidad materna** se obtiene de dividir el número de mujeres muertas en un año por complicaciones del embarazo, parto y puerperio entre los nacidos vivos en ese mismo periodo, multiplicando el resultado por 100,000.

La mayor parte de las muertes maternas que ocurren en México son producto de complicaciones del embarazo, parto o puerperio que son prevenibles y curables si se detectan y atienden oportunamente. Como muchas otras causas de defunción, las causas asociadas a las muertes maternas suelen concentrarse en las áreas más marginadas, y en núcleos poblacionales con bajos niveles de educación y con problemas de accesibilidad, geográfica o cultural a los servicios de atención a la salud.

De las más de 500,000 muertes maternas que ocurren cada año en el mundo – incluidas 68,000 por abortos peligrosos–, sólo 1% ocurren en los países ricos. Los extremos son claros también en el contexto nacional: mientras que Nuevo León y Aguascalientes presentan cifras similares a la de los países más desarrollados – una muerte por 6,000 mujeres embarazadas–, en Chiapas y Guerrero las cifras son cinco veces más altas.

A nivel nacional la mortalidad materna sigue descendiendo. De hecho el ritmo de descenso se incrementó de 2.5% entre 1995 y 2000 a 3.4% en los últimos años, lo que evitó alrededor de 550 muertes maternas.

Los esfuerzos del sistema de información en salud permiten contar ahora con información más oportuna y confiable sobre cada una de las muertes maternas ocurridas en el país. Esto permite identificar las áreas geográficas de mayor riesgo y las causas más frecuentes de muerte en el embarazo, parto o puerperio. Por ejemplo, con la información disponible es posible afirmar que en Nuevo León las muertes por hipertensión o hemorragia son casi nulas; la mayor parte de las defunciones son ocasionadas por causas obstétricas indirectas, es decir, se deben a padecimientos sistémicos subyacentes que se ven agravados por la maternidad. A nivel nacional, en cambio, en 2004, 25% de las muertes maternas se debieron a hemorragias, 30% a hipertensión asociada al embarazo y otro 12% a otras complicaciones del parto. Estas cifras indican que más de 850 mujeres mexicanas murieron el año pasado por causas prevenibles y curables. Si utilizando la información con que se cuenta se focalizan esfuerzos para reducir al menos a la mitad el número de muertes asociadas a estas causas, la razón de mortalidad materna podría reducirse a 40, con lo que la meta planteada para 2015 dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio estaría más cercana.

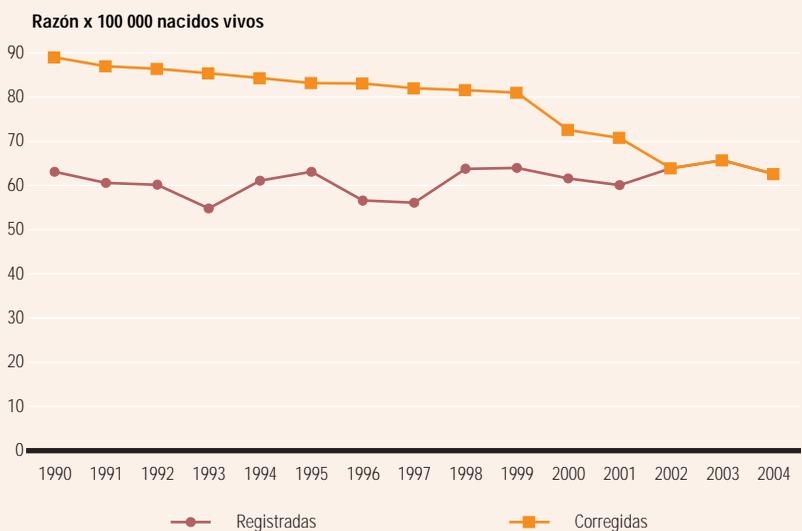
Razón de mortalidad materna por entidad federativa México 2004



Zacatecas redujo a menos de la mitad sus muertes maternas en el último año y presenta, con Nuevo León, Aguascalientes y Colima, las mejores cifras del país.

Los esfuerzos de los sistemas de información han posibilitado que se cuente con un mejor registro de las muertes maternas.

Razón registrada y corregida de mortalidad materna México 1998 - 2004



Mortalidad por cáncer cérvico – uterino

La **tasa de mortalidad por cáncer cérvico – uterino** se define como el número de muertes por esta causa en mujeres de 25 años o más por 100,000 mujeres en ese grupo de edad.

El examen citológico conocido como prueba de Papanicolau es una herramienta sencilla y muy útil para detectar tempranamente alteraciones que pueden sugerir la presencia de cáncer cérvico – uterino. Análisis recientes han mostrado que sólo 60% de las mujeres mexicanas entre 18 y 69 años se sometieron a un examen de Papanicolau en los últimos tres años. Las mejores cifras corresponden a Campeche, que tuvo una cobertura de más de 70% en este indicador.

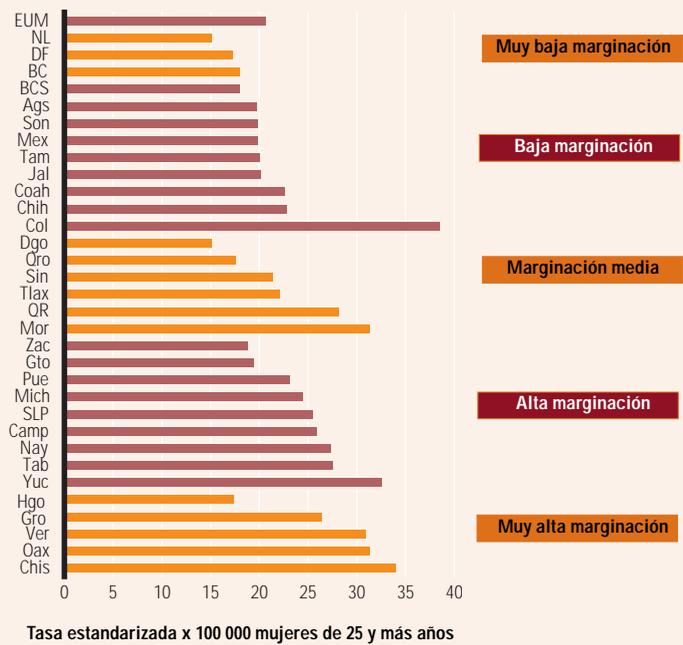
A pesar de que las cifras anteriores no son tan buenas como se quisiera, y que la baja cobertura se suma a otros factores como las deficiencias en el manejo, lectura e interpretación de las muestras citológicas, así como a la falta de acceso a tratamientos oportunos y efectivos, la mortalidad por este tipo de cáncer se ha reducido en el país a un ritmo de casi 5% por año a partir de 1998.

El cáncer cérvico – uterino es uno de los mejores ejemplos de las llamadas “enfermedades del rezago epidemiológico”. Aunque las cifras estatales no muestran una alta correlación entre nivel de marginación y mortalidad por esta causa, aun en las entidades con mayor

desarrollo, los casos de esta enfermedad se concentran en las mujeres que pertenecen a los estratos más desfavorecidos, particularmente las mujeres con menos educación y las que tienen dificultad, ya sea geográfica o cultural, para acceder a la prueba de Papanicolau.

A pesar de los innegables avances en el control de la mortalidad por esta causa, las cifras actuales significan que más de 10 mujeres, la mitad de ellas menores de 58 años, mueren diariamente a consecuencia del cáncer cervical. México sigue siendo uno de los países con mortalidad más alta por esta causa en el contexto latinoamericano, con una tasa dos veces más alta que la de Uruguay o Argentina y 50% superior a la de Chile o Costa Rica. Para ubicar a México en una mejor posición entre los países de la región es necesario mejorar el acceso y la aceptabilidad cultural de los procedimientos de diagnóstico oportuno en las áreas más marginadas, lo cual reduciría la brecha social asociada a este padecimiento e impactaría de manera definitiva en la cifra de muertes que este cáncer, altamente prevenible y potencialmente curable, ocasiona.

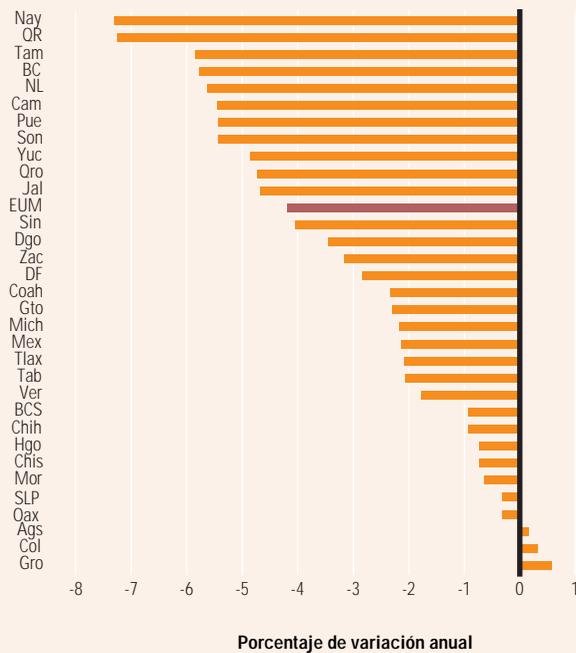
**Mortalidad por cáncer cérvico-uterino
en mujeres de 25 años o más
por nivel de marginación estatal
México 2004**



Nuevo León y Durango presentaron las cifras más bajas de mortalidad por cáncer cérvico-uterino.

En 29 de las 32 entidades federativas la mortalidad por cáncer cérvico-uterino ha disminuido de manera consistente en los últimos años.

**Variación anual promedio
en la mortalidad por cáncer cérvico-uterino
México 1998-2004**



Mortalidad por cáncer de mama

La **tasa de mortalidad por cáncer de mama** se define como el número de muertes por esta causa en mujeres de 25 años o más por 100,000 mujeres de ese grupo de edad.

A pesar de que la tendencia de la mortalidad por cáncer de mama se ha estabilizado en los últimos años, el número de muertes por esta causa ha igualado ya a la cifra correspondiente a las muertes por cáncer cérvico – uterino y se prevé que en los próximos cinco años asumirá plenamente su posición como el cáncer más frecuente entre las mujeres.

La estabilización de tasa de mortalidad es un éxito, pero debe considerarse que la tasa de incidencia de esta enfermedad sigue creciendo y que el control de la mortalidad exige mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento. La realización de una mamografía al año, particularmente después de los 40, ha probado ser una herramienta de invaluable valor para diagnosticar en etapas tempranas el cáncer de mama.

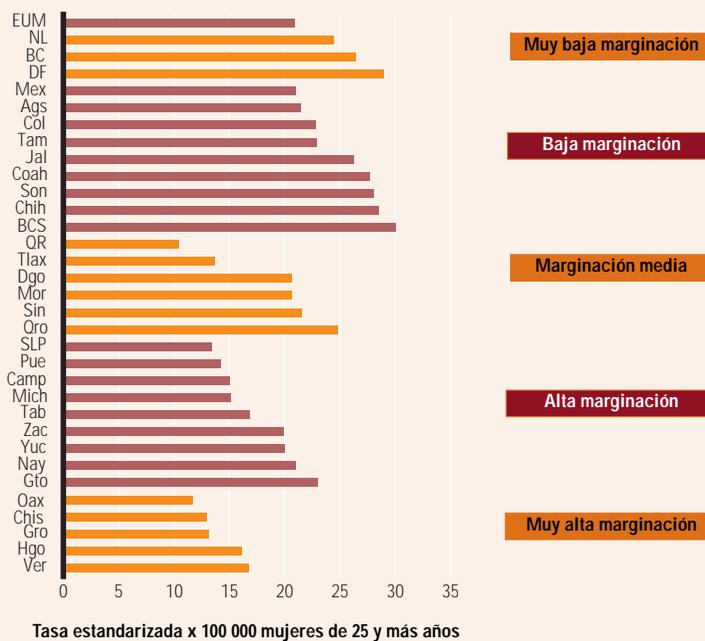
No obstante esto, datos recientes muestran que sólo 20% de las mujeres mexicanas entre 40 y 69 años se someten a una mamografía cada año. A nivel estatal la cifra más alta corresponde a Nuevo León, pero aun en este estado la proporción de mujeres con este estudio alcanza apenas el 35%.

La incidencia de este tipo de cáncer es muy rara antes de los 20 años, pero después de los 25 la probabilidad de desarrollar esta enfermedad crece consistentemente hasta

alcanzar su máximo alrededor de la menopausia. En México la edad media de los fallecimientos por esta causa es de 56 años y la mayor proporción de muertes por esta causa ocurren entre los 45 y los 55 años, grupo en el cual hecho se constituye en la segunda causa de muerte, sólo por debajo de la diabetes. Existen muy amplias diferencias en la edad de muerte por esta causa en los diferentes estados. Mientras que en Chiapas la edad promedio es de sólo 49 años, en Yucatán es de 72. La magnitud de las diferencias en la edad de muerte sugiere que las medidas de diagnóstico oportuno, ya sea a través de personal médico o a través de la auto exploración física, y la atención efectiva están funcionando adecuadamente en algunas entidades.

En 2004 las tasas más altas de mortalidad por esta causa se observaron en el Distrito Federal y Baja California Sur. Sin embargo, la falta de acceso a medios adecuados para hacer diagnósticos tempranos y la mayor dificultad para introducir mejores prácticas de autoexploración, aunado al aumento en la prevalencia de conductas que favorecen el desarrollo de esta patología – obesidad, nuliparidad, ausencia de lactancia materna– seguramente harán que este cáncer se observe cada vez con más frecuencia en las zonas rurales y en las áreas urbanas altamente marginadas.

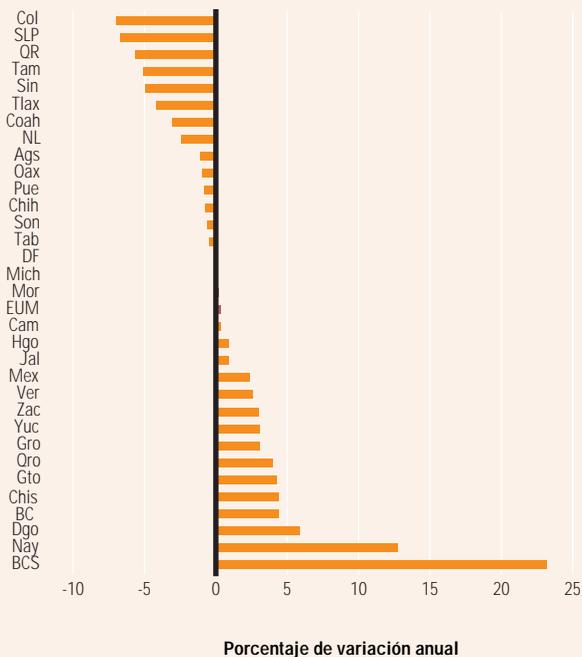
Mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 25 años o más por nivel de marginación estatal México 2004



En 2004 la mortalidad más baja por cáncer de mama se presentó en Quintana Roo y Oaxaca.

A nivel nacional la mortalidad por cáncer de mama se ha estabilizado en los últimos cinco años.

Variación anual promedio en la mortalidad por cáncer de mama México 1998-2004



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 cardiopatía isquémica en un año entre la población total en ese mismo periodo.

En 2004 se produjeron más de 50,000 muertes en México a consecuencia de enfermedades isquémicas del corazón. Esta cifra representa poco más de 10% del total de muertes en el país, lo que ubica a las cardiopatías isquémicas como la segunda causa de muerte en México, sólo por debajo de la diabetes mellitus.

La isquemia cardiaca supone una disminución del aporte de oxígeno al corazón, por lo general debida a la obstrucción de las arterias coronarias, principalmente como consecuencia de la formación de placas en las paredes de esos vasos sanguíneos. La isquemia grave y prolongada provoca infartos al miocardio y muerte. Sin embargo, en no pocas ocasiones la sintomatología de estas enfermedades es más silenciosa y sólo se manifiesta bajo condiciones de esfuerzo o estrés intenso. Otros factores que incrementan la probabilidad de desarrollar isquemia del corazón son la hipertensión y los altos niveles de colesterol y triglicéridos en sangre, además del tabaquismo.

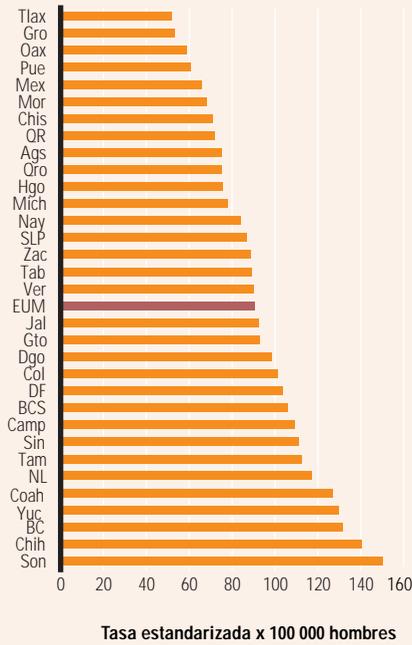
La isquemia cardiaca afecta principalmente a personas de edad avanzada. Más del 80% de las muertes por esta causa ocurren en mayores de 60 años y 25% ocurren

después de los 85 años. No obstante, como sucede con otras causas, los hombres mueren a edades más tempranas que las mujeres: la mitad de los varones que fallecen por cardiopatías isquémicas mueren antes de los 72 años, mientras que en las mujeres la edad media de muerte son los 79 años.

