



**GOBIERNO
FEDERAL**

SALUD

SEMAR

SEDENA

Rendición de Cuentas en Salud 2008



Vivir Mejor



**GOBIERNO
FEDERAL**

SALUD

Rendición de Cuentas en Salud 2008

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez

Subsecretaria de Innovación y Calidad

Dr. Mauricio Hernández Ávila

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Lic. Laura Martínez Ampudia

Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dra. María de los Ángeles Fromow Rangel

**Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación
y Participación Social**

Lic. Fernando Álvarez del Río

Titular de la Unidad de Análisis Económico

Dr. Salomón Chertorisvsky Woldenberg

Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Lic. Miguel Ángel Toscano Velasco

Comisionado Federal para la Protección

Contra Riesgos Sanitarios

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci

Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Julio Sotelo Morales

**Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos
Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad**

Instituto Mexicano del Seguro Social

Lic. Daniel Karam Toumeh

Director General

Dr. Santiago Echevarría Zuno

Director de Prestaciones Médicas

Lic. Nabijah Saade Zaablah

**Encargada del despacho de la Dirección de Prestaciones
Económicas y Sociales**

Lic. Pablo Salvador Reyes Pruneda

Director de Incorporación y Recaudación

Lic. Fernando Gutiérrez Domínguez

Director Jurídico

Ing. Antonio Sánchez Bell

Director de Finanzas

Lic. Lorenzo Martínez Garza

Director de Administración y Evaluación de Delegaciones

Lic. Carlos Castañeda Gómez del Campo

Director de Innovación y Desarrollo Tecnológico

Lic. Carolina Gómez Vinales

Titular de la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades

Lic. Juan Lozano Tovar

Titular de la Unidad de Vinculación

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares

Director General

Lic. José Enrique Ampudia Mello

Secretario General

Dr. Carlos Tena Tamayo

Director Médico

Lic. Pedro Vásquez-Colmenares Guzmán

Director de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales

Lic. Jesús Villalobos López

Director de Finanzas

Lic. Edna Barba y Lara

Directora Jurídica

Sr. Manuel Muñoz Ganem

Director de Administración

Profra. María Sanjuana Cerda Franco (Encargada)

Encargada de la Dirección de Delegaciones

Lic. Jorge Omar Enciso Martínez

Director de Tecnología y Desarrollo Institucional

Lic. Ramón García González

Director de Comunicación Social

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Lic. Ma. Cecilia Landerreche Gómez Morín

Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Mtra. Mónica Ríos Tarín

Directora General Jurídica y de Enlace Institucional

Lic. Guillermo Mena López

Director General de Profesionalización de la Asistencia Social

Lic. Kathia Rocío Silva Arrollo

Directora General de Enlace Interinstitucional

Mtro. Raúl Rafael Anaya Nuñez

Director General de Programación,

Organización y Presupuesto

Ing. Ramón Valverde Martínez

Director General de Recursos Materiales y Servicios Generales

Lic. Fernando Ochoa Buenrostro

Director General de Recursos Humanos

Lic. María de las Mercedes Gómez Mont Urueta

Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social

Lic. Ana Patricia Elías Ingram

Directora General de Protección a la Infancia

Mtra. Ernestina Polo Oteyza

Directora General de Alimentación

y Desarrollo Comunitario

Petróleos Mexicanos

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza

Director General

Dr. Raúl Alejandro Livas Elizondo

Director Corporativo de Operaciones

Ing. Rosendo Villarreal Dávila

Director Corporativo de Administración

Lic. Esteban Levín Balcells

Director Corporativo de Finanzas

Ing. Jorge José Borja Navarrete

Director Corporativo de Ingeniería

y Desarrollo de Proyectos

Secretaría de la Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Almirante C. G. DEM. Raúl Santos Galván Villanueva

Subsecretario de Marina

Almirante C. G. DEM. Jorge H. Pastor Gómez

Jefe del Estado Mayor General de la Armada

Almirante C. G. DEM. Sergio Enrique Henaro Galán

Inspector y Contralor de Marina

Almirante C. G. DEM. Moisés Gómez Cabrera

Oficial Mayor de Marina

Vicealmirante Wilfrido Robledo Madrid

Presidente de la Junta de Almirantes

Vicealmirante Eduardo Villa Valenzuela

Presidente de la Junta Naval

Capitán de Navío Alejandro Miguel Vázquez Hernández

Titular de la Jefatura de la Unidad Jurídica

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional

General de División Diplomado de Estado Mayor. Humberto Alfonso Guillermo Aguilar.

Subsecretario de la Defensa Nacional.

General de División Diplomado de Estado Mayor. Jorge Juárez Loera.

Oficial Mayor de la Secretaría de la Defensa Nacional

General de División Diplomado de Estado Mayor. Carlos Demetrio Gaytán Ochoa.

Jefe del Estado Mayor de la Defensa Nacional

General de División Diplomado de Estado Mayor. Roberto Miranda Sanchez.

Inspector y Contralor General del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos

General de División Piloto Aviador Diplomado de Estado Mayor Aéreo. Leonardo González García.

Comandante de la Fuerza Aérea Mexicana

General de Ala Piloto Aviador Diplomado de Estado Mayor Aéreo. Ernesto Rivera Rojas

Jefe del Estado Mayor de la Fuerza Aérea

Rendición de Cuentas
en Salud
2008

Rendición de Cuentas en Salud 2008

Primera edición, 2009
D.R. © Secretaría de Salud
Lleja 7, Col. Juárez
06696 México, D.F.

ISBN 978-607-460-089-6

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico.

Rendición de Cuentas en Salud 2008 estuvo a cargo de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, a través de la Dirección General de Evaluación del Desempeño.

En la elaboración del Informe participaron Francisco Garrido Latorre, José Antonio Tapia Cruz, Ana Rosa Ramírez Herrera, Alfonso Velázquez Solórzano, Martha Cordero Oropeza, Ronaldo Vega Rosas y Rosalino Sandoval Sandoval, Secretaría de Salud. Para la publicación de la obra se contó con la asesoría de Carlos Oropeza. La producción editorial se realizó con el apoyo de Petra Montiel y Rubén Cortés.

Rendición de Cuentas en Salud 2008 puede recuperarse parcial o totalmente de la siguiente dirección en Internet www.dged.salud.gob.mx

Índice

Presentación	11
Introducción	15
I. Cumplimiento 2008 de las Metas Estratégicas del PROSESA 2007-2012	18
Objetivo 1: Mejorar las condiciones de salud de la población	20
Meta 1.1 Esperanza de vida al nacimiento	20
Meta 1.2 Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en población menor a 65 años de edad	22
Meta 1.3 Tasa de mortalidad por diabetes mellitus	25
Meta 1.4 Prevalencia de consumo, por primera vez, de drogas ilegales en población de 12 a 17 años de edad, según sexo	31
Meta 1.5 Cobertura, en el último año, de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 50 a 69 años de edad	32
Meta 1.6 Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres mayores de 25 años de edad	33
Meta 1.7 Número de muertes causadas por accidentes de tránsito de vehículos de motor en población de 15 a 29 años de edad	35
Objetivo 2: Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas	41
Meta 2.1 Razón de mortalidad materna en los 125 municipios con menor IDH	42
Meta 2.2 Tasa de mortalidad infantil en los 125 municipios con menor IDH	44
Objetivo 3: Prestar servicios de salud con calidad y seguridad	46
Meta 3.1 Porcentaje de unidades de salud acreditadas que prestan servicios del Sistema de Protección Social en Salud	47
Meta 3.2 Porcentaje de unidades de salud que han implementado medidas para prevenir eventos adversos	49
Meta 3.3 Tasa anual de infecciones nosocomiales	50
Objetivo 4: Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud	52
Meta 4.1 Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud	53
Meta 4.2 Porcentaje de hogares que incurren en gastos catastróficos por motivos de salud	54
Objetivo 5: Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país	56
Meta 5.1 Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años de edad que presentan bajo peso para su talla en los 125 municipios con menor IDH	56

II. Seguimiento de Metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio	60
Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre	61
Prevalencia de bajo peso en menores de cinco años	61
Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años	63
Mortalidad de menores de cinco años	63
Mortalidad infantil	65
Proporción de niños y niñas de un año de edad vacunados contra el sarampión	66
Objetivo 5. Mejorar la salud materna	69
Razón de mortalidad materna	69
Proporción de partos atendidos por personal de salud calificado	71
Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	73
Prevalencia de VIH en población adulta (15 a 49 años)	73
Incidencia de SIDA según año de diagnóstico	73
Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales	73
Mortalidad por VIH/SIDA	75
Incidencia de paludismo	79
Proporción de la población de localidades en zonas de riesgo de paludismo que reciben tratamiento focalizado para el control y la eliminación de la transmisión del <i>Plasmodium vivax</i>	80
Incidencia de tuberculosis todas las formas	80
Incidencia de tuberculosis pulmonar	81
Mortalidad por tuberculosis todas las formas	82
Mortalidad por tuberculosis pulmonar en población de 15 años y más	86
III. Indicadores Básicos de Salud Poblacional y de Operación del Sistema de Salud	90
Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa	91
Información presupuestal de la Secretaría de Salud	113
Anexos	121
Bibliografía	133
Acrónimos y abreviaturas	137
Agradecimientos	139

Presentación

Por segundo año consecutivo, la Secretaría de Salud expone al escrutinio público su informe anual de **Rendición de Cuentas en Salud**. En esta edición 2008, estamos informando a la sociedad sobre la situación que guardan los compromisos establecidos en el Programa Sectorial de Salud derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

Un pilar de nuestra democracia es la rendición de cuentas de los actos de gobierno, donde se expresan los valores que los sustentan y los efectos que estos tienen para la sociedad. Sin embargo, estamos conscientes que en el acto de informar no se agota la rendición de cuentas, es un paso necesario para promover el círculo virtuoso que debe nutrirse con los cuestionamientos de la sociedad respecto de lo que se informa. Por esta razón, desde 2007 la Secretaría de Salud promueve, entre las organizaciones de la sociedad civil y entre los propios prestadores de servicios, una amplia discusión sobre los logros y retos pendientes señalados en su informe anual.

Los resultados obtenidos por el sistema mexicano de salud en estos dos años nos indican que la salud de la población, la protección financiera de las familias y el cumplimiento a las expectativas de los usuarios han mejorado en muchos aspectos. También, nos señalan que en algunos de nuestros objetivos y metas comprometidas no estamos avanzando con la celeridad necesaria, y es aquí donde debemos poner nuestro máximo empeño hacia el 2012.

En nuestro Programa Sectorial hemos comprometido 15 metas estratégicas en cinco objetivos básicos que incluyen: mejorar las condiciones de salud de la población; focalizar acciones para reducir las desigualdades en salud en grupos vulnerables y comunidades marginadas; prestar servicios de salud con calidad y seguridad; evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país. Asimismo, estamos dando seguimiento a nuestros compromisos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a los cuales nos adherimos como país en septiembre de 2000.

Entre enero de 2007 y diciembre de 2008, se han conseguido logros en las metas estratégicas relacionadas con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población. Destacando, entre ellos, el aumento en la esperanza de vida al nacimiento; la reducción de la mortalidad por cáncer cérvico-uterino; un ligero aumento en la detección de cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años, y una disminución de la mortalidad por accidentes de tránsito de vehículos de motor en la población de 15 a 29 años de edad. Algunos de estos cambios todavía son incipientes dado el tiempo relativamente corto en la implantación de las intervenciones, por lo que esperamos mantener y profundizar dichos cambios de aquí al 2012. Respecto de las metas relacionadas con la reducción de la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón y por diabetes mellitus no se han observado mejoras, por el contrario, hemos tenido un ligero incremento que nos obliga a revisar las estrategias y acciones respectivas que modifiquen la tendencia hasta ahora observada.

Situación similar encontramos en mortalidad materna en los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano. La razón de mortalidad materna en estos municipios presentó un incremento de 12 por ciento respecto de la cifra de 2006. A pesar de los esfuerzos que se están desplegando a través de las unidades médicas, tanto móviles como fijas, no hemos podido modificar este comportamiento. Una de las razones que pueden explicar parte de este incremento corresponde a las mejoras que hemos puesto en práctica respecto de la búsqueda intencionada de las defunciones maternas, así como a la clasificación de las mismas. Por otra parte, en estos municipios se ha logrado reducir poco más del 9 por ciento las defunciones en la población menor de un año de edad, un avance discreto si consideramos que partimos de una tasa de casi 35 defunciones por mil nacimientos estimados y la meta en 2012 es reducir 40 por ciento la cifra registrada en diciembre de 2006. De igual forma, la prevalencia de desnutrición en menores de cinco años, en los municipios con menor índice de desarrollo humano, ha disminuido casi 34.5 por ciento en los últimos dos años, lo que nos indica que es factible alcanzar la meta fijada para 2012.

En el rubro de las metas relacionadas con la prestación de servicios con calidad y seguridad, se ha logrado un incremento de 12 puntos porcentuales en la acreditación de unidades que prestan servicios al Sistema de Protección Social en Salud. De igual forma, las unidades de salud que han implementado medidas para prevenir los eventos adversos aumentaron 32 por ciento, por lo que es muy factible que estos compromisos se cumplan en 2012. En el caso de las infecciones nosocomiales en hospitales de segundo nivel, la meta es mantenerlas en una cifra no mayor de seis por cien egresos, meta factible de alcanzar si consideramos que el último dato disponible ubica esta prevalencia en siete por ciento.

Una de las funciones del sistema de salud es asegurar un financiamiento justo y evitar que las personas o familias se empobrezcan por razones de salud. En este rubro, el porcentaje de hogares que enfrentaron gastos catastróficos en 2008 se ha reducido en 33% respecto de 2006, por lo que de continuar esta tendencia es muy factible alcanzar la meta fijada para 2012. Sin embargo, debemos estar atentos y vigilantes sobre el comportamiento de este indicador porque los efectos de la actual crisis financiera pueden poner en riesgo estos logros.

Estamos conscientes que la manera más equitativa de financiar el sistema de salud es a través de la contribución preponderante del Estado, tal como ocurre en la mayoría de los países de la OCDE. En la medida que avancemos en este empeño se modificará la magnitud del gasto privado en el gasto total en salud. En 2006, el 51 por ciento del gasto total en salud provenía de los bolsillos de las familias, por lo que fijamos la meta de reducir al 44 por ciento este rubro. En 2008, se ha obtenido una reducción del 10 por ciento respecto de la cifra de 2006, lo cual nos obliga a redoblar los esfuerzos para poder alcanzar dicha meta. Habría que decir, además, que este descenso se ha acompañado de una reducción significativa de los gastos de bolsillo en la población más pobre del país.

En relación con las metas de los ODM, a la fecha hemos cumplido con tres de ellas: prevalencia de bajo peso en menores de cinco años; proporción de niños y niñas vacunados contra el sarampión, y proporción de la población que habita en zonas de riesgo de paludismo y que reciben tratamiento médico para la prevención, control y eliminación del *Plasmodium Vivax*. Otras cinco metas relacionadas con: mortalidad en menores de cinco años; mortalidad infantil; incidencia de paludismo; mortalidad por tuberculosis en todas sus formas, y mortalidad por tuberculosis pulmonar en población de 15 años y más están muy cerca de su cumplimiento. En cambio, necesitamos redoblar los esfuerzos en materia de mortalidad por VIH/SIDA e incidencia de tuberculosis, porque su comportamiento es a la alza y no observamos en el corto plazo un cambio sustantivo.

De acuerdo con estos resultados, el mayor reto de nuestro sistema de salud, en materia de cumplimiento de las metas de los ODM, radica en el compromiso de reducir en tres cuartas partes la mortalidad

materna entre 1990 y 2015. En los últimos 18 años, la razón de mortalidad materna ha disminuido poco más de 49 por ciento, y dada la velocidad de reducción no parece factible el cumplimiento de esta meta en la fecha señalada. Sin embargo, no nos hemos quedado con los brazos cruzados, recientemente todas las instituciones del sector salud acordamos eliminar las barreras que limitan el acceso de las embarazadas a los servicios públicos de salud, momento a partir del cual, toda urgencia obstétrica debe ser atendida en la unidad médica más cercana al domicilio de la embarazada o al sitio donde ésta se presente sin tomar en cuenta la pertenencia de la embarazada a algún esquema de seguridad social. En otras palabras, una urgencia obstétrica en una mujer sin seguridad social debe ser atendida en un hospital del IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA o SEMAR sin restricciones de ninguna especie. De igual forma, una embarazada con seguridad social que presente una situación similar debe ser atendida en las unidades de la Secretaría de Salud si éstas se encuentran más próximas a su domicilio. Con esta medida esperamos abatir una fracción considerable de las defunciones maternas dada la estrecha asociación existente entre las urgencias obstétricas y la mortalidad materna.

Con esta edición de **Rendición de Cuentas en Salud**, reiteramos nuestro compromiso de mantener permanentemente informada a la sociedad sobre los resultados en salud que se están obteniendo con el uso de los recursos públicos.

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Introducción

Como parte del compromiso de la Secretaría de Salud (SS) con la sociedad, en materia de rendición de cuentas y acceso a la información pública, se presenta por segundo año consecutivo el informe Rendición de Cuentas en Salud. En esta edición, se da cuenta de los avances obtenidos por el sistema de salud en 2008 como resultado de la implantación del Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (*PROSESA 2007-2012*), y específicamente en el cumplimiento de las metas estratégicas definidas en dicho instrumento de política pública, así como también, en materia de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), compromiso que nuestro país asumió al adoptar la Declaración del Milenio en septiembre del año 2000.

En **Rendición de Cuentas en Salud 2008**, se buscó ofrecer elementos de análisis adicional para muchas de las metas comprometidas, con la intención de aportar mayores elementos a los tomadores de decisión y al público en general sobre la magnitud de los retos y los esfuerzos que se deben desplegar por las instituciones y los servicios en los ámbitos federal y estatal. Por ello, en esta edición se ha agregado, entre otros, el comportamiento observado de las causas de mortalidad relacionadas con metas específicas del Programa Sectorial, así como un cálculo aproximado de los esfuerzos que debieran desplegar los servicios estatales de salud (SESA) para contribuir al logro de las mismas. Como se señala en la sección correspondiente, cumplir las metas establecidas es una responsabilidad compartida entre quienes tienen funciones de rectoría y de prestación de servicios, por nombrar sólo dos de las funciones básicas del sistema. En este sentido, tanto las dependencias federales como estatales deben asumir la responsabilidad de propiciar los arreglos necesarios para que la prestación de servicios alcance los objetivos que se esperan en 2012.

Rendición de Cuentas en Salud 2008 está estructurado en tres capítulos: I) Cumplimiento 2008 de las metas estratégicas del PROSESA 2007-2012; II) Seguimiento de metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y III) Indicadores básicos de salud poblacional y de operación del sistema de salud.

En el primer capítulo se proporciona al lector información sobre el comportamiento en 2008 de las 15 metas estratégicas, según su distribución nacional, estatal y por institución. El nivel de avance se midió comparando la cifra inicial (2006) del indicador respectivo, con la cifra registrada en 2008, estimándose además la brecha entre 2008 y 2012. Cabe señalar que en este capítulo se incluyen los resultados de algunas metas estratégicas que en la edición pasada no contaban con datos porque éstos no se obtienen de las fuentes regulares de información. La disponibilidad de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH, 2008), así como los datos de un estudio representativo de los hospitales de segundo nivel, realizado por la Subsecretaría de Innovación y Calidad, permitieron medir el avance de tres metas estratégicas: gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud, porcentaje de hogares que incurrir en gastos catastróficos por motivos de salud, y tasa anual de infecciones nosocomiales en hospitales de segundo nivel.

En el capítulo II se describen los avances en el cumplimiento de los compromisos adquiridos por México ante la Organización de las Naciones Unidas en materia de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La estructura del análisis de este capítulo es similar al realizado en el capítulo previo. También es necesario mencionar que el 15 de enero de 2008 entró en vigencia una nueva lista de indicadores de los ODM, por lo que hubo necesidad de hacer algunas modificaciones respecto del análisis realizado en la edición previa de este informe.

Finalmente, en el capítulo III se incluye la descripción de los principales indicadores relacionados con la salud de la población y con la operación del sistema de salud en el país y en las entidades federativas, los cuales se vinculan a aspectos de disponibilidad y productividad de los servicios. Con ello se brindan elementos que permiten contextualizar la situación que prevaleció en 2008, apoyando el análisis y la valoración de las acciones que se implantan en el sector salud; pero además, se busca establecer un conjunto de elementos que permitan establecer comparaciones a través del tiempo, continuando con la práctica que desde hace varios años desarrolla la Secretaría de Salud.

Asimismo, en este capítulo se incluyó la descripción de la información sobre el origen, distribución y uso de los recursos financieros que sustentan la operación de la Secretaría de Salud. Datos que, al igual que en la versión anterior del informe, buscan poner a disposición de la ciudadanía información sobre los recursos con los que dispone la SS y sobre la forma en que se utilizan, fortaleciendo así la rendición de cuentas.

I. Cumplimiento 2008 de las Metas Estratégicas del PROSESA 2007-2012

Mejorar las condiciones de salud de la población

Reducir las brechas o desigualdades en salud
mediante intervenciones focalizadas en grupos
vulnerables y comunidades marginadas

Prestar servicios de salud con calidad y seguridad

Evitar el empobrecimiento de la población
por motivos de salud

Garantizar que la salud contribuya al combate
a la pobreza y al desarrollo social del país

I. Cumplimiento 2008 de las Metas Estratégicas del PROSESA 2007-2012

A dos años de la implantación del Programa Sectorial de Salud 2007-2012 es necesario identificar el nivel de cumplimiento de los compromisos establecidos, con el objetivo de tomar decisiones oportunas para consolidar algunos de los logros o, en su caso, reorientar estrategias y acciones sobre aquellas metas donde el avance obtenido no se corresponde con el nivel de logro esperado.

Para contribuir a la descripción de los retos que en materia de salud se fijaron a principios de 2007, en esta edición se han incorporado al análisis de varias de las metas estratégicas, así como de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el comportamiento histórico de los datos con los cuales se construyen los indicadores de cada una de ellas. Parte de la explicación del nivel de logro alcanzado se relaciona con la tendencia observada de algunas condiciones de salud que se pretenden modificar, algunas de ellas presentan una tendencia descendente y donde las intervenciones desplegadas contribuyen a acelerar este comportamiento; por otra parte, aquellas condiciones de salud, particularmente la mortalidad por enfermedades crónicas como diabetes mellitus y cardiopatías isquémicas, vienen aumentando desde hace varios años, por lo que se esperaba que el efecto de las intervenciones redujeran la velocidad con la cual están ocurriendo las defunciones, y a más largo plazo, cuando surtan efecto las medidas de promoción y prevención de la salud, observar una reducción significativa del número de muertes a ellas asociadas.

Alcanzar los objetivos y cumplir las metas comprometidas en el Programa Sectorial es una responsabilidad compartida por todos los trabajadores del sector salud. En un sistema de salud segmentado y descentralizado, las partes deben asumir tareas específicas, tal es el caso de aquellas metas que implican una desaceleración de la mortalidad y donde, en su primera fase, los servicios clínicos tienen una participación fundamental. Si esperamos reducir 20% la velocidad de crecimiento de la mortalidad por diabetes mellitus en un periodo de seis años, debemos poner atención en mejorar el control metabólico y prevenir las complicaciones de la enfermedad en aquellos pacientes ya diagnosticados. Con estas medidas, asumiendo que son efectivas, se lograría una esperanza de vida mayor para los enfermos a la par de reducir la velocidad de crecimiento de la mortalidad. Sin duda, ésta como las demás estrategias de detección temprana y de promoción y prevención de la salud, deben desplegarse de forma simultánea para conseguir a más largo plazo un cambio significativo en la tendencia de la mortalidad por diabetes mellitus. Por esta razón, para algunas de las metas relacionadas con la mortalidad por causas específicas se ha calculado la contribución que tendrían que hacer las entidades federativas para alcanzar los objetivos señalados en el Programa Sectorial. En la sección de anexos se incluye un apartado que describe en detalle el procedimiento empleado para calcular, por entidad federativa, el número de muertes esperadas que permita cumplir con las metas de 2012.

Naturalmente que el compromiso de las entidades federativas en los siguientes años, respecto de sus tasas de mortalidad, deberá considerar aspectos como el panorama epidemiológico y demográfico a nivel regional, la disponibilidad de recursos y la consolidación de acciones en materia de prevención y atención

de los padecimientos; sin embargo, los datos que se proporcionan en este informe pueden contribuir a los ejercicios de planeación respectivos.

Rendición de Cuentas en Salud 2008 también ha incorporado comparaciones de indicadores entre las principales instituciones públicas del sector salud, lo anterior con el objetivo de contar con elementos que den cuenta de los retos que cada una de estas instituciones enfrenta y de las acciones que deberán emprenderse para contribuir al logro de los objetivos para el sistema de salud en su conjunto. Asimismo, también se han incluido los resultados para aquellos indicadores que en la edición 2007 no se disponía de información, en virtud de que en 2008 se concluyeron diversos ejercicios específicos (encuestas) que permitieron contar con la información faltante, como la correspondiente a la tasa de infecciones nosocomiales, gasto de bolsillo en salud y porcentaje de hogares que incurren en gastos catastróficos por motivos de salud, entre otros.

Se espera que el presente informe permita a sus lectores contar con mayores elementos de análisis que guíen la valoración de lo realizado por el sector en relación con los objetivos planteados tanto en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) como en el Programa Sectorial de Salud, 2007-2012.

Objetivo 1 Mejorar las condiciones de salud de la población

En México, tal y como se establece en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, el entorno actual al que está expuesta la población la hace más susceptible de enfrentar diversos daños a la salud, ya sean los relacionados con la pobreza y la desigualdad de oportunidades o con aquellos vinculados a estilos de vida poco saludables.

En el país las principales causas de enfermedad, discapacidad y muerte están relacionadas con las enfermedades no transmisibles y las lesiones; sin embargo, las enfermedades transmisibles, las asociadas a la reproducción y las relacionadas con la nutrición siguen causando estragos en sectores de la población, sobre todo en aquella más vulnerable y en condición de desventaja social. Por esta razón, a principios de 2007 se definieron diversas metas estratégicas cuya orientación es lograr, para el año de 2012, cambios positivos en las condiciones de salud de la población del país, sustentando sus logros con base en la implantación de diversas estrategias y líneas de acción específicas para dar cumplimiento a este objetivo. (Cuadro I.1)

Meta 1.1 Esperanza de vida al nacimiento

La esperanza de vida al nacimiento (EVN) es uno de los indicadores más utilizados a nivel mundial porque resume las condiciones de bienestar de una sociedad en un momento determinado. Su comportamiento está vinculado a determinantes biológicos de la población, pero también a factores socioeconómicos y a la accesibilidad a servicios básicos. Conocer el

tiempo promedio de vida de la población es útil para planear la prestación de servicios de salud, en particular los relacionados con la atención actual y futura por grupos de edad y sexo.

La EVN es una de las quince metas estratégicas del *PROSESA 2007-2012*. Para la definición de la meta de 2012 se tomó en cuenta la estimación correspondiente al año de 2006 (74.8 años), a partir de la cual se busca incrementar 1.5 años la esperanza de vida, lo que ubicaría este indicador en 76.3 años al final del periodo. (Cuadro I.1)

En 2008 la EVN se ubicó en los 75.12 años, para una ganancia de 0.32 años respecto de la cifra inicial, lo que representa 21.3 por ciento del cumplimiento de la meta fijada. De acuerdo con el incremento anual promedio de este indicador (0.16 años) no parece factible alcanzar la meta de 1.5 años de ganancia en la EVN en 2012.

Es necesario señalar que el sistema de salud es uno de los responsables de mejorar la supervivencia de la población; sin embargo, sectores como los de educación, vivienda, trabajo, alimentación, economía, cultura, entre otros, también deben contribuir de manera significativa a ampliar la esperanza de vida al nacimiento de nuestra población.

Como en la gran mayoría de países en el mundo, en México la EVN ha mostrado un comportamiento ascendente, pasando de 70.61 años en 1990 a 75.12 años en 2008, para una ganancia de 4.52 años en el periodo. (Figura I.1)

Las mejoras en la EVN tiene consecuencias directas para los sistemas de salud: su incremento se asocia a un volumen mayor de población, en

Cuadro I.1

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 1. Mejorar las condiciones de salud de la población.
Programa Sectorial de Salud 2007-2012; México, 2008

Indicador	Unidad de medida	Línea base (Lb)	Valor 2008	Variación % (2008/Lb)	Variación % (2008/meta)	Meta 2012
Esperanza de vida al nacimiento (EVN) 1/	Años	74.80	75.12	0.32	-1.18	Aumentar la esperanza de vida al nacer en 1.5 años: 76.3 años
Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en la población menor de 65 años de edad 2/	Tasa por 100,000 habitantes menores de 65 años	13.60	14.50	6.62	26.09	Disminuir 15% la mortalidad por enfermedades del corazón en la población menor de 65 años: 11.5 muertes por cien mil habitantes de esa edad
Tasa observada de mortalidad por diabetes mellitus (DM) 3/	Velocidad de crecimiento 1995-2006 (promedio anual)	4.89	5.38	9.94	37.15	Reducir 20% la velocidad de crecimiento de la mortalidad por DM con respecto a la tendencia observada entre 1995-2006: 3.92 de velocidad de crecimiento anual promedio
	Tasa observada por 100,000 habitantes	65.18	70.27	7.81	-14.75	Tasa de mortalidad observada a partir de aplicar la reducción del 20% en la velocidad de crecimiento de la mortalidad por DM: Tasa de mortalidad observada por DM de 82.43 defunciones
Prevalencia de consumo, por primera vez, de drogas ilegales en población de 12 a 17 años de edad, según sexo 4/	Porcentaje	2.46 en hombres	ND	ND	ND	Disminuir en 10% la prevalencia de consumo, por primera vez, de drogas ilegales en la población de 12 a 17 años de edad: Prevalencia de 2.21 en hombres y 0.63 en mujeres
		0.70 en mujeres	ND	ND	ND	
Cobertura anual de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 50 a 69 años de edad 5/	Porcentaje de mujeres de 50 a 69 años que acudieron a realizarse el estudio de detección de mastografía en el último año	7.20	8.20	13.89	-62.04	Incrementar al triple la cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 50 a 69 años: 21.6% de cobertura
Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años o más de edad 2/	Tasa por 100,000 mujeres de 25 años o más	15.01	14.00	-6.78	27.27	Disminuir 27% la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino por cada 100,000 mujeres de 25 años o más: 11.0 defunciones en mujeres de 25 años o más
Número de muertes a causa de accidentes de tránsito de vehículos de motor en población de 15 a 29 años de edad 6/	Número de muertes	5,458	5,276	-3.33	13.73	Reducir 15% el número de muertes causadas por accidentes de tránsito de vehículos de motor en población de 15 a 29 años: 4,639 defunciones

1/ La variación corresponde a la diferencia entre el valor 2008 y la línea de base y entre la meta 2012 y el valor 2008. Fuente: DGIS-SS, con base en las proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

2/ Tasas observadas por 100 mil habitantes del grupo de edad correspondiente. Fuente: INEGI-SS, 2006, SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

3/ A fin de realizar el seguimiento de esta meta, la línea base incluye la velocidad de cambio que ha registrado la tasa de mortalidad observada por diabetes mellitus de 1995 a 2006; así como la tasa observada en 2006. Para fines de establecer la tasa a lograr como meta se optó por utilizar la tasa observada por 100 mil habitantes. Fuente: INEGI-SS, 1995-2006 y SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

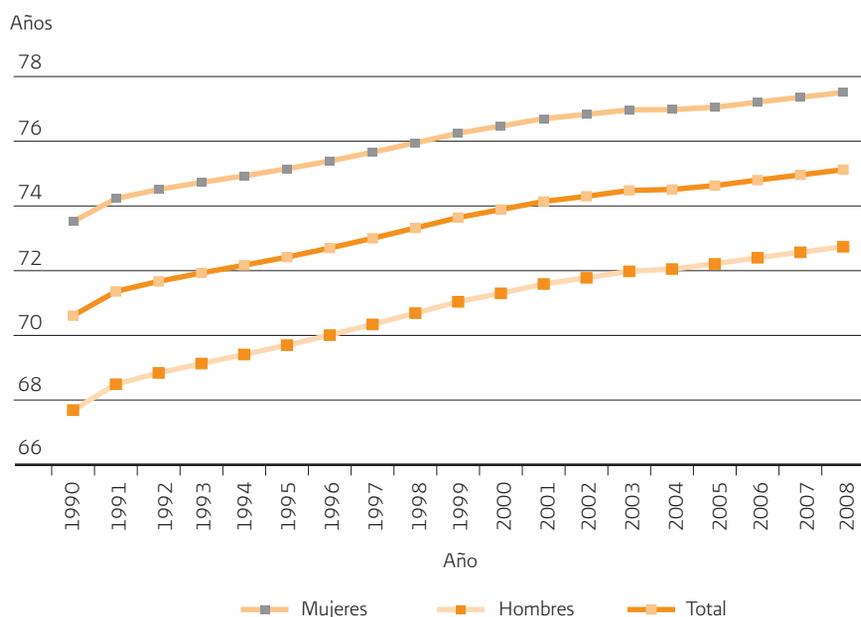
4/ No se dispone de información para valorar el cumplimiento de esta meta

5/ Se refiere a la cobertura de las instituciones públicas de salud. Fuente: SPPS-SS

6/ El dato para la línea base incluye 56 defunciones ocurridas en el extranjero y el de 2008 a 62 muertes. Fuente: INEGI-SS, 2006 y SEDD 2008, preliminar, DGIS-SS

Figura I.1

Esperanza de vida al nacer; México, 1990-2008



Fuente: Proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

determinados grupos de edad, que demanda servicios, y dado que la población alcanza edades más avanzadas, la prevalencia de enfermedades crónicas aumenta modificando la demanda y los costos de la atención médica.

En el país, la EVN de las mujeres es mayor a la registrada para los hombres. En 1990 la diferencia entre mujeres y hombres era de 5.83 años, mientras que en 2008 esta cifra fue de 4.76 años, para una reducción de la brecha entre ambas poblaciones de 1.07 años.

Entre 1990 y 2008 la EVN de las mujeres presentó un incremento de 3.98 años, pasando de 73.52 años en 1990 a 77.51 en 2008. Por lo que respecta a los hombres, la ganancia en años en el mismo periodo fue de 5.05 años (de 67.69 años a 72.74), cifra 1.3 veces mayor que la registrada en la población de mujeres.

La entidad federativa con la mayor EVN es Quintana Roo con 76.2 años, mientras que en el extremo opuesto se ubica Guerrero con 73.5 años, para una diferencia de 2.7 años entre ambos estados. Morelos y Puebla presentan las mayores diferencias en la EVN entre hombres y mujeres, la cual alcanza

los 5.1 años. Por otra parte, Sinaloa y Aguascalientes son las entidades donde esta diferencia es menor, con 4.3 años a favor de las mujeres. (Figura I.2)

Meta 1.2 Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en población menor de 65 años de edad

Uno de los principales retos que el sistema sanitario del país enfrenta es el aumento de los padecimientos crónico-degenerativos, como resultado de la transición epidemiológica y demográfica que experimenta México, pero también debido al incremento de los factores de riesgo asociados a estilos de vida poco saludables.

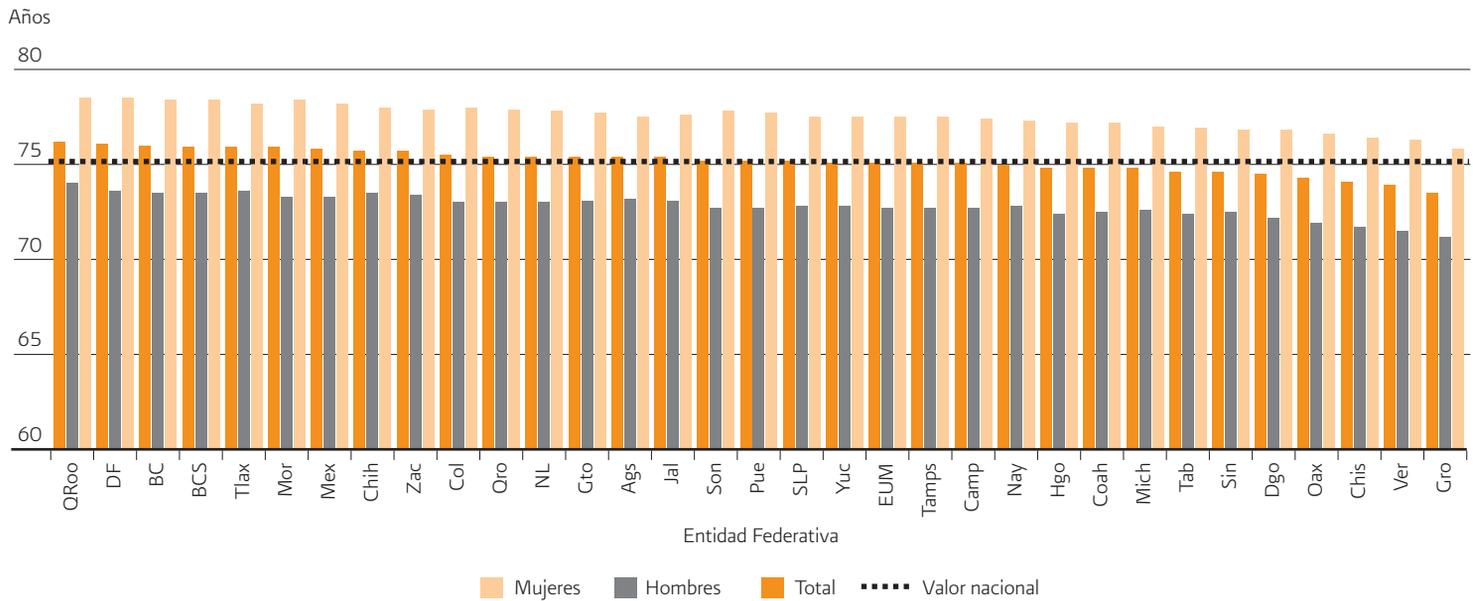
Dentro de estos padecimientos se encuentran las enfermedades del corazón, las que en 2005 se ubicaron como la segunda causa de muerte entre los hombres y mujeres del país, destacando entre ellas, las enfermedades isquémicas del corazón que concentraron más del 50 por ciento de dichas defunciones, afectando principalmente a la población de edad media y avanzada. Las enfermedades isquémicas del corazón están estrechamente asociadas a factores de riesgo tales como el consumo excesivo de grasa de origen animal, el sobrepeso, el tabaquismo, la hipertensión arterial, el sedentarismo, el estrés y la diabetes mellitus.

Los efectos de las enfermedades isquémicas se pueden medir a través del número de defunciones, pero también a partir de la discapacidad que generan, de hecho estas enfermedades se ubican dentro de las principales causas de años de vida saludable perdidos (AVISA) en mujeres y hombres. También es necesario destacar que su frecuencia no es un fenómeno exclusivo de las regiones industrializadas o catalogadas como urbanas, dado que junto con otros padecimientos crónico degenerativos, también forman parte de las principales causas de muerte entre la población rural del país.

Una de las metas propuestas en el PROSESA fue disminuir en 15 por ciento la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón entre la población menor de 65 años. En el cuadro I.1, se

Figura I.2

Esperanza de vida al nacimiento por entidad federativa y sexo; México, 2008



Fuente: Proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

registra una tasa de 13.6 defunciones por cien mil habitantes menores de 65 años como punto de partida (2006), cifra que de acuerdo con la meta fijada para 2012 deberá disminuir a 11.5 muertes por cien mil habitantes de ese grupo de edad.

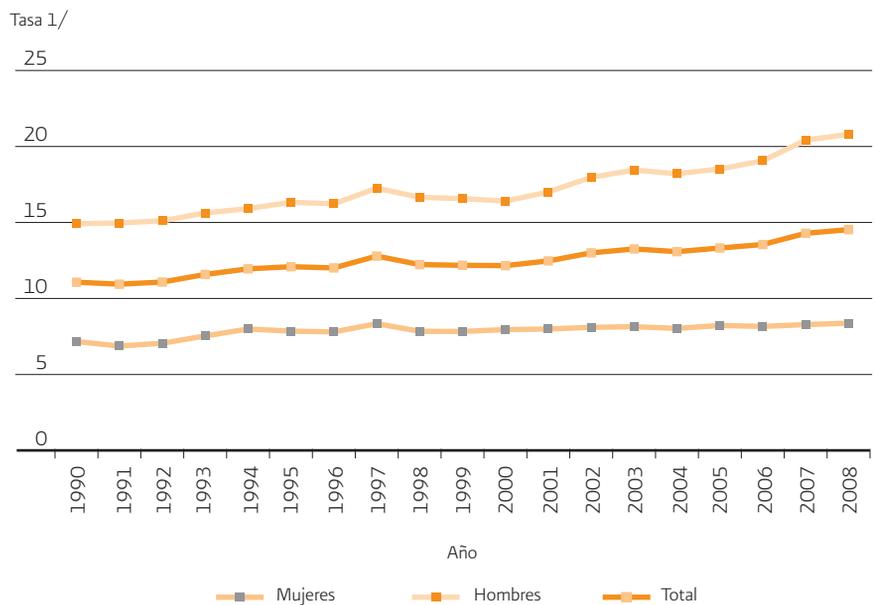
A pesar de los esfuerzos del sector salud para enfrentar los daños provocados por este padecimiento, en 2008 la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón ascendió a 14.5 defunciones por cien mil habitantes menores de 65 años, lo que representa, en contra de lo planeado, un incremento del 6.6 por ciento respecto de la cifra inicial (2006), ampliándose la brecha, respecto de la meta para 2012 en un 26.1 por ciento. (Cuadro I.1)

En los últimos 18 años las muertes por enfermedades isquémicas del corazón en la población menor de 65 años aumentaron 31.3 por ciento, pasando de 11.1 defunciones por cien mil habitantes de ese grupo de edad en 1990 a 14.5 defunciones en 2008. (Figura I.3)

En la población masculina menor de 65 años, la mortalidad por esta causa mostró un incremento de 39.5 por ciento entre 1990 y 2008. En el mismo periodo, en la población femenina el aumento fue de 17 por ciento.

Figura I.3

Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en población menor de 65 años; México, 1990-2008



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes con menos de 65 años
Fuente: INEGI-SS, 1990 a 2007 y SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Incidir en el comportamiento de esta enfermedad es un reto para el sistema de salud, sobre todo porque las condiciones actuales relacionadas con la presencia de estilos de vida poco saludables no permiten vislumbrar cambios positivos en el corto plazo. Por ello, es necesario dar un mayor impulso a las acciones de prevención que permitan modificar los factores de riesgo imperantes, pero con énfasis en la conformación de una nueva cultura de salud, en la que la población participe activamente a fin de mejorar sus hábitos nutricionales y la reducción del consumo de tabaco y alcohol, entre otras acciones.

Destaca por su importancia las acciones que se tiene contemplado desarrollar durante los siguientes meses, como parte de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, como por ejemplo: la incorporación de las nuevas "Cartillas Nacionales de Salud" unificadas para todo el sector, las cuales permitirán el registro de las acciones de detección para enfermedades como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemias. Se espera, además, que este instrumento favorezca la adherencia de la población a las estrategias de prevención y control del riesgo cardiovascular y diabetes mellitus.

En paralelo a las acciones de prevención y promoción de la salud, los servicios clínicos, en particular los de primer nivel de atención, deben asumir la responsabilidad de desplegar los estándares de calidad que aseguren un control adecuado de los pacientes con riesgo cardiovascular. Al respecto, un estudio realizado en 2008 por la Subsecretaría de Innovación y Calidad (SIC) en 640 centros de salud del país, de los cuales se obtuvo una muestra aleatoria de 5,827 expedientes de pacientes con hipertensión arterial, demostró que en el último año menos del 10 por ciento de estos expedientes contaban con datos de laboratorio de colesterol, triglicéridos, urea, creatinina y HDL/LDL, necesarios para el seguimiento y adecuación de las estrategias terapéuticas. En promedio estos pacientes tuvieron seis consultas de seguimiento en el último año, y 12.6 por ciento de ellos fueron referidos al segundo nivel o a consultas de especialidad por presentar

cifras de tensión arterial superiores a 180/110 mm de Hg. Por otra parte, de acuerdo con el registro de las cifras de tensión arterial se pudo identificar que el 55 por ciento de los pacientes tenían un control adecuado de su enfermedad. En este ámbito se necesita un mayor compromiso y co-responsabilidad de los servicios estatales de salud (SESA) si esperamos cumplir ésta y las demás metas establecidas en el Programa Sectorial.

En 2008, la tasa más alta de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en la población objetivo se registró en Sonora: 23.78 muertes por cien mil habitantes menores de 65 años. De acuerdo con esta cifra, la población de Sonora presenta un riesgo de morir por esta causa 3.3 veces más alto que la población de Quintana Roo. Situación parecida se observa entre Chihuahua y Chiapas donde el riesgo en el primer estado es 2.8 veces más alto que en Chiapas.

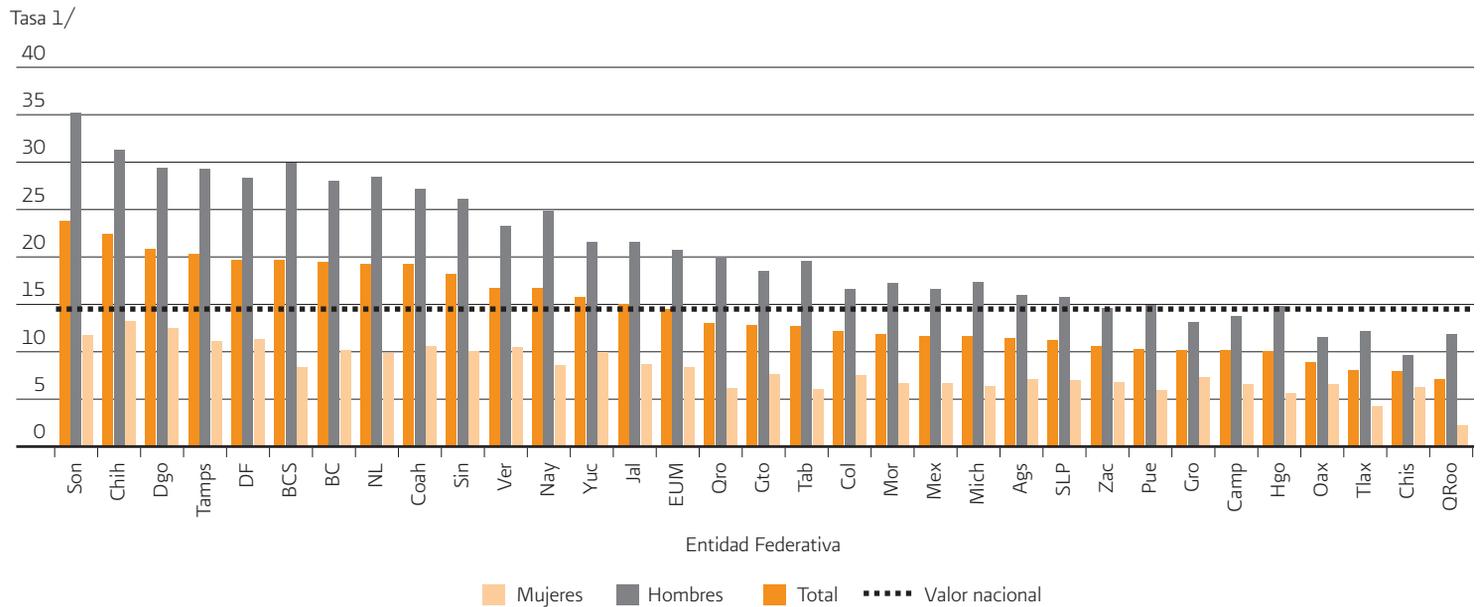
En el país, la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón es 2.4 veces más alta en la población masculina. En Sonora esta tasa de mortalidad en hombres fue de 35.25 por cien mil habitantes, superando 3.6 veces la tasa de la población masculina de Chiapas. En el caso de la población femenina también se identifican diferencias entre las entidades federativas, por ejemplo: en Chihuahua la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas entre las mujeres es 5.8 veces mayor a la tasa que registró Quintana Roo en este mismo grupo de población. (Figura 1.4)

Debido a que existen estados cuya tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas es menor a la meta nacional fijada para 2012, no significa que deban asumir una conducta pasiva creyendo que estas enfermedades no representan una amenaza futura para sus poblaciones, más bien deben tomarlo como una oportunidad para contener a tiempo la tendencia observada en este rubro a nivel nacional y en muchos otros estados.

Dado que la magnitud del problema de la mortalidad por esta causa afecta de manera distinta a los estados, se han realizado cálculos para señalar la contribución que cada entidad federativa tendría

Figura 1.4

Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en población menor de 65 años por entidad federativa y sexo; México, 2008



que realizar, en materia de reducción de la mortalidad, para alcanzar la meta fijada al finalizar el año del 2012. (Ver notas metodológicas en sección de anexos)

Con base en estos resultados, el Distrito Federal registró en 2007 el 11 por ciento de las muertes por enfermedades isquémicas del corazón, por lo que tendría que evitar 266 defunciones para contribuir al logro de la meta en 2012. Le siguen el Estado de México con el 10.2 por ciento de las muertes; Veracruz con 7 por ciento, y Jalisco y Nuevo León con 6.3 por ciento, respectivamente. En estos estados se tendrían que evitar 247, 169 y 151 defunciones, respectivamente (Cuadro 1.2). Estos resultados representan sólo una aproximación a los esfuerzos que debieran desplegarse en los estados, asumiendo que las tasas de mortalidad respectivas no aumentarían a la velocidad que muestran actualmente.

Lograr la reducción de la mortalidad es un reto que involucra a todas las instituciones del sector salud, pero de manera más importante a las instituciones financiadas con recursos públicos. Por ello, en este informe se incorporan estimaciones de la

mortalidad registrada según la pertenencia de las personas a un esquema de seguridad social.

Los resultados para el nivel nacional establecen que la población sin seguridad social (población usuaria de la Secretaría de Salud y del IMSS-Oportunidades) registró la tasa más elevada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en menores de 65 años, con 24.6 defunciones por cien mil personas. La mortalidad por esta causa en las instituciones de seguridad social es relativamente similar, mientras que en la población afiliada al Seguro Popular de Salud (SPS) registró la tasa más baja, con 6.65 muertes por cien mil usuarios de este seguro. El riesgo de morir por esta causa entre la población sin seguridad social es 3.7 veces más alto que el riesgo que tiene la población afiliada al SPS. (Figura 1.5)

Meta 1.3 Tasa de mortalidad por diabetes mellitus

En 2006 la diabetes mellitus (DM) afectaba a 246 millones de personas en el mundo y se prevé

Cuadro I.2

Contribución de las entidades federativas a la mortalidad nacional por enfermedades isquémicas del corazón en población menor de 65 años en 2007 y número de defunciones esperadas en 2012; México, 2007

Meta: Disminuir 15% la mortalidad por enfermedades del corazón en la población menor de 65 años

Entidad	Tasa observada 2007	Distribución porcentual de la contribución 2007	Defunciones observadas 2007	Defunciones esperadas en 2012*	Diferencia muertes 2012-2007
EUM	14.3	100.0	14,289	11,883	-2,406
Distrito Federal	19.2	11.0	1,577	1,311	-266
México	10.6	10.2	1,464	1,217	-247
Veracruz	14.8	7.0	1,003	834	-169
Jalisco	13.8	6.3	896	745	-151
Nuevo León	21.8	6.3	895	744	-151
Chihuahua	24.8	5.5	781	649	-132
Guanajuato	11.7	3.9	553	460	-93
Sonora	23.7	3.9	552	459	-93
Tamaulipas	18.2	3.8	536	446	-90
Baja California	18.3	3.7	526	437	-89
Coahuila	21.2	3.6	518	431	-87
Puebla	9.4	3.4	492	409	-83
Michoacán	12.6	3.3	472	393	-79
Sinaloa	18.7	3.3	466	388	-78
Chiapas	9.6	2.8	407	338	-69
Oaxaca	10.0	2.3	333	277	-56
Hidalgo	13.9	2.2	315	262	-53
Guerrero	10.2	2.1	303	252	-51
Yucatán	14.9	1.8	262	218	-44
Durango	16.5	1.7	239	199	-40
San Luis Potosí	10.1	1.6	234	195	-39
Tabasco	12.1	1.6	234	195	-39
Querétaro	13.6	1.5	216	180	-36
Morelos	12.7	1.4	196	163	-33
Nayarit	16.1	1.0	145	121	-24
Zacatecas	9.8	0.9	126	105	-21
Aguascalientes	11.4	0.8	120	100	-20
Baja California Sur	22.1	0.8	114	95	-19
Colima	16.8	0.7	93	77	-16
Quintana Roo	7.6	0.6	90	75	-15
Campeche	10.9	0.6	81	67	-14
Tlaxcala	4.8	0.3	50	42	-8

* Número de defunciones esperadas para dar cumplimiento en 2012 a la meta señalada

Fuente: Estimaciones propias DGED, con base en las defunciones 2007, INEGI-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

que para el año 2050 esta cifra aumentará a 380 millones de habitantes. También se estima que anualmente siete millones de personas desarrollan la enfermedad. Entre los 10 países con las tasas más altas de prevalencia por diabetes mellitus siete son desarrollados; sin embargo, se espera que para el año 2050, el 80% de los casos de diabetes se registrarán en países de ingresos medios y bajos.

En 2008, el número de defunciones por diabetes mellitus en el país fue de 74,969, lo que representa el 14.6 por ciento del total de muertes registradas en el país, ubicando a este padecimiento como la principal causa de muerte. Del total de defunciones, 39,606 ocurrieron en mujeres, quienes concentran el 52.8 por ciento de las muertes por esta causa.

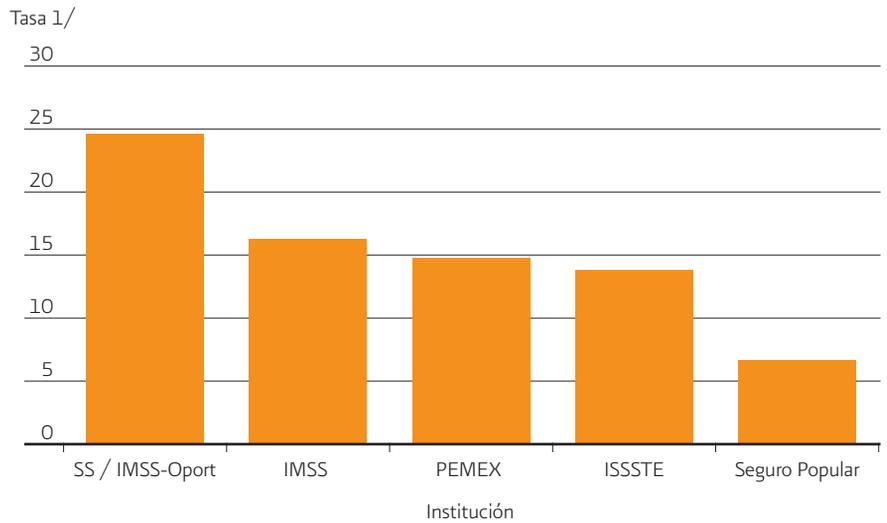
A principios de 2007 se estableció la meta para 2012 de reducir 20 por ciento la velocidad de crecimiento de esta tasa de mortalidad, respecto de la tendencia registrada de 1995 a 2006. De acuerdo con las estimaciones realizadas, en ese periodo la velocidad de crecimiento fue de 4.89 puntos porcentuales, valor al que se le aplicó la reducción del 20 por ciento establecido como meta, por lo que la velocidad de crecimiento no podría rebasar el 3.92 por ciento anual, lo cual mostraría una tasa de mortalidad de 82.43 por cien mil habitantes al final del periodo. (Figura I.6)

En 2006 se registró una tasa de mortalidad cruda por diabetes mellitus de 65.18 por cien mil habitantes, cifra inicial empleada para establecer la meta de mortalidad para 2012. Cabe señalar que para monitorear esta meta se optó por utilizar la tasa de mortalidad observada, en lugar de la tasa estandarizada como se establece en el PROSESA, debido a la mayor familiaridad de los lectores con las tasas crudas y porque los cálculos con ambos tipos de tasas no modifican los resultados sustantivos.

