

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



# RENDICIÓN DE CUENTAS EN SALUD 2012

SECRETARÍA DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN  
Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO



# **Rendición de Cuentas en Salud 2012**



**Rendición de Cuentas  
en Salud  
2012**

## Rendición de Cuentas en Salud 2012

Primera edición, 2013  
D.R.© Secretaría de Salud  
Lleja 7, Col. Juárez  
06696 México, D.F.

ISBN 978-607-460-449-8

Impreso y hecho en México  
Printed and made in Mexico.

Rendición de Cuentas en Salud 2012 estuvo a cargo del Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dr. Luis Rubén Durán Fontes, con la colaboración de la Dirección General de Evaluación del Desempeño.

En la elaboración del informe participaron Francisco Javier Garrido Latorre, Laura Elena Gloria Hernández, José Antonio Tapia Cruz, Alfonso Velázquez Solórzano, Ana Rosa Ramírez Herrera, Blanca Margarita Villa Contreras, Ma. Eulalia Mendoza García, Pavel Hernández Camacho, Ronaldo Vega Rosas y Francisco Yair Campos Ríos de la DGED en la Secretaría de Salud.

Rendición de Cuentas en Salud 2012 puede recuperarse totalmente de la siguiente dirección en Internet:  
[www.dged.salud.gob.mx](http://www.dged.salud.gob.mx)

# Índice

Introducción	9
I. Cumplimiento 2012 de las Metas Estratégicas del PROSESA 2007-2012	13
Objetivo I. Mejorar las condiciones de salud de la población	15
Meta 1.1 Esperanza de vida al nacer	16
Meta 1.2 Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en población menor de 65 años de edad	18
Meta 1.3 Tasa de mortalidad por diabetes mellitus	20
Meta 1.4 Prevalencia del consumo, por primera vez, de drogas ilegales en población de 12 a 17 años de edad, según sexo	22
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	24
Meta 1.6 Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años o más	26
Meta 1.7 Número de muertes causadas por accidentes de tránsito de vehículos de motor en población de 15 a 29 años de edad	28
Objetivo 2. Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas	31
Objetivo 3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad	33
Meta 3.1 Porcentaje de unidades de salud acreditadas que prestan servicios al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)	34
Meta 3.2 Porcentaje de unidades de salud que han implementado medidas para prevenir eventos adversos	36
Meta 3.3 Tasa anual de infecciones nosocomiales	38
Objetivo 4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud	41
Meta 4.1 Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud	42
Meta 4.2 Porcentaje de hogares que incurren en gastos catastróficos por motivos de salud	44
Objetivo 5. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país	47
Meta 5.1 Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años que presentan bajo peso para su talla en los 100 municipios con menor IDH	48

II. Seguimiento de Metas de los Objetivos de desarrollo del Milenio	53
Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre	55
Prevalencia de bajo peso en menores de 5 años	56
Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años	59
Mortalidad de menores de 5 años de edad	60
Mortalidad infantil	62
Proporción de niños de un año de edad vacunados contra el sarampión	64
Objetivo 5. Mejorar la salud materna	67
Razón de mortalidad materna	68
Proporción de partos atendidos por personal calificado	70
Promedio de consultas prenatales por embarazada atendida en las instituciones del Sistema Nacional de Salud	72
Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	75
Seguimiento de las metas para VIH/SIDA	76
Prevalencia de VIH en población adulta de 15 a 49 años de edad	76
Incidencia de SIDA según año de diagnóstico	78
Proporción de hombres que tienen sexo con hombres que usó preservativo en la última relación sexual	80
Mortalidad por VIH/SIDA	82
Seguimiento de las metas para paludismo y tuberculosis	84
Incidencia de paludismo	84
Proporción de tratamientos otorgados a casos confirmados de paludismo en menores de 5 años, para la prevención, control y eliminación de la transmisión del Plasmodium Vivax	86
Incidencia de tuberculosis todas las formas	88
Mortalidad por tuberculosis todas las formas	90
III. Indicadores Básicos de Salud Poblacional y de Operación del Sistema de Salud	95
Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa	96
Información presupuestal de la Secretaría de Salud	117
Anexos	125
Notas metodológicas	127
Cuadro estadístico	130
Bibliografía	132
Acrónimos y abreviaturas	134
Agradecimientos	135

# Introducción

**P**ara responder a la obligación de seguir fortaleciendo los mecanismos de rendición de cuentas dentro del Sector Salud, promover la transparencia y legitimar las labores de las instituciones públicas de salud, así como para brindar elementos que estimulen la participación de la sociedad en su conjunto respecto de las actividades y acciones que desarrolla el Sistema Nacional de Salud (SNS), la Secretaría de Salud (SS) pone a disposición de la población el informe Rendición de Cuentas en Salud 2012.

En este informe se expone a la sociedad el grado de cumplimiento final registrado de 2007 a 2012 para las 15 metas estratégicas establecidas en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA 2007-2012), cumplimiento que da cuenta de los esfuerzos realizados por las instituciones públicas de salud para afrontar los retos y problemas que en materia de salud enfrenta la población del país y para mejorar la coordinación y operación del SNS. Dichas metas se vincularon con la instrumentación e implantación de las 10 estrategias y las 74 líneas de acción que se definieron en dicho documento para cumplir con los cinco objetivos estratégicos establecidos durante la pasada administración: 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.

Asimismo, en este informe se reporta el avance registrado hasta el 2012 respecto del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) vinculados con el tema de salud, compromiso asumido por México con la Organización de las Naciones Unidas (ONU) desde el año 2000, y cuyo cumplimiento se estableció para el año 2015.

Como en las ediciones previas, este informe incluye tres capítulos. En el primero se describen los resultados (de 2007 a 2012) de las 15 metas estratégicas del PROSESA 2007-2012; mientras que en el segundo capítulo se reporta el grado de avance obtenido hasta 2012 respecto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio vinculados al apartado de salud de la población, siendo ambos capítulos la parte sustantiva del informe.

Es importante señalar que en apego a las disposiciones oficiales relacionadas con el uso de nuevas fuentes de información y de metodologías para generar dicha información, emitidas durante 2013, se adecuaron los valores de los indicadores, lo que implicó reajustar la meta y reconstruir la serie de valores para cada uno de ellos, que en el caso de los relacionados con las metas estratégicas corresponde al periodo de 2006 a 2012 y para los indicadores de los ODM de 1990 a 2012. Estas adecuaciones se debieron a la utilización de las proyecciones de la población de México 2010-2050, elaboradas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), así como a la adopción de la nueva metodología para generar la información vinculada con los indicadores de mortalidad infantil, razón de mortalidad materna y para aquellos cuyo denominador son los nacimientos. En el apartado de notas metodológicas se describe en qué consistió el cambio de metodología y el uso de nuevas fuentes de información.

Esto debe tomarse en cuenta, a fin de que el lector tenga los elementos necesarios para valorar el grado de avance registrado en cada indicador, pero sobre todo para que no existan confusiones al comparar los resultados de este informe con los reportados en años previos. Cabe señalar que en este informe no se incluyó el análisis de los indicadores y metas relacionadas con la razón de mortalidad materna y la mortalidad infantil para los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano (IDH), respectivamente, dado que al momento de elaborar este documento aún no se disponían de las cifras correspondientes, las cuales estaban siendo generadas por el grupo de trabajo para estas mortalidades.

Por su parte, el capítulo III presenta los resultados para 2012 de los indicadores denominados: Básicos de Salud Poblacional y de Operación del Sistema de Salud, los cuales incluyen a los relacionados con la información presupuestaria de la Secretaría de Salud para ese año. El propósito de este capítulo es brindar evidencias sobre las condiciones de salud de la población, la disponibilidad de recursos y la productividad de los servicios a nivel nacional y en las entidades federativas, lo que permite contextualizar los esfuerzos que el Sector Salud realiza para mejorar las condiciones de vida y de bienestar de la población y para mejorar el desempeño de las instituciones públicas de salud que conforman al Sistema de Salud del país.

Finalmente, se incluyen los apartados de: anexos (notas metodológicas y cuadros estadísticos), bibliografía y de acrónimos y abreviaturas con el objetivo de apoyar al lector durante el análisis de este documento.



# Cumplimiento 2012 de las Metas Estratégicas del PROSESA 2007-2012

Mejorar las condiciones de salud de la población

---

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

---

Prestar servicios de salud con calidad y seguridad

---

Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud

---

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



# Cumplimiento 2012 de las Metas Estratégicas del PROSESA 2007-2012

**E**n el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo para dicha administración, se establecieron cinco objetivos que constituyeron la respuesta de las instituciones públicas del Sector Salud a los retos que enfrenta el país en materia de salud y a las prioridades del gobierno con respecto del desempeño de las instituciones. Estos objetivos fueron: 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.

Para valorar el cumplimiento de los cinco objetivos establecidos en el PROSESA 2007-2012 se definieron 15 metas estratégicas, a cumplirse en 2012. Su seguimiento, además, da cuenta de la forma en que las instituciones públicas de salud instrumentaron las diez estrategias y 74 líneas de acción planteadas en el PROSESA, a través de las cuales se contempló avanzar para que México dispusiera de un sistema de salud integrado y universal que garantizara el acceso a servicios esenciales de salud a toda la población.

Concluido el periodo de implantación del PROSESA 2007-2012, en este capítulo se exponen los resultados finales del cumplimiento de sus metas, aportando los resultados de 2007 a 2012 para cada una de ellas. La presentación de estos resultados se basa en el objetivo al que se vinculó cada una de las metas. Cabe destacar que para las metas: “disminuir en 10% la prevalencia de consumo, por primera vez, de drogas ilegales en la población de 12 a 17 años de edad” y “reducir 20% la prevalencia de desnutrición en menores de 5 años en los 125 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH)” no se dispuso de información que permita determinar su cumplimiento; sin embargo, con el afán de aportar evidencias que muestren la situación que impera en el país respecto de ambos temas se incorporó el análisis sobre el consumo de drogas ilegales en la población de 12 a 17 años de edad y el de

prevalencia de desnutrición aguda (emaciación) en niños menores de cinco. Por su parte, no se incluyeron las metas de razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad infantil en los 125 municipios con menor IDH, dado que no se contó con la información requerida.

Es importante señalar que los resultados de algunos de los indicadores vinculados con las metas estratégicas difieren de los reportados en las versiones previas de este informe, debido a que se utilizaron, como denominador, las proyecciones de población de México con base en el censo de 2010 elaboradas por el CONAPO; asimismo, en los indicadores de mortalidad infantil, mortalidad en menores de 5 años y razón de mortalidad materna, a nivel nacional y por entidad federativa, y en general para todos aquellos cuyo denominador son los nacimientos, se adoptó la metodología y las fuentes de información establecidas por el grupo interinstitucional para el cálculo de dichas mortalidades.\* En el apartado de notas metodológicas del Anexo, se describe en qué consiste el cambio de fuentes de información y el método de cálculo de estos indicadores.

Por su parte, para determinar el grado de cumplimiento de cada una de las metas se sigue utilizando la metodología establecida desde el año de 2009, la cual consiste en obtener el porcentaje de avance registrado durante el año de estudio de que se trate con relación a la meta establecida para 2012 y respecto del nivel de cambio observado en cada meta a partir de la línea base de 2006

---

\* El grupo interinstitucional se conformó por representantes del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Consejo Nacional de Población (CONAPO), Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA), Dirección General de Epidemiología (DGEPI), Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) y la Dirección General de Información en Salud (DGIS), instituciones que a su vez participan en los siguientes comités, de acuerdo con la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica: Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (CTESIODM), Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud (CTESS) y Comité Técnico Especializado de Población y Dinámica Demográfica.

(en la sección de Anexo se describe el procedimiento). Dicho cumplimiento se desagrega, cuando los datos así lo permiten, a nivel nacional, por entidad federativa e institución pública de salud. Debe tomarse en cuenta que algunos de los resultados por institución pública de salud se sustentan en la estimación de la población usuaria para cada una de ellas.

Finalmente, debe considerarse que la mayoría de los datos para 2012 corresponden a cifras preliminares, ello debido a los procesos de integración, revisión, validación y difusión de la información que efectúan las instituciones y dependencias que forman parte del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), situación que se indica en cada caso; la información de años previos, por su parte, corresponde a cifras consolidadas.

Con base en lo anterior, en este capítulo se reporta el nivel de cumplimiento anual obtenido de 2007 a 2012 para las

15 metas estratégicas definidas en el PROSESA 2007-2012. Los resultados dan cuenta de lo complejo que resulta enfrentar los retos en materia de salud de la población y de operación del sistema, ya que a pesar de los esfuerzos realizados por las instituciones públicas de salud, los logros se ven limitados por problemas estructurales como la pobreza y la desigualdad, así como por factores de gestión y operación de los servicios. En este sentido, Rendición de Cuentas en Salud 2012 constituye una herramienta que puede coadyuvar a mejorar los procesos de definición e implantación de políticas en salud, de planeación y de gestión de los sistemas, al aportar evidencias sobre las acciones que tuvieron éxito, pero sobre todo respecto de las acciones que pueden mejorarse de acuerdo con el cumplimiento registrado por cada una de las metas.

# Objetivo 1

## Mejorar las condiciones de salud de la población

A finales de 2006 y principios de 2007, el Gobierno Federal convocó a todos los sectores de la sociedad para definir las prioridades y retos que debían ser atendidos en el país; consulta que sentó las bases para la emisión del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012. En materia de salud, y con apego al PND, la participación de la sociedad permitió definir los cinco objetivos que sustentaron la implantación del PROSESA 2007-2012.

El primero de estos objetivos fue “mejorar las condiciones de salud de la población”, dada la importancia que tiene para el desarrollo nacional, para el aumento del capital social, para la convivencia social y para mejorar el bienestar de la gente. Mejorar las condiciones de salud de la población es la razón de ser de todo sistema de salud en el mundo.

En este sentido, en el PROSESA 2007-2012 se definieron siete metas estratégicas con el fin de valorar el cumplimiento del objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población: 1) aumentar la esperanza de vida al nacer 1.5 años, 2) disminuir 15% la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en la población menor de 65 años de edad, 3) reducir 20% la velocidad de crecimiento de la mortalidad por diabetes mellitus con respecto a la tendencia observada entre 1995-2006, 4) disminuir en 10% la prevalencia de consumo, por primera vez, de drogas ilegales en la población de 12 a 17 años de edad, 5) incrementar al triple la cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 50 a 69 años de edad, 6) disminuir 27% la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años y más de edad, y 7) reducir 15% el número de muertes causadas por accidentes de tránsito de vehículos de motor en población de 15 a 29 años de edad, todas ellas teniendo como línea base el dato de 2006, excepto el relacionado con diabetes mellitus.

La definición de estas metas reflejaron los retos que en materia de salud de la población enfrentaba —y sigue enfrentando— el Sistema Nacional de Salud (SNS), los cuales se relacionan con el predominio de las enfermedades no transmisibles y las lesiones dentro de las principales causas de enfermedad y muerte. Tal predominio se debe en gran parte al envejecimiento de la población y al creciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables.

A seis años de haber iniciado la implantación del PROSESA 2007-2012 y de haber ejecutado los programas y servicios que permitirían cumplir con las metas vinculadas al presente objetivo, en este informe se reportan los avances en cada una de ellas.

## Meta 1.1

### Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida al nacer (EVN) es un indicador que aporta información sobre el promedio de años que podría vivir una persona a partir de su nacimiento, de mantenerse a lo largo de su vida las condiciones de mortalidad que prevalecían en ese momento; información que, además, de manera indirecta permite valorar los avances en materia de salud, nivel de desarrollo y la calidad de vida de la población. En el PROSESA 2007-2012 se definió como meta “aumentar en 1.5 años la esperanza de vida al nacer de la población mexicana respecto del valor que registró el indicador en 2006”; con la información de las proyecciones 2010-2050 elaboradas por el CONAPO, esto implicaba pasar de una EVN de 74.02 años en 2006 a una de 75.52 en 2012.

Dichas proyecciones muestran que la EVN de los mexicanos en 2012 fue de 74.27 años (71.40 para hombres y 77.28 para mujeres), lo que implica que de 2006 a 2012 la ganancia en años de vida para la población en general fue de sólo 0.24, lo que equivale a un incremento de 0.33%. Con ello, el cumplimiento de la meta sólo fue del 16.17%. Cabe señalar que, de acuerdo con las proyecciones de población, entre 2006 y 2009 se registró una reducción de la EVN de 0.06 años, al pasar de 74.02 años en 2006 a 73.97 años en 2009 y a partir de este último año la EVN volvió a registrar una tendencia ascendente, permitiendo que de 2009 a 2012 la ganancia en años registrada fuera de 0.30, equivalente a un incremento de 0.40% (Cuadro I.1 y Figura I.1).

El comportamiento de este indicador durante los últimos 23 años (a partir de 1990) da cuenta de la dificultad que existe para lograr mayores ganancias en la EVN de la población conforme pasa el tiempo, observando actualmente aumentos marginales en el indicador; es decir, de 1990 a 2012 el incremento en la EVN fue de 3.85 años, correspondiendo a 4.37 años en hombres y a 3.29 en mujeres (Figura I.1). En el periodo de 1991 a 1994 la EVN aumentó 1.47 años (1.79 en hombres y 1.13 años en mujeres); de 1995 a 2000 la ganancia fue de 1.35 años (1.66 años en hombres y 1.02 en mujeres); de 2001 a 2006 la EVN aumentó en 0.78 años (0.93 en hombres y 0.63 en mujeres) y en el periodo de 2007 a 2012 este indicador sólo aumentó en 0.24 años, destacando que en este periodo la EVN masculina decreció en 0.01 años mientras que la femenina aumentó 0.51 años (Figura I.2).

Como se observa, los aumentos más importantes en la EVN se registraron en la década de los noventa, lo cual fue resultado de las reducciones registradas en la mortalidad del país durante ese periodo, sobre todo en la infancia, y por los efectos de la preven-

ción y control de los padecimientos infectocontagiosos, las enfermedades prevenibles por vacunación y de las causas relacionadas con la desnutrición, mismos que durante esa época constituían las principales causas de morbilidad y mortalidad (Figura I.2).

Entre las entidades federativas, durante 2012, Baja California Sur y el Distrito Federal fueron quienes registraron las EVN más altas del país con 75.71 años cada una. En Baja California Sur la EVN masculina fue de 73.11 años y la femenina de 78.45, mientras que en el Distrito Federal la EVN de los hombres fue de 73.30 y la de las mujeres de 78.24 años. En el extremo opuesto se ubicaron Chihuahua con una EVN de 70.65 años (66.06 años en hombres y 75.48 en mujeres) y Guerrero con 72.25 años (68.77 en hombres y 75.90 años en mujeres). Con ello, la EVN en Baja California Sur y el Distrito Federal fue 5.06 años más alta que la de Chihuahua, superando, además, en 1.45 años al indicador para el país; en contraste, la EVN en Chihuahua fue 3.61 años menor a la del país (Figura I.3).

Al comparar la EVN que se reportó en 2012 en las entidades federativas respecto de los 75.52 años establecidos como meta para el país, se observó que sólo Baja California Sur y el Distrito Federal superaron dicha meta; el resto de las entidades se ubicó por debajo de la meta. Los estados en donde se registraron las menores EVN fueron: Chiapas, con 72.3 años, 3.22 años menos que la meta, Oaxaca, cuya EVN se ubicó 3.25 años por debajo de la meta nacional, Guerrero con 3.28 años menos de lo requerido y Chihuahua con 4.87 años menos respecto de la meta (Figura I.3).

