

Rendición de Cuentas en Salud 2009



GOBIERNO
FEDERAL

MÉXICO
2010

SALUD



Vivir Mejor

**Rendición de Cuentas
en Salud 2009**

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez

Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud

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

Mtro. Salomón Chertorivski 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. Romeo Sergio Rodríguez Suárez

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

Instituto Mexicano del Seguro Social

Daniel Karam Toumeh

Director General

Dr. Santiago Echevarría Zuno

Director de Prestaciones Médicas

Lic. Israel Raymundo Gallardo Sevilla

Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales

Lic. Cristina González Medina

Directora de Incorporación y Recaudación

Lic. Fernando Gutiérrez Domínguez

Director Jurídico

Dr. Eduardo González Pier

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

Juan Lozano Tovar

Titular de la Unidad de Vinculación

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Lic. Jesús Villalobos López

Director General

Lic. Luis Felipe Castro Sánchez

Encargado de la Secretaría General

Dr. Carlos Tena Tamayo

Director Médico

Lic. Pedro Vásquez-Colmenares Guzmán

Director de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales

Dr. Antonio Guzmán Nacud

Encargado de la Dirección de Finanzas

Lic. Edna Barba y Lara

Directora Jurídica

Sr. Manuel Muñoz Gánem

Director de Administración

Profra. María Sanjuana Cerda Franco

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 Juan Diego 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

Dr. Ares Nahim Mejía Alcántara

Director General Jurídico y de Enlace Institucional

Mtro. Pedro Ramírez Manjarrés

Director General de Profesionalización de la Asistencia Social

Lic. Kathia Rocío Silva Arrollo

Directora General de Enlace Interinstitucional

Mtro. José Ricárdez Pérez

Director General de Programación, Organización y Presupuesto

Ing. Ramón Valverde Martínez

Director General de Recursos Materiales y Servicios Generales

Lic. Erick Parra Correa

Director General de Recursos Humanos

Lic. María Guadalupe Fernández Vega-Albafull

Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social

Lic. Gabriela García Treviño Baigsts

Directora General de Protección a la Infancia

Mtra. Ernestina Polo Oteyza

Directora General de Alimentación y Desarrollo Comunitario

Petróleos Mexicanos

Dr. Juan José Suárez Coppel

Director General

Ing. Carlos Rafael Murrieta Cummings

Director Corporativo de Operaciones

Lic. Esteban Levín Balcells

Director Corporativo de Administración

Lic. Carlos Alberto Treviño Medina

Director Corporativo de Finanzas

Ing. Mauricio Abraham Galán Ramírez

Director Corporativo de Ingeniería y

Desarrollo de Proyectos

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynéz 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 Carlos Enrique Bernal Carrasco

Presidente Interino de la Junta de Almirantes

Vicealmirante Oscar Elifonso Martínez Pretelin

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

Carlos Demetrio Gaytán Ochoa

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

Luis Arturo Oliver Cen

Jefe del Estado Mayor de la Defensa Nacional

General de División Diplomado de Estado Mayor

Roberto Miranda Sánchez

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
2009

Rendición de Cuentas en Salud 2009

Primera edición, 2010

D.R. © Secretaría de Salud
Lieja 7, Col. Juárez
06696 México, D.F.

ISBN 978-607-460-137-4

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico.

Rendición de Cuentas en Salud 2009 estuvo a cargo de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez, con la colaboración de la Dirección General de Evaluación del Desempeño.

En la elaboración del informe participaron Francisco Garrido Latorre, José Antonio Tapia Cruz, Alfonso Velázquez Solórzano, Ana Rosa Ramírez Herrera, Martha Cordero Oropeza, Arturo Revuelta Herrera y Ronaldo Vega Rosas de la DGED en la 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 Samuel Rivero, Liliana Rojas y Rubén Cortés.

Rendición de Cuentas en Salud 2009 puede recuperarse parcial o totalmente de la siguiente dirección en Internet www.dged.salud.gob.mx

Índice

Mensaje del C. Secretario de Salud	11
Mensaje de la C. Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud	13
Introducción	15
I. Cumplimiento 2009 de las Metas Estratégicas del PROSESA 2007-2012	18
Objetivo 1. Mejorar las condiciones de salud de la población	21
Meta 1.1 Esperanza de vida al nacimiento	22
Meta 1.2 Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en población menor a 65 años de edad	23
Cuadro A.I Reducir el consumo de sal en la dieta diaria	25
Meta 1.3 Tasa de mortalidad por diabetes mellitus	29
Cuadro A.II Prevención de enfermedades cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular	30
Cuadro A.III Nuevas formas de control farmacológico para la diabetes mellitus	36
Meta 1.4 Prevalencia de consumo, por primera vez, de drogas ilegales en población de 12 a 17 años de edad, según sexo	38
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	39
Meta 1.6 Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres mayores de 25 años de edad	43
Meta 1.7 Número de muertes causadas por accidentes de tránsito de vehículos de motor en población de 15 a 29 años de edad	47
Objetivo 2. Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas	52
Meta 2.1 Razón de mortalidad materna en los 125 municipios con menor IDH	53
Meta 2.2 Tasa de mortalidad infantil en los 125 municipios con menor IDH	57
Objetivo 3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad	62
Meta 3.1 Porcentaje de unidades de salud acreditadas que prestan servicios al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)	62
Meta 3.2 Porcentaje de unidades de salud que han implementado medidas para prevenir eventos adversos	65
Meta 3.3 Tasa anual de infecciones nosocomiales	67
Objetivo 4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud	69
Meta 4.1 Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud	69
Meta 4.2 Porcentaje de hogares que incurren en gastos catastróficos por motivos de salud	70
Objetivo 5. Garantizar que la salud contribuya al combate de la pobreza y al desarrollo social del país	72
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	72
II. Seguimiento de Metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio	76
Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre	78
Prevalencia de bajo peso en menores de cinco años	78

Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años	81
Mortalidad de menores de cinco años	81
Cuadro B. I Atención de quejas en la CONAMED vinculadas con pacientes menores de cinco años de edad	86
Mortalidad infantil	88
Proporción de niños y niñas de un año de edad vacunados contra el sarampión	92
Objetivo 5. Mejorar la salud materna	94
Razón de mortalidad materna	94
Proporción de partos atendidos por personal de salud calificado	98
Promedio de consultas prenatales por embarazada atendida en las instituciones del SNS	101
Cuadro B.II Atención de quejas en la CONAMED vinculadas con usuarias de 15 a 49 años de edad	104
Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	107
Seguimiento de las metas para VIH/SIDA	107
Prevalencia de VIH en población adulta (15 a 49 años)	108
Proporción de hombres que tienen sexo con hombres que usó preservativo en la última relación sexual	108
Mortalidad por VIH/SIDA	109
Seguimiento de las metas para paludismo y tuberculosis	112
Incidencia de paludismo	113
Tratamientos otorgados a casos confirmados de paludismo para la prevención, control y eliminación de la transmisión del Plasmodium vivax	114
Incidencia de tuberculosis todas las formas	115
Mortalidad por tuberculosis todas las formas	118
III. Presupuesto Basado en Resultados: Implantación en la Secretaría de Salud	121
Contexto	122
Un nuevo enfoque	123
Presupuesto Basado en Resultados	124
Sistema de Evaluación del Desempeño	125
Implantación del PbR en la Secretaría de Salud	126
Proceso de integración programática presupuestal 2008-2010	127
Seguimiento y evaluación de indicadores en el SED	129
Programa anual de evaluación de los programas federales de la APF, 2007-2010	130
IV. Indicadores Básicos de Salud Poblacional y de Operación del Sistema de Salud	132
Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa	133
Información presupuestal de la Secretaría de Salud	157
Anexos	163
A) Notas metodológicas	165
B) Cuadros estadísticos	169
Bibliografía	181
Acrónimos y abreviaturas	184
Agradecimientos	186

Mensaje del C. Secretario de Salud

Al final de 2006 y en los primeros meses de 2007, nos dimos a la tarea de definir, de manera consensuada con los principales actores del Sector Salud y con la participación organizada de la sociedad, las metas que habríamos de alcanzar al término de nuestra gestión de gobierno en 2012. Al arribar a la mitad del camino, es necesario medir y valorar lo que a la fecha se ha conseguido y preguntarnos: en qué vamos bien, en qué estamos retrasados y qué necesitamos hacer o reforzar en los últimos tres años para entregarle buenas cuentas a la sociedad al final de nuestro encargo. Rendición de Cuentas en Salud 2009 hace un resumen que permite cuantificar logros alcanzados e identificar aquellos compromisos en donde debemos acelerar el paso para cumplir con los objetivos del Programa Sectorial de Salud 2007-2012 y alcanzar las metas comprometidas.

Como todos saben, 2009 fue un año complejo para nuestro país, tanto en términos financieros como en materia de salud. En primer lugar, la crisis financiera mundial nos afectó severamente en el primer semestre del año y se caracterizó por una fuerte reducción de la demanda externa, la caída de los precios del petróleo y una marcada restricción de los mercados financieros internacionales, entre otros, lo que provocó una contracción del PIB de 6.2 por ciento, cifra similar a la observada en la crisis de 1995. En segundo lugar, la aparición en nuestro país del brote epidémico de influenza AH1N1, en marzo-abril de 2009, y que dio inicio a la primera pandemia de influenza del siglo XXI, situación que representó un reto enorme y que puso a prueba la capacidad de respuesta de nuestro sistema de salud, pero que permitió demostrar una profunda vocación salubrista y respeto de la ciudadanía a las acciones de salud, dejando claro que la acción coordinada entre Estado y sociedad son imprescindibles para vencer los obstáculos por difíciles que éstos sean. La respuesta oportuna de nuestro país a esta emergencia sanitaria y la transparencia con la que se condujo la estrategia de control hicieron que en la 62a Asamblea Mundial de la Salud la Directora General de la OMS, doctora Margaret Chan, calificara el esfuerzo realizado por nuestro país como “Un ejemplo brillante por su transparencia y cooperación con la comunidad internacional”.

Sin embargo, la tarea continuó y a pesar de los contratiempos financieros y sanitarios ya relatados, la agenda de los diferentes programas de salud no podía detenerse, por lo que seguimos trabajando conforme a lo programado y además de atender y resolver la emergencia asegurar el resto de los compromisos con la salud de la población.

Rendición de Cuentas en Salud 2009 describe y analiza los resultados obtenidos a la fecha en las 15 metas estratégicas de nuestro Programa Sectorial, así como el grado de avance de los compromisos asociados a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En las metas relacionadas con el objetivo de “Mejorar las condiciones de salud de la población”, llevamos un cumplimiento de 51.85 por ciento en la detección de cáncer de mama por mastografía, en mujeres de 50 a 60 años de edad; 44 por ciento de avance en la reducción del número de muertes causadas por accidentes de tránsito de vehículos de motor, en población de 15 a 29 años de edad;

31.75 por ciento de incremento en la esperanza de vida al nacimiento, respecto de la cifra registrada en 2006, y 22 por ciento de la meta relacionada con la reducción de la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino. En cuanto a las defunciones por diabetes mellitus, se ha empezado a observar una desaceleración en la velocidad de crecimiento de la tasa de mortalidad, la cual venía presentando un incremento anual promedio de 4.9 por ciento en el periodo 1995-2006, mientras que entre 2006 y 2009 la velocidad de crecimiento se ubicó en 3.9 por ciento, de mantenerse esta tendencia será posible alcanzar la meta fijada para 2012.

En el objetivo de “Prestar servicios de salud con calidad y seguridad” llevamos un cumplimiento aceptable en la acreditación de unidades de salud que prestan servicios al Sistema de Protección Social en Salud, con un logro de 52.7 por ciento, así como en la prevención de eventos adversos, con 41.2 por ciento. Por otra parte, hemos alcanzado una reducción en los gastos de bolsillo de poco más de dos puntos porcentuales, lo que representa un logro de casi 30 por ciento de la meta comprometida. A pesar del aceptable nivel de avance en muchas de nuestras metas estratégicas, seguimos registrando logros insuficientes en materia de mortalidad por enfermedades del corazón, en la población menor de 65 años de edad, así como en mortalidad materna e infantil en los municipios con menor índice de desarrollo humano. Las defunciones por enfermedades del corazón mantienen su tendencia a la alza, por lo que entre 2006 y 2009 se registró un incremento de 11.36 por ciento, cifra que nos aleja del cumplimiento de la meta que fijaba una reducción de la mortalidad por estas causas en 15 por ciento. En relación con la mortalidad materna en los municipios con menor índice de desarrollo humano, se ha logrado una reducción de casi 30 por ciento, todavía insuficiente para cumplir con el objetivo de bajar, entre 2006 y 2012, a la mitad la razón de mortalidad materna en dichos municipios. De igual forma, la reducción de la mortalidad infantil en estos municipios presenta un nivel de logro bajo, con 9 por ciento de cumplimiento a la fecha.

A seis años de distancia de la fecha límite para el cumplimiento de los ODM (2015), nuestro país presenta muy buenos resultados en cinco indicadores de salud: cobertura de vacunación contra el sarampión en niños y niñas de un año de edad; prevalencia de bajo peso en niños menores de cinco años; promedio de consultas prenatales en instituciones públicas de salud; tratamientos otorgados a casos confirmados de paludismo, y prevalencia de VIH/SIDA. De acuerdo con las últimas cifras registradas en estos indicadores, el compromiso se ha cumplido. Por otra parte, con muy altas probabilidades de alcanzar las metas se encuentran los indicadores relacionados con la mortalidad infantil; mortalidad en menores de cinco años; partos atendidos por personal calificado, y mortalidad por tuberculosis en todas sus formas. El mayor reto que tenemos de aquí al 2015 es la reducción de las muertes maternas, por lo que necesitamos acelerar el paso en la focalización de las acciones de prevención y detección temprana del riesgo obstétrico en los municipios con menor índice de desarrollo humano, y la referencia de los casos respectivos a las unidades de salud con mayor capacidad resolutoria, así como mejorar la calidad técnica de la atención del parto y la disponibilidad de los insumos necesarios en la red de hospitales del sector público.

Con la publicación de Rendición de Cuentas en Salud estamos cumpliendo el compromiso de someter al escrutinio público los resultados que el Sector Salud ha conseguido, con el uso de los recursos públicos. Los integrantes del sector tenemos la firme convicción de continuar trabajando con la misma dedicación y disciplina que desde el primer año de nuestro encargo hemos impulsado, ya que sólo con ejercicios claros, técnicamente soportados, podremos consolidar los logros hasta ahora conseguidos y cumplir con los compromisos aún pendientes.

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Mensaje de la C. Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Con base en una visión a largo plazo de nuestro sistema de salud, en los primeros meses de 2007 diseñamos y comprometimos, en nuestro Programa Sectorial, varias líneas de acción orientadas a dar pasos firmes hacia un sistema de salud integrado en procesos de atención entre las instituciones del sector público, los cuales deben asegurar el acceso a la atención médica oportuna y a sus insumos a toda la población del país, sin que medie otra condición que la necesidad de salud de las personas. Hacer posible esta visión que modifica la segmentación original de nuestras instituciones, que reorienta sus mecanismos financieros y de recaudación para hacerlos predominantemente públicos, y que garantiza explícitamente el derecho a la salud de todos los mexicanos, está en vías de convertirse en una realidad.

Junto con las instituciones del Sector Salud, en estos tres años hemos desplegado los procesos de planeación y los acuerdos básicos para avanzar en este empeño, contando siempre con la participación y coordinación política de la Presidencia de la República y el compromiso de todos los actores institucionales. Estamos conscientes que reformas de esta envergadura no se concretan en su totalidad en los plazos acotados de las administraciones; sin embargo, tratándose de una política de Estado nuestro deber es dejar establecidas las bases conceptuales de la reforma, avanzar en el diseño y puesta en marcha de los instrumentos financieros y técnicos que la harán posible, así como probar en la práctica la primera experiencia de integración funcional del Sector que nos permita transmitir los conocimientos que se deriven de su implantación.

Tal como estaba previsto en nuestro Programa Sectorial 2007-2012, una de las primeras fases de la integración funcional del sistema de salud es la articulación de un sistema nacional de atención médica de alta especialidad en el sector público, para lo cual ya contamos con los instrumentos técnicos consensuados entre las instituciones participantes: hemos desarrollado un catálogo inicial de intervenciones de alta especialidad que servirá para identificar los servicios que deberán prestarse a la población; un sistema de costos y tarifas de dichas intervenciones; un plan maestro de infraestructura en salud que identifica la capacidad instalada de las instituciones para prestar los servicios; un catálogo maestro de guías de práctica clínica que estandariza los procesos de atención; un sistema integral de calidad de la atención médica, y un sistema único de información basado en el expediente clínico electrónico que deberá estar disponible en los sitios de atención. Entre los beneficios para la población y para el sistema de salud derivados de la integración funcional de los servicios de alta especialidad destacan: la definición de tiempos máximos de espera para recibir las intervenciones, lo que confiere un derecho explícito para los pacientes y la seguridad de que serán atendido en su propia institución o

en otra si en el plazo definido no se satisface la demanda; se rompe con la segmentación del sistema de salud en tanto los pacientes, independientemente de su afiliación a un seguro público de salud, podrán ser atendidos en cualquier institución pública con capacidad para resolver la demanda; se aprovechan de manera más racional y eficiente los recursos del sector público, y se permite el flujo de recursos financieros entre las instituciones.

Esta primera fase de la integración funcional del sistema de salud dará inicio en los primeros meses de 2011, por lo que en las próximas ediciones de Rendición de Cuentas en Salud estaremos haciendo un seguimiento de los compromisos establecidos, publicando sus avances y compartiendo las experiencias reunidas hasta ese momento.

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez

Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Introducción

El año 2009 tiene connotaciones especiales para la valoración del desempeño del Sistema Nacional de Salud (SNS) en México. Por un lado, porque se ha alcanzado la mitad del camino de la presente administración, etapa en la que varias de las estrategias y programas implantados durante los dos primeros años han comenzado a generar resultados y en la que existen suficientes elementos para realizar las adecuaciones y correcciones necesarias para dar cumplimiento a los objetivos y metas que se establecieron para 2012 en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA 2007-2012), así como para cumplir con los compromisos derivados de la firma de la Declaración del Milenio, usualmente conocidos como Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Por otra parte, 2009 también fue el año en el que México enfrentó el punto más álgido de la crisis financiera internacional. En este entorno, la actividad económica de nuestro país se vio afectada por una fuerte reducción de la demanda externa, un deterioro en los términos de intercambio y una marcada restricción en los mercados financieros internacionales, dando como consecuencia una contracción de 6.5 por ciento anual del PIB, reducción similar a la observada durante la crisis de 1995 (6.2 por ciento). Asimismo, en este año México enfrentó un problema de ingresos externos, debido principalmente a la reducción de los ingresos petroleros y a las condiciones restrictivas en los mercados de capital a nivel global, lo que condujo a una situación de elevada incertidumbre respecto de las fuentes de financiamiento externas disponibles para la economía mexicana.

Sin embargo, el posible impacto que la crisis pudo tener en materia de salud, dada su vinculación con el bienestar y el desarrollo de la población, aún no ha sido valorado, como tampoco se conocen actualmente los cambios que la crisis pudo producir en la economía familiar y en el acceso a los servicios de salud. Estos son temas que deberán ser abordados en los siguientes meses, a fin de adoptar, en caso necesario, las medidas que permitan seguir avanzando en el mejoramiento del bienestar de la población del país.

Finalmente, en abril de 2009 se registró en México el brote de influenza AH1N1 que dio inicio a una pandemia mundial, la cual acentuó la caída en los niveles de la actividad económica nacional durante el segundo trimestre del año y representó un reto de alta envergadura para la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud, tanto en materia de salud pública como en términos de capacidad instrumental y política.

Por este conjunto de condiciones, Rendición de Cuentas en Salud 2009 adquiere una relevancia especial para cumplir el compromiso de la Secretaría de Salud (SS) de exponer al escrutinio de la población la forma en que el Sector Salud ha afrontado las circunstancias adversas a fin de avanzar en el cumplimiento de las metas estratégicas del Programa Sectorial de Salud 2007-2012, y las correspondientes a los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Considerando que los cambios que se requieren para mejorar la salud de la población y para transformar y fortalecer a las instituciones de salud no son responsabilidad exclusiva del sistema de salud, el presente informe

tiene la finalidad de constituirse en una herramienta que promueva la participación consciente e informada de los mexicanos y la actuación decidida de los tres niveles de gobierno y de los sectores público, privado y social del país, en la conducción de las acciones en el campo de la salud.

Para cumplir con su propósito, esta edición de Rendición de Cuentas en Salud conserva, como parte sustantiva, la descripción de los avances en el cumplimiento de las metas estratégicas y las correspondientes a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Capítulos I y II). Debe mencionarse que algunas metas estratégicas no cuentan con resultados 2009, debido a que éstos derivan de estudios y encuestas cuya realización se tiene contemplada para años posteriores. En cuanto a los avances en el cumplimiento de los ODM en materia de salud, se utilizó la información que México reportará a la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el segundo semestre de 2010. Sin embargo, en los casos en los que dicha información corresponda a datos previos a 2009, la SS utilizó la información preliminar registrada en el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) o la proporcionada por las unidades administrativas responsables de cada una de estas metas.

Además, en este informe se ha incorporado una nueva sección (capítulo III) destinada a reseñar la evolución y los retos que deben superarse para implantar en la Secretaría de Salud el Presupuesto Basado en Resultados (PbR), el cual es un elemento del Sistema de Evaluación del Desempeño (SED) que el Gobierno Federal ha establecido dentro de la administración pública federal. Su objetivo es proporcionar información sobre las etapas que se han recorrido hasta 2009 para lograr que la gestión presupuestal en la SS se oriente a la financiación de los programas con mejores resultados para la población y la institución.

Por otra parte, la descripción de los indicadores básicos de salud poblacional y de operación del sistema de salud, que se ha realizado desde la primera edición de este informe, se presenta en el capítulo IV. Su objetivo es proporcionar información actualizada sobre la salud de la población en el país y en las entidades federativas, sobre la disponibilidad de recursos y la productividad de los servicios. Gracias al seguimiento continuo de estos indicadores, es posible generar una base histórica que brinda elementos para contextualizar y traducir las acciones del sector en resultados concretos. Asimismo, y al igual que en las ediciones previas de Rendición de Cuentas en Salud, en este capítulo se incluye la información presupuestal de la Secretaría de Salud, a fin de analizar la disponibilidad y ejercicio de los recursos financieros en la dependencia.

Como se ha señalado en Rendición de Cuentas en Salud, el cumplimiento de las metas y compromisos establecidos por el SNS es una responsabilidad que no depende sólo del Sector Salud, sino que involucra a los ciudadanos —como actores principales del cambio en los estilos de vida y en la reducción de la exposición a factores de riesgo para su salud—; a las dependencias de gobierno, y a los sectores social, privado y público, dado que es necesario: i) contar con políticas sociales y de desarrollo integrales; ii) alinear los esfuerzos a todos los niveles, y iii) fortalecer la vinculación entre las dependencias públicas y los diversos grupos de la sociedad organizada. Todo ello con el fin de instrumentar soluciones viables que mejoren la salud de la población y sienten las bases para un desarrollo integral en salud, en donde el sector industrial y productivo apoye las acciones de promoción de la salud y de reducción de riesgos que enfrentan los mexicanos.

Finalmente, en esta edición también se incorporó información que se considera relevante para el cumplimiento de los compromisos del Sector Salud, la cual se espera permita un mejor entendimiento de los elementos que influyen en la operación del SNS de salud en el país. Esta información se muestra en forma de cajas informativas, con lo que se busca hacer de Rendición de Cuentas en Salud un informe más útil para sus lectores potenciales.

I. Cumplimiento 2009 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
de la pobreza y al desarrollo social del país

I. Cumplimiento 2009 de las Metas Estratégicas del PROSESA 2007-2012

En 2009 se cumplieron tres años de la presente administración, tiempo en el que, por una parte, se ha concretado la implantación de diversas estrategias, programas y acciones cuyo propósito es dar cumplimiento a los objetivos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Programa Sectorial de Salud, ambos para el periodo 2007-2012, como por ejemplo, el Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD), el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), la Estrategia de Embarazo Saludable y la Alianza por un México Sano, entre otras; y por el otro, se observa que otras acciones implementadas durante los dos años previos comienzan a dar resultados, como la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, el Programa Caravanas de la Salud y el Programa de Entornos y Comunidades Saludables. Además, en 2009 se pusieron en operación otras estrategias y programas, como la atención de emergencias obstétricas a nivel interinstitucional, el programa “5 pasos por tu salud para vivir mejor” y la Estrategia Integral de Prevención de Cáncer en los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano (IDH), por mencionar algunas.

Es por ello que 2009 brinda la oportunidad de aprovechar y replicar las experiencias exitosas en la implantación del Programa Sectorial de Salud, pero sobre todo para rectificar, readecuar y corregir las acciones y actividades que no muestran el avance o los resultados esperados. La evaluación de medio camino que se presenta en este documento tiene ese propósito, al brindar evidencias que apoyen los procesos de implantación de políticas, toma de decisiones y gerencia de los servicios de salud, a fin de concretar, en tiempo y forma, los compromisos asumidos durante esta administración.

Sin embargo, para valorar en su justa medida los logros y los retos del Sector Salud en México, es necesario tomar en cuenta que 2009 fue un año en el que se enfrentaron diversas circunstancias adversas, como la pandemia de influenza AH1N1, que hizo su aparición a finales de marzo y principios de abril de 2009, y los efectos de la crisis financiera mundial, misma que se combinó en México con la disminución de los ingresos por la producción y exportación de petróleo. En consecuencia, la actividad de varios sectores —principalmente del sector industrial y el de servicios— y de varias regiones del país se vio afectada, limitando el crecimiento del país en general.

Estas circunstancias obligaron al gobierno federal a adoptar medidas en materia económica que permitieran: i) fomentar el crecimiento a largo plazo; ii) incrementar el gasto público, dando énfasis a la vigilancia de su ejercicio en términos de transparencia, eficiencia y oportunidad; iii) aumentar la inversión en infraestructura productiva, y iv) ampliar la disponibilidad de financiamiento, a través de la banca de desarrollo. Adicionalmente, para contender contra la pandemia de influenza AH1N1, y con el propósito de favorecer a los sectores y regiones más perjudicados por la contingencia sanitaria, se adoptaron diversas medidas fiscales de carácter general y se otorgaron diversos apoyos específicos.

Cabe señalar que la crisis financiera no afectó de manera sustantiva al Sector Salud, ello debido a la política de incrementar el gasto público en desarrollo social y a que los ajustes presupuestarios requeridos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) a la SS, sólo afectaron a las actividades que no impactaban la consecución de los objetivos del sistema o la atención de la salud de la población.

Respecto de las acciones de salud pública y atención médica instrumentadas para enfrentar la pandemia de influenza, en el Sector Salud, junto con el sector público y privado y con el apoyo de la población, se logró coordinar una acción conjunta para contender contra la enfermedad, evitando que la capacidad de respuesta del SNS se viera superada durante el periodo más crítico de la pandemia (mayo-junio), lo que permitió que los daños provocados por la influenza no fueran mayores y que se desplegaran acciones de promoción, prevención y atención que coadyuvaron a controlar la expansión de la pandemia. Es importante señalar que la forma en que el Gobierno de México enfrentó esta crisis sanitaria fue reconocida por altas autoridades sanitarias a nivel mundial, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los ministerios de salud de diversos países.

A pesar de estos resultados, es indudable que dentro del Sector Salud los esfuerzos para enfrentar la pandemia de influenza provocaron que muchas de las actividades programadas para realizarse en 2009 sufrieran adecuaciones o que su cumplimiento se desacelerara, dada la prioridad de orientar todas las acciones y los recursos disponibles a controlar los efectos de la pandemia.

Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación se describen los logros obtenidos hasta 2009 en la implantación del Programa Sectorial de Salud 2007-2012, medido a través del cumplimiento de las metas estratégicas planteadas en él. Cabe señalar que las metas relacionadas con la prevalencia de consumo por primera vez de drogas ilegales, tasa de infecciones nosocomiales y el porcentaje de hogares que incurren en gastos catastróficos por motivos de salud no disponen de información 2009, dado que los datos requeridos para su construcción se obtienen de estudios ex profeso o de otras fuentes de información, como encuestas poblacionales, que están programadas para desarrollarse en 2010 y 2011.

La descripción del cumplimiento de metas se reporta a través del porcentaje de avance obtenido en 2009 respecto de lo que se espera alcanzar en 2012 y del porcentaje logrado respecto de la línea base de 2006 (en la sección de Anexos se incluye la metodología para la estimación de los logros). Esta descripción se apoya en cuadros estadísticos que muestran el cumplimiento a nivel nacional, así como de figuras y cuadros que desglosan los indicadores a nivel estatal o por institución, según sea el caso. Para la construcción de los indicadores por institución de salud pública en los que fue necesario, se emplearon estimaciones de población usuaria para cada una de ellas, generadas por la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED), con base en las cifras proporcionadas por la Dirección General de Información en Salud (DGIS). La descripción del procedimiento y los datos utilizados para este fin se incluyen en la sección de Anexos del presente informe. Del mismo modo, en esta edición de Rendición de Cuentas en Salud se incorporaron cajas informativas, cuyo propósito es proporcionar información relevante que apoye al lector para contextualizar los logros, los retos y las acciones que pueden ser emprendidas para mejorar la salud de la población y el desempeño del sistema de salud.

Asimismo, para valorar los resultados relacionados con la mejora de la salud de la población que se reportan en este informe, se debe tomar en cuenta el tipo de enfermedad de que se trate, ya que algunas de ellas, como las relacionadas a causas infecciosas o transmisibles, muestran una tendencia histórica descendente y las intervenciones desplegadas contribuyen a acelerar este comportamiento. Por el contrario, aquellas condiciones de salud vinculadas a enfermedades no transmisibles, como la diabetes mellitus (DM), las cardiopatías isquémicas y algunos tipos de cáncer, muestran una tendencia ascendente, derivado del

envejecimiento de la población, de los cambios epidemiológicos y del incremento en los factores de riesgo asociados a estilos de vida poco saludables; por lo que en estos casos, las estrategias y acciones desplegadas por el Sector Salud tienen como principal propósito el de detener y estabilizar su incremento, más que el de tratar de revertirlo. En este sentido, los esfuerzos para enfrentar el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas se sustentan, principalmente, en actividades de prevención y detección oportuna y en la disminución de los factores de riesgo asociados a este tipo de enfermedades, sobre todo entre los menores de edad y los adolescentes; actividades que requieren de un periodo de tiempo más extenso para evidenciar sus resultados.

Otro aspecto a considerar es que el cumplimiento de los objetivos y metas comprometidas en el PROSESA 2007-2012 requiere que la sociedad en su conjunto se involucre y participe activamente para modificar el contexto dentro del cual se desarrolla actualmente el proceso salud-enfermedad en México, reto que a todas luces excede al Sector Salud. Un ejemplo concreto es la participación del sector industrial y de servicios en la implantación de acciones para disminuir los riesgos a los que está expuesta la población por consumir productos que favorecen el sobrepeso y la obesidad, acciones como la reducción en la densidad energética y en el contenido de grasa y sodio de los productos alimenticios que se comercializan en el país; así como la inclusión de información adecuada y accesible a toda la población sobre el contenido nutrimental de dichos productos.

Del mismo modo, es necesario que las dependencias e instituciones de la administración pública en los tres niveles de gobierno —sobre todo las de salud—, desarrollen acciones coordinadas que respondan integralmente a las necesidades de la población, eviten la dispersión o duplicidad de esfuerzos y la utilización ineficiente de los recursos públicos invertidos y generen sinergias en los procesos de detección de necesidades, de planeación y de instrumentación de estrategias y programas. Finalmente, también es necesario fomentar y fortalecer la participación activa de la población para que adopte medidas sencillas que mejoren su salud y bienestar, y que, a su vez, beneficien al SNS y al desarrollo del país en general. Para lograrlo, es necesario que las instituciones prestadoras de servicios de salud inviertan recursos y fortalezcan su actuación para proporcionar a la población información correcta, equilibrada y suficiente y brinden una mejor educación y comunicación en salud.

A partir de los elementos descritos previamente, Rendición de Cuentas en Salud 2009 busca brindar a los lectores información y herramientas para valorar y contextualizar los resultados derivados de la implantación del Programa Sectorial de Salud 2007-2012 durante los últimos tres años, pero sobre todo para visualizar los esfuerzos que desarrolla el Sector Salud para mejorar la salud de la población y para fortalecer el desempeño de sus instituciones.

Objetivo 1. Mejorar las condiciones de salud de la población

Mejorar las condiciones de salud de la población es la razón de ser del sistema de salud, en México y en cualquier país del mundo; sin embargo, lograrlo constituye un reto formidable. El volumen de población a nivel nacional, su estructura por grupo de edad, su dinámica y su distribución geográfica; las condiciones de desarrollo del país y de sus regiones; así como el perfil epidemiológico y los factores genéticos y de riesgo a los que está expuesta la población, son elementos que imponen grandes desafíos al Sector Salud. Además, la creciente globalización establece condiciones que, por una parte, apoyan el desarrollo de los sistemas de salud mediante un mayor acceso al conocimiento aplicado y al avance tecnológico, pero que, por otra, incrementan los riesgos derivados del intercambio económico mundial, la transmisión de enfermedades infecciosas y los cambios climáticos.

En este sentido, el desempeño del sistema de salud, medido a través del cumplimiento de sus objetivos y metas, depende de diversos factores, los cuales pueden ser resumidos en los siguientes: a) necesidades de la población en materia de salud; b) servicios que se requieren para atender dichas necesidades; c) recursos necesarios para operar esos servicios, y d) arreglos interinstitucionales y sectoriales para conducir las acciones dentro del sistema de salud. En el PROSESA 2007-2012, a partir de la identificación de las prioridades del Sector Salud para contribuir al logro de los objetivos planteados en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y del análisis de los factores mencionados, se establecieron los siguientes objetivos:

1. Mejorar las condiciones de salud de la población;
2. Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas;
3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad;
4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y
5. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

Los dos primeros objetivos están vinculados directamente con el compromiso de mejorar la salud de la población, ya que para el Sector Salud es tan importante mejorar el nivel promedio de salud, como reducir las brechas en esta materia. Una mala salud, sobre todo entre quienes históricamente han sido excluidos de los beneficios del desarrollo económico y social, representa una falla del Estado para lograr el desarrollo humano sustentable y para concretar una política de justicia y equidad social. Es por ello que durante la presente administración se han realizado esfuerzos para revertir esta situación, con el propósito de ampliar las capacidades y las oportunidades de las personas para que desarrollen sus potencialidades y satisfagan sus necesidades fundamentales de salud, educación, alimentación, vivienda y protección a sus derechos humanos y a su patrimonio, sin que ello comprometa el desarrollo de las generaciones futuras de mexicanos.

Bajo estas consideraciones, en el PROSESA se plantearon siete metas estratégicas cuyo propósito

es orientar los esfuerzos para dar cumplimiento al objetivo de mejorar las condiciones de salud.

Meta 1.1 Esperanza de vida al nacimiento

En 2009, la esperanza de vida al nacimiento (EVN) en México fue de 75.3 años, cifra que para las mujeres fue de 77.7 años y para los hombres de 72.9 años, lo que significa que a nivel país una mujer nacida ese año podría esperar vivir 4.8 años más que un hombre si las condiciones de mortalidad se mantuvieran constantes a lo largo de sus vidas. De 1990 a 2009 la EVN aumentó 4.7 años, con un incremento mayor en los hombres (5.2 años) en relación con el de las mujeres (4.1 años).

México se ubica entre los países con mayor esperanza de vida al nacimiento en Latinoamérica, superando las cifras de países como Panamá, Argentina, Brasil y Colombia, entre otros. (Figura I.1)

La EVN en 2006 se ubicó en 74.8 años, lo que implica que a 2009 se ha registrado una ganancia de 0.48 años (0.64 por ciento en términos relativos); sin embargo, esta ganancia respecto de la

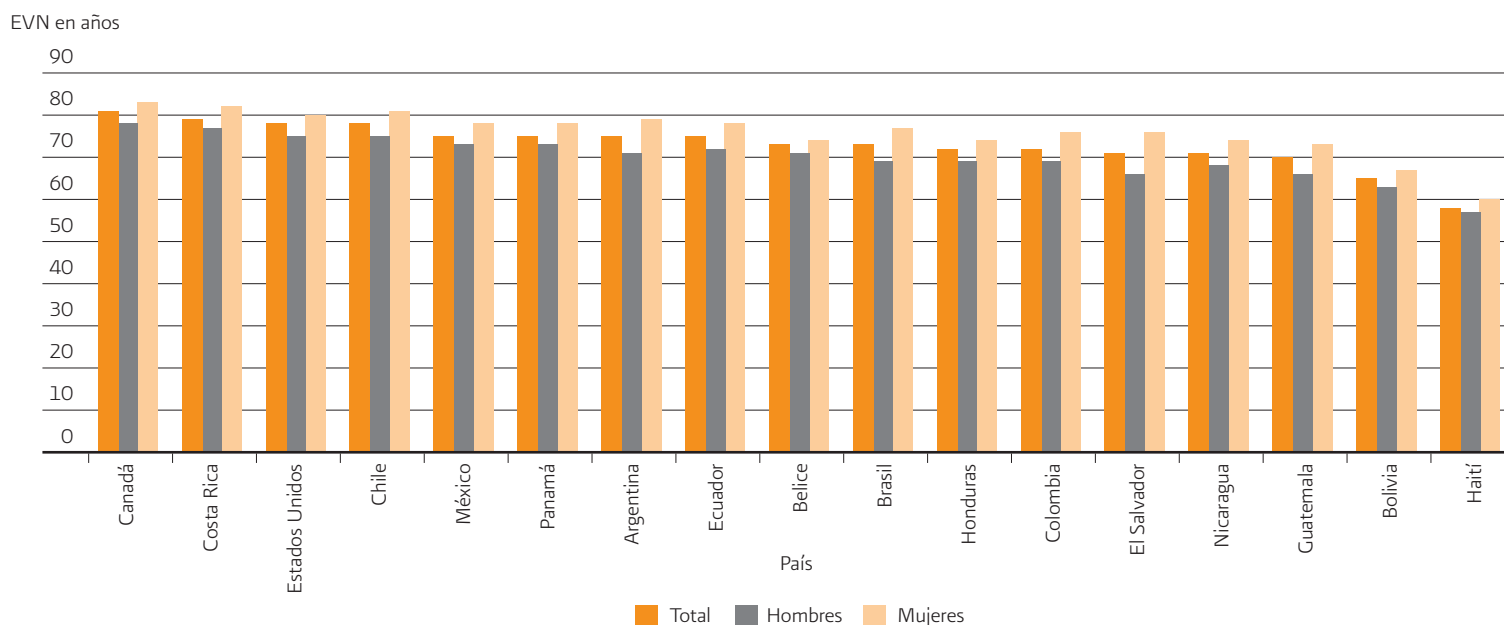
meta 2012 (aumentar 1.5 años la EVN de 2006) representa sólo el 32 por ciento de cumplimiento, lo que obliga a que en los próximos tres años se registre un incremento anual promedio de 0.34 años en la EVN, situación difícil de lograr si se considera que de 2006 a 2009 el incremento anual promedio ha sido de 0.16 años. (Cuadro I.1)

Por ello, para cumplir satisfactoriamente con la meta en 2012, es urgente que las instituciones de salud que conforman el sistema de salud mexicano realice una evaluación sobre los principales factores de riesgo que enfrenta su población, a fin de identificar y elegir las intervenciones más accesibles y costo-efectivas que permitan que esos riesgos no se transformen en muertes y en pérdidas de vida saludable y en consecuencia se incremente la EVN de la población.

Al respecto, en el informe "Global health risks", publicado en 2009 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se establece que factores de riesgo como la insuficiencia ponderal infantil, las prácticas sexuales de riesgo, el consumo de alcohol, el agua insalubre, la falta de saneamiento y la hipertensión arterial son responsables de la cuarta parte de las

Figura I.1

Comparación de la esperanza de vida al nacimiento en países del Continente Americano, 2009



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, 2009

Indicador	Línea base 2006 (A)	Valor 2009 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Esperanza de vida al nacimiento 2/	74.80	75.28	76.30	31.75	0.64

1/ Calculado como: (B-A)/(C-A)*100

2/ Medida en años. Fuente: DGIS-SS, con base en las proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO.

defunciones que se producen en todo el mundo y de la pérdida de la quinta parte de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), por lo que si se consiguiera reducir sólo la exposición a estos cinco factores de riesgo, la esperanza de vida mundial aumentaría casi 5 años.

Por otra parte, entre las entidades federativas del país, Quintana Roo reportó la mayor EVN en 2009 con 76.4 años, mientras que, en el extremo opuesto, Guerrero registró una EVN de 73.7 años, lo que significa una diferencia de 2.7 años entre estos dos estados; diferencia que es de magnitud similar en hombres y en mujeres. A nivel nacional,

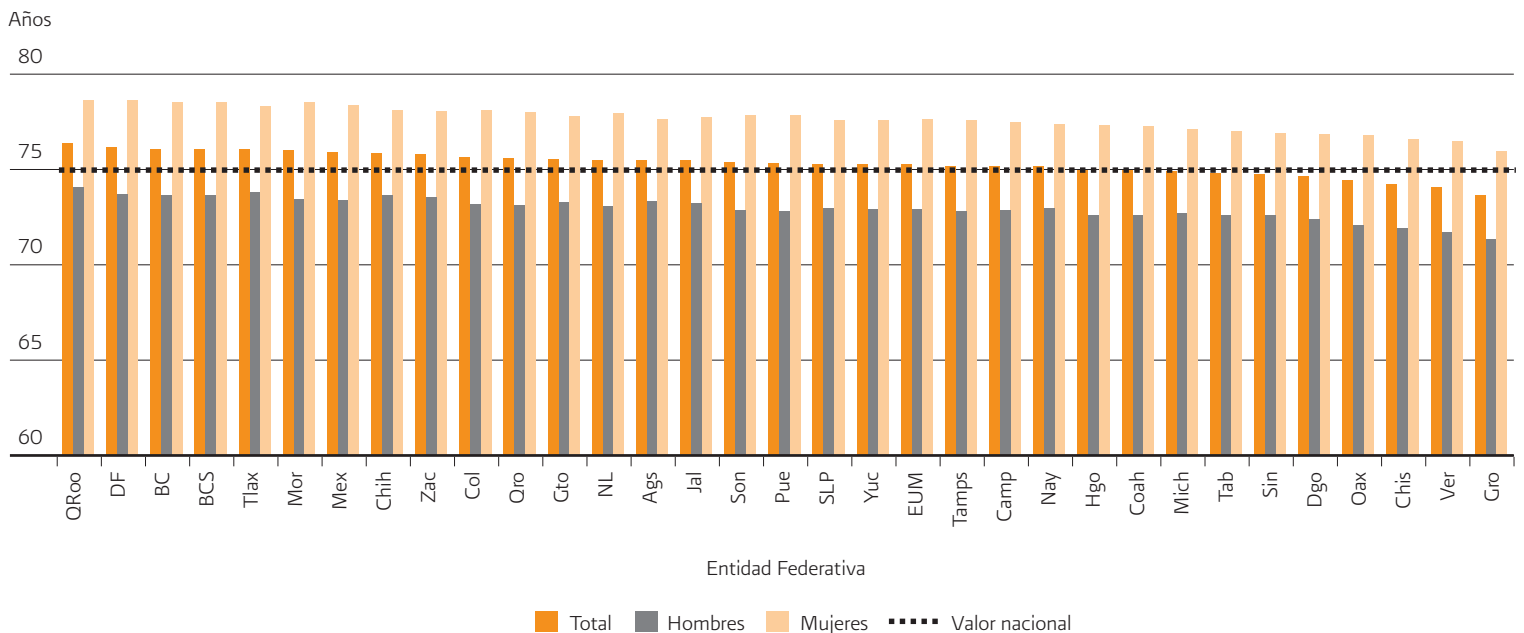
Morelos registró la mayor diferencia en la EVN entre hombres y mujeres con 5.1 años a favor de las mujeres; mientras que Aguascalientes, con una diferencia de 4.3 años, reporta la brecha de menor magnitud entre sexos. (Figura I.2)

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

Desde hace varios años se experimenta a nivel mundial una epidemia de enfermedades no transmisibles,

Figura I.2

Esperanza de vida al nacimiento por sexo y entidad federativa; México, 2009



Fuente: Proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

de la cual México no está exento. En 2004, de acuerdo con la OMS, se estimaba que en el mundo la tasa estandarizada de mortalidad por enfermedades no transmisibles ascendía a 612 defunciones por cada 100 mil habitantes, mientras que la tasa estandarizada para las enfermedades transmisibles era de 275 defunciones. En la región de las Américas, la tasa estandarizada de mortalidad por enfermedades no transmisibles se estimaba en 499 defunciones por 100 mil habitantes, cifra menor a las registradas en las otras regiones de la OMS, las cuales van de 557 defunciones en la región Pacífico Occidental a 841 en la región de África.

Dentro de los 35 países que conforman la región de las Américas, México ocupa la posición 26 con una tasa estandarizada de 501 defunciones por causas no transmisibles por 100 mil habitantes, cifra superior a las registradas por Canadá (374 muertes por 100 mil habitantes), Costa Rica (439), Estados Unidos de América (450), Chile (458) y Colombia

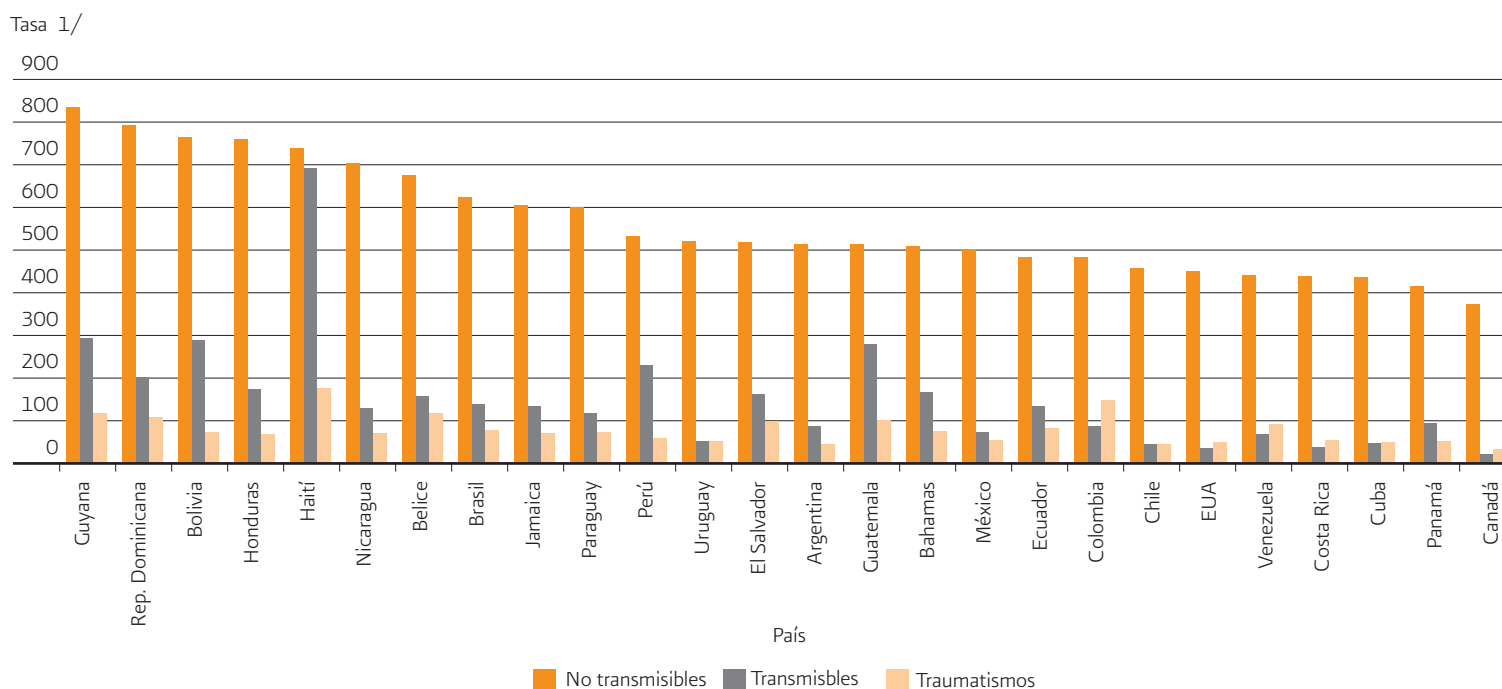
(438); pero menor a las tasas de Bolivia (765), Honduras (761), Brasil (625) y Argentina (515), entre otros. (Figura I.3)

Asimismo, la OMS reporta que a nivel mundial las enfermedades no transmisibles concentraron el 34 por ciento del total de años de vida perdidos durante 2004, mientras que las causas transmisibles concentraron el 51 por ciento, lo cual se debe a que este tipo de enfermedades suelen aparecer y afectar a la población a edades más tempranas de la vida, sobre todo en los países con menores niveles de desarrollo. En la región de las Américas, como para México, el comportamiento se revierte: el porcentaje que representan los años de vida perdidos por enfermedades crónico-degenerativas fue de 55 y 58 por ciento, respectivamente, mientras que, en ambos casos, las causas transmisibles concentraron el 25 por ciento del total de años perdidos por mortalidad prematura.

El incremento acelerado de los padecimientos crónico-degenerativos impone un reto mayúsculo al

Figura I.3

Tasa de mortalidad estandarizada por grandes grupos de causas; Región de las Américas, 2004



1/ Tasa por 100 mil habitantes estandarizada con base en la población mundial estándar de la OMS.
Fuente: Estadísticas sanitarias mundiales 2010; OMS

sistema mexicano de salud, sobre todo al considerar el envejecimiento demográfico de la población y el incremento de los riesgos a la salud a los que están expuestas las personas debido a entornos que fa-

vorecen conductas poco saludables. Uno de estos padecimientos son las enfermedades isquémicas del corazón, mismas que en 2009 causaron un total de 60,445 muertes que se traducen en una tasa de

Cuadro A.1

Reducir el consumo de sal en la dieta diaria

El consumo de dietas ricas en grasas y sal forma parte de las conductas y hábitos poco saludables de la población que incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes e hipertensión arterial, entre otras.

La “Estrategia mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud” de la OMS y la “Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas” de la OPS, son esfuerzos para tratar de detener la epidemia de las enfermedades no transmisibles a nivel mundial. Las investigaciones que sustentan estas estrategias y que están relacionadas con el consumo de sal en la dieta han aportado información sobre: i) la relación entre el consumo excesivo de sal y la salud; ii) la eficacia y costos de diversas intervenciones a nivel poblacional para disminuir el consumo de sal y para vigilar y evaluar su consumo; iii) la identificación de los principales factores que contribuyen al consumo de sal, y iv) las iniciativas, políticas y programas más efectivos y eficientes para lograr una reducción en el consumo de sal entre la población.¹

Las evidencias obtenidas muestran que existe una relación entre el consumo excesivo de sal y la ocurrencia de enfermedades crónico-degenerativas y sobre los efectos que tiene la reducción de su consumo respecto del número de casos de enfermedad y muerte debidas a estas enfermedades.^{2,3} Como consecuencia, la OMS recomendó un consumo medio de sal menor a 5 gramos al día por persona,¹ afirmando que las estrategias para disminuir su consumo a nivel poblacional son las más

rentables para reducir los riesgos y daños relacionados con las enfermedades crónico-degenerativas.

En México, de acuerdo con la Secretaría de Economía, el consumo humano directo de sal en 2006 alcanzó aproximadamente 8 gramos diarios per cápita a partir de la preparación de alimentos, cifra que sumada a la ingesta vía alimentos procesados —calculada indirectamente a partir del consumo de sal que realiza la industria alimentaria—, llegó a 10 gramos diarios por persona.⁴

En el país no se dispone de registros continuos sobre el consumo de sal en la dieta diaria; sin embargo, las cifras de 2006, junto con los conocimientos científicos disponibles y las recomendaciones internacionales, hacen evidente la necesidad de reducir la cantidad de sal que consume la población a fin de enfrentar el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas. Por ello, desde 2008, la SS coordina acciones que permitan establecer en 2010 un Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad,⁵ dentro del cual se contempla, como un objetivo prioritario, disminuir el consumo diario de sal mediante la reducción de la cantidad de sodio adicionada a los alimentos procesados y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio entre la población. El objetivo es consolidar una política pública nacional de combate al sobrepeso y la obesidad que induzca un cambio positivo en el comportamiento de los individuos y que garantice la transversalidad de acciones en los sectores del gobierno, la industria y la sociedad.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Reducción del consumo de sal en la población: informe de un foro y una reunión técnica de la OMS, 5-7 de octubre del 2006, París (Francia). Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2007.
2. Bibbins-Domingo K, Chertow GM, Coxson PG, Moran A, Lightwood JM, Pletcher MJ, Goldman L. Projected Effect of Dietary Salt Reductions on Future Cardiovascular Disease. *N Engl J Med*. 2010 Feb 18;362(7):590-9. Epub 2010 Jan 20.
3. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (dash) diet. *N Engl J Med* 344:3, January 4, 2001. Original Article.
4. Secretaría de Economía. Perfil de mercado de la sal. México: Secretaría de Economía, Coordinación General de Minería; Dirección General de Promoción Minera. Noviembre, 2006.
5. Secretaría de salud. Taller para la revisión del documento preliminar Bases para una política de estado para la prevención de la obesidad: estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. México: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, 11-12 de diciembre de 2008.

mortalidad observada de 56.2 defunciones por cien mil habitantes. Esta causa afectó más a los hombres que registraron 63.9 defunciones por 100 mil habitantes, mientras que en las mujeres la tasa fue 48.7 muertes. Por otra parte, la mayor cantidad de estas muertes se concentró en personas mayores de 65 años de edad, lo que muestra que el envejecimiento poblacional es un factor que incide notablemente en el comportamiento de esta causa de muerte.

Debido a la magnitud y tendencia de la mortalidad por estas enfermedades, en el PROSESA se planteó como meta estratégica para el 2012 disminuir en 15 por ciento la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón entre la población menor de 65 años. Ello implicaba que la mortalidad registrada en 2006 de 13.6 defunciones por 100 mil habitantes menores de 65 años se redujera a 11.5 muertes por cien mil menores de 65 años en 2012; es decir, durante este periodo se tendrían que evitar 2.03 defunciones por cada cien mil habitantes de ese grupo de edad, meta ambiciosa de alcanzar si se considera la tendencia ascendente de este indicador durante los últimos años y el aumento en la incidencia de estos padecimientos, como se evidencia por el hecho de que el número de egresos por enfermedad isquémica del corazón creció 6.2 por ciento entre 2006 y 2009, pasando de 10,651 egresos a 11,313 en dicho periodo.

En 2009, la tasa de mortalidad por estos padecimientos fue de 15.1 defunciones por cien mil

habitantes menores de 65 años, lo que implica que el porcentaje de reducción requerido para cumplir con la meta 2012 pasó de 15 a 24 por ciento, y con ello el número de muertes por evitar se incrementó un 75.7 por ciento, al pasar de 2.03 defunciones a 3.57 muertes por cada cien mil habitantes de este grupo de edad. (Cuadro 1.2)

En la población masculina menor de 65 años, la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en 2009 ascendió a 21.5 defunciones por cien mil habitantes, cifra que representó un incremento de 12.6 por ciento respecto de la tasa de 2006; por su parte, la tasa entre las mujeres fue de 8.9 muertes, denotando un incremento de 8.9 por ciento con relación a la tasa de 2006. En 2009, el riesgo de morir por enfermedades isquémicas entre los hombres menores de 65 años de edad fue 2.4 veces más alto que el que enfrentan las mujeres.

El análisis de la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón de 2009 por entidad federativa muestra que hay diferencias importantes. En Sonora, entidad con la tasa de mortalidad más alta del país, se registraron 26.3 defunciones por cien mil habitantes menores de 65 años, con lo que el riesgo de morir por esta causa en ese estado es 3.6 veces más alto que el registrado en Quintana Roo, que registró la mortalidad más baja del país con 7.3 muertes por esta causa. Tanto la tasa de mortalidad en hombres como entre las mujeres del estado de Sonora fueron las más elevadas del país, con 38.9 y

Cuadro 1.2

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 1. Mejorar las condiciones de salud de la población. Programa Sectorial de Salud 2007-2012; México, 2009

Indicador	Línea base 2006 (A)	Valor 2009 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en la población menor de 65 años de edad 2/	13.55	15.09	11.52	-75.72	11.36

1/ Calculado como: $(B-A)/(C-A)*100$. Una cifra negativa (-) representa el porcentaje en que se incrementó el valor para cumplir con la meta, ello debido a que la última cifra disponible (2009) fue mayor a la registrada como línea base

2/ Tasa observada por 100 mil habitantes menores de 65 años de edad

Fuente: Defunciones 2006, INEGI-SS; SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO.

13.3 defunciones por cien mil habitantes, respectivamente; superando 3.7 veces la tasa de mortalidad para los hombres y 3.4 veces la de las mujeres del estado de Quintana Roo. (Figura I.4)

El cumplimiento de esta meta estratégica, como el de todas las planteadas en el PROSESA 2007-2012, involucra al SNS en su conjunto, sobre todo a las instituciones públicas, por lo que ofrecer evidencias sobre la magnitud de los daños que enfrenta la población de acuerdo con la institución de la que recibe servicios es indispensable para conducir los procesos de planeación y toma de decisiones, constituyendo además una obligación en materia de rendición de cuentas y acceso a la información.

Al respecto, en 2009 la población menor de 65 años sin seguridad social —atendida por la Secretaría de Salud (SS) y el IMSS-Oportunidades— registró una tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón de 27.0 defunciones por 100 mil usuarios de estas instituciones, siendo este grupo el que reportó la mortalidad más alta del país por esta causa. En el extremo opuesto, la tasa de mortalidad más baja se registró entre la población afiliada al Seguro

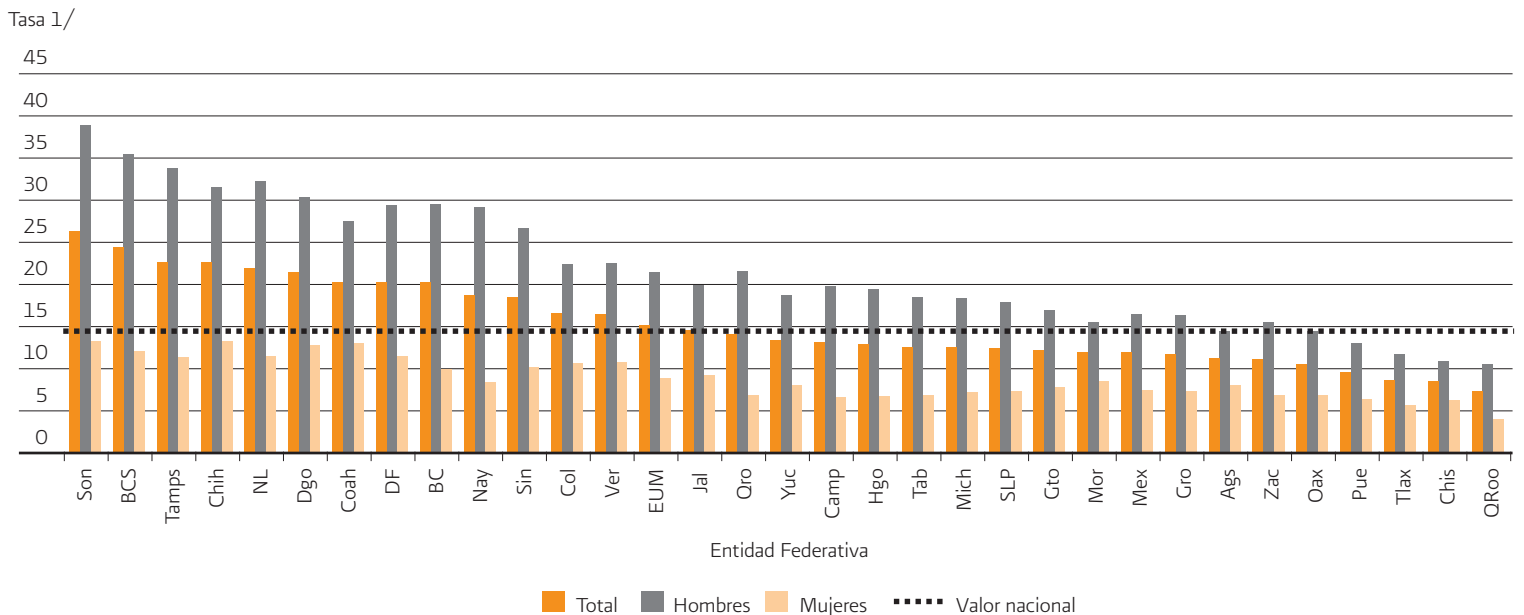
Popular de Salud (SPS) con 7.2 muertes. Con ello, el riesgo de morir por alguna enfermedad isquémica del corazón entre los menores de 65 años sin seguridad social es 3.8 veces más alto que el riesgo que tiene la población afiliada al SPS. (Figura I.5)

Como se ha mencionado en otras ediciones de este informe, el tipo de atención y de servicios requeridos para atender a las enfermedades crónico-degenerativas implica la utilización de recursos especializados y el incremento en los costos de atención; además, estos padecimientos exponen a la población a enfrentar gastos que los pueden llevar al empobrecimiento, tanto por los recursos que invierten durante su atención como por la discapacidad que pueden generar en el individuo. Por lo anterior, es esencial fortalecer las estrategias de prevención, educación y promoción de la salud, a fin de impactar a largo plazo en los factores de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles, como el sobrepeso y la obesidad, el tabaquismo, el sedentarismo, el estrés y la falta de actividad física, entre otros.

En este sentido, el sistema mexicano de salud debe aprovechar el apoyo de organismos multinacio-

Figura I.4

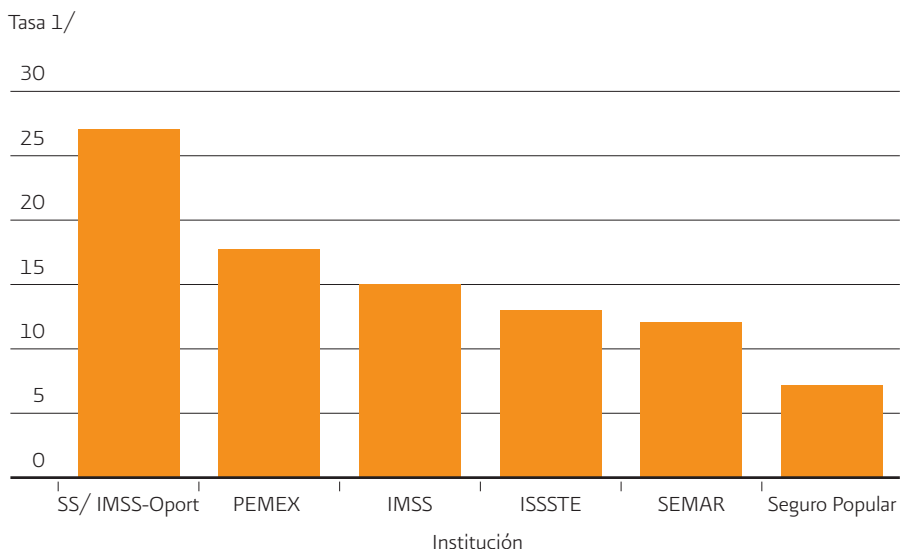
Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en población menor de 65 años por sexo y entidad federativa; México, 2009



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes con menos de 65 años de edad
Fuente: SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Figura I.5

Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en población menor de 65 años de edad por institución; México, 2009



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes menores de 65 años de edad

Fuente: SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y estimaciones de población usuaria por institución, DGIS-DGED, con base en proyecciones de población 2005-2030, del CONAPO

nales, como la OMS, la OPS, el Banco Mundial (BM) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), los cuales han asumido el reto de colaborar para mejorar la salud de la población y el desarrollo de los países a nivel mundial, enfrentando, entre otros rubros, los problemas y daños que provocan las enfermedades no transmisibles. Cabe señalar, por ejemplo, que en 2006 las enfermedades cardiovasculares —incluyendo los padecimientos cerebrovasculares— representaron la principal causa de muerte en la mayoría de los países que conforman la OCDE, causando el 36 por ciento del total de defunciones en dichos países. (Figura I.6)

De esta forma, el sistema de salud en México debe dirigir sus esfuerzos en varias direcciones a fin de: a) evaluar los principales riesgos a los que está expuesta la población para identificar e implantar las estrategias que mayores beneficios aporten a la población y al Sector Salud; b) redefinir las estrategias de promoción y prevención de enfermedades crónico-degenerativas, enfocándose principalmente en la población infantil y de adolescentes; c) esta-

blecer a nivel nacional un proceso de coordinación efectivo, integral, multisectorial y multinivel, que garantice la participación del sector industrial y de los sectores público, privado y social a fin de contener el incremento de las enfermedades no transmisibles y para brindar a la población los elementos que le permitan adoptar estilos de vida saludables; d) aprovechar los mecanismos de colaboración ofrecidos por organismos multinacionales, y e) fortalecer y adecuar la red de servicios para proporcionar servicios efectivos, integrales y continuos de atención a la persona, garantizando además la homogeneización de la atención otorgada a través de la implantación y uso de guías de práctica clínica (GPC).

Entre las actividades ejecutadas en el Sector Salud durante los últimos tres años, destacan por su importancia las acciones para establecer un Acuerdo Nacional para Combatir el Sobrepeso y la Obesidad, el cual se pretende instrumentar en 2010 para implantar una política de Estado que impulse cambios sustanciales que reviertan la actual epidemia de obesidad; la elaboración y difusión de las guías de práctica clínica vinculadas a la atención de enfermedades crónico-degenerativas, y la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, mediante la cual se logró incorporar en el Sistema Nacional de Salud las nuevas “Cartillas Nacionales de Salud” que permitirán el registro continuo de las acciones de detección de enfermedades como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemias, favoreciendo también la adherencia de la población a las estrategias de prevención y control de estas patologías.

Otra acción destacable es el impulso otorgado al Programa Entornos y Comunidades Saludables, el que, con base en políticas públicas que favorecen la salud, apoya la creación de entornos saludables y brinda elementos para que las comunidades influyan sobre los determinantes de la salud, involucrando a gobiernos estatales y municipales. Resalta también el programa “5 Pasos por tu Salud, para Vivir Mejor”, el cual en 2009 permitió implantar, en 21 ciudades del país, programas y acciones orientadas a revertir la tendencia epidemiológica y encaminar a la población a la adopción de un estilo de vida saludable.

Meta 1.3 Tasa de mortalidad por diabetes mellitus

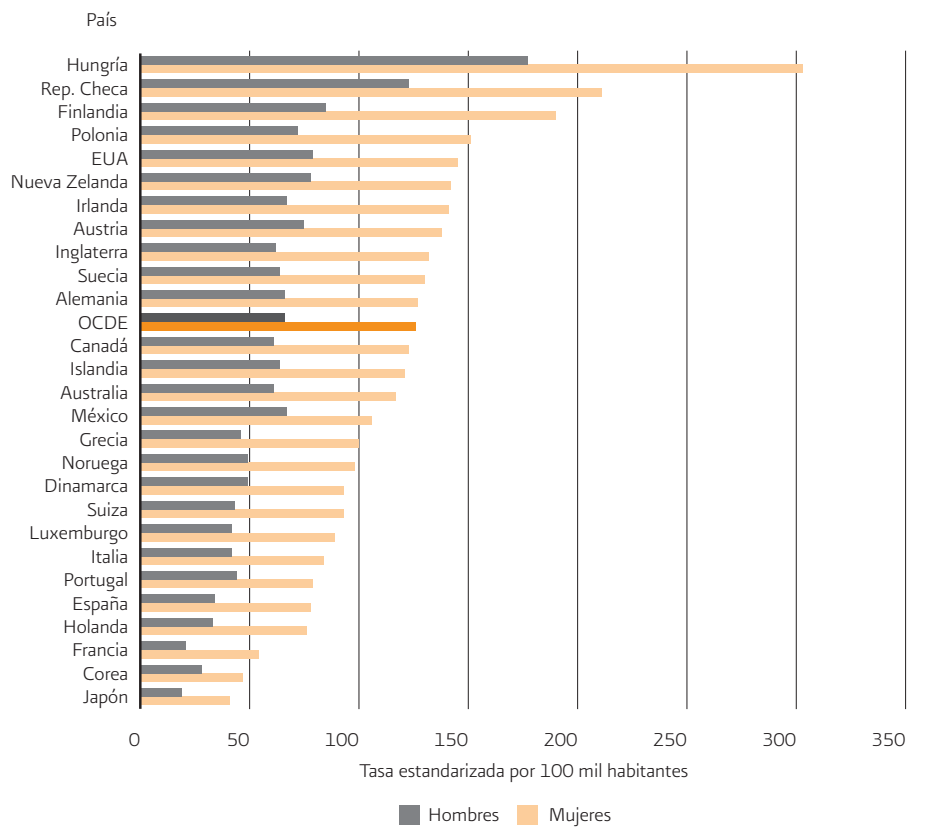
La transición epidemiológica que experimenta el país comenzó a manifestarse claramente a partir de los años setenta, cuando las causas transmisibles de morbilidad y mortalidad comenzaron a ceder su lugar a las enfermedades no trasmisibles como consecuencia de los cambios en la estructura demográfica, la reducción de la mortalidad general y, sobre todo, de la incidencia y letalidad de las enfermedades transmisibles durante la infancia; así como por el proceso de urbanización en México. La suma de estos factores dio como resultado que la estructura por edad de las defunciones se fuera trasladando hacia etapas más avanzadas de la vida y que empezaran a incrementar su peso las enfermedades crónico-degenerativas. (Figura I.7)

Esta transición ha provocado que el sistema mexicano de salud tenga que implementar intervenciones médicas y los avances tecnológicos disponibles para abatir las enfermedades infecciosas, los problemas reproductivos y los relacionados con la desnutrición, los cuales siguen afectando a un volumen importante de habitantes, sobre todo en las zonas rurales y menos desarrolladas, al mismo tiempo que busca adecuar su organización y estructura para contender con los daños que provocan los padecimientos crónico-degenerativos que, como se observa en la figura I.7, concentraron el 77.1 por ciento del total de defunciones ocurridas en el país durante 2009 y se prevé representarán el 79.4 por ciento en 2030. En este sentido, existe un doble reto para mejorar la salud de la población y para coadyuvar a lograr el desarrollo humano sustentable, como premisa del Estado.

Gracias a las acciones de prevención, control, tratamiento y rehabilitación que desde hace varias décadas ha impulsado el Sector Salud, hay avances significativos en la reducción de las enfermedades transmisibles. Sin embargo, para contender contra las enfermedades crónico-degenerativas, el SNS enfrenta dificultades mayores, como el incremento de los riesgos del entorno y los relacionados con estilos

Figura I.6

Tasa de mortalidad estandarizada por enfermedades isquémicas del corazón por sexo; países OCDE, 2006



Fuente: Health at a Glance 2009. OECD Indicators

de vida poco saludables, la limitación de recursos financieros y tecnológicos, y el desajuste entre la demanda actual y el diseño de unos servicios sanitarios que originalmente fueron organizados para enfrentar primordialmente problemas de salud relacionados con la pobreza y el subdesarrollo, entre otros.

Por estas razones es apremiante adecuar la estructura y el funcionamiento del sistema de salud a fin de contender con los padecimientos crónico-degenerativos, sin descuidar la atención de los padecimientos transmisibles. Entre los problemas emergentes que es necesario enfrentar destaca la diabetes mellitus (DM). Entre 1990 y 2000, el número de decesos por DM se incrementó 80.8 por ciento, pasando de 25,733 defunciones a 46,525 en dicho periodo; por su parte, de 2000 a 2009, el incremento fue de 67.9 por ciento, registrándose

Cuadro A.II

Prevención de enfermedades cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares representan un problema de salud pública a nivel mundial y en México se han colocado entre las principales causas de mortalidad. Dentro de este grupo de padecimientos destacan las afecciones coronarias y cerebrovasculares, las cuales pueden desarrollarse de manera silenciosa hasta alcanzar fases avanzadas en las que aumenta considerablemente el riesgo de muerte y discapacidad permanente si no se otorga una atención médica oportuna.

Debido a ello, la Organización Mundial de la Salud desarrolló en 2008 una guía de bolsillo que aporta recomendaciones basadas en evidencias para detectar oportunamente los factores de riesgo entre la población y con ello reducir la incidencia de primeros y sucesivos episodios clínicos de cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular y vasculopatía periférica, definiendo dos categorías de población:

- 1) Personas con factores de riesgo que aún no han presentado síntomas de enfermedad cardiovascular (prevención primaria).
- 2) Personas con cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular o vasculopatía periférica establecidas (prevención secundaria).

En la guía se incluyen tablas de riesgo para cada subregión epidemiológica de los países miembros de la OMS, desagregadas por sexo, edad, presencia o ausencia de diabetes, fumadores o no fumadores, presión arterial sistólica y colesterol total en sangre. Contiene, incluso, una versión para los casos en los que no es posible recopilar los valores sanguíneos de colesterol. La interpretación del riesgo se puede realizar de forma directa y visual mediante un sistema de semáforo (verde, amarillo y rojo).

En la misma guía se incluyen recomendaciones generales relacionadas con la dieta, consumo de medicamentos y hábitos de vida, según el nivel de riesgo diagnosticado para las dos categorías de población: sin enfermedad cardiovascular o con alguna afección.

En el ejemplo siguiente se muestra la tabla correspondiente a los países de la subregión B de la Región de las Américas de la OMS (AMR B: países con baja mortalidad en la niñez y baja mortalidad de adultos), la cual aplica para México. La guía completa se puede consultar en el siguiente sitio de la OMS:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243547282_spa.pdf

Esta guía de bolsillo puede ser utilizada tanto por los médicos como por otros profesionales de la salud a todos los niveles asistenciales, incluida la atención primaria.

Tabla de predicción del riesgo AMR B de la OMS/ISH, para los contextos en que se puede medir el colesterol sanguíneo. Riesgo de padecer un episodio cardiovascular, mortal o no, en un periodo de 10 años, según el sexo, la edad, la presión arterial sistólica, el colesterol total en sangre, el consumo de tabaco y la presencia o ausencia de diabetes mellitus.

Nivel de riesgo		<10%	10% a <20%	20% a <30%	30% a <40%	≥40%					
AMR B- Personas con diabetes mellitus											
Edad (años)	Hombres				Mujeres				PAS (mm Hg)		
	No fumadores		Fumadores		No fumadores		Fumadores				
70	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	180
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	160
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	140
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	120
60	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	180
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	160
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	140
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	120
50	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	180
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	160
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	140
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	120
40	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	180
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	160
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	140
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	120
Colesterol (mmol/l)											

Nivel de riesgo		<10%	10% a <20%	20% a <30%	30% a <40%	≥40%															
AMR B- Personas sin diabetes mellitus																					
Edad (años)	Hombres					Mujeres					PAS (mm Hg)										
	No fumadores		Fumadores			No fumadores		Fumadores													
70	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	180
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	160
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	140
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	120
60	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	180
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	160
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	140
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	120
50	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	180
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	160
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	140
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	120
40	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	180
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	160
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	140
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	120
Colesterol (mmol/l)																					

Esta tabla sólo debe usarse en los países de la Región B de la Región de las Américas de la OMS. AMR B: Tabla de predicción del riesgo para la Región de las Américas con baja mortalidad en la niñez y baja mortalidad de adultos.