Entre 2007 y 2008 la velocidad de crecimiento de la mortalidad observada por diabetes mellitus fue de 5.38 por ciento, lo que representa un incremento porcentual del 9.9 respecto de la velocidad de crecimiento establecida como línea base (4.89); además, el valor de 5.38 muestra que se está por arriba de la meta 2012 en un 37.2 por ciento. (Cuadro I.1)

Figura I.5

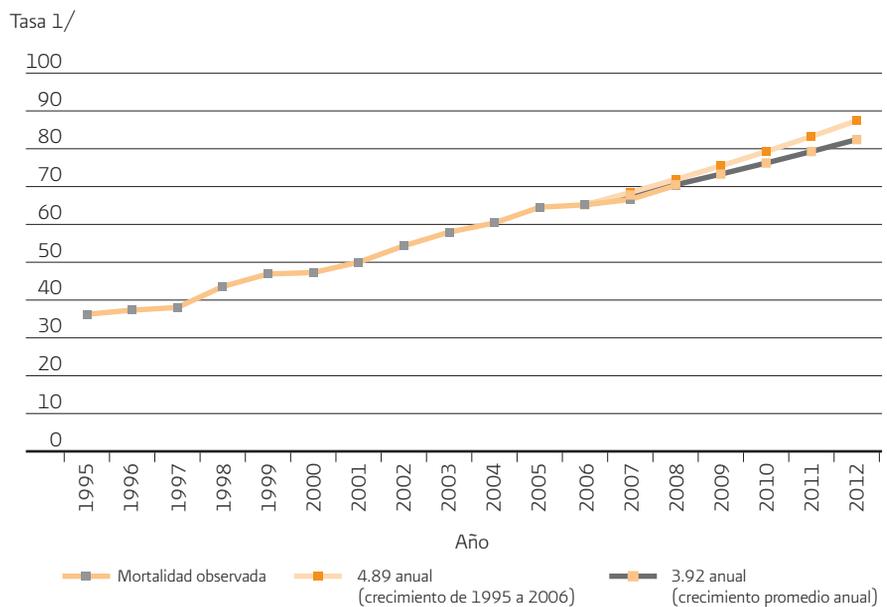
Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en población menor de 65 años por institución; México, 2008



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes con menos de 65 años
 Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y estimaciones de población usuaria por institución, DGIS-DGED, con base en proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Figura I.6

Mortalidad observada por diabetes mellitus tipo y comportamientos esperados de acuerdo a la velocidad de crecimiento que se utilice; México, 1995-2012



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes
 Fuente: Elaboración propia DGED, a partir de bases de la mortalidad INEGI-SS, 1995 a 2007; SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

En los últimos 18 años la mortalidad por DM muestra una tendencia ascendente, como resultado del proceso de transición epidemiológica y demográfica que experimenta el país. En ese periodo, la tasa de mortalidad por DM aumentó 129.3 por ciento: el incremento en la población masculina fue de 152.7 y en la femenina 111.6 por ciento, respectivamente. (Figura 1.7)

El comportamiento de la mortalidad por DM en las entidades federativas refleja diferencias importantes. En el Distrito Federal –entidad con la tasa de mortalidad más elevada dentro del contexto nacional, con 101.99 muertes por cien mil habitantes–, se registran 2.9 veces más muertes en comparación con Quintana Roo que presenta la tasa más baja del país. Otros estados con tasas elevadas de mortalidad por esta causa son Morelos, Guanajuato, Puebla y Tlaxcala. En el extremo opuesto, se encuentran Quintana Roo, Chiapas y Baja California Sur. (Figura 1.8)

Aun cuando la mortalidad por DM afecta principalmente a las mujeres, en Guanajuato, Jalisco, Hidalgo y Baja California Sur, la mortalidad en hom-

bres fue mayor. Baja California Sur registró la mayor diferencia entre ambas poblaciones (mortalidad en hombres 1.1 veces más alta que en mujeres). Por el contrario, en Yucatán la tasa de mortalidad en mujeres fue 1.5 veces más alta que la tasa entre los hombres.

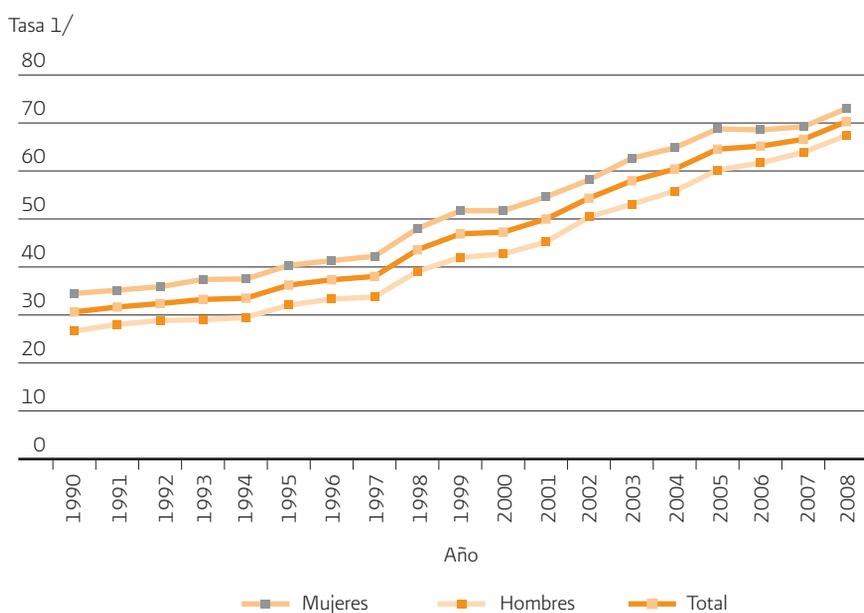
Reducir la velocidad de crecimiento de la mortalidad por DM, y por consecuencia el riesgo que tiene la población de fallecer por esta causa es un reto de enormes dimensiones, sobre todo porque en nuestro país se ha incrementado la prevalencia de los factores de riesgo para desarrollar ésta y otras enfermedades.

En un ejercicio similar al realizado para la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, se calculó la contribución que los estados debieran hacer para disminuir la velocidad de crecimiento de la mortalidad por DM. En primer lugar, en el Estado de México se concentra el mayor porcentaje de las defunciones con 13.8, seguido por el Distrito Federal con el 12.1 por ciento. Tomando en consideración la distribución porcentual de la mortalidad por DM por estado, así como la meta de 82.43 muertes por cien mil habitantes para 2012, en el estado de México se esperaría que durante los próximos cuatro años el número de muertes por esta causa no supere las 12,543 defunciones, mientras que en el Distrito Federal se deben realizar esfuerzos para lograr que en esa fecha el incremento del número de muertes no supere las 2,456. (Cuadro 1.3)

Una manera efectiva de contribuir a disminuir la mortalidad por DM y que está en manos de los servicios de salud personales, es desplegar acciones clínicas tendientes a mejorar el control metabólico de los enfermos y a fortalecer las acciones de prevención secundaria. En el estudio realizado por la SIC en 2008, que incluyó 640 centros de salud y en el cual se entrevistaron a 2,328 pacientes diabéticos que asistieron a consulta (12.4% de la muestra de usuarios), así como la revisión de 5,444 expedientes de pacientes con DM tipo 2, destaca lo siguiente: entre los pacientes entrevistados 34.4 por ciento presentaba complicaciones visuales; 17.3 por ciento trastornos renales; 7.1 por

Figura 1.7

Mortalidad por diabetes mellitus tipo 2; México, 1990-2008

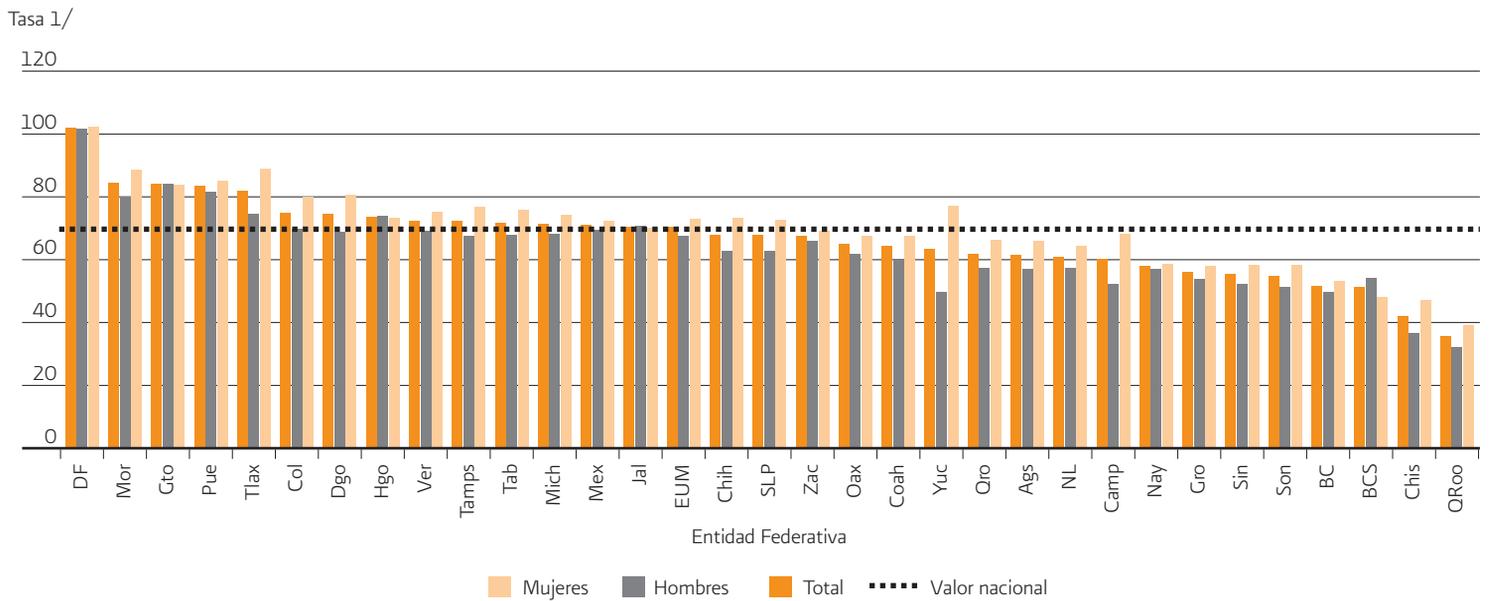


1/ Tasa observada por 100 mil habitantes

Fuente: INEGI-SS, 1990 a 2007 y SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Figura I.8

Mortalidad por diabetes mellitus tipo 2 por entidad federativa y sexo; México, 2008



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes
Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

ciento con presencia de úlceras en piernas o pies, y 3.5 por ciento tenía amputado algún miembro. La revisión de expedientes clínicos identificó lo siguiente: sólo 7.5 por ciento de los expedientes tenían un resultado de hemoglobina glicosilada en el último año, de éstos, el 33 por ciento presentaba cifras inferiores a 6.5 mg/Dl (control adecuado); en la revisión del registro de la última consulta, 80 por ciento de los expedientes mostraban un control inadecuado tomando como criterio las cifras de glucemia en ayunas, y tal como se vio en la revisión de expedientes de pacientes con hipertensión arterial, la constancia de que los pacientes diabéticos están siendo monitoreados con exámenes de laboratorio, tales como colesterol, triglicéridos, urea, creatinina y HDL/LDL es muy baja (12%). Estos resultados nos indican que en la atención ambulatoria es muy poco lo que se está haciendo por controlar convenientemente el curso de esta enfermedad crónica.

Además del compromiso que deben desplegar los servicios estatales de salud para dar cumplimien-

to a esta meta, también se necesita la participación de las instituciones del sector para sumar de manera coordinada los esfuerzos que se requieren. La figura que se muestra a continuación señala la magnitud de la mortalidad por DM de acuerdo con la condición de seguridad social de la población. Los siguientes resultados se basan en denominadores, a la fecha, incompletos dado que corresponden a la población usuaria de las instituciones.

En este rubro, los servicios médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX) registraron la tasa de mortalidad por DM más elevada: 96.3 defunciones por cien mil usuarios de esta institución; le siguen en orden de importancia el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con una tasa de 90.9; la Secretaría de Salud y el IMSS-Oportunidades, con una tasa de 90.2; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con 88.4 defunciones, y finalmente el Seguro Popular de Salud que registró el valor más bajo con una tasa de 40.3 por cien mil usuarios afiliados. (Figura I.9)

Cuadro I.3

Contribución de las entidades federativas a la mortalidad nacional por diabetes mellitus en 2007 y número de defunciones esperadas en 2012; México, 2007

Meta: Reducir 20% la velocidad de crecimiento de la mortalidad por DM con respecto a la tendencia observada entre 1995-2006

Entidad	Tasa observada 2007	Distribución porcentual de la contribución 2007	Defunciones observadas 2007	Defunciones esperadas en 2012*	Diferencia muertes 2012-2007
EUM	66.6	100.0	70,451	90,697	20,246
México	67.5	13.8	9,743	12,543	2,800
Distrito Federal	96.8	12.1	8,547	11,003	2,456
Veracruz	73.2	7.5	5,300	6,823	1,523
Jalisco	64.1	6.3	4,427	5,699	1,272
Puebla	71.5	5.6	3,960	5,098	1,138
Guanajuato	76.0	5.4	3,794	4,884	1,090
Michoacán	74.0	4.2	2,952	3,800	848
Nuevo León	61.0	3.8	2,646	3,406	760
Chihuahua	67.7	3.2	2,252	2,899	647
Tamaulipas	68.7	3.0	2,141	2,756	615
Coahuila	80.7	2.9	2,076	2,673	597
Oaxaca	55.8	2.8	1,983	2,553	570
Chiapas	40.5	2.5	1,785	2,298	513
Guerrero	50.6	2.3	1,594	2,052	458
Baja California	53.2	2.3	1,593	2,051	458
San Luis Potosí	59.7	2.1	1,470	1,892	422
Hidalgo	61.1	2.1	1,465	1,886	421
Sonora	59.0	2.1	1,454	1,872	418
Sinaloa	49.1	1.8	1,299	1,672	373
Tabasco	62.3	1.8	1,265	1,629	364
Morelos	70.6	1.7	1,164	1,499	335
Durango	74.2	1.6	1,142	1,470	328
Yucatán	57.3	1.5	1,074	1,383	309
Querétaro	55.4	1.3	919	1,183	264
Zacatecas	65.7	1.3	909	1,170	261
Tlaxcala	71.6	1.1	791	1,018	227
Aguascalientes	61.1	1.0	676	870	194
Nayarit	60.5	0.8	583	751	168
Campeche	54.4	0.6	423	545	122
Quintana Roo	33.5	0.6	409	527	118
Colima	63.5	0.5	372	479	107
Baja California Sur	45.2	0.3	243	313	70

* Número de defunciones esperadas para dar cumplimiento en 2012 a la meta señalada

Fuente: Estimaciones propias DGED, con base en las defunciones 2007, INEGI-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Meta 1.4 Prevalencia de consumo, por primera vez, de drogas ilegales en población de 12 a 17 años de edad, según sexo

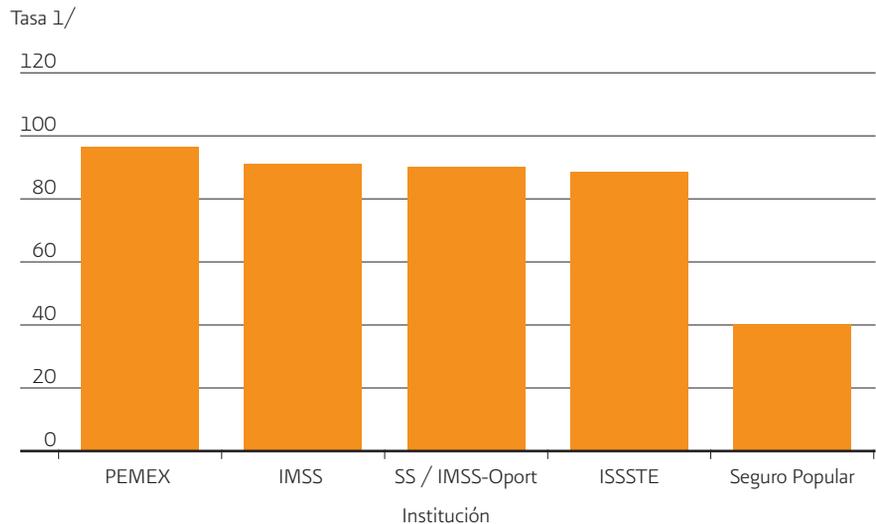
En el país, el consumo de drogas ilegales cada vez comienza a edades más tempranas y en el momento actual representa una verdadera amenaza para las y los adolescentes. Por esta razón, el sector salud desarrolla acciones de prevención y promoción entre la población, tanto para retrasar el inicio en el consumo de sustancias adictivas, como para promover su abandono una vez establecido. De igual forma, mediante mecanismos legales se ha podido disminuir la disponibilidad de tabaco, alcohol o drogas entre los menores de edad y jóvenes. Estas acciones de prevención se han visto fortalecidas con la puesta en operación de la red de infraestructura para el tratamiento de las adicciones conocida como las Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES) Centros “Nueva Vida” en todo el país.

Para el seguimiento de los progresos obtenidos en materia de prevención, atención y control de las adicciones, se estableció en el PROSESA 2007-2012 la meta de disminuir en 10 por ciento la prevalencia de consumo, por primera vez, de drogas ilegales en la población de 12 a 17 años de edad. Sin embargo, en el sistema de información regular no se dispone de datos que permitan vigilar su cumplimiento. Hasta tanto no se disponga de esos datos, la unidad responsable de esta meta ha comprometido un indicador de proceso denominado porcentaje de adolescentes de 12 a 17 años de edad que han participado en acciones de prevención.

En 2008 el porcentaje de adolescentes de este grupo de edad que han participado en acciones de prevención contra las adicciones ascendió a 11.64, lo que representa un aumento de 6.18 puntos porcentuales respecto de la meta fijada para ese año (5.46 por ciento). Por otra parte, la meta para 2012 prevé la participación de 5,092,547 adolescentes en este tipo de acciones. A finales de 2008 habían participado 1,497,096 adolescentes, lo que significa un avance del 29.4 por ciento de dicha meta. (Cuadro I.4).

Figura I.9

Mortalidad por diabetes mellitus tipo 2 por institución; México, 2008



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes

Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y estimaciones de población usuaria por institución, DGIS-DGED, con base en proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

En 2008, en el Estado de México fue donde se incorporó el mayor número de adolescentes a las actividades de prevención de las adicciones, con 50,531 personas, lo que significó un tres por ciento del total de población de 12 a 17 años en la entidad; le siguen, Guerrero con 6,285 personas y el Distrito Federal con 3,409. En el extremo opuesto, entidades como Aguascalientes; Baja California Sur; Coahuila; Guanajuato y Michoacán no registraron la participación de esta población en las actividades de prevención de las adicciones.

Si bien el porcentaje total de adolescentes que participaron en acciones de prevención de las adicciones ha superado la meta establecida para 2008, es necesario tomar en cuenta que esta participación presenta grandes diferencias entre las entidades federativas del país, lo que obliga a fortalecer las políticas públicas dirigidas a reducir la demanda y controlar la oferta de drogas –particularmente en lo relacionado al narcomenudeo–, sobre todo porque el consumo de drogas ilegales ha pasado de un patrón de consumo experimental a un patrón de dependencia. Del mismo modo, se debe seguir fortaleciendo los esquemas de tratamiento especializado y de reha-

Cuadro I.4

Porcentaje de adolescentes de 12 a 17 años que participaron en acciones de prevención de las adicciones; México, 2008 1/

Entidad	Total Población 12 a 17 años	Número de Adolescentes que participaron	Porcentaje de adolescentes que participan en acciones de prevención
EUM	12,862,534	1,497,096	11.639
México	1,690,581	50,531	2.989
Sonora	286,760	4,144	1.445
Guerrero	442,099	6,285	1.422
Querétaro	212,448	1,894	0.891
Durango	197,760	1,705	0.862
San Luis Potosí	321,639	2,773	0.862
Jalisco	832,238	5,479	0.658
Tamaulipas	352,071	1,579	0.449
Distrito Federal	848,111	3,409	0.402
Yucatán	226,919	529	0.233
Campeche	98,649	218	0.221
Colima	68,544	112	0.163
Puebla	719,064	921	0.128
Tabasco	257,125	314	0.122
Veracruz	895,549	991	0.111
Hidalgo	302,950	317	0.105
Sinaloa	319,903	335	0.105
Quintana roo	155,213	145	0.093
Tlaxcala	139,426	122	0.087
Oaxaca	487,650	369	0.076
Morelos	197,290	138	0.070
Nayarit	118,492	62	0.052
Zacatecas	177,152	72	0.041
Chiapas	631,259	110	0.017
Nuevo León	472,127	82	0.017
Chihuahua	387,900	45	0.012
Baja California	346,337	16	0.005
Aguascalientes	142,869	0	0.000
Baja California Sur	60,649	0	0.000
Coahuila	304,708	0	0.000
Guanajuato	651,198	0	0.000
Michoacán	517,854	0	0.000

1/ Información acumulada a diciembre de 2008

Fuente: Indicadores prioritarios, CONADIC-SPPS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

bilitación, promoviendo de manera más efectiva, la participación de los diversos sectores, instituciones y organismos públicos y privados, así como de la sociedad civil.

Meta 1.5 Cobertura, en el último año, de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 50 a 69 años de edad

Desde hace varios años el cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer mexicana. En 2008 se registró una tasa de mortalidad de 16.84 por cien mil mujeres de 25 años y más, cifra que representa un incremento de 3.2 por ciento respecto de la tasa observada en 2007. En 2008, la mortalidad por este padecimiento entre las mujeres de 50 a 69 años ascendió a 32.6 defunciones por cien mil personas de este sexo y grupo de edad, lo que representa un incremento de 5.5 por ciento respecto de la mortalidad de 2007 que fue de 30.9 muertes.

La detección oportuna es la forma más efectiva para reducir los daños a la salud que provoca este padecimiento, empleando como herramienta el tamizaje por mastografía. En este sentido, en el *PROSESA 2007-2012* se estableció la meta de incrementar al triple la cobertura de detección de cáncer de mama a través de la mastografía en mujeres de 50 a 69 años de edad, lo que equivale a que en 2012 un 21.6 por ciento de las mujeres de este grupo de edad se hayan realizado dicha detección.

En 2008 un 8.2 por ciento de las mujeres de 50 a 69 años de edad se realizaron la mastografía en las instituciones públicas del sector salud, lo que representa un incremento del 13.9 por ciento respecto de la cobertura establecida como línea base (7.2%). Sin embargo, la cobertura registrada en 2008 está por debajo de la meta de 2012 en un 62 por ciento, situación que debe ser valorada, sobre todo al considerar que en el país el número de mastógrafos en las instituciones públicas de salud asciende a 504, lo que equivale a 17 equipos por millón de mujeres de 25 años y más, cantidad insuficiente para satisfacer la

demanda del servicio y para lograr dar cumplimiento a la meta fijada. (Cuadro I.1)

Durante 2008, el IMSS fue la institución que registró la mayor cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en la población objetivo, con un 12.4 por ciento; mientras que la Secretaría de Marina (SEMAR) registró la menor cobertura en ese año al cubrir sólo al 3.7 por ciento; ello implica que en el IMSS la cobertura de detección es 3.3 veces más alta que la de la SEMAR. Los servicios estatales y las instituciones federales de la Secretaría de Salud, por su parte, realizaron la detección a un 4.6 por ciento de las mujeres de este grupo de edad, cifra 2.7 veces menor a la cobertura obtenida por el IMSS. (Figura I.10)

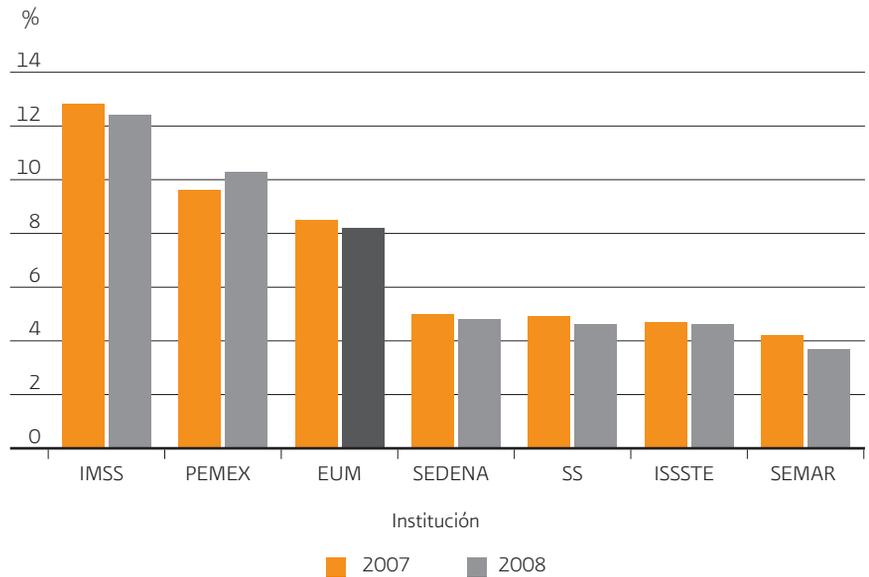
Como se observa en la figura, solamente los servicios médicos de PEMEX incrementaron el porcentaje de cobertura por mastografía en 2008 respecto del obtenido el año previo (7.4% de incremento), las instituciones restantes registraron decrementos, siendo el mayor de ellos el reportado por la SEMAR que equivale a una reducción del 10.9 por ciento; le sigue la SS con un descenso del 4.7 por ciento y la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) con 4.4 por ciento.

Varias son las razones que influyeron en este comportamiento, entre las que destacan, la insuficiencia de radiólogos, oncólogos, enfermeras y técnicos radiólogos en el país, además del número reducido de mastógrafos, lo que impide la prestación oportuna de este servicio. En muchas ocasiones, la demora en el acceso de la población a este procedimiento da lugar a diagnósticos de cáncer en estadios avanzados, comprometiendo seriamente la efectividad del tratamiento y el pronóstico de vida de las mujeres.

Para enfrentar estas limitaciones y lograr disminuir el ritmo del crecimiento de la mortalidad por cáncer de mama, las instituciones públicas de salud deberán implantar estrategias y acciones novedosas en materia de educación para la salud que permitan mejorar los procesos de prevención, los modelos de atención a nivel sectorial y la participación responsable de la población femenina en el cuidado

Figura I.10

Cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 50 a 69 años de edad por institución; México, 2007-2008



Fuentes: Mastografías 2007. Informes paralelos de los estados y reportes de las Instituciones públicas de salud Mastografías 2008. SICAM. 7 de mayo 2009 y reportes de las instituciones públicas de salud En mayo de 2009, se realizó un ajuste a la población de mujeres no aseguradas por la DGIS La estimación de población de 50 a 69 años por el INEGI para 2007, es menor a la suma de todas las instituciones por lo que fue ajustada

de su salud; así como gestionar mayores recursos para fortalecer la infraestructura y para contar con los recursos humanos suficientes y adecuadamente capacitados.

Meta 1.6 Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres mayores de 25 años de edad

El cáncer cérvico-uterino (CACU) es una neoplasia provocada por ciertos tipos del virus del papiloma humano (VPH) que no son detectados y atendidos oportunamente, a pesar de existir los medios y técnicas para hacerlo. Este cáncer, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la principal causa de muerte entre las mujeres adultas de países en desarrollo y el segundo cáncer más común entre las mujeres a nivel mundial.

En México durante 2007, el cáncer cérvico-uterino ocupó la posición 11 dentro de las principales

20 causas de mortalidad de la población total femenina, con 4,046 defunciones, y en 2008 representa la segunda causa de muerte entre la población de 25 años y más. Si bien esta mortalidad registra un descenso en los últimos años, también es necesario destacar que su ocurrencia sigue afectando más a las mujeres que viven en condiciones de desventaja social y económica, por lo que su reducción es una prioridad para el sistema de salud del país.

En el Programa Sectorial de Salud se estableció la meta para el año 2012 de disminuir 27 por ciento la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años o más lo que significa que, utilizando como punto de partida la tasa registrada en 2006, para el año 2012 no debieran ocurrir más de 11.0 defunciones por cien mil mujeres en este grupo de edad. Al respecto, en 2008 la mortalidad por CACU fue de 14 defunciones por cien mil mujeres de la población objetivo, cifra menor en 6.8 por ciento respecto de la tasa de 2006, y en comparación con la meta 2012 el valor está por arriba en un 27.3 por ciento. (Cuadro I.1)

Como se señaló, en el país la mortalidad por cáncer cérvico-uterino registra un descenso sostenido desde hace ya varios años. La mortalidad por esta causa pasó de 24.8 muertes por cien mil mujeres de 25 años y más en 1990 a 14 defunciones en 2008, lo que representa una reducción del 43.6 por ciento. (Figura I.11)

Una de las características de la mortalidad por CACU es que está afectando más a las mujeres de los estados menos desarrollados del país. En 2008 las tasas más altas de mortalidad por esta causa se registraron en Nayarit, Chiapas y Oaxaca, entidades que, respecto a su Índice de Desarrollo Humano (IDH), ocuparon las posiciones número 22, 32 y 31 en el ámbito nacional, respectivamente. En Nayarit, la tasa de mortalidad en 2008 (23.69 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años o más) fue 3.4 veces más alta que la registrada en Aguascalientes (6.91), y 2.7 veces más alta que la de Coahuila, que es el estado con la segunda tasa más baja del país. (Figura I.12)

Si consideramos el número absoluto de defunciones por cáncer cérvico-uterino en 2007 (cifras consolidadas), necesitamos evitar en el país 578 muertes por esta causa para alcanzar la meta fijada para 2012, esto significa que no debemos rebasar las 3,440 defunciones, asumiendo que la población objetivo se mantiene relativamente estable y continúa acelerándose el descenso actual de la mortalidad.

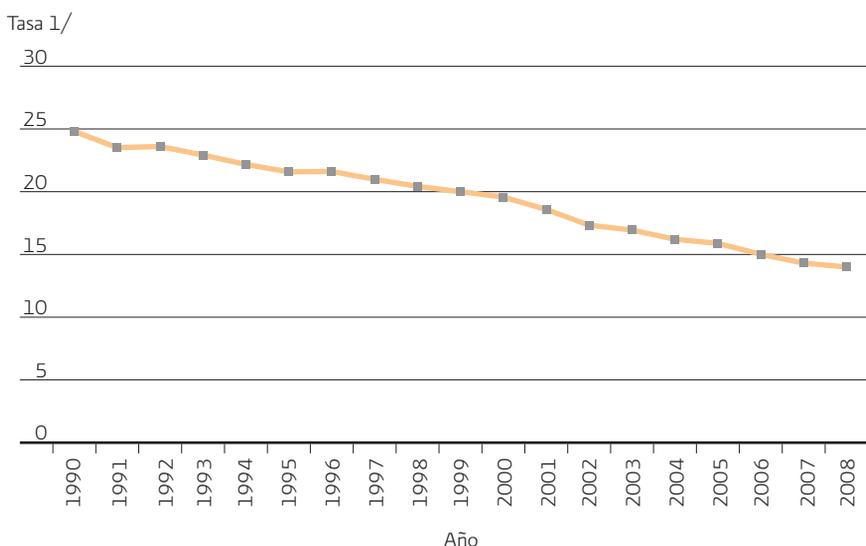
De acuerdo con la distribución porcentual de las defunciones por entidad federativa, el Estado de México y Veracruz, estados que concentran 21.9 por ciento de las defunciones de 2007, tendrían que hacer un esfuerzo adicional por evitar 65 y 62 muertes, respectivamente. (Cuadro I.5)

El comentario que se hizo de estos cálculos para la mortalidad por diabetes mellitus, también es válido para CACU. Los estados cuyas tasas de mortalidad se ubican por debajo de la mortalidad nacional no deben dejar de poner atención en este padecimiento, porque indudablemente las reducciones en la mortalidad que puedan lograr se verán reflejadas en la tasa nacional.

La distribución de la mortalidad por CACU de acuerdo con la pertenencia de la población a un

Figura I.11

Mortalidad por cáncer cérvico-uterino en las mujeres de 25 años o más; México, 1990-2008

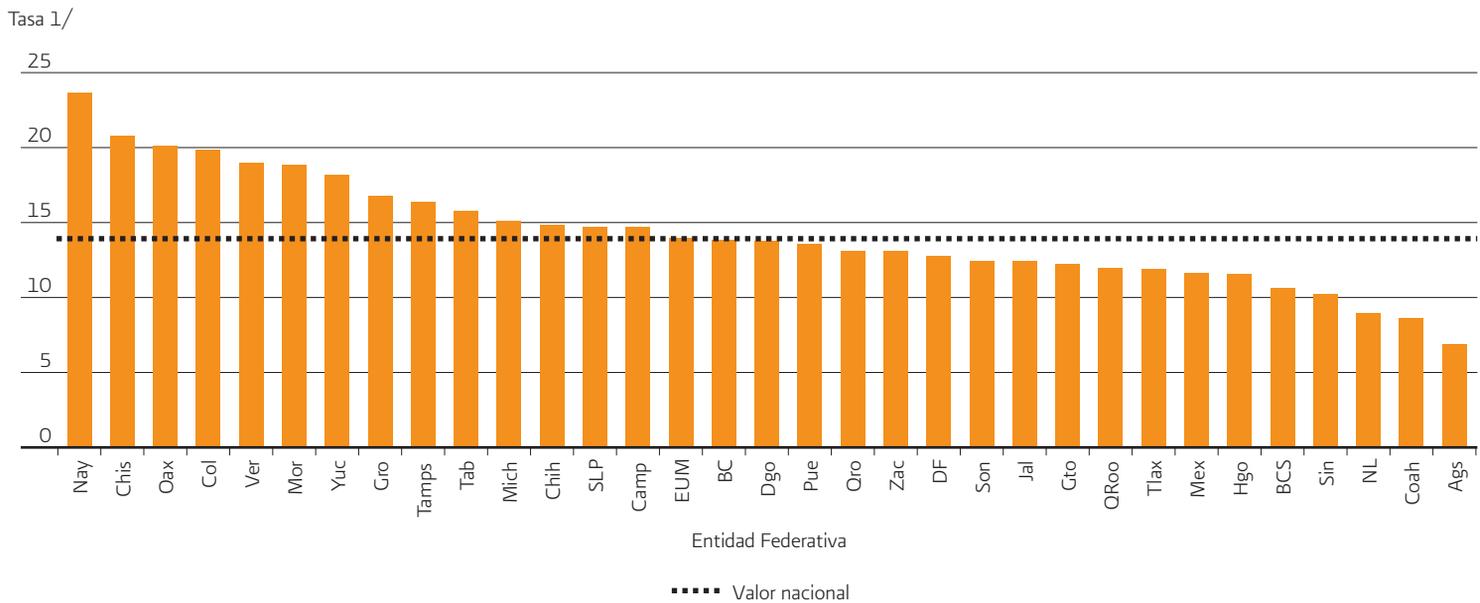


1/ Tasa observada por 100 mil mujeres de 25 años o más

Fuente: INEGI-SS, 1990 a 2007 y SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Figura I.12

Mortalidad por cáncer cérvico-uterino en las mujeres de 25 años o más por entidad federativa; México, 2008



1/ Tasa observada por 100 mil mujeres de 25 años o más
Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

esquema de seguridad social, se muestra en la figura I.13. Se aprecia que la tasa más alta se presentó en la población de mujeres sin seguridad social: 21.8 defunciones por cien mil mujeres de 25 años y más; seguida por la mortalidad en población afiliada al SPS con una tasa de 12.9 defunciones. PEMEX, por su parte, fue la institución que registró la menor tasa de mortalidad por esta causa con 10 defunciones en su población objetivo. La condición de aseguramiento influye en el riesgo de morir por esta causa: el riesgo de las mujeres sin seguridad social es 2.3 veces más alto que el de la población de mujeres de PEMEX y 1.7 veces más alto que el riesgo de las mujeres afiliadas al seguro popular de salud. (Figura I.13)

Meta 1.7 Número de muertes causadas por accidentes de tránsito de vehículos de motor en población de 15 a 29 años de edad

En el informe sobre la situación mundial de la seguridad vial, elaborado en 2009 por la OMS, se estima

que anualmente más de 1.2 millones de personas fallecen a consecuencia de los accidentes de tránsito y que entre 20 y 50 millones sufren traumatismos derivados de estos eventos. También establece que más del 90 por ciento de las defunciones se producen en los países de ingresos bajos y medianos. Por ello, desde hace varios años se realizan esfuerzos para disminuir la ocurrencia de los accidentes y sus efectos; sin embargo, muchas de estas medidas han protegido a los ocupantes de los vehículos y no así a los peatones, de hecho se estima que aproximadamente un 50 por ciento de las personas que mueren en estos accidentes son peatones, ciclistas o usuarios de vehículos de motor de dos ruedas.

De acuerdo con este informe, en México el número de víctimas mortales debidas a los accidentes de tránsito ascendió a 22,103 personas, equivalente a una mortalidad de 20.7 defunciones por cien mil habitantes, de las cuales el 67.9 por ciento correspondieron al conductor o pasajeros del vehículo de cuatro ruedas y el resto a la muerte de peatones, ciclistas y usuarios de vehículos de dos ruedas. Este

Cuadro I.5

Contribución de las entidades federativas a la mortalidad nacional por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años o más en 2007 y número de defunciones esperadas en 2012; México, 2007

Meta: Disminuir 27% la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino por 100 mil mujeres de 25 años o más a nivel nacional.

Entidad	Tasa observada 2007	Distribución porcentual de la contribución 2007	Defunciones observadas 2007	Defunciones esperadas en 2012*	Diferencia muertes 2012-2007
EUM	14.3	100.0	4,018	3,440	-578
México	11.7	11.2	449	384	-65
Veracruz	21.6	10.7	431	369	-62
Distrito Federal	11.4	8.0	320	274	-46
Jalisco	12.9	5.8	235	201	-34
Puebla	16.1	5.7	229	196	-33
Chiapas	21.8	5.4	217	186	-31
Oaxaca	21.6	4.9	198	170	-28
Michoacán	16.0	4.2	168	144	-24
Guanajuato	11.1	3.6	144	123	-21
Chihuahua	15.5	3.3	134	115	-19
Guerrero	17.2	3.3	132	113	-19
Nuevo León	10.6	3.1	126	108	-18
Tamaulipas	13.8	2.9	116	99	-17
San Luis Potosí	16.6	2.6	105	90	-15
Baja California	12.5	2.3	94	80	-14
Coahuila	13.4	2.3	91	78	-13
Sinaloa	11.9	2.0	82	70	-12
Sonora	12.4	2.0	80	68	-12
Morelos	16.9	1.9	77	66	-11
Yucatán	14.7	1.8	73	62	-11
Tabasco	13.7	1.7	70	60	-10
Hidalgo	10.8	1.7	69	59	-10
Durango	13.5	1.3	53	45	-8
Querétaro	12.4	1.3	53	45	-8
Campeche	21.2	1.0	42	36	-6
Nayarit	16.6	1.0	42	36	-6
Quintana Roo	13.7	1.0	40	34	-6
Aguascalientes	13.2	0.9	37	32	-5
Zacatecas	10.3	0.9	37	32	-5
Tlaxcala	11.2	0.8	32	27	-5
Colima	15.9	0.6	25	21	-4
Baja California Sur	12.5	0.4	17	15	-2

* Número de defunciones esperadas para dar cumplimiento en 2012 a la meta señalada

Fuente: Estimaciones propias DGED, con base en las defunciones 2007, INEGI-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

comportamiento en el país es preocupante, ya que en otras naciones como Estados Unidos de América, que dispone de 251.4 millones de vehículos, la tasa de mortalidad por accidentes se estima en 13.9 defunciones por cien mil habitantes; en Canadá, con 20.1 millones de vehículos aproximadamente, la tasa de mortalidad es de 8.8 muertes y en Brasil, con 49.6 millones de vehículos la tasa asciende a 18.3.

El sector salud estableció en 2007 la meta de reducir 15 por ciento el número de defunciones causadas por accidentes de tránsito de vehículo de motor en la población de 15 a 29 años de edad, (grupo prioritario dada la tendencia registrada durante los últimos años). Dicha reducción, respecto de la cifra de muertes por esta causa de 2006, equivale a que en el 2012 las muertes por accidentes de tránsito no superen las 4,639 defunciones en esa población. (Cuadro I.1)

En 2008, el número de muertes en la población objetivo debidas a accidentes de tránsito de vehículos de motor fue de 5,276, lo que representa una reducción del 3.3 por ciento respecto de la línea base (5,458 defunciones), pero que se ubica 13.7 por ciento por arriba de la meta para el 2012, además, debe considerarse que entre 2007 y 2008 el número de defunciones aumentó en 169 muertes. (Cuadro I.1)

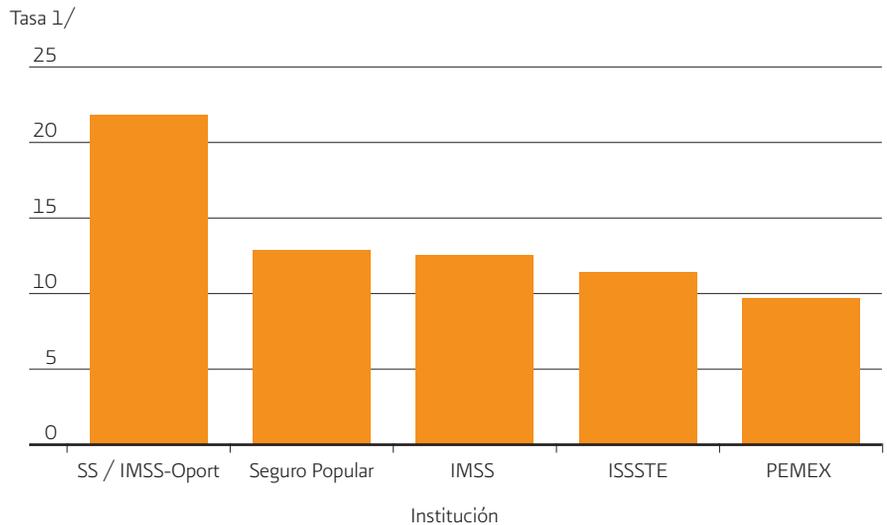
En 2008, la tasa de mortalidad por esta causa entre la población de 15 a 29 años se estima en 17.9 muertes por cien mil habitantes de esa edad; cifra que para los hombres fue de 29.8 muertes y para las mujeres de 6.3.

De 1990 a 2008, el número de defunciones por accidentes de tránsito se incrementó 12.6 por ciento. Como pasa en la mayoría de los países, el volumen de muertes entre los hombres es mayor en comparación con el de las mujeres (4.9 veces más muertes), aunque el incremento porcentual registrado por el sexo femenino durante el periodo fue del 33.1 comparado con el 9 por ciento entre los hombres. (Figura I.14)

La distribución porcentual de las muertes por accidente entre las entidades federativas muestra que el Estado de México en 2008 concentró 13.9

Figura I.13

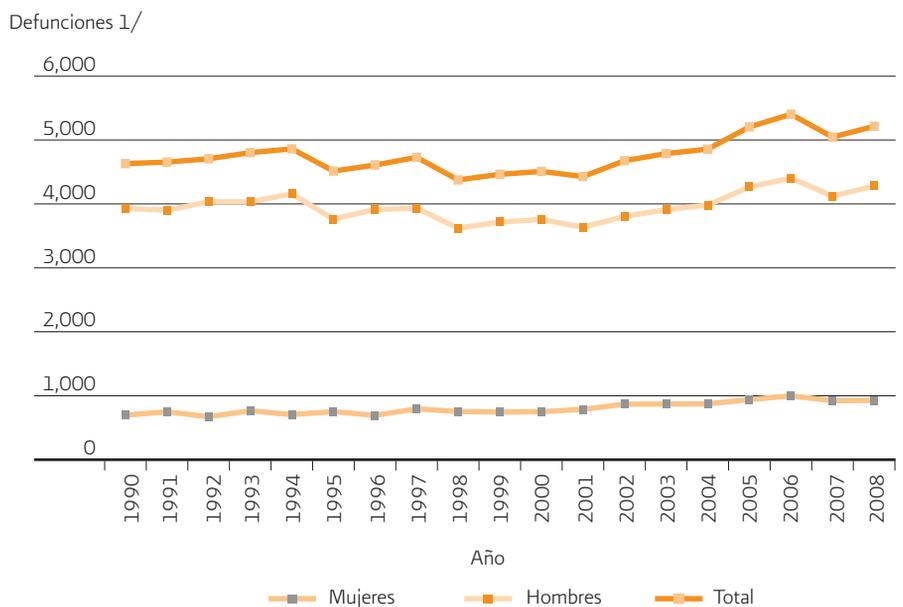
Mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años o más por institución; México, 2008



1/ Tasa observada por 100 mil mujeres de 25 años o más
 Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y estimaciones de población usuaria por institución, DGIS-DGED, con base en proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Figura I.14

Defunciones por accidentes de tránsito de vehículo de motor en la población de 15 a 29 años; México, 1990-2008



1/ Defunciones registradas
 Fuente: INEGI-SS, 1990 a 2007 y SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

por ciento de las defunciones, con 723 muertes en personas de 15 a 29 años, le siguen Jalisco con 501 defunciones (9.6%); Guanajuato con 380 (7.3%), y el Distrito Federal con 296 (5.7%). En el extremo opuesto, Chiapas, Campeche y Colima registraron en conjunto el 1.6 por ciento, ubicándose como los estados con la menor mortalidad por esta causa

Por sexo el comportamiento es muy similar, presentándose algunos cambios en la posición de las entidades federativas. Aunque destaca el Estado de México donde el número de muertes por accidentes de tránsito en mujeres de 15 a 29 años es 45 veces más alto que las muertes en mujeres registradas en Chiapas. (Figura I.15)

Para cumplir la meta en 2012 de reducir 15 por ciento el número de muertes por accidentes de tránsito de vehículos de motor en la población de 15 a 29 años de edad, es necesario que en el país la cifra total de muertes no rebase las 4,639 en ese año. Esto representa, tomando como referencia el número de defunciones (consolidadas) de 2007, evitar 406 defunciones en el país.

Las mayores contribuciones para esta reducción deben provenir de los estados de México, Jalisco, Guanajuato y el Distrito Federal. Por otra parte, en las entidades donde los accidentes aún no constituyen un problema serio de salud se esperaría priorizar la implantación de programas preventivos dirigidos a los grupos de adolescentes, sobre todo para evitar que se conduzca bajo los efectos del alcohol o alguna otra droga y para promover el respeto a los reglamentos de tránsito. (Cuadro I.6)

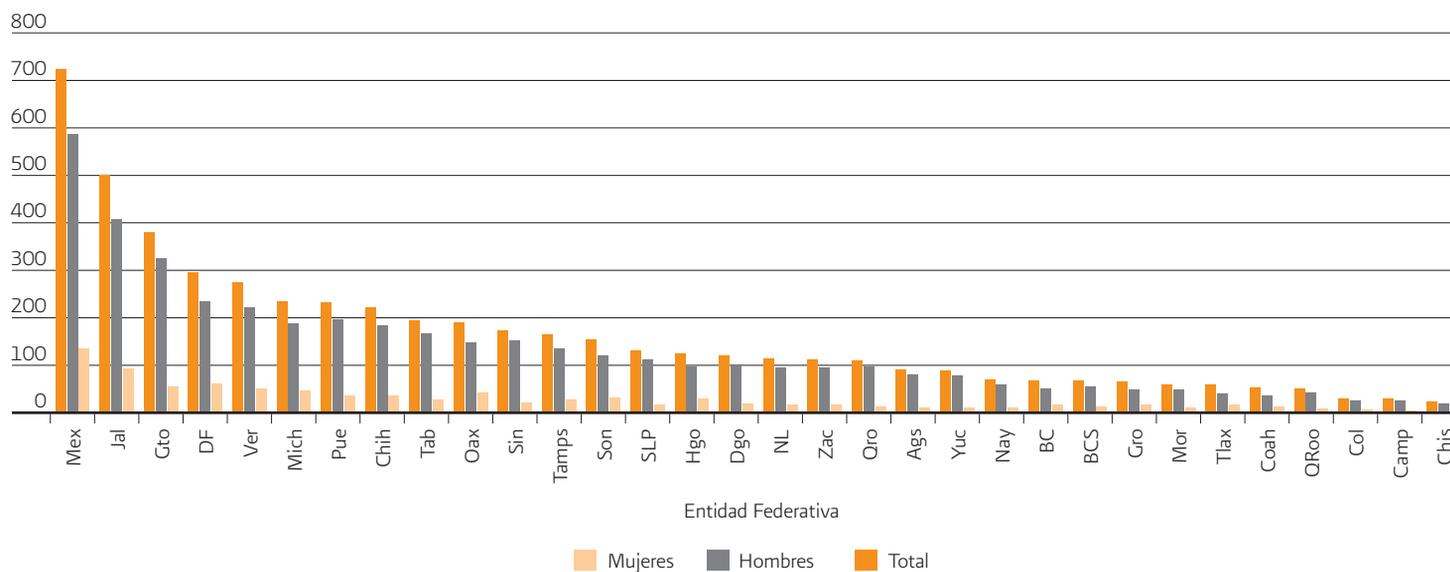
A fin de facilitar el establecimiento de prioridades y responsabilidades al interior del sistema de salud, en materia de reducción de las muertes por esta causa, se estimaron las tasas de mortalidad según la pertenencia de los fallecidos a un esquema de seguridad social.

Como se muestra en la figura I.16, la tasa más alta de mortalidad por esta causa corresponde a jóvenes sin seguridad social, con 35.4 muertes por cien mil habitantes, lo cual representa 1.9 veces la tasa de mortalidad correspondiente a la población usuaria del IMSS. (Figura I.16)

Figura I.15

Defunciones por accidentes de tránsito de vehículo de motor en la población de 15 a 29 años por entidad federativa y sexo; México, 2008

Defunciones 1/



1/ Defunciones registradas
Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro I.6

Contribución de las entidades federativas al total nacional de defunciones por accidentes de tránsito de vehículos de motor en población de 15 a 29 años de edad en 2007 y número de defunciones esperadas en 2012; México, 2007

Meta: Reducir 15% el número de muertes causadas por accidentes de tránsito de vehículos de motor en población de 15 a 29 años

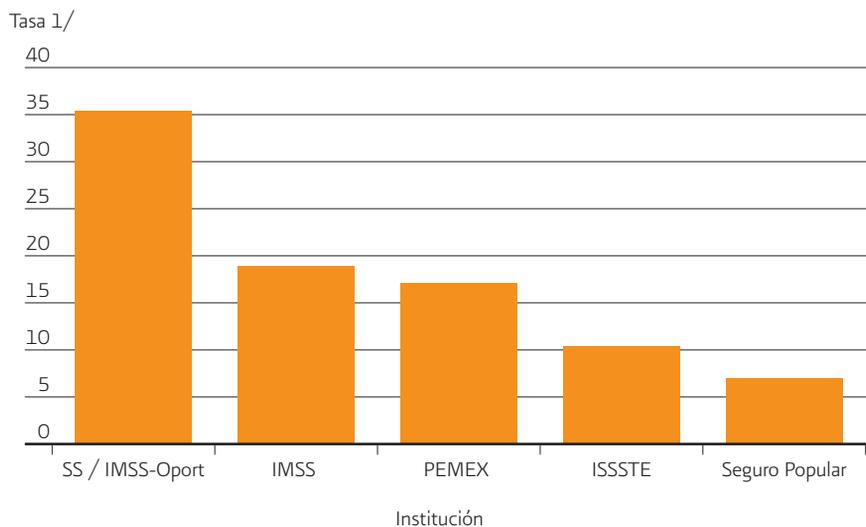
Entidad	Defunciones observadas 2007	Distribución porcentual de la contribución 2007	Defunciones esperadas en 2012*	Diferencia muertes 2012-2007
EUM	5,045	100.00	4,639	-406
México	698	13.84	642	-56
Jalisco	522	10.35	480	-42
Guanajuato	306	6.07	281	-25
Distrito Federal	286	5.67	263	-23
Puebla	242	4.80	223	-19
Michoacán	218	4.32	200	-18
Veracruz	207	4.10	190	-17
Sonora	179	3.55	165	-14
Oaxaca	177	3.51	163	-14
Sinaloa	169	3.35	155	-14
Nuevo León	165	3.27	152	-13
Chihuahua	161	3.19	148	-13
Hidalgo	131	2.60	120	-11
Tamaulipas	127	2.52	117	-10
Tabasco	120	2.38	110	-10
Querétaro	118	2.34	109	-9
Durango	117	2.32	108	-9
Coahuila	112	2.22	103	-9
San Luis Potosí	106	2.10	97	-9
Yucatán	100	1.98	92	-8
Zacatecas	100	1.98	92	-8
Guerrero	93	1.84	86	-7
Nayarit	83	1.65	76	-7
Aguascalientes	81	1.61	74	-7
Quintana Roo	74	1.47	68	-6
Baja California Sur	64	1.27	59	-5
Tlaxcala	64	1.27	59	-5
Morelos	60	1.19	55	-5
Baja California	55	1.09	51	-4
Chiapas	46	0.91	42	-4
Colima	36	0.71	33	-3
Campeche	28	0.56	26	-2

* Número de defunciones esperadas para dar cumplimiento en 2012 a la meta señalada

Fuente: Estimaciones propias DGED, con base en las defunciones 2007, INEGI-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Figura I.16

Mortalidad por accidentes de tránsito de vehículos de motor en la población de 15 a 29 años, por institución; México, 2008



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes

Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y estimaciones de población usuaria por institución, DGIS-DGED, con base en proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Reducir los accidentes de tránsito requiere de la participación y compromiso inter-sectorial, con el objetivo de establecer programas coordinados donde se tomen en cuenta las necesidades tanto de los conductores de vehículos y sus acompañantes, como de los usuarios de las vías de tránsito. En ellos se debe dar énfasis al establecimiento y cumplimiento de límites de velocidad; a la gestión de inversiones para desarrollar infraestructura vial que permitan a los peatones y ciclistas, caminar y circular con seguridad; asegurar la disponibilidad de transportes públicos asequibles y seguros; reducir el uso del automóvil privado, entre otros aspectos. De igual forma, es necesario disponer de una legislación integral y clara, que establezca la forma de aplicarla y las sanciones apropiadas, la cual debe acompañarse de campañas de sensibilización de la población.

Objetivo 2 Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas

Las sociedades actuales demandan sistemas de salud más equitativos, integradores y justos, donde se asuma una perspectiva integral respecto de su eficacia. Ello implica que los sistemas de salud cumplan sus objetivos y metas, pero traduciendo sus acciones en beneficios concretos para la población, sobre todo para aquella que históricamente ha sido delegada o que no ha sido beneficiada por el desarrollo global.

En México, al igual que en cualquier otro país, asumir que existen desigualdades entre los grupos de población en materia de acceso a los servicios, en la calidad de la atención, y a otros satisfactores sociales ya no es suficiente, ahora se requiere favorecer la equidad en salud y la justicia social, poniendo fin a la exclusión a partir de garantizar el acceso universal a los servicios y la protección social en salud. Por esta razón, el sistema de salud debe reorganizar la prestación de servicios en función de las necesidades y expectativas actuales de la población, pero con un enfoque que garantice obtener los máximos beneficios y los mejores resultados para sus usuarios.

Este es el propósito que persigue el sistema de salud mexicano, en apego a lo establecido en el *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*, y para lograrlo, desde finales de 2006 se han dirigido los esfuerzos para implantar las 10 estrategias del Programa Sectorial de Salud, destacando las relacionadas con el objetivo de reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas.