A nivel nacional, la EVN de las mujeres durante 2012 fue 5.88 años mayor que la masculina; comportamiento que se repite en todas las entidades federativas del país, destacando los casos de Chihuahua, Sinaloa, Baja California, Durango y Guerrero donde la EVN femenina rebasó a la masculina en 9.42, 7.99, 7.25, 7.22 y 7.13 años, respectivamente (Figura I.3).

Por otra parte, en el periodo 2006-2012 Chiapas fue el estado que registró el mayor incremento de su EVN al pasar de 71.48 a 72.30 años de EVN, es decir un incremento de 0.82 años (0.88 años de incremento entre los hombres y de 0.75 entre las mujeres) y fue seguido por Puebla con 0.62 años de incremento (0.63 entre los hombres y 0.61 entre las mujeres). En contraste, para el mismo periodo, la EVN en Chihuahua disminuyó 2.07 años, en Sinaloa y Nuevo León la reducción fue de 0.99 años, en Durango de 0.74 años, en Nayarit 0.32 años y en Coahuila y Tamaulipas la disminución fue 0.17 años, respectivamente (Figura I.4).

**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, 2012

Indicador	2006 (A)	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Esperanza de vida al nacimiento 2/	74.02	74.13	74.03	73.97	73.97	74.13	74.27	75.52	16.17	0.33

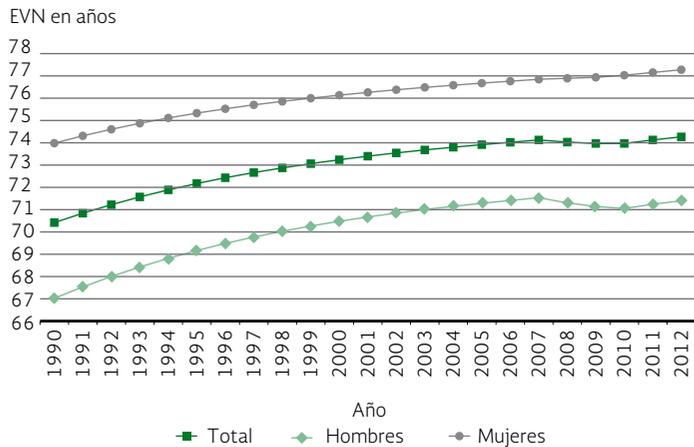
1/ Calculado como: (B-A)/(C-A)\*100

2/ Medida en años

Fuente: Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura I.1**

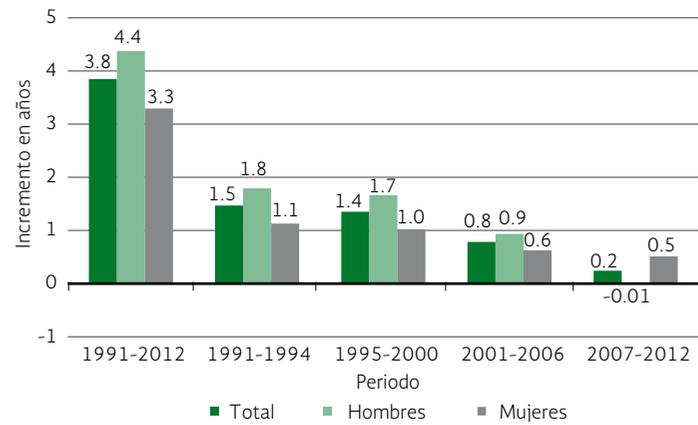
Esperanza de vida al nacer, por sexo; México, 1990-2012



Fuente: Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura I.2**

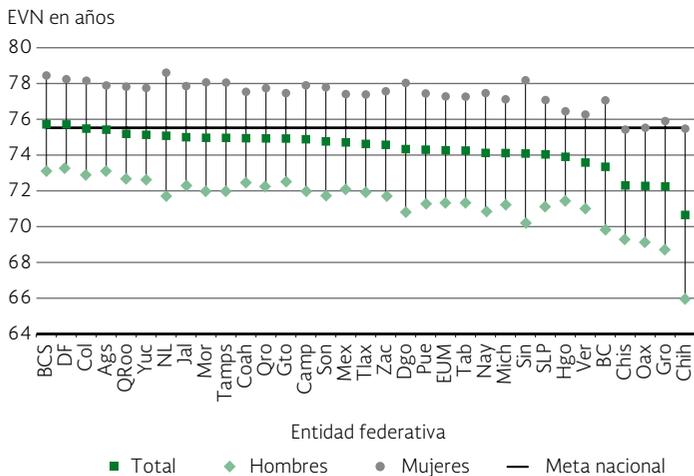
Incremento de la esperanza de vida al nacer por periodos de tiempo seleccionados; México, 1991-2012



Fuente: Estimaciones de la DGED-SS con base en Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura I.3**

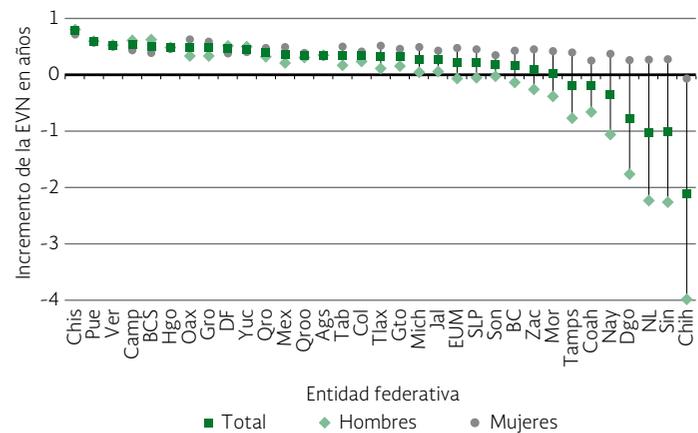
Esperanza de vida al nacer por entidad federativa y sexo; México, 2012



Fuente: Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura I.4**

Incremento de la esperanza de vida al nacer entre 2006 y 2012, por entidad federativa y sexo; México, 2012



Fuente: Estimaciones de la DGED-SS con base en Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

## Meta 1.2

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

Durante la elaboración del PROSESA 2007-2012 se incluyó la meta de “reducir 15% la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón (EIC) entre la población menor de 65 años de edad respecto de la mortalidad por esta causa y para este grupo de edad que se registró en 2006”. Durante ese año las EIC provocaron 53,619 muertes, lo que representó el 10.9% del total de defunciones en el país, y con ello estas enfermedades se ubicaron en la segunda posición dentro de las principales causas de muerte a nivel nacional. Del total de defunciones por EIC, 13,457 decesos correspondieron a personas menores de 65 años de edad, es decir el 25.1% del total, y con ello la tasa de mortalidad ascendió a 13.2 defunciones por cien mil habitantes para 2006. A partir de ello, dar cumplimiento a la meta implicaba que en 2012 la tasa de mortalidad por EIC no debería superar las 11.2 defunciones por cada cien mil habitantes menores de 65 años (Cuadro I.2).

Para 2012, el número preliminar de defunciones por EIC ascendió a 69,177 (cifra que representó el 12% del total de muertes en el país), provocando que estas enfermedades se mantuvieran como la segunda causa de muerte en México. Del total de muertes por EIC en este año, 16,710 corresponden a menores de 65 años de edad, lo que se traduce en una tasa de mortalidad por EIC de 15.3 defunciones por cada cien mil habitantes del grupo de edad. A partir de esta tasa se observó que la meta no fue cumplida dado que se requería una reducción de la mortalidad, pero sin embargo ésta registró un incremento de 15.8% respecto de la tasa de 2006; asimismo, la mortalidad registrada en 2012 fue mayor que la meta (11.2 defunciones por cien mil habitantes menores de 65 años) en 36.2% (Cuadro I.2).

Las EIC provocan una mayor mortalidad entre los hombres que entre las mujeres. En 2012 la mortalidad por IEC entre los hombres menores de 65 años fue de 22 defunciones por cien mil personas de esa edad y entre las mujeres de 8.7 decesos, lo que implicó que el riesgo de morir por esta causa entre los varones fue 2.5 veces más alto que el riesgo entre las mujeres. Destaca que de 1990 a 2012, el incremento registrado en la tasa de mortalidad de los varones fue de 52.8% y entre las mujeres de 26.5% (Figura I.5).

El predominio de las enfermedades no transmisibles en el panorama epidemiológico de México, en gran parte, se debe al envejecimiento poblacional. Al respecto, de las 69,177 defunciones por EIC que se registraron en 2012, el 43.6% se concentró entre la población mayor de 80 años de edad, el 32.2% entre la población de 65 a 79 años y el 24.1% entre la población de 15 a 64 años. Destaca que a partir de los 75 años de edad la proporción de muertes entre las mujeres es mayor a la de los hombres, lo cual implica

que los hombres mueren a edades más tempranas debido a esta enfermedad, mientras que en las mujeres los decesos se concentran a partir de dicha edad (Figura I.6).

Con base en la información preliminar de 2012, Sonora fue el estado que registró la tasa de mortalidad por EIC más alta con 25.6 decesos por cada cien mil habitantes menores de 65 años, seguido por Tamaulipas con 23.4 muertes; en contraste, Tlaxcala y Oaxaca registraron las tasas más bajas del país con 8 decesos por cien mil habitantes menores de 65 años cada uno. Con ello, el riesgo de morir por esta causa en Sonora fue 3.2 veces más alto que el riesgo en Tlaxcala y Oaxaca y 1.7 veces mayor al que se reporta a nivel nacional (Figura I.7).

Entre la población masculina, la tasa de mortalidad por EIC más alta del país durante 2012 se registró en Sonora, con 38.6 defunciones por cien mil varones de 0 a 64 años de edad y la tasa más baja en Oaxaca con 11 muertes; ello implicó que el riesgo de morir por una EIC en la población masculina de Sonora fuera 3.5 veces mayor al riesgo de los varones de Oaxaca. Entre la población femenina, la tasa de mortalidad más elevada se registró en Durango con 14.9 decesos y la más baja en Quintana Roo con 3.5 muertes por cien mil mujeres menores de 65 años, es decir, una tasa 4.3 veces menor a la de Durango. La diferencia de tasas según sexo al interior de cada entidad federativa es más importante en Quintana Roo, dado que la tasa de mortalidad entre los hombres menores de 65 años fue 3.8 veces más alta que la de las mujeres del mismo grupo de edad y, en el extremo opuesto, la menor diferencia se registró en Chiapas, donde la tasa entre los varones sólo fue 1.6 veces mayor a la mortalidad de las mujeres (Figura I.7).

Reducir el número de decesos debidos a las EIC es un reto que atañe a la sociedad en su conjunto y en especial a las instituciones públicas de salud. Al respecto, durante 2012, los servicios médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX) registraron la mortalidad por EIC más elevada con 19.7 defunciones por cada cien mil usuarios con menos de 65 años de edad y le siguió la tasa observada entre la población sin seguridad social que hace uso de los servicios médicos de la SS y del Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-Oport) que fue de 18.7 muertes; en contraste, los servicios médicos de la Secretaría de Marina (SEMAR) registraron una tasa de 7.9 defunciones por cada cien mil usuarios de ese grupo de edad. Con ello, el riesgo de fallecer a causa de una EIC entre los usuarios de los servicios médicos de PEMEX es 2.5 veces mayor al que tienen los usuarios de la SEMAR (Figura I.8).

**Cuadro I.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, 2012

Indicador	2006 (A)	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (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 a 65 años de edad 2/	13.17	13.83	14.30	15.11	15.83	15.59	15.25	11.20	-105.27	15.79

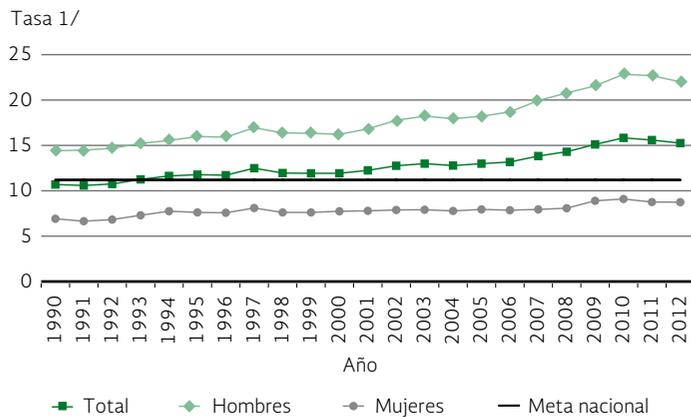
1/ Calculado como:  $(B-A)/(C-A)*100$ . Una cifra (-) representa el porcentaje en que se incrementó el valor para cumplir con la meta, ello debido a que la última cifra disponible (2012) fue mayor a la registrada como línea base

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

Fuente: Defunciones 1995-2011, INEGI-SS; SEED 2012, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura I.5**

Mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en población menor de 65 años, por sexo; México, 1990-2012

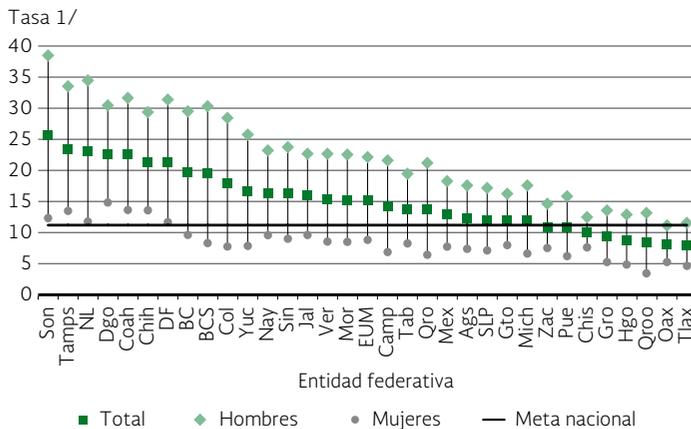


1/ Tasa observada por 100 mil habitantes con menos de 65 años de edad

Fuente: Defunciones 1990-2011, INEGI-SS; SEED 2012, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura I.7**

Mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en población menor de 65 años de edad, por entidad federativa y sexo; México, 2012

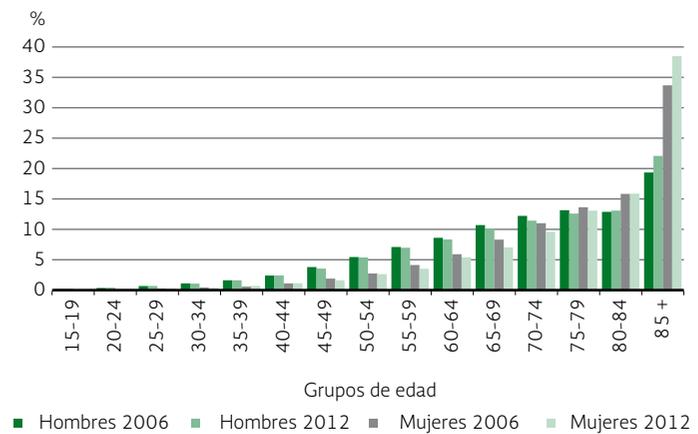


1/ Tasa observada por 100 mil habitantes con menos de 65 años de edad

Fuente: SEED 2012, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura I.6**

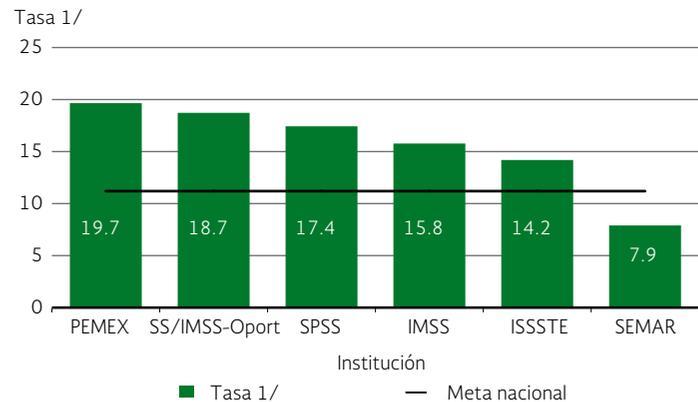
Distribución porcentual de las defunciones por enfermedad isquémica del corazón, por sexo y grupos de edad; México, 2006 y 2012



Fuente: Defunciones 2006, INEGI-SS; SEED 2012, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura I.8**

Mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en población menor de 65 años por institución; México, 2012



1/ Tasa observada por 100 mil menores de 65 años usuarios de los servicios de salud

Fuente: SEED 2012, preliminar, DGIS-SS y estimaciones de la población usuaria DGIS-DGED

## Meta 1.3

### Tasa de mortalidad por diabetes mellitus

La diabetes mellitus (DM) se ha constituido en uno de los principales retos para el Sistema de Salud Mexicano. Durante la elaboración del PROSESA 2007-2012, por ejemplo, se observó que la tasa de mortalidad por esta causa pasó de 29.6 defunciones por cien mil habitantes en 1990 a 63.1 muertes en 2006, lo que equivale a un incremento de 113.3% y a una velocidad de crecimiento promedio anual de 4.7% en dicho periodo. Desde 1999 la DM es la principal causa de muerte en el país, mientras que en 2006, de acuerdo con la información del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, el número de casos nuevos registrados de DM ascendió a 409,580, de los cuales 394,360 correspondieron a la DM tipo II (no insulino dependiente) y el resto a DM tipo I (insulino dependiente), lo que se tradujo en incidencias de 366.8 casos y de 14.2 casos por cien mil habitantes, respectivamente.

Por ello, en el PROSESA 2007-2012 se estableció la meta de “reducir en un 20% la velocidad de crecimiento de la mortalidad por DM con respecto a la tendencia observada entre 1995-2006”. Para su seguimiento se estimó que dicha velocidad de crecimiento ascendió a 5.3% anual y a partir de ella se calculó que la meta de 2007 hasta 2012, era lograr que el crecimiento promedio anual no superara un 4.2%; asimismo determinó que, a partir de la velocidad de crecimiento establecida como meta, la tasa de mortalidad observada por diabetes mellitus no debería superar las 81.3 defunciones por cien mil habitantes en 2012 (Cuadro I.3).

Al respecto, los datos preliminares de 2012 indicaron que la velocidad de crecimiento para ese año fue de 7%, es decir un 65.1% más alto de lo que se requería para cumplir la meta. Sin embargo, la tasa de mortalidad por DM en 2012 ascendió a 74.8 defunciones por cada cien mil habitantes, cifra que se ubicó por debajo de la meta un 8%, lo que equivale a haber cumplido con el compromiso para este indicador (Cuadro I.3).

La velocidad de crecimiento de la mortalidad por DM se ha comportado de manera irregular, como se observa en el Cuadro I.3, destacando los años de 2008, 2010 y 2012 dado que el indicador fue superior a la meta; a pesar de ello, y gracias al comportamiento de 2007, 2009 y 2011, la velocidad anual promedio de crecimiento para todo el periodo (de 2006 a 2012) fue de 2.9% (3.5% en hombres y 2.3% en mujeres), lo que permite establecer que para este indicador se cumplió la meta de no rebasar un 4.2% de crecimiento. En cuanto a la tasa de mortalidad por DM, el incremento registrado de 2006 a 2012 fue de 18.7%, pasando de 63.1 a 74.8 muertes por cien mil habitantes; la tasa masculina aumentó de 60.1 a 74 defunciones (incremento de 23.1%) y la tasa femenina de 65.9 a 75.6 decesos (incremento de 14.8%), es decir, la mortalidad masculina creció 51% más rápido que la femenina durante este periodo (Cuadro I.3 y Figura I.9).

