

Panorama General



PANORAMA GENERAL

La presente edición de *Salud: México. Información para la rendición de cuentas* comparte varias características con las ediciones que le precedieron. Como los informes presentados en los dos años previos, *Salud: México 2004* cuenta con tres capítulos en los cuales se presenta información sobre las acciones que el sistema de salud mexicano lleva a cabo para responder a las necesidades de la población y hacer más eficientes los servicios. Cabe destacar, sin embargo, que no es un informe de actividades, sino un informe enfocado principalmente en resultados, presentados casi en todos los casos bajo un esquema comparativo que busca estimular el aprendizaje compartido.

A pesar de las similitudes que este informe mantiene con los precedentes, existen algunas modificaciones. El capítulo I, *La Salud y el Sistema de Atención*, sufrió una reducción considerable con respecto a los años anteriores, aunque muchos de los indicadores que ahí solían presentarse no fueron eliminados sino reubicados en otra sección. Los 28 indicadores de este capítulo están agrupados en cuatro apartados. En primera instancia se presentan 16 indicadores relacionados con las condiciones de salud de la población, principalmente indicadores que dan cuenta de la situación de 14 causas de mortalidad. El segundo apartado se dedica a la calidad y proporciona información sobre cinco indicadores. En seguida se presentan cuatro indicadores sobre inversión y gasto en salud en el país y a nivel estatal. Finalmente, el capítulo concluye con tres indicadores más que informan sobre la cobertura de vacunación y la cobertura del Seguro Popular de Salud.

El capítulo II, *Los Mejores Desempeños*, está integrado por 17 indicadores que permiten conocer los mejores desempeños estatales o institucionales en varios programas de salud pública, en varios componentes de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios, en arbitraje médico y en protección contra riesgos sanitarios.

Por último, el capítulo III, como ha ocurrido en ediciones anteriores, se dedica a un tema especial. En esta ocasión se enfoca en el *Desempeño de las Instituciones Públicas de Salud*, utilizando para este fin 29 indicadores que proporcionan información sobre la mortalidad intrahospitalaria, la productividad y disponibilidad de recursos, la calidad y la seguridad de los servicios, el nivel de gasto e inversión, y la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos.

La Salud y el Sistema de Atención

Condiciones de salud

Desde su primera versión *Salud: México* se enfocó en 12 grandes causas de mortalidad que en conjunto concentran más del 50% de todas las muertes ocurridas en el país. Adicionalmente, por su

importancia como indicadores de desarrollo humano, se le ha dado especial seguimiento a la mortalidad infantil y a la mortalidad en menores de 5 años.

Existen dos principios que inciden en el combate a la mortalidad: los *rendimientos decrecientes* y los *riesgos en competencia*. De acuerdo con el primero de estos principios, después de grandes logros, se requiere de esfuerzos proporcionalmente mayores para obtener avances adicionales en el combate a la mortalidad. Esto significa que las entidades con mejores niveles de salud requieren de mayores inversiones para obtener mejoras sustanciales en sus indicadores. El segundo de los principios indica que cuando se obtienen avances en el combate a una enfermedad en particular, el nicho que ocupaba dicha enfermedad tiende a ocuparlo un riesgo emergente.

La mortalidad infantil en México permite ilustrar muy bien estos dos fenómenos. Las muertes en niños en nuestro país se redujeron a un ritmo acelerado durante los últimos 20 años, y aunque la tendencia sigue siendo decreciente, la velocidad de disminución se ha reducido y se han requerido mayores y mejores esfuerzos para lograr avances adicionales. Destacan dentro de estos esfuerzos las estrategias de priorización y focalización, que en algunos casos han permitido volver a acelerar el ritmo de descenso de la mortalidad. Como puede observarse en el cuadro I, la mortalidad en menores de 5 años en México se redujo anualmente 4.7% entre 1990 y 1995. El ritmo de descenso disminuyó a 3.1% entre 1995 y 2000, para incrementarse a 3.5% entre 2000 y 2004. El incremento en el ritmo de descenso en este último periodo con respecto al periodo previo fue todavía mayor en el caso de la mortalidad en menores de 1 año: 4 versus 3.1%.