El fin es reorganizar e integrar la prestación de servicios del sector salud para acercarlos a la población, lo que hace necesario avanzar en la integración funcional del sistema para alcanzar la cobertura universal de los servicios de salud, con lo cual la población resuelva sus necesidades, independientemente de su afiliación a la seguridad social o de su lugar de residencia. Este es un proceso que llevará algún tiempo, pero que ha dado inicio a través de acciones como la puesta en operación del Programa Caravanas de la Salud; el fortalecimiento del Modelo Integrador de Atención a la Salud; la atención de las urgencias obstétricas, el inicio de un sistema nacional de atención de alta especialidad, y el mejoramiento del plan maestro sectorial de recursos de atención a la salud.

Uno de los resultados esperados con la implementación de los procesos señalados, es modificar los escenarios donde se presenta la desigualdad y la marginación, en los cuales las opciones de vida son reducidas impidiendo a la población contar con las herramientas y condiciones para lograr su bienestar. No se trata de la mera dotación de recursos, sino de reducir los factores que impiden lograr el desarrollo humano.

Esto es particularmente aplicable a los municipios del país clasificados como de menor Índice de Desarrollo Humano, ubicados en los estados de Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz, los cuales en términos de la política de desarrollo social, pasaron de 100 en el año 2007

a 125 en 2008. En esta edición se da cuenta de los resultados obtenidos en los 125 municipios a diferencia de la edición previa cuyos resultados tomaban como población objetivo los 100 municipios iniciales.

En el *PROSESA 2007-2012* se comprometieron las metas de disminuir a la mitad la razón de mortalidad materna (RMM) y una reducción del 40 por ciento de la mortalidad infantil en los municipios con menor IDH, a continuación se presentan los resultados obtenidos para ambos indicadores. (Cuadro I.7)

Meta 2.1 Razón de mortalidad materna en los 125 municipios con menor IDH

Con base en los datos preliminares de 2008, en los 125 municipios con menor IDH del país se registró una razón de mortalidad materna de 182.6 defunciones por cien mil nacidos vivos estimados (NVE), lo que representa un incremento del 12.3 por ciento respecto de la cifra de comparación inicial (2006). Con este incremento la meta para el 2012

está lejos de alcanzarse, ya que sería necesario que en los siguientes cuatro años se logre una reducción anual de 25.3 muertes por cien mil nacidos vivos estimados. (Cuadro I.7 y Figura I.17)

Entre 2002 y 2008, el comportamiento de este indicador muestra un punto de inflexión notable en 2005, a partir de esa fecha la RMM ha oscilado entre 139 y 183 defunciones por cien mil nacidos vivos estimados.

De acuerdo con los datos de 2008, en los 125 municipios con menor IDH del país se registraron 70 defunciones maternas, nueve más que las registradas en 2006. Es importante señalar que sólo en 40 de los 125 municipios se registraron estas defunciones (32% de municipios). (Figura I.18)

Las 70 muertes maternas registradas en estos municipios representan el 6.3 por ciento de las defunciones maternas del país. En Guerrero, las 21 muertes registradas en ocho de sus 21 municipios con menor IDH representan el 35 por ciento de las defunciones maternas en el estado, destacando los municipios de Metlatónoc y Acatepec con seis y cinco defunciones, respectivamente.

Cuadro I.7

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 2. Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas.
Programa Sectorial de Salud 2007-2012; México, 2008

Indicador	Unidad de medida	Línea base (Lb)	Valor 2008	Variación % (2008/Lb)	Variación % (2008/meta)	Meta 2012
Razón de mortalidad materna en los 125 municipios con menor IDH 1/	Razón	162.60	182.60	12.30	124.60	Disminuir a la mitad la razón de mortalidad materna en los 125 municipios con menor IDH: 81.3 defunciones por cada cien mil nacimientos estimados
Tasa de mortalidad infantil en los 125 municipios con menor IDH 2/	Tasa por 1,000 nacidos vivos estimados	34.80	33.50	-3.74	60.44	Disminuir 40% la mortalidad infantil en los 125 municipios con menor IDH: 20.88 defunciones por cada mil nacimientos estimados

La línea base corresponde a cifras 2006, los datos 2008 son preliminares. Las variaciones corresponden a diferencias porcentuales

1/ Razón por 100 mil nacidos vivos estimados

2/ Tasa por mil nacidos vivos estimados

Fuente: INEGI-SS, 2006 y SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

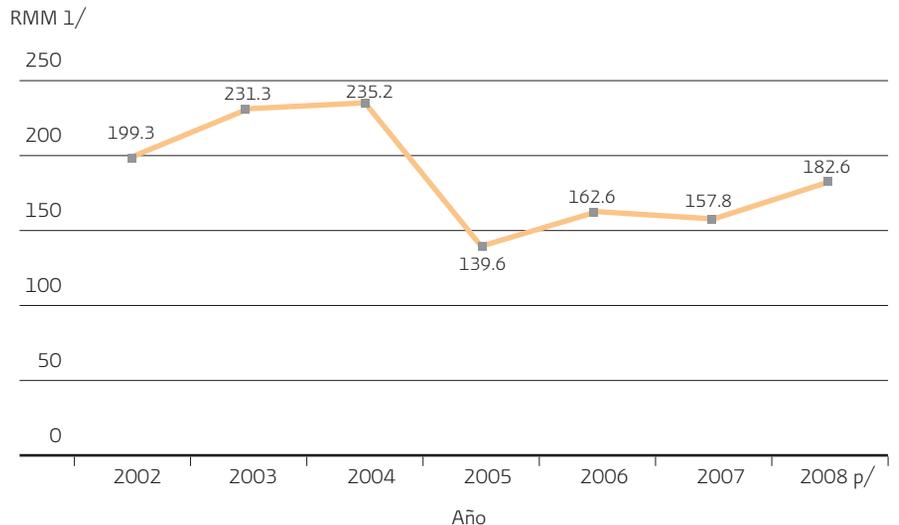
De los 58 municipios de Oaxaca identificados como población objetivo, 13 registraron muertes maternas para un total de 19 defunciones, las que representan casi el 28 por ciento de las defunciones maternas en el Estado. Por el número de defunciones, destacan los municipios de Santiago Amoltepec y San Agustín Loxicha con cuatro y tres defunciones, respectivamente. (Cuadro I.8)

La reducción de las muertes maternas en el país, y en estos municipios en particular, es un reto permanente para el sistema de salud mientras no se modifique significativamente el comportamiento actual de la RMM. Es cierto que se están desplegando estrategias y acciones diversas para cerrar estas brechas de desigualdad, y que se necesita un tiempo de consolidación para muchas de ellas; sin embargo, el tiempo para cumplir con estos compromisos se reduce y en el corto plazo no se vislumbra un cambio sustantivo en el comportamiento de la mortalidad materna.

Un paso muy importante para abatir la mortalidad materna se tomó hace algún tiempo en el Consejo Nacional de Salud. El compromiso de los representantes de todas las instituciones de la seguridad social y de los servicios estatales de salud fue eliminar las barreras institucionales para permitir la atención de las urgencias obstétricas en todas aquellas unidades de salud con capacidad para resolver estos eventos, sin importar la condición de afiliación a los esquemas de seguridad social o el lugar de residencia de las usuarias potenciales. Para fines prácticos esto significa que una embarazada sin seguridad social, y que presente una urgencia obstétrica, podrá atenderse en el hospital más cercano sin importar si se trata de una unidad del IMSS o de cualquier otra de la seguridad social, incluyendo las unidades de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina. Lo mismo ocurrirá con una embarazada, en situación de urgencia obstétrica, que teniendo seguridad social podrá atenderse en hospitales de los servicios estatales de salud o en alguno de la red de hospitales federales de la Secretaría de Salud, si éstos se encuentran más cercanos al sitio donde se presente la urgencia.

Figura I.17

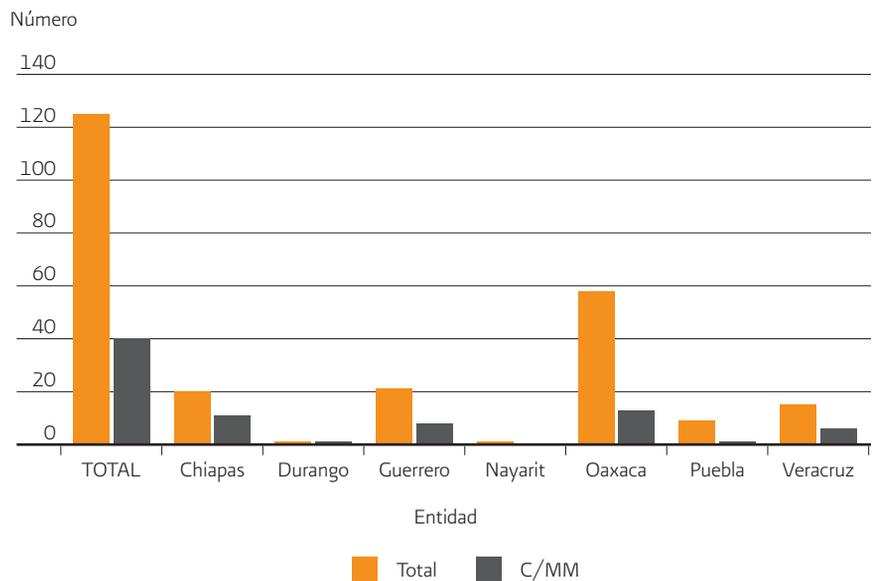
Razón de mortalidad materna en los 125 municipios con menor IDH; México, 2002 -2008



1/ Razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos estimados
 p/ Dato preliminar
 Fuente: INEGI-SS, 2002-2007; SEDD 2008, Preliminar; DGIS y nacimientos estimados por Conapo, Versión Censo 2005

Figura I.18

Relación entre el total de municipios con menor IDH y municipios que registraron muertes maternas por entidad federativa; México, 2008



C/MM: Municipios que registraron muertes maternas
 Fuente: SEED 2008, Preliminar; DGIS-SS

Cuadro 1.8

Defunciones maternas en municipios con menor Índice de Desarrollo Humano; México, 2008

Entidad / municipio con menor IDH	Defunciones maternas	Porcentaje de defunciones maternas 1/
Estados Unidos Mexicanos	1,115	100.0
En los 125 municipios con menor IDH	70	6.3
Chiapas	92	100.0
Total en los municipios con menor IDH 2/	20	21.7
Chalchihuitán	1	1.1
Chenalhó	1	1.1
Chilón	7	7.6
Huixtán	1	1.1
Pantelhó	4	4.3
Pantepec	1	1.1
Sitalá	1	1.1
Tumbalá	1	1.1
Zinacatán	1	1.1
San Juan Cancuc	1	1.1
Santiago El Pinar	1	1.1
Durango	22	100.0
Total en los municipios con menor IDH 2/	1	4.5
Mezquital	1	4.5
Guerrero	60	100.0
Total en los municipios con menor IDH 2/	21	35.0
Atlixnac	1	1.7
General Heliodoro Castillo	2	3.3
Malinaltepec	3	5.0
Metlatónoc	6	10.0
San Miguel Totolapan	1	1.7
Tlacoachistlahuaca	1	1.7
Zitlala	2	3.3
Acatepec	5	8.3
Nayarit	9	100.0
Total en los municipios con menor IDH 2/	0	0.0
Del Nayar	0	0.0
Oaxaca	68	100.0
Total en los municipios con menor IDH 2/	19	27.9
Coicoyán de las Flores	1	1.5
Huauatepec	1	1.5
San Agustín Loxicha	3	4.4
San Andrés Paxtlán	1	1.5
San José Lachiguiri	1	1.5
San Lorenzo Texmelucan	1	1.5
Santa Inés del Monte	1	1.5
Santa María Chilchotla	2	2.9
Santa María Temaxcaltepec	1	1.5
Santiago Armoltepec	4	5.9
Santiago Yatepec	1	1.5
Santo Domingo de Morelos	1	1.5
Santo Domingo Tepuxtepec	1	1.5
Puebla	62	100.0
Total en los municipios con menor IDH 2/	1	1.6
Chiconcuautla	1	1.6
Veracruz	97	100.0
Total en los municipios con menor IDH 2/	8	8.2
Soledad Atzompa	1	1.0
Soteapan	1	1.0
Tehuipango	2	2.1
Tequila	2	2.1
Texcatepec	1	1.0
Tlaquilpa	1	1.0

1/ Porcentaje respecto al total de muertes maternas a nivel nacional y de cada entidad

2/ Total de muertes maternas registradas en 2008 en los municipios con menor IDH

Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS

Meta 2.2 Tasa de mortalidad infantil en los 125 municipios con menor IDH

Con base en las cifras preliminares de 2008, la tasa de mortalidad infantil en los 125 municipios con menor IDH fue de 33.5 defunciones por 1,000 nacidos vivos estimados, lo que representa una reducción del 3.74 por ciento respecto de la tasa observada en 2006. Sin embargo, esta cifra todavía es 60.4 por ciento más alta que la meta fijada para 2012. (Cuadro 1.7)

En 2008 ocurrieron 1,284 defunciones infantiles en 120 municipios con menor IDH, los cinco municipios que no registraron muertes infantiles se ubican en el estado de Oaxaca. El total de defunciones en estos municipios representa el 4.6 por ciento de las defunciones infantiles registradas en el país.

Del total de muertes registradas en los 120 municipios, Chiapas concentró el 30.3 por ciento; Oaxaca 23.2; Guerrero 22; Veracruz 3.1; Puebla 8.6; Nayarit 1.7, y Durango 1.1 por ciento, respectivamente.

La carga que representan las defunciones infantiles en estos municipios respecto del total de muertes infantiles en el ámbito estatal es variable: en Chiapas representan el 43.1 por ciento; en Guerrero el 41.3; en Puebla 4.9, y en Durango el 4 por ciento, respectivamente. (Cuadro 1.9)

El riesgo de morir de los menores de un año en estos municipios es 2.2 veces más alto que en la misma población del resto del país (15.16 defunciones por cada mil nacidos vivos estimados a nivel nacional). Por esta razón, es necesario mantener y reforzar las acciones prioritarias de vacunación, prevención y control de enfermedades diarreicas agudas (EDAS) e infecciones respiratorias agudas (IRAS), y la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños.

Las intervenciones como “estrategia embarazo saludable”; Programa de Salud para la Infancia y Adolescencia y el Seguro Médico para una Nueva Generación, deben extender su cobertura para lograr una atención efectiva y de calidad a la población, sobre todo aquella que presenta condiciones de mayor marginación y vulnerabilidad.

Cuadro I.9

Defunciones infantiles en municipios con menor Índice de Desarrollo Humano; México, 2008 1/

Entidad	Defunciones infantiles	Porcentaje de defunciones infantiles 2/
Estados Unidos Mexicanos	27,617	100.0
Total de los municipios con menor IDH	1,284	4.6
Chiapas	902	100.0
En 20 municipios con menor IDH 3/	389	43.1
Durango	349	100.0
En 1 municipio con menor IDH 3/	14	4.0
Guerrero	686	100.0
En 21 municipios con menor IDH 3/	283	41.3
Nayarit	117	100.0
En 1 municipio con menor IDH 3/	22	18.8
Oaxaca	870	100.0
En 53 municipios con menor IDH 3/	298	34.3
Puebla	2,246	100.0
En 9 municipios con menor IDH 3/	110	4.9
Veracruz	1,868	100.0
En 15 municipios con menor IDH 3/	168	9.0

1/ Número de muertes registradas en la población menor de un año de edad, cifras preliminares

No incluye defunciones en el extranjero, ni defunciones sin especificar lugar de residencia

2/ Porcentaje respecto del total de muertes a nivel nacional y de cada entidad

3/ Número de muertes infantiles registradas en 2008 en los municipios con menor IDH

Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030

Objetivo 3 Prestar servicios de salud con calidad y seguridad

Para el sistema de salud, la atención de calidad es un atributo indispensable que deben procurar tanto los servicios de salud personales como los no personales. Su objetivo es mejorar la efectividad de las intervenciones, con eficiencia, seguridad para pacientes y prestadores de servicios, y respondiendo a las expectativas legítimas de los usuarios.

En el Eje 3 del *PND 2007-2012*, se estableció el objetivo de “Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente”, el cual fue incorporado al Programa Sectorial de Salud a través de la estrategia “Situación la calidad

en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud”. Este mandato se ha llevado a la práctica con la implantación del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD).

SICALIDAD despliega sus acciones con base en tres dimensiones: i) la calidad técnica y seguridad para el paciente; ii) la calidad percibida, y iii) la calidad en la gestión de los servicios de salud. Las metas estratégicas comprometidas en el Programa Sectorial de Salud relacionadas con este componente se muestran en el Cuadro I.10

Cuadro I.10

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 3: Prestar servicios de salud con calidad y seguridad. Programa Sectorial de Salud 2007-2012; México, 2008

Indicador	Unidad de medida	Línea base (Lb)	Valor 2008	Variación % (2008/Lb)	Variación % (2008/meta)	Meta 2012
Porcentaje de unidades de salud acreditadas que prestan servicios del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)	Porcentaje	30.30	42.28	39.54	-57.72	Acreditar al 100% de las unidades de salud que ofrecen servicios al SPSS
Porcentaje de unidades de salud que han implementado medidas para prevenir eventos adversos	Porcentaje	16.70	31.80	90.42	-47.00	Implementar medidas de prevención de eventos adversos, para garantizar la seguridad de los pacientes en 60% de las unidades del sector público
Tasa anual de infecciones nosocomiales 1/	Porcentaje	15.00	7.70	-48.67	28.33	Alcanzar y mantener una tasa anual de infecciones no mayor de 6 por 100 egresos en los hospitales públicos de segundo nivel

La línea base corresponde a cifras 2006

1/ Datos obtenidos del estudio de las infecciones nosocomiales en el país. Fuente: DGED Fuente: DGACS; DGCESS

Meta 3.1 Porcentaje de unidades de salud acreditadas que prestan servicios del Sistema de Protección Social en Salud

El programa SICALIDAD coadyuva a garantizar el derecho de los usuarios de los servicios de salud a contar con una atención de calidad, con calidez y seguridad, a través del proceso de Acreditación y Garantía de Calidad. A través de este proceso se da cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 77 bis 9 de la Ley General de Salud (LGS), respecto de los requerimientos mínimos para la acreditación de las unidades que se incorporan a la prestación de servicios del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

En este sentido, se debe tomar en cuenta que las unidades que se incorporan como prestadoras de servicios al SPSS deben contar con la acreditación a la que hace referencia la LGS, la cual además es un requisito legal indispensable para acceder a los recursos que proporciona dicho sistema.

En 2008 el porcentaje de unidades acreditadas fue de 42.3 por ciento, lo que corresponde a 5,988 centros de salud y hospitales de un total de 14,162 que debieran estar acreditadas al finalizar 2012, bajo el supuesto de que todas las unidades tanto federales como estatales se incorporarán a la prestación de servicios del SPSS. Este porcentaje significó un incremento del 39.5 por ciento respecto de la cifra inicial de 2006. Al total de unidades acreditadas se deben adicionar las 76 unidades móviles que se acreditaron en este año. (Cuadro I.10)

Los esfuerzos desarrollados por los SESA durante el periodo de 2004 a 2007, en coordinación con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs), permitieron que se acreditaran un total de 4,081 unidades, a las cuales se suman las 1,983 unidades acreditadas en 2008, que incluyen las 76 unidades móviles, para un total acumulado de 6,064 unidades acreditadas. De las unidades acreditadas en 2008, 94.8 por ciento fueron centros de salud, 3.8 unidades móviles y 1.4 por ciento hospitales. (Cuadro I.11)

El estado que en 2008 acreditó el mayor número de unidades fue Veracruz con 159, cifra que representó el 8 por ciento del total de unidades acreditadas en el país, le siguen los estados de Puebla con 7.3 por ciento; Estado de México con el 7.1 por ciento; Hidalgo con el 6.9 y Oaxaca con 6.3 por ciento, respectivamente. En el extremo opuesto, se encuentran Michoacán y Baja California Sur que no acreditaron ninguna unidad de atención; mientras que en Campeche sólo se acreditó una unidad móvil. También destaca el hecho de que no se acreditaron los dos hospitales federales que se tenían programados dentro del plan anual de acreditación 2008.

Con base en este plan, establecido conjuntamente entre los SESA, la DGCEs y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), se programó acreditar un total de 2,800 unidades de atención en 2008; sin embargo, sólo se logró la acreditación del 70.8 por ciento. El cumplimiento de las metas según tipo de unidad de atención fue: 75.2 por ciento para centros de salud; 25.7 para hospitales y 39.8 por ciento para unidades móviles.

Como se observa en el cuadro I.11, existen diferencias entre las entidades federativas respecto del cumplimiento de sus metas de acreditación, además del hecho de que varias de ellas acreditaron un número mayor de unidades respecto de las que tenían programadas en su plan anual.

En cuanto a la aportación acumulada entre 2004 y 2008, destacan Guanajuato con 504 unidades acreditadas (9.7% del total nacional); México con 459 unidades (7.6%); Tabasco con 405 unidades (6.7%); Veracruz con 372 unidades (6.1%) y Oaxaca con 312 unidades acreditadas (5.1%). Las entidades que menos unidades acreditaron en este periodo son Michoacán y Baja California Sur con 48 y 47 establecimientos, respectivamente. En el caso de Baja California Sur, el número de unidades acreditadas, hasta 2008, representa 58 por ciento de la infraestructura de sus servicios estatales, mientras que en Michoacán las unidades acreditadas sólo representan 9.4 por ciento de los 509 establecimientos con los que cuentan sus servicios estatales.

Cuadro I.11

Distribución de las unidades acreditadas según tipo y entidad federativa; México, 2004-2008

Entidad	Unidades Acreditadas 2004-2007	Establecimientos de salud que prestan servicios al SPSS acreditados según tipo, 2008			Número de establecimientos según tipo programados a acreditar de acuerdo con el Plan Anual de Acreditación 2008		
		Centros de salud	Hospitales	Unidades Móviles	Centros de salud	Hospitales	Unidades Móviles 3/
EUM	4081	1879	28	76	2500	109	191
Aguascalientes 1/	91	0	0	3	0	0	0
Baja California 2/	87	1	0	1	12	0	0
Baja California Sur	47	0	0	0	7	0	5
Campeche	120	0	0	1	5	1	7
Chiapas	119	92	0	3	110	0	8
Chihuahua	37	61	0	5	105	0	5
Coahuila	48	33	2	0	37	4	4
Colima	90	6	0	0	26	4	1
Distrito Federal	76	22	4	2	47	3	1
Durango	59	66	0	0	72	0	8
Guanajuato	394	105	2	3	116	4	5
Guerrero	69	105	0	5	238	2	10
Hidalgo	124	135	2	0	137	2	11
Jalisco	179	83	0	2	80	8	6
México	318	141	0	0	200	5	0
Michoacán	48	0	0	0	119	2	13
Morelos	134	46	0	3	62	0	4
Nayarit	172	14	0	0	9	4	6
Nuevo León	137	79	1	0	170	1	3
Oaxaca 2/	187	111	1	13	120	3	14
Puebla	108	142	0	3	210	10	10
Querétaro	82	82	0	0	82	5	1
Quinta Roo	29	76	0	0	76	1	0
San Luis Potosí	180	0	0	4	8	0	6
Sinaloa	174	20	0	7	22	9	7
Sonora 2/	48	72	0	0	46	3	1
Tabasco 2/	355	34	8	8	20	11	7
Tamaulipas	113	43	6	2	19	6	28
Tlaxcala	64	68	0	5	70	1	2
Veracruz	213	156	1	2	180	15	8
Yucatán	61	47	1	3	45	0	5
Zacatecas	115	39	0	1	50	3	5
Federales	2	0	0	0	0	2	0
Privados	1	0	0	0	0	0	0

1/ Entidad que desde 2007 logró la cobertura total de acreditación de centros de salud y hospitales.

2/ Entidades que ajustaron su meta después de publicarse el Plan Anual de Acreditación 2008.

3/ Programación anual de acreditación de unidades móviles, no publicadas en el Plan Anual de Acreditación.

FUENTE: DGCES-SS

También destaca la baja participación de los hospitales privados y de los hospitales federales de referencia en el proceso de acreditación, lo cual se debe posiblemente a que este tipo de prestadores optan por obtener la certificación.

Para lograr que en el 2012 todas las unidades que presten servicios al SPSS estén acreditadas, es necesario consolidar dentro de SICALIDAD el proyecto de Acreditación y Garantía de Calidad, lo cual implica fortalecer el sistema respectivo a nivel federal y estatal, a través de ampliar la difusión del Manual para la Acreditación y Garantía de Calidad en Establecimientos para la Prestación de Servicios de Salud y de sus actualizaciones; continuar desarrollando los procesos de coordinación con los SESA, para integrar el plan anual de acreditación con base en los planes estatales y mejorar la capacidad de la DGCES en materia de recursos, a fin de atender un mayor número de unidades que requieren obtener el dictamen de acreditación. Asimismo, es necesario ampliar y mejorar los procesos de supervisión de los establecimientos acreditados y desarrollar la evaluación del impacto que la acreditación tiene en materia de recursos humanos, infraestructura, mejora de procesos y percepción de los usuarios y profesionales de la salud, aspectos considerados dentro del programa de acción específico de SICALIDAD.

Meta 3.2 Porcentaje de unidades de salud que han implementado medidas para prevenir eventos adversos

La población acude a los servicios de atención para buscar solución a sus problemas de salud y lo que menos espera es que la atención sea insegura o perjudicial, o que tenga que padecer riesgos innecesarios durante su interacción con los servicios. Sin embargo, existen factores que exponen a los pacientes a sufrir daños derivados de la atención médica, algunos inherentes o intrínsecos a los procesos clínicos, como el efecto de algún medicamento en pacientes con un sistema inmunológico deprimido, y otros relacionados a deficiencias estructurales, organizacionales y de procesos de la atención médica,

como por ejemplo, un tratamiento insuficiente o inadecuado; complicaciones quirúrgicas o en procedimientos invasores debido a la falta de apego a los procedimientos estandarizados; infecciones adquiridas en el hospital; retraso en el diagnóstico o tratamiento; reacción adversa a medicamentos mal dosificados o debido a caídas de los pacientes en las unidades de atención.

A este conjunto de situaciones se les denomina eventos adversos, los cuales se definen como los daños adicionales ocasionados a las personas por una intervención de salud. Los eventos adversos se pueden asociar a consecuencias graves para las personas y su ocurrencia afecta también a los prestadores de servicios involucrados y a las propias instituciones.

Actualmente existe poca información en el país que permita determinar con precisión la magnitud del problema y el tipo de daños que ocasionan a los enfermos, y sobre los costos asociados a su ocurrencia. A nivel mundial, la poca información disponible se ubica en países desarrollados, en los cuales se registran incidencias de eventos adversos que oscilan entre 5.4 y 16.6 por ciento. Además, estudios realizados en estos países han demostrado que las hospitalizaciones adicionales, las demandas judiciales, las infecciones intrahospitalarias, la pérdida de ingresos, las discapacidades y los gastos médicos representan en algunos países un costo anual que varía entre 6,000 y 29,000 millones de dólares.

Bajo este panorama, en 2004 la OMS instauró la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes, compromiso internacional que fue firmado por el Gobierno Mexicano en septiembre de 2007. La Alianza Mundial incorpora cada dos años un reto específico para los sistemas de salud denominado Reto Mundial en pro de la Seguridad del Paciente, cuyo propósito es delinear estrategias concretas y factibles que permitan avanzar gradualmente en la solución de los problemas que provocan eventos adversos. Entre 2005 y 2006 el reto fue la prevención de las infecciones nosocomiales con el lema "Una atención limpia es una atención segura", para lo cual el sistema

de salud puso en práctica la estrategia de higiene de manos. En 2008 inicia el segundo reto mundial por la seguridad del paciente denominado "Las prácticas quirúrgicas seguras salvan vidas". Estas acciones refuerzan el compromiso establecido en el *PROSESA 2007-2012* para dar cumplimiento al objetivo de prestar servicios de salud con calidad y seguridad. La meta comprometida para 2012 fue implantar medidas de prevención de eventos adversos para garantizar la seguridad de los pacientes en 60% de las unidades del sector público. (Cuadro I.10)

En la edición previa de este informe se registró que el porcentaje de unidades de salud que implementó medidas para prevenir eventos adversos fue similar al valor establecido como inicial (16.7%), por lo que se señaló la necesidad incrementar los esfuerzos para lograr cumplir con la meta establecida (60% de las unidades del sector público). En 2008, estos esfuerzos permitieron que un 31.8 por ciento de las unidades hospitalarias del país implantaran acciones para evitar la ocurrencia de eventos adversos, lo que significó un incremento del 90.4 por ciento respecto de lo registrado previamente. A pesar de este incremento, el cumplimiento de la meta aún debe considerarse como un reto, dado que hace falta incorporar todavía a un 28.2 por ciento de las unidades de atención del sector público del país.

Cabe señalar que como parte de las acciones relacionadas con la calidad técnica y seguridad del paciente que desarrolla SICALIDAD, se incluye el programa de Seguridad del Paciente, el cual a la fecha se ha implantado en 30 por ciento de las unidades hospitalarias de mediana y alta especialidad del sector salud del país, y cuyo objetivo es prevenir eventos adversos y aumentar la seguridad de los pacientes. También destaca que durante este año un 40 por ciento del personal de salud de las unidades hospitalarias recibió capacitación sobre el tema.

Adicionalmente, se realiza la difusión de acciones en materia de seguridad del paciente que permiten: a) que los usuarios sean identificados y tratados como personas y no como eventos dentro de la atención médica; b) un manejo adecuado de los

medicamentos requeridos por los pacientes (prescripción y administración); c) una comunicación efectiva entre prestadores de servicios y usuarios de los mismos; d) el uso de protocolos de atención o guías clínicas; e) la realización de procedimientos quirúrgicos de manera adecuada y segura; f) evitar daños a consecuencia de caídas u otro tipo de incidentes; g) reducir la incidencia de infecciones nosocomiales; h) identificar los factores humanos que inciden en la atención del paciente, como el estrés, cansancio, cargas de trabajo o problemas personales; i) lograr que el paciente se corresponsabilice de su salud, y j) crear un clima de seguridad para el paciente.

Meta 3.3 Tasa anual de infecciones nosocomiales

Una infección nosocomial es una condición que adquiere el paciente mientras recibe los cuidados hospitalarios. Por definición, la infección intra-hospitalaria aparece después de las 48 horas de iniciado el internamiento o durante los tres días posteriores al egreso hospitalario. Cuando se trata de infecciones asociadas a procedimientos quirúrgicos, el plazo para considerar una infección nosocomial se amplía a 30 o más días posteriores al egreso, en función del tipo de cirugía realizada.

La inclusión de una meta estratégica en el *PROSESA 2007-2012* relacionada con la reducción de las infecciones nosocomiales en hospitales de segundo nivel está justificada, entre otras razones, porque estos eventos representan un problema serio de seguridad para pacientes y prestadores de servicios; contribuyen con una carga adicional de morbilidad y mortalidad en los ámbitos hospitalarios; incrementan los costos de la atención médica, y lo más importante, en su mayoría son prevenibles.

Al inicio de la presente administración no se contaba con cifras actualizadas sobre la prevalencia de las infecciones nosocomiales que permitiera hacer el seguimiento respectivo de la meta. Por esta razón, en 2008 se realizó un estudio en una muestra pro-

babilística de 20 hospitales de segundo nivel de los SESA, y cuyos resultados corresponden a la primera de dos mediciones que se harán en el periodo.

Entre los resultados de este estudio destaca la prevalencia de 7.7 de infecciones nosocomiales por cada 100 egresos hospitalarios; cifra que respecto al valor de 2006 significa una reducción del 48.7 por ciento en la tasa de infecciones nosocomiales; sin embargo, se está por arriba de la meta 2012 (tasa de 6% por cada 100 egresos) en un 28.3 por ciento. (Cuadro I.10)

La distribución de las infecciones nosocomiales según su localización fueron: a) sitio quirúrgico (26%); b) vasculares, incluyendo las asociadas a catéteres (21%); c) neumonías, incluyendo las

asociadas a respiradores mecánicos (19%), y d) las de vías urinarias (10%).

De acuerdo con el estudio, en los hospitales se observaron diversas deficiencias en procesos básicos que pueden asociarse a estos eventos adversos, destacando una deficiente organización y operación de las unidades de vigilancia epidemiológica de los hospitales; inconsistencias en el monitoreo de los indicadores y escaso análisis de los datos disponibles; bajo desarrollo de los sistemas de información, y deficiencias en la implantación de las medidas de control. Cumplir con la meta establecida en el PROSESA en 2012 es factible si en los hospitales se corrigen las deficiencias halladas en el estudio.

Objetivo 4 Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud

En México el gasto en salud se ha incrementado en los últimos años aunque de manera insuficiente para cubrir las necesidades de la población. De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), de un 4.4 por ciento del producto interno bruto (PIB) en 2000 el gasto en salud aumentó a 5.9 por ciento en 2007, debido principalmente a la implantación del Sistema de Protección Social en Salud.

Del gasto total en salud poco más del 50 por ciento corresponde a gasto privado, y de éste un 95 por ciento son gastos de bolsillo, lo que significa que un numeroso grupo de familias todavía se ve en la necesidad de pagar directamente al proveedor de servicios al momento de recibir atención médica. Es por esta razón que uno de los objetivos del sector es evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, por lo que se han implementado acciones para extender los beneficios del aseguramiento público en salud.

Uno de los principales instrumentos para reducir los gastos de bolsillo, así como la proporción de hogares que incurren en gastos catastróficos es incrementar la afiliación de la población sin seguridad social al Sistema de Protección Social en Salud, el cual da cobertura en salud a la población afiliada a través de: i) los servicios y acciones específicas establecidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), que incluye 266 intervenciones que cubren el 95 por ciento de los principales padecimientos, diagnóstico y servicios terapéuticos a nivel hospitalario y el cien por ciento de los padecimientos tratados en el primer nivel de atención médica; ii) la

atención a ocho enfermedades consideradas como catastróficas (cáncer cérvico-uterino; cáncer de mama; cáncer de niños y adolescentes; trasplante de médula ósea; cuidados intensivos neonatales; trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos; cataratas y VIH/SIDA) incluidas en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) a través de 49 intervenciones, y iii) el programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), que cubre a los niños menores de 5 años nacidos después del 1° de diciembre de 2006, contra 116 enfermedades infantiles, adicionales a las cubiertas por el CAUSES y por el FPGC. Cobertura de atención que empieza a verse reflejada en la reducción del gasto de bolsillo y de los gastos catastróficos por razones de salud.

Con el objetivo de identificar en qué medida el sistema de salud contribuye a evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, en el Programa Sectorial de Salud se establecieron dos metas estratégicas cuyos resultados se indican a continuación. (Cuadro I.12)

Cabe aclarar que estos resultados se obtuvieron de estimaciones basadas en el análisis y procesamiento de los datos de diversas encuestas a nivel poblacional y de los sistemas de información de varias dependencias públicas [SS, Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), entre otras], las cuales hicieron necesario modificar la línea base para ambos indicadores, incrementando el valor que se planteó en 2006, dado que ésta fue obtenida con datos preliminares en ese momento.

Cuadro I.12

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 4: Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.

Programa Sectorial de Salud 2007-2012; México, 2008

Indicador	Unidad de medida	Línea base (Lb) 1/	Valor 2008	Variación % (2008/Lb)	Variación % (2008/meta)	Meta 2012
Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto en salud	Porcentaje	51.00	50.30	-1.37	14.32	Disminuir el gasto de bolsillo a 44% del gasto total en salud
Porcentaje de hogares que incurrir en gastos catastróficos por motivos de salud	Porcentaje	3.73	2.49	-33.24	-25.89	Reducir en 10% la proporción de hogares que enfrentan gastos catastróficos en salud: 3.36% de los hogares

1/ La línea base corresponde a datos 2006

Fuente: DGED-SS, con base en datos de SICUENTAS, DGIS

UAE-SS, con datos de la ENIGH 2004 y 2006, y CONEVAL: Nota técnica 001/2007

Meta 4.1 Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud

El financiamiento del sistema de salud en México proviene fundamentalmente de los impuestos generales y de otros ingresos gubernamentales, de las contribuciones a la seguridad social que realizan patrones y trabajadores, y del gasto privado en salud que se integra por el gasto de bolsillo de las familias y por los gastos en seguros médicos privados.

Un sistema de salud que se financia primordialmente a través del gasto de bolsillo limita el acceso a la atención médica al imponer restricciones económicas a las familias. En este escenario, dos situaciones siempre están latentes: por un lado, la posibilidad de diferir o postergar la atención médica por no disponer de recursos para pagar la atención y, por el otro, la exposición familiar involuntaria a incurrir en gastos excesivos por motivos de salud, los cuales pueden poner en riesgo el patrimonio familiar.

De acuerdo con el Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), el gasto privado es el que mayor peso tiene en la integración del gasto total en salud, el cual incluye todas las erogaciones directas e indirectas que realizan las

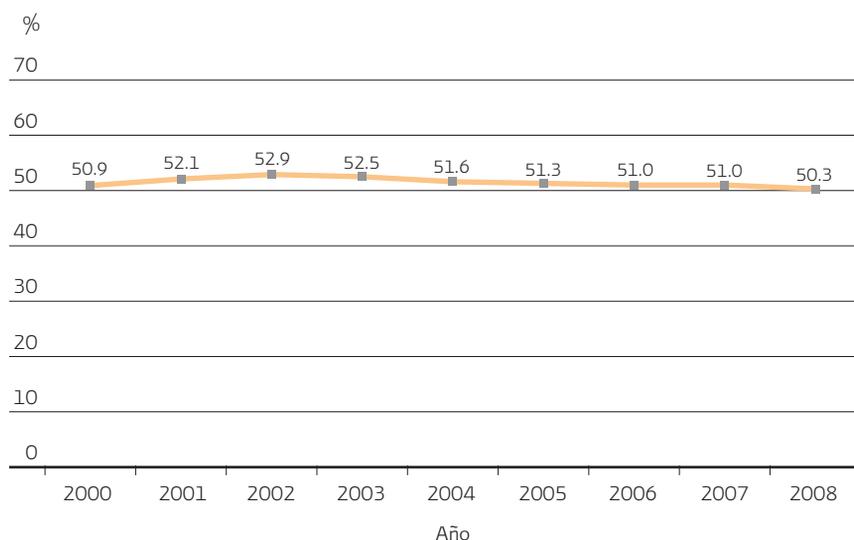
familias para la atención de la salud de sus miembros y se compone de los gastos de bolsillo y de los gastos en seguros médicos privados. El gasto de bolsillo representa más del 95 por ciento del gasto privado total y un poco más del 50 por ciento del gasto total en salud del país, estos porcentajes son los más altos en comparación con algunos países de ingresos medios de América Latina como Argentina, Uruguay, Brasil y Colombia.

Por esta razón, el sector salud estableció para 2012, la meta de reducir a 44 por ciento el gasto de bolsillo respecto del gasto total en salud, lo que significa disminuir este tipo de gasto en siete puntos porcentuales entre 2006 y 2012. En 2008, el gasto de bolsillo representó 50.3 por ciento del gasto total en salud, para una reducción de 0.7 puntos respecto del gasto de bolsillo de 2006 (10% de la reducción requerida), cifra todavía muy lejana a la meta fijada. (Cuadro I.12)

El gasto de bolsillo ha venido disminuyendo lentamente a partir de 2002 cuando alcanzó su porcentaje más alto (52.9%). La reducción entre ese año y 2008 es de casi 5 por ciento, lo que significa una disminución de 2.6 puntos porcentuales. (Figura I.19)

Figura I.19

Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud;
México, 2000-2008



1/ Estimación preliminar.

Fuente: DGED-SS, con base en datos de SICUENTAS, DGIS-SS

A pesar de esta tendencia, el porcentaje que representa el gasto de bolsillo aún se considera elevado, y la disminución registrada probablemente se debe más al ritmo de crecimiento del gasto público, particularmente del gasto en salud para población no asegurada que a la reducción del gasto de bolsillo durante los últimos seis años.

Meta 4.2 Porcentaje de hogares que incurren en gastos catastróficos por motivos de salud

En nuestro país poco más del 60 por ciento de los hogares suele financiar total o parcialmente la atención médica o la compra de medicamentos con sus propios recursos. Por ello, no es de sorprender que más de la mitad del gasto total en salud corresponda al gasto de bolsillo. Esta forma de financiar la salud es injusta porque el acceso a la atención médica no depende de la probabilidad de enfermarse, sino más bien de la capacidad de pago de las familias, lo que

incrementa el riesgo de que éstas incurran en gastos catastróficos por atender su salud, y peor aún puede provocar que la población deje de buscar la atención necesaria (posponer su atención) por carecer de los recursos para ello.

El análisis de los gastos catastróficos por motivos de salud es una herramienta indispensable para medir el nivel de protección financiera de los sistemas de salud. Desafortunadamente, en México no existe una metodología única y estandarizada para estimar este tipo de gasto, por lo que existen variaciones en las estimaciones disponibles, producto de la utilización de procedimientos distintos o de una falta de homogeneización de los criterios para determinar el gasto catastrófico. De hecho, con respecto a este último punto, suelen utilizarse umbrales que varían entre 20 y 40 por ciento de la capacidad de pago del hogar, ya que para los hogares muy ricos el criterio de 30% no podría resultar suficientemente catastrófico, mientras que para los hogares muy pobres, criterios inferiores al 30% pueden resultar muy catastróficos.

Por ello, la SS, a través de la Dirección General de Evaluación del Desempeño, convocó a la Unidad de Análisis Económico (UAE), CNPSS, Instituto Nacional de Salud Pública y a la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), para homogeneizar los criterios y procedimientos de cálculo para este indicador (ver nota metodológica). A partir de ello, en este informe se considera que un hogar incurre en un gasto catastrófico por motivos de salud cuando los gastos totales en salud de ese hogar representan 30% o más de su capacidad de pago.

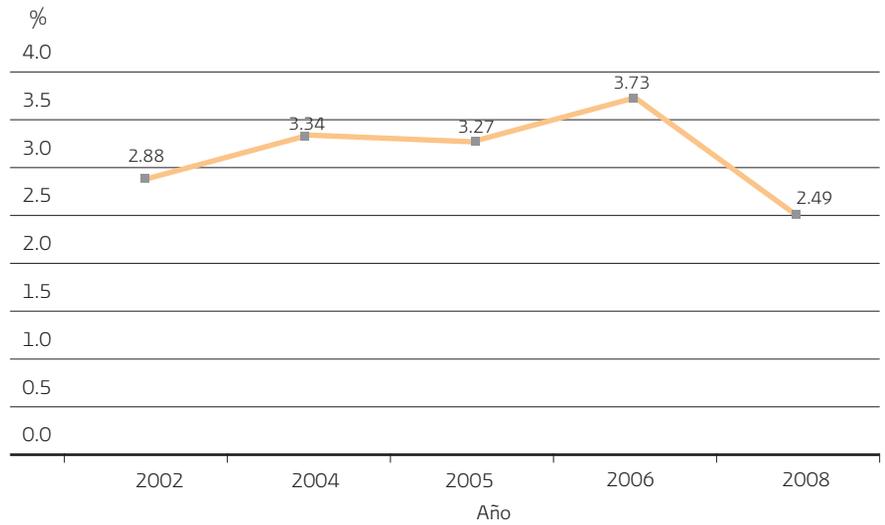
Con la información de las Encuestas Nacionales de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), la UAE estimó que en 2002 los hogares que enfrentaron gastos catastróficos representaron un 2.88 por ciento del total de hogares, mientras que en 2006, año que registra el valor más elevado durante el periodo de 2002 a 2008, un 3.73 por ciento de los hogares incurrieron en gastos catastróficos por motivos de salud. Los cálculos con base en la ENIGH 2008 establecen que el porcentaje de hogares con gastos catastróficos fue de 2.49 por ciento, lo que

significa que 665,860 hogares se empobrecieron por razones de salud en el último trimestre de 2008. Esta cifra representa una reducción de 33.2 por ciento respecto del valor inicial en 2006, reducción que permitió cubrir la meta de 2012 de 3.36 por ciento de hogares con gastos catastróficos. (Cuadro I.12 y Figura I.20)

Desafortunadamente, la población con mayor probabilidad de enfrentar gastos catastróficos por motivos de salud es la económicamente más vulnerable; la que no tiene los beneficios de la seguridad social, ni de algún seguro de gastos médicos; la que reside en áreas rurales y la que pertenece al 20% de la población más pobre del país. En este sentido, en 2008 el porcentaje de hogares en los que el gasto catastrófico además resultó ser empobrecedor ascendió a 1.02, que equivale a 273,340 hogares, cifras que representan una reducción respecto de 2006 donde el 1.36 por ciento de los hogares enfrentaron un gasto catastrófico y empobrecedor (360,679 hogares en ese año).

Figura I.20

Porcentaje de Hogares con gastos catastróficos por motivos de salud; México, 2000-2008



Fuente: UAE-SS, con datos de la ENIGH 2004 y 2006, y CONEVAL; Nota técnica 001/2007

Objetivo 5 Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país

En congruencia con la política del Gobierno Federal, en el sector salud se busca coadyuvar al logro del desarrollo humano y mejorar el bienestar de los mexicanos, a través de programas y acciones que promueven la igualdad de oportunidades.

El reto es considerable debido a las desigualdades existentes entre diversos grupos de población y por las diferencias regionales derivadas de un desarrollo desigual. De hecho, las personas más pobres, que además viven en localidades marginadas y con un bajo desarrollo humano, tienen mayor riesgo de morir a edades más tempranas por enfermedades infecciosas, desnutrición y por problemas relacionados con la reproducción, así como también por enfermedades no transmisibles, lesiones y accidentes.

Esta población actualmente se encuentra en un círculo vicioso de pobreza-mala salud-pobreza que es necesario modificar si pretendemos que desarrollen sus potencialidades humanas. El cambio necesario en las condiciones de vida de esta población no es una responsabilidad exclusiva del sector salud, pero el sistema de salud puede contribuir al desarrollo económico del país a través de acciones focalizadas en esta población.

Para dar impulso a este propósito, en el *PRO-SESA 2007-2012* se estableció el objetivo 5. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país, el cual se sustenta operativamente en el mejoramiento de la prevención de enfermedades, epidemias y de los riesgos en el trabajo. Para su seguimiento se estableció la siguiente meta. (Cuadro I.13)

Meta 5.1 Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años de edad que presentan bajo peso para su talla en los 125 municipios con menor IDH

La desnutrición de la población es un signo evidente de la desigualdad y falta de oportunidades que se pueden presentar en una sociedad. Por ello, en los últimos años una de las acciones que han emprendido diversas naciones para enfrentar los problemas relacionados con la pobreza, que incluyen a la desnutrición, es la transferencia monetaria condicionada, con la cual el beneficiario no sólo tiene la posibilidad, sino la obligación de utilizar los servicios básicos que se le ofrecen y recibir este tipo de recursos. Estas transferencias monetarias condicionadas, de acuerdo con diversas evaluaciones realizadas recientemente, han dado indicios que son eficaces para ampliar la utilización de los servicios preventivos y para mejorar los aspectos antropométricos y nutricionales de la población beneficiaria.

En México este tipo de transferencias directas se realiza a través del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, el cual busca mejorar las condiciones de educación, salud y alimentación de la población en condiciones de pobreza extrema. Actualmente la cobertura del programa asciende a 5 millones de familias.

Por su parte, en los 125 municipios con menor IDH de México, de acuerdo con la información disponible, se registra una prevalencia de desnutrición entre los menores de cinco años de 8.1 por ciento,

Cuadro I.13

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 5: Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país

Programa Sectorial de Salud 2007-2012; México, 2008

Indicador	Unidad de medida	Línea base (Lb)	Valor 2008	Variación % (2008/Lb)	Variación % (2008/meta)	Meta 2012
Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años que presentan bajo peso para su talla en los 125 municipios con menor IDH	Porcentaje	8.70	8.10	-6.90	16.38	Reducir 20% la prevalencia de desnutrición en menores de 5 años en los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano: 6.96 de prevalencia de desnutrición en menores de cinco años.

Fuente: SPPS-SS

valor que representa una reducción del 6.9 por ciento respecto de la prevalencia registrada en 2006, pero que está por arriba de la meta para 2012 un 16.4 por ciento. (Cuadro I.13)

En el país no se dispone información que permita valorar cómo están incidiendo los problemas económicos actuales en la capacidad de las familias para acceder a los alimentos que les permitan una adecuada alimentación; sin embargo, las evidencias a nivel mundial apuntan a que dichos problemas afectarán aún más a la población pobre y marginada, que en el caso de México se ubica dentro de los municipios con menor IDH. Además, la población de estas zonas enfrenta problemas de disponibilidad y acceso a alimentos, de acceso a servicios públicos básicos de agua y saneamiento, y a servicios de salud.

Para enfrentar estos problemas, el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en su componente de salud, realiza actividades de prevención y atención de la desnutrición, a fin de garantizar entre sus beneficiarios la alimentación y nutrición adecuada de mujeres en edad reproductiva y en periodo de lactancia, así como entre los menores de cinco años. Para ello fomenta la lactancia materna

exclusiva hasta los seis meses de vida, y la educación respecto a los patrones de crianza y prácticas de cuidado infantil; recomienda la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad e incorpora en las actividades de educación para la salud temas sobre el uso de alimentos nativos y sobre las medidas sanitarias para mejorar la higiene en el hogar, incluyendo la mejora en la calidad del agua que consume la población.

Además de estas acciones, el programa proporciona complementos alimenticios para prevenir y atender la desnutrición de los menores de cinco años, a través de la entrega de complementos denominados "nutrisano" a partir de los seis meses de edad, y entre las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia a través del complemento "nutrívida".

El Programa Oportunidades-Salud otorgó en 2008, a través de la SS, un total de 145,234,296 dosis de complementos alimenticios en beneficio de los menores de 5 años de 3,713,581 familias que se encuentran en control; mientras que a través del IMSS-Oportunidades se otorgaron 47,740,104 dosis de complementos que beneficiaron a menores de 1,320,733 familias en control.



II.

Seguimiento de Metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años

Mejorar la salud materna

Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

II. Seguimiento de Metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

En 2008 se ha recorrido un poco más de la mitad del camino para dar cumplimiento a los Objetivos de Desarrollo del Milenio que se establecieron en el año 2000, logrando avances importantes a nivel mundial respecto de los ocho objetivos que se incluyeron, pero evidenciando también que en muchos rubros se está lejos de lograr su cumplimiento pleno.

Por ello, los estados adherentes a la Declaración del Milenio reafirmaron, en la Cumbre Mundial 2005, la importancia de disponer de un sistema multilateral eficaz para enfrentar de mejor manera los problemas y las amenazas que afectan al mundo, incluyendo la desaceleración económica mundial y la crisis en seguridad alimentaria, a fin de conseguir progresos en las esferas de la paz y seguridad, el desarrollo y los derechos humanos.

Como resultado de esta Cumbre, se estableció la necesidad de consensuar sobre cuáles son las amenazas y desafíos más importantes a nivel mundial, a fin de establecer medidas concretas para enfrentarlos. Ello dio lugar a la definición de nuevas metas e indicadores, mismos que fueron incorporados al seguimiento de los ODM desde agosto de 2006 y que entraron en vigor a partir de enero de 2008.

La adopción de esta nueva lista de indicadores y metas para los ODM en México (Anexo B.1), provocó que se excluyeran varios de los indicadores a los que se dio seguimiento en la versión previa de este informe; aunque se trató de mantener, en los casos en que fue posible, su seguimiento. Además, algunos de los indicadores propuestos no fueron incluidos en este análisis, dado que en 2008 se realizaron las adecuaciones en los sistemas de información y en los procedimientos, a fin de generar los datos correspondientes.

A continuación se presentan los resultados obtenidos con el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2008.

Objetivo 1 Erradicar la pobreza extrema y el hambre

A nivel mundial, de 1990 a 2006, se han logrado avances importantes en la reducción de la proporción de menores de cinco años que presentan bajo peso; sin embargo, dichos logros se ven amenazados por la crisis alimentaria que provocará un aumento de las personas que padecen hambre en el mundo y motivará que más personas enfrenten la pobreza, destacando también el aumento en los precios de los alimentos, como consecuencia de interrupciones en la oferta, pero sobre todo por una mayor demanda de estos productos a consecuencia de los cambios en los patrones alimenticios de la población, el crecimiento económico, el volumen de población mundial y la urbanización.

En México no se ha estimado el efecto del alza de precios en el estado nutricional de la población, ni como afectará la desaceleración económica en el poder adquisitivo de las familias; sin embargo, una constante a nivel mundial es que la población pobre sufrirá más este tipo de fenómenos, incidiendo negativamente en su capacidad para adquirir alimentos suficientes y sanos.

Prevalencia de bajo peso en menores de cinco años

La pobreza es un fenómeno multifactorial, pero que en términos generales se origina por la falta de capacidades y oportunidades que ofrece una sociedad a sus integrantes, limitando su bienestar y desarrollo. La pobreza incide de manera negativa en la salud y el bienestar de la población, afectando los niveles de supervivencia y calidad de vida de

los individuos desde antes de su nacimiento. Una adecuada nutrición, por lo tanto, es un factor determinante para garantizar que los individuos gocen de una buena salud y que puedan incorporarse al sistema productivo.

El informe mundial de los ODM de 2008, señala que, a pesar de que la proporción de niños menores de 5 años desnutridos ha disminuido, en 2006 aproximadamente la cuarta parte de los niños de países en desarrollo (140 millones) presentaban insuficiencia ponderal y estaban en riesgo de que su futuro se vea comprometido por los efectos a largo plazo de la desnutrición. Ello implica que, considerando a la desnutrición infantil como rastreador de la población que padece hambre en el mundo, los progresos obtenidos durante el periodo han sido insuficientes, por lo que cumplir con la meta de reducir a la mitad la proporción de la población que padece hambre entre 1990 y 2015 es una asignatura pendiente.