A pesar del incremento porcentual de la mortalidad entre los hombres, en números absolutos la DM ha provocado un mayor número de muertes entre la población femenina; es decir, la proporción de mujeres que fallecieron por esta causa respecto del total de defunciones en 1990 fue de 56.6%, en 2006 de 53.4% y en 2012 de 51.7% (Figura I.9).

Al analizar las muertes femeninas por DM según el grupo de edad se observó que en 2012 un 2% correspondió a mujeres que tenían menos de 40 años, el 20.9% a mujeres de 40 a 59 años, el 52.6% correspondió a personas de 60 a 79 años y el 24.4% a mujeres con 80 años o más de edad. En cuanto a las defunciones por DM entre la población masculina, el 2.7% correspondió a varones que tenían menos de 40 años de edad, el 26.7% a personas de 40 a 59 años, el 53% a varones de 60 a 79 años y el 17.7% a hombres de 80 años o más de edad. Cabe destacar que la población masculina fallece a edades más tempranas en comparación con las mujeres (Figura I.10).

A fin de determinar el cambio efectivo de la mortalidad por DM según sexo, eliminado el posible efecto de la estructura por edad de la población, se analizaron las tasas de mortalidad estandarizadas de 1990 a 2012 y se observó que de 1990 a 2006 las tasas estandarizadas correspondientes al grupo de mujeres fueron mayores a las masculinas, pero a partir de 2007 la tendencia se invirtió; es decir, en 1990 la tasa estandarizada en las mujeres fue mayor en 10.6 defunciones por cada cien mil habitantes con respecto de la de los hombres, cifra que se fue reduciendo hasta alcanzar una diferencia de una defunción por cada cien mil habitantes en 2006, y a partir de 2007 la diferencia cambió de sentido al fallecer 1.5 hombres más respecto a las mujeres, continuando en ascenso hasta llegar a 7.5 decesos por cada cien mil habitantes en 2012 (Figura I.11).

Con base en datos preliminares de 2012, las tasas de mortalidad observadas por DM más altas del país se registraron en el Distrito Federal (109.6 defunciones por cien mil habitantes) y en Morelos (95 muertes), mientras que en Quintana Roo (37.4 decesos) se registró la más baja; así, la tasa del Distrito Federal fue 2.9 veces más alta que la de Quintana Roo y 1.5 veces más que la tasa a nivel nacional. El análisis de la mortalidad según sexo indica que tanto en los hombres como en las mujeres las tasas más altas se registraron en el Distrito Federal y las más bajas, para ambos sexos, en Quintana Roo. Cabe mencionar que la mortalidad masculina debida a la DM fue mayor que la femenina en 12 entidades, destacando el Distrito Federal y Nayarit con brechas de 14.9 y 11.6 defunciones, respectivamente. Entre los estados donde la mortalidad femenina superó a la masculina sobresale Yucatán con una disparidad de 17.4 decesos (Figura I.12).

La DM, al igual que todas las enfermedades no transmisibles, constituye un reto para todas las instituciones públicas de salud. Las cifras preliminares de 2012 indican que la tasa de mortalidad por esta causa más elevada se registró entre los usuarios de los servicios médicos de PEMEX (118.3 defunciones por cien mil usuarios), seguida por la del Seguro Popular (98.6 decesos), el ISSSTE (98.3 muertes), el IMSS (89.2), la SEMAR (68.5) y de la Secretaría de Salud e IMSS-Oportunidades (57.4 defunciones).

Si bien la DM sigue constituyéndose como uno de los principales retos para el sistema de salud mexicano, también es cierto que durante el periodo de 2007-2012 se implantaron programas y acciones que permitieron dar cumplimiento a la meta correspondiente.

**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, 2012

Indicador		2006 (A)	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (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/	5.31	1.76	5.65	1.30	5.34	-3.91	7.01	Menos de 4.25	65.13	32.11
	Tasa observada por 100 mil habitantes /4	63.05	64.17	67.90	68.79	72.56	69.78	74.84	Menos de 81.35	-7.99	18.70

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

2/ Para 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 cada 100 mil habitantes

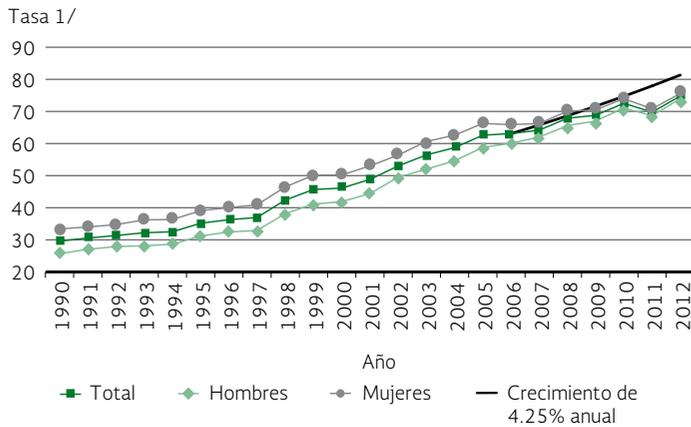
3/ La meta para este indicador es mantener una velocidad de crecimiento no mayor a 4.25% anual

4/ La meta para este indicador es que en 2012 la mortalidad observada por diabetes mellitus no supere las 81.35 defunciones por cada 100 mil habitantes

Fuente: Defunciones 1995-2011, INEGI-SS; SEED 2012, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura I.9**

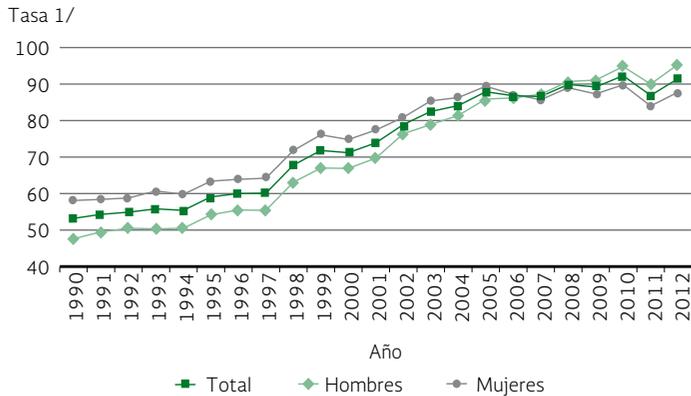
Tasa de mortalidad por diabetes mellitus por sexo; México, 1990-2012



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes  
Fuente: Defunciones 1990-2011, INEGI-SS; SEED 2012, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura I.11**

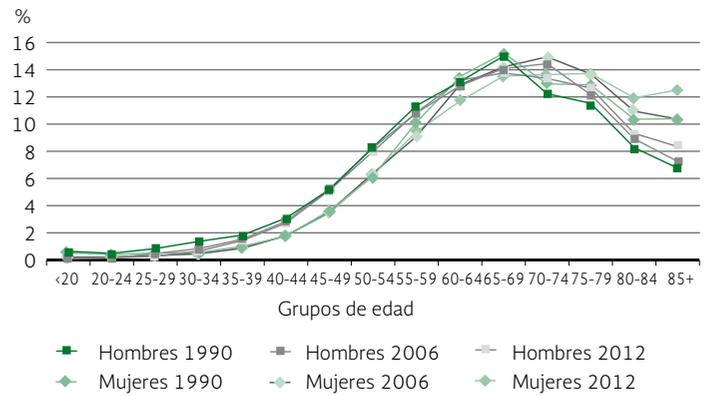
Tasa estandarizada de mortalidad por diabetes mellitus, por sexo; México, 1990-2012



1/ Tasa por 100 mil habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial 2000-2025  
Fuente: Defunciones 1990-2011, INEGI-SS; SEED 2012, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura I.10**

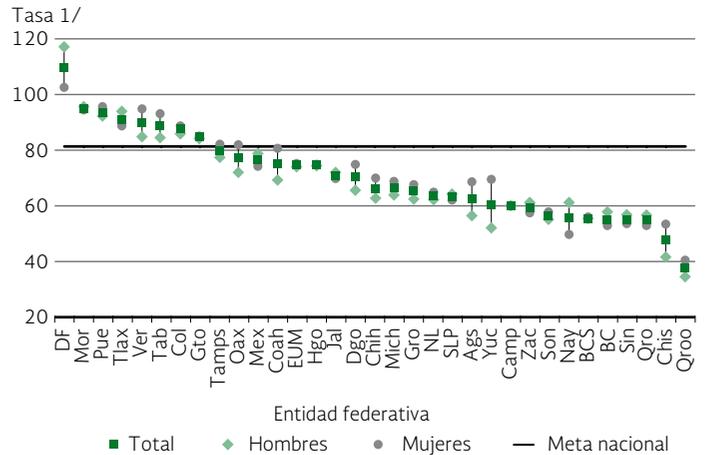
Distribución porcentual de las defunciones por diabetes mellitus, por grupos de edad según sexo; México, 1990, 2006 y 2012



Fuente: Defunciones 1990 y 2006, INEGI-SS y SEED 2012, preliminar, DGIS-SS

**Figura I.12**

Tasa de mortalidad por diabetes mellitus, por entidad federativa y sexo; México, 2012



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes  
Fuente: SEED 2012, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

## Meta 1.4

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

El consumo de drogas (lícitas e ilícitas) es un fenómeno complejo que provoca graves consecuencias a la salud de quien las consume, a la integración familiar y a la estabilidad social. Toda la sociedad está expuesta a las drogas; sin embargo, existen poblaciones más vulnerables que otras, como los niños, los adolescentes y los jóvenes. Actualmente el país enfrenta el incremento de problemas relacionados con la producción, tráfico y consumo de drogas ilegales. Para disponer de información sobre el riesgo de consumo y sobre el impacto de las acciones de salud en la materia, en el PROSESA 2007-2012 se estableció la meta de “disminuir en 10% la prevalencia de consumo, por primera vez, de drogas ilegales en la población de 12 a 17 años de edad, respecto de la existente en 2006”. Sin embargo, durante dicho periodo no se dispuso de una fuente de información que proporcionara los datos para el seguimiento de este indicador, lo que se considera una falla para el sistema de salud dado que no se contó con elementos que permitieran guiar la política en materia de prevención, reducción y control de las adicciones (Cuadro I.4).

A pesar de ello, se consideró pertinente incluir información de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA2011), a fin de brindar elementos para conocer y analizar la situación más reciente respecto del consumo de drogas en México. Uno de los principales resultados que proporciona dicha encuesta es que en 2011 la prevalencia del consumo de drogas ilegales entre la población de 12 a 17 años de edad registró el mismo nivel que en 2008 (1.5%); sin embargo, al analizar el indicador según sexo se observó que entre los hombres la prevalencia aumentó de 2.1% en 2008 a 2.2% en 2011, mientras que entre las mujeres las prevalencias fueron las mismas (0.9%). Cabe señalar que si se compara la prevalencia de

2011 respecto de la registrada en 2002 se observa un incremento tanto para el total de población como por sexo. Otro resultado importante es que las prevalencias de consumo fueron ligeramente más altas entre los residentes de zonas urbanas, principalmente entre los varones (Figura I.14).

De acuerdo con la misma fuente de información, la marihuana es la droga preferida entre la población de 12 a 17 años, dado que 2.4% de los jóvenes manifestó haberla consumido alguna vez (3.5% en hombres y 1.3% en mujeres). De igual manera, 1.3% declaró que la consumió durante el último año (2% de los hombres y 0.6% de mujeres); en el segundo lugar de las preferencias se ubicaron los inhalables, siendo usados alguna vez por un 0.9% de los jóvenes (1.1% de hombres y 0.8% de mujeres) y en un 0.3% durante el último año (0.6% de hombres y 0.1% de mujeres). En el consumo durante el último año le siguieron la cocaína (0.4%), las drogas médicas (0.2%), los tranquilizantes (0.1%), los estimulantes de tipo anfetamínico (0.1%) y los alucinógenos (0.1%) (Figura I.15).

Entre la población de 12 a 65 años de edad que consumió algún tipo de droga en 2011, el 51.7% se inició en el consumo de drogas antes de los 18 años de edad. Dentro de esta población, el 77% inició el consumo utilizando los inhalables, el 57.6% con la marihuana, el 48.8% utilizó sedantes y el 42.6% se inició consumiendo opiáceos. Al comparar los valores de 2008 y 2011 se observó un incremento de 13.7 puntos porcentuales en los usuarios de inhalables que iniciaron su consumo antes de cumplir 18 años de edad y un aumento de 5.4 puntos entre los consumidores de opiáceos; en contraste, se redujeron las proporciones entre los consumidores de estimulantes de tipo anfetamínico (-21.4 puntos) y los de anfetaminas o estimulantes (-11.5 puntos porcentuales) (Figura I.16).

**Cuadro I.4**

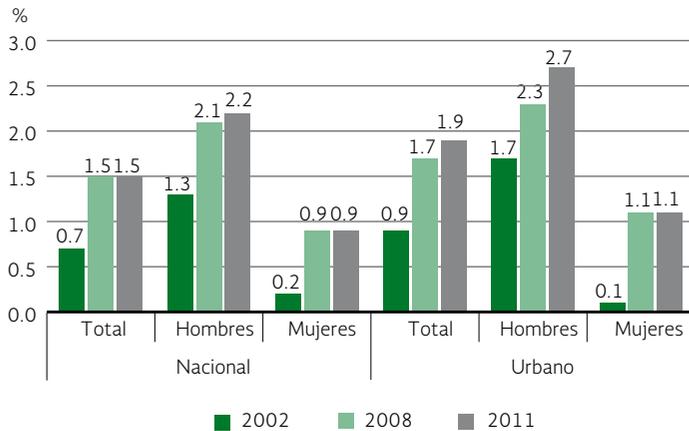
Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 1. Mejorar las condiciones de salud de la población  
Programa Sectorial de Salud 2007-2012; México, 2012

Indicador	2006 (A)	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (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	ND	ND	ND	ND	ND	2.21	NA	NA
	0.70 en mujeres	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0.63	NA	NA

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

**Figura I.14**

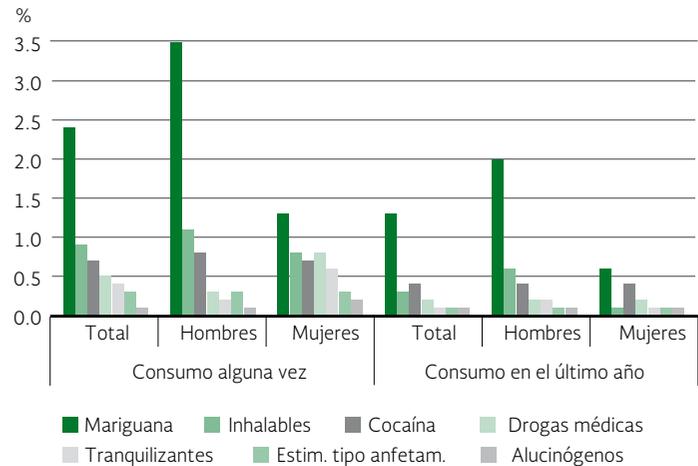
Prevalencia de consumo de drogas ilegales durante el último año en la población de 12 a 17 años de edad; México 2002, 2008 y 2011



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas, INPRFM-INSP-SS

**Figura I.15**

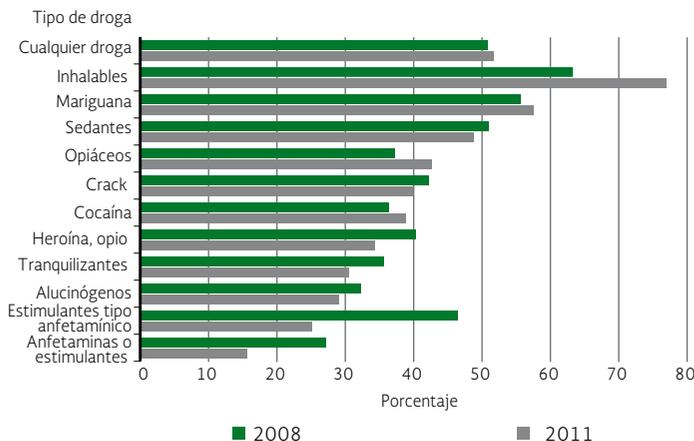
Porcentaje de población de 12 a 17 años que consumió drogas alguna vez o en el último año, por sexo y principales tipos de droga; México, 2011



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas, INPRFM-INSP-SS

**Figura I.16**

Porcentaje de población usuaria de drogas (de 12 a 65 años) que inició el consumo antes de los 18 años de edad, por tipo de droga; México, 2008 y 2011



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas, INPRFM-INSP-SS

## 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

El cáncer de mama (CaMa) es la neoplasia maligna que más muertes provoca entre las mujeres mexicanas. En 1990 se registraron 2,206 defunciones por esta causa, con lo que se ubicó en la posición 18 entre las principales causas de muerte femenina, representando el 1.2% del total de defunciones en este grupo a nivel nacional; en 2006 el número ascendió a 4,451 decesos, provocando que el CaMa pasara a la novena posición dentro de las principales causas de muerte, aportando 2% de las defunciones femeninas. Casi la totalidad de las muertes por CaMa se registran entre las mujeres de 25 años o más de edad; en 2006, el 99.8% de las defunciones por esta enfermedad ocurrieron entre las mujeres de este grupo de edad, con lo que se consolidó como la principal causa de muerte en este grupo etario, desplazando al cérvico-uterino a la segunda posición. La tasa de mortalidad por CaMa entre las mujeres de 25 años o más en 1990 fue de 12.2 defunciones y en 2006 ascendió a 15.7 muertes, es decir se incrementó un 28.4% en dicho periodo (Figura I.17).

Para enfrentar tal situación, en el PROSESA 2007-2012 se estableció la meta para 2012 de “incrementar al triple la cobertura de detección de cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años de edad a través de la mastografía, respecto del porcentaje registrado en 2006”, lo cual implicaba pasar de una cobertura de detección del 7.2% a una del 21.6% para 2012. Al respecto, en 2012 se reportó haber obtenido la cobertura requerida a nivel nacional, dando cumplimiento a la meta (Cuadro I.5).

Sin embargo, a nivel institucional, durante 2012 las coberturas más altas de detección de CaMa por mastografía en la población blanco (de 50 a 69 años de edad) se registraron en el ISSSTE (33.3% de cobertura) y en el IMSS (28.2%), superando de hecho la meta nacional; por su parte, la SEMAR (7.1% de cobertura), la SS (12.2%), PEMEX (14%) y la SEDENA (15.3%) no lograron alcanzar el valor a nivel nacional (21.6% de cobertura) y por lo tanto tampoco la meta. Cabe destacar que, entre 2007 y 2012, el ISSSTE aumentó su cobertura de 4.7% a 33.3% (28.6 puntos porcentuales más) y el IMSS de 12.8% a 28.2%, es decir 15.4 puntos más (Figura I.18).