Cuadro 1
Porcentaje de cambio anual en la mortalidad en menores de 5 años,
mortalidad en menores de 1 año y mortalidad materna
México 1990-2004

	<i>Mortalidad en <5 años</i>	<i>Mortalidad en < 1 año</i>	<i>Mortalidad materna</i>
1990-2004	-3.2	-3.3	-2.1
1990-1995	-4.7	-4.8	-1.3
1995-2000	-3.1	-3.1	-2.5
2000-2004	-3.5	-4.0	-3.4

Fuente: DGIS, Secretaría de Salud

La reducción en las muertes en menores de 5 años ha provocado que actualmente las muertes de este grupo representen sólo 8% del total de las defunciones, cuando en 1979 una de cada tres muertes ocurridas en el país correspondía a un menor de 5 años. El éxito en la reducción de estas muertes ha provocado además cambios en el perfil epidemiológico de la niñez. Si bien las muertes por diarreas y otras infecciones siguen siendo muy importantes en muchas regiones del país, estas causas de muerte pasaron de concentrar la mitad de las muertes en menores de 5 años en 1979, a producir sólo 12% de las defunciones en este grupo de edad en el último año.

El cambio en la mortalidad en la infancia no sólo se refiere a sus causas, también involucra a su patrón temporal. Actualmente abatidas muchas de las infecciones comunes, la gran mayoría de las muertes ocurren durante las primeras etapas de la vida. Aun más, casi la mitad de las muertes infantiles ocurren antes de cumplir un mes de vida y se asocian a malformaciones congénitas o afecciones perinatales.

Otro de los grandes retos que enfrenta el sistema de salud mexicano es el de las muertes maternas. Al igual que con la mortalidad en la infancia, como se muestra en el cuadro I, la mortalidad materna presentó un descenso importante entre 1990 y 1995, una desaceleración del ritmo de descenso entre 1995 y 2000, y un nuevo incremento en el descenso entre 2000 y 2004. Este nuevo incremento del ritmo de descenso evitó 200 muertes maternas en el último año, que se hubieran producido de haberse mantenido el nivel de descenso de la segunda mitad de los años noventa.

La mortalidad materna plantea serios problemas en materia de calidad del servicio, sobre todo de las urgencias obstétricas, y la necesidad de incrementar el acceso de todas las madres a una atención materna oportuna. De ahí la importancia del programa "Arranque Parejo en la Vida".

Las mujeres en nuestro país enfrentan, además, el problema de las neoplasias malignas, sobre todo de cuello uterino y mama. El cáncer cervico – uterino se ha reducido a un ritmo promedio de 3.7% por año entre 2000 y 2004, cifra superior a la del quinquenio previo (1.8%). El cáncer de mama, por su parte, prácticamente ha igualado al cáncer cérvico – uterino como causa de muerte, aunque la tendencia en las muertes por este tipo cáncer se ha estabilizado. Los estados del norte del país, además del Distrito Federal, son los que muestran las tasas más elevadas de muerte por esta causa.

Los riesgos en competencia se manifiestan claramente con el incremento de las enfermedades de la población adulta. Superados muchos de los retos relacionados con la infancia, la estructura de riesgos poco a poco se ha ido desplazando hacia las edades avanzadas. El envejecimiento de la población, asociado a conductas poco saludables, ha incrementado la frecuencia con que se presentan las cardiopatías isquémicas y las enfermedades cerebrovasculares. En ambos casos, cuando se controla

el efecto del envejecimiento de la población, se observa que las tasas se han estabilizado, pero el volumen de decesos se incrementa año con año debido a la transición demográfica y al crecimiento poblacional.

En pocas enfermedades del nuevo perfil epidemiológico del país hay un componente preventivo tan claramente identificado como en el cáncer pulmonar. Más de 80% de los casos de esta enfermedad se asocian a la exposición a las sustancias químicas contenidas en el tabaco. La prevención del hábito tabáquico es fundamental en el combate a esta neoplasia, que ocasiona altos índices de mortalidad.