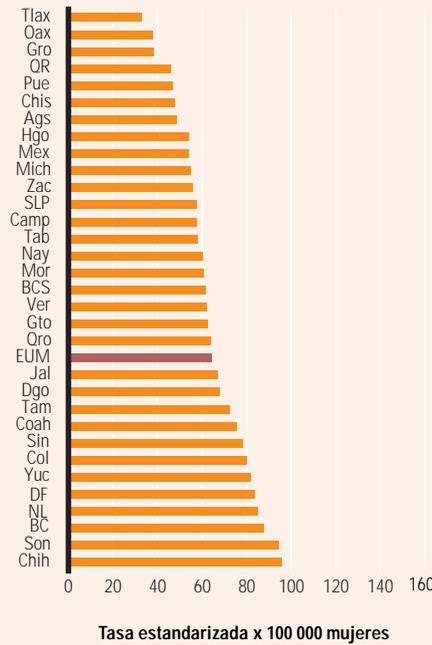
También a nivel de los estados hay notables brechas en la edad de muerte. La diferencia entre Zacatecas y Querétaro es del orden de 10 años. Esto puede deberse a diferencias en las características de la población de esos estados, pero también a diferencias en el acceso y calidad de los servicios de salud, que posibilitan un diagnóstico oportuno y tratamientos adecuados que prolongan la esperanza de vida de las personas afectadas por este tipo de padecimientos.

A pesar de que las tasas estandarizadas de mortalidad por cardiopatías isquémicas prácticamente se han mantenido estables en los últimos 10 años, el número de muertes asociadas a estas enfermedades casi se ha duplicado en los últimos 15 años, representando uno de los mayores retos para los servicios de salud en la actualidad.

Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en hombres por entidad federativa México 2004



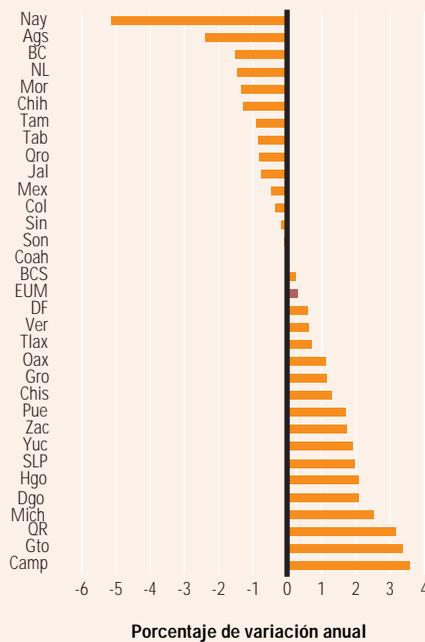
Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en mujeres por entidad federativa México 2004



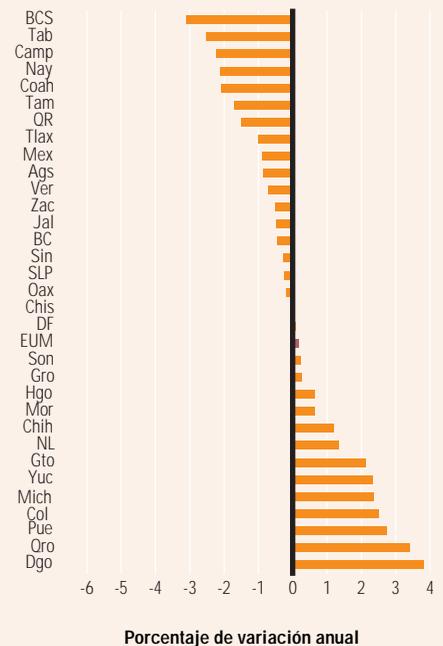
En ambos sexos los estados con mayor mortalidad por cardiopatías isquémicas fueron Baja California, Chihuahua y Sonora.

Nayarit y Aguascalientes destacan por su nivel de reducción en la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en los últimos años.

Variación anual promedio en la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en hombres México 1998-2004



Variación anual promedio en la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en mujeres México 1998-2004



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 en ese mismo periodo.

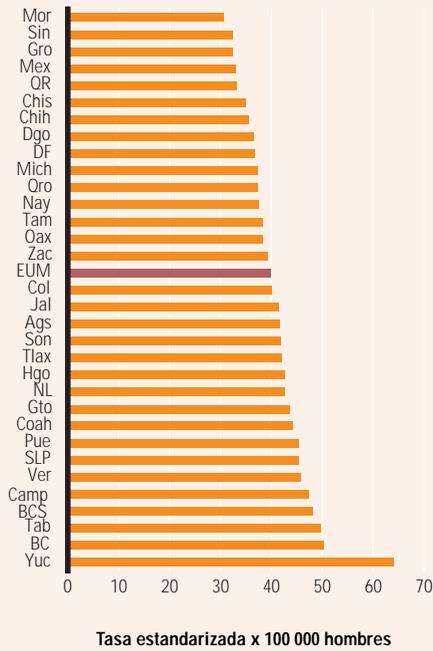
La característica fundamental de las enfermedades cerebrovasculares es la disminución en el aporte de oxígeno al cerebro, que puede ocasionar daños permanentes y, en no pocos casos – más de 26,000 en el último año–, la muerte. Asociados al envejecimiento de la población, estos padecimientos también están ligados a variables cada vez más frecuentes en la población mexicana: obesidad, hipertensión y niveles elevados de colesterol sanguíneo.

El análisis de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares debe tomar en cuenta varios factores. En primer lugar, el mayor acceso a atención médica y las mejores opciones de tratamiento, que previenen la muerte de muchos de los afectados pero no evitan que padezcan en mayor o menor medida, y por prolongados periodos de tiempo, secuelas discapacitantes. Así, la mortalidad por estas enfermedades sólo representa la punta del iceberg de un fenómeno que impacta severamente la salud de la población mexicana.

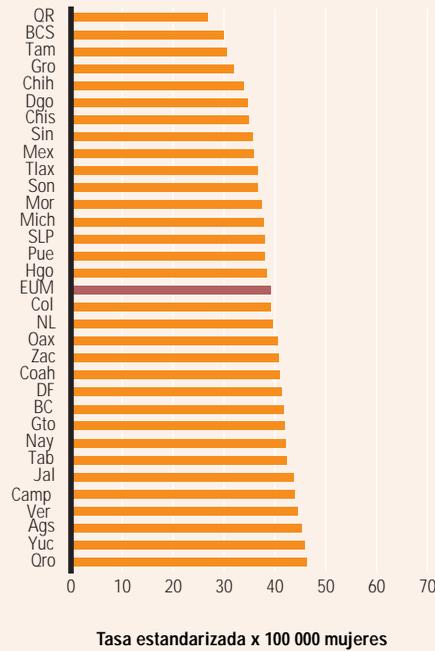
Otro aspecto ya mencionado en el que conviene profundizar es el del envejecimiento poblacional. En 2004 se estima que se produjeron 2,000 muertes más por esta causa que en 1998. Este fenómeno no sólo es ocasionado por el crecimiento poblacional sino también por el crecimiento específico del segmento de la población de mayor edad. La estandarización de tasas permite una comparación justa de las cifras a lo largo del tiempo. Cuando se controla el efecto de la edad, observamos que la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares se reduce a un ritmo de poco más de 3% anual.

En el nivel estatal resalta la muy alta mortalidad por estos padecimientos en Yucatán, particularmente en hombres. La tasa de mortalidad por esta causa en ese estado es 30% superior a la del estado que le sigue y el doble de la correspondiente a los estados con mejores cifras. En sentido opuesto, destacan las reducciones que han tenido Chihuahua, Nayarit y Tamaulipas en los últimos seis años.

Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en hombres por entidad federativa México 2004



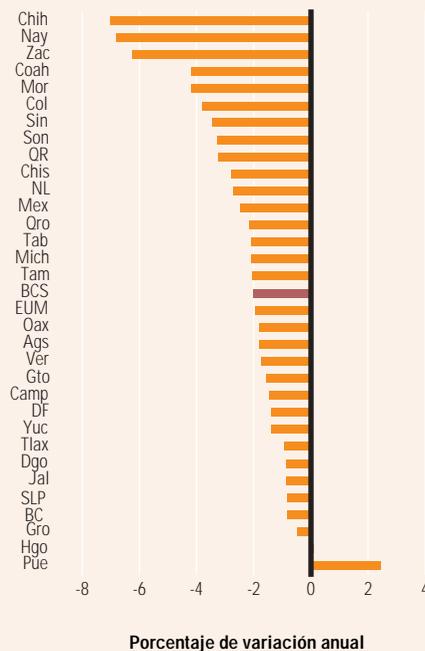
Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en mujeres por entidad federativa México 2004



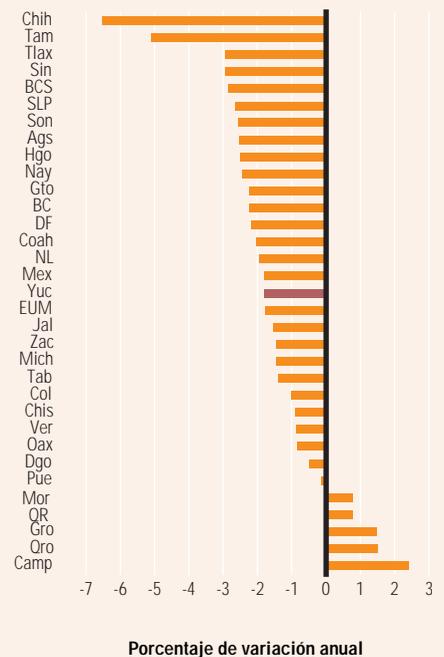
Morelos en hombres y Quintana Roo en mujeres presentan las mejores cifras de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares.

Con excepción de unas cuantas entidades, la mayor parte de los estados muestran un tendencia descendente en las muertes por enfermedades cerebrovasculares.

Variación anual promedio en la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en hombres México 1998-2004



Variación anual promedio en la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en mujeres México 1998-2004



Mortalidad por cáncer pulmonar

La **tasa de mortalidad por cáncer pulmonar** 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 cáncer pulmonar en un año entre la población total en ese mismo periodo.

El cáncer se caracteriza por el crecimiento acelerado y desorganizado de las células que forman los órganos y tejidos del cuerpo. Este proceso de reproducción descontrolada puede ser inducido por diversos agentes, como sustancias químicas, radiaciones ionizantes o virus.

Si bien el porcentaje de fumadores que desarrollará cáncer es relativamente bajo, se estima que más del 80% de todos los casos de cáncer pulmonar están asociados a la exposición a sustancias contenidas en el tabaco. También se ha demostrado que las alteraciones celulares ocasionadas por el tabaco no se eliminan totalmente hasta después de más de cinco años de haber dejado fumar. En pocas enfermedades se puede encontrar una asociación tan fuerte y clara entre una conducta individual y un desenlace desfavorable para la salud, de aquí la importancia de la prevención del tabaquismo en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer pulmonar.

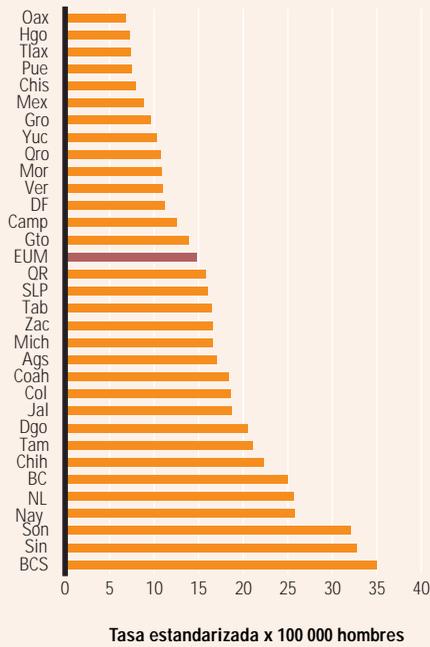
En México 3% de los fallecimientos en personas mayores de 60 años se deben al cáncer pulmonar, por

lo que la reducción de la tasa de mortalidad por esta causa ayudaría a mejorar la expectativa de vida de los individuos que han superado los riesgos vinculados a las etapas tempranas de la vida, como los accidentes y las enfermedades infecciosas.

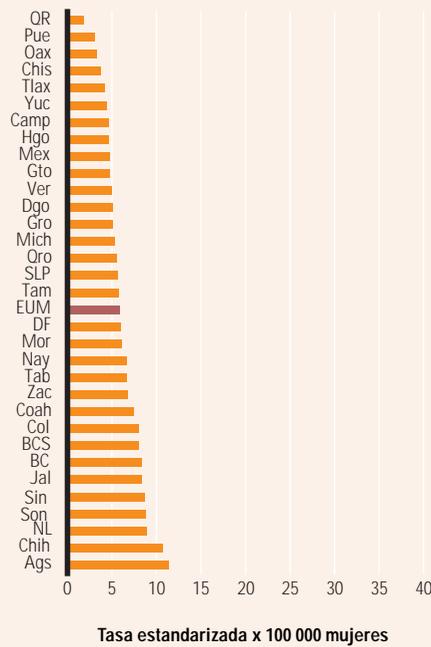
En los últimos siete años la mortalidad por cáncer pulmonar ha mostrado una tendencia ligeramente descendente tanto en hombres como en mujeres. Debe mencionarse que a pesar del descenso en las tasas estandarizadas, debido al envejecimiento paulatino de la población, el número absoluto de casos de esta enfermedad se ha incrementado año con año, lo que provoca una mayor demanda de atención médica especializada.

El análisis de las cifras estatales muestra un patrón espacial sumamente interesante: ocho de los diez estados con mayor mortalidad en hombres son estados del norte, y los tres primeros son estados de la costa norte del Pacífico. De hecho la tasa de mortalidad por cáncer pulmonar en estos estados es más del doble que el promedio nacional.

Mortalidad por cáncer pulmonar en hombres por entidad federativa México 2004



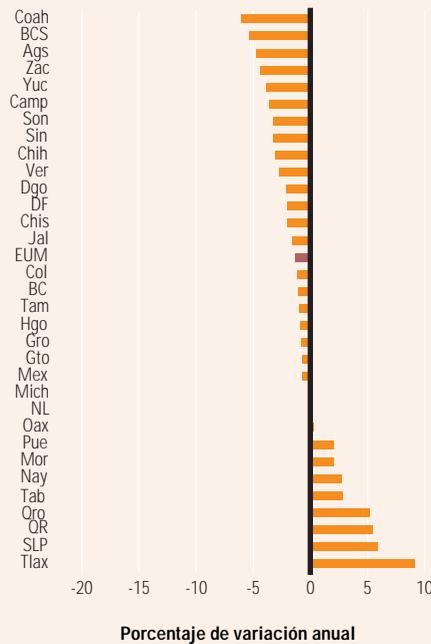
Mortalidad por cáncer pulmonar en mujeres por entidad federativa México 2004



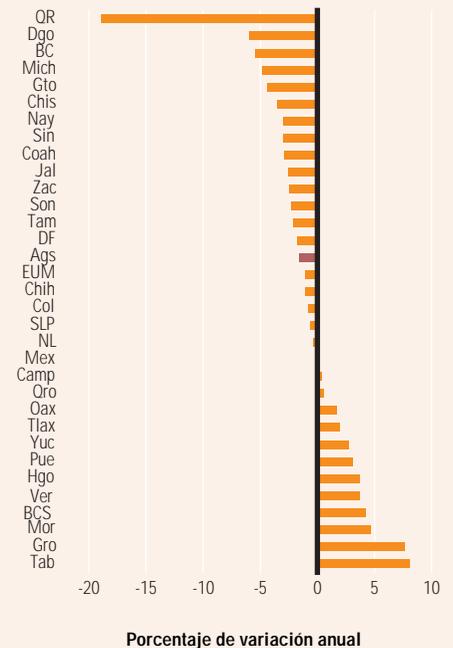
La mortalidad por cáncer pulmonar en los estados del noroeste del país es dos veces más alta que el promedio nacional.

En Coahuila y Baja California Sur la mortalidad por cáncer pulmonar en hombres se está reduciendo a un ritmo de 5% anual.

Variación anual promedio en la mortalidad por cáncer pulmonar en hombres México 1998-2004



Variación anual promedio en la mortalidad por cáncer pulmonar en mujeres México 1998-2004



Mortalidad por diabetes mellitus

La **tasa de mortalidad por diabetes mellitus** 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 en ese mismo periodo.