Durante 2012, los Servicios Estatales de Salud de la Secretaría de Salud que lograron cubrir a una mayor cantidad de mujeres de 50 a 69 años de edad a través de la detección de CaMa por mastografía, e incluso rebasaron la meta nacional, fueron Campeche (38.8%), Hidalgo (36.2%), Baja California (31.1%), Aguascalientes (29.1%), Baja California Sur (28.4%), Quintana Roo (27.8%) y Tamaulipas (24.1%). En contraste, Oaxaca (2.8%), Guerrero (2.8%), Veracruz (3.5%), Michoacán (3.6%) y Chiapas (4.6%) registraron las coberturas más bajas (Figura I.19).

A pesar de haber alcanzado la meta a nivel nacional es necesario fortalecer la detección oportuna del cáncer de mama, sobre todo a través de la mastografía, dado que la información señala que la mor-

talidad por CaMa pasó de 15.7 defunciones por cien mil mujeres de 25 años y más de edad en 2006 a 17.6 muertes en 2012 (información preliminar), es decir un incremento de 11.9%; asimismo, es necesario fortalecer las acciones en estados como Colima, que registró 23.9 defunciones por cien mil mujeres de 25 años o más en 2012, y Sonora, cuya mortalidad fue de 23.8 defunciones, que son las entidades federativas que registraron las tasas de mortalidad por esta causa más altas del país; en contraste, Oaxaca, con 9.2 defunciones por cien mil mujeres de este grupo de edad, Campeche (con 9.3 muertes) y Guerrero (9.9 decesos) registraron las tasas más bajas (Figura I.20).

Al comparar las tasas de mortalidad por CaMa de 2006 y 2012 en las entidades federativas se observó que Zacatecas registró un incremento de 69.1% al pasar su tasa de 10.7 a 18 defunciones; Aguascalientes, Tabasco y Chiapas son otros estados con incrementos importantes, de 60.4%, 44.8% y 39.2%, respectivamente; en el extremo opuesto, Campeche redujo su mortalidad durante este periodo en 38.8%, Baja California Sur en 9.7%, Guerrero en 6.8%, Oaxaca en 5.5%, Michoacán un 0.4%, Jalisco en 0.4%, Querétaro en 0.3% y San Luis Potosí en 0.2%, siendo los únicos estados en los que se presentó este comportamiento (Figura I.20).

Al analizar la edad promedio en la que las mujeres fallecen por cáncer de mama nos permite tener un panorama más claro para priorizar las acciones. En 2006, la edad mediana de las mujeres que fallecieron por esta enfermedad fue de 56 años, aumentando a 58 años en 2012; además en 2006 el 50% de las muertes se concentró en mujeres de 48 a 68 años y para 2012 en las de 49 a 70 años, lo que demuestra que la edad de fallecimiento por esta causa se está desplazando lentamente hacia edades más avanzadas. Este mismo análisis entre las entidades federativas, con datos preliminares de 2012, mostró, por ejemplo, que 25% de las defunciones femeninas por CaMa de Durango ocurrieron antes de los 45 años de edad, en Quintana Roo y San Luis Potosí antes de los 46 años; en contraste en Nayarit, el Distrito Federal y Yucatán esta misma proporción de muertes se acumuló hasta antes de cumplir los 54, 53 y 51 años de edad, respectivamente; lo anterior indica que la cuarta parte de las mujeres que murieron por esta causa en Durango, en promedio vivieron 9 años menos que las de Nayarit.

Respecto a la mortalidad por cáncer de mama en las instituciones públicas de salud, la información preliminar de 2012 señala que los servicios médicos de PEMEX registraron la tasa más alta con 29.6 defunciones por cien mil usuarias de 25 años o más, le siguen las registradas en la SEMAR (23.2 muertes), el ISSSTE (22.9), el SPSS (21 decesos), el IMSS (18.9) y la SS/IMSS-Oportunidades (8.8 defunciones por cien mil usuarias de 25 años o más); con ello, el riesgo de morir por esta causa entre las usuarias de PEMEX es 3.4 veces mayor que en la SS/IMSS-Oportunidades.

**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, 2012

Indicador	2006 (A)	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (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/	7.20	8.50	8.20	11.20	17.40	17.20	21.60	21.60	100.00	200.00

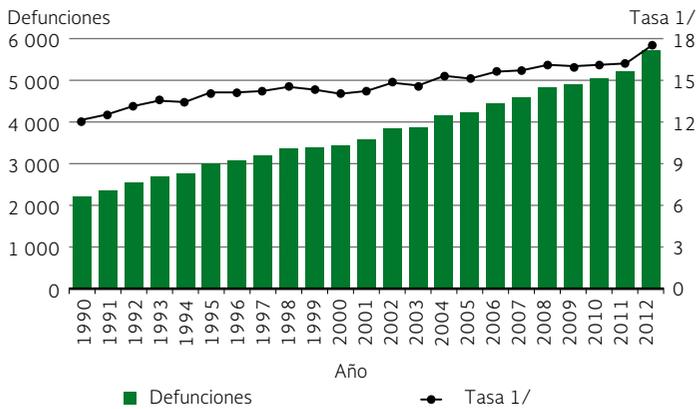
1/ Calculado como: (B)/(C)\*100

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, 2006-2012; SPSS-SS

**Figura I.17**

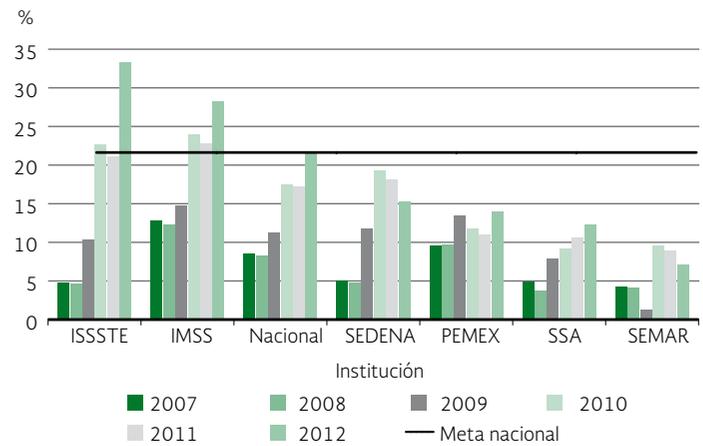
Defunciones y tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 25 años o más; México, 1990-2012



1/ Tasa de mortalidad observada por 100 mil mujeres de 25 años o más  
Fuente: Defunciones 1990-2011, INEGI-SS; SEED 2012, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura I.18**

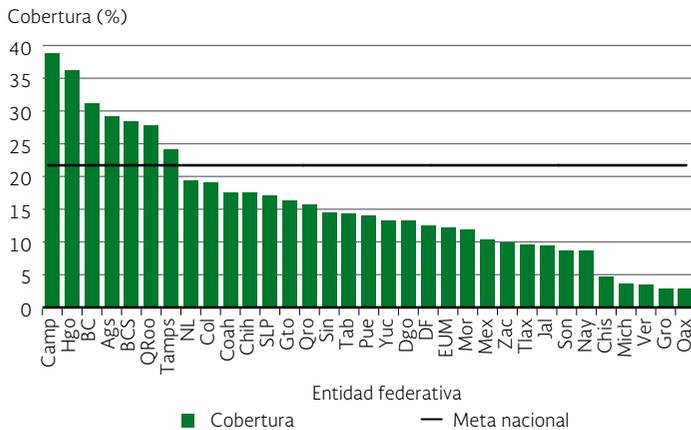
Cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 50 a 69 años de edad, por institución pública de salud; México, 2007-2012



Fuente: Sistema de Información de Cáncer de la Mujer (SICAM) y reportes institucionales, 2007-2012, SPSS-SS

**Figura I.19**

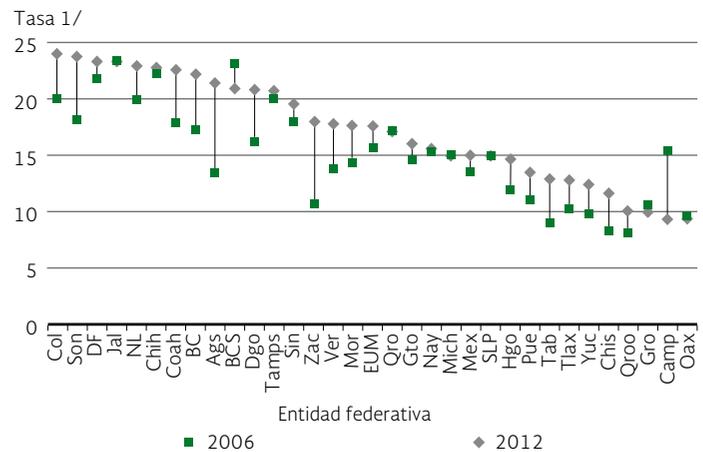
Cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 50 a 69 años de edad, en la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud; México, 2012



Fuente: SICAM-SS, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, SPSS-SS

**Figura I.20**

Tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 25 años o más, por entidad federativa; México, 2006 y 2012



1/ Tasa de mortalidad observada por cada 100 mil mujeres de 25 años o más  
Fuente: Defunciones 2006, INEGI-SS; SEED 2012, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

## Meta 1.6

### Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años o más

El cáncer cérvico-uterino (CaCu) es otra de las enfermedades crónico-degenerativas que representan una prioridad para el Sistema de Salud en México, entre otras cosas, porque el número de defunciones que provoca esta neoplasia la ubican como una de las principales causas de muerte entre la población femenina del país, sobre todo entre las mujeres de 25 años o más de edad; de hecho, de 1990 y hasta 2012, del total de defunciones por esta causa un poco más del 99% ocurren entre dicha población. Al respecto, en 1990 fallecieron por CaCu 4,226 mujeres de 25 años o más de edad y en el 2000 se registraron 4,585 muertes (cifra que constituye el máximo histórico registrado desde 1990); pero a partir de ese año comienzan a descender su número permitiendo que en 2006 se registraran 4,114 decesos, los cuales representan el 1.6% del total de defunciones femeninas por todas las causas para ese año. La tasa de mortalidad por CaCu en 2006 fue de 14.5 defunciones por cien mil mujeres de 25 años o más de edad, cifra que comparada con la tasa de 2000 (18.9 muertes) representó una reducción de 23.2% y respecto de la tasa de 1990 (23.6 decesos) una disminución de 38.3% (Figura I.21).

A pesar de esta reducción, en 2006 la mortalidad por CaCu continuaba siendo alta, sobre todo considerando que se trata de un padecimiento que puede ser detectado de manera oportuna con los conocimientos y recursos existentes. Por ello, en el PROSESA 2007-2012 se estableció la meta de “disminuir 27% la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino por cada cien mil mujeres de 25 años o más de edad, respecto del valor registrado en el 2006”, lo que implicaba pasar de 14.5 muertes de 2006 a una tasa que en 2012 no supere las 10.6 defunciones por cien mil mujeres de ese grupo de edad (Cuadro I.6).

Tomando en consideración lo anterior, y con base en datos preliminares, se observó que en 2012 se registraron 3,991 defunciones por CaCu en mujeres de 25 años o más de edad —las cuales representaron el 1.4% del total de muertes femeninas por todas las causas para este año—, ubicando a esta enfermedad en la décima posición dentro de las principales causas de muerte femenina de este grupo etario. Por su parte, la tasa de mortalidad por esta causa en 2012 fue de 12.3 defunciones por cien mil mujeres de 25 años o más, lo que representó una reducción de 15.7% con respecto a la mortalidad de 2006 y un cumplimiento de 58.1% respecto de la meta establecida para 2012 (Cuadro I.6).

Al analizar la mortalidad por CaCu según grupos de edad específicos, se observó que, entre 2006 y 2012, las tasas para los grupos de 25 a 29 años de edad y de 30 a 34 años fueron las únicas que registraron un incremento (36.9% y 13.8%, respectivamente), situación preocupante porque implica que en los grupos más jóvenes de población no están impactando las acciones de prevención y control de esta enfermedad. Dentro de los restantes segmentos de la población femenina, las reducciones más signi-

ficativas se registraron en los grupos de 40 a 44 años (-31.8%) y en el de 80 a 84 años de edad (-31.5%); es decir, en el primero de ellos la tasa pasó de 11.0 a 7.5 muertes por cien mil mujeres del grupo de edad correspondiente y en el segundo de 65.6 a 44.9 decesos (Figura I.22).

En 2012, las entidades federativas que registraron las tasas de mortalidad por CaCu más elevadas del país fueron Colima y Veracruz, con 23.4 y 18.1 defunciones por cien mil mujeres de 25 años o más de edad, respectivamente; en contraste, Zacatecas, con 7 decesos, y Baja California Sur, con 7.1 defunciones, fueron los estados que registraron las mortalidades más bajas. Con ello, la mortalidad por esta causa registrada en 2012 por Colima fue 3.4 veces más alta que la de Zacatecas y 1.9 veces más que la tasa a nivel nacional (Figura I.23).

Al comparar la mortalidad por esta causa registrada en 2006 y la obtenida con cifras preliminares de 2012, se observó que la tasa a nivel nacional se redujo 15.7%; sin embargo, se registraron entidades donde la mortalidad se incrementó durante este periodo: Aguascalientes con un incremento de 13% al pasar de 10.8 a 12.2 muertes por cien mil mujeres de 25 años o más; Oaxaca, donde la tasa pasó de 16.8 a 18.0 decesos, lo que equivale a 6.9% de aumento; Baja California con un incremento de 1% al reportar tasas de 10.9 en 2006 y de 11.0 en 2012, y Colima, que incrementó su mortalidad por CaCu en 0.8% al pasar de 23.2 a 23.4 defunciones. Lo anterior refleja que persisten desigualdades entre las entidades federativas. En el resto de las entidades federativas se registraron disminuciones de magnitud muy variada, destacando el caso de Baja California Sur, cuya tasa disminuyó un 52.9% en dicho periodo y el de Zacatecas, donde la mortalidad pasó de 13.9 a 7.0 defunciones por cien mil mujeres de 25 años o más, es decir, un 50% de reducción (Figura I.23).

Al comparar la mortalidad preliminar por CaCu de las entidades federativas en 2012 respecto de la meta nacional (10.6 defunciones por cien mil mujeres de 25 años o más de edad), sólo Zacatecas, Baja California Sur, Sinaloa, Nuevo León, Hidalgo, Guanajuato, Durango y Quintana Roo lograron dar cumplimiento a la misma (Figura I.23).

Entre las instituciones públicas de salud la tasa de mortalidad más alta en 2012 se registró entre las mujeres afiliadas al SPSS, con 21.5 defunciones por cien mil usuarias de 25 años o más de edad, le siguen las usuarias del ISSSTE con una mortalidad de 10.6 decesos, del IMSS con 10.1, y de PEMEX con 9.9 muertes; por su parte, entre las usuarias de los servicios médicos de la SEMAR y de la Secretaría de Salud e IMSS-Oportunidades se registraron las tasas más bajas de mortalidad por CaCu, con 9.0 decesos por cien mil usuarias de 25 años o más de edad, respectivamente. Cabe destacar que la tasa del SPSS es la única que se ubica por arriba de la meta nacional (Figura I.24).

**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, 2012

Indicador	2006 (A)	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (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/	14.54	13.86	13.52	13.43	12.66	12.27	12.26	10.61	58.06	-15.7

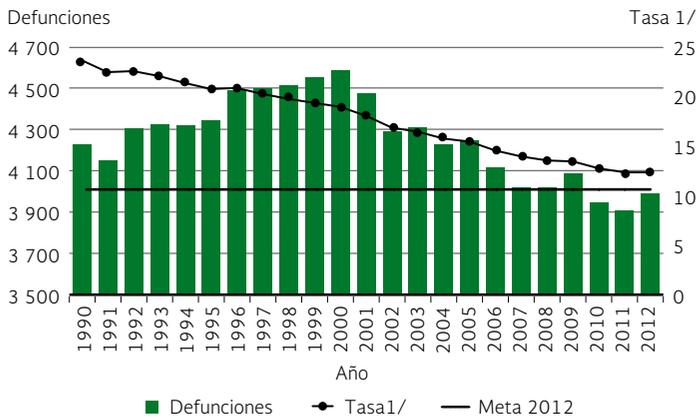
1/ Calculado como: (B-A)/(C-A)\*100

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

Fuente: Defunciones 2006-2011, INEGI-SS; SEED 2012, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura I.21**

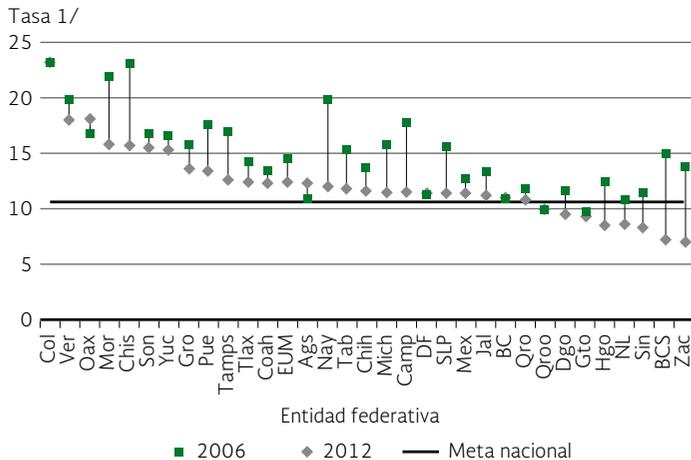
Defunciones y tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en la población femenina de 25 años o más; México, 1990-2012



1/ Tasa de mortalidad observada por 100 mil mujeres de 25 años o más de edad  
Fuente: Defunciones 1990-2011, INEGI-SS; SEED 2012, preliminar DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura I.23**

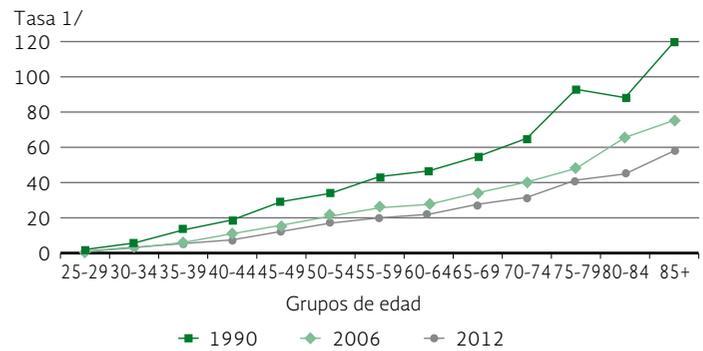
Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años o más, por entidad federativa; México, 2006 y 2012



1/ Tasas de mortalidad observada por 100 mil mujeres de 25 años o más  
Fuente: Defunciones 2006, INEGI-SS; SEED 2012, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura I.22**

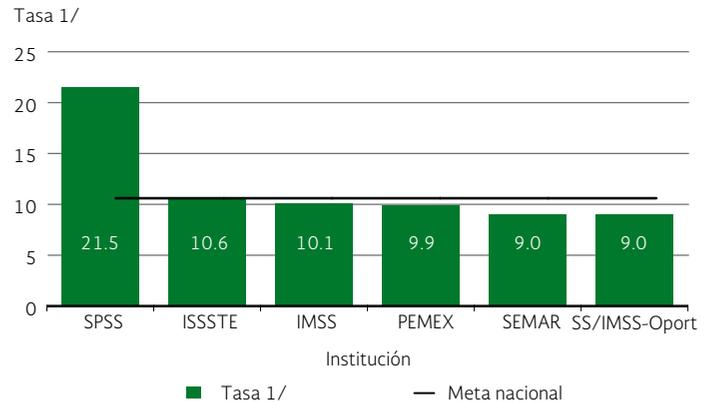
Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años o más por grupos de edad; México, 1990, 2006 y 2012



1/ Tasas de mortalidad observada por 100 mil mujeres del grupo de edad  
Fuente: Defunciones 1990 y 2006, INEGI-SS; SEED 2012, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura I.24**

Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años o más, por institución pública de salud; México, 2012



1/ Tasa de mortalidad observada por 100 mil mujeres de 25 años o más, usuarias de los servicios de salud  
Fuente: SEED 2012, preliminar, DGIS-SS y estimaciones de la población usuaria por institución DGIS-DGED

## Meta 1.7

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

Los accidentes de tránsito de vehículos de motor (ATVM) son eventos que se han ido constituyendo, durante los últimos 20 años, en un problema emergente de salud pública a nivel mundial. Actualmente las defunciones provocadas por dichos eventos se ubican dentro de los primeros lugares de mortalidad, afectando prácticamente a todos los grupos de edad, pero principalmente a la población de 15 a 29 años de edad y a la de 30 a 49 años.