Otro enorme reto para el sistema de salud en México, tanto en lo relacionado con la prestación de servicios personales como en lo concerniente a las políticas de salud pública, es la diabetes. Más del 25% de las muertes que ocurren entre los 40 y los 60 años son consecuencia de este padecimiento, que en los últimos seis años ha crecido a un ritmo sostenido de 4% anual. Se calcula que hay más de cinco millones de diabéticos en el país y que una buena proporción de ellos no sabe que padece esta enfermedad. Es claro que una de las principales tareas de los servicios de salud es mejorar la capacidad para realizar diagnósticos tempranos, lo cual favorecería el control de los niveles de glucosa, reduciría las complicaciones e incidiría positivamente en la tasa de mortalidad por esta causa.

La cirrosis hepática es otro buen ejemplo del efecto de la reducción de las infecciones comunes. A pesar de que la cirrosis, particularmente la debida al consumo excesivo de alcohol, se ha reducido consistentemente, esta enfermedad hepática es ahora una de las principales causas de muerte en el país, ocasionando más de 25,000 defunciones anualmente. No obstante, las tendencias en la mayor parte de los estados son alentadoras: tanto en hombres como en mujeres, la frecuencia de cirrosis seguirá disminuyendo.

Las causas externas de mortalidad –accidentes, homicidios y suicidios– ocasionan 10% de las defunciones en México. Su importancia relativa, sin embargo, se acrecienta si el análisis se limita a las personas de entre 20 y 40 años de edad, donde ocasionan 42% de los fallecimientos. Estas causas de muerte son particularmente importantes en los hombres, donde ocurren 8 de cada 10 muertes asociadas a causas externas.

Finalmente, la sección de condiciones de salud del informe *Salud: México 2004* también describe la situación de la mortalidad por SIDA y la tasa de incidencia de la tuberculosis. La distribución por género de la mortalidad debida al SIDA muestra un cambio similar al que se observa en otras partes del mundo. Este fenómeno se caracteriza por un incremento –que en nuestro país es ligero pero claramente identificable– en el número de mujeres que mueren por esta causa y una reducción acelerada de la mortalidad masculina. La tuberculosis, por su parte, ha descendido a un ritmo de 5%

en promedio cada año desde 1997. Algunos factores que han contribuido a este avance son los progresos en la identificación de los individuos afectados y la mejora en los esquemas de tratamiento.

Calidad

Entre los reclamos más frecuentes de los usuarios de los servicios de salud se encuentran el trato recibido por parte del personal médico y no médico de las unidades de salud, y los largos tiempos de espera que se requieren para recibir atención médica. Debido a lo anterior, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud ha fijado entre sus prioridades el monitoreo de los tiempos de espera tanto en servicios de consulta externa como en servicios médicos de urgencia. Actualmente la Cruzada cuenta con 7,902 unidades de primer nivel y con hospitales integrados a su sistema de información (INDICA).

Las cifras de este sistema muestran buenos niveles de satisfacción con los tiempos de espera y reducciones en los tiempos de espera promedio, pero todavía permiten visualizar una importante área de oportunidad en el porcentaje de usuarios que tienen que esperar más minutos de los que se considera como aceptable. Los tiempos de espera más prolongados corresponden al ISSSTE y los menores al IMSS. También se observaron importantes diferencias en los tiempos de espera a nivel estatal, con Yucatán y el Distrito Federal mostrando promedios por arriba de 25 minutos para proporcionar atención de urgencia.

Por segundo año consecutivo *Salud: México 2004* presenta los resultados del Examen Nacional de Residencias Médicas. Al igual que el año anterior, los resultados nos muestran universidades con resultados individuales muy altos, pero también con egresados con calificaciones muy bajas, como la UNAM y la Universidad de Guadalajara. Existen también escuelas de medicina que no presentan resultados individuales tan notables, pero que muestran resultados más homogéneos y promedios más altos, como la Escuela Médico Naval y la Universidad Autónoma de Chihuahua. En 2004, nuevamente la escuela con egresados con el mejor promedio en este examen fue el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, mientras que entre las escuelas públicas la que mejor desempeño mostró fue la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Por lo que respecta a la investigación en salud, cabe destacar que el porcentaje de investigadores del Sector Salud que pertenece al Sistema Nacional de Investigadores (SNI) se incrementó en todas las sedes de investigación. Sobresalen en este rubro los Centros de Investigación Biomédica del IMSS, donde más de 80% de los investigadores están dentro del SNI.