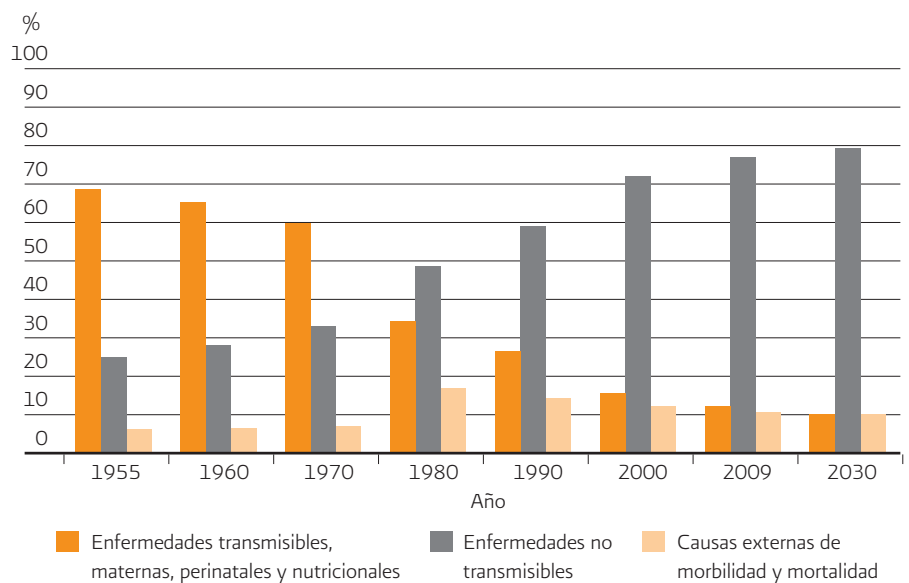
78,121 muertes por esta causa en el último año. (Figura I.8)

Además del importante incremento en el número de defunciones durante los últimos 19 años, resalta que en 2009 la edad promedio de muerte por esta causa es menor en hombres que en mujeres, lo que sugiere que éstas tienen un mejor pronóstico cuando desarrollan esta patología. En el mismo sentido, el incremento porcentual que registraron las defunciones entre 1990 y 2009 fue mayor en hombres (234%) que entre las mujeres (181%). (Figura I.8)

En 2009, las 78,121 defunciones por DM representaron 14.7 por ciento del total de muertes registradas en el país, lo que mantiene a esta enfermedad, como desde hace ya varios años, como la principal causa de muerte a nivel nacional.

Como una consecuencia inevitable, al inicio de la presente administración se consideró necesario establecer la meta de que para 2012 se redujera

Figura I.7
Distribución porcentual de las defunciones por grandes grupos de causas; México, 1955-2030



Fuente: Datos de 1955 a 1970 estimaciones de la DGED-SS; de 1980 a 2008 con base en defunciones, INEGI-SS; 2009 del SEED, preliminar y para el 2030 estimaciones de la DGIS-SS con base en las proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

20 por ciento la velocidad de crecimiento de la mortalidad por DM con respecto a la tendencia observada entre 1995-2006. Los cálculos realizados en 2008 establecieron que la velocidad de crecimiento durante ese periodo fue de 4.89 por ciento anual. Con base en esta cifra, se definió que la meta es mantener una velocidad de crecimiento no mayor a 3.92 por ciento anual para los siguientes años (2008 a 2012). De esta forma, y aplicando esta velocidad de crecimiento, se determinó que la tasa de mortalidad observada por diabetes mellitus en 2012 no debe ser mayor de 82.4 defunciones por cien mil habitantes. (Cuadro I.3 y Figura I.9)

Con base en estas metas se puede observar que la velocidad de crecimiento de la mortalidad por DM registrada entre 2008 y 2009 (que fue de 2.51 por ciento) mejoró con mucho a la meta de 3.92 por ciento anual, establecida para el periodo 2008-2012, significando una reducción de 48.8 por ciento

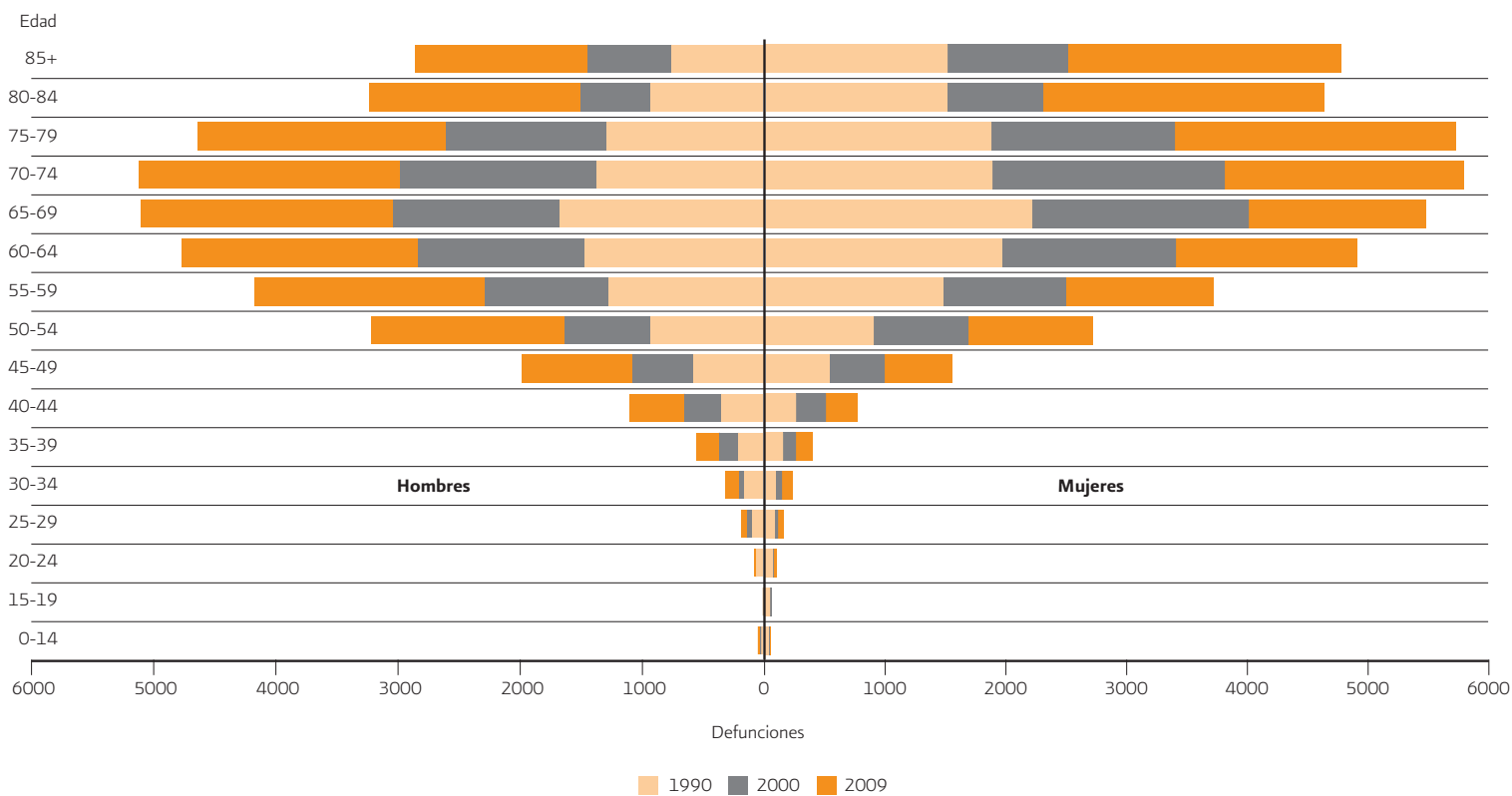
respecto de la velocidad de crecimiento registrada entre 1995-2006 (línea base). Asimismo, esta reducción permitió que en 2009 se registrara una tasa de mortalidad observada por DM de 72.6 defunciones por cien mil habitantes, cifra menor a la tasa que se estimó para ese año de 73.3 muertes. (Cuadro I.3 y Figura I.9)

Es importante señalar que esta meta permite valorar si las acciones para detener el incremento de la mortalidad por DM han sido efectivas, por lo que el resultado obtenido en 2009 permite prever que el cumplimiento de la meta es factible. De hecho, como se observa en la figura I.9, el comportamiento de la mortalidad en 2009 se ajusta a lo requerido para lograr que en 2012 la mortalidad por DM no sea mayor a las 82.4 defunciones. (Cuadro I.3 y Figura I.9)

Sin embargo, y a pesar de estos resultados, es necesario seguir impulsando acciones que no sólo

Figura I.8

Distribución del número de defunciones por diabetes mellitus por grupos de edad y sexo; México, 1990, 2000 y 2009



Fuente: INEGI-SS 1990 y 2000; SEED 2009 preliminar, DGIS-SS

Cuadro I.3

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 1. Mejorar las condiciones de salud de la población. Programa Sectorial de Salud 2007-2012; México, 2009

Indicador		Línea base 2006 (A)	Valor 2009 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Tasa observada de mortalidad por diabetes mellitus 2/	Velocidad de crecimiento 1995-2006 (promedio anual) 3/	4.89	2.51	Menos de 3.92	-35.97	-48.78
	Tasa observada por 100 mil habitantes /4	65.18	72.64	Menos de 82.43	-11.89	11.45

1/ Calculado como variación porcentual entre (B) y (C)

2/ Para el seguimiento de esta meta, la línea base incluye tanto la velocidad de crecimiento que registró la tasa de mortalidad observada por diabetes mellitus de 1995 a 2006, como la tasa de mortalidad observada por 100 mil habitantes de 2006

3/ La meta para este indicador es mantener una velocidad de crecimiento inferior a 3.92 por ciento anual

4/ La meta para este indicador es mantener en 2012 una tasa inferior a 82.43 defunciones por DM

Fuente: Defunciones 1995-2006, INEGI-SS; SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

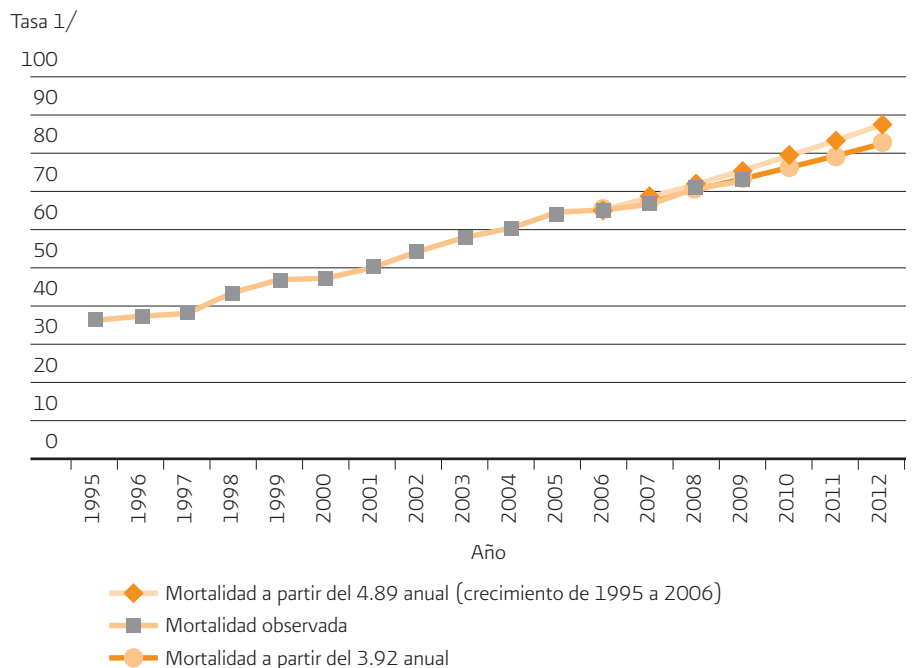
reduzcan la mortalidad por esta causa sino que también impacten sobre la incidencia de esta patología. En 2006, por ejemplo, se registraron 394,360 casos nuevos de DM tipo II que equivalen a una incidencia de 366.8 casos por 100 mil habitantes, mientras que en 2008 los casos nuevos fueron 396,374 y la incidencia se elevó a 371.6 casos. El análisis por institución de salud pública muestra que el IMSS es quien registró el mayor número de casos nuevos por año, seguido por la Secretaría de Salud, situación consistente con el número de población que atienden estas instituciones. (Figura I.10)

Por su parte, en 2009 la tasa de mortalidad por DM más alta entre las instituciones de salud públicas fue la registrada en los servicios médicos de PEMEX, con 99.9 muertes por cien mil usuarios, cifra 2.3 veces mayor que la registrada entre los afiliados al SPS. (Figura I.11)

Respecto del comportamiento de la mortalidad observada por DM en las entidades federativas, en 2009 el Distrito Federal registró la tasa más elevada del país con 104.7 muertes por cien mil habitantes, seguido por Tlaxcala con 93.4 defunciones. En el extremo opuesto, Quintana Roo registró la menor tasa con 35.6 muertes por 100 mil habitantes, lo que significa que, sin considerar otras variables, el riesgo de morir por DM en el Distrito Federal es 2.9

Figura I.9

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

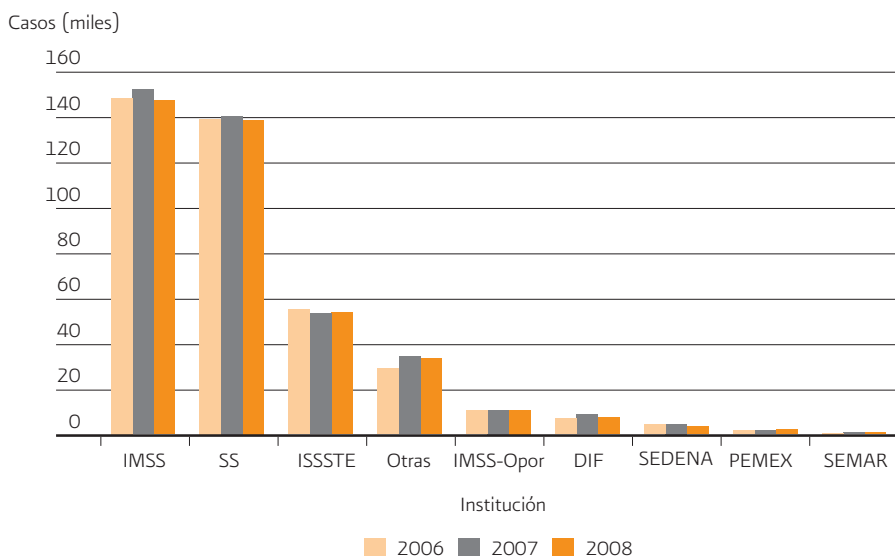


1/ Tasa observada por 100 mil habitantes

Fuente: Elaboración propia DGED, a partir de bases de la mortalidad INEGI-SS, 1995 a 2008; SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Figura I.10

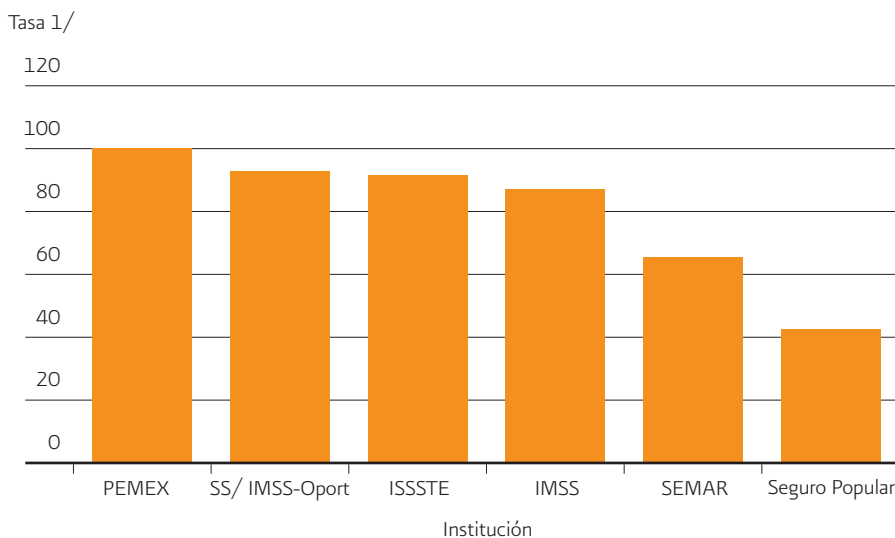
Casos nuevos de diabetes mellitus tipo II por institución; México 2006-2008



Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, 2006-2008; DGEPI/SPPS-SS

Figura I.11

Mortalidad por diabetes mellitus por institución; México, 2009



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes

Fuente: SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y estimaciones de población usuaria por institución; DGIS-DGED, con base en proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

veces más alto que el riesgo en Quintana Roo. Aún cuando la mortalidad por DM en términos generales es más alta entre las mujeres, en el Distrito Federal, Colima, Michoacán, Quintana Roo y Baja California Sur los hombres registraron tasas más elevadas, siendo el Distrito Federal la entidad federativa en la que se registró la mayor diferencia. (Figura I.12)

Entre 2007 y 2008 el número total de defunciones por DM aumentó en 5,121, mientras que entre 2008 y 2009 el aumento fue de sólo 2,549 muertes. Ello fue posible gracias a que en 2009 trece entidades federativas registraron un menor número de defunciones con relación a la cantidad registrada en 2008. Cabe señalar que entre 2007 y 2008 sólo dos entidades registraron este comportamiento. Destaca el caso de Coahuila que pasó de 2,275 muertes en 2008 a 1,870 en 2009 y el de Michoacán que redujo sus defunciones por DM en 265 casos entre estos dos años. (Figura I.13)

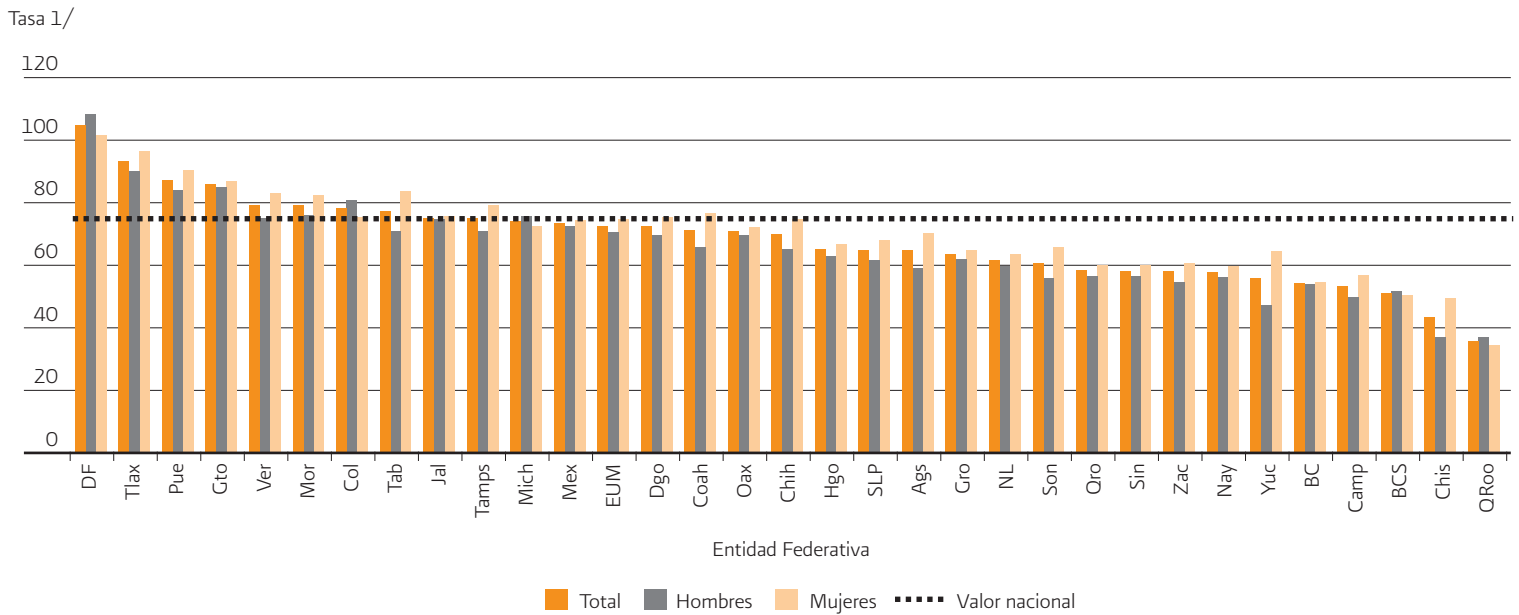
Un elemento importante para controlar el crecimiento de la mortalidad por diabetes, es evitar que la prevalencia de sobrepeso y obesidad siga aumentando en nuestro país. Se estima que 90% de los casos de diabetes mellitus tipo 2 son atribuibles al sobrepeso u obesidad, además de que estas condiciones aumentan el riesgo de sufrir hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedad coronaria, enfermedad vascular cerebral, osteoartritis y cánceres de mama, esófago, colon, endometrio o riñón, entre otros.

Durante los últimos 30 años, en México la prevalencia de obesidad y sobrepeso se ha triplicado. Actualmente poco más de 71 por ciento de la población adulta tiene un exceso de peso corporal: 39.5 por ciento tiene sobrepeso (índice de masa corporal [IMC] superior a 25 kg/m² pero menor a 30) y 31.7 por ciento padece obesidad (IMC \geq 30 kg/m²). Por otra parte, de acuerdo con datos de la OMS de 2006, México se ubica en el segundo lugar a nivel mundial de prevalencia de sobrepeso y obesidad (Figura I.14).

Dado el origen multifactorial del problema del sobrepeso y la obesidad, es urgente contar con la participación decidida del sector industrial y comercial y de la sociedad en general, a fin de establecer las condiciones y facilitar los medios que permitan

Figura I.12

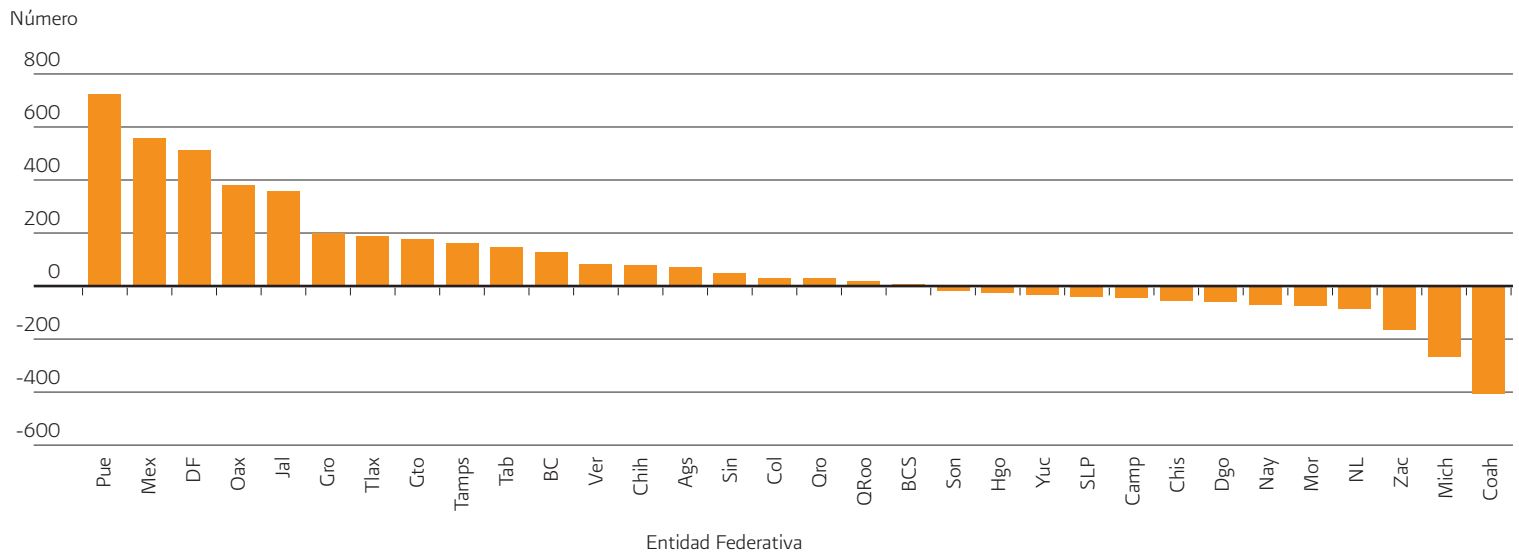
Mortalidad por diabetes mellitus por sexo y entidad federativa; México, 2009



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes
 Fuente: SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Figura I.13

Diferencia en el número de defunciones registradas por diabetes mellitus entre 2008 y 2009 por entidad federativa; México

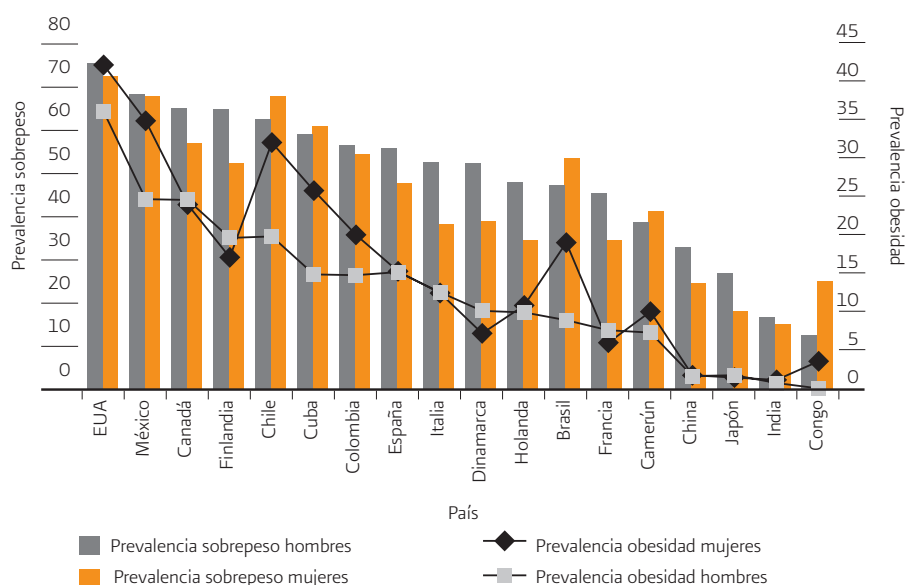


Fuente: INEGI-SS, 2008 y SEED 2009, preliminar, DGIS-SS

a la población adopte hábitos de vida saludables. En particular es necesario promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, regular el contenido calórico de los alimentos procesados y el

acceso a ellos, favorecer el consumo diario de frutas, verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta y fomentar la actividad física entre la población.

Figura I.14
Prevalencia de sobrepeso y obesidad por sexo en países seleccionados; 2006 1/



1/ Sobrepeso: IMC mayor a 25 kg/m²; Obesidad: IMC superior a 30 kg/m²
Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2006

Al respecto existen evidencias de que reducir el consumo de azúcares y de sodio en la dieta diaria aporta grandes beneficios a la salud de la población, siendo ésta una estrategia costo efectiva para enfrentar y reducir la carga de las enfermedades crónico-degenerativas. Es por ello que en el Sector Salud se han comenzado a establecer las bases para implantar una política en materia de salud pública que reduzca los factores de riesgo a los que está expuesta la población y que proporcione los elementos para que se adopten estilos de vida saludables.

Adoptar medidas en materia de salud pública es sólo una parte de los compromisos que tiene el Sector Salud para disminuir los daños que provoca la DM. También es necesario desplegar acciones en el ámbito clínico que mejoren el control metabólico de los enfermos y fortalezcan las acciones de prevención secundaria para mejorar la calidad de vida de las personas diabéticas. En este sentido, la elaboración y difusión de las Guías de Práctica Clínica durante

Cuadro A.III

Nuevas formas de control farmacológico para la diabetes mellitus

La diabetes mellitus (DM) es la principal causa de muerte en el país y su tasa de mortalidad mantiene desde hace varios años una tendencia ascendente. Para enfrentar esta enfermedad se requiere de intervenciones que involucren la prevención primaria, la detección temprana, el tratamiento oportuno y las medidas de control.

La Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, establece que el paciente diabético debe seguir un plan de tratamiento individualizado, elaborado por su médico, en el cual se establezcan las metas de tratamiento, el manejo no farmacológico, el manejo farmacológico, la educación del

paciente, el auto-monitoreo y la vigilancia de complicaciones. De acuerdo con esta NOM, las metas básicas del tratamiento incluyen el mantener niveles normales de glucosa, colesterol total, triglicéridos, presión arterial, control de peso, y la HbA1c, como se muestran en la siguiente tabla.

Metas básicas del tratamiento y criterios para evaluar el grado de control del paciente diabético

Metas del tratamiento	Bueno	Regular	Malo
Glucemia en ayunas (mg/dl)	<110	110-140	>140
Glucemia postprandial de 2 h. (mg/dl)	<140	<200	>240
Colesterol total (mg/dl)	<200.0	200-239	>240
Triglicéridos en ayuno (mg/dl)	<150	150-200	>200
Colesterol HDL (mg/dl)	>40	35-40	<35
P.A. (mm de Hg)	<120/80	121-129/81-84	>130/85**
IMC	<25	25-27	>27
HbA1c*	<6.5%mg/dl	6.5-8%mg/dl	>8%mg/dl

* En los casos en que sea posible efectuar esta prueba.

** Es necesario un control estricto de la P.A. para reducir el riesgo de daño renal. Si el paciente fuma, una meta adicional es fomentar que deje de hacerlo.

El manejo farmacológico debe iniciarse en caso de que no se hayan alcanzado las metas con manejo no farmacológico, o cuando, por las condiciones del paciente, el médico lo considere pertinente.

Debido a la importancia del manejo farmacológico en el control de la DM se ha impulsado la investigación farmacológica para encontrar nuevas opciones que permitan mantener el control metabólico para, de ese modo, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorando así la calidad de vida y reduciendo la probabilidad de morir como consecuencia de este trastorno.

En este contexto, en noviembre de 2009 se dieron a conocer los resultados de un amplio programa de desarrollo clínico que incluyó ocho estudios realizados a nivel internacional en los que participaron más de cuatro mil pacientes, de los cuales 553 fueron mexicanos. La investigación fue realizada por los laboratorios de dos empresas farmacéuticas reconocidas internacionalmente, a fin de evaluar la eficacia y seguridad de un nuevo medicamento cuyo ingrediente activo es la saxagliptina. De acuerdo con los resultados de esta investigación, este medicamento es "capaz de reducir los niveles de azúcar en sangre y regular las hormonas incretinas, estimulando la producción de insulina y reduciendo la producción de glucosa por el hígado". Se trata de una nueva clase de inhibidores de la dipeptidilpeptidasa (DPP-4) que actúa sobre la hemoglobina glucosilada, glucosa postprandial y glucosa en ayuno, permitiendo controlar positivamente estos indicadores.^{1,2,3} La presentación de este medicamento es en tabletas y su uso está indicado para los pacientes con diabetes tipo II. En 2009 se obtuvo la autorización de la COFEPRIS para su venta en México.⁴

Asimismo, como parte de la innovación en materia de medicamentos para tratar la DM, se está explorando la opción de combinar

dosis máximas de algunos de ellos, para lo cual se investiga sobre la eficacia y la reducción de efectos secundarios usando esta combinación. De acuerdo con una investigación publicada en la revista *The Lancet*, la combinación de pequeñas dosis de rosiglitazona con metformina puede prevenir la diabetes tipo II en pacientes diagnosticados con intolerancia a la glucosa y con glucemia en ayunas alterada, eliminando la mayoría de los efectos secundarios comunes de la rosiglitazona como la retención de líquidos, falla cardíaca y ataques al corazón, así como el malestar estomacal que constituye el principal efecto secundario de la metformina. La investigación sobre los efectos de esta combinación de dosis incluyó a 207 pacientes prediabéticos, los cuales recibieron el tratamiento evaluado o un placebo, encontrándose que no hubo diferencias en la frecuencia de efectos secundarios.⁵

Otra innovación es una nueva forma de insulina inhalada, el cual aún se encuentra en espera de su autorización por parte de la oficina de Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos; sin embargo, con este medicamento se espera brindar una alternativa que sustituya a las inyecciones de insulina, pues actúa más rápido que éstas, manteniendo mejores niveles de glucemia y con menos riesgo de provocar hipoglucemia. Este tratamiento se inhala como polvo seco, para que a través de los pulmones llegue al torrente sanguíneo, actuando casi de manera inmediata, alcanzando su máxima acción entre 12 y 15 minutos después de su inhalación; sin embargo, no es de acción prolongada, por lo que sólo reemplazaría la insulina que se aplica al momento de la comida.^{6,7}

Referencias bibliográficas:

1. Rosenstock J, Sankoh S, List JF. Glucose-lowering activity of the dipeptidyl pepti-

- dase-4 inhibitor saxagliptin in drug-naive patients with type 2 diabetes. *Diabetes Obes Metab.* 2008 May;10(5):376-86.
2. Rosenstock J, Aguilar-Salinas C, Klein E, Nepal S, List J, Chen R. Effect of saxagliptin monotherapy in treatment-naive patients with type 2 diabetes. *Curr Med Res Opin.* 2009 Oct;25(10):2401-11.
3. Jadzinsky M, Pflutzner A, Paz-Pacheco E, Xu Z, Allen E, Chen R, et al. Saxagliptin given in combination with metformin as initial therapy improves glycaemic control in patients with type 2 diabetes compared with either monotherapy: a randomized controlled trial. *Diabetes Obes Metab.* 2009 Jun;11(6):611-22.
4. Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos [sitio de Internet]. México: COFEPRIS; 2009 [actualizado 2010 jun 3; consultado 2010 jun 10]. COFEPRIS Relación de Registros de Medicamentos Alopáticos; [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: http://201.147.97.103/wb/cfp/autorizaciones_sanitarias.
5. Zinman B, Harris SB, Neuman J, Gerstein HC, Retnakaran R, Raboud J, Qi Y, Hanley A. Low-dose combination therapy with rosiglitazone and metformin to prevent type 2 diabetes mellitus (CANOE trial): a double-blind randomised controlled study. *Lancet* 2010;376:9735.
6. Peyrot M, Rubin RR. Effect of Technosphere inhaled insulin on quality of life and treatment satisfaction *Diabetes Technology & Therapeutics* 2010; 12:49-55.
7. Rosenstock J, Bergenstal R, DeFronzo RA, et. al. Efficacy and safety of Technosphere inhaled insulin compared with Technosphere powder placebo in insulin-naïve type 2 diabetes suboptimally controlled with oral agents. *Diabetes Care* 2008; 31: 2177-2182.

2009 fue un avance significativo, al tratarse de un esfuerzo interinstitucional para disponer de información basada en la evidencia científica disponible para enfrentar los principales problemas de salud del país, lo que fortalecerá la toma de decisiones clínicas y gerenciales y contribuirá a la mejora de la calidad y seguridad de la atención médica que se brinda en los establecimientos de salud en México.

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

La adicción a drogas, tanto legales como ilegales, es un problema de salud que está creciendo de manera alarmante en México. Un indicador de ello es la reducción en la edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas que se ha registrado en los últimos años.

Como consecuencia de esta tendencia, el número de enfermos se ha incrementado, provocando una demanda creciente de servicios especializados para su atención, mismos que actualmente son insuficientes, incidiendo negativamente en la prestación de una atención integral. Las consecuencias del consumo de drogas son bastante conocidas y diversas: a nivel individual, incrementan la mortalidad y ocasionan una pérdida importante de años de vida saludable; a nivel familiar, provocan la ruptura del entorno y generan problemas de orden psico-

lógico, económico y social que afectan a todos los miembros de la familia; a nivel de las instituciones de atención a la salud, generan una sobredemanda de atención y la utilización de un porcentaje importante del gasto destinado a salud; a nivel social, finalmente, afectan el desarrollo en general y propician el crecimiento de la inseguridad pública y la violencia.

Debido a todos estos problemas, el sistema mexicano de salud busca disminuir, mediante intervenciones de prevención y atención, el uso, abuso y dependencia de las sustancias psicoactivas, así como su impacto sobre la salud individual y comunitaria. Considerando que la instrumentación de acciones homogéneas y permanentes de prevención y promoción de la salud en las diversas instituciones del sector, así como el impulso a programas preventivos, deberían incidir en la exposición y consumo de drogas entre los jóvenes, en el PROSESA 2007-2012 se estableció 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. (Cuadro 1.4)

A pesar de su importancia, la valoración de esta meta no ha sido posible ya que ni el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) ni la encuesta nacional específica levantada en 2008 proveen los datos necesarios para su construcción. Esta carencia ha impedido determinar con precisión la magnitud del problema y limita, en parte, los procesos de planificación de los servicios y de acciones para reducir el consumo de drogas ilegales entre la población de 12 a 17 años de edad.

Cuadro 1.4

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 1. Mejorar las condiciones de salud de la población. Programa Sectorial de Salud 2007-2012; México, 2009

Indicador	Línea base 2006 (A)	Valor 2009 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado	Variación % entre (A) y (B)
Prevalencia de consumo, por primera vez, de drogas ilegales en población de 12 a 17 años de edad, según sexo 1/	2.46 en hombres	ND	2.21	NA	NA
	0.70 en mujeres	ND	0.63	NA	NA

ND: Dato no disponible; NA: No aplica
1/ Calculado como porcentaje

Sin embargo, la Secretaría de Salud ha venido desarrollando acciones para disminuir el consumo de drogas, entre las que destaca la construcción de centros de atención primaria en adicciones, denominados también “centros nueva vida”, los cuales pasaron de una meta inicial para 2009 de 310 a 329 unidades existentes, de las cuales 302 están en plena operación, principalmente en municipios que por sus características se clasifican como prioritarios. Para la operación de estas unidades se desarrolló el Modelo de Atención de los Centros Nueva Vida, el cual ha sido difundido a nivel nacional. Es importante señalar que la construcción de estas unidades es una respuesta a la insuficiencia de recursos especializados en materia de atención a las adicciones que se enfrenta, también, mediante la coordinación con otras dependencias e instituciones, públicas y de carácter social, que permiten ampliar la red de servicios existente.

En lo que respecta a las acciones de prevención, entre 2008 y 2009, más de 1.9 millones de adolescentes de 12 a 17 años de edad han participado en diversas actividades de orientación y consejería, mientras que en 2009 se establecieron 711 comités municipales contra las adicciones a fin de instrumentar acciones de promoción, prevención y vinculación con los establecimientos de atención médica. Asimismo, en materia de adecuación legislativa y normativa, se publicó en agosto de 2009 el “Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales”, con el fin de establecer la concurrencia de facultades entre el gobierno federal y las entidades federativas, en la prevención del consumo de narcóticos, la atención de las adicciones y la persecución de los delitos contra la salud.

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

En México, entre 1990 y 2009, la mortalidad por cáncer de mama entre las mujeres de 25 y más años se incrementó 30.8 por ciento, pasando en ese periodo de una tasa de 12.9 a una de 16.8 muertes por 100 mil mujeres de ese grupo de edad. Este incremento ocasionó que en 2006 la mortalidad por este cáncer superara a la del cáncer cérvico uterino (CACU), constituyéndose, desde ese año, en la neoplasia que más muertes causa entre las mujeres de 25 y más años del país.

Por esta tendencia, y por la evidencia científica disponible que establece que la detección oportuna empleando la mastografía es una forma efectiva para prevenir en las mujeres los daños que provoca este padecimiento, 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 respecto del porcentaje registrado en 2006 que fue de 7.2. Esto implica aumentar en 14.4 puntos porcentuales el valor de 2006, a fin de que en el 2012 se brinde cobertura, a través de esta detección, a 21.6 por ciento de las mujeres de ese grupo de edad del país. (Cuadro 1.5)

Respecto al grado de cumplimiento de esta meta, en 2009 se registró que un 11.2 por ciento de las mujeres de 50 a 69 años se realizó la detección por mastografía, lo que en términos de población significa que un total de 808,273 mujeres de este grupo de edad se realizaron la mastografía. Esta cobertura representa poco más de la mitad de la meta planteada para 2012; sin embargo, es necesario considerar que

Cuadro I.5

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 1. Mejorar las condiciones de salud de la población. Programa Sectorial de Salud 2007-2012; México, 2009

Indicador	Línea base 2006 (A)	Valor 2009 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Cobertura anual de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 50 a 69 años de edad 2/	7.2	11.2	21.6	51.85	55.56

1/ Calculado como: $(B)/(C)*100$

2/ Se refiere al porcentaje de mujeres de 50 a 69 años que acudieron a realizarse el estudio de detección por mastografía en el último año

Fuente: Sistema de Información en Cáncer de la Mujer (SICAM) y reportes institucionales, 2007-2009; SPPS

de 2006 a 2009 sólo se ha incrementado el porcentaje en 4 puntos porcentuales, al pasar de 7.2 a 11.2 por ciento, lo que representa un avance de 27.8 por ciento respecto del aumento requerido.

Existen diversos factores que inciden negativamente para lograr un mayor avance en el cumplimiento de esta meta: i) la insuficiencia de mastógrafos en las instituciones públicas de salud del país, cuyo número ascendió a 535 durante el 2009, lo que equivale a 18 equipos por millón de mujeres de 25 años y más, cantidad que no permite satisfacer la demanda del servicio; ii) un número insuficiente de radiólogos especializados en imagenología mamaria, aspecto que en varias entidades federativas del país constituye el principal problema para brindar el tamizaje y para ampliar la cobertura del mismo; iii) problemas relacionados con el subregistro de las acciones realizadas en los sistemas de información, y iv) la falta de promoción de la detección, sobre todo entre las mujeres que concluyeron su ciclo reproductivo.

Dentro de este contexto, el IMSS es la institución con la mayor cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en la población femenina de 50 a 69 años de edad, registrando además un incremento del 14.8 por ciento entre 2007 y 2009. Destacan también los incrementos registrados durante este periodo por la SEDENA (136%) y el ISSSTE (119.1%). En el extremo opuesto, la SEMAR es la institución que reporta la menor cobertura entre las

instituciones públicas de salud, registrando además una reducción del 71.4 por ciento en su cobertura, entre 2007 y 2009. (Figura I.15)

Los problemas señalados comprometen el cumplimiento de la meta en 2012, por lo que hay que realizar cambios importantes haciendo uso de los mecanismos que brinda la rectoría del Estado en materia de salud, ello con el fin de obtener el apoyo de los sectores político, económico, educativo y tecnológico, entre otros. Del mismo modo es necesario revisar y reorientar el uso que se da a los recursos disponibles dentro de las instituciones públicas de salud, que por ser insuficientes hacen necesario se incrementen su productividad. En el caso específico de los mastógrafos es posible optimizar su funcionamiento e incrementar dos o tres veces su productividad actual.

Otro aspecto que es necesario valorar, a la luz de las evidencias científicas, pero sobre todo a partir de la realidad imperante en el país respecto a la tendencia de la mortalidad por cáncer de mama y de los recursos disponibles para operar los programas para enfrentar esta patología, es el criterio de priorizar el uso de los mastógrafos entre la población de 50 a 69 años de edad. La utilidad de emplear la mastografía para la detección y atención del cáncer de mama, está plenamente demostrada; sin embargo, a nivel mundial existe un debate sobre la efectividad y los beneficios que produce su empleo en los diversos grupos de edad y de riesgo.

Al respecto, la OMS recomienda realizar la detección sistemática anual mediante examen clínico y mamografía en mujeres de 50 a 69 años, dado que diversos estudios han demostrado que mediante su uso se logran reducciones de entre 20 y 35 por ciento en la mortalidad en este grupo. Sin embargo, la OMS ha señalado que estos resultados se han dado en países desarrollados, donde el programa de detección se fundamenta en el uso de mastógrafos como técnica principal, por lo que es necesario adoptar acciones que permitan mejorar la eficiencia de los procesos de detección oportuna en los países pobres y en desarrollo.

En congruencia, en 2005 la OMS apoyó la revisión, adecuación y ampliación de las normas internacionales para la salud de mama y el control del cáncer de mama, emitidas en 2002 por la Iniciativa Mundial de Salud de la Mama (BHGI por sus siglas en inglés) durante la Cumbre Mundial de Consenso sobre Atención Internacional de la Salud de la Mama. Lo anterior permitió generar recomendaciones sobre los procesos de detección temprana y acceso a la asistencia; diagnóstico y anatomía patológica; tratamiento del cáncer y asignación de recursos, y sistemas de atención de salud y políticas públicas, mismas que están estratificadas según el nivel de recursos disponibles en los diversos países a nivel mundial.

Una de estas recomendaciones establece que la mayoría de los países con recursos limitados deben atender las necesidades fundamentales de las mujeres en riesgo y con cáncer de mama, antes de buscar coberturas elevadas de detección a través de equipos de alto costo, como los mastógrafos. Esto implica fortalecer los métodos de detección existentes, incluyendo los aspectos de educación y concientización para promover la autoexploración, y la calidad de los prestadores de servicios en materia de exploración clínica de las mamas, el uso de ultrasonido diagnóstico y, si los recursos lo permiten, el empleo de la mamografía diagnóstica.

En el caso de México, que dispone de unidades ambulatorias que prestan atención básica para la detección del cáncer, de centros estatales de cáncer

Figura I.15

Cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 50 a 69 años de edad por institución; México, 2007-2009



Fuente: Sistema de Información de Cáncer de la Mujer (SICAM) 2009 y reportes institucionales, 2007-2008; SPPS-SS

y de hospitales que ofrecen atención especializada tanto de nivel intermedio como de alta complejidad, el reto es planear adecuadamente la utilización eficiente de sus recursos. Por ejemplo, de acuerdo con otra de las recomendaciones de la BHGI, podría combinarse el uso de equipos de ultrasonido y los mastógrafos para ampliar la cobertura de diagnóstico oportuno; requiriéndose, además, mejorar los procesos de exploración clínica por parte de los prestadores de servicios.

Si se logra eficientizar el uso combinado de los recursos disponibles para la detección del cáncer de mama, el empleo anual de la mastografía en mujeres de 40 a 69 años de edad sería factible, ya que la disponibilidad de recursos y su utilización se mejorarían. Por otra parte, algunos estudios argumentan que la detección por mastografía en mujeres de 40 a 49 años no es altamente efectiva, ya que sólo reduce un 15 por ciento la mortalidad por cáncer de mama en dicho grupo; sin embargo, en México es a partir de los 40 años de edad cuando la mortalidad por cáncer de mama registra un incremento importante, lo que implicaría que reducir en 15 por ciento la mortalidad

en las mujeres de 40 a 49 años hubiera permitido que en 2009 la tasa por esta causa pasará de 14.9 defunciones por cada cien mil mujeres de esa edad, a una tasa de 12.6 muertes, es decir se hubieran podido evitar, solamente en este grupo de edad, 151 defunciones. Asimismo, habría que considerar el efecto combinado en la reducción de muertes según grupo de edad que potencialmente se puede obtener, de acuerdo con los diversos estudios a nivel internacional. (Figura I.16)

Las defunciones por cáncer de mama que se han registrado en México desde 1990 y hasta 2009 se concentran principalmente entre las mujeres de 45 a 64 años de edad (43.8% del total de muertes en 1990, 48.3% en el 2000 y 49.2% en 2009). Entre las mujeres de 25 a 44 años de edad el número de defunciones representaron el 23.7 por ciento del total de muertes en 1990, el 21.4 en 2000 y el 17.8 por ciento en 2009. Así, de 1990 a 2009, en promedio el 68 por ciento de las muertes por cáncer de mama se concentró en mujeres de 25 a 64 años de edad, lo que implica que utilizar la

mastografía sólo en el grupo de 50 a 69 años deja fuera a un volumen importante de mujeres que, como se observa, enfrentan lesiones avanzadas que las conducen a la muerte. Ello va en contra del propósito de la utilización de los mastógrafos, que es detectar el cáncer de mama en sus fases iniciales, a fin de brindar el tratamiento necesario que evite daños severos y la muerte. (Figura I.17)

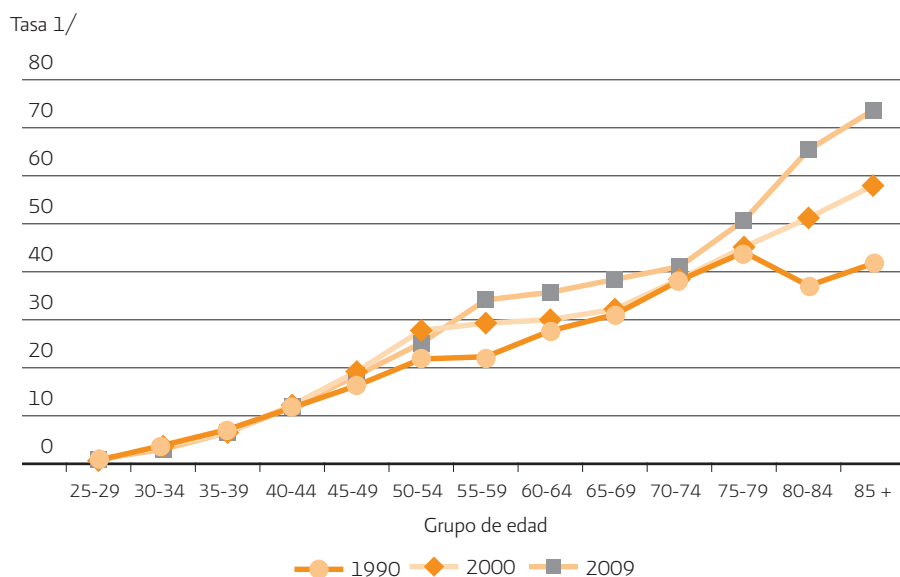
A partir de ello, es necesario cuestionarse sobre el beneficio que tiene realizar la mamografía entre las mujeres de 50 a 69 años de edad, ya que a esta edad para muchas mujeres los daños provocados por el tumor son irreversibles, llevándolas a la muerte, por lo que en estos casos la detección sólo sirve para identificar el grado de daño existente; además, se está desaprovechando la oportunidad de detectar entre las mujeres más jóvenes la enfermedad de manera oportuna y en fases que permitan su curación. Al respecto, cabe señalar, en el Programa de Acción Específico 2007-2012. Cáncer de Mama se establece que el porcentaje promedio de diagnósticos según estadio clínico de esta neoplasia es de 7.4 por ciento para el estadio 0 y I; de 34.4 para el estadio II y de 42.1 por ciento para el estadio III y IV. El resto (16.1 por ciento) se registra como no clasificable.

Por otra parte, la guía de práctica clínica "Prevención y diagnóstico oportuno del cáncer de mama en el primer nivel de atención", elaborada para el Sector Salud en México, establece que la mastografía es el método de elección para el tamizaje de cáncer de mama en la mujer a partir de los 40 años de edad, y como diagnóstico basal para las mujeres que inician terapia hormonal de reemplazo por climaterio u otra causa. Asimismo establece que la mastografía no está recomendada en mujeres menores a 35 años, a menos que sea utilizada junto a la resonancia magnética como método de vigilancia para mujeres clasificadas con muy alto riesgo para este tipo de cáncer o si tienen más de 10 años recibiendo terapia hormonal sustitutiva y no se ha realizado dicho estudio en los dos últimos años.

Dada la relevancia que ha adquirido el cáncer de mama en el panorama epidemiológico nacional, y el alto impacto que tiene su atención en la econo-

Figura I.16

Mortalidad observada por cáncer mamario en la población femenina de 25 años o más, por grupos de edad; México, 1990, 2000 y 2009



1/ Tasa por 100 mil mujeres del grupo de edad

Fuente: INEGI-SS, 1990 y 2000; SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

mía de las pacientes y sus familias, desde el 2007 el tratamiento del cáncer de mama, incluyendo los servicios diagnósticos y medicamentos, se incorporó al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud, con lo que la población sin seguridad social diagnosticada con cáncer de mama cuenta, a partir de esa fecha, con una garantía para recibir atención médica integral con fondos públicos.

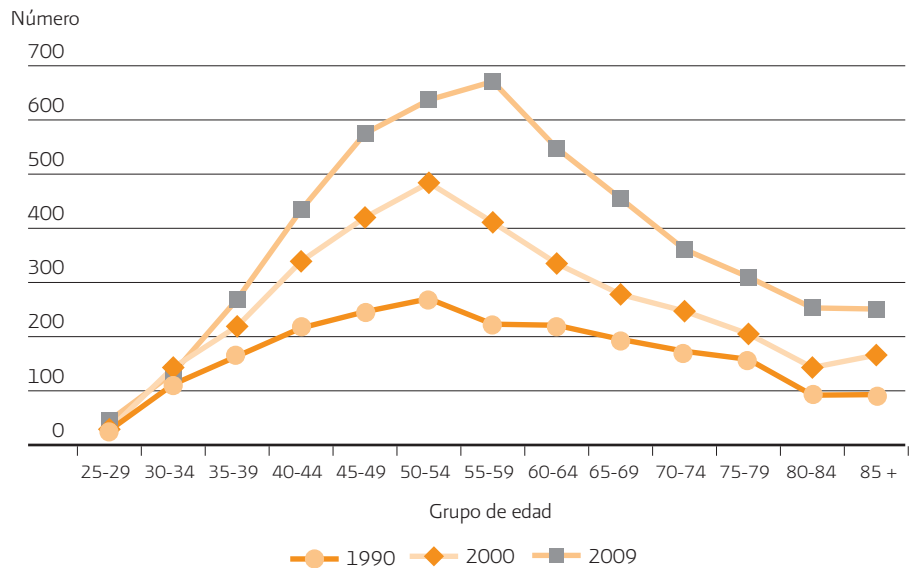
Meta 1.6 Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres mayores de 25 años de edad

A nivel mundial, de acuerdo con la Agencia Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés), el cáncer cérvico-uterino (CACU) representó el tercer tumor maligno más frecuente entre las mujeres, estimándose ocurrieron 529,409 casos nuevos en 2008, de los cuales 85.5 por ciento se registró en los países menos desarrollados, y 274,883 defunciones, de las que 35,880 ocurrieron en la región de las Américas.

En México, la mortalidad por CACU registra una tendencia descendente al pasar de 24.8 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años o más en 1990 a 14.1 muertes en 2009. Con la finalidad de mantener esta tendencia descendente, el Programa Sectorial de Salud estableció para el año 2012 la meta de disminuir 27 por ciento la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de

Figura I.17

Defunciones por cáncer mamario en la población femenina de 25 años o más, por grupos de edad; México, 1990, 2000 y 2009



Fuente: INEGI-SS, 1990 y 2000; SEED 2009, preliminar, DGIS-SS

25 años o más con respecto a la tasa registrada en 2006. De este modo, la tasa para 2012 no deberá superar las 11.0 defunciones por cien mil mujeres de ese grupo de edad.

De acuerdo con la información 2009, la mortalidad por CACU fue de 14.1 defunciones por cien mil mujeres de 25 o más años, lo que representa un 22.1 por ciento de cumplimiento de la meta 2012 y una disminución de 6.0 por ciento respecto de la mortalidad registrada en 2006. (Cuadro I.6)

Cuadro I.6

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 1. Mejorar las condiciones de salud de la población. Programa Sectorial de Salud 2007-2012; México, 2009

Indicador	Línea base 2006 (A)	Valor 2009 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años o más de edad 2/	15.01	14.12	11.0	22.10	-5.97

1/ Calculado como: (B-A)/(C-A)*100

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

Fuente: Defunciones 2006, INEGI-SS; SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Como se ha señalado en versiones previas de este informe, el CACU es una neoplasia maligna que afecta primordialmente a las mujeres que residen en las entidades federativas menos desarrolladas del país. En 2009, de las 4,151 muertes que causó esta enfermedad en mujeres de 25 o más años de edad, 32 por ciento ocurrió en los siete estados donde se ubican los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano (IDH).

Por entidad federativa, las tasas más altas de mortalidad por CACU en mujeres de 25 y más años de edad se registraron en Chiapas y Veracruz, con 21.8 muertes por cien mil mujeres de ese grupo de edad, respectivamente, seguidas por Morelos, con 20.8 defunciones. En el extremo opuesto, Baja California Sur con una tasa de 7.5, Zacatecas con 8.6 muertes y Querétaro con 9.2, fueron las entidades federativas menos afectadas por este tumor. Esto significa que en Chiapas es 2.9 veces más alto el riesgo de morir por esta causa que en Baja California Sur. (Figura I.18)

Para lograr que en 2012 la tasa de mortalidad por CACU no supere las 11.0 defunciones por cien mil mujeres de 25 años o más de edad, se requiere que durante ese año no se registren más de 3,440

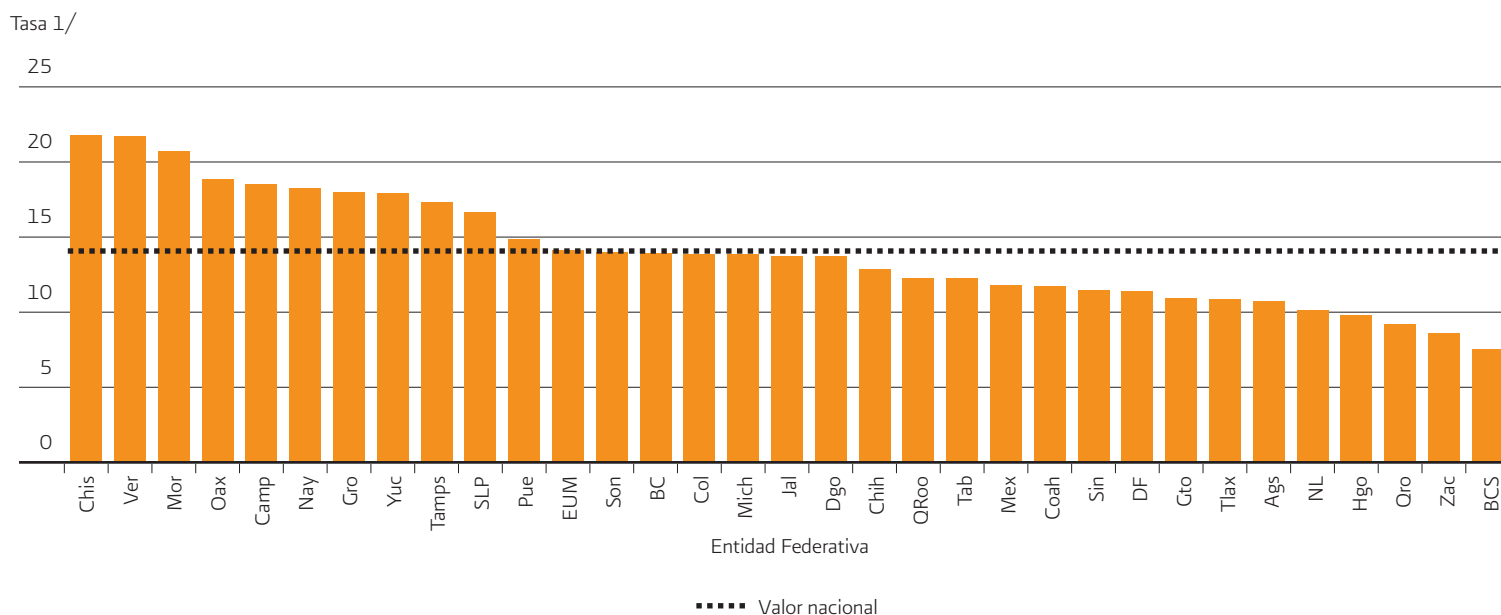
muerres por esta causa. Para lograrlo, anualmente debe haber una disminución gradual, estimándose que para 2009 la cantidad no debía superar las 3,787 defunciones a nivel nacional. A partir de ello, se observa que el número de muertes registradas en 2009 superó en 364 a la meta para ese mismo año, observándose, además, un ligero incremento de 0.9 por ciento respecto de la tasa de mortalidad registrada en 2008 (14.0 muertes).

A nivel estatal, 21 entidades federativas superaron la cantidad de defunciones requeridas para 2009, destacando el Estado de México que registró 54 muertes más de las 423 esperadas y Veracruz que registró 450 muertes, cuando la cifra requerida para este estado era de 406. Esta situación debe tomarse en cuenta, dado que estos estados son los que más han contribuido a la cifra nacional de mortalidad por CACU desde hace ya varios años.

Por el contrario, diez entidades federativas lograron que el número de defunciones por CACU registradas en 2009 fuera menor a la cantidad establecida como requerida, destacando la reducción en Chihuahua, donde se registraron 116 muertes, mientras que el número de muertes esperadas era

Figura I.18

Mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años o más por entidad federativa; México, 2009



1/ Tasa observada por 100 mil mujeres de 25 años o más
 Fuente: SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

de 126. En el mismo sentido, en Michoacán, Querétaro y Oaxaca hubo 8 defunciones menos que la cifra establecida como requerida en cada una de esas entidades. En Tabasco, por su parte, el número de muertes registradas por CACU fue igual al requerido. (Figura I.19)

El esfuerzo para mantener el número de muertes por CACU en el nivel necesario para dar cumplimiento a la meta en 2012 es una responsabilidad que debe ser asumida por las instituciones prestadoras de servicios del SNS. La mortalidad por esta causa en mujeres que no disponen de seguridad social y que reciben servicios de la SS y el IMSS-Oportunidades registró la tasa más elevada entre las instituciones de salud públicas en 2009, con 18.7 defunciones por cada cien mil mujeres de 25 años o más, lo cual refuerza el comentario respecto de que el CACU está afectando más a las mujeres que experimentan condiciones poco favorables de desarrollo y bienestar humano. Por el contrario, en los servicios médicos de PEMEX se registró la tasa más baja con 6.6 muertes, lo que implica que el riesgo de morir por esta causa

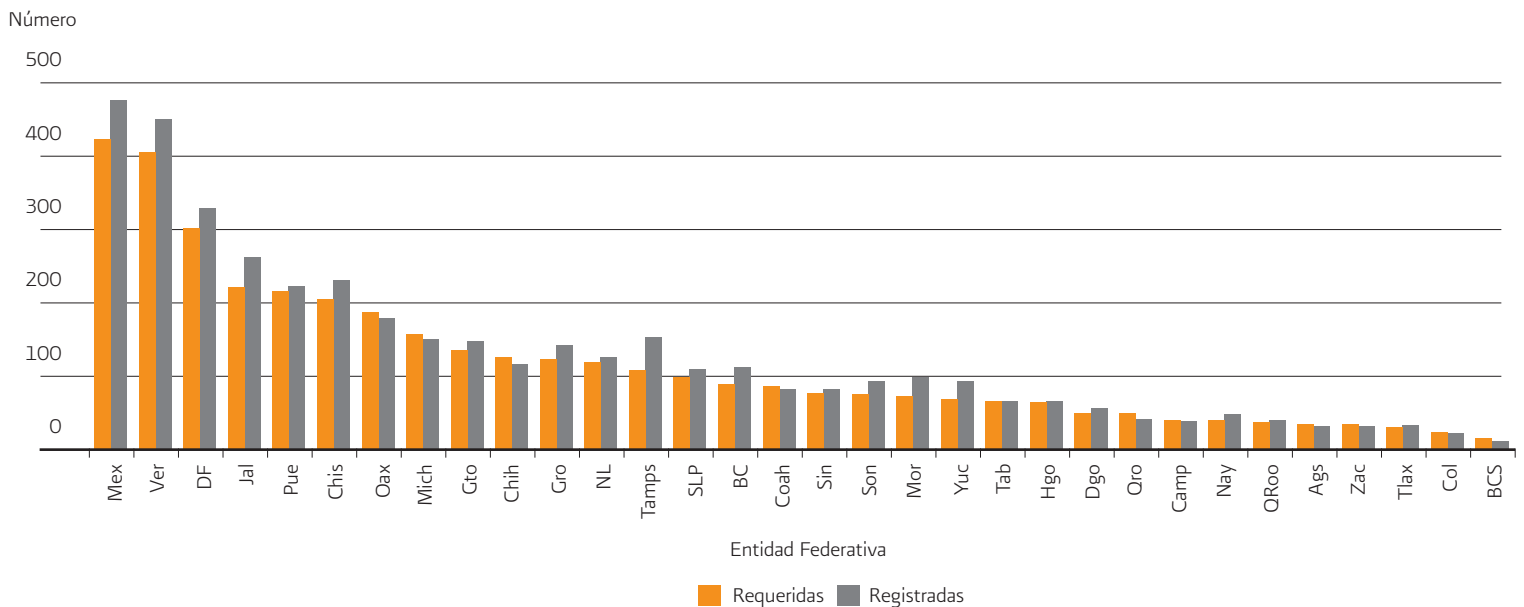
es 2.8 veces más alto en la población usuaria de las instituciones para población sin seguridad social que el riesgo de las mujeres usuarias de los servicios médicos de PEMEX. (Figura I.20)

A pesar del ligero incremento registrado en la mortalidad por CACU (0.9 por ciento) durante 2009 respecto de 2008, es factible dar cumplimiento a la meta en 2012, sobre todo al considerar que en 2009 se implantaron algunas innovaciones en materia de prevención, detección y tratamiento del virus del papiloma humano (VPH).

Al respecto, cabe señalar, que algunos tipos del virus del papiloma humano desempeñan una función causal necesaria para la evolución del CACU, destacando el VPH-16 y el VPH-18; sin embargo, una de las características de estos tipos de virus es que no presentan síntomas durante un periodo amplio de tiempo, con lo que muchas mujeres que están infectadas no lo sabe sino hasta que la enfermedad alcanza una etapa avanzada. Por ello es indispensable que se reduzca la probabilidad de infectarse con las variantes del VPH asociadas cau-

Figura I.19

Comparación entre las defunciones por cáncer cérvico-uterino requeridas y las registradas por entidad federativa; México, 2009 1/

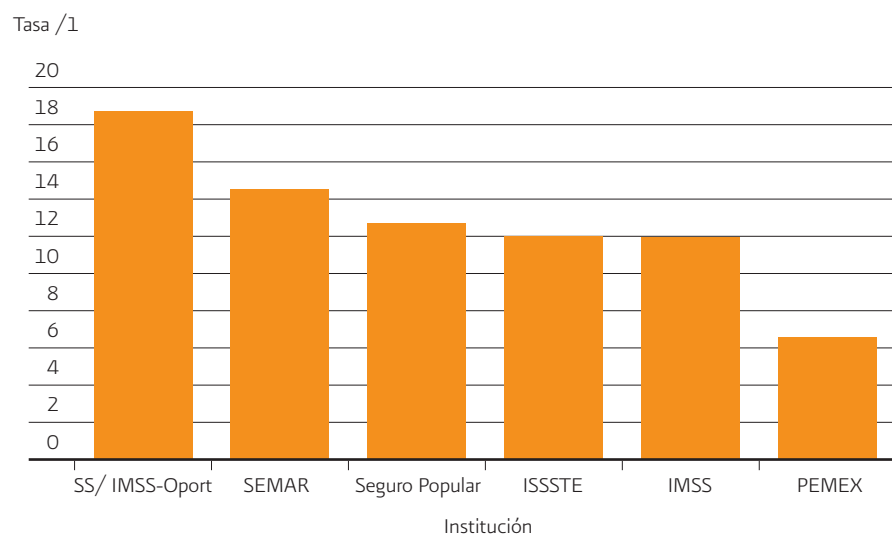


1/ El número de defunciones requeridas corresponde a la cantidad que en 2009 permitiría mantener una tendencia descendente para cumplir con la meta en 2012. El orden de las entidades federativas se basa en la aportación que cada una hizo a la mortalidad por CACU en 2007.

Fuente: Muertes requeridas, estimación DGED-SS, a partir de la base de datos de defunciones INEGI/SS 2007; las muertes registradas, del SEED 2009, preliminar; DGIS-SS

Figura I.20

Mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años o más por institución; México, 2009



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

Fuente: SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y estimaciones de población usuaria por institución, DGIS-DGED, con base en proyecciones de población 2005-2030, del CONAPO

salmente al desarrollo de CACU, ello a través de la incorporación a los programas de control del CACU de las dos vacunas del VPH existentes (una vacuna tetravalente que contiene los genotipos 6, 11, 16 y 18 y otra bivalente que contiene los genotipos 16 y 18), las cuales han demostrado ser efectivas en la prevención de infecciones persistentes causadas por los tipos VPH-16 y VPH-18, que son causantes de aproximadamente el 70 por ciento de los cánceres cervicales, y de los tipos 6 y 11 que provocan nueve de cada diez casos de las verrugas genitales.

En México, como un esfuerzo institucional a nivel público, la Secretaría de Salud comenzó a aplicar estas vacunas en 2009, dando prioridad a los 125 municipios con menor IDH. De este modo se logró vacunar a 80.8 por ciento de las 82,598 niñas de 12 a 16 años de edad programadas en la estrategia de prevención integral del cáncer cérvico uterino denominada "Todas las mujeres, una alternativa de prevención". La determinación del grupo de edad beneficiario se basa en el hecho de que el VPH asociado al CACU es adquirido durante los

primeros años de vida sexual activa, por lo que la vacuna debe ser administrada antes de esta etapa.

Durante ese mismo año la estrategia se amplió a 67 municipios más, cubriendo así a 192 municipios en total. En esta fase se vacunaron niñas de 9 a 12 años de edad, ampliando además el periodo de vacunación, con lo que la primera dosis se aplicó en la fecha seleccionada como arranque, la segunda a los 6 meses de la primera aplicación y una tercera dosis a los 60 meses de la dosis previa. A finales de 2009 se habían aplicado 121,410 primeras dosis en niñas de 9 a 12 años de edad, cifra que representa el 82.1 por ciento de la meta comprometida.

Por otra parte, en los casos de infección por el VPH, la detección de lesiones mediante la prueba de Papanicolaou es el principal instrumento para una detección temprana del CACU. Por ello, es necesario fortalecer su utilización entre las instituciones prestadoras de servicios pero, además, es fundamental ampliar el uso de técnicas alternativas de tamizaje, como son la inspección visual con ácido acético y la prueba del ADN del VPH. Los resultados de estas pruebas, a nivel internacional, han demostrado ser iguales o mejores que los de la prueba de Papanicolaou, coadyuvando a reducir las tasas de mortalidad por CACU. En México, el "Programa para la prevención y control del cáncer cérvico uterino" incorporó dentro de las actividades de detección el uso de la prueba del ADN del VPH, comenzándola a utilizar en 2008 y fortaleciendo en 2009 su uso entre las mujeres de 35 a 64 años de edad que residen en los 125 municipios con menor IDH. En una segunda etapa se amplió su uso a 192 municipios del país. En total, durante 2009 se aplicó la prueba a 151,726 mujeres de 35 a 64 años de edad, lo que representó una cobertura de 55.7 por ciento respecto de la meta establecida.

Con el objetivo de apoyar la aplicación de esta prueba de tamizaje, durante 2009 se instalaron cuatro laboratorios regionales de biología molecular en los estados de Oaxaca, Guanajuato, Nuevo León y Jalisco, los que aunados a los instalados durante 2008 en Puebla, Veracruz, Campeche, Guerrero y Michoacán, permiten disponer de 9 laboratorios

especializados, a los cuales se espera incorporar tres más durante 2010.

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

La inseguridad vial es una de las consecuencias más negativas del crecimiento urbano y de la expansión de las vías de comunicación, dado el volumen de población y de vehículos de motor que coexisten en las ciudades y que se desplazan entre regiones, aunado a la inadecuada cultura vial y a la falta de mecanismos que aseguren el cumplimiento de leyes y reglamentos de tránsito y seguridad vial.

En 2006 se registraron en México 16,528 defunciones por accidentes de tránsito de vehículo de motor (ATVM), las cuales representaron el 3.4 por ciento de las defunciones ocurridas a nivel nacional. En 2009 el número de muertes debidas a los accidentes de tránsito fue de 14,805, representando 2.8 por ciento de las muertes registradas este año. Ello significa que entre 2006 y 2009 se registró una reducción del 17 por ciento en la proporción que representan las defunciones por accidentes de tránsito respecto del total de muertes registradas a nivel nacional.

La tasa de mortalidad debida a accidentes de tránsito de vehículo de motor en 2006 fue de 15.8 defunciones por cien mil habitantes y de 13.8 en 2009. En este último año esta causa se ubicó en la octava posición dentro de las diez principales causas de muerte en México. Casi cuatro de cada cinco muertes (78.8 por ciento) causadas por ATVM afectan a los hombres. Por otra parte, 69.9 por ciento de las defunciones en 2009 fueron muertes de ocupantes de los vehículos y el 30.1 por ciento restante fueron defunciones de peatones; en 2006 estos porcentajes fueron de 68.5 por ciento para defunciones de ocupantes y 31.5 por ciento para peatones.

Un aspecto en el que se ha puesto énfasis, como parte de las acciones para reducir el número

de muertes debidas a los ATVM, es la necesidad de hacer obligatorio el uso de los sistemas de retención infantil (SRI). Al respecto, del total de defunciones por ATVM que en 2006 afectaron a los ocupantes, un 2.9 por ciento correspondió a las defunciones de menores de cinco años, proporción que se redujo a 2.5 por ciento en 2009; en contraste, durante 2006, de las 5,205 muertes de peatones 5.2 por ciento correspondió a las defunciones de menores de cinco años, cifra que en 2009 ascendió a 5.1 por ciento. Esto implica que es necesario seguir impulsando el uso de los sistemas de retención infantil en los vehículos, al mismo tiempo que se fortalezcan los procesos de educación y prevención de accidentes, ya que los atropellamientos están provocando daños importantes entre la población menor de cinco años.

Independientemente de sus efectos entre los menores de edad, el grupo de edad que registra el mayor volumen de muertes a consecuencia de ATVM es el de 15 a 29 años de edad. En 2006 este grupo concentró 32.7 por ciento del total de defunciones por esta causa, proporción que se ha incrementado hasta representar 34.1 en 2009. En este último año, de las 5,098 defunciones por ATVM en este grupo de edad, 82.2 por ciento fueron decesos de ocupantes de vehículo y el resto de peatones. Como puede derivarse de estas cifras, la mortalidad debida a los accidentes de tránsito afecta primordialmente a población de 15 a 29 años y los decesos en este grupo de edad son en su mayoría de ocupantes de vehículos y ocurren principalmente entre los hombres.

Es por ello que a inicios de la presente administración se estableció en el PROSESA 2007-2012, la meta de reducir en 15 por ciento el número de defunciones por accidentes de tránsito de vehículo de motor en la población de 15 a 29 años de edad en 2012, respecto al número registrado en 2006. Dicha reducción equivale a no superar en 2012 las 4,639 muertes por esta causa en el grupo de población de referencia. (Cuadro 1.7)

En el cuadro 1.7 se observa que en 2009 el número de defunciones provocadas por los ATVM entre la

Cuadro I.7

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 1. Mejorar las condiciones de salud de la población.
Programa Sectorial de Salud 2007-2012; México, 2009

Indicador	Línea base 2006 (A)	Valor 2009 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Número de muertes a causa de accidentes de tránsito de vehículos de motor en población de 15 a 29 años de edad 2/	5,458	5,098	4,639	43.97	-6.60

1/ Calculado como: $(B-A)/(C-A)*100$

2/ El dato para la línea base incluye 56 defunciones de residentes en el extranjero; el de 2009 incluye 39 defunciones de extranjeros y 16 de residencia desconocida
Fuente: Defunciones 2006, INEGI-SS; SEED 2009, preliminar, DGIS-SS

población de 15 a 29 años ascendió a 5,098, cifra que representa un cumplimiento de 44.0 por ciento de la meta para 2012. Con relación a las muertes ocurridas en 2006, la cifra de 2009 representa una reducción de 6.6 por ciento; sin embargo, el comportamiento de este indicador muestra una tendencia irregular que provocó que la reducción obtenida en 2007 se diluyera al año siguiente, cuando las muertes registradas superaron en 499 a la cifra establecida como meta para 2008. En 2009, por su parte, las muertes registradas rebasaron sólo en 13 casos a las establecidas como meta. En este sentido es necesario mantener el impulso observado durante 2009 para evitar la ocurrencia de accidentes fatales. (Figura I.21)

El número de defunciones por ATVMM entre la población de 15 a 29 años del año 2009 representa una tasa de mortalidad de 17.3 defunciones por cien mil habitantes de ese grupo de edad, cifra menor a la tasa de 2006 que fue de 18.7. La tasa correspondiente a población masculina de este grupo de edad en 2009 ascendió a 29.0 muertes por cien mil habitantes, mientras que entre las mujeres la tasa fue cinco veces más baja (5.8 defunciones). Cabe aclarar que para el cálculo de estas tasas y para el análisis de las defunciones por esta causa, se consideraron las defunciones por lugar de residencia, excluyéndose las de residentes en el extranjero y aquellas sin especificación de residencia.

A partir de ello, el análisis de las defunciones por entidad federativa muestra que en 2009 el Estado

de México registró la mayor cantidad de muertes (654) a nivel nacional, las que representaron el 13 por ciento del total de muertes provocadas por los ATVMM en personas de 15 a 29 años. Le siguió el estado de Jalisco que concentró el 10.1 por ciento y Guanajuato que contribuyó con 7.4 por ciento de los decesos por esta causa. En contraste, Chiapas, Campeche, Colima y Quintana Roo registraron en conjunto sólo el 2.4 por ciento de las muertes.

En todas las entidades federativas el número de muertes por accidentes de tránsito de vehículo de motor es mayor entre los hombres respecto de las mujeres. Esta diferencia se maximiza en Campeche, donde mueren 9.3 hombres por cada mujer; en contraste, en Sonora la relación es de tres hombres por cada mujer fallecida por esta causa. (Figura I.22)

Teniendo en cuenta que entre 2007 y 2008 el número de muertes debidas a ATVMM en la población de 15 a 29 años se incrementó en 621 defunciones (cifras consolidadas), la meta para 2012 de no superar las 4,639 defunciones por esta causa se veía lejana, por lo que en la edición previa de este informe se instó a los servicios de salud en las entidades federativas para que ejecutarán acciones que permitieran revertir dicho comportamiento. A un año de distancia, de acuerdo a las cifras preliminares de 2009, la situación muestra una clara mejoría, dado que entre 2008 y 2009 el número de estas muertes disminuyó en 616, lo cual compensó el incremento previsto (Figura I.21).