En México, durante 2006, los ATVM se ubicaron en la sexta posición dentro de las principales causas de muerte al registrar 16,769 defunciones en total, de las cuales 5,458 correspondieron a decesos entre la población de 15 a 29 años, es decir un 32.5% del total; además, en comparación con 1990 (13,974 defunciones en total), el número de decesos por esta causa aumentó 20%. Para enfrentar esta situación en el PROSESA 2007-2012 se planteó la meta para 2012 de “reducir en 15% el número de defunciones por accidentes de tránsito de vehículo de motor en la población de 15 a 29 años de edad, respecto del número registrado en 2006”, esto implicaba que en 2012 no se rebasaran las 4,639 muertes por ATVM en este grupo etario. Cabe señalar que para esta meta se estableció utilizar el total de defunciones por esta causa, que incluye las muertes de extranjeros en el país y los decesos cuya residencia no fue declarada.

A partir de ello, y con base en cifras preliminares, en 2012 se registraron 4,779 decesos por ATVM entre la población de 15 a 29 años de edad, lo que corresponde a un cumplimiento de la meta de 82.9%, considerando que de 2006 a 2012 debían evitarse 819 muertes y sólo se logró evitar 679. Así, entre 2006 y 2012 la reducción registrada de muertes fue de 12.4%. Es importante señalar que los datos preliminares de 2012 ofrecen una cifra significativamente menor a la consolidada de años previos, lo que se debe al retraso en el registro de este tipo de defunciones, por lo que estos resultados pueden modificarse y mostrar un menor cumplimiento (Cuadro I.7).

De hecho, los datos consolidados de 2006 a 2011 muestran que sólo en 2007 se registró un número de muertes por ATVM, en este grupo etario, menor a la cifra reportada como línea base y menor a la meta anual correspondiente, lo que implica que sólo en ese año se logró avanzar en la meta para 2012, dado que si bien en los años de 2010 y 2011 se observó una reducción respecto del año precedente, el número de muertes registrado, en ambos años, fue

superior a la cifra de 2006. En cuanto a 2012, la cifra preliminar indica que hubo una reducción de 12.7% respecto del número de muertes registrado en 2011; sin embargo, aún la cifra de 2012 está por arriba de la cantidad requerida para cumplir con la meta para ese año (4,639 muertes) (Figura I.25).

Al analizar las defunciones debidas a accidentes de tránsito en personas de 15 a 29 años de edad en las entidades federativas, se observó que en 2012 el Estado de México registró el número más elevado de ellas con 663 casos, cifra que representó el 14% del total de decesos por esta causa a nivel nacional. Otras entidades que también registraron un número elevado de muertes por ATVM fueron Jalisco con 492 muertes, Guanajuato con 324 y el Distrito Federal con 281 decesos; cantidades que equivalen al 10.4%, 6.8% y 5.9% del total de defunciones en este grupo de edad, respectivamente. En contraste, Colima, Chiapas y Campeche concentraron, en conjunto, sólo el 1.4% de las muertes por esta causa en el país. Por otra parte, durante 2012, entre los hombres se concentró la mayor cantidad de muertes por este tipo de eventos; sin embargo, destaca que en Tamaulipas un 29.7% de las muertes se presentó entre las mujeres y en Coahuila en un 29.2%. A nivel nacional, Colima fue el estado donde se registró el menor número de muertes femeninas por esta causa respecto de la cantidad en hombres (una defunción respecto de 14 muertes entre los hombres) (Figura I.26).

Con respecto a la tasa de mortalidad por ATVM entre la población de 15 a 29 años, en 2012 Zacatecas registró la mayor tasa del país con 32.2 defunciones por cada cien mil habitantes de ese grupo de edad, y en contraste, Chiapas, con una tasa de 1.5 muertes por cada cien mil, registró la menor mortalidad. Con ello la mortalidad en Zacatecas fue 22 veces más alta que la de Chiapas. Tabasco y Querétaro también registraron tasas de mortalidad altas con 27.9 y 25.2 muertes por cada cien mil habitantes de este grupo de edad, respectivamente (Figura I.27).

Por sexo, a nivel nacional la mortalidad masculina por ATVM en 2012 fue 4.8 veces mayor que la femenina (tasa en hombres de 25.7 muertes por cien mil habitantes de 15 a 29 años de edad contra 5.3 defunciones en mujeres); por su parte, Zacatecas registró en este año las tasas de mortalidad más altas del país tanto en hombres como entre las mujeres (53.3 y 12.4 defunciones, respectivamente); mientras que Chiapas registró las bajas con 2.4 defunciones en hombres y 0.5 en mujeres (Figura I.27).

**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, 2012

Indicador	2006 (A)	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (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	5,099	5,714	5,927	5,475	5,473	4,779	4,639	82.94	-12.44

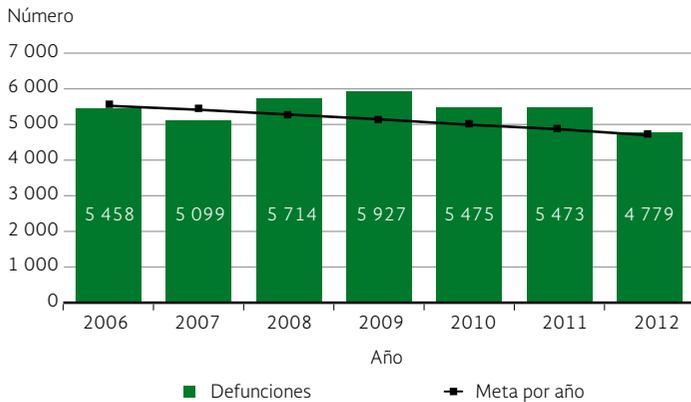
1/ Calculado como: (B-A)/(C-A)\*100

2/ Incluye defunciones de residentes en el extranjero y de personas cuya residencia se desconocía

Fuente: Defunciones 2006-2011, INEGI-SS; SEED 2012, preliminar, DGIS-SS

**Figura I.25**

Defunciones por accidentes de tráfico de vehículos de motor en la población de 15 a 29 años y meta por año; México, 2006-2012

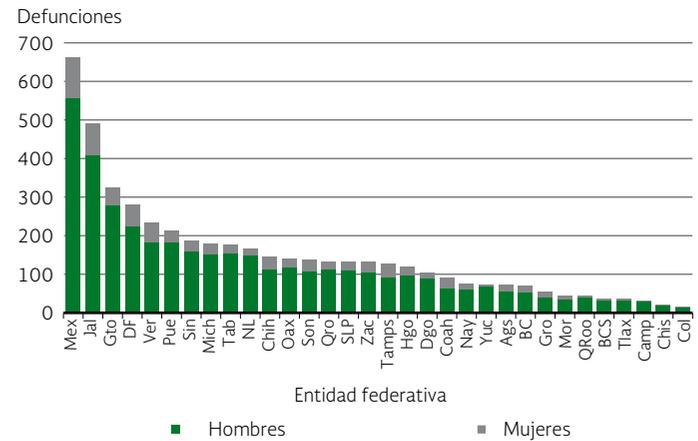


Fuente: Defunciones 2006-2011, INEGI-SS; SEED 2012, preliminar, DGIS-SS. Incluye defunciones de extranjeros y de residencia desconocida

**Figura I.26**

**Figura I.26**

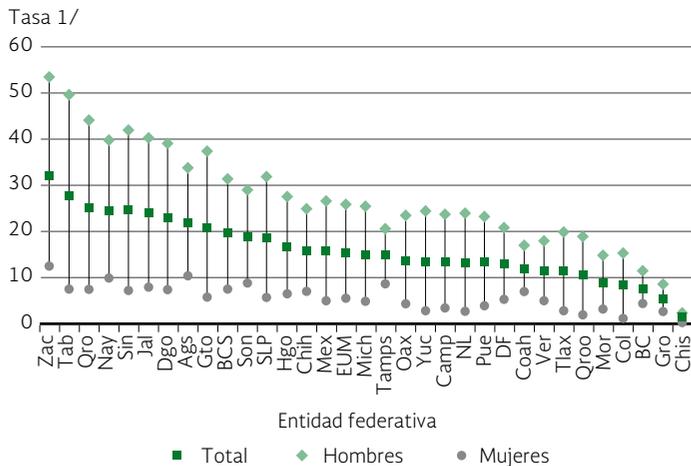
Número de defunciones por ATVM en la población de 15 a 29 años de edad por sexo y entidad federativa; México, 2012



Fuente: SEED 2012, preliminar, DGIS-SS

**Figura I.27**

Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor en población de 15 a 29 años, entidad federativa y sexo; México, 2012



1/ Tasa de mortalidad observada por cada 100 mil habitantes de 15 a 29 años de edad  
Fuente: SEED 2012, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO



## Objetivo 2

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

La igualdad de oportunidades fue uno de los ejes de política pública plasmados en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, con el cual se buscó implantar estrategias integrales que rompieran el círculo vicioso de la pobreza y que eliminaran las desigualdades y brechas imperantes en el país, coadyuvando así a alcanzar el desarrollo humano sustentable. El objetivo de dicho eje fue garantizar el acceso a los servicios básicos a fin de que todos los mexicanos tuvieran una vida digna.

Estos planteamientos fueron incluidos en el PROSESA 2007-2012 a través del objetivo de “reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas”, y para su valoración se definieron los indicadores de: razón de mortalidad materna y mortalidad infantil en los municipios con menor IDH, respectivamente; indicadores que son particularmente sensibles a las desigualdades que experimenta la población.

Sin embargo, y como se mencionó, el seguimiento a estos indicadores no fue posible realizarlo, dado que al momento de elaborar este informe aún no se disponían de las cifras de defunciones y nacimientos a nivel municipal, las cuales estaban siendo elaboradas como parte de la nueva definición de fuentes de información y con base en la metodología de cálculo que el grupo de trabajo para estas mortalidades estableció en 2013.



## Objetivo 3

# Prestar servicios de salud con calidad y seguridad

**P**ara mejorar las condiciones de salud de la población es indispensable contar con servicios personales y de salud pública de calidad, efectivos y seguros, que respondan a las expectativas de los usuarios y tomen en consideración su diversidad cultural; también es necesario disponer de unidades dignas que cumplan con las características de infraestructura, equipamiento y recursos humanos y materiales adecuados para brindar servicios de salud de calidad y seguros para la población. Para lograrlo, pero también para homogeneizar la calidad con la que se prestan los servicios de atención médica entre los distintos prestadores públicos, en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 se planteó el objetivo de “prestar servicios de salud con calidad y seguridad”.

Para concretar este objetivo, en el PROSESA se instrumentaron ocho líneas de acción, destacando, por su peso específico, la correspondiente a implantar el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) en el Sistema Nacional de Salud. En este sentido SICALIDAD se constituyó en el instrumento operativo para lograr elevar la calidad de los servicios de salud, con un enfoque en la mejora de la calidad técnica y la seguridad del paciente, la calidad percibida y la calidad en la gestión de los servicios de salud.

En el Programa Sectorial se planteó que la valoración del cumplimiento de este objetivo se llevaría a cabo a través del seguimiento a las siguientes metas: 1) acreditar el 100% de las unidades de salud que ofrecen servicios al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS); 2) implantar medidas de prevención de eventos adversos, para garantizar la seguridad de los pacientes en 60% de las unidades del sector público, y 3) alcanzar y mantener una tasa anual de infecciones nosocomiales no mayor de 6 por 100 egresos en los hospitales públicos de segundo nivel. Los resultados de dicho seguimiento se describen a continuación.

## Meta 3.1

### Porcentaje de unidades de salud acreditadas que prestan servicios del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)

La Ley General de Salud, en su Artículo 77 Bis 9, establece que la acreditación de unidades de salud es un requisito indispensable para que los establecimientos de salud que se incorporen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) garanticen la calidad de los servicios que ofrecen. Dicha acreditación consiste en una auditoría de los establecimientos de atención interesados en proveer los servicios de atención a la salud a la población afiliada al SPSS, a fin de evaluar la existencia de mínimos indispensables en materia de capacidad, seguridad y calidad que sustente la prestación de las intervenciones incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

En este sentido, el porcentaje de unidades de salud acreditadas que prestan servicios del SPSS es uno de los indicadores establecidos para dar seguimiento al objetivo de prestar servicios de salud con calidad y seguridad, pero además permite conocer el volumen de unidades que han implementado acciones para mejorar la calidad de la atención a la población beneficiaria y para garantizar una atención segura.

En el PROSESA 2007-2012 se estableció la meta de acreditar al 100% de las unidades que prestan servicios del SPSS, considerando que en el año 2006 ya se había acreditado a un 30.3% del total de unidades incorporadas como prestadoras de servicios de salud para este sistema. Al respecto, hasta el año 2012 se habían acreditado 10,788 unidades de un universo de 12,002 establecimientos, lo que equivale a un cumplimiento de la meta de 89.9%. Por su parte, de 2006 a 2012 el porcentaje de acreditación de unidades aumentó 196.6% (Cuadro I.8).

Específicamente para el año 2012, el número de unidades de salud acreditadas fue de 843, de las cuales 692 fueron centros de salud (CS), 71 hospitales, 25 unidades móviles (UM) y 55 unidades de especialidades médicas (UNAMES); destacando que dentro de estos establecimientos se incluyen dos hospitales, dos UNEMES, un centro de salud y una unidad móvil pertenecientes al sector privado; así como dos hospitales federales de referencia. Cabe señalar

que en este año, a excepción de las unidades móviles, el número de establecimientos acreditados a nivel nacional fue menor a la programación, por tipo de unidad, establecida en el Plan Nacional de Acreditación 2012 (Cuadro I.9).

Por otra parte, entre las entidades federativas, Guerrero fue quien más unidades acreditó en 2012, con 175 establecimientos, le siguió el estado de México, con 122 unidades, y Veracruz que acreditó a 107 establecimientos. En contraste, Baja California Sur, Campeche, Colima, Morelos, Quintana Roo y Tlaxcala no acreditaron unidades durante este año, ello a pesar de haber programado realizar esta actividad. Como se ha mencionado en años anteriores, el ajuste entre el Plan Nacional de Acreditación y la acreditación de unidades (total y por tipo de establecimiento) llevada a cabo a nivel estatal no es el óptimo; por ejemplo, en este año sólo Aguascalientes acreditó las unidades que programó (tres), sin embargo inicialmente programó acreditar tres UNEMES y al final acreditó dos unidades de ese tipo más un centro de salud. En otras nueve entidades federativas el número total de unidades acreditadas superó a la cifra programada para 2012, destacando el caso del Estado de México, que programó acreditar 37 establecimientos pero al final de 2012 acreditó 122 unidades, y el de Guerrero, que acreditó a 175 unidades a pesar de haber programado sólo 110 establecimientos. En los 22 estados restantes, la cifra de acreditación fue menor a la programada en el plan de acreditación (Cuadro I.9 y Figura I.28).

De las 10,788 unidades acreditadas en el periodo 2004-2012, el Estado de México ha contribuido con el 10.3% de ellas, al haber acreditado a 1,113 establecimientos; en segundo lugar se ubicó Veracruz al contribuir con 833 unidades que representaron el 7.7% del total; Jalisco acreditó el 5.7%, Oaxaca el 5.6% y Puebla contribuyó con el 5.3% de la acreditación. En el extremo opuesto, Baja California Sur ha acreditado 61 unidades que representan el 0.6% del total y Aguascalientes contribuyó con el 1%, acreditando durante este periodo a 106 unidades de salud (Cuadro I.9).

**Cuadro I.8**

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

Indicador	2006 (A)	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (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)	30.30	28.81	42.28	51.68	81.27	82.86	89.88	100.00	-10.12	196.63

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

**Cuadro I.9**

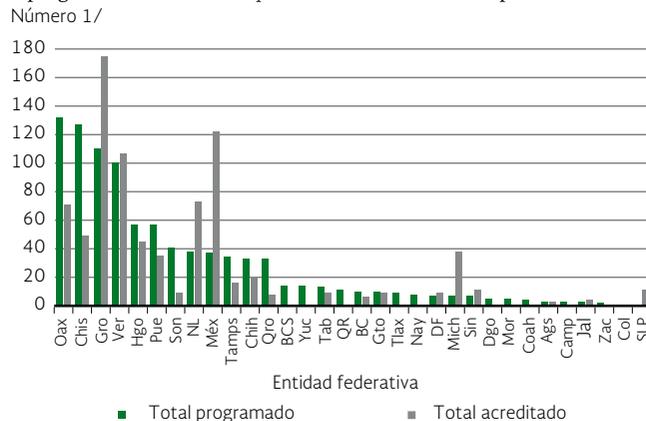
Acreditación de unidades de salud según tipo por entidad federativa; México, 2012

Entidad Federativa	Unidades Acreditadas 2004-2011 1/	Unidades de salud que prestan servicios al SPSS, acreditadas durante 2012, según tipo					Unidades de salud programadas a acreditar en 2012 según tipo 3/				
		Total	Centros de salud	Hospitales	Unidades móviles	UNEMES 2/	Total	Centros de salud	Hospitales	Unidades móviles	UNEMES 2/
EUM	9,945	843	692	71	25	55	936	733	115	20	68
Aguascalientes	103	3	1	0	0	2	3	0	0	0	3
Baja California	118	6	5	1	0	0	10	7	1	0	2
Baja California Sur	61	0	0	0	0	0	14	9	1	0	4
Campeche	140	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0
Coahuila	172	1	1	0	0	0	4	3	1	0	0
Colima	135	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Chiapas	399	49	34	6	3	6	127	100	15	3	9
Chihuahua	208	20	19	1	0	0	33	30	3	0	0
Distrito Federal	147	9	4	1	0	4	7	2	3	0	2
Durango	212	1	0	1	0	0	5	1	2	0	2
Guanajuato	517	9	4	5	0	0	10	3	6	0	1
Guerrero	388	175	175	0	0	0	110	107	0	3	0
Hidalgo	437	45	39	3	2	1	57	53	3	0	1
Jalisco	606	4	0	4	0	0	3	1	2	0	0
México	991	122	95	16	1	10	37	35	0	0	2
Michoacán	321	38	34	4	0	0	7	5	2	0	0
Morelos	221	0	0	0	0	0	5	0	5	0	0
Nayarit	218	1	0	0	0	1	8	4	4	0	0
Nuevo León	307	73	63	0	0	10	38	27	1	0	10
Oaxaca	533	71	70	1	0	0	132	124	7	1	0
Puebla	539	35	33	2	0	0	57	35	21	0	1
Querétaro	220	8	7	1	0	0	33	32	1	0	0
Quinta Roo	184	0	0	0	0	0	11	0	3	0	8
San Luis Potosí	212	11	2	2	2	5	1	0	0	0	1
Sinaloa	216	11	6	0	0	5	7	6	1	0	0
Sonora	222	9	7	1	0	1	41	27	6	0	8
Tabasco	547	9	4	2	2	1	13	6	3	2	2
Tamaulipas	328	16	14	1	0	1	34	28	5	0	1
Tlaxcala	178	0	0	0	0	0	9	6	3	0	0
Veracruz	726	107	73	14	14	6	100	74	8	11	7
Yucatán	147	1	0	1	0	0	14	6	4	0	4
Zacatecas	184	1	1	0	0	0	2	2	0	0	0
Federales	3	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Privados	5	6	1	2	1	2	0	0	0	0	0

1/ Incluye centros de salud, hospitales, UNEMES y unidades móviles de los SESA, así como establecimientos de salud federales y privados, 2/ UNEME: Unidad de Especialidades Médicas, 3/ Con base en el Plan Nacional de Acreditación 2012  
Fuente: DGACS; DGCES-SS

**Figura I.28**

Comparación entre el número de unidades programadas a acreditar y las unidades acreditadas por entidad federativa; Secretaría de Salud, 2012



1/ Incluye centros de salud, hospitales, unidades móviles y UNEMES de los SESA. Fuente: DGACS; DGCES-SS

## Meta 3.2

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

La atención sanitaria salva vidas, y lo hace aportando beneficios a los enfermos y sus familias; sin embargo, también acarrea riesgos y puede producir daños. Los eventos adversos constituyen parte de estos riesgos y daños; de hecho, un evento de este tipo se define como el daño que sufre un paciente a consecuencia de la atención médica que recibe. Los eventos adversos son un problema importante de seguridad del paciente a nivel mundial, y su ocurrencia está relacionada con fallas en los sistemas y procesos de prestación de atención sanitaria, y con aspectos relacionados con el comportamiento de los profesionales de la salud. Para enfrentar este problema la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó en 2004 la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, a la cual México se adhirió desde 2005 impulsando acciones para implantar y consolidar los dos retos mundiales (atención limpia es una atención segura y la cirugía segura salva vidas) en el país y las acciones en materia de seguridad del paciente.