En México, la prevalencia de bajo peso en los menores de cinco años fue de 6.7 por ciento en 2008, cifra que representa una reducción del 52.8 por ciento respecto del valor registrado en 1988 (14.20%). La prevalencia de 2008 es un poco más baja que la meta fijada para 2015 (7.1%), con lo que esta meta se ha cumplido. Sin embargo, en materia de salud sabemos que la única manera de consolidar estos logros es continuar trabajando con la misma dedicación y compromiso, no bajar la guardia en la prevención, detección temprana y en la rehabilitación de los niños menores de cinco años con bajo peso. Por otra parte, no sabemos en qué medida la actual crisis

Cuadro II.1

Metas relacionadas con el Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre
Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2008

Meta / Indicador	Línea base	Última cifra disponible	Variación % (última cifra disponible/Lb)	Variación % (última cifra disponible/meta)	Meta 2015
Meta 2: Reducir a la mitad la proporción de la población que padece hambre entre 1990 y 2015					
Prevalencia de bajo peso en menores de cinco años 1/	14.20	6.70	-52.82	-5.63	7.10

1/ La cifra para línea base corresponde a datos de 1988, la última cifra disponible corresponde a 2008
Los valores para la línea base fueron ajustados a partir de las proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO
Fuente: SPPS-SS con base en las Encuestas Nacionales de Nutrición

financiera puede modificar este nivel de logro, dado que las familias pobres seguramente verán limitado su acceso a la compra de alimentos y a otros insumos básicos. (Cuadro II.1)

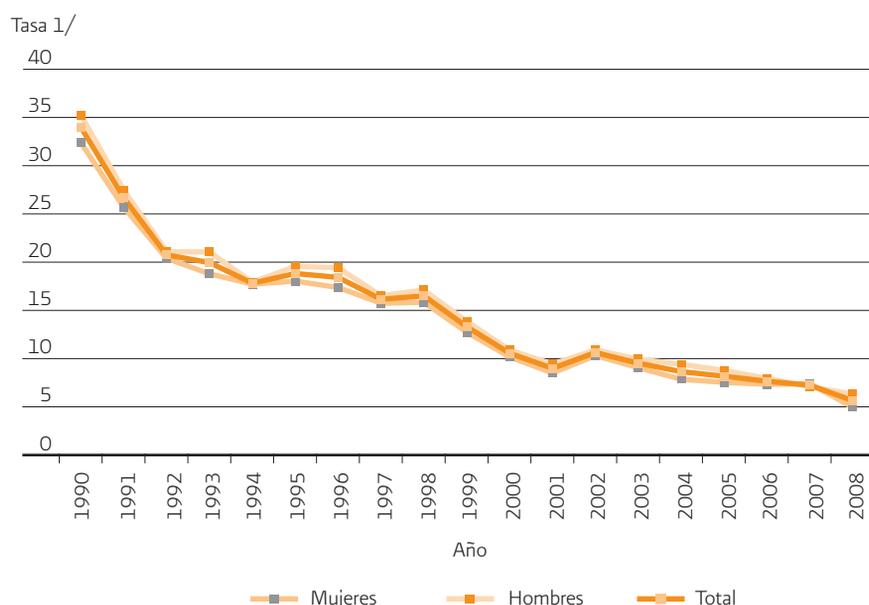
Los cambios en materia de reducción de la prevalencia de desnutrición se reflejan en la tenden-

cia de la mortalidad por esta causa. Entre 1990 y 2008, se observa una reducción del 83.4 por ciento en la mortalidad por desnutrición. Entre los niños, la reducción fue del 82.1 por ciento y en las niñas de 84.7 por ciento, respectivamente. En 2008, la tasa de mortalidad por desnutrición en los menores de cinco años fue de 5.6 defunciones por cien mil niños de esa edad: 6.3 para los niños y 5.0 para las niñas. (Figura II.1)

Este nivel de logro ha sido posible por los esfuerzos desplegados en el sector salud y en otros sectores de la sociedad que inciden en el desarrollo humano. En lo que toca al sector salud, las mejoras se asocian básicamente al Programa de Vacunación Universal y a las Semanas Nacionales de Salud, así como también al componente de salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Este logro tampoco hubiera sido posible sin la participación de los miles de médicos, enfermeras y promotores de salud que en la atención ambulatoria y hospitalaria tienen a su cargo el cuidado de los niños y niñas con desnutrición, o con enfermedades asociadas del tipo de infecciones respiratorias agudas y diarreas, responsables de una fracción considerable de la mortalidad en este grupo de edad.

Figura II.1

Mortalidad por desnutrición en niños menores de cinco años; México, 1990-2008



1/ Tasa observada por 100 mil niños menores de 5 años
Fuente: INEGI-SS, 1990 a 2007 y SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Objetivo 4 Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años

Un reflejo del rezago económico y social en una sociedad es la presencia de tasas elevadas de mortalidad en la población menor de cinco años, sobre todo si dicha mortalidad está asociada a padecimientos infecciosos y a la desnutrición. De acuerdo con el informe de los ODM de 2008, en todo el mundo mueren anualmente alrededor de diez millones de niños menores de cinco años, la mayoría de ellos en África y Asia. En América Latina y el Caribe la situación no es tan severa; sin embargo, en 2006 la tasa de mortalidad entre los menores de cinco años fue de 27 defunciones por mil niños de esa edad, cifra considerada alta si se compara con la mortalidad de esta población en países desarrollados. Por esta razón, en la asamblea de las Naciones Unidas de 2005, México reafirmó su compromiso de cumplir la meta de reducir en dos terceras partes la mortalidad de niños y niñas menores de cinco años en 2015.

Desde 1990, el Gobierno Mexicano ha implementado diversos programas y estrategias con el fin de mejorar la salud de los menores de cinco años y abatir el número de muertes entre ellos. Además de los programas mencionados líneas arriba, destaca el Programa Arranque Parejo en la Vida (2001); la incorporación de acciones básicas de atención para esta población en el Catálogo Universal de Servicios de Salud del SPSS (2004); el Seguro Médico para una Nueva Generación (2007); la Estrategia de Embarazo Saludable (2008), y la implantación del Programa Caravanas de la Salud.

El compromiso del país con los ODM, respecto del objetivo 4, es lograr que en el 2015 la tasa de

mortalidad de los niños menores de cinco años se reduzca en dos terceras partes, y asimismo que para esa fecha la vacunación contra el sarampión alcance una cobertura del 95 por ciento en este grupo de población. (Cuadro II.2)

Mortalidad de menores de cinco años

En 2008 se registraron 32,851 defunciones de menores de cinco años, de las cuales 56 por ciento ocurrieron en niños. La mortalidad en menores de cinco años representa el 6.4 por ciento de las defunciones en el país. La tasa de mortalidad, calculada como probabilidad de morir, es de 17.86 defunciones por mil menores de cinco años, cifra que significa una reducción de 62.1 por ciento respecto de la tasa de mortalidad observada en 1990; también implica que para cubrir la meta en 2015 se necesita reducir 13.6 por ciento la tasa registrada en 2008. (Cuadro II.2)

En 2008 la principal causa de muerte en la población menor de cinco años fue la asfixia y traumatismo al nacimiento, con 21.9 por ciento de las muertes; le siguen en orden de importancia, las malformaciones congénitas del corazón con 9.4 por ciento y las infecciones respiratorias agudas con 7.5 por ciento.

Entre 1990 y 2008 la probabilidad de morir en los menores de cinco años ha descendido consistentemente, y de manera más acelerada entre 1990 y 1999. De mantenerse la tendencia observada en los años previos, será factible cumplir con la meta de reducir dos terceras partes la mortalidad de los menores de cinco años en 2015. (Figura II.2)

Cuadro II.2

Metas relacionadas con el Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años
Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2008

Meta / Indicador	Línea base	Última cifra disponible	Variación % (última cifra disponible/Lb)	Variación % (última cifra disponible/meta)	Meta 2015
Meta 5: Reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de cinco años entre 1990 y 2015					
Mortalidad de menores de cinco años (defunciones por 1,000 nacimientos) 1/	47.16	17.86	-62.14	13.59	15.72
Mortalidad infantil (defunciones por 1,000 nacimientos) 1/	39.15	15.16	-61.29	16.14	13.05
Proporción de niños y niñas de un año de edad vacunados contra el sarampión 2/	75.30	95.46	26.77	0.48	95.00

1/ Se refiere a la probabilidad de morir en el grupo de edad correspondiente. La cifra para línea base corresponde a datos de 1990, mientras que la última cifra disponible corresponde a 2008

2/ La cifra para línea base corresponde a datos de 1990, la última cifra corresponde a datos de 2008

Fuente: Mortalidad con datos INEGI-SS, 1990; SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO; Vacunación 2008, con datos del CeNSIA/SPSS-SS

Respecto del comportamiento de las principales causas de mortalidad en esta población, tenemos que en 1990 la asfixia y trauma al nacimiento ocupaba el primer lugar con 14,977 defunciones; en segundo lugar se encontraban las infecciones intestinales, con 14,006 muertes, y en tercer lugar las infecciones respiratorias agudas, con 12,920 defunciones. Estas tres causas agrupaban el 49

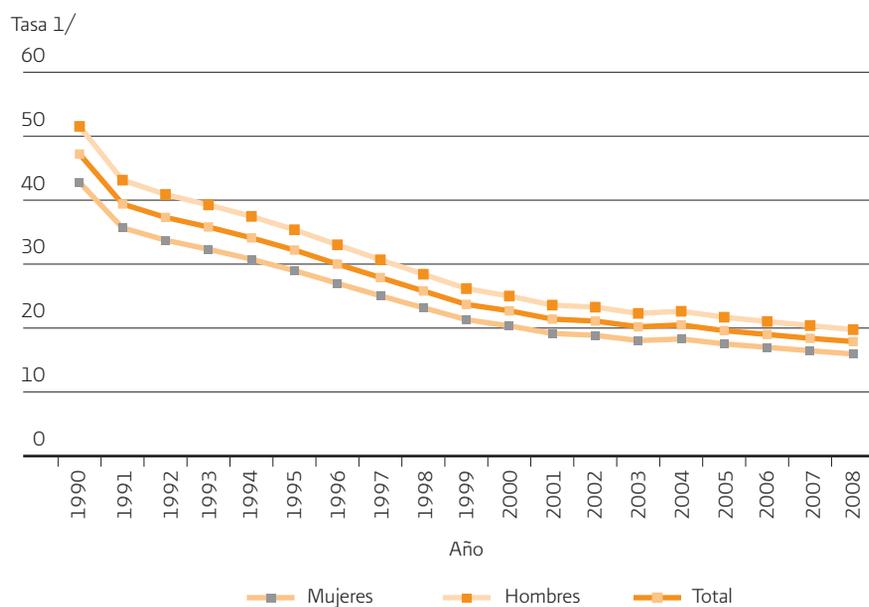
por ciento de las muertes de menores de cinco años. En 2008 se mantiene la asfixia y trauma al nacimiento como la primera causa de muerte, con 7,198 defunciones, para una disminución de 52 por ciento respecto de 1990; en segundo lugar se ubican las malformaciones congénitas del corazón, con 3,095 muertes, y en tercer lugar se mantienen las infecciones respiratorias agudas, con 2,476 muertes (10,444 muertes menos que en 1990).

En términos de tasas de mortalidad por causa específica, en 1990 la mortalidad por asfixia y trauma pasó de 618.3 defunciones por 100 mil nacimientos estimados a 368 en 2008 (reducción de 40.5%); la mortalidad por EDAS pasó de 122.6 por 100 mil menores de cinco años a 11.5 muertes en 2008 (90.6% de reducción); y la mortalidad por IRAS pasó de 113 muertes por 100 mil menores de cinco años en 1990 a 25.5 defunciones en 2008 (reducción de 77.4%). (Figura II.3)

A pesar de la disminución de las muertes entre los menores de cinco años en el país durante los últimos 18 años, la ocurrencia de ellas entre las entidades federativas muestra desigualdades inaceptables: el riesgo de morir de los menores de cinco años en el estado de Guerrero es 1.9 veces más alto que en Nuevo León, y 1.4 veces más alto que el riesgo de la población nacional. Otros estados en donde los menores de cinco años tienen un mayor riesgo de fallecer son Chiapas, con una tasa de 24.9 muertes

Figura II.2

Mortalidad en menores de 5 años; México, 1990-2008



1/ Se refiere a la probabilidad de morir por cada mil menores de cinco años

Fuente: Estimaciones de la DGED-SS con base en las proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

por mil menores de cinco años; Oaxaca con 23; Puebla con 21.4, y Veracruz con 21.3 defunciones por mil menores de cinco años. (Figura II.4)

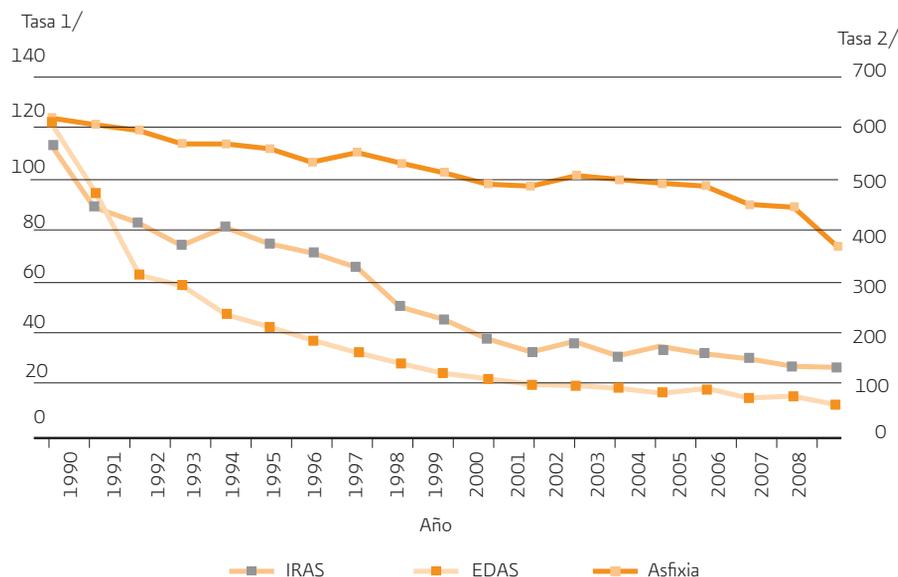
En el extremo opuesto, las entidades donde la probabilidad de morir es baja respecto del comportamiento nacional son: Nuevo León, Distrito Federal, Baja California, Coahuila, Baja California Sur y Tamaulipas con tasas inferiores a 15 defunciones por mil niños menores de cinco años.

De acuerdo con la distribución de la mortalidad en menores de cinco años por pertenencia a un esquema de seguridad social, se puede señalar que la mortalidad en la población sin seguridad social es cinco veces más alta que en la población del ISSSTE; 3.6 veces más alta que en la población de PEMEX, y 2.65 veces más alta que en la población asegurada por el IMSS. (Figura II.5)

Mortalidad Infantil

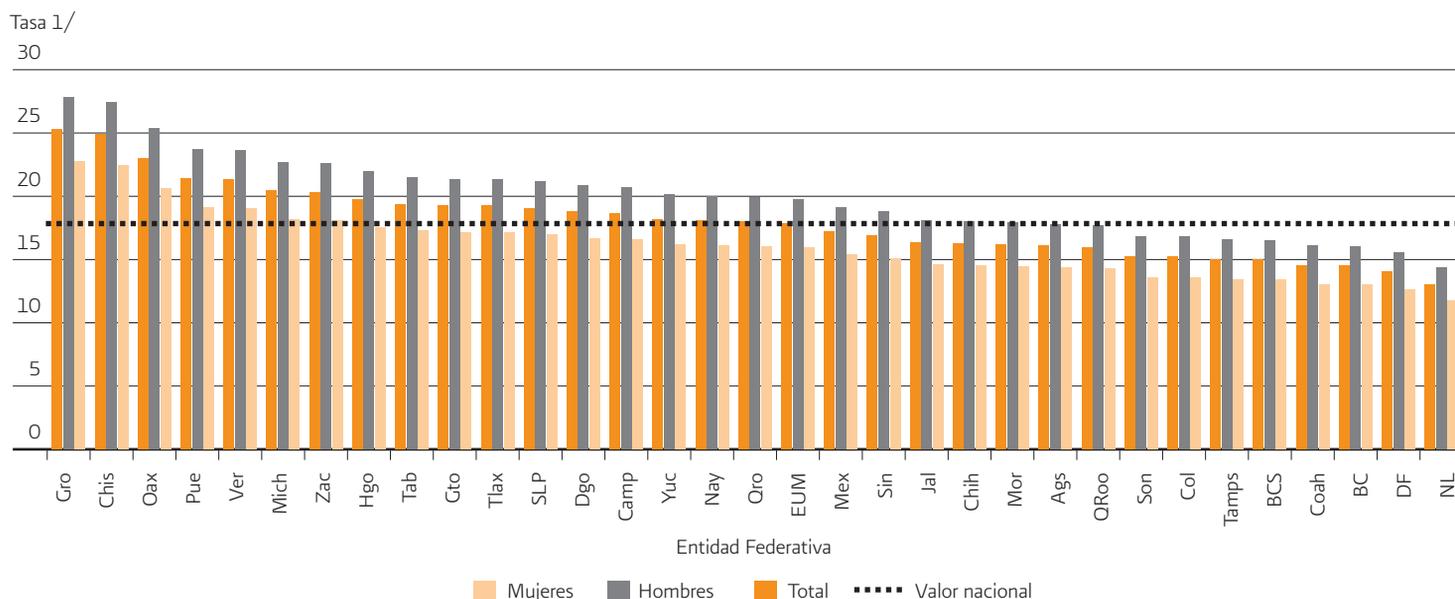
En 2008, la probabilidad de morir entre los menores de un año fue de 15.2 por mil nacidos vivos estimados, para una disminución de 61.3 por ciento

Figura II.3 Mortalidad por asfixia y trauma al nacimiento, infecciones intestinales y enfermedades respiratorias agudas en niños menores de cinco años; México, 1990-2008



1/ Tasa observada por infecciones intestinales y respiratorias agudas por cada 100 mil niños menores de 5 años
 2/ Tasa observada por asfixia y trauma al nacimiento por cada 100 mil nacimientos estimados
 Fuente: INEGI-SS, 1990 a 2007 y SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Figura II.4 Mortalidad en niños menores de cinco años por sexo y entidad federativa; México, 2008



1/ Se refiere a la probabilidad de morir por cada mil menores de cinco años
 Fuente: Estimaciones de la DGED-SS con base en las proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

respecto de la probabilidad registrada en 1990. Para cumplir la meta en 2015 (13.05 defunciones por mil NVE) será necesario disminuir 16.1 por ciento la tasa registrada en 2008. Es factible el cumplimiento de esta meta si mantenemos la velocidad de reducción mostrada en los últimos años. (Cuadro II.2)

Figura II.5

Mortalidad en menores de cinco años por institución; México, 2008

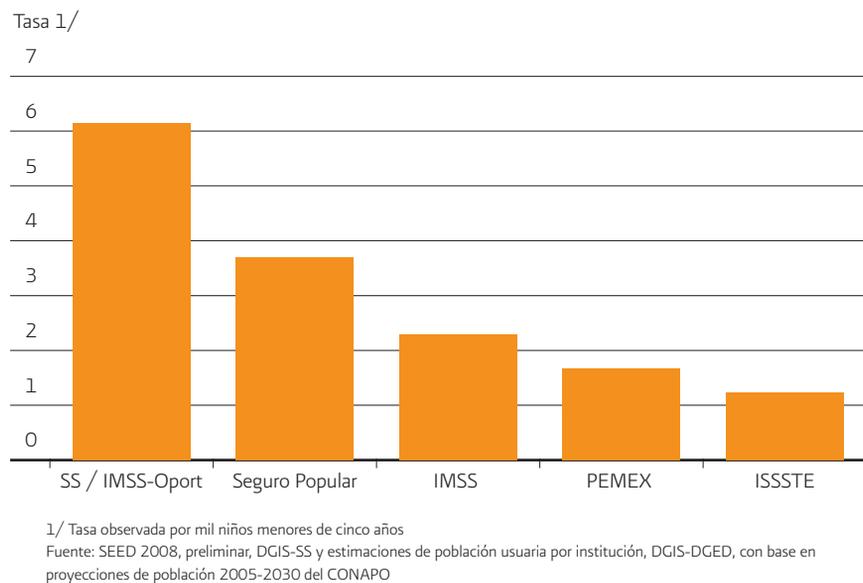
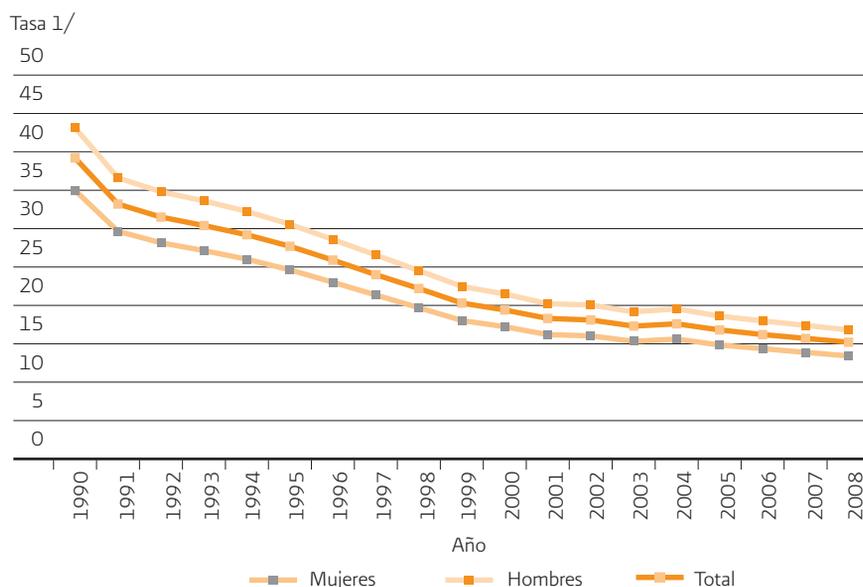


Figura II.6

Mortalidad infantil; México, 1990-2008



1/ Se refiere a la probabilidad de morir por mil nacidos vivos estimados
Fuente: Estimaciones de la DGED-SS con base en las proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

En números absolutos, la cifra de defunciones infantiles en 1990 pasó de 65,458 a 27,616 en 2008, mientras que la probabilidad de morir de los menores de un año cambió de 39.2 defunciones por mil nacidos vivos estimados en 1990 a 15.2 en 2008. (Figura II.6)

Como se mencionó en el indicador previo, la principal causa de muerte en esta población es la asfixia y el trauma al nacimiento. En 1990 esta causa registró una mortalidad de 6.2 defunciones por mil NVE mientras que en 2008 fue de 3.7. (Figura II.7)

Otras causas de muerte que ocupan los primeros lugares después de la asfixia y trauma al nacimiento son las malformaciones congénitas del corazón, con 2,729 muertes en 2008 y las infecciones respiratorias agudas, con 1,971 muertes.

Los estados con mayor mortalidad infantil en 2008 fueron Guerrero con 21.5 defunciones por mil NVE; Chiapas con 21 y Oaxaca con 19.2 muertes por mil NVE. En el extremo opuesto, se encuentran Nuevo León con 10.6; el Distrito Federal, con 11.4, y Baja California con una probabilidad de fallecer de 11.9 por mil nacimientos estimados. El riesgo de morir para los menores de un año del estado de Guerrero es 2 veces más alto que el de los menores de Nuevo León, y 1.4 veces más alto que los menores de un año a nivel nacional. (Figura II.8)

La distribución de las tasas de mortalidad según la afiliación de la población a la seguridad social se presenta en la Figura II.9. Como se puede observar, la población menor de un año sin seguridad social presenta la tasa más alta de mortalidad, con 5.09 muertes por mil usuarios de la SS e IMSS-Oportunidades. El riesgo de morir de esta población es 5 veces más alto que el de la población infantil usuaria de los servicios de PEMEX; 4.4 veces más alto que los menores del ISSSTE, y casi tres veces más que los infantes asegurados por el IMSS. (Figura II.9).

Proporción de niños y niñas de un año de edad vacunados contra el sarampión

Otro de los indicadores propuestos para dar seguimiento al objetivo de reducir la mortalidad de los

niños menores de cinco años es la proporción de menores de un año vacunados contra el sarampión, y esto se debe al hecho de que actualmente el sarampión continúa formando parte de las principales causas de muerte entre los niños del mundo. Situación inaceptable dado que se dispone de intervenciones de probada eficacia para su prevención.

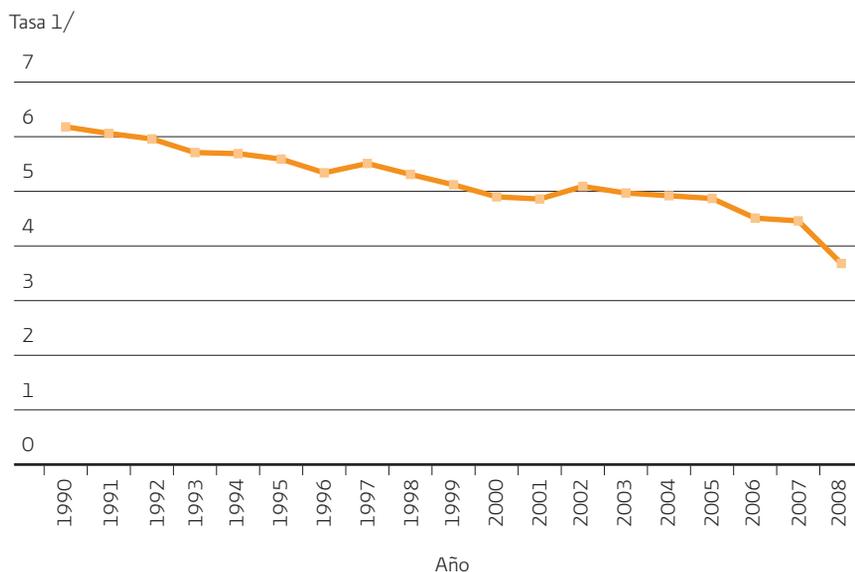
La aplicación de una primera dosis de vacuna y su posterior refuerzo ha permitido reducir las muertes por sarampión en el mundo en un 68 por ciento: de 757,000 defunciones en el 2000 a 242,000 en el 2006.

En 2008, la proporción de niños y niñas de un año de edad que han sido vacunados contra el sarampión en el país es de 95.46 por ciento, lo que representa un incremento del 26.8 por ciento respecto de la cobertura registrada en 1990 (75.3 por ciento). La cobertura de 2008, indica que en México se ha cumplido con la meta comprometida para el 2015 (95 por ciento). (Cuadro II.2)

Las cifras de vacunación contra el sarampión por entidad federativa indican que en los estados de Campeche y San Luis Potosí se logró la cobertura del

Figura II.7

Mortalidad por asfixia y trauma al nacimiento; México, 1990-2008

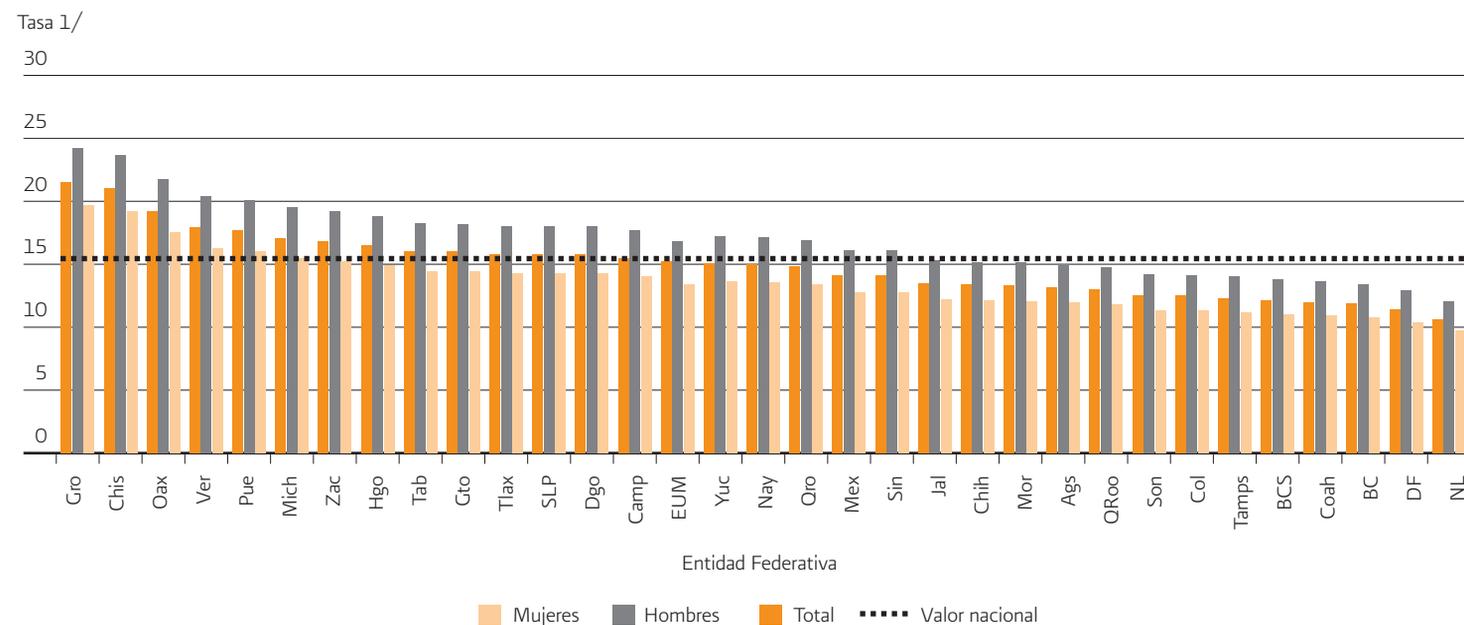


1/ Tasa observada por mil nacidos vivos estimados

Fuente: INEGI-SS, 1990 a 2007 y SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Figura II.8

Mortalidad infantil por sexo y entidad federativa; México, 2008

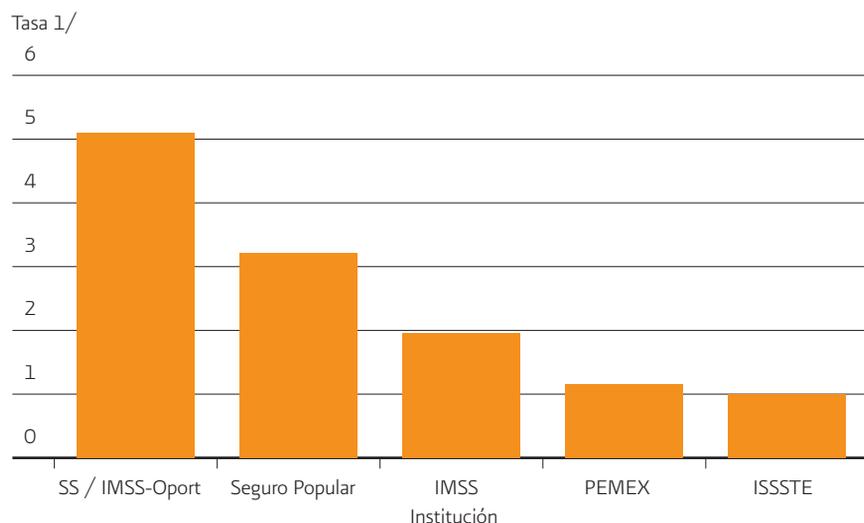


1/ Se refiere a la probabilidad de morir por cada mil menores de cinco años

Fuente: Estimaciones de la DGED-SS con base en las proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Figura II.9

Mortalidad infantil por institución; México, 2008



1/ Tasa observada por mil niños menores de un año
 Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y estimaciones de población usuaria por institución, DGIS-DGED, con base en proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

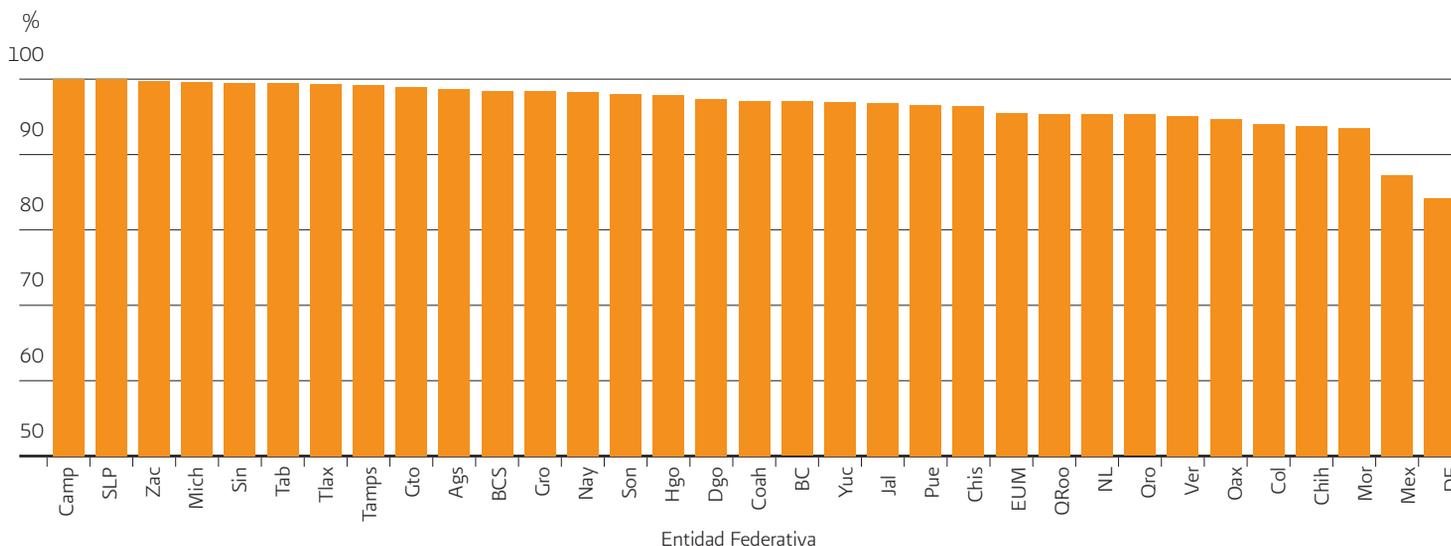
100 por ciento en 2008. Otros estados con altas coberturas son: Zacatecas, con 99.7 por ciento; Michoacán, con 99.6, y Sinaloa con 99.5 por ciento, respectivamente. En el extremo opuesto, el Distrito Federal es la entidad federativa con la menor cobertura del país al registrar 84.2 por ciento. De igual forma, los estados de México y Morelos presentan coberturas que no sobrepasan el 93.5 por ciento. (Figura II.10)

En 2008, un total de 26 entidades federativas registraron coberturas de vacunación contra sarampión superiores a la meta para el 2015 (95 por ciento).

A pesar de los altos porcentajes de vacunación contra el sarampión que hasta el momento se han alcanzado, siguen presentándose retos que es necesario enfrentar, como por ejemplo, lograr que en el Distrito Federal y en el Estado de México se logren coberturas similares a las del resto de los estados, lo cual implica que los procesos de coordinación entre instituciones se fortalezcan. Además, es necesario garantizar que en el país se disponga de las vacunas necesarias para proteger a toda la población, sobre todo al considerar que durante 2008 se presentaron algunas fallas en los procesos de adquisición de este tipo de insumos, derivadas del incumplimiento de los proveedores.

Figura II.10

Cobertura de niños de un año de edad vacunados contra el sarampión por entidad federativa; México, 2008



Fuente: Subdirección de Estrategias y Desarrollo de Programas, PROVAC, SPSS-SS

Objetivo 5 Mejorar la salud materna

En el informe de los ODM 2008, se establece que en 2005 murieron más de 500,000 mujeres durante el embarazo, el parto o el puerperio. El 99 por ciento de estas muertes se presentó en regiones en vías de desarrollo, 86 por ciento de las cuales ocurrieron en el África subsahariana y en el Asia meridional. En el África subsahariana, el riesgo de morir que tiene una mujer por esta causa es de 1 por cada 22 mujeres, mientras que en las regiones más desarrolladas el riesgo es de 1 por cada 7,300.

Razón de mortalidad materna

En México, la mortalidad materna es un desafío enorme para el sistema de salud por su vinculación con la desigualdad y el rezago social y económico del país, así como también por las fallas identificadas en los procesos de atención. En las últimas décadas, mejorar la salud materna, y en especial reducir las muertes durante el embarazo, parto y puerperio, se ha convertido en una prioridad para el sector salud por lo que se han implantado diversas estrategias como el Hospital Amigo del Niño y de la Madre; el programa Arranque Parejo en la Vida; la vigilancia del embarazo y la dotación de suplemento alimenticio a mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, a través del programa de Desarrollo Humano Oportunidades, y la estrategia Embarazo Saludable, a través del Seguro Popular de Salud.

Entre 1990 y 2008 se redujo la razón de mortalidad materna (RMM) en 36.93 por ciento, al pasar de 90.41 defunciones maternas por cada cien mil nacidos vivos estimados en 1990 a 57.02

en 2008. De hecho, en el informe de los ODM de 2008, México está clasificado dentro de los países con baja tasa de mortalidad materna (menos de 100 defunciones). Sin embargo, la meta para el 2015, de 22.6 defunciones maternas por cien mil NVE se ve aún muy lejana dado que la RMM de 2008 indica que se está por arriba de dicha meta un 152 por ciento. (Cuadro II.3)

Entre 2002 y 2008, la RMM muestra una tendencia irregular, en la cual el valor más elevado se presentó en el año de 2003 con 62.7 muertes maternas por cien mil NVE; mientras que la RMM más baja del periodo se registró en 2007 con 55.6 defunciones maternas por cien mil NVE. De mantenerse esta tendencia, el cumplimiento de la meta difícilmente se cumplirá, ya que se requiere que la RMM registre un descenso anual constante de 4.92 defunciones por cien mil NVE durante los 7 años que restan para cumplir la meta establecida para 2015; sin embargo, los altibajos registrados durante los últimos años indican que eso será una tarea complicada, de hecho, entre 2007 y 2008 se registró un incremento del 2.5 por ciento en este indicador. (Figura II.11)

En este sentido, es necesario realizar acciones más efectivas en los tres niveles de gobierno, que permitan consolidar las estrategias impulsadas en los últimos años e instrumentar otro tipo de acciones que respondan a las necesidades específicas de cada región. Además, la reducción de la mortalidad materna no es tarea exclusiva de los servicios de salud, por lo que es necesario involucrar a otros actores como la familia, la comunidad y la sociedad civil

Cuadro II.3

Metas relacionadas con el Objetivo 5. Mejorar la salud materna
Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2008

Meta / Indicador	Línea base	Última cifra disponible	Variación % (última cifra disponible/Lb)	Variación % (última cifra disponible/meta)	Meta 2015
Meta 6: Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015					
Razón de mortalidad materna 1/	90.41	57.02	-36.93	152.27	22.60
Proporción de partos atendidos por personal calificado 2/	52.46	79.88	52.28	-13.17	92.00

La cifra para línea base corresponde a datos de 1990 y la última cifra disponible corresponde a información preliminar de 2008. Ambas cifras fueron ajustadas con base en las proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

1/ Razón de mortalidad materna por 100 mil nacimientos estimados. Excluye muertes maternas tardías o por secuelas (O96 y O97) y por coriocarcinoma (C58X)

2/ La meta corresponde a la cifra para el 2012, de acuerdo con el PROSESA 2007-2012

Fuente: Base de defunciones 1990, INEGI-SS; SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO Boletín de Información Estadística; información de las instituciones públicas de salud. Dato 2008 estimado, DGIS-SS

organizada, a fin de sentar las bases de una nueva cultura del cuidado a la salud, y con ello reducir los riesgos durante el embarazo, parto y puerperio.

En México, los estados que históricamente han presentado una elevada RMM son Oaxaca, Chiapas y Guerrero. Las cifras de la RMM en estos estados

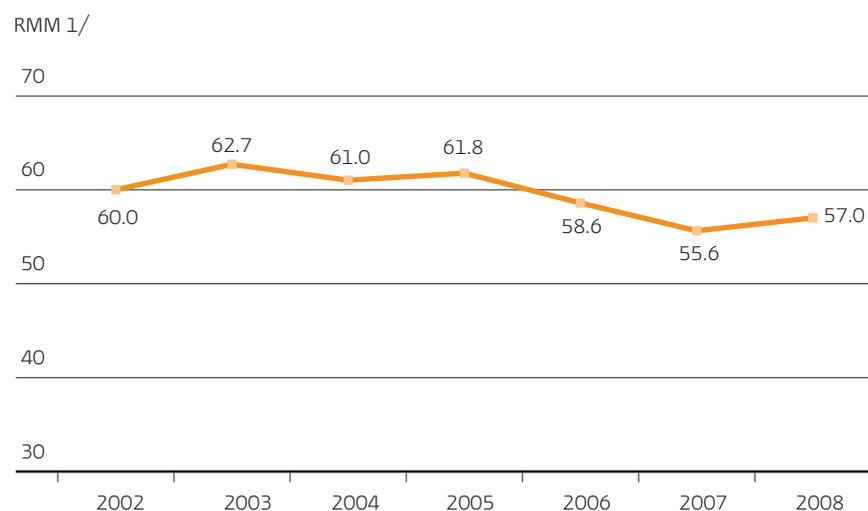
en 2008 fueron: 100.2 defunciones por cien mil NVE; 96.8, y 93.4, respectivamente. Estas cifras son entre 39 y 43 por ciento más altas que la RMM nacional. (Figura II.12)

En contraste, los estados de Tlaxcala, Nuevo León y Sonora fueron los que registraron las RMM más bajas del país, con 27.1, 28.8 y 31.5 defunciones por cien mil nacidos vivos estimados, respectivamente. Mención especial merece el estado de Tlaxcala que en los últimos años ha sostenido una marcada tendencia a la baja de estas defunciones, al pasar de una RMM de 81.8 en 2002 a 27.2 en 2008, lo que equivale a una reducción de 66.7 por ciento.

Al comparar la RMM de 2007 contra la de 2008, se observa que 19 estados presentaron un incremento, destacando los casos de Durango, con un aumento de 28 defunciones por cien mil NVE; Campeche, con un incremento de 27.8; Nayarit con 23.8, y Aguascalientes con un incremento de 22.2 defunciones por cien mil NVE. A pesar de ello, estos estados, con la excepción de Durango, registraron RMM menores a la mortalidad nacional. Por otra parte, de las 13 entidades federativas que redujeron su RMM entre 2007 y 2008, destacaron Baja California Sur con una reducción de 31.5 por cien mil NVE; San Luis Potosí (24.3); Yucatán (15.4), y el Distrito Federal (15.2). Para dimensionar estos

Figura II.11

Razón de mortalidad materna; México, 2002-2008

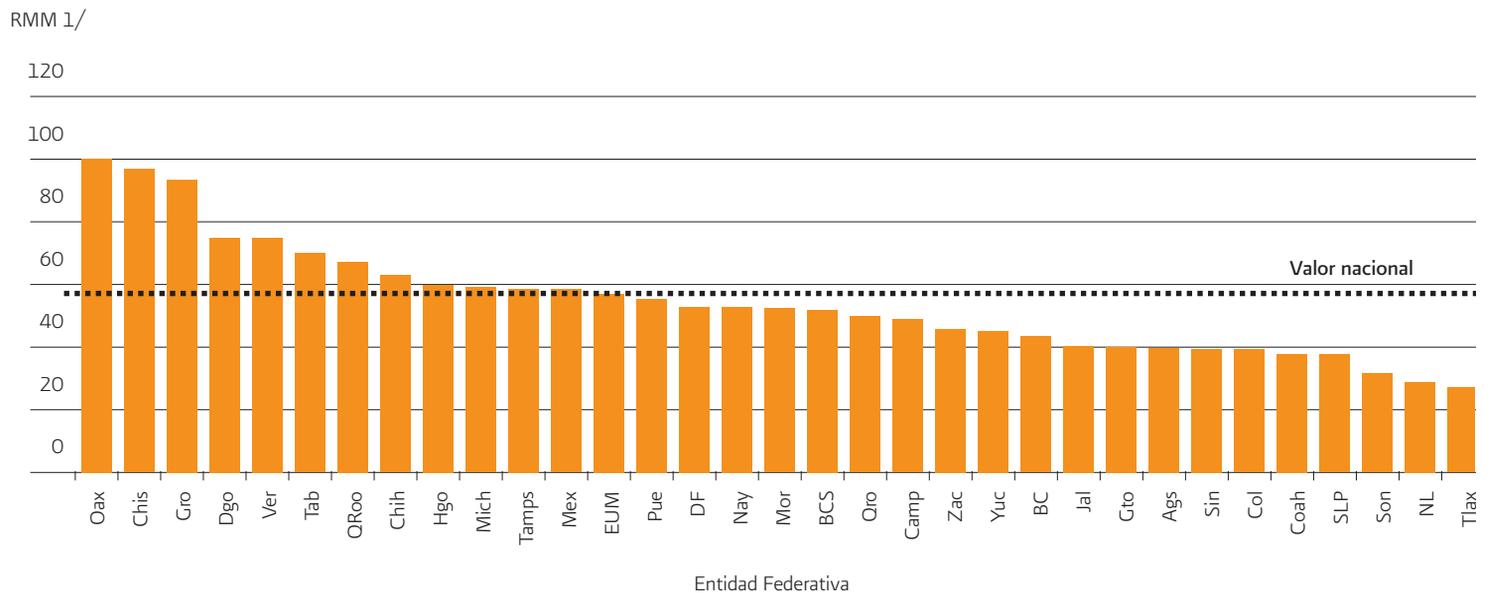


1/ Razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos estimados. Excluye muertes maternas tardías o por secuelas (O96 y O97) y por coriocarcinoma (C58X)

Fuente: INEGI-SS, 2002-2007; SEED 2008, preliminar. DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Figura II.12

Razón de mortalidad materna por entidad federativa; México, 2008



1/ Razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos estimados

Fuente: SEED 2008, preliminar. DGIS-SS v proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

cambios habría que tener presente lo inestable que resulta la RMM a pequeñas modificaciones en el numerador.

Un aspecto importante que se debe tomar en cuenta es el impulso que se ha dado, desde 2002, a la búsqueda intencionada de muertes maternas, lo que ha permitido disminuir paulatinamente el subregistro y la mala clasificación de las muertes maternas, mejorando con ello la información para tomar decisiones sobre las estrategias a seguir.

Para lograr la reducción de la mortalidad materna y cumplir con la meta establecida para 2015, es necesaria la participación activa de todas las instituciones del sector salud, a fin de coordinar estrategias y acciones más efectivas en el corto plazo.

Como puede apreciarse en la Figura II.13, en 2008, el 41.3 por ciento de las defunciones maternas ocurrieron en la población sin seguridad social; otro 43 por ciento en mujeres afiliadas al Seguro Popular (22.8%) y al IMSS (20.2%). El número de defunciones maternas entre la población sin seguri-

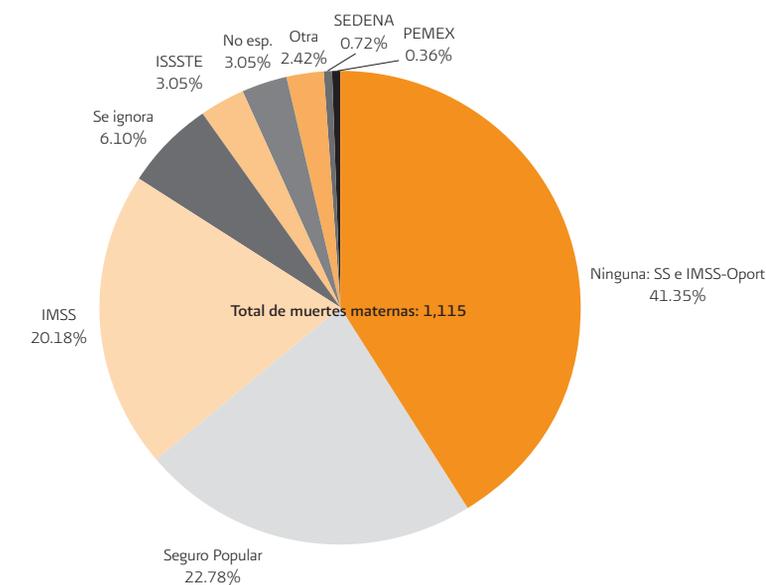
dad social es 1.3.6 veces más alto que las registradas en el ISSSTE; dos veces mayor en comparación con las defunciones del IMSS y 1.8 veces más que las muertes registradas entre la población afiliada al SPS. (Figura II.13)

Proporción de partos atendidos por personal calificado

Una estrategia que ha demostrado su efectividad para reducir los riesgos y daños a los que se enfrentan las mujeres embarazadas es garantizar la atención por personal de salud calificado. En 2006, el 61 por ciento de los nacimientos en países en desarrollo contaron con la asistencia de este tipo de personal, en 1990 esta proporción era menor del 50 por ciento. Sin embargo, la cobertura de atención de los partos por personal calificado en el mundo sigue siendo baja, sobre todo en Asia meridional (40% de cobertura) y en el África subsahariana (47%), regiones que registran elevadas tasas de mortalidad materna.

Figura II.13

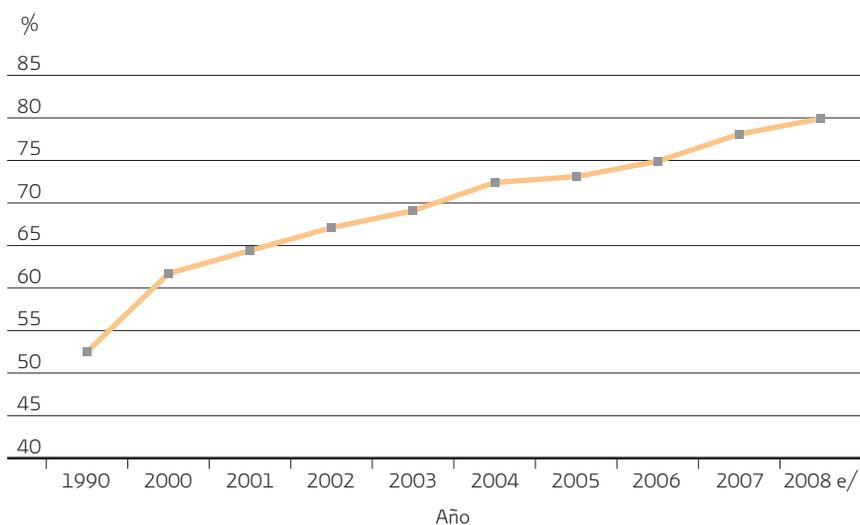
Porcentaje de las defunciones maternas según derechohabencia de la fallecida; México, 2008



Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS

Figura II.14

Porcentaje de partos atendidos por personal de salud; México, 1990 y 2000-2008 1/



1/ Incluye partos eutócicos, distócicos vaginales y cesáreas, atendidos en la SS, IMSS-Oportunidades, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEMAR y SEDENA (este último sólo hasta el año de 2004)

e/ Estimado

Fuente: Boletín de Información Estadística, Volumen III, Servicios otorgados y Programas Sustantivos. DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2050 del CONAPO

La asistencia de los nacimientos a través de personal debidamente capacitado, con los equipos y recursos necesarios y la disponibilidad de opciones de traslado para los casos de urgencias obstétricas, tendría que ser una constante en los países; sin embargo, aún no es posible dadas las condiciones de desarrollo de los países.

En México, la cobertura de partos atendidos por personal capacitado –que en este informe se refiere a la atención por parte del personal de salud de las instituciones públicas–, pasó de 52.46 por ciento en 1990 a 79.9 por ciento en 2008, lo que significa un incremento del 52.3 por ciento en el periodo. En el Programa Sectorial, se estableció la meta de atender en 2012 al 92 por ciento de los nacimientos por personal calificado, lo cual implica que es necesario incrementar la cobertura en 13.2 por ciento, respecto del valor 2008. (Cuadro II.3)

De acuerdo con los datos disponibles, el indicador de proporción de partos atendidos por personal calificado en el país muestra una tendencia ascendente. Entre 1990 y 2000, el incremento registrado fue del 17.6 por ciento, mientras que entre 2000 y 2008 fue de 29.5 por ciento. (Figura II.14)

Objetivo 6 Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Seguimiento de las metas para VIH/SIDA

En el informe de los ODM 2008 se establece que aproximadamente 7,500 personas se infectan de VIH diariamente y otros 5,500 mueren al día de SIDA. El elevado número de casos nuevos de la enfermedad que se registra diariamente obedece, entre otros factores, a la falla de las estrategias de prevención, mientras que las defunciones se asocian generalmente con los obstáculos que enfrentan los pacientes para acceder oportunamente a los medicamentos. A pesar de esta situación, en los últimos años se han logrado reducciones en la incidencia, al pasar de 3 millones de nuevos infectados con VIH en 2001 a 2.7 millones en 2007. Por otra parte, el número de personas que mueren anualmente por SIDA se redujo de 2.2 millones en 2005 a 2 millones en 2007. Sin embargo, la infección por VIH y las muertes por SIDA continúan siendo un problema mundial, estimándose que la cantidad de personas que viven con VIH aumentó 11.9 por ciento entre 2001 y 2007.

Prevalencia de VIH en población adulta (15 a 49 años)

En México, la prevalencia de VIH entre la población de 15 a 49 años aumentó de 0.04 casos por cien mil habitantes en 1990 a 0.35 en 2008, situación que responde al comportamiento epidémico que registra la enfermedad en todos los países. En el país se ha definido como meta anual una cifra

menor de 0.6 casos por cien mil personas de 15 a 49 años, por lo que la prevalencia en 2008 cumplió con dicha meta.

Incidencia de SIDA según año de diagnóstico

Como parte del compromiso para detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA, en 2008 México propuso dar seguimiento a la siguiente meta: incidencia de SIDA, según año de diagnóstico, de 6.7 casos por cien mil habitantes. Al respecto, la incidencia de SIDA en 2008 igualó dicha meta, lo que implica que en este año se tenían registrados aproximadamente 7,148 casos nuevos de la enfermedad. Entre 2007 y 2008 la incidencia se redujo 6.9 por ciento. (Cuadro II.4)

Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales

Antes de la aparición de los medicamentos antirretrovirales las personas con SIDA estaban destinadas a morir prematuramente. Actualmente, el uso de la terapia antirretroviral ha permitido mejorar la supervivencia de los enfermos, reduciendo significativamente los daños provocados por la enfermedad, la incidencia de infecciones oportunistas y disminuyendo la frecuencia de las hospitalizaciones. Sin embargo, la necesidad de tratamiento antirretroviral supera la capacidad financiera de las naciones para adquirir estos medicamentos. De acuerdo con la Or-

Cuadro II.4

Metas relacionadas con el Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades 1/
Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2008

Meta / Indicador	Línea base	Última cifra disponible	Variación % (última cifra disponible/Lb)	Variación % (última cifra disponible/meta)	Meta 2015
Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA para el año 2015					
Prevalencia de VIH en población adulta (por 100 mil habitantes de 15 a 49 años) 2/	0.04	0.35	775.00	-41.67	< 0.6
Incidencia del SIDA según año de diagnóstico (por 100 mil habitantes) 2/	4.40	6.70	52.27	0.00	6.70
Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales 3/	64.30	100.00	55.52	0.00	100.0
Mortalidad por VIH/SIDA (por 100 mil habitantes) 4/	1.78	4.57	156.74	20.04	3.81

1/ En este cuadro sólo se muestran los resultados relacionados con VIH/SIDA, en el siguiente se presentan los resultados para paludismo y tuberculosis

2/ La cifra para línea base corresponde a datos de 1990 y la última cifra disponible y la meta corresponden a 2008 (cifras preliminares)

3/ La cifra para línea base corresponde a datos de 2000, la última cifra disponible a 2008 y la meta corresponden al valor para los siguientes años

4/ La cifra para línea base corresponde a datos de 1990; la última cifra disponible a 2008 y la meta corresponden a 2012

Fuentes: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; CENSIDA-SPPS-SS

Base de las defunciones INEGI-SS; SEED 2008 preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

ganización de las Naciones Unidas (ONU), en 2007 de los 9.7 millones de personas que necesitaban tratamiento en los países en desarrollo, solamente 3 millones lo recibieron (30.9%).

En México, la implantación de la estrategia de acceso universal a la atención médica integral en VIH, que incluye el acceso a medicamentos antirretrovirales (ARV) para todas las personas afectadas, ha permitido que 39,295 personas tengan acceso a estos insumos, lo que significa una cobertura del 100 por ciento. Cabe señalar que en el año 2000 la cobertura registrada era del 64.3 por ciento. (Cuadro II.4)

Garantizar el acceso universal a estos medicamentos ha sido posible principalmente por las aportaciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, que destinó en 2006 un total de 843 millones de pesos para ese fin, en 2007 un total de 1,140 millones y 1,588 millones de pesos en 2008.

Para dar continuidad a este logro durante los próximos años, es necesario desarrollar diversas

acciones, entre las que sobresalen: i) negociar la reducción del costo promedio del tratamiento antirretroviral; ii) mejorar la vinculación hospitalaria para la atención de personas con VIH que permita, además de mejorar la atención de los pacientes, utilizar más eficientemente los medicamentos y recursos destinados a la estrategia, y iii) garantizar la atención integral a las personas con VIH/SIDA, que incluye la eliminación de todo tipo de discriminación en todos los ámbitos (familiar, laboral, social).