Trice de cada cien muertes en México se deben a diabetes. Esta cifra se acentúa si se analiza sólo a los grupos con más riesgo de desarrollar esta enfermedad y sus complicaciones. En los individuos de entre 40 y 59 años de edad una de cada cuatro muertes es consecuencia de las complicaciones derivadas de la incapacidad para metabolizar la glucosa, característica fundamental de la diabetes. En el grupo de edad mencionado, las mujeres corren un riesgo 13% más alto de morir por esta causa que los hombres.

A pesar de que la diabetes puede ser diagnosticada fácilmente y de que existen cada vez más tratamientos disponibles para ayudar a las personas diabéticas a mantener bajo control sus niveles de glucosa, la mortalidad por diabetes continua creciendo, de manera más marcada en hombres que en mujeres. Las cifras más actualizadas muestran que en 2004 murieron 15,000 personas más a consecuencia de las complicaciones generadas por la diabetes que en el año 2000. Esto es un reflejo de los problemas ocasionados por el envejecimiento poblacional y la falta de un diagnóstico oportuno.

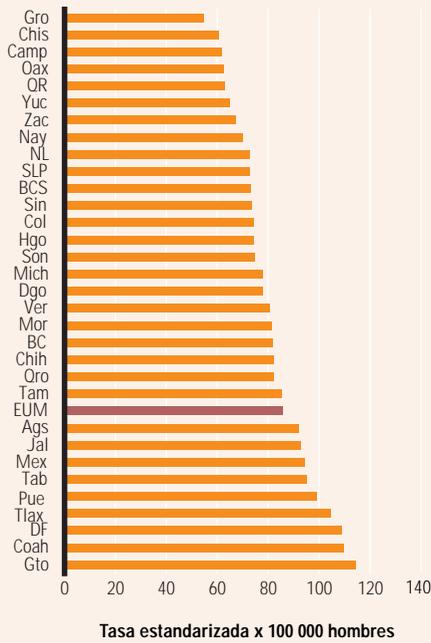
Aunque ésta es una de las pocas enfermedades que afectan más al sexo femenino, en promedio los hombres diabéticos mueren a una edad más temprana que las mujeres (67 versus 70 años respectivamente), y sólo 20%

de los hombres que han desarrollado este padecimiento viven más de 75 años, contra 26% en las mujeres.

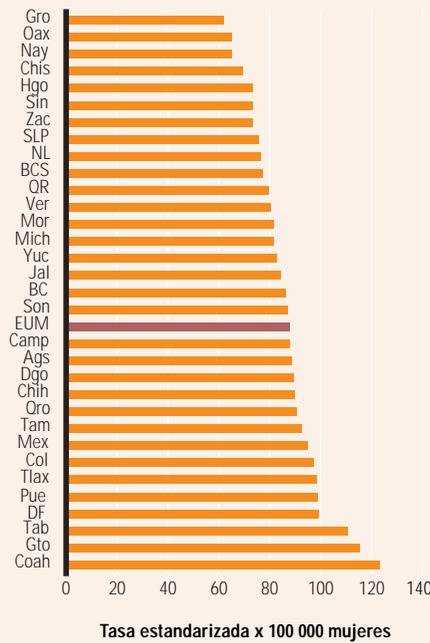
Los principales problemas de la diabetes son la ausencia de un diagnóstico oportuno y la falta de adherencia a los principios terapéuticos básicos para controlar los niveles de glucosa. Estudios basados en la Encuesta Nacional de Salud del año 2000 estiman que más de 20% de la población entre 50 y 70 años cumple con los requisitos para ser considerado diabético. Esto significa, conservadoramente, que en este grupo de edad hay por lo menos 2.4 millones de diabéticos y alrededor de cinco millones en la población adulta en su conjunto. Lo que resulta más grave es que 22% de los entrevistados no conoce su status de diabético y sólo 40% de los individuos afectados se encuentra bajo algún régimen de tratamiento para controlar su padecimiento. El único estado con cifras por arriba de 50% de cobertura de tratamiento es el Estado de México.

Tomando en cuenta lo anterior, no resulta sorprendente que prácticamente todos los estados tengan tendencias ascendentes en la mortalidad por diabetes. La única excepción destacada es Baja California, la cual, en el caso de los hombres, ha disminuido la mortalidad por esta causa a un ritmo de poco más de 1% anual, lo que le permite contar con una tasa inferior a la que tenía en 1998.

Mortalidad por diabetes mellitus en hombres por entidad federativa México 2004



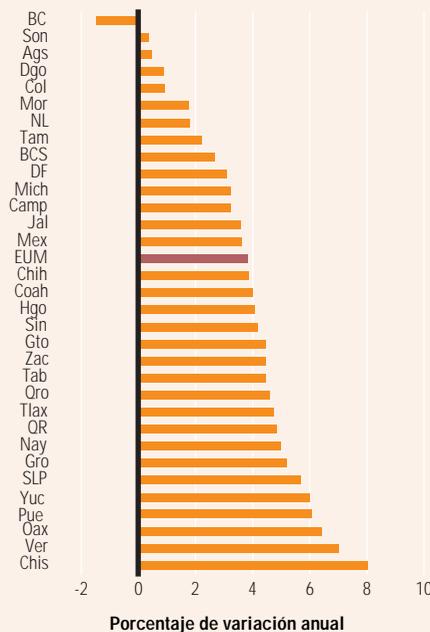
Mortalidad por diabetes mellitus en mujeres por entidad federativa México 2004



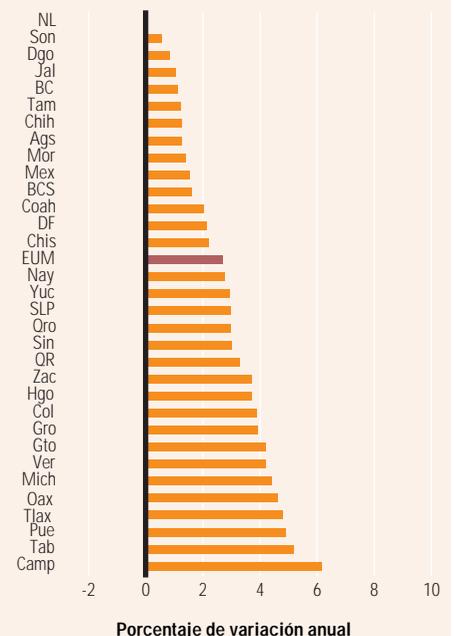
La diabetes es una de las pocas causas de muerte que son más frecuentes en mujeres que en hombres.

Baja California es el único estado cuya tasa de mortalidad por diabetes se ubica por debajo de la cifra de 1998.

Variación anual promedio en la mortalidad por diabetes mellitus en hombres México 1998-2004



Variación anual promedio en la mortalidad por diabetes mellitus en mujeres México 1998-2004



Mortalidad por cirrosis hepática

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 en ese mismo periodo.

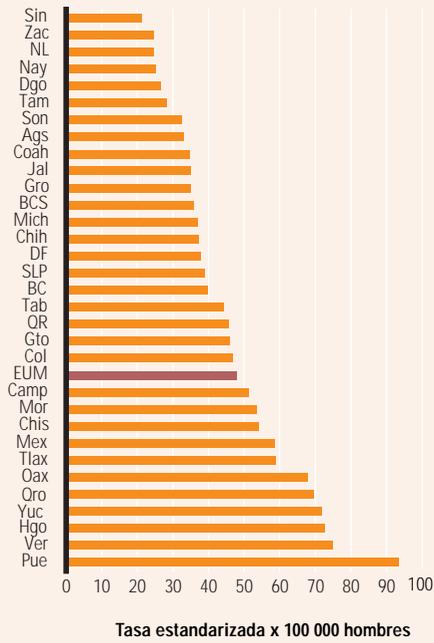
En condiciones normales, cuando algún agente daña al hígado, mueren algunas células hepáticas pero el órgano se regenera y continúa con su funcionamiento normal. Sin embargo, si las agresiones son persistentes el tejido hepático normal comienza a ser sustituido por una cicatriz que es incapaz de llevar a cabo las funciones habituales del hígado. A este proceso de sustitución del tejido hepático normal por tejido fibroso cicatrizal se le denomina cirrosis.

La cirrosis suele desarrollarse muy lentamente y no producir síntomas hasta etapas muy avanzadas. De hecho, la mayor parte de los diagnósticos de cirrosis se hacen en etapas tardías de la enfermedad o son hallazgos casuales durante consultas solicitadas por molestias muy inespecíficas. Aunque la cirrosis suele asociarse con el consumo excesivo de alcohol, cada vez son menos frecuentes las cirrosis alcohólicas y se han incrementado los casos asociados a infecciones virales –hepatitis–, enfermedades autoinmunes, deficiencias metabólicas o exposición prolongada a drogas o fármacos hepatotóxicos.

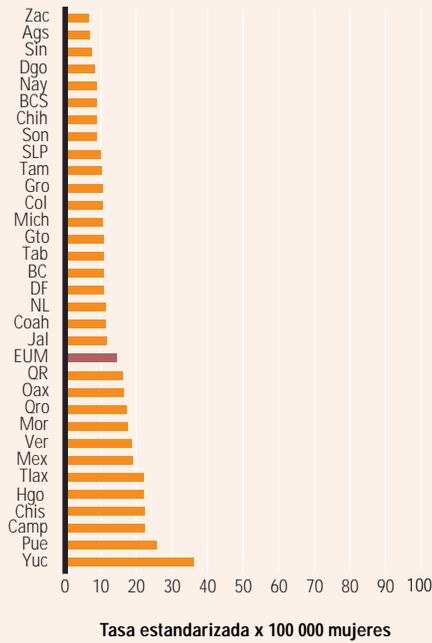
La cirrosis se ubica entre las principales causas de muerte en el país. Sin embargo, esto se debe principalmente a la reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas agudas, ya que la tendencia de las muertes por cirrosis es claramente descendente, con una reducción dos veces más intensa en los hombres. De manera particular, las cirrosis alcohólicas han descendido más de 15% desde 1998. No obstante lo anterior, las cirrosis debidas al alcohol siguen siendo particularmente importantes en los estados del centro y del sur-sureste del país.

Los hombres mueren a edades más tempranas a consecuencia de la cirrosis y los estados con tasas más bajas de mortalidad también presentan los promedios más altos de edad al momento del fallecimiento. En México las mujeres mueren, en promedio, siete años después que los hombres por cirrosis y en Sinaloa, que tiene la tasa más baja en hombres y donde sólo 25% de las cirrosis son de origen alcohólico, el promedio de edad de los muertos por esta causa es de 63 años, contra una cifra a nivel nacional de 56 años.

Mortalidad por cirrosis hepática en hombres por entidad federativa México 2004



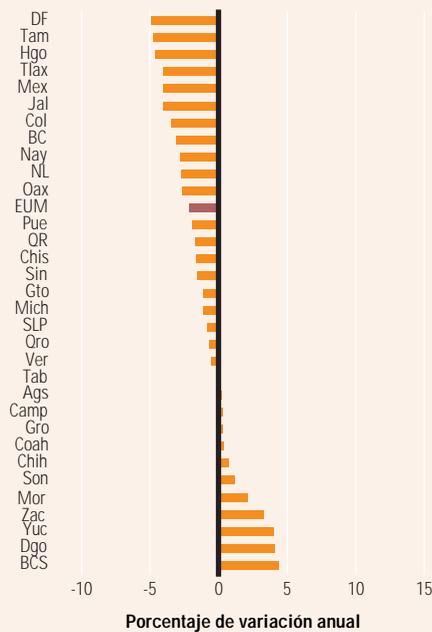
Mortalidad por cirrosis hepática en mujeres por entidad federativa México 2004



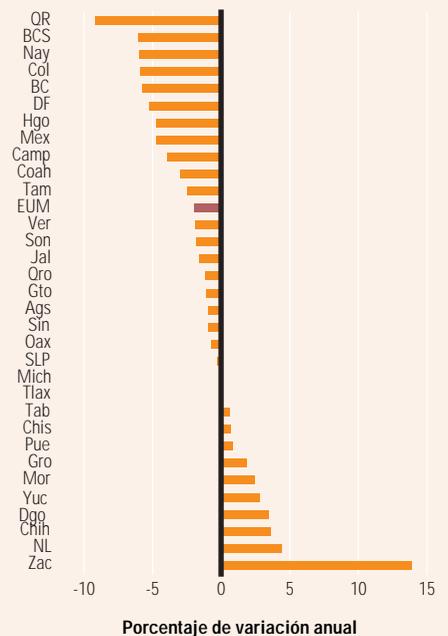
Sinaloa en hombres y Zacatecas en mujeres presentan las tasas más bajas de mortalidad por cirrosis en el país.

Las muertes por cirrosis están disminuyendo en la mayoría de las entidades federativas.

Variación anual promedio en la mortalidad por cirrosis hepática en hombres México 1998-2004



Variación anual promedio en la mortalidad por cirrosis hepática en mujeres México 1998-2004



Mortalidad por suicidios

La **tasa de mortalidad por suicidios** 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 lesiones autoinflingidas en un año entre la población total en ese mismo periodo.

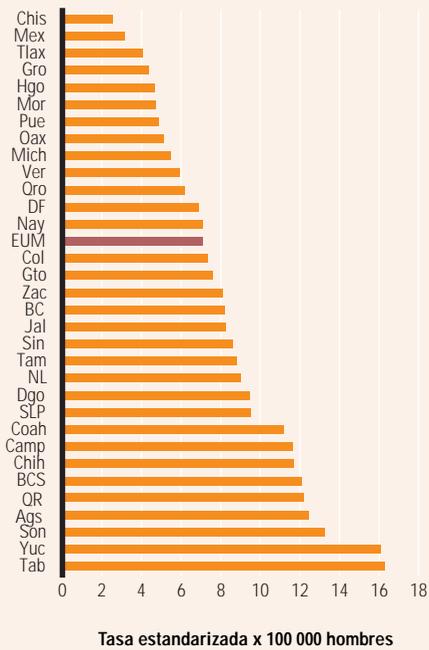
Pocas causas de muerte reciben más atención en los medios de comunicación que los suicidios. Lamentablemente, el manejo imprudente de las muertes por suicidio, la descripción y presentación de imágenes reales de suicidios, y el uso de términos como “suicidio exitoso”, son factores que pueden estar influyendo en la frecuencia de estos eventos. Usualmente el manejo de los suicidios por parte de los medios sobresimplifica el problema, atribuyéndolo a factores únicos, como los problemas financieros o sentimentales. El acto suicida en ocasiones llega a ser manejado como un acto heroico y se suele subestimar el papel que juegan las enfermedades mentales en su epidemiología. La relación entre medios y suicidios ha sido ampliamente estudiada y se ha documentado una reducción en el número de suicidios cuando se incorpora a los periodistas en las estrategias de prevención.

Los suicidios han crecido aceleradamente en México, particularmente en las mujeres. En este grupo las muertes por suicidio han aumentando entre 1998 y 2003 a un ritmo de 4.9% anual, cifra incluso superior al crecimiento de la mortalidad por diabetes. No obstante, los suicidios en hombres siguen siendo cinco veces más frecuentes que en las mujeres.

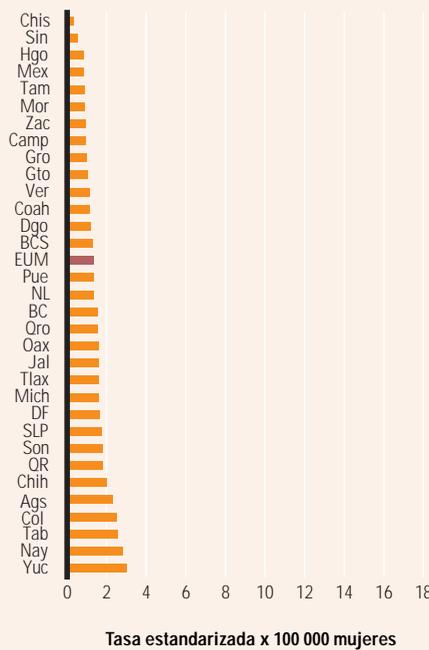
En parte, el crecimiento más acelerado de este fenómeno en mujeres tiene que ver con una mayor letalidad de los mecanismos utilizados para la comisión del suicidio. Con relación a 1990, en el caso de las mujeres hay ahora una mucho mayor frecuencia de uso de armas de fuego y de ahorcamiento, y una reducción en el uso de sustancias tóxicas, lo cual reduce la posibilidad de recibir atención médica.