En congruencia con ello, en el PROSESA 2007-2012 se estableció la meta de “implantar medidas de prevención de eventos adversos para garantizar la seguridad de los pacientes en 60% de las unidades del sector público”. Cabe señalar que esta meta implicaba que de 2007 a 2012 aumentara el porcentaje en 43.3 puntos porcentuales, dado que en 2006 un 16.7% de los hospitales de 60 camas censables o más ya aplicaban medidas para prevenir los

eventos adversos. A partir de ello, en 2012 se registró que 338 de los 398 hospitales de 60 camas o más aplicaron medidas para evitar dichos eventos, es decir un 84.9%, cifra que superó por mucho a la meta para 2012 de 60% (Cuadro I.10).

Dentro de las acciones que se implantaron en los hospitales destacan: la identificación, análisis e implementación de las mejores prácticas en materia de aplicación de medicamentos; identificación del paciente; prevención de cirugías en sitio incorrecto y de caídas de los pacientes; fortalecimiento de la comunicación adecuada con el paciente y con el equipo de salud; el uso y apego a protocolos y guías diagnósticas; la prevención de infecciones nosocomiales; pláticas sobre la importancia del factor humano en los eventos adversos; cambio de cultura organizacional, y corresponsabilidad del paciente en su atención, entre otras más.

De los 338 hospitales que durante 2012 implementaron medidas para prevenir eventos adversos, 70 se ubicaron en el Distrito Federal, representando el 20.7% del total a nivel nacional; el Estado de México, por su parte, contribuyó con el 8.9% de las unidades que implementaron este tipo de medidas en el país (30 hospitales). En el extremo opuesto, Baja California Sur, Campeche y Quintana Roo aportaron en conjunto un 1.8% del total, ello al implantar medidas para evitar los eventos adversos en dos hospitales de 60 camas o más, cada uno (Figura I.29).

**Cuadro I.10**

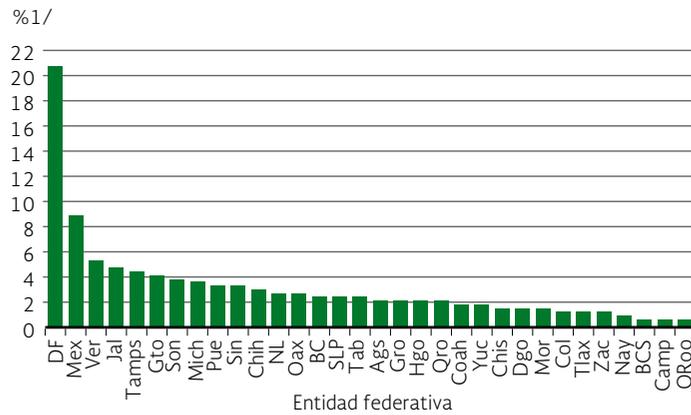
Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad  
Programa Sectorial de Salud 2007-2012; México, 2012

Indicador	Línea base 2006 (A)	2007	2008	2009	2010	2011	Valor 2012 (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	16.72	17.04	31.69	34.55	55.78	81.16	84.92	60.00	157.59	407.93

1/ Calculado como:  $(B-A)/(C-A)*100$   
Fuente: DGACS; DGCESS

**Figura I.29**

Distribución porcentual de los hospitales que implementaron medidas para prevenir eventos adversos por entidad federativa; México, 2012



1/ Porcentaje obtenido con base en los hospitales que implementaron esas medidas en el año en cada entidad respecto del total de hospitales que lo hicieron a nivel nacional. Incluye hospitales de 60 camas o más  
Fuente: DGACS, DGCESS y total de hospitales DGIS-SS

## Meta 3.3

### Tasa anual de infecciones nosocomiales

Una infección nosocomial (también denominada infección asociada a la atención sanitaria) es aquella que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención a la salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación en el momento del internado. De acuerdo con la OMS, hasta 2008, en los países desarrollados las infecciones nosocomiales (IN) estaban presentes entre 5% y 10% de los pacientes hospitalizados, mientras que en algunos países en desarrollo la proporción alcanzaba una cuarta parte de los pacientes internados. Los efectos de las infecciones nosocomiales son múltiples e incluyen el dramático aumento de la resistencia a los antimicrobianos, las estancias hospitalarias prolongadas, la presencia de discapacidad y muerte entre los pacientes; así como un importante aumento de los costos económicos tanto para los pacientes y sus familias como para los sistemas de salud.

Hasta el año 2006, el sistema de salud de México no disponía de una red de información que aportara datos continuos, veraces y oportunos sobre las IN; sin embargo, estaba consciente del problema de salud que representaban estas infecciones y sobre sus efectos negativos. Por ello, en el PROSESA 2007-2012 se incluyó la meta para 2012 de “alcanzar y mantener una tasa anual no mayor de 6 infecciones nosocomiales por cada 100 egresos en los hospitales públicos”, misma que se vinculó con el objetivo de prestar servicios de salud con calidad y seguridad. Para el seguimiento de la meta, la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS) encomendó a la DGED realizar estudios ex profeso que permitie-

ran conocer la prevalencia de las IN en los hospitales públicos de salud. A partir de ello, se realizaron dos estudios, uno en 2008 y el otro en 2011.

Con base en el último de estos estudios se observó que la prevalencia de IN en los hospitales públicos seleccionados fue de 21.4%; es decir, que 914 pacientes de los 4,274 estudiados sufrieron una infección nosocomial. Dicha prevalencia no mostró diferencias estadísticamente significativas entre las instituciones públicas de salud (SS e IMSS con prevalencia de 21% y el ISSSTE de 22.5%). El resultado de 2011 reflejó que la meta para 2012 fue muy optimista y que muy difícilmente se alcanzaría. Dado que inicialmente se planteó reducir la prevalencia en 9 puntos porcentuales, sin embargo, con el dato de 2011, la reducción requerida en 2012 aumentó a 15.4 puntos porcentuales. Cabe señalar que el resultado de 2011 para los hospitales públicos se asemeja con lo reportado por la OMS, de una prevalencia de 25% de los pacientes hospitalizados en algunos países en desarrollo (Cuadro I.11).

Para enfrentar el problema que representan las IN es necesario avanzar en diferentes ámbitos, destacando el relacionado con los sistemas de información, dado que para tomar decisiones que mejoren la seguridad de la atención es indispensable conocer la magnitud y frecuencia de las IN, sus efectos en la salud de la población y en la operación de los sistemas y servicios de salud, y respecto de los tipos de infecciones, la vulnerabilidad de la población a dichos eventos y los efectos que tienen los factores ambientales en la aparición de estas infecciones.

**Cuadro I.11**

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

Indicador	Línea base 2006 (A)	2007	2008	2009	2010	2011	Valor 2012 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Tasa anual de infecciones nosocomiales 2/	15.00	ND	7.85	ND	ND	21.38	ND	Menos de 6.0	ND	ND

ND: Dato no disponible; NA: No aplica

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

2/ Tasa por cien egresos hospitalarios

Fuente: DGED-SIDSS, SS



## Objetivo 4

# Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud

Uno de los objetivos intrínsecos de los sistemas de salud es garantizar la justicia en el financiamiento de la salud. La enfermedad o los problemas de salud suelen ser imprevisibles y obligan a la población a buscar la atención necesaria; sin embargo, si no se cuenta con esquemas financieros que garanticen la protección de la salud, difícilmente se puede evitar que la población opte entre la ruina económica o la pérdida de salud, sobre todo considerando que la atención sanitaria puede llegar a ser catastróficamente costosa para diversos grupos de población.

Es por ello que uno de los objetivos establecidos en el PROSESA 2007-2012 fue “evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud”, lo que implicaba diseñar e implantar esquemas justos de financiamiento de la atención a la salud que permitieran, por un lado, aumentar la capacidad financiera del sector a través de incrementar la inversión de recursos públicos y de fomentar el prepago de servicios, reduciendo con ello la proporción que representaba el gasto de bolsillo respecto del gasto en salud, y por el otro, reducir la proporción de hogares que incurrían en gastos catastróficos por motivos de salud.

## Meta 4.1

### Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud

Desde hace varios años, el gasto privado en salud es una de las fuentes de financiamiento más importantes en el sistema de salud de México, lo cual va en contra de la búsqueda de la justicia financiera en materia de atención a la salud, dado que una alta proporción de este gasto corresponde al pago directo que realizan las personas al momento de utilizar los servicios —aspecto mejor conocido como pago de bolsillo—, con lo que diversos grupos de población se ven expuestos a optar entre atender su salud o enfrentar gastos que pueden resultar catastróficos.

En 2006, por ejemplo, el gasto de bolsillo en México representó el 51.3% del gasto total en salud, cifra elevada con respecto a la recomendación de la OMS de lograr que los pagos directos representen entre el 30 y el 40% del gasto sanitario total en los países en vías de desarrollo, y considerando que lo deseable es fomentar. Pero sobre todo, es necesario reducir la proporción que representan los gastos de bolsillo para garantizar la justicia financiera en salud, que indica que los individuos deben aportar de acuerdo con su capacidad de pago y recibir servicios en función de sus necesidades de salud.

A partir de ello, en el PROSESA 2007-2012 se estableció la meta de “disminuir en 2012 el gasto de bolsillo a 44% del gasto total en salud”, lo que implicaba reducir dicha proporción en

7.3 puntos porcentuales respecto del 51.3% registrado en 2006. De esta forma, de acuerdo con datos preliminares, en 2012 el gasto de bolsillo ascendió a 44.1% del gasto total en salud, con lo que se obtuvo un cumplimiento de la meta para 2012 de 98.7 por ciento.

Esto fue resultado de haber reducido dicha proporción en 7.2 puntos porcentuales, recordando que la meta consistió en reducir el gasto de bolsillo en 7.3 puntos porcentuales entre 2006 y 2012 (Cuadro I.12).

Durante este sexenio, la expansión de la cobertura del aseguramiento público a través del SPSS fue uno de los elementos que permitieron reducir la proporción que representa el gasto de bolsillo respecto del gasto total en salud; sin embargo, dicha reducción no fue suficiente para cumplir con la meta para 2012; destacando, además, que México es uno de los pocos países, dentro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), donde el gasto de bolsillo es una de las principales fuentes de financiamiento del sistema de salud. Esto impone un reto para el sistema de salud en materia de cobertura universal de atención, y en el incremento en la eficiencia en la prestación de los servicios y la mejora de la capacidad administrativa de los mismos, particularmente a nivel estatal.

**Cuadro I.12**

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud  
Programa Sectorial de Salud 2007-2012; México, 2012

Indicador	Línea base 2006 (A)	2007	2008	2009	2010	2011	Valor 2012 (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/	51.30	50.85	49.24	47.84	47.05	45.53	44.09	44.00	98.70	-14.05

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

2/ Cifra 2012 preliminar

Fuente: Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), 2013; DGIS-SS

## Meta 4.2

### Porcentaje de hogares que incurren en gastos catastróficos por motivos de salud

Cuando la población se ve obligada a pagar de su bolsillo por los servicios de atención a la salud al momento de requerirlos se expone a incurrir en gastos catastróficos y empobrecedores de salud y en el peor de los casos a posponer la atención que requiere para resolver su problema de salud. El gasto catastrófico se define como el gasto en salud que realiza un hogar y que representa una proporción igual o superior al 30% de su ingreso disponible (ingreso total monetario menos el gasto monetario en alimentos). Por su parte, el gasto empobrecedor se refiere al gasto en salud que realizan los hogares y que los ubican por debajo de la línea de pobreza alimentaria, de acuerdo con la definición que realiza el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).

Dentro de los sistemas de salud, la protección financiera en salud busca evitar que la población experimente estas situaciones, y la valoración del nivel de esta protección se realiza a través del cálculo de la proporción de hogares que enfrentan gastos catastróficos o empobrecedores. De hecho, una de las metas para 2012 que se establecieron en el PROSESA 2007-2012 fue “disminuir en 10% la proporción de hogares que enfrentan gastos catastróficos por motivos de salud, respecto de la proporción registrada en 2006”. Al respecto, el análisis realizado para 2012 muestra que el porcentaje de hogares que incurrieron en gastos catastróficos por motivos de salud en ese año fue 2.06%, lo cual representa una disminución de 0.2 puntos porcentuales respecto de la proporción registrada en 2010 y una disminución de 1.7 puntos respecto del valor para 2006; comportamiento que permitió cumplir con la meta para 2012 (3.36%) y de hecho representa una reducción mucho mayor a la planteada en el PROSESA (Cuadro I.13).

Es importante señalar que la estimación del porcentaje de hogares que incurrieron en gastos catastróficos y empobrecedores en México se basa en la metodología propuesta por la Organización Mundial de la Salud en 2005, misma que se ajustó para el país por la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud, en consenso con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), la Dirección General de Información en Salud (DGIS) y la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED). En este sentido, para el cálculo de ambos indicadores se emplea la base de datos de la Encuesta

Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), la definición de ingresos y gastos corrientes totales del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y la línea de pobreza alimentaria estimada por el CONEVAL para el año de análisis.

En cuanto a la tendencia del indicador de gasto catastrófico por motivos de salud, desde 2006 fue decreciente, lo cual se debió, en parte, al aumento de 18.9% en el número de hogares registrado entre 2006 y 2012 y por la otra, a la disminución del número de hogares que incurrieron en gasto catastrófico en dicho periodo, pasando de 991,055 en 2006 a 651,386 en 2012, equivalente a una reducción de 34.3%; reducción obtenida a pesar de que en 2012 el número de hogares en esta condición se incrementó en 1,804 casos respecto de la cifra de 2010 (Cuadro I.14).

La reducción registrada en este indicador durante el periodo adquiere relevancia si se considera que de haberse mantenido el porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud de 2006, el número de hogares que en 2012 estarían en esta condición habría sido de 1,177,165, tomado como base el total de hogares registrado en 2012. Bajo este supuesto se evitó que 525,779 hogares incurrieran en gastos catastróficos por motivos de salud en 2012. Este hecho, a partir del año 2006, puede estar vinculado, entre otras razones, con el incremento en la afiliación de la población al Sistema de Protección Social en Salud, a través del Seguro Popular de Salud, el cual brinda protección financiera pública a los hogares que por su condición laboral no están afiliados al sistema de seguridad social (Cuadro I.14).

Por otro lado, también el porcentaje de hogares que se empobrecen por gastos en salud ha experimentado una tendencia decreciente, pasando de 1.26% en 2006 a 0.95% en 2012. En relación con 2010, el indicador de 2012 presentó una disminución de 0.17 puntos porcentuales. En términos del número de hogares, la reducción obtenida entre 2006 y 2012 fue de 35,352 hogares, al pasar de 335,142 a 299,790 hogares en esta condición. Adicionalmente, la proporción de hogares que presentaron un gasto catastrófico y empobrecedor en salud al mismo tiempo, muestra, también, una tendencia decreciente al pasar de 0.64% en 2006 a 0.33% en 2012; es decir, en 2006 los hogares que enfrentaron esta condición fueron 168,881, mientras que en 2012 su cantidad fue de 103,713 hogares, lo que equivale a una reducción de 38.6% (Cuadro I.14).

**Cuadro I.13**

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, 2012

Indicador	Línea base 2006 (A)	2007	2008	2009	2010	2011	Valor 2012 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Porcentaje de hogares que incurren en gastos catastróficos por motivos de salud	3.73	ND	2.49	ND	2.23	ND	2.06	3.36	-38.69	-44.77

ND: No disponible

1/ Calculado como variación % de (B) y (C)

Fuente: Unidad de Análisis Económico-SS. Con datos de la ENIGH 2002-2012, estudios sobre la pobreza del CONEVAL y nota técnica 001/2007

**Cuadro I.14**

Hogares que enfrentaron gasto catastrófico y empobrecedor por motivos de salud; México, 2006-2012

Concepto	2006		2008		2010		2012	
	Hogares	%	Hogares	%	Hogares	%	Hogares	%
Gasto catastrófico	991,055	3.73	682,117	2.49	649,582	2.23	651,386	2.06
Gasto empobrecedor	335,142	1.26	325,626	1.19	285,165	0.98	299,790	0.95
Gasto catastrófico y empobrecedor	168,881	0.64	115,065	0.42	99,499	0.34	103,713	0.33
Total de hogares	26,541,327	100.00	27,356,452	100.00	29,074,332	100.00	31,559,379	100.00

Fuente: Unidad de Análisis Económico-SS. Con datos de la ENIGH 2002-2012, estudios sobre la pobreza del CONEVAL y nota técnica 001/2007



## Objetivo 5

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

La salud guarda una relación bidireccional con el desarrollo social del país y el combate a la pobreza, dado que una población saludable contribuye al desarrollo social y económico del país y, a su vez, este desarrollo coadyuva a mejorar las condiciones de vida y bienestar de la población. Por ello, en el Sector Salud se planteó la necesidad, como una acción estratégica, de fortalecer la vinculación con aquellos sectores cuyas actividades influyen de manera directa en las condiciones de salud de la población, dentro de los que destacan el alimentario, el educativo, y los vinculados con la protección ambiental y la seguridad vial, entre otros. Del mismo modo, se estableció que para coadyuvar a superar la pobreza y contribuir al desarrollo del país, era fundamental enfrentar y superar los problemas y padecimientos clasificados bajo el término de rezago epidemiológico, los cuales afectan a la población más vulnerable, misma que por lo general enfrenta problemas de acceso a bienes y servicios básicos, como los de salud.