Mortalidad por VIH/SIDA

En México, de acuerdo con la información preliminar de 2008, se registró una tasa de mortalidad de 4.57 defunciones por cien mil personas, lo que representa un 156.7 por ciento respecto de la mortalidad registrada en 1990, superando también la meta establecida para 2008 en 0.76 muertes por cien mil habitantes. (Cuadro II.4)

Entre 1990 y 2008 la mortalidad por VIH/SIDA presentó un ascenso acelerado hasta 1996

para luego mantenerse relativamente estable, con lo cual se cumplió con la meta de detener la propagación de esta enfermedad, a pesar de la cifra de 2007, año en que se registró la mortalidad más alta del periodo, con una tasa de 4.81 defunciones por cien mil habitantes. (Figura II.15)

En este mismo periodo (1990-2008), la mortalidad por VIH/SIDA en hombres se incrementó en 154.4 por ciento; mientras que para las mujeres, a pesar de que sus tasas son mucho menores, el aumento fue de 185.7 por ciento. El comportamiento de la mortalidad femenina por esta causa es un fenómeno presente en todo el mundo, que preocupando a los gobiernos por los efectos que tiene para el desarrollo de los países (aumento de la mortalidad, contagio de recién nacidos y desintegración familiar, entre otros). (Figura II.15)

Debido al incremento de la mortalidad femenina, la brecha entre hombres y mujeres ha disminuido de forma tenue pero constante al paso de los años. En 1990 la mortalidad de los hombres era 5.1 veces más alta que la de mujeres, para 2008 esta brecha se redujo a 4.6 veces.

En la población general la mortalidad por VIH/SIDA no figura entre las primeras diez causas de muerte en 2008, sin embargo, tanto en el grupo de 15 a 29 años como en el de 25 a 44 años de edad, la mortalidad por esta causa ocupó el quinto lugar, respectivamente. En 2008 se registraron 3,169 defunciones por VIH/SIDA en el grupo de 25 a 44 años, lo que representa el 5.6 por ciento del total de muertes de ese grupo.

Respecto de la distribución de la mortalidad por VIH/SIDA en las entidades federativas, en 2008 la mortalidad más elevada del país se registró en Tabasco, con 10.9 defunciones por cien mil habitantes, le sigue Veracruz con 10.3, y Baja California con 8.9 decesos. En el extremo opuesto, Zacatecas fue el estado con la menor mortalidad, con 1.4 defunciones por cien mil personas, y ligeramente más arriba se encuentra Hidalgo, con una tasa de 1.6 defunciones por cien mil habitantes. (Figura II.16).

El riesgo que tiene una persona de morir por VIH/SIDA en Tabasco es 7.9 veces mayor al riesgo

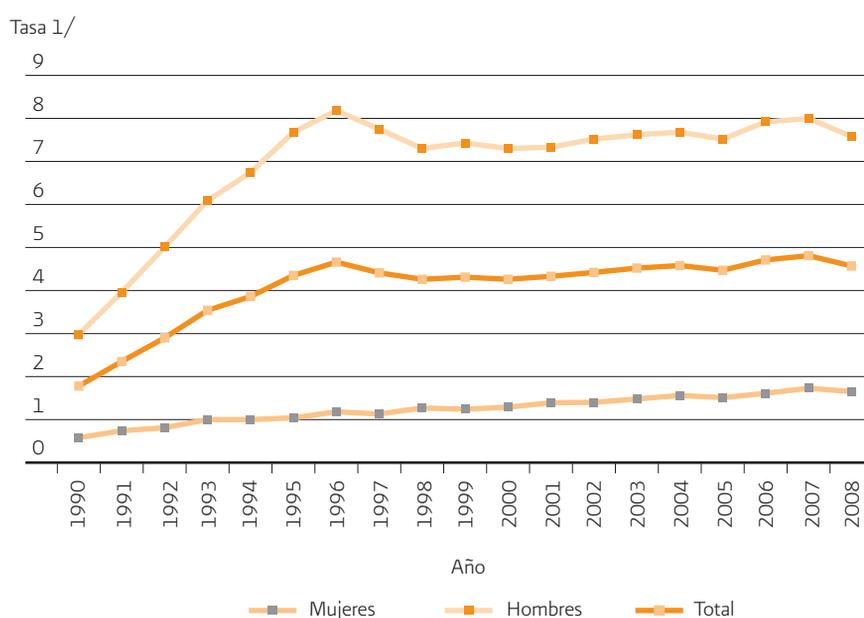
que se presenta en Zacatecas, esto da una idea de la magnitud de las diferencias entre los estados y debiera orientar las prioridades de los SESA en esta materia.

En el rubro de las diferencias de mortalidad por VIH/SIDA entre hombres y mujeres se señaló que habían pasado de un riesgo 5.1 veces más alto en hombres en 1990 a 4.6 veces más en 2008. Esta razón de riesgos varía por entidad federativa, por ejemplo: en el Distrito Federal el riesgo de la población masculina de morir por VIH/SIDA es 10.1 veces más alto que el de las mujeres y en Campeche esta razón es de 8.5 veces. La entidad que registra la menor diferencia entre hombres y mujeres es Chiapas, donde la disparidad es 2.5 veces mayor entre los hombres respecto al riesgo de las mujeres. (Figura II.16).

Con base en la distribución porcentual de las defunciones por entidad federativa (2007 datos consolidados), Veracruz concentra el 13.7 por ciento, le siguen el Distrito Federal con 10.6, Estado

Figura II.15

Mortalidad por VIH/SIDA; México, 1990-2008

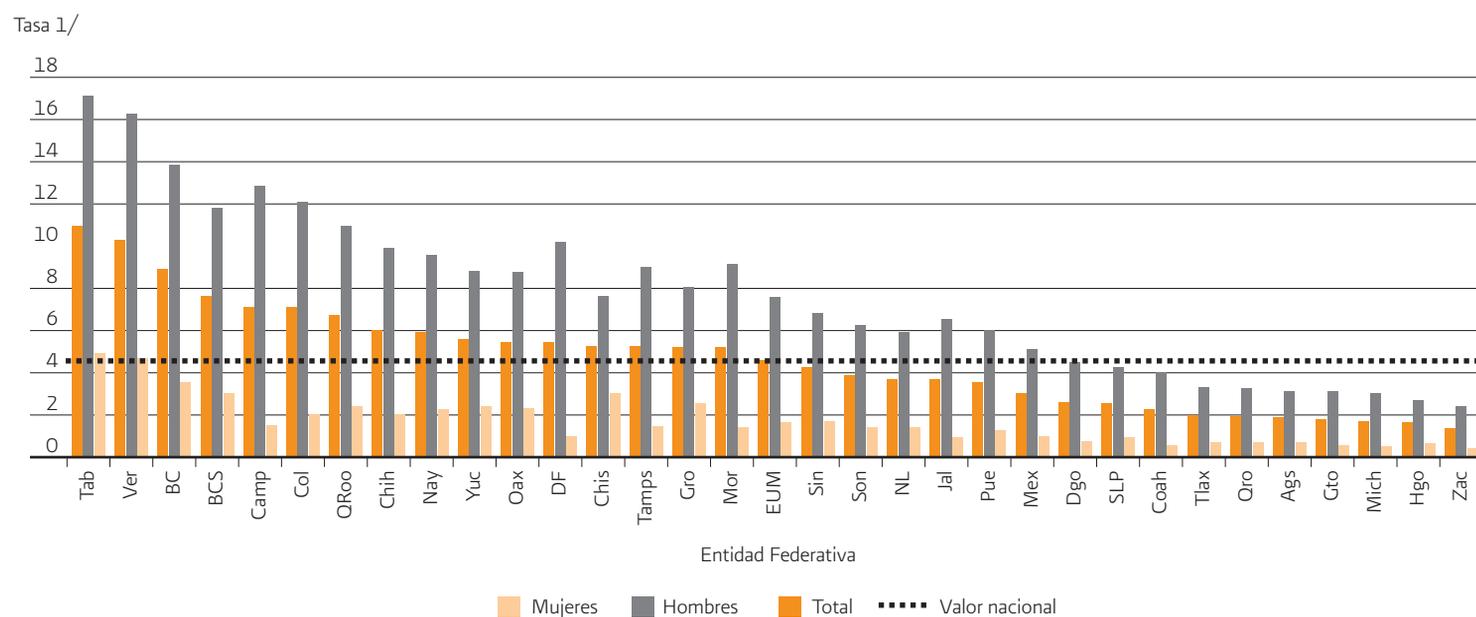


1/ Tasa observada por 100 mil habitantes

Fuente: INEGI-SS, 1990 a 2007 y SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Figura II.16

Mortalidad por VIH/SIDA por entidad federativa y sexo; México, 2008



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes

Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

de México con 8.6, y Baja California y Jalisco con 5.7 por ciento, respectivamente. En el extremo opuesto, Zacatecas, Tlaxcala y Baja California Sur presentan las proporciones de muerte por VIH/SIDA más bajas del país, con 0.3, 0.4 y 0.5 por ciento, respectivamente. (Cuadro II.5)

Para cumplir con la meta fijada para 2012 de una tasa de mortalidad por VIH/SIDA no mayor de 3.81 por cien mil habitantes, y tomando en cuenta las cifras consolidadas de 2007, se esperaría que el número de muertes en el país por esta causa no fuera superior a 4,192. Por esta razón, los estados debieran realizar esfuerzos para reducir la mortalidad en cifras aproximadas a las que se muestran en el Cuadro II.5. De esta forma, Veracruz deberá fortalecer sus acciones para que el número de muertes en el Estado no supere las 574 defunciones, 124 defunciones menos que las registradas en 2007. En el mismo tenor, el Distrito Federal tendría que disminuir en 96 el número de sus muertes por VIH/SIDA.

En contraste, los esfuerzos que deben realizar entidades como Zacatecas, Tlaxcala y Baja California Sur para reducir el número de defunciones por VIH/SIDA pueden considerarse menos complicados; sin embargo, se está hablando de modificar los patrones de conducta de la población, sobre todo en los grupos en edad productiva y en aquellos que ejercen prácticas de riesgo para adquirir el VIH, aspecto que requiere de estrategias innovadoras y más efectivas que implican la inversión de recursos para fomentar la prevención. Así en Zacatecas se deberá lograr que en 2015 el número de muertes no supere las 12, en Tlaxcala las 17 y en Baja California Sur las 19 defunciones. (Cuadro II.5)

Con base en las estimaciones de la población usuaria de las instituciones de salud y de los datos preliminares de mortalidad en 2008, la tasa de mortalidad por VIH/SIDA en la población sin seguridad social fue de 8.2 defunciones por cien mil usuarios. Por este motivo, el riesgo de morir en esta población

Cuadro II.5

Contribución de las entidades federativas a la mortalidad nacional por VIH/SIDA en 2007 y número de defunciones esperadas en 2012; México, 2007

Meta: Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA para el año 2015 (mortalidad de 3.81 en 2012)

Entidad	Tasa observada 2007	Distribución porcentual de la contribución 2007	Defunciones observadas 2007	Defunciones esperadas en 2012*	Diferencia muertes 2012-2007
EUM	4.8	100.0	5,093	4,192	-901
Veracruz	9.6	13.7	698	574	-124
Distrito Federal	6.1	10.6	542	446	-96
México	3.0	8.6	440	362	-78
Baja California	9.7	5.7	290	239	-51
Jalisco	4.2	5.7	290	239	-51
Chiapas	5.5	4.8	243	200	-43
Puebla	4.0	4.4	224	184	-40
Chihuahua	6.1	4.0	202	166	-36
Tabasco	9.7	3.8	196	161	-35
Oaxaca	5.3	3.7	188	155	-33
Tamaulipas	6.0	3.7	186	153	-33
Guerrero	5.6	3.5	176	145	-31
Nuevo León	3.5	3.0	152	125	-27
Guanajuato	2.4	2.4	121	100	-21
Yucatán	5.9	2.2	111	91	-20
Sonora	4.1	2.0	100	82	-18
Michoacán	2.4	1.9	97	80	-17
Sinaloa	3.7	1.9	97	80	-17
Quintana Roo	7.6	1.8	93	77	-16
Coahuila	3.6	1.8	92	76	-16
Morelos	4.8	1.6	79	65	-14
Nayarit	6.7	1.3	65	53	-12
Campeche	8.1	1.2	63	52	-11
San Luis Potosí	2.5	1.2	61	50	-11
Querétaro	3.1	1.0	51	42	-9
Colima	8.4	1.0	49	40	-9
Hidalgo	2.0	0.9	47	39	-8
Durango	3.0	0.9	46	38	-8
Aguascalientes	3.2	0.7	35	29	-6
Baja California Sur	4.3	0.5	23	19	-4
Tlaxcala	1.9	0.4	21	17	-4
Zacatecas	1.1	0.3	15	12	-3

* Número de defunciones esperadas para dar cumplimiento en 2012 a la meta

Fuente: Estimaciones propias con base en las defunciones 2007, INEGI-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO Programa de Acción Específico 2007-2012. En respuesta al VIH/SIDA e ITS. CENSIDA-SPPS, 2008

a causa del VIH/SIDA es 4.4 veces más alto que el riesgo que tienen los derechohabientes del ISSSTE y 1.5 veces más que el riesgo de la población afiliada al Seguro Popular. (Figura II.17)

En las instituciones incluidas en este análisis, se registraron 4,402 defunciones debidas a VIH/SIDA, de ellas 44.7 por ciento eran usuarias de las unidades médicas de la Secretaría de Salud, SESAS y del IMSS-Oportunidades; 31.4 por ciento del IMSS; 19.9 por ciento del Seguro Popular, 3.3 por ciento de las muertes correspondieron a usuarios del ISSSTE, y el 0.7 por ciento correspondió a usuarios de los servicios médicos de PEMEX.

Como parte de las acciones que se implementan para garantizar una atención integral de las personas enfermas por el VIH y disminuir el número de defunciones por SIDA, en la Secretaría de Salud se diseñó un nuevo modelo de atención, sustentado en la operación de unidades físicas que permiten coordinar, en un mismo espacio físico, las acciones de prevención y atención del VIH/SIDA e

ITS, unidades denominadas Centros Ambulatorios de Prevención y Atención al SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS).

Seguimiento de las metas para paludismo y tuberculosis

La implantación de intervenciones para controlar la malaria o paludismo, como la aplicación de tratamientos con combinaciones de medicamentos basadas en la artemisinina, el uso de mosquiteros impregnados en insecticida y la fumigación de los espacios cerrados con insecticidas de acción residual, han demostrado su eficacia para controlar la enfermedad; sin embargo, la cantidad de recursos que se destinan para este fin no son suficientes para atender la demanda.

De acuerdo con el reporte mundial de malaria 2008, en 2006 había unos 3,300 millones de personas en riesgo de sufrir malaria, de los cuales 2,100 millones estaban expuestas a un riesgo bajo (< 1 caso declarado por 1,000 habitantes), y 1,200 millones se ubicaban en zonas de riesgo alto (≥ 1 caso por 1,000 habitantes), principalmente en las regiones de África (49%) y Asia Sudoriental (37%), así mismo, se estimaba que ocurrieron 881,000 defunciones por paludismo en ese año.

Por lo que respecta a la tuberculosis (TB), en el informe de la OMS 2009 sobre el control mundial de la tuberculosis, se calcula que en 2007 hubo 9.3 millones de casos incidentes de TB en todo el mundo, 30 mil más que los registrados en 2006; mientras que los casos prevalentes ascendieron a 13.7 millones (prevalencia de 206 casos por 100,000 habitantes en 2007). A pesar del incremento en el número de casos, en términos absolutos, producto del crecimiento de la población, las tasas de prevalencia y mortalidad están disminuyendo en todo el mundo. Las regiones de las Américas, Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental están bien perfiladas para alcanzar las metas de la Alianza Alto a la Tuberculosis y las correspondientes a los ODM, consistentes en reducir a la mitad las tasas de prevalencia y mortalidad en 2015, en comparación con las de 1990.

Figura II.17

Mortalidad por VIH/SIDA por institución; México, 2008



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes

Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y estimaciones de población usuaria por institución, DGIS-DGED, con base en proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

En México, como parte del compromiso adquirido para dar cumplimiento a los ODM, durante el 2008 se registraron los siguientes resultados sobre ambos padecimientos. (Cuadro II.6)

Incidencia de paludismo

En México, la incidencia de paludismo ha descendido notablemente. El indicador pasó de 53.3 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 2.1 en 2008, lo que significa una disminución del 96 por ciento. A pesar del gran avance obtenido en los últimos 18 años, todavía es necesario reducir 1.5 casos por cien mil habitantes para dar cumplimiento a la meta comprometida de 0.6 casos por 100 mil habitantes. (Cuadro II.6)

En 2008 se registraron 2,357 casos de paludismo en el país, cuatro casos menos que los registrados en 2007, lo que equivale a una tasa de incidencia de 2.1 casos por cien mil habitantes. Estos casos, al igual que el año previo, se registraron en 10 entidades federativas: Chiapas, Chihuahua, Durango, Jalisco, Nayarit, Oaxaca, Quintana Roo, Sinaloa, Sonora y Tabasco. De éstas, Chiapas y Oaxaca registraron las tasas de incidencia más elevadas con 24.7 y 21.2 casos por cien mil habitantes, respectivamente, lo que se debe a que en estas entidades se concentró el 82.3 por ciento del total de casos (1,136 y 804 casos, respectivamente). Los casos restantes se distribuyeron entre Chihuahua, con 185; Sinaloa, con 76; Nayarit, con 71; Durango, 38; Quintana Roo, 15; Tabasco, con 12, y Jalisco, al igual que Sonora, con 10 casos, respectivamente. (Figura II.18).

Cuadro II.6

Metas relacionadas con el Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2008

Meta / Indicador	Línea base	Última cifra disponible	Variación % (última cifra disponible/Lb)	Variación % (última cifra disponible/meta)	Meta 2015
Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves para el año 2015					
Incidencia de casos de paludismo (por 100 mil habitantes) 1/	53.30	2.10	-96.06	250.00	0.60
Proporción de la población de localidades en zonas de riesgo de paludismo que reciben tratamiento médico dosis única 3x3x3 (TDU 3x3x3) para la prevención y control y la eliminación de la transmisión del Plasmodium Vivax 2/	76.00	100.00	31.58	0.00	100.00
Meta 8B: Disminuir a 5.5 casos de tuberculosis por 100 mil habitantes y reducir a 1.5 la mortalidad por este padecimiento 3/					
Incidencia de casos de tuberculosis todas las formas (por 100 mil habitantes) 4/	17.30	17.10	-1.16	37.90	12.40
Incidencia de tuberculosis pulmonar (por 100 mil habitantes) 4/	14.30	14.10	-1.40	34.29	10.50
Mortalidad por tuberculosis todas las formas (por 100 mil habitantes) 5/	7.38	2.02	-72.64	34.60	1.50
Mortalidad por tuberculosis pulmonar (por 100 mil habitantes de 15 años o más) 6/	10.22	2.26	-77.90	N.A	S/M

1/ La cifra línea base corresponde a datos de 1990; la última cifra disponible a 2008 y la meta, definida como meta más allá del milenio, a 2015

2/ La cifra línea base corresponde al año de 1999; el último valor disponible a 2008 y la meta es la proporción para los siguientes años

3/ A partir de la identificación y corrección de subregistros, como resultado del cambio en la Plataforma Única del Sistema de Información de EPI-TB, la última cifra disponible y la meta 2015 fueron readecuadas

4/ La cifra línea base corresponde a datos de 1990 y la última cifra disponible corresponde a 2008. La meta 2015 se redefinió con base en el comportamiento del indicador y de las condiciones imperantes en el país

5/ La cifra línea base corresponde a datos de 1990; la última cifra disponible a 2008 y la meta, definida como meta más allá del milenio, a 2015

6/ La cifra línea base corresponde a datos de 1990 y la última cifra disponible a 2008

S/M: No se tiene definida meta para este indicador; N.A: No aplica

Fuentes: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica SPPS-SS

Base de defunciones 1990, INEGI-SS; SEED 2008, preliminar DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Proporción de la población de localidades en zonas de riesgo de paludismo que reciben tratamiento focalizado para el control y la eliminación de la transmisión del *Plasmodium vivax*

La "NOM-032-SSA2-2002, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector", establece la aplicación del tratamiento en dosis única para paludismo (TDU) 3x3x3, el cual es considerado un tratamiento radical con una eficacia estimada del 95%.

En 1990, la población en riesgo cubierta por TDU 3x3x3 para la prevención, control y eliminación de la transmisión del *Plasmodium Vivax* era del 76 por ciento. En 2008, la cobertura fue del 100 por ciento, logro obtenido gracias a los esfuerzos del sector salud para incrementar la disponibilidad de medicamentos, fortalecer las campañas de eliminación y por el incremento de las acciones de educa-

ción y promoción de la salud, que han permitido una mayor sensibilización de la población que habita en las zonas de riesgo respecto del problema de salud que representa el paludismo y sobre las formas de evitar su aparición. De esta forma, en México se dio cumplimiento a la meta planteada en los ODM. (Cuadro II.6)

Incidencia de tuberculosis todas las formas

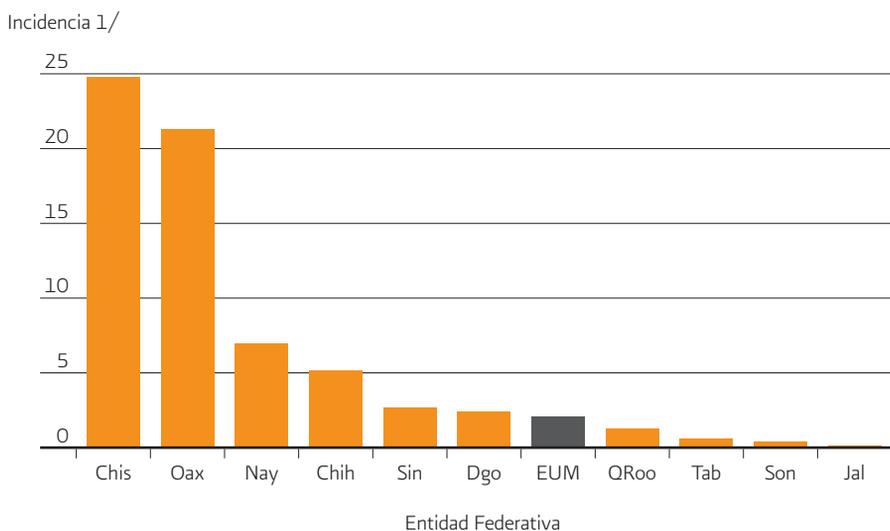
Para enfrentar a la tuberculosis en todas sus formas, en México el Sistema Nacional de Salud (SNS) definió como meta para 2015 disminuir la incidencia a 12.4 casos por cien mil habitantes. Sin embargo, en 2008 la incidencia de TB en todas sus formas fue de 17.1 casos por cien mil habitantes, lo que representa que para cumplir con la meta es necesario disminuir 37.9 por ciento la incidencia registrada en 2008. (Cuadro II.6)

La presencia de la TB en todas sus formas por entidad federativa muestra que en el país existen diferencias muy marcadas. En 2008, Baja California registró la incidencia por esta causa más elevada del país, con 52.3 casos por cien mil habitantes, cifra que supera en 14.5 casos a la incidencia que registró Guerrero (37.8), entidad con la segunda más alta incidencia del país. Si se compara la incidencia de Baja California con la del Estado de México que es de 4.7 casos, y que representa la menor incidencia del país, la diferencia se amplía a 47.5 casos por cien mil habitantes con lo que el riesgo de las personas de Baja California de adquirir TB en todas sus formas es 11 veces mayor al riesgo de la población del Estado de México. (Figura II.19).

De acuerdo con la OMS, una persona con tuberculosis activa puede llegar a infectar entre 10 y 15 personas, por lo que es necesario desarrollar acciones para reducir los factores de riesgo asociados al desarrollo de la enfermedad, como por ejemplo: mejorar la detección oportuna, promover y vigilar que la población tenga una alimentación adecuada, reducir el riesgo de infección por TB entre las personas con un sistema inmunológico deprimido debido

Figura II.18

Incidencia de Paludismo por entidad federativa; México, 2008

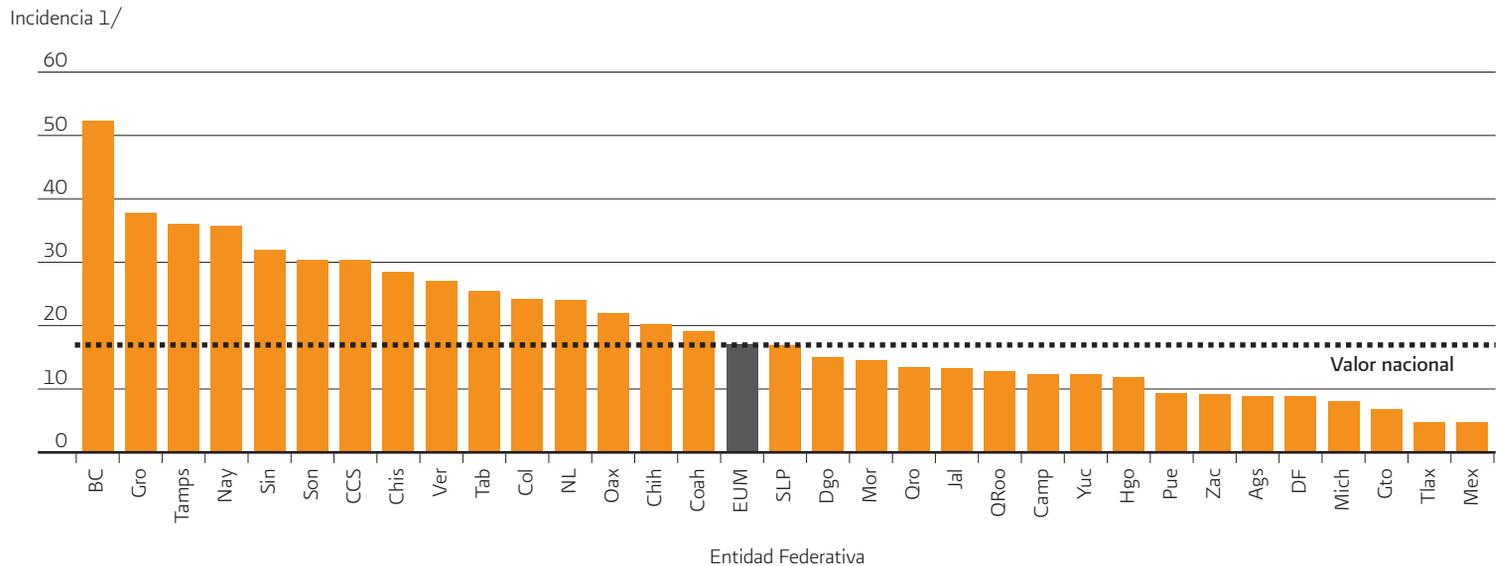


1/ Incidencia por cien mil habitantes

Fuentes: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, SPPS-SS

Figura II.19

Incidencia de tuberculosis en todas las formas por entidad federativa; México, 2008



1/ Incidencia por cien mil habitantes

Fuentes: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, SPPS-SS

a la presencia de alguna otra enfermedad, como por ejemplo los pacientes de VIH/SIDA, y reducir la aparición de cepas resistentes a los medicamentos antituberculosos.

Además, hay condiciones que exceden el papel del sistema de salud, pero que deben ser enfrentadas, como reducir el nivel de pobreza y marginación de la población, mejorar los niveles de instrucción de la población y reducir los niveles de migración en regiones específicas del país; acciones que sin duda coadyuvan al mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

Incidencia de tuberculosis pulmonar

Durante 2008, en México los casos de tuberculosis pulmonar (TBP) representaron el 80 por ciento del total de casos de TB en todas sus formas. La incidencia en ese año de TBP fue de 14.1 casos por cien mil habitantes, cifra que se redujo en 0.2 casos por cien mil habitantes respecto de la incidencia registrada en 1990. La meta que se propuso para México en 2015, es reducir a 10.5 casos de TBP por cien mil

habitantes; sin embargo, a menos de siete años de que se cumpla el plazo se observa la necesidad de reforzar y fortalecer las acciones para reducir la incidencia de esta enfermedad, ya que se requiere que durante los siguientes años se logre una reducción anual aproximada de 0.5 casos por cien mil personas, situación difícil si consideramos la reducción obtenida entre 1990 y 2008. (Cuadro II.6)

En congruencia con el comportamiento de la TB en todas sus formas, Baja California registró la mayor incidencia de TBP en 2008, con 40.5 casos por cien mil habitantes; seguida por Guerrero, con 33.1 casos y Tamaulipas con 31.9 casos por cien mil habitantes. En el extremo opuesto, las menores incidencias de TBP en el país se registraron en los estados de México, Aguascalientes y Tlaxcala, con valores que no superaron los cuatro casos por cien mil habitantes. El riesgo de enfermar por TBP en Baja California es 2.9 veces más alto que el riesgo que existe en el país y 13.1 veces mayor al riesgo que se registra en el Estado de México.

En general, 17 entidades federativas del país registraron incidencias de TBP menores a la inciden-

cia a nivel nacional, de las cuales 14 registraron en 2008 valores inferiores a la meta establecida para el 2015, de 10.5 casos de tuberculosis pulmonar por cada 100 mil habitantes. (Figura II.20)

El incremento en la incidencia de casos de TBP, y en general de tuberculosis en todas sus formas, es resultado de diversos problemas estructurales y operativos en los SESA, entre los que destacan: i) falta de apego y desconocimiento de la normatividad vigente por parte de las instituciones de salud; ii) insuficiencia de recursos en las instituciones del sector para el manejo integrado de pacientes, sobre todo entre la población en riesgo, así como para la supervisión del programa y la capacitación continua del personal; iii) inadecuada sistematización de procesos para la atención de grupos vulnerables y poblaciones móviles, que limita la búsqueda activa de casos y el seguimiento de los mismos, incluyendo falta de supervisión sobre la aplicación y cumplimiento de los esquemas de tratamiento, entre otros.

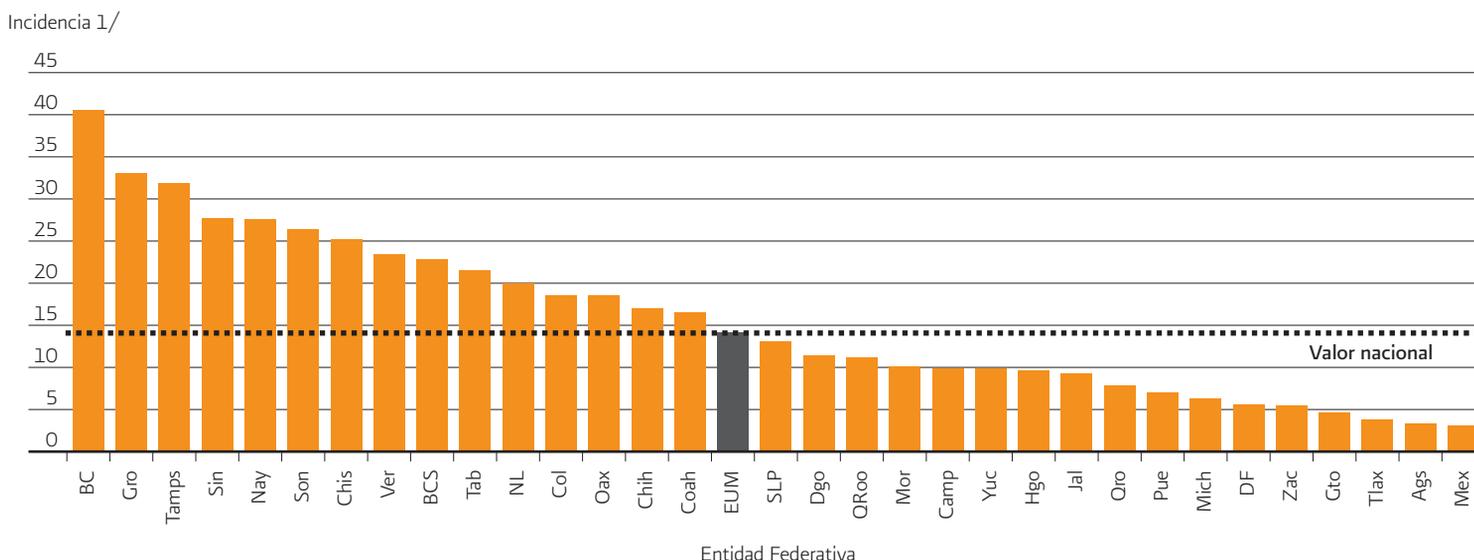
Problemas que no han permitido obtener los logros esperados y que se reflejan en la forma en que la población enferma y muere por causa de la TB.

Mortalidad por tuberculosis todas las formas

Según estimaciones de la ONU, en 2006 murieron alrededor de 1.7 millones de personas por tuberculosis en el mundo, mientras que en 2007 se estima que 1.3 millones de muertes se presentaron entre los casos incidentes de TB-VIH-negativos (20 por cada 100 mil personas), y 456,000 entre los VIH-positivos. Por otra parte, de acuerdo con estimaciones del Programa Global de Vigilancia y Control de la Tuberculosis de la OMS, en la región de América Latina y el Caribe se redujo la mortalidad un 44 por ciento, al pasar de 9 defunciones por cien mil habitantes en 1990 a 5 defunciones en 2006, con lo cual la región está cerca de alcanzar la meta

Figura II.20

Incidencia de tuberculosis pulmonar por entidad federativa; México, 2008



1/ Incidencia por cien mil habitantes
 Fuentes: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, SPPS-SS

de reducir 50 por ciento la tasa de mortalidad por tuberculosis.

Sin embargo, a nivel mundial los logros no han sido homogéneos, a pesar de que la OMS creó la Alianza Alto a la Tuberculosis en el año 2000, a fin de acelerar la acción social y política para detener la propagación de la tuberculosis en el mundo. Su objetivo es eliminar la tuberculosis como problema de salud pública y, en el futuro, lograr un mundo libre de esta enfermedad. Por ello, en 2006, como parte de las actividades de la Alianza se instrumentó el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis, 2006–2015, en el cual se proponen acciones concretas que los países deben poner en práctica para alcanzar en 2015 los objetivos y metas, tanto de los ODM como de la misma Alianza.

Estas acciones se relacionan con los esfuerzos que realizan los siete grupos de trabajo de la Alianza, en materia de expansión del DOTS (tratamiento breve bajo observación directa, que es la estrategia recomendada por la OMS para luchar contra la tuberculosis con base en la detección de casos y la curación); DOTS-Plus para la tuberculosis multirresistente (TB-MR); tuberculosis/VIH; nuevos medios diagnósticos de la tuberculosis; nuevos medicamentos antituberculosos; nuevas vacunas contra la tuberculosis y promoción, comunicación y movilización social. Se prevé que la implantación del Plan Mundial permita, durante los próximos diez años, dar cumplimiento a las metas de los ODM y de la Alianza; salvar 14 millones de vidas, aproximadamente; dotar de tratamiento antituberculoso a 50 millones de personas; tratar a unos 800 mil pacientes con TB-MR, y lograr que más de tres millones de personas con coinfección TB/VIH hayan comenzado un tratamiento antirretroviral.

México, como parte de los países que se han adherido a este Plan, desarrolla acciones tendientes a mejorar la detección de casos y el tratamiento de la población enferma. Ello ha permitido que en 2008, la mortalidad por TB en todas sus formas registrara 2.02 defunciones por cien mil habitantes, cifra que comparada con la tasa de 1990 representa una disminución de 72.6 por ciento, lo que parece indicar

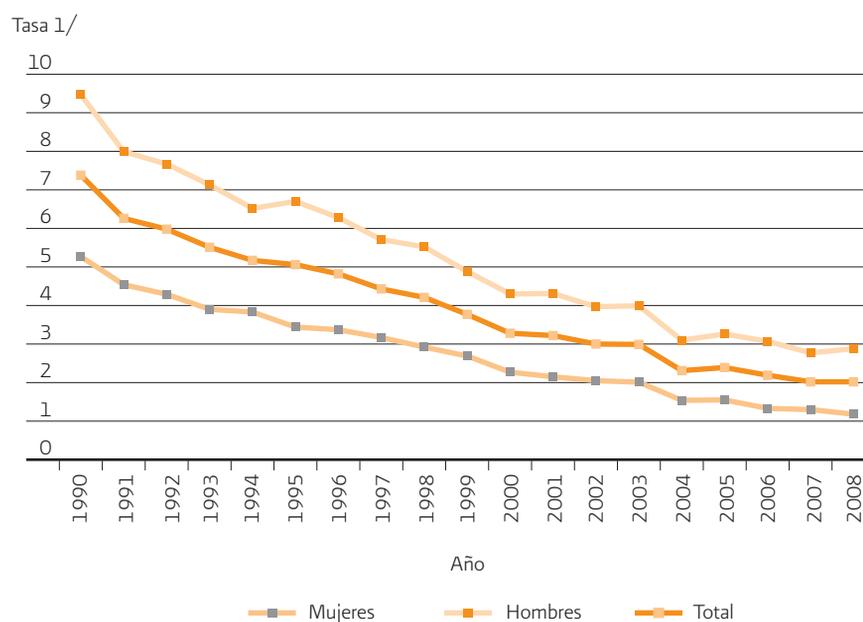
que México cumplirá la meta de 1.5 defunciones por cien mil habitantes en 2015 (Cuadro II.6). Para ello se requiere que en los próximos siete años se logre una reducción de 0.52 defunciones por cien mil habitantes, situación factible si se considera que entre 2007 y 2008, la tasa de mortalidad por TB todas sus formas registró una reducción de 0.19 por ciento.

En 1990, la mortalidad por tuberculosis en todas las formas en la población masculina fue 9.5 defunciones por cien mil hombres, en el caso de la mortalidad en mujeres la tasa respectiva fue de 5.3; en 2008 estas tasas fueron de 2.9 en los hombres y de 1.2 en mujeres, lo que significa una reducción de 69.6 por ciento en hombres y de 77.5 por ciento en mujeres. (Figura II.21)

La distribución porcentual de la mortalidad por TB todas sus formas por grupos de edad, muestra que 51.5 por ciento de las muertes ocurrieron en los mayores de 55 años, y un 25 por ciento ocurrió en el grupo de 40 a 44 años.

Figura II.21

Mortalidad por tuberculosis todas las formas; México, 1990-2008



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes

Fuente: INEGI-SS, 1990 a 2007 y SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

En 2008 las tasas de mortalidad por tuberculosis todas sus formas más elevadas del país se registraron en Baja California, con 6.5 defunciones por cien mil habitantes; Nayarit, con 5.1; Oaxaca, con 3.8 y Chiapas con 3.7 muertes por cien mil habitantes. En el extremo opuesto, los estados con las menores tasas de mortalidad por esta enfermedad fueron Tlaxcala con 0.4 defunciones por cien mil habitantes; el Distrito Federal, con 0.5 decesos, y el Estado de México con 0.7 fallecimientos por cien mil personas, respectivamente. (Figura II.22)

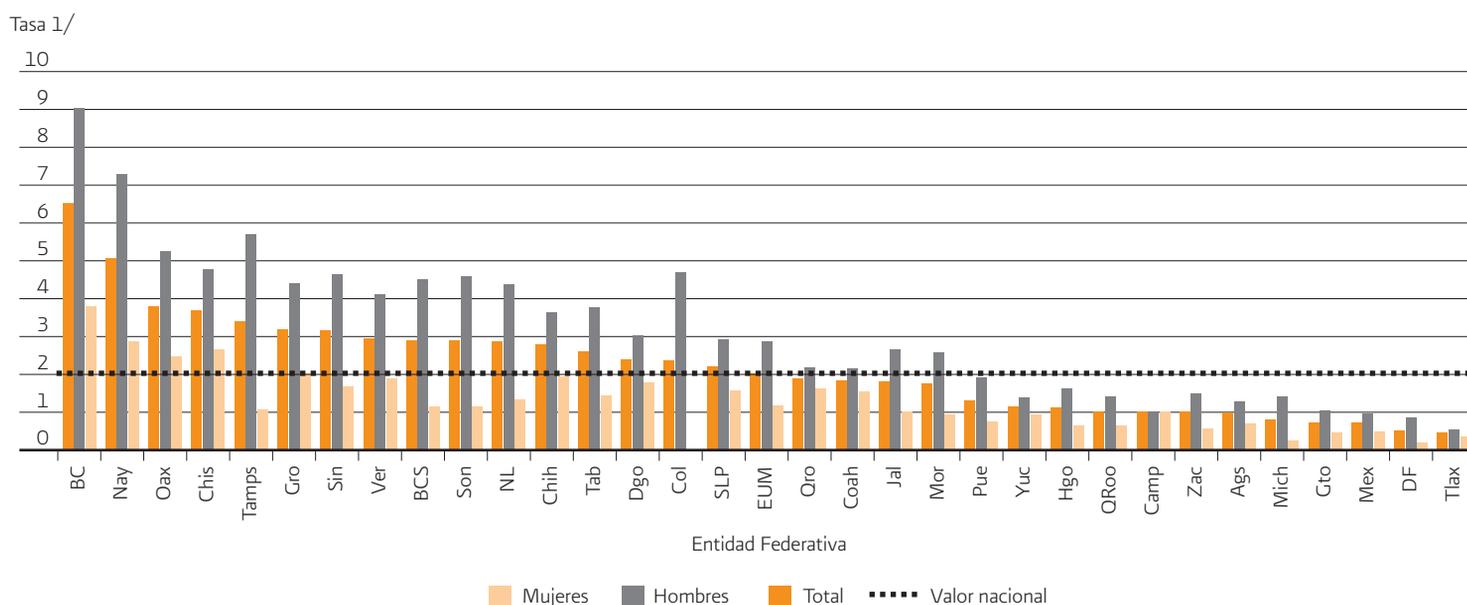
A nivel nacional, la mortalidad por TB entre los varones fue de 2.88 muertes por cien mil hombres, mientras que entre las mujeres la tasa respectiva fue de 1.18 defunciones, lo que implica que el riesgo de los hombres del país es 2.4 veces más alto que el de las mujeres. Con la excepción de Colima donde no se registraron defunciones en mujeres, la mayor razón de riesgos se registró en Michoacán, donde éste fue 5.9 veces más alto en hombres que en mujeres. (Figura II.22)

Para cumplir la meta fijada para 2015 de 1.5 defunciones por TB por cien mil habitantes, se requiere que en ese año las muertes a nivel nacional no superen la cifra de 1,685. Por este motivo, los esfuerzos estatales deben reducir el número de sus defunciones de acuerdo con las cifras mostradas en el siguiente cuadro. Por ejemplo: Veracruz no debería tener más de 179 defunciones en 2015, por lo que tendría que reducir en 49 muertes las registradas en 2007. Por su parte, Chiapas deberá lograr una reducción de 40 defunciones a fin de que en 2015 no rebase las 149 defunciones. (Cuadro II.7)

Como se ha comentado, para dar cumplimiento a las metas establecidas en el país, los sistemas de salud estatales deberán fortalecer los procesos de coordinación intersectorial, sobre todo entre las instituciones públicas de salud. Al respecto, de acuerdo con las tasas de mortalidad por afiliación de los fallecidos a la seguridad social, la tasa más alta se registró en la población sin seguridad social, con una tasa de 3.8 defunciones por cien mil habitantes. (Figura II.23)

Figura II.22

Mortalidad por tuberculosis todas las formas por sexo y entidad federativa; México, 2008



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes

Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro II.7

Contribución de las entidades federativas a la mortalidad nacional por tuberculosis todas sus formas en 2007 y número de defunciones esperadas en 2012; México, 2007

Meta: Reducir a 1.5 la mortalidad por tuberculosis todas las formas

Entidad	Tasa observada 2007	Distribución porcentual de la contribución 2007	Defunciones observadas 2007	Defunciones esperadas en 2015*	Diferencia muertes 2015-2007
EUM	2.0	100.0	2,140	1,685	-455
Veracruz	3.1	10.7	228	179	-49
Chiapas	4.3	8.8	189	149	-40
Baja California	6.2	8.6	185	146	-39
Nuevo León	3.0	6.0	129	102	-27
Oaxaca	3.6	6.0	128	101	-27
Jalisco	1.8	5.8	124	98	-26
Chihuahua	3.2	5.0	107	84	-23
Guerrero	3.2	4.7	100	79	-21
México	0.7	4.4	95	75	-20
Tamaulipas	2.9	4.2	89	70	-19
Sinaloa	2.8	3.4	73	57	-16
Sonora	2.9	3.3	71	56	-15
San Luis Potosí	2.7	3.1	67	53	-14
Distrito Federal	0.7	3.0	64	50	-14
Coahuila	2.4	2.9	62	49	-13
Puebla	1.0	2.6	56	44	-12
Tabasco	2.5	2.3	50	39	-11
Durango	2.7	2.0	42	33	-9
Michoacán	1.0	1.8	38	30	-8
Nayarit	3.8	1.7	37	29	-8
Guanajuato	0.7	1.5	33	26	-7
Yucatán	1.4	1.2	26	20	-6
Hidalgo	0.9	1.0	22	17	-5
Quintana Roo	1.5	0.8	18	14	-4
Baja California Sur	3.2	0.8	17	13	-4
Querétaro	1.0	0.8	17	13	-4
Campeche	2.1	0.7	16	13	-3
Zacatecas	1.1	0.7	15	12	-3
Morelos	0.8	0.7	14	11	-3
Tlaxcala	1.3	0.7	14	11	-3
Aguascalientes	0.7	0.4	8	6	-2
Colima	1.0	0.3	6	5	-1

* Número de defunciones esperadas para dar cumplimiento en 2015 a la meta

Fuente: Estimaciones propias con base en las defunciones 2007, INEGI-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

La distribución porcentual de las defunciones por institución pública de salud fue: 48.5 por ciento en la población sin seguridad social; 17.2 por ciento en afiliados al Seguro Popular; 29.8 por ciento en población usuaria del IMSS y 4.2 por ciento en población del ISSSTE. El resto correspondió a defunciones que declararon ser usuarios de los servicios médicos de PEMEX.

Mortalidad por tuberculosis pulmonar en población de 15 años y más

Como se mencionó, México es uno de los países que se ha integrado al desarrollo de las actividades establecidas en el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis, 2006–2015, a fin de lograr que la mortalidad e incidencia de la TB, principalmente de la tuberculosis pulmonar (TBP) que es la forma más frecuente de la enfermedad, se reduzca al máximo posible, lo que implica se garantice la atención oportuna y efectiva de los casos y el mejoramiento de los procesos de detección y tratamiento con base en la estrategia DOT.

Cabe señalar que en México la mortalidad por TBP ha descendido considerablemente desde 1990, año en el que se registraron 10.22 defunciones por cien mil personas de 15 años y más; mientras que en 2008 la tasa observada fue de 2.26 muertes, para una reducción en el periodo de 77.9 por ciento. La distribución por sexo muestra que, en el mismo periodo, la tasa de mortalidad pasó de 13.5 a 3.3 en hombres de 15 años y más, para una reducción de 75.6 por ciento, mientras que en las mujeres la reducción fue de 81.6 por ciento, al pasar de una tasa de 7.0 defunciones a 1.3 muertes por cien mil mujeres de 15 años y más. (Cuadro II.6 y Figura II.24)

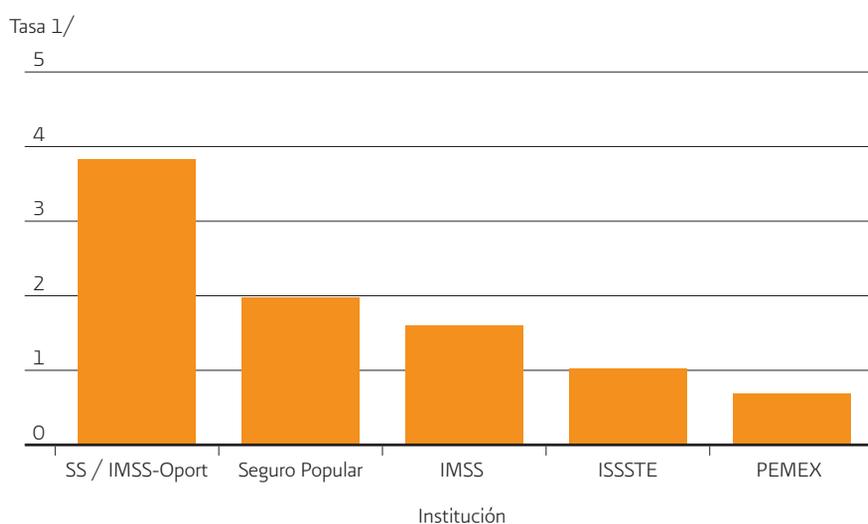
Los estados que en 2008 registraron las tasas de mortalidad por TBP más elevadas del país fueron: Baja California, Chiapas, Nayarit, Oaxaca, Guerrero, Tamaulipas y Sinaloa. El riesgo de morir en estos estados es mayor respecto del registrado a nivel nacional, el cual varía de un riesgo de 1.6 veces más en Sinaloa y Tamaulipas a 3.3 veces más alto en Baja California.

En los estados de la zona centro de la República, como el Distrito Federal, Tlaxcala y el Estado de México se registraron las tasas de mortalidad por TBP más bajas del país. La mortalidad en estas entidades varía de 0.45 defunciones por cien mil habitantes de 15 años y más en el Distrito Federal a 0.66 defunciones en el Estado de México. (Figura II.25)

Al igual que con otras enfermedades, la condición de aseguramiento es un factor que modifica sustantivamente las probabilidades de morir de la población. Al respecto, en 2008 la mortalidad por TBP en la población sin seguridad social fue de 4.39 defunciones por cien mil habitantes de 15 años y más, cifra que supera en 1.86 defunciones por cien mil habitantes a la tasa observada en la población afiliada al Seguro Popular de Salud. Entre los usuarios del IMSS, la mortalidad fue de 1.7 defunciones y entre los usuarios del ISSSTE de 1.1 defunciones por cada cien mil usuarios de 15 años y más. La menor tasa de mortalidad por TBP se registró entre los usuarios de los servicios médicos de PEMEX, con 0.35 defunciones. Esto significa que el riesgo

Figura II.23

Mortalidad por tuberculosis todas las formas por institución; México, 2008



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes

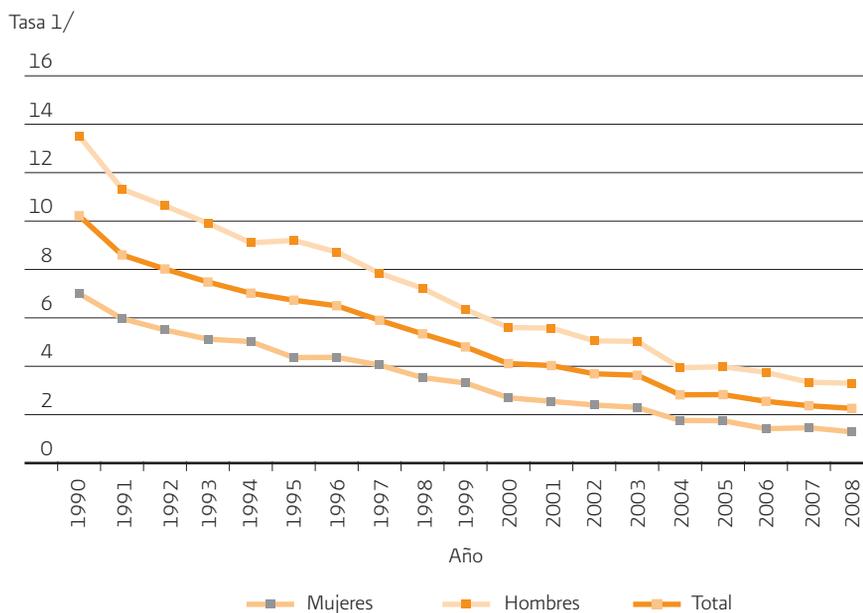
Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y estimaciones de población usuaria por institución, DGIS-DGED, con base en proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

de morir por esta patología entre la población sin seguridad social es 12.4 veces más alto que el riesgo de los usuarios de los servicios médicos de PEMEX y 1.7 veces mayor en comparación con la población afiliada al SPS. (Figura II.26)

Si bien los avances logrados en México respecto de la reducción de los daños que provoca la TB, sobre todo la pulmonar, han sido considerables, aún se observan tasas de incidencia y de mortalidad, por estado y por institución, que son inaceptables, sobre todo porque se dispone de los conocimientos y de los medios para reducir al mínimo esta condición. Por ello, durante los próximos años se deberá: i) fortalecer los mecanismos de detección de casos, a fin de diagnosticar por lo menos el 70% de los casos de tuberculosis, en el marco de la estrategia DOTS; ii) fortalecer, focalizar y vigilar la aplicación de tratamientos a fin de curar a más del 80 por ciento de los enfermos, y iii) fomentar y apoyar la investigaciones básica y clínica que permitan desarrollar nuevas pruebas diagnósticas, nuevos medicamentos y nuevas vacunas.

Figura II.24

Mortalidad por tuberculosis pulmonar en población de 15 años o más; México, 1990-2008

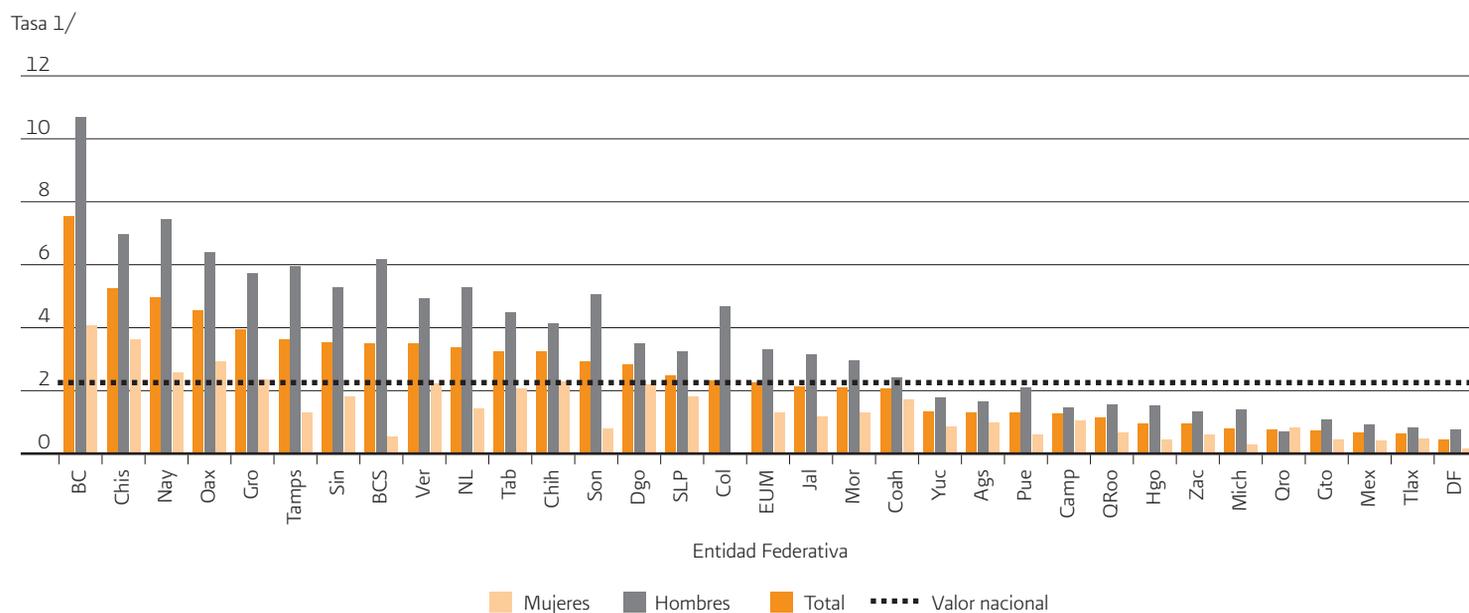


1/ Tasa por 100 mil habitantes de 15 años o más

Fuente: INEGI-SS, 1990 a 2007 y SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Figura II.25

Mortalidad por tuberculosis pulmonar en población de 15 años o más por sexo y entidad federativa; México, 2008

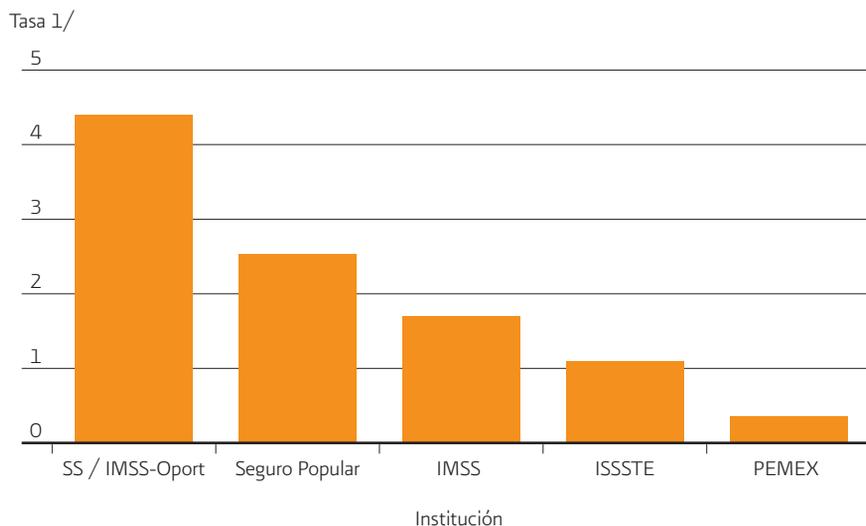


1/ Tasa por 100 mil habitantes de 15 años o más

Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Figura II.26

Mortalidad por tuberculosis pulmonar en población de 15 años o más por institución; México, 2008



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes de 15 años o más

Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y estimaciones de población usuaria por institución, DGIS-DGED, con base en proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Por lograr lo anterior, es necesaria una conducción adecuada del sistema de salud, a fin de dar respuesta a las necesidades de la población, no sólo respecto de la TB, sino para todas las enfermedades que actualmente afectan a la población y respecto de aquellas que en algún momento podrían afectarla. La participación de todas las instituciones de salud, principalmente en las entidades federativas

que es donde se deben combatir directamente los problemas de salud; de la sociedad civil organizada y de los diferentes sectores del país (económico, social, educativo, de investigación y el político) es indispensable, ya que ahora más que nunca es necesario que cada miembros de la sociedad asuma su responsabilidad respecto del cuidado de su salud y de la salud de la comunidad.