La reducción en el número de defunciones por esta causa entre ambos años se reflejó en las tasas de mortalidad por cien mil habitantes de 15 a 29 años correspondientes. De las 32 entidades federativas, 25 registraron reducciones en el número de muertes por accidentes de tránsito de vehículos de motor por cien mil habitantes de este grupo de edad. Entre estas entidades, la mayor reducción se registró en Baja California Sur, al pasar de una tasa de mortalidad de 49.9 muertes por cien mil habitantes de 15 a 29 años en 2008 a una tasa de 24.3 defunciones en 2009. Por su parte, seis estados del país registraron entre 2008 y 2009 un incremento en sus tasas de mortalidad por ATVM. (Figura I.23)

Por otra parte, el análisis de la mortalidad por ATVM en la población de 15 a 29 años por institución de salud pública se incluyó en este análisis para identificar que usuarios son los que se ven más afectados por este tipo de eventos, ello debido a que no necesariamente éstos fueron atendidos y fallecieron en la institución en la que normalmente reciben servicios de atención. A partir de ello, en

Figura I.21

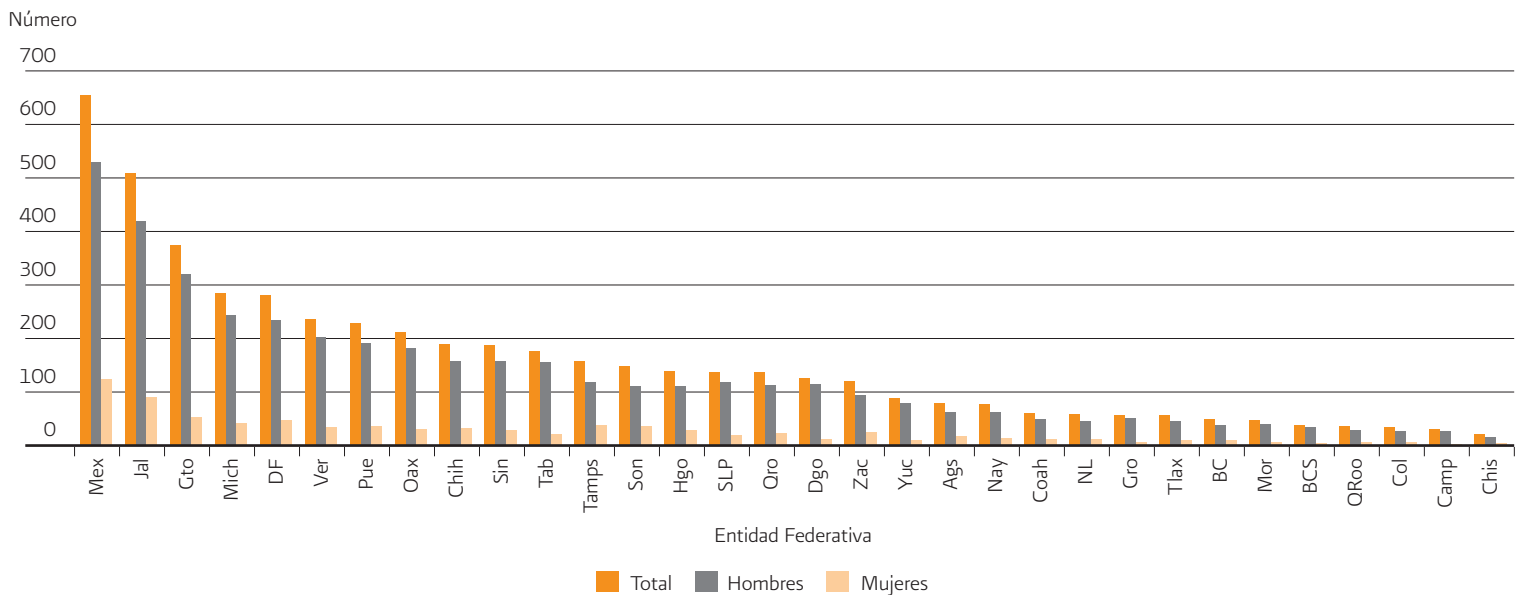
Comparación anual entre el número de muertes por accidentes de tránsito de vehículo de motor en población de 15 a 29 años establecido como meta y el número registrado; México, 2006-2012



Fuente: Estimación de muertes requeridas; SPPS-SS, con base INEGI/SS, 2005-2006. Muertes registradas INEGI/SS 2006-2008 y SEED 2009, preliminar, DGIS-SS. Incluye defunciones de extranjeros y de residencia desconocida

Figura I.22

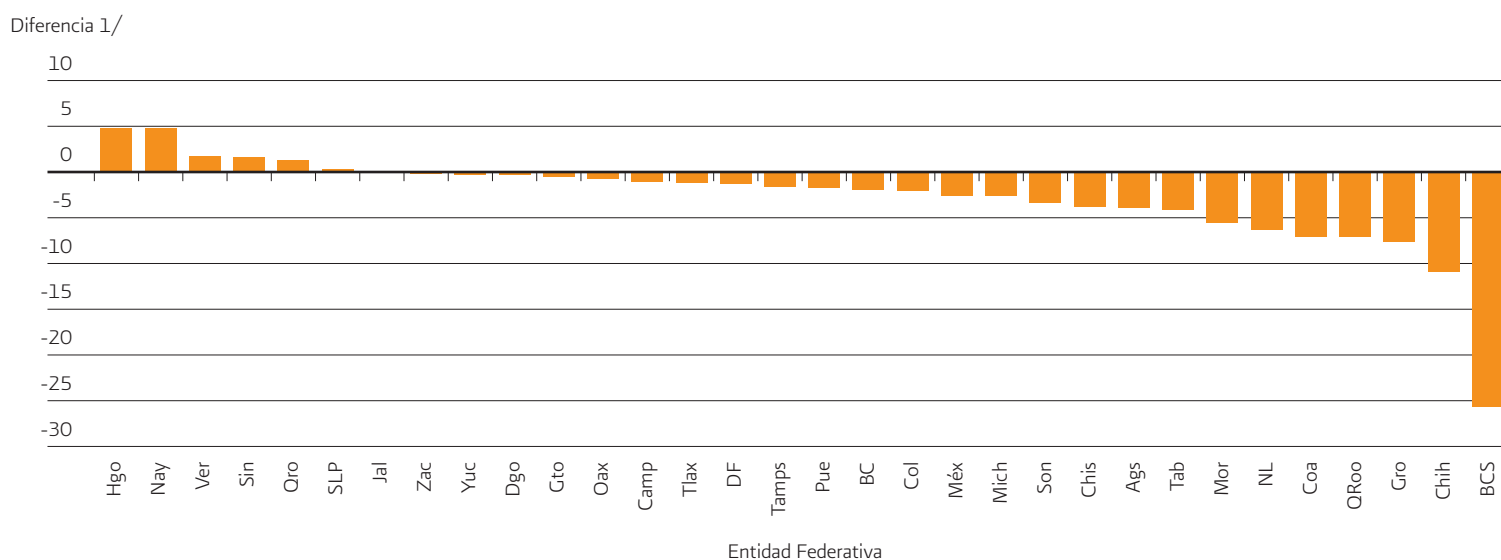
Defunciones por accidentes de tránsito en la población de 15 a 29 años por sexo y entidad federativa; México, 2009



Fuente: SEED 2009, preliminar, DGIS-SS

Figura I.23

Diferencia de las tasas de mortalidad por accidentes de tránsito de vehículo de motor en población de 15 a 29 años de 2008 y 2009 por entidad federativa; México, 2009



1/ Diferencia entre la tasa de 2009 (número de defunciones por cien mil habitantes de 15 a 29 años) respecto de la tasa 2008
Fuente: INEGI-SS 2008; SEED 2009 preliminar, DGIS-SS

2009 la población sin seguridad social de 15 a 29 años que recibe servicios principalmente de la SS y el IMSS-Oportunidades fue la que registró la tasa más elevada de mortalidad por ATVM con 38.2 defunciones por cien mil usuarios. En el extremo opuesto, la menor tasa de mortalidad por esta causa se registró entre la población afiliada al seguro popular, con 8.7 muertes por 100 mil afiliados de 15 a 29 años. (Figura I.24)

La reducción de los accidentes de tránsito de vehículos de motor es un reto que, al igual que otros riesgos para la salud, excede al Sistema Nacional de Salud dado que involucra aspectos relacionados con el mejoramiento de las condiciones de vialidad en las vías de comunicación; el establecimiento de mecanismos para hacer cumplir los reglamentos de tránsito; la emisión de normas sobre los dispositivos de seguridad con los que deben contar los vehículos, y el fomento de una adecuada cultura y educación

vial entre conductores y peatones. En este sentido, es necesario destacar que en 2008 la SS, a través del Centro Nacional para la Prevención de Accidentes, elaboró el "Programa de Acción Específico 2007-2012. Seguridad Vial", herramienta que marca un avance fundamental, ya que es la primera ocasión que se dispone en México de un instrumento que establece las acciones multidisciplinarias e intersectoriales requeridas para hacer frente a esta problemática. Pero quizá más importante es el hecho de que a partir de este programa, y gracias al esfuerzo sin precedentes para gestionar y sensibilizar a los gobiernos estatales, municipales, y otras autoridades de los tres niveles de gobierno, se cuenta ahora con 20 programas estatales específicos en la materia.

Asimismo, en junio de 2008, el Consejo de Salubridad General publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el Acuerdo por el que se establecen las condiciones médicas de referencia para la

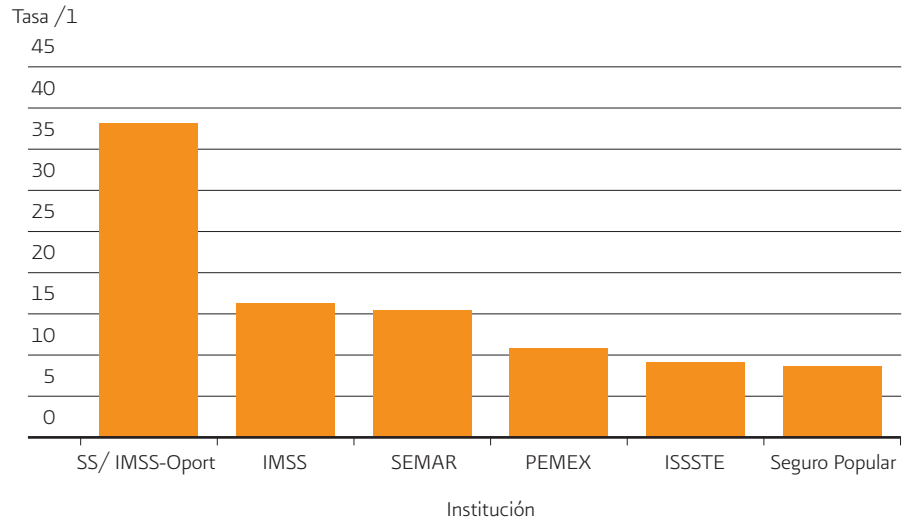
expedición de licencias de conductor y otras medidas de prevención contra los riesgos que ocasionan accidentes de tránsito.

Del mismo modo, en 2009 se implementó la segunda fase de la Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial (IMESEVI) en las ciudades seleccionadas como piloto: León y Celaya, en Guanajuato; Guadalajara y Zapopan, en Jalisco; Monterrey y San Pedro Garza, en Nuevo León, y las delegaciones Cuauhtémoc y Gustavo A. Madero del Distrito Federal. Además, se iniciaron actividades bajo el mismo modelo en las ciudades de Tuxtla Gutiérrez, Mérida y Cuernavaca. La evaluación de la segunda fase, realizada a través de un consultor externo en octubre de 2009, permitió valorar el comportamiento relacionado con el uso del cinturón de seguridad, los sistemas de retención infantil, el casco entre los conductores de motocicletas y la conducción de vehículo bajo la influencia del alcohol. Los resultados generales muestran un aumento de 12 por ciento en el uso de dispositivos de sujeción en general (cinturón de seguridad y SRI), de 48 por ciento en el uso de SRI para menores de 5 años y de 28 por ciento en el uso de dispositivos de sujeción en taxis.

Finalmente, durante 2009 se elaboró el Programa Nacional de Alcoholimetría, mediante el cual se establecen los parámetros para el nivel máximo de alcohol en la sangre permitido para los conductores, así como los criterios para la realización de operativos y la evaluación de la información. El objetivo es implementar operativos de alcoholimetría en los municipios con mayor siniestralidad del país, por lo que se dotó de recursos financieros a las entidades

Figura I.24

Mortalidad por accidentes de tránsito en la población de 15 a 29 años por institución; México, 2009



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes de 15 a 29 años
 Fuente: SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y estimaciones de población usuaria por institución, DGIS-DGED, con base en proyecciones de población 2005-2030, del CONAPO

federativas para que, a través de acuerdos entre las secretarías de salud, seguridad pública y tránsito y vialidad, se adquieran los equipos necesarios para dar inicio a estas actividades.

Estas acciones sentarán las bases para enfrentar de manera más efectiva el incremento de los accidentes de tránsito de vehículo de motor; sin embargo, es necesario impulsar más la participación de la población en general, sobre todo de los que están más expuestos, a fin de lograr que las ciudades y carreteras del país sean más seguras.

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

La pobreza es el reflejo más crudo e inaceptable de los rezagos sociales que persisten en nuestro país. Históricamente, la población que la padece ha afrontado daños a su dignidad como personas, la limitación de sus derechos y libertades fundamentales, la falta de satisfacción de sus necesidades básicas y la imposibilidad de incorporarse plenamente al desarrollo social y económico del país. La pobreza en México no se restringe a zonas rurales dispersas o pequeñas localidades con problemas de acceso geográfico, también está presente en los márgenes de las zonas urbanas y grandes metrópolis, en los que la población vive en condiciones deficitarias, tanto en términos del acceso a los servicios sociales básicos como respecto a las características de las viviendas que ocupa y a la disponibilidad de fuentes de empleo que le permitan mejorar sus condiciones de vida.

En materia de salud, esta población enfrenta una doble carga de daños y riesgos para la salud, ya que, por una parte, registra elevadas tasas de incidencia y mortalidad relacionadas con enfermedades infecciosas transmisibles, problemas relacionados con la nutrición y con la reproducción y, por otra, se ve afectada por el incremento de los riesgos que favorecen a las enfermedades crónico degenerativas, como el sobrepeso, la obesidad, la falta de actividad física y el consumo excesivo de tabaco y alcohol, entre otros. Además, el entorno en el que habita la población pobre y marginada del país impone también diversos riesgos sanitarios, de origen biológico, químico o físico, que ponen en riesgo su vida y el desarrollo de las generaciones futuras.

Los daños y riesgos que enfrenta esta población, son inaceptables considerando que actualmente existen los conocimientos y los medios para evitar su aparición o reducir sus efectos. No obstante, aún no ha sido posible ampliar a la totalidad de los grupos vulnerables el acceso a los servicios de salud y a los bienes y recursos disponibles. Es por ello que, para la presente administración uno de los objetivos fundamentales del Sector Salud es “reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas”.

Si bien son diversos los grupos poblacionales que actualmente pueden clasificarse como vulnerables, se consideró esencial para el Sector Salud enfrentar los problemas que afectan a la población infantil y a la población de mujeres durante su fase reproductiva, dado el beneficio que para el país tiene contar con nuevas generaciones de mexicanos que gocen de una mejor salud y de mujeres que se incorporen, bajo las mejores condiciones de equidad y justicia social, a un país que esta cambiando. Para lograrlo, es indispensable contar un sistema de salud más equitativo, socialmente más justo y operativamente más eficiente. Estos son los fundamentos que impulsan, desde inicios de 2009, las acciones para garantizar una cobertura universal dentro del Sistema Nacional de Salud.

El propósito que se persigue es que todos los mexicanos dispongan de un esquema de aseguramiento público en salud que les garantice la provisión equitativa y eficiente de servicios de alta calidad y seguros, en los que se eliminen las barreras para el acceso y se garantice la igualdad de oportunidades

que permitan alcanzar el desarrollo humano sostenible, en apego a lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

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

El objetivo de reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas, de acuerdo con el PROSESA 2007-2012, está directamente relacionado con la meta de disminuir en 2012 la razón de mortalidad materna (RMM) a la mitad en los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano del país; municipios que se ubican en los estados de Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz. Con ello se busca que en 2012 la RMM en los 125 municipios con menor IDH no supere las 81.3 defunciones maternas por cien mil nacidos vivos estimados (NVE).

Al respecto, de acuerdo con la información preliminar para 2009, únicamente 35 de los 125 municipios con menor IDH registraron defunciones maternas, sumando 54 muertes debidas a complicaciones del embarazo, parto y puerperio, lo que equivale a una RMM de 138.5 defunciones maternas por cien mil NVE. Esta cifra representa una reducción de 24.1 unidades con respecto a la RMM registrada en 2006 y un avance de 29.7 por ciento de la reducción requerida para alcanzar la meta 2012. En términos

porcentuales, la RMM de 2009 en estos municipios presenta una reducción de 14.8 por ciento respecto de la mortalidad materna de 2006 y es 24.2 por ciento menor a la RMM registrada en 2008, que fue de 182.6 muertes maternas por cien mil NVE. (Cuadro 1.8)

Durante los últimos años cuatro años la tendencia de este indicador es irregular con altibajos entre cada año, por lo que es necesario indagar sobre los factores que están provocando que las acciones implementadas hasta este momento no generen una tendencia descendente de manera continua en los municipios con menor IDH. Debe considerarse que para cumplir con la meta 2012, se requerirá que la RMM se reduzca anualmente en 19.1 unidades entre 2010 y 2012, situación que parece factible ya que entre el 2008 y 2009 este indicador se redujo en 44.2 muertes maternas por cien mil NVE.

Es importante recalcar que en 2009 sólo 35 de los 125 municipios con menor IDH registraron muertes maternas, lo que representa el 28 por ciento del total de esos municipios. En 2007, el número de estos municipios fue de 42, mientras que en 2008 los municipios que tuvieron este tipo de eventos fueron 41. En 2009, destaca el caso de Oaxaca, donde la proporción de municipios con menor IDH que registraron muertes maternas es baja (12.1%), esto a pasar de ser la entidad federativa que agrupa la mayor cantidad de estos municipios con 58. Por el contrario, en relación con el total de municipios con menor IDH, la proporción de estos municipios

Cuadro 1.8

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, 2009

Indicador	Línea base 2006 (A)	Valor 2009 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Razón de mortalidad materna en los 125 municipios con menor IDH 2/	162.60	138.48	81.30	29.67	-14.84

1/ Calculado como: $(B-A)/(C-A)*100$

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

Fuente: Defunciones 2006, INEGI-SS; SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

en los estados de Chiapas y Guerrero que registraron muertes maternas fue de 57 y 45 por ciento, respectivamente. (Cuadro I.9)

Respecto del número de defunciones que registran los municipios con menor IDH de acuerdo a la entidad federativa a la que pertenecen, Guerrero es el estado que más muertes ha reportado durante el periodo de 2007 a 2009; le siguen Oaxaca y Chiapas; sin embargo, Chiapas registra desde 2008 una cantidad mayor de muertes maternas dentro de sus municipios con menor IDH respecto de las que registran los municipios de Oaxaca, situación que es un logro importante para esta última entidad, al

considerar el número total de municipios con menor IDH que agrupa. Una situación contraria es la que reportan Nayarit y Durango, entidades que sólo tienen un municipio con esta clasificación, y que sin embargo registran un número de defunciones similar al registrado por Puebla, por ejemplo.

En 2009, las 54 muertes maternas registradas en los 35 municipios con menor IDH representaron el 4.4 por ciento del total de defunciones maternas del país (1,218 muertes) y 13.5 por ciento del total de defunciones que en conjunto registraron los siete estados donde se ubican estos municipios (399), porcentajes menores a los registrados en 2007 y 2008.

Cuadro I.9

Comportamiento de las defunciones maternas en las entidades federativas que agrupan a los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano; México, 2007-2009

Entidad/municipio con menor IDH	Defunciones maternas					
	2007		2008		2009	
	No. Municipios 1/	No. Defunciones	No. Municipios 1/	No. Defunciones	No. Municipios 1/	No. Defunciones
Comportamiento global						
Estados Unidos Mexicanos	---	1,097	---	1,119	---	1,218
Estados con municipios con menor IDH	---	388	---	413	---	399
Municipios con menor IDH	42	60	41	70	35	54
Comportamiento por entidad federativa y municipios						
Chiapas	---	78	---	92	---	69
Municipios con menor IDH	5	8	11	20	9	15
Durango	---	14	---	23	---	16
Municipios con menor IDH	1	2	1	1	0	0
Guerrero	---	64	---	62	---	67
Municipios con menor IDH	13	23	9	21	12	21
Nayarit	---	5	---	9	---	11
Municipios con menor IDH	1	3	0	0	1	2
Oaxaca	---	70	---	67	---	64
Municipios con menor IDH	13	15	13	19	7	10
Puebla	---	58	---	62	---	83
Municipios con menor IDH	2	2	1	1	2	2
Veracruz	---	99	---	98	---	89
Municipios con menor IDH	7	7	6	8	4	4

--- No aplica

1/ Se refiere al número de municipios con menor IDH en los que se registraron las defunciones maternas

Fuente: Defunciones 2007 y 2008, INEGI-SS y SEED 2009, preliminar, DGIS-SS

Dentro de las entidades federativas que agrupan a los 125 municipios con menor IDH, Veracruz fue la que registró el mayor número de muertes maternas con 89, de las cuales 4.5 por ciento se registraron dentro de sus municipios con menor IDH; Puebla, por su parte, registró 83 defunciones maternas en todo el estado, de las cuales sólo 2 ocurrieron en los municipios con menor IDH. Por el contrario, en Guerrero, 31.3 por ciento de las defunciones estatales se registraron en sus municipios con menor IDH. En Chiapas, de las 69 muertes maternas a nivel estatal, 15 se presentaron en nueve de sus municipios con menor IDH. En Durango, finalmente, se registraron 16 defunciones en total, sin que ninguna de ellas correspondiera al municipio de Mezquital, el cual forma parte de los 125 municipios con menor IDH del país. (Cuadro I.9)

Para indagar más sobre la mortalidad materna en los 125 municipios con menor IDH, se analizaron las defunciones registradas de 2007 a 2009 en cada uno de ellos, lo que permitió identificar

que trece de los 125 municipios han registrado al menos una muerte todos los años (repetidores en los tres años). De ellos, cinco se ubican en Guerrero, cuatro en Chiapas y dos en Oaxaca y Veracruz, respectivamente. Otros trece municipios tuvieron al menos una muerte en dos de los tres años de estudio, registrando todos ellos muertes maternas durante 2009. De éstos, la mayor cantidad se ubicó en Oaxaca, con 4 municipios, y en Guerrero, con tres municipios. Es importante tener en cuenta esta condición de municipios repetidores al momento de establecer acciones para focalizar las estrategias e intervenciones que permitan reducir la mortalidad materna en el país. (Cuadro I.10)

Otro de los hallazgos que debe ser tomado en cuenta es el hecho de que nueve municipios que no habían registrado muertes maternas durante los dos primeros años de la presente administración, lo hicieron en 2009. Por el contrario, en 35 de los 125 municipios con menor IDH se logró que durante 2009 no registraran defunciones debidas

Cuadro I.10

Características de los 125 municipios con menor IDH, de acuerdo a las defunciones maternas registradas de 2007 a 2009; México, 2009

Características	Total municipios por característica	Número de municipios por entidad federativa						
		Chiapas	Durango	Guerrero	Nayarit	Oaxaca	Puebla	Veracruz
Repetidores en los tres años	13	4	0	5	0	2	0	2
Repetidores en dos de los tres años	13	2	0	3	1	4	2	1
Muertes en el último año, pero sin muertes en los años previos	9	3	0	4	0	1	0	1
Sin muertes en el último año, pero con defunciones en los años previos	35	6	1	7	0	14	1	6
Sin muertes durante los tres años	55	5	0	2	0	37	6	5
Total Municipios con menor IDH	125	20	1	21	1	58	9	15

Nota: Municipio repetidor es aquel en el que se registran defunciones maternas en más de un año
Fuente: Defunciones 2007 y 2008, INEGI-SS y SEED 2009, preliminar, DGIS-SS

a complicaciones del embarazo, parto y puerperio, esto a pesar de que en los dos años previos habían registrado este tipo de muertes.

Finalmente, 55 de los 125 municipios con menor IDH (44 por ciento) no han registrado muertes maternas en lo que va de la presente administración. Este hecho podría ayudar a identificar cuáles son los factores que prevalecen en estos municipios, a fin de aportar elementos que permitan su replica en otros municipios con características similares, pero que han reportando muertes maternas. En la sección de anexos de este informe pueden consultarse más datos que permitan profundizar sobre este tema. (Cuadro I.10 y Anexos B.2 y B.3)

Para el gobierno mexicano, reducir la mortalidad materna es una prioridad nacional desde hace más de una década; sin embargo, existen diversos factores que han incidido negativamente en la consecución de este objetivo, como la falta de acceso a los servicios de atención de las mujeres embarazadas que presentan una emergencia obstétrica. Para dar respuesta a esta situación, el 28 de mayo de 2009 se firmó, en el seno del Consejo Nacional de Salud, el Convenio Interinstitucional para la Atención Universal de las Emergencias Obstétrica, a partir del cual la Secretaría de Sa-

lud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado se comprometieron solidariamente a atender a toda mujer embarazada que presente una condición obstétrica que requiera atención de emergencia, sin importar la condición de aseguramiento de la mujer. La consolidación de este acuerdo está en marcha y se espera que en los próximos meses se comiencen a generar resultados positivos en términos de la reducción de la RMM.

Otro aspecto a resaltar es la afiliación de mujeres al Sistema de Protección Social en Salud mediante la estrategia "Embarazo saludable", con la cual se garantiza el seguro médico a todas las mujeres embarazadas y a los niños que nazcan en núcleos familiares sin seguridad social. Durante 2009 se afiliaron 5,649 mujeres embarazadas en 119 de los 125 municipios con menor IDH. Los municipios que no se integraron son seis del estado de Oaxaca, en los cuales no se solicitó se realizara el trámite de afiliación. Del total mujeres afiliadas en los 119 municipios, la mayor proporción corresponde a Guerrero y Chiapas, que contribuyeron con 34.8 y 22.5 por ciento, respectivamente. (Cuadro I.11)

En el Cuadro I.11 también se muestra el número total de mujeres afiliadas en cada una de las entidades que concentran a los municipios con menor IDH y el peso relativo que tiene la afiliación en estos municipios respecto del total estatal. Así, en Guerrero el 9.2 por ciento de la afiliación estatal corresponde a las mujeres que se afiliaron en los municipios con menor IDH, mientras que en Chiapas esta proporción es de 6.6 por ciento.

Por otra parte, a fin de coadyuvar en la reducción de las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas, desde 2007 se implantó el Programa Caravanas de la Salud, cuyo objetivo es acercar los servicios de atención a la salud, mediante unidades médicas itinerantes, a las localidades cuyas características de ubicación geográfica y sociodemográficas les impiden o dificultan el acceso real a la red de servicios de salud. Cabe señalar que desde el

Cuadro I.11

Estrategia Embarazo Saludable en entidades federativas que agrupan a los 125 municipios con menor IDH; México, 2009

Entidad	Número de embarazadas afiliadas		Porcentaje respecto de:	
	En municipios con menor IDH	En la entidad federativa	Total afiliadas en los municipios	Total afiliadas en cada entidad federativa
Chiapas	1,271	19,173	22.5	6.6
Durango	43	7,573	0.8	0.6
Guerrero	1,964	21,439	34.8	9.2
Nayarit	152	3,407	2.7	4.5
Oaxaca	1,019	18,643	18.0	5.5
Puebla	728	19,421	12.9	3.7
Veracruz	472	21,608	8.4	2.2
Total	5,649	111,264	100.0	5.1

inicio del programa se consideró prioritario atender a la población que habita en los 125 municipios con menor IDH.

Al respecto, a diciembre de 2009 operaban 398 unidades médicas móviles (UMM) en los siete estados que concentran a los 125 municipios con menor IDH. De estas unidades, el 19.3 por ciento pertenece a Oaxaca, 17.1 por ciento a Puebla, 16.1 a Guerrero, 13.8 por ciento a Chiapas, 12.8 a Durango, 11.6 a Veracruz y 9.3 por ciento a Nayarit (Anexos B.4 y B.5).

Todas las UMM de que disponen Chiapas y Guerrero forman parte de rutas que involucran a uno o más municipios con menor IDH. En Oaxaca, 73 de las 77 UMM prestan servicios en los municipios con menor IDH del estado, y en Veracruz 28 de 46 UMM atienden a los municipios con menor IDH. Otras entidades que han incorporado un número importante de UMM en estos municipios son Nayarit y Durango, con 54.1 y 25.5 por ciento del total de UMM disponibles en estas entidades, respectivamente. Puebla, por su parte, tiene 15 UMM en rutas que atienden a los municipios con menor IDH, respecto de las 68 UMM con las que dispone. Es necesario tener en cuenta que las rutas del programa Caravanas de la Salud normalmente comprenden más de un municipio, por lo cual no se debe entender que a cada municipio le corresponde una unidad médica móvil. Asimismo, se debe considerar que en varios de estos municipios existen establecimientos de salud fijos, por lo que en varios de ellos no es necesaria la presencia de UMM, aunque pueden constituirse como un apoyo a la operación, concentración de información y abasto de insumos.

De las 268 UMM que prestan servicios en los municipios con menor IDH de estos siete estados, 63.1 por ciento son unidades Tipo 0, de las cuales 49 forman parte de los Servicios Estatales de Guerrero y 43 UMM pertenecen al Estado de Oaxaca. Asimismo, 13.4 por ciento son Tipo III, de las cuales 14 pertenecen a Oaxaca (Anexo B.5).

A fin de fortalecer la operación de estas UMM, se trabaja en la elaboración de la "Cédula de micro-diagnóstico familiar", la cual permitirá conocer por unidad médica móvil el número de embarazadas

que son atendidas con base en la población de responsabilidad del Programa. Se prevé que en 2011 se disponga de este instrumento y a partir de ello se llevará a cabo su actualización permanente.

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

Otra de las metas del PROSESA 2007-2012 relacionada con el objetivo de reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas, es la de disminuir 40 por ciento la mortalidad infantil en los 125 municipios con menor IDH. Esto implica pasar de una mortalidad de 34.8 defunciones por mil nacidos vivos de 2006, a una de 20.9 defunciones en 2012, es decir, evitar 13.9 muertes por cada mil NVE durante ese periodo.

Al respecto, las cifras preliminares de 2009 indican que en los 125 municipios con menor IDH se registró una tasa de mortalidad infantil de 33.5 defunciones por mil nacidos vivos estimados, lo que representa una reducción de 3.7 por ciento en relación con la tasa de 2006 y un avance de 9.0 por ciento respecto a la reducción necesaria para cumplir con la meta de 2012. Este avance permite establecer que será difícil cumplir con la meta, dado que durante los próximos tres años se requiere reducir anualmente la tasa en una magnitud de 4.2 defunciones; sin embargo, entre 2008 y 2009 la reducción lograda fue de tan solo 0.42 defunciones y entre 2007 y 2008 de 0.66 defunciones por mil NVE. (Cuadro I.12)

La mortalidad infantil observada en 2009 en los municipios con menor IDH indica que el riesgo de morir que tienen los menores de un año en estos municipios es 2.3 veces mayor al riesgo que tienen los menores a nivel nacional, ello con base en la tasa nacional de mortalidad infantil observada que fue de 14.7 defunciones por mil NVE.

La tasa de 2009 es producto de las 1,308 defunciones de menores de un año registradas en 113 de los 125 municipios con menor IDH. Entre las

Cuadro I.12

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, 2009

Indicador	Línea base 2006 (A)	Valor 2009 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Tasa de mortalidad infantil en los 125 municipios con menor IDH 2/	34.80	33.54	20.88	9.04	-3.62

1/ Calculado como: $(B-A)/(C-A)*100$

2/ Tasa por mil nacidos vivos estimados

Fuente: Defunciones 2006, INEGI-SS; SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y estimación de nacimientos 1990-2012; DGIS-COLMEX

entidades federativas que concentran a estos municipios, la tasa de mortalidad más elevada se registró en Puebla con 49.2 defunciones por mil NVE en sus municipios con menor IDH. En el extremo opuesto, Durango registró la tasa más baja dentro de estas entidades federativas con 12.8 defunciones. Con ello, el riesgo de morir que tienen los menores de un año en Puebla es casi cuatro veces mayor que el riesgo de los menores de Durango. (Figura I.25)

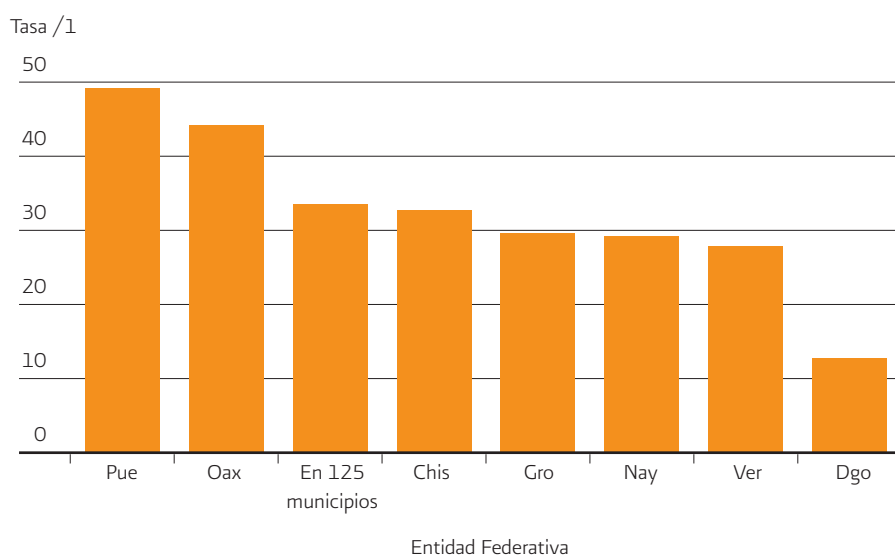
Entre 2007 y 2009 el municipio del Mezquital en Durango registró una reducción de 43.6 por ciento en la mortalidad infantil, pasando de 22.6 defunciones por mil NVE en 2007 a 12.8 en 2009. Veracruz, por su parte, registró una reducción de 25.7 por ciento, bajando su tasa de mortalidad infantil de 37.5 a 27.9 defunciones por mil NVE durante ese mismo periodo. Finalmente, en el municipio del Nayar de Nayarit, la mortalidad infantil se redujo 21.2 por ciento, alcanzando en 2009 una tasa de 29.3 defunciones por mil NVE.

Debe tenerse precaución al valorar el comportamiento de este indicador, sobre todo en Durango y Nayarit, ya que estas entidades sólo tienen un municipio con menor IDH, mientras que Veracruz concentra a 15 de los 125 municipios de este grupo.

Es necesario resaltar que la cantidad de municipios que no han registrado muertes infantiles se ha ido reduciendo de manera preocupante. En 2007 se informó que 27 municipios no registraron defunciones de este tipo, al siguiente año la cifra fue de 25 y en 2009 se redujo a 12, lo cual quiere decir que 15 de los 125 municipios que al inicio de la presente administración no registraron muertes en menores de un año, actualmente lo están haciendo. En contraste, los municipios en los que desde 2007 y hasta 2009 no se han registrado defunciones infantiles son: Iliatenco, en Guerrero, y San Francisco Huehuetlán, San Marcial Ozolotepec, San Martín Itunyoso, San Miguel Santa

Figura I.25

Mortalidad infantil en los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano, total y por entidad federativa; México, 2009



1/ Tasa por mil NVE

Fuente: SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y estimaciones de nacimientos 1990-2012; DGIS-COLMEX

Flor, San Pedro Ocopetatillo, Santa Ana Ateixtlahuaca y Santa María Apazco, todos ellos pertenecientes a Oaxaca. (Anexo B. 6)

De las 1,308 muertes infantiles registradas durante 2009 en los 113 municipios con menor IDH, Chiapas concentró el 30.2 por ciento en sus 20 municipios, Guerrero 23.5 en 20 de sus 21 municipios y Oaxaca el 22.2 por ciento en 47 de sus municipios con menor IDH. En el extremo opuesto, Durango aportó sólo 0.8 por ciento del total de defunciones al registrar 10 muertes infantiles en el municipio del Mezquital.

Las defunciones infantiles registradas en 2009 en los 113 municipios con menor IDH re-

presentaron 4.8 por ciento respecto del total de muertes infantiles a nivel nacional, cifra que se ha incrementado respecto del porcentaje que representaron en 2007 y 2008. En el caso particular de Nayarit, las muertes infantiles en el municipio del Nayar representaron 23.8 por ciento del total de muertes infantiles en esa entidad; es decir, prácticamente uno de cada cuatro fallecimientos infantiles en dicho estado ocurrieron en ese municipio. Chiapas y Guerrero son otras entidades donde la proporción que representan las muertes infantiles de los municipios con menor IDH es alta respecto del total estatal (40.7 y 40.6 por ciento, respectivamente). (Cuadro I.13)

Cuadro I.13

Comportamiento de las defunciones infantiles en las entidades federativas que agrupan a los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano; México, 2007-2009

Entidad/municipio con menor IDH	Defunciones infantiles					
	2007		2008		2009	
	No. Municipios 1/	No. Defunciones	No. Municipios 1/	No. Defunciones	No. Municipios 1/	No. Defunciones
Comportamiento global						
Estados Unidos Mexicanos	---	30,412	---	29,519	---	27,430
Estados con municipios con menor IDH	---	8,042	---	7,817	---	7,109
Municipios con menor IDH	98	1,317	100	1,302	113	1,308
Comportamiento por entidad federativa y municipios						
Chiapas	---	1,266	---	1,243	---	971
Municipios con menor IDH	16	362	20	429	20	395
Durango	---	356	---	364	---	354
Municipios con menor IDH	1	19	1	11	1	10
Guerrero	---	795	---	712	---	757
Municipios con menor IDH	16	275	20	294	20	307
Nayarit	---	140	---	179	---	126
Municipios con menor IDH	1	37	1	30	1	30
Oaxaca	---	1,021	---	978	---	833
Municipios con menor IDH	41	300	35	262	47	290
Puebla	---	2,630	---	2,373	---	2,252
Municipios con menor IDH	8	122	8	108	9	110
Veracruz	---	1,834	---	1,968	---	1,816
Municipios con menor IDH	15	202	15	168	15	166

--- No aplica

1/ Se refiere al número de municipios con menor IDH en los que se registraron las defunciones infantiles

Fuente: Defunciones 2007 y 2008, INEGI-SS y SEED 2009, preliminar, DGIS-SS

La tendencia entre 2007 y 2009 del número de muertes infantiles en los municipios con menor IDH según la entidad federativa a la que pertenecen muestra comportamientos diversos. En Guerrero se registró una tendencia ascendente que provocó un aumento de 32 defunciones en dicho periodo, mientras que Durango y Veracruz tuvieron una tendencia descendente que permitió que redujeran en 9 y 36 su cifra de muertes infantiles, respectivamente. Oaxaca y Puebla, por su parte, registraron un descenso entre 2007 y 2008, pero un incremento en 2009, lo contrario de Chiapas, donde se registró un aumento en el número de las muertes infantiles entre 2007 y 2008 y un descenso en 2009. Finalmente, en Nayarit se registró entre 2007 y 2008 un descenso y a partir de ese año se mantiene el mismo número de defunciones. (Cuadro I.13)

Con base en los resultados expuestos, se puede afirmar que lograr la meta de reducir la mortalidad infantil en los 125 municipios con menor IDH para 2012 es un reto de gran envergadura que requiere se garantice el acceso de la población materno-infantil a los servicios de atención médica y que se incrementen las acciones que permitan reducir el riesgo que tienen de morir los menores de un año en los municipios con menor IDH y en general del país.

Cuadro I.14

Programa Seguro Médico para una Nueva Generación en las entidades federativas que agrupan a los 125 municipios con menor IDH; México, 2009

Entidad	Número de niños afiliados		Porcentaje respecto de:	
	En municipios con menor IDH	En la entidad federativa	Total afiliadas en los municipios	Total afiliadas en cada entidad federativa
Chiapas	19,889	68,274	34.6	29.1
Durango	666	17,618	1.2	3.8
Guerrero	12,325	26,054	21.5	47.3
Nayarit	1,939	11,686	3.4	16.6
Oaxaca	11,640	53,686	20.3	21.7
Puebla	4,037	48,886	7.0	8.3
Veracruz	6,925	79,044	12.1	8.8
Total	57,421	305,248	100.0	18.8

Fuente: CNPSS-SS

En este sentido, la SS impulsa y fortalece la ampliación de cobertura de los servicios de atención a población infantil, a través del Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), el Programa Caravanas de la Salud y mediante el fortalecimiento del componente de salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

Con el SMNG, desde 2006 se brinda protección a la salud de los niños mexicanos que no son derechohabientes de la seguridad social mediante un modelo de servicios de atención médica que los protege desde el momento de su nacimiento y hasta que cumplen cinco años de edad, permitiendo, además, la afiliación inmediata de toda la familia del menor al Sistema de Protección Social en Salud. La atención que se les proporciona a los menores cubre los principales padecimientos que se presentan en los primeros cinco años de vida, y de manera particular los que suelen ocurrir durante el primer mes de existencia. Este seguro ofrece 116 intervenciones que incluyen acciones preventivas y curativas, así como estudios de laboratorio y gabinete, medicamentos e insumos de salud.

En 2009 un total de 57,421 recién nacidos fueron afiliados al SMNG en los 125 municipios con menor IDH, siendo el estado de Chiapas quien aportó la mayor cantidad de estos niños (34.6 por ciento respecto del total), seguido por Guerrero y Oaxaca. Por otra parte, del total de niños afiliados al SMNG en las siete entidades que agrupan a los municipios con menor IDH, el 18.8 por ciento habita en esos municipios. En Guerrero los niños afiliados en los municipios con menor IDH representaron el 47.3 por ciento de los afiliados en ese estado; mientras que en Chiapas los menores que residen en estos municipios y que fueron afiliados al SMNG representan 29.1 por ciento del total de afiliados al programa en la entidad. (Cuadro I.14)

Respecto del Programa Caravanas de la Salud, como se mencionó anteriormente, los esfuerzos realizados han permitido que un número importante de los municipios con menor IDH dispongan de UMM, fortaleciendo con ello la atención a los menores de un año. Por su parte, el Programa de Desarrollo Hu-

mano Oportunidades en su componente de salud ha impulsado la dotación de suplementos alimenticios entre los menores de cinco años, la prestación de consultas generales, así como la detección y atención de niños con desnutrición.

Las actividades de estos programas en conjunto han reportado avances importantes en materia de reducción de los daños que padece la población infantil, pero además, han permitido cerrar las brechas y desigualdades en materia de atención a la salud.

Finalmente, y con el propósito de reducir la mortalidad infantil y las brechas existentes entre entidades y regiones de país, en el Sector Salud se continúan fortaleciendo cuatro componentes básicos: vacunación universal, prevención y control de enfermedad diarreica aguda, prevención y control de infección respiratoria aguda (IRA) y vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños.

Objetivo 3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad

Además de mejorar las condiciones de salud de la población y reducir las brechas y desigualdades en la materia, es indispensable que el sistema de salud responda a las necesidades y expectativas de los usuarios y prestadores de los servicios. Mejorar continuamente la calidad con la que se proporcionan los servicios de salud es un atributo deseable de cualquier sistema y uno de sus fines últimos, dado que es indispensable garantizar se respete la dignidad de las personas, su autonomía, la confidencialidad de su información y su seguridad durante el contacto con los servicios de salud. De igual forma, la promoción de la calidad ayuda a que se cuente con establecimientos de salud bien equipados y con los recursos humanos adecuados para garantizar una atención efectiva, integral y eficiente.

Para el gobierno federal, “brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente” es uno de los objetivos que guían el rumbo del país, como se establece en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. En congruencia, dentro del Programa Sectorial de Salud 2007-2012 se estableció el objetivo de “prestar servicios de salud con calidad y seguridad”, el cual sustenta su cumplimiento en la implantación de la estrategia para situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud, mediante el desarrollo y fortalecimiento del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD).

Meta 3.1 Porcentaje de unidades de salud acreditadas que prestan servicios al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)

Una de las tres dimensiones que integran al Sistema Integral de Calidad en Salud se vincula con la calidad en la gestión de los servicios de salud, cuya finalidad es conducir transformaciones que favorezcan la innovación en las organizaciones de salud tendientes a la mejora continua de la calidad. Esta dimensión incluye, entre otros aspectos, el sistema de acreditación y garantía de calidad, el cual adquiere una connotación especial ya que en el PROSESA 2007-2012 se estableció como meta acreditar al 100 por ciento de las unidades de salud que ofrecen servicios al SPSS. (Cuadro 1.15)

La acreditación de unidades es un procedimiento de garantía de la calidad que permite determinar si un establecimiento de atención médica dispone de los elementos mínimos indispensables —en los componentes de capacidad, seguridad y calidad— que le permitan asegurar la prestación de los servicios que integran el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y, en su caso, los correspondientes al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. El proceso de acreditación es liderado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), en coordinación con la Comisión

Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y los Servicios Estatales de Salud (SESA).

Durante 2009 la DGCES acreditó a un total de 1,255 unidades de atención a nivel nacional; cifra que sumada a las 6,064 unidades ya acreditadas durante el periodo 2004-2008 dan un total de 7,319 unidades que obtuvieron esta categoría. Teniendo como meta la acreditación de las 14,162 unidades médicas inscritas al SPSS, la cifra alcanzada hasta 2009 representa un logro de 51.7 por ciento y un incremento relativo de 70.6 por ciento con relación a las unidades acreditadas hasta 2006. (Cuadro I.15)

Es importante señalar que el denominador utilizado para determinar el porcentaje de acreditación corresponde a la cifra de unidades médicas inscrita en el SPSS como prestadoras de servicios durante 2009. Esta acotación debe ser tomada en cuenta dado que actualmente no todas las unidades médicas de primer nivel y hospitales de la Secretaría prestan servicios a los afiliados del SPSS; sin embargo, cada año el número de establecimientos que se incorporan al sistema va en aumento, lo que implica que la cifra utilizada como denominador se irá modificando.

La distribución de los establecimientos acreditados en 2009 por tipo de unidad es la siguiente: 88.8 por ciento corresponde a centros de salud (CS), 7.0 por ciento a UMM, 2.2 por ciento a unidades de especialidades médicas (UNEMES) y el dos por ciento restante a hospitales. (Cuadro I.16)

En el país, las entidades federativas que más unidades médicas acreditaron en 2009 fueron Jalisco (13.8 por ciento del total nacional), Puebla (12.8 por ciento), Oaxaca (9.3) y Michoacán (9.2). En contraste, Baja California, Chiapas, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora y Tamaulipas, en conjunto sólo aportaron el uno por ciento del total de unidades acreditadas. (Cuadro I.16)

Durante 2009, de las 32 entidades federativas sólo 22 acreditaron centros de salud. De los 1,114 CS acreditados este año, la mayor proporción corresponde al estado de Jalisco y Puebla, estados que aportaron 14 por ciento del total nacional, cada uno. En contraparte, Baja California Sur, Nayarit y Zacatecas acreditaron en conjunto a menos del dos por ciento del total a nivel nacional.

En cuanto al proceso de acreditación de hospitales, en 12 entidades federativas se lograron acreditar a 25 establecimientos de este tipo. Guanajuato, Jalisco, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas acreditaron, cada uno, a tres hospitales; Colima y el Estado de México, por su parte, acreditaron a dos hospitales cada uno; mientras que Nayarit, Puebla, Sinaloa, Tabasco y Tamaulipas acreditaron a un hospital cada uno. Por otra parte, las entidades federativas que contribuyeron a la acreditación de 28 UNEMES fueron Jalisco (35.7% del total nacional), Aguascalientes (17.9%), Campeche y Tlaxcala (14.3%, cada una), Guanajuato (10.7%) y Zacatecas (7.1%).

Cuadro I.15

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad.
Programa Sectorial de Salud 2007-2012; México, 2009

Indicador	Línea base 2006 (A)	Valor 2009 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Porcentaje de unidades de salud acreditadas que prestan servicios del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) 1/	30.30	51.68	100.00	-48.32	70.56

1/ Porcentaje de la meta alcanzado, calculado como variación porcentual entre (B) y (C). El resultado representa el porcentaje que hace falta cubrir para cumplir con la meta
Fuente: DGACS; DGCES-SS

Cuadro I.16

Acreditación de unidades de salud según tipo por entidad federativa; México, 2009

Entidad federativa	Unidades de salud acreditadas 2004-2008 1/	Unidades de salud que prestan servicios al SPSS, acreditadas durante 2009, según tipo					Unidades de salud programadas a acreditar según tipo 2/	
		Total	Centro de salud	Hospital	UNEMES	UMM	Centro de salud	Hospital
EUM	6,064	1,255	1,114	25	28	88	2,081	99
Aguascalientes 3/	94	5	NA	NA	5	NA	NA	NA
Baja California	89	3	0	0	0	3	17	3
Baja California Sur	47	8	3	0	0	5	6	0
Campeche	121	10	0	0	4	6	5	1
Coahuila	83	24	20	0	0	4	29	3
Colima	96	11	9	2	0	0	11	3
Chiapas	214	3	0	0	0	3	117	6
Chihuahua	103	56	56	0	0	0	96	0
Distrito Federal	104	22	20	0	0	2	23	0
Durango	125	63	57	0	0	6	53	0
Guanajuato	504	6	0	3	3	0	25	7
Guerrero	179	45	40	0	0	5	130	4
Hidalgo	261	8	0	0	0	8	128	2
Jalisco	264	173	156	3	10	4	159	5
México	459	86	84	2	0	0	200	0
Michoacán	48	116	113	0	0	3	84	4
Morelos	183	11	11	0	0	0	33	0
Nayarit	186	15	8	1	0	6	16	3
Nuevo León	217	21	21	0	0	0	72	0
Oaxaca	312	117	117	0	0	0	200	8
Puebla	253	161	156	1	0	4	67	6
Querétaro	164	34	33	0	0	1	30	0
Quinta Roo	105	48	40	0	0	8	36	2
San Luis Potosí	184	1	0	0	0	1	15	2
Sinaloa	201	1	0	1	0	0	31	11
Sonora	120	1	0	0	0	1	24	0
Tabasco	405	61	50	1	0	10	153	1
Tamaulipas	164	4	0	1	0	3	98	3
Tlaxcala	137	25	18	3	4	0	33	5
Veracruz	372	83	80	3	0	0	164	17
Yucatán	112	14	13	0	0	1	13	0
Zacatecas	155	17	8	3	2	4	13	3
Federales	2	1	0	1	0	0	0	0
Privados	1	1	1	0	0	0	0	0

UNEMES: Unidad de especialidades médicas; UMM: Unidad médica móvil

1/ Incluye centros de salud, hospitales y unidades médicas móviles

2/ Con base en el Plan Anual de Acreditación 2009

3/ Entidad que desde 2007 logró la cobertura total de acreditación de centros de salud y hospitales, por lo que NA significa que no aplica para esta entidad

Fuente: DGACS; DGCESS

Respecto a las unidades médicas móviles, en 21 entidades federativas se logró acreditar a 88 de éstas. De ellas, las 10 UMM acreditadas en Tabasco representaron el 11.4 por ciento, mientras que Hidalgo y Quintana Roo contribuyeron con el 9.1 por ciento cada uno. Por su parte, Querétaro, San Luis Potosí, Sonora y Yucatán contribuyeron en conjunto con el 4.5 por ciento del total de unidades. (Cuadro I.16)

Como parte del proceso de acreditación de unidades médicas, los SESA, en conjunto con la CNPSS y la DGCEs, definen cada año un Plan Anual de Acreditación (PAA), en el cual se determina el número de unidades a acreditar en el siguiente año calendario. Para cumplir con este plan, el estado debe cubrir las distintas fases establecidas en el manual del sistema de acreditación y garantía de calidad en establecimientos para la prestación de servicios de salud, las cuales dan inicio con la fase de autoevaluación, en la cual se valora si se cumple con los requerimientos mínimos solicitados. Si en esta etapa se obtienen los puntajes requeridos, se otorga el dictamen de acreditación correspondiente, con lo que el SESA puede solicitar a la DGCEs se programe la visita de auditoría al establecimiento que obtuvo dicho dictamen, ello con el objetivo de ratificar, o rectificar en su caso, la condición de acreditación.

En este sentido, los datos del cuadro I.16 muestran que a nivel nacional el 53.5 por ciento de los centros de salud programados para acreditarse en 2009 obtuvieron el certificado correspondiente y en el caso de los hospitales el porcentaje fue de 25.3, lo que implica que las unidades restantes no lograron cumplir con la fase de autoevaluación. El análisis por entidad federativa, además, permite observar que el cumplimiento del PAA de 2009 es irregular, dado que existen entidades que no acreditaron unidades a pesar de haberse programado y entidades que acreditaron un número mayor de establecimientos respecto de los que tenían programados. Estos hechos son indicativos de la necesidad de adecuar la programación de unidades a acreditar con base en la factibilidad que poseen las unidades de atención y las entidades federativas para cumplir con los requisitos estipulados en el manual correspondiente. (Cuadro I.16)

En cuanto a las cifras acumuladas de acreditación del periodo 2004-2009, el Estado de México es la entidad federativa con el mayor número de establecimientos acreditados (7.4 por ciento del total a nivel nacional), seguido de Guanajuato, Tabasco y Veracruz (7, 6.4 y 6.2 por ciento, respectivamente). Por su parte, las entidades cuya aportación ha sido menor son Baja California Sur, Baja California y Aguascalientes. Cabe señalar que el número de establecimientos de atención está en función del volumen de población a la que debe atenderse, por lo que la aportación de cada estado depende de este hecho.

Un aspecto que es necesario destacar es el incremento porcentual que registraron algunas entidades federativas entre 2008 y 2009. Por ejemplo, Michoacán registró en 2008 un acumulado de 48 unidades acreditadas, cifra que en 2009 aumentó a 164, lo que representa un incremento de 241.7 por ciento. Este aumento provocó que esta entidad pasara de la posición número 31 a la posición 20 en la lista de estados según número de unidades acreditadas. Otros incrementos notables fueron los registrados en Chihuahua y Durango con 54.4 y 50.4 por ciento, respectivamente, lo que les permitió ascender en la lista cuatro posiciones a nivel nacional. (Figura I.26)

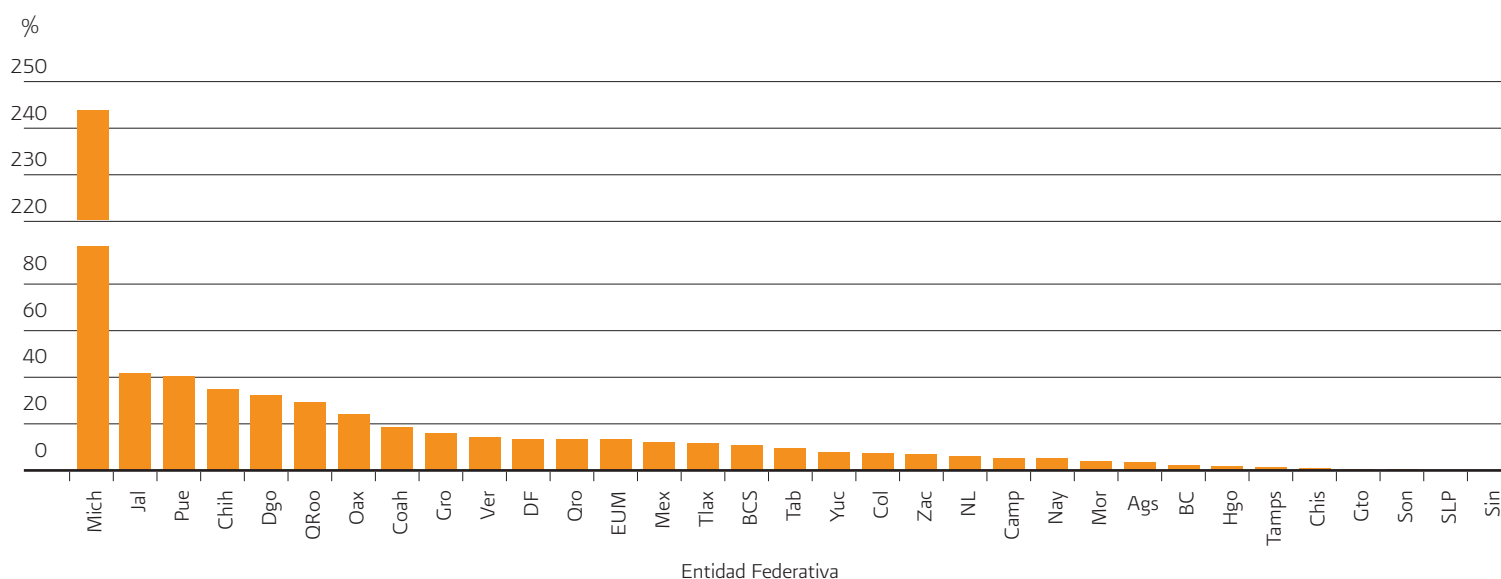
Meta 3.2 Porcentaje de unidades de salud que han implementado medidas para prevenir eventos adversos

La presencia de eventos adversos en los hospitales es un hecho innegable que, además de mermar el estado físico-mental y la confianza de los pacientes y sus familiares, representa un alto costo para el sistema de salud. Dadas sus múltiples dimensiones, su solución no resulta inmediata ni sencilla por lo que es necesario implementar estrategias efectivas que permitan ofrecer servicios de salud seguros.

En este sentido, otra de las metas establecidas en el PROSESA 2007-2012, fue "implantar medidas de prevención de eventos adversos para garantizar la seguridad de los pacientes en 60 por ciento

Figura I.26

Incremento porcentual del número de unidades acreditadas entre 2008 y 2009, por entidad federativa; México, 2009 1/



1/ Con base en datos acumulados desde 2004
Fuente: DGACS; DGCES-SS

de las unidades del sector público”, la cual, además, permite dar seguimiento al objetivo de prestar servicios de salud con calidad y seguridad. En 2006 se informó que 16.7 por ciento de los hospitales de mediana y alta complejidad habían implementado medidas para prevenir eventos adversos. Por lo que para cumplir con la meta en 2012 sería necesario incrementar esa cifra en 43.3 puntos porcentuales. (Cuadro I.17)

De acuerdo con la información proporcionada por la DGCES, de los 628 hospitales de mediana y alta complejidad considerados como meta para 2009, 217 implementaron medidas para prevenir eventos adversos, lo que representa el 34.5 por ciento. Este porcentaje corresponde al 41.2 por ciento de cumplimiento de la meta 2012 y respecto al registrado en 2006 muestra un incremento de 106.9 por ciento; mientras que en comparación con lo reportado en 2008 el incremento es de 8.7 por ciento. (Cuadro I.17)

De los 217 hospitales de mediana y alta complejidad que implementaron medidas para prevenir eventos adversos, un 8.3 por ciento se ubicó en el

estado de Veracruz y el 7.8 por ciento en el Estado de México. En contraste, los estados de Colima, Oaxaca, Querétaro y Quintana Roo reportaron que sólo uno de sus hospitales había implementado dichas medidas.

Si bien se ha avanzado en el cumplimiento de la meta, es necesario seguir trabajando para que los hospitales faltantes tomen conciencia de la magnitud y trascendencia del tema y concreten medidas que garanticen la seguridad de los usuarios. En este sentido, el programa de Seguridad del Paciente del SICALIDAD realiza capacitaciones “semilla” cuyo objetivo es facultar en la materia a un grupo estratégico de personal de salud para que éste replique el curso, ya sea en su estado, hospital, dirección o área.

Como parte de la dimensión de calidad técnica y seguridad del paciente del SICALIDAD, las acciones para la prevención de eventos adversos en el Sector Salud han sido enfocadas a: i) garantizar la aplicación correcta de medicamentos; ii) identificar de forma precisa a los pacientes; iii) evitar las infecciones nosocomiales; iv) impulsar la seguridad quirúrgica; v) prevenir la caída de pacientes; vi) favorecer una

Cuadro I.17

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad.

Programa Sectorial de Salud 2007-2012; México, 2009

Indicador	Línea base 2006 (A)	Valor 2009 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Porcentaje de unidades de salud que han implementado medidas para prevenir eventos adversos 1/	16.70	34.55	60.00	41.23	106.91

1/ Porcentaje de la meta alcanzado, calculado como: $(B-A)/(C-A)*100$

Fuente: DGACS; DGCESS

comunicación eficiente entre el paciente y el equipo de salud; vii) promover el uso y apego a protocolos y guías diagnósticas; viii) fomentar un cambio organizacional dentro de las unidades de salud, y ix) promocionar la corresponsabilidad del paciente y sus familiares. En el rubro de seguridad quirúrgica, es importante destacar que durante 2009 fue lanzada en el país la campaña sectorial “Cirugía segura salva vidas”; misma que además de responder a una problemática local, permite a México cumplir con el segundo reto establecido por la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud.

Además, como parte de los objetivos para dicha dimensión de la calidad, se promueve el desarrollo de proyectos de mejora que respondan a la problemática de cada hospital, en especial a contener los riesgos asociados a la ocurrencia de eventos adversos, se aplican indicadores de seguridad del paciente y se fomenta la investigación en materia de seguridad del paciente.

Meta 3.3 Tasa anual de infecciones nosocomiales

A partir de la implementación de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente en 2004, la OMS convocó a los Estados Miembros para mejorar la seguridad de la atención a la salud, sensibilizándolos sobre los efectos negativos en salud y económicos que resultan de no prevenir los eventos adversos y los errores médicos dentro de los sistemas de salud, brindando, para ello, apoyo en la formulación y pue-

ta en marcha de prácticas y políticas nacionales que mejoren la seguridad de los pacientes.

Como parte de las acciones contempladas por la Alianza, cada dos años se establece un reto en materia de seguridad de la atención, el cual permite movilizar la acción internacional en pos de su enfrentamiento. Para los años 2005 y 2006 se estableció el primero de estos retos, orientado a prevenir las infecciones nosocomiales con el lema “una atención limpia es una atención segura”. México, en respuesta a esta convocatoria, lanzó en octubre de 2008 la campaña sectorial “Está en tus manos”, cuyo objetivo fue promover el lavado de manos como una de las estrategias más costo-efectivas para disminuir el riesgo de infecciones intrahospitalarias.

El segundo reto elegido fue el de la seguridad de las prácticas quirúrgicas. México se sumó a éste lanzando en diciembre de 2009 la campaña “La cirugía segura salva vidas”, cuyo objetivo es reforzar las prácticas de seguridad en las instituciones del Sistema Nacional de Salud para evitar efectos adversos asociados al procedimiento quirúrgico. Dentro de las acciones que contempla esta campaña se encuentran las relacionadas con el mejoramiento de la higiene de manos, a fin de prevenir infecciones quirúrgicas en los nosocomios del país.

Estos esfuerzos confirman la importancia que el Sector Salud asignó, desde el inicio de la presente administración, a la prestación de servicios de salud con calidad y seguridad para los usuarios de los mismos, dado que en el PROSESA 2007-2012 se estableció la meta para “alcanzar y mantener

una tasa anual no mayor de 6 infecciones por 100 egresos en los hospitales públicos”. (Cuadro I.18)

Al respecto, se ha comentado en informes previos que el seguimiento de esta meta se ve afectado por la ausencia de datos continuos y confiables dentro del SINAIS, por lo que se ha recurrido a la realización de estudios ex profeso que capten dicha información, como el llevado a cabo en 2008 y cuyos resultados fueron expuestos en la versión previa de este informe. Por esta razón, no se dispone de información que permita valorar el cumplimiento de la meta para el año de 2009, esperando se realice el estudio correspondiente durante el año de 2011. (Cuadro I.18)

A pesar de ello, es importante señalar que durante el 2009 se llevó a cabo un estudio, coordinado por la Subsecretaría de Innovación y Calidad, con el propósito de profundizar en el estudio específico de los eventos adversos quirúrgicos (EAQ) y apoyar con sus resultados el lanzamiento de la campaña “La cirugía segura salva vidas”. El estudio, que se basó en una muestra de 48 hospitales públicos pertenecientes a la SS, IMSS, ISSSTE y PEMEX en los que se obtuvo una muestra de 6,119 expedientes clínicos, tuvo como objetivos: i) obtener información sobre la prevalencia de los EAQ en los hospitales de dichas instituciones de salud; ii) analizar el apego de los profesionales a la norma en materia del llenado del expediente quirúrgico y iii) conocer la percepción y conocimiento que sobre seguridad quirúrgica tiene el personal de salud, vinculado a la ejecución de procedimientos quirúrgicos en las unidades.

De los 6,119 expedientes clínicos analizados, el 60.9 por ciento correspondieron a pacientes del sexo

femenino; la edad promedio de los pacientes fue de 43.2 años; el tiempo promedio de estancia hospitalaria fue de 5.2 días y el 91 por ciento de los pacientes egresaron por mejoría. A partir de la muestra de expedientes, se registró una prevalencia de EAQ de 4.1, lo que significa que cuatro por ciento de los pacientes que se someten a un procedimiento quirúrgico en las instituciones públicas del país enfrenta un evento adverso; prevalencia que se incrementa conforme aumenta el tamaño del hospital: en los hospitales mayores de 120 camas la prevalencia observada fue de 5.6 por ciento, cifra que triplica la prevalencia observada en los hospitales menores de 60 camas.

Respecto de las infecciones nosocomiales, en el estudio se observó que del total de EAQ documentados, el 19.3 por ciento se relacionó con este tipo de eventos, siendo las infecciones de herida quirúrgica (39 por ciento) y la sepsis o shock séptico (25 por ciento) las más frecuentes. Es necesario señalar que el estudio fue diseñado ex profeso para conocer la prevalencia de eventos adversos en los procesos quirúrgicos, por lo que los datos anteriores no son lo suficientemente robustos para valorar la magnitud de las infecciones nosocomiales en las instituciones públicas de salud del país; sin embargo, forman parte del conocimiento que permite tener un mejor acercamiento a este problema de salud.

Los resultados más importantes obtenidos en el estudio al que se hace referencia pueden ser consultados en el documento denominado Observatorio del Desempeño Hospitalario 2009, el cual puede recuperarse en la siguiente dirección en Internet www.dged.salud.gob.mx.

Cuadro I.18

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad. Programa Sectorial de Salud 2007-2012; México, 2009

Indicador	Línea base 2006 (A)	Valor 2009 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Tasa anual de infecciones nosocomiales	15.00	ND	Menos de 6.0	NA	NA

ND: Dato no disponible; NA: No aplica

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

Una de las funciones básicas del sistema de salud es el financiamiento del mismo, el cual se entiende como el conjunto de procesos que permiten la recaudación de recursos financieros desde sus fuentes (hogares, empresas, gobierno y donaciones nacionales e internacionales), su acumulación en fondos específicos (seguro social, presupuestos públicos, ahorros familiares) y su distribución y ejercicio en la producción o compra de servicios.

La adecuada interacción de estos procesos permite garantizar que las personas tengan acceso a los servicios de atención a la salud y que se les proteja de los negativos impactos financieros que pueden derivarse de la atención a la salud. La protección financiera implica que la contribución que realicen las personas al financiamiento de la salud se base en principios de equidad y solidaridad social, con un predominio del financiamiento público, evitando los pagos al momento del uso y con contribuciones progresivas que hagan que los hogares con mayores ingresos contribuyan financieramente al sistema en mayor proporción. Poniendo en práctica estos principios, se evitaría que las familias y los individuos incurran en gastos catastróficos por atender su salud, lo cual puede conducir a la población a empobrecerse o a tener que posponer la atención de su salud por falta de recursos.

En México lamentablemente se enfrentan condiciones que no han permitido garantizar la protección financiera dentro del SNS, lo que ha provocado que algunos segmentos de la población sigan empobreciéndose por tener que atender su salud. Esto dio pie para que en el PROSESA 2007-2012

se estableciera como objetivo el que se evitara dicha situación, objetivo que sustenta su cumplimiento, principalmente, a través de la implementación y consolidación del SPSS.

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

Para valorar el avance en la consecución del objetivo tendiente a “evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud”, se establecieron en el PROSESA 2007-2012 dos metas a cumplirse en 2012. La primera de ellas establece que en ese año se deberá haber disminuido el gasto de bolsillo a 44 por ciento del gasto total en salud. (Cuadro I.19)

El indicador utilizado para valorar el cumplimiento de esta meta permite determinar el peso relativo que tiene el gasto de bolsillo respecto del gasto total en salud, tomando en consideración que el gasto de bolsillo representa aproximadamente el 95 por ciento del gasto privado en salud, el cual a su vez representa un poco más del 50 por ciento del gasto total en salud.

El gasto de bolsillo representaba 51.0 por ciento del gasto total en salud en 2006, por lo que para lograr que en 2012 este porcentaje represente 44.0 por ciento, era necesario reducir la cifra en 7.0 puntos porcentuales. Hasta 2009 este porcentaje se ha reducido 2.04 puntos porcentuales, lo que equivale a 29.1 por ciento de la reducción requerida para cumplir con la meta para 2012. (Cuadro I.19).

Cuadro I.19

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, 2009

Indicador	Línea base 2006 (A)	Valor 2009 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto en salud 2/	51.00	48.96	44.00	29.14	-4.00
Porcentaje de hogares que incurrir en gastos catastróficos por motivos de salud	3.73	ND	3.36	NA	NA

ND: Dato no disponible; NA: No aplica

1/ Calculado como: $(B-A)/(C-A)*100$

2/ Valor 2009, estimado

Fuente: Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), DGIS-SS

En términos de variación porcentual, la cifra 2009 representa una reducción de 4.0 por ciento respecto del valor registrado en 2006 y una disminución de 0.7 por ciento respecto a 2008. A pesar de que la tendencia es descendente, la reducción alcanzada no permite garantizar que se cumplirá con la meta en 2012, ya que la disminución anual requerida (1.65 puntos porcentuales) es casi cinco veces más alta que la reducción registrada entre 2008 y 2009 (0.35 puntos porcentuales).

Un elemento esencial para aumentar la probabilidad de cumplir la meta en 2012 es alcanzar la meta de afiliación al SPSS, dado que esto contribuirá a reducir el gasto de bolsillo entre la población que carece de seguridad social al permitirle acceder a los servicios de atención a la salud en condiciones menos precarias, evitando, entre otras cosas, el gasto en medicamentos que suele constituir el componente más importante del gasto privado en salud.

Al respecto, en 2009 se logró afiliar al SPSS a 10,514,325 familias que representan 95.6 por ciento de la meta de afiliación para este año y un incremento de 15.0 por ciento respecto del número de familias afiliadas en 2008. Entre 2008 y 2009, el Distrito Federal fue la entidad con mayor incremento en la afiliación de familias al SPSS, con 47.7 por ciento, seguido de Michoacán con 35.6 por ciento. En el extremo opuesto destaca la reducción que se

registró en Sonora (8.8 por ciento), lo cual se debió a que no proporcionó la documentación requerida por el SPSS en el plazo provisional de 90 días, así como al hecho de que su avance en la reafluencia de familias fue reducido. (Figura I.27)

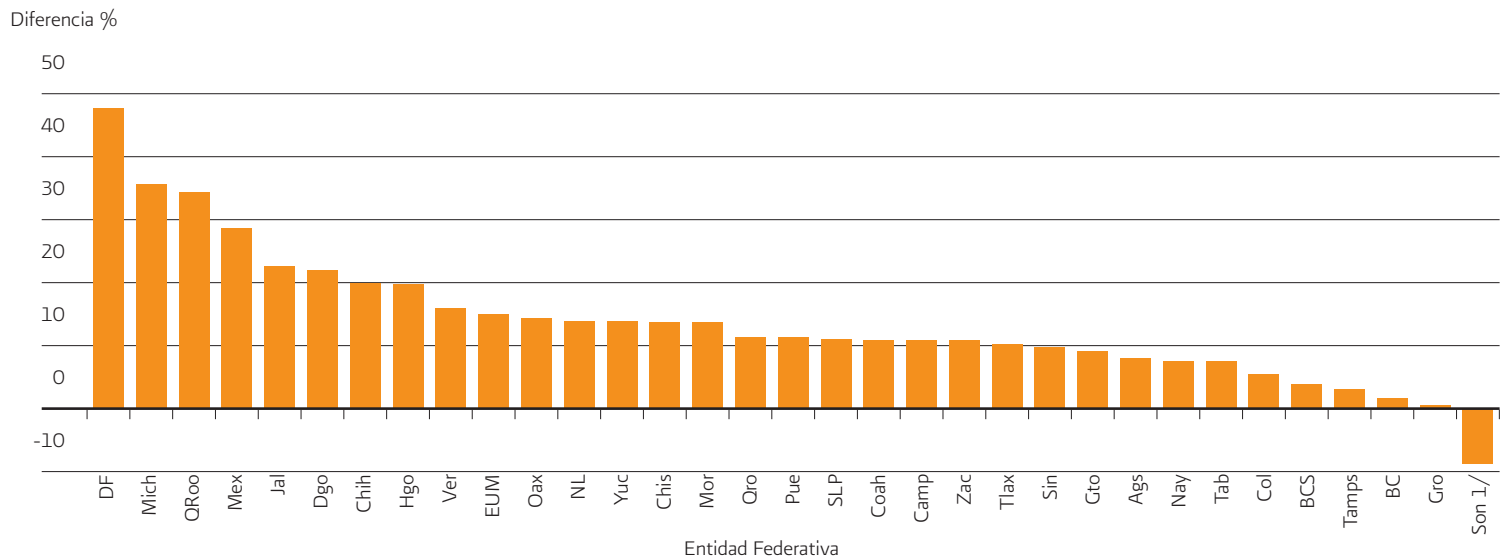
Meta 4.2 Porcentaje de hogares que incurrir en gastos catastróficos por motivos de salud

Como se observa en el cuadro I.19, la segunda meta para valorar el avance en el objetivo tendiente a evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud es la de “reducir en 10 por ciento la proporción de hogares que enfrentan gastos catastróficos por motivos de salud”, lo que implica que en 2012 esta proporción no deberá ser mayor de 3.36 por ciento. (Cuadro I.19)

Ya se ha informado previamente que no se dispone de datos continuos dentro del Sistema Nacional de Información en Salud para dar seguimiento al cumplimiento de esta meta. La fuente de información utilizada es la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) que realiza el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) cada dos años. Debido a ello, para este indicador la actualización del grado de avance se tendrá hasta 2011, cuando estén disponibles los

Figura I.27

Diferencia porcentual del número de familias afiliadas al SPSS entre 2008 y 2009 por entidad federativa; México, 2009



1/ Entidad que registró un decremento debido a que no proporcionó la documentación requerida en el plazo establecido y por un avance reducido en sus reafiliaciones

datos de la ENIGH que se realice en 2010. Los últimos datos disponibles fueron los de 2008, mismos que se incluyeron en el informe correspondiente.

Conviene recordar que, de acuerdo con esas cifras, el porcentaje de hogares que incurrieron en gastos catastróficos por motivos de salud durante 2008 fue de 2.49, cifra con la que se cumplió y mejoró la meta de 3.36 por ciento establecida para 2012. No obstante, también se estableció que era necesario valorar el posible efecto que tendría la crisis financiera mundial en México, sobre todo en la población que no dispone de seguridad social y en aquella que se ubica en los municipios y regiones menos desarrolladas del país.

Para valorar los posibles efectos de esta crisis, será necesario continuar monitoreando los indica-

dores relacionados con el gasto privado en salud, así como los relacionados con la ampliación de cobertura de programas como el Seguro Popular de Salud, Seguro Médico para una Nueva Generación, Estrategia de Embarazo Saludable, Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en su componente de salud. Es importante destacar, además, el papel que tienen las transferencias monetarias condicionadas, en particular cuando éstas, en términos del monto de recursos transferidos, son adecuadas, bien dirigidas y no desalientan la búsqueda de otras salidas de la pobreza entre sus beneficiarios.