Para concretar estas acciones, en el PROSESA 2007-2012 se definió el objetivo de garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país, “estableciéndose, para valorar su nivel de cumplimiento, la meta de “reducir 20% la prevalencia de menores de 5 años con bajo peso para su talla en los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano”. Este indicador valora aspectos relacionados con la desnutrición de los niños que habitan en las regiones más pobres y marginadas del país, ya que se trata de un padecimiento vinculado con el rezago epidemiológico.

## Meta 5.1

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

El bajo peso para la talla, también denominado como emaciación o desnutrición aguda, es un indicador de la escasez aguda de alimentos y/o de la presencia de enfermedades entre los niños menores de 5 años de edad. Esta condición incrementa el riesgo de muerte entre los menores y se manifiesta con mayor frecuencia entre la población pobre y de bajo desarrollo socioeconómico. Para hacer frente a este problema de salud, en el PROSESA 2007-2012 se estableció la meta para 2012 de “reducir 20% la prevalencia de menores de 5 años con bajo peso para su talla en los 125 municipios con menor IDH, respecto del valor registrado en 2006”. Ello implicaría pasar de 8.7% registrado en 2006, a una prevalencia de bajo peso para la talla entre los menores de 5 años que viven en los 125 municipios con menor IDH de 6.9% en 2012 (Cuadro I.15).

Para dar seguimiento a esta meta se estableció utilizar los datos de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (ENSANUT), dado que en los sistemas formales de información en salud no se dispone de datos para esta variable; sin embargo, dichas encuestas tienen la desventaja de no contar con información a nivel municipal, por lo que la valoración del cumplimiento de la meta por lo que no fue posible realizar la valoración del cumplimiento de la meta.

A pesar de ello, y a fin de contextualizar la magnitud de los problemas de desnutrición, en este informe se incluyeron

datos sobre la prevalencia de bajo peso, de baja talla y de bajo peso para la talla a nivel nacional, obtenidos de la ENSANUT 2012. Con base en ello, destaca que durante 2012 en México las prevalencias para las distintas formas de desnutrición entre los menores de 5 años de edad disminuyeron respecto de las registradas en las encuestas de nutrición de 1988, 1999 y 2006; sobre todo la prevalencia de emaciación o desnutrición aguda que pasó de 6.2% en 1988 a 2% en 2006 (equivalente a una reducción de 67.7%) y posteriormente descendió a 1.6% en 2012, lo que representó una disminución de 20.3% en el periodo 2006-2012 (Figura I.30).

Con ello, desde 1999 y hasta el 2012 la prevalencia de emaciación o desnutrición aguda en el ámbito nacional se ha ubicado dentro de la proporción esperada en una distribución de niños sanos y bien alimentados, es decir, menor a 2.5% de niños por debajo de -2 desviaciones estándar en una población bien nutrida; sin embargo, entre los niños menores de un año de edad, en el mismo periodo, la emaciación continúa ubicándose con prevalencias entre 3% y 5%, valores superiores a la prevalencia nacional; es importante tomarlo en cuenta ya que este tipo de desnutrición incrementa el riesgo de infección y muerte, en especial entre los niños que no son alimentados con el seno materno.

**Cuadro I.15**

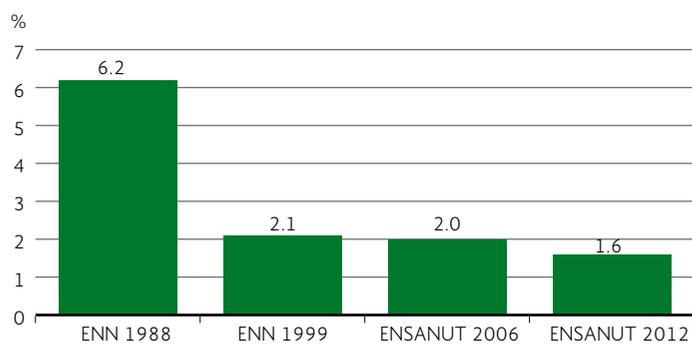
Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 5. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país  
Programa Sectorial de Salud 2007-2012; México, 2012

Indicador	2006 (A)	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado	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	ND	ND	ND	ND	ND	6.96	NA	NA

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

**Figura I.30**

Prevalencia de bajo peso para la talla en niños menores de 5 años de edad; México, 1988, 1999, 2006 y 2012



ENN 1988: Encuesta Nacional de Nutrición 1988. ENN 1999: Encuesta Nacional de Nutrición 1999. ENSANUT 2006: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. ENSANUT 2012: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012  
Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales, INSP-SS





## 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 5 años

---

Mejorar la salud materna

---

Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades



## Seguimiento de Metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son la concreción de los compromisos que asumieron en la Declaración del Milenio del 2000 los 189 Estados Miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), incluyendo a 147 Jefes de Estado y de Gobierno; compromisos enfocados a fomentar el respeto y defender los principios de dignidad humana, igualdad y equidad en el plano mundial a través del impulso a estrategias para alcanzar el desarrollo sostenible que permitiera erradicar la pobreza y reducir los problemas del hambre, la malnutrición y las enfermedades.

Así, en septiembre de 2001, la Asamblea General de la ONU elaboró la Guía General para la Aplicación de la Declaración del Milenio, en la cual se presentó la lista inicial de los ODM y las metas e indicadores asociados a cada uno de ellos; asimismo, en aras de supervisar y evaluar los progresos en la consecución de los ODM, en la guía se estableció que el año de referencia (línea base) sería 1990 y que 2015 sería el año término, pero además se plasmó la necesidad de presentar informes generales cada 5 años e informes anuales sobre los progresos en las metas asociadas a dichos objetivos.

A partir de ello, y a 12 años de asumir el compromiso con la Declaración del Milenio de 2000, en México se ha avanzado satisfactoriamente en la mayoría de los ODM, aunque algunos resultados muestran la existencia de brechas que es necesario reducir. Este avance es el resultado de las políticas, estrategias y acciones que el gobierno mexicano ha impulsado desde que asumió dicho compromiso; pero además, para México, el seguimiento, evaluación y la rendición de cuentas en materia de los ODM ha sido una

constante, destacando, por ejemplo, la elaboración y difusión de los Informes País de 2005, 2006 y 2010; la creación del Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los ODM (CTESIODM) en 2010 y la puesta en operación del sitio web del Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México (<http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/odm/odm.htm>).

En congruencia con estos esfuerzos, la Secretaría de Salud ha coadyuvado al seguimiento, evaluación y mejoramiento de las acciones para cumplir cabalmente en 2015, con los ODM relacionados con el tema de salud. Pero además, a través de este informe, la SS presenta los resultados anuales para las metas e indicadores de los ODM asociados a salud (de 2006 a 2012, así como el valor línea base); resultados que se sustentan y apegan a las fuentes de información y a los métodos de cálculo establecidos por el CTESIODM, incluyendo las directrices respecto del uso de las estimaciones de población de México 2010-2030 y las adecuaciones metodológicas para la construcción de los indicadores de mortalidad infantil y de menores de 5 años de edad, como para la razón de mortalidad materna (ver nota metodológica en la sección de anexos).

A partir de ello, en las siguientes páginas se describe el cumplimiento de las metas obtenidas hasta el año 2012 respecto de los ODM vinculados con la salud: 1) erradicar la pobreza extrema y el hambre, 2) reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años, 3) mejorar la salud materna, y 4) combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.



# Objetivo 1

## Erradicar la pobreza extrema y el hambre

**D**urante la Declaración del Milenio de 2012, la ONU hizo un llamado para establecer acciones que permitieran erradicar la pobreza a nivel mundial y con ello algunos de los efectos asociados a ella; posteriormente, dentro de la Guía General para la Aplicación de la Declaración del Milenio, se estableció la necesidad de mitigar el hambre como un requisito previo e indispensable para reducir la pobreza de manera sostenible, ya que una mejor alimentación aumenta la productividad laboral y la capacidad individual de obtener ganancias.

Por ello, uno de los ODM es “erradicar la pobreza extrema y el hambre”, y para su seguimiento se establecieron dos metas: 1. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día y 2. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre; metas que fueron modificadas posteriormente y oficializadas en 2008, quedando así: Meta 1A: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día, Meta 1B: Lograr empleo pleno y productivo, y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres y jóvenes y Meta 1C: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.

De este objetivo y de las metas, lo que se vincula con el tema del hambre es lo que tiene estrecha relación con el Sector Salud, por lo que en este informe se reportan los avances obtenidos por México, hasta 2012, respecto de la meta relacionada con la “proporción de niños menores de 5 años con insuficiencia ponderal”.

## Prevalencia de bajo peso en menores de 5 años

La malnutrición infantil, reflejada en el peso corporal de los niños, fue seleccionada como indicador porque está vinculada con la pobreza, con bajos niveles de instrucción y con la falta de acceso a servicios de salud. La malnutrición infantil, aun cuando sea moderada, aumenta el riesgo de fallecimiento de los niños, inhibe su desarrollo cognitivo y repercute en su estado de salud futuro.

Los niños menores de 5 años de edad presentan insuficiencia ponderal (bajo peso para la edad) cuando su peso está dos desviaciones estándar por debajo de la mediana correspondiente a la población de referencia internacional. En México durante 1988, la prevalencia de bajo peso en niños menores de 5 años fue de 10.8%, cifra que se tomó como línea base para la meta de “reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la prevalencia de bajo peso en menores de 5 años”, lo que equivale a una prevalencia menor a 5.4% para 2015 (Cuadro II.1).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012), en 1998 la prevalencia a nivel nacional para este tipo de desnutrición fue de 10.8%, la cual disminuyó a 3.4% en 2006 y para 2012 se ubicó en 2.8%. Con ello, en 2012 se ha logrado dar cumplimiento a la meta para 2015 y de hecho se logró reducir aún más la prevalencia de insuficiencia ponderal entre los menores de 5 años (48.1% menos de lo requerido). Además, respecto a la prevalencia registrada en 1988, la cifra de 2012 representa una reducción de 74.1%. Es importante aclarar que los valores para 1988 y 2006 fueron recalculados por el Instituto Nacional de Salud Pública como parte de la homologación de la metodología para hacer comparables los resultados de las cuatro encuestas de este tipo realizadas en el país (Figura II.1).

La tendencia decreciente de la prevalencia de bajo peso entre los menores de 5 años, de forma implícita, impulsó el descenso de la mortalidad por desnutrición en los niños de esta edad. En 1990, la tasa de mortalidad observada por esta causa fue de 34.1 defunciones por cien mil niños del grupo de edad (36 en hombres y 31.9 en mujeres); para 2006 la tasa fue de 6.9 decesos (7.2 en hombres y 6.5 en mujeres) y en 2012 la cifra fue de 3.4 defunciones por cien mil menores de 5 años de edad (3.3 en hombres y 3.6 en mujeres). Entre 1990 y 2012, se redujo 90% la tasa de mortalidad por desnutrición, lo que significa que en 2012

fallecieron 30.7 niños menos, por cada cien mil menores de 5 años, respecto de 1990 y 3.5 menos respecto de la mortalidad registrada en 2006 (Figura II.2).

Entre las entidades federativas, las tasas de mortalidad por desnutrición más elevadas se registraron en Oaxaca, Chihuahua, Puebla, Tlaxcala y Chiapas, con 9.7, 7.5, 7.1, 6.4 y 6.3 defunciones por cien mil menores de 5 años de edad, respectivamente; en el extremo opuesto, Morelos no registró muertes por esta causa, mientras que en Hidalgo la tasa fue de 0.4 y en Nuevo León de 0.5 defunciones. Estos datos muestran que la mortalidad por desnutrición de los niños que viven en Oaxaca fue 26.3 veces más alta que los que residen en Hidalgo y 21.1 veces más que los de Nuevo León. Por otra parte, la tasa de mortalidad entre las niñas menores de 5 años de edad fue mayor respecto de la de los niños en 18 entidades federativas, destacando la diferencia registrada en Durango, donde la tasa entre las niñas fue de 8.6 defunciones por cien mil mujeres de esa edad y la de los niños de sólo 1.2 muertes (diferencia de 7.4 defunciones). Entre los estados donde la mortalidad masculina fue mayor a la femenina, destacan Yucatán y Chihuahua con diferencias de 5.2 y 4.3 defunciones por cien mil niños menores de 5 años, respectivamente. Es necesario enfatizar que las cifras aquí presentadas son preliminares y que los resultados pueden cambiar para aquellos estados donde no se registraron muertes por desnutrición, en ambos sexos o para niños y niñas (Figura II.3).

En 2012 se registraron 379 muertes de niños menores de 5 años a causa de desnutrición, 44.7% de ellas correspondió a niños afiliados al SPSS; otro 40.3% no tenía seguridad social, 12.1% eran derechohabientes del IMSS, 0.6% del ISSSTE y 0.3% de la SEDENA. Los servicios médicos de PEMEX y de la SEMAR no registraron defunciones de este tipo. En cuanto a la tasa de mortalidad por esta causa, la población sin seguridad social, que es atendida por la Secretaría de Salud y el IMSS-Oportunidades, registró la más elevada con 4.1 defunciones por cien mil menores de 5 años; entre los afiliados al SPSS la tasa fue de 3.9 defunciones, mientras que entre menores de 5 años de edad que son derechohabientes del IMSS la mortalidad ascendió a 1.3 muertes y del ISSSTE a 0.3 defunciones (Figura II.4).

**Cuadro II.1**

Metas relacionadas con el Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre  
Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2012

Meta / Indicador	Línea base (A)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (B) y (A)
Meta 1C: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padece hambre											
Prevalencia de bajo peso en menores de 5 años	10.8	3.4	ND	ND	ND	ND	ND	2.8	5.4	148.15	-74.07

ND: Dato no disponible

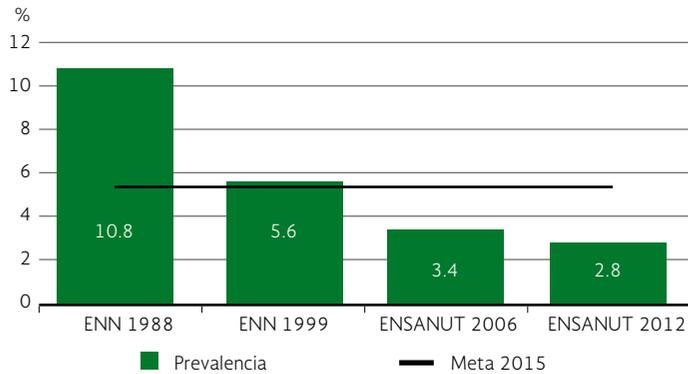
La cifra para la línea base corresponde a datos de 1988 y la meta a 2015. Los valores de 1988 y 2006 fueron modificados en el informe de la ENSANUT 2012. Resultados Nacionales

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

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales, INSP-SS

**Figura II.1**

Prevalencia de bajo peso en niños menores de 5 años de edad; México, 1988, 1999, 2006 y 2012

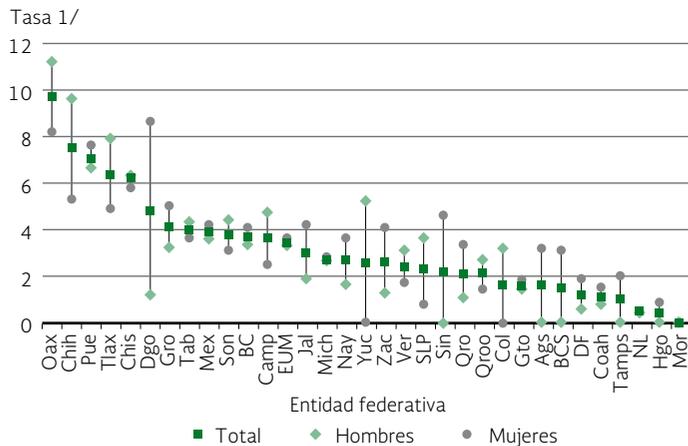


ENN 1988: Encuesta Nacional de Nutrición 1988. ENN 1999: Encuesta Nacional de Nutrición 1999. ENSANUT 2006: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. ENSANUT 2012: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales, INSP-SS

**Figura II.3**

Tasa de Mortalidad por desnutrición en niños menores de 5 años, por entidad federativa y sexo; México, 2012

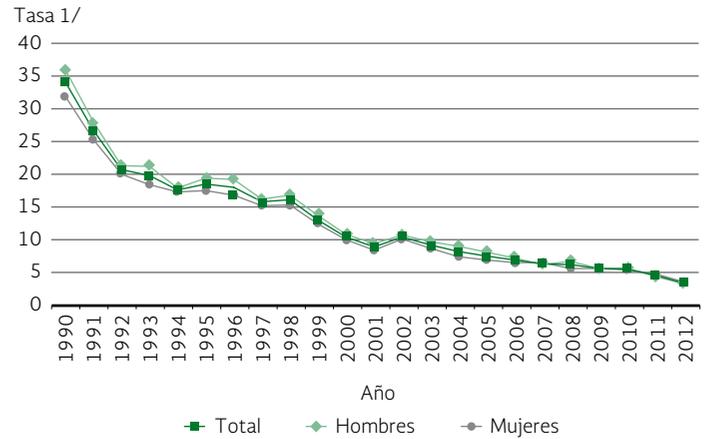


1/ Tasa observada por 100 mil niños menores de 5 años

Fuente: SEED 2012, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura II.2**

Tasa de mortalidad por desnutrición en niños menores de 5 años, por sexo; México, 1990-2012

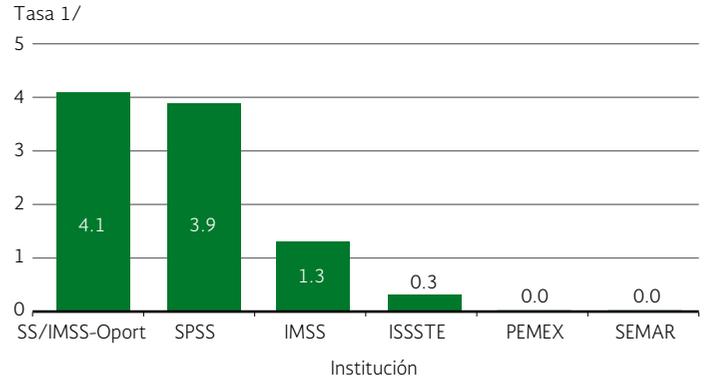


1/ Tasa observada por 100 mil niños menores de 5 años

Fuente: Defunciones 1990-2011, INEGI-SS; SEED 2012, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura II.4**

Tasa de mortalidad por desnutrición en niños menores de 5 años de edad, por institución pública de salud; México, 2012



1/ Tasa observada por 100 mil niños menores de 5 años de edad, usuarios de los servicios de salud  
Fuente: SEED 2012; preliminar, DGIS-SS y estimaciones de población usuaria DGIS-DGED



## Objetivo 4

# Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años

**E**n 2001, como parte de la definición de los objetivos, indicadores y metas que sustentarían la implantación de la Declaración del Milenio se destacó que, a nivel mundial, la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años estaba disminuyendo al pasar de 94 muertes en 1990 a 81 defunciones de menores de 5 años por cada mil nacidos vivos en 2000; sin embargo, se estableció que tal reducción no era suficiente, ya que en ese último año 11 millones de menores de 5 años de edad murieron en los países en desarrollo, de los cuales la mayor parte falleció debido a enfermedades prevenibles. También se resaltó que la reducción obtenida en muchos países se veía afectada por la presencia y consecuencias del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) y por la reaparición del paludismo y la tuberculosis, entre otras causas. Por ello la ONU determinó que el cuarto ODM sería: “reducir en dos terceras partes; entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años”. Para su seguimiento se establecieron los indicadores de “tasa de mortalidad de niños menores de 5 años”, “tasa de mortalidad infantil” y “proporción de niños de un año de edad vacunados contra el sarampión”. Meta e indicadores que se han mantenido desde su definición en 2001.