A pesar del incremento generalizado en las muertes autoinflingidas, tanto en hombres como en mujeres, Campeche y Chiapas muestran notables reducciones. En Campeche, estas reducciones lo han llevado de ser el estado con la tasa más alta de suicidios en 1998, a ubicarse por debajo del promedio nacional en 2003. El caso extremo opuesto es el de Yucatán. En 1998 este estado se encontraba por debajo del promedio nacional y hoy presenta tasas por arriba del doble de la cifra nacional en ambos sexos. Nayarit y Aguascalientes son otros dos estados donde los incrementos son más que preocupantes y requieren de acciones enérgicas por parte de todos los responsables del control de estos eventos.

Mortalidad por suicidios en hombres por entidad federativa México 2003



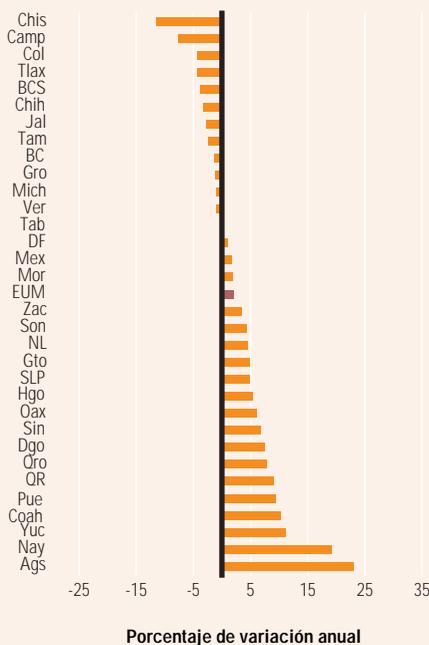
Mortalidad por suicidios en mujeres por entidad federativa México 2003



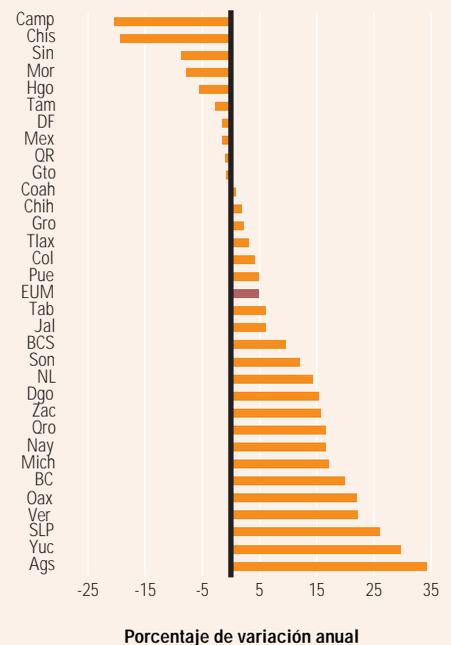
Los suicidios en Chiapas son cinco veces menos frecuentes que en los estados con las cifras más altas.

Aunque todavía menos frecuentes que en los hombres, los suicidios se están incrementando a un ritmo dos veces mayor en las mujeres.

Variación anual promedio en la mortalidad por suicidios en hombres México 1998-2003



Variación anual promedio en la mortalidad por suicidios en mujeres México 1998-2003



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 homicidio en un año entre la población total en ese mismo periodo.

Los registros de mortalidad muestran un descenso constante en la tasa de homicidios en los últimos cinco años en prácticamente todas las entidades. Este fenómeno es aun más marcado en el caso de los hombres, donde sólo Baja California Sur y Quintana Roo muestran tendencias ascendentes. Este último estado también presentó un incremento de 40% en los homicidios de mujeres en el último año, provocando que su tasa prácticamente se duplicara con respecto a 1998.

No siempre identificado como área de responsabilidad directa de los sistemas de salud, el fenómeno de los homicidios tiene múltiples aristas que permiten que las políticas de salud influyan en la magnitud de este problema. El consumo de alcohol y de otras drogas, así como la violencia familiar, son áreas de atención inmediata en las que el diseño de políticas adecuadas de salud puede ayudar a disminuir la frecuencia de los homicidios.

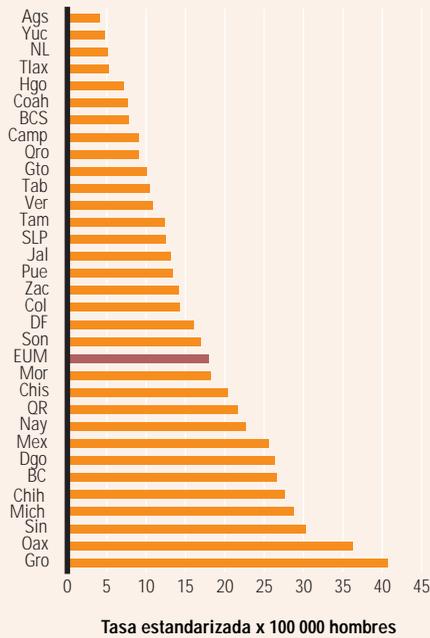
Por su complejidad, vale la pena describir de manera más detallada lo que está sucediendo con los homicidios en México. A pesar de que los homicidios en mujeres son notablemente menos frecuentes que en hombres, desde el año 2000 prácticamente no ha habido descenso en los homicidios en mujeres menores de 20 años. También es digno de mencionarse que los homicidios en menores de

10 años son tres veces más frecuentes en el Estado de México –particularmente en la zona conurbada con la Ciudad de México– que en el resto del país.

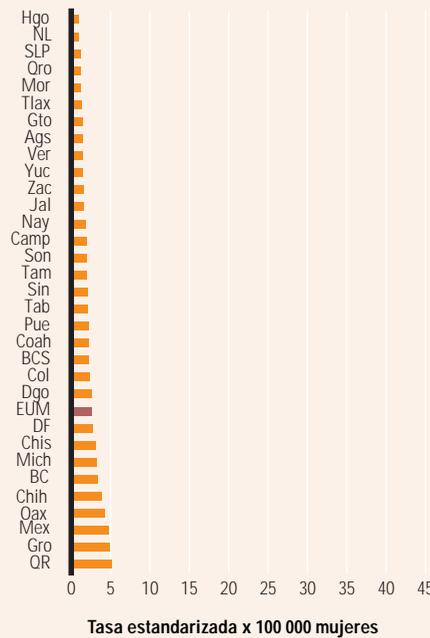
El patrón de las muertes por homicidios según edad es diferente entre hombres y mujeres. Mientras que en los hombres las cifras más altas se observan en el grupo de 20-39 años, en las mujeres hay una mayor frecuencia de homicidios en el grupo de más de 65 años. Las tasas específicas más altas por edad y por estado se observan en Guerrero y Sinaloa, donde 53 de cada 100,000 hombres de entre 20 y 39 años mueren cada año por lesiones causadas intencionalmente.

En 2003 se registraron poco menos de 10,000 homicidios en todo el país. Reducir la tasa de los estados con mayores problemas hasta llevarlos al nivel que actualmente tiene el país en su conjunto significaría evitar 2,000 muertes por esta causa. Aunque la cifra no parece espectacular, debe recordarse que la mayor parte de los homicidios ocurren en hombres en edad productiva; así, las muertes evitables no sólo representan una reducción de las cifras, sino una ganancia en términos de bienestar social para todos.

Mortalidad por homicidios en hombres por entidad federativa México 2003



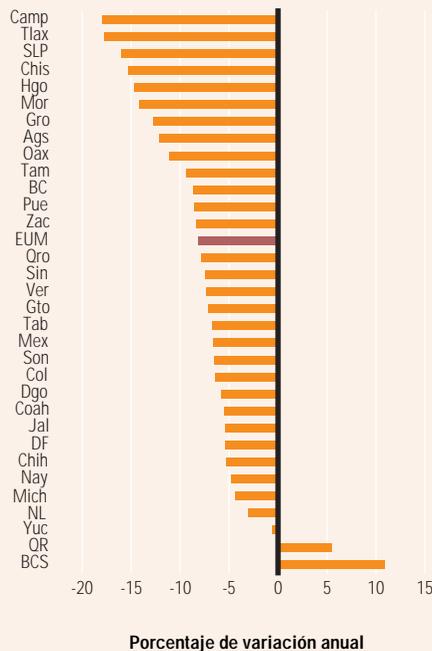
Mortalidad por homicidios en mujeres por entidad federativa México 2003



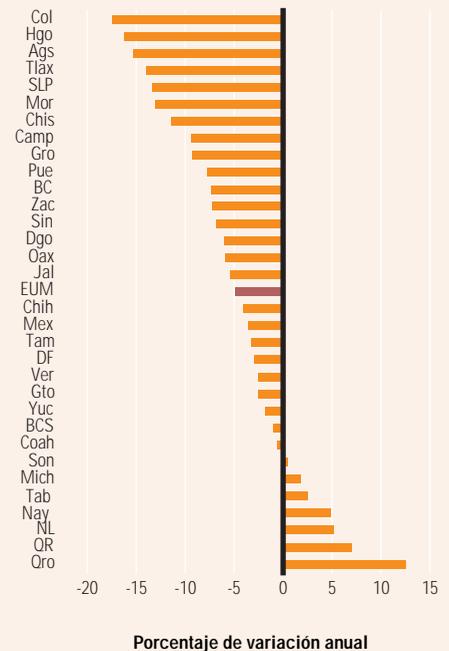
La tasa de homicidios muestra diferencias de hasta ocho veces entre entidades.

Los homicidios están descendiendo a un ritmo más acelerado en los hombres que en las mujeres.

Variación anual promedio en la mortalidad por homicidios en hombres México 1998-2003



Variación anual promedio en la mortalidad por homicidios en mujeres México 1998-2003



Mortalidad por accidentes de tránsito

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

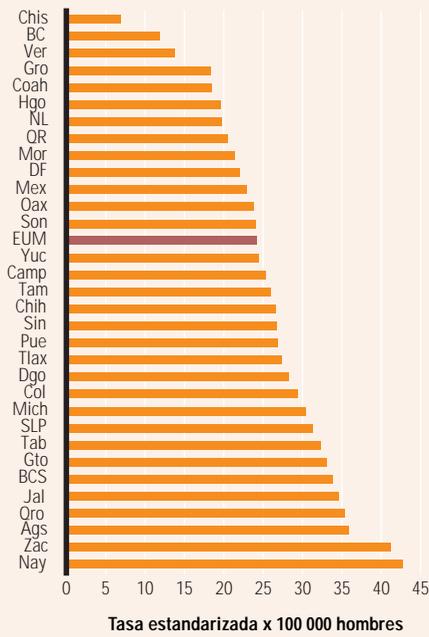
En 2004 la Organización Mundial de la Salud decidió dedicar el Día Mundial de la Salud – 7 de abril– al tema de los accidentes vehiculares. Cada año mueren en el mundo más de un millón de personas en accidentes de este tipo y muchas más sufren lesiones que suelen ser graves y que en no pocos casos dejan secuelas discapacitantes permanentes. Tampoco es despreciable el impacto económico que estos eventos ocasionan en familias y comunidades.

El número total de accidentes vehiculares en México se ha incrementado de 150,000 en 1978 a más de 450,000 en el último año, accidentes que producen más de 14,000 muertes y más de 200,000 lesionados cada año. De por sí altamente letales, los datos disponibles muestran que en México los accidentes provocan más muertes por evento que en otros países. A esto contribuye la alta velocidad al conducir, la no utilización de los cinturones de seguridad y el transporte de personas en vehículos no aptos para esta tarea. Desde luego que el número de accidentes también se relaciona con el rápido crecimiento del parque vehicular, que no se ha acompañado de mejoras en los caminos y en la señalización.

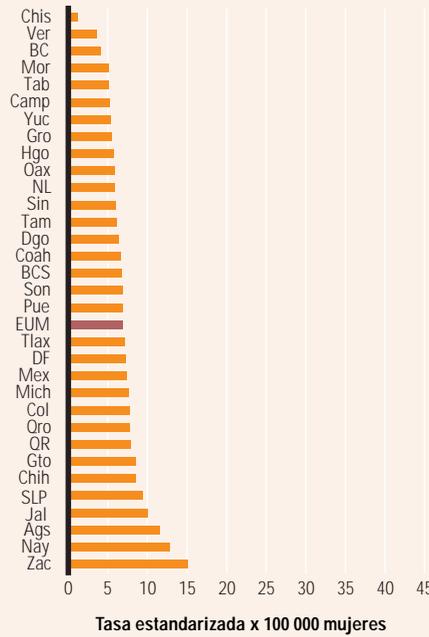
Las muertes que ocurren a consecuencia de accidentes de tránsito representan un reto de enormes proporciones para los sistemas de salud. En primer lugar, la prevención de estos accidentes requiere de negociaciones y coordinación, que no siempre son fáciles, con autoridades de tránsito y policiales. En segundo lugar, la prevención también exige cambios conductuales de difícil consecución. Finalmente, se requiere de una mejor capacitación y equipamiento de las unidades ambulatorias que ofrecen los primeros servicios de atención médica prehospitalaria. Está documentado que el fortalecimiento de estos servicios de primer contacto puede favorecer la reducción de la letalidad de los accidentes.

Los estados con mayor número de muertes por estos eventos en 2003 se caracterizan por un rápido crecimiento urbano y una alta tasa de migración temporal a los Estados Unidos. Lo más preocupante, además del alto nivel de sus tasas de mortalidad, es el rápido crecimiento que éstas presentan. De hecho, en Aguascalientes y en Zacatecas, el crecimiento de la mortalidad es superior al 20% anual en las mujeres, lo que ha provocado que las tasas actuales sean más del doble –el triple en Aguascalientes– de lo que eran en 1998.

Mortalidad por accidentes de tránsito vehicular en hombres por entidad federativa México 2003



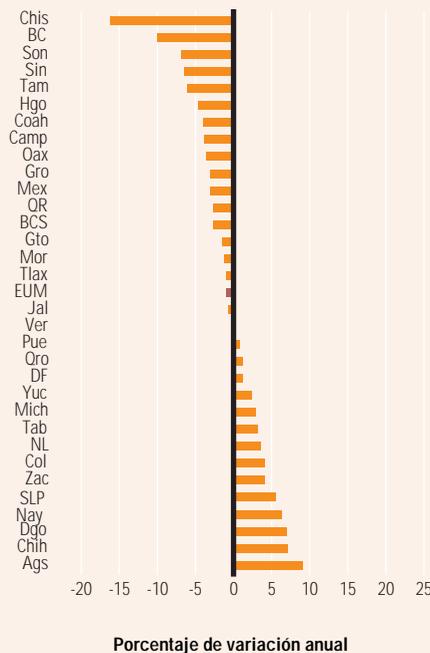
Mortalidad por accidentes de tránsito vehicular en mujeres por entidad federativa México 2003



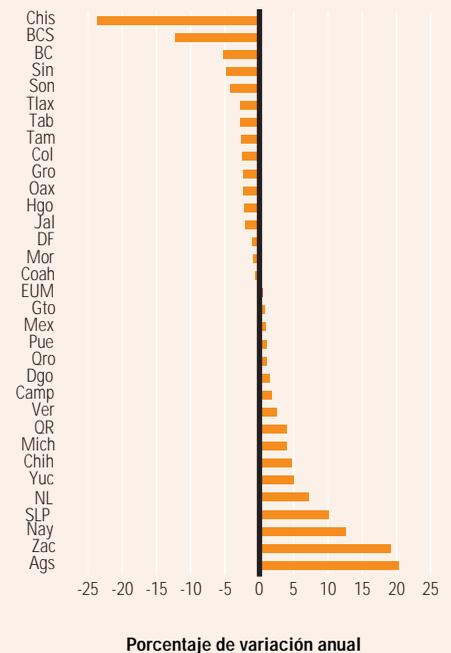
Chiapas presenta las menores cifras de mortalidad por accidentes vehiculares.

Baja California redujo su mortalidad por accidentes más de 30% sólo en el último año.

Variación anual promedio en la mortalidad por accidentes de tránsito vehicular en hombres México 1998-2003



Variación anual promedio en la mortalidad por accidentes de tránsito vehicular en mujeres México 1998-2003



Mortalidad por SIDA

La **tasa de mortalidad por SIDA en el grupo de 25 a 44 años** se define como el número de muertes por esta causa por 100,000 habitantes de ese grupo de edad.