El sector salud ha logrado avances significativos; sin embargo, como se ha evidenciado en las páginas previas, los resultados aún no son satisfactorios, lo que hace necesario transformar la forma de trabajar, a fin de que las propuestas y acciones surjan de los lugares donde se presentan los problemas, con aportaciones de la población, no sólo en la identificación de dichos problemas, sino en la definición de mecanismos que permitan implantar las acciones, distribuir los recursos disponibles y evaluar las acciones que se ejecutan.

Este informe, busca proporcionar evidencias sobre los resultados obtenidos después del segundo año de trabajo de la presente administración, corresponde ahora a los encargados de tomar decisiones y de definir las políticas de salud, en todos los órdenes de gobierno, tomar las medidas necesarias para lograr que en México se cumpla con el objetivo básico del sistema de salud que es mejorar la salud de su población y con ello coadyuvar al cumplimiento del derecho constitucional de los mexicanos.



III.

Indicadores Básicos de Salud Poblacional y de Operación del Sistema de Salud

Principales indicadores de salud y del sistema,
a nivel nacional y por entidad federativa

Información presupuestal de la Secretaría de Salud

III.

Indicadores Básicos de Salud Poblacional y de Operación del Sistema de Salud

Como en la versión anterior de este informe, se incluye en este capítulo la descripción de los principales indicadores relacionados con la salud de la población y con la operación del sistema de salud en el país y en las entidades federativas, los cuales se vinculan con aspecto de disponibilidad y productividad de los servicios.

El objetivo de este apartado es proporcionar evidencias a los lectores sobre el comportamiento de dichos indicadores, a fin de brindar elementos que permitan contextualizar la situación que prevaleció en 2008, apoyando el análisis y la valoración de las acciones que se implantaron en el sector salud. Además, se busca establecer un conjunto de elementos que permitan establecer comparaciones a través del tiempo, ya que se tiene contemplado que esta sección de seguimiento a estos indicadores durante los próximos cuatro años.

La descripción de los resultados obtenidos por estos indicadores en 2008 se realiza de manera general, dado que varios de ellos ya han sido abordados en los capítulos previos; sin embargo, se resaltan aquellos casos en los que los indicadores registran un comportamiento que debe ser enfatizado.

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa

Condiciones de salud

En 2008, la esperanza de vida al nacimiento (EVN) en el país fue de 75.1 años: 72.7 años para la población masculina y 77.5 años para la población femenina. Quintana Roo fue la entidad con la mayor EVN en el país (76.2 años), mientras que en Guerrero se registró la cifra más baja con 73.5 años. En Morelos se registró la mayor diferencia entre la EVN según sexo, con 5.1 años a favor de las mujeres, mientras que en Sinaloa y Aguascalientes la EVN de las mujeres fue mayor en 4.3 años respecto de la EVN de los hombres.

La tasa global de fecundidad (TGF) en México para 2008 fue de 2.1 hijos por mujer en edad fértil (MEF), cifra idéntica a la registrada en el 2007. Las TGF de Chiapas y Guerrero fueron las más altas del país con 2.4 hijos, respectivamente, a diferencia del Distrito Federal que registró la tasa más baja con 1.7 hijos. La TGF de Chiapas y Guerrero es 1.4 veces más alta en comparación con la tasa del Distrito Federal. Resalta que en Guerrero, entre 2007 y 2008, se presentó una reducción del 4% en la TGF. La existencia de estas brechas entre entidades federativas hace evidente la necesidad de replantear los programas de salud reproductiva, con el fin de mejorar su impacto, sobre todo en las regiones más pobres y marginadas del país, sin menoscabo del derecho reproductivo que tienen mujeres y hombres para elegir el número de hijos que desean tener.

La tasa de mortalidad general (TMG) en 2008 se ubicó en 4.8 defunciones por mil habitantes. La TMG entre los hombres fue de 5.4 defunciones,

mientras que entre las mujeres fue de 4.2 defunciones por mil habitantes de este sexo. Chihuahua y el Distrito Federal registraron las TMG más altas con 5.9 defunciones por mil habitantes, respectivamente. En contraste, Quintana Roo registró una TMG de 2.8 defunciones por mil habitantes, mientras que Coahuila y Chiapas registraron una TMG de 3.7 defunciones, respectivamente. El riesgo de morir en Chihuahua y el Distrito Federal es dos veces mayor al riesgo que tiene la población de Quintana Roo.

En 2008, la mortalidad entre la población en edad productiva (15 a 64 años) fue de 2.8 defunciones por mil habitantes; cifra que entre los hombres fue de 3.6 defunciones y entre las mujeres de 2 muertes por cada mil habitantes, lo que implica que el riesgo de morir de los hombres durante esta etapa de su vida es 1.9 veces mayor al riesgo que tienen las mujeres. Entre las entidades federativas, Chihuahua registró la tasa más elevada de muertes por mil habitantes de 15 a 64 años, con 4.1 defunciones, seguida por Baja California con 3.3 defunciones. Además en estas entidades, la diferencia entre la mortalidad en hombres y mujeres es la más amplia a nivel nacional; en Chihuahua se registraron 3.4 defunciones más por cada mil habitantes del sexo masculino respecto de la mortalidad entre la población femenina y en Baja California se registraron 2.6 defunciones más entre los hombres respecto de las mujeres.

Derivado de los cambios demográficos y epidemiológicos que experimenta México, en 2008 la mortalidad entre los adultos mayores (65 o más años de edad) se ubicó en 47 defunciones por mil

habitantes de este grupo de edad. Entre los hombres de 65 años y más se registró una mortalidad de 51.7 defunciones por mil varones de esta edad y entre las mujeres se registraron 43.1 muertes. Yucatán, Querétaro y Aguascalientes registraron las tasas de mortalidad para este grupo de edad más elevadas del país, con 52.5, 52.1 y 51.9 defunciones por mil habitantes, respectivamente; mientras que Guerrero registró la tasa más baja con 35.9 defunciones.

En 2008, la probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad fue de 15.8 por cada mil nacidos vivos estimados (NVE), probabilidad que entre los niños fue de 16.8 y de 13.4 entre las niñas. Este tipo de mortalidad se vincula con las condiciones de desarrollo de la población, situación que se confirma al observarse que la mortalidad infantil más elevada del país se registró en los estados de Guerrero, con 21.5 defunciones por cada mil NVE; Chiapas con 21 muertes; Oaxaca con 19.2 defunciones y Veracruz con 17.9 muertes por mil NVE; mientras que la probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad en Nuevo León y el Distrito Federal fueron las más bajas a nivel nacional, con 10.6 y 11.4 defunciones por cada mil NVE, lo cual confirma la asociación a la que se hace mención.

La principal causa de muerte infantil es la asfixia y trauma al nacimiento, causa que registró durante 2008 una tasa de 3.7 defunciones por cada mil NVE. Los estados que registraron las tasas de mortalidad por esta causa más elevadas del país fueron Puebla con 4.9 defunciones, México y Tlaxcala con 4.8 muertes por mil NVE, respectivamente; mientras que en el extremo opuesto la menor tasa se registró en Coahuila con 1.5 defunciones. El riesgo de morir por esta causa en Puebla es 3.4 veces mayor al riesgo de Coahuila y 1.3 veces mayor al riesgo que se registra a nivel nacional.

Entre la población menor de cinco años, durante 2008, se registró una probabilidad de morir de 17.9 defunciones por cada mil menores de cinco años, cifra que se compone, principalmente, de las defunciones debidas a la asfixia y trauma al nacimiento que registraron una tasa de 3.7 defunciones por cada mil NVE; infecciones respiratorias agudas con

25.5 muertes por cada cien mil menores de cinco años y de las muertes debidas a las enfermedades diarreicas agudas, que registraron una mortalidad de 11.5 defunciones por cada cien mil menores de cinco años.

Por lo que respecta a los padecimientos que afectan a la población femenina, en 2008 se registró una razón de mortalidad materna (RMM) de 57 defunciones por 100 mil NVE; el cáncer cérvico uterino provocó la muerte de 14 mujeres de 25 años o más por cien mil personas de esa población; mientras que el cáncer de mama registró 16.8 defunciones por cada cien mil mujeres de ese grupo de edad.

Los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico de México se reflejan en el comportamiento de la mortalidad según causa y grupo de edad, lo que ha generado que las enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes, el cáncer de próstata y pulmón, la cirrosis y otras enfermedades del hígado, así como las causas violentas se ubiquen dentro de las principales causas de muerte y discapacidad.

En 2008, la diabetes mellitus, que se ubica como la principal causa de muerte entre la población del país, registró una tasa de 70.3 defunciones por 100 mil habitantes; cifra que entre los hombres fue de 67.4 defunciones y entre las mujeres de 73 defunciones. Este padecimiento registra diferencias importantes en relación con su presencia por entidad federativa. El Distrito Federal se ubica como la entidad con la tasa de mortalidad más elevada dentro del contexto nacional, con 101.99 muertes por cien mil habitantes, mientras que Quintana Roo registró la tasa más baja, con 35.51 defunciones, lo que implica que el riesgo de morir por esta enfermedad en el Distrito Federal es 2.9 veces más alto que el riesgo de Quintana Roo. Destaca el hecho de que en los estados de Baja California Sur, Guanajuato, Hidalgo y Jalisco la mortalidad por diabetes mellitus entre los varones fue mayor respecto de la registrada por las mujeres de esos estados, comportamiento distinto al observado en las entidades federativas restantes, donde la tasa de mortalidad en mujeres es mayor.

La tasa de mortalidad por cáncer de próstata en 2008 fue de 19.4 defunciones por cien mil varones,

registrándose en Nayarit y Colima los valores más altos a nivel nacional, con 33.8 y 31.9 decesos por cien mil hombres, respectivamente; en contraste, Quintana Roo registró la menor mortalidad del país con 5.1 defunciones. Por lo que respecta a la tasa de mortalidad debida a cáncer pulmonar, bronquios y tráquea, en el país se registró una cifra de 6.2 muertes por cien mil habitantes, mortalidad que entre los hombres fue de 8.4 y en las mujeres de 4.2 muertes por cien mil habitantes, lo que implica que el riesgo de los varones es 2 veces mayor al de las mujeres. La cirrosis y otras enfermedades del hígado también afectan más a los hombres en relación con las mujeres, en 2008 el riesgo de morir por estos padecimientos fue tres veces mayor entre la población masculina. A nivel nacional la tasa de mortalidad por estas enfermedades fue de 20.6 defunciones por cien mil habitantes.

Por otra parte, en 2008 se registró una mortalidad por accidentes de tránsito de vehículo de motor de 14.4 muertes por cien mil habitantes, tasa que se incrementa a 17.9 defunciones entre la población de 15 a 29 años. Entre los hombres la tasa de mortalidad por accidentes en la población en general fue de 23.1 muertes y entre la población masculina de 15 a 29 años de 29.8 defunciones por cada cien mil varones de esta edad. Entre la población femenina, la tasa a nivel general y en la población de 15 a 29 años fue similar (6 y 6.3 defunciones, respectivamente); sin embargo, debe tomarse en cuenta que de 1990 a 2008, la mortalidad entre las mujeres registró un incremento más importante respecto del registrado por los hombres (33.1 por ciento de incremento entre las mujeres contra el 9 por ciento en los hombres).

Dentro de las causas de muerte violentas, los homicidios provocaron una mortalidad de 10.3 defunciones por cien mil habitantes, cifra que se eleva a 18.7 muertes entre la población masculina; mientras que entre las mujeres se registró una mortalidad de 2.1 defunciones. Por entidad federativa, Chihuahua registró la mayor mortalidad del país con 66.4 defunciones por cien mil habitantes, cifra que supera en 46.1 muertes por cien mil habitantes a la

tasa de Durango, que es la segunda más alta a nivel nacional.

Por lo que respecta a los suicidios, en el país se registró un mortalidad de 3.9 defunciones por cien mil habitantes; cifra que en comparación con 2007 presenta una reducción del 5.38 por ciento. Desde hace varios años este tipo de mortalidad es más frecuente en los estados del sureste del país, registrándose las tasas más elevadas en Quintana Roo, con 10.8 defunciones; Tabasco con 9.2 muertes; Yucatán con 8.7 defunciones y Campeche con una mortalidad de 7.8 defunciones por cien mil habitantes. Otro aspecto que debe tomarse en cuenta es el incremento de este tipo de muertes entre la población femenina, ya que la tasa de mortalidad en esta población pasó de 0.67 defunciones en 1990 a 1.42 defunciones por cien mil mujeres en 2008, lo que significa que la mortalidad por suicidios se incrementó un 113.2 por ciento, casi el doble del incremento registrado entre los hombres durante el mismo periodo (65.5 por ciento).

El escenario actual del país en materia de condiciones de salud de la población impone grandes retos al sistema de salud, dado que se hace evidente que se deben enfrentar los problemas derivados del envejecimiento poblacional y del incremento de los riesgos debidos a conductas poco saludables, a la par de reducir los daños que siguen provocando los padecimientos infecciosos, los vinculados a una mala nutrición y los relacionados con los procesos reproductivos.

Además no sólo se deben elevar los niveles de salud de la población en términos generales, sino también reducir las brechas existentes entre la población y las regiones del país. Para ello, es necesario replantear las estrategias y modelos de operación de los programas de salud, así como establecer nuevos esquemas de organización que permitan cubrir a toda la población con servicios resolutivos, de calidad y seguros, empleando para ello, estrategias que permitan el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles y una mejor gestión de los recursos e insumos que se requieren para avanzar en el mejoramiento de la salud de la población.

Disponibilidad de recursos

Para cumplir con los cinco objetivos del *PROSESA 2007-2012*, dentro de las instituciones de salud públicas del SNS, en 2008, se dispuso de 17.5 unidades de consulta externa por cien mil habitantes; unidades en las que se ubican 56,451 consultorios en total, de los cuales 31,771 son de medicina general, lo que equivale a una disponibilidad de 5.3 y 3 consultorios por cada diez mil habitantes, respectivamente. La disponibilidad de unidades de consulta externa por cien mil habitantes en Nayarit, Oaxaca, Chiapas y Guerrero son las más altas a nivel nacional; mientras que en el Distrito Federal y en Baja California se registran los valores más bajos, con 4.8 y 7.3 unidades por cien mil habitantes.

En el país se dispone de 1.1 hospitales públicos por cien mil habitantes y de 0.7 camas censables cifra menor a la reportada por países como Chile (2.3 camas); Brasil (2.4 camas) y Colombia (1.0 camas censables por cada mil habitantes). La disponibilidad de quirófanos en las instituciones públicas de salud asciende a 2.8 por 100 mil habitantes, ubicándose en el Distrito Federal la mayor disponibilidad a nivel nacional con 6.5 quirófanos y en el Estado de México la menor disponibilidad con 1.3 quirófanos por cada 100 mil habitantes.

En cuanto a la disponibilidad de recursos humanos, en 2008 las instituciones públicas de salud concentraron un total de 154,375 médicos en contacto con el paciente, de los cuales 62,493 eran médicos generales en contacto con el paciente (40.5 por ciento). Con ello, en el país se dispone de 1.4 médicos totales por mil habitantes; por otra parte, se dispone de 1.96 enfermeras en contacto con el paciente por cada mil habitantes. Al comparar estos valores respecto del promedio de los países de la OCDE se observa que nuestro país se encuentra muy por debajo de la media de médicos (3.1) y enfermeras (9.6) disponibles por mil habitantes.

El Distrito Federal con 3.1 médicos en contacto con el paciente por mil habitantes, es la única entidad que se ubica en el parámetro de los países de la OCDE, mientras que Campeche, Baja California Sur,

Nayarit y Tabasco disponen de 2 médicos por mil habitantes, en promedio. En el caso de las enfermeras, se observan diferencias importantes en la disponibilidad entre las entidades federativas. Durango, con 6.3 enfermeras por mil habitantes, registró una disponibilidad 5.7 veces mayor a la del Estado de México (1.1 enfermeras por mil habitantes). A nivel nacional hay 1.4 enfermeras por cada médico; cifra que en todos los estados, a excepción de Durango, no supera las dos enfermeras por médico.

Durante el 2008, de acuerdo a información preliminar del Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), el gasto público en salud ascendió a 323,355,227.8 miles de pesos, con lo que representó el 3.2 por ciento del producto interno bruto; cifra superior en dos puntos porcentuales respecto del porcentaje de 2007. Del gasto público en salud, el 54.1% correspondió al gasto para población asegurada y el resto para población sin seguridad social, distribución que permitió que el gasto per cápita entre los asegurados ascendiera a 3,613.6 pesos y el de la población sin seguridad social a 2,547.8 pesos. El gasto per cápita de la población no asegurada registró un incremento del 20.6 por ciento, respecto del valor de 2007; mientras que el gasto per cápita para la población asegurada se incrementó un 6.8 por ciento.

Entre las entidades federativas del país, Tabasco es quien más recursos destina a salud (6.72 por ciento de su PIB), seguido por Oaxaca que invierte el 6 por ciento de su PIB al gasto en salud. Por el contrario, la entidad con el menor porcentaje fue Nuevo León con el 1.8 por ciento de su PIB. En cuanto al gasto en salud per cápita, en el Distrito Federal se destinan 9,445.1 pesos por persona entre la población con seguridad social, en comparación con lo destinado a la población no asegurada, que en 2008 fue de 3,964.3 pesos per cápita.

En 29 entidades federativas, incluyendo al DF, la cantidad per cápita del gasto en salud que se destina a la población con seguridad social es mayor a la destinada para población sin seguridad social, los estados que muestran una tendencia contraria son Aguascalientes, Estado de México y Baja California Sur.

Durante el 2008, del total del gasto público en salud para población sin seguridad social, el 83.9 por ciento lo aportó la federación y el resto el gobierno estatal. El porcentaje más alto de aportación estatal a este gasto lo realizó Tabasco con un 39.3 por ciento; le siguen Chihuahua con un 37.3 por ciento de aportación; Estado de México con 36.6 por ciento y el Distrito Federal que aportó un 35.9 por ciento al gasto público en salud para población no asegurada. Por el contrario, Durango y Oaxaca fueron las entidades que menos aportaron a este gasto (1.3 y 2.4 por ciento, respectivamente).

Operación de los servicios

En México, durante el 2008 se dispuso de 62,493 médicos generales en contacto con el paciente, lo cuales otorgaron 198.6 millones de consultas externas generales, lo que equivale a 12.6 consultas diarias en promedio por médico. Destaca el Estado de México, Yucatán y Coahuila que otorgaron entre 17 y 19 consultas diarias por médico. En contraste, los médicos de Campeche otorgaron ocho consultas diarias en promedio, mientras que los médicos de Baja California Sur proporcionaron 9.6 consultas diarias.

Las consultas de especialidad proporcionadas en las instituciones de salud públicas ascendieron a 45 millones, lo que equivale a 422 consultas por cada mil habitantes, un 8.8 por ciento más que en 2007. La cobertura más alta con consultas de especialidad se registró en el Distrito Federal (1,059 consultas por mil habitantes), lo cual se debe a la concentración de este tipo de servicios, a través de los hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, los Institutos Nacionales de Salud (INS) y los Hospitales Federales de Referencia (HFR). En contraste, en Chiapas se otorgaron 160.1 consultas de especialidad por cada mil habitantes, lo que lo ubica con la menor cobertura del país.

En México, el número de egresos hospitalarios por cada mil habitantes fue de 49.5; registrando los valores extremos el Distrito Federal con 77.7 egresos y el Estado de México con 28.8 egresos por

mil habitantes. Con base en los casi 5.3 millones de egresos registrados en 2008 y en las 76,137 camas censables, el índice de rotación para ese año fue de 69.4 egresos por cama censable; cifra que comparada con el valor de 2007 representa un incremento del diez por ciento. En el Distrito Federal este índice se reduce a 45.7; mientras que en Tlaxcala; Zacatecas; Tabasco y Querétaro se generaron anualmente más de noventa egresos por cama censable.

En cuanto a la utilización de los servicios quirúrgicos, a nivel nacional se realizaron 31.7 intervenciones quirúrgicas por cada mil habitantes, lo que representa un incremento del 8.6 por ciento respecto de 2007. En Chiapas se proporcionaron 16.8 intervenciones quirúrgicas por mil habitantes, cifra menor en 32.3 intervenciones quirúrgicas respecto de las proporcionadas en Colima. La productividad diaria de los quirófanos, en 2008, se ubicó en 3.1 cirugías diarias. Resalta la baja productividad de Guerrero que sólo fue de 1.7 cirugías diarias por quirófano, cifra 3.3 veces menor a la productividad de Baja California (5.5 intervenciones diarias).

Respecto de la cobertura de servicios, en 2008 se registró que el número de consultas prenatales por embarazada a nivel nacional ascendió a 4.7; que un 37.5 por ciento de la mujeres en edad fértil eran usuarias activas de algún método de planificación familiar y que la cobertura de menores de un año con esquema completo de vacunación y de vacuna contra el sarampión era de 94.5 y 95.5 por ciento, respectivamente.

En materia de calidad en la gestión de los servicios, la SS instrumentó el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), dentro de los cuales se incluye información sobre los tiempos de espera para recibir atención en el servicio de consulta externa de las unidades del primer nivel de atención; tiempo que durante el 2008, en zonas urbanas, fue de 28.6 minutos en promedio, mientras que en zonas rurales fue de 19.1 minutos. Resaltan San Luis Potosí y el Estado de México que registraron un tiempo promedio de espera para recibir atención en las unidades urbanas de una hora (62 y 60.1 minutos, respectivamente), lo cual duplica

el valor establecido como estándar (menor o igual a 30 minutos); además, este último estado, también registró el mayor tiempo de espera en las unidades rurales, con 30.8 minutos en promedio, aunque este valor se ubica dentro del parámetro de menor o igual a 50 minutos. Por el contrario, las entidades donde se atiende de manera más expedita a los pacientes son Aguascalientes y Nayarit, en relación con las unidades urbanas y Aguascalientes, Coahuila y Morelos, respecto de las unidades rurales.

En los servicios de urgencia a nivel nacional, el tiempo promedio de espera fue de 18.1 minutos, cifra que supera en 3.1 minutos al valor establecido como parámetro (menor o igual a 15 minutos). Michoacán reportó un tiempo de espera en urgencias de 29.5; es decir, 14.5 minutos más que el valor estándar. En 2008, los estados que se ubicaron dentro de este parámetro fueron Durango; Estado de México; Sinaloa; Morelos; Guerrero; Zacatecas, Nayarit y Sonora.

El porcentaje de usuarios satisfechos con el trato recibido en las unidades del primer nivel de atención, a nivel nacional, fue del 97.2 por ciento. De las 32 entidades federativas, trece rebasaron el 98 por ciento de usuarios satisfechos. El Distrito Federal reportó el menor porcentaje de usuarios satisfechos, con un 92.4 por ciento de los usuarios entrevistados. Respecto del porcentaje de paciente con recetas surtidas en forma completa en el primer nivel de atención, a nivel nacional se registró un

87.3 por ciento de surtimiento; cifra que va de un 98.8 por ciento en el estado de Colima a un 53.3 por ciento en Michoacán.

Parte importante de la operación de los servicios de la Secretaría de Salud a nivel nacional, es el Sistema de Protección Social en Salud que, a través del Seguro Popular de Salud, permitió afiliarse en 2008 a 9,146,013 familias, lo que representa 1,838,840 familias más respecto de las afiliadas en 2007. Durante el 2008, el Estado de México es la entidad que más contribuyó a la afiliación nacional con un 9.1 por ciento de familias afiliadas; le sigue Veracruz con un 7.9 y Guanajuato con un 6.8 por ciento del total de familias afiliadas en el país. El Estado de México y Veracruz fueron quienes más incrementaron su afiliación entre 2007 y 2008, al pasar, en el primer estado, de 529,518 familias afiliadas en 2007 a 830,986 familias en 2008 y en el segundo de 540,183 a 719,806 familias afiliadas; por el contrario, la afiliación que realizó el estado de Sonora en 2007 (209,672 familias) fue mayor a la realizada durante el 2008 (204,280 familias).

En 2008, del total de familias afiliadas al SPS, un 31.7 por ciento eran además beneficiarias del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. En Guerrero esta proporción asciende al 59.7 por ciento; mientras que en los estados de Puebla; Hidalgo; Chiapas y Veracruz el número de familias afiliadas al SPS que también son beneficiarias de Oportunidades se ubicó en un rango del 41 al 49 por ciento.

Cuadros estadísticos

Cuadro III.1

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Salud poblacional

Entidad	Esperanza de vida al nacimiento 1/			Tasa global de fecundidad 1/	Mortalidad general					
	Hombres	Mujeres	Total		Hombres		Mujeres		Total	
					Observada 2/	Estándar 3/	Observada 2/	Estándar 3/	Observada 2/	Estándar 3/
Nacional	72.7	77.5	75.1	2.1	5.4	7.3	4.2	5.1	4.8	6.2
Aguascalientes	73.2	77.5	75.4	2.3	4.9	7.5	3.9	5.4	4.4	6.4
Baja California	73.5	78.4	76.0	2.1	5.5	8.6	3.6	5.4	4.6	7.0
Baja California Sur	73.5	78.4	75.9	2.0	5.0	7.8	3.5	5.1	4.3	6.5
Campeche	72.7	77.4	75.1	2.0	5.1	7.1	3.6	5.1	4.3	6.1
Coahuila	72.5	77.2	74.8	2.2	4.0	6.1	3.3	4.5	3.7	5.3
Colima	73.0	78.0	75.5	2.0	5.6	7.5	4.4	5.2	5.0	6.3
Chiapas	71.7	76.4	74.1	2.4	4.2	6.5	3.2	5.2	3.7	5.8
Chihuahua	73.5	78.0	75.7	2.2	7.0	9.3	4.7	5.9	5.9	7.6
Distrito Federal	73.6	78.5	76.1	1.7	6.2	7.4	5.6	5.2	5.9	6.2
Durango	72.2	76.8	74.5	2.3	6.0	7.8	4.3	5.4	5.1	6.6
Guanajuato	73.1	77.7	75.4	2.2	5.7	7.7	4.3	5.3	5.0	6.4
Guerrero	71.2	75.8	73.5	2.4	4.6	6.1	3.5	4.2	4.0	5.1
Hidalgo	72.4	77.2	74.8	2.1	5.7	7.4	4.4	5.1	5.0	6.2
Jalisco	73.1	77.6	75.4	2.1	5.5	7.3	4.5	5.2	5.0	6.2
México	73.3	78.2	75.8	2.0	4.7	7.3	3.8	5.4	4.3	6.3
Michoacán	72.6	77.0	74.8	2.1	5.4	6.4	4.0	4.4	4.7	5.3
Morelos	73.3	78.4	75.9	2.0	5.8	7.1	4.8	5.2	5.3	6.1
Nayarit	72.8	77.3	75.0	2.1	5.8	6.9	4.2	4.6	5.0	5.7
Nuevo León	73.0	77.8	75.4	2.0	4.6	6.8	3.7	4.6	4.2	5.7
Oaxaca	71.9	76.6	74.3	2.2	6.2	7.5	4.7	5.1	5.5	6.2
Puebla	72.7	77.7	75.2	2.3	5.7	7.6	4.5	5.2	5.0	6.3
Querétaro	73.0	77.9	75.4	2.1	4.9	7.7	3.8	5.4	4.4	6.4
Quintana Roo	74.0	78.5	76.2	2.1	3.5	6.4	2.2	4.6	2.8	5.5
San Luis Potosí	72.8	77.5	75.2	2.3	5.4	6.7	4.2	4.9	4.8	5.7
Sinaloa	72.5	76.8	74.6	2.1	5.8	7.4	3.7	4.6	4.7	5.9
Sonora	72.7	77.8	75.2	2.2	5.7	7.9	4.1	5.1	4.9	6.5
Tabasco	72.4	76.9	74.6	2.0	5.5	7.8	3.9	5.7	4.7	6.8
Tamaulipas	72.7	77.5	75.1	2.1	5.2	7.3	3.9	4.8	4.6	6.0
Tlaxcala	73.6	78.2	75.9	2.2	5.0	6.7	4.1	5.1	4.5	5.8
Veracruz	71.5	76.3	73.9	2.1	6.4	7.8	4.7	5.3	5.5	6.5
Yucatán	72.8	77.5	75.1	2.0	5.8	7.2	4.8	5.4	5.3	6.3
Zacatecas	73.4	77.9	75.7	2.2	5.9	6.6	4.5	4.9	5.2	5.7

1/ Fuente: Proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

2/ Tasa de mortalidad observada por mil habitantes

3/ Tasa de mortalidad por mil habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro III.2

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Salud poblacional

Entidad	Mortalidad en edad productiva						Mortalidad en adultos mayores					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 3/	Estándar 4/	Observada 3/	Estándar 4/	Observada 3/	Estándar 4/
Nacional	3.6	2.7	2.0	1.5	2.8	2.1	51.7	4.2	43.1	3.3	47.0	3.7
Aguascalientes	3.3	2.6	1.9	1.5	2.6	2.1	56.6	4.5	48.2	3.6	51.9	4.0
Baja California	4.6	3.5	2.0	1.6	3.3	2.6	54.5	4.7	41.9	3.4	47.8	4.0
Baja California Sur	3.8	3.0	1.8	1.5	2.9	2.3	51.4	4.4	42.0	3.2	46.6	3.8
Campeche	3.2	2.4	1.7	1.4	2.4	1.9	55.1	4.4	43.9	3.4	49.5	3.9
Coahuila	2.6	2.1	1.6	1.3	2.1	1.7	45.1	3.9	37.4	3.1	41.3	3.5
Colima	3.4	2.6	2.1	1.6	2.7	2.1	58.0	4.6	44.8	3.3	51.0	3.9
Chiapas	3.2	2.6	2.0	1.7	2.6	2.1	43.3	3.6	40.2	3.3	41.7	3.4
Chihuahua	5.8	4.2	2.3	1.8	4.1	3.0	54.9	4.7	46.4	3.8	50.4	4.2
Distrito Federal	3.7	2.6	2.2	1.5	2.9	2.0	54.2	4.4	45.6	3.3	49.0	3.8
Durango	4.0	3.0	2.0	1.6	3.0	2.3	54.3	4.5	45.0	3.6	49.4	4.1
Guanajuato	3.7	2.9	1.9	1.5	2.7	2.1	57.3	4.4	46.6	3.4	51.4	3.9
Guerrero	3.4	2.6	1.8	1.4	2.6	1.9	40.0	3.2	32.7	2.6	36.0	2.9
Hidalgo	3.8	2.8	2.0	1.6	2.9	2.2	51.6	4.2	43.9	3.3	47.4	3.7
Jalisco	3.5	2.7	1.9	1.5	2.7	2.0	55.2	4.3	47.0	3.4	50.7	3.8
México	3.3	2.6	2.0	1.6	2.6	2.1	49.2	4.2	43.0	3.4	45.8	3.8
Michoacán	3.5	2.5	1.7	1.3	2.6	1.9	45.9	3.5	38.1	2.8	41.7	3.1
Morelos	3.6	2.6	2.1	1.6	2.8	2.1	52.3	4.2	44.0	3.4	47.8	3.7
Nayarit	3.5	2.5	1.8	1.3	2.6	1.9	52.2	4.2	41.7	3.1	46.8	3.6
Nuevo León	2.8	2.2	1.7	1.3	2.2	1.7	51.5	4.4	39.6	3.1	45.0	3.7
Oaxaca	4.2	3.1	2.2	1.6	3.1	2.3	50.7	3.9	42.5	3.2	46.2	3.5
Puebla	3.7	2.9	2.0	1.6	2.8	2.2	53.0	4.2	43.9	3.2	47.9	3.6
Querétaro	3.3	2.7	1.8	1.5	2.5	2.0	57.6	4.6	47.8	3.6	52.2	4.0
Quintana Roo	3.0	2.5	1.3	1.3	2.2	1.9	40.2	3.5	35.2	3.0	37.6	3.3
San Luis Potosí	3.3	2.5	1.8	1.4	2.5	1.9	49.9	3.9	43.1	3.2	46.2	3.5
Sinaloa	4.0	2.8	1.6	1.2	2.8	2.0	51.2	4.3	39.7	3.1	45.2	3.7
Sonora	3.8	2.8	2.0	1.5	2.9	2.2	55.7	4.7	41.9	3.4	48.4	4.0
Tabasco	4.2	3.2	2.2	1.8	3.1	2.5	52.3	4.3	45.4	3.6	48.7	3.9
Tamaulipas	3.4	2.6	1.9	1.5	2.6	2.0	51.9	4.4	38.9	3.1	44.8	3.7
Tlaxcala	3.1	2.4	1.9	1.6	2.5	2.0	51.5	3.9	43.7	3.1	47.2	3.5
Veracruz	4.3	3.1	2.2	1.6	3.2	2.3	53.0	4.3	43.6	3.4	47.9	3.8
Yucatán	3.2	2.5	2.0	1.5	2.6	2.0	57.3	4.4	48.1	3.6	52.5	4.0
Zacatecas	3.4	2.5	1.8	1.4	2.5	1.9	50.2	3.7	44.3	3.2	47.1	3.5

1/ Tasa observada por mil habitantes de 15 a 64 años

2/ Tasa por mil habitantes de 15 a 64 años, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

3/ Tasa observada por mil habitantes de 65 años o más

4/ Tasa por mil habitantes de 65 años o más, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de Población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro III.3

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Salud poblacional

Entidad	Mortalidad infantil 1/			Mortalidad por asfixia y trauma al nacimiento (P03, P10-P15, P20-P28)		Mortalidad en niños menores de 5 años 4/			Mortalidad por enfermedades diarreicas agudas (A00-A09)					
									Hombres		Mujeres		Total	
	Hombres	Mujeres	Total	Observada 2/	Estándar 3/	Hombres	Mujeres	Total	Observada 5/	Estándar 6/	Observada 5/	Estándar 6/	Observada 5/	Estándar 6/
Nacional	16.8	13.4	15.2	3.7	0.1	19.8	16.0	17.9	12.5	1.1	10.5	0.9	11.5	1.0
Aguascalientes	15.0	12.0	13.2	3.2	0.1	17.8	14.4	16.1	6.9	0.6	7.2	0.6	7.0	0.6
Baja California	13.4	10.8	11.9	2.7	0.1	16.0	13.0	14.5	5.0	0.4	3.7	0.3	4.4	0.4
Baja California Sur	13.8	11.0	12.1	3.3	0.1	16.5	13.4	15.0	8.1	0.7	17.0	1.5	12.4	1.1
Campeche	17.7	14.0	15.5	3.3	0.1	20.7	16.6	18.6	11.2	1.0	0.0	0.0	5.7	0.5
Coahuila	13.6	10.9	12.0	1.5	0.0	16.1	13.0	14.5	5.7	0.5	2.6	0.2	4.2	0.4
Colima	14.1	11.3	12.5	2.1	0.0	16.8	13.6	15.2	0.0	0.0	8.1	0.7	4.0	0.4
Chiapas	23.7	19.2	21.0	2.3	0.0	27.4	22.4	24.9	31.4	2.8	20.8	1.8	26.2	2.3
Chihuahua	15.2	12.1	13.4	4.6	0.1	18.0	14.5	16.3	15.2	1.4	12.8	1.1	14.1	1.2
Distrito Federal	12.9	10.4	11.4	4.5	0.1	15.5	12.6	14.1	6.3	0.6	5.6	0.5	5.9	0.5
Durango	18.0	14.2	15.8	3.3	0.1	20.8	16.7	18.8	10.6	0.9	7.0	0.6	8.8	0.8
Guanajuato	18.2	14.4	16.0	4.1	0.1	21.4	17.1	19.3	7.2	0.6	5.8	0.5	6.5	0.6
Guerrero	24.2	19.7	21.5	3.3	0.1	27.8	22.7	25.3	12.4	1.1	11.6	1.0	12.0	1.1
Hidalgo	18.8	14.9	16.5	3.1	0.1	21.9	17.6	19.7	9.7	0.9	6.4	0.6	8.1	0.7
Jalisco	15.3	12.2	13.5	2.7	0.1	18.1	14.6	16.4	8.2	0.7	4.5	0.4	6.6	0.6
México	16.1	12.8	14.1	4.8	0.1	19.1	15.4	17.3	17.1	1.5	15.2	1.4	16.2	1.4
Michoacán	19.5	15.5	17.1	3.6	0.1	22.7	18.2	20.5	11.7	1.0	9.5	0.8	10.7	0.9
Morelos	15.1	12.1	13.3	3.2	0.1	17.9	14.5	16.2	16.5	1.5	8.7	0.8	12.7	1.1
Nayarit	17.1	13.6	15.0	1.9	0.0	20.0	16.1	18.1	9.2	0.8	4.8	0.4	7.1	0.6
Nuevo León	12.1	9.7	10.6	1.9	0.0	14.4	11.7	13.1	6.7	0.6	3.2	0.3	5.0	0.4
Oaxaca	21.8	17.5	19.2	3.5	0.1	25.4	20.6	23.0	24.9	2.2	28.8	2.6	26.8	2.4
Puebla	20.1	16.0	17.7	4.9	0.1	23.7	19.1	21.4	19.8	1.8	12.1	1.1	16.1	1.4
Querétaro	16.9	13.4	14.8	3.3	0.1	19.9	16.0	18.0	6.2	0.6	13.0	1.2	9.5	0.8
Quintana Roo	14.8	11.8	13.0	4.7	0.1	17.7	14.3	16.0	12.9	1.1	11.6	1.0	12.3	1.1
San Luis Potosí	18.0	14.3	15.8	1.9	0.0	21.1	17.0	19.0	13.2	1.2	15.4	1.4	14.3	1.3
Sinaloa	16.1	12.8	14.1	2.6	0.1	18.8	15.1	16.9	3.4	0.3	7.2	0.6	5.3	0.5
Sonora	14.2	11.4	12.5	4.2	0.1	16.8	13.6	15.2	11.3	1.0	5.5	0.5	8.5	0.7
Tabasco	18.3	14.5	16.0	3.9	0.1	21.5	17.3	19.4	11.4	1.0	8.6	0.8	10.0	0.9
Tamaulipas	14.0	11.2	12.3	4.1	0.1	16.6	13.4	15.0	7.0	0.6	2.9	0.3	5.0	0.4
Tlaxcala	18.0	14.3	15.8	4.8	0.1	21.4	17.1	19.2	5.4	0.5	9.3	0.8	7.3	0.6
Veracruz	20.4	16.2	17.9	4.5	0.1	23.6	19.0	21.3	11.6	1.0	12.7	1.1	12.1	1.1
Yucatán	17.2	13.7	15.1	3.9	0.1	20.2	16.2	18.2	15.7	1.4	15.1	1.3	15.4	1.4
Zacatecas	19.2	15.2	16.8	3.1	0.1	22.6	18.1	20.3	4.5	0.4	14.1	1.3	9.2	0.8

1/ Se refiere a la probabilidad de morir por mil menores de un año. Fuente: Proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

2/ Tasa observada por mil nacidos vivos estimados

3/ Tasa por mil menores de un año, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

4/ Se refiere a la probabilidad de morir por mil niños menores de 5 años

5/ Tasa observada por 100 mil niños menores de 5 años

6/ Tasa por 100 mil niños menores de 5 años, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro III.4

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Salud poblacional

Entidad	Mortalidad por infecciones respiratorias agudas (J00-J22)						Mortalidad por desnutrición en niños menores de 5 años (E40-E64)					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/
Nacional	27.9	2.5	23.0	2.0	25.5	2.3	6.3	0.6	5.0	0.4	5.7	0.5
Aguascalientes	17.3	1.5	12.6	1.1	15.0	1.3	3.5	0.3	5.4	0.5	4.4	0.4
Baja California	18.4	1.6	9.7	0.9	14.2	1.3	3.5	0.3	3.7	0.3	3.6	0.3
Baja California Sur	20.2	1.8	25.5	2.3	22.8	2.0	4.0	0.4	12.8	1.1	8.3	0.7
Campeche	14.1	1.2	11.7	1.0	12.9	1.1	5.6	0.5	2.9	0.3	4.3	0.4
Coahuila	4.1	0.4	7.7	0.7	5.8	0.5	0.0	0.0	2.6	0.2	1.2	0.1
Colima	11.6	1.0	12.2	1.1	11.9	1.1	3.9	0.3	4.1	0.4	4.0	0.4
Chiapas	31.4	2.8	30.3	2.7	30.9	2.7	10.5	0.9	8.7	0.8	9.6	0.8
Chihuahua	27.3	2.4	24.9	2.2	26.2	2.3	7.6	0.7	10.8	1.0	9.2	0.8
Distrito Federal	36.7	3.2	26.6	2.4	31.7	2.8	6.3	0.6	3.0	0.3	4.6	0.4
Durango	17.3	1.5	12.5	1.1	15.0	1.3	6.6	0.6	1.4	0.1	4.1	0.4
Guanajuato	17.5	1.6	13.2	1.2	15.4	1.4	2.8	0.2	1.7	0.1	2.2	0.2
Guerrero	9.9	0.9	12.2	1.1	11.0	1.0	4.9	0.4	4.5	0.4	4.7	0.4
Hidalgo	17.6	1.6	10.1	0.9	14.4	1.3	2.6	0.2	5.5	0.5	4.0	0.4
Jalisco	11.6	1.0	13.1	1.2	12.4	1.1	2.1	0.2	3.5	0.3	2.8	0.2
México	67.5	6.0	52.7	4.7	60.3	5.3	8.1	0.7	5.1	0.5	6.6	0.6
Michoacán	18.2	1.6	13.4	1.2	15.8	1.4	3.7	0.3	6.2	0.5	4.9	0.4
Morelos	22.0	2.0	18.8	1.7	20.5	1.8	4.1	0.4	2.9	0.3	3.5	0.3
Nayarit	16.1	1.4	14.5	1.3	15.3	1.4	2.3	0.2	2.4	0.2	2.4	0.2
Nuevo León	5.6	0.5	5.9	0.5	5.8	0.5	0.5	0.0	1.1	0.1	0.8	0.1
Oaxaca	32.0	2.8	22.0	2.0	27.1	2.4	21.9	1.9	17.1	1.5	19.6	1.7
Puebla	49.2	4.4	45.6	4.0	47.4	4.2	15.2	1.3	7.7	0.7	11.5	1.0
Querétaro	17.4	1.5	20.8	1.8	19.1	1.7	1.2	0.1	2.6	0.2	1.9	0.2
Quintana Roo	9.7	0.9	14.9	1.3	12.3	1.1	3.2	0.3	0.0	0.0	1.6	0.1
San Luis Potosí	26.4	2.3	18.9	1.7	22.7	2.0	5.8	0.5	2.6	0.2	4.2	0.4
Sinaloa	9.4	0.8	9.0	0.8	9.2	0.8	4.3	0.4	1.8	0.2	3.1	0.3
Sonora	21.7	1.9	13.7	1.2	18.2	1.6	6.1	0.5	3.7	0.3	4.9	0.4
Tabasco	23.7	2.1	19.4	1.7	21.6	1.9	8.3	0.7	5.4	0.5	6.9	0.6
Tamaulipas	7.0	0.6	9.5	0.8	8.6	0.8	3.5	0.3	2.2	0.2	2.9	0.3
Tlaxcala	28.6	2.5	18.6	1.6	23.7	2.1	3.6	0.3	3.7	0.3	3.6	0.3
Veracruz	18.9	1.7	17.8	1.6	18.4	1.6	6.4	0.6	7.3	0.6	6.9	0.6
Yucatán	19.3	1.7	15.1	1.3	17.3	1.5	4.8	0.4	2.5	0.2	3.7	0.3
Zacatecas	34.5	3.1	17.3	1.5	26.1	2.3	9.0	0.8	1.6	0.1	5.4	0.5

1/ Tasa observada por 100 mil niños menores de 5 años

2/ Tasa por 100 mil niños menores de 5 años, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro III.5

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Salud poblacional

Entidad	Razón de mortalidad materna 1/	Mortalidad por cáncer mamario (C50)		Mortalidad por cáncer cérvico-uterino (C53)		Mortalidad por cáncer de prostata (C61)	
		Observada 2/	Estándar 3/	Observada 2/	Estándar 3/	Observada 4/	Estándar 5/
Nacional	57.0	16.8	10.9	14.0	9.1	19.4	15.3
Aguascalientes	39.7	24.9	16.7	6.9	4.7	21.5	18.7
Baja California	43.4	20.7	15.0	13.8	10.0	15.3	18.2
Baja California Sur	51.9	23.4	17.4	10.6	7.5	16.0	18.7
Campeche	48.8	9.8	6.8	14.7	10.7	13.3	11.0
Coahuila	37.9	14.3	9.7	8.7	5.5	13.3	12.1
Colima	39.3	17.4	11.3	19.8	12.6	31.9	25.1
Chiapas	96.8	10.3	7.3	20.8	15.0	17.4	15.0
Chihuahua	62.9	25.4	16.7	14.8	9.2	17.4	15.2
Distrito Federal	52.9	24.0	14.2	12.7	7.6	19.9	15.6
Durango	74.9	16.0	10.1	13.8	8.7	18.0	12.6
Guanajuato	40.1	14.7	9.7	12.2	8.1	23.1	15.9
Guerrero	93.4	10.6	6.5	16.8	10.3	20.6	13.3
Hidalgo	60.0	12.7	7.9	11.6	7.3	21.7	15.2
Jalisco	40.4	21.5	13.6	12.5	7.9	26.5	19.2
México	58.5	15.6	11.0	11.6	8.3	13.2	13.9
Michoacán	59.1	15.6	9.6	15.1	8.9	27.9	16.0
Morelos	52.4	16.1	9.9	18.9	11.8	21.7	14.9
Nayarit	52.8	14.4	8.7	23.7	14.3	33.8	21.2
Nuevo León	28.8	22.8	15.5	9.0	6.0	17.1	16.3
Oaxaca	100.2	11.4	6.7	20.2	11.7	19.2	10.9
Puebla	55.4	13.0	8.2	13.6	8.8	19.1	13.5
Querétaro	49.8	13.6	9.5	13.1	9.5	13.9	13.0
Quintana Roo	67.2	8.1	7.3	12.0	11.2	5.1	8.3
San Luis Potosí	37.6	17.7	10.7	14.7	9.1	21.9	13.7
Sinaloa	39.4	16.1	10.3	10.2	6.4	25.0	19.1
Sonora	31.5	24.9	16.1	12.5	8.1	18.4	15.7
Tabasco	70.0	13.1	9.5	15.8	11.8	21.0	18.8
Tamaulipas	58.7	17.0	11.2	16.3	11.0	20.1	17.6
Tlaxcala	27.2	12.2	8.1	11.9	8.1	14.3	10.2
Veracruz	74.8	14.4	8.7	18.9	11.5	24.5	16.6
Yucatán	45.1	7.6	4.7	18.2	11.8	13.2	9.1
Zacatecas	45.7	16.9	10.5	13.1	8.0	26.5	14.4

1/ Razón de mortalidad materna por 100 mil nacimientos estimados. CIE10: O00-O99, A34, D392, F53, M830, y embarazadas con B20-B24. Excluye muertes maternas tardías o por secuelas (O96 y O97) y por coriocarcinoma (C58X)

2/ Tasa observada por 100 mil mujeres de 25 años o más

3/ Tasa por 100 mil mujeres de 25 años o más, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

4/ Tasa observada por 100 mil hombres de 25 años o más

5/ Tasa por 100 mil hombres de 25 años o más, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Nacimientos estimados por CONAPO, versión Censo 2005

Cuadro III.6

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Salud poblacional

Entidad	Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)						Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/
Nacional	62.1	92.0	46.3	56.9	54.1	73.1	25.1	37.4	27.0	33.4	26.0	35.3
Aguascalientes	51.2	92.1	36.4	53.3	43.6	70.8	22.5	39.9	21.0	30.3	21.7	34.6
Baja California	67.1	129.9	43.8	73.5	55.9	100.7	29.3	57.9	27.3	44.6	28.3	51.2
Baja California Sur	67.9	122.4	39.2	64.1	54.2	93.3	19.1	37.1	18.6	29.1	18.9	33.2
Campeche	56.4	87.1	39.1	59.4	47.7	72.9	27.4	42.5	19.4	29.5	23.4	35.8
Coahuila	68.9	111.1	49.8	70.1	60.3	90.8	24.4	40.2	21.7	30.4	23.1	35.3
Colima	69.5	96.2	54.5	63.0	62.2	78.8	24.9	34.4	23.3	27.1	24.1	30.6
Chiapas	29.2	53.4	22.9	40.5	26.0	46.8	16.4	29.7	14.7	26.2	15.5	27.9
Chihuahua	85.7	133.6	64.3	85.5	75.2	108.4	23.6	37.2	25.6	34.2	24.6	35.7
Distrito Federal	88.6	112.1	81.1	69.4	84.7	87.5	28.6	36.3	36.1	31.8	32.5	33.8
Durango	90.8	128.7	64.1	83.3	77.2	104.9	29.2	40.8	27.7	36.0	28.4	38.3
Guanajuato	64.2	92.8	42.6	52.0	52.9	70.4	28.4	41.1	27.9	34.6	28.1	37.6
Guerrero	42.7	60.4	32.7	40.4	37.5	49.5	22.9	32.6	25.4	31.3	24.2	31.9
Hidalgo	45.9	62.1	35.6	41.3	40.6	50.9	21.9	30.2	23.7	28.6	22.9	29.3
Jalisco	63.1	89.2	47.8	54.0	55.3	70.2	23.8	33.7	27.2	31.0	25.5	32.3
México	43.5	79.5	35.1	52.9	39.3	65.4	19.3	35.5	23.9	36.0	21.6	35.9
Michoacán	54.7	66.8	36.7	38.8	45.3	51.7	24.0	28.8	24.5	26.3	24.3	27.5
Morelos	57.0	73.6	47.8	51.4	52.3	61.7	26.6	34.5	31.3	33.9	29.0	34.3
Nayarit	79.0	96.1	54.3	59.4	66.6	77.3	29.1	35.6	29.6	32.5	29.4	34.1
Nuevo León	76.9	122.4	52.0	67.1	64.7	92.9	29.0	47.5	27.3	35.1	28.2	40.9
Oaxaca	44.6	54.9	34.9	36.7	39.5	45.0	35.6	43.7	38.2	40.8	36.9	42.1
Puebla	48.4	70.0	36.8	42.1	42.4	54.6	26.6	38.7	29.5	35.3	28.1	36.8
Querétaro	55.1	95.7	39.8	57.8	47.3	75.2	24.1	43.0	26.1	38.6	25.1	40.7
Quintana Roo	25.5	64.9	12.0	34.2	18.8	49.4	11.3	28.9	9.2	22.9	10.3	25.9
San Luis Potosí	67.3	86.4	47.8	53.9	57.3	69.0	27.4	34.6	32.0	36.5	29.8	35.6
Sinaloa	75.8	106.0	55.6	70.2	65.8	87.7	19.7	28.2	22.9	28.6	21.3	28.5
Sonora	97.0	147.9	57.1	75.4	77.4	110.0	26.4	41.0	24.5	32.0	25.5	36.4
Tabasco	50.7	82.7	31.0	50.1	40.7	65.9	26.6	45.7	24.2	38.8	25.3	42.1
Tamaulipas	83.2	127.1	50.1	64.2	66.7	93.3	24.1	36.8	23.4	30.0	23.8	33.2
Tlaxcala	35.5	52.3	22.7	27.4	28.9	39.0	22.6	33.1	26.6	33.9	24.6	33.6
Veracruz	72.0	93.8	54.3	61.1	62.9	76.1	30.4	39.9	31.4	35.5	31.0	37.6
Yucatán	86.8	111.5	70.2	77.3	78.5	93.6	32.6	42.8	28.4	32.5	30.5	37.3
Zacatecas	62.8	72.3	45.9	47.8	54.1	59.4	28.6	32.1	33.7	35.6	31.2	34.0

1/ Tasa observada por 100 mil habitantes

2/ Tasa por 100 mil habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro III.7