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

La desnutrición y sus consecuencias, como el retraso en el crecimiento, son la evidencia más cruda de la pobreza que experimentan algunos sectores de la población. Diversos estudios han demostrado que la desnutrición en la niñez se traduce en una baja productividad en la edad adulta, en la obtención de menores ingresos económicos y en una mayor probabilidad de enfermar, pero, además, se ha documentado que los hijos de mujeres que en sus primeros años de vida padecieron desnutrición son más pequeños y menos sanos que los hijos de mujeres bien nutridas. Por ello, una de las obligaciones de los sistemas de desarrollo social es contribuir a la reducción de los niveles de pobreza y de las brechas que su existencia genera entre los diversos grupos poblacionales.

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

Uno de los objetivos establecidos en el PND 2007-2012 es reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para que todos los mexicanos mejoren significativamente su calidad de vida y tengan garantizadas la alimentación, salud, educación, vivienda digna y un medio ambiente adecuado para su desarrollo, tal y como lo establece la Constitución Política del país. Para romper con el determinismo histórico que enfrenta la población que nace en condiciones

de pobreza, el gobierno mexicano, a través del Desarrollo Humano Sustentable, busca transformar las políticas públicas y su implementación a fin de establecer las condiciones que permitan a la población aumentar sus capacidades y sus oportunidades para mejorar sus condiciones de vida, sin limitar o afectar el desarrollo de las generaciones futuras.

En apego a ello, en el PROSESA 2007-2012 se estableció el objetivo de “garantizar que la salud contribuya al combate de la pobreza y al desarrollo social del país”. Mejorar la salud de la población es una de las mayores y mejores inversiones en capital humano que puede realizar una nación. Invertir en salud permite incrementar el volumen de población que se inserta al desarrollo productivo del país y sienta las bases para contar con generaciones futuras más sanas y con menos riesgos que limiten su desarrollo y bienestar.

Mejorar las condiciones de salud es el objetivo definitorio del sistema de salud, pero de igual importancia es reducir las brechas entre la población que vive en condiciones de marginación y la que disfruta de condiciones más favorables. Por ello, en el PROSESA se estableció la necesidad de valorar la forma en que se implantan y ejecutan las estrategias y acciones a través de las cuales la salud contribuye al combate a la pobreza y al desarrollo social del país. Con este fin se estableció la meta estratégica para 2012 de reducir 20 por ciento la prevalencia de menores de 5 años con bajo peso para su talla respecto del valor registrado en 2006 en los 125 municipios con menor IDH, prevalencia que fue de 8.7 por ciento. De esta forma, la meta para 2012 es que la prevalencia de bajo

peso para la talla entre los menores no sea mayor de 6.9 por ciento. (Cuadro I.20)

En México, la información para evaluar los factores relacionados con la nutrición de la población se obtiene de encuestas poblacionales, la última de las cuales fue la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006). Por lo tanto, el seguimiento anual a esta meta no es posible, dado que dichas encuestas se realizan con una periodicidad amplia de tiempo (aproximadamente seis años) y en el SINAIS no se dispone de datos sobre mediciones antropométricas que permitan la construcción del indicador requerido para darle seguimiento, lo cual limita la medición precisa sobre la dinámica en materia de nutrición. Además, su seguimiento se complica debido a la necesidad de aportar información desagregada por municipio, en particular para los 125 municipios con menor IDH, la cual no está disponible, limitando la elaboración de estimaciones que den una aproximación del fenómeno en esas regiones.

Debido a ello, en el presente ejercicio no se presenta el dato sobre la prevalencia de bajo peso para la talla en los menores de cinco años en los 125 municipios con menor IDH. A pesar de ello, la OPS, informa que la tendencia de los problemas relacionados con la desnutrición en México es descendente. Estos datos son resultado del análisis que la OPS realizó a partir del uso de los nuevos estándares de crecimiento para niños menores de 5 años de la OMS, mismos que fueron difundidos en 2006.

De acuerdo con estos datos, la prevalencia de desnutrición crónica (talla baja para la edad) en México refleja una reducción de 42.4 por ciento entre 1988 y 2006. Este tipo de desnutrición expresa los efectos acumulados de una inadecuada ingesta de nutrientes (no necesariamente de una inadecuada ingesta de energía), de la presencia de episodios repetitivos de enfermedades —especialmente diarreas— o la interacción entre ambos problemas. Disponer de esta información, sobre todo del déficit de talla que ha ocurrido durante los primeros dos años de vida, es fundamental dado que un niño que padece este tipo de desnutrición rara vez puede recuperar un crecimiento normal. (Cuadro I.21)

Por su parte, el bajo peso para la talla da cuenta de la desnutrición aguda entre la población menor de cinco años, siendo esta una condición que pone en riesgo la vida del niño al ser resultado de una reciente carencia de ingesta de energía o de la presencia constante de enfermedades agudas. Este indicador, en términos clínicos y epidemiológicos, permite identificar a los niños que en un momento dado se encuentran desnutridos, lo que implica que en el país, durante 2006, un dos por ciento de los menores de cinco años presentaban desnutrición aguda, cifra que es 67.7 por ciento menor a la encontrada en 1988. Finalmente, el bajo peso para la edad, que informa tanto problemas de desnutrición crónica como aguda, registró en México un decremento de 68.5 por ciento, pasando de una prevalencia de 10.8 en 1988

Cuadro I.20

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, 2009

Indicador	Línea base 2006 (A)	Valor 2009 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años que presentan bajo peso para su talla en los 125 municipios con menor IDH	8.70	ND	6.96	NA	NA

ND: Dato no disponible; NA: No aplica
Fuente: SS

a 3.4 por ciento en 2006. Es importante señalar que este indicador aporta información útil para evaluar el estado individual de un niño, el cual puede perder peso al enfrentar alguna enfermedad; sin embargo, es un poco ambiguo, particularmente después del primer año de vida, dado que no permite vincular el hecho de que el peso depende de su relación con la longitud/talla de los menores. (Cuadro I.21)

La tendencia positiva de los indicadores relacionados con desnutrición sugiere que las políticas que en el país se han implementado para mejorar el bienestar de la población, sobre todo de aquella clasificada como pobre y marginada, están teniendo un impacto positivo. El ejemplo más evidente es el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, el cual en 2009 cubrió a más de 5.2 millones de familias que habitan en 2,445 municipios del país.

Para reforzar los resultados positivos que se han obtenido hasta este momento, es necesario insistir en acciones como las siguientes: i) asegurar una nutrición óptima, que se sustente en la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida de los menores; ii) construir un medio ambiente favorable, en términos de saneamiento ambiental para, entre otras cosas, mejorar el acceso a agua de calidad adecuada para consumo humano y para disminuir la exposición a alimentos de alto contenido energético y pobre seguridad nutricional, y iii) mejorar el cuidado a la salud, a partir de la consolidación de las acciones de vacunación a nivel sectorial en cada una de las entidades federativas del país y de la ampliación y mejoramiento de los cuidados pediátricos que se proporcionan rutinariamente en los establecimientos de atención.

Cuadro I.21

Tendencias en la prevalencia de bajo peso; talla baja y bajo peso para la talla en menores de cinco años, usando el estándar OMS; México, 1988, 1999 y 2009

Año	Niños menores de cinco años					
	Con bajo peso		Con talla baja		Con bajo peso para la talla	
	Número	Prevalencia	Número	Prevalencia	Número	Prevalencia
1988	1,198,476	10.80	2,985,093	26.90	688,014	6.20
1999	615,160	5.60	2,361,775	21.50	230,685	2.10
2006	358,496	3.40	1,634,320	15.50	210,880	2.00

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. "La desnutrición en lactantes y niños pequeños en América Latina y El Caribe: alcanzando los objetivos de desarrollo del milenio". Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2008



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

Los esfuerzos para concretar en 2015 los objetivos establecidos en la Declaración del Milenio del año 2000 —y con ello liberar a la población del flagelo asociado a la pobreza extrema y el hambre, de la falta de oportunidades que se asocia al analfabetismo y a la desigualdad de género, y de los daños provocados por las enfermedades y las desigualdades en materia de salud—, se han visto comprometidos por diversos factores que afectan el desarrollo, el crecimiento, la equidad, la justicia y el orden social. Ejemplos de estas amenazas son la crisis económica mundial que desde 2008 afecta a prácticamente todos los países del orbe; el aumento de los precios de los alimentos y los problemas para su adecuada distribución; los efectos del cambio climático global y la falta de oportunidades, tanto para las mujeres como para los hombres, para incorporarse al aparato productivo nacional en igualdad de condiciones.

De acuerdo con el Banco Mundial, las tendencias actuales muestran que será muy difícil alcanzar la mayoría de los ODM a nivel mundial, sobre todo los relacionados con el área de la salud. Los principales retos que deben enfrentar diversos países, sobre todo del continente Africano, para reducir, por ejemplo, la mortalidad materna e infantil son la falta de servicios de atención adecuados, la implementación de intervenciones costo-efectivas como la distribución de suplementos alimenticios, la lactancia materna como método de alimentación exclusivo y el fortalecimiento de los programas de inmunización.

Respecto de las metas para detener y comenzar a revertir la propagación del VIH/SIDA y de otras enfermedades transmisibles, como el paludismo y la tuberculosis, se han obtenido mejoras, pero el grado de avance es insuficiente. En suma, las condiciones adversas imperantes a nivel mundial ejercen una presión que obliga a los países del mundo a buscar soluciones innovadoras y a desarrollar mayores esfuerzos a nivel interno, ya que la cooperación internacional para el desarrollo sufre los estragos de la crisis financiera internacional.

Bajo este panorama, el presente capítulo describe los resultados 2009 relacionados con el seguimiento de las metas comprometidas por México respecto de los ODM referentes al campo de la salud. Es necesario recordar que a partir de enero de 2008 entró en vigor una nueva lista de metas e indicadores para estos objetivos, la cual guió la descripción de los resultados aquí presentados.

Del mismo modo se informa al lector que durante 2010 el Gobierno Federal emitirá el Informe País sobre la totalidad de los ODM, que será proporcionado a las autoridades de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Para la integración de ese informe, en abril de 2010 se conformó el Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (CTESIODM), el cual tiene la responsabilidad de recabar la información que permita su elaboración. De acuerdo con los criterios establecidos por este Comité, la información corresponderá a datos consolidados (definitivos), por lo que para algunos indicadores se incluirá información de años previos a 2009. Por este motivo, en Rendición de

Cuentas en Salud 2009, que se concreta a informar el cumplimiento de las metas de los ODM relacionadas con el área de la salud, junto con las del PROSESA 2007-2012, se tomó el acuerdo de utilizar los datos que se incluirán en el Informe País. No obstante, en los casos en que dicha información corresponda a datos previos a 2009, la SS utilizará la información más actualizada obtenida del SINAIIS y de las unidades administrativas vinculadas a dichas metas, a pesar de que algunas de estas cifras tengan un carácter preliminar. Lo anterior obedece al objetivo de este informe que es proporcionar una panorámica lo más actualizada posible sobre los avances de México en esta materia, a fin de suministrar elementos de apoyo a los procesos de planeación, toma de decisiones y rendición de cuentas.

Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre

En el año 2000, cuando se celebró la Cumbre del Milenio y se definieron en ella los compromisos a cumplirse en 2015, se documentó que la mitad de la población mundial vivía con menos de 2 dólares al día y que aproximadamente 1,200 millones de personas subsistían con menos de 1 dólar diario. En este sentido, la pobreza fue —y sigue siendo— el principal reto a enfrentar, requiriendo la sinergia de acciones globales decididas, la cual, sin embargo, se ha visto impactada negativamente por las adversidades económicas experimentadas durante la última década a nivel mundial.

La población pobre no sólo recibe menores ingresos, también es la que más limitadas tiene sus posibilidades para acceder a mejores condiciones de salud, educación y, en general, para mejorar sus niveles de bienestar. Las madres pobres tienen mayor probabilidad de morir en el parto; los hijos de familias pobres registran niveles de desnutrición elevados y son más susceptibles a morir de forma anticipada o a padecer más enfermedades durante la edad adulta, y las inequidades de género entre la población pobre son más pronunciadas.

De acuerdo con el informe de los ODM 2009, se estima que para ese año el número de pobres podrá incrementarse en un rango de 55 a 90 millones debido a la crisis económica y al incremento en el precio de los alimentos durante los últimos cinco años. Además, se prevé que en 2015 alrededor de mil millones de personas vivirán en condiciones de pobreza extrema. Estos datos son una muestra de la complejidad implícita para cumplir con este objetivo y sus metas relacionadas, como la de reducir

a la mitad la proporción de la población que padece hambre.

Prevalencia de bajo peso en menores de cinco años

Para dar seguimiento a esta meta se estableció el indicador de “proporción de niños menores de cinco años con insuficiencia ponderal”; es decir, niños menores de 5 años cuyo peso está dos desviaciones estándar por debajo de la mediana correspondiente a la población de referencia internacional. Dicha proporción, de acuerdo con el informe 2009 de los ODM, asciende a 26 por ciento en el conjunto de las regiones en desarrollo, mientras que en América Latina y el Caribe la proporción es de 6 por ciento.

En México, la meta de reducir a la mitad la proporción de población que padece hambre en el 2015 representa lograr que la prevalencia de bajo peso en menores de cinco años pase de 14.2 por ciento (cifra de 1988) a 7.1 por ciento en 2015. Para el seguimiento de esta meta se utilizan datos de encuestas poblacionales, mismas que hasta el momento se han implementado en periodos de 6 a 11 años entre cada una, la más reciente es la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT). (Cuadro II.1)

Por esta razón no se dispone del valor correspondiente a 2009; sin embargo, es necesario establecer que de acuerdo con los datos disponibles, en 2006 la prevalencia de insuficiencia ponderal en México fue de 5.0 por ciento en menores de cinco años, cifra que mejora en 2.1 puntos porcentuales

Cuadro II.1

Metas relacionadas con el Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2009

Meta/Indicador	Línea base (A)	Última cifra disponible (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado	Variación % entre (A) y (B)
Meta 1C: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padece hambre					
Prevalencia de bajo peso en menores de cinco años	14.20	ND	7.10	NA	NA

ND: Dato no disponible; NA: No aplica

La cifra para línea base corresponde a datos de 1988 y la meta a 2015

Fuente: SPSS-SS con base en las Encuestas Nacionales de Nutrición y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

la reducción requerida para 2015 y representa una reducción de 64.8 por ciento en comparación con la prevalencia registrada en 1988.

El bajo peso en los menores de cinco años no representa un grave problema de salud pública en México; sin embargo, la baja talla para la edad (desmedro o desnutrición crónica) sí impone un reto para el sistema de desarrollo social del país. En 2006, la prevalencia de desmedro entre este grupo poblacional se ubicó en 12.7 por ciento, cifra que si bien se redujo en 10.1 puntos porcentuales respecto de 1988, significaba que en ese momento había más de un millón de niños menores de cinco años con esta condición.

La reducción de la desnutrición entre la población menor de cinco años también puede visualizarse a través del análisis de la mortalidad correspondiente. El número de muertes registradas en 1990 por esta causa y grupo de edad fue de 3,883, de las cuales 2,052 ocurrieron en varones y 1,812 en mujeres; estas defunciones representaron una tasa de 34.0 muertes por cien mil menores de ese grupo de edad. En 2009 fallecieron 520 menores por desnutrición (276 niños y 244 niñas) y con ello la tasa de mortalidad se ubicó en 5.4 defunciones por cien mil menores de cinco años, lo que representa un descenso de 84 por ciento respecto al nivel registrado en 1990 para este indicador.

El comportamiento de la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años por entidad federativa durante 2009 registra importantes di-

ferencias. En un extremo, Oaxaca registró una tasa de 13.5 defunciones por cien mil menores de cinco años, cifra 2.5 veces mayor a la tasa nacional. En el extremo opuesto, durante este año, Querétaro no registró defunciones por esta causa y en Nuevo León la tasa ascendió a 1.1 muertes. Estas cifras denotan que el riesgo de morir por desnutrición en los menores de cinco años de Oaxaca es 12.8 veces mayor al riesgo que tienen los niños de Nuevo León.

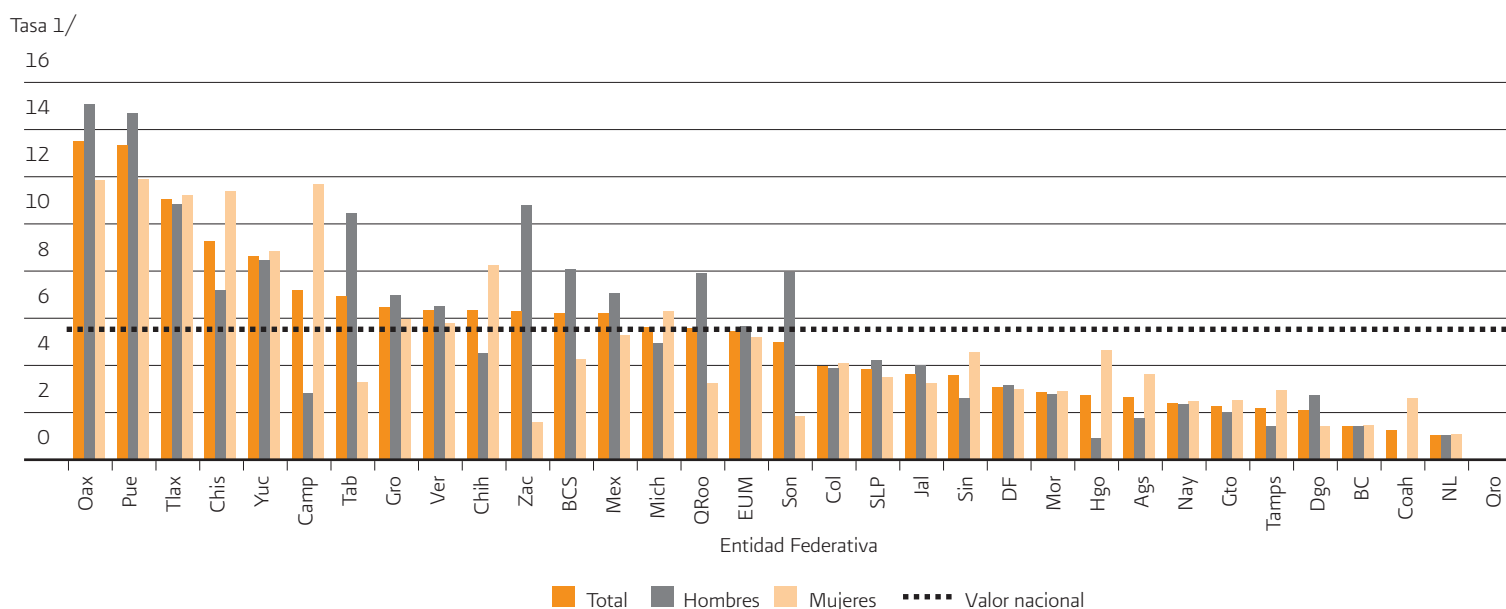
De las 31 entidades federativas donde se registraron muertes por desnutrición durante 2009, en 17 la tasa de mortalidad fue mayor entre las niñas. Destaca en este sentido Campeche donde la tasa en niñas es 4.2 veces mayor a la de los niños de ese estado. Por su parte, entre las entidades cuya tasa de mortalidad fue mayor en varones, destaca Zacatecas donde estos tienen un riesgo de morir por esta causa 6.7 veces mayor que el riesgo que tienen las niñas. (Figura II.1)

De acuerdo con las cifras disponibles, entre 1988 y 2006, se han registrado disminuciones en los distintos indicadores de desnutrición en México; sin embargo, como ya se mencionó, la prevalencia de baja talla o desmedro en los menores de cinco años todavía es elevada y el número de niños (casi 1.2 millones) que presentaron esta condición en 2006 es preocupante.

Por ello, es indispensable intensificar las estrategias de vacunación y la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, ampliar la

Figura II.1

Mortalidad por desnutrición en niños menores de cinco años por sexo y entidad federativa; México, 2009



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

Fuente: SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

dotación y administración de megadosis de vitamina A, fortalecer la atención de los casos de enfermedades diarreicas agudas (EDAS) e infecciones respiratorias agudas (IRAS) y la desparasitación a nivel familiar, principalmente en aquellas entidades donde se registran cifras elevadas en los indicadores relacionados con la desnutrición. Las EDAS e IRAS suelen provocar pérdida de peso que aumenta el riesgo de padecer desnutrición aguda y contribuyen a manifestaciones crónicas de la desnutrición. Del mismo modo, es necesario impulsar la creación de

ambientes sanos donde se disponga de agua para consumo humano y de alimentos con alto valor nutritivo en cantidades adecuadas.

La ejecución de estas acciones es factible al considerar que en el país existen programas destinados a mejorar la salud de los menores de cinco años, sobre todo de aquellos que viven en condiciones de pobreza y marginación, y cuyos resultados reflejan una incidencia favorable en términos de la reducción de los problemas de nutrición en estas poblaciones.

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

Uno de los objetivos más ambiciosos adoptados en la Cumbre del Milenio fue el de reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años, ya que su cumplimiento involucra una serie de condiciones que actualmente no están presentes en todos los países del mundo. Esta reducción exige desarrollar condiciones de vida dignas, con acceso a agua de calidad adecuada y con oportunidad de consumir diariamente alimentos nutritivos en cantidad suficiente. Se requiere, además, implantar intervenciones de atención efectivas, que incidan en las principales causas de mortalidad para los menores de cinco años, para lo cual es indispensable se disponga de una red de prestadores de servicios debidamente organizada que ofrezca soluciones integrales y efectivas a los principales problemas de salud en este grupo de edad.

Para ejecutar estas intervenciones es necesario contar con los recursos necesarios; sin embargo, éstos están supeditados a la implementación de políticas de financiamiento adecuadas y ajustadas a las necesidades del país, en las que se establezcan criterios que garanticen la recaudación de recursos financieros, su acumulación en fondos específicos y su correcta y justa distribución y ejercicio. Ello, a su vez, depende de la capacidad que tengan los gobiernos para establecer dichas políticas y criterios, capacidad que se ve afectada por diversos factores, algunos individuales, como la capacidad técnica, y otros externos, como la influencia de otras políticas de carácter nacional e internacional y, para muchos países, de la disponibilidad de fuentes externas de ayuda financiera.

Debido a que en diversos puntos de esta cadena no se dispone de las condiciones ideales, el avance obtenido a nivel mundial en el cumplimiento de este objetivo no ha sido el esperado, a pesar de la reducción observada en el número de muertes de niños menores de cinco años. De acuerdo con el informe 2009 de los ODM, en 1990 un poco más de 12.6 millones de niños de este grupo de edad murieron, fundamentalmente por causas prevenibles o tratables. En 2007 el número de muertes entre los menores de cinco años se había reducido a casi 9 millones. Aun así, existen muchos países, en particular del África subsahariana y Asia meridional, donde se ha registrado poco o incluso ningún progreso en la consecución de este objetivo.

El seguimiento a este objetivo se realiza a través de la valoración del cumplimiento de la meta para reducir, entre 1990 y 2015, en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de cinco años, meta que emplea para su valoración los indicadores siguientes: i) tasa de mortalidad de niños menores de 5 años; ii) tasa de mortalidad infantil, y iii) proporción de niños de un año de edad vacunados contra el sarampión.

Mortalidad de menores de cinco años

Para México, la meta de reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de 5 años implica alcanzar en 2015 una cifra no mayor a 15.7 defunciones por mil menores de cinco años, considerando que la cifra basal en 1990 ascendió

a 47.2 defunciones por mil niños de esta edad. (Cuadro II.2)

Durante 2009, a nivel nacional la probabilidad de morir antes de cumplir cinco años fue de 17.3 por cada mil menores de esa edad, lo que significa que hasta el momento se ha avanzado 95 por ciento en el cumplimiento de la meta 2015. La cifra 2009 representa una reducción, respecto de la probabilidad de morir registrada en 1990, de 63.3 por ciento, lo que significa que el riesgo que actualmente tienen los menores de cinco años a nivel nacional es 2.7 veces menor al riesgo que tenían los niños durante 1990. (Cuadro II.2)

El análisis de este indicador por entidad federativa arroja diferencias importantes, algunas de ellas asociadas directamente con la desigualdad social y económica que predomina en las comunidades donde vive la población. Las cifras más altas se registraron en Guerrero, Chiapas, Oaxaca y Puebla, entidades que concentran a la mayoría de los municipios con menor IDH del país. La magnitud de este indicador en Guerrero, cuya probabilidad de morir antes de cumplir cinco años fue de 24.5 por mil menores, denota que el riesgo de fallecer en este estado prácticamente duplica al riesgo de los niños que residen en Nuevo León (12.7 por mil menores de 5 años). (Figura II.2)

Como puede verse en la figura II.2, en términos generales los varones menores de cinco años tiene una probabilidad 1.2 veces mayor de morir respecto a las niñas de ese grupo de edad.

La mortalidad en los menores de cinco años incluye las defunciones que se registran entre la población menor de un año (defunciones infantiles) y las correspondientes a niños de uno a cuatro años de edad (defunciones en preescolares), grupos que tienen pesos específicos distintos y cuyas causas de mortalidad requieren de un análisis por separado.

Para el grupo de uno a cuatro años de edad se registró en 2009 una tasa de 71.5 defunciones por cien mil niños de esa edad, tasa que en 1990 ascendió a 221.4 muertes, lo que representó una reducción de 67.7 por ciento entre esos dos años. La principal causa de muerte en este grupo de población en 2009 fueron las infecciones respiratorias agudas bajas (7.9 defunciones por cien mil niños de este grupo de edad), seguida de las malformaciones congénitas del corazón (5.4 muertes), los accidentes de tránsito (5.3 decesos) y las infecciones intestinales (4.0 defunciones por cien mil niños de uno a cuatro años de edad).

Si bien estas causas en 1990 ya formaban parte de las principales causas de muerte en este grupo poblacional, su posición relativa se modificó de manera importante. Las infecciones intestinales, por ejemplo, fueron la primera causa de muerte durante ese año, al provocar una tasa de 45.4 defunciones por 100 mil menores; las infecciones respiratorias agudas bajas se ubicaron en la tercera posición con una tasa de 28.9 muertes y las malformaciones congénitas del corazón aparecieron en el noveno lugar con 3.5 defunciones por cien mil niños de uno a cuatro años. (Figura II.3)

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, 2009

Meta/Indicador	Línea base (A)	Última cifra disponible (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Meta 4A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años					
Tasa de mortalidad en menores de cinco años de edad 2/	47.16	17.30	15.72	94.97	-63.31

La cifra para línea base corresponde a datos de 1990; la última cifra disponible a información preliminar de 2009 y la meta a 2015

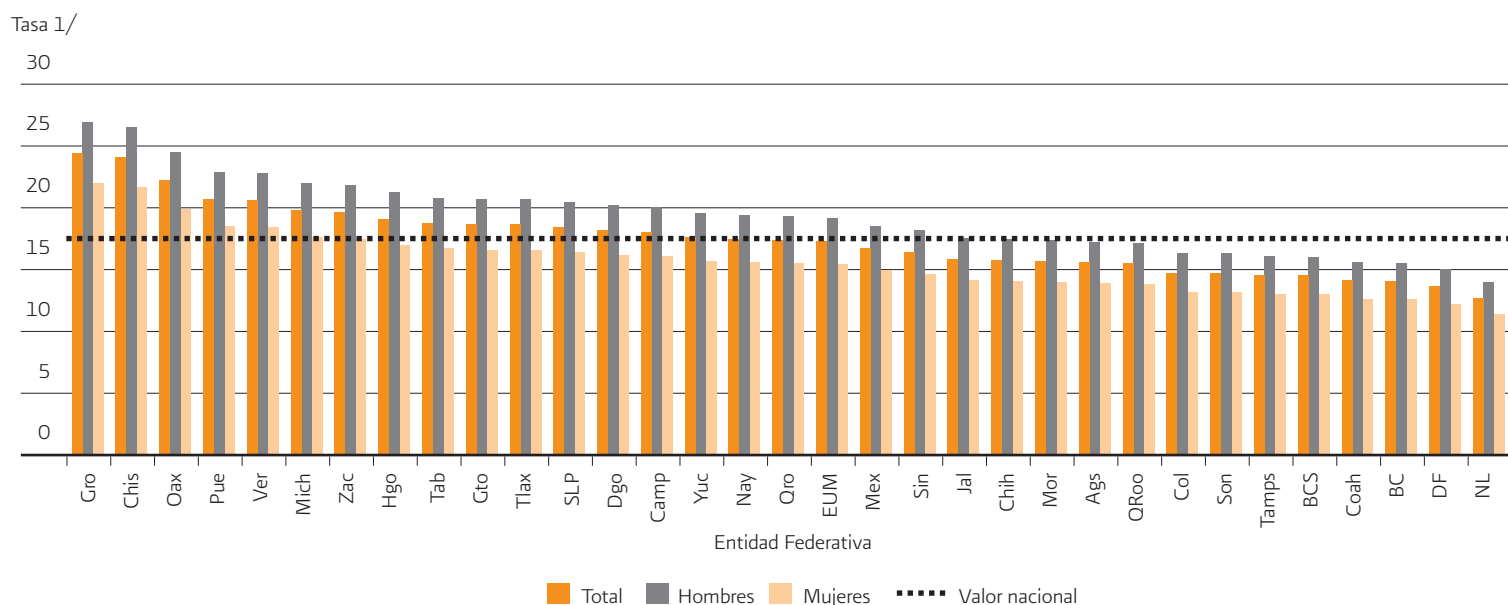
1/ Calculado como: $(B-A)/(C-A)*100$

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

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

Figura II.2

Mortalidad en niños menores de cinco años por sexo y entidad federativa; México, 2009

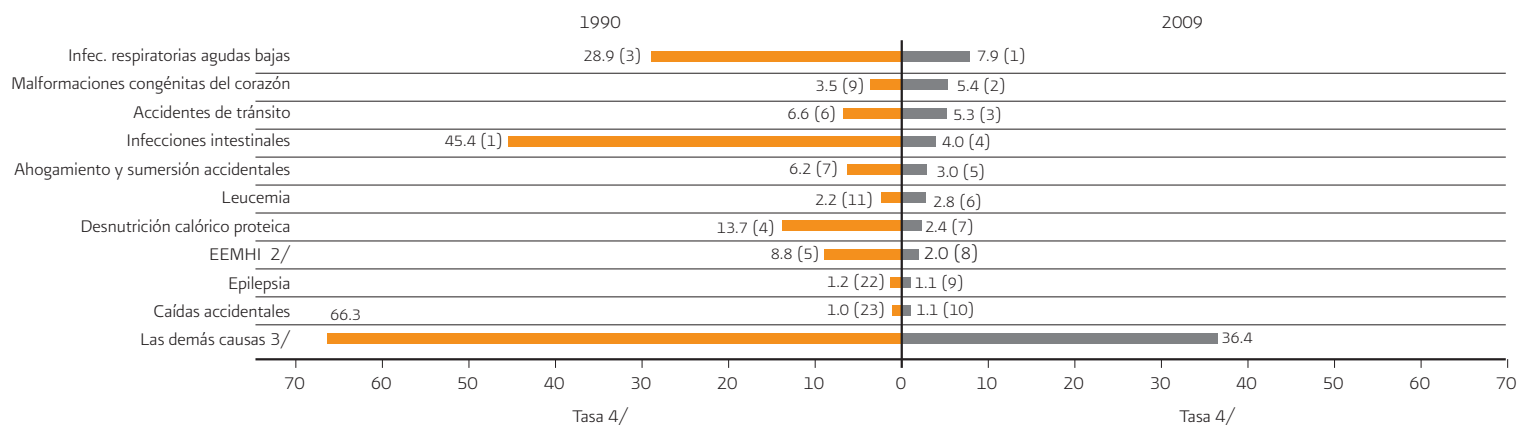


1/ Se refiere a la probabilidad de morir por cada mil menores de cinco años

Fuente: SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Figura II.3

Diez principales causas de mortalidad en niños de 1 a 4 años de edad; México, 1990 y 2009 1/



1/ Causas ordenadas con base en las tasas de 2009

2/ EEMHI: Enfermedades endócrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas

3/ Para 1990 incluye las muertes por sarampión que ese año fueron la 2a. causa de muerte; por enfermedad pulmonar obstructiva crónica que ocupó la 8a. posición y la anemia que se ubicó en la 10a. posición.

Se incluyeron en este grupo, debido a que en 2009 éstas ya no forman parte de las primeras 10 causas de muerte

4/ Tasa por 100 mil niños de 1 a 4 años de edad; la cifra entre paréntesis () representa la posición que ocupa en el año correspondiente

Fuente: Defunciones 1990, INEGI-SS; SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Otro aspecto a destacar es que algunas causas como el sarampión, que en 1990 representó la segunda causa de muerte en este grupo de población, en 2009 ya no forma parte de los problemas de salud pública más importantes en el país. Una situación similar ocurre con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la cual ha disminuido, entre otras cosas, por la menor exposición a residuos de combustibles sólidos en el hogar.

Al ampliar el grupo de población a menores de cinco años, mención especial merecen las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas. En 1990, las EDAS provocaron 14,006 muertes entre los menores de cinco años, constituyéndose como la primera causa de defunción para este grupo de población. La tasa correspondiente fue de 122.7 defunciones por cien mil menores de cinco años. Las IRAS, por su parte, causaron la muerte de 12,905 menores de cinco años que corresponde a una tasa de 113.0 defunciones por cien mil menores de este grupo de edad. Después de 19 años, el número de defunciones debidas a EDAS

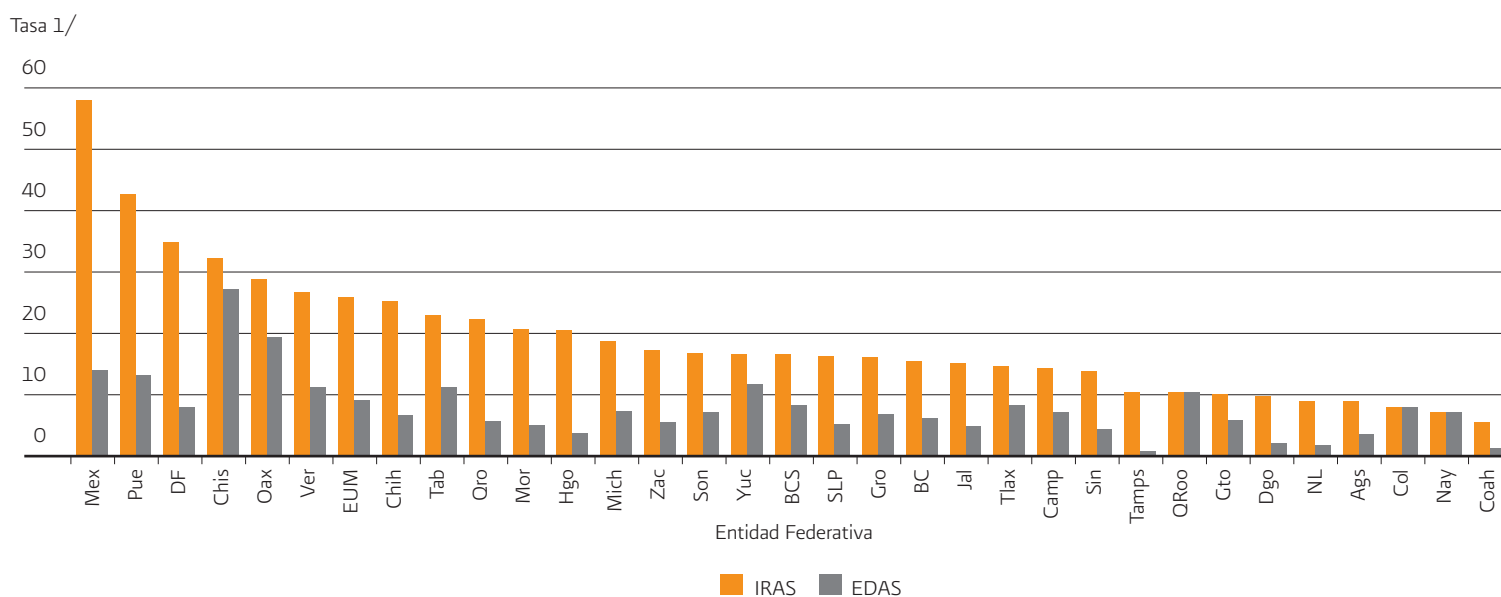
(878 muertes) se han reducido 93.7 por ciento y las debidas a IRAS (2,475 defunciones) lo han hecho en 80.8 por ciento. Estas reducciones han permitido que en 2009 la tasa de mortalidad por IRAS sea de 25.8 defunciones por cien mil menores de cinco años y la de EDAS de 9.2 muertes, lo que en términos porcentuales representan reducciones de 77.1 y 92.5 por ciento, respectivamente, respecto a las tasas registradas en 1990.

En 2009 la entidad federativa que registró la mayor mortalidad por IRAS fue el Estado de México, con una tasa de 58.0 muertes por cien mil menores de cinco años. Coahuila, por su parte, tuvo la cifra más baja con 5.5 defunciones. Esta notable diferencia indica que el riesgo de morir por una infección respiratoria en niños menores de cinco años del Estado de México es 10.6 veces mayor que el riesgo correspondiente en Coahuila. (Figura II.4)

En el caso de las EDAS, Chiapas registró en 2009 la mortalidad más alta del país, con 27.1 defunciones por cien mil menores de ese grupo de edad, tasa que supera por mucho a la registrada por

Figura II.4

Mortalidad por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas en niños menores de cinco años por sexo y entidad federativa; México, 2009



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

Fuente: SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

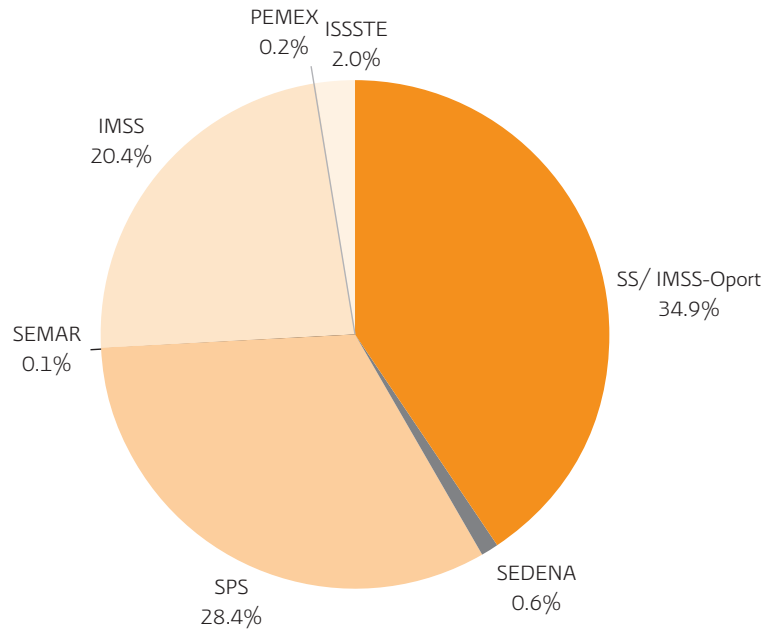
Tamaulipas que fue de 0.7 muertes. Chiapas, Oaxaca, Estado de México, Puebla, Yucatán, Veracruz, Tabasco y Quintana Roo fueron las entidades que tuvieron cifras de mortalidad por EDAS superiores a la tasa nacional. (Figura II.4)

La pobreza, frecuentemente ligada a falta de servicios integrales de atención a la salud, es el principal factor a vencer para abatir las muertes entre los menores de cinco años. Un indicador que aporta información sobre la preponderancia de estas muertes entre la población más pobre es el de mortalidad por tipo de aseguramiento. En este sentido, de las 32,908 defunciones registradas en menores de cinco años en 2009, 34.9 por ciento correspondió a población sin seguridad social, usualmente gente que labora fuera de la economía formal y que, por tanto, tiene un alto grado de incertidumbre económica. Otra proporción importante (28.4 por ciento) de estas defunciones ocurrió en población afiliada al SPS y sólo 20.4 por ciento se registró entre derechohabientes del IMSS, a pesar de que éste da servicios a más de 40 por ciento de la población del país. El resto de las defunciones se distribuyeron entre las otras instituciones de seguridad social que conforman el sector público de salud. (Figura II.5)

De acuerdo con los datos disponibles, es posible predecir que la meta para 2015, de reducir hasta 15.7 la probabilidad de muerte entre los menores de cinco años, será cumplida. Sin embargo, para lograrlo es necesario mantener la tendencia que han registrado estos indicadores durante los últimos 19 años, lo cual puede conseguirse si se fortalecen las acciones que ejecutan programas como el Seguro

Figura II.5

Distribución porcentual de las defunciones en menores de cinco años por institución de ocurrencia; México, 2009



N= 32 908 defunciones de menores de cinco años; el 13.4% restante corresponde a 1.9% de otras instituciones y 11.5% a defunciones sin especificación de la institución de atención
 Fuente: SEED 2009, preliminar, DGIS-SS

Médico para una Nueva Generación, Desarrollo Humano Oportunidades, Caravanas de la Salud y si se intensifican y focalizan estrategias como las de vacunación y de atención de enfermedades infecciosas y parasitarias en las localidades de entidades que presentan niveles de mortalidad altos respecto al resto del país.

Cuadro B.1

Atención de quejas en la CONAMED vinculadas con pacientes menores de cinco años de edad

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) es el órgano especializado del Sistema Nacional de Salud cuyo objetivo es solucionar las controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos. En materia de Arbitraje Médico, la queja médica se define como: "la petición a través de la cual una persona física, por su propio interés o en defensa del derecho de un tercero, solicita la intervención de la CONAMED en razón de impugnar la negativa de servicios médicos o la irregularidad en su prestación".

A partir de ello, y con el fin de aportar elementos para mejorar los programas de atención infantil y para coadyuvar al cumplimiento de las metas de los Objetivo de

Desarrollo del Milenio en materia de reducción de la mortalidad de los niños menores de cinco años, se presentan algunos resultados sobre la "atención de quejas relacionadas con usuarios menores de cinco años de edad".

En 2009 la CONAMED atendió un total de 1,748 quejas de las que 87 se relacionaron con la atención a usuarios menores de cinco años de edad, lo que representa el 5.0%. En el mismo sentido, en 2006 el porcentaje correspondiente fue de 4.5 por ciento.

El mayor número de quejas atendidas, tanto en 2006 como en 2009, involucró unidades médicas del Distrito Federal y del Estado de México, entidades que en conjunto agruparon el 70.0 y 67.8 por ciento del total

de quejas en usuarios menores de cinco años, para esos años respectivamente; aunque es necesario considerar que el número de quejas es muy bajo en comparación con el volumen de consultas y atenciones hospitalarias que brindan estos estados a esta población. Este comportamiento se muestra en la siguiente tabla.

Del total de quejas relacionadas con la atención de menores de cinco años, la mayoría involucró a unidades del IMSS, seguidas por las registradas para los servicios médicos privados. El ISSSTE es la única institución que entre 2006 y 2009 registró una disminución en el número de quejas en las que estuvo involucrado.

Quejas vinculadas a pacientes menores de 5 años de edad por principales entidades federativas, atendidas por CONAMED 2006 y 2009 a/

Entidad federativa	Año	
	2006	2009
Total	70	87
Distrito Federal	38	42
Edo. de México	11	17
Hidalgo	1	3
Jalisco	0	3
Oaxaca	0	3
San Luis Potosí	1	2
Nuevo León	1	2
Chihuahua	1	2
Guanajuato	0	2
Querétaro	0	2
Colima	1	1
Tlaxcala	0	1
Coahuila	0	1
Michoacán	0	1
Quintana Roo	0	1
Morelos	0	1
Zacatecas	0	1
Otras entidades b/	16	2

a/ Entidad correspondiente a la ubicación geográfica de la unidad médica involucrada

b/ Excluye los estados de Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Sinaloa y Tabasco

Fuente: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

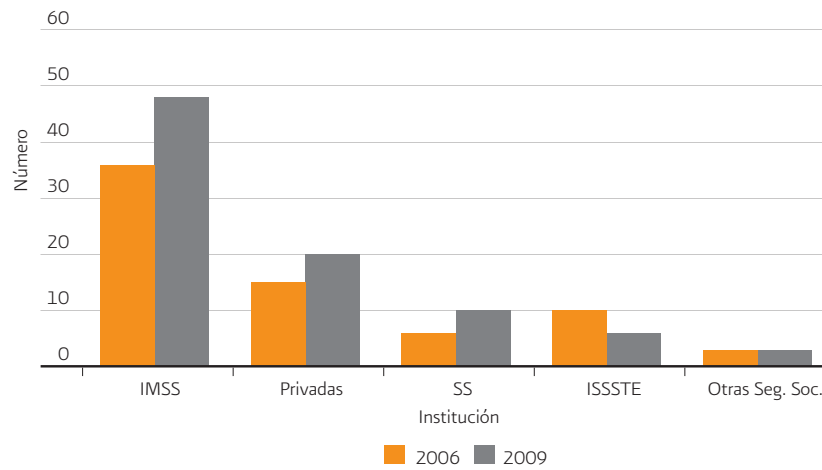
Con base en el análisis de los diferentes componentes del proceso de atención médica se observaron varios motivos en las 87 quejas relacionadas con menores de cinco años de edad que atendió la CONAMED en 2009. El 27.7 por ciento se asoció con el diagnóstico, 25.5 por ciento con el tratamiento médico y 17.0 por ciento por el tratamiento quirúrgico proporcionado. La atención del parto y

puerperio inmediato, como motivo de queja, representó 11.7 por ciento.

Las especialidades con las que se asociaron estas quejas en el 2009 fueron en orden decreciente las siguientes: pediatría, ginecología y obstetricia, urgencias, cirugía pediátrica, medicina familiar, neonatología y otorrinolaringología, principalmente. Al comparar esta distribución con la de 2006 se

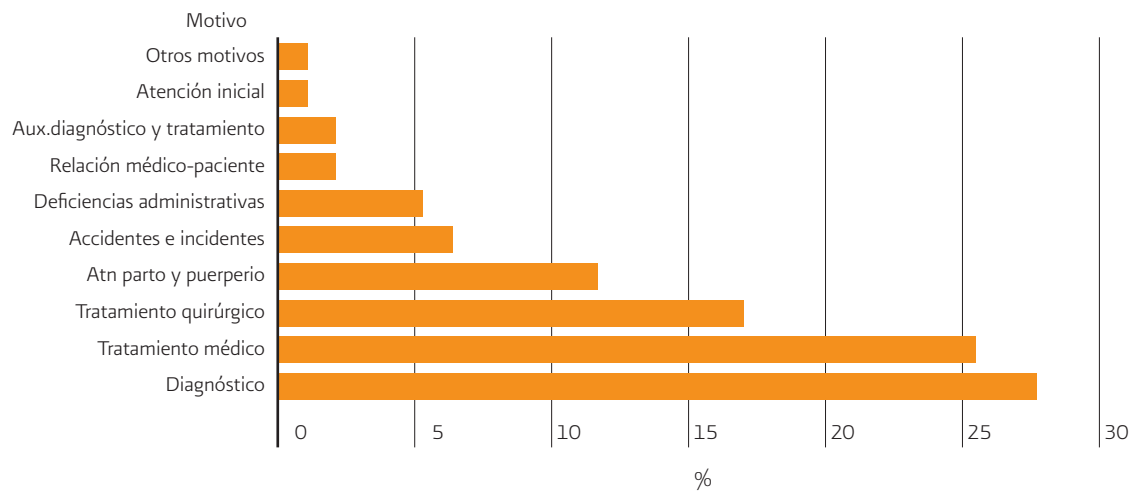
encontró que las cuatro primeras conservaron prácticamente el mismo orden, pero con las siguientes variaciones: pediatría disminuyó de 40 por ciento a 27.6; ginecología y obstetricia aumentó de 14.3 a 18.4 por ciento; urgencias se redujo de 21.4 a 18.4 por ciento y cirugía pediátrica se incrementó de 4.3 por ciento a 5.7.

Quejas atendidas por la CONAMED, vinculadas a pacientes menores de 5 años por institución médica involucrada; 2006 y 2009



Fuente: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional

Distribución porcentual de los motivos de las quejas vinculadas a pacientes menores de 5 años de edad, atendidos por la CONAMED; 2009



Nota: Incluye más de un motivo de queja
 Fuente: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional

De las 21 quejas en que se detectó mala práctica, nueve provocaron un daño físico permanente, cuatro ocasionaron la muerte del usuario y una provocó un daño temporal. En siete casos no se provocaron daños al usuario. Los servicios en los que la mala práctica provocó la muerte del menor de cinco años fueron ginecología y obstetricia, pediatría, cirugía pediátrica y urgencias.

Este tipo de análisis ha permitido a la CONAMED identificar desviaciones en la

práctica médica de instituciones y servicios, pero sobre todo le ha proporcionado herramientas para detectar áreas de oportunidad para evitar conflictos y para mejorar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes. Ejemplo de ello es la publicación de las recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica; recomendaciones generales para mejorar la práctica médica en pediatría, y recomendaciones específicas para mejorar la práctica en neonatología. Asimismo, la

CONAMED ha contribuido a la actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM-007 para la atención del embarazo, parto y puerperio y atención del recién nacido, y de la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, para la prevención y control de los defectos al nacimiento.

Quejas vinculadas a pacientes menores de 5 años de edad en las que se observó evidencia de mala práctica por especialidad del caso según el daño ocasionado, CONAMED 2009

Especialidad	Gravedad del daño				
	Total	Sin daño físico	Daño temporal	Daño permanente	Muerte
Total	21	7	1	9	4
Urgencias	6	3	1	1	1
Ginecología y obstetricia	4	0	0	3	1
Pediatría	4	2	0	1	1
Cirugía pediátrica	3	1	0	1	1
Medicina familiar	2	1	0	1	0
Cirugía neurológica	1	0	0	1	0
Radiología	1	0	0	1	0

Fuente: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

Mortalidad infantil

Otra de las metas establecidas en la Declaración del Milenio y vinculada al objetivo de reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años, es la de reducir, entre 1990 y 2015, en dos terceras partes la mortalidad infantil. Para el caso de México, ello implica pasar de una tasa de 39.2 defunciones registradas en 1990 a una mortalidad de 13.1 muertes por mil NVE en 2015. (Cuadro II.3)

Al respecto, el comportamiento de la mortalidad infantil en el país, expresada como probabilidad de fallecer, muestra un descenso de 62.6 por ciento entre 1990 y 2009. Esta reducción permitió que en 2009 se alcanzara un cumplimiento de 93.9 por ciento respecto de la meta para 2015, lo que implica que para lograr la meta, durante los próximos seis años, sería necesario reducir anualmente en 1.6 unidades este indicador. (Cuadro II.3)

Esta situación es factible de mantenerse la tendencia registrada durante los últimos años para este indicador; sin embargo, no debe perderse de vista que es necesario favorecer la reducción de la mortalidad infantil en las localidades y municipios que registran los menores índices de desarrollo humano del país. De hecho, como se describió en la meta estratégica correspondiente, las cifras preliminares 2009 indican que el cumplimiento de la meta para 2012 de disminuir en 40 por ciento la mortalidad infantil en los 125 municipios con menor IDH está lejos de alcanzarse, dado que en estos municipios este indicador registró, entre 2006 y 2009, una reducción de apenas 1.3 muertes por mil NVE, lo que equivale al 9 por ciento de la reducción requerida para cumplir con la meta de 2012 (evitar 13.9 defunciones por mil NVE).

Por ello, la reducción de la mortalidad infantil en México será más exitosa si se logra focalizar las intervenciones en salud, a fin de evitar al máximo

Cuadro II.3

Metas relacionadas con el Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años.

Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2009

Meta/Indicador	Línea base (A)	Última cifra disponible (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Meta 4A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años					
Tasa de mortalidad infantil 2/	39.15	14.65	13.05	93.87	-62.58

La cifra para línea base corresponde a datos de 1990; la última cifra disponible a información preliminar de 2009 y la meta a 2015

1/ Calculado como: (B-A)/(C-A)*100

2/ Se refiere a la probabilidad de morir por mil NVE

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

las brechas existentes entre entidades federativas y localidades. En este sentido, durante 2009, el peso de la mortalidad infantil según entidad federativa muestra diferencias importantes. Entidades como Guerrero, Chiapas y Oaxaca siguen registrando las probabilidades de morir por mil NVE más altas del país con 20.7, 20.2 y 18.6 defunciones por mil NVE, respectivamente, mientras que en el extremo opuesto se ubican estados como Nuevo León, con una probabilidad de 10.3 defunciones por mil NVE, el Distrito Federal, con 11.1, y Baja California, con 11.5 muertes. La diferencia entre las entidades que se

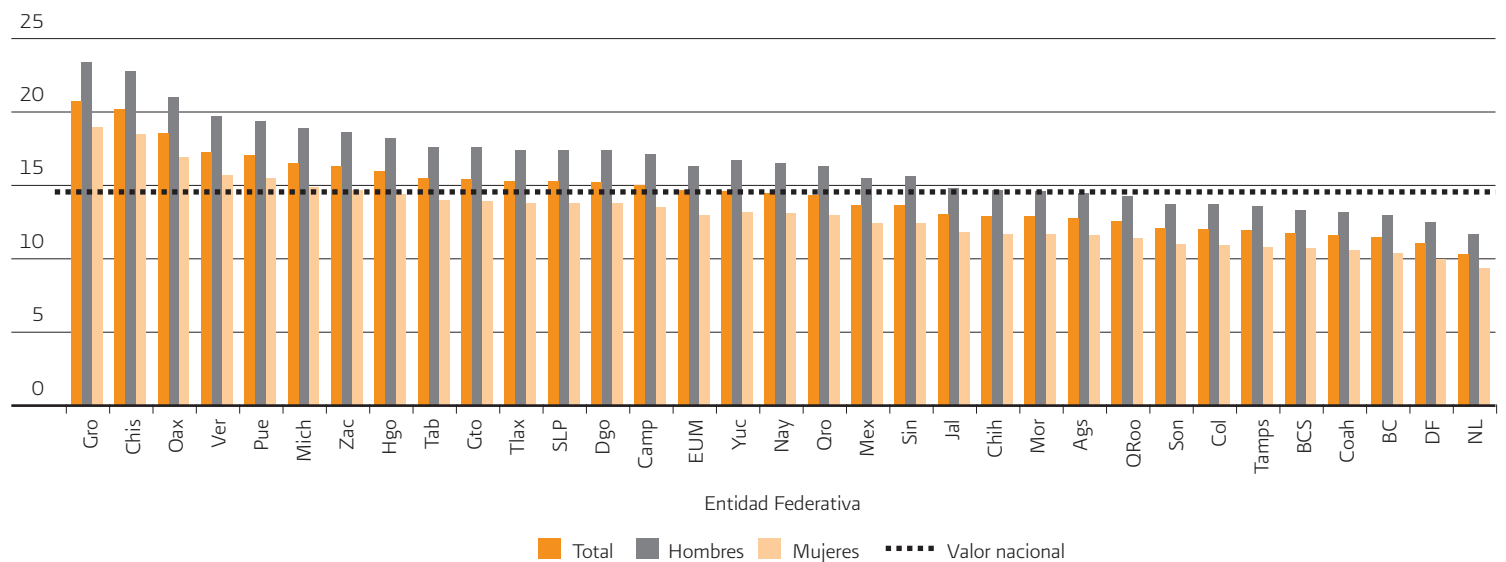
ubican en los extremos muestra que la probabilidad de morir que tienen los menores de un año en Guerrero es 2 veces mayor a la que tienen en Nuevo León y 29 por ciento más alta que la probabilidad promedio a nivel nacional. Por otro lado, en todas las entidades los niños tiene una probabilidad mayor de morir que las niñas, hecho que es consistente con lo observado en la mayoría de los países. (Figura II.6)

En 2009, las 27,430 defunciones de menores de un año de edad representaron el 83.3 por ciento del total de muertes registradas entre menores de cinco años, proporción que se ha incrementado

Figura II.6

Mortalidad infantil por sexo y entidad federativa; México, 2009

Tasa 1/



1/ Se refiere a la probabilidad de morir por mil NVE

Fuente: SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

durante los últimos 19 años como consecuencia del control de las principales causas de muerte en la infancia tardía. El aumento del peso relativo que tiene la mortalidad infantil también ha provocado cambios en la composición de las defunciones por edad. Por ejemplo, el porcentaje de muertes neonatales tempranas (menos de 7 días de vida) se incrementó, pasando de 36.9 por ciento en 1990 a 44.6 por ciento en 2009; lo mismo ocurrió con las muertes neonatales tardías, que ocurren entre los siete y 27 días de vida, las cuales contribuyeron con 11.3 por ciento del total de muertes infantiles en 1990, aumentando a 19.3 por ciento en 2009. Debe enfatizarse, sin embargo, que estos aumentos no se deben a un incremento en el número de estas defunciones sino a una reducción importante en las muertes que ocurrían en etapas más tardías de la niñez. (Figura II.7)

Tanto la mortalidad neonatal temprana como la tardía están estrechamente relacionadas al tipo de atención que reciben las madres y los recién nacidos, dado que su ocurrencia, en muchos de los casos, se debe a complicaciones durante el embarazo o el

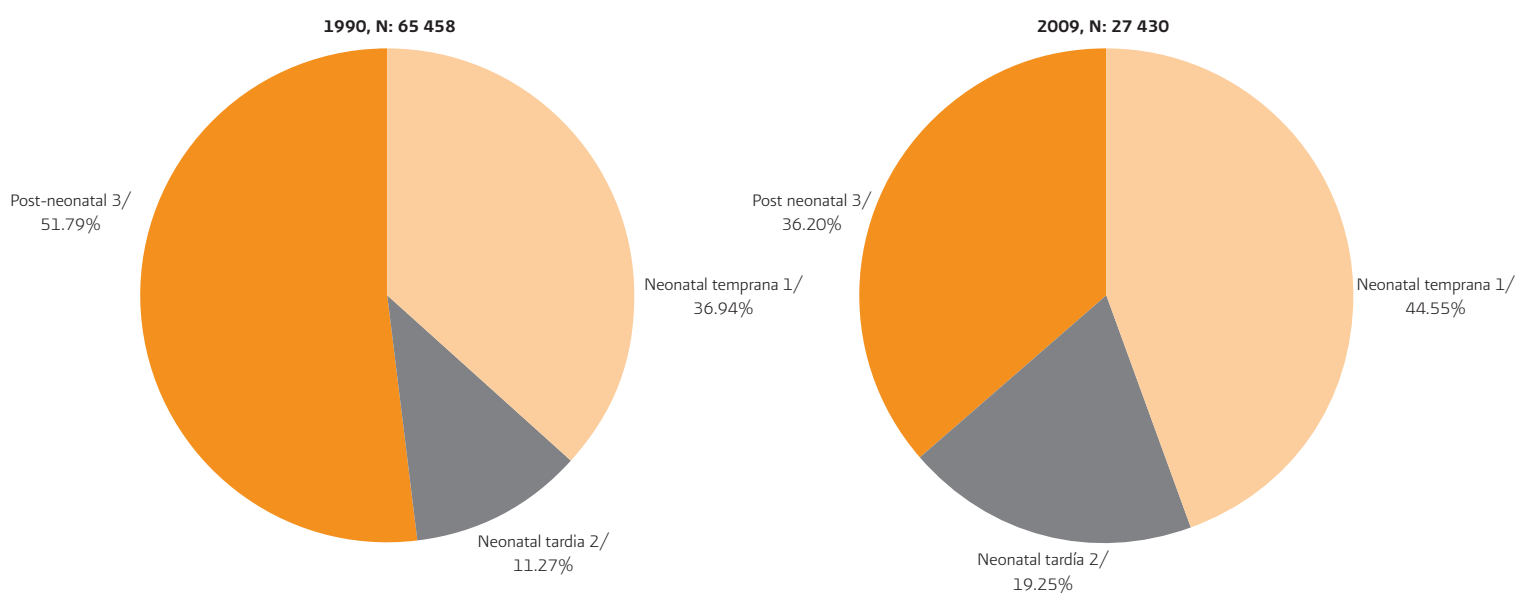
parto, lo cual habla de una inadecuada atención prenatal y del parto dentro de los servicios de atención a la salud. Por su parte, la mortalidad posneonatal, aunque también se relaciona a problemas de atención materno infantil, se asocia en mayor medida a problemas derivados del medio ambiente.

De hecho, las infecciones respiratorias agudas bajas y las enfermedades infecciosas intestinales son dos de las principales causas de la mortalidad posneonatal, tipo de mortalidad en la que también destacan las malformaciones congénitas que representaron el 12.1 por ciento del total de muertes posneonatales registradas en 2009. Por su parte, de las 12,207 defunciones de niños de 0 a 6 días de edad, la asfixia y trauma al nacimiento agruparon el 43.2 por ciento y otro 10.7 por ciento fue debido al bajo peso al nacimiento y prematurez. (Cuadro II.4)

Una atención prenatal y del parto efectiva reduce el riesgo de que los infantes mueran; asimismo, reducir el riesgo de enfermar por padecimientos infecciosos y relacionados con la desnutrición son acciones que deben fortalecerse con base en la ampliación de la cobertura de servicios en las localidades

Figura II.7

Distribución porcentual de las defunciones infantiles por edad del fallecido; México, 1990 y 2009



1/ Incluye las defunciones de niños menores de 7 días de vida

2/ Incluye las defunciones de niños de 7 a 27 días de vida

3/ Incluye las defunciones de niños a partir de los 28 días y hasta los 11 meses de edad cumplidos

Fuente: Defunciones 1990, INEGI-SS y SEED 2009, preliminar, DGIS-SS

Cuadro II.4

Número y distribución porcentual de defunciones infantiles por causa y tipo de mortalidad; México, 2009

Causa	Tipo de mortalidad							
	Mortalidad infantil		Neonatal temprana		Neonatal tardía		Postneonatal	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Todas las causas	27,403	100.0	12,207	100.0	5,276	100.0	9,920	100.0
Asfixia y trauma al nacimiento	7,152	26.1	5,271	43.2	1,449	27.5	432	4.4
Malformaciones congénitas del corazón	2,633	9.6	858	7.0	579	11.0	1,196	12.1
Infecciones respiratorias agudas bajas	1,645	6.0	9	0.1	21	0.4	1,615	16.3
Bajo peso al nacimiento y prematuridad	1,503	5.5	1,312	10.7	128	2.4	63	0.6
Enfermedades infecciosas intestinales	569	2.1	7	0.1	40	0.8	522	5.3
Desnutrición calórico proteica	333	1.2	6	0.0	9	0.2	318	3.2
Enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	305	1.1	22	0.2	21	0.4	262	2.6
Anencefalia y malformaciones similares	260	0.9	256	2.1	3	0.1	1	0.0
Defectos de la pared abdominal	253	0.9	109	0.9	77	1.5	67	0.7
Infecciones respiratorias agudas altas	167	0.6	8	0.1	15	0.3	144	1.5
Las demás causas	12,583	45.9	4,349	35.6	2,934	55.6	5,300	53.4

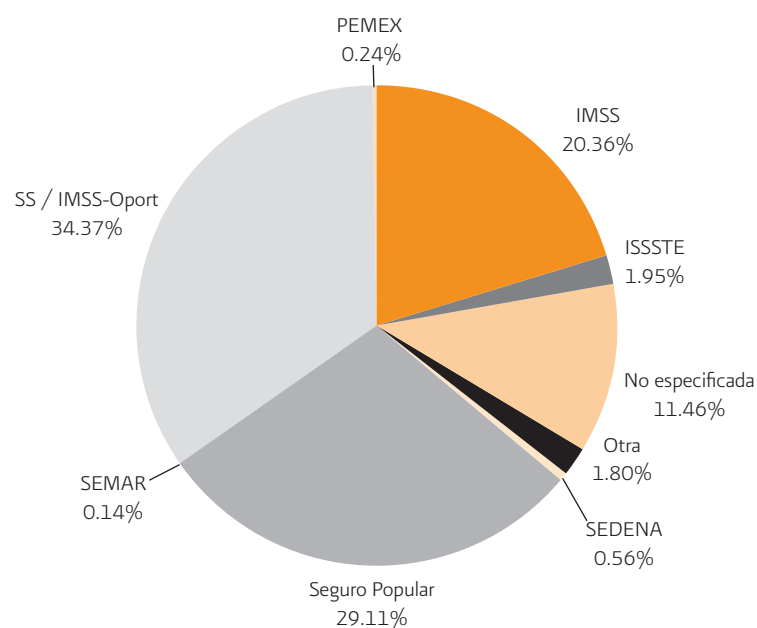
Fuente: SEED 2009, preliminar, DGIS-SS

y regiones donde se registran tasas de mortalidad infantil superiores a la nacional. Las instituciones de salud, sobre todo las públicas, deben apoyar la creación de entornos favorables para la salud, donde las mujeres embarazadas y las madres dispongan de una adecuada alimentación, donde se favorezca la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y donde se reduzcan los riesgos sanitarios derivados de la falta de acceso a agua para consumo humano y de drenaje, entre otras acciones.

Lo anterior permitiría reducir el número de defunciones infantiles, sobre todo entre la población que no dispone de seguridad social, en la cual ocurrió el 34.4 por ciento de las defunciones infantiles del país en 2009. Entre los afiliados al Seguro Popular de Salud se registraron 7,986 muertes de este tipo, lo que representa el 29.1 por ciento del total, y finalmente, 20.4 por ciento de las 27,430 muertes infantiles ocurrió entre la población derechohabiente del IMSS. (Figura II.8)

Figura II.8

Distribución porcentual de las defunciones en menores de un año por institución de ocurrencia; México, 2009



Fuente: SEED 2009, preliminar, DGIS-SS

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

El seguimiento de las acciones destinadas a reducir la mortalidad de los menores de cinco años se completa, de acuerdo con la propuesta adoptada en la Declaración del Milenio, con el indicador de “proporción de niños de un año vacunados contra el sarampión”. La vacuna contra el sarampión, que cuesta menos de un dólar por dosis, es una de las iniciativas de salud más rentables y efectivas que existen actualmente para reducir un problema específico de salud en la población infantil. Gracias a ésta, de acuerdo con el informe 2009 de los ODM, la mortalidad debida al sarampión disminuyó 74 por ciento entre 2000 y 2007, la región donde se registró la mayor reducción fue el África subsahariana.

En México se ha documentado una historia de éxito en la reducción de las enfermedades prevenibles por vacunación a partir de la implantación del Programa de Vacunación Universal en 1991, programa cuyos antecedentes fueron las campañas de vacunación contra sarampión realizadas en 1988. Los logros en la materia se fortalecieron aún más con la puesta en operación de las Semanas Nacionales de Salud (1993), a partir de las cuales se ofrecen a la niñez mexicana acciones integrales de atención pri-

maria, cuyo eje central es la vacunación, con lo que nuestro país registra uno de los mejores esquemas de vacunación a nivel mundial, tanto por el número de enfermedades cubiertas como por el porcentaje de población cubierta.

Respecto del compromiso adquirido con los ODM, en México se planteó la meta de lograr y mantener una cobertura de 95 por ciento de niños de un año vacunados contra el sarampión. En 2009, la cobertura de vacunación contra esta enfermedad fue de 95.6 por ciento, con lo que se superó la meta en 3.0 por ciento. Cabe señalar que la cobertura de vacunación registrada en 1990 fue de 75.3 por ciento, lo que significa que hasta 2009 se ha logrado ampliar la cobertura en casi 27 por ciento. (Cuadro II.5)

Entre las entidades federativas destaca la cobertura de vacunación contra el sarampión de Campeche, donde 100 por ciento de los niños de un año fueron inmunizados con este biológico. Otros estados con coberturas altas fueron San Luis Potosí y Zacatecas, donde la cobertura es de 99.9 por ciento. En otro sentido, Chihuahua y el Distrito Federal registraron las menores coberturas de vacunación, con 88 y 88.4 por ciento, respectivamente. Junto con estas dos entidades, Jalisco, Coahuila, Morelos, Guerrero y el Estado de México se ubicaron por debajo de la meta. (Figura II.9)

Cuadro II.5

Metas relacionadas con el Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años. Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2009

Meta/Indicador	Línea base (A)	Última cifra disponible (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Meta 4A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años					
Proporción de niños de un año de edad vacunados contra el sarampión	75.30	95.59	95.00	103.01	26.95

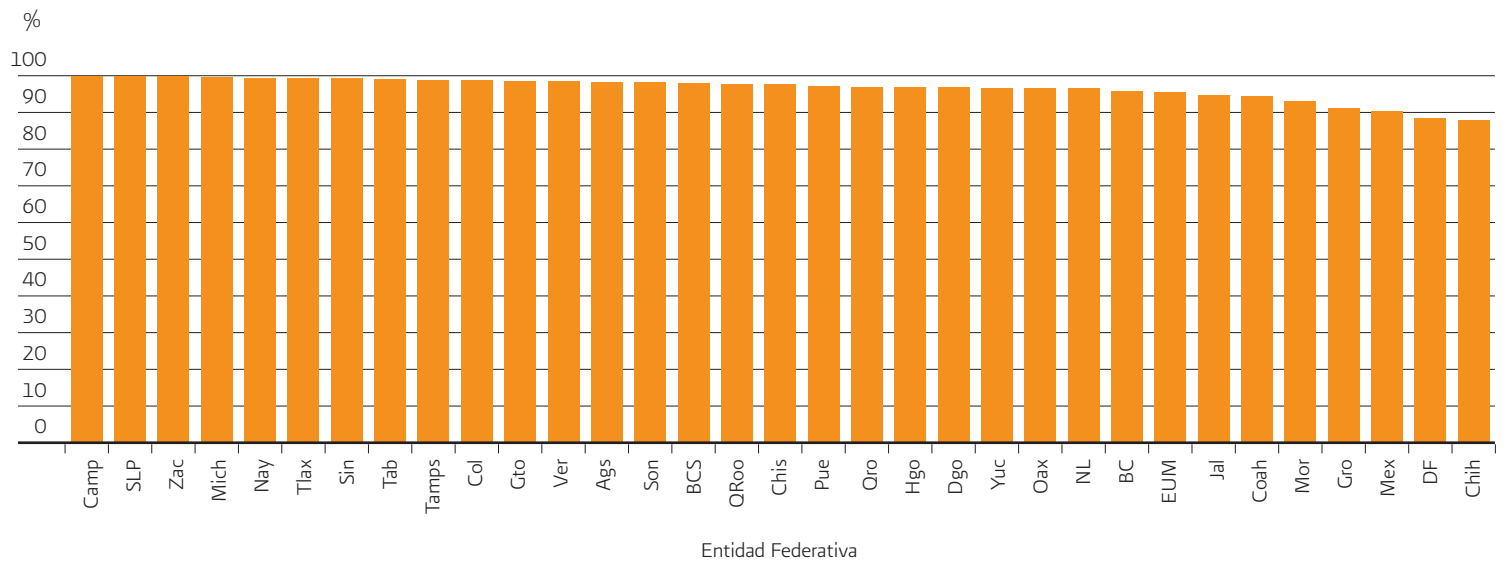
La cifra para línea base corresponde a datos de 1990; la última cifra disponible a información preliminar de 2009 y la meta a 2015

1/ Calculado como: $(B-A)/(C-A)*100$

Fuente: Datos del CeNSIA/SPPS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Figura II.9

Cobertura de niños de un año de edad vacunados contra el sarampión por entidad federativa; México, 2009



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

En México, durante 1989 y 1990 se registró un brote de sarampión que provocó la muerte de 8,146 habitantes (2,251 muertes en 1989 y 5,895 en 1990). De estas defunciones, 1,992 fueron de niños menores de un año. A partir de 1991 se registró un descenso importante de las defunciones por esta causa, siendo 1995 el último año en el que se registraron defunciones de este tipo (2 muertes y ninguna en menores de un año).

A partir de los resultados descritos se puede establecer que en México es factible dar cumplimiento al objetivo de reducir la mortalidad de los menores de cinco años en el plazo establecido, pero para ello se deben reducir las brechas y desigualdades existentes en las diversas regiones del país, lo cual se puede lo-

grar al fortalecer la operación y favorecer las sinergias de programas y estrategias que han demostrado su éxito, como el Programa de Vacunación Universal; las Semanas Nacionales de Salud; el Programa de Atención a la Salud del Niño, implementado en 1997 y que en 2000 se transformó en el Programa de Atención a la Salud de la Infancia; el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (2002), anteriormente denominado PROGRESA (1997); el Programa Arranque Parejo en la Vida (2001); el Seguro Popular de Salud (2003); el Seguro Médico para una Nueva Generación (2006) y el Programa Nacional para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia (2007).

Objetivo 5. Mejorar la salud materna

Mejorar la salud materna es el ODM en el que menos se ha avanzado a nivel mundial. Muchas son las circunstancias para no lograr avances sustantivos en este rubro; sin embargo, la pobreza continúa siendo la principal razón. Los datos del informe 2009 de los ODM señalan que en los países en desarrollo la mortalidad materna pasó de 480 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos en 1990 a 450 defunciones en 2005; situación que es más crítica en el África Subsahariana, donde la mortalidad sigue siendo inadmisiblemente alta y porque únicamente se logró reducir este indicador de 920 a 900 defunciones, durante ese periodo.

A partir de 2008 el cumplimiento de este objetivo se definió se valoraría a través de las siguientes metas para 2015: reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna registrada en 1990 y lograr el acceso universal a la salud reproductiva. Para el seguimiento de la primera meta se establecieron los indicadores de “razón de mortalidad materna” y “proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado”, y para la segunda se propusieron los indicadores de “tasa de uso de anticonceptivos”, “tasa de natalidad entre adolescentes”, “cobertura de atención prenatal” y “necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar”.

En el contexto nacional, el cumplimiento del objetivo para mejorar la salud materna se traduce en vigilar se reduzca la razón de mortalidad materna (RMM) y se garantice el acceso universal a la salud reproductiva. Para el primer compromiso se definieron las siguientes metas: i) reducir en 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes, res-

pecto de la registrada en 1990 y ii) lograr que 92 por ciento de los partos sean atendidos por personal calificado. Para el segundo, la meta definida fue brindar en promedio cuatro consultas prenatales a las mujeres embarazadas que son atendidas en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Razón de mortalidad materna

Con base en la RMM de 90.4 defunciones maternas por cien mil NVE registrada en el país durante 1990, cumplir la meta de reducir tres cuartas partes este tipo de mortalidad implica que en 2015 el nivel de ésta no sea superior a 22.6 defunciones por cien mil NVE; es decir, reducir en 67.8 unidades el indicador durante el periodo 1990–2015. Las cifras preliminares de 2009 registran una RMM de 62.8 defunciones que representa un 40.8 por ciento de avance en el cumplimiento de la meta. (Cuadro II.6)

En términos porcentuales, entre 1990 y 2009, la RMM decreció 30.6 por ciento, avance importante a pesar del comportamiento irregular de la tendencia observada a partir de 2002. Sin embargo, la RMM de 2009 es la más alta de este periodo, siendo 12.8 por ciento mayor a la registrada en 2007 —año en el que la RMM registró su nivel más bajo de los últimos ocho años—, y 9.7 por ciento superior a la registrada en 2008. (Figura II.10)

En términos del número de muertes maternas, en 2009 se registraron 1,218 defunciones, 99 muertes maternas más respecto de las registradas en 2008 y 121 defunciones más respecto a las de

Cuadro II.6

Metas relacionadas con el Objetivo 5. Mejorar la salud materna.

Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2009

Meta/Indicador	Línea base (A)	Última cifra disponible (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Meta 5A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes					
Razón de mortalidad materna 2/	90.41	62.78	22.60	40.75	-30.56

La cifra para línea base corresponde a datos de 1990; la última cifra disponible a información preliminar de 2009 y la meta a 2015

1/ Calculado como: $(B-A)/(C-A)*100$

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

Fuente: Base de defunciones 1990, INEGI-SS; SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

2007. El incremento registrado durante estos años pone en riesgo el cumplimiento de la meta para 2015.

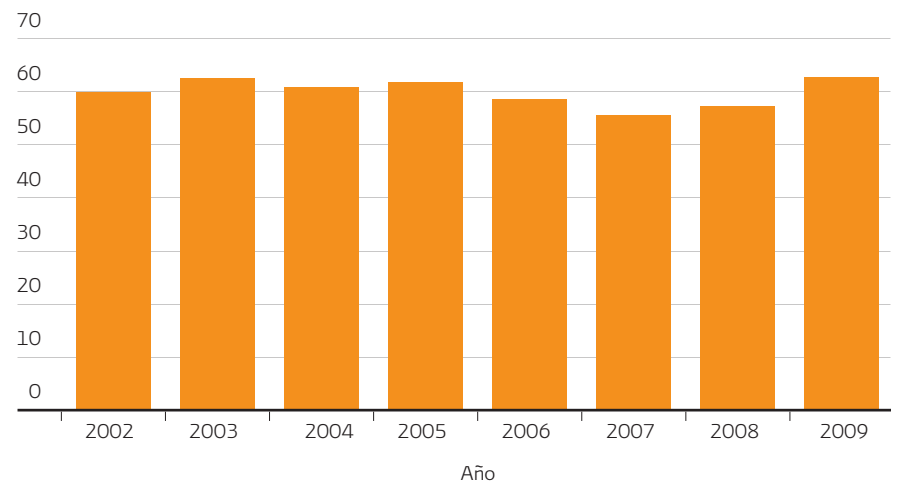
Es importante señalar que en 2009, el aumento de las muertes maternas se vio influenciado por la presencia de la pandemia de influenza AH1N1 que enfrentó el país; padecimiento que, como característica epidemiológica y clínica y contrario al comportamiento observado con otros tipos de influenza, afectó más a la población en edad productiva, incluyendo al grupo de mujeres embarazadas. En este sentido, es pertinente mostrar los siguientes hechos. Entre 2002 y 2008 el número de defunciones maternas debidas a enfermedades respiratorias que complican el embarazo, parto y puerperio osciló entre 8 y 21 muertes. En contraste, en 2009 esta cifra ascendió a 177 defunciones y su participación dentro de las causas de mortalidad obstétricas indirectas fue de 43.1 por ciento, siendo que en 2008 su aportación fue de 6.3 por ciento y de 8.7 por ciento en 2007.

De acuerdo con la información disponible al momento de elaborar este informe, de las 177 muertes maternas debidas a enfermedades respiratorias que complican el embarazo, parto y puerperio, 158 fueron provocadas por neumonía e influenza y, de éstas, 88 tuvieron diagnóstico confirmatorio de infección con el virus de influenza AH1N1. Las muertes con diagnóstico confirmatorio representaron el 7.2 por ciento del total de muertes maternas a nivel nacional y el 55.7 por

Figura II.10

Razón de mortalidad materna; México, 2002-2009

Razón 1/



CIE 10: O00-O99, A34, C58, D392, F53, M830 y embarazadas con B20-B24. Excluye muertes maternas tardías o por secuelas (O96 y O97) y por coriocarcinoma (C58X)

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

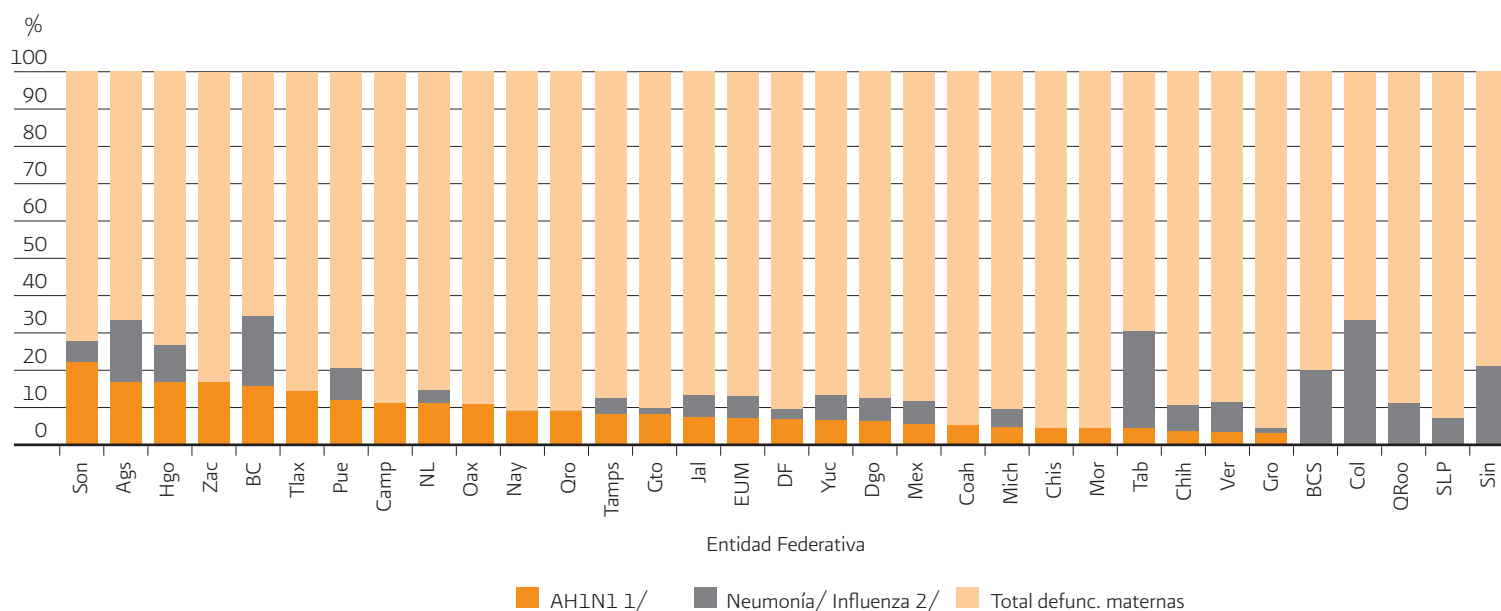
Fuente: Defunciones 2002-2008, INEGI-SS; SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

ciento del total de defunciones maternas debidas a neumonía e influenza. (Anexo B.7)

Las 88 muertes maternas debidas a influenza se distribuyeron en 27 entidades federativas, siendo Sonora la entidad donde el número de estas muertes representó el mayor porcentaje respecto del total de defunciones maternas (22.2%). Los estados que no registraron eventos de este tipo fueron Baja California Sur, Colima, Quintana Roo, San Luis Potosí y Sinaloa. Actualmente la Secretaría de Salud, a través de la DGIS, desarrolla un

Figura II.11

Aportación de la influenza AH1N1 y de la neumonía e influenza al total de defunciones maternas por entidad federativa; México, 2009



1/ Muertes maternas en las que la influenza AH1N1 provocó la muerte (confirmación a través del examen correspondiente)

2/ Muertes maternas en las que la neumonía e influenza provocaron la muerte (agrupa a las muertes por influenza AH1N1 y a otras por neumonía e influenza)

Fuente: Información preliminar 2009, DGIS

estudio para profundizar la investigación sobre el impacto que representó la influenza AH1N1 en la mortalidad materna de 2009. (Figura II.11)

A pesar del incremento de la RMM a nivel nacional entre 2008 y 2009, en doce entidades federativas no sucedió lo mismo. Dentro de ellas destacan Quintana Roo, Querétaro y Durango, estados en los que se documentaron reducciones de 48.4, 31.6 y 29.4 por ciento, respectivamente, lo cual les permitió ubicarse dentro de las entidades federativas con las menores RMM a nivel nacional. En sentido opuesto, Tlaxcala, San Luis Potosí y Jalisco registraron incrementos importantes en su indicador con 134.2, 66.7 y 59.2 por ciento, respectivamente. (Figura II.12)

Aunque la presencia en 2009 del virus de influenza AH1N1 influyó en la mayoría de los estados para que se registrara un incremento de la RMM, la pobreza y la falta de condiciones de vida adecuadas siguen siendo aspectos que determinan en gran medida esta problemática. Por ejemplo, al relacionar la RMM de cada entidad federativa con el

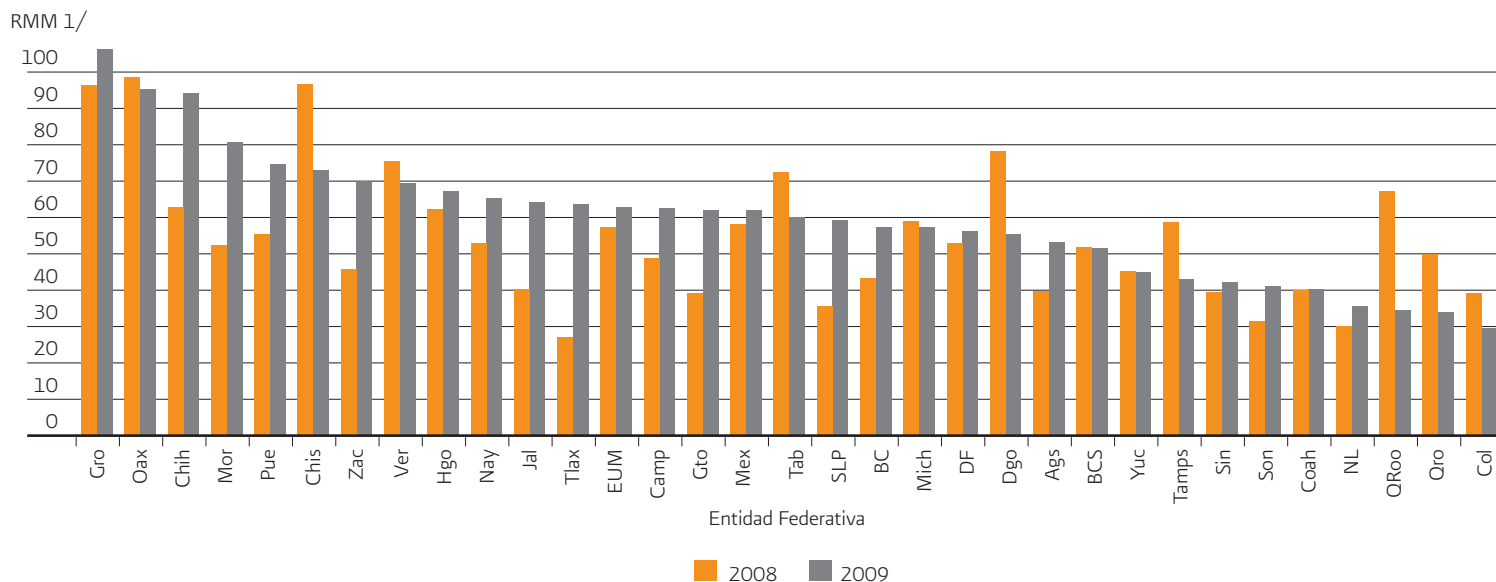
porcentaje de su población que vive con menos de dos dólares diarios, se observó un patrón lineal que denota una asociación positiva entre los dos indicadores ($R=0.675$). El análisis confirma que la pobreza es una variable que influye el comportamiento de la mortalidad, específicamente a la RMM, sin embargo no es el único factor.

En este sentido, vale la pena destacar dos casos: Chihuahua, entidad cuya mortalidad materna es elevada (la tercera más alta a nivel nacional) pero su porcentaje de población pobre (41.2 por ciento) se ubica en un nivel medio, y Querétaro, donde el porcentaje de población pobre es similar al de Chihuahua pero su RMM es la segunda más baja a nivel nacional. (Figura II.13)

En 2009, de las 1,218 muertes maternas registradas 1,015 ocurrieron en instituciones de atención a la salud y de ellas el 91.2 por ciento ocurrieron en instituciones públicas (926 defunciones maternas). Estos datos reflejan la necesidad de mejorar los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio dentro de los establecimientos de

Figura II.12

Razón de mortalidad materna por entidad federativa; México, 2008 y 2009



CIE 10: O00-O99, A34, C58, D392, F53, M830, y embarazadas con B20-B24. Excluye muertes maternas tardías o por secuelas (O96 y O97) y por cariocarcinoma (C58X)
 1/ Razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos estimados
 Fuente: Defunciones 2002-2008, INEGI-SS; SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

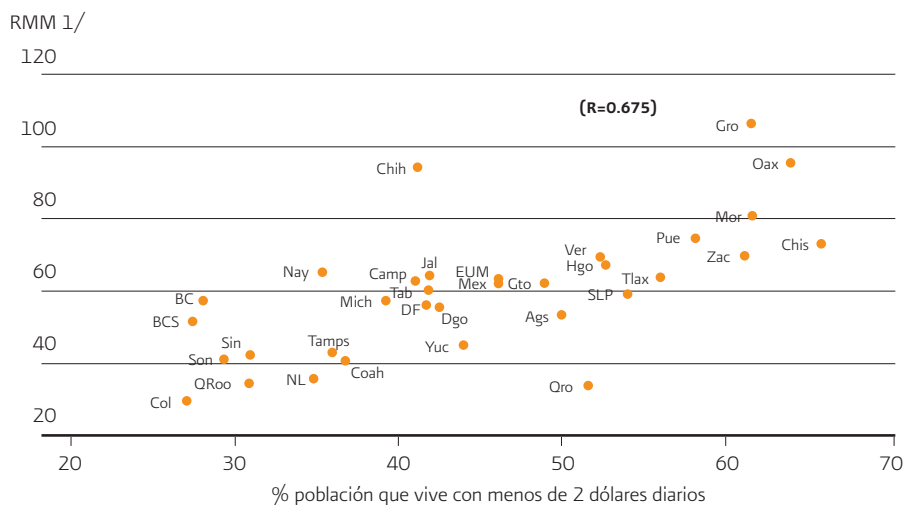
atención a la salud; sobre todo en los hospitales, al ser estos donde se atiende la mayoría de las mujeres durante su etapa reproductiva. Otro dato preocupante es que 10.3 por ciento de las muertes maternas tuvo lugar en los hogares de estas mujeres, cifra a la que se agrega el 2.2 por ciento de defunciones ocurridas en la vía pública, y que reflejan la necesidad de ampliar la cobertura de servicios de atención gineco-obstétrica y de atención prenatal en el país. (Figura II.14)

La distribución de las defunciones maternas según institución pública donde ocurrieron muestra que en 2009 la SS y el IMSS-oportunidades fueron las dependencias que registraron el mayor número de muertes con 50.7 por ciento, seguidas del IMSS (13.4 por ciento) y el ISSSTE (1.5 por ciento). (Figura II.14)

En México se dispone de una mayor y mejor información sobre este tema gracias a que desde el 2002 la DGIS implementa un proceso de búsqueda intencionada de muertes maternas a nivel nacional, a partir del cual se detectan y registran muertes maternas ocultas por una mala clasificación o porque

Figura II.13

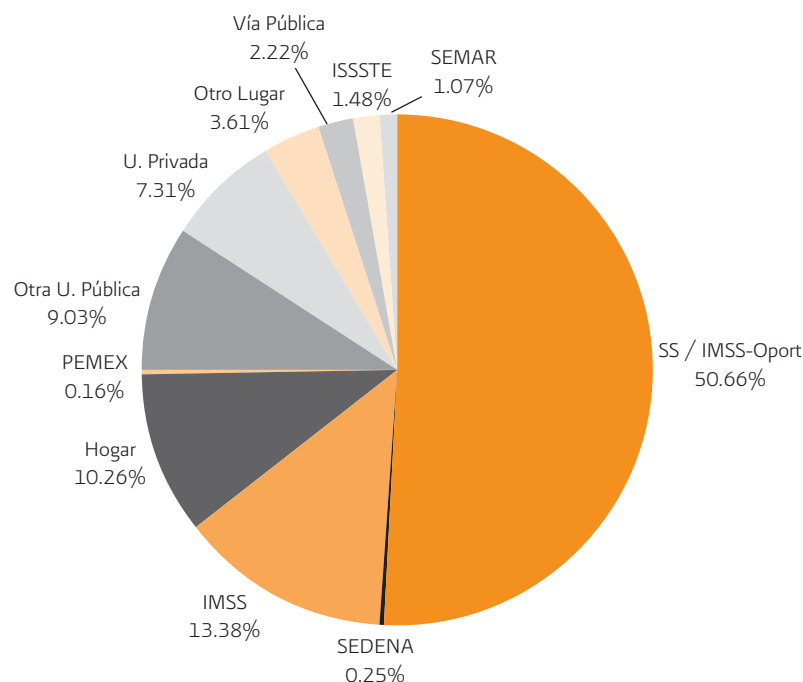
Razón de mortalidad materna respecto del porcentaje de población que vive con menos de 2 dólares diarios por entidad federativa; México, 2009



1/ Razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos estimados
 Fuente: RMM 2009, preliminar, DGIS-SS; Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2o. trimestre de 2009, INEGI

Figura II.14

Distribución porcentual de las muertes maternas por lugar de ocurrencia; México, 2009



Fuente: SEED 2009, preliminar, DGIS-SS

inicialmente no se consideraban como tales dentro de las fuentes de información principales. Este proceso ha permitido mejorar el registro y confiabilidad de los datos dentro del SINAIS, aunque también ha incidido en el incremento de la RMM observado

durante los últimos ocho años. A pesar de ello, la Secretaría de Salud considera que es preferible contar con información confiable, que aporte evidencias sobre la situación real del problema en el país, que buscar sólo el cumplimiento de metas.

En suma, reducir la mortalidad materna es, para México, el principal reto en materia de equidad en salud y justicia social, sobre todo por el efecto que tiene la pérdida de una madre en el núcleo familiar y en la sociedad. Por ello, es indispensable incidir en el comportamiento de los múltiples determinantes de la mortalidad materna: disponibilidad de tecnología médica, desigualdad en la distribución de los recursos, fallas en los procesos de atención y en la calidad y seguridad para los pacientes, falta de sensibilidad para involucrar y comprometer a los prestadores de servicios y falta de estrategias innovadoras para lograr que la población en general lleve a cabo acciones que permitan mejorar las condiciones de vida y de bienestar de la población femenina del país.

Proporción de partos atendidos por personal de salud calificado

La atención del parto por personal capacitado es una estrategia fundamental para ofrecer atención adecuada a las mujeres embarazadas y para afrontar las posibles complicaciones durante el parto y el puerperio. Para el indicador "proporción de partos atendidos por personal calificado en las instituciones de salud públicas" se esta-

Cuadro II.7

Metas relacionadas con el Objetivo 5. Mejorar la salud materna. Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2009

Meta/Indicador	Línea base (A)	Última cifra disponible (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Meta 5A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes					
Proporción de partos atendidos por personal calificado en las instituciones de salud públicas 2/	52.46	85.03	92.00	82.37	62.08

La cifra para línea base corresponde a datos de 1990; la última cifra disponible a información preliminar de 2009 y la meta a 2015

1/ Calculado como: (B-A)/(C-A)*100

2/ La meta de este indicador corresponde con la establecida para el 2012 de acuerdo con el PROESA 2007-2012

Fuente: Boletín de Información Estadística 1990 y dato 2009, preliminar; DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

bleció como meta que ésta no fuera menor a 92.0 por ciento; lo cual implica aumentar en 39.5 puntos porcentuales la cifra registrada en 1990. (Cuadro II.7)

Al respecto, las cifras preliminares de 2009 indican que en los establecimientos de atención médica de las instituciones públicas de salud se atendieron 1,649,644 partos por personal calificado, que equivale a 85.0 por ciento de los nacimientos estimados para el país en ese año, que representa un avance de 82.4 por ciento del incremento necesario para cumplir con la meta de 2012. (Cuadro II.7)

Durante 2009 este indicador mostró diferencias importantes por estado. Por ejemplo, Aguascalientes, Distrito Federal y Sonora registraron coberturas mayores a 97 por ciento, en tanto que el Estado de México y Puebla registraron proporciones inferiores a 70 por ciento. De ese modo, la brecha entre las entidades con valores extremos es de 47.3 por ciento en términos relativos. (Figura II.15)

Conviene señalar que en los estados de Baja California Sur, Colima, Tabasco, Zacatecas, Nayarit, Coahuila, Durango, Sinaloa y Tamaulipas se registraron coberturas de partos atendidos por personal calificado superiores al 100 por ciento. Este hecho

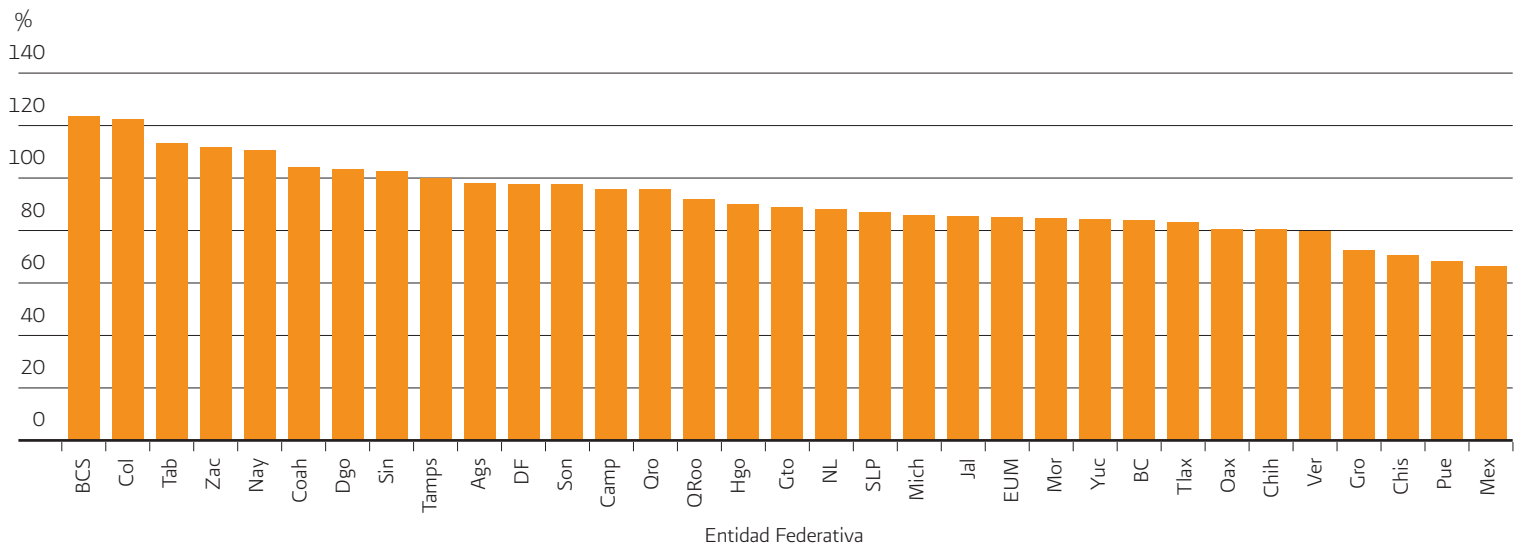
puede obedecer a dos circunstancias: las estimaciones de nacimientos del CONAPO para estos estados están subestimadas o se atendieron cantidades importantes de partos de mujeres cuya entidad de residencia habitual es distinta a la entidad en la que se atendió el evento. Debido a esta situación, y para disponer de mejores elementos para valorar la capacidad de atención del parto en el país, es necesario mejorar el sistema de registro de este tipo de eventos a nivel estatal e incluir la información de las unidades privadas de salud de manera regular.

La Secretaría de Salud es la institución que más partos atiende, con el 62 por ciento de los nacimientos ocurridos en instituciones públicas del país; le sigue el IMSS con 29 por ciento, mientras que en las restantes instituciones públicas se concentra el 9 por ciento restante. (Figura II.16)

Un elemento fundamental para garantizar que la atención a los nacimientos se dé con calidad y seguridad, tanto para la madre como para el recién nacido, es disponer de médicos gineco-obstetras y ginecólogos. En 2009, el número de estos médicos dentro del sector público ascendió a 8,897, lo que equivale a 3.0 médicos gineco-obstetras por diez mil

Figura II.15

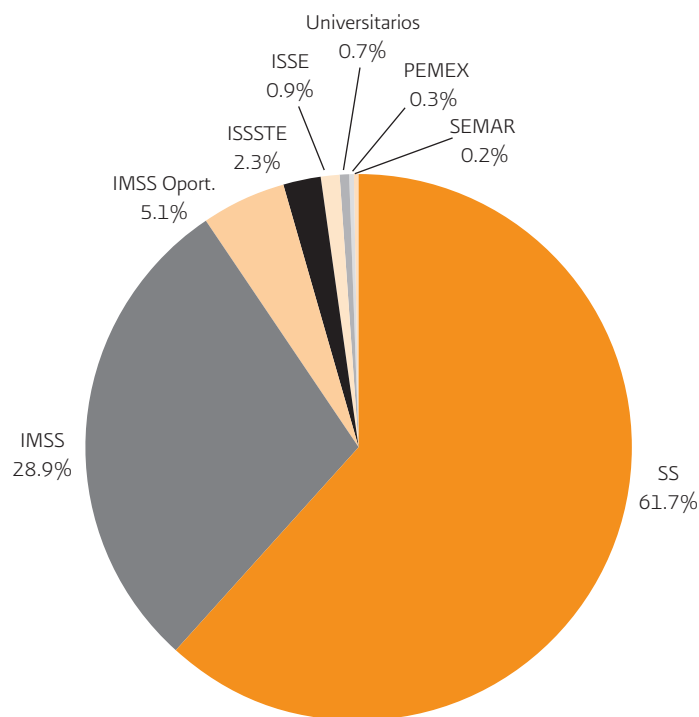
Proporción de partos atendidos por personal de salud calificado en instituciones de salud públicas respecto de los nacimientos estimados por entidad federativa; México, 2009



Fuente: Boletín de Información Estadística 2009, preliminar; DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Figura II.16

Porcentaje de partos atendidos por institución pública de salud respecto del total; México, 2009



Fuente: Boletín de Información Estadística 2009, preliminar; DGIS-SS

mujeres en edad fértil y a 5.4 médicos por cada mil partos atendidos en estas instituciones. Estas cifras registraron un incremento con respecto a los datos de 2006 (2.7 médicos por diez mil MEF y 5.2 médicos gineco-obstetras por mil partos atendidos).

Por entidad federativa, el Distrito Federal es la entidad con más profesionales de este tipo (5.3 gineco-obstetras por diez mil MEF), situación esperada dada la concentración de establecimientos hospitalarios e institutos nacionales que existen en la capital federal. En contraste, Chiapas sólo cuenta con 1.5 gineco-obstetras por diez mil MEF; Oaxaca dispone de 1.6 médicos de este tipo y Puebla con 1.8 gineco-obstetras por diez mil MEF.

De acuerdo con datos de la OCDE de 2007, México dispone de 31 médicos gineco-obstetras y ginecólogos por cien mil mujeres, cifra que superó al promedio de los países miembros de esta organización (24 médicos) e inclusive a la disponibilidad que tienen

países como Francia, España, Reino Unido, Canadá e Irlanda, entre otros. Sin embargo, es necesario señalar que en estos últimos países la atención prenatal y obstétrica está a cargo, principalmente, de médicos generales y otros recursos humanos debidamente capacitados, como parteras y enfermeras especialistas.

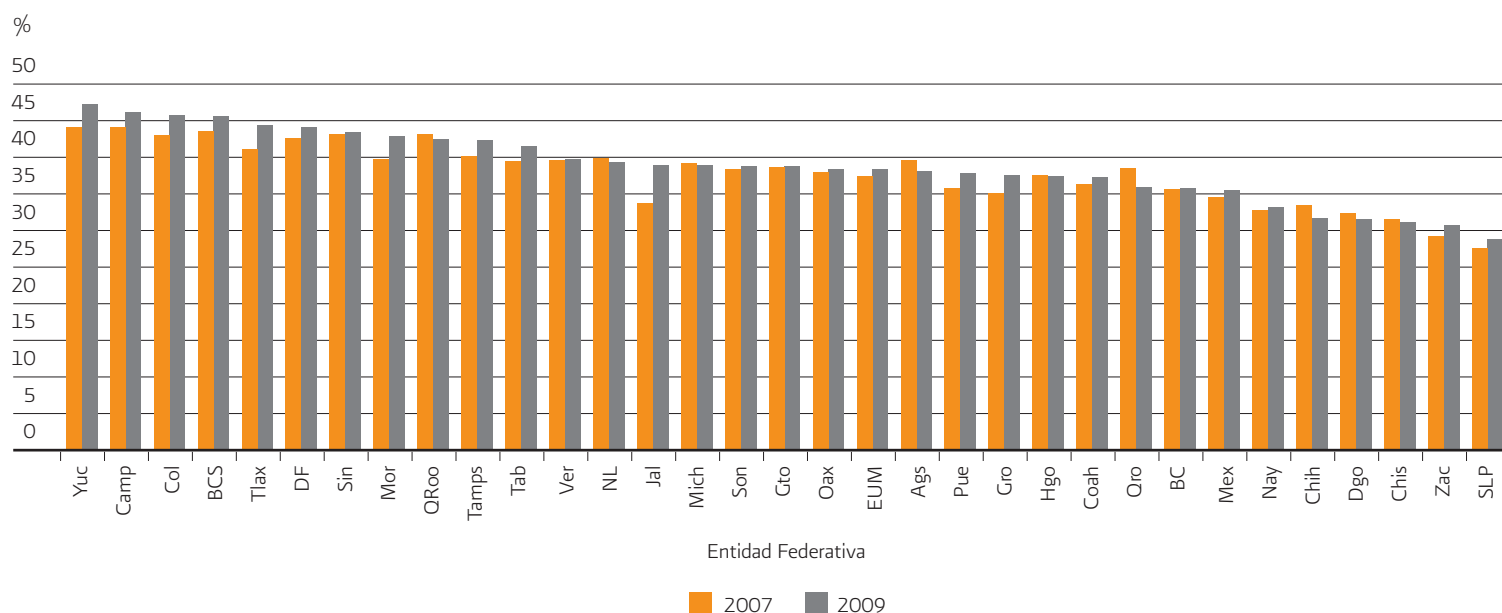
Otro aspecto que también debe ser considerado al momento de establecer estrategias para mejorar la salud materna y para reducir la RMM es el uso de procedimientos quirúrgicos para la resolución de los partos. En las instituciones públicas de salud del país, de acuerdo con datos preliminares de 2009, 38.3 por ciento de los nacimientos fueron por cesárea, cifra preocupante si se considera que diversos estudios han establecido que este procedimiento incrementa: i) el riesgo de enfermar y de morir de las madres; ii) la probabilidad de utilizar tratamiento antibiótico puerperal; iii) las tasas de mortalidad fetal, y iv) la probabilidad de que los recién nacidos tengan que ingresar a la unidad de cuidados intensivos durante los siete días posteriores al nacimiento. En comparación con datos de 2007, la realización de cesáreas se incrementó 2.4 por ciento.

El comportamiento del indicador por entidad federativa muestra que los servicios públicos de salud del estado de Yucatán fueron los que más utilizaron la cesárea para atender los partos (44.1% en 2007 y 47.3% en 2009), en tanto que San Luis Potosí fue la entidad en donde este procedimiento se utilizó con menor frecuencia (27.6% en 2007 y 28.9% en 2009). Jalisco, por su parte, fue el estado que registró entre 2007 y 2009 el mayor incremento de partos atendidos por cesárea (15.4 por ciento), mientras que en Querétaro se registró una disminución equivalente a 6.8 por ciento. (Figura II.17)

Lograr que las cesáreas no representen más de 15% del total de partos atendidos, según lo demuestran diversas fuentes de información, es una meta difícil de alcanzar. Por ejemplo, en 26 países de la OCDE el porcentaje de cesáreas osciló de 15.9 en Noruega hasta 39.9 en México. Diversas son las razones que favorecen el uso de este procedimiento para la atención del parto: el mejoramiento de las técnicas anestésicas y quirúrgicas, el menor riesgo de compli-

Figura II.17

Porcentaje de partos por cesárea respecto del total de partos atendidos en instituciones de salud públicas por entidad federativa; México, 2007 y 2009



Fuente: Boletín de Información Estadística 2007 y 2009, preliminar, DGIS-SS

caciones postoperatorias a corto plazo, reducción del tiempo de atención, factores económicos derivados de la alta demanda de los servicios gineco-obstétricos y la percepción de la seguridad del procedimiento por parte de los prestadores y de las pacientes.

Por ello, es necesario que el Sector Salud establezca mecanismos para vigilar que se sigan las recomendaciones clínicas para realizar este tipo de procedimientos quirúrgicos y para sensibilizar a los prestadores de servicios sobre los beneficios de optar por el parto vaginal. En este sentido es indispensable que se incorpore a la práctica la GPC denominada "Realización de operación cesárea" y que se vigile su utilización en todas las instituciones de salud públicas y privadas del país.

Promedio de consultas prenatales por embarazada atendida en las instituciones del Sistema Nacional de Salud

A partir de 2008, en el seno de la ONU se estableció incluir, como parte del seguimiento al objetivo de

mejorar la salud materna, el compromiso de lograr el acceso universal a la salud reproductiva hacia el año 2015. Para valorar los avances en la materia se propuso utilizar el indicador "promedio de consultas prenatales por embarazada" y una meta de cuatro consultas prenatales por embarazada, como mínimo.

En México, la incorporación de este indicador al seguimiento de los ODM se realizó durante 2009; aunque su utilización dentro del Sector Salud tiene un largo tiempo. Para su construcción se emplean datos provenientes del SINAIS correspondientes a la prestación de servicios en las instituciones de salud públicas. La línea base para su seguimiento se estableció fuera el año 2000, durante el cual se registraron 4.4 consultas prenatales en promedio por embarazada atendida en estas instituciones; cifra que de inicio es superior a la meta requerida por la ONU. (Cuadro II.8)

Por su parte, en 2009 las instituciones de salud públicas del Sector Salud otorgaron en promedio 4.6 consultas prenatales por embarazada, con lo que se superó en 16.0 por ciento la meta establecida. Respecto

Cuadro II.8

Metas relacionadas con el Objetivo 5. Mejorar la salud materna.
Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2009

Meta/Indicador	Línea base (A)	Última cifra disponible (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Meta 5B: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva					
Promedio de consultas prenatales por embarazada atendida en las instituciones de salud pública del Sistema Nacional de Salud	4.41	4.64	4.00	16.01	5.28

La cifra para línea base corresponde a datos de 2000; la última cifra disponible a información preliminar de 2009 y la meta aplica para todo el periodo de seguimiento
1/ Calculado como variación porcentual entre (B) y (C).

Fuente: Boletín de Información Estadística 1990 y dato 2009, preliminar; DGIS-SS

al valor registrado en el 2000, la cifra 2009 representa un incremento de 5.3 por ciento. (Cuadro II.8)

Cabe señalar que la NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, establece que a las embarazadas de bajo riesgo se debe proporcionar como mínimo cinco consultas prenatales, siendo esta recomendación la guía para avanzar durante los siguientes años en esta materia.

Con 7.0 consultas en promedio por embarazada, el IMSS-Oportunidades fue la institución pública de salud que en 2009 reportó el valor más alto para este indicador, ello a pesar de que entre 2000 y 2009 registró un decremento de 2.4 por ciento; le siguen el IMSS régimen ordinario, con 6.1 consultas; los servicios médicos de PEMEX, con 5.3 consultas y la SS con un promedio de 4.1 consultas prenatales por embarazada. (Figura II.18)

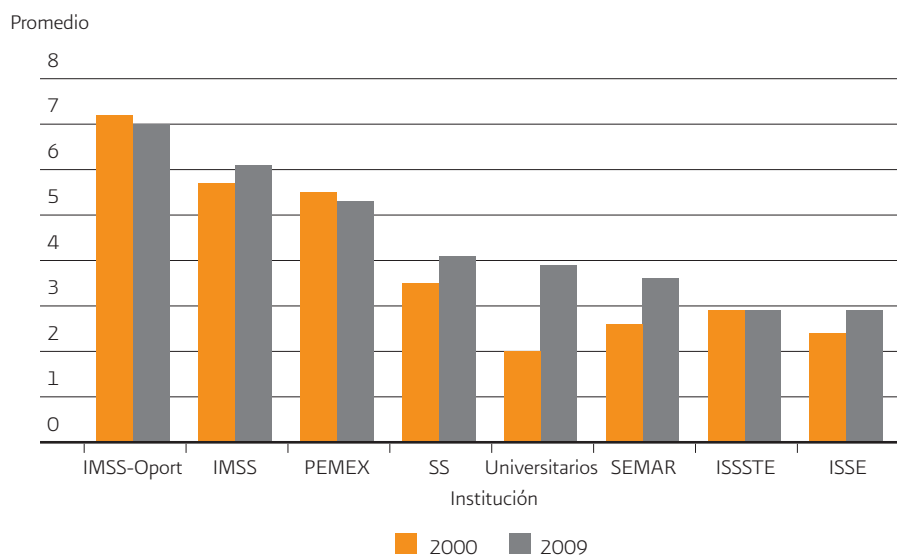
Por otra parte, las instituciones de seguridad social estatales (ISSE), el ISSSTE, los servicios médicos de la SEMAR y los hospitales universitarios no alcanzaron la meta establecida para este indicador, dado que en promedio estas instituciones sólo otorgaron 2.9 consultas prenatales por embarazada durante 2009. Además, resalta que en el ISSSTE se registró un descenso del 2.0 por ciento respecto al promedio de consultas prenatales otorgadas en 2000.

Los hospitales universitarios, a pesar de no haber alcanzado la meta de 4 consultas prenatales por embarazada, incrementaron su indicador 98.3 por ciento entre 2000 y 2009. Los servicios médicos de la SEMAR registraron también un incremento importante (37.1 por ciento), aunque esta dependencia tiene que trabajar más en la materia. (Figura II.18)

Entre 2000 y 2009 se observan cambios importantes tanto en el número promedio de consultas prenatales otorgadas por embarazada en las entidades federativas, como en la posición relativa que ocupan los estados dentro del contexto nacional. En 2009,

Figura II.18

Promedio de consultas prenatales por embarazada por institución pública de salud; México, 2000 y 2009



Fuente: Boletín de Información Estadística 2000 y 2009, preliminar; DGIS-SS

Tlaxcala fue la entidad federativa que, a nivel público del Sector Salud, otorgó el mayor promedio de consultas prenatales por embarazada (6.4 consultas), mientras que en el Distrito Federal sólo se otorgan 3.6 consultas en promedio, siendo la única entidad en la que no se cumplió la meta estipulada. En comparación con el promedio de consultas prenatales reportado en el año 2000, Tlaxcala registró un incremento de 2.2 consultas en promedio, mientras que Chihuahua redujo casi en una consulta su promedio. (Figura II.19)

Respecto a la ubicación de los estados en el contexto nacional entre 2000 y 2009, el incremento obtenido por Tlaxcala en su indicador le permitió ascender de la posición 23 en 2000 al primer lugar en 2009; destaca también el caso de Baja California Sur que, gracias al incremento registrado en su indicador, paso de la posición 24 al lugar número tres durante este periodo. El incremento logrado por varios estados provocó que Nuevo León, que en 2000 se ubicó en la primera posición a nivel nacional, en 2009 se ubicara en la posición número 12. Chihuahua por su parte, debido a la reducción que registró en su promedio de consultas prenatales,

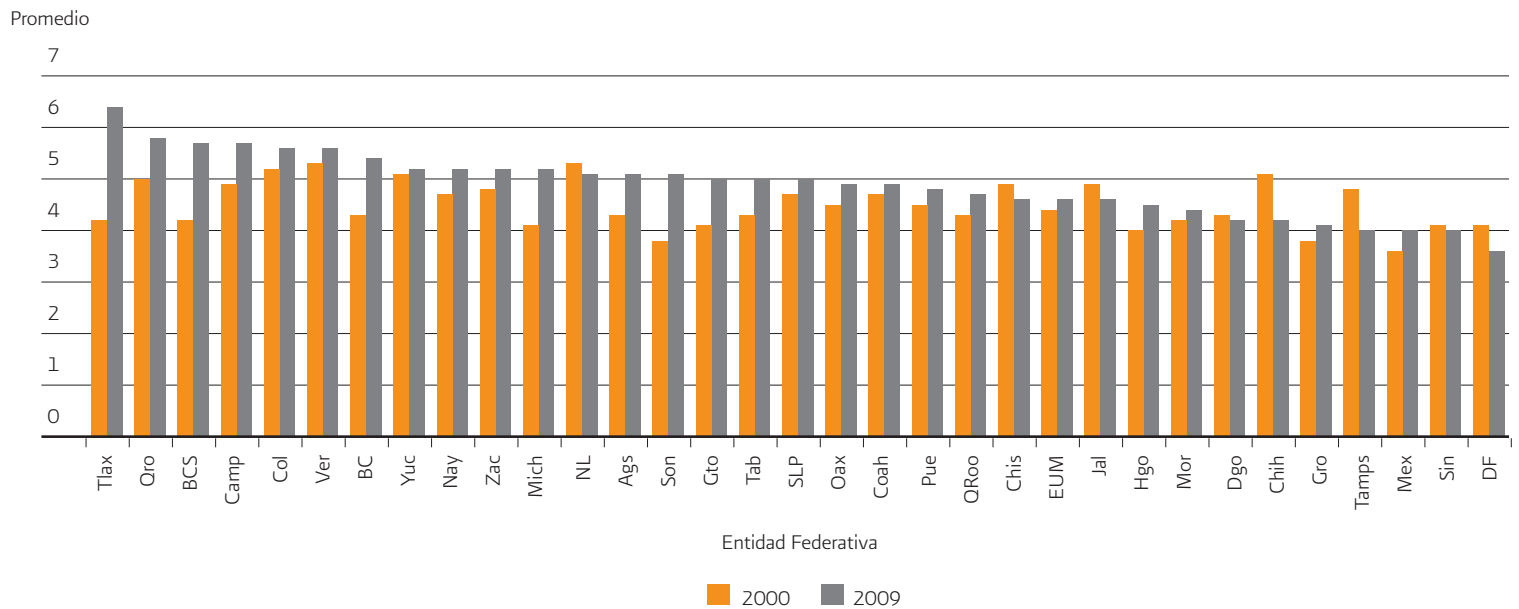
descendió de la cuarta posición a la número 27. (Figura II.19)

Con lo descrito en los párrafos anteriores, se establece que mejorar la salud materna, a través de reducir la razón de mortalidad materna y garantizar el acceso universal a la salud reproductiva, es un reto de enorme envergadura para el sistema de salud del país. Para lograrlo resulta fundamental instrumentar un abordaje multifactorial con la consecuente participación de diversos actores, incluyendo a la misma sociedad para que haga uso efectivo de los servicios y recursos disponibles y se haga corresponsable del cuidado de su salud. Pero sobre todo, es necesario abatir el rezago y la pobreza que limitan las oportunidades de desarrollo y bienestar de las mujeres y de las familias en general.

Asimismo, se debe ampliar la cobertura de los servicios materno-infantil, impulsar estrategias como la atención interinstitucional de las emergencias obstétricas y mejorar la calidad técnica e interpersonal con la que se ofrecen los servicios de atención a la salud, cuyo resultado esperado sería una mayor efectividad y seguridad en los servicios. En este sentido, una

Figura II.19

Promedio de consultas prenatales por embarazada en instituciones de salud públicas por entidad federativa; México, 2000 y 2009



herramienta valiosa es la implementación de las GPC, que se basan en las mejores evidencias científicas.

Finalmente, es necesario no ceder en el mejoramiento de la notificación y registro de las defun-

ciones maternas, a fin de contar con los elementos necesarios para adoptar políticas y estrategias que verdaderamente permitan mejorar la salud de las mujeres del país.

Cuadro B.II

Atención de quejas en la CONAMED vinculadas con usuarias de 15 a 49 años de edad

Desde su creación en 1996, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) ha contribuido a resolver mediante el arbitraje médico las controversias entre usuarios de servicios de salud y los prestadores de los mismos, a prevenirlas y a mejorar la calidad de la atención y la seguridad en los servicios del SNS. Su labor, además, coadyuva a resolver los retos que enfrenta el Sector Salud en México, como por ejemplo, el de reducir la mortalidad materna en el país.

Durante 2009 esta Comisión atendió 619 quejas relacionadas con la atención que recibieron las mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años de edad) que representan el 35.4

por ciento del total de quejas atendidas en ese año; proporción que en 2006 fue de 35.8.

Entre 2006 y 2009, el Distrito Federal es el territorio con el mayor número de quejas atendidas por CONAMED, de acuerdo con la ubicación geográfica de la unidad médica involucrada, seguido por el Estado de México. El resto se distribuyó en otras entidades con algunas variaciones durante este periodo, como se muestra en la siguiente tabla.

Del total de quejas médicas vinculadas con usuarias de 15 a 49 años de edad, la mayoría involucró en 2009 a los servicios médicos de seguridad social y a los de carácter

privado, con porcentajes de 64.5 y 27.8 por ciento, respectivamente; comportamiento similar al observado en 2006.

Tras el análisis minucioso de las quejas en cuestión, la CONAMED documentó 695 motivos de quejas: 48.5 por ciento debidas al tratamiento quirúrgico proporcionado, 19.9 por ciento por el diagnóstico efectuado, 17.8 por ciento correspondió al tratamiento médico, 6.6 por ciento se debió a la atención del parto y puerperio inmediato y 7.2 por ciento debido a deficiencias administrativas, o bien a una inapropiada relación médico paciente, accidentes e incidentes, entre otras.

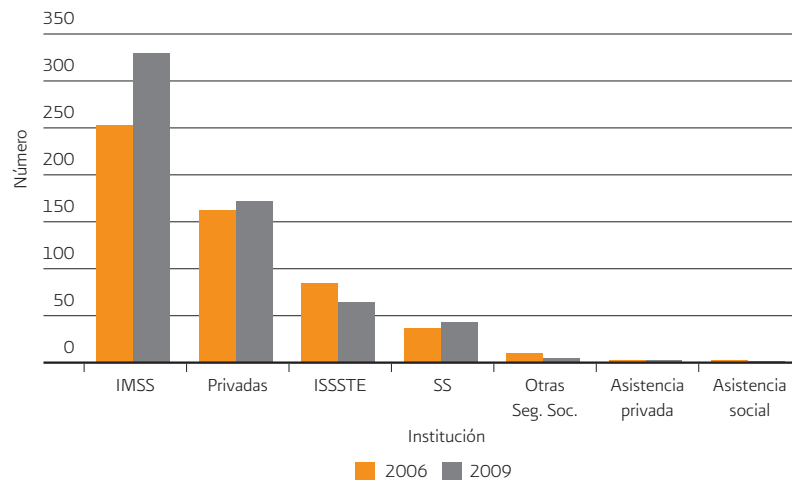
Quejas vinculadas a usuarias de 15 a 49 años de edad por principales entidades federativas, atendidas por CONAMED, 2006 y 2009 a/

Entidad Federativa	Año		Entidad Federativa	Año	
	2006	2009		2006	2009
Total	553	619	Tabasco	8	6
Distrito Federal	318	351	Campeche	5	5
México	68	73	Puebla	6	5
Querétaro	11	18	Tlaxcala	5	5
San Luis Potosí	4	15	Veracruz	8	5
Sonora	5	14	Sinaloa	5	4
Hidalgo	5	11	Tamaulipas	4	4
Yucatán	6	11	Zacatecas	1	4
Chiapas	11	10	Morelos	4	3
Guanajuato	15	10	Baja California Sur	1	2
Coahuila	4	9	Durango	3	2
Quintana Roo	3	9	Nayarit	12	2
Chihuahua	8	8	Aguascalientes	9	1
Jalisco	2	8	Baja California	3	1
Michoacán	4	8	Oaxaca	2	1
Nuevo León	4	8	Colima	5	0
Guerrero	4	6			

a/ Entidad correspondiente a la ubicación geográfica de la unidad médica involucrada

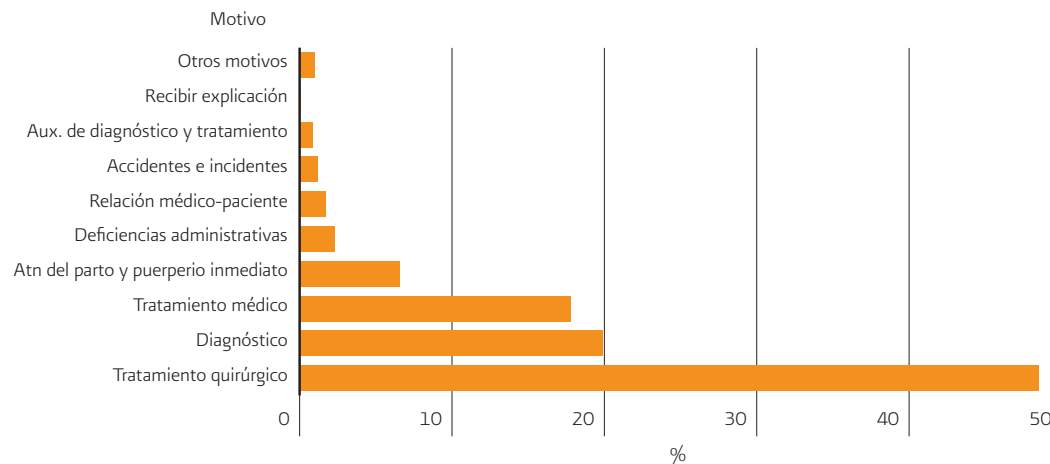
Fuente: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

Quejas atendidas por la CONAMED, vinculadas a usuarias de 15 a 49 años por institución médica involucrada; 2006 y 2009



Fuente: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional

Distribución porcentual de los motivos de quejas de las usuarias de 15 a 49 años de edad, atendidas por la CONAMED; 2009



Nota: Incluye más de un motivo de queja

Fuente: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

En las quejas médicas de las usuarias estuvieron involucradas, principalmente, las especialidades de ginecología y obstetricia, cirugía general y traumatología y ortopedia (31.8, 11.1 y 10.2 por ciento, respectivamente). Particularmente para la especialidad de ginecología y obstetricia, los principales motivos de queja se relacionaron con el tratamiento quirúrgico (58.6%), el

diagnóstico (17.3%) y la atención del parto y puerperio (15%). Estos hallazgos confirman la necesidad de mejorar los procesos de atención materna para garantizar calidad y seguridad a las pacientes.

En 81.6 por ciento del total de quejas emitidas por las usuarias de este grupo de edad se dispuso de elementos para evaluar la práctica médica, de ellas 30.9 por ciento

evidenciaron una mala práctica y como resultado 30 usuarias fallecieron, 29 sufrieron daño físico permanente y 39 un daño temporal. En el caso de las quejas asociadas a la especialidad de ginecología y obstetricia, se contó con elementos para valorar la práctica médica en 172 casos de los 197 atendidos, documentándose una mala práctica clínica en 55 de ellos, dando como consecuencia la

muerte de 12 mujeres en edad fértil y daño permanente a otras 18 usuarias.

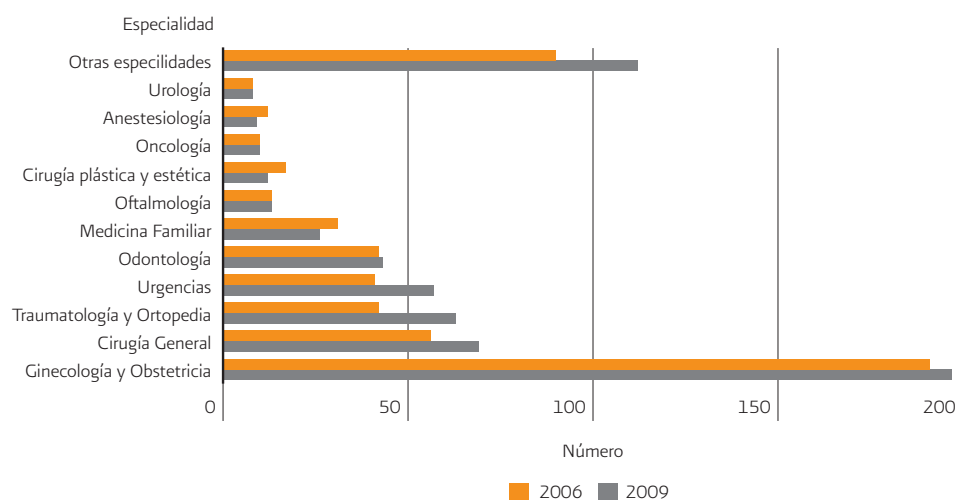
Ante este contexto, urge se tomen las medidas necesarias para mejorar los procesos de atención gineco-obstétrica, elevar su calidad y mejorar su seguridad. De no hacerlo, difícilmente se podrá garantizar que las mujeres gocen de una etapa reproductiva plena y sin contratiempos para su salud. En este sentido, la CONAMED ha elaborado

y difundido la guía de información básica para la atención de la mujer embarazada, las recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica y las recomendaciones específicas para mejorar la atención médica en el diagnóstico prenatal.

Del mismo modo, impulsó el desarrollo de investigaciones en 2009, entre las que destacan: i) motivos de quejas registradas en la CONAMED vinculadas a la adolescente

embarazada; ii) actualización de las recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica; iii) análisis de eventos adversos en quejas relacionadas con atención obstétrica; iv) evaluación de la aplicación del indicador trato digno a pacientes que se realizan la interrupción legal del embarazo; v) suficiencia de recursos en el área de obstetricia, y vi) mortalidad materna relacionada con influenza A H1N1.

Quejas atendidas en la CONAMED de usuarias de 15 a 49 años de edad por especialidad involucrada; 2006 y 2009



Fuente: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

Quejas atendidas por la CONAMED de usuarias de 15 a 49 años de edad en las que se documentó evidencia de mala práctica, por especialidad según gravedad del daño ocasionado; 2009

Especialidad	Gravedad del daño				
	Total	Sin daño físico	Daño temporal	Daño permanente	Muerte
Total	156	58	39	29	30
Ginecología y Obstetricia	55	13	12	18	12
Cirugía general	25	8	6	3	8
Urgencias	19	11	4	2	2
Odontología	16	12	4	0	0
Traumatología y Ortopedia	12	1	8	3	0
Medicina general	5	3	1	1	0
Medicina familiar	4	1	2	0	1
Anestesiología	3	0	1	1	1
Oncología	2	1	0	0	1
Otras especialidades	15	8	1	1	5

Fuente: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

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

Seguimiento de las metas para VIH/SIDA

Durante la Cumbre del Milenio de 2000, el Secretario General de la ONU centró parte de su discurso en la necesidad de enfrentar la crisis sanitaria que representaba la propagación del VIH/SIDA, la cual amenazaba con anular los logros obtenidos hasta ese momento en la esfera del desarrollo humano y convertirse en una crisis social a escala mundial. A nueve años de este llamado, la población mundial continúa padeciendo los estragos de esta enfermedad, que se acentúan en los países más pobres.

De acuerdo con estimaciones de la ONU, en 2007 aproximadamente 33 millones de personas vivían con el VIH y 2.7 millones más adquirieron la infección. Ese mismo año, el SIDA provocó la muerte de dos millones de personas, de las que 280 mil fueron de menores de 15 años de edad, al mismo tiempo que se estimaba que 430 mil niños nacieron con el VIH, cifra que incrementó a 2.1 millones el número de menores de 15 años que vivían con el virus.

En la guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio emitida por la ONU en 2001, para el objetivo de combatir el VIH/SIDA se definió como meta el “haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA”. Para su seguimiento se establecieron los siguientes indicadores: tasa de morbilidad del VIH entre las mujeres embarazadas de edades comprendidas entre los 15 y

los 24 años, tasa de uso de anticonceptivos y número de niños huérfanos por causa del VIH/SIDA.

En 2008, con la entrada en vigor de la nueva lista oficial de indicadores de los ODM, se adecuaron estos indicadores: prevalencia del VIH entre las personas de 15 a 24 años; uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo; proporción de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos, amplios y correctos, sobre el VIH/SIDA, y relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la de niños no huérfanos de 10 a 14 años. Asimismo, se adicionó una nueva meta: “lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten”, y para su seguimiento se propuso el indicador de proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales.

Debido a que México presenta una epidemia de SIDA concentrada —que se caracteriza por una prevalencia de infección por VIH que se difunde sólo en algunos subgrupos de la población— y por disponer de una cobertura aceptable de población con acceso a medicamentos antirretrovirales, se decidió adoptar sólo los siguientes indicadores: i) prevalencia de VIH en población adulta de 15 a 49 años de edad; ii) proporción de hombres que tienen sexo con hombres que usó preservativo en la última relación sexual, y iii) tasa de mortalidad por VIH/SIDA. Los logros obtenidos en relación con estos indicadores se describen en los siguientes párrafos.

Prevalencia de VIH en población adulta de 15 a 49 años de edad

El sistema de salud mexicano estableció como meta mantener la prevalencia de VIH en un nivel inferior a 0.6 casos por 100 adultos de 15 a 49 años, valor que correspondió al promedio observado en 2005 en América Latina. En relación con el cumplimiento de esta meta, en 2009 se registró una prevalencia de 0.37 casos de VIH por cien adultos de 15 a 49 años que representa el 48.9 por ciento de la meta establecida. Entre 1990 y 2009, este indicador registró un incremento de 146.7 por ciento, lo que obliga a vigilar esta tendencia durante siguientes años a fin de evitar se vea comprometido el cumplimiento de la meta. (Cuadro II.9)

En 1990 se estimó que en México 61,000 personas vivían con VIH/SIDA, cifra que en 2009 ascendió a 220,000, lo que representa un incremento de 260.7 por ciento entre ambos años. En términos absolutos esta cifra es alta, pero en términos de casos por cada 100 habitantes permite al país ubicarse entre las naciones con menor prevalencia de VIH a nivel mundial.

Según datos del Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA) de 2009, del total de personas que viven con VIH el 59 por ciento lo desconoce, 14 por ciento ha sido

diagnosticada como portadora pero aún no requiere iniciar el tratamiento ARV y el 27 por ciento restante recibe terapia ARV en alguna institución de salud pública o en la medicina privada del país. Ante este panorama, el CENSIDA, de forma continua, fortalece su estrategia de prevención y promoción de la salud, con el propósito de generar cambios de comportamiento en las poblaciones con mayor riesgo y la adopción de las medidas necesarias de prevención entre la población general. Asimismo, impulsa el acceso universal a tratamientos antiretrovirales a fin de mejorar el pronóstico y la calidad de vida de las personas afectadas, otorgando, además, atención y tratamiento a mujeres embarazadas VIH-positivas para prevenir la transmisión materno-infantil.

Proporción de hombres que tienen sexo con hombres que usó preservativo en la última relación sexual

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) establece que el uso del preservativo es una medida importante de protección contra el VIH, especialmente entre la población con mayor riesgo. En México, de acuerdo con la información 2009 del CENSIDA, del total de personas infectadas por VIH, el 60 por ciento correspondió a

Cuadro II.9

Metas relacionadas con el Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2009

Metas específicas para VIH/SIDA

Meta/Indicador	Línea base (A)	Última cifra disponible (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Meta 6A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA					
Prevalencia de VIH en población adulta 2/	0.15	0.37	Menos de 0.6	48.89	146.67

La cifra para línea base corresponde a datos de 1990; la última cifra disponible a información preliminar de 2009 y la meta se definió en 2005, pero aplica para todo el periodo de seguimiento

1/ Calculado como: $(B-A)/(C-A)*100$

2/ Población de 15 a 49 años que se estima vive con VIH, por cada 100 personas de 15 a 49 años

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; CENSIDA/SPPS-SS

hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), colocando a esta población en una situación de alto riesgo y vulnerabilidad. Ante este hecho, el SNS adoptó el indicador de “proporción de hombres que tienen sexo con hombres que usó preservativo en la última relación sexual”.

La meta para este indicador es lograr que 90 por ciento de los HSH hayan usado preservativo durante su última relación sexual anal con una pareja del mismo sexo. Ello implicaba incrementar en 16.7 puntos porcentuales la proporción registrada en 2001; sin embargo, el valor de este indicador para 2009 (63.6 por ciento) registró un retroceso absoluto de 9.7 puntos porcentuales, con lo que la reducción requerida inicialmente para cumplir con la meta se amplió en 58 por ciento. En este contexto, es necesario redoblar esfuerzos y fomentar el uso sistemático y correcto del preservativo entre la población objetivo. (Cuadro II.10)

Respecto del seguimiento a esta meta es necesario realizar una acotación: la fuente de información para la construcción del indicador son encuestas específicas realizadas bienalmente en ciudades donde se concentra un volumen importante de población clave (grupos de riesgo), hecho que compromete la extrapolación de los hallazgos a nivel nacional. En este sentido, se aconseja interpretar con cautela los resultados de éste indicador.

Mortalidad por VIH/SIDA

A pesar de los esfuerzos que se realizan para contener con el VIH/SIDA a nivel internacional, cada año mueren en el mundo 2 millones de personas por esta causa y el número acumulado de defunciones desde el inicio de esta epidemia en los años ochenta ha superado ya los 25 millones. En México, a pesar de que la ONU no ha incluido el indicador de mortalidad por VIH/SIDA en sus listas, se consideró necesario incorporarlo a fin de valorar los avances en el combate contra esta enfermedad.

Para comprender la lógica respecto de la determinación de la meta correspondiente y su cumplimiento, debe considerarse la tendencia de este indicador durante el periodo de análisis. En 1983 hizo su aparición el VIH/SIDA en nuestro país y en 1990 la mortalidad por esta causa, que aún era baja, comenzaba a mostrar un ascenso acelerado que registró su punto más alto en 1996. A partir de ese año su comportamiento comenzó a estabilizarse, con lo que se cumplió con la meta de detener la propagación de esta enfermedad. Logrado ello, el siguiente paso para el SNS fue comenzar a reducir esta mortalidad. (Figura II.20)

Así, a inicios de la presente administración se definió que en 2012 la mortalidad por VIH/SIDA no debería ser mayor a 3.8 defunciones por cien mil

Cuadro II.10

Metas relacionadas con el Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2009

Metas específicas para VIH/SIDA

Meta/Indicador	Línea base (A)	Última cifra disponible (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Meta 6A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA					
Proporción de hombres que tienen sexo con hombres que usó preservativo en la última relación sexual	73.30	63.60	90.00	-58.08	-13.23

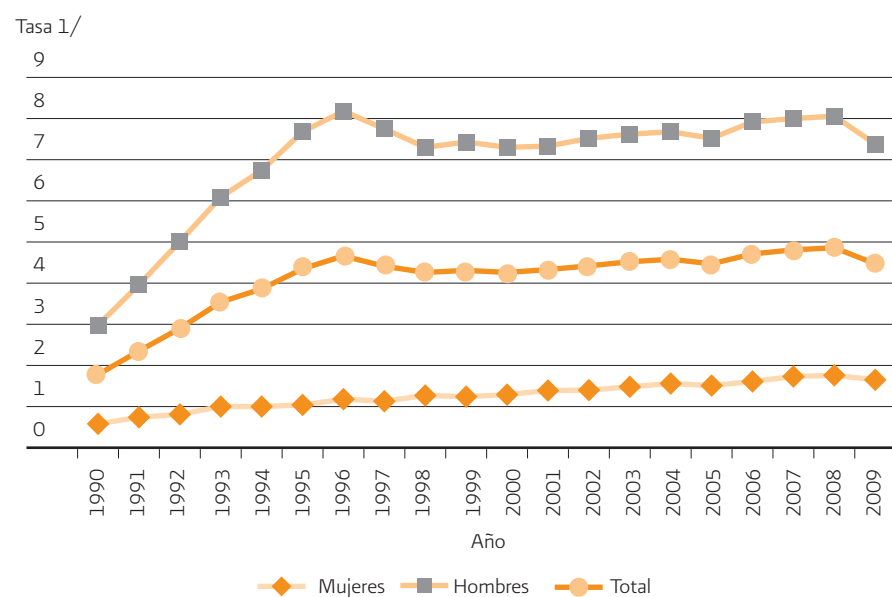
La cifra para línea base corresponde a datos de 2001, la última cifra disponible a 2009 y la meta a 2012 (definida en el Programa de Acción Específico 2007-2012. En respuesta al VIH/SIDA e ITS; CENSIDA-SS)

1/ Calculado como: $(B-A)/(C-A)*100$

Fuente: Información basada en encuestas; CENSIDA/SPPS-SS

Figura II.20

Mortalidad por VIH/SIDA por sexo; México, 1990-2009



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes

Fuente: INEGI-SS, 1990 a 2008 y SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

habitantes, tomando como base para su determinación la tasa de mortalidad registrada en 2006 (4.7 defunciones), lo que refleja el compromiso de esta administración por reducir el número de muertes provocadas por esta enfermedad.

En este sentido, la tasa de mortalidad por VIH/SIDA registrada en 2009 (4.5 muertes por cien mil habitantes) refleja, por un lado, los efectos que ha

tenido este padecimiento de 1990 a la fecha, evidenciado por el incremento de 151 por ciento en la tasa respecto de la mortalidad de ese año, y por el otro establece que para cumplir con la meta de 2012 es necesario reducir 17.2 por ciento la tasa de 2009. (Cuadro II.11)

En 2009, el número de defunciones por VIH/SIDA a nivel nacional ascendió a 4,804. De éstas, 14.8 por ciento correspondieron a habitantes del estado de Veracruz, 10.1 por ciento del Distrito Federal, 8.4 por ciento del Estado de México, 5.8 por ciento de Jalisco, 5.7 por ciento de Baja California y 4.7 por ciento a población de Chiapas. Entidades que en conjunto agruparon 49.5 por ciento del total de muertes por esta causa en el país; sin embargo, las tasas de mortalidad por VIH/SIDA por 100 mil habitantes ubican a estas entidades federativas en posiciones distintas. (Figura II.21)

Por ejemplo, el riesgo de morir por VIH/SIDA que tiene la población de Tabasco es 6.6 veces mayor al que tiene la población de Zacatecas y 2.2 veces mayor al riesgo que se registra a nivel nacional. A diferencia de la población masculina, en la que la mortalidad más elevada se registró en Tabasco, la población femenina registró su cifra más alta en Veracruz.

A nivel nacional, por cada mujer que fallece debido al VIH/SIDA, mueren 4.3 hombres por la misma causa. El patrón de esta relación se mantiene por

Cuadro II.11

Metas relacionadas con el Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2009

Metas específicas para VIH/SIDA

Meta/Indicador	Línea base (A)	Última cifra disponible (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Meta 6A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA					
Tasa de mortalidad por VIH/SIDA 2/	1.78	4.47	3.81	17.24	150.94

La cifra para línea base corresponde a datos de 1990; la última cifra disponible a 2009 y la meta a 2012 (meta propuesta por México)

1/ Calculado como variación porcentual entre (B) y (C)

2/ Tasa observada por 100 mil habitantes

Fuentes: Defunciones 1990, INEGI-SS; SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

entidad federativa, aunque la magnitud de la misma varía considerablemente entre ellas. Por ejemplo, en el estado de Quintana Roo se registraron 9.6 muertes en hombres por una en mujeres y en Coahuila y Zacatecas la relación fue de 9.5 en hombres por una muerte en mujeres, respectivamente. La relación de estos tres estados es más del doble de la registrada a nivel nacional. En el estado de Chiapas, por su parte, fallecieron dos hombres por cada mujer. Sin embargo, cabe señalar, que en los últimos diez años el ritmo de crecimiento de la mortalidad femenina por VIH/SIDA fue, en promedio, del 3.1 por ciento anual, mientras que el incremento en la mortalidad masculina fue de 0.9. (Figura II.21)

Para el informe de Rendición de Cuentas en Salud 2008 se realizó una estimación del número de muertes requeridas para poder dar cumplimiento a la meta de mortalidad por VIH/SIDA en 2012. Con base en los resultados, se estableció que en 2008 y 2009 el número de fallecimientos asociados a esta causa no debería rebasar las 4,913 y las 4,733 defunciones, respectivamente. La cifra consolidada

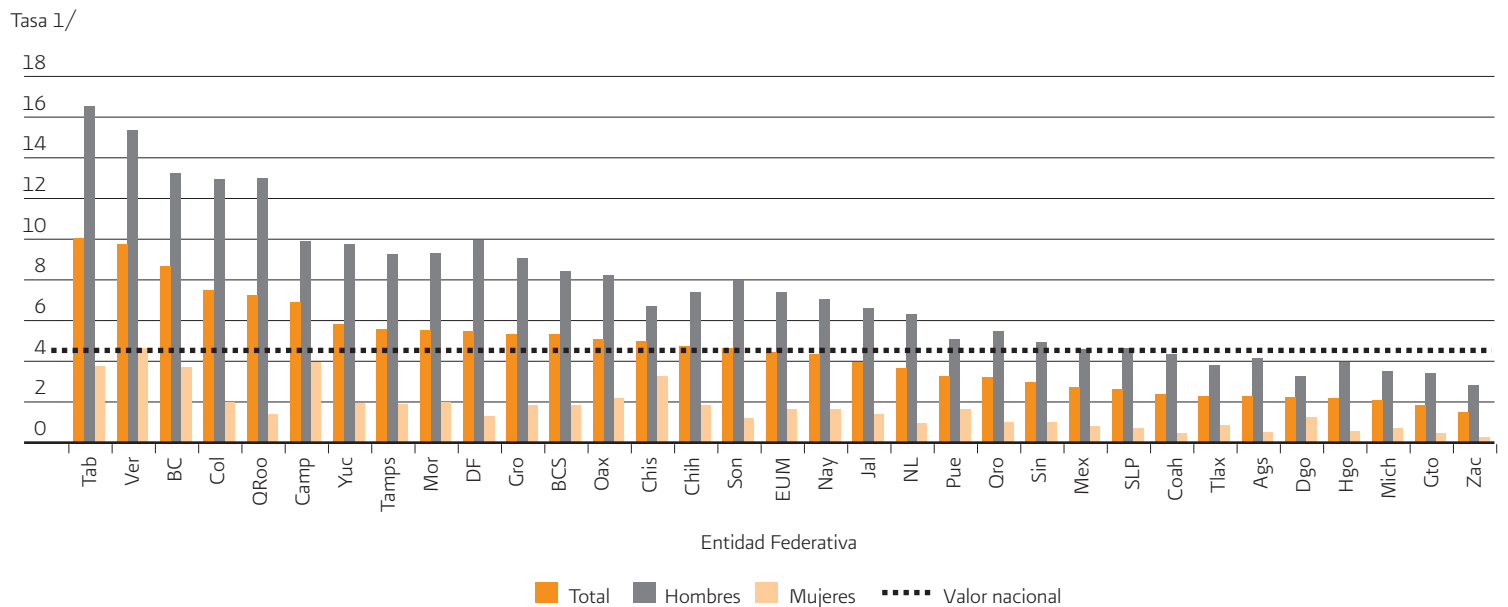
de 2008 (5,183 defunciones) y la cifra preliminar de 2009 (4,804 muertes) muestran que estas estimaciones fueron rebasadas y alertan sobre la necesidad de aumentar los esfuerzos para reducir el número de muertes por VIH/SIDA. (Figura II.22)

En este contexto, 18 estados superaron la contribución a la mortalidad que se esperaba de ellos durante 2009. Veracruz mostró la mayor de estas diferencias al registrar 711 muertes por VIH/SIDA en lugar de las 649 esperadas. Como es de suponer, en las 14 entidades restantes el escenario fue el opuesto. El número de defunciones registrado por VIH/SIDA en Puebla, Distrito Federal, Michoacán, Estado de México, Campeche, Chiapas y Colima se ubicó por debajo de la cifra requerida para 2009; mientras que Chihuahua, Coahuila, Guanajuato, Nayarit, Sinaloa, Durango y Aguascalientes, incluso, registraron cifras por debajo de las requeridas para el 2012.

Entre las instituciones de salud públicas del país, la SS y el IMSS-Oportunidades registraron la tasa de mortalidad por VIH/SIDA más alta (7.4

Figura II.21

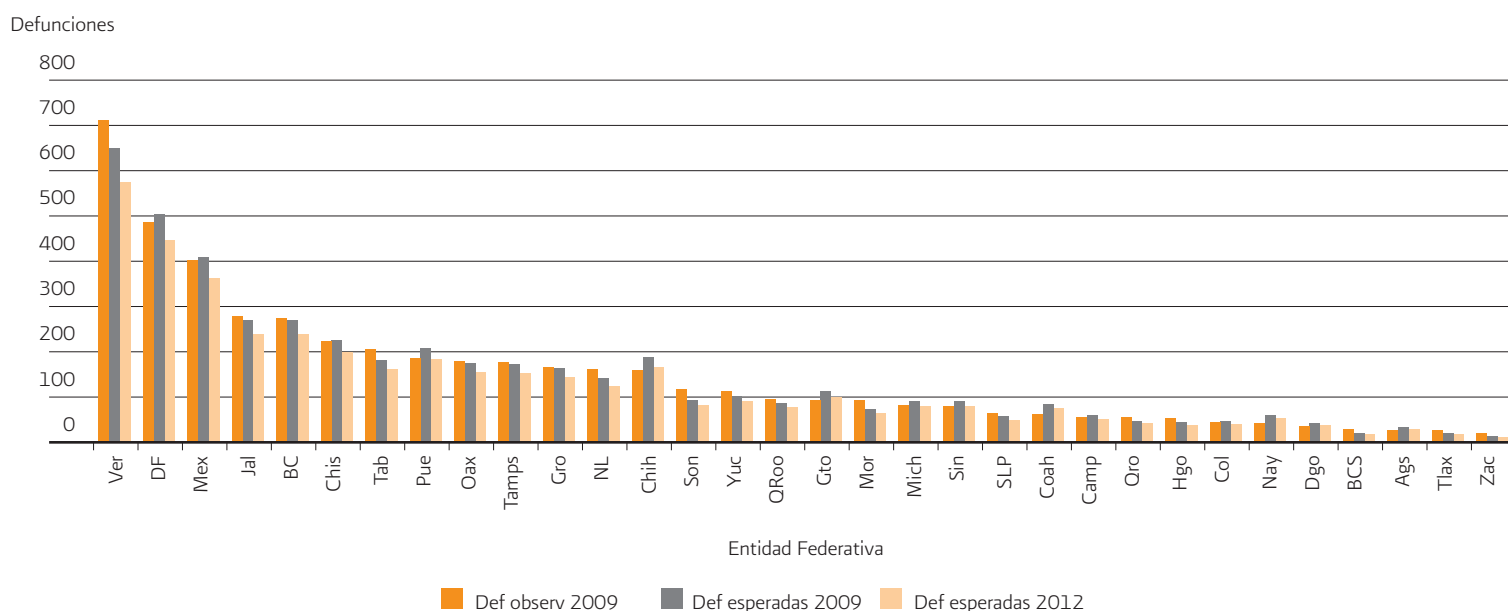
Mortalidad por VIH/SIDA por sexo y entidad federativa; México, 2009



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes
Fuente: SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Figura II.22

Defunciones por VIH/SIDA observadas y esperadas para el cumplimiento de la meta en 2012, por entidad federativa; México, 2009



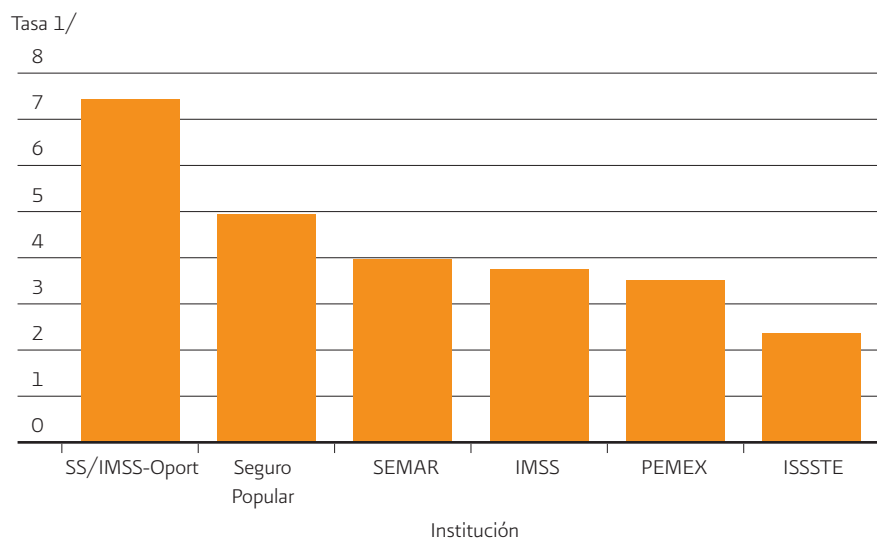
Fuente: Defunciones esperadas, estimaciones de la DGED-SS; SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

decesos por 100 mil personas sin seguridad social), les siguió el Seguro Popular (5.0 muertes por 100 mil afiliados a sus servicios) y, finalmente, el ISSSTE

(2.4 defunciones por cada 100 mil usuarios de sus servicios). (Figura II.23)

Figura II.23

Mortalidad por VIH/SIDA por institución; México, 2009



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes

Fuente: SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y estimaciones de la población usuaria por institución, DGIS-DGED, con base en las proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Paradójicamente, aunque esta última institución reportó la menor mortalidad por VIH/SIDA en 2009, fue la única que registró un incremento en su tasa respecto a la del año anterior (20.8 por ciento). En PEMEX la mortalidad entre sus usuarios se redujo 14.6 por ciento respecto a la documentada en 2008; entre la población atendida por la SS e IMSS-Oportunidades la reducción fue de 12.3 por ciento, entre los afiliados al Seguro Popular de Salud fue de 12.0 por ciento, y entre los usuarios del IMSS de 7.6 por ciento.