Pocas enfermedades reciben tanta atención de los medios como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). A partir del inicio de la pandemia de este síndrome en 1981, más de 30 millones de personas han muerto por esta causa y la tasa de incidencia sigue incrementándose en muchos países de Asia y África. Solamente en 2003 se estima que tres millones de personas, 500,000 de ellas menores de 15 años, murieron a consecuencia de los graves trastornos ocasionados por la infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

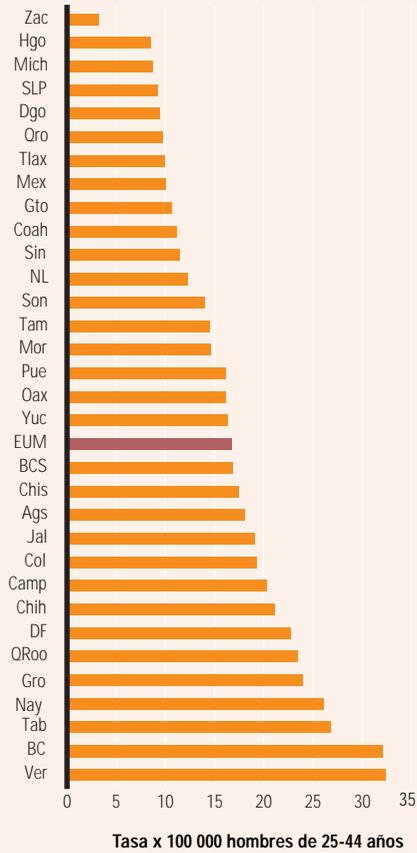
Actualmente existe una feminización de la epidemia: más de la mitad de las personas que viven con VIH en el mundo son mujeres, las cuales, además, suelen tener más problemas de estigmatización, discriminación y falta de apoyo para solucionar los problemas derivados de la enfermedad. Diversos estudios han mostrado que, en algunos países, la probabilidad de que una mujer se infecte es tres veces más alta que la probabilidad correspondiente en hombres. Tan grave como estas cifras es el hecho de que la mayoría de las mujeres son infectadas por sus esposos. Este hecho se relaciona con aspectos sociales de difícil modificación pero en lo inmediato se requiere de acciones enérgicas para promover el uso de condón. Hasta la fecha,

más allá de cualquier disputa ideológica, este es el único medio para prevenir la adquisición del VIH.

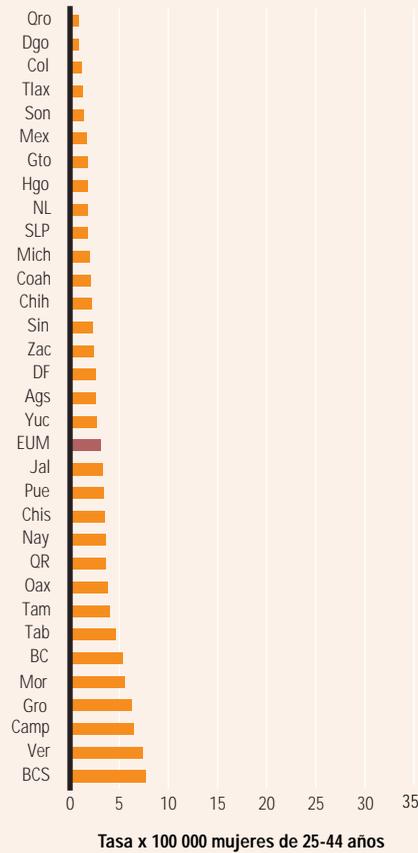
Las últimas cifras oficiales muestran que en 2003 murieron en México 4,609 personas a consecuencia del SIDA. De éstos, 42 eran niños menores de 1 año y 3,061 se ubicaban en edades entre 25 y 44 años. Poco más del 80% de las defunciones por este síndrome ocurren en hombres, aunque la tendencia en este sexo es claramente descendente, a diferencia del lento pero consistente incremento entre las mujeres.

Las tasas de mortalidad más altas por SIDA en hombres se observaron en 2003 en Veracruz y Baja California, mientras que la cifra más baja correspondió a Zacatecas. En el caso de las mujeres el análisis resulta más difícil porque el escaso número de muertes provoca que la tasa de mortalidad sea muy volátil y que un incremento de sólo unas cuantas muertes eleve en varios puntos la tasa. Es el caso de Baja California Sur, que sólo tuvo tres muertes más que el año anterior pero que vio duplicada su tasa. No obstante estas consideraciones, en el caso de las muertes por SIDA en mujeres es posible identificar un claro foco rojo en Veracruz y un comportamiento muy positivo en Querétaro.

**Mortalidad por SIDA en hombres
por entidad federativa
México 2003**



**Mortalidad por SIDA en mujeres
por entidad federativa
México 2003**



Algunos estados presentaron en 2003 una tasa de mortalidad por SIDA equivalente al doble de la tasa nacional.

La mortalidad por SIDA se está incrementando lenta pero consistentemente entre las mujeres, al tiempo que desciende entre los hombres.

**Mortalidad por SIDA en población de 25 a 44 años
México 1990-2003**

Tasa x 100 000 habitantes de 25 a 44 años



Incidencia de tuberculosis pulmonar

La **tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar** se define como el número de casos nuevos de esta enfermedad en personas de 15 o más años por 100,000 habitantes en ese grupo de edad.

En las últimas décadas del siglo XIX la tuberculosis producía el 10% de las muertes en la población europea. Después del descubrimiento del agente causal, el entendimiento de los factores involucrados en la diseminación de la enfermedad, y el desarrollo de agentes antituberculosos y de vacunas efectivas, la tuberculosis presentó una rápida disminución en su frecuencia y en su importancia como causa de muerte.

A pesar de esos grandes avances, actualmente la tuberculosis sigue causando más de dos millones de muertes en el mundo, ocho millones de personas desarrollan la enfermedad cada año y se calcula que hasta un tercio de la población mundial está infectada con la bacteria que causa esta enfermedad. Como un agravante más, 80% de los casos se presentan en adultos en edad productiva, los cuales pierden hasta cuatro meses de asistencia al trabajo, con el consiguiente impacto en la economía familiar. Por estas y otras razones, la tuberculosis constituye una de las enfermedades alrededor de las cuales más esfuerzos internacionales se han movilizad.

La estrategia fundamental para controlar la tuberculosis es la identificación y tratamiento de los casos de enfermedad, que suelen expeler aerosoles infecciosos a

través de sus expectoraciones. Se estima que los casos no tratados pueden contagiar hasta 15 personas cada año.

Existen dos factores que han impactado en la frecuencia y gravedad de la tuberculosis. El primero es la incidencia del SIDA, el cual incrementa exponencialmente la probabilidad de desarrollar la fase activa de la tuberculosis y, en segundo lugar, el crecimiento de los casos de tuberculosis multiresistente a las drogas de uso común. Este último hecho es consecuencia de esquemas de tratamiento llevados a cabo inadecuadamente, no concluidos o con escaso apego a las indicaciones terapéuticas.

Las metas internacionales para el control de la tuberculosis son diagnosticar a 70% de los infectados y curar a 85% de los diagnosticados. En 2004, en México, se logró una detección del 75.8%, una curación del 75.3% y una reducción de la mortalidad de 7.7%.

Aunque las cifras anteriores reflejan un rápido avance en la reducción de la incidencia de la enfermedad, como en otros casos se requiere de esfuerzos adicionales para que los recursos destinados al control de este padecimiento alcancen a las personas con menor acceso a un diagnóstico oportuno y un esquema de tratamiento supervisado.

Morbilidad por tuberculosis pulmonar en mayores de 15 años por entidad federativa México 2004

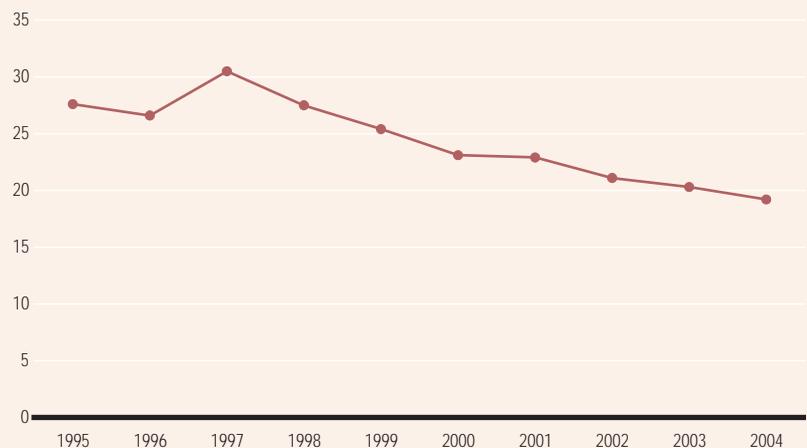


En 2004 nuevamente el Estado de México, Zacatecas y Guanajuato fueron las entidades con menor incidencia de tuberculosis pulmonar.

La incidencia de tuberculosis pulmonar ha descendido a un ritmo de 5% anual a partir de 1997.

Morbilidad por tuberculosis pulmonar en mayores de 15 años México 1995 - 2004

Tasa de incidencia x 100 000 habitantes



Tiempo de espera en consulta externa

El tiempo de espera en consulta externa se define como el tiempo transcurrido entre la asignación de la consulta hasta la entrada del usuario al consultorio médico.

El tiempo que media entre la decisión de buscar atención a la salud y recibirla puede dividirse en tiempo de traslado y tiempo de espera en la unidad de salud. El primero afecta más a las poblaciones rurales, en donde la oferta de servicios puede ser escasa y se deben recorrer distancias más largas para recibir atención. En las ciudades la queja más habitual es el prolongado tiempo de espera para recibir atención. La importancia del tiempo de espera radica en que puede evidenciar una organización deficiente en la prestación del servicio y es un factor que puede modificar la expectativa que tiene el usuario en relación a la calidad del servicio.

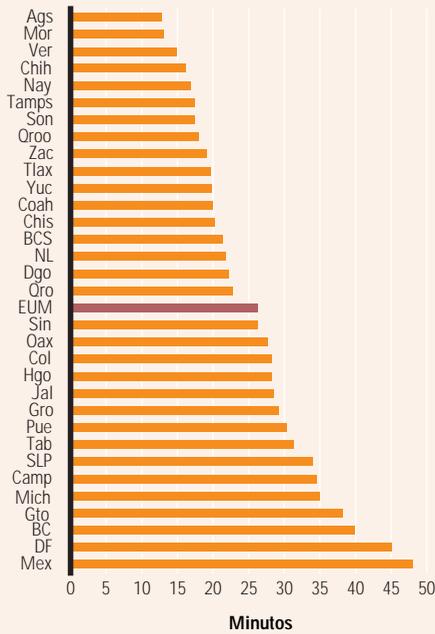
La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud contaba, al cierre de 2004, con 7,902 unidades de primer nivel incorporadas al sistema INDICA. Con base en información de estas unidades y más de un millón de usuarios observados en 2004, se estimó la mediana del tiempo de espera y se observó una mejora sustancial al pasar de 24.4 minutos en 2001 a 16 minutos en 2004.

Las diferencias en los tiempos de espera promedio de las entidades federativas han disminuido también significativamente: durante 2003 la brecha fue de 53 minutos, mientras que en 2004 se ubicó en 35 minutos.

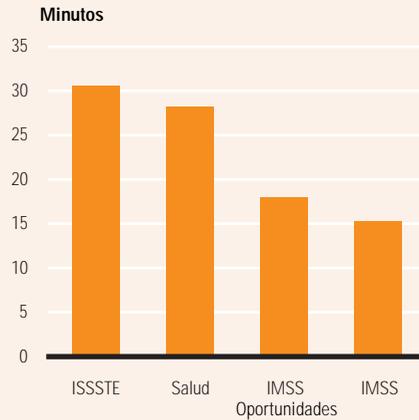
En las unidades médicas de consulta externa, el 83.3% de los usuarios tuvieron que esperar un tiempo que se ubica dentro del estándar, cifra mayor con relación al año previo (82%). Sin embargo, las diferencias entre las entidades federativas también han disminuido en forma importante: en 2003 la brecha fue de 51 puntos porcentuales, mientras que en 2004 se redujo a 34.

Con relación a los años previos, los usuarios de consulta externa de estas unidades mantienen niveles elevados de satisfacción con los tiempos de espera. El 91.5% de los usuarios manifestó como muy satisfactorio o satisfactorio el tiempo que esperaron para recibir la atención, porcentaje superior al año previo. En este caso también se observó una disminución de las diferencias entre los estados con valores extremos, pasando de 17 a 13 puntos en el último año.

Tiempo de espera promedio en consulta externa por entidad federativa México 2004*



Tiempo de espera promedio en consulta externa por institución México 2004*

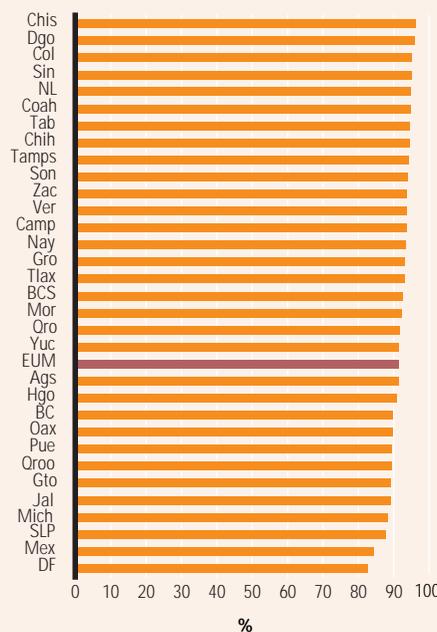


La brecha entre estados extremos con relación al tiempo promedio de espera en consulta externa, aunque ha disminuido, es de más de 30 minutos.

* En unidades inscritas en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

La satisfacción con el tiempo de espera en todas las entidades federativas e instituciones proveedoras de servicios es alta.

Porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera en consulta externa por entidad federativa México 2004*



* En unidades inscritas en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

Porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera en consulta externa por institución México 2004*



Tiempo de espera en urgencias

El tiempo de espera en urgencias se define como el tiempo transcurrido desde que el usuario solicita la atención en el servicio de urgencias hasta que ésta se inicia.

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 y la vida del paciente.

En 2003, no obstante el cambio de sistema informático, se logró la incorporación de 502 hospitales al sistema INDICA; en 2004 esta cifra se incrementó a 670.

La mediana del tiempo de espera en dichos hospitales (más de 250 mil usuarios observados en 2004) muestra un descenso con respecto al año anterior, al pasar de 14.6 a 13 minutos. A pesar de lo anterior, el tiempo de espera promedio fue de 18.1 minutos, representando un aumento de 0.4 minutos con respecto al año previo y posicionando dicha espera por encima del estándar. Ambos datos sugieren que el aumento en el tiempo

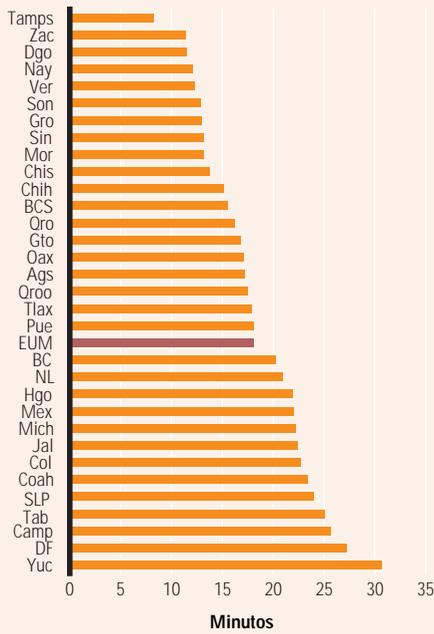
de espera con relación al año previo se debe a la incorporación de unidades médicas con tiempos de espera prolongados.

Las diferencias entre las entidades federativas han disminuido, pasando de 26 minutos en 2003 a 22.4 minutos en 2004.

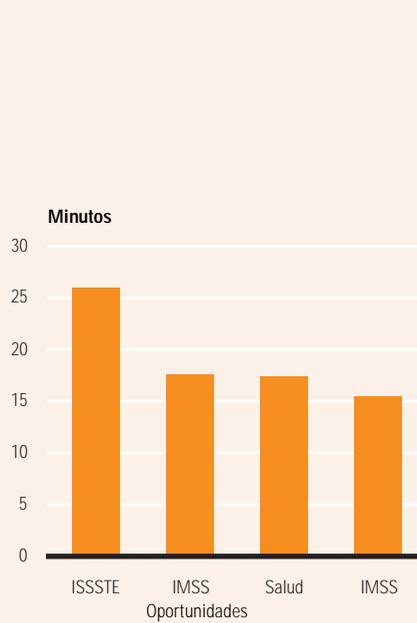
El porcentaje de usuarios de los servicios de urgencias con un tiempo de espera dentro del estándar se incrementó ligeramente, al pasar de 70% en 2003 a 70.8% en 2004. La diferencia entre entidades federativas se incrementó ligeramente de 43 en 2003 a 49 puntos porcentuales en 2004.

La satisfacción con los tiempos de espera en estos usuarios alcanza niveles de 87.1%, cifra ligeramente superior a la del año previo. La magnitud de las diferencias estatales en este indicador disminuyó de 28 en 2003 a 19 en 2004.