Inversión en Salud

Después de un descenso en 1999, el porcentaje del PIB que se invierte como gasto público en salud pasó de 2.6% en el año 2000 a 3% en 2004, lo que representa un incremento de 15%. Esta cifra todavía está por debajo del nivel de varios países latinoamericanos, pero es posible vislumbrar incrementos sustanciales en el futuro cercano. Los estados con mayor nivel de inversión en salud son Tabasco y Nayarit, con porcentajes del PIB destinados a gasto público en salud mayores de 5%.

El porcentaje del gasto público total que se destina a salud también se incrementó en el último año. Este indicador había tenido un comportamiento errático desde 1999, pero la cifra de 2004 es 12% superior a la del año anterior y es la más alta de los últimos diez años. Ello es resultado de la entrada en vigor, a partir del 1° de enero de 2004, de la histórica reforma a la Ley General de Salud, que establece el Sistema de Protección Social, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular.

Las contribuciones estatales al financiamiento a la salud han crecido casi 20% desde 1999 y la dinámica del financiamiento del Seguro Popular permite predecir que la tendencia continuará ascendiendo. Los estados que en términos relativos contribuyen más al financiamiento de la salud en sus entidades son Tabasco y Jalisco, cuyas aportaciones representan 52 y 34% del gasto total en salud, respectivamente. Con relación específicamente al Seguro Popular, las aportaciones solidarias estatales equivalen en promedio a 30% del presupuesto total de esta estrategia de protección financiera. Por otro lado, las contribuciones familiares sólo suman poco más de 1% de los recursos del Seguro Popular a nivel nacional, lo cual refleja la prioridad que se ha dado a la afiliación de las familias más pobres, que quedan exentas de la cuota familiar.

Cobertura

La cobertura de vacunación en México es una de las más altas de América Latina. La cobertura de vacunación en niños menores de un año es superior a 95% y en niños de 1 a 5 años supera el 98%. El programa de vacunación debe ahora enfocarse en incrementar la cobertura en las áreas de rezago, buscando alcanzar los mismos niveles en todas las entidades y, en el mediano plazo, en todos los municipios del país.

Las cifras de afiliación al Seguro Popular al cierre de 2004 muestran que en esa fecha se había logrado proteger contra contingencias financieras por motivos de salud a más de 1.7 millones de familias distribuidas en 29 entidades federativas del país. Considerando que en lo que va del presente

año se han firmado Acuerdos de Coordinación entre el gobierno federal y las tres entidades federativas restantes, es previsible que este año se incremente sustancialmente el porcentaje de población que gozará de los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud, pues la meta es llegar en 2005 a 3.5 millones de familias, que representan alrededor de 13 millones de personas beneficiarias del Seguro Popular.

Los esfuerzos en materia de justicia en el financiamiento también están rindiendo frutos. De acuerdo con datos de este informe, generados a partir de las Encuestas de Ingresos y Gastos de los Hogares, el número de familias que incurrían en gastos catastróficos y empobrecedores por motivos de salud disminuyó de 3.7 millones en 2000 a 2.6 millones en 2004. Este descenso, además, se dio casi exclusivamente a favor de las familias que en 2000 no estaban aseguradas.

Mejores Desempeños

El capítulo II está dedicado a presentar los mejores desempeños, estatales e institucionales, en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios, arbitraje médico, nueve programas de salud pública, control de adicciones y dos indicadores de protección contra riesgos sanitarios.

Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios es la estrategia sectorial que busca fomentar una cultura de calidad en la prestación de servicios de salud. El programa, además de monitorear el comportamiento de diversos indicadores en las unidades de salud, lleva a cabo una valoración del compromiso de los estados con la Cruzada. En 2004 los estados que obtuvieron las mejores calificaciones en este rubro fueron Aguascalientes y Zacatecas.