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Salud poblacional

Entidad	Mortalidad por diabetes mellitus (E10-E14)						Mortalidad por VIH/SIDA (B20-B24)					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 3/	Estándar 4/	Observada 3/	Estándar 4/	Observada 3/	Estándar 4/
Nacional	67.4	99.3	73.0	94.7	70.3	97.1	16.9	4.9	3.2	0.9	9.8	2.9
Aguascalientes	57.0	97.4	65.8	99.9	61.6	98.9	7.7	2.3	1.1	0.3	4.2	1.2
Baja California	49.7	94.0	53.2	86.2	51.4	90.2	26.3	7.7	7.1	2.1	17.4	5.1
Baja California Sur	54.0	98.7	47.9	77.9	51.1	88.1	23.7	7.1	5.7	1.7	15.3	4.5
Campeche	52.3	80.3	68.1	104.6	60.2	92.8	27.2	8.0	2.4	0.7	14.5	4.3
Coahuila	59.7	92.6	67.6	93.5	64.2	94.1	9.2	2.7	0.7	0.2	4.9	1.5
Colima	69.9	102.3	79.9	101.3	74.8	101.6	27.2	8.0	2.1	0.6	14.6	4.3
Chiapas	36.5	63.7	47.0	82.7	41.8	73.5	20.1	5.9	6.1	1.8	12.8	3.8
Chihuahua	62.7	94.7	73.2	97.2	67.8	96.3	22.1	6.5	3.1	0.9	12.9	3.8
Distrito Federal	101.7	126.7	102.2	96.9	102.0	110.0	19.8	5.8	1.8	0.5	10.5	3.1
Durango	68.7	96.6	80.4	106.4	74.6	101.7	10.0	3.0	2.2	0.6	6.0	1.8
Guanajuato	84.2	127.0	83.9	114.8	84.0	120.5	7.8	2.3	0.9	0.3	4.0	1.2
Guerrero	53.8	76.9	58.0	74.8	56.0	75.9	21.8	6.4	5.3	1.6	12.9	3.8
Hidalgo	73.9	101.3	73.4	91.7	73.6	96.3	6.3	1.8	0.8	0.2	3.3	1.0
Jalisco	70.6	103.2	70.1	86.8	70.4	94.5	14.0	4.1	1.6	0.5	7.6	2.2
México	69.4	118.9	72.4	109.1	70.9	114.0	11.1	3.2	2.0	0.6	6.5	1.9
Michoacán	68.1	86.7	74.0	86.4	71.2	86.6	7.2	2.1	1.0	0.3	3.8	1.1
Morelos	80.1	102.5	88.5	101.5	84.4	102.1	22.2	6.5	3.1	0.9	12.2	3.6
Nayarit	57.0	71.9	58.6	69.5	57.8	70.7	22.2	6.5	4.9	1.5	13.3	3.9
Nuevo León	57.3	89.8	64.3	84.3	60.8	86.9	12.6	3.7	2.5	0.7	7.6	2.2
Oaxaca	61.6	79.7	67.6	79.2	64.8	79.6	24.3	7.1	4.9	1.4	13.9	4.1
Puebla	81.6	122.2	85.1	109.8	83.4	115.6	15.3	4.5	2.3	0.7	8.3	2.4
Querétaro	57.4	101.3	66.1	102.5	61.8	102.1	8.8	2.6	0.7	0.2	4.6	1.3
Quintana Roo	32.0	79.4	39.1	94.1	35.5	86.9	22.1	6.7	4.2	1.2	13.2	4.0
San Luis Potosí	62.6	83.5	72.5	90.4	67.7	87.2	8.5	2.5	1.9	0.6	5.0	1.5
Sinaloa	52.2	73.3	58.3	74.8	55.2	74.2	13.8	4.1	3.8	1.1	8.8	2.6
Sonora	51.3	76.3	58.2	77.4	54.8	77.2	13.3	3.9	3.4	1.0	8.4	2.5
Tabasco	67.7	110.8	75.7	121.6	71.8	116.4	36.6	10.7	9.8	2.9	22.6	6.6
Tamaulipas	67.6	101.0	76.6	99.9	72.1	100.7	17.7	5.2	3.0	0.9	10.4	3.0
Tlaxcala	74.5	114.9	88.9	123.9	81.9	119.8	8.3	2.4	1.7	0.5	4.8	1.4
Veracruz	69.2	89.3	75.3	88.6	72.4	89.2	37.7	11.0	9.4	2.8	22.4	6.6
Yucatán	49.8	67.0	76.9	93.5	63.4	81.1	16.3	4.9	4.1	1.3	10.1	3.0
Zacatecas	65.8	81.6	69.1	81.4	67.5	81.5	6.8	2.0	1.0	0.3	3.7	1.1

1/ Tasa observada por 100 mil habitantes

2/ Tasa por 100 mil habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

3/ Tasa observada por 100 mil habitantes de 25 a 44 años

4/ Tasa por 100 mil habitantes de 25 a 44 años, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro III.8

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Salud poblacional

Entidad	Mortalidad por cáncer pulmonar, bronquios y tráquea (C33-C34)						Mortalidad por cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado (K70.2, K70.3, K71.7, K74 y K76.1)					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/
Nacional	8.4	12.7	4.2	5.4	6.2	8.7	31.5	42.2	10.0	12.9	20.6	26.7
Aguascalientes	10.1	18.6	7.1	11.2	8.5	14.5	26.7	39.0	6.4	9.8	16.3	23.3
Baja California	9.4	19.1	5.1	8.5	7.3	13.5	25.2	36.6	8.3	12.4	17.1	24.6
Baja California Sur	13.9	26.6	5.3	8.2	9.8	17.2	24.6	32.9	5.7	9.9	15.6	21.8
Campeche	5.6	8.7	3.0	4.4	4.3	6.5	36.7	52.0	16.9	24.9	26.7	38.2
Coahuila	10.1	16.8	3.7	5.2	7.0	10.7	20.8	29.1	7.1	9.6	14.0	19.0
Colima	12.4	18.6	5.4	7.0	8.9	12.5	35.6	46.3	9.8	13.0	22.8	29.1
Chiapas	4.5	8.2	2.2	4.0	3.3	6.0	32.0	50.1	10.8	18.8	21.3	34.0
Chihuahua	14.6	23.2	7.1	9.5	11.0	15.9	28.8	37.4	7.6	9.7	18.4	23.3
Distrito Federal	8.6	11.1	5.3	5.0	6.9	7.5	24.3	27.4	8.8	8.6	16.3	17.0
Durango	12.2	17.5	6.8	8.9	9.5	13.0	23.2	30.8	7.8	10.2	15.3	20.0
Guanajuato	7.4	11.2	3.6	4.7	5.4	7.6	30.8	42.3	7.6	10.3	18.6	25.0
Guerrero	6.1	8.7	3.0	3.9	4.5	6.0	27.3	37.8	8.1	10.5	17.4	23.1
Hidalgo	5.4	7.5	4.2	5.3	4.8	6.3	45.5	59.8	14.1	17.9	29.2	37.4
Jalisco	10.9	15.8	6.5	7.9	8.6	11.5	26.3	34.8	8.2	10.3	17.1	21.8
México	4.8	8.8	3.1	4.5	4.0	6.4	32.8	47.7	9.7	13.8	21.2	29.8
Michoacán	8.0	10.2	3.7	4.2	5.7	7.0	26.1	32.6	7.5	9.0	16.4	20.0
Morelos	7.3	9.6	3.3	3.7	5.2	6.4	44.5	54.6	16.0	18.9	29.9	35.6
Nayarit	12.5	15.9	5.1	5.9	8.8	10.7	23.9	29.0	8.2	9.8	16.0	19.2
Nuevo León	12.8	20.9	4.1	5.5	8.5	12.4	21.9	31.4	7.1	9.2	14.6	19.7
Oaxaca	4.4	5.6	3.3	3.9	3.8	4.6	51.4	65.9	15.1	17.9	32.5	39.9
Puebla	4.0	6.0	2.3	3.0	3.2	4.4	59.9	84.2	17.7	22.9	38.1	50.9
Querétaro	5.7	10.6	2.8	4.6	4.2	7.2	36.6	56.6	8.9	12.9	22.5	33.2
Quintana Roo	3.0	6.9	2.1	4.4	2.5	5.6	21.9	37.1	9.2	20.0	15.6	28.6
San Luis Potosí	8.7	11.4	5.0	6.2	6.8	8.6	24.2	31.5	7.1	9.0	15.4	19.6
Sinaloa	18.3	26.4	4.4	5.7	11.4	15.5	15.7	20.5	5.4	6.9	10.6	13.5
Sonora	17.5	27.0	7.3	9.6	12.5	17.8	18.7	25.0	6.1	7.9	12.5	16.3
Tabasco	8.4	14.1	4.4	7.0	6.4	10.4	24.4	35.2	6.9	10.8	15.5	22.7
Tamaulipas	13.0	20.2	4.2	5.4	8.6	12.2	21.5	28.9	8.1	10.4	14.8	19.3
Tlaxcala	5.0	7.6	2.8	3.6	3.8	5.4	37.3	54.8	14.2	19.9	25.5	36.2
Veracruz	8.1	10.6	4.0	4.8	6.0	7.4	45.2	55.4	14.5	17.2	29.3	34.9
Yucatán	5.1	7.0	2.6	3.2	3.8	5.0	45.8	58.8	21.4	26.7	33.5	42.1
Zacatecas	9.7	11.7	5.6	6.4	7.6	8.9	15.0	18.4	5.6	6.7	10.1	12.2

1/ Tasa observada por 100 mil habitantes

2/ Tasa por 100 mil habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro III.9

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Salud poblacional

Entidad	Mortalidad por suicidios (X60-X84, Y87.0)						Mortalidad por homicidios (X85-Y09, Y87.1)					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/
Nacional	6.5	6.9	1.4	1.4	3.9	4.0	18.7	19.3	2.1	2.1	10.3	10.5
Aguascalientes	6.4	7.3	1.6	1.6	3.9	4.3	10.1	10.2	1.4	1.4	5.6	5.6
Baja California	3.1	3.3	0.5	0.6	1.9	2.0	27.9	26.6	3.0	2.9	16.0	15.3
Baja California Sur	12.1	12.7	1.5	1.3	7.1	7.2	11.1	10.5	0.8	0.7	6.2	5.9
Campeche	13.3	14.2	2.3	2.4	7.8	8.2	9.7	10.2	1.5	1.6	5.8	6.2
Coahuila	5.8	6.2	0.5	0.5	3.2	3.3	8.2	8.1	0.9	1.0	4.6	4.6
Colima	6.7	7.7	2.4	2.2	4.6	4.9	15.8	17.0	2.4	2.3	9.1	9.5
Chiapas	0.4	0.4	0.1	0.2	0.3	0.3	0.5	0.5	0.1	0.1	0.3	0.3
Chihuahua	10.5	11.3	2.8	2.7	6.7	7.0	122.7	118.0	8.2	8.1	66.4	64.4
Distrito Federal	5.7	5.5	1.7	1.6	3.6	3.4	14.8	14.0	2.1	2.1	8.3	7.8
Durango	5.7	6.1	1.1	1.1	3.4	3.5	38.1	41.0	2.9	3.1	20.3	21.3
Guanajuato	10.5	10.9	1.6	1.5	5.9	5.9	10.5	11.4	1.6	1.7	5.9	6.2
Guerrero	3.2	3.8	1.0	1.0	2.1	2.3	28.2	33.7	2.3	2.6	14.8	17.1
Hidalgo	4.7	4.9	0.9	0.9	2.7	2.8	9.3	10.5	1.4	1.5	5.2	5.7
Jalisco	8.2	8.8	1.8	1.7	4.9	5.1	12.9	13.5	1.2	1.3	7.0	7.2
México	4.3	4.4	1.1	1.1	2.7	2.7	18.3	18.5	2.8	2.9	10.5	10.6
Michoacán	5.3	5.8	1.5	1.4	3.4	3.5	20.3	22.4	1.7	1.8	10.6	11.4
Morelos	4.8	5.1	1.5	1.5	3.1	3.2	20.2	20.8	2.6	2.6	11.2	11.3
Nayarit	7.5	7.7	2.5	2.3	5.0	4.9	18.7	19.7	2.3	2.4	10.4	10.9
Nuevo León	8.2	8.6	1.6	1.5	4.9	5.0	8.3	7.9	0.7	0.7	4.5	4.3
Oaxaca	6.5	7.2	1.6	1.6	4.0	4.2	31.4	36.3	3.1	3.3	16.6	18.5
Puebla	4.3	4.7	1.4	1.3	2.8	2.9	11.8	13.6	2.0	2.1	6.7	7.4
Querétaro	7.3	7.8	1.7	2.0	4.4	4.7	8.2	9.8	1.6	1.6	4.9	5.5
Quintana Roo	18.6	18.7	2.9	2.3	10.8	10.6	10.8	11.6	1.9	2.2	6.4	7.0
San Luis Potosí	9.7	10.5	1.6	1.6	5.6	5.8	13.0	14.0	2.0	2.0	7.3	7.7
Sinaloa	4.8	5.3	1.0	1.0	2.9	3.1	34.0	34.4	1.4	1.3	17.8	17.9
Sonora	8.4	8.9	2.0	1.9	5.2	5.4	22.5	22.4	2.2	2.2	12.5	12.4
Tabasco	14.9	16.1	3.7	3.5	9.2	9.6	12.0	13.4	1.8	1.9	6.9	7.4
Tamaulipas	6.8	7.5	0.8	0.8	3.8	4.0	11.3	11.4	1.8	1.8	6.6	6.5
Tlaxcala	2.6	2.7	0.9	0.8	1.7	1.7	7.0	7.7	1.7	2.0	4.3	4.7
Veracruz	6.5	7.0	1.0	1.0	3.6	3.8	10.1	10.8	1.7	1.7	5.8	6.0
Yucatán	14.7	15.3	2.7	2.6	8.7	8.9	4.2	4.4	0.7	0.7	2.5	2.5
Zacatecas	5.7	6.5	1.1	1.1	3.3	3.6	11.2	12.1	1.4	1.5	6.2	6.5

1/ Tasa observada por 100 mil habitantes

2/ Tasa por 100 mil habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de Población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro III.10

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Salud poblacional

Entidad	Mortalidad por accidentes de tránsito 1/						Mortalidad por accidentes de tránsito en el grupo 15 a 29 años 1/					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	Observada 2/	Estándar 3/	Observada 2/	Estándar 3/	Observada 2/	Estándar 3/	Observada 4/	Estándar 5/	Observada 4/	Estándar 5/	Observada 4/	Estándar 5/
Nacional	23.1	24.9	6.0	6.3	14.4	15.3	29.8	7.4	6.3	1.5	17.9	4.4
Aguascalientes	35.6	41.1	8.1	8.9	21.5	24.0	53.6	13.4	6.3	1.5	29.4	7.3
Baja California	10.1	10.6	3.3	3.6	6.8	7.2	11.4	2.8	4.2	1.0	8.0	2.0
Baja California Sur	44.3	42.9	14.5	15.3	30.1	29.9	68.2	16.8	18.0	4.4	44.7	11.0
Campeche	21.3	23.5	3.8	3.8	12.5	13.5	22.5	5.5	4.4	1.1	13.3	3.3
Coahuila	11.4	12.5	3.5	3.7	7.6	8.2	10.5	2.6	4.1	1.0	7.8	1.9
Colima	27.2	29.2	10.2	10.7	18.7	19.7	30.3	7.4	7.4	1.8	19.0	4.7
Chiapas	2.4	2.9	0.5	0.7	1.4	1.8	3.1	0.8	0.4	0.1	1.8	0.4
Chihuahua	26.3	27.6	7.9	8.2	17.3	18.0	40.0	9.9	8.6	2.1	24.9	6.1
Distrito Federal	17.3	17.7	5.5	5.3	11.2	11.1	20.5	5.0	5.4	1.3	13.0	3.2
Durango	34.5	37.6	8.9	9.9	21.6	23.4	48.9	12.2	9.5	2.4	28.9	7.2
Guanajuato	34.5	37.9	8.1	8.8	20.7	22.2	50.0	12.4	7.5	1.8	27.4	6.8
Guerrero	9.8	11.5	3.2	3.5	6.4	7.2	11.7	3.1	3.8	0.9	7.5	1.9
Hidalgo	24.6	27.7	6.8	7.1	15.4	16.7	31.8	8.0	8.5	2.1	19.5	4.8
Jalisco	32.2	34.7	8.9	9.6	20.4	21.7	42.9	10.6	9.6	2.4	26.1	6.4
México	21.9	24.2	6.0	6.5	13.9	15.1	29.1	7.2	6.8	1.7	18.0	4.4
Michoacán	27.9	30.4	6.9	7.1	17.0	17.9	36.7	9.2	8.2	2.0	21.6	5.4
Morelos	18.6	19.7	4.8	4.8	11.6	11.9	22.2	5.5	4.9	1.2	13.3	3.3
Nayarit	42.4	45.5	10.3	10.9	26.3	27.8	46.9	11.8	8.4	2.1	27.5	6.9
Nuevo León	13.8	14.8	3.6	3.8	8.7	9.2	16.0	3.9	3.1	0.8	9.7	2.4
Oaxaca	27.5	31.2	6.4	6.6	16.5	18.0	32.3	8.4	8.2	2.0	19.6	5.0
Puebla	21.8	24.4	6.0	6.6	13.6	14.9	26.1	6.5	4.4	1.1	14.9	3.7
Querétaro	28.3	30.7	6.0	6.4	16.9	18.0	41.2	10.1	5.6	1.4	22.9	5.6
Quintana Roo	19.5	20.7	4.0	4.8	11.8	12.8	21.7	5.3	4.2	1.0	13.1	3.2
San Luis Potosí	26.5	28.8	5.7	6.1	15.8	16.9	35.3	8.7	5.2	1.2	19.7	4.8
Sinaloa	34.1	36.1	6.1	6.4	20.2	21.2	42.0	10.4	6.0	1.5	24.3	6.0
Sonora	30.8	31.9	8.8	8.9	19.9	20.4	36.0	8.9	10.4	2.6	23.5	5.8
Tabasco	40.7	42.9	7.7	8.4	24.0	25.1	58.3	14.4	8.9	2.2	32.9	8.1
Tamaulipas	26.2	28.2	6.3	6.5	16.2	17.1	31.6	7.8	6.7	1.6	19.3	4.8
Tlaxcala	24.1	26.1	8.7	9.5	16.2	17.3	26.7	6.7	11.0	2.7	18.6	4.6
Veracruz	18.8	20.1	4.4	4.6	11.3	11.9	24.2	6.1	5.2	1.3	14.4	3.6
Yucatán	24.6	26.3	4.8	5.2	14.6	15.5	28.9	7.1	3.7	0.9	16.4	4.0
Zacatecas	35.9	38.0	8.7	9.0	21.9	22.7	53.7	13.2	8.7	2.1	30.1	7.4

1/ Claves CIE-10: V02-V04 (.1 y .9); V09.2, V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9 y Y85.0

2/ Tasa observada por 100 mil habitantes

3/ Tasa por 100 mil habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

2/ Tasa observada por 100 mil habitantes de 15 a 29 años

3/ Tasa por 100 mil habitantes de 15 a 29 años, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro III.11

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Disponibilidad de recursos

Entidad	Unidades públicas de consulta externa por habitante 1/	Hospitales públicos por habitante 2/	Consultorios por habitante		Camas hospitalarias por habitante		Quirófanos por habitante 7/
			Totales 3/	Generales 4/	Censables 5/	No censables 6/	
Nacional	17.5	1.1	5.3	3.0	0.7	0.5	2.8
Aguascalientes	10.0	0.9	5.5	2.7	0.8	0.4	3.4
Baja California	7.3	0.5	3.2	1.8	0.5	0.3	1.7
Baja California Sur	21.6	3.3	8.1	4.0	0.9	0.8	4.5
Campeche	26.2	2.7	6.9	4.0	0.9	0.7	3.4
Coahuila	13.0	1.5	5.3	2.6	0.9	0.4	3.2
Colima	26.6	2.2	7.7	4.4	0.9	0.9	3.7
Chiapas	34.8	0.9	4.8	3.4	0.4	0.5	2.1
Chihuahua	15.6	0.9	4.6	2.8	0.8	0.5	2.2
Distrito Federal	4.8	1.1	8.2	2.6	1.7	0.8	6.5
Durango	29.3	1.9	6.9	4.3	0.9	0.9	3.5
Guanajuato	16.7	0.8	4.3	2.6	0.6	0.6	2.6
Guerrero	32.3	2.1	6.4	4.4	0.5	0.4	3.8
Hidalgo	29.4	1.1	6.8	4.6	0.6	0.7	1.7
Jalisco	13.8	0.9	4.7	2.5	0.9	0.4	2.6
México	8.4	0.4	3.3	2.1	0.4	0.3	1.3
Michoacán	23.7	1.1	5.3	3.4	0.6	0.6	2.5
Morelos	16.0	0.8	5.7	3.4	0.5	0.6	2.4
Nayarit	38.6	1.1	7.5	5.1	0.7	0.6	3.0
Nuevo León	12.7	0.8	5.0	2.7	0.7	0.4	2.8
Oaxaca	38.3	1.3	6.5	4.5	0.5	0.9	2.1
Puebla	17.5	1.1	4.4	2.6	0.6	0.4	2.3
Querétaro	15.4	0.7	4.9	2.8	0.5	0.4	1.8
Quintana Roo	16.5	1.2	5.0	2.7	0.6	0.4	2.8
San Luis Potosí	21.9	1.6	5.3	3.0	0.6	0.5	2.2
Sinaloa	16.6	1.1	5.5	3.0	0.7	0.5	3.1
Sonora	14.0	1.6	5.4	2.8	1.0	0.5	3.3
Tabasco	30.2	1.5	8.4	4.7	0.7	0.6	3.7
Tamaulipas	15.5	1.1	5.5	3.0	0.9	0.6	3.0
Tlaxcala	16.8	1.5	4.8	2.8	0.5	0.7	2.1
Veracruz	20.3	1.3	5.7	3.3	0.7	0.6	2.8
Yucatán	15.2	1.0	4.9	2.7	0.8	0.6	2.5
Zacatecas	30.6	1.7	6.5	4.2	0.6	0.6	3.0

1/ Unidades de consulta externa por 100 mil habitantes. Incluye unidades de primer nivel cuya función principal es proporcionar consulta externa. No incluye módulos urbanos del IMSS-Oportunidades

2/ Hospitales públicos por 100 mil habitantes. Incluye unidades híbridas

3/ Consultorios por 10 mil habitantes. Incluye los consultorios generales, de especialidad y otros, ubicados en las unidades de salud. No incluye módulos urbanos del IMSS-Oportunidades

4/ Consultorios por 10 mil habitantes. Incluye los consultorios dedicados a la consulta externa o medicina familiar. No incluye módulos urbanos del IMSS-Oportunidades

5/ Camas por mil habitantes. Incluye las camas en servicio instaladas en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos y las incubadoras

6/ Camas por mil habitantes. Incluye las camas de tránsito que no generan egresos hospitalarios

7/ Quirófanos por 100 mil habitantes. Incluye los quirófanos o salas de operación en unidades de primer y segundo nivel de atención

Fuente: Información preliminar, incluye datos de la SS, IMSS-Oportunidades, IMSS, ISSSTE, PEMEX y SEMAR. DGIS-SS

Cuadro III.12

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Disponibilidad de recursos

Entidad	Médicos por habitante 1/	Médicos generales por habitante 2/	Médicos especialistas por habitante 3/	Enfermeras por habitante 4/	Relación de enfermeras por médico 5/
Nacional	1.4	0.6	0.9	2.0	1.4
Aguascalientes	1.8	0.6	1.2	2.6	1.5
Baja California	1.0	0.4	0.6	1.5	1.6
Baja California Sur	2.1	0.9	1.2	2.8	1.4
Campeche	2.2	1.1	1.1	2.5	1.2
Coahuila	1.2	0.4	0.8	1.9	1.6
Colima	1.6	0.7	0.9	2.0	1.2
Chiapas	1.0	0.6	0.4	1.4	1.4
Chihuahua	1.2	0.5	0.6	1.9	1.6
Distrito Federal	3.1	0.7	2.4	3.7	1.2
Durango	1.8	0.7	1.1	6.3	3.4
Guanajuato	1.3	0.6	0.7	1.8	1.4
Guerrero	1.3	0.7	0.6	1.8	1.3
Hidalgo	1.3	0.7	0.7	1.8	1.4
Jalisco	1.5	0.5	1.0	2.0	1.4
México	0.8	0.4	0.5	1.1	1.3
Michoacán	1.3	0.7	0.7	1.6	1.2
Morelos	1.4	0.6	0.8	2.0	1.4
Nayarit	2.1	1.0	1.0	2.5	1.2
Nuevo León	1.3	0.4	0.8	1.8	1.4
Oaxaca	1.3	0.7	0.5	1.7	1.3
Puebla	1.1	0.5	0.6	1.4	1.3
Querétaro	1.4	0.6	0.8	1.7	1.2
Quintana Roo	1.2	0.6	0.6	1.5	1.3
San Luis Potosí	1.3	0.6	0.7	1.8	1.3
Sinaloa	1.6	0.7	0.8	2.1	1.3
Sonora	1.6	0.5	1.0	2.3	1.5
Tabasco	2.0	1.1	1.0	2.5	1.3
Tamaulipas	1.6	0.6	1.0	2.3	1.4
Tlaxcala	1.4	0.6	0.7	1.8	1.3
Veracruz	1.5	0.7	0.8	1.8	1.2
Yucatán	1.6	0.6	1.0	2.1	1.3
Zacatecas	1.5	0.8	0.8	1.8	1.2

1/ Médicos en contacto con el paciente por mil habitantes. Incluye médicos adscritos en unidades médicas y en formación (médicos generales, especialistas, pasantes, internos de pregrado y residentes)

2/ Médicos por mil habitantes. Incluye médicos generales, pasantes de medicina e internos de pregrado

3/ Médicos por mil habitantes. Incluye médicos especialistas, pasantes de odontología y residentes

4/ Enfermeras por mil habitantes. Incluye enfermeras generales, especialistas, pasantes y auxiliares en contacto con el paciente

5/ Número de enfermeras en contacto con el paciente entre el número de médicos en contacto con el paciente. Incluye enfermeras generales, especialistas, pasantes y auxiliares

Fuente: Información preliminar, incluye datos de la SS, IMSS-Oportunidades, IMSS, ISSSTE, PEMEX y SEMAR. DGIS-SS

Cuadro III.13

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Disponibilidad de recursos

Entidad	Gasto público en salud como porcentaje del PIB	Gasto público en salud per cápita por condición de aseguramiento 1/		Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total 2/	Contribución federal y estatal al gasto público en salud para población sin seguridad social 3/	
		Pob. asegurada	Pob. no asegurada		% Federal	% Estatal
Nacional	3.2	3,613.6	2,547.8	17.2	83.9	16.1
Aguascalientes	2.9	2,966.1	2,991.3	21.6	86.5	13.5
Baja California	2.4	2,910.2	2,039.6	23.2	90.3	9.7
Baja California Sur	4.5	4,320.6	4,803.7	21.1	79.0	21.0
Campeche	3.0	4,595.7	4,006.9	8.8	74.1	25.9
Coahuila	2.4	3,007.6	2,277.8	22.4	94.5	5.5
Colima	4.2	3,604.1	3,339.5	12.8	97.5	2.5
Chiapas	5.2	2,716.7	1,575.5	17.3	96.5	3.5
Chihuahua	2.5	3,041.5	2,958.5	23.5	62.7	37.3
Distrito Federal	3.1	9,445.1	3,964.3	9.0	64.1	35.9
Durango	3.6	3,100.0	2,463.7	16.1	98.7	1.3
Guanajuato	3.4	2,764.2	1,771.5	24.2	85.6	14.4
Guerrero	4.4	3,501.3	1,734.8	16.2	94.3	5.7
Hidalgo	4.5	2,875.1	1,884.7	14.9	96.6	3.4
Jalisco	3.1	3,098.6	1,986.2	32.5	71.4	28.6
México	3.1	1,701.9	2,061.9	33.1	63.4	36.6
Michoacán	3.9	3,029.9	1,493.8	22.3	94.9	5.1
Morelos	3.3	3,547.0	1,821.5	25.0	89.9	10.1
Nayarit	5.7	3,302.6	2,675.7	23.6	91.6	8.4
Nuevo León	1.8	3,328.8	1,727.0	25.9	89.8	10.2
Oaxaca	6.0	2,750.4	2,227.0	20.1	97.6	2.4
Puebla	3.0	3,073.1	1,343.7	25.6	92.0	8.0
Querétaro	2.3	2,500.9	1,833.2	18.3	96.0	4.0
Quintana Roo	2.1	2,724.5	2,209.6	26.1	80.8	19.2
San Luis Potosí	3.2	2,683.6	1,768.4	20.8	93.7	6.3
Sinaloa	4.2	3,075.7	2,395.2	21.5	81.2	18.8
Sonora	3.0	3,164.5	2,733.2	19.5	76.9	23.1
Tabasco	6.7	4,468.3	3,443.3	22.2	60.7	39.3
Tamaulipas	3.0	3,180.5	2,385.9	14.1	83.3	16.7
Tlaxcala	5.1	3,070.7	1,884.0	26.2	95.2	4.8
Veracruz	4.7	3,881.5	1,711.2	15.3	87.4	12.6
Yucatán	4.4	3,767.6	2,265.7	20.4	92.3	7.7
Zacatecas	4.9	2,901.9	2,093.6	19.5	94.9	5.1

1/ Cifras en pesos. El total de población no asegurada incluye a la SS e IMSS-Oportunidades y la población asegurada al IMSS, ISSSTE y PEMEX. Las poblaciones están contabilizadas a mitad de período

2/ Gasto público en salud incluye el presupuesto total para población no asegurada, conformado por recursos de la SS del Ramo 12, Ramo 33 y Gasto Estatal y por recursos del IMSS-Oportunidades, y el presupuesto para población asegurada que incluye IMSS, ISSSTE y PEMEX. El gasto público equivale al gasto programable en la clasificación funcional

3/ Porcentaje que representa el gasto federal y el estatal del gasto total en salud para población sin seguridad social. El gasto federal incluye ramo 33 (FASSA) y ramo 12, el cual contempla 24,488,621.70 como gasto no distribuíble
Fuente: Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal, información 2008 preliminar, DGIS-SS

Cuadro III.14

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Operación de los servicios

Entidad	Promedio diario de consultas por médico 1/	Consultas de especialidad por habitante 2/	Egresos hospitalarios por habitante 2/	Índice de rotación 3/	Intervenciones quirúrgicas por habitante 2/	Promedio diario de intervenciones quirúrgicas por quirófano 4/
Nacional	12.6	421.8	49.5	69.4	31.7	3.1
Aguascalientes	13.3	504.7	62.4	82.1	44.0	3.6
Baja California	16.3	376.2	45.5	83.1	33.1	5.5
Baja California Sur	9.6	502.1	66.2	76.3	46.9	2.8
Campeche	8.0	417.0	61.7	71.3	35.3	2.8
Coahuila	17.1	483.3	66.3	77.0	37.9	3.3
Colima	11.8	557.2	77.2	87.4	49.1	3.6
Chiapas	12.3	160.1	34.1	86.9	16.8	2.2
Chihuahua	13.9	384.1	50.1	63.3	30.1	3.7
Distrito Federal	10.5	1059.3	77.7	45.7	53.3	2.2
Durango	11.6	413.2	61.0	69.9	36.7	2.9
Guanajuato	11.3	357.4	48.2	80.1	35.4	3.7
Guerrero	11.6	301.3	34.2	66.3	23.3	1.7
Hidalgo	13.6	343.4	42.6	75.0	27.9	4.4
Jalisco	12.1	490.5	59.6	69.0	35.0	3.6
México	19.2	237.8	28.8	72.0	21.0	4.6
Michoacán	10.6	289.9	44.5	79.5	25.4	2.8
Morelos	11.4	379.1	42.2	85.5	29.2	3.3
Nayarit	9.7	489.6	60.2	88.7	37.0	3.4
Nuevo León	14.9	482.5	51.4	71.7	37.8	3.8
Oaxaca	11.1	239.8	38.7	76.0	21.9	2.8
Puebla	12.9	331.4	38.8	70.2	24.5	2.9
Querétaro	10.8	309.4	42.4	92.7	34.4	5.1
Quintana Roo	10.9	281.7	42.3	75.9	22.7	2.2
San Luis Potosí	12.3	381.8	48.8	77.3	27.2	3.4
Sinaloa	12.8	506.8	60.1	82.2	39.4	3.4
Sonora	15.2	500.8	64.8	68.2	38.9	3.2
Tabasco	10.0	592.2	68.7	93.8	42.1	3.1
Tamaulipas	12.0	538.9	63.1	72.1	35.2	3.2
Tlaxcala	11.5	340.9	51.5	95.5	30.9	4.0
Veracruz	10.9	356.2	48.6	74.4	29.5	2.8
Yucatán	17.6	422.6	52.5	67.0	30.0	3.2
Zacatecas	11.5	318.7	57.1	94.3	38.9	3.6

1/ Incluye consultas generales y médicos generales en contacto con el paciente, utilizando 252 días como hábiles

2/ Cífra por mil habitantes

3/ Con base en egresos hospitalarios y camas censables de unidades hospitalarias

4/ Con base en cirugías y quirófanos, utilizando un factor de 365 días como hábiles

Fuente: Información preliminar, incluye datos de la SS, IMSS-Oportunidades, IMSS, ISSSTE, PEMEX y SEMAR. DGIS-SS

Cuadro III.15

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Operación de los servicios

Entidad	Razón de consultas por embarazada	Usuarías activas de métodos de planificación familiar 1/	Esquemas completos de vacunación en menores de 1 año	Porcentaje de niños de un año vacunados contra sarampión
Nacional	4.7	37.5	94.5	95.5
Aguascalientes	5.1	39.1	97.7	98.7
Baja California	5.3	38.4	96.9	97.0
Baja California Sur	5.8	46.9	98.5	98.5
Campeche	5.8	44.4	100.0	100.0
Coahuila	5.1	48.1	97.1	97.2
Colima	4.6	49.8	93.8	94.0
Chiapas	4.7	38.2	96.0	96.5
Chihuahua	4.3	40.5	93.6	93.7
Distrito Federal	3.9	38.9	82.8	84.2
Durango	4.5	42.6	97.2	97.4
Guanajuato	4.8	30.8	98.9	99.0
Guerrero	4.3	44.0	91.1	98.4
Hidalgo	4.7	50.2	97.9	97.9
Jalisco	4.7	26.2	96.6	96.8
México	3.6	28.9	87.2	87.3
Michoacán	5.4	39.7	99.1	99.6
Morelos	4.4	35.6	93.5	93.5
Nayarit	5.1	47.8	98.3	98.3
Nuevo León	5.0	37.9	95.3	95.3
Oaxaca	4.9	37.2	92.8	94.7
Puebla	5.0	36.2	96.5	96.6
Querétaro	6.0	34.9	95.2	95.3
Quintana Roo	5.1	37.2	92.4	95.4
San Luis Potosí	5.0	41.8	100.0	100.0
Sinaloa	4.2	46.0	99.4	99.5
Sonora	4.9	43.5	98.0	98.1
Tabasco	5.0	42.0	99.4	99.4
Tamaulipas	4.3	34.9	99.0	99.2
Tlaxcala	5.9	31.8	99.3	99.3
Veracruz	5.7	43.3	88.9	95.2
Yucatán	4.5	37.8	96.6	97.0
Zacatecas	5.1	47.4	99.6	99.7

1/ Usuarías activas por 100 mujeres de 15 a 49 años (MEF)

Fuente: Información preliminar, incluye datos de la SS, IMSS-Oportunidades, IMSS, ISSSTE, PEMEX y SEMAR. DGIS-SS
Consejos Estatales de Vacunación, PROVAC, SPPS-SS

Cuadro III.16

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Operación de los servicios

Entidad	Tiempo de espera en consulta externa 1/		Tiempo de espera en urgencias 1/	Porcentaje de usuarios satisfechos con el trato recibido en el primer nivel	Abasto de medicamentos 2/	Familias afiliadas al SPSS	Porcentaje de familias afiliadas al Seguro Popular beneficiarias del Programa Oportunidades
	Urbana	Rural					
Nacional	28.6	19.1	18.1	97.2	87.3	9,146,013	31.7
Aguascalientes	10.2	10.0	18.2	97.5	94.8	116,748	12.6
Baja California	21.1	16.1	23.5	98.6	94.8	242,755	2.9
Baja California Sur	19.0	19.1	20.3	98.2	88.4	40,960	27.5
Campeche	35.6	23.6	24.5	98.6	90.1	107,569	33.3
Coahuila	17.6	10.2	23.2	98.7	85.2	146,016	16.6
Colima	38.1	13.6	24.3	97.7	98.8	85,544	14.9
Chiapas	33.1	19.5	20.2	97.8	93.3	598,969	43.2
Chihuahua	17.0	11.0	17.3	97.5	93.8	205,316	12.8
Distrito Federal	37.3	NA	19.6	92.4	0.0	282,901	0.0
Durango	19.5	14.3	14.9	98.8	90.6	100,091	29.5
Guanajuato	25.9	20.6	19.4	97.5	93.1	620,299	29.8
Guerrero	23.3	20.1	12.2	97.5	84.1	355,086	59.7
Hidalgo	42.9	23.5	18.7	96.1	88.2	280,399	48.2
Jalisco	29.6	18.1	20.1	96.6	85.1	471,002	29.7
México	60.7	30.8	14.0	95.5	94.0	830,986	32.1
Michoacán	27.9	18.4	29.5	95.6	53.3	284,638	39.3
Morelos	15.2	10.3	12.7	97.0	86.9	191,825	34.8
Nayarit	13.8	11.9	11.1	98.8	86.5	130,256	24.9
Nuevo León	23.5	16.5	18.0	98.0	91.3	196,323	21.0
Oaxaca	42.3	15.5	26.9	97.8	82.9	492,503	32.0
Puebla	34.7	27.5	17.5	96.2	89.2	479,667	49.0
Querétaro	27.2	22.9	17.7	97.0	89.9	146,642	36.4
Quintana Roo	18.1	15.9	24.4	97.0	89.4	80,837	36.8
San Luis Potosí	62.0	21.8	17.2	97.9	87.0	254,421	36.0
Sinaloa	20.4	16.5	13.3	98.2	87.7	221,875	37.6
Sonora	15.6	16.2	6.7	97.8	84.2	204,280	24.1
Tabasco	21.8	22.0	24.2	98.6	89.5	414,797	15.1
Tamaulipas	16.0	18.4	21.3	98.3	84.0	325,792	19.4
Tlaxcala	24.5	14.1	15.7	97.5	88.9	162,506	19.0
Veracruz	15.0	12.4	15.6	98.5	87.1	719,806	41.5
Yucatán	27.2	14.1	21.9	98.2	92.2	177,509	37.8
Zacatecas	15.0	14.2	11.9	98.4	90.8	177,695	35.4

NA: No aplica

1/ Tiempo promedio medido en minutos

2/ Se refiere al porcentaje de pacientes con recetas surtidas en forma completa en el primer nivel de atención

Fuente: Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), DGCESS

Encuesta sobre abasto de medicamentos 2008, DGPLADES-SS

CNPSS-SS

Información presupuestal de la Secretaría de Salud

Para el ejercicio fiscal de 2008, a través del ramo 12 Salud, a la Secretaría de Salud se le autorizó un presupuesto original de 69,426.1 millones de pesos (mdp), el cual se modificó debido a un incremento de 318.1 mdp, con lo que el presupuesto modificado ascendió a 69,744.25 mdp (incremento del 0.46 por ciento respecto del original autorizado); situación positiva si se considera que en 2007 el presupuesto modificado ascendió a 53,144.9 mdp y que todas las categorías por tipo de gasto de ese año sufrieron una reducción respecto de lo originalmente autorizado.

Del total de presupuesto modificado en 2008 se ejercieron 69,743.47 mdp, lo que equivale a un ejercicio en ese año del 99.99 por ciento. Cabe señalar que en términos absolutos el presupuesto ejercido de 2008 aumentó en 16,599.5 mdp, respecto del ejercido en 2007. (Cuadro III.17)

La variación más importante en el presupuesto original se registró en el gasto de inversión, el cual se redujo 18.8 por ciento para quedar en 829.55 mdp; mientras que la reducción en el gasto para servicios personales fue del 10.2 por ciento. El gasto de operación, por su parte, se incrementó en 4.2 por ciento.

Del total del presupuesto ejercido, a gastos de operación le correspondió el 77.9 por ciento de los recursos; en el gasto para servicios personales se ejerció el 20.9 por ciento y el resto se ejerció dentro del gasto de inversión. En 2007, el ejercicio en gasto de operación fue de 73.2 por ciento, lo que implica un incremento en 2008 de 4.7 puntos porcentuales. El ejercicio en el rubro de gasto en servicios perso-

nales de 2008 respecto de 2007 fue menor en 4 puntos porcentuales y de 0.7 puntos porcentuales para el gasto de inversión.

En 2008, el presupuesto original autorizado según capítulo de gasto registró incrementos en los capítulos: 2000 materiales y suministros; 3000 servicios generales; 5000 bienes muebles e inmuebles, y 7000 inversión financiera, siendo el más importante de ellos el registrado por el capítulo 2000, con 2,686.6 mdp más respecto del presupuesto original autorizado; mientras que el menor de estos aumentos se registró en el capítulo 5000 bienes muebles e inmuebles, con 104.3 mdp más en relación al presupuesto original para este capítulo. (Cuadro III.18)

Para el capítulo 1000 servicios personales, originalmente se autorizó un presupuesto de 7,241.23

Cuadro III.17

Ejercicio del presupuesto por tipo de gasto
Secretaría de Salud (Ramo 12); México, 2008

Tipo de gasto	Original	Modificado	Ejercido	Por ejercer 1/	% Ejercido 2/
Servicios personales	16,255.61	14,592.24	14,592.24	0.00	100.00
Gasto de operación	52,148.84	54,322.46	54,321.69	0.78	99.99
Gasto de inversión	1,021.65	829.55	829.55	0.00	100.00
Total	69,426.10	69,744.25	69,743.47	0.78	99.99

Cifras en millones de pesos. Presupuesto al 31 de diciembre de 2008

1/ Diferencia absoluta entre presupuesto modificado y el ejercido

2/ Porcentaje obtenido entre el presupuesto ejercido y el modificado

Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2008. DGPOP-SS

Cuadro III.18

Ejercicio del presupuesto por capítulo de gasto
Secretaría de Salud (Ramo 12 Salud); México, 2008

Capítulo de gasto	Original	Modificado	Ejercido	Por ejercer 1/	% Ejercido 2/
Servicios personales	7,241.23	5,657.37	5,657.37	0.00	100.00
Materiales y suministros	2,746.63	5,433.18	5,433.18	0.00	100.00
Servicios generales	2,568.55	2,875.76	2,874.98	0.78	99.97
Subsidios y transferencias	48,722.76	47,287.39	47,287.39	0.00	100.00
Bienes muebles e inmuebles	156.89	261.24	261.24	0.00	100.00
Obras públicas	266.90	78.95	78.95	0.00	100.00
Inversión financiera y otras erogaciones	7,723.14	8,150.37	8,150.37	0.00	100.00
Total	69,426.10	69,744.25	69,743.47	0.78	99.99

Cifras en millones de pesos. Presupuesto al 31 de diciembre de 2008

1/ Diferencia absoluta entre presupuesto modificado y el ejercido

2/ Porcentaje obtenido entre el presupuesto ejercido y el modificado

Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2008. DGPOP-SS.

mdp, presupuesto que se redujo para quedar en 5,657.36 mdp, reducción congruente con las medidas de ahorro implementadas en la Administración Pública Federal. De hecho, este capítulo de gasto fue el que más se redujo en términos absolutos; le siguió la reducción, respecto del presupuesto original, del capítulo 4000 subsidios y transferencias, y el capítulo 600 obras públicas.

A excepción del capítulo 3000 servicios generales, en todos los capítulos de gasto se ejerció el 100 por ciento del presupuesto modificado. De los 69,743.47 mdp ejercidos en 2008, el capítulo de subsidios y transferencias fue el que concentró la mayor cantidad de recursos con el 67.8 por ciento del total, porcentaje menor al registrado en 2007, pero que en términos de recursos es 5,538.5 mdp más. Con ello, la Secretaría de Salud continúa realizando esfuerzos para incrementar los recursos de las áreas sustantivas, disminuyendo el gasto central.

Al igual que lo observado en 2007, el porcentaje de recursos que se destinan y ejercer para realizar actividades de construcción, ampliación, remodelación, adquisición y renta de instalaciones, equipo, mobiliario y herramientas, es inferior a los recursos que se destinan para otros capítulos de gasto. En el capítulo 5000 se ejerció el 0.4 por ciento del total del presupuesto ejercido y en el capítulo 6000

obras públicas se ejerció el 0.1 por ciento. Cabe señalar que en la SS se han implantado esquemas de financiamiento que permiten disponer con recursos privados para la construcción de infraestructura, como el denominado: Proyectos para prestación de servicios (PPS). (Cuadro III.18)

En relación con el presupuesto original autorizado de 2008, las áreas mayores de la SS que incrementaron sus recursos fueron la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) con 2,789.3 mdp más; la Subsecretaría de Administración y Finanzas (SAF) con 546.9 mdp; la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) con 135.2 mdp; el Área del Secretario con 82.3 mdp; los Centros de Integración Juvenil (CIJ) con 23.4 mdp más y la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social (UCVPS) con 2.5 mdp más.

Por su parte, las áreas que registraron una reducción del presupuesto originalmente autorizado fueron la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) con 2,338.1 mdp menos; la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) con 890.6 mdp menos; el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) con 26.8 mdp; la Comisión Nacional de Bioética (CNB) con 3.2 mdp menos; la Comisión de

Arbitraje Médico (CONAMED) con 1.8 mdp menos y la Subsecretaría de Innovación y Calidad (SIC) con 1.0 mdp menos. (Cuadro III.19)

A pesar de la modificación a su presupuesto, la CNPSS concentró el 53 por ciento del total del presupuesto modificado y la CCINSHAE el 17.6 por ciento. Las áreas que concentraron la menor cantidad del presupuesto modificado fueron la CNB (0.04 por ciento del total) y la CONAMED (0.1 por ciento). (Cuadro III.19)

Todas las áreas mayores de la SS, a excepción de la SIC, ejercieron el 100 por ciento de los recursos asignados después de la modificación. El presupuesto ejercido en 2008 en todas las áreas fue mayor al mismo presupuesto de 2007, a excepción de la CONAMED que registró una reducción de 1.97 mdp. En la CNPSS el incrementó entre 2007 y 2008 del presupuesto ejercido fue de 7,289.08 mdp; en la SPPS de 4,197.80 mdp; en la SAF de 2,368.51 mdp y en la CCINSHAE de 1,316.51 mdp.

El presupuesto 2008 del Ramo 12 permite apoyar financieramente a 49 programas dentro de la SS y en sus áreas vinculadas. Del total de progra-

mas, 20 sufrieron modificaciones que permitieron aumentar los recursos originalmente autorizados, destacando el programa de Prevención y Atención de VIH/SIDA y otras ITS que pasó de 231.15 mdp autorizados originalmente a un presupuesto de 1,814.38 mdp; el programa denominado Actividades de Apoyo Administrativo que se incrementó en 806.71 mdp respecto al presupuesto original; el programa para la Dignificación, Conservación y Mantenimiento de la Infraestructura y Equipamiento en Salud con 443.43 mdp más de los autorizados originalmente y el programa de Financiamiento de los Servicios de Alta Especialidad en un Fondo Sectorial de Protección contra Gastos Catastróficos que pasó de 5,331.60 mdp autorizados originalmente a 5,691.80 mdp después de la modificación al presupuesto. Por el contrario, los programas que sufrieron una reducción importante de recursos después de la modificación al presupuesto fueron el Seguro Médico para una Nueva Generación y el programa denominado Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud. (Cuadro III.20)

Cuadro III.19

Ejercicio del presupuesto por área mayor de la SS Secretaría de Salud (Ramo 12 Salud); México, 2008

Área mayor de la SS	Original	Modificado	Ejercido	Por ejercer 1/	% Ejercido 2/
Área del Secretario	250.0	332.3	332.3	0.0	100.0
Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social	277.1	279.6	279.6	0.0	100.0
Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	13,132.0	12,241.4	12,241.4	0.0	100.0
Subsecretaría de Administración y Finanzas	5,646.1	6,193.0	6,193.0	0.0	100.0
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud	4,115.7	6,905.0	6,905.0	0.0	100.0
Subsecretaría de Innovación y Calidad	3,911.3	3,910.3	3,909.5	0.7	99.9
Comisión de Arbitraje Médico	102.4	100.6	100.6	0.0	100.0
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	637.3	772.6	772.6	0.0	100.0
Comisión Nacional de Protección Social en Salud	39,314.8	36,976.7	36,976.7	0.0	100.0
Centros de Integración Juvenil	438.7	462.1	462.1	0.0	100.0
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	1,567.8	1,541.1	1,541.1	0.0	100.0
Comisión Nacional de Bioética	32.4	29.1	29.1	0.0	100.0
Total	69,426.1	69,744.2	69,743.4	0.7	99.9

Cifras en millones de pesos. Presupuesto al 31 de diciembre de 2008

1/ Diferencia absoluta entre presupuesto modificado y el ejercido

2/ Porcentaje obtenido entre el presupuesto ejercido y el modificado

Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2008. DGPOP-SS

Cuadro III.20

Ejercicio del presupuesto por programa

Secretaría de Salud (Ramo 12 Salud); México, 2008

Programa	Descripción del programa	Original	Modificado	Ejercido	Por ejercer 1/	% Ejercido 2/
B001	Construcción de Centros de Especialidad para Pacientes Ambulatorios y de Unidades de Atención Hospitalaria	4,522.22	4,618.68	4,618.68	0.00	100.00
E008	Vigilancia y Control Epidemiológico	106.19	112.37	112.37	0.00	100.00
E010	Formación de Recursos Humanos Especializados para la Salud	1,987.46	1,849.36	1,849.36	0.00	100.00
E015	Servicios de Asistencia Social, Comunitaria y Beneficencia Pública	170.25	159.79	159.79	0.00	100.00
E017	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres Naturales	8.50	7.94	7.94	0.00	100.00
E018	Atención Integral de la Mujer, Salud Materna, Perinatal y Reproductiva	633.57	466.63	466.63	0.00	100.00
E019	Capacitación Técnica y Gerencial de Recursos Humanos para la Salud	1,916.93	1,624.83	1,624.83	0.00	100.00
E020	Dignificación, Conservación y Mantenimiento de la Infraestructura y Equipamiento en Salud	1,457.68	1,901.11	1,901.11	0.00	100.00
E022	Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud	1,055.85	1,052.62	1,052.62	0.00	100.00
E023	Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud	8,124.42	7,417.60	7,417.60	0.00	100.00
E024	Prevención de Accidentes y Atención de Daños a la Salud Causados por Violencia	12.62	12.51	12.51	0.00	100.00
E025	Prevención y Atención contra Adicciones	316.89	294.01	294.01	0.00	100.00
E026	Prevención y Atención de Enfermedades Crónico Degenerativas	1,001.52	966.72	966.72	0.00	100.00
E027	Prevención y Atención de VIH/SIDA y otras ITS	231.15	1,814.38	1,814.38	0.00	100.00
E028	Prevención y Control de Enfermedades Emergentes	368.47	432.89	432.89	0.00	100.00
E029	Prevención, Atención y Rehabilitación Integral a Personas con Discapacidad	32.65	32.14	32.14	0.00	100.00
E030	Prevención, Detección y Atención Temprana del Cáncer Cérvico Uterino y de Mama	269.63	332.57	332.57	0.00	100.00
E031	Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades	132.59	203.16	203.16	0.00	100.00
E033	Suministro de Medicamentos e Insumos para la Salud	830.94	706.66	706.66	0.00	100.00
E034	Tecnologías de la Información y Comunicaciones en Salud	4.69	1.50	1.50	0.00	100.00
E036	Reducción de Enfermedades Prevenibles por Vacunación	1,142.41	1,045.35	1,045.35	0.00	100.00
E037	Financiamiento a las Variaciones en la Demanda de los Servicios y el Pago por la Prestación Interestatal de Servicios	666.45	692.72	692.72	0.00	100.00
E038	Financiamiento de los Servicios de Alta Especialidad en un Fondo Sectorial de Protección contra Gastos Catastróficos	5,331.60	5,691.80	5,691.80	0.00	100.00
G002	Regulación Sanitaria	167.88	177.22	177.22	0.00	100.00
G003	Control y Fomento Sanitario	350.21	401.91	401.91	0.00	100.00
K011	Proyecto de Infraestructura Social de Salud	474.40	266.31	266.31	0.00	100.00
K025	Proyectos de Inmuebles	59.81	48.22	48.22	0.00	100.00
K027	Mantenimiento de Infraestructura	394.84	134.47	134.47	0.00	100.00
M001	Actividades de Apoyo Administrativo	3,617.88	4,424.59	4,424.59	0.00	100.00
O001	Actividades de Apoyo a la Función Pública y Buen Gobierno	83.32	83.60	83.60	0.00	100.00
O099	Operación del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal Centralizada	10.89	10.15	10.15	0.00	100.00
P003	Acreditación de Unidades Médicas	1.39	0.00	0.00	0.00	0.00
P004	Cooperación Internacional en Salud	209.83	199.87	199.87	0.00	100.00
P005	Evaluación del Desempeño y de Tecnologías Médicas	106.39	98.50	98.50	0.00	100.00
P006	Fortalecimiento del Arbitraje Médico	86.04	84.94	84.94	0.00	100.00
P007	Información en Salud para la Toma de Decisiones	105.34	96.61	96.61	0.00	100.00
P008	Planeación y Desarrollo del Sistema Nacional de Salud	424.27	436.16	435.38	0.78	99.82
P009	Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades	58.63	126.69	126.69	0.00	100.00
P010	Suministro de Medicamentos e Insumos para la Salud	12.32	15.28	15.28	0.00	100.00
P011	Vinculación de la Bioética con la Atención Médica	16.31	15.28	15.28	0.00	100.00
S037	Programa Comunidades Saludables	64.25	58.64	58.64	0.00	100.00
S039	Programas de Atención a Personas con Discapacidad	325.88	329.33	329.33	0.00	100.00
S072	Programa de Desarrollo Humano Oportunidades	3,430.22	3,568.92	3,568.92	0.00	100.00
S149	Programas para la Protección y Desarrollo Integral de la Infancia	135.53	199.49	199.49	0.00	100.00
S150	Programas de Atención a Familias y Población Vulnerable	489.82	490.05	490.05	0.00	100.00
S200	Caravanas de la Salud	514.54	324.27	324.27	0.00	100.00
S201	Seguro Médico para una Nueva Generación	2,641.19	1,699.72	1,699.72	0.00	100.00
S202	Sistema Integral de Calidad en Salud	115.62	101.07	101.07	0.00	100.00
U004	Financiamiento Equitativo de la Atención Médica	25,204.64	24,915.63	24,915.63	0.00	100.00
Total		69,426.10	69,744.25	69,743.47	0.78	99.99

Cifras en millones de pesos. Presupuesto al 31 de diciembre de 2008

1/ Diferencia absoluta entre presupuesto modificado y el ejercido

2/ Porcentaje obtenido entre el presupuesto ejercido y el modificado

Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2008. DGPOP-SS

Del total del presupuesto modificado de 2008, el 35.7 por ciento se asignó al programa para el Financiamiento Equitativo de la Atención Médica, recursos que junto a los destinados a los programas de Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud y de Financiamiento de los Servicios de Alta Especialidad en un Fondo Sectorial de Protección contra Gastos Catastróficos representan el 54.5 por ciento del presupuesto modificado. Además, el programa denominado Seguro Médico para una Nueva Generación concentró el 2.4 por ciento del presupuesto modificado; mientras que el Programa de Caravanas de la Salud concentró el 0.46 por ciento de estos recursos.

Los programas que se vinculan con aspectos de infraestructura (programas B001 y E020) concentraron en 2008 un 9.3 por ciento del presupuesto

total modificado; mientras que los destinados a mejorar las capacidades y habilidades de los recursos humanos (programas E010 y E019) contaron con el cinco por ciento de los recursos presupuestales. Por otra parte, el programa para el Suministro de Medicamentos e Insumos para la Salud concentró el uno por ciento del presupuesto modificado. (Cuadro III.20)

El programa denominado Planeación y desarrollo del Sistema Nacional de Salud, fue el único que no ejerció al cien por ciento el presupuesto modificado; sin embargo, el subejercicio fue de tan solo 780 mil pesos, lo que significa que en la SS se mantiene una disciplina presupuestal que permite destinar y utilizar los recursos presupuestales de acuerdo a lo planeado.

Anexos
Bibliografía
Acrónimos y abreviaturas
Agradecimientos



Anexos

A) Notas metodológicas

I) Aportación de las entidades federativas a la mortalidad nacional 2007 y defunciones esperadas 2012

A fin de apoyar al cumplimiento de las metas estratégicas del *PROSESA 2007-2012* y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en materia de mortalidad, la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) realizó el procedimiento para estimar la contribución de cada entidad federativa a la mortalidad a nivel nacional 2007, y con base en ello, definir el número de muertes que permitirían dar cumplimiento a las metas 2012 y/o 2015 en México. Esta información busca aportar elementos para fortalecer y focalizar en los SESA, las acciones de prevención, atención y control de padecimientos y enfermedades vinculadas al cumplimiento de los compromisos de la SS en relación con el *PROSESA* y los *ODM*.

Naturalmente, la definición de metas que realicen los SESA en los siguientes años, en materia de mortalidad, deberán considerar el panorama epidemiológico y demográfico a nivel regional, la disponibilidad de recursos y la consolidación de acciones en materia de prevención y atención de los padecimientos; sin embargo, los datos que se proporcionan en este informe pueden ayudar a establecer parámetros para dar inicio a dichos ejercicios de planeación.