Tiempo de espera promedio en urgencias por entidad federativa México 2004*



Tiempo de espera promedio en urgencias por institución México 2004*

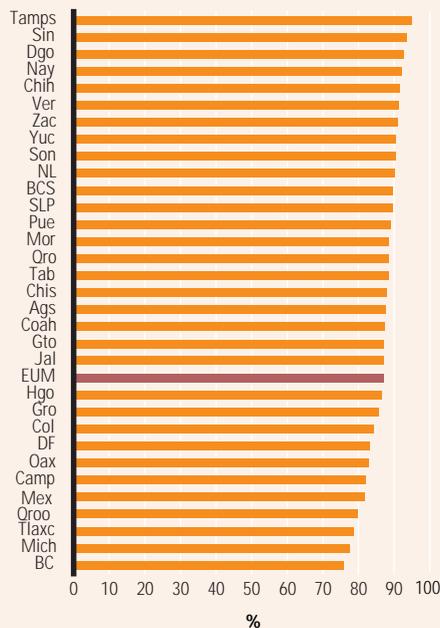


Los tiempos de espera más reducidos en el área de urgencias se observaron en Tamaulipas, Zacatecas y en las unidades del IMSS.

* En unidades inscritas en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

Diez entidades federativas presentan porcentajes de satisfacción con el tiempo de espera en urgencias por arriba de 90%.

Porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera en urgencias por entidad federativa México 2004*



* En unidades inscritas en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

Porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera en urgencias por institución México 2004*



Desempeño en el Examen Nacional de Residencias Médicas

Las calificaciones en el Examen Nacional de Residencias Médicas muestran los valores mínimo y máximo así como la mediana de las calificaciones de los aspirantes de cada escuela de medicina en el examen de 2004.

El porcentaje de aspirantes aceptados por escuela se obtuvo dividiendo el número de aspirantes aceptados entre el total de aspirantes de cada escuela o facultad en 2004.

Sin lugar a dudas, el objetivo fundamental, el que da razón de ser a los sistemas de salud, es mejorar la salud de la población a la que sirve. Para cumplir con este y otros objetivos, el sistema lleva a cabo diversas funciones, dentro de las que destaca la prestación de servicios de la salud. Otra de las funciones esenciales de los sistemas de salud es generar los recursos – humanos, materiales y financieros– necesarios para que su funcionamiento se lleve a cabo en las condiciones más favorables para el desempeño del sistema.

Los recursos humanos se cuentan entre los insumos más determinantes del desempeño de los sistemas de salud y en ellos se invierte más de dos terceras partes del presupuesto total para la salud. Como instancia rectora del sistema, a la Secretaría de Salud le corresponde vigilar que la generación de recursos especializados para la salud se lleve a cabo cumpliendo con estándares de calidad y eficiencia.

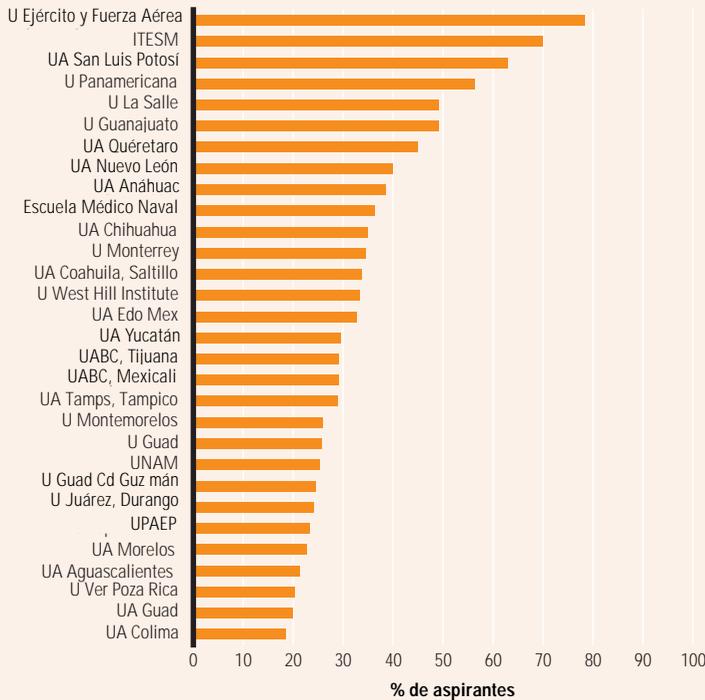
Además de la estrategia de acreditación de las escuelas de medicina, la cual mide el grado en que se cumple con 78 estándares de formación académica, el Examen Nacional de Residencias Médicas (ENRM) permite evaluar la calidad

de la educación médica. El ENRM es responsabilidad de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), la cual cuenta con participación de representantes de instituciones del Sistema Nacional de Salud, de instituciones de educación superior y de asociaciones académicas.

En 2004 el ENRM se aplicó a 21,501 médicos mexicanos, de los cuales se seleccionaron 4,050 para ocupar plazas de residentes de especialidad en algunas de las diversas instituciones de salud del país. La especialidad con mayor porcentaje de sustentantes aceptados fue Patología Clínica, con 43%, y la de menor porcentaje fue Medicina Deportiva, con 7%. Debe aclararse, sin embargo, que el porcentaje de aceptación no sólo se debe al desempeño de los sustentantes sino al número de plazas disponibles en cada una de las especialidades.

Las calificaciones promedio más altas en el ENRM en 2004 las obtuvieron los alumnos del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, la Universidad Panamericana y la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

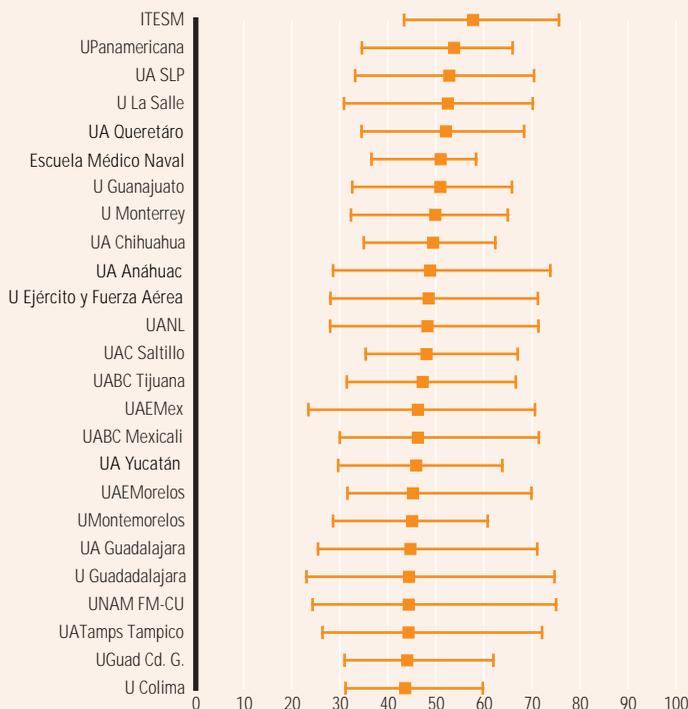
Aspirantes a residencia médica que fueron aceptados según escuela de procedencia* México 2004



Seis de las diez escuelas de medicina con mejor desempeño en el ENRM son públicas.

* Sólo aparecen las 30 escuelas con mayores porcentajes de alumnos aceptados a residencia médica. En los anexos de este informe puede obtenerse información sobre el desempeño de todas las escuelas y facultades de medicina

Calificaciones de las 25 escuelas de medicina con mejor promedio en el Examen Nacional de Residencias Médicas 2004



Los médicos de las universidades de San Luis Potosí y Querétaro obtuvieron los promedios más altos entre los egresados de las escuelas públicas en el ENRM 2004. Los mejores promedios entre las escuelas privadas correspondieron, nuevamente, a los egresados del ITESM y de la Universidad Panamericana.

Porcentaje de Investigadores dentro del Sistema Nacional de Investigadores

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

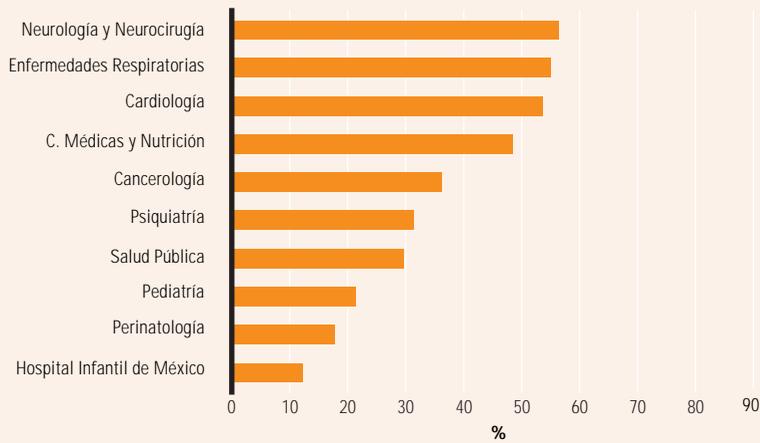
El Sistema Nacional de Investigadores (SNI) tiene como objetivo estimular la productividad de los investigadores, la calidad de sus trabajos y su contribución a la formación del personal académico de alto nivel en México. Dicho sistema cuenta con dos categorías: la primera, que tiene tres niveles y está destinada a estimular a los investigadores activos, y la segunda, que tiene un solo nivel y busca estimular a quienes se inician en la carrera de investigación.

El porcentaje de investigadores del Sector Salud que pertenecen a dicho sistema creció en todos los Institutos Nacionales de Salud, los Hospitales Desconcentrados de la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con respecto al año previo; las excepciones fueron el Instituto

Nacional de Pediatría y el Centro Nacional de Rehabilitación, que presentaron ligeros retrocesos en sus porcentajes.

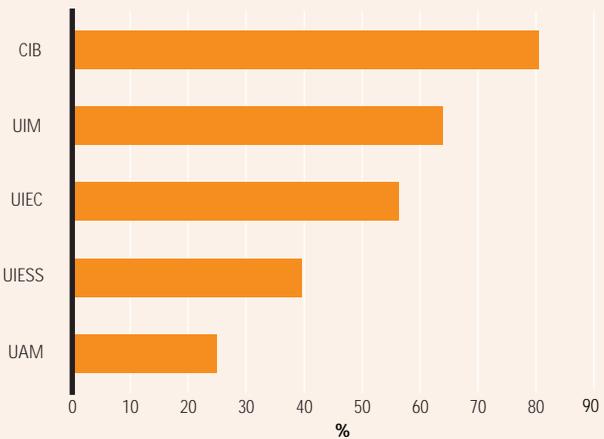
En 2004 sobresalieron en su desempeño los Institutos Nacionales de Neurología y Neurocirugía, Enfermedades Respiratorias, y Cardiología con porcentajes de investigadores en el SNI de 56.3, 54.9 y 53.7%, respectivamente. Dentro del IMSS destacan los Centros de Investigación Biomédica, con más del 80% de sus investigadores incorporados al SNI, cifra 15% más alta que la del año previo. Entre los Hospitales Desconcentrados, el Hospital General de México nuevamente presentó el porcentaje más alto de investigadores incorporados a dicho sistema (28.4%).

Porcentaje de investigadores que están en el Sistema Nacional de Investigadores Institutos Nacionales de Salud México 2004



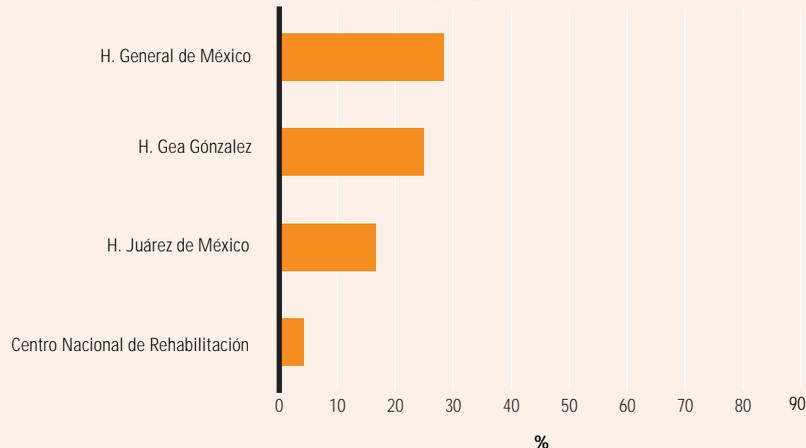
Los Centros de Investigación Biomédica del IMSS destacan por su alto porcentaje de investigadores dentro del SNI.

Porcentaje de investigadores que están en el Sistema Nacional de Investigadores IMSS México 2004



CIB: Centros de Investigación Biomédica
 UIM: Unidades de Investigación Médica
 UIEC: Unidades de Investigación Epidemiológica Clínica
 UIESS: Unidades de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud
 UAM: Unidades de Atención Médica

Porcentaje de investigadores que están en el Sistema Nacional de Investigadores Hospitales Desconcentrados de la Secretaría de Salud México 2004



Productividad de la investigación en salud

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

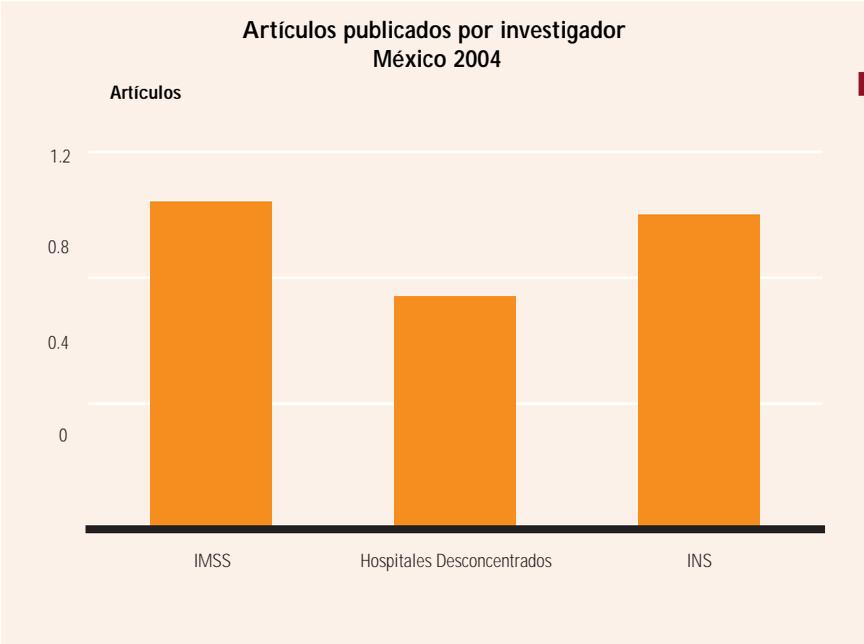
Hablar de productividad en investigación implica relacionar las actividades de investigación llevadas a cabo individual o institucionalmente, y los resultados o productos generados por dichas actividades. Estos productos pueden ser de carácter intangible, como la docencia, la preparación de otros investigadores, el prestigio y la cultura, o de carácter tangible, como la publicación, ya sea de artículos o libros y el registro de patentes.

La medición de la productividad en cualquier campo siempre ha sido objeto de debate. Sin embargo, la sociedad nos obliga a construir indicadores que permitan aproximarse a la compleja realidad que se pretende medir. Por tal motivo, en este documento se presenta el indicador por excelencia de la

productividad científica: artículos publicados en revistas especializadas.

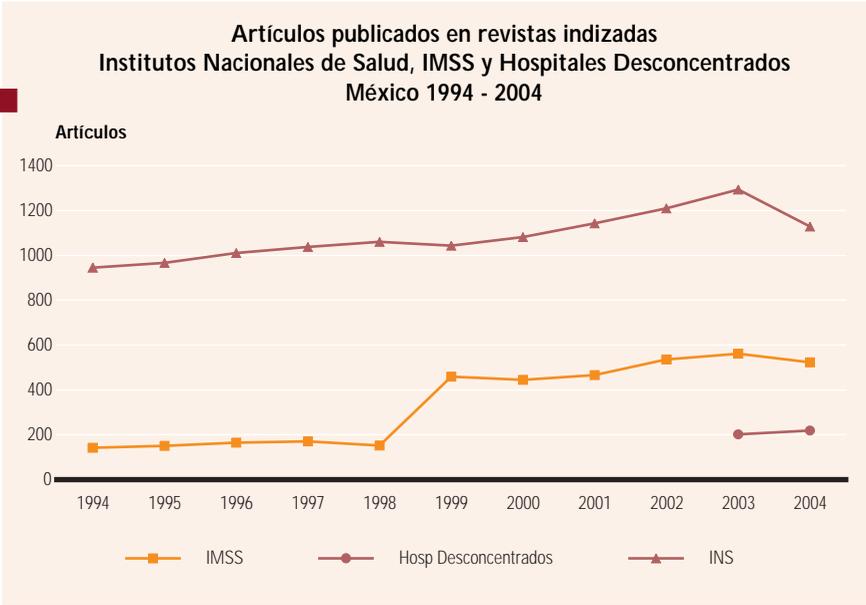
En 2004 la productividad por investigador disminuyó con respecto al año previo, tanto en los Institutos Nacionales de Salud (INS) como en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), alcanzando un decremento de 13 y 11.9%, respectivamente. Sin embargo, en los Hospitales Desconcentrados de la Secretaría de Salud este indicador mejoró con respecto a 2003, con un crecimiento de 13.8% en el periodo.