En la evaluación de unidades médicas en el índice compuesto de "Trato de Calidad en Unidades de Primer Nivel" destacaron, en la Secretaría de Salud, el desempeño de los centros de salud de Ixhuapan y Ursulo Galván, ambos ubicados en el estado de Veracruz. En el caso del IMSS, los mejores desempeños en este índice correspondieron a la Unidad de Medicina Familiar 27, de Nuevo León, y la 78, ubicada en Tamaulipas. En el ISSSTE las unidades mejor calificadas fueron las clínicas de Los Aztecas y la de Padilla, ambas en Tamaulipas. Finalmente, las unidades del Programa IMSS-Oportunidades con mejor desempeño en materia de trato de calidad fueron las de La Reforma Ecatepec y la de Santa María Petapa, ubicadas en Oaxaca.

Con relación al "Trato de Calidad en Servicios de Urgencias", los mejores desempeños en la Secretaría de Salud correspondieron el hospital general de Villaflores, en Chiapas, y el de Ciudad

Cuauhtémoc, en Chihuahua. En el IMSS destacaron el hospital 33 y el número 4, ambos ubicados en Nuevo León. Entre los hospitales del ISSSTE, destacaron los de Nuevo Laredo y Tampico, en Tamaulipas. Por último, entre los servicios hospitalarios del Programa IMSS–Oportunidades, las calificaciones más altas correspondieron a las unidades de Rio Grande y Villanueva, en Zacatecas.

Arbitraje Médico

En 2004 la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) continuó con la atención especializada de controversias relacionadas con la práctica médica. En 2004 la CONAMED atendió más de 20 mil conflictos, logrando altos niveles de satisfacción entre los usuarios de sus servicios.

Salud Pública

En materia de salud pública, *Salud: México 2004* presenta los resultados de nueve programas que se evaluaron en el marco de la iniciativa conocida como “*Caminando a la Excelencia*”.

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) es una de las fortalezas del sistema de salud mexicano. Este sistema actualiza constantemente la información sobre 117 enfermedades sujetas a vigilancia, lo que permite ofrecer respuestas oportunas a las contingencias epidemiológicas. Los estados que resultaron mejor calificados en el desempeño del SINAVE en 2004 fueron Hidalgo y Campeche, con calificaciones muy cercanas al máximo posible.

En términos generales, las calificaciones estatales del Programa de Vacunación fueron muy altas. Esto era esperado dado el alto nivel de éxito que tiene este programa en México. De manera particular, en el último año destacaron los estados de Tabasco e Hidalgo.

El Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis ha logrado éxitos notables en la reducción de la incidencia de esta enfermedad, y en la cobertura de detección y tratamiento. Los estados con resultados más sobresalientes en la operación de este programa fueron Nayarit y Aguascalientes.

Reducir la incidencia de VIH/SIDA y garantizar servicios integrales de detección, tratamiento y seguimiento son algunos de los objetivos fundamentales del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA. Las entidades que obtuvieron las mejores calificaciones en este programa en 2004 fueron Hidalgo y Yucatán.

Uno de los grandes éxitos de la salud pública en México es el abatimiento de la rabia. Desde el año 2000 sólo se han diagnosticado dos casos de rabia humana transmitida por perro y los casos de

rabia en esta especie se han reducido de 335 en 1998 a 45 en 2004. En 2004 las entidades que fueron mejor calificadas en el control de la rabia fueron Nuevo León y Jalisco.

El Programa de Salud Reproductiva mejoró su desempeño a nivel nacional con respecto al año anterior. El mejor desempeño en este programa lo tuvo Nuevo León, pero varias entidades, como Colima y Baja California, presentaron mejoras notables.

El Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico – Uterino ha logrado avances sustantivos en la reducción de esta enfermedad y ha mejorado la cobertura de detección y tratamiento incidiendo positivamente en la reducción de la mortalidad por esta causa. El principal reto de este programa es mejorar la calidad en las citologías. Los mejores estados en este programa en 2004 fueron Baja California y Campeche.