Seguimiento de las metas para paludismo y tuberculosis

Durante la Cumbre del Milenio de 2000, el Secretario General de las Naciones Unidas enfatizó la necesidad de detener el flagelo que representaban el paludismo y la tuberculosis para la población, sobre todo para aquella que habita en los países pobres o en vías de desarrollo. En ese año se esti-

mó ocurrían entre 350 y 500 millones de casos de paludismo a nivel mundial y las muertes asociadas a esa enfermedad ascendían a más de un millón. La tuberculosis, por su parte, mostraba un repunte debido, principalmente, a tratamientos inadecuados y a la resistencia que el agente de esta enfermedad ha desarrollado contra varios de los fármacos disponibles. Como consecuencia de ello, en 2000 se tenían registrados 8 millones de casos nuevos de tuberculosis activa y casi 2 millones de muertes por esta enfermedad.

Por la magnitud y trascendencia de estos padecimientos, los 189 Estados Miembros que acudieron a dicha cumbre se comprometieron a cumplir, para 2015, el objetivo de combatir el paludismo y la tuberculosis. Los indicadores que se definieron para paludismo fueron los “índices de morbilidad y mortalidad palúdicas” y la “proporción de la población de las zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo”. Para tuberculosis, los indicadores seleccionados fueron las “tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a la tuberculosis” y la “proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa”.

En 2008, tras la revisión de la lista de indicadores de los ODM, se redefinieron los indicadores quedando de la siguiente manera. Para paludismo: tasas de incidencia y mortalidad asociadas al paludismo; proporción de niños menores de 5 años que duermen protegidos por mosquiteros impregnados de insecticida, y proporción de niños menores de 5 años con fiebre que reciben tratamiento con los medicamentos adecuados contra el paludismo. Para tuberculosis: tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad asociadas a la tuberculosis. El segundo indicador para esta enfermedad no sufrió modificación.

Incidencia de paludismo

Mientras que a nivel mundial se continúa recomendando la utilización de mosquiteros impregnados con insecticidas y la repartición de fármacos únicos, en México, desde hace más de una década, los esfuerzos

institucionales se han enfocado en tres aspectos: i) tratamientos focalizados por un periodo mínimo de tres años, garantizando así la vigilancia y el tratamiento de los casos confirmados y sus convivientes; ii) control antilarvario ecológico con participación ciudadana y municipal, y iii) fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de base comunitaria y promoción de la higiene familiar con un enfoque de riesgo. Ello ha contribuido para que en el país, desde 1982, no se registren defunciones por esta causa y para que el número de localidades con transmisión activa pasara de 3,348 localidades en 1998 a 917 localidades en 2009 (72.6 por ciento de reducción). En 2009, las localidades mencionadas se ubicaron en 10 entidades federativas del país, mientras que el resto se prepara para certificar la eliminación de la transmisión.

Ante este panorama, en México sólo se adoptaron dos de los indicadores propuestos para dar seguimiento a la meta de detener y reducir la incidencia del paludismo, siendo la incidencia de casos de paludismo por cien mil habitantes uno de ellos. Este indicador pasó de 53.0 casos en 1990 a 2.5 casos por 100 mil habitantes en 2009, lo que significa que en México la incidencia del paludismo se redujo 95.4 por ciento en el periodo analizado. (Cuadro II.12)

Respecto al cumplimiento obtenido de la meta para 2015, en 2009 se logró un avance de 96.5 por ciento respecto de la reducción requerida. Si bien este comportamiento permite augurar que la meta se cumplirá, no se debe bajar la guardia a fin de evitar aumentos en la incidencia como el observado entre 2008 y 2009. (Cuadro II.12 y Figura II.24)

La tendencia de este indicador permite corroborar los avances en materia de prevención y control del paludismo. Desde el año 2000 y hasta el 2008 se había registrado una reducción constante de la incidencia de esta enfermedad entre la población del país. Sin embargo, entre 2008 y 2009 se registró un incremento de 10.9 por ciento, con lo que la tasa pasó de 2.2 a 2.5 casos por cien mil habitantes en estos años. Cabe señalar que la información de 2009 es preliminar, por lo que aún es necesario esperar la confirmación de los casos registrados durante este año. (Figura II.24)

Cuadro II.12

Metas relacionadas con el Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2009
Metas específicas para paludismo

Meta/Indicador	Línea base (A)	Última cifra disponible (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Meta 6C: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves					
Incidencia de casos de paludismo 2/	53.01	2.45	0.60	96.47	-95.38

La cifra para línea base corresponde a datos de 1990; la última cifra disponible a 2009 y la meta a 2015 (definida como meta más allá del milenio)

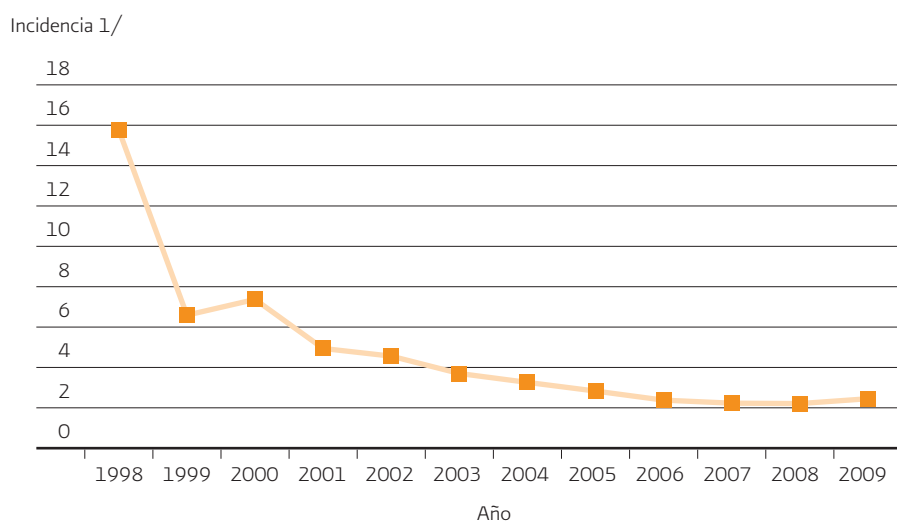
1/ Calculado como: $(B-A)/(C-A)*100$

2/ Casos por 100 mil habitantes

Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica; DGEPI/SPPS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Figura II.24

Incidencia de paludismo por año; México, 1998-2009



1/ Incidencia por 100 mil habitantes

Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica 1998-2009; preliminar 2009; DGEPI/SPPS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Los 10 estados que concentraron a los 2,636 casos de paludismo del país en 2009 son: Chiapas, Chihuahua, Durango, Jalisco, Nayarit, Oaxaca, Quintana Roo, Sinaloa, Sonora y Tabasco. De ellos, Chiapas concentró la mayor cantidad de casos (1,075), seguido por Oaxaca (896) y Chihuahua (438), mientras que en Quintana Roo sólo se registraron 4 casos. En términos de la incidencia de paludismo por cien mil habitantes, Oaxaca es la entidad que registró el indicador más elevado, mientras que Jalisco reporta la menor incidencia entre estas entidades. (Figura II.25)

Tratamientos otorgados a casos confirmados de paludismo para la prevención, control y eliminación de la transmisión del plasmodium vivax

El segundo de los indicadores adoptados por México para vigilar el cumplimiento del objetivo en materia de combate al paludismo es el de “tratamientos otorgados a casos confirmados de paludismo para la prevención, control y eliminación de la transmisión del plasmodium vivax”. En este sentido, la meta es garantizar el tratamiento por tres años consecutivos al 100 por ciento de los enfermos confirmados, a fin de reducir al máximo el riesgo de recaídas y de nuevos casos.

De acuerdo con la información registrada por la Dirección General de Epidemiología, en 2009 se otorgó tratamiento al 100 por ciento de los casos confirmados, cifra que permitió cumplir cabalmente con la meta. Cabe señalar que los casos confirmados incluyen a todos aquellos casos nuevos y a los repetidores (últimos tres años) ratificados por laboratorio para plasmodium vivax. (Cuadro II.13)

La cobertura de tratamiento para la totalidad de los casos confirmados de paludismo es un hecho desde el año 1994. Cabe señalar que en 1990 se tenían 44,513 casos confirmados de paludismo, por lo que haber logrado en ese año una cobertura del 76 por ciento representó un enorme esfuerzo, el cual se ha incrementado para brindar protección

a toda la población afectada por esta enfermedad. (Figura II.26)

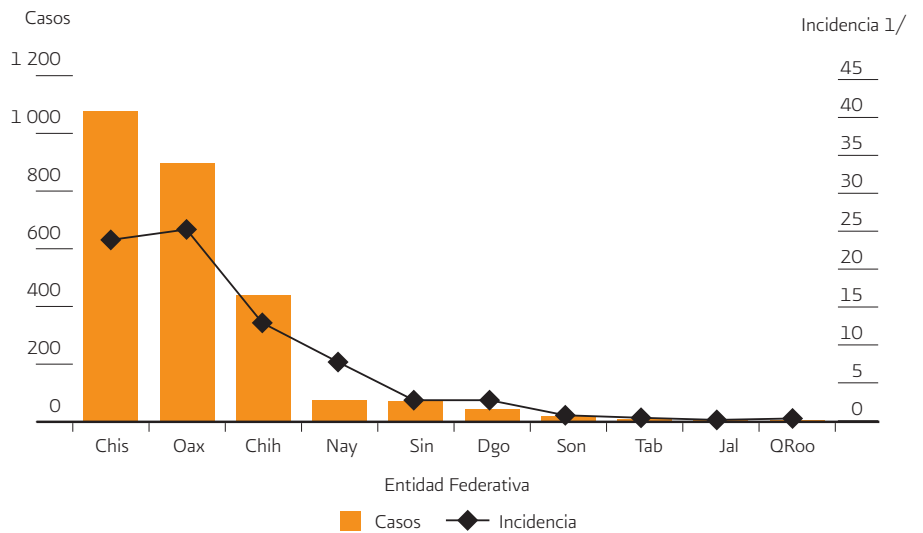
Incidencia de tuberculosis todas las formas

Para enfrentar a la tuberculosis (TB) en México, el SNS definió como meta para 2015 que la incidencia de esta enfermedad en todas sus formas tendría que disminuir a 12.4 casos por cien mil habitantes, lo que implica que entre 1990 y 2015 se deben evitar 4.8 casos de TB por cien mil habitantes. La incidencia registrada en 2009, con base en datos preliminares, fue de 16.1 casos por cien mil habitantes, lo que representa el 23.7 por ciento de cumplimiento respecto a la reducción requerida para alcanzar la meta de 2015. (Cuadro II.14)

El porcentaje de cumplimiento alcanzado en 2009 refleja que reducir la incidencia de esta enfermedad es otro de los problemas que debe resolver el Sector Salud. Problema que se agrava debido a que durante los últimos 10 años el número de casos nuevos de TB en todas sus formas se ha mantenido prácticamente constante y porque la incidencia de este padecimiento si bien registra en este periodo una reducción, también muestra un comportamiento irregular en su tendencia. Por ello, es necesario

Figura II.25

Incidencia y casos de paludismo por entidad federativa; México, 2009



1/ Incidencia por 100 mil habitantes
 Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica 2009, preliminar; DGEPI/SPPS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

se refuercen las estrategias y los mecanismos que permitan lograr reducciones mayores a fin de cumplir con las metas establecidas en los ODM y en la Alianza Alto a la Tuberculosis, cuya meta, cabe señalar, es más ambiciosa al buscar reducir a la mitad la prevalencia y las muertes por tuberculosis entre 1990 y el 2015. (Figura II.27)

Cuadro II.13

Metas relacionadas con el Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2009

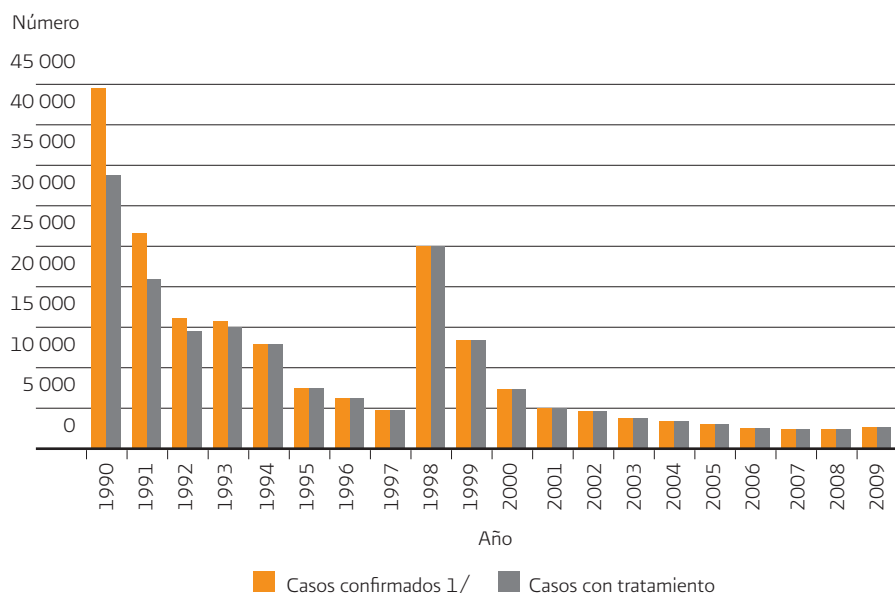
Metas específicas para paludismo

Meta/Indicador	Línea base (A)	Última cifra disponible (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Meta 6C: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves					
Tratamientos otorgados a casos confirmados de paludismo, para la prevención, control y eliminación de la transmisión del Plasmodium Vivax	76.00	100.00	100.00	100.00	31.58

La cifra para línea base corresponde a datos de 1990; la última cifra disponible a 2009 y la meta aplica para todo el periodo de seguimiento
 1/ Calculado como: (B-A) / (C-A)*100
 Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica; DGEPI/SPPS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Figura II.26

Casos confirmados y casos que recibieron tratamiento para paludismo por año; México, 1990-2009



1/ Incluye casos nuevos confirmados por laboratorio a *Plasmodium vivax* y casos confirmados por laboratorio con antecedentes de haber sido caso en los últimos tres años

Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica 2009, preliminar; DGEPI/SPPS-SS

En este sentido, la OMS señala que reducir la incidencia de TB es una tarea difícil debido a que existen factores que inciden negativamente para lograrlo, como por ejemplo, la alta capacidad de contagio de las personas infectadas —una persona enferma puede contagiar en promedio de 10 a 15 personas al año—; la gran capacidad del bacilo de

la tuberculosis para convertirse en multidrogorresistente (TB MDR) o extramultirresistente (TB-XDR), y la complejidad de atender a los enfermos cuando éste padecimiento se conjuga con otros que inhiben el sistema inmunológico del cuerpo, como el VIH y la diabetes mellitus.

En este contexto, y como parte de su función rectora, la Secretaría de Salud impulsa la detección y tratamiento oportunos en las instituciones de salud a fin mejorar la búsqueda intencionada de casos y se amplíe el estudio de contactos entre los casos diagnosticados. Como parte de los resultados obtenidos, en 2009 se fortaleció la colaboración interprogramática entre el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE) y el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), lo que permitió que en las 32 entidades federativas se realizaran actividades de detección y tratamiento de casos del binomio TB-VIH/SIDA. Otro logro fue la conclusión en este año de la Encuesta Nacional de Farmacorresistencia, con la que se documentó que en México menos del 3 por ciento de los casos son multidrogorresistente.

Por lo que respecta al comportamiento estatal de este indicador, Baja California fue la entidad con la mayor incidencia de TB en todas sus formas por cien mil habitantes del país (42.7 casos) y el Estado de México el que registró la menor (4.9 casos). Con

Cuadro II.14

Metas relacionadas con el Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2009

Metas específicas para tuberculosis

Meta/Indicador	Línea base (A)	Última cifra disponible (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Meta 6C: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves					
Incidencia de casos de tuberculosis en todas las formas 2/	17.19	16.06	12.40	23.65	-6.59

La cifra para línea base corresponde a datos de 1990; la última cifra disponible a información preliminar de 2009 y la meta a 2015

1/ Calculado como: $(B-A)/(C-A)*100$

2/ Casos por 100 mil habitantes

Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica; DGEPI/SPPS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

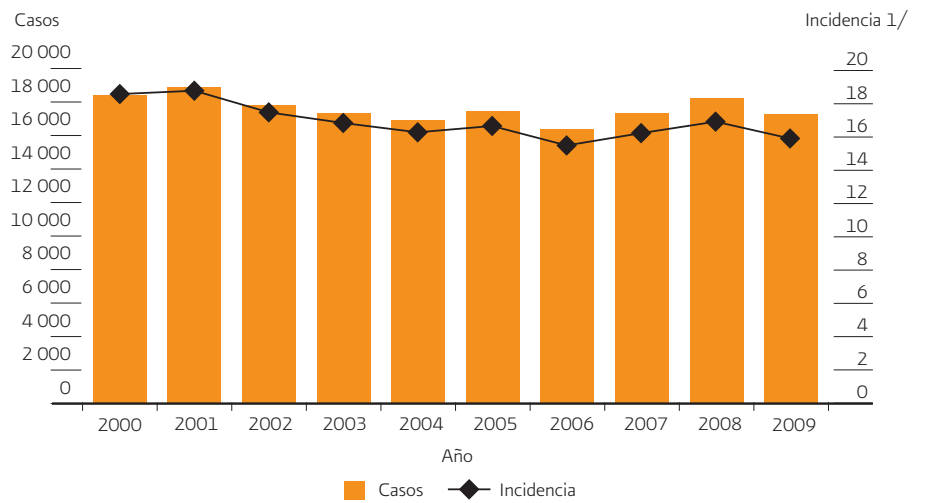
ello, en Baja California la población tiene un riesgo 8.7 veces mayor de enfermar por este padecimiento que los habitantes del Estado de México. Dentro de las entidades que también registraron una alta incidencia de TB se encuentran Guerrero, Chiapas y Veracruz, lo cual habla de la asociación entre la TB, la pobreza y el nivel de desarrollo de las regiones del país. (Figura II.28)

Como se observa en la figura II.28, en 21 entidades federativas se registró una reducción de la incidencia de casos de TB entre 2008 y 2009, destacando Zacatecas, con una disminución de 28.6 por ciento; Baja California Sur, donde se redujo 26.8 por ciento, y Guanajuato con 26.3 por ciento. En contraste, Campeche registró un incremento de 45.5 por ciento, Nuevo León de 20 por ciento y Tlaxcala aumentó en 18.2 por ciento su incidencia de TB en todas sus formas.

Cabe señalar que durante el 2009, la SS, con apoyo de organismos internacionales, definió directrices para abordar el control de la infección tuberculosa en ciudades con hospitales de alta

Figura II.27

Casos e incidencia de tuberculosis todas las formas por año; México, 2000-2009

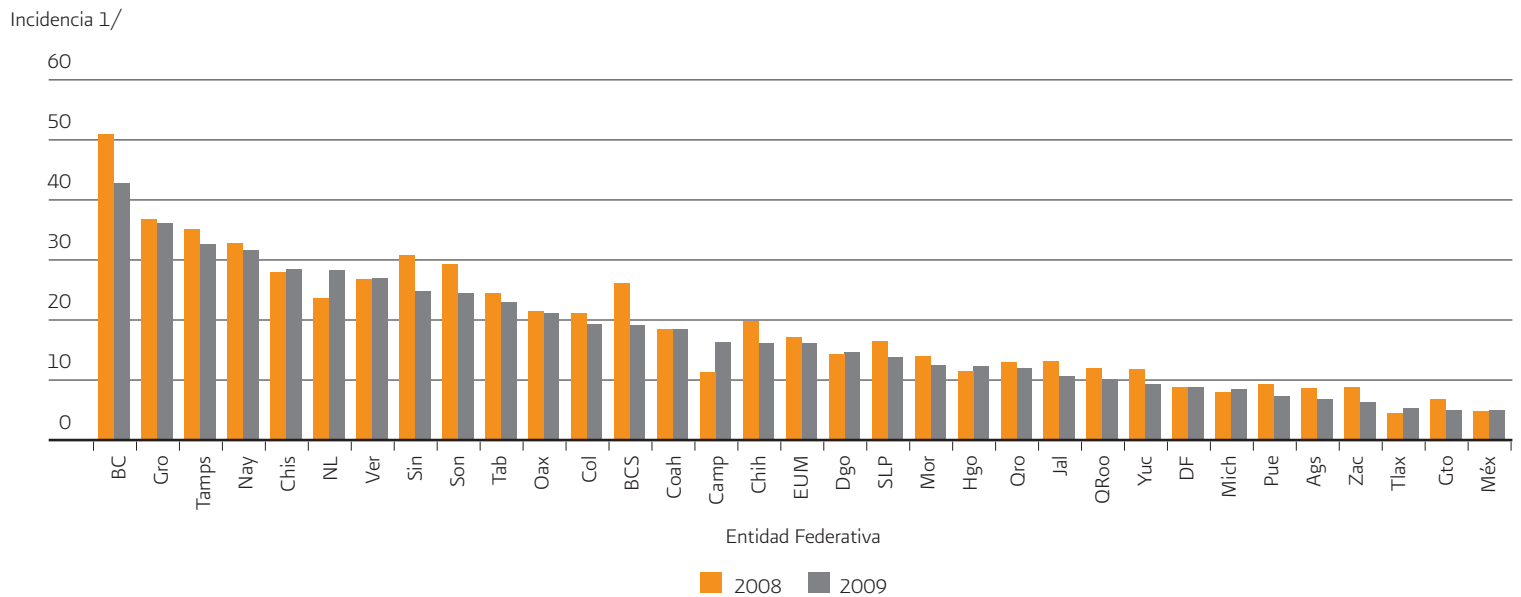


1/ Incidencia por 100 mil habitantes
Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica 2000 a 2009, cifra 2009 preliminar; DGEPI/SPPS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

concentración como Guadalajara, Tuxtla Gutiérrez y Chihuahua. Éstas incluyeron la atención de personas que viven con VIH, personas enfermas de diabetes

Figura II.28

Incidencia de tuberculosis todas sus formas por entidad federativa; México, 2008 y 2009



1/ Incidencia por 100 mil habitantes
Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica 2008 y 2009, cifra 2009 preliminar; DGEPI/SPPS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

mellitus y trabajadores de salud de esos nosocomios. Aunque no se puede asegurar una relación causal, los estados en donde se implantaron dichas directrices registraron una disminución en la incidencia de casos de TB entre 2008 y 2009, excepto Chiapas.

Mortalidad por tuberculosis todas las formas

De acuerdo con el informe de los ODM de 2009, en 2007 se estimó que a nivel mundial el número de muertes por TB ascendió a 1.3 millones, cifra que representó una tasa de mortalidad de 20 defunciones por cien mil habitantes en el mundo, y que denota un descenso con respecto a la mortalidad registrada en 1990 (30 defunciones), pero insuficiente para cumplir en 2015 con la meta establecida por la Alianza Alto a la Tuberculosis (reducir en 50 por ciento la mortalidad por esta causa).

Para México, la meta 2015 se estableció en una tasa de mortalidad por tuberculosis en todas sus formas no mayor a 1.5 defunciones por cien mil habitantes, lo cual implica que entre 1990 y 2015 se debía reducir la tasa en 5.9 unidades (79.7 por ciento de reducción). En 2009 se registraron 2,142 muertes debidas a esta causa en el país, lo que se tradujo en una tasa de 2.0 muertes por cien mil habitantes. Esto significa que se logró 91.6 por ciento de la reducción requerida para cumplir con la meta en 2015. (Cuadro II.15)

Entre 1990 y 2009, la mortalidad por TB en todas las formas se redujo 73 por ciento; en la población femenina la reducción tuvo una magnitud de 77.4 por ciento y en la masculina de 70.2 por ciento. En 1990 por cada mujer que fallecía de TB morían 1.8 hombres, en 2009 esta relación aumentó a 2.4 hombres por una mujer.

En 2009, el 50.1 por ciento de las muertes por TB se concentró entre la población de 45 a 74 años, hecho que informa que este padecimiento afecta más a la población durante su vida productiva y resalta el reto que significa para los servicios de atención a la salud en el país. (Figura II.29)

El comportamiento de la mortalidad por TB en todas sus formas por sexo y entidad federativa, durante 2009, muestra evidencias de la magnitud de las brechas existentes. En primer lugar, Baja California reportó la mortalidad más alta del país (5.8 defunciones por cien mil habitantes) con lo que el riesgo de morir por esta causa que tienen sus habitantes es 13.1 veces más alto que el riesgo que tiene la población de Tlaxcala, entidad que registró la menor mortalidad del país con 0.4 defunciones por cien mil habitantes. En segundo lugar, en las 32 entidades federativas los hombres tienen un mayor riesgo de morir por TB respecto al riesgo que presentan las mujeres; situación más evidente en Colima, donde la tasa de mortalidad en hombres es seis veces más alta que la de mujeres. Por el contrario, Querétaro fue el estado que registró la menor diferencia de mortalidad por sexo, al reportar

Cuadro II.15

Metas relacionadas con el Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2009

Metas específicas para tuberculosis

Meta/Indicador	Línea base (A)	Última cifra disponible (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Meta 6C: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves					
Tasa de mortalidad por tuberculosis en todas las formas 2/	7.38	1.99	1.50	91.64	-73.01

La cifra para línea base corresponde a datos de 1990; la última cifra disponible a información preliminar de 2009 y la meta a 2015 (definida como meta más allá del milenio)

1/ Calculado como: $(B-A)/(C-A)*100$

2/ Defunciones por 100 mil habitantes

Fuente: Defunciones 1990, INEGI-SS; SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

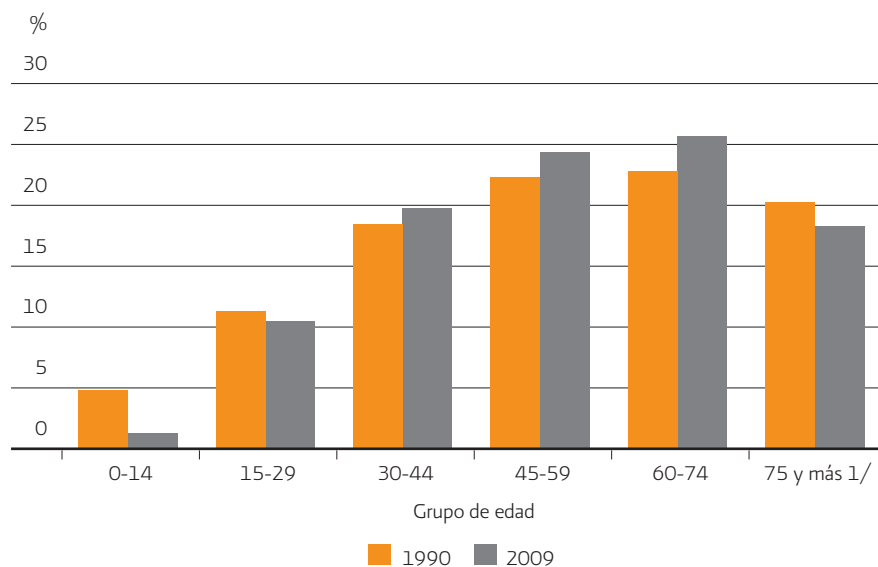
que la mortalidad en hombres es 1.3 veces mayor a la tasa entre las mujeres. (Figura II.30)

Por otra parte, en 2009 la tasa de mortalidad por TB de acuerdo con la derechohabencia del fallecido mostró que ésta es más elevada entre la población sin seguridad social (3.4 muertes por cien mil usuarios de la SS y el IMSS-Oportunidades), seguida de la mortalidad registrada entre los afiliados al Seguro Popular (2.0 defunciones por cien mil afiliados a este seguro). En contraste, los usuarios de los servicios médicos de PEMEX registraron una mortalidad por TB de sólo 0.5 defunciones por cien mil usuarios.

Aunque el cumplimiento de las metas vinculadas al objetivo de combatir la tuberculosis está cerca, es necesario realizar ajustes a los programas para la prevención y control de esta enfermedad. Por citar un ejemplo, dentro de las estrategias a fortalecer se encuentra el tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) a todos los enfermos, cuya cobertura actual es de 84 por ciento. Además, representa un reto interinstitucional el consolidar la interrupción de la cadena de transmisión de la TB entre los habitantes del país, sobre todo en las zonas donde la migración

Figura II.29

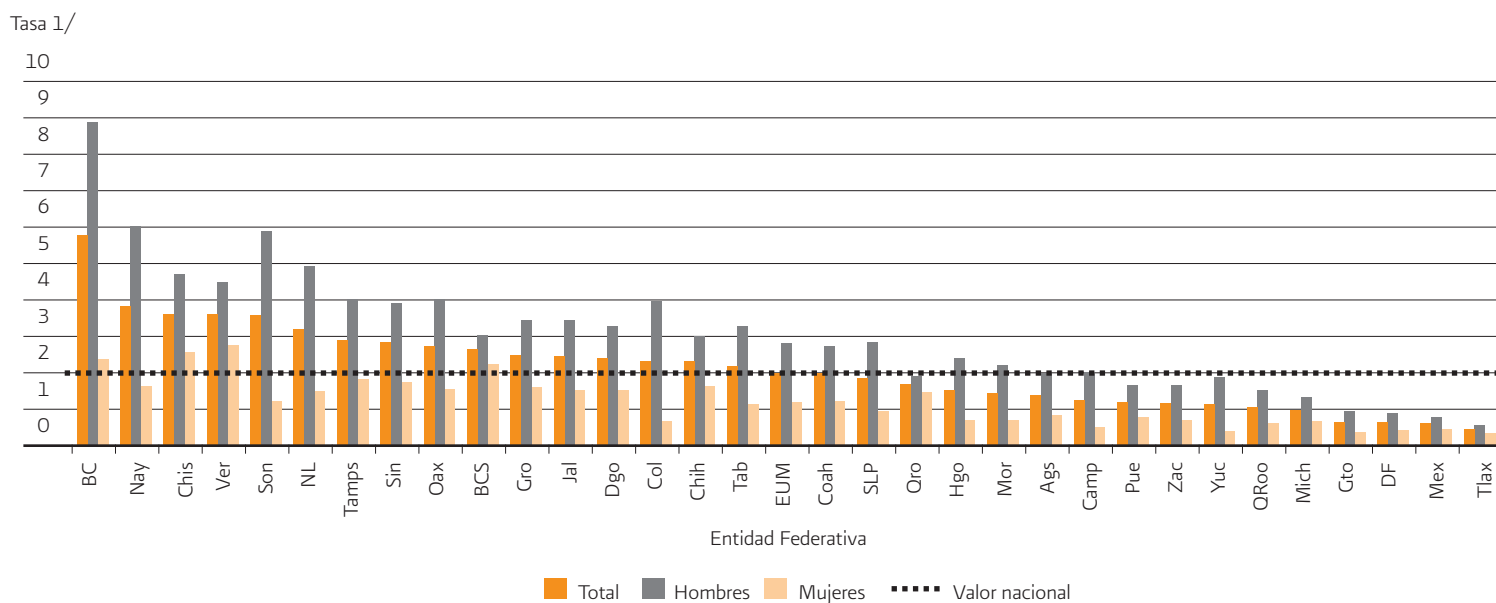
Porcentaje que representan las defunciones por tuberculosis en todas las formas según grupo de edad; México, 1990 y 2009



1/ Incluye las defunciones sin edad especificada
Fuente: Defunciones INEGI/SS 1990 y SEED 2009, preliminar, DGIS-SS

Figura II.30

Mortalidad por tuberculosis en todas las formas por sexo y entidad federativa; México, 2009



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes
Fuente: SEED 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

es constante y en aquellas donde la pobreza es más grave. También es fundamental para el SNS asegurar la disponibilidad de fármacos de segunda generación para el tratamiento de las personas con co-infección TB-VIH y con resistencia a fármacos, así como actualizar al personal aplicativo tratante de dichos casos. Cabe señalar que en México, con asesoría y apoyo del Grupo Asesor Nacional de Fármacorresistencia (GANAFAR) y de los respectivos Comités Estatales de Fármacorresistencia (COEFAR), se avanza a paso firme en este sentido.

Del mismo modo, es necesario expandir la Alianza Público-Privada (APP) a través de la cual se difunden los estándares para la atención de la tuberculosis en México, la normatividad oficial vigente y las directrices para el control de esta enfermedad. El

objetivo es homologar el uso de criterios y procesos en los ámbitos público y privado para fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica, utilizando como medio la Plataforma Única de Información: Módulo tuberculosis y Registro Nacional de Personas con SIDA en Tratamiento (RENASIDA).

Finalmente, es imprescindible enfrentar los problemas estructurales que afectan a las instituciones del Sector Salud como la insuficiente inversión en recursos para el manejo integral de los pacientes y la detección oportuna, la alta movilidad de personal operativo que dificulta el desarrollo de competencias técnicas y humanísticas y la insuficiente promoción de la salud y comunicación de riesgos relacionados con medidas individuales y colectivas de autocuidado y corresponsabilidad social.

III.

Presupuesto Basado en Resultados: Implantación en la Secretaría de Salud

Contexto

En México, durante los últimos años, la Administración Pública Federal (APF) ha realizado diversos esfuerzos y modificaciones estructurales al proceso presupuestario con el fin de mejorar tanto la definición de políticas y programas públicos como el proceso de toma de decisiones en la asignación de recursos presupuestarios. Ello con el propósito de incrementar la cantidad y calidad de los bienes y servicios públicos, reducir el gasto de operación, promover las condiciones para un mayor crecimiento económico y, principalmente, para elevar el impacto que las acciones de gobierno tienen sobre el bienestar de la población. En este sentido, se han valorado las ventajas y desventajas de implementar un nuevo enfoque de gestión pública denominado “Gestión para Resultados” (GpR).

La GpR es una estrategia que busca hacer más efectivo el desempeño de las instituciones públicas, con base en el logro de los mejores resultados. Gestión para Resultados no es un concepto nuevo; sin embargo, su adopción en países en desarrollo es relativamente reciente, aunque cabe señalar que no existe un modelo único que establezca la forma en que se debe implantar y operar, ya que se trata de un concepto que debe adecuarse a las condiciones y circunstancias particulares del ámbito en donde se quiera aplicar.

La adopción de esta estrategia de gestión surge como una respuesta de los gobiernos a los cambios económicos, políticos y sociales y al fortalecimiento democrático que propicia que la población exija información sobre el actuar del Estado y se genere una mayor cultura de transparencia y de rendición de cuentas.

Resulta importante mencionar que la implantación de la GpR es un proceso de largo plazo ya que implica un profundo cambio en la cultura organizacional, directiva y de gestión dentro del aparato gubernamental. Para su instrumentación, entre otros aspectos, requiere de la aplicación operativa del Presupuesto Basado en Resultados (PbR), el cual constituye una herramienta integrada por un conjunto de procesos e instrumentos que permiten que las decisiones relacionadas con el presupuesto incorporen, sistemáticamente, consideraciones sobre los resultados obtenidos con la utilización de los recursos públicos, permitiendo, así, realizar transformaciones de fondo en las prácticas, reglas, sistemas y métodos del proceso presupuestario.

En este contexto, el término “resultados” adquiere una importancia fundamental. Estos pueden definirse como “los aportes que se obtienen al ejecutar la actividad pública en toda la cadena de generación de valor público”.* El “resultado”, en consecuencia, dependerá del fin, propósito y función que persiga cada dependencia para dar solución a las necesidades y demandas de la población.

Este capítulo describe las estrategias y acciones que la SS ha llevado a cabo para implantar el PbR, los avances obtenidos y los problemas enfrentados durante dicho proceso; todo ello en apego a las disposiciones establecidas por las dependencias

* El valor público se crea cuando se generan las condiciones orientadas a que todos los miembros de la sociedad disfruten de oportunidades para una vida digna, de empleo y bienestar, y garantizar el acceso a dichas oportunidades; es decir, cuando se aportan respuestas efectivas y útiles a las necesidades o demandas presentes y futuras de la población.

coordinadoras a nivel federal (Secretaría de Hacienda y Crédito Público [SHCP], Secretaría de la Función Pública [SFP] y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL]). Cabe señalar que, al interior de la SS, la conducción de este proceso está a cargo de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP), la cual enlaza a las dependencias coordinadoras federales y a las unidades administrativas de la SS. El periodo al que hace referencia este análisis comprende de enero de 2007 a diciembre de 2009.

Un nuevo enfoque

Dentro de las actividades para avanzar en la implantación de la GpR en México destacan: la revisión y adecuación del marco normativo que regula el proceso presupuestario; el impulso a la mejora del desempeño de las instituciones, y la implantación y uso de herramientas metodológicas de planeación, programación, análisis y evaluación. Estas actividades buscan alinear las políticas y programas públicos con lo establecido en el PND 2007-2012, y efectuar la valoración ponderada de los resultados obtenidos por cada dependencia con respecto a su vinculación y consistencia con los objetivos a los que responde.

En materia normativa destaca la aprobación, en 2006, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH), al establecer las bases para llevar a cabo un cambio estructural en la forma en que se discutía y aprobaba el presupuesto anual con base en la institucionalización de los mecanismos para implantar el PbR y los correspondientes al Sistema de Evaluación del Desempeño (SED) dentro de la APF. Destaca también, la Reforma Constitucional en Materia de Gasto Público y Fiscalización, publicada en el DOF el 7 de mayo de 2008, que permitió sentar las bases para la implantación del PbR y para evaluar y difundir los resultados que se obtengan mediante la aplicación de los recursos públicos en los tres órdenes de gobierno.

Los cambios normativos han dado cabida para que desde 2007 se diseñen metodologías e instrumentos para implantar, gradual y paulatinamente, el

Sistema de Evaluación del Desempeño (SED). Con este fin, el 30 de marzo de 2007 se publicaron en el DOF los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal, mismos que regulan la evaluación de estos programas y la elaboración, con base en la metodología de “marco lógico”, de la matriz de indicadores para resultados (MIR), la cual constituye un elemento fundamental del SED y de la implantación del PbR.

Asimismo, el 5 de febrero de 2009 se publicó en el DOF el Acuerdo por el que se establecen las disposiciones para la operación del Programa de Mediano Plazo (PMP), lo que permitió establecer una serie de acciones tendientes a mejorar la calidad del gasto público, promoviendo la eficiencia y eficacia en la gestión gubernamental por medio de la modernización de los procesos administrativos y del establecimiento de metas de austeridad específicas.

En lo referente a la mejora del desempeño institucional, en primera instancia es necesario describir los fundamentos que guían la implantación de la GpR y del PbR. De acuerdo con la definición de la SHCP, la GpR es concebida como un modelo de cultura organizacional, directiva y de gestión, que pone énfasis en los resultados y no tanto en los procesos y procedimientos. Bajo este modelo, adquiere mayor relevancia el qué se logra y cuál es su impacto en el bienestar de la población, sobre el qué se hace.

En este tenor, las acciones ejecutadas dentro de la APF deben vincularse con los objetivos de gobierno y sus resultados deben ser medidos para adecuar la definición y asignación del presupuesto. Para conocer cómo se está dando esta relación, es necesario contar con rigurosos y oportunos sistemas de información que nutran los procesos de seguimiento, evaluación y control de los programas, para coadyuvar en la toma de decisiones y la adopción de medidas correctivas.

En México, la GpR define cinco principios que sustentan la administración del desempeño institucional:

- Centrar el diálogo en los resultados.
- Alinear las actividades de planeación, programación, presupuestación, monitoreo y evaluación con base en los resultados previstos.

- Mantener el sistema de generación de informes de resultados lo más sencillo, económico y práctico como sea posible.
- Gestionar para, no por, resultados.
- Usar la información sobre resultados para el aprendizaje administrativo, la toma de decisiones y para fortalecer la rendición de cuentas y el acceso a la información.

En la siguiente figura se muestra el esquema general de la GpR, en el cual se establece la interacción de elementos que permite la creación de valor público y las etapas que sustentan el desarrollo y operación del Sistema de Evaluación del Desempeño: a) las políticas y estrategias (planeación); b) la programación y presupuesto; c) la ejecución, y d) la evaluación y rendición de cuentas. (Figura III.1)

Presupuesto Basado en Resultados

Como se mencionó, el PbR es un componente de la GpR que se define como el conjunto de actividades

y herramientas que permite apoyar las decisiones presupuestarias con base en información que sistemáticamente aporta consideraciones sobre los resultados del ejercicio de los recursos públicos. Además, su aplicación motiva a las instituciones públicas para cumplir con sus objetivos a fin de mejorar la calidad del gasto público federal y promover una adecuada rendición de cuentas. El PbR se sustenta en consideraciones objetivas para la asignación de fondos, con lo que fortalece las políticas, los programas públicos y el desempeño institucional.

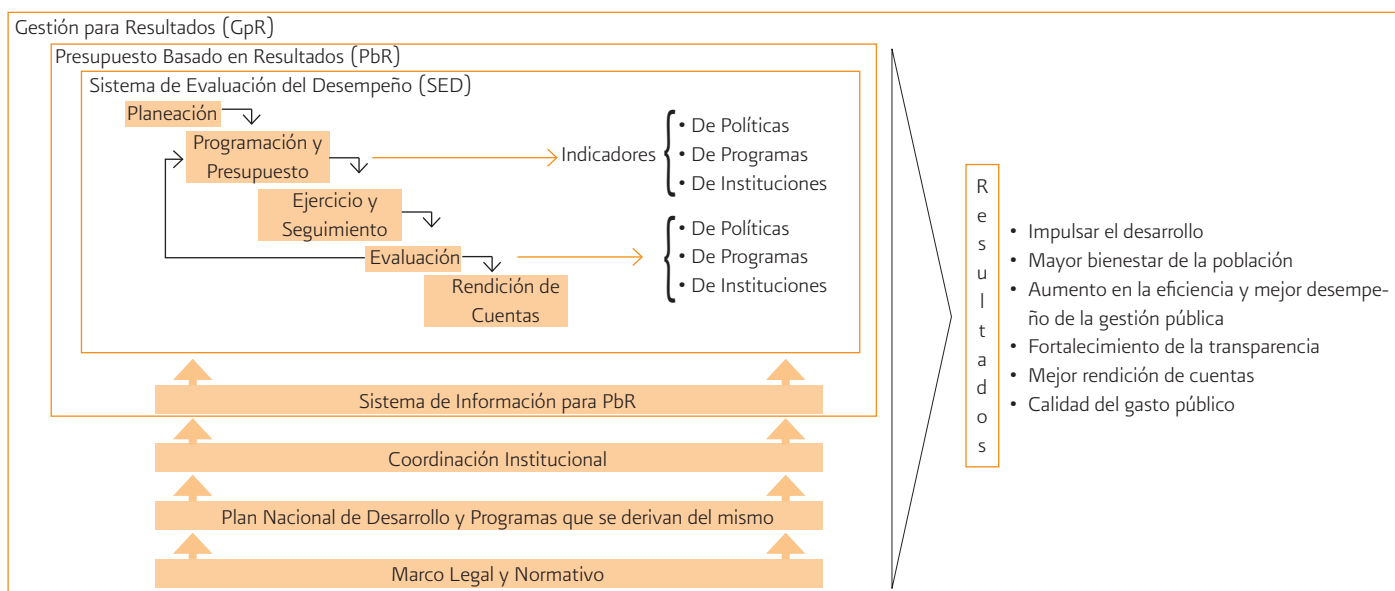
En el contexto nacional, el PND 2007-2012 y el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) son las piezas clave para motivar la creación de valor público en el ámbito gubernamental. De su articulación depende, en gran medida, el éxito de la GpR, aunque para ello es necesario avanzar en la instrumentación del PbR.

Las características principales del PbR son:

- Conduce el proceso presupuestario hacia resultados, al definir y alinear los programas y su respectiva asignación de recursos durante el ciclo

Figura III.1

Gestión para Resultados, Presupuesto Basado en Resultados y Sistema de Evaluación del Desempeño



Fuente: Sistema de Evaluación del Desempeño, SHCP, 2008

planeación – programación – presupuestación – ejercicio – control – seguimiento – evaluación – rendición de cuentas.

- Considera indicadores estratégicos y de gestión que permiten conocer el impacto social de los programas y su desempeño y establece metas específicas, para actividades y programas presupuestarios, a las cuales se le asigna un determinado nivel de recursos.
- Provee información y datos sobre el desempeño, permitiendo comparaciones entre lo observado y lo esperado.
- Propicia un nuevo modelo para la asignación de recursos mediante la evaluación de los resultados de los programas presupuestarios.
- Prevé realizar evaluaciones regulares o especiales, acordes con las necesidades específicas de los programas.

Para la correcta instrumentación del PbR es necesario partir de la conceptualización completa y clara de los programas de gobierno, que defina correctamente los fines, propósitos y actividades de cada uno. Dicha conceptualización se apoya de la herramienta denominada marco lógico, cuya aplicación en las dependencias de gobierno hace necesario se fortalezcan la capacidad estratégica, el liderazgo político y el gerencial de los funcionarios involucrados, y que

se desarrolle un efectivo sistema de evaluación que aporte información objetiva de los logros alcanzados. En suma, el PbR depende tanto de la forma en que se efectúe el proceso de presupuestación, como de la capacidad de gestión pública.

De acuerdo con la SHCP, es necesario ejecutar siete pasos para la adopción del PbR en la APF. (Figura III.2)

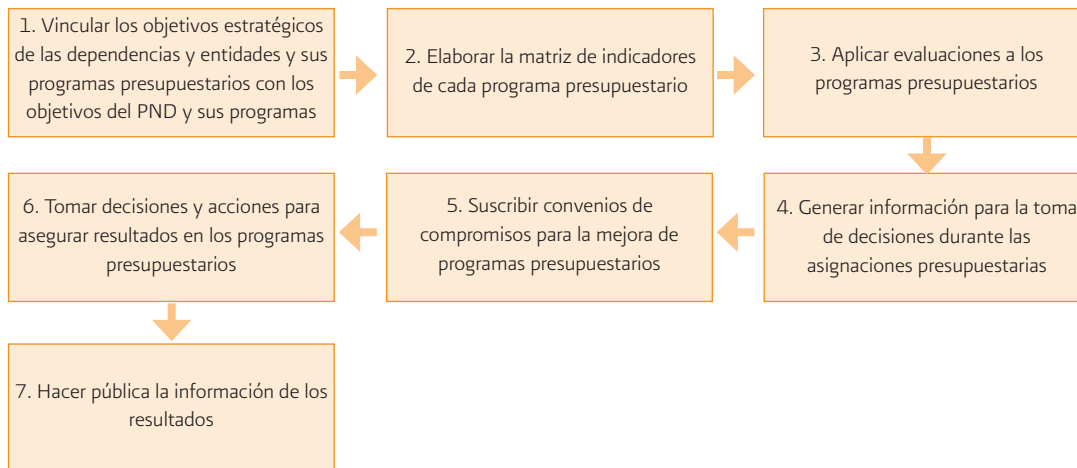
Sistema de Evaluación del Desempeño

El Sistema de Evaluación del Desempeño ha sido implantado en el Gobierno Federal a fin de dar seguimiento y evaluar sistemáticamente las políticas y programas de las entidades y dependencias de la APF que contribuyen al logro de los objetivos establecidos en el PND y de los programas que se derivan de éste. El SED establece un replanteamiento de los procesos de planeación, presupuestación, seguimiento y evaluación que refuerza el vínculo entre el proceso presupuestario, ejecución de los programas y obtención de resultados.

Al aportar información objetiva respecto del diseño, pertinencia, aplicación estratégica y operativa de los programas, y sobre los resultados de estos, el SED se constituye en un instrumento eficaz de apoyo para la toma de decisiones presupuestarias. Su aplicación

Figura III.2

Pasos requeridos para la adopción del PbR en la APF



Fuente: Diplomado de Presupuesto basado en Resultados, SHCP y UNAM; Módulo IV. Presupuesto basado en Resultados, Unidad 4. Hacia la elaboración del presupuesto basado en resultados en México, 2010

se sustenta en indicadores estratégicos y de gestión establecidos a partir de la metodología de marco lógico, con la cual se crea la MIR.

El SED es el componente clave del PbR, ya que permite:

- El seguimiento de avances de los programas, a través de sus indicadores estratégicos y de gestión.
- La evaluación de los programas presupuestarios, conforme al Programa Anual de Evaluación.
- La mejora de la calidad en el gasto al propiciar una mayor productividad y eficiencia de los procesos gubernamentales, debido a que cada ejecutor debe dar cumplimiento a su Programa de Mediano Plazo.
- Alineación del proceso presupuestario orientado al logro de resultados

Todas estas innovaciones conceptuales y operativas tienen como objetivo último lograr que el proceso presupuestario se oriente al logro de resultados. Sin embargo, para hacerlo es necesario que durante todas las etapas del proceso participen, coordinadamente, los responsables del establecimiento de las políticas públicas, los ejecutores de los programas y las áreas de planeación, programación, presupuesto, seguimiento y evaluación de cada una de las dependencias públi-

cas. De hecho, tanto el PbR como el SED propician este enfoque integral y sistémico que involucra a los responsables de las áreas señaladas. Para contextualizar las etapas del proceso presupuestario y los productos obtenidos en cada una de ellas, se presenta la siguiente figura. (Figura III.3)

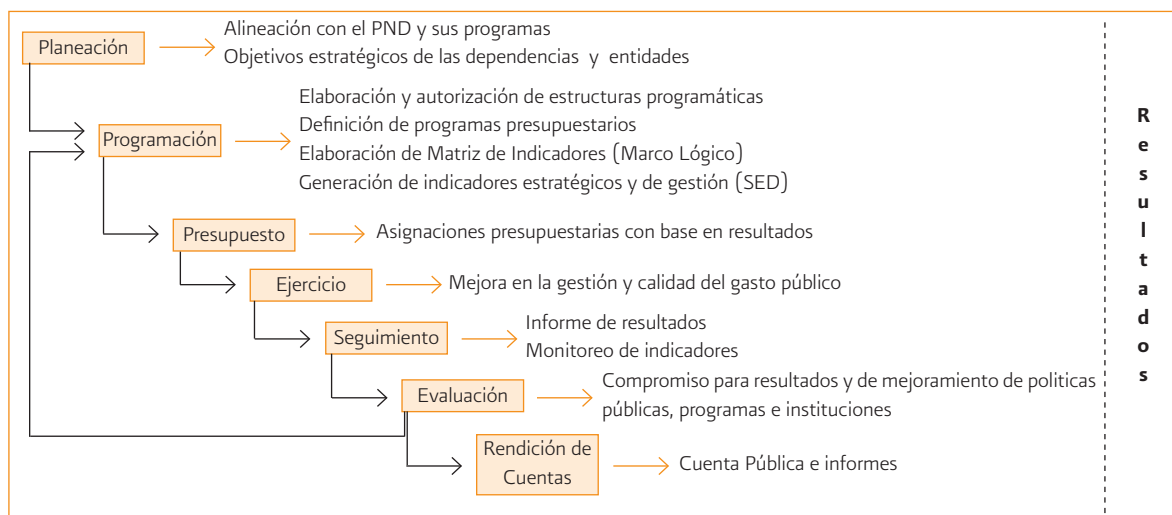
Implantación del PbR en la Secretaría de Salud

En congruencia con la evolución de la GpR en la APF de México, la Secretaría de Salud se dio a la tarea de implantar a su interior el PbR, operacionalizando las modificaciones y herramientas que el Gobierno Federal fue instrumentando desde el año 2007. Es importante destacar que antes de ese año, el modelo y metodología presupuestaria que se aplicó en la APF se sustentaba en el presupuesto por programas, mismo que se enfocaba en las actividades realizadas (procesos) y no necesariamente en los bienes y servicios que se producían a través de éstas.

Si bien antes de 2007 se habían introducido elementos y herramientas que buscaban evaluar la gestión gubernamental, las aprobaciones presupuestarias seguían conduciéndose a través de los resultados de indicadores de desempeño. Lo anterior ocasionó que el proceso presupuestario se basara en

Figura III.3

Etapas y productos del proceso presupuestario



el control de los gastos y en el cumplimiento de actividades programáticas, dejando de lado su asociación con resultados. Asimismo, la asignación de recursos financieros respondía a presiones políticas de gasto y no a la necesidad de cumplir los objetivos previstos; por lo que las evaluaciones enfatizaban la cantidad del gasto realizado, sin considerar los resultados obtenidos con el mismo. De esta manera se incentivaba la ineficacia e ineficiencia de la acción pública.

Proceso de integración programática presupuestal 2008-2010

Con la publicación de la LFPRH, la DGPOP inició en 2007 los trabajos del proceso de integración programática presupuestal 2008, apoyándose en los “Lineamientos Generales para el Proceso de Programación y Presupuestación para el Ejercicio Fiscal 2008” emitidos por la SHCP. En dichos lineamientos se estableció que la integración del Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación (PPEF) para el ejercicio fiscal 2008 se realizaría en el marco del PbR y del SED. En este contexto, en la SS se realizaron modificaciones sustanciales a las categorías programáticas, entre las que destacan:

- Introducción de la categoría “Programa Presupuestario”, mediante la cual se pueden identificar directamente los programas y actividades específicas que competen a cada unidad administrativa involucrada en la ejecución de dichos programas, así como la asignación presupuestal otorgada.
- Eliminación de las categorías “Programa” y “Actividad Prioritaria”, con lo que se redujo la estructura programática y se facilitó su comprensión.
- Establecimiento del término “Actividad Institucional”, mismo que permitió identificar los objetivos que los ejecutores del gasto persiguen a través de las acciones que realizan.
- La clasificación de los programas presupuestarios en 18 modalidades. Previamente la clasificación se hacía sobre la “Actividad Prioritaria” y sólo a través de cuatro modalidades.

La aplicación de estas modificaciones fue el primer paso para dar inicio a la concertación de estructuras programáticas; proceso que, debido al limitado tiempo que la SHCP estableció para su ejecución, se decidió fuera solventado a partir de la elaboración de una propuesta inicial de programas presupuestarios. Esta encomienda corrió a cargo de la DGPOP, unidad que para lograrla realizó las siguientes actividades:

- Alineación programática respecto del PND y del Programa Sectorial de Salud, ambos para el periodo 2007-2012, ello a través de un proceso secuencial planeación – programación.
- Alineación de los objetivos de los programas de acción específicos con los objetivos sectoriales y estrategias del PROSESA 2007-2012.
- Definición de las actividades institucionales y de los programas presupuestarios de la Secretaría de Salud, buscando que éstos fueran lo suficientemente representativos del quehacer institucional en cada unidad administrativa, pero sobre todo, que se enfocaran hacia el logro de resultados.
- Determinación de 49 programas presupuestarios, mismos que fueron sometidos a consideración de las Subsecretarías y áreas mayores de la Secretaría para su mejoramiento y autorización.

Durante esta etapa, la imprecisión y falta de apego a los lineamientos en materia de elaboración de la MIR fue el principal problema que tuvo que enfrentar la SS. Al inicio del proceso, los lineamientos emitidos por la SHCP establecían que sólo los programas presupuestarios de modalidad “S” (programas sujetos a reglas de operación) y modalidad “U” (otros programas de subsidios) estaban obligados a elaborar la MIR. Sin embargo, estando a punto de concluir el proceso de integración del PPEF para el ejercicio fiscal 2008, la SHCP solicitó se elaborara la MIR para la totalidad de los programas presupuestarios en un plazo extremadamente limitado. La entrega se realizó en tiempo, pero la calidad y consistencia de las MIR fue cuestionable; de hecho, la SHCP autorizó que las unidades administrativas solamente elaboraran su MIR a nivel de “fin y pro-

pósito” definiendo sólo un objetivo y un indicador por cada nivel.

Por otra parte, durante esta etapa aún no se disponía de la versión definitiva del PROSESA 2007-2012, por lo que la alineación de los objetivos institucionales respecto de los objetivos y líneas de política del PND se realizó con una versión preliminar.

Una vez aprobado el PEF 2008 y contando con el PROSESA 2007-2012, la SHCP inició un programa de capacitación para todas las unidades administrativas de la SS a fin de mejorar la calidad y consistencia de la información de las MIR elaboradas previamente. Durante 2008 se realizaron seis revisiones para la mejora de las matrices de indicadores, proceso que sirvió para capacitar a las unidades responsables y sensibilizar a las áreas sustantivas sobre la importancia de su involucramiento en la elaboración de esta matriz; aspectos que han venido representando el mayor reto para avanzar en la consolidación del PbR y la GpR en la SS.

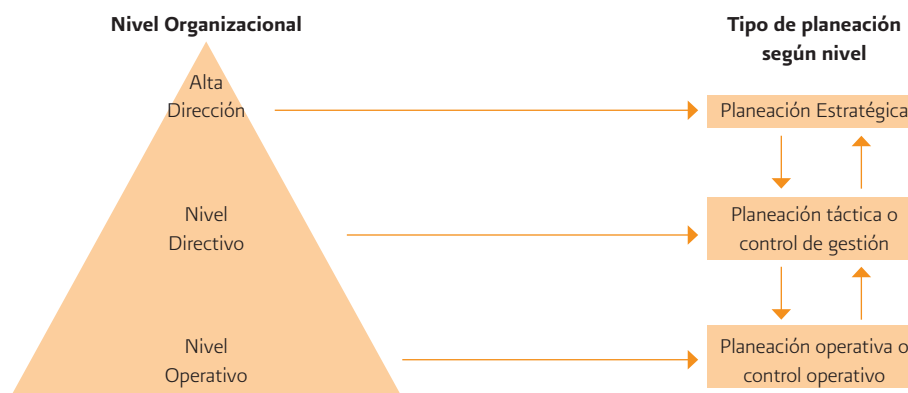
En este sentido, para la efectiva implantación del PbR es necesaria la cooperación y coordinación de todas las unidades administrativas involucradas, lo cual implica la formación de equipos de trabajo y la apertura permanente de canales de comunicación entre las áreas técnicas, los responsables de los programas y los tomadores de decisiones al más alto nivel. (Figura III.4)

Teniendo en cuenta estos antecedentes, el proceso de integración programática presupuestal 2009 se orientó a generar una mejor definición de categorías programáticas, por lo que se revisó la definición de los programas presupuestarios utilizados en 2008. Ello permitió reducir de 49 a 33 el número de categorías programáticas utilizadas en la SS.

Asimismo, las capacitaciones y asesorías impartidas en 2008 para mejorar la MIR permitieron que las unidades responsables estuvieran mejor preparadas, con lo que: i) se generaron nuevos y mejores indicadores que se ajustan a los requerimientos del SED y que expresan una mejor alineación y consistencia con el PND 2007 - 2012 y el PROSESA; ii) se estableció una iniciativa estratégica para identificar las acciones de mejora de la gestión y resultados cuantificables en las unidades responsables con MIR; iii) se incorporaron recomendaciones derivadas de las evaluaciones 2007 y 2008 a distintos programas presupuestarios; iv) se integró el Programa de Mediano Plazo correspondiente, que incorporó disposiciones concretas de austeridad y disciplina presupuestaria que generan ahorros y hacen más eficiente el gasto público, y v) se incorporó la perspectiva de género en los programas donde fue posible. Gracias a estos avances, en 2009 se logró que 25 programas presupuestarios contaran con una MIR apegada a la metodología del marco lógico.

Figura III.4

Vinculación entre el nivel organizacional y el proceso de planeación durante la implantación del PbR



Fuente: Diplomado de Presupuesto basado en Resultados, SHCP y UNAM; Módulo IV. Presupuesto basado en Resultados, Unidad 4. Hacia la elaboración del presupuesto basado en resultados en México, 2010

Para el proceso de integración programática presupuestal 2010, con dos años de experiencia y avances significativos en la implantación del PbR, la DGPOP reestructuró su proceso de integración programática presupuestal al realizar innovaciones en la formulación del programa anual de trabajo (PAT). Este programa es una herramienta utilizada desde 2005 por la DGPOP para elaborar el presupuesto de manera ordenada, al permitir generar una visión de conjunto articulada, congruente y justificada, respecto de las actividades y programas sustantivos a ejecutar en la SS y sobre los requerimientos de recursos.

El PAT 2010 se elaboró bajo el enfoque de la GpR orientado a implantar el PbR en la SS, como se muestra en la siguiente figura. En la integración del PAT 2010, comparado con el proceso efectuado entre 2005-2009, destaca la importancia que se asigna a la etapa de planeación operativa, en la cual se conceptualizan los programas presupuestarios respecto de su fin, propósito y se establecen las metas y actividades que permitirán valorar su cumplimiento. (Figura III.5)

Si bien no todas las unidades administrativas de la SS formularon su plan operativo 2010, se logró avanzar en el involucramiento de las áreas técnicas y en la sensibilización sobre la importancia de su participación en este proceso.

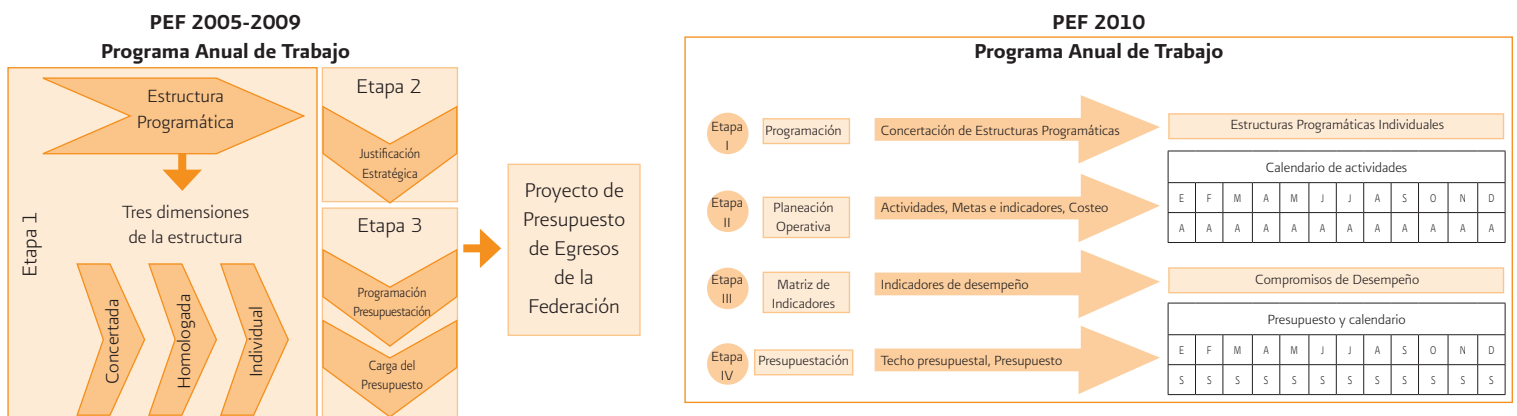
Seguimiento y evaluación de indicadores en el SED

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como otros ordenamientos, establecen la obligación del Ejecutivo Federal de informar al Poder Legislativo sobre la situación que guarda la administración pública del país, lo que incluye aportar información sobre el cumplimiento de los objetivos, metas e impacto de los programas y proyectos de la APF. Para cumplir con esta obligación, el gobierno se apoya en diversos mecanismos e instrumentos, entre los que se encuentra el SED.

Su aplicación permite la valoración objetiva del desempeño de los programas, bajo principios de verificación del grado de cumplimiento de metas y objetivos, empleando indicadores estratégicos y de gestión que determinan el impacto social de los programas. La información para resultados que aporta este sistema se ubica en dos ámbitos:

- Uno general, conformado por la totalidad de los indicadores registrados en las MIR, los cuales aportan información relacionada con los avances en la ejecución de los programas y el ejercicio de los recursos asignados.

Figura III.5
Comparación del proceso de elaboración del Programa Anual de Trabajo (PAT); Secretaría de Salud 2005-2009 y 2010



Fuente: Proceso de Integración Programática 2005-2009; DGPOP-SS

- Otro particular, integrado por un grupo de indicadores seleccionados por la propia dependencia que, por su carácter estratégico y representativo de la misión institucional, y por su congruencia con los objetivos y metas de la planeación nacional, forman parte sustantiva de los informes trimestrales de avance de cumplimiento de objetivos y metas de los programas presupuestarios, del informe de avance físico-financiero de todos los programas del PEF y de los informes de Ejecución del PND y de Gobierno, así como del de la Cuenta de la Hacienda Pública. (Figura III.6)

Programa anual de evaluación de los programas federales de la APF, 2007-2010

Todos los mecanismos y herramientas descritos anteriormente se interrelacionan para concretar la evaluación del desempeño. Para guiar este proceso el CONEVAL, la SHCP y la SFP, con base en los

Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal, tienen la obligación de elaborar y difundir el "Programa Anual de Evaluación de los Programas Federales de la APF" (PAE). Éste es un instrumento que forma parte de los componentes estratégicos del SED a través del cual se establece el tipo y calendarización de las evaluaciones a que serán sujetos los diferentes programas institucionales.

Para la ejecución del PAE, la Dirección General de Evaluación del Desempeño funge como enlace técnico entre el CONEVAL y las unidades administrativas responsables de los programas a evaluar en la SS, coadyuvando a la aplicación de las disposiciones emitidas en dicho instrumento. Las evaluaciones contempladas en el PAE y sus resultados retroalimentan al SED y al Programa de Mejoramiento de la Gestión, aportando elementos que permitan conducir los siguientes ejercicios de programación y presupuestación dentro de la dependencia.

Figura III.6

Características y uso de los indicadores incorporados en el Sistema de Evaluación del Desempeño



IV. 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

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

El objetivo de este apartado es poner a disposición de los tomadores de decisiones, operadores de los servicios de atención a la salud y de la opinión pública información que permita contextualizar la situación que prevaleció en 2009 en materia de salud y de operación del sistema de salud. Se espera que esta información, junto con los datos de los informes previos, brinde elementos que contribuyan a fortalecer la rendición de cuentas y el acceso a la información pública dentro del Sector Salud de México.

Resulta importante mencionar que la descripción de los indicadores 2009 se realiza de manera sumaria dado que varios de ellos ya han sido abordados en los capítulos previos; sin embargo, se resaltan aquellos que registran comportamientos que ameritan atención. La descripción de los indicadores de mortalidad se realiza a partir de las tasas observadas; sin embargo, con la finalidad de brindar mayores elementos de análisis a los lectores en los cuadros estadísticos se incluyen también las tasas estandarizadas.

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

Salud poblacional

En 2009, la esperanza de vida al nacimiento (EVN) en el país fue de 75.3 años; 72.9 para la población masculina y 77.6 para la población femenina. Quintana Roo tuvo la EVN más alta, con 76.4 años, y Guerrero la menor, con 73.7 años. En 1970, en México, se registró una tasa de fecundidad general (TFG) de 6.7 hijos por mujer en edad fértil, cifra que en 2009 se redujo a 2.1. Entre las entidades federativas, Guerrero tuvo la TFG más alta del país, con 2.4 hijos por mujer, mientras que el Distrito Federal, con 1.7, tuvo el valor más bajo para este indicador. (Cuadro IV.1)

En materia de daños a la salud de la población, la tasa de mortalidad general (TMG) se ubicó en 4.9 defunciones por mil habitantes; 5.6 en el caso de los hombres y 4.3 para las mujeres. Así, en 2009 los hombres tuvieron una probabilidad de morir 30 por ciento mayor a la de las mujeres. Chihuahua tuvo la TMG más alta del país con 6.2 defunciones por mil habitantes, mientras que Quintana Roo, con 3 defunciones, registró la TMG más baja. (Cuadro IV.1)

A nivel nacional, la mortalidad entre la población en edad productiva (15 a 64 años) fue de 2.9 defunciones por mil habitantes de este grupo de edad. En esta población en particular la diferencia entre hombres y mujeres se amplía a 80 por ciento, ya que entre los varones la tasa específica de mortalidad

fue de 3.8 defunciones contra 2.1 entre las mujeres. Chihuahua registró la mortalidad en población de edad productiva más elevada del país, con 4.6 defunciones por mil habitantes de 15 a 64 años, cifra que duplica a la de Quintana Roo (2.2), entidad con la tasa más baja en 2009. Por otra parte, la mortalidad entre los adultos de 65 o más años a nivel nacional fue de 46.6 defunciones por mil habitantes de ese grupo de edad. En este caso la diferencia entre sexos también es destacable, con una tasa de 51.3 defunciones por mil entre los hombres y de 42.8 entre las mujeres. (Cuadro IV.2)

Por otro lado, la probabilidad de morir que tuvieron los niños antes de cumplir un año de edad durante 2009 fue de 14.7 muertes por cada mil nacidos vivos estimados (NVE); probabilidad que alcanzó 16.3 en niños y 13.0 en niñas. A nivel estatal, Guerrero, Chiapas y Oaxaca fueron las entidades con mayor probabilidad de muerte en menores de un año, lo que denota la vinculación entre el nivel de salud y el grado de desarrollo de las poblaciones; en el extremo opuesto, Nuevo León y el Distrito Federal reportaron los valores más bajos para este indicador. Durante este año, las principales causas de muerte en los menores de un año de edad fueron la asfixia y el trauma al nacimiento, las que, en conjunto, produjeron 3.7 defunciones por cada mil NVE. Dentro de los estados con las mayores tasas de mortalidad por estas causas figuraron Puebla, Chihuahua y Tabasco. En el extremo opuesto, San Luis Potosí y Nayarit registraron las cifras más bajas de mortalidad por estas causas en el país. (Cuadro IV.3)

A nivel nacional, la probabilidad de morir antes de cumplir cinco años de edad fue de 17.3 defunciones por cada mil menores de esa edad; 19.1 en niños y 15.5 en niñas. Las cifras más altas para este indicador se registraron en Guerrero y Chiapas, en tanto que las menores se registraron en Nuevo León y el Distrito Federal. Por otra parte, las infecciones respiratorias agudas causaron 25.8 defunciones por cien mil menores de cinco años y las enfermedades diarreicas agudas 9.2 muertes por cien mil menores de este grupo de edad. (Cuadro IV.3 y Cuadro IV.4)

En México, la razón de mortalidad materna (RMM) de 2009 ascendió a 62.8 defunciones por 100 mil NVE. Guerrero fue la entidad federativa que registró la RMM más elevada del país con 106.2 defunciones maternas por 100 mil NVE, cifra 3.6 veces mayor a la registrada en Colima (29.5 defunciones maternas). Otras causas de muerte importantes entre las mujeres fueron el cáncer cérvico uterino y el mamario, los cuales provocaron 14.1 y 16.8 defunciones por cien mil mujeres de 25 años o más, respectivamente. Chiapas fue la entidad con la mayor mortalidad por cáncer cérvico uterino, con 21.8 defunciones por cien mil mujeres de ese grupo de edad; en tanto que el Distrito Federal registró la la mayor mortalidad por cáncer de mama, con 23.8 muertes por cien mil mujeres de 25 años o más.

Por otra parte, el cáncer de próstata provocó 19.4 defunciones por cien mil varones de 25 años o más de edad; siendo el estado de Nayarit el que registró la tasa más alta con 34.8 decesos y el estado de Quintana Roo la más baja con 6.4 defunciones por cien mil hombres de este grupo de edad. (Cuadro IV.5)

Durante 2009, las enfermedades isquémicas del corazón fueron la segunda causa de muerte en México, produciendo 56.2 decesos por cada cien mil habitantes. Las mujeres registraron una tasa menor a la de los hombres: 48.7 en mujeres contra 63.9 defunciones en varones. Sin embargo, la mortalidad por esta causa en población menor de 65 años fue sólo de 15.1 defunciones por cien mil personas de este grupo de edad, dato que indica la importante asociación entre la edad y la probabilidad de morir por este tipo de enfermedades. La mortalidad por

enfermedades isquémicas del corazón en hombres menores de 65 años (21.5 defunciones) es 2.4 veces mayor a la mortalidad registrada entre las mujeres de este grupo de edad (8.9). (Cuadro IV.6)

Por su parte, la mortalidad por enfermedad cerebrovascular entre la población general ascendió a 26.2 defunciones por cada 100 mil habitantes, mientras que entre la población menor de 65 años la mortalidad por esta causa fue de 6.6 defunciones por cien mil habitantes de ese grupo de edad. La mortalidad por enfermedad cerebrovascular para la población en general fue más alta entre las mujeres; caso opuesto a lo registrado en los menores de 65 años, en donde la mortalidad más elevada se documentó entre los hombres. (Cuadro IV.7)

Los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico de México se reflejan en las principales causas de mortalidad, las cuales están encabezadas por enfermedades crónico-degenerativas y por algunas causas externas, como accidentes y lesiones intencionales. Como desde hace algunos años, en 2009 la diabetes mellitus constituyó la principal causa de muerte en el país, registrando una tasa de 72.6 defunciones por cien mil habitantes; 70.5 en hombres y 74.7 en mujeres. El Distrito Federal tiene la mortalidad por esta causa más alta del país, con 104.7 muertes por cien mil habitantes, mientras que Quintana Roo, con 35.6 defunciones, registró la tasa más baja. (Cuadro IV.8)

Dentro de las denominadas enfermedades emergentes, el VIH/SIDA provocó en México una mortalidad de 9.4 defunciones por cada cien mil habitantes de 25 a 44 años de edad; mortalidad que se concentró principalmente en la población masculina (tasa de 15.9 muertes). A nivel de entidad federativa, Tabasco y Veracruz registraron las tasas más elevadas del país, con 21.9 y 20.4 defunciones por cien mil habitantes, respectivamente. (Cuadro IV.8)

En lo que respecta a la mortalidad debida a cáncer pulmonar, bronquios y tráquea, en el país se registró una tasa de 6.3 muertes por cien mil habitantes; tasa que entre los hombres fue de 8.5 defunciones y entre las mujeres de 4.2. La cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, por su

parte, causaron 21,877 muertes, lo que equivale a 20.3 defunciones por cien mil habitantes. El riesgo de morir por esta causa es 3.1 veces mayor entre los hombres respecto del riesgo que reportaron las mujeres. (Cuadro IV.9)

En 2009 la tasa de mortalidad por homicidios ascendió a 13.2 defunciones por cien mil habitantes; siendo casi 10 veces más alta en hombres (24.3 muertes) que en mujeres (2.5 defunciones). Por entidad federativa, Chihuahua registró la mayor mortalidad por esta causa en el país, con 100 defunciones por cien mil habitantes; en el extremo opuesto, Chiapas tuvo una tasa de homicidios de sólo 0.3 defunciones por cien mil habitantes. A nivel nacional, el riesgo de muerte debido a un homicidio entre la población masculina es 9.7 veces mayor al riesgo que tienen las mujeres de morir por la misma causa. En Chihuahua, caso extremo, esta relación alcanza una magnitud de 14.9 veces. Por lo que respecta a los suicidios, en el país se registró una mortalidad por esta causa de 4.0 defunciones por cien mil habitantes; indicador que desde hace varios años es más alto en los estados del sureste del país. En 2009 las tasas más elevadas de suicidio se registraron en Quintana Roo (11.9 defunciones

por cien mil habitantes), Yucatán (10.9), Campeche (9.4) y Tabasco (8.3). (Cuadro IV.10)

Durante este mismo año se registró en el país una mortalidad por accidentes de tránsito de vehículo de motor de 13.8 muertes por cien mil habitantes en general; tasa que se incrementó a 17.3 defunciones entre la población de 15 a 29 años. En ambos grupos de población, la mortalidad por esta causa es marcadamente mayor entre los hombres. (Cuadro IV.11)

Como se observa, el sistema de salud en México enfrenta retos importantes para mejorar la salud de la población y para reducir las desigualdades prevalentes. Para lograrlo resulta fundamental disminuir al máximo los problemas de salud de origen infeccioso, de malnutrición y los relacionados con el ciclo reproductivo, al mismo tiempo que se reduzca el aumento y los daños relacionados con las enfermedades crónico-degenerativas. Por ello, es necesario replantear las estrategias y modelos de operación implantados en el Sector Salud y establecer nuevos esquemas de organización que permitan avanzar hacia la cobertura universal de la salud, otorgando servicios resolutivos, de calidad y seguros para los usuarios y los proveedores.