Con respecto al número de artículos publicados por investigador, los INS y el IMSS presentaron un desempeño menor con relación a los años previos, mientras que los Hospitales Desconcentrados tuvieron un crecimiento de 8.4% con respecto al año anterior.



En 2004 la productividad científica en el IMSS estuvo por arriba de las instituciones de investigación de la Secretaría de Salud.

Tanto en el IMSS como en los Institutos Nacionales de Salud disminuyó el número de artículos publicados respecto de 2003.



Gasto público en salud como porcentaje del PIB

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

El Producto Interno Bruto (PIB) es una medida aproximada de la riqueza de una sociedad. Relativizar las inversiones con base en el PIB permite estimar cuál es el papel que dichas inversiones tienen en el contexto global de la economía de un país o de un estado.

El gasto en salud como porcentaje del PIB mide la importancia relativa del sector salud en una economía. Lamentablemente no se cuenta con datos actualizados sobre gasto privado por lo que la información que se presenta aquí sólo da idea de la magnitud del gasto público en relación con el PIB.

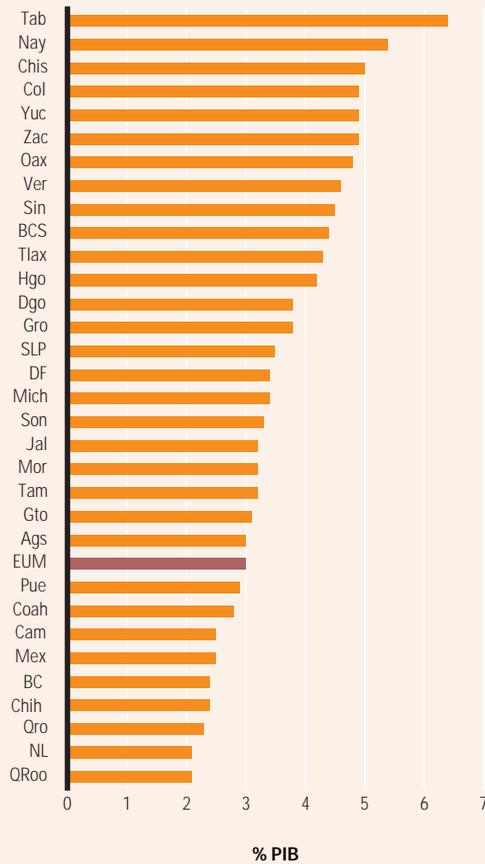
Con las cifras más actualizadas se puede afirmar que el gasto total en salud representa alrededor de 6.3% del PIB. En particular, el gasto público representa 3% del PIB, cifra ligeramente superior a la del

año anterior. Aunque todavía menos de la mitad del gasto total en salud es inversión pública, los recientes incrementos en el gasto público en salud seguramente reducirán paulatinamente el porcentaje atribuible al gasto privado.

El porcentaje de PIB que se invierte en México en salud todavía está por debajo del promedio latinoamericano. No obstante esto, existen enormes variaciones, pues mientras Colombia destina 6.7% de su riqueza a la salud Ecuador destina apenas 1.7%.

Las diferencias entre entidades son importantes. En Quintana Roo, Nuevo León, Querétaro, Chihuahua y Baja California este porcentaje es menor a 2.5%, en tanto que en Tabasco y Nayarit, el gasto público en salud representa más del 5% del PIB estatal.

Gasto público en salud como porcentaje del PIB por entidad federativa México 2004



El porcentaje de la riqueza estatal que se invierte como gasto público en salud en Tabasco es el doble del valor nacional y tres veces el valor de Nuevo León y Quintana Roo.

Gasto público en salud como porcentaje del PIB México 1998 - 2004



El gasto público en salud como porcentaje del PIB ha crecido 15% desde el año 2000, gracias sobre todo al Seguro Popular.

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 refleja la importancia relativa asignada al sector salud dentro de todas las prioridades que un gobierno debe atender.

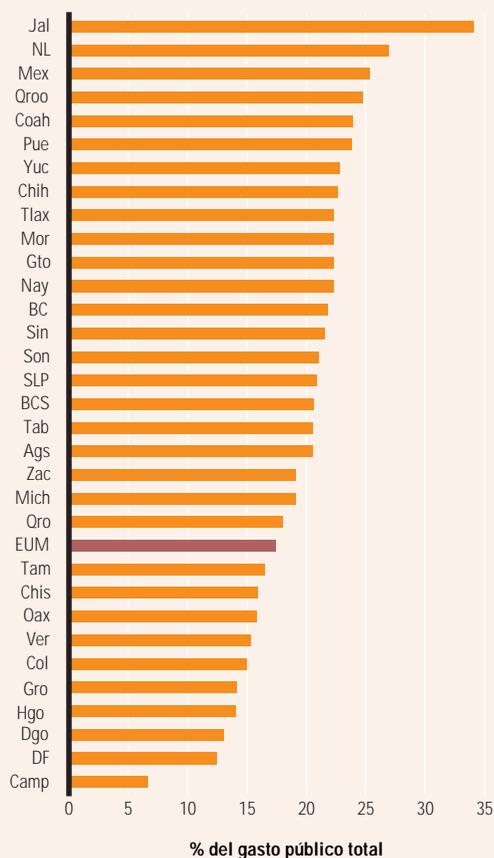
El gasto público total en México se compone del gasto programable y el gasto no programable. El primero incluye las erogaciones de las dependencias gubernamentales con fines de inversión, prestación de servicios y producción de bienes. El gasto no programable es aquel que se destina al cumplimiento de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

Evidentemente, la magnitud del gasto público en salud tiene que ver, además de con la disponibilidad general

de recursos, con las necesidades de inversión en infraestructura y con el perfil epidemiológico de cada entidad.

En Estados Unidos y Canadá el gasto público en salud representa 23.1 y 15.9% del gasto público total, respectivamente. En Argentina y Colombia, por su parte, este porcentaje asciende a 15.3 y 20.4%, respectivamente. La cifra de México ocupa un nivel intermedio con respecto a los datos mencionados. En 2004, el porcentaje del gasto público total que se destinó a salud ascendió a 17.4%, aunque con diferencias considerables entre entidades federativas. Campeche, el Distrito Federal y Durango son las entidades con porcentajes más bajos, con cifras más de cuatro veces por debajo de las de Jalisco y Nuevo León, que invierten en salud 34.1 y 26.9% de su gasto público total, respectivamente.

Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total por entidad federativa México 2004



Los estados que invierten en salud un mayor porcentaje de su gasto público son Jalisco, Nuevo León y el Estado de México.

Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total México 1994-2004



Después de descender durante cuatro años, el porcentaje del gasto público que se invierte en salud creció 12% en el último año.

Relación entre gasto 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 atención a la salud para población no asegurada entre los recursos que aporta la federación más la aportación estatal por 100.

La estructura fragmentaria del sistema de salud mexicano hace que la atención médica de más de la mitad de la población sea responsabilidad de las secretarías estatales y federal de salud. Las obligaciones de estas instancias van más allá de la atención curativa e involucran también las acciones de medicina preventiva y la promoción a la salud, así como la negociación y otras actividades de rectoría que se dirigen, en última instancia, a mejorar la salud de las poblaciones a las que cada uno de estos sistemas sirve.

El presupuesto con el que los estados cuentan para atender las necesidades de salud se compone, por un lado, de las partidas presupuestales que la federación destina para la salud mediante los ramos 12 y 33 del Presupuesto de Egresos de la Federación y, por otro, del presupuesto que las propias entidades, en uso de su soberanía, deciden invertir en salud.

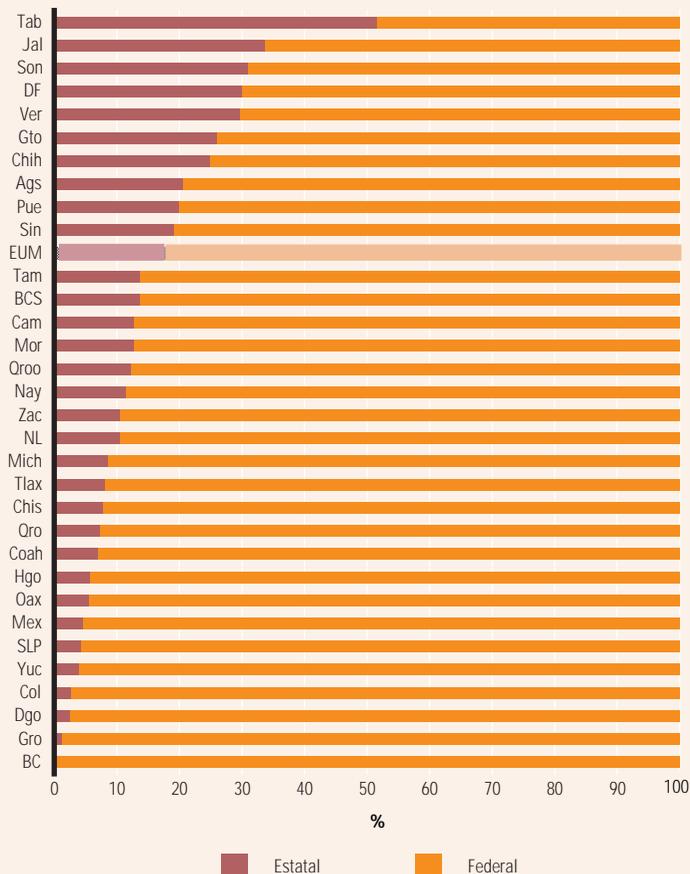
La relación entre estos dos presupuestos da una idea clara de la importancia que las entidades asignan

a la atención a la salud y de las posibles carencias que las aportaciones federales pueden condicionar en cada uno de los estados.

En 2004, a nivel nacional, las aportaciones estatales representaron 17.4% del total del gasto destinado a la atención de la población que no es derechohabiente de la seguridad social. Sin embargo, la tendencia muestra que la aportación relativa de las economías estatales se está incrementando, reduciendo la participación federal en 5% con respecto a las cifras de 1999. Es previsible que la dinámica de financiamiento del Seguro Popular incremente aun más las aportaciones estatales para el financiamiento de la atención a la salud.

El estado con mayor porcentaje de participación estatal es Tabasco, que aporta 50% más que Jalisco que es el estado que le sigue, tres veces más que el promedio nacional y 100 veces más que Baja California, que reporta el menor gasto estatal en salud.

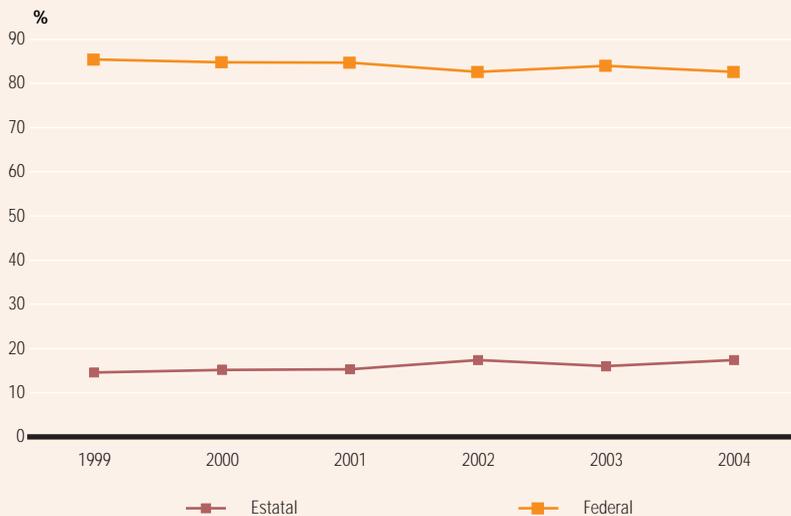
Composición del gasto público para población no asegurada por entidad federativa México 2004



La diferencia en la participación estatal en el financiamiento a la salud entre Baja California y Tabasco es del orden de 100 veces en términos relativos y de 300 veces en términos absolutos.

La aportación estatal en el financiamiento a la salud ha crecido 14% de 1999 a la fecha.

Relación entre el gasto estatal y federal en salud para población no asegurada México 1999-2004



Aportación estatal y federal al financiamiento del Seguro Popular

El porcentaje de **aportación estatal y federal al financiamiento del Seguro Popular** es resultado de dividir las aportaciones respectivas entre el total del presupuesto del seguro popular en cada estado, incluyendo las aportaciones familiares, multiplicando el resultado por 100.

Los datos más confiables indican que más de la mitad del gasto en salud en México es de origen privado. Esto se debe, entre otras razones, a que menos del 50% de la población cuenta con algún sistema de aseguramiento en salud.

La falta de un sistema de prepago de los servicios de salud provoca que la gente recurra a desembolsos en el momento de requerir atención, lo que frecuentemente ocasiona gastos excesivos e incluso gastos denominados catastróficos, que ponen en riesgo la estabilidad económica de los hogares. El Seguro Popular busca ayudar a reducir la frecuencia de estas contingencias financieras, además de que seguramente evitará que la población necesitada difiera su atención por no contar con recursos para solventarla.

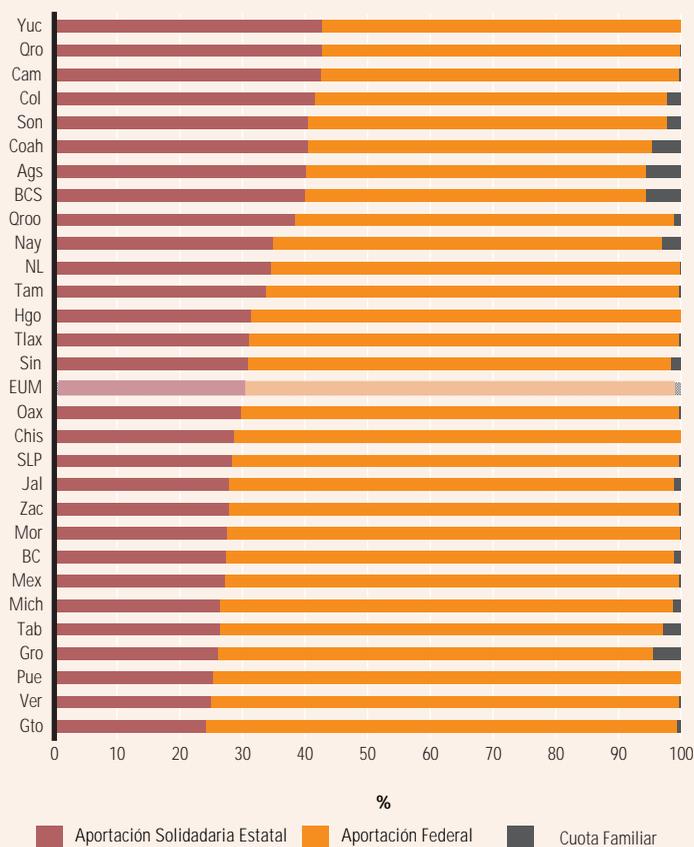
La estructura financiera del Seguro Popular se basa en un esquema tripartito, con aportaciones federales, estatales y, en una mínima proporción – 1.2% del total –, familiares.

El primer componente del financiamiento del Seguro Popular es la cuota social del gobierno federal, la cual tiene un monto fijo por familia afiliada, ajustable de acuerdo con las tendencias inflacionarias. El segundo

componente es la aportación solidaria, la cual es compartida por los estados y el gobierno federal. En promedio, la aportación federal solidaria es equivalente a 1.5 veces la cuota social, pero, en búsqueda de una mayor equidad, aumenta en los estados más pobres. La aportación solidaria estatal, por su parte, es equivalente a la mitad de la cuota social federal. Finalmente, el tercer actor del financiamiento es el propio beneficiario del sistema. La cuota familiar sin embargo se determina de acuerdo con la capacidad de pago de las familias y exenta de cualquier contribución a los hogares que se ubican en el 20% más pobre de la población. Cabe mencionar que hoy más del 90% de la población afiliada al Seguro Popular pertenece a los estratos no contributivos.

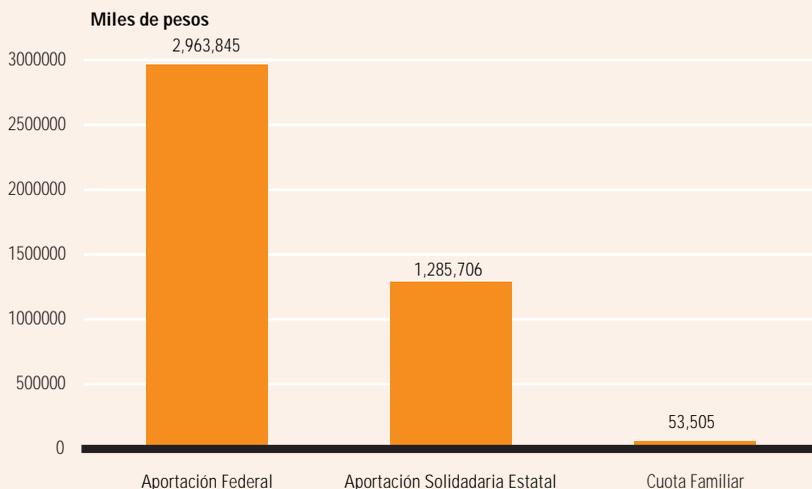
En 2004, con la estructura financiera descrita, el Seguro Popular se financió en un 69% con aportaciones federales, en 30% con aportaciones estatales y en 1.2% con contribuciones familiares. Los estados que proporcionalmente contribuyeron más fueron Yucatán y Querétaro, y los que menos contribuyeron fueron Guanajuato y Veracruz.