Los programas de diabetes mellitus e hipertensión arterial comparten algunas estrategias, como los grupos de autoayuda, mediante las cuales se busca el control de los riesgos que favorecen el desarrollo de estas enfermedades y de las secuelas asociadas a ellas. En ambos programas el mejor desempeño lo presentó Tabasco, seguido, en el caso del programa de diabetes, por Campeche. En el Programa de Hipertensión el estado que ocupó la segunda posición fue Yucatán.

Los estados con mejor desempeño en los Consejos Estatales contra las Adicciones fueron Jalisco y Tamaulipas. La cobertura de programas municipales contra las adicciones ha crecido sostenidamente desde el año 2000 y hoy alcanza niveles de casi 60%, lo cual representa incrementos anuales cercanos al 50%.

Protección contra Riesgos Sanitarios

La calidad y cantidad del agua son determinantes fundamentales de la salud. Para asegurar el abasto de agua con calidad bacteriológica adecuada, ésta debe ser monitoreada a fin de determinar los niveles residuales de cloro. Los estados que presentaron porcentajes más altos de población con agua de calidad fueron Tamaulipas y Nuevo León, con cifras muy cercanas a 100%.

Otro indicador asociado con la vigilancia sanitaria es la yodación de la sal para consumo humano. La adecuada yodación de este producto garantiza que la mayor parte de la población reciba las cantidades mínimas necesarias de este elemento, cuya carencia provoca bocio. Las entidades con mejor desempeño en este indicador en 2004 fueron Yucatán y Coahuila.

Desempeño de las Instituciones Públicas de Salud

Como se mencionó previamente, varios de los indicadores que integraban el capítulo I de *Salud: México* fueron reubicados en esta cuarta edición en el capítulo III, el cual está dedicado a presentar resultados del *Desempeño de las Instituciones Públicas de Salud*.

Así como en las ediciones previas se dio el gran paso de comparar el desempeño de las entidades federativas, ahora se agrega la comparación entre las distintas instituciones que conforman el sistema público de salud. Esta desagregación eleva sustancialmente el valor de la información para la toma de decisiones.

El capítulo III de *Salud: México 2004* incluye 29 indicadores que se agruparon en seis grandes rubros: i) mortalidad intrahospitalaria; ii) productividad y disponibilidad de recursos; iii) calidad de la atención; iv) seguridad del paciente; v) gasto e inversión, y vi) trato y satisfacción del paciente.

Debido a limitaciones de la cobertura de los sistemas institucionales de información en salud, en la presente publicación no se incluyen todos los contenidos deseables. De hecho, para obtener información que permitiera presentar algunos de los resultados, fue necesario efectuar una encuesta entre más de 18,000 de los usuarios de servicios de salud, así como entrevistas a proveedores y directivos hospitalarios. Otra de las barreras que hubo que superar para presentar la información contenida en el capítulo III fue la de los tiempos regulares de cierre de información por parte las instituciones públicas de salud. Para vencer este obstáculo se efectuaron múltiples reuniones con los responsables institucionales del manejo de la información, contándose en todo momento con su apoyo y comprensión, así como con la invaluable colaboración de la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud.

El apartado de mortalidad hospitalaria incluye información sobre tres indicadores: mortalidad infantil, mortalidad materna y mortalidad en adultos mayores. Las transiciones demográfica y epidemiológica, así como la modernización del sistema de salud, ocasiona que la mayor parte de las muertes ocurran en hospitales. Sin embargo, el análisis de las muertes hospitalarias se enfrenta a la carencia de herramientas que permitan ajustar las tasas de mortalidad por variables como la gravedad del padecimiento inicial y las comorbilidades. Los tres indicadores de este apartado sólo incluyen información de la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE. Con excepción de la mortalidad en adultos mayores, donde las tasas de las tres instituciones son muy similares, las tasas más bajas de mortalidad intrahospitalaria correspondieron al IMSS.