Cuadro IV.1

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México 2009

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/
EUM	72.9	77.6	75.3	2.1	5.6	7.4	4.3	5.1	4.9	6.2
Aguascalientes	73.4	77.6	75.5	2.2	4.8	7.3	3.9	5.4	4.4	6.3
Baja California	73.7	78.5	76.1	2.1	5.3	8.2	3.6	5.2	4.5	6.7
Baja California Sur	73.6	78.5	76.1	2.0	5.0	7.9	3.7	5.4	4.4	6.6
Campeche	72.9	77.5	75.2	2.0	5.0	6.7	3.8	5.2	4.4	6.0
Coahuila	72.6	77.3	75.0	2.1	4.4	6.4	3.5	4.6	4.0	5.4
Colima	73.2	78.1	75.7	2.0	5.9	7.7	4.3	4.9	5.1	6.2
Chiapas	71.9	76.6	74.3	2.3	4.2	6.4	3.4	5.2	3.8	5.8
Chihuahua	73.7	78.1	75.9	2.2	7.6	9.6	4.7	5.8	6.2	7.7
Distrito Federal	73.7	78.6	76.2	1.7	6.3	7.4	5.7	5.1	6.0	6.1
Durango	72.4	76.9	74.6	2.2	6.5	8.2	4.4	5.5	5.4	6.8
Guanajuato	73.3	77.8	75.5	2.2	5.8	7.5	4.3	5.2	5.0	6.3
Guerrero	71.4	76.0	73.7	2.4	5.3	6.8	3.8	4.5	4.5	5.5
Hidalgo	72.6	77.4	75.0	2.1	5.7	7.2	4.1	4.8	4.9	5.9
Jalisco	73.2	77.8	75.5	2.1	5.8	7.5	4.7	5.3	5.3	6.4
México	73.4	78.4	75.9	2.0	4.8	7.2	3.9	5.3	4.3	6.2
Michoacán	72.7	77.1	74.9	2.1	5.8	6.6	4.2	4.5	5.0	5.5
Morelos	73.5	78.5	76.0	2.0	5.8	6.9	4.7	5.0	5.2	5.9
Nayarit	73.0	77.4	75.2	2.1	6.2	7.1	4.4	4.8	5.3	6.0
Nuevo León	73.1	78.0	75.5	2.0	4.9	7.1	3.9	4.8	4.4	5.9
Oaxaca	72.1	76.8	74.4	2.2	6.5	7.6	4.9	5.2	5.7	6.3
Puebla	72.8	77.9	75.4	2.2	5.8	7.6	4.6	5.3	5.2	6.4
Querétaro	73.1	78.0	75.6	2.0	5.0	7.5	3.8	5.2	4.4	6.2
Quintana Roo	74.1	78.6	76.4	2.0	3.7	6.8	2.3	4.6	3.0	5.7
San Luis Potosí	73.0	77.6	75.3	2.2	5.5	6.6	4.2	4.8	4.8	5.6
Sinaloa	72.6	76.9	74.8	2.1	6.0	7.5	4.0	4.8	5.0	6.2
Sonora	72.9	77.9	75.4	2.1	6.2	8.3	4.5	5.5	5.3	6.9
Tabasco	72.6	77.0	74.8	2.0	5.7	8.0	4.0	5.8	4.9	6.9
Tamaulipas	72.8	77.6	75.2	2.0	5.4	7.5	4.4	5.3	4.9	6.4
Tlaxcala	73.8	78.3	76.1	2.1	5.1	6.7	4.2	5.2	4.6	5.9
Veracruz	71.7	76.5	74.1	2.1	6.4	7.7	4.9	5.4	5.6	6.5
Yucatán	72.9	77.6	75.3	2.0	6.0	7.4	4.7	5.3	5.4	6.3
Zacatecas	73.6	78.1	75.8	2.2	5.6	6.1	4.2	4.4	4.9	5.2

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 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro IV.2

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México 2009

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/
EUM	3.8	2.8	2.1	1.5	2.9	2.2	51.3	4.2	42.8	3.3	46.6	3.7
Aguascalientes	3.2	2.5	1.9	1.5	2.6	2.0	56.4	4.5	47.5	3.6	51.4	4.0
Baja California	4.2	3.3	2.0	1.6	3.2	2.5	52.4	4.5	40.2	3.3	45.9	3.8
Baja California Sur	3.6	2.9	2.0	1.6	2.9	2.3	54.3	4.6	43.3	3.4	48.6	4.0
Campeche	3.4	2.6	1.8	1.5	2.6	2.0	48.5	3.8	44.5	3.5	46.4	3.7
Coahuila	2.9	2.2	1.9	1.4	2.4	1.8	46.3	4.0	36.9	3.0	41.2	3.5
Colima	3.7	2.8	1.8	1.3	2.7	2.0	57.7	4.6	45.0	3.3	50.9	3.9
Chiapas	3.1	2.4	2.0	1.7	2.5	2.0	43.6	3.6	39.6	3.3	41.6	3.4
Chihuahua	6.6	4.7	2.5	1.8	4.6	3.3	52.9	4.5	43.7	3.5	48.0	4.0
Distrito Federal	3.8	2.6	2.3	1.5	3.0	2.0	52.7	4.3	44.7	3.3	47.9	3.7
Durango	4.8	3.4	2.0	1.5	3.3	2.4	53.1	4.4	45.8	3.7	49.2	4.0
Guanajuato	3.8	2.8	2.0	1.6	2.8	2.2	55.6	4.3	45.9	3.4	50.2	3.8
Guerrero	3.9	2.9	1.9	1.4	2.8	2.1	44.0	3.6	34.8	2.7	38.9	3.1
Hidalgo	3.9	2.8	2.0	1.5	2.9	2.1	49.0	3.9	39.3	3.0	43.7	3.4
Jalisco	3.7	2.7	2.1	1.6	2.9	2.1	56.2	4.4	47.6	3.5	51.5	3.9
México	3.5	2.6	2.0	1.6	2.7	2.1	47.8	4.1	41.3	3.3	44.2	3.6
Michoacán	3.9	2.8	1.9	1.4	2.8	2.0	45.6	3.5	38.5	2.8	41.8	3.1
Morelos	3.7	2.6	2.1	1.5	2.9	2.1	49.3	3.9	41.6	3.2	45.1	3.5
Nayarit	3.7	2.6	1.9	1.4	2.8	2.0	52.7	4.2	42.5	3.2	47.5	3.7
Nuevo León	3.0	2.3	1.8	1.3	2.4	1.8	52.3	4.5	41.4	3.3	46.3	3.8
Oaxaca	4.4	3.2	2.1	1.6	3.2	2.3	51.2	4.0	44.0	3.3	47.2	3.6
Puebla	3.8	2.9	2.2	1.7	2.9	2.3	53.3	4.2	43.7	3.2	47.9	3.6
Querétaro	3.5	2.8	1.8	1.5	2.6	2.1	52.8	4.3	44.8	3.3	48.4	3.8
Quintana Roo	3.0	2.6	1.4	1.3	2.2	1.9	45.5	4.0	35.8	3.1	40.6	3.5
San Luis Potosí	3.4	2.5	1.8	1.4	2.6	1.9	48.2	3.7	41.4	3.1	44.5	3.4
Sinaloa	4.0	2.8	1.8	1.3	2.9	2.1	51.7	4.4	41.1	3.3	46.2	3.8
Sonora	4.2	3.1	2.1	1.5	3.2	2.3	57.9	4.9	45.2	3.6	51.1	4.2
Tabasco	4.2	3.1	2.2	1.8	3.1	2.4	54.5	4.4	45.3	3.6	49.7	4.0
Tamaulipas	3.5	2.7	2.2	1.6	2.8	2.2	53.1	4.5	42.9	3.4	47.5	3.9
Tlaxcala	3.2	2.5	1.8	1.5	2.5	2.0	50.8	3.8	46.4	3.3	48.4	3.5
Veracruz	4.3	3.0	2.3	1.6	3.2	2.3	52.9	4.3	43.4	3.4	47.7	3.8
Yucatán	3.4	2.5	1.9	1.4	2.6	2.0	59.0	4.5	48.1	3.6	53.2	4.0
Zacatecas	3.4	2.4	1.8	1.3	2.5	1.8	44.7	3.3	38.3	2.8	41.4	3.0

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 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro IV.3

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México 2009

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/
EUM	16.3	13.0	14.7	3.7	7.4	19.1	15.5	17.3	9.7	0.9	8.6	0.8	9.2	0.8
Aguascalientes	14.5	11.6	12.7	2.8	5.7	17.2	13.9	15.6	1.7	0.2	5.4	0.5	3.6	0.3
Baja California	13.0	10.4	11.5	3.2	6.4	15.6	12.6	14.1	7.0	0.6	5.2	0.5	6.1	0.5
Baja California Sur	13.3	10.7	11.8	4.0	8.0	16.0	13.0	14.5	12.1	1.1	4.2	0.4	8.3	0.7
Campeche	17.1	13.5	15.0	3.5	6.9	20.0	16.1	18.1	0.0	0.0	14.6	1.3	7.2	0.6
Coahuila	13.2	10.6	11.6	2.6	5.1	15.6	12.6	14.1	0.8	0.1	1.7	0.2	1.3	0.1
Colima	13.7	10.9	12.0	3.3	6.7	16.3	13.2	14.8	3.9	0.3	12.3	1.1	8.0	0.7
Chiapas	22.8	18.5	20.2	2.7	5.4	26.5	21.7	24.1	27.1	2.4	27.2	2.4	27.1	2.4
Chihuahua	14.7	11.7	12.9	4.9	9.8	17.4	14.1	15.8	6.5	0.6	6.9	0.6	6.7	0.6
Distrito Federal	12.5	10.0	11.0	4.3	8.6	15.1	12.3	13.7	9.8	0.9	6.0	0.5	7.9	0.7
Durango	17.4	13.8	15.3	3.9	7.9	20.2	16.2	18.2	1.4	0.1	2.8	0.3	2.1	0.2
Guanajuato	17.6	13.9	15.5	3.5	7.0	20.7	16.6	18.7	7.7	0.7	3.8	0.3	5.8	0.5
Guerrero	23.4	19.0	20.7	3.7	7.5	26.9	22.0	24.5	7.0	0.6	6.6	0.6	6.8	0.6
Hidalgo	18.2	14.4	16.0	3.3	6.5	21.2	17.0	19.1	3.6	0.3	3.7	0.3	3.6	0.3
Jalisco	14.8	11.8	13.0	3.2	6.4	17.6	14.2	15.9	4.3	0.4	5.5	0.5	4.9	0.4
México	15.5	12.4	13.7	4.5	8.9	18.5	14.9	16.7	15.8	1.4	12.1	1.1	14.0	1.2
Michoacán	18.9	14.9	16.6	3.3	6.5	22.0	17.6	19.8	7.1	0.6	7.5	0.7	7.3	0.6
Morelos	14.6	11.7	12.9	3.3	6.7	17.4	14.0	15.7	7.0	0.6	2.9	0.3	5.0	0.4
Nayarit	16.5	13.1	14.5	2.1	4.2	19.4	15.6	17.5	4.7	0.4	9.8	0.9	7.2	0.6
Nuevo León	11.7	9.4	10.3	2.2	4.3	14.0	11.4	12.7	3.6	0.3	0.0	0.0	1.8	0.2
Oaxaca	21.0	16.9	18.6	3.1	6.2	24.5	19.9	22.2	18.7	1.7	20.0	1.8	19.3	1.7
Puebla	19.4	15.5	17.1	5.1	10.2	22.9	18.5	20.7	16.5	1.5	9.7	0.9	13.2	1.2
Querétaro	16.3	13.0	14.3	3.7	7.4	19.3	15.5	17.4	5.0	0.4	6.5	0.6	5.7	0.5
Quintana Roo	14.3	11.4	12.6	3.7	7.3	17.1	13.8	15.5	12.6	1.1	8.1	0.7	10.4	0.9
San Luis Potosí	17.4	13.8	15.3	2.0	4.1	20.5	16.4	18.5	3.4	0.3	7.0	0.6	5.1	0.5
Sinaloa	15.6	12.4	13.7	3.0	6.1	18.2	14.7	16.4	5.2	0.5	3.7	0.3	4.5	0.4
Sonora	13.7	11.0	12.1	3.7	7.5	16.3	13.2	14.8	7.9	0.7	6.5	0.6	7.2	0.6
Tabasco	17.6	14.0	15.5	4.8	9.7	20.8	16.7	18.8	10.5	0.9	12.0	1.1	11.2	1.0
Tamaulipas	13.6	10.8	11.9	4.3	8.6	16.1	13.0	14.5	1.4	0.1	0.0	0.0	0.7	0.1
Tlaxcala	17.4	13.8	15.3	4.0	7.9	20.7	16.6	18.6	9.0	0.8	7.5	0.7	8.3	0.7
Veracruz	19.7	15.7	17.3	4.2	8.4	22.8	18.4	20.6	11.2	1.0	11.3	1.0	11.2	1.0
Yucatán	16.7	13.2	14.6	2.8	5.6	19.5	15.7	17.6	9.7	0.9	13.9	1.2	11.7	1.0
Zacatecas	18.6	14.7	16.3	3.1	6.2	21.9	17.5	19.7	4.6	0.4	6.4	0.6	5.5	0.5

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 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro IV.4

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México 2009

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/
EUM	27.8	2.5	23.7	2.1	25.8	2.3	5.6	0.5	5.2	0.5	5.4	0.5
Aguascalientes	12.2	1.1	5.4	0.5	8.9	0.8	1.7	0.2	3.6	0.3	2.7	0.2
Baja California	16.8	1.5	14.1	1.2	15.5	1.4	1.4	0.1	1.5	0.1	1.4	0.1
Baja California Sur	20.1	1.8	12.7	1.1	16.5	1.5	8.1	0.7	4.2	0.4	6.2	0.5
Campeche	11.3	1.0	17.5	1.6	14.4	1.3	2.8	0.2	11.7	1.0	7.2	0.6
Coahuila	4.1	0.4	6.9	0.6	5.5	0.5	0.0	0.0	2.6	0.2	1.3	0.1
Colima	7.8	0.7	8.2	0.7	8.0	0.7	3.9	0.3	4.1	0.4	4.0	0.4
Chiapas	34.3	3.0	30.2	2.7	32.3	2.9	7.2	0.6	11.4	1.0	9.3	0.8
Chihuahua	25.2	2.2	25.4	2.2	25.3	2.2	4.5	0.4	8.2	0.7	6.3	0.6
Distrito Federal	38.6	3.4	31.1	2.8	34.9	3.1	3.2	0.3	3.0	0.3	3.1	0.3
Durango	13.6	1.2	5.7	0.5	9.7	0.9	2.7	0.2	1.4	0.1	2.1	0.2
Guanajuato	10.6	0.9	9.7	0.9	10.1	0.9	2.0	0.2	2.5	0.2	2.3	0.2
Guerrero	20.3	1.8	11.9	1.1	16.2	1.4	7.0	0.6	5.9	0.5	6.5	0.6
Hidalgo	23.3	2.1	17.7	1.6	20.5	1.8	0.9	0.1	4.6	0.4	2.7	0.2
Jalisco	16.1	1.4	14.3	1.3	15.2	1.3	4.0	0.4	3.2	0.3	3.6	0.3
México	64.7	5.7	50.9	4.5	58.0	5.1	7.1	0.6	5.3	0.5	6.2	0.5
Michoacán	18.6	1.6	18.9	1.7	18.8	1.7	4.9	0.4	6.3	0.6	5.6	0.5
Morelos	18.1	1.6	21.9	1.9	20.7	1.8	2.8	0.2	2.9	0.3	2.9	0.3
Nayarit	11.7	1.0	2.5	0.2	7.2	0.6	2.3	0.2	2.5	0.2	2.4	0.2
Nuevo León	6.7	0.6	11.4	1.0	9.0	0.8	1.0	0.1	1.1	0.1	1.1	0.1
Oaxaca	33.2	2.9	24.4	2.2	28.9	2.6	15.1	1.3	11.9	1.1	13.5	1.2
Puebla	45.2	4.0	40.2	3.6	42.7	3.8	14.7	1.3	11.9	1.1	13.3	1.2
Querétaro	24.9	2.2	19.5	1.7	22.3	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Quintana Roo	11.1	1.0	9.7	0.9	10.4	0.9	7.9	0.7	3.2	0.3	5.6	0.5
San Luis Potosí	13.4	1.2	19.2	1.7	16.3	1.4	4.2	0.4	3.5	0.3	3.9	0.3
Sinaloa	16.5	1.5	11.0	1.0	13.8	1.2	2.6	0.2	4.6	0.4	3.6	0.3
Sonora	18.5	1.6	14.8	1.3	16.7	1.5	7.9	0.7	1.9	0.2	5.0	0.4
Tabasco	24.1	2.1	21.8	1.9	22.9	2.0	10.5	0.9	3.3	0.3	6.9	0.6
Tamaulipas	9.2	0.8	11.8	1.0	10.5	0.9	1.4	0.1	3.0	0.3	2.2	0.2
Tlaxcala	10.8	1.0	18.7	1.7	14.7	1.3	10.8	1.0	11.2	1.0	11.0	1.0
Veracruz	28.0	2.5	25.1	2.2	26.7	2.4	6.5	0.6	5.8	0.5	6.3	0.6
Yucatán	20.5	1.8	12.6	1.1	16.7	1.5	8.5	0.7	8.8	0.8	8.6	0.8
Zacatecas	13.9	1.2	20.9	1.9	17.3	1.5	10.8	1.0	1.6	0.1	6.3	0.6

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 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro IV.5

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México 2009

Salud poblacional

Entidad	Razón de mortalidad materna 1/	Mortalidad por cáncer mamario (C50)		Mortalidad por cáncer cérvico-uterino (C53)		Mortalidad por cáncer de próstata (C61)	
		Observada 2/	Estándar 3/	Observada 2/	Estándar 3/	Observada 4/	Estándar 5/
EUM	62.8	16.8	10.8	14.1	9.1	19.4	15.1
Aguascalientes	53.2	16.1	11.1	10.7	7.5	25.8	22.1
Baja California	57.4	21.5	15.8	13.9	10.1	13.2	15.3
Baja California Sur	51.6	21.9	16.3	7.5	5.2	17.2	20.5
Campeche	62.5	10.9	7.8	18.5	13.3	16.5	13.3
Coahuila	40.4	19.9	13.0	11.7	7.6	12.3	11.1
Colima	29.5	22.3	14.5	13.9	9.2	19.9	15.5
Chiapas	72.9	9.3	6.5	21.8	15.4	15.2	12.6
Chihuahua	94.1	23.4	15.1	12.9	8.2	20.3	17.4
Distrito Federal	56.2	23.8	13.8	11.4	6.7	20.5	15.7
Durango	55.3	13.7	8.5	13.7	8.7	25.8	17.9
Guanajuato	62.0	15.4	10.1	10.9	7.2	23.3	16.0
Guerrero	106.2	10.5	6.4	18.0	11.0	20.5	12.9
Hidalgo	67.3	12.7	8.1	9.8	6.2	19.4	13.6
Jalisco	64.3	20.6	12.9	13.8	8.7	26.9	19.7
México	61.9	14.3	9.8	11.8	8.5	12.8	13.5
Michoacán	57.3	17.0	10.4	13.9	8.4	24.0	13.6
Morelos	80.7	13.2	8.0	20.7	12.6	19.8	13.4
Nayarit	65.4	16.8	10.1	18.3	11.0	34.8	22.2
Nuevo León	35.6	20.1	13.4	10.1	6.5	15.1	14.2
Oaxaca	95.3	8.9	5.2	18.8	10.9	22.0	12.3
Puebla	74.6	15.0	9.4	14.9	9.4	18.1	12.6
Querétaro	34.1	18.6	13.4	9.2	6.1	14.9	13.8
Quintana Roo	34.6	6.1	5.9	12.3	12.2	6.4	9.3
San Luis Potosí	59.2	15.8	9.6	16.7	10.1	22.2	13.3
Sinaloa	42.2	21.6	13.4	11.5	7.3	24.6	18.8
Sonora	41.1	19.8	12.8	14.0	9.1	22.8	19.3
Tabasco	60.1	12.4	9.0	12.2	9.0	18.8	16.4
Tamaulipas	43.0	20.4	13.5	17.3	11.2	17.8	15.4
Tlaxcala	63.6	14.2	9.2	10.9	7.3	18.4	13.2
Veracruz	69.3	16.4	9.9	21.7	13.2	24.4	16.3
Yucatán	44.9	12.4	7.8	17.9	11.2	21.3	14.4
Zacatecas	69.9	12.6	7.5	8.6	5.2	22.1	12.3

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 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro IV.6

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México 2009

Salud poblacional

Entidad	Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)						Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en población de 0 a 64 años (I20-I25)					
	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/
EUM	63.9	91.9	48.7	58.4	56.2	73.9	21.5	25.1	8.9	9.9	15.1	17.2
Aguascalientes	53.9	95.1	34.9	50.5	44.1	70.2	14.5	20.2	8.1	10.3	11.2	14.9
Baja California	65.1	120.4	41.4	67.0	53.8	92.9	29.5	37.6	9.9	12.4	20.2	25.2
Baja California Sur	75.9	133.7	46.1	72.2	61.7	103.0	35.5	43.1	12.1	15.0	24.4	29.7
Campeche	54.1	80.3	37.3	56.2	45.6	68.0	19.8	24.6	6.5	8.2	13.1	16.3
Coahuila	72.5	113.8	50.4	68.9	61.4	89.9	27.5	32.8	13.0	14.8	20.3	23.5
Colima	64.6	89.4	48.5	56.0	56.6	71.9	22.4	25.7	10.7	11.2	16.6	18.4
Chiapas	31.8	55.5	24.3	42.5	28.1	48.9	10.8	14.1	6.2	8.3	8.5	11.1
Chihuahua	83.0	124.6	66.1	84.9	74.7	104.0	31.5	38.2	13.2	14.8	22.6	26.3
Distrito Federal	89.5	109.3	84.0	69.3	86.7	86.3	29.4	28.5	11.5	10.0	20.3	18.5
Durango	101.9	140.4	72.9	93.0	87.2	115.6	30.4	36.2	12.7	14.7	21.4	24.9
Guanajuato	61.2	85.2	47.0	56.3	53.8	69.4	16.9	21.2	7.8	9.6	12.1	15.0
Guerrero	51.1	70.7	38.4	46.5	44.5	57.5	16.4	20.6	7.4	8.8	11.7	14.3
Hidalgo	54.4	71.9	36.9	42.5	45.3	56.0	19.5	22.1	6.7	7.3	12.8	14.3
Jalisco	63.3	87.2	50.2	55.8	56.6	70.2	19.9	23.4	9.2	10.2	14.5	16.5
México	43.8	77.2	35.6	51.7	39.7	63.6	16.4	19.6	7.4	8.7	11.9	14.0
Michoacán	59.2	70.1	42.5	43.8	50.5	56.0	18.3	21.4	7.1	8.0	12.5	14.2
Morelos	55.9	70.0	45.4	47.6	50.5	57.9	15.5	16.6	8.6	8.8	12.0	12.5
Nayarit	89.3	106.3	57.4	61.6	73.2	83.4	29.1	31.4	8.4	8.9	18.7	19.9
Nuevo León	85.5	132.4	59.5	75.4	72.6	101.7	32.3	37.3	11.4	12.5	22.0	24.6
Oaxaca	49.9	59.0	38.8	40.0	44.1	48.6	14.4	16.7	6.8	7.5	10.5	11.8
Puebla	47.7	67.5	39.7	44.7	43.6	54.8	13.0	16.1	6.4	7.5	9.6	11.5
Querétaro	57.3	97.5	41.3	57.7	49.1	76.0	21.6	28.4	6.8	8.5	14.1	18.0
Quintana Roo	23.1	56.2	14.1	37.1	18.6	46.5	10.6	15.8	3.9	6.0	7.3	10.9
San Luis Potosí	63.0	77.9	51.2	56.2	56.9	66.4	17.9	21.5	7.3	8.2	12.4	14.5
Sinaloa	79.0	107.7	57.6	71.1	68.4	89.0	26.6	29.2	10.2	10.8	18.5	19.9
Sonora	100.3	146.4	62.6	80.0	81.7	112.0	38.9	44.6	13.2	14.7	26.3	29.5
Tabasco	54.0	86.5	36.8	57.7	45.3	71.6	18.5	22.5	6.9	8.4	12.6	15.3
Tamaulipas	89.0	132.2	59.2	74.6	74.1	101.4	33.8	39.5	11.4	12.8	22.7	25.8
Tlaxcala	38.4	53.1	29.2	35.0	33.7	43.3	11.7	14.8	5.6	6.9	8.6	10.6
Veracruz	74.6	94.6	54.9	60.3	64.4	75.9	22.5	24.2	10.7	11.0	16.4	17.2
Yucatán	87.2	110.0	64.7	69.4	75.9	88.6	18.7	21.1	8.1	8.7	13.4	14.7
Zacatecas	57.3	63.7	41.2	41.5	49.2	52.2	15.5	18.7	6.8	7.8	11.1	13.0

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

3/ Tasa observada por 100 mil habitantes menores de 65 años

4/ Tasa por 100 mil habitantes menores de 65 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 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro IV.7

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México 2009

Salud poblacional

Entidad	Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (160-169)						Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en población de 0 a 64 años (160-169)					
	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/
EUM	25.3	36.7	27.0	32.6	26.2	34.6	7.3	8.5	5.9	6.5	6.6	7.5
Aguascalientes	21.4	37.3	24.9	34.5	23.2	35.8	5.3	7.0	5.7	6.7	5.5	6.8
Baja California	28.2	55.0	24.1	38.6	26.2	46.4	10.0	12.6	6.3	7.3	8.2	10.0
Baja California Sur	24.0	42.2	20.8	31.8	22.5	37.1	10.9	12.2	6.6	7.3	8.9	9.9
Campeche	26.2	39.8	20.4	30.4	23.2	35.0	5.9	7.0	4.5	5.4	5.2	6.2
Coahuila	24.8	38.9	22.9	31.5	23.8	35.0	8.9	10.2	5.2	5.8	7.0	7.9
Colima	22.5	32.1	26.7	29.4	24.6	30.9	5.6	6.3	5.7	5.8	5.7	6.0
Chiapas	14.2	25.6	14.7	25.6	14.5	25.6	4.2	5.7	4.2	5.5	4.2	5.6
Chihuahua	25.7	38.7	25.2	32.0	25.4	35.2	9.2	11.0	6.5	7.0	7.9	8.9
Distrito Federal	26.9	33.0	36.8	31.3	32.0	32.3	8.9	8.6	7.9	6.9	8.4	7.7
Durango	29.4	40.2	28.2	35.9	28.8	38.0	9.1	10.6	6.0	6.7	7.5	8.6
Guanajuato	25.3	35.8	27.9	33.9	26.6	34.8	6.2	7.8	6.2	7.5	6.2	7.7
Guerrero	24.1	33.3	23.9	28.8	24.0	30.8	6.3	7.8	5.4	6.3	5.8	7.0
Hidalgo	19.1	25.6	19.5	22.6	19.3	24.1	5.8	6.4	4.6	5.0	5.1	5.7
Jalisco	27.6	37.9	29.9	33.4	28.8	35.5	8.0	9.4	5.8	6.3	6.9	7.7
México	19.0	33.8	20.3	29.4	19.7	31.5	6.7	7.8	5.4	6.0	6.1	6.9
Michoacán	24.2	28.5	26.5	27.8	25.4	28.1	6.5	7.6	5.0	5.4	5.7	6.4
Morelos	26.5	33.6	29.1	30.7	27.8	32.0	5.7	6.2	6.5	6.5	6.1	6.4
Nayarit	30.5	36.6	33.0	36.5	31.8	36.6	7.6	8.1	9.0	9.5	8.3	8.8
Nuevo León	31.3	49.7	29.3	36.9	30.3	42.8	10.2	11.6	6.3	6.8	8.3	9.1
Oaxaca	36.1	43.2	44.2	46.2	40.3	44.9	7.9	9.2	8.0	8.8	8.0	9.0
Puebla	27.1	38.5	32.2	37.4	29.7	37.9	6.6	8.0	6.7	7.8	6.6	7.9
Querétaro	23.6	41.1	24.7	35.3	24.2	38.0	7.6	9.8	5.6	6.9	6.6	8.3
Quintana Roo	14.8	38.2	10.0	25.0	12.4	31.6	5.9	8.8	3.0	3.9	4.5	6.3
San Luis Potosí	27.2	34.0	29.8	32.9	28.5	33.5	5.5	6.5	5.8	6.5	5.6	6.5
Sinaloa	26.4	37.0	25.4	31.5	25.9	34.2	5.8	6.4	4.6	4.9	5.2	5.6
Sonora	25.6	38.5	26.8	34.1	26.2	36.3	7.4	8.3	5.6	5.9	6.5	7.1
Tabasco	27.9	45.8	22.8	36.1	25.3	40.8	7.2	8.7	4.9	6.2	6.0	7.4
Tamaulipas	22.3	33.9	25.8	32.2	24.1	33.2	7.0	8.3	6.4	7.0	6.7	7.6
Tlaxcala	23.5	33.3	27.5	32.8	25.6	33.1	5.4	6.7	4.0	4.5	4.7	5.6
Veracruz	30.4	38.7	30.1	33.3	30.3	35.8	8.2	8.8	6.3	6.3	7.3	7.5
Yucatán	35.6	45.4	33.1	37.6	34.3	41.3	8.9	10.1	6.3	6.8	7.6	8.4
Zacatecas	26.6	29.6	26.4	27.4	26.5	28.6	6.4	7.8	5.7	6.3	6.2	7.1

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 menores de 65 años

4/ Tasa por 100 mil habitantes menores de 65 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 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro IV.8

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México 2009

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/
EUM	70.5	100.8	74.7	94.2	72.6	97.5	15.9	4.7	3.3	1.0	9.4	2.7
Aguascalientes	58.9	99.1	70.2	104.9	64.7	102.3	7.5	2.2	1.7	0.5	4.4	1.3
Baja California	53.8	99.3	54.5	86.6	54.1	92.8	25.9	7.5	6.8	2.0	17.0	5.0
Baja California Sur	51.6	89.7	50.5	81.9	51.1	86.0	15.4	4.5	1.1	0.3	8.7	2.5
Campeche	49.8	72.8	56.9	85.4	53.4	79.3	21.7	6.3	5.5	1.6	13.4	3.9
Coahuila	65.7	99.0	76.6	103.0	71.1	101.3	8.6	2.5	1.0	0.3	4.8	1.4
Colima	80.9	115.4	75.5	94.3	78.2	104.4	22.4	6.6	3.2	0.9	12.7	3.7
Chiapas	37.0	62.8	49.3	83.8	43.3	73.7	15.9	4.6	6.9	2.0	11.1	3.2
Chihuahua	65.2	95.3	74.8	95.8	69.9	95.7	14.5	4.2	4.7	1.4	9.8	2.8
Distrito Federal	108.1	130.2	101.4	92.8	104.7	109.0	19.6	5.7	2.2	0.6	10.7	3.1
Durango	69.7	95.9	75.4	96.8	72.6	96.4	8.1	2.4	2.6	0.8	5.2	1.5
Guanajuato	85.1	123.8	86.9	114.8	86.0	119.0	7.1	2.1	0.8	0.2	3.7	1.1
Guerrero	62.0	86.5	64.7	81.0	63.4	83.7	24.1	7.1	4.1	1.2	13.3	3.9
Hidalgo	63.1	83.7	66.7	82.1	65.0	83.1	7.5	2.2	1.0	0.3	4.0	1.2
Jalisco	74.7	106.2	75.6	91.3	75.1	98.3	13.0	3.8	2.9	0.8	7.8	2.3
México	72.4	119.2	74.3	108.2	73.3	113.7	10.2	3.0	1.8	0.5	6.0	1.7
Michoacán	75.6	93.9	72.5	82.6	74.0	87.9	7.6	2.2	1.3	0.4	4.2	1.2
Morelos	76.0	95.5	82.3	91.1	79.2	93.3	20.3	5.9	1.9	0.6	10.6	3.1
Nayarit	56.1	68.5	59.6	68.5	57.9	68.6	20.6	6.0	3.5	1.0	11.8	3.5
Nuevo León	59.7	90.4	63.4	81.3	61.6	85.8	11.9	3.5	1.9	0.6	7.0	2.0
Oaxaca	69.5	87.2	72.0	81.6	70.8	84.2	22.6	6.6	5.5	1.6	13.3	3.9
Puebla	84.0	122.3	90.2	113.5	87.2	117.7	12.6	3.7	3.3	0.9	7.6	2.2
Querétaro	56.6	94.3	60.1	89.6	58.4	92.1	9.0	2.6	2.1	0.6	5.4	1.6
Quintana Roo	36.9	85.8	34.3	83.5	35.6	84.8	25.2	7.2	3.6	1.0	14.4	4.2
San Luis Potosí	61.6	79.9	68.1	81.9	65.0	81.1	12.5	3.7	1.1	0.3	6.4	1.9
Sinaloa	56.5	77.2	60.0	75.1	58.2	76.1	8.5	2.5	2.3	0.7	5.4	1.6
Sonora	55.9	80.8	65.8	84.0	60.8	82.7	18.2	5.3	2.9	0.8	10.7	3.1
Tabasco	70.8	110.8	83.8	129.9	77.4	120.8	38.3	11.2	7.0	2.0	21.9	6.4
Tamaulipas	70.9	104.1	79.4	100.9	75.1	102.5	19.1	5.6	3.9	1.1	11.5	3.4
Tlaxcala	90.2	135.8	96.4	131.5	93.4	133.7	8.1	2.4	1.6	0.5	4.7	1.4
Veracruz	75.2	94.3	83.0	95.0	79.3	94.9	33.2	9.7	9.5	2.8	20.4	6.0
Yucatán	47.2	62.9	64.5	76.3	55.9	70.1	21.4	6.4	3.4	1.0	12.3	3.6
Zacatecas	54.6	66.1	60.7	69.3	58.0	68.0	8.5	2.5	0.5	0.1	4.2	1.2

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

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 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro IV.9

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México 2009

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/
EUM	8.5	12.4	4.2	5.4	6.3	8.6	30.9	40.5	10.1	12.7	20.3	25.8
Aguascalientes	11.0	19.9	5.6	8.1	8.2	13.3	24.7	34.4	3.2	4.9	13.7	18.6
Baja California	11.7	23.8	5.6	9.0	8.8	15.9	26.1	38.6	7.8	11.7	17.4	25.2
Baja California Sur	11.1	21.8	6.3	10.0	8.8	15.8	21.6	30.6	7.1	10.5	14.7	20.8
Campeche	5.1	8.0	3.2	4.6	4.1	6.3	32.3	43.9	16.4	24.2	24.2	33.8
Coahuila	9.9	15.8	3.7	5.2	6.8	10.1	21.4	29.6	9.3	12.3	15.3	20.5
Colima	8.6	12.4	4.0	5.2	6.3	8.6	34.8	45.1	6.0	7.0	20.5	25.4
Chiapas	3.8	6.7	1.9	3.1	2.8	4.8	31.0	48.1	14.3	23.9	22.5	35.6
Chihuahua	14.4	22.1	6.7	8.5	10.6	14.8	24.0	30.2	6.5	8.1	15.4	19.0
Distrito Federal	8.4	10.3	5.9	5.5	7.1	7.5	24.3	26.6	7.9	7.5	15.8	16.0
Durango	12.1	16.8	4.2	5.4	8.1	10.8	21.8	28.5	7.4	9.3	14.4	18.4
Guanajuato	7.7	11.3	3.3	4.3	5.4	7.5	30.5	41.6	7.8	10.5	18.6	24.7
Guerrero	6.3	8.7	3.2	4.0	4.7	6.1	30.8	41.7	9.0	11.4	19.5	25.4
Hidalgo	6.0	8.1	3.5	4.2	4.7	6.0	37.0	47.2	12.5	15.1	24.2	30.1
Jalisco	10.8	15.4	6.7	8.3	8.8	11.5	29.2	37.8	9.5	11.7	19.2	24.0
México	4.7	8.2	3.1	4.5	3.9	6.2	30.7	43.7	9.4	12.9	20.0	27.5
Michoacán	9.0	10.9	4.2	4.7	6.5	7.6	26.3	31.9	9.1	10.4	17.3	20.4
Morelos	7.5	9.4	3.6	3.8	5.5	6.4	42.1	50.1	14.0	15.7	27.7	31.9
Nayarit	14.1	17.3	4.7	5.2	9.4	11.1	24.7	29.2	9.8	11.5	17.2	20.2
Nuevo León	12.3	19.7	5.2	6.7	8.8	12.5	20.3	27.4	9.0	11.5	14.7	19.1
Oaxaca	4.6	5.8	3.3	3.8	3.9	4.7	57.5	71.8	15.8	18.2	35.6	42.7
Puebla	4.2	6.2	2.3	3.0	3.2	4.4	56.9	79.1	17.0	21.5	36.3	47.7
Querétaro	5.8	10.1	3.2	5.1	4.5	7.4	33.7	49.4	7.4	10.8	20.3	28.9
Quintana Roo	3.6	8.5	2.6	5.3	3.1	6.9	22.7	40.7	8.3	18.4	15.5	29.5
San Luis Potosí	10.9	14.0	3.4	4.1	7.0	8.7	26.5	33.5	8.0	9.8	16.9	21.0
Sinaloa	19.6	27.4	6.2	7.6	13.0	17.0	14.1	17.9	6.8	8.4	10.5	13.0
Sonora	17.8	26.6	6.7	8.7	12.3	17.1	22.2	28.5	6.1	7.6	14.3	17.9
Tabasco	8.7	14.5	3.9	6.1	6.3	10.1	25.3	35.8	6.0	9.5	15.5	22.3
Tamaulipas	11.7	17.6	4.8	6.2	8.3	11.4	20.1	27.0	7.7	9.8	13.9	18.0
Tlaxcala	2.5	3.5	2.9	3.6	2.7	3.6	34.7	48.8	11.5	15.4	22.7	31.0
Veracruz	7.9	10.1	4.1	4.6	5.9	7.1	44.0	52.9	14.1	16.1	28.5	33.2
Yucatán	4.9	6.8	3.9	4.8	4.4	5.7	43.5	55.0	22.2	27.1	32.8	40.5
Zacatecas	11.3	13.1	5.7	6.6	8.4	9.7	15.3	18.1	4.9	5.6	9.9	11.5

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 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro IV.10

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México 2009

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/
EUM	6.6	7.0	1.5	1.5	4.0	4.1	24.3	24.7	2.5	2.5	13.2	13.2
Aguascalientes	9.4	11.1	1.7	1.9	5.4	6.2	9.9	10.2	1.5	1.4	5.6	5.5
Baja California	2.8	3.1	0.4	0.4	1.6	1.7	33.8	31.8	4.0	3.7	19.5	18.5
Baja California Sur	12.2	12.4	3.3	3.3	8.0	8.1	8.8	8.5	1.9	1.7	5.5	5.3
Campeche	15.7	15.5	3.2	3.6	9.4	9.4	11.9	13.0	1.7	1.9	6.8	7.3
Coahuila	6.2	6.5	1.1	1.1	3.7	3.8	12.6	12.7	1.2	1.3	6.9	6.9
Colima	8.0	8.0	0.7	0.7	4.3	4.3	17.9	18.7	3.3	3.5	10.7	11.0
Chiapas	0.1	0.2	0.0	0.0	0.0	0.1	0.5	0.5	0.1	0.1	0.3	0.3
Chihuahua	11.8	12.5	2.2	2.2	7.1	7.3	184.4	176.3	12.4	12.1	100.0	96.3
Distrito Federal	6.6	6.3	1.6	1.5	4.0	3.8	17.5	16.3	1.8	1.7	9.4	8.8
Durango	8.4	9.5	2.4	2.2	5.4	5.7	81.0	85.6	4.2	4.3	41.9	43.4
Guanajuato	9.8	10.3	1.7	1.7	5.6	5.6	17.0	18.2	1.8	1.9	9.1	9.4
Guerrero	2.4	2.7	1.0	1.0	1.7	1.8	41.7	48.7	3.4	3.6	21.9	24.6
Hidalgo	5.0	5.4	0.9	0.8	2.8	3.0	10.3	11.2	1.4	1.5	5.7	6.0
Jalisco	8.1	8.5	2.0	2.0	5.0	5.1	15.4	15.9	1.5	1.5	8.4	8.4
México	4.0	4.0	1.3	1.3	2.7	2.6	20.8	20.7	2.8	2.9	11.8	11.7
Michoacán	6.4	6.7	0.9	0.9	3.5	3.6	28.9	31.5	2.5	2.6	15.1	16.0
Morelos	5.0	5.2	1.3	1.3	3.1	3.1	26.8	27.9	3.6	3.6	14.9	15.2
Nayarit	9.1	9.5	1.8	1.8	5.5	5.6	27.4	29.1	2.5	2.6	15.0	15.7
Nuevo León	7.2	7.6	1.5	1.5	4.4	4.5	8.1	7.9	1.4	1.3	4.8	4.6
Oaxaca	5.0	5.5	0.9	0.8	2.9	3.0	32.2	36.6	3.9	4.1	17.4	19.1
Puebla	4.5	4.8	2.1	2.0	3.3	3.3	12.6	14.4	2.0	2.2	7.1	7.8
Querétaro	5.8	6.5	2.2	2.1	4.0	4.2	10.1	10.5	1.1	1.1	5.5	5.6
Quintana Roo	18.7	20.0	4.9	4.3	11.9	12.2	15.6	17.8	1.5	1.6	8.6	9.8
San Luis Potosí	9.6	10.3	2.3	2.2	5.8	6.0	13.1	14.0	1.8	1.9	7.3	7.6
Sinaloa	4.6	5.1	0.8	0.8	2.7	2.9	45.1	44.8	2.9	2.8	24.1	23.9
Sonora	10.4	11.2	1.1	1.1	5.8	6.1	29.5	29.1	3.8	3.8	16.8	16.6
Tabasco	13.6	14.3	3.2	2.9	8.3	8.4	12.8	13.2	2.9	2.8	7.8	7.8
Tamaulipas	7.6	8.0	1.3	1.2	4.4	4.5	10.5	10.7	2.4	2.5	6.5	6.5
Tlaxcala	3.8	4.4	0.9	0.8	2.3	2.5	7.6	8.6	1.5	1.9	4.5	5.0
Veracruz	5.5	5.9	1.0	1.0	3.2	3.3	10.6	11.3	1.5	1.5	5.9	6.1
Yucatán	18.3	18.9	3.6	3.7	10.9	11.1	3.2	3.5	0.5	0.6	1.9	2.0
Zacatecas	5.9	6.2	1.8	1.7	3.8	3.8	14.6	15.6	0.8	0.8	7.5	7.7

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 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro IV.11

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México 2009

Salud poblacional

Entidad	Mortalidad por accidentes de tránsito 1/						Mortalidad por accidentes de tránsito en población de 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/
EUM	22.1	23.5	5.7	6.1	13.8	14.5	29.0	7.2	5.8	1.4	17.3	4.3
Aguascalientes	29.7	32.7	9.9	10.4	19.5	21.0	40.4	10.0	10.6	2.6	25.1	6.2
Baja California	9.8	11.1	3.2	3.7	6.7	7.5	8.1	2.0	2.6	0.7	5.5	1.4
Baja California Sur	32.4	33.0	5.9	6.2	19.8	20.2	40.8	9.9	5.5	1.3	24.3	5.9
Campeche	18.8	20.2	3.0	3.2	10.8	11.6	25.1	6.2	2.6	0.6	13.6	3.4
Coahuila	10.2	10.9	3.0	3.2	6.6	7.0	13.8	3.4	3.5	0.9	8.8	2.2
Colima	32.2	32.3	8.4	9.0	20.3	20.5	33.7	8.4	8.6	2.1	21.3	5.3
Chiapas	1.2	1.3	0.4	0.4	0.8	0.8	2.5	0.6	0.7	0.2	1.6	0.4
Chihuahua	23.3	23.6	6.5	6.7	15.1	15.3	34.0	8.4	7.7	1.9	21.3	5.3
Distrito Federal	17.5	17.8	5.8	5.6	11.5	11.2	20.8	5.1	4.3	1.0	12.6	3.1
Durango	33.6	35.9	7.9	8.4	20.5	21.6	55.1	14.0	6.1	1.5	30.3	7.6
Guanajuato	34.5	37.8	7.6	8.2	20.4	21.9	49.3	12.2	7.2	1.8	27.0	6.6
Guerrero	10.3	11.9	2.7	3.1	6.3	7.2	12.3	3.2	1.3	0.3	6.6	1.7
Hidalgo	25.9	27.8	7.5	7.7	16.3	17.0	36.4	9.3	8.5	2.1	21.6	5.4
Jalisco	32.9	35.2	9.4	9.8	21.0	22.0	44.0	10.8	9.3	2.3	26.5	6.5
México	19.9	21.4	5.7	6.2	12.8	13.6	26.1	6.4	6.2	1.5	16.2	4.0
Michoacán	31.2	32.9	6.6	6.9	18.4	19.0	47.7	11.8	7.3	1.8	26.4	6.5
Morelos	16.9	17.7	4.6	4.8	10.6	11.0	18.3	4.6	3.1	0.8	10.6	2.7
Nayarit	38.2	39.7	10.7	11.1	24.3	25.1	49.5	12.2	10.8	2.6	29.9	7.4
Nuevo León	7.5	8.0	2.3	2.4	4.9	5.2	7.7	1.9	2.1	0.5	4.9	1.2
Oaxaca	29.2	32.1	6.0	6.4	17.1	18.3	39.8	10.2	5.8	1.5	21.9	5.5
Puebla	20.4	22.9	5.2	5.6	12.5	13.7	25.3	6.3	4.5	1.1	14.5	3.6
Querétaro	27.9	29.6	6.6	7.2	17.0	17.9	47.3	11.5	9.5	2.3	27.9	6.8
Quintana Roo	12.4	14.7	3.1	3.4	7.8	9.0	14.2	3.5	3.5	0.9	8.9	2.2
San Luis Potosí	26.8	29.3	6.4	6.8	16.3	17.4	36.7	9.5	5.8	1.4	20.6	5.2
Sinaloa	33.8	35.1	7.7	7.9	20.8	21.5	43.8	10.8	8.3	2.1	26.4	6.5
Sonora	30.3	32.0	9.8	10.3	20.2	21.2	33.2	8.2	11.6	2.9	22.7	5.6
Tabasco	42.5	46.4	7.6	8.2	24.8	26.7	54.7	13.6	7.0	1.7	30.1	7.4
Tamaulipas	23.7	25.0	7.3	7.4	15.5	16.0	27.6	6.8	9.3	2.3	18.6	4.6
Tlaxcala	19.1	20.5	4.1	4.6	11.4	12.1	29.8	7.5	6.7	1.6	17.9	4.4
Veracruz	17.7	19.0	4.0	4.2	10.6	11.1	22.0	5.6	3.4	0.8	12.4	3.1
Yucatán	24.6	25.9	3.9	4.2	14.2	14.8	28.7	7.1	3.7	0.9	16.3	4.0
Zacatecas	34.2	35.0	8.8	9.1	21.1	21.4	53.8	13.2	13.4	3.3	32.6	8.0

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

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

5/ 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 2009, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Disponibilidad de recursos

En 2009, dentro de las instituciones públicas del Sector Salud se contaba con 18 unidades de consulta externa por cada cien mil habitantes; Nayarit, Oaxaca e Hidalgo fueron las entidades que registraron una mayor disponibilidad de estas unidades, situación que contrasta con lo registrado en el Distrito Federal que sólo dispone de 5.2 unidades públicas de consulta externa por cien mil habitantes. Por otra parte, la disponibilidad de consultorios totales fue de 5.5 por cada diez mil habitantes, de los cuales 3.1 son consultorios de medicina general. Colima fue la entidad con la mayor disponibilidad de consultorios totales, con 8.9 por diez mil habitantes. En el extremo opuesto, la menor disponibilidad la tuvieron Baja California y el Estado de México con sólo 3.4 consultorios, respectivamente. (Cuadro IV.12)

A nivel nacional se dispuso de 1.1 hospitales públicos por cada cien mil habitantes y de 0.7 camas censables por cada mil habitantes. Esta última cifra es menor a la reportada por países como Chile (2.3 camas por mil habitantes), Brasil (2.4) y Colombia (1.0). En el país, el Distrito Federal y Sonora tuvieron la mayor disponibilidad de camas censables, con 1.7 y 1.0 por mil habitantes, respectivamente. Por su parte, la disponibilidad de salas de operación en las instituciones públicas de salud ascendió a 3.1 quirófanos por cien mil habitantes; siendo el Distrito Federal la entidad con mayor disponibilidad con 6.9 quirófanos. Una explicación a este fenómeno radica en el hecho de que en esta entidad federativa se concentran los Institutos Nacionales de Salud, los Hospitales Federales de Referencia y los grandes centros hospitalarios de las instituciones de seguridad social. (Cuadro IV.12)

En cuanto a los recursos humanos, en 2009 se contó en las instituciones públicas de salud con 163,734 médicos en contacto con el paciente: 67,738 eran médicos generales y 95,996 especialistas. Así, la disponibilidad de médicos ascendió a 1.5 por mil habitantes, la de médicos generales fue de 0.6 y la de médicos especialistas de 0.9. La mayor

disponibilidad poblacional de médicos generales se registró en Campeche con 1.2 por mil habitantes y la menor en Baja California, Estado de México y Nuevo León con 0.4 médicos generales por mil habitantes, en cada uno. En cuanto al personal de enfermería, a nivel nacional se contó con 232,883 recursos de este tipo; lo que significó una disponibilidad de 2.2 enfermeras por cada mil habitantes. El Distrito Federal, Colima y Baja California Sur fueron las entidades federativas que registraron la mayor disponibilidad de enfermeras por mil habitantes (4.8, 3.3 y 3.2, respectivamente); mientras que el Estado de México sólo dispuso de 1.3 enfermeras por mil habitantes. En el país se contó con 1.3 enfermeras por cada médico; relación que fue mayor en Chihuahua, Aguascalientes y Baja California, aunque en ningún caso la relación llega a ser de dos enfermeras por médico. (Cuadro IV.13)

En materia de recursos financieros, el gasto público en salud durante 2009 representó el 3.1 por ciento del producto interno bruto (PIB) del país, recursos que representan en promedio la mitad de lo que destinan los países miembros de la OCDE. El gasto público en salud per cápita entre los asegurados ascendió a 4,143.4 pesos y entre la población sin seguridad social a 2,783 pesos. Cabe señalar que respecto de 2008, el gasto público en salud per cápita para la población no asegurada se incrementó un 8.7 por ciento y en comparación con 2007 el incremento fue de 32.9 por ciento. Para la población con seguridad social el gasto público en salud per cápita se incrementó 8.9 por ciento entre 2008 y 2009 y 13.2 por ciento respecto a 2007. Entre las entidades federativas, Nayarit destinó en 2009 más recursos de su PIB al gasto público en salud (4.7 por ciento), seguido de Baja California Sur y Oaxaca (4.6 por ciento, respectivamente); por el contrario, Campeche sólo destinó el 0.4 por ciento. Baja California Sur, Colima y el Estado de México fueron las únicas entidades en donde la cantidad per cápita del gasto público en salud destinada a la población sin seguridad social fue superior a la destinada para la población con seguridad social. (Cuadro IV.14)

En cuanto a la fuente de financiamiento para los servicios estatales de salud, 83.6 por ciento del total del gasto público en salud para población sin seguridad social se constituyó por aportaciones federales y el resto fue aportación de las propias en-

tidades. El Estado de México fue la entidad que más contribuyó al gasto público en salud para población sin seguridad social (40.5 por ciento), seguida de Tabasco (38.9 por ciento) y Baja California (38.8 por ciento). (Cuadro IV.14)

Cuadro IV.12

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México, 2009

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/	
EUM	18.0	1.1	5.5	3.1	0.7	0.5	3.1
Aguascalientes	10.2	0.9	5.7	2.7	0.7	0.5	3.8
Baja California	7.5	0.5	3.4	2.0	0.6	0.3	2.1
Baja California Sur	22.8	3.0	8.7	4.2	0.9	0.8	5.3
Campeche	27.8	2.8	8.2	4.3	0.9	0.7	3.8
Coahuila	13.3	1.0	5.4	2.6	0.9	0.5	3.5
Colima	35.6	3.3	8.9	4.9	0.9	0.9	3.8
Chiapas	35.1	1.2	4.8	3.4	0.4	0.5	2.2
Chihuahua	14.6	0.9	5.1	3.0	0.8	0.5	3.1
Distrito Federal	5.2	1.1	8.6	2.7	1.7	0.7	6.9
Durango	30.6	2.3	7.1	4.4	0.9	0.9	4.1
Guanajuato	12.7	1.1	4.4	2.6	0.6	0.5	2.7
Guerrero	34.5	1.5	6.8	4.6	0.5	0.5	3.9
Hidalgo	38.0	1.2	7.1	4.9	0.6	0.9	2.2
Jalisco	14.1	0.8	4.9	2.7	0.8	0.4	3.0
México	8.5	0.5	3.4	2.1	0.4	0.3	1.4
Michoacán	24.6	1.2	5.7	3.7	0.6	0.6	2.9
Morelos	16.4	0.8	5.9	3.5	0.5	0.6	2.4
Nayarit	39.9	2.2	8.0	5.2	0.7	0.6	4.1
Nuevo León	12.8	0.6	5.0	2.6	0.7	0.4	2.8
Oaxaca	39.4	1.4	6.7	4.6	0.5	0.9	2.3
Puebla	18.1	1.1	4.6	2.7	0.6	0.4	2.4
Querétaro	17.1	0.5	5.2	2.8	0.5	0.5	2.0
Quintana Roo	16.1	1.4	4.4	1.4	0.6	0.5	2.8
San Luis Potosí	22.5	1.2	5.5	3.1	0.6	0.5	2.3
Sinaloa	17.1	1.3	5.6	3.1	0.7	0.6	4.1
Sonora	14.7	1.6	5.9	2.8	1.0	0.4	3.8
Tabasco	30.8	1.5	8.7	4.9	0.7	0.6	3.5
Tamaulipas	16.2	1.2	5.8	3.0	0.9	0.6	3.2
Tlaxcala	17.9	1.3	5.0	2.9	0.5	0.7	2.3
Veracruz	21.3	1.3	6.0	3.5	0.7	0.6	3.1
Yucatán	16.1	1.0	5.3	2.9	0.8	0.5	2.6
Zacatecas	31.3	1.8	7.6	4.5	0.6	0.6	3.3

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; excepto 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 2009, preliminar, incluye datos de la SS, IMSS-Oportunidades, IMSS, ISSSTE, PEMEX y SEMAR. DGIS-SS

Cuadro IV.13

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México, 2009

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/
EUM	1.5	0.6	0.9	2.2	1.3
Aguascalientes	1.8	0.6	1.2	2.9	1.5
Baja California	1.0	0.4	0.7	1.7	1.5
Baja California Sur	2.2	1.0	1.2	3.2	1.4
Campeche	2.3	1.2	1.1	2.9	1.2
Coahuila	1.5	0.5	1.0	2.5	1.5
Colima	2.3	0.9	1.4	3.3	1.3
Chiapas	0.9	0.6	0.4	1.4	1.4
Chihuahua	1.1	0.5	0.6	2.0	1.6
Distrito Federal	3.3	0.7	2.6	4.8	1.3
Durango	2.0	0.9	1.1	2.5	1.2
Guanajuato	1.3	0.6	0.7	1.9	1.4
Guerrero	1.4	0.8	0.6	1.9	1.3
Hidalgo	1.5	0.8	0.7	2.2	1.4
Jalisco	1.5	0.6	0.9	2.3	1.4
México	0.9	0.4	0.5	1.3	1.4
Michoacán	1.4	0.7	0.7	1.7	1.2
Morelos	1.5	0.6	0.9	2.2	1.4
Nayarit	2.2	1.1	1.1	2.7	1.2
Nuevo León	1.3	0.4	0.9	2.0	1.4
Oaxaca	1.3	0.8	0.6	1.8	1.3
Puebla	1.1	0.5	0.6	1.5	1.2
Querétaro	1.4	0.6	0.8	1.8	1.2
Quintana Roo	1.2	0.5	0.7	1.7	1.3
San Luis Potosí	1.5	0.8	0.7	1.9	1.2
Sinaloa	1.6	0.7	0.9	2.3	1.3
Sonora	1.6	0.6	1.0	2.6	1.5
Tabasco	2.0	1.1	1.0	2.7	1.3
Tamaulipas	1.7	0.7	1.0	2.5	1.4
Tlaxcala	1.5	0.7	0.8	2.2	1.3
Veracruz	1.5	0.7	0.8	1.9	1.2
Yucatán	1.7	0.7	1.0	2.3	1.3
Zacatecas	1.7	0.9	0.8	2.3	1.3

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 2009, preliminar, incluye datos de la SS, IMSS-Oportunidades, IMSS, ISSSTE, PEMEX y SEMAR. DGIS-SS

Cuadro IV.14

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México, 2009

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
EUM	3.1	4,143.4	2,783.0	16.4	83.6	16.4
Aguascalientes	3.2	3,450.8	3,040.7	24.1	86.0	14.0
Baja California	3.1	3,249.3	2,882.0	24.9	61.3	38.8
Baja California Sur	4.6	5,200.9	5,721.2	21.6	77.3	22.7
Campeche	0.4	4,983.8	3,830.9	7.7	82.0	18.0
Coahuila	2.3	3,414.6	2,596.9	24.7	85.7	14.3
Colima	4.1	3,987.3	4,043.5	12.6	97.7	2.3
Chiapas	4.1	3,150.1	1,609.5	16.6	94.4	5.6
Chihuahua	3.1	3,402.3	3,085.5	23.3	62.3	37.7
Distrito Federal	3.5	10,902.9	3,820.2	8.6	70.9	29.1
Durango	3.4	3,477.7	2,521.5	18.8	98.0	2.0
Guanajuato	2.8	3,153.5	1,759.9	23.1	87.1	12.9
Guerrero	4.5	4,021.8	1,855.8	16.2	94.5	5.5
Hidalgo	3.2	3,297.4	1,916.3	13.5	96.8	3.2
Jalisco	2.8	3,505.6	2,038.1	30.3	68.7	31.3
México	3.2	1,969.1	2,310.0	32.4	59.5	40.5
Michoacán	2.9	3,575.5	1,453.1	21.3	90.8	9.2
Morelos	4.1	4,314.9	1,924.8	26.2	90.0	10.0
Nayarit	4.7	3,935.3	2,657.2	21.7	92.0	8.0
Nuevo León	1.6	3,630.7	1,772.6	24.9	87.5	12.5
Oaxaca	4.6	3,319.1	1,840.8	16.3	97.3	2.7
Puebla	2.8	3,471.0	1,273.5	23.6	91.3	8.7
Querétaro	2.0	2,960.8	1,876.4	19.6	95.0	5.0
Quintana Roo	2.3	3,066.2	2,500.9	26.4	80.7	19.3
San Luis Potosí	2.8	3,075.2	1,800.3	17.9	93.0	7.0
Sinaloa	3.5	3,541.9	2,505.1	21.3	82.2	17.8
Sonora	3.0	3,552.9	2,901.9	17.8	71.8	28.2
Tabasco	1.9	4,785.1	3,466.2	19.3	61.1	38.9
Tamaulipas	2.6	3,592.5	2,587.1	12.8	81.2	18.8
Tlaxcala	4.5	3,578.9	1,801.0	22.5	92.4	7.6
Veracruz	3.7	5,086.9	1,654.0	14.4	83.8	16.2
Yucatán	4.0	4,234.7	2,181.3	18.8	93.0	7.0
Zacatecas	4.2	3,306.6	2,339.2	19.7	92.4	7.6

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 periodo

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

Fuente: Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal, información 2009, preliminar; DGIS-SS

Operación de los servicios

Durante 2009, en los establecimientos de atención a la salud de las instituciones públicas se proporcionaron 209,783,303 consultas externas generales, lo que se traduce en una productividad promedio de 12.3 consultas generales diarias por médico. Destaca en este rubro el Estado de México que otorgó 19 consultas diarias por médico, así como Yucatán y Baja California en donde se otorgaron 15.8 consultas diarias por médico, respectivamente. En contraste, en Campeche se alcanzó un promedio de 7.8 consultas diarias. (Cuadro IV.15)

En estas instituciones de salud se otorgaron durante 2009 un total de 46,525,577 consultas de especialidad, lo que equivale a 432.6 consultas de este tipo por mil habitantes; cifra 5.1 por ciento mayor al valor registrado en 2007. El Distrito Federal generó el mayor número de consultas de especialidad por habitante (1,084.8 consultas por mil habitantes), comportamiento esperado dada la concentración de recursos para este tipo de atención que registra. En contraste, Chiapas es la entidad con menor productividad al otorgar sólo 166.2 consultas de especialidad por mil habitantes. Por otra parte, en las unidades hospitalarias del sector público se registraron 50.2 egresos por cada mil habitantes; registrándose los valores extremos en Colima con 77.5 egresos y en el Estado de México con 29.4 egresos por mil habitantes. Con base en los 5,400,846 egresos registrados en 2009 y las 76,849 camas censables disponibles, se registró un índice de rotación de 70.3 egresos por cama censable. (Cuadro IV.15)

En cuanto a la productividad quirúrgica, a nivel nacional se realizaron 32 intervenciones quirúrgicas por cada mil habitantes, representando un incremento de 5.7 por ciento respecto de 2007. Por su parte, la productividad diaria de los quirófanos fue de 2.9 intervenciones quirúrgicas, cantidad que se ha mantenido constante durante los últimos tres años. La entidad federativa que registró el menor número de intervenciones quirúrgicas por quirófano en 2009 fue Guerrero, estado en donde solamente

se efectuaron en promedio 1.7 cirugías diarias. (Cuadro IV.15)

Respecto a la cobertura de servicios, el número promedio de consultas prenatales por mujer embarazada en 2009 fue de 4.6 a nivel nacional, siendo Tlaxcala donde se registró el mayor promedio (6.4) y el Distrito Federal en donde se registró la cifra más baja (3.6 consultas prenatales). De acuerdo con los datos proporcionados por el SINAIS, en el país, 41.7 por ciento de las mujeres en edad fértil son usuarias activas de algún método de planificación familiar, con diferencias importantes entre las entidades federativas. Por otra parte, la cobertura nacional de niños de un año que fueron vacunados contra el sarampión fue de 95.6 por ciento, destacando Campeche que cubrió al 100 por ciento de sus menores de un año con esta vacuna. En este mismo grupo poblacional, la vacunación con esquema completo a nivel nacional ascendió a 86.4 por ciento; cobertura que alcanzó 100 por ciento en Quintana Roo, 99.9 en Campeche y 99.6 en Colima. (Cuadro IV.16)

En materia de calidad en la gestión de los servicios, el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) registró para 2009 que el tiempo promedio de espera para recibir atención de consulta externa en las unidades del primer nivel de atención fue de 25.9 minutos, cifra que se encuentra por debajo del valor estándar de 30 minutos. Entre las entidades federativas, el tiempo promedio de espera fluctuó de 10.8 minutos en Aguascalientes hasta 44.9 minutos en el Estado de México. Además del Estado de México, en Hidalgo, Puebla, y San Luis Potosí el tiempo de espera fue mayor al valor estándar. Por su parte, en los servicios de urgencias del país se registró un tiempo promedio de espera de 21.3 minutos, valor por arriba del valor estándar de 15 minutos. En este rubro destaca el caso de Oaxaca, al registrar un promedio de espera en el servicio de urgencias de 41 minutos. En general, el nivel de satisfacción de la población con el trato recibido en las unidades de primer nivel del país es alto (97.1 por ciento del total de usuarios entrevistados). En 14 de las 32 entidades federativas el porcentaje de usuarios satisfechos con el trato recibido rebasó el

98 por ciento. Por otra parte, en las unidades de salud públicas de primer nivel que participaron en la medición del indicador de abasto de medicamentos se registró que el 88.4 por ciento de los pacientes reportaron un surtimiento de recetas en forma completa, porcentaje que entre los estados del país va de 71.6 en Michoacán a 94.1 por ciento en Tabasco. (Cuadro IV.17)

En cuanto a la operación del Sistema de Protección Social en Salud, al cierre de 2009 se habían afiliado 10,514,325 familias a este esquema de aseguramiento, 43.9 por ciento más respecto a la

afiliación lograda en 2007. El Estado de México es la entidad federativa que más contribuyó a las cifras de afiliación en 2009 con 10.2 por ciento de las familias afiliadas, le siguió Veracruz, que afilió al 7.9 por ciento, y Chiapas, con 6.5 por ciento del total de familias afiliadas en el país.

Del total de familias afiliadas al SPSS en este año, 29.1 por ciento eran además beneficiarias del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. En este rubro sobresale Guerrero, estado en donde 49.6 por ciento de las familias afiliadas presentaban la condición descrita. (Cuadro IV.17)

Cuadro IV.15

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México, 2009

Operación de los servicios

Entidad	Promedio diario de consultas por médico 1/	Consultas de medicina 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/
EUM	12.3	432.6	50.2	70.3	32.0	2.9
Aguascalientes	13.9	499.5	61.0	81.4	44.2	3.2
Baja California	15.8	385.8	45.4	81.9	33.8	4.4
Baja California Sur	9.5	520.9	66.7	73.8	46.7	2.4
Campeche	7.8	414.3	60.8	67.5	32.7	2.4
Coahuila	14.4	490.8	66.5	76.0	38.5	3.0
Colima	9.0	607.8	77.5	86.7	45.5	3.3
Chiapas	14.1	166.2	38.0	95.0	17.6	2.2
Chihuahua	14.0	386.7	49.1	62.5	30.2	2.7
Distrito Federal	9.8	1084.8	76.5	45.6	51.6	2.0
Durango	9.7	435.3	63.3	69.1	38.4	2.6
Guanajuato	11.8	378.8	48.6	80.0	38.0	3.9
Guerrero	11.5	311.1	37.2	70.5	24.1	1.7
Hidalgo	12.4	347.4	45.3	81.2	30.2	3.8
Jalisco	11.1	488.2	59.3	69.8	34.3	3.1
México	19.0	244.4	29.4	73.2	21.8	4.4
Michoacán	10.7	300.3	47.2	82.8	27.1	2.6
Morelos	11.5	400.1	43.8	89.5	31.4	3.5
Nayarit	9.5	504.9	64.4	94.9	40.4	2.7
Nuevo León	15.4	475.0	49.7	72.6	37.4	3.6
Oaxaca	11.8	264.7	42.0	81.0	21.5	2.6
Puebla	12.2	346.1	38.4	68.1	24.5	2.7
Querétaro	10.2	313.4	42.6	90.1	31.1	4.2
Quintana Roo	10.8	302.0	47.8	78.1	25.0	2.4
San Luis Potosí	10.5	375.9	48.7	81.8	28.0	3.4
Sinaloa	13.4	526.4	64.2	86.7	44.1	2.9
Sonora	14.5	553.7	64.7	65.6	38.5	2.8
Tabasco	10.1	596.7	74.3	102.1	41.1	3.2
Tamaulipas	10.6	562.2	60.8	68.2	35.2	3.0
Tlaxcala	11.2	357.4	52.4	96.1	31.4	3.8
Veracruz	10.9	353.5	48.6	73.7	28.1	2.5
Yucatán	15.8	442.4	52.7	67.2	30.1	3.2
Zacatecas	10.8	349.9	59.9	95.5	39.6	3.3

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

2/ Cifra 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 2009, preliminar, incluye datos de la SS, IMSS-Oportunidades, IMSS, ISSSTE, PEMEX y SEMAR; DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro IV.16

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México, 2009

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
EUM	4.6	41.7	86.4	95.6
Aguascalientes	5.1	37.9	91.6	98.3
Baja California	5.4	38.4	79.8	95.8
Baja California Sur	5.7	45.0	92.7	98.0
Campeche	5.7	42.8	99.9	100.0
Coahuila	4.9	47.6	88.6	94.5
Colima	5.6	48.7	99.6	98.7
Chiapas	4.6	36.9	84.8	97.6
Chihuahua	4.2	39.9	86.3	88.0
Distrito Federal	3.6	38.1	66.4	88.4
Durango	4.2	39.7	87.5	96.8
Guanajuato	5.0	33.4	91.7	98.6
Guerrero	4.1	45.1	71.2	91.2
Hidalgo	4.5	49.8	96.9	96.9
Jalisco	4.6	26.5	87.2	94.7
México	4.0	29.9	60.3	90.3
Michoacán	5.2	39.7	96.8	99.7
Morelos	4.4	37.0	84.9	92.9
Nayarit	5.2	45.9	97.6	99.3
Nuevo León	5.1	144.2	92.4	96.5
Oaxaca	4.9	35.0	87.9	96.7
Puebla	4.8	36.4	94.2	97.2
Querétaro	5.8	33.8	94.1	96.9
Quintana Roo	4.7	37.7	100.0	97.8
San Luis Potosí	5.0	42.8	96.2	99.9
Sinaloa	4.0	45.7	96.2	99.2
Sonora	5.1	43.6	94.0	98.1
Tabasco	5.0	41.8	98.0	99.1
Tamaulipas	4.0	33.3	98.0	98.8
Tlaxcala	6.4	32.0	97.0	99.3
Veracruz	5.6	42.4	83.4	98.4
Yucatán	5.2	38.3	94.2	96.7
Zacatecas	5.2	47.6	98.9	99.9

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

Fuente: Información 2009, preliminar, incluye datos de la SS, IMSS-Oportunidades, IMSS, ISSSTE, PEMEX y SEMAR; DGIS-SS, Consejos Estatales de Vacunación, información 2009, preliminar; PROVAC, SPPS-SS

Cuadro IV.17

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México, 2009

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
EUM	25.9	21.3	97.1	88.4	10,514,325	29.1
Aguascalientes	10.8	29.8	97.1	88.6	126,070	12.1
Baja California	19.5	24.5	97.8	90.4	246,872	3.6
Baja California Sur	17.2	4.6	98.4	89.7	42,545	20.1
Campeche	28.0	19.4	98.3	93.7	119,281	32.7
Coahuila	21.9	11.0	98.8	85.5	161,955	13.0
Colima	15.7	25.3	97.5	84.9	90,270	11.5
Chiapas	15.5	19.6	96.6	85.7	681,711	44.1
Chihuahua	20.8	14.2	97.9	83.7	246,155	13.0
Distrito Federal	20.4	21.3	91.9	88.7	417,834	0.0
Durango	16.4	12.4	99.0	84.7	122,133	25.0
Guanajuato	23.3	24.6	96.4	92.1	676,987	27.4
Guerrero	19.8	20.5	98.4	93.3	356,840	49.6
Hidalgo	30.7	21.6	96.4	85.9	335,729	42.2
Jalisco	24.5	37.3	96.8	86.4	577,856	23.5
México	44.9	16.3	95.8	93.3	1,069,509	30.9
Michoacán	23.7	29.5	96.4	71.6	385,906	31.6
Morelos	11.8	12.8	97.0	80.3	218,286	32.6
Nayarit	16.1	9.9	98.9	80.1	140,160	23.5
Nuevo León	18.2	24.4	97.7	92.2	223,682	19.1
Oaxaca	28.8	41.0	98.1	86.7	562,692	31.8
Puebla	34.9	13.3	96.0	89.7	533,985	43.1
Querétaro	20.8	29.6	96.3	92.2	163,407	32.6
Quintana Roo	22.8	21.0	98.2	86.5	108,683	32.6
San Luis Potosí	34.2	17.8	97.9	85.2	282,282	34.1
Sinaloa	24.7	20.6	98.4	91.7	243,386	34.4
Sonora	16.7	12.8	98.4	83.3	186,385	16.8
Tabasco	21.9	24.2	98.3	94.1	445,920	16.6
Tamaulipas	20.1	23.1	98.9	93.3	335,759	17.2
Tlaxcala	19.4	24.0	97.4	89.9	179,147	20.4
Veracruz	14.8	12.9	98.2	86.3	833,966	40.4
Yucatán	17.6	34.0	98.3	90.7	202,097	35.2
Zacatecas	14.5	19.8	97.7	91.4	196,835	34.7

1/ Tiempo promedio 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); DGCCES-SS y CNPSS-SS

Información presupuestal de la Secretaría de Salud

En términos absolutos, el presupuesto ejercido en 2009 por las unidades administrativas de la Secretaría de Salud Federal aumentó 39,411.6 millones de pesos (mdp) respecto del ejercido en 2006, cifra que representa un incremento de 94.9 por ciento en este periodo y que refleja la preponderancia que el Gobierno de la República ha dado a la salud de los mexicanos.

De 2006 a 2009, el gasto destinado al pago de servicios personales creció 31.7 por ciento, mientras que el gasto de operación lo hizo en 122.4 por ciento. Estos crecimientos obedecen a que la SS tiene como prioridad garantizar la disponibilidad de medicamentos, materiales de curación y otros insumos requeridos en el proceso de atención médica, así como el fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y protección contra riesgos sanitarios. Por otro lado, el desarrollo de la infraestructura física constituye un aspecto primordial para ampliar el acceso de la población a los servicios de salud, mejorar la calidad de la atención y avanzar hacia la cobertura universal. En este sentido, en este mismo periodo, se impulsó el gasto en conservación y mantenimiento, el destinado a la sustitución de equipo médico y de laboratorio, y el orientado a la construcción de unidades médicas en todo el país. Lo anterior representó un incremento de 76.4 por ciento en el gasto de inversión. (Cuadro IV.18)

Del aumento en el presupuesto ejercido entre 2006 y 2009 (39,411.6 mdp), el 88.1 por ciento correspondió a gasto de operación, 9.7 por ciento a servicios personales y el 2.2 por ciento a gasto de inversión. El crecimiento presupuestal para gasto de operación está relacionado con el incremento registrado en el presupuesto del Seguro Popular de Salud, incluyendo el del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud. El incremento del presupuesto en servicios personales, por su parte, en gran medida se destinó a los programas de formación, desarrollo y capacitación de recursos humanos

(Formación de Recursos Humanos Especializados en Salud y Capacitación Técnica y Gerencial de Recursos Humanos para la Salud). El incremento del gasto de inversión, finalmente, se refleja en los programas presupuestarios vinculados a aspectos de infraestructura (Proyectos de Infraestructura Social de Salud; Dignificación, Conservación y Mantenimiento de la Infraestructura y Equipamiento en Salud, y Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud). (Cuadro IV.18)

El presupuesto original autorizado a la Secretaría de Salud (85,036.4 mdp) en 2009 registró una reducción de 4.8 por ciento (4,077.0 mdp), resultando en un presupuesto modificado de 80,959.4 mdp. Esta reducción obedeció a la transferencia de recursos a las entidades federativas, a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud del Ramo 33, para: apoyar el programa de regularización de trabajadores contratados en condiciones precarias, combatir la transmisión de dengue, adquirir pruebas antidoping para el Programa Escuela Segura, fortalecer la operación de nuevas unidades médicas y reforzar la infraestructura hospitalaria. Asimismo, se transfirieron recursos al Ramo 23 para cubrir la meta de ahorro que fue instruida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, como parte de las medidas de austeridad, racionalidad y disciplina del gasto público y para apoyar aspectos como ahorros en seguridad social, paquete salarial,

Cuadro IV.18

Presupuesto ejercido por tipo de gasto, Secretaría de Salud; México, 2006-2009

Tipo de gasto	Ejercido 2006	Ejercido 2009	Variación 2006-2009 1/	Incremento % 2006/2009 2/
Servicios personales	12,044.7	15,859.4	3,814.7	31.7
Gasto de operación 3/	28,355.9	63,076.5	34,720.6	122.4
Gasto de inversión	1,147.1	2,023.4	876.3	76.4
Total	41,547.7	80,959.3	39,411.6	94.9

Cifras en millones de pesos. Presupuesto al 31 de diciembre de 2006 y 2009. Los totales pueden no coincidir con la suma de los rubros debido al redondeo de las cifras

1/ Diferencia absoluta entre presupuesto ejercido 2009-2006

2/ Porcentaje de incremento del presupuesto ejercido de 2006 a 2009

3/ Incluye materiales y suministros, servicios generales, subsidios y aportaciones al Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud

Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2006 y 2009; DGPOP-SS

vacancias y el programa de separación voluntaria. (Cuadro IV.19)

El presupuesto total ejercido en 2009 ascendió a 80,959.3 mdp. Con relación al autorizado original, el presupuesto total ejercido en el rubro de servicios personales registró una disminución de 16.5 por ciento (3,134.1 mdp) y el gasto de operación se redujo 3.0 por ciento (1,931.1 mdp). En contraste, el gasto de inversión registró un incremento de 95.4 (988.1 mdp). El presupuesto total ejercido se distribuyó de la siguiente forma: 77.9 por ciento para gasto de operación, 19.6 por ciento para el gasto en servicios

personales y 2.5 por ciento para gasto de inversión. (Cuadro IV.19) En comparación con el presupuesto ejercido en 2008, el gasto en servicios personales se incrementó en 8.7 por ciento, el gasto de operación 16.1 por ciento y el de inversión 143.9 por ciento.