Composición del financiamiento del Seguro Popular por entidad federativa México 2004



Yucatán y Querétaro son los estados con mayor porcentaje de participación en el financiamiento del Seguro Popular.

Fuentes de financiamiento del Seguro Popular México 2004



Las cuotas familiares representan 1.2% del presupuesto total del Seguro Popular, lo que muestra el énfasis en la afiliación de las familias de menores recursos.

Cobertura de vacunación en niños de 1 año

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

Existen diversos grupos sociales que han manifestado sus dudas acerca de la seguridad de la aplicación de las vacunas y algunos que, basándose más en posiciones filosóficas que científicas, se han manifestado en contra de la aplicación sistemática de estos agentes inmunógenos.

A pesar de lo anterior, es un hecho innegable que el desarrollo de vacunas eficaces y seguras ha sido un vehículo invaluable para mejorar la salud de la población, particularmente la de la niñez, permitiendo, mediante un mecanismo bien conocido llamado inmunidad de grupo, proteger incluso a algunos niños que no reciben directamente la vacunación.

La prueba más tangible de lo anterior es la eliminación a nivel mundial de la viruela, la erradicación de la poliomieltis en México y el control de otras enfermedades, como el sarampión, la difteria y la tos ferina.

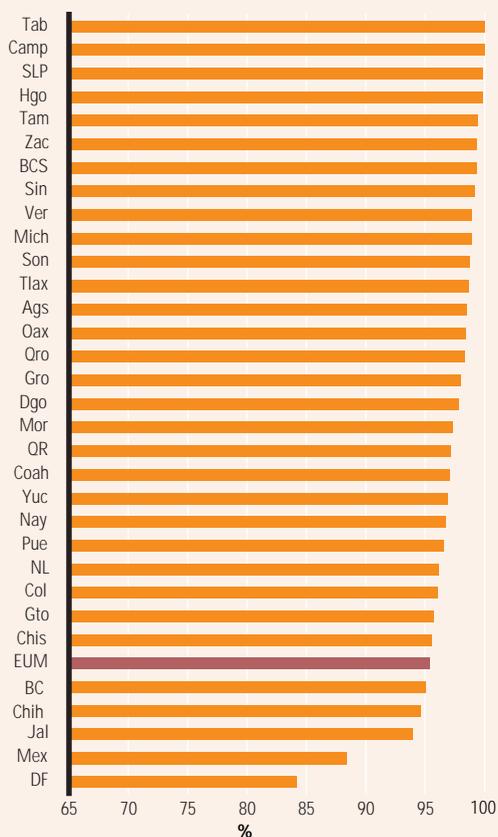
Tomando en cuenta las tendencias opositoras mencionadas líneas arriba, es importante que las autoridades de salud establezcan canales adecuados de comunicación que permitan informar a la población

sobre los beneficios de la vacunación, tanto a nivel individual como social, así como de los riesgos concretos que se corren al evitar ser vacunados.

Uno de estos riesgos es la incapacidad para defenderse en caso de que un virus entre al país a través de los múltiples intercambios comerciales o por el contacto que se tiene a través de los viajes transoceánicos con países donde existen virus circulando. Recientemente Canadá se enfrentó a una situación de este tipo pero los altos niveles de cobertura evitaron que el virus de la poliomieltis se propagara.

Afortunadamente los niveles de cobertura de vacunación en México siguen siendo sobresalientes, con algunas entidades, como Campeche y Tabasco, con 100% de sus niños inmunizados con el esquema completo. Uno de los retos que quedan por cumplir es lograr que en todas las entidades la cobertura de vacunación sea al menos de 95%, garantizando que esos niveles de cobertura se alcancen de manera homogénea al interior de todas las entidades.

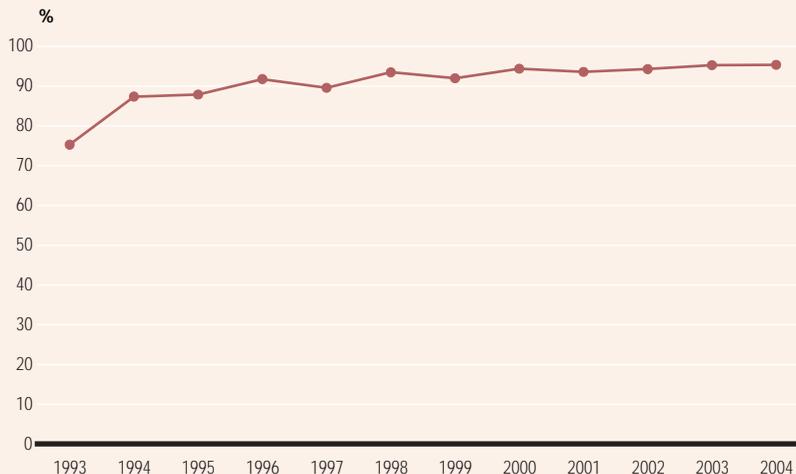
Cobertura con esquema completo de vacunación en niños de 1 año de edad por entidad federativa México 2004



28 de las 32 entidades del país presentan coberturas de vacunación por arriba del estándar de 95% recomendado por la Organización Panamericana de la Salud.

La cobertura de vacunación en México es una de las cinco más altas de Latinoamérica.

Cobertura con esquema completo de vacunación en niños de 1 año de edad México 1993-2004



Familias afiliadas al Seguro Popular de Salud

El porcentaje de familias afiliadas al Seguro Popular de Salud se define como la relación porcentual de las familias afiliadas a este seguro y el número total de familias sin seguridad social en el año de referencia.

El Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular, es la estrategia del sistema de salud mexicano para hacer frente al reto de la protección financiera.

Alrededor de 4% de los hogares mexicanos sufre de gastos excesivos por motivos de salud cada trimestre. Este hecho pone en riesgo la estabilidad financiera de miles de hogares cada año, la mayoría de los cuales son hogares pobres, de zonas rurales y que carecen de algún esquema de aseguramiento en salud.

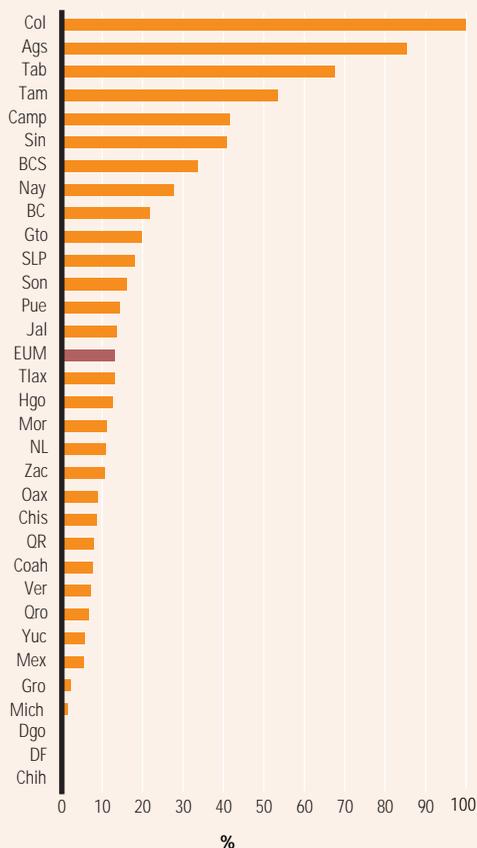
A fines de 2004, el Seguro Popular tenía familias afiliadas en 29 entidades federativas, logrando el aseguramiento de un total de más de cinco millones de personas que anteriormente carecían de protección social en materia de salud. La mayor parte de las familias afiliadas –al menos nueve de cada diez– pertenecen al 20% más pobre de la población y residen

en su mayoría en comunidades rurales. A mediados de 2005 el Sistema de Protección Social en Salud ya tendría firmados Acuerdos de Coordinación con las 32 entidades federativas del país y al final de este año tendrá aseguradas a más de 10 millones de personas.

Colima concluyó 2004 con 100% de las familias sin seguridad social de ese estado afiliadas al Seguro Popular. Aguascalientes y Tabasco también muestran cifras alentadoras de aseguramiento, otorgando protección social en salud a más del 65% de la población de esos estados que carecía de acceso a protección financiera en salud a través de la seguridad social tradicional.

En el nivel nacional más de 13% de los hogares sin seguridad social habían sido afiliados al Seguro Popular, cifra que está ligeramente por arriba de la meta planteada para 2004.

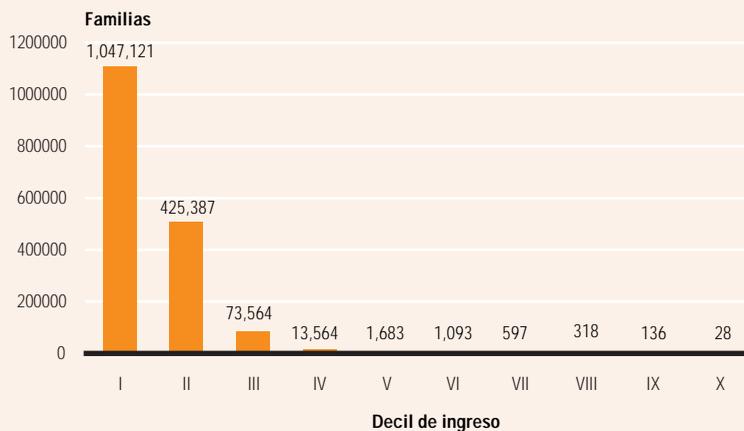
Porcentaje de familias sin seguridad social afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa México 2004



Aguascalientes y Tabasco muestran notables progresos en el porcentaje de familias afiliadas al Seguro Popular.

El grueso de las familias afiliadas al Seguro Popular pertenecen a los deciles I y II.

Familias afiliadas al Seguro Popular de Salud por decil de ingreso México 2004



Hogares con gastos excesivos por motivos de salud

La enfermedad y, por ende, los gastos en salud, suelen ser impredecibles. Por esta razón, cuando no se cuenta con esquemas de aseguramiento, estos gastos pueden llegar a ser excesivos o incluso catastróficos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los gastos catastróficos como aquellos gastos que exceden el 30% de la capacidad de pago de una familia, que a su vez se define como la suma de los recursos disponibles una vez satisfechas las necesidades de alimentación.

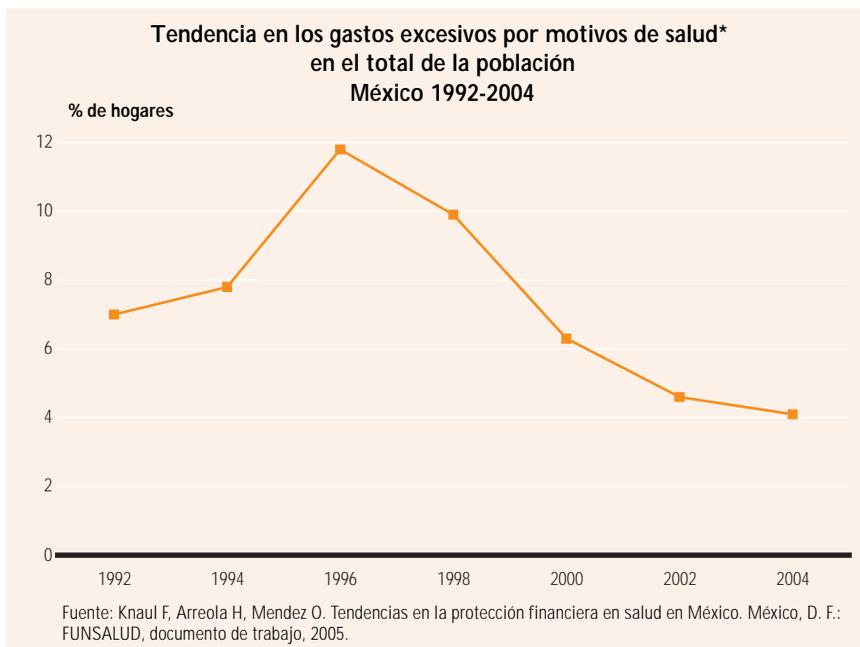
Pero hay, además, gastos en salud que sin ser estrictamente catastróficos, es decir, sin ser superiores al 30% del gasto disponible, llevan a la ruina financiera a una familia. A estos gastos se les denomina empobrecedores y se definen como aquellos gastos en salud que hacen que una familia cruce la línea de pobreza o que una familia ya pobre enfrente problemas para satisfacer otras necesidades básicas, como la educación o la vivienda.

De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) realizada por INEGI en el año 2000, en el trimestre previo a la encuesta, 6.3% de los hogares mexicanos presentaron gastos catastróficos y/o empobrecedores por motivos de salud. Este porcentaje representa casi 1.5 millones de familias. Los datos de las ENIGH 2002 y 2004 indican que este porcentaje se redujo a 4.6 y 4.1%, respectivamente, cifras

que corresponden a 1.13 y 1.05 millones de familias. Anualizadas estas cifras, suponen un descenso de 3.7 millones de familias con gastos excesivos en 2000 a 2.6 millones en 2004. Cabe además señalar que este descenso se dio casi exclusivamente a favor de las familias que en 2000 no estaban aseguradas, sobre todo de las familias de los dos quintiles más pobres. Esto equivale a evitar 630 mil eventos catastróficos o empobrecedores por trimestre entre la población sin seguridad social.

Es probable que una parte importante de la reducción en el número de hogares con gastos excesivos se deba a la ampliación de la protección financiera de las familias mexicanas que ha traído consigo el Seguro Popular. Después del deterioro de mediados de los años noventa, hay una importante mejoría en el nivel de protección financiera en el país que implica una ganancia de 37 posiciones en el ranking que en esta materia construyó la OMS para 191 países en el año 2000.

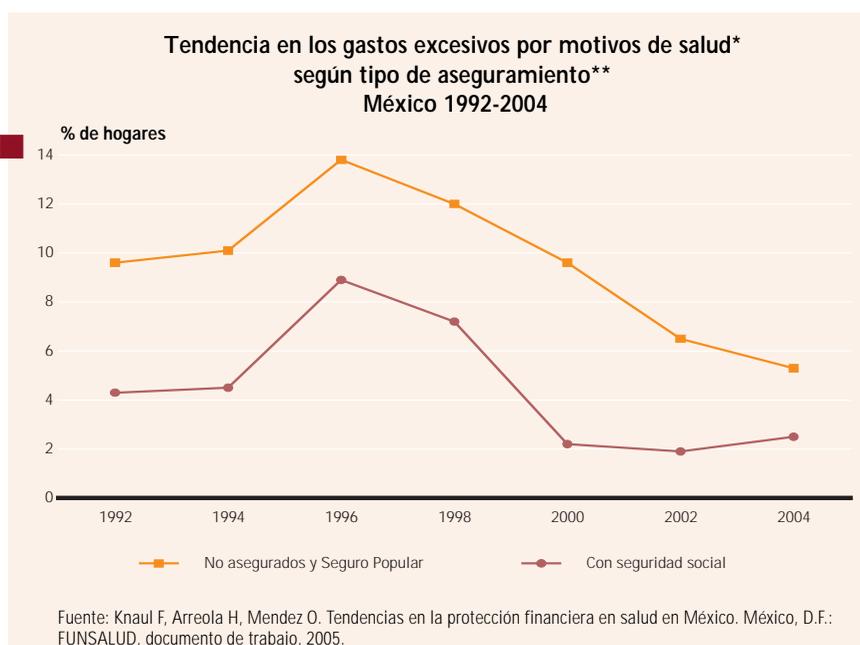
Es importante, por último, señalar, que estos datos, generados por el proyecto *Competitividad y Salud* de la Fundación Mexicana de la Salud haciendo uso de las ENIGH, son consistentes con los datos de otro estudio similar realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública con información de encuestas propias.



La prevalencia de gastos excesivos por motivos de salud disminuyó de 6.3 a 4.1% entre 2000 y 2004, lo que representa una reducción de casi 35%.

* Incluye gastos catastróficos y/o empobrecedores

El descenso de los gastos excesivos por motivos de salud en los últimos años es más notorio en la población no asegurada o que está protegida por el Seguro Popular.



*Incluye gastos catastróficos y/o empobrecedores

**Incluye población afiliada al Seguro Popular a partir de 2002