Debe considerarse que en este ejercicio se utilizó el número de muertes registradas según causa, grupo de edad y entidad federativa para el año de 2007, dado que

estas cifras son consolidadas (base de las defunciones INEGI/SS), así como las cifras de población media de las proyecciones de población del CONAPO para ese mismo año. Además, para ejemplificar los cálculos efectuados se utilizó la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en población menor de 65 años de edad para 2007.

El procedimiento empleado fue el siguiente:

1.1) Obtención de la tasa de mortalidad a nivel nacional de 2007

El total de defunciones 2007 por esa causa (14,289) se dividió entre la población de menores de 65 años del mismo año (100,008,439); el cociente se multiplicó por un factor de 100 mil habitantes de ese grupo de edad, obteniendo la tasa de mortalidad a nivel nacional (14.29). El mismo procedimiento se realizó para cada una de las 32 entidades federativas.

Entidad	Población media, 2007	Defunciones registradas, 2007	Tasa observada, 2007
EUM	100,008,439	14,289	14.29
Aguascalientes	1,056,566	120	11.36
Baja California	2,872,200	526	18.31
Baja California Sur	516,032	114	22.09
.....
Veracruz	6,787,745	1,003	14.78
Yucatán	1,761,151	262	14.88
Zacatecas	1,289,111	126	9.77

1.2) Determinación de la aportación que cada entidad federativa realiza a la tasa de mortalidad nacional

Se obtuvo el porcentaje que representan las defunciones de cada entidad federativa respecto del total de defunciones a nivel nacional, dicho porcentaje representó el aporte estatal.

Entidad	Defunciones registradas, 2007	% aportación estatal 1/
EUM	14,289	100.0
Aguascalientes	120	0.8
Baja California	526	3.7
Baja California Sur	114	0.8
.....
Veracruz	1,003	7.0
Yucatán	262	1.8
Zacatecas	126	0.9

1/ Se refiere al porcentaje que representan las defunciones de cada estado respecto del total de muertes en el país

Esto implica que, si en Aguascalientes no se hubieran registrado las 120 defunciones por esta causa durante el 2007, la tasa a nivel nacional habría tenido una reducción del 0.8 por ciento, y así para cada entidad federativa.

1.3) Determinación del número de muertes para cumplir con la meta 2012 a nivel nacional

En primer lugar, se determinó la tasa esperada en 2012 para dar cumplimiento a la meta. Para ello, a la tasa registrada como línea base (2006) se le aplicó el porcentaje de reducción establecido como meta en el *PROSESA 2007-2012*. Para el caso de las enfermedades isquémicas del corazón en menores de 65 años de edad, la tasa 2006 fue de 13.55 muertes por cada 100 mil habitantes de ese grupo de edad, cifra a la que se aplicó el 15 por ciento de reducción (meta planteada), lo que equivale a una

tasa de 11.5 muertes por cien mil habitantes de esa edad para el 2012.

En segundo lugar, se obtuvo el número de defunciones a las que equivale la tasa de mortalidad esperada para 2012 a nivel nacional; que para el ejemplo, fue de 11,883 (cifra que se obtuvo por regla de tres, tomado como base la tasa de mortalidad 2012 y la población media a nivel nacional para ese año).

El número de muertes estimado para cumplir la meta en 2012 (11,833), se distribuyó entre las 32 entidades federativas, con base en el porcentaje de aportación de cada entidad a la mortalidad nacional en 2007. Es decir, Aguascalientes en 2007 aportó el 0.83 por ciento de las muertes a nivel nacional, por lo que en 2012 ese porcentaje equivale a 100 defunciones (cifra redondeada) de las 11,833 que se requieren para cumplir con la meta a nivel nacional.

1.4) Diferencia de muertes entre 2007 y 2012

Para establecer el nivel de esfuerzo de cada entidad federativa para dar cumplimiento a la meta, se obtuvo la diferencia absoluta entre el número de muertes registradas en 2007 y las muertes esperadas en 2012, lo que representa el número de defunciones que la entidad debe evitar para coadyuvar al cumplimiento de la meta a nivel nacional.

Este procedimiento se realizó para cada una de las causas de mortalidad en las que se tenía definida la meta para el 2012 y en el caso de los ODM para 2015.

II) Determinación de la meta para la mortalidad por diabetes mellitus

El *PROSESA 2007-2012* estableció la meta de reducir 20 por ciento la velocidad de crecimiento de la mortalidad por diabetes mellitus, con respecto a la tendencia observada entre 1995-2006. Para determinar dicha meta fue necesario realizar el siguiente procedimiento.

Entre 1995 y 2006, la tasa observada de mortalidad por diabetes mellitus pasó de 36.23 a 65.18 defunciones por cien mil habitantes, lo que representa un crecimiento acumulado de 79.91 por ciento en el periodo y un crecimiento promedio anual de 4.89 por ciento basado en la función de crecimiento exponencial, lo que constituye la velocidad de crecimiento para dicho periodo. A esta cifra (4.89) se le aplicó la reducción del 20 por ciento establecido como meta, con lo que la velocidad de crecimiento no podría rebasar el 3.92 por ciento anual.

Inicialmente, para monitorear esta meta se estableció en 2007 se utilizaría la tasa de mortalidad estandarizada; sin embargo, en este informe se optó por utilizar la tasa observada, principalmente por el hecho de que los cálculos con ambos tipos de tasas no modifican los resultados sustantivos y además por la mayor familiaridad de los lectores con las tasas crudas. En la siguiente figura se aprecia que el comportamiento de la mortalidad por diabetes mellitus utilizando ambos tipos de tasa (estandarizada y observada) guarda gran similitud. (Figura A.1).

Entre 1990 y 2008, ambas tendencias son semejantes en términos de su incremento, pero también se observa que la brecha entre la tasa estándar y la observada se mantiene sin diferencias importantes a lo largo del periodo. Por ello, se optó por utilizar para el seguimiento de esta meta la tasa observada, la cual además resulta más fácil de interpretar por los lectores.

Comportamiento de la mortalidad al 2012

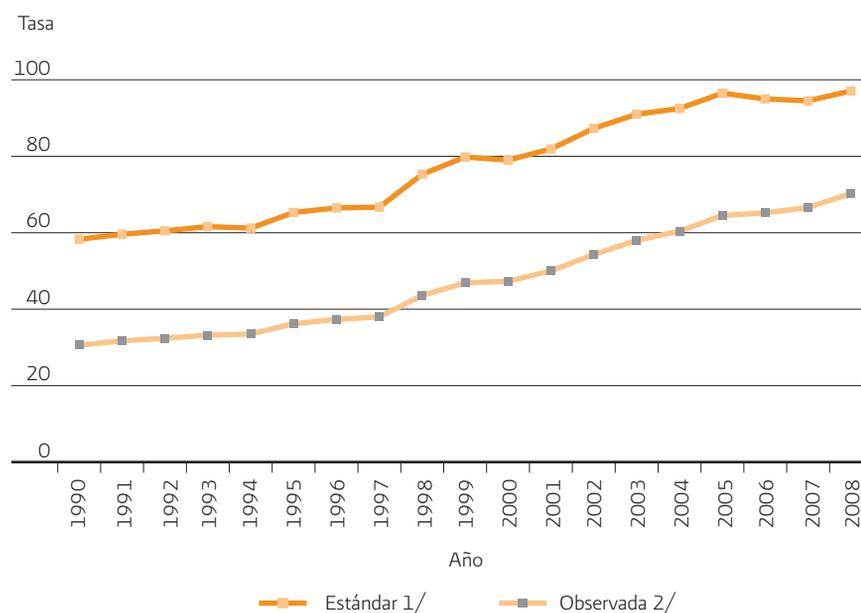
Con base en la velocidad de crecimiento registrada de 1995 a 2006 (crecimiento promedio anual de 4.89 por ciento), se calculó la reducción del 20 por ciento, quedando como meta anual un 3.92 por ciento de crecimiento. En la figura A.2 se muestra que si se mantuviera la velocidad de crecimiento registrada de 1995 a 2006, la tasa de mortalidad observada por diabetes pasaría de 65.18 defunciones por cien mil habitantes en 2006 a una tasa de 87.42 muertes en 2012, mientras que aplicando el crecimiento promedio anual de 3.92 por ciento,

la tasa pasaría de 65.18 defunciones en 2006 a 82.43 muertes por cien mil habitantes en 2012; lo que significa que en 2012 se lograría una reducción de 4.99 muertes por cien mil habitantes.

III) Estimación de población usuaria por institución

Para calcular la mortalidad 2008 para las principales instituciones públicas de salud, incluyendo al Seguro Popular de Salud (SPS), se dispuso a nivel nacional, de datos de población legal y de población usuaria proporcionados por la DGIS; sin embargo, la población legal no fue utilizada debido a que la sumatoria de las poblaciones para el IMSS; ISSSTE, PEMEX; SPS y la población sin seguridad social atendida por la SS e IMSS-Oportunidades excedía por mucho la población estimada por CONAPO en las proyecciones para ese año (121,257,466 contra 106,682,518); por lo que se optó emplear

Figura A.1
Mortalidad observada y estándar por diabetes mellitus tipo II; México, 1990-2008



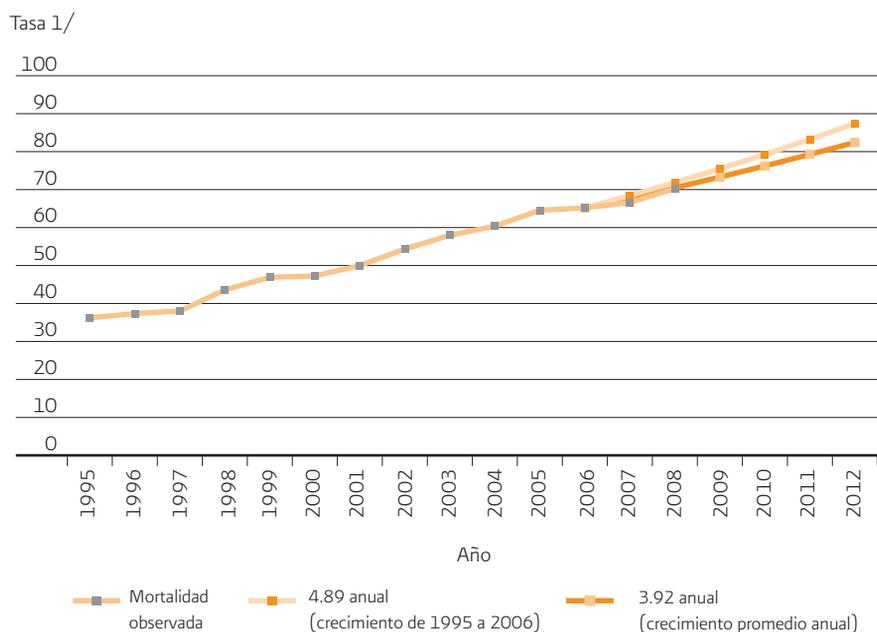
1/ Tasa por 100 mil habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

2/ Tasa observada por 100 mil habitantes

Fuente: INEGI-SS, 1990 a 2007 y SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Figura A.2

Mortalidad observada por diabetes mellitus tipo II y comportamientos esperados de acuerdo a la velocidad de crecimiento que se utilice; México, 1995-2012



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes

Fuente: Elaboración propia DGED, a partir de bases de la mortalidad INEGI-SS, 1995 a 2007; SEED 2008, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

la población usuaria (68,059,893), cuyas cifras eran más acordes con la estimación de CONAPO, al considerar que no se incluye al total de instituciones públicas de salud.

No obstante, la cifra que se proporcionó de población usuaria de las instituciones que atienden a población sin seguridad social, en primera instancia, no permitía desagregar la población usuaria del SPS y aquella que hace uso de los servicios de la SS y en segundo lugar, dicha población no estaban desagregadas por grupos quinquenales de edad, lo que impedía la construcción de las tasa de mortalidad por grupo de edad específico. Por ello, la DGED realizó el siguiente procedimiento para calcular la población usuaria perteneciente a la SS y al SPS, por sexo y grupos quinquenales de edad.

Primero, con base en los datos de población legal proporcionados, se obtuvo el porcentaje que representa la población de la SS y del SPS del total; el porcentaje que representaba cada sexo en esta

población y la proporción de población por grupo quinquenal de edad respecto a cada sexo.

Estos porcentajes se aplicaron al total de población usuaria sin seguridad social a nivel nacional, obteniendo el porcentaje que representaba la población sin seguridad social atendida por la SS y el que correspondía al SPS. Estos porcentajes, a través de una regla de tres, se transformaron a población en términos absolutos, con base en el número de población sin seguridad social.

A esta cifra se le aplicó el porcentaje que correspondía a cada sexo, y a dicha cantidad se le aplicó la proporción de población según grupo de edad. La población usuaria por institución obtenida se muestra en el cuadro incluido en la subsección de cuadros estadísticos de este apartado. (Anexo B.4)

IV) Metodología para estimar el porcentaje de hogares que incurren en gastos catastróficos por motivos de Salud en México

Esta metodología fue desarrollada por la Unidad de Análisis Económico (UAE) de la SS, nutriéndose de un proceso de revisión y consenso en el que participaron la Comisión Nacional de Protección Social en Salud; Instituto Nacional de Salud Pública; Fundación Mexicana para la Salud A.C. y la Dirección General de Evaluación del Desempeño. Los criterios que establece para estimar el indicador de porcentaje de hogares que incurren en gastos catastróficos por motivos de salud se basan en la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicada en un artículo de discusión en 2005 (Ke Hu 2005).*

La fuente básica de información para su cálculo se obtuvo de las Encuestas Nacionales de Ingresos

* Organización Mundial de la Salud – OMS. Distribution of health payments and catastrophic expenditures: Methodology, Ke Xu and contributors. Department of Health System Financing; Cluster “Evidence and Information Policy”. Discussion paper, number 2, 2005.

y Gastos de los Hogares (ENIGH), siendo necesario realizar algunos ajustes a la propuesta de la OMS con el objetivo de que los resultados sean representativos del contexto mexicano, los cuales fueron consensuados por el equipo de trabajo señalado.

La metodología, variables y conceptos utilizados para estimar el gasto catastrófico en salud se detallan a continuación.

Aspectos generales de la encuesta

- I. Homogenización de las variables relacionadas con gasto e ingreso individual (y por ende del hogar) a una cifra mensual.
- II. Deflactación de los ingresos y gastos de los hogares, dado que la información recopilada por la ENIGH se recaba en diferentes momentos en un periodo de cuatro meses (de agosto a noviembre de cada año de levantamiento) es necesario deflactarlos a un mes base (agosto). Este proceso se llevó a cabo siguiendo la metodología propuesta por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). En términos generales, se clasifican los distintos rubros de ingreso y gasto en subgrupos, los cuales se deflactan según el momento temporal en que fueron levantados y el componente del Índice Nacional de Precios al Consumidor. Para más detalles ver la Nota técnica 001/2007 CONEVAL y seguir el proceso empleado por CONEVAL para desarrollar la deflactación mencionada con base al [do.file](#) de libre acceso en su página web.

Construcción de variables

- III. Gastos en salud (g_{salht}): engloban los gastos monetarios en cuidados de la salud realizados por el hogar. Los rubros considerados son los siguientes:
 - Servicios médicos durante el parto
 - Servicios médicos y medicamentos durante el embarazo
 - Consulta externa (no hospitalaria ni embarazo)

- Control de peso
- Atención hospitalaria
- Medicamentos sin receta y material de curación
- Medicina alternativa
- Aparatos ortopédicos y terapéuticos
- Seguro médico

- IV. Gasto de consumo monetario de los hogares (g_{monh}): compras en dinero de los bienes y servicios que realiza el hogar, así como el valor monetario del consumo de los productos elaborados por la familia. Los componentes de este rubro son:

- Gasto en alimentos monetario (todos los rubros, dentro y fuera del hogar)
- Gasto en alcohol y tabaco monetario (dentro y fuera del hogar)
- Gasto en vestido y calzado monetario
- Gasto en vivienda y servicios monetario
- Gasto en artículos de limpieza monetario
- Gasto en cristalería y blancos monetario
- Gasto en enseres domésticos monetario
- Gasto en salud monetario (todos los rubros)
- Gasto en transporte público monetario
- Gasto en transporte foráneo monetario
- Gasto en comunicaciones monetario
- Gasto en educación y recreación monetario
- Gasto en cuidados personales monetario
- Gasto en accesorios monetario
- Gasto en otros gastos y transferencias monetario

- V. Gasto monetario en alimentación (g_{alidh}): cantidad erogada por un hogar en productos alimenticios que se consumen dentro del hogar. Incluye el valor monetario de los alimentos producidos por la familia. Los rubros a considerar son los siguientes:

- Maíz, trigo, arroz, otros cereales
- Carne de res, ternera y cerdo, carnes procesadas, carne de pollo, carnes de procesadas de ave, otras carnes

- Pescados frescos, pescados procesados, otros pescados, mariscos
- Leche, queso, otros derivados de la leche
- Huevos, aceite, grasas
- Tubérculos crudos o frescos, tubérculos procesados
- Verduras y legumbres frescas, verduras y legumbres procesadas
- Leguminosas, leguminosas procesadas, semillas
- Frutas frescas, frutas procesadas
- Azúcar y mieles
- Café, té, chocolate
- Especias y aderezos
- Alimentos preparados para bebe
- Alimentos preparados para consumir en casa
- Alimentos diversos
- Dulces y postres
- Gastos relacionados con la elaboración de alimentos
- Gasto en alimentos y/o bebidas en paquete
- Alimento para animales domésticos
- Bebidas no alcohólicas
- Alimento de organizaciones

VI. Gasto de subsistencia del hogar ($hoglp1_t$): gasto mínimo requerido para mantener un nivel de vida básico. En la presente metodología se utiliza el valor de la canasta básica alimentaria establecida por el CONEVAL como la línea de pobreza alimentaria para cada año dentro del periodo de análisis ($canasta_t$). La línea de pobreza está definida tanto para hogares en zona urbana como rural:

$$hoglp1_t = canasta_t * tam$$

Donde:

- $hoglp1_t$: Línea de pobreza alimentaria del hogar
 $canastat$: Canasta básica definida por el CONEVAL de acuerdo a la zona del hogar (rural o urbano)
 tam : Tamaño del hogar

VII. Tamaño del hogar: si bien la metodología de la OMS propone la aplicación del tamaño de hogar equivalente con el objeto de aproximar el consumo promedio de un menor a la mitad del consumo promedio de un adulto, por simplicidad el tamaño del hogar se estima directamente de la encuesta sin ajuste.

VIII. Capacidad de pago de los hogares: se define como los ingresos monetarios efectivos del hogar que están por encima del nivel de subsistencia. Cabe aclarar que los ingresos monetarios efectivos del hogar han sido aproximados por el gasto monetario del hogar en esta metodología. Ahora bien, algunos hogares pueden reportar gasto monetario en alimentos menor a su gasto de subsistencia. En estos casos la capacidad de pago se define como los ingresos monetarios efectivos del hogar que están por encima de su gasto monetario en alimentos.

$$cph_t = gmonh_t - hoglp1_t \text{ si } galidh_t - hoglp1_t \geq 0$$

$$cph_t = gmonh_t - galidh_t \text{ si } galidh_t - hoglp1_t < 0$$

Donde:

- cph_t : Capacidad de pago de los hogares
 $gmonht$: Gasto monetario mensual del hogar
 $hoglp1_t$: Línea de pobreza alimentaria del hogar por zona (hogar urbano o rural)
 $galidht$: Gasto en alimentos en el hogar sin incluir tabaco, bebidas alcohólicas y alimentos consumidos fuera del hogar

IX. Contribución financiera del hogar al gasto en cuidados de la salud: es un indicador de la carga financiera debida a gastos en salud que considera el gasto total en salud como proporción de la capacidad de pago de los hogares. En términos generales, la contribución financiera en salud del hogar se define como:

$$cfh_t = \frac{gsalh_t}{cph_t}$$

Donde:

cfht: Capacidad financiera de los hogares

gsalht: Gasto en salud de los hogares

cpht: Capacidad de pago de los hogares

Es decir, la contribución financiera en salud del hogar ($cfht_t$) es igual al gasto en salud del hogar ($gsalht_t$) entre la capacidad de pago del hogar ($cpht_t$).

X. Gastos catastróficos en salud (hgc_t): Se considera que un hogar incurre en un gasto catastrófico por motivos de salud cuando los gastos totales

en salud de un hogar representan 30% o más de su capacidad de pago. La variable de gasto catastrófico se calcula como una variable dicotómica con valor de 1 cuando el hogar incurre en gastos catastróficos y 0 en caso contrario.

$$hgc_t = \begin{cases} 0, & cfht < 30\% \\ 1, & cfht \geq 30\% \end{cases}$$

B) Cuadros estadísticos

Anexo B.1

Lista oficial de los indicadores de los ODM

Los indicadores deberán ser desagregados por sexo y áreas urbanas y rurales cuando corresponda

Vigente a partir de 15 de enero de 2008

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)	
Objetivos y metas extraídos de la Declaración del Milenio	Indicadores para el seguimiento de los progresos
Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre	
Meta 1A: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día	1.1 Proporción de la población con ingresos inferiores a 1 dólar PPA (paridad del poder adquisitivo) por día 1/
	1.2 Coeficiente de la brecha de pobreza
	1.3 Proporción del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre de la población
Meta 1B: Lograr empleo pleno y productivo y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres y jóvenes	1.4 Tasa de crecimiento del PIB por persona empleada
	1.5 Relación empleo-población
	1.6 Proporción de la población ocupada con ingresos inferiores a 1 dólar PPA por día
	1.7 Proporción de la población ocupada que trabaja por cuenta propia o en una empresa familiar
Meta 1C: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre	1.8 Proporción de niños menores de 5 años con insuficiencia ponderal
	1.9 Proporción de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria
Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal	
Meta 2A: Asegurar que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria	2.1 Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria
	2.2 Proporción de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al último grado de enseñanza primaria
	2.3 Tasa de alfabetización de las personas de 15 a 24 años, mujeres y hombres
Objetivo 3: Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer	
Meta 3A: Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza para el año 2015	3.1 Relación entre niñas y niños en la enseñanza primaria, secundaria y superior
	3.2 Proporción de mujeres entre los empleados remunerados en el sector no agrícola
	3.3 Proporción de escaños ocupados por mujeres en los parlamentos nacionales
Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años	
Meta 4A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	4.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años
	4.2 Tasa de mortalidad infantil
	4.3 Proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión
Objetivo 5: Mejorar la salud materna	
Meta 5A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	5.1 Tasa de mortalidad materna
	5.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado
Meta 5B: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva	5.3 Tasa de uso de anticonceptivos
	5.4 Tasa de natalidad entre las adolescentes
	5.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas)
	5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	
Meta 6A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA	6.1 Prevalencia del VIH entre las personas de 15 a 24 años
	6.2 Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo
	6.3 Proporción de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA
	6.4 Relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la de niños no huérfanos de 10 a 14 años
Meta 6B: Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesitan	6.5 Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales
	6.6 Tasas de incidencia y mortalidad asociadas al paludismo
Meta 6C: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	6.7 Proporción de niños menores de 5 años que duermen protegidos por mosquiteros impregnados de insecticida
	6.8 Proporción de niños menores de 5 años con fiebre que reciben tratamiento con los medicamentos adecuados contra el paludismo
	6.9 Tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad asociadas a la tuberculosis
	6.10 Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa

Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	
Meta 7A: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente	7.1 Proporción de la superficie cubierta por bosques
	7.2 Emisiones de dióxido de carbono (total, per cápita y por cada dólar PPA del PIB)
	7.3 Consumo de sustancias que agotan la capa de ozono
	7.4 Proporción de poblaciones de peces que están dentro de límites biológicos seguros
Meta 7B: Reducir la pérdida de biodiversidad, alcanzando, para el año 2010, una reducción significativa de la tasa de pérdida	7.5 Proporción del total de recursos hídricos utilizada
	7.6 Proporción de las áreas terrestres y marinas protegidas
	7.7 Proporción de especies en peligro de extinción
Meta 7C: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento	7.8 Proporción de la población con acceso a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable
	7.9 Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados
Meta 7D: Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios	7.10 Proporción de la población urbana que vive en tugurios 2/
Objetivo 8: Fomentar una alianza mundial para el desarrollo	
Meta 8A: Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio	<i>El seguimiento de algunos de los indicadores mencionados a continuación se efectuará por separado para los países menos adelantados, los países africanos, los países en desarrollo sin litoral y los pequeños Estados insulares en desarrollo</i>
	<u>Asistencia oficial para el desarrollo (AOD)</u>
Incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos, el desarrollo y la reducción de la pobreza, en los planos nacional e internacional	8.1 AOD neta, total y para los países menos adelantados, en porcentaje del ingreso nacional bruto de los países donantes del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la OCDE
	8.2 Proporción de la AOD total bilateral y por sectores que los donantes del CAD de la OCDE destinan a servicios sociales básicos (enseñanza básica, atención primaria de la salud, nutrición, abastecimiento de agua potable y servicios de saneamiento)
Meta 8B: Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados	8.3 Proporción de la AOD bilateral de los donantes del CAD de la OCDE que no está condicionada
	8.4 AOD recibida por los países en desarrollo sin litoral como proporción de su ingreso nacional bruto
Incluye el acceso libre de aranceles y cupos de las exportaciones de los países menos adelantados; el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados (PPME) y la cancelación de la deuda bilateral oficial, y la concesión de una asistencia oficial para el desarrollo más generosa a los países que hayan expresado su determinación de reducir la pobreza	8.5 AOD recibida por los pequeños Estados insulares en desarrollo como proporción de su ingreso nacional bruto
	<u>Acceso a los mercados</u>
Meta 8C: Atender las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo (mediante el Programa de Acción para el desarrollo sostenible de los pequeños Estados insulares en desarrollo y las decisiones adoptadas en el vigésimo segundo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General)	8.6 Proporción del total de importaciones de los países desarrollados (por su valor y sin incluir armamentos) procedentes de países en desarrollo y países menos adelantados, admitidas libres de derechos
	8.7 Aranceles medios aplicados por países desarrollados a los productos agrícolas y textiles, y a las prendas de vestir procedentes de países en desarrollo
	8.8 Estimación de la ayuda agrícola en países de la OCDE como porcentaje de su producto interno bruto
	8.9 Proporción de la AOD destinada a fomentar la capacidad comercial
	<u>Sostenibilidad de la deuda</u>
Meta 8D: Abordar en todas sus dimensiones los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo	8.10 Número total de países que han alcanzado el punto de decisión y número total de países que han alcanzado el punto de culminación en la Iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (PPME) (acumulativo)
	8.11 Alivio de la deuda comprometido conforme a la Iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados y la Iniciativa para el alivio de la deuda multilateral
	8.12 Servicio de la deuda como porcentaje de las exportaciones de bienes y servicios
Meta 8E: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles	8.13 Proporción de la población con acceso sostenible a medicamentos esenciales a precios asequibles
Meta 8F: En colaboración con el sector privado, dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular los de las tecnologías de la información y de las comunicaciones	8.14 Líneas de teléfono fijo por cada 100 habitantes
	8.15 Abonados a teléfonos celulares por cada 100 habitantes
	8.16 Usuarios de Internet por cada 100 habitantes

1/ Para el seguimiento de las tendencias de la pobreza en los países, se debería utilizar indicadores basados en las líneas nacionales de pobreza, si se dispone de ellos

2/ En la práctica, la proporción de personas que viven en tugurios se calcula a partir de un indicador indirecto, que representa la población urbana cuyo hogar presenta al menos una de las siguientes cuatro características: a) falta de acceso a mejores fuentes de abastecimiento de agua; b) falta de acceso a mejores servicios de saneamiento; c) hacinamiento (3 o más personas por habitación); y d) viviendas construidas con materiales precarios

Los objetivos y metas de desarrollo del Milenio están enunciados en la Declaración del Milenio, firmada en septiembre del 2000 por 189 países, entre cuyos representantes se encontraban 147 Jefes de Estado (<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/ares552.html>), y en acuerdos posteriores de los Estados miembros en la Cumbre Mundial 2005 (Resolución adoptada por la Asamblea General - A/RES/60/1, <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/RES/60/1>)

Los objetivos y metas están interrelacionados y deberían considerarse como un conjunto. Representan una asociación entre los países desarrollados y los países en desarrollo, como se afirma en la Declaración, con el fin de "crear en los planos nacional y mundial un entorno propicio al desarrollo y a la eliminación de la pobreza"

Anexo B.2

Muertes maternas en los 125 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano; México, 2006 y 2008

Núm	Entidad/Municipio	Número de muertes maternas		
		2006	2008	Dif. 2008-2006
	EUM	61	70	9
	Chiapas	12	20	8
1	Amatenango del Valle	0	0	0
2	Chalchihuitán	0	1	1
3	Chamula	0	0	0
4	Chanal	0	0	0
5	Chenalhó	4	1	-3
6	Chilón	4	7	3
7	Francisco León	0	0	0
8	Huixtán	1	1	0
9	Larráinzar	0	0	0
10	Mitontic	0	0	0
11	Ocoatepec	1	0	-1
12	Pantelhó	0	4	4
13	Pantepec	0	1	1
14	Sitalá	0	1	1
15	Tumbalá	0	1	1
16	Zinacantán	1	1	0
17	San Juan Cancuc	0	1	1
18	Aldama	1	0	-1
19	San Andrés Duraznal	0	0	0
20	Santiago El Pinar	0	1	1
	Durango	1	1	0
21	Mezquital	1	1	0
	Guerrero	24	21	-3
22	Ahuacuotzingo	0	0	0
23	Alcozauca de Guerrero	3	0	-3
24	Atlamajalcingo del Monte	1	0	-1
25	Atlixac	2	1	-1
26	Copalillo	1	0	-1
27	Copanotoyac	2	0	-2
28	General Heliodoro Castillo	4	2	-2
29	Malinaltepec	1	3	2
30	Metlatónoc	4	6	2
31	Pedro Ascencio Alquisiras	1	0	-1
32	San Miguel Totolapan	0	1	1
33	Tlacoachistlahuaca	1	1	0
34	Tlacoapa	1	0	-1
35	Xalpatláhuac	2	0	-2
36	Xochistlahuaca	0	0	0
37	Zapotitlán Tablas	0	0	0
38	Zitlala	0	2	2
39	Acatepec	1	5	4
40	Cochoapa el Grande	0	0	0
41	José Joaquín de Herrera	0	0	0
42	Iliatenco	0	0	0
	Nayarit	4	0	-4
43	Del Nayar	4	0	-4
	Oaxaca	13	19	6
44	Coicoyán de las Flores	0	1	1
45	Eloxochitlán de Flores Magón	1	0	-1
46	Huautepec	2	1	-1
47	Magdalena Peñasco	0	0	0
48	Mazatlán Villa de Flores	0	0	0
49	San Agustín Loxicha	1	3	2
50	San Andrés Paxtlán	0	1	1
51	San Antonio Sinicahua	0	0	0
52	San Bartolomé Ayautla	0	0	0
53	San Francisco Chapulapa	0	0	0
54	San Francisco Huehuetlán	0	0	0
55	San Francisco Tlapancingo	0	0	0
56	San José Independencia	0	0	0
57	San José Lachiguiri	0	1	1
58	San José Tenango	1	0	-1
59	San Juan Coatzacoapam	0	0	0
60	San Juan Comaltepec	0	0	0
61	San Juan Juquila Mixes	0	0	0
	Oaxaca (continuación)			
62	San Juan Petlapa	0	0	0
63	San Lorenzo Cuaunecuiltitla	0	0	0
64	San Lorenzo Texmelucan	0	1	1
65	San Lucas Camotlán	0	0	0
66	San Lucas Zoquiápan	1	0	-1
67	San Marcial Ozolotepec	0	0	0
68	San Martín Itunyoso	0	0	0
69	San Miguel Ahuehuetlán	0	0	0
70	San Miguel Coatlán	0	0	0
71	San Miguel Mixtepec	0	0	0
72	San Miguel Peras	0	0	0
73	San Miguel Santa Flor	0	0	0
74	San Pablo Cuatro Venados	0	0	0
75	San Pedro El Alto	0	0	0
76	San Pedro Ocopetillo	0	0	0
77	San Pedro Y San Pablo Ayutla	0	0	0
78	San Simón Zahuatlán	0	0	0
79	Santa Ana Ateixtlahuaca	0	0	0
80	Santa Cruz Acatepec	0	0	0
81	Santa Cruz Zenzontepec	1	0	-1
82	Santa Inés del Monte	1	1	0
83	Santa Lucía Miahuatlán	1	0	-1
84	Santa Lucía Monteverde	0	0	0
85	Santa María Apazco	0	0	0
86	Santa María La Asunción	0	0	0
87	Santa María Chilchotla	0	2	2
88	Santa María Peñoles	0	0	0
89	Santa María Temascaltepec	0	1	1
90	Santa María Tepantlali	0	0	0
91	Santa María Tlaxiactac	0	0	0
92	Santiago Amoltepec	1	4	3
93	Santiago Ixtayutla	1	0	-1
94	Santiago Texcalcingo	0	0	0
95	Santiago Tlazoyaltepec	0	0	0
96	Santiago Xanica	0	0	0
97	Santiago Yaitepec	1	1	0
98	Santo Domingo de Morelos	0	1	1
99	Santo Domingo Tepuxtepec	0	1	1
100	Santos Reyes Yucuná	1	0	-1
101	Yogana	0	0	0
	Puebla	5	1	-4
102	Camocuautla	0	0	0
103	Coyomeapan	0	0	0
104	Chiconcuautla	0	1	1
105	Eloxochitlán	3	0	-3
106	Huehuetla	1	0	-1
107	Hueytlalpan	0	0	0
108	San Felipe Tepatlán	0	0	0
109	San Sebastián Tlacoatepec	1	0	-1
110	Zoquitlán	0	0	0
	Veracruz	2	8	6
111	Astacinga	0	0	0
112	Atlahuilco	0	0	0
113	Filomeno Mata	0	0	0
114	Ilamatlán	1	0	-1
115	Mecatlán	0	0	0
116	Mixtla de Altamirano	0	0	0
117	Reyes, Los	0	0	0
118	Soledad Atzompa	0	1	1
119	Soteapan	0	1	1
120	Tehuipango	0	2	2
121	Tequila	0	2	2
122	Texcatepec	0	1	1
123	Tlaquilpa	0	1	1
124	Xoxocotla	1	0	-1
125	Zontecomatlán de López Y Fuentes	0	0	0

CIE10: O00-O99, A34, D392, F53, M830, y embarazadas con B20-B24
 Excluye muertes maternas tardías o por secuelas (O96 y O97) y por coriocarcinoma (C58X)
 Fuente: INEGI-SS, 2006 y SEED, 2008, cifras preliminares; DGIS-SS

Anexo B.3

Defunciones infantiles en los 125 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano; México 2008 1/

Entidad / municipio con menor IDH	Defunciones infantiles	Porcentaje del total de defunciones infantiles ^{2/}	Entidad / municipio con menor IDH	Defunciones infantiles	Porcentaje del total de defunciones infantiles ^{2/}
EUM	27,617	100.0	Oaxaca (continuación)		
En los municipios con menor IDH	1284	4.6	San Juan Petlapa	1	0.1
Chiapas	902	100.0	San Lorenzo Cuaunecuiltitla	1	0.1
<i>Total de los municipios con menor IDH</i>	<i>389</i>	<i>43.1</i>	San Lorenzo Texmelucan	10	1.1
Amatenango del Valle	1	0.1	San Lucas Camotlán	2	0.2
Chalchihuitán	6	0.7	San Lucas Zoquiápan	10	1.1
Chamula	22	2.4	San Marcial Ozolotepec	0	0.0
Chanal	55	6.1	San Martín Itunyoso	1	0.1
Chenalhó	13	1.4	San Miguel Ahuehuetitlán	1	0.1
Chilón	71	7.9	San Miguel Coatlán	7	0.8
Francisco León	26	2.9	San Miguel Mixtepec	1	0.1
Huixtán	19	2.1	San Miguel Peras	7	0.8
Larrazar	32	3.5	San Miguel Santa Flor	1	0.1
Mitontic	3	0.3	San Pablo Cuatro Venados	1	0.1
Ocoatepec	42	4.7	San Pedro el Alto	5	0.6
Pantelhó	3	0.3	San Pedro Ocopetillo	0	0.0
Pantepec	10	1.1	San Pedro y San Pablo Ayutla	7	0.8
Sitalá	6	0.7	San Simón Zahuatlán	7	0.8
Tumbalá	32	3.5	Santa Ana Ateixtlahuaca	0	0.0
Zinacantán	13	1.4	Santa Cruz Acatepec	2	0.2
San Juan Cancuc	19	2.1	Santa Cruz Zenzontepec	15	1.7
Aldama	10	1.1	Santa Inés del Monte	0	0.0
San Andrés Duraznal	3	0.3	Santa Lucía Miahuatlán	2	0.2
Santiago el Pinar	3	0.3	Santa Lucía Monteverde	5	0.6
Durango	349	100.0	Santa María Apazco	1	0.1
<i>Total de los municipios con menor IDH</i>	<i>14</i>	<i>4.0</i>	Santa María Chilchotla	7	0.8
Mezquital	14	4.0	Santa María la Asunción	5	0.6
Guerrero	686	100.0	Santa María Peñoles	15	1.7
<i>Total de los municipios con menor IDH</i>	<i>283</i>	<i>41.3</i>	Santa María Temaxcaltepec	5	0.6
Ahuacuotzingo	25	3.6	Santa María Tepantlali	5	0.6
Alcozauca de Guerrero	10	1.5	Santa María Tlalixtac	0	0.0
Atlamajalcingo del Monte	9	1.3	Santiago Amoltepec	20	2.3
Atlixtlac	37	5.4	Santiago Ixtayutla	15	1.7
Copalillo	9	1.3	Santiago Texcalcingo	1	0.1
Copanatoyac	32	4.7	Santiago Tlazoyaltepec	10	1.1
General Heliodoro Castillo	38	5.5	Santiago Xanica	5	0.6
Malinaltepec	28	4.1	Santiago Yaitepec	5	0.6
Metlatónoc	9	1.3	Santo Domingo de Morelos	15	1.7
Pedro Ascencio Alquisiciras	6	0.9	Santo Domingo Tepuxtepec	7	0.8
San Miguel Totolapan	6	0.9	Santos Reyes Yucuná	2	0.2
Tlacoachistlahuaca	3	0.4	Yogana	2	0.2
Tlacoapa	6	0.9	Puebla	2246	100.0
Xalpatláhuac	3	0.4	<i>Total de los municipios con menor IDH</i>	<i>110</i>	<i>4.9</i>
Xochistlahuaca	5	0.7	Camocuautla	1	0.0
Zapotitlán Tablas	9	1.3	Coyomeapan	26	1.2
Zitlala	15	2.2	Chiconcuautla	30	1.3
Acatepec	6	0.9	Eloxochitlán	9	0.4
Cochoapa el Grande	20	2.9	Huehuetla	9	0.4
José Joaquín de Herrera	6	0.9	Hueytlalpán	2	0.1
Iliatenco	1	0.1	San Felipe Tepatlán	4	0.2
Nayarit	117	100.0	San Sebastián Tlacotepec	8	0.4
<i>Total de los municipios con menor IDH</i>	<i>22</i>	<i>18.8</i>	Zoquitlán	21	0.9
Del Nayar	22	18.8	Veracruz	1868	100.0
Oaxaca	870	100.0	<i>Total de los municipios con menor IDH</i>	<i>168</i>	<i>9.0</i>
<i>Total de los municipios con menor IDH</i>	<i>92</i>	<i>10.6</i>	Astacinga	4	0.2
Coicoyán de las Flores	15	1.7	Atlahuilco	2	0.1
Eloxochitlán de Flores Magón	2	0.2	Filomeno Mata	16	0.9
Huauatepec	2	0.2	Ilamatlán	3	0.2
Magdalena Peñasco	5	0.6	Mecatlán	20	1.1
Mazatlán Villa de Flores	10	1.1	Mixtla de Altamirano	16	0.9
San Agustín Loxicha	15	1.7	Los Reyes	7	0.4
San Andrés Paxtlán	2	0.2	Soledad Atzompa	27	1.4
San Antonio Sinicahua	5	0.6	Sotepan	18	1.0
San Bartolomé Ayautla*	1	0.1	Tehuipango	16	0.9
San Francisco Chapulapa	2	0.2	Tequila	16	0.9
San Francisco Huehuetlán	1	0.1	Texcatepec	4	0.2
San Francisco Tlapancingo	1	0.1	Tlaquilpa	13	0.7
San José Independencia	5	0.6	Xoxocotla	4	0.2
San José Lachiguiri	7	0.8	Zotecomatlán de López y Fuentes	2	0.1
San José Tenango	12	1.4			
San Juan Coatzacoapam	2	0.2			
San Juan Comaltepec	3	0.3			
San Juan Juquila Mixes	2	0.2			

1/ Número de defunciones en población menor de un año de edad registradas para 2008. No incluye defunciones en el extranjero, ni defunciones sin especificar lugar de residencia

2/ Porcentaje respecto al total a nivel nacional y de cada entidad

Fuente: SEED 2008, preliminar, DGIS-SS

Anexo B.4 Población usuaria de los servicios de salud por entidad federativa según institución; México, 2008 1/

Grupo de edad	Población con seguridad social												Población sin seguridad social					
	IMSS			ISSSTE 2/			PEMEX			Seguro Popular 3/			Secretaría de Salud 3/			IMSS-Oportunidades		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Nacional	35,332,733	16,660,742	18,671,991	7,736,343	3,543,535	4,192,808	727,676	336,643	391,033	16,506,428	7,504,981	9,001,447	13,761,469	7,300,443	6,461,026	10,284,017	5,001,797	5,282,220
<1	478,832	245,750	233,082	101,478	41,336	60,142	6,158	3,111	3,047	285,648	144,686	140,962	315,343	162,030	153,313	176,081	89,465	86,616
1-4	2,562,112	1,308,460	1,253,652	422,866	221,340	201,526	37,309	18,953	18,356	1,652,234	832,159	820,074	863,719	448,279	415,441	870,408	437,121	433,287
5-9	3,434,567	1,751,588	1,682,979	788,422	344,095	444,327	56,061	28,552	27,509	2,011,993	1,015,627	996,366	1,375,152	708,200	666,952	1,251,753	629,169	622,584
10-14	3,173,703	1,615,192	1,558,511	832,921	403,084	429,837	63,624	32,410	31,214	2,050,098	1,032,629	1,017,469	1,325,304	676,084	649,220	1,342,950	668,690	674,260
15-19	1,788,265	826,120	962,145	865,491	360,432	505,059	54,866	27,605	27,261	1,898,118	877,710	1,020,408	1,307,585	693,417	614,168	1,106,696	549,333	557,363
20-24	2,362,931	1,040,915	1,322,016	431,387	194,405	236,982	29,868	14,424	15,444	1,124,727	377,289	747,438	1,069,039	935,605	733,434	824,374	384,773	439,601
25-29	2,911,886	1,324,766	1,587,120	334,122	164,688	169,434	32,623	15,234	17,389	1,165,487	443,800	721,687	1,411,027	763,137	647,890	716,017	329,374	386,643
30-34	3,121,034	1,437,083	1,683,951	422,333	215,875	206,458	41,072	17,889	23,183	1,177,581	485,146	692,435	1,188,436	637,871	550,564	672,315	312,773	359,542
35-39	2,780,912	1,288,203	1,492,709	513,209	241,106	272,103	50,389	21,969	28,420	1,107,088	476,946	630,142	1,013,950	546,362	467,587	612,799	288,668	324,131
40-44	2,309,940	1,062,096	1,247,844	578,130	276,884	301,246	54,619	24,154	30,465	905,585	400,691	504,894	881,405	476,535	404,871	531,747	251,657	280,090
45-49	1,976,565	884,368	1,092,197	564,263	261,388	302,875	57,987	26,408	31,579	725,641	325,760	399,881	707,390	382,095	325,295	453,938	218,837	235,101
50-54	1,713,619	749,606	964,013	500,792	219,564	281,228	52,731	24,306	28,425	578,858	260,315	318,543	532,061	286,105	245,956	392,332	188,763	203,569
55-59	1,465,394	636,861	828,533	418,830	173,746	245,084	44,432	20,421	24,011	456,007	206,427	249,580	393,989	209,122	184,867	326,064	159,936	166,128
60-64	1,340,194	603,856	736,338	333,357	138,209	195,148	36,072	15,890	20,182	361,496	165,572	195,924	298,110	153,115	144,994	285,307	140,811	144,496
65-69	1,145,301	533,541	611,760	197,864	100,690	97,174	31,368	13,676	17,692	317,792	143,396	174,395	191,104	97,253	93,851	233,967	114,755	119,212
70-74	950,866	453,706	497,160	196,173	76,185	119,988	27,249	11,653	15,596	259,764	118,850	140,914	120,205	57,766	62,439	195,957	92,901	103,056
75-79	708,569	342,297	366,272	102,533	52,723	49,810	21,256	8,551	12,705	200,267	91,615	108,652	70,496	31,658	38,838	133,998	67,372	66,626
80-84	497,407	247,047	250,360	79,042	33,071	45,971	14,477	5,648	8,829	119,834	55,797	64,038	50,814	20,269	30,546	88,515	44,046	44,469
85 y +	610,636	309,287	301,349	53,130	24,714	28,416	15,515	5,789	9,726	108,211	50,565	57,647	46,340	15,559	30,800	68,799	33,353	35,446

1/ Población usuaria de los servicios médicos por institución

2/ Estimación de la DGIS

3/ Estimación DGED

Fuente: DGIS-SS

Bibliografía

1. Atlas datos básicos sobre la diabetes. Diabetes, 3ª edición, Federación Internacional de diabetes, 2006 (Consultado 2009 Julio). Disponible en: <http://www.eatlas.idf.org>.
2. Frenk J. Tender puentes: Lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencia. Salud Pública de México, 2007; 49, supl:I:S17-S22.
3. Galindo C y López F. ¿Qué tanto vivimos los mexicanos? En: La Situación demográfica en México, 2008. México, Consejo Nacional de Población, 2008.
4. García-Barbero M. La alianza mundial para la seguridad del paciente. (Monografía en Internet). Barcelona, España: Fundación Medicina y Humanidades Médicas, 2004 (Consultado 2009 Julio 3). Disponible en: http://www.portalcecova.es/es/grupos/biologicos/pacientes/alianza_mundial_seguridad_paciente.pdf.
5. Global priorities for patient safety research. British Medical Journal, 2009; 338:b1775:1242-1244.
6. Keijzer B. Enfoque de género en el desarrollo de programas de salud reproductiva en adolescentes. Salud Pública de México, 2007; 49, edición especial, XII congreso de investigación en salud pública:E.42-E-44.
7. Lista oficial de los indicadores de los ODM: 2008. (Documento en Internet), 2008 (Consultado 2009 Julio 2). Disponible en: http://www.one.cu/publicaciones/om/OfficialList2008_es.pdf.
8. López LF, Rodríguez C y Vélez R. Estimación de IDH estatal en México, análisis de sensibilidad de distintas decisiones metodológicas y comparaciones internacionales. En: Estudios sobre desarrollo humano. México: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2003.
9. Naciones Unidas. Cumbre Mundial 2005. Nueva York: Naciones Unidas, Octubre 2008.
10. Naciones Unidas. Memoria del Secretario General sobre la labor de la Organización: Asamblea General. Documentos oficiales. Sexagésimo primer periodo de sesiones. Suplemento No. 1 (A/61/1) Nueva York: Naciones Unidas, 2006.
11. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe 2008. Nueva York: Naciones Unidas, 2008.
12. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila, M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
13. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad y carga de morbilidad: En Estadísticas sanitarias mundiales, 2008. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2008.
14. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales: 2009. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2009.
15. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/SIDA: 2003-2007. Un marco para las alianzas y la acción. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2003.
16. Organización Mundial de la Salud. Información sobre la situación mundial de la seguridad vial: Es hora de pasar a la acción. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2009.
17. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008, La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2008.

18. Organización Mundial de la Salud. Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud: Informe de la Secretaría. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Noviembre, 2008.
19. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis: Nota descriptiva. (Serie en Internet), 2009 (Consultado 2009 Julio 3). Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/index.html>.
20. Organization for economic co-operation and development (OECD). OECD Health Data 2009: How does Mexico compare. (Serie en internet), 2009 (Consultado 2009 Junio 30). Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/46/9/38980018.pdf>.
21. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud. Situación de la epidemia de SIDA. Ginebra, Suiza: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud, diciembre 2007.
22. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Índice de Desarrollo Humano Municipal en México 200-2005. México: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2008.
23. Secretaría de Salud. Boletín de práctica médica efectiva. Tuberculosis pulmonar: Diagnóstico y tratamiento. México: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Noviembre 2006.
24. Secretaría de Salud. Boletín Informativo. Diabetes Mellitus 2. México: Secretaría de Salud, 2007.
25. Secretaría de Salud. Manual para la acreditación y garantía de calidad de establecimientos para la prestación de servicios de salud: SICALIDAD. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Julio 2008.
26. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Arranque Parejo en la Vida. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Agosto 2008.
27. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Cáncer cérvico-uterino. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008.
28. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Cáncer de mama. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008.
29. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Dengue. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008.
30. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Desarrollo de Guías de Práctica Clínica. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, 2008.
31. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Diabetes Mellitus. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008.
32. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. En respuesta al VIH/SIDA e ITS. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008.
33. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud en Municipios de Menor IDH. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, en Prensa.
34. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Mejora del Acceso a Medicamento. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Julio 2008.
35. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Otras Enfermedades Transmitidas por Vector. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008.
36. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Paludismo. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008.
37. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Planificación Familiar y Anticoncepción. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008.
38. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Prevención de la Mortalidad Infantil. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Agosto 2008.
39. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Prevención y Tratamiento de las Adicciones, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008.
40. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Riesgo Cardiovascular. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008.

41. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008.
42. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Seguridad del Paciente. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, en Prensa.
43. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Seguridad Vial. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008.
44. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Sistema Integral de Calidad en Salud: SICALIDAD. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, 2008.
45. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Sistema de Protección Social en Salud. México: Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección en Salud, en prensa.
46. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Sistema Nacional de Información en Salud. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Julio 2008.
47. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Tuberculosis. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008.
48. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Unidades de Especialidades Médicas. México: Subsecretaría de Administración y Finanzas, 2008.
49. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. México: Secretaría de Salud, 2007.
50. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2007-2012. México: Secretaría de Salud, Noviembre 2007.
51. Secretaría de Salud. Rendición de Cuentas en Salud 2007. México: Secretaría de Salud, 2008.
52. Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. 2ª edición. México: Secretaría de Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública y Fondo de Cultura económica, 2006.
53. World Health Organization World. Alliance for patient safety. Forward Programme 2008-2009. Geneva, Switzerland: World Health Organization. World, June 2008.
54. World Health Organization World. Cervical Cancer, human papillomavirus (HPV), and HPV vaccines: Key points for policy-makers and health professionals. Geneva, Switzerland: World Health Organization, June 2007.
55. World Health Organization World. World Malaria Report, 2008. Geneva, Switzerland: World Health Organization, June 2008.

Acrónimos y abreviaturas

ARV: Antirretrovirales	Hg: Mercurio
AVISA: Años de vida saludable perdidos	IDH: Índice de Desarrollo Humano
CACU: Cáncer cérvico-uterino	IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social
CAPASITS: Centros Ambulatorios de Prevención y Atención al SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual	IMSS-Oportunidades: Instituto Mexicano del Seguro Social régimen Oportunidades
CAUSES: Catálogo Universal de Servicios de Salud	INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía
CCINSHAE: Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	INS: Institutos Nacionales de Salud
CeNSIA: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia	INSP: Instituto Nacional de Salud Pública
CENSIDA: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA	IRAS: Infecciones respiratorias agudas
CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud	ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
COFEPRIS: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	ITS: Infecciones de Transmisión Sexual
CONAPO: Consejo Nacional de Población	LDL: Siglas en inglés para lipoproteínas de alta densidad
CSG: Consejo de Salubridad General	LGS: Ley General de Salud
DGACS: Dirección General Adjunta de Calidad en Salud	MEF: Mujer en edad fértil
DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud	Mg: Miligramo
DGED: Dirección General de Evaluación del Desempeño	Mm: milímetro
DGIS: Dirección General de Información en Salud	NOM: Norma Oficial Mexicana
DGPOP: Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto	NVE: Nacidos vivos estimados
DI: Decilitro	OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
DM: Diabetes mellitus	ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
DOF: Diario Oficial de la Federación	OMS: Organización Mundial de la Salud
DOT: Tratamiento breve bajo observación directa	ONU: Organización de las Naciones Unidas
EDAS: Enfermedades diarreicas agudas	PEMEX: Petróleos Mexicanos
ENIGH: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares	PIB: Producto Interno Bruto
EVN: Esperanza de vida al nacimiento	PND: Plan Nacional de Desarrollo
FPGC: Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos	PNUD: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
FUNSALUD: Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	PROSESA: Programa Sectorial de Salud
HDL: Siglas en inglés para lipoproteínas de baja densidad	PROVAC: Programa de Vacunación Universal
HFR: Hospitales Federales de Referencia	RMM: Razón de mortalidad materna
	SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional
	SEED: Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones
	SEMAR: Secretaria de Marina - Armada de México
	SESA: Servicios Estatales de Salud

SHCP: Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIC: Subsecretaría de Innovación y Calidad
SICALIDAD: Sistema Integral de Calidad en Salud
SICAM: Sistema de Información de Cáncer de la Mujer
SICUENTAS: Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal
SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SMNG: Seguro Médico para una Nueva Generación
SNS: Sistema Nacional de Salud
SPPS: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
SPS: Seguro Popular de Salud
SPSS: Sistema de Protección Social en Salud
SS: Secretaría de Salud
TB: Tuberculosis

TB-MR: Tuberculosis multirresistente
TBP: Tuberculosis pulmonar
TDU: Tratamiento en dosis única
TGF: Tasa global de fecundidad
TMG: Tasa de mortalidad general
UAE: Unidad de Análisis Económico
UNEME: Unidad de Especialidades Médicas
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana
VPH: Virus del Papiloma Humano

Agradecimientos

El grupo de trabajo que elaboró Rendición de Cuentas en Salud 2008, manifiesta su agradecimiento a los representantes de las siguientes unidades de la SS, que aportaron datos, opiniones, sugerencias y propuestas de contenidos que hicieron posible este informe:

- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
- Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades
- Centro Nacional para la Prevención y Control de VIH/SIDA
- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud
- Consejo Nacional contra las Adicciones
- Coordinación de Asesores de la Subsecretaría de Administración y Finanzas
- Coordinación de Asesores de la Subsecretaría de Innovación y Calidad
- Coordinación de Asesores de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
- Dirección General de Calidad y Educación en Salud
- Dirección General de Comunicación Social
- Dirección General de Información en Salud
- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
- Dirección General de Programación Organización y Presupuesto
- Unidad de Análisis Económico

Del mismo modo, agradecemos de manera particular a las siguientes personas, quienes brindaron desinteresadamente tiempo y esfuerzo para la realización de este informe:

- Arreola Ornelas Héctor
- Bermejo Romero Beatriz
- Cáliz Morales Alma Patricia
- Castro Borbonio María Victoria
- Castro Onofre Magdalena
- Dávila Veites Adrián
- Gutiérrez Delgado Cristina
- Juárez Garrido Fermín
- Ortiz Rodríguez Maryori Angélica
- Sesma Vázquez Sergio
- Tamayo Rodríguez Ramiro
- Vargas Arenal Leopoldo Valentín

Finalmente, a todos los trabajadores de la Dirección General de Evaluación del Desempeño, ya que Rendición de Cuentas en Salud 2008, es resultado del trabajo conjunto de esta Dirección General.

Rendición de Cuentas en Salud 2008

se terminó de imprimir en octubre de 2009.

La edición consta de 1 500 ejemplares
y estuvo al cuidado de la Dirección General
de Evaluación del Desempeño
de la Secretaría de Salud.