Por capítulo de gasto, el presupuesto ejercido en 2009 respecto del autorizado original registró incrementos en los siguientes capítulos: 3000, servicios generales (20.2 por ciento); 4000, subsidios y transferencias (1.2 por ciento); 5000, bienes muebles e inmuebles (315 por ciento); 6000, obras públicas (25 por ciento), y 7000, inversión financiera (4.6 por ciento). El caso opuesto tuvo lugar en los capítulos 1000, servicios personales y 2000, materiales y suministros, en donde se observaron disminuciones de 16.5 y 43.8 por ciento, respectivamente. (Cuadro IV.20)

A excepción del capítulo 3000, servicios generales, que registró una economía presupuestaria de 78,261 pesos, en todos los demás se ejerció el 100 por ciento.

El capítulo de subsidios y transferencias concentró el 54.5 por ciento del presupuesto total ejercido, el de servicios personales 19.6 por ciento y el de inversión financiera (aportaciones al Fideicomiso del SPSS) el 12.1 por ciento; en conjunto, estos rubros concentraron el 86.2 por ciento del total ejercido. El 13.8 por ciento restante se distribuyó entre los capítulos de materiales y suministros, servicios generales, bienes muebles e inmuebles y obras públicas. (Cuadro IV.20)

De acuerdo con su participación en el presupuesto ejercido de 2009, sobresalen las siguientes unidades administrativas: Comisión Nacional de Protección Social en Salud al concentrar el 56.5 por ciento del presupuesto total ejercido; Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad con 17.3 por ciento, el cual incluye el presupuesto de los institutos nacionales de salud, hospitales federales y regionales de alta especialidad y el de los órganos desconcentrados adscritos a esa Comisión; Subsecretaría de Administración y Finanzas concentrando 8 por ciento que incluye el capítulo de servicios personales de los

Cuadro IV.19

Ejercicio del presupuesto por tipo de gasto, Secretaría de Salud; México, 2009

Tipo de gasto	Original	Modificado	Ejercido	Por ejercer 1/	% Ejercido 2/
Servicios personales	18,993.5	15,859.4	15,859.4	0.0	100.0
Gasto de operación	65,007.6	63,076.6	63,076.5	0.1	100.0
Gasto de inversión	1,035.3	2,023.4	2,023.4	0.0	100.0
Total	85,036.4	80,959.4	80,959.3	0.1	100.0

Cifras en millones de pesos. Presupuesto al 31 de diciembre de 2009. Los totales pueden no coincidir con la suma de los rubros debido al redondeo de las cifras

1/ Diferencia absoluta entre presupuesto modificado y ejercido

2/ Porcentaje obtenido entre el presupuesto ejercido y el modificado

3/ Incluye materiales y suministros, servicios generales, subsidios y aportaciones al Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud

Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2009; DGPOP-SS

Cuadro IV.20

Ejercicio del presupuesto por capítulo de gasto. Secretaría de Salud; México, 2009

Capítulo de gasto	Original	Modificado	Ejercido	Por ejercer 1/	% Ejercido 2/
Servicios personales	18,993.5	15,859.4	15,859.4	0.0	100.0
Materiales y suministros	8,264.0	4,643.7	4,643.7	0.0	100.0
Servicios generales	3,741.8	4,497.6	4,497.5	0.1	100.0
Subsidios y transferencias	43,625.3	44,131.6	44,131.6	0.0	100.0
Bienes muebles e inmuebles	251.4	1,043.2	1,043.2	0.0	100.0
Obras públicas	783.9	980.2	980.2	0.0	100.0
Inv. financiera y otras erogaciones 3/	9,376.4	9,803.7	9,803.7	0.0	100.0
Total	85,036.4	80,959.4	80,959.3	0.1	100.0

Cifras en millones de pesos. Presupuesto al 31 de diciembre de 2009. Los totales pueden no coincidir con la suma de los rubros debido al redondeo de las cifras

1/ Diferencia absoluta entre presupuesto modificado y ejercido

2/ Porcentaje obtenido entre el presupuesto ejercido y el modificado

3/ Incluye aportaciones al Fideicomiso del SPSS

Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2009; DGPOP-SS

hospitales regionales de alta especialidad; Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud con un 7.5 por ciento, y Subsecretaría de Innovación y Calidad con 5.9 por ciento del presupuesto total ejercido. (Cuadro IV.21)

Por otra parte, resulta importante señalar que el presupuesto modificado que se autorizó para los 27 programas que componen la estructura programática 2009 se ejerció al cien por ciento, a excepción del programa denominado Proyectos de Infraestructura Social de Salud que registró una economía presupuestaria de 78,261 pesos, los cuales estaban asociados a crédito externo. Dentro de estos programas destaca el Seguro Popular de Salud que concentró el 48.4 por ciento del presupuesto total ejercido y el programa Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud con el 12.9 por ciento; por su parte, el gasto asociado al desarrollo de la infraestructura física (Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud; Dignificación, Conservación y Mantenimiento de la Infraestructura y Equipamiento en Salud, y Proyectos de Infraestructura Social de Salud) representó el 12.4 por ciento del presupuesto total ejercido. (Cuadro IV.22)

Otros programas que ejercieron un volumen importante de recursos fueron el de Desarrollo Humano Oportunidades (4.3 por ciento del presupuesto total ejercido); Actividades de Apoyo Administrativo (3.9 por ciento); Seguro Médico para una Nueva Generación (2.9 por ciento); Formación de Recursos Humanos Especializados para la Salud (2.3 por ciento), y el de Vigilancia Epidemiológica (1.7 por ciento de los recursos ejercidos). (Cuadro IV.22)

Desde el inicio de la presente administración, ha sido prioritario para el Gobierno Federal fortalecer las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y protección contra riesgos sanitarios. Como consecuencia de la primacía de estas acciones, los mayores incrementos presupuestarios, en materia de gastos de operación, han sido asignados a los programas de: Prevención y Atención contra las Adicciones; Vigilancia Epidemiológica; Protección contra Riesgos Sanitarios; Asistencia Social y Protección del Paciente; Atención de la Sa-

Cuadro IV.21

Ejercicio del presupuesto por área mayor, Secretaría de Salud; México, 2009

Área mayor de la SS	Original	Modificado	Ejercido	Por ejercer 1/	% Ejercido 2/
Secretario	305.3	427.5	427.5	0.0	100.0
Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social	299.9	325.9	325.9	0.0	100.0
Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	14,082.8	13,979.0	13,979.0	0.0	100.0
Subsecretaría de Administración y Finanzas	8,606.5	6,503.1	6,503.1	0.0	100.0
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud	3,890.4	6,072.6	6,072.6	0.0	100.0
Subsecretaría de Innovación y Calidad	4,957.4	4,767.5	4,767.4	0.1	100.0
Comisión de Arbitraje Médico	109.9	109.9	109.9	0.0	100.0
Comisión Federal para la Protección de los Riesgos Sanitarios	689.0	888.3	888.3	0.0	100.0
Comisión Nacional de Protección Social en Salud	49,718.6	45,715.1	45,715.1	0.0	100.0
Centros de Integración Juvenil	443.6	428.5	428.5	0.0	100.0
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	1,643.8	1,618.6	1,618.6	0.0	100.0
Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A. de C.V.	233.0	91.4	91.4	0.0	100.0
Comisión Nacional de Bioética	56.4	31.7	31.7	0.0	100.0
Total	85,036.4	80,959.4	80,959.3	0.1	100.0

Cifras en millones de pesos. Presupuesto al 31 de diciembre de 2009. Los totales pueden no coincidir con la suma de los rubros debido al redondeo de las cifras

1/ Diferencia absoluta entre presupuesto modificado y ejercido

2/ Porcentaje obtenido entre el presupuesto ejercido y el modificado

Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2009; DGPOP-SS

lud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud; Comunidades Saludables; Programas de Atención a Personas con Discapacidad; Atención a Familias y Población Vulnerable, y Caravanas de la Salud. Los incrementos en el presupuesto de estos programas entre 2008 y 2009 se presentan el Cuadro IV.23.

Por último, es importante destacar la distribución que guardó en 2009 el presupuesto correspondiente al Ramo 12 "Salud": 53,083.8 mdp se destinaron a la operación de programas en las entidades federativas; 6,927.3 mdp a unidades centrales; 6,881.5 mdp a órganos desconcentrados, y 13,275 mdp se orientó a cubrir el gasto corriente y de inversión de las entidades coordinadas por la Dependencia. (Figura IV.1)

Cuadro IV.22

Ejercicio del presupuesto por programa presupuestario, Secretaría de Salud; México, 2009

Descripción del programa	Original	Modificado	Ejercido	Por ejercer 1/	% Ejercido 2/
Formación de Recursos Humanos Especializados para la Salud	2,190.4	1,895.1	1,895.1	0.0	100.0
Capacitación Técnica y Gerencial de Recursos Humanos para la Salud	544.9	352.2	352.2	0.0	100.0
Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud	1,016.4	1,036.3	1,036.3	0.0	100.0
Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud	12,015.9	10,414.1	10,414.1	0.0	100.0
Prevención y Atención contra las Adicciones	380.4	743.0	743.0	0.0	100.0
Reducción de la Incidencia de Enfermedades Prevenibles por Vacunación	1,101.9	959.7	959.7	0.0	100.0
Vigilancia Epidemiológica	836.5	1,353.9	1,353.9	0.0	100.0
Protección Contra Riesgos Sanitarios	636.8	791.6	791.6	0.0	100.0
Proyectos de Infraestructura Social de Salud	890.8	1,086.8	1,086.7	0.1	100.0
Actividades de Apoyo Administrativo	3,802.2	3,135.1	3,135.1	0.0	100.0
Sistema Integral de Calidad en Salud	1,325.0	844.4	844.4	0.0	100.0
Asistencia Social y Protección del Paciente	460.4	579.0	579.0	0.0	100.0
Promoción de la Salud, Prevención y Control de Enfermedades Crónico Degenerativas y Transmisibles y Lesiones	609.8	429.0	429.0	0.0	100.0
Prevención y Atención de VIH/SIDA y otras ITS	193.3	164.2	164.2	0.0	100.0
Atención de la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud	937.4	911.3	911.3	0.0	100.0
Cooperación Internacional en Salud	210.1	240.4	240.4	0.0	100.0
Programa Comunidades Saludables	65.4	65.2	65.2	0.0	100.0
Programas de Atención a Personas con Discapacidad	486.5	436.6	436.6	0.0	100.0
Programa de Desarrollo Humano Oportunidades	3,467.0	3,482.2	3,482.2	0.0	100.0
Programas para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia	140.6	150.9	150.9	0.0	100.0
Programas de Atención a Familias y Población Vulnerable	641.1	640.1	640.1	0.0	100.0
Programa de Guarderías y Estancias Infantiles para Apoyar a las Madres Trabajadoras	122.9	122.6	122.6	0.0	100.0
Caravanas de la Salud	614.1	602.9	602.9	0.0	100.0
Seguro Médico para una Nueva Generación	2,641.5	2,355.8	2,355.8	0.0	100.0
Seguro Popular	41,368.2	39,214.8	39,214.8	0.0	100.0
Dignificación, Conservación y Mantenimiento de la Infraestructura y Equipamiento en Salud	1,951.4	1,990.6	1,990.6	0.0	100.0
Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud	6,385.6	6,961.8	6,961.8	0.0	100.0
Total	85,036.4	80,959.4	80,959.3	0.1	100.0

Cifras en millones de pesos. Presupuesto al 31 de diciembre de 2009. Los totales pueden no coincidir con la suma de los rubros debido al redondeo de las cifras

1/ Diferencia absoluta entre presupuesto modificado y ejercido

2/ Porcentaje obtenido entre el presupuesto ejercido y el modificado

Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2009; DGPOP-SS

Cuadro IV.23

Presupuesto Ejercido por Programa. Secretaría de Salud. México, 2008-2009

Descripción	Ejercido		Variación 1/	
	2008	2009	Absoluta	%
Prevención y Atención Contra las Adicciones	294.0	743.0	449.0	152.7
Vigilancia Epidemiológica	553.2	1,353.9	800.7	144.7
Protección Contra Riesgos Sanitarios	579.1	791.6	212.5	36.7
Asistencia Social y Protección del Paciente	260.0	579.0	319.0	122.7
Atención de la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud	799.2	911.3	112.1	14.0
Programa Comunidades Saludables	58.6	65.2	6.6	11.3
Programas de Atención a Personas con Discapacidad	329.3	436.6	107.3	32.6
Programas de Atención a Familias y Población Vulnerable	490.1	640.1	150.0	30.6
Caravanas de la Salud	324.3	602.9	278.6	85.9

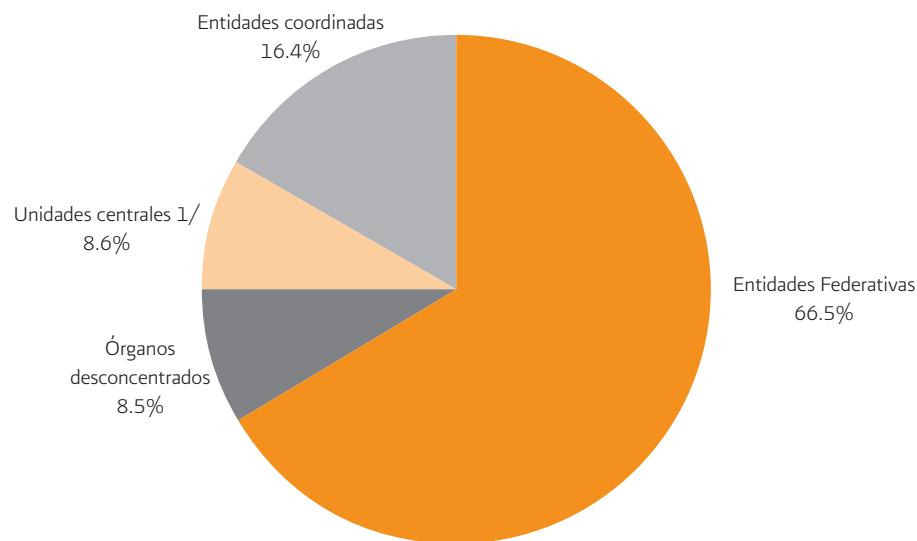
Cifras en millones de pesos. Presupuesto al 31 de diciembre de 2008 y 2009. Los totales pueden no coincidir con la suma de los rubros debido al redondeo de las cifras

1/ Diferencia absoluta y porcentual entre presupuesto ejercido en 2008 y 2009

Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2008 y 2009; DGPOP-SS

Figura IV.1

Distribución porcentual del presupuesto ejercido por tipo de unidad. México, 2009



1/ El presupuesto ejercido de unidades centrales incluye el presupuesto de servicios personales para la operación de los programas Desarrollo Humano Oportunidades, médicos generales de contratación temporal, residentes, internos de pregrado, pasantes de medicina y otras carreras, y nóminas de las unidades médicas de especialidades en las entidades federativas

Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2009; DGPOP-SS

Anexos

A) Notas metodológicas

B) Cuadros estadísticos

A) Notas metodológicas

A.1 Sobre la información empleada en Rendición de Cuentas en Salud 2009

Las cifras empleadas en este informe proceden en su mayoría del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), así como de las unidades administrativas de la SS. Los datos 2009, en general, corresponden a cifras preliminares y las cifras de años previos corresponden a datos consolidados. Por esta razón, los datos reportados en el informe previo muestran algunas diferencias respecto de los datos 2008 utilizados en el presente informe.

Los indicadores de mortalidad 2009 se construyeron con base en las defunciones registradas en el Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED 2009) al corte del siete de junio de 2010. La mortalidad para años previos se basó en las cifras definitivas de las bases de datos de defunciones INEGI-SS. En todos los cálculos sobre mortalidad se utilizaron las defunciones registradas según lugar de residencia, excluyendo las muertes de residentes en el extranjero y aquellas sin especificación de esta variable.

Las defunciones maternas —totales y por principales causas, incluyendo las asociadas con la influenza AH1N1— fueron proporcionadas por la Dirección General de Información en Salud. Los datos 2009 son preliminares y los datos previos corresponden a cifras consolidadas.

Los datos de población total, por grupo de edad, sexo y distribución geográfica, utilizados en este informe fueron obtenidos de las proyecciones de

población 2005-2030 del CONAPO a menos que se reporte otra fuente. Para el caso de la población según institución de la que recibe servicios de salud, se realizó una estimación para la población usuaria con base en las proyecciones de población del CONAPO y de los datos generados en el SINAIS. La metodología empleada se describe más adelante.

La información de recursos y prestación de servicios corresponde a datos de las instituciones de salud pública del país proporcionados por la DGIS, con excepción de la SEDENA que no reporta al SINAIS.

Para las metas estratégicas del PROSESA 2007-2012 relacionadas con consumo de drogas ilegales, infecciones nosocomiales, hogares con gastos catastróficos por motivos de salud y prevalencia de desnutrición en menores de cinco años, no se dispone de información 2009. Lo anterior obedece a que los datos requeridos para su construcción no forman parte de los registros continuos del SINAIS y se obtienen de estudios expofeso o de otras fuentes de información como encuestas poblacionales.

A.2 Procedimiento para calcular el porcentaje de cumplimiento de las metas

Con la finalidad de estimar el grado de cumplimiento de las metas estratégicas del PROSESA 2007-2012 y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) utilizó en varios casos una fórmula que permite determinar el grado de cumplimiento

hasta 2009 respecto al comportamiento esperado del indicador para alcanzar la meta. No se utilizó la misma fórmula para todas las metas, ya que en algunos casos era más adecuado emplear otro tipo de cálculo. (Figura A.2.1)

La fórmula utilizada para el cálculo del cumplimiento obtenido, es la siguiente:

$$P = \frac{B-A}{C-A} * 100$$

Donde:

- P es el porcentaje de cumplimiento obtenido hasta el año de análisis (en este caso 2009), respecto del comportamiento que se espera para cumplir con la meta (compromiso establecido);
- A es el valor del indicador en el año base;
- B es el valor del indicador registrado en el año de análisis, y
- C es el valor de la meta en el año establecido para su cumplimiento.

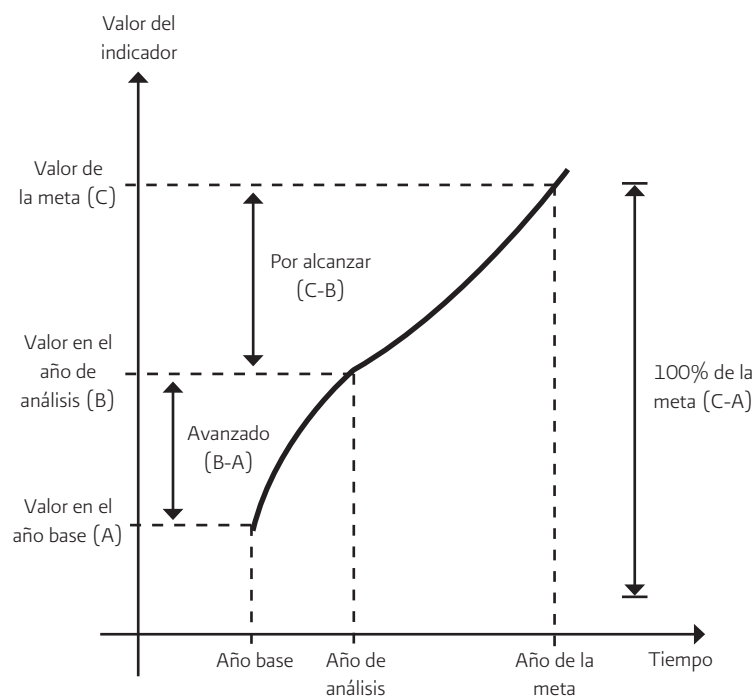
De acuerdo con esta definición de variables se tiene que:

- El valor de B-A es el cambio obtenido para el indicador entre el año base y el año de análisis.
- El valor de C-A es la cantidad total que debería incrementarse o disminuir el valor del indicador para satisfacer la meta establecida, considerando el valor del año base y el valor establecido como meta para el año de cumplimiento.
- El valor de C-B, representa el incremento o disminución requerido para dar cumplimiento a la meta, a partir del año de análisis y hasta el año establecido para el cumplimiento de la meta.

El empleo de este tipo de análisis constituye una innovación respecto a la edición 2008 de este informe, en donde el grado de cumplimiento se obtuvo como una variación porcentual entre el valor del

Figura A.2.1

Diagrama que muestra la forma en que se calcula el porcentaje de cumplimiento de las metas



año de análisis y el valor definido como meta. Con la finalidad de mostrar las bondades del procedimiento para 2009 y de clarificar las diferencias que existen con respecto al procedimiento empleado en 2008, se tiene el siguiente ejemplo. (Ejemplo 1)

Utilizando el comportamiento del indicador de esperanza de vida al nacimiento (EVN), se observa lo siguiente:

Metodología 1. La variación porcentual entre el valor 2009 (75.28) y el valor definido como meta (76.3) es de -1.34 por ciento; es decir, que el valor 2009 está por debajo de la meta en esa proporción.

Metodología 2. La diferencia de la EVN entre 2009 y 2006 registrada fue de 0.48 años; mientras que para cumplir con la meta se requiere pasar de una EVN de 74.8 años de 2006 a una EVN de 76.30 en 2012; es decir, un incremento total de 1.5 años de EVN. Al calcular el porcentaje que representa la diferencia obtenida entre 2006 y 2009, respecto de la diferencia total requerida para cumplir con la meta $[(B-A)/(C-A)*100]$, se obtiene que hasta el 2009 se ha logrado un 32 por ciento del incremento requerido para cumplir con dicha meta.

En el primer caso sólo se establece el porcentaje que representa el valor 2009 respecto del valor establecido como meta, sin considerar el comportamiento entre la línea base y el valor del indicador

registrado en el año de análisis. Por su parte, con la metodología 2 se incorpora tanto el avance obtenido entre la línea base y el valor de análisis, como el esfuerzos que aún es requerido para cumplir con la meta correspondiente.

A.3 Estimación de población usuaria por institución

A fin de valorar la aportación de las instituciones de salud pública al cumplimiento de las metas establecidas para el Sector Salud en México, se incluyeron algunos indicadores de mortalidad para dichas instituciones, incluyendo al Seguro Popular de Salud (SPS). Para su construcción fue indispensable contar con información sobre la población que atiende cada institución (denominador). Al respecto, el SINAIS provee datos sobre la población legal y población usuaria por institución;* sin embargo, la población legal tiene el inconveniente de que, al sumar las poblaciones para las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEMAR y SPS) y la población sin seguridad social (atendida por la SS e IMSS-Oportunidades), la cantidad resultante excede significativamente a la población estimada por CONAPO. Por ejemplo, para 2009 la proyección de población del CONAPO ascendía a 107,550,697 habitantes en el país, mientras que la suma de la población legal de las

Ejemplo 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, 2009

Indicador	Línea base 2006 (A)	Valor 2009 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado	
				Metodología 2008 1/ 3/	Metodología 2009 2/ 3/
Esperanza de vida al nacimiento 3/	74.80	75.28	76.30	-1.34	31.75

1/ Calculado como variación porcentual entre (B) y (C)

2/ Calculado como: $(B-A)/(C-A)*100$

3/ Medida en años. Fuente: DGIS-SS, con base en las proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO.

* La población legal es aquel segmento de la población total a la que las instituciones de salud públicas tienen la obligación de prestar servicios con base en los ordenamientos legales que las rigen. La población usuaria, por su parte, es el segmento de la población que hace uso de los servicios de salud al menos una vez durante el año en la institución que le presta servicios.

instituciones daba 123,322,864 personas, es decir 14.7 por ciento más.

Por esta razón se optó por emplear la población usuaria de las instituciones públicas señaladas, la cual en 2009 ascendió a 89,707,865 personas, cifra más acorde con la estimación de CONAPO, teniendo en cuenta, además, que faltaría incluir la población de otras instituciones públicas de salud, como SEDENA, Universitarios e instituciones estatales que brindan servicios a sus derechohabientes.

A pesar de ello, la información de población usuaria proporcionada por la DGIS presentó dos inconvenientes para su utilización directa en este informe. El primero fue que la población usuaria de la SS y del Seguro Popular se reporta en conjunto (dato global SS+SPS); el segundo, por su parte, consistió en que la población usuaria de la SS (dato global) a partir de los 20 años no se desagrega por grupos quinquenales de edad, utilizándose los grupo de 20 a 29 años; de 30 a 49 años; 50 a 59 años y de 60 años y más; situación que impedía la construcción de algunos de los indicadores por grupos de edad específica requeridos para dar seguimiento a las metas del PROSESA 2007-2012 y de los ODM.

Por ello, la DGED realizó nuevas estimaciones, con base en los datos originalmente proporcionados, a fin de obtener la población usuaria para la SS y para el SPS, desagregada por sexo y grupos quinquenales de edad.

El procedimiento empleado consistió en calcular, en primera instancia, la población usuaria por

grupo quinquenal de edad que correspondería a la SS (dato global SS+SPS), conservando los grupos quinquenales que ya estaban definidos, para lo cual se sumó la población legal total reportada tanto para la SS como para el SPS, según grupo quinquenal de edad. A partir de este dato se obtuvo la proporción que representó cada uno de los grupos de edad respecto del total de población legal; porcentajes que se aplicaron a la población usuaria reportada para la SS (dato global SS+SPS), obteniendo así su distribución por grupo quinquenal.

Posteriormente, cada uno de los grupos de población quinquenal obtenidos en el paso anterior, se distribuyó por sexo aplicando las proporciones que registraba la población usuaria de la SS original (dato global SS+SPS). Con ello se obtuvo la población usuaria redistribuida global, tanto por grupo quinquenal de edad como por sexo.

Finalmente se procedió a desagregar la población usuaria redistribuida global, a fin de obtener el volumen de población específico para la SS y el SPS. Para ello se empleó la proporción que representó la población legal total del SPS y la correspondiente a la SS, respecto de la suma de ambas poblaciones obtenida en el primer paso. Esta proporción se aplicó a cada uno de los grupos quinquenales de edad de la población usuaria redistribuida global, manteniendo la distribución por sexo.

Los resultados de este ejercicio se muestran en la subsección de cuadros estadísticos de este apartado. (Anexo B.1)

B) Cuadros estadísticos

Anexo B.1

Población usuaria de los servicios de salud por grupo de edad e institución; México, 2009

Grupo de edad	Población con seguridad social												Población sin seguridad social								
	IMSS 1/			ISSSTE 1/			PEMEX			SEMAR 2/			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	Total	Hombres	Mujeres
Nacional	38,005,477	17,905,454	20,100,023	7,933,076	3,633,646	4,299,430	738,526	341,344	397,182	227,511	122,293	105,218	1,982,778	7,467,745	12,360,033	12,664,443	4,563,784	8,100,659	10,311,054	5,039,377	5,771,677
<1	496,813	254,636	242,177	104,059	42,387	61,671	6,093	3,117	2,976	4,607	2,818	1,789	1,453,940	729,365	724,575	726,738	364,566	362,172	1,853,357	93,630	91,727
1-4	2,698,666	1,383,362	1,315,304	433,619	226,969	206,651	37,498	18,909	18,589	12,517	6,802	5,715	2,402,861	1,189,712	1,213,149	1,390,287	688,363	701,924	859,095	433,858	425,237
5-9	3,595,236	1,832,314	1,762,922	808,471	352,845	455,626	56,294	28,734	27,560	15,626	8,223	7,403	2,431,602	1,188,339	1,243,262	1,339,427	654,587	684,841	1,235,246	621,597	613,649
10-14	3,306,543	1,685,798	1,620,745	854,102	413,334	440,768	62,671	31,904	30,767	17,029	8,769	8,260	2,078,405	972,768	1,105,637	1,120,735	524,544	596,191	1,326,099	668,560	658,439
15-19	1,937,146	899,765	1,037,381	887,500	369,598	517,903	55,251	27,848	27,403	20,138	11,136	9,002	2,056,194	649,196	1,406,999	1,213,892	383,258	830,633	1,144,585	567,253	577,332
20-24	2,523,732	1,119,209	1,404,523	442,357	199,349	243,008	31,678	15,403	16,275	24,693	13,648	11,045	1,254,846	293,273	961,573	1,190,727	278,287	912,439	813,888	381,231	432,657
25-29	3,075,845	1,401,106	1,674,739	342,619	1,68,876	173,743	33,366	15,619	17,747	19,990	10,659	9,331	1,320,470	308,610	1,011,860	1,085,357	253,661	831,696	706,754	326,766	379,988
30-34	3,194,228	1,462,321	1,731,907	433,073	221,365	211,708	40,897	17,861	23,036	17,897	9,495	8,402	1,168,414	318,220	850,194	842,642	229,495	613,147	668,869	311,673	357,196
35-39	3,078,914	1,424,038	1,654,876	526,260	247,237	279,023	50,056	21,831	28,225	15,319	8,626	6,693	1,093,815	297,903	795,912	760,048	207,001	553,048	624,763	293,985	330,778
40-44	2,530,458	1,158,646	1,371,812	592,832	283,925	308,907	54,309	23,800	30,509	15,626	8,668	6,958	902,885	245,902	656,982	650,026	177,036	472,990	540,861	257,476	283,385
45-49	2,183,727	980,821	1,202,906	578,612	268,035	310,577	58,281	26,460	31,821	15,633	7,742	7,891	722,119	196,671	525,448	528,308	143,886	384,422	460,442	222,593	237,849
50-54	1,895,767	826,013	1,069,754	513,527	225,147	288,380	54,000	24,749	29,251	13,719	7,248	6,471	718,290	238,738	479,552	508,614	169,048	339,566	399,712	193,071	206,641
55-59	1,625,927	702,012	923,915	429,481	178,164	251,316	46,497	21,476	25,021	12,629	7,079	5,550	563,425	187,265	376,159	386,097	128,327	257,770	331,681	163,612	168,069
60-64	1,492,438	669,501	822,937	341,834	141,724	200,111	37,628	16,658	20,970	10,502	5,640	4,862	444,953	174,653	270,300	293,136	115,062	178,074	283,668	140,434	143,234
65-69	1,269,446	592,061	677,385	202,896	103,251	99,645	32,063	13,954	18,109	11,586	5,740	5,846	389,720	152,973	236,747	220,324	86,481	133,842	235,955	116,941	119,014
70-74	1,033,945	492,023	541,922	201,162	78,122	123,039	27,948	11,857	16,091	11,586	5,740	5,846	316,363	124,179	192,184	160,954	63,178	97,777	194,820	97,994	96,826
75-79	795,590	383,084	412,506	105,140	54,064	51,077	21,799	8,885	12,914	11,187	5,640	5,846	238,593	93,652	144,940	111,877	43,914	67,963	138,989	69,863	69,126
80-84	541,582	264,302	277,280	81,052	33,912	47,140	15,312	6,015	9,297	14,402	6,533	8,749	56,533	87,493	71,170	27,936	43,234	89,540	44,841	44,699	
85 o más	729,474	374,442	355,032	54,481	25,342	29,139	16,885	6,264	10,621	126,856	49,793	77,063	64,085	25,154	38,930	69,830	33,999	35,831			

1/ Estimación de la DGIS

2/ El grupo de edad 65-69 años de la SEMAR incluye a la población de 65 años o más

3/ Estimación de la DGED. Ver nota metodológica correspondiente

Fuente: Información preliminar, DGIS-SS

Anexo B.2

Muertes maternas en los 125 municipios con menor IDH, 2007-2009

Entidad federativa / Municipio con menor IDH	Clave	Muertes maternas			Entidad federativa / Municipio con menor IDH	Clave	Muertes maternas		
		2007	2008	2009			2007	2008	2009
Muertes maternas (EUM)		1,097	1,119	1,218	Guerrero (continuación)		23	21	21
Muertes maternas (125 municipios)		60	70	54	Tlacoapa	12063	0	0	1
Por Entidad federativa					Xalpatláhuac	12069	1	0	0
Chiapas		8	20	15	Xochistlahuaca	12071	2	0	1
Amatenango del Valle	07007	0	0	1	Zapotitlán Tablas	12072	2	0	1
Chalchihuitán	07022	0	1	0	Zitlala	12074	1	2	2
Chamula	07023	1	0	2	Acatepec	12076	2	5	2
Chanal	07024	0	0	0	Cochoapa el Grande	12078	0	0	1
Chenalhó	07026	2	1	1	José Joaquín de Herrera	12079	2	0	0
Chilón	07031	2	7	4	Iliatenco	12081	0	1	0
Francisco León	07033	0	0	1	Nayarit		3	0	2
Huixtán	07038	0	1	0	Del Nayar	18009	3	0	2
Larráinzar	07049	0	0	0	Oaxaca (continúa)		15	19	10
Mitontic	07056	0	0	2	Coicoyán de las Flores	20016	0	1	0
Ocoteppec	07060	0	0	0	Eloxochitlán de Flores Magón	20029	1	0	0
Pantelhó	07066	2	4	1	Huauteppec	20040	0	1	0
Pantepec	07067	0	1	0	Magdalena Peñasco	20050	0	0	0
Sitalá	07082	0	1	0	Mazatlán Villa de Flores	20058	0	0	0
Tumbalá	07100	0	1	0	San Agustín Loxicha	20085	2	3	2
Zinacantán	07111	0	1	0	San Andrés Paxtlán	20095	1	1	0
San Juan Cancuc	07112	1	1	2	San Antonio Sinicahua	20110	0	0	0
Aldama	07113	0	0	0	San Bartolomé Ayautla	20116	1	0	0
San Andrés Duraznal	07118	0	0	0	San Francisco Chapulapa	20139	0	0	0
Santiago el Pinar	07119	0	1	1	San Francisco Huehuetlán	20142	0	0	0
Durango		2	1	0	San Francisco Tlapancingo	20152	0	0	0
Mezquital	10014	2	1	0	San José Independencia	20169	1	0	0
Guerrero (continúa)		23	21	21	San José Lachiguiri	20170	0	1	0
Ahuacuotzingo	12002	1	0	0	San José Tenango	20171	2	0	1
Alcozauca de Guerrero	12004	1	0	0	San Juan Coatzacoatz	20187	0	0	0
Atlamajalcingo del Monte	12009	0	0	0	San Juan Comaltepec	20189	0	0	0
Atlixac	12010	4	1	0	San Juan Juquila Mixes	20200	0	0	0
Copalillo	12019	0	0	1	San Juan Petlapa	20212	0	0	0
Copanoyac	12020	0	0	4	San Lorenzo Cuaunecuiltitla	20228	0	0	0
General Heliodoro Castillo	12032	3	2	1	San Lorenzo Texmelúcan	20229	0	1	1
Malinaltepec	12041	1	2	0	San Lucas Camotlán	20231	0	0	0
Metlatónoc	12043	1	6	3	San Lucas Zoquiápam	20234	0	0	0
Pedro Ascencio Alquisiras	12047	0	0	0	San Marcial Ozolotepec	20236	0	0	0
San Miguel Totolapan	12054	0	1	1	San Martín Itunyoso	20240	0	0	0
Tlacoachistlahuaca	12062	2	1	3	San Miguel Ahuehuetitlán	20259	0	0	0

Continúa...

Continuación...

Entidad federativa / Municipio con menor IDH	Clave	Muertes maternas			Entidad federativa / Municipio con menor IDH	Clave	Muertes maternas		
		2007	2008	2009			2007	2008	2009
Oaxaca (continúa)					Oaxaca (continuación)				
San Miguel Coatlán	20263	0	0	0	Santo Domingo Tepuxtepec	20517	1	1	0
San Miguel Mixtepec	20271	0	0	0	Santos Reyes Yucuná	20529	0	0	0
San Miguel Peras	20273	1	0	0	Yogana	20563	0	0	0
San Miguel Santa Flor	20276	0	0	0	Puebla		2	1	2
San Pablo Cuatro Venados	20292	0	0	0	Camocuautla	21028	0	0	0
San Pedro el Alto	20306	0	0	0	Coyomeapan	21036	0	0	0
San Pedro Ocopetatlillo	20322	0	0	0	Chiconcuautla	21049	0	1	1
San Pedro y San Pablo Ayutla	20337	0	0	0	Eloxochitlán	21061	0	0	0
San Simón Zahuatlán	20352	0	0	0	Huehuetla	21072	1	0	0
Santa Ana Ateixtlahuaca	20354	0	0	0	Hueytlalpan	21077	0	0	0
Santa Cruz Acatepec	20374	0	0	0	San Felipe Tepatlán	21123	0	0	0
Santa Cruz Zenzontepec	20386	1	0	1	San Sebastián Tlacotepec	21145	0	0	0
Santa Inés del Monte	20388	0	1	0	Zoquitlán	21217	1	0	1
Santa Lucía Miahuatlán	20391	0	0	0	Veracruz		7	8	4
Santa Lucía Monteverde	20392	0	0	0	Astacinga	30019	0	0	0
Santa María Apazco	20395	0	0	0	Atlahuilco	30020	0	0	1
Santa María la Asunción	20396	0	0	0	Filomeno Mata	30067	1	0	0
Santa María Chilchotla	20406	1	2	2	Ilamatlán	30076	0	0	0
Santa María Peñoles	20426	0	0	0	Mecatlán	30103	1	0	0
Santa María Temaxcaltepec	20433	0	1	1	Mixtla de Altamirano	30110	1	0	0
Santa María Tepantlali	20435	0	0	0	Los Reyes	30137	0	0	0
Santa María Tlalixtac	20438	0	0	0	Soledad Atzompa	30147	1	1	0
Santiago Amoltepec	20450	1	4	0	Soteapan	30149	0	1	1
Santiago Ixtayutla	20466	0	0	2	Tehuipango	30159	1	2	1
Santiago Texcalcingo	20490	0	0	0	Tequila	30168	1	2	1
Santiago Tlazoyaltepec	20494	0	0	0	Texcatepec	30170	0	1	0
Santiago Xanica	20495	1	0	0	Tlaquilpa	30184	1	1	0
Santiago Yaitepec	20497	0	1	0	Xoxocotla	30195	0	0	0
Santo Domingo de Morelos	20509	1	1	0	Zontecomatlán de López y Fuentes	30202	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, 2007 y 2008; SEED 2009, preliminar, DGIS-SS

Anexo B.3

Características de los 125 municipios con menor IDH, de acuerdo a las muertes maternas registradas de 2007 a 2009; México

Concentrado de información		No. de municipios según característica
Clave: *	1: Repetidores todos los años	13
	2: Repetidores 2 años	13
	3: Muertes en el último año y sin muertes en años previos	9
	4: Sin muertes en el último año pero si en los años previos	35
	5: Sin muertes durante el periodo	55
	Total municipios con menor IDH	125

* Clave con base en el comportamiento de las defunciones maternas durante el periodo de análisis

Características por entidad federativa

Clave*	Entidad Federativa	Municipio con menor IDH	Defunciones maternas			Clave*	Entidad Federativa	Municipio con menor IDH	Defunciones maternas		
			2007	2008	2009				2007	2008	2009
	Chiapas		7	13	8		Chiapas		0	0	4
1	7	Chilón	2	7	4	3	7	Mitontic	0	0	2
1	7	Pantelhó	2	4	1	3	7	Amatenango del Valle	0	0	1
1	7	San Juan Cancuc	1	1	2	3	7	Francisco León	0	0	1
1	7	Chenalhó	2	1	1		Guerrero		0	0	7
	Guerrero		9	16	11	3	12	Copanatoyac	0	0	4
1	12	Metlatónoc	1	6	3	3	12	Copalillo	0	0	1
1	12	Acatepec	2	5	2	3	12	Tlacoapa	0	0	1
1	12	Tlacoachistlahuaca	2	1	3	3	12	Cochoapa el Grande	0	0	1
1	12	General Heliodoro Castillo	3	2	1		Oaxaca		0	0	2
1	12	Zitlala	1	2	2	3	20	Santiago Ixtayutla	0	0	2
	Oaxaca		3	5	4		Veracruz		0	0	1
1	20	San Agustín Loxicha	2	3	2	3	30	Atlahuilco	0	0	1
1	20	Santa María Chilchotla	1	2	2		Chiapas		0	6	0
	Veracruz		2	4	2	4	7	Chalchihuitán	0	1	0
1	30	Tehuipango	1	2	1	4	7	Huixtán	0	1	0
1	30	Tequila	1	2	1	4	7	Pantepec	0	1	0
	Chiapas		1	1	3	4	7	Sitalá	0	1	0
2	7	Santiago el Pinar	0	1	1	4	7	Tumbalá	0	1	0
2	7	Chamula	1	0	2	4	7	Zinacatán	0	1	0
	Guerrero		4	1	3		Durango		2	1	0
2	12	San Miguel Totolapan	0	1	1	4	10	Mezquital	2	1	0
2	12	Xochistlahuaca	2	0	1		Guerrero		10	4	0
2	12	Zapotitlán Tablas	2	0	1	4	12	Atlixac	4	1	0
	Nayarit		3	0	2	4	12	Malinaltepec	1	2	0
2	18	Del Nayar	3	0	2	4	12	José Joaquín de Herrera	2	0	0
	Oaxaca		3	2	4	4	12	Ahuacuotzingo	1	0	0
2	20	San José Tenango	2	0	1	4	12	Alcozauca de Guerrero	1	0	0
2	20	San Lorenzo Texmelúcan	0	1	1	4	12	Xalpatláhuac	1	0	0
2	20	Santa María Temaxcaltepec	0	1	1	4	12	Iliatenco	0	1	0
2	20	Santa Cruz Zenzontepec	1	0	1		Oaxaca (continúa)		9	12	0
	Puebla		1	1	2	4	20	Santiago Amoltepec	1	4	0
2	21	Chiconcuaatla	0	1	1	4	20	San Andrés Paxtlán	1	1	0
2	21	Zoquitlán	1	0	1	4	20	Santo Domingo de Morelos	1	1	0
	Veracruz		0	1	1	4	20	Santo Domingo Tepuxtepec	1	1	0
2	30	Soteapan	0	1	1	4	20	Coicoyán de las Flores	0	1	0

Continúa...

Continuación...

Clave*	Entidad Federativa	Municipio con menor IDH	Defunciones maternas			Clave*	Entidad Federativa	Municipio con menor IDH	Defunciones maternas		
			2007	2008	2009				2007	2008	2009
	Oaxaca (continuación)						Oaxaca (continuación)				
4	20	Huauatepec	0	1	0	5	20	San Lucas Camotlán	0	0	0
4	20	San José Lachiguiri	0	1	0	5	20	San Lucas Zoquiápan	0	0	0
4	20	Santa Inés del Monte	0	1	0	5	20	San Marcial Ozolotepec	0	0	0
4	20	Santiago Yaitepec	0	1	0	5	20	San Martín Itunyoso	0	0	0
4	20	Eloxochitlán de Flores Magón	1	0	0	5	20	San Miguel Ahuehuetitlán	0	0	0
4	20	San Bartolomé Ayautla	1	0	0	5	20	San Miguel Coatlán	0	0	0
4	20	San José Independencia	1	0	0	5	20	San Miguel Mixtepec	0	0	0
4	20	San Miguel Peras	1	0	0	5	20	San Miguel Santa Flor	0	0	0
4	20	Santiago Xanica	1	0	0	5	20	San Pablo Cuatro Venados	0	0	0
	Puebla		1	0	0	5	20	San Pedro el Alto	0	0	0
4	21	Huehuetla	1	0	0	5	20	San Pedro Ocopetatlillo	0	0	0
	Veracruz		5	3	0	5	20	San Pedro y San Pablo Ayutla	0	0	0
4	30	Soledad Atzompa	1	1	0	5	20	San Simón Zahuatlán	0	0	0
4	30	Tlaquilpa	1	1	0	5	20	Santa Ana Ateixtlahuaca	0	0	0
4	30	Texcatepec	0	1	0	5	20	Santa Cruz Acatepec	0	0	0
4	30	Filomeno Mata	1	0	0	5	20	Santa Lucía Miahuatlán	0	0	0
4	30	Mecatlán	1	0	0	5	20	Santa Lucía Monteverde	0	0	0
4	30	Mixtla de Altamirano	1	0	0	5	20	Santa María Apazco	0	0	0
	Chiapas		0	0	0	5	20	Santa María la Asunción	0	0	0
5	7	Chanal	0	0	0	5	20	Santa María Peñoles	0	0	0
5	7	Larráinzar	0	0	0	5	20	Santa María Tepantlali	0	0	0
5	7	Ocoatepec	0	0	0	5	20	Santa María Tlalixtac	0	0	0
5	7	Aldama	0	0	0	5	20	Santiago Texcalcingo	0	0	0
5	7	San Andrés Duraznal	0	0	0	5	20	Santiago Tlazoyaltepec	0	0	0
	Guerrero		0	0	0	5	20	Santos Reyes Yucuná	0	0	0
5	12	Atlamajalcingo del Monte	0	0	0	5	20	Yogana	0	0	0
5	12	Pedro Ascencio Alquisiras	0	0	0		Puebla		0	0	0
	Oaxaca (continúa)		0	0	0	5	21	Camocuautla	0	0	0
5	20	Magdalena Peñasco	0	0	0	5	21	Coyomeapan	0	0	0
5	20	Mazatlán Villa de Flores	0	0	0	5	21	Eloxochitlán	0	0	0
5	20	San Antonio Sinicahua	0	0	0	5	21	Hueytalpan	0	0	0
5	20	San Francisco Chapulapa	0	0	0	5	21	San Felipe Tepatlán	0	0	0
5	20	San Francisco Huehuetlán	0	0	0	5	21	San Sebastián Tlacotepec	0	0	0
5	20	San Francisco Tlapancingo	0	0	0		Veracruz		0	0	0
5	20	San Juan Coatzacoapam	0	0	0	5	30	Astacinga	0	0	0
5	20	San Juan Comaltepec	0	0	0	5	30	Ilamatlán	0	0	0
5	20	San Juan Juquila Mixes	0	0	0	5	30	Los Reyes	0	0	0
5	20	San Juan Petlapa	0	0	0	5	30	Xoxocotla	0	0	0
5	20	San Lorenzo Cuauencuiltitla	0	0	0	5	30	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, 2007 y 2008; SEED 2009, preliminar; DGIS-SS

Anexo B.4

Disponibilidad de Unidades Médicas Móviles (UMM) del Programa Caravanas de la Salud en los siete estados que agrupan a los 125 municipios con menor IDH; México, 2009

Entidad	Número de Caravanas según tipo de UMM				
	0 1/	I	II	III	Total
Total para los 7 estados	295	55	30	18	398
Chiapas	39	7	5	4	55
Durango	40	5	4	2	51
Guerrero	48	9	5	2	64
Nayarit	29	3	3	2	37
Oaxaca	54	15	5	3	77
Puebla	58	4	3	3	68
Veracruz	27	12	5	2	46

Nota: Las rutas de Caravanas normalmente comprenden más de un municipio, por lo cual no se debe entender que a cada municipio corresponde una unidad móvil.

1/ Incluye a las unidades dignificadas

Fuente: Sistema de validación de rutas del Programa Caravanas de la Salud, 2009; DGPLADES-SS

Anexo B.5

Disponibilidad de Unidades Médicas Móviles (UMM) del Programa Caravanas de la Salud en los 125 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano por entidad federativa; México, 2009

Entidad federativa/Municipio con menor IDH	Clave municipio	Número de Caravanas según tipo de UMM					Entidad federativa/Municipio con menor IDH	Clave municipio	Número de Caravanas según tipo de UMM				
		0 ¹ /	I	II	III	Total			0 ¹ /	I	II	III	Total
En los 125 municipios 2/	NA	171	32	32	37	272	Guerrero (continuación)						
Chiapas 2/		41	7	6	5	59	Tlacoachistlahuaca	062	4	0	0	0	4
Amatenango del Valle	007	0	0	0	1	1	Tlacoapa	063	2	1	0	0	3
Chalchihuitán	022	1	0	0	0	1	Xalpatláhuac	069	0	1	0	0	1
Chamula	023	2	1	1	0	4	Xochistlahuaca	071	3	0	1	0	4
Chanal	024	0	0	0	1	1	Zapotitlán Tablas	072	1	0	1	0	2
Chenalhó	026	5	0	1	0	6	Zitlala	074	2	0	0	1	3
Chilón	031	8	3	0	3	14	Acatepec	076	6	0	1	0	7
Francisco León	033	2	0	1	0	3	Cochoapa el Grande	078	8	0	0	0	8
Huixtán	038	0	0	0	0	0	José Joaquín de Herrera	079	2	0	0	0	2
Larráinzar	049	0	1	1	0	2	Iliatenco	081	1	0	0	0	1
Mitontic	056	0	0	0	0	0	Nayarit		14	2	3	1	20
Ocoatepec	060	3	0	0	0	3	Del Nayar	009	14	2	3	1	20
Pantelhó	066	6	0	0	0	6	Oaxaca (continúa)		43	9	7	14	73
Pantepec	067	1	0	1	0	2	Coicoyán de las Flores	016	1	1	0	1	3
Sitalá	082	5	0	0	0	5	Eloxochitlán de Flores Magón	029	0	0	0	1	1
Tumbalá	100	1	0	1	0	2	Huauteppec	040	1	0	1	1	3
Zinacantán	111	1	1	0	0	2	Magdalena Peñasco	050	1	0	0	0	1
San Juan Cancuc	112	4	0	0	0	4	Mazatlán Villa de Flores	058	3	0	1	1	5
Aldama	113	2	0	0	0	2	San Agustín Loxicha	085	4	0	0	1	5
San Andrés Duraznal	118	0	1	0	0	1	San Andrés Paxtlán	095	1	0	0	0	1
Santiago el Pinar	119	0	0	0	0	0	San Antonio Sinicahua	110	1	0	0	0	1
Durango		11	0	1	1	13	San Bartolomé Ayautla	116	1	0	0	0	1
Mezquital	014	11	0	1	1	13	San Francisco Chapulapa	139	0	0	1	1	2
Guerrero (continúa)		49	8	5	2	64	San Francisco Huehuetlán	142	1	0	0	0	1
Ahuacuotzingo	002	2	0	0	0	2	San Francisco Tlapancingo	152	0	0	0	0	0
Alcozauca de Guerrero	004	1	1	0	0	2	San José Independencia	169	1	0	0	0	1
Atlamajalcingo del Monte	009	0	1	0	0	1	San José Lachiguiri	170	0	0	0	0	0
Atlixnac	010	1	0	1	0	2	San José Tenango	171	4	2	0	0	6
Copalillo	019	2	0	1	0	3	San Juan Coatzacoatz	187	0	0	0	0	0
Copanatoyac	020	0	1	0	0	1	San Juan Comaltepec	189	0	0	0	0	0
General Heliodoro Castillo	032	3	0	0	0	3	San Juan Juquila Mixes	200	1	0	0	0	1
Malinaltepec	041	2	0	0	0	2	San Juan Petlapa	212	0	0	0	0	0
Metlatónoc	043	2	0	0	1	3	San Lorenzo Cuaunecuiltitla	228	0	0	0	0	0
Pedro Ascencio Alquisiras	047	1	1	0	0	2	San Lorenzo Texmelúcan	229	0	0	0	0	0
San Miguel Totolapan	054	6	2	0	0	8	San Lucas Camotlán	231	0	0	0	0	0

Continúa...

Continuación...

Entidad federativa/Municipio con menor IDH	Clave municipio	Número de Caravanas según tipo de UMM					Entidad federativa/Municipio con menor IDH	Clave municipio	Número de Caravanas según tipo de UMM				
		0 ^{1/}	I	II	III	Total			0 ^{1/}	I	II	III	Total
Oaxaca (continúa)							Oaxaca (continuación)						
San Lucas Zoquiápan	234	0	0	0	0	0	Santiago Yaitepec	497	0	0	0	0	0
San Marcial Ozolotepec	236	2	0	0	0	2	Santo Domingo de Morelos	509	3	0	0	0	3
San Martín Itunyoso	240	0	0	0	1	1	Santo Domingo Tepuxtepec	517	2	0	0	0	2
San Miguel Ahuehuetlán	259	0	0	0	1	1	Santos Reyes Yucuná	529	0	1	0	1	2
San Miguel Coatlán	263	0	1	0	0	1	Yogana	563	0	0	0	0	0
San Miguel Mixtepec	271	1	1	0	0	2	Puebla		7	2	4	2	15
San Miguel Peras	273	1	0	0	0	1	Camocuautla	028	0	0	0	0	0
San Miguel Santa Flor	276	0	0	0	0	0	Coyomeapan	036	3	0	2	0	5
San Pablo Cuatro Venados	292	0	0	1	0	1	Chiconcuautla	049	0	1	0	0	1
San Pedro el Alto	306	0	0	0	0	0	Eloxochitlán	061	1	0	0	1	2
San Pedro Ocopetatlillo	322	0	0	0	1	1	Huehuetla	072	0	1	0	0	1
San Pedro y San Pablo Ayutla	337	1	0	0	0	1	Hueytalpan	077	0	0	0	1	1
San Simón Zahuatlán	352	0	0	0	0	0	San Felipe Tepatlán	123	0	0	0	0	0
Santa Ana Ateixtlahuaca	354	0	0	0	0	0	San Sebastián Tlacotepec	145	2	0	1	0	3
Santa Cruz Acatepec	374	0	0	0	0	0	Zoquitlán	217	1	0	1	0	2
Santa Cruz Zenzontepec	386	0	0	0	0	0	Veracruz		6	4	6	12	28
Santa Inés del Monte	388	0	0	0	0	0	Astacinga	019	1	0	1	1	3
Santa Lucía Miahuatlán	391	0	0	0	0	0	Atlahuilco	020	0	0	0	2	2
Santa Lucía Monteverde	392	0	1	0	1	2	Filomeno Mata	067	0	0	1	0	1
Santa María Apazco	395	1	0	0	1	2	Ilamatlán	076	0	0	1	0	1
Santa María la Asunción	396	0	0	0	1	1	Mecatlán	103	0	0	0	0	0
Santa María Chilchotla	406	3	1	0	1	5	Mixtla de Altamirano	110	0	1	0	1	2
Santa María Peñoles	426	1	0	1	0	2	Los Reyes	137	0	1	0	0	1
Santa María Temascaltepec	433	3	0	0	0	3	Soledad Atzompa	147	1	0	0	2	3
Santa María Tepantlali	435	1	0	0	0	1	Soteapan	149	1	0	1	0	2
Santa María Tlalixtac	438	0	0	1	0	1	Tehuipango	159	2	1	1	1	5
Santiago Amoltepec	450	3	1	0	0	4	Tequila	168	1	1	0	2	4
Santiago Ixtayutla	466	0	0	0	0	0	Texcatepec	170	0	0	0	0	0
Santiago Texcalcingo	490	0	0	0	0	0	Tlaquilpa	184	0	0	1	1	2
Santiago Tlazoyaltepec	494	1	0	1	0	2	Xoxocotla	195	0	0	0	2	2
Santiago Xanica	495	0	0	0	0	0	Zontecomatlán de López y Fuentes	202	0	0	0	0	0

Nota: Las rutas de Caravanas normalmente comprenden más de un municipio, por lo cual no se debe entender que a cada municipio corresponde una unidad móvil.

1/ Incluye a las unidades dignificadas

2/ El total para los 125 municipios con menor IDH y el total para Chiapas incluye a 4 municipios que comparten a una misma UMM

Fuente: Sistema de validación de rutas del Programa Caravanas de la Salud, 2009; DGPLADES-SS

Anexo B.6

Defunciones infantiles en los 125 municipios con menor IDH, 2007-2009 1/

Entidad federativa / Municipio con menor IDH	Clave muni- cipio	Defunciones infantiles			Entidad federativa / Municipio con menor IDH	Clave muni- cipio	Defunciones infantiles		
		2007	2008	2009			2007	2008	2009
Defunciones infantiles a nivel nacional 2/		30,894	29,609	28,391	Guerrero (continuación)				
Defunciones infantiles en los 125 municipios		1,317	1,302	1,308	Tlacoapa	12063	22	10	8
Por Entidad federativa					Xalpatláhuac	12069	16	3	1
Chiapas		362	429	395	Xochistlahuaca	12071	0	7	8
Amatenango del Valle	07007	3	3	3	Zapotitlán Tablas	12072	6	10	8
Chalchihuitán	07022	9	6	10	Zitlala	12074	32	17	17
Chamula	07023	17	25	24	Acatepec	12076	32	10	16
Chanal	07024	37	52	47	Cochoapa el Grande	12078	0	3	3
Chenalhó	07026	14	22	19	José Joaquín de Herrera	12079	33	13	11
Chilón	07031	49	74	67	Iliatenco	12081	0	0	0
Francisco León	07033	11	25	21	Nayarit		37	30	30
Huixtán	07038	20	17	16	Del Nayar	18009	37	30	30
Larráinzar	07049	40	31	28	Oaxaca (continúa)		300	262	290
Mitontic	07056	0	8	3	Coicoyán de las Flores	20016	7	12	17
Ocoteppec	07060	46	57	63	Eloxochitlán de Flores Magón	20029	5	2	2
Pantelhó	07066	12	3	5	Huautepec	20040	7	0	1
Pantepec	07067	11	11	11	Magdalena Peñasco	20050	2	5	6
Sitalá	07082	0	11	7	Mazatlán Villa de Flores	20058	12	9	7
Tumbalá	07100	52	33	31	San Agustín Loxicha	20085	21	11	10
Zinacantán	07111	23	17	15	San Andrés Paxtlán	20095	5	2	2
San Juan Cancuc	07112	9	17	14	San Antonio Sinicahua	20110	2	5	7
Aldama	07113	9	8	7	San Bartolomé Ayautla	20116	2	0	1
San Andrés Duraznal	07118	0	6	3	San Francisco Chapulapa	20139	2	0	0
Santiago el Pinar	07119	0	3	1	San Francisco Huehuetlán	20142	0	0	0
Durango		19	11	10	San Francisco Tlapancingo	20152	5	0	0
Mezquital	10014	19	11	10	San José Independencia	20169	0	5	5
Guerrero (continúa)		275	294	307	San José Lachiguiri	20170	7	0	3
Ahuacuotzingo	12002	10	20	24	San José Tenango	20171	2	0	8
Alcozauca de Guerrero	12004	6	10	10	San Juan Coatzacoatz	20187	2	0	1
Atlamajalcingo del Monte	12009	0	13	8	San Juan Comaltepec	20189	2	0	1
Atlixac	12010	14	37	46	San Juan Juquila Mixes	20200	2	0	3
Copalillo	12019	12	10	10	San Juan Petlapa	20212	0	0	1
Copanatoyac	12020	13	26	33	San Lorenzo Cuaunecuiltitla	20228	5	0	1
General Heliodoro Castillo	12032	32	37	34	San Lorenzo Texmelúcan	20229	7	9	8
Malinaltepec	12041	22	30	28	San Lucas Camotlán	20231	0	2	1
Metlatónoc	12043	16	17	17	San Lucas Zoquiápan	20234	9	9	7
Pedro Ascencio Alquisiras	12047	3	7	10	San Marcial Ozolotepec	20236	0	0	0
San Miguel Totolapan	12054	6	7	9	San Martín Itunyoso	20240	0	0	0
Tlacoachistlahuaca	12062	0	7	6	San Miguel Ahuehuetitlán	20259	1	0	0

Continúa...

Continuación...

Entidad federativa / Municipio con menor IDH	Clave muni- cipio	Defunciones infantiles			Entidad federativa / Municipio con menor IDH	Clave muni- cipio	Defunciones infantiles		
		2007	2008	2009			2007	2008	2009
Oaxaca (continúa)					Oaxaca (continúa)				
San Miguel Coatlán	20263	0	7	5	Santo Domingo Tepuxtepec	20517	12	12	10
San Miguel Mixtepec	20271	2	5	7	Santos Reyes Yucuná	20529	5	2	2
San Miguel Peras	20273	14	7	6	Yogana	20563	0	2	2
San Miguel Santa Flor	20276	0	0	0	Puebla		122	108	110
San Pablo Cuatro Venados	20292	0	0	2	Camocuautla	21028	0	0	1
San Pedro el Alto	20306	0	5	5	Coyomeapan	21036	12	22	24
San Pedro Ocopetillo	20322	0	0	0	Chiconcuautla	21049	19	31	27
San Pedro y San Pablo Ayutla	20337	0	9	5	Eloxochitlán	21061	19	11	9
San Simón Zahuatlán	20352	5	7	4	Huehuetla	21072	18	12	16
Santa Ana Ateixtlahuaca	20354	0	0	0	Hueytlalpan	21077	5	2	2
Santa Cruz Acatepec	20374	0	2	2	San Felipe Tepatlán	21123	4	4	4
Santa Cruz Zenzontepec	20386	16	12	15	San Sebastián Tlacotepec	21145	11	7	5
Santa Inés del Monte	20388	2	0	1	Zoquitlán	21217	34	19	22
Santa Lucía Miahuatlán	20391	5	2	1	Veracruz		202	168	166
Santa Lucía Monteverde	20392	6	5	4	Astacinga	30019	1	4	8
Santa María Apazco	20395	0	0	0	Atlahuilco	30020	23	6	7
Santa María la Asunción	20396	5	7	6	Filomeno Mata	30067	23	23	22
Santa María Chilchotla	20406	7	7	11	Ilamatlán	30076	5	2	2
Santa María Peñoles	20426	21	21	19	Mecatlán	30103	14	20	18
Santa María Temaxcaltepec	20433	2	2	2	Mixtla de Altamirano	30110	25	16	18
Santa María Tepantlali	20435	2	7	9	Los Reyes	30137	12	8	6
Santa María Tlalixtac	20438	2	0	1	Soledad Atzompa	30147	16	20	21
Santiago Amoltepec	20450	26	16	19	Soteapan	30149	12	21	18
Santiago Ixtayutla	20466	26	14	18	Tehuipango	30159	33	16	15
Santiago Texcalcingo	20490	7	0	0	Tequila	30168	7	14	11
Santiago Tlazoyaltepec	20494	19	14	17	Texcatepec	30170	5	6	8
Santiago Xanica	20495	0	7	5	Tlaquilpa	30184	9	6	5
Santiago Yaitepec	20497	7	5	8	Xoxocotla	30195	12	4	5
Santo Domingo de Morelos	20509	2	14	12	Zontecomatlán de López y Fuentes	30202	5	2	2

1/ Número de defunciones en población menor de un año de edad registradas en los años correspondientes. No incluye defunciones en el extranjero, ni defunciones sin especificar lugar de residencia

2/ Defunciones con base en las proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Fuente: INEGI-SS, 2007 y 2008; SEED 2009, preliminar, DGIS-SS

Anexo B.7

Defunciones maternas por enfermedades respiratorias que complican el embarazo, parto y puerperio (O995) por entidad federativa; México, 2009

Entidad Federativa	Total defunciones maternas 1/	Defunciones maternas por enfermedades respiratorias (O995) 2/	Documentadas neumonía y/o influenza 3/	Asociadas Influenza AH1N1 4/
EUM	1,218	177	158	88
Aguascalientes	12	4	4	2
Baja California	32	11	11	5
Baja California Sur	5	1	1	0
Campeche	9	1	1	1
Coahuila	19	1	1	1
Colima	3	2	1	0
Chiapas	69	4	3	3
Chihuahua	56	7	6	2
Distrito Federal	73	9	7	5
Durango	16	2	2	1
Guanajuato	61	7	6	5
Guerrero	67	3	3	2
Hidalgo	30	9	8	5
Jalisco	82	12	11	6
México	163	21	19	9
Michoacán	42	4	4	2
Morelos	23	1	1	1
Nayarit	11	1	1	1
Nuevo León	27	4	4	3
Oaxaca	64	9	7	7
Puebla	83	18	17	10
Querétaro	11	1	1	1
Quintana Roo	9	3	1	0
San Luis Potosí	28	2	2	0
Sinaloa	19	5	4	0
Sonora	18	5	5	4
Tabasco	23	8	7	1
Tamaulipas	24	3	3	2
Tlaxcala	14	2	2	2
Veracruz	89	11	10	3
Yucatán	15	3	2	1
Zacatecas	18	3	3	3

1/ Incluye una defunción clasificada como extranjera y dos sin especificar residencia

2/ Incluye 158 defunciones maternas debidas a neumonía e influenza, 17 muertes debidas a otra enfermedad respiratoria y a dos casos que se encontraban en revisión.

3/ Incluye 88 defunciones maternas asociadas a influenza AH1N1 y 70 muertes debidas a neumonía e influenza.

4/ Incluye 56 defunciones maternas con examen confirmatorio registradas por la CONAMED y 32 defunciones confirmadas por los Servicios Estatales de Salud

Fuente: Información 2009, preliminar; DGIS-SS.

Bibliografía

1. Abalos E. Técnicas y materiales alternativos para cesárea: Comentario de la BSR (última revisión: 1° de abril de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
2. Asamblea General de las Naciones Unidas. Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio. Informe del Secretario General. Tema 40 del programa provisional A/56/150. Seguimiento de los resultados de la Cumbre del Milenio. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2000.
3. Banco de México. Informe Anual 2009. México: Banco de México, 2010.
4. Banco Mundial. Informe sobre seguimiento mundial 2009. Resumen [resumen en internet] Washington (DC): Banco Mundial, 2009 [consultado 2010 julio 1]. Disponible en <http://www.bancomundial.org/investigacion/>.
5. Banco Mundial. Informe sobre seguimiento mundial 2009: una emergencia de desarrollo. Washington DC: Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, 2009.
6. Banco Mundial. Panorama general. En: Transferencias monetarias condicionadas. Reduciendo la pobreza actual y futura. Washington (DC): Banco Mundial, 2009.
7. Bibbins K, Chertow G, Coxson P, Moran A, Lightwood J, Pletcher M, et al. Projected Effect of Dietary Salt Reductions on Future Cardiovascular Disease. *N Engl J Med* [serie en internet] 2010 [consultado 2010 junio 15] 362:590-599. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0907355>.
8. Coleman MP, Alexe D-M, Albrecht T, McKee M. ed. Responding to the challenge of cancer in Europe. Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, 2008: 77-80.
9. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Normatividad para la Evaluación de los Programas Federales. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2009 [consultado 2010 junio 24]. Disponible en http://medusa.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/resource/coneval/info_public/Normatividad.pdf?view=true
10. Consejo Nacional de Población. Evolución de la situación demográfica nacional a 35 años de la Ley General de Población de 1974. En: La situación demográfica de México 2009. México DF: Consejo Nacional de Población, 2009: 11-21.
11. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado de la infancia en América Latina y el Caribe 2008. Panamá: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2008.
12. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. Presentación de PowerPoint [presentación en internet] Brussels (BE): International Diabetes Federation, 2009 [consultado 2010 julio 1];4th edition. Disponible en <http://www.diabetesatlas.org/downloads>.

13. Kaandorp T, Bax J, Bleeker S, Doornbos J, Viergever E, Poldermans D, et al. Relation between regional and global systolic function in patients with ischemic cardiomyopathy after β -Blocker therapy or revascularization. *Journal of Cardiovascular Magnetic Resonance* [serie en internet] 2010 [consultado 2010 julio 1];12(7):1-25. Disponible en <http://jcmr-online.com/content/12/1/7>.
14. Naciones Unidas, Asamblea General. Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio. Informe del Secretario General. Naciones Unidas, A/56/326, 2001.
15. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2000.
16. Organización Mundial de la Salud. La Organización Mundial de la Salud y sus asociados instan a una intensificación de las investigaciones para mejorar la seguridad del paciente. OMS [serie en Internet] 2007 [consultado 2010 julio 1]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr52/es/index.html>.
17. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2009. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas, 2009.
18. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.
19. Organización Mundial de la Salud. Reducción del consumo de sal en la población. Foro de la OMS sobre la reducción del consumo de sal en la población; 2006 oct 5-7; París (FR).
20. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino. 48° Consejo Directivo; 60a Sesión del Comité Regional. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008.
21. Organización Panamericana de la Salud. "La desnutrición en lactantes y niños pequeños en América Latina y El Caribe: alcanzando los objetivos de desarrollo del milenio". Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, 2008.
22. Organización Panamericana de la Salud. Prevención Clínica. Guía Para Médicos. (Publicación Científica No. 568) Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1998.
23. Organization for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2009 OECD Indicators. París: Organization for Economic Co-operation and Development. 2009.
24. Organization for Economic Co-Operation and Development. Policy Brief. Managing for Development Results. En: <http://www.oecd.org/dataoecd/18/53/42447575.pdf> (consultado el 23 de Julio de 2010)
25. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. México: Presidencia de la República, Poder Ejecutivo Federal, 2007.
26. Rodríguez J, Gallardo H, Tapia R. Un esfuerzo multidisciplinar por mejorar la calidad de la atención a las enfermedades crónicas. *DiabetesVoice* [serie en internet] 2009 [consultado 2010 julio 1];54(3):23-25. Disponible en <http://www.diabetesvoice.org/es/articulos/un-esfuerzo-multidisciplinar-por-mejorar-la-calidad-de-la-atencion-a-las-enfermedades-croni>.
27. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Sistema de Evaluación del Desempeño. México: Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 2008.
28. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2008, Cuernavaca, Morelos (MX). Secretaría de Salud, 2009.

29. 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.
30. Secretaría de Salud. Observatorio del Desempeño Hospitalario 2009. México: Secretaría de Salud, 2010.
31. Secretaría de Salud. Prevención y diagnóstico oportuno del cáncer de mama en el primer nivel de atención, México: Secretaría de Salud, 2008.
32. 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.
33. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Cáncer cervicouterino. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008.
34. 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.
35. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Diabetes Mellitus. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008.
36. 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.
37. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Paludismo. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008.
38. 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.
39. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Tuberculosis. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008.
40. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2007-2012. México: Secretaría de Salud, Noviembre 2007.
41. Secretaría de Salud. Rendición de Cuentas en Salud 2008. México: Secretaría de Salud, 2009.
42. Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. 2ª edición. México: Fondo de Cultura Económica, 2006.
43. Sepúlveda J, Bustreo F, Tapia R, Rivera J, Lozano R, Olaiz G, et al. Aumento de la sobrevivencia en menores de cinco años en México: la estrategia diagonal. *Salud Publica Mex* 2007; 49 supl 1:S110-S125.
44. Stevens G, Mascarenhas M, Mathers C. Riesgos para la salud mundial: progresos y desafíos. BLT OMS [serie en internet] 2009 [consultado 2010 julio 1] 87:645-732. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/9/09-070565/es/index.html>.
45. *The Breast Journal* Volume 13, Supplement 1 May/June 2007
46. The World Bank. Global Monitoring Report 2009 A Development Emergency. Washington (DC): The World Bank, 2009.
47. The World Bank. Public Policy and the Challenge of Chronic Noncommunicable Diseases. Washington (DC): The World Bank, 2007.
48. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization, 2009.
49. World Health Organization. Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing: WHO report 2009. Switzerland: World Health Organization, 2009.

Acrónimos y abreviaturas

ADN: Ácido desoxirribonucleico	DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud
AH1N1: Subtipo de la Influenzavirus A.	DGED: Dirección General de Evaluación del Desempeño
APF: Administración Pública Federal	DGEPI: Dirección General de Epidemiología
APP: Alianza público-privada, empleada para la atención de la tuberculosis en México	DGIS: Dirección General de Información en Salud
ARV: Antirretrovirales	DGPOP: Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto
ATVM: Accidentes de tránsito de vehículo de motor	DM: Diabetes mellitus
AVAD: Años de vida ajustados en función de la discapacidad	DOF: Diario Oficial de la Federación
BHGI: Iniciativa mundial de salud de la mama (por sus siglas en inglés)	DPP-4: Dipeptidil Peptidasa IV
BM: Banco Mundial	EAQ: Eventos adversos quirúrgicos
CACU: Cáncer cérvico-uterino	EDA: Enfermedad diarreica aguda
CAUSES: Catálogo Universal de Servicios de Salud	EEMHI: Enfermedades endócrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas
CENAVECE: Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades	ENIGH: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
CeNSIA: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia	ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
CENSIDA: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA	EUM: Estados Unidos Mexicanos
CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la salud, 10ª revisión	EVN: Esperanza de vida al nacimiento
CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud	FASSA: Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
COEFAR: Comités Estatales de Farmacorresistencia	GANAFAR: Grupo Asesor Nacional de Farmacorresistencia
COFEPRIS: Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios	GPC: Guías de Práctica Clínica
CONAMED: Comisión Nacional de Arbitraje Médico	GpR: Gestión para Resultados
CONAPO: Consejo Nacional de Población	HbA1c: Hemoglobina glicosilada
CONVAL: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social	HDL: Lipoproteína de alta densidad
CS: Centros de salud	HSH: Hombres que tienen sexo con otros hombres
CTESIOM: Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio	IARC: Agencia Internacional de Investigaciones sobre el cáncer (Por sus siglas en inglés)
DGACS: Dirección General Adjunta de Calidad en Salud	IDH: Índice de Desarrollo Humano
	ILE: Interrupción legal del embarazo
	IMC: Índice de masa corporal
	IMESEVI: Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial
	IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

- IMSS-Oport:** Instituto Mexicano del Seguro Social régimen Oportunidades
- INDICAS:** Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud
- INEGI:** Instituto Nacional de Estadística y Geografía
- IRA:** Infección respiratoria aguda
- ISH:** Sociedad Internacional de Hipertensión Arterial (por sus siglas en inglés)
- ISSE:** Instituciones de Seguridad Social Estatales
- ISSSTE:** Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- ITS:** Infección de transmisión sexual
- LFPRH:** Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
- LGS:** Ley General de Salud
- mdp:** Millones de pesos
- MEF:** Mujer en edad fértil
- MIR:** Matriz de indicadores para resultados
- NOM:** Norma Oficial Mexicana
- NVE:** Nacidos vivos estimados
- OCDE:** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
- ODM:** Objetivos de Desarrollo del Milenio
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- ONU:** Organización de las Naciones Unidas
- ONUSIDA:** Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
- OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- PAE:** Programa Anual de Evaluación de los Programas Federales de la APF
- PAT:** Programa anual de trabajo
- PbR:** Presupuesto basado en resultados
- PEF:** Presupuesto de Egresos de la Federación
- PEMEX:** Petróleos Mexicanos
- PIB:** Producto Interno Bruto
- PMP:** Programa de mediano plazo
- PND:** Plan Nacional de Desarrollo
- PNUD:** Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
- PPEF:** Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación
- PROGRESA:** Programa de Educación, Salud y Alimentación
- PROSESA:** Programa Sectorial de Salud
- PROVAC:** Programa de Vacunación
- RENASIDA:** Registro Nacional de Personas con SIDA en Tratamiento
- RMM:** Razón de mortalidad materna
- SAQMED:** Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes
- SED:** Sistema de Evaluación del Desempeño
- SEDENA:** Secretaría de la Defensa Nacional
- SEED:** Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones
- SEMAR:** Secretaria de Marina
- SESA:** Servicios Estatales de Salud
- SESS:** Servicios Estatales de Seguridad Social
- SFP:** Secretaría de la Función Pública
- SHCP:** Secretaría de Hacienda y Crédito Público
- 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
- SINAIS:** Sistema Nacional de Información en Salud
- SMNG:** Seguro Médico para una Nueva Generación
- SNS:** Sistema Nacional de Salud
- SPPS:** Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud
- SPS:** Seguro Popular de Salud
- SPSS:** Sistema de Protección Social en Salud
- SRI:** Sistemas de retención infantil
- SS:** Secretaría de Salud
- TAES:** Tratamiento acortado estrictamente supervisado
- TB:** Tuberculosis
- TB-MDR:** Tuberculosis multidrogorresistente
- TB-XDR:** Tuberculosis extramultirresistente
- TFG:** Tasa de fecundidad general
- TMG:** Tasa de mortalidad general
- UMM:** Unidades médicas móviles
- UNEMES:** Unidades 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 2009, manifiesta su agradecimiento a los representantes de las siguientes Unidades Administrativas 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 de Accidentes
- Centro Nacional para la Prevención y Control de VIH/SIDA
- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud
- Coordinación de Asesores de la Subsecretaría de Administración y Finanzas
- Coordinación de Asesores de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
- 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, agradece de manera particular a las siguientes personas, quienes brindaron desinteresadamente tiempo y esfuerzo para la realización de este informe:

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| ● María Teresa Aguilar Romero | ● Fermín Juárez Garrido |
| ● Martha Alicia Alcántara Balderas | ● Dayana Pineda Pérez |
| ● Patricia de Lourdes Barrón Belmonte | ● Esteban Puentes Rosas |
| ● Alma Patricia Cáliz Morales | ● Ramiro Tamayo Rodríguez |
| ● Magdalena Castro Onofre | ● Valentín Vargas Arenal Leopoldo |
| ● Francisco Hernández Torres | |

Finalmente, a todos los trabajadores de la Dirección General de Evaluación del Desempeño, ya que Rendición de Cuentas en Salud 2009, es resultado del trabajo conjunto de esta Dirección General.

Rendición de Cuentas en Salud 2009

se terminó de imprimir en noviembre de 2010

La edición consta de 1 000 ejemplares

y estuvo al cuidado de la Dirección General

de Evaluación del Desempeño

de la Secretaría de Salud.