Con relación a la productividad y disponibilidad de recursos, el capítulo III de *Salud: México 2004* incluye cinco indicadores: dos relacionados con la productividad de consultas y cirugías, y tres que proporcionan información sobre la disponibilidad de médicos, enfermeras y camas. Además de las instituciones mencionadas en el apartado de mortalidad, la información de recursos y servicios incluye datos sobre el Programa IMSS–Oportunidades y los servicios médicos de PEMEX. Las cifras de productividad colocan al IMSS en la primera posición, pero sus cifras son tan altas que permiten inferir problemas de saturación de los servicios. La productividad más baja, en el extremo opuesto, es la de los servicios de PEMEX, resultado esperado dada la disponibilidad de recursos en este subsistema.

Analizar la disponibilidad de recursos pone en la mesa de debates un problema adicional a los ya mencionados. Las cifras de la población que cada institución atiende son motivo de discusión. En general, podemos afirmar que las cifras derivadas de los registros administrativos son mayores a las que se pueden inferir de encuestas y censos de población. Este hecho nos ha llevado a presentar aquí una estimación intermedia, basada en un riguroso análisis que se describe en la sección de anexos, que consideramos es la cifra más cercana a la realidad. A fin de eliminar la incertidumbre sobre la población que cada institución atiende, será necesario desarrollar padrones nominales de beneficiarios, como el que ya tiene el Seguro Popular.

Medir la calidad es un reto metodológico y conceptual. En el apartado correspondiente se presentan datos que dan cuenta del porcentaje de complicaciones y días de estancia en tres intervenciones médicas: partos vaginales, cesáreas y colecistectomías. Estos indicadores sólo son analizados para hospitales de la Secretaría de Salud y del IMSS, ya que sólo las bases de estas instituciones estuvieron disponibles para el análisis.

El apartado de calidad se completa con los porcentajes institucionales de cesáreas, tema de preocupación constante; el porcentaje de cirugías diferidas, que refleja el ajuste entre los recursos físicos y humanos y las necesidades de salud de la población; el número de hospitales certificados por institución y, finalmente, información sobre abasto de medicamentos, medido mediante el porcentaje de recetas surtidas íntegramente y el porcentaje de usuarios que tuvieron que pagar por alguno de sus medicamentos. Estos dos últimos indicadores muestran ya el efecto benéfico del Seguro Popular sobre la reducción del gasto de bolsillo.

Las mismas consideraciones que se mencionaron en el apartado de recursos deben tomarse en cuenta en la interpretación del gasto per cápita institucional. Las cifras de poblaciones que se utilizan en este informe nos permiten contar con una imagen más objetiva de los recursos financieros con los que cuenta cada institución. Aquí destacan PEMEX, que cuenta con tres veces más recursos

per cápita que el IMSS, y el enorme esfuerzo del Seguro Popular, que presenta un gasto per cápita de 2,290 pesos.

El gasto por componentes muestra que el IMSS es la institución que más gasta en administración y que PEMEX es quien más invierte en medicamentos y material de curación.

El último apartado del capítulo III se dedica al trato a los usuarios y a la satisfacción del paciente. La mayor parte de los nueve indicadores presentados aquí muestran un buen desempeño de los servicios de salud del Programa IMSS–Oportunidades y algunos problemas en las grandes instituciones de seguridad social. Existen varias posibles hipótesis para explicar estos hallazgos, pero es indudable que la saturación de los servicios en el IMSS y el ISSSTE juegan un papel importante en los bajos niveles de trato adecuado en esas instituciones. En términos generales, en todas las instituciones se observa una mayor satisfacción de los usuarios con los servicios ambulatorios que con la atención hospitalaria, hallazgo que es consistente con otros estudios sobre este tema.

Salud: México ha mostrado ser una herramienta muy útil de rendición de cuentas y ha estimulado el análisis del desempeño de los sistemas nacional y estatales de salud. El esfuerzo de este año nos permite ahora empezar a evaluar el desempeño de nuestras instituciones públicas de salud. Esperamos que ello contribuya a mejorar la accesibilidad, la calidad y la oportunidad de los servicios, el nivel de protección financiera, y el nivel de conciencia sobre los derechos de los mexicanos en materia de salud.