## Mortalidad de menores de 5 años de edad

En 1990, con base en los lineamientos más recientes para el cálculo de la mortalidad de menores de 5 años de edad\*, la tasa corregida por subregistro<sup>‡</sup> fue de 41.0 defunciones de niños de este grupo de edad por mil nacidos vivos (NV), tasa que fue resultado de las 99,668 muertes de menores de 5 años establecidas para ese año. A partir de esta mortalidad, la meta para 2015 implicó que la tasa no debería superar las 13.7 defunciones de menores de 5 años por mil NV. En 2012, la mortalidad para este grupo de edad fue de 16.1 defunciones por mil NV, lo que representó una reducción de 60.8% respecto de la tasa de 1990 y un cumplimiento de 91.2% de la meta 2015. En términos del volumen de muertes en este grupo de población, entre 1990 y 2012 la cifra se redujo un 63.4%, al considerar que en 2012 el número de estos eventos fue de 36,500 (Cuadro II.2).

La mortalidad entre los varones menores de 5 años pasó de 44.4 defunciones en 1990 a 17.5 muertes por mil NV en 2012 y entre las niñas pasó de 37.1 a 14.6 decesos por mil NV en el mismo lapso. Cabe señalar que en 1990 la mortalidad para los niños superó en 7.4 defunciones por cada mil NV a la de las niñas, acortándose en 2012 esta diferencia a 2.9 defunciones por mil NV (Figura II.5).

A pesar de la reducción de esta mortalidad a nivel nacional, entre las entidades federativas persisten diferencias importantes. En 2012, la mortalidad más alta del país se registró en Oaxaca, con 20.5 defunciones de menores de 5 años por mil NV; cifra 1.3 veces mayor a la tasa para el país y 1.7 veces más alta que la registrada en Nuevo León (11.8 muertes por mil NV). Puebla, con 19.7 muertes por mil NV registró la segunda mortalidad más alta del país (Figura II.6).

Por sexo, la mortalidad masculina y la femenina más elevadas del país durante 2012, se registró en Oaxaca, con tasa entre los niños de 21.9 defunciones y entre las niñas de 19.1 decesos por mil NV. Por su parte, Baja California Sur reportó la mortalidad entre los varones de este grupo de edad más baja del país, con 12.1 muertes y Nuevo León la más baja entre la población femenina menor de 5 años, con 10.8 defunciones por mil NV.

Al interior de 29 entidades federativas, la mortalidad de menores de 5 años en la población masculina fue mayor a la femenina, desta-

cando Tlaxcala cuya tasa entre los niños fue mayor en 4.6 defunciones por mil NV, respecto de la tasa entre las niñas. Asimismo, los estados donde la mortalidad de menores de 5 años fue mayor entre la población femenina fueron Aguascalientes, Baja California Sur y Nayarit (Figura II.6).

La mortalidad de menores de 5 años incluye las defunciones de menores de un 1 año (mortalidad infantil) y las de niños de 1 a 4 años de edad (mortalidad preescolar); grupos que tienen distintos factores de riesgo y por ende distintas causas de muerte. En este sentido, en 2012, con base en las defunciones registradas por el INEGI-SS, se reportaron 5,335 muertes de niños de 1 a 4 años de edad, de las cuales el 8.2% se debió a las infecciones respiratorias agudas (IRAS), lo que ubicó a esta enfermedad como la principal causa de muerte para esta población. Le siguieron los accidentes de tráfico de vehículo de motor que concentraron el 8.1% del total de muertes, las malformaciones congénitas del corazón con el 7.8%, las enfermedades infecciosas intestinales (EDAS), que agruparon el 5.3% y los ahogamientos y sumersiones accidentales con 5.1% del total de muertes (Cuadro II.3).

Respecto a la mortalidad en niños de 1 a 4 años de edad, y tomando como fuente la base de defunciones INEGI-SS, en 2012 la tasa ascendió a 59.9 defunciones por cien mil niños de este grupo de edad. Por causa, la mortalidad por IRAS y la debida a los accidentes de tráfico de vehículo de motor, registraron una tasa de 4.9 defunciones por cien mil niños de 1 a 4 años de edad, respectivamente; la tasa por malformaciones congénitas del corazón ascendió a 4.7 decesos y la de EDAS a 3.2 defunciones por cien mil niños de 1 a 4 años (Cuadro II.3).

Por otra parte, de las 5,335 defunciones de niños de 1 a 4 años de edad registradas en 2012, el 41% correspondió a niños que estaban afiliados al SPSS, el 20.4% a niños que eran derechohabientes del IMSS y el 19.6% a los que no tenían seguridad social pero que se atendían en los SESAS o en el IMSS-Oportunidades. Las defunciones ocurridas entre los derechohabientes del ISSSTE representaron el 1.8% del total, el 0.3% correspondió a la SEDENA, mientras que en los servicios médicos de PEMEX y de la SEMAR se concentró, en cada uno, el 0.2% de las muertes de niños de 1 a 4 años de edad.

En el mismo ámbito, la tasa de mortalidad más alta se registró entre los afiliados al SPSS con 88.2 defunciones por cada cien mil niños de 1 a 4 años afiliados, seguida por la tasa de la población atendida por la SEMAR que fue de 66.7 decesos por cien mil usuarios de ese grupo de población. En contraste las tasas más bajas se registraron en el ISSSTE, con 21 muertes y en PEMEX, con 29 defunciones por cien mil derechohabientes de 1 a 4 años de edad.

\* En 2013 se conformó un grupo de trabajo para determinar la fuente de datos idónea para construir la mortalidad infantil, la de menores de 5 años y la razón de mortalidad materna y para proponer una metodología para corregir el subregistro. Con base en sus determinaciones en este informe se presentan las cifras consensuadas respecto de esos tipos de mortalidad.

‡ Tanto las defunciones como el número de nacidos vivos se ajustó por subregistro, a nivel estatal, tal como se explica en el anexo estadístico de este informe.

## Cuadro II.2

Metas relacionadas con el objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años  
Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2012

Meta / Indicador	Línea base (A)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (B) y (A)
Meta 4A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años											
Tasa de mortalidad en menores de 5 años de edad 2/	41.02	19.77	19.08	18.43	17.84	17.23	16.74	16.09	13.67	91.17	-60.78

La cifra para la línea base corresponde a datos de 1990 y la meta a 2015

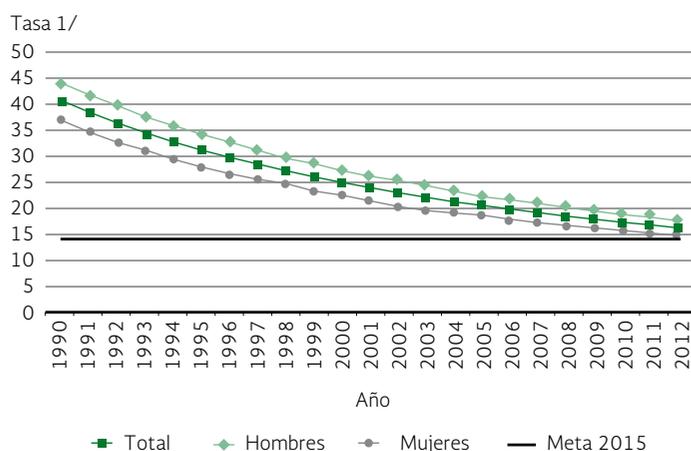
1/ Calculado como:  $(B-A)/(C-A)*100$

2/ Tasa por mil nacidos vivos. Con los respectivos ajustes en defunciones y nacimientos

Fuente: DGIS-SS

## Figura II.5

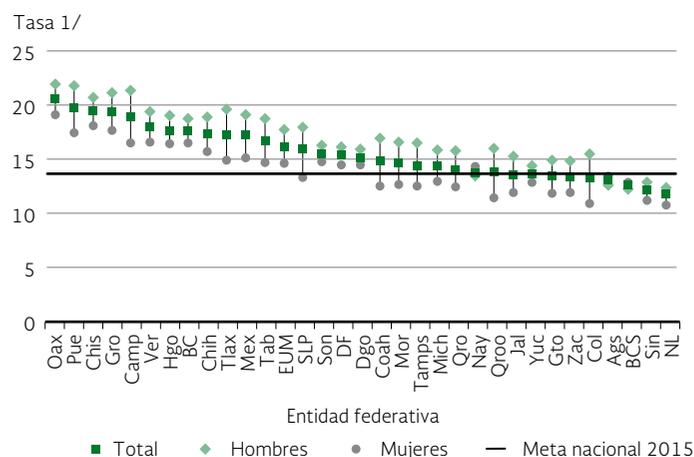
Mortalidad de niños menores de 5 años de edad, por sexo; México, 1990-2012



1/ Tasa por mil nacidos vivos. Con los respectivos ajustes en defunciones y nacimientos  
Fuente: DGIS-SS

## Figura II.6

Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años, por entidad federativa y sexo; México, 2012



1/ Tasa por mil nacidos vivos. Con los respectivos ajustes en defunciones y nacimientos  
Fuente: DGIS-SS

## Cuadro II.3

Número de defunciones en niños de 1 a 4 años de edad e indicadores relacionados, por principales causas de muerte; México, 2012 1/

Num.	Principales causas de muerte	Defunciones	% del total	Tasa 2/
	Todas las causas	5,335	100.0	59.9
1	Infecciones respiratorias agudas	439	8.2	4.9
2	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	432	8.1	4.9
3	Malformaciones congénitas del corazón	417	7.8	4.7
4	Enfermedades infecciosas intestinales	282	5.3	3.2
5	Ahogamiento y sumersión accidentales	270	5.1	3.0
6	Leucemia	214	4.0	2.4
7	Desnutrición calórico proteica	158	3.0	1.8
8	Enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	150	2.8	1.7
9	Agresiones (homicidios)	119	2.2	1.3
10	Epilepsia	93	1.7	1.0
	Las demás causas	2,761	51.8	31.0

1/ Causas ordenadas de mayor a menor con base en las tasas de 2012

2/ Tasa de mortalidad observada según causa por cada 100 mil niños de 1 a 4 años de edad

Fuente: SEED 2012, preliminar y nacidos vivos, DGIS-SS

## Mortalidad infantil

De acuerdo con las estimaciones más recientes de la DGIS, en 1990 fallecieron 78,995 niños menores de 1 año, lo que se tradujo en una tasa de mortalidad infantil\* (TMI) de 32.5 muertes por cada mil NV. Con ello, la meta 2015 de “reducir en dos terceras partes esta mortalidad, respecto del valor de 1990” consistió en lograr que la tasa no superara las 10.8 defunciones por cada mil NV. Al respecto, en 2012 el número estimado de defunciones infantiles fue de 30,136 casos (61.9% menos que en 1990) y la TMI se ubicó en 13.3 decesos por cada mil NV, lo que representa un avance de 88.7% respecto de la meta para 2015 y una reducción de 59.2% con relación a la TMI de 1990 (Cuadro II.4).

Entre 1990 y 2012, la TMI entre los varones pasó de 35.6 a 14.5 defunciones por cada mil NV y entre las niñas de 28.9 a 11.9 defunciones, lo que corresponde a reducciones de 59.2 y 58.9%, respectivamente. Además, la brecha de la TMI entre los sexos se ha ido reduciendo durante este periodo (Figura II.7).

En el país, los estados de Puebla y Campeche registraron las TMI más altas, con 16.7 y 16.4 defunciones por cada mil NV, respectivamente. En el extremo opuesto se ubicaron Sinaloa y Nuevo León, que registraron 10 y 10.2 muertes por mil NV, respectiva-

mente. Así, la mortalidad infantil en Puebla fue 1.7 veces más alta que la de Sinaloa y 1.3 veces más alta que la TMI nacional. Por sexo, la mortalidad infantil más elevada entre los niños se registró en Campeche con 19 defunciones por mil NV y la más baja en Aguascalientes con 9.6 muertes; entre las niñas la TMI más alta se registró en Puebla, con 14.7 defunciones por mil NV y la más baja en Colima con 8.7 muertes (Figura II.8).

En 2012, de acuerdo con la base de defunciones INEGI-SS, la asfixia y trauma al nacimiento fue la primera causa de muerte infantil, al provocar 7,630 decesos que representaron el 26.4% de las 28,946 muertes infantiles registradas en ese año, lo que se tradujo en una tasa de mortalidad de 3.4 defunciones por cada mil NV. Por su parte, las malformaciones congénitas del corazón se constituyeron como la segunda causa de muerte entre la población infantil, al registrar 2,950 defunciones que representaron el 10.2% del total de defunciones en este grupo de edad y una tasa de 1.3 muertes por mil NV. La tercera causa de muerte fueron las IRAS al provocar 1,652 decesos, que equivalen a 5.7% del total de muertes infantiles y a una tasa de 0.7 defunciones por mil NV (Cuadro II.5).

---

\* En 2013 se conformó un grupo de trabajo para determinar la fuente de datos idónea para construir la mortalidad infantil, la de menores de 5 años y la razón de mortalidad materna y para proponer una metodología para corregir el subregistro. Con base en sus determinaciones en este informe se presentan las cifras consensuadas respecto de esos tipos de mortalidad.

### Cuadro II.4

Metas relacionadas con el objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años  
Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2012

Meta / Indicador	Línea base (A)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (B) y (A)
Meta 4A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años											
Tasa de mortalidad infantil 2/	32.51	16.29	15.69	15.12	14.60	14.08	13.70	13.28	10.84	88.72	-59.15

La cifra para la línea base corresponde a datos de 1990 y la meta a 2015

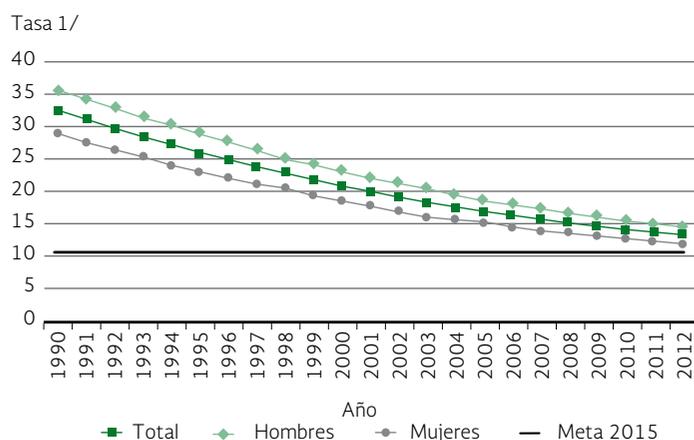
1/ Calculado como:  $(B-A)/(C-A)*100$

2/ Tasa por mil nacidos vivos. Con los respectivos ajustes en defunciones y nacimientos

Fuente: DGIS-SS

### Figura II.7

Tasa de mortalidad infantil por sexo; México, 1990-2012

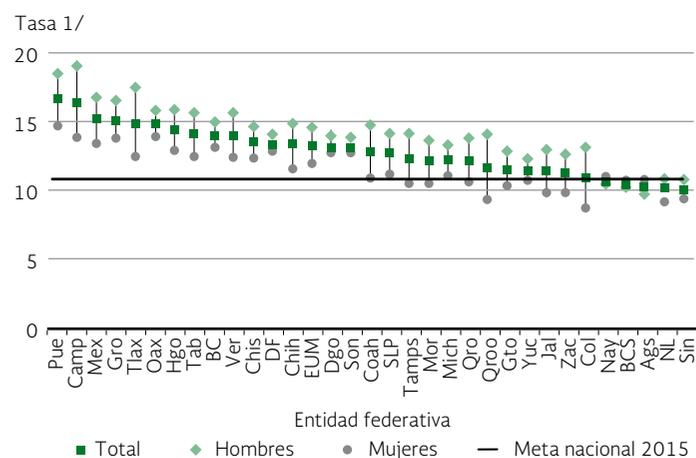


1/ Tasa por mil nacidos vivos. Con los respectivos ajustes en defunciones y nacimientos

Fuente: DGIS-SS

### Figura II.8

Tasa de mortalidad infantil por entidad federativa y sexo; México, 2012



1/ Tasa por mil nacidos vivos. Con los respectivos ajustes en defunciones y nacimientos

Fuente: DGIS-SS

### Cuadro II.5

Defunciones infantiles por principales causas de muerte e indicadores relacionados; México, 2012 1/

Num.	Principales causas de muerte	Defunciones	% del total	Tasa obs. 2/
	Todas las causas	28,946	100.0	12.8
1	Asfixia y trauma al nacimiento	7,630	26.4	3.4
2	Malformaciones congénitas del corazón	2,950	10.2	1.3
3	Infecciones respiratorias agudas	1,652	5.7	0.7
4	Bajo peso al nacimiento y prematuridad	1,266	4.4	0.6
5	Enfermedades infecciosas intestinales	571	2.0	0.3
6	Enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	389	1.3	0.2
7	Desnutrición calórico proteica	336	1.2	0.1
8	Anencefalia y malformaciones similares	241	0.8	0.1
9	Defectos de la pared abdominal	211	0.7	0.1
10	Nefritis y nefrosis	164	0.6	0.1
	Las demás causas	13,536	46.8	6.0

1/ Causas ordenadas de mayor a menor con base en las tasas de 2012

2/ Tasa de mortalidad observada según causa por cada mil nacidos vivos

Fuente: SEED 2012, preliminar y nacidos vivos, DGIS-SS

## Proporción de niños de 1 año de edad vacunados contra el sarampión

El sarampión continúa siendo una de las principales causas de muerte entre los niños menores de 5 años a nivel mundial. De acuerdo con el informe 2012 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en el planeta murieron 139,300 personas por sarampión durante 2010, defunciones que en su mayoría podrían haberse evitado.

En México, la meta para 2015 es “lograr que la proporción de niños de 1 año de edad vacunados contra el sarampión ascienda a 95%”. Al respecto, con base en los últimos datos disponibles, en 2012 la cobertura de niños de 1 año de edad que recibieron la vacuna contra el sarampión fue de 86.8%, lo que equivale a un cumplimiento de la meta 2015 de 61.3%, así como a un incremento en la cobertura de 17.7% respecto de la proporción registrada en 1990 (Cuadro II.6).

En términos de población, la cobertura registrada en 2012 equivale a la aplicación de una dosis de vacuna contra el sarampión a 1,914,477 niños de 1 año de edad; cifra que en 1990 fue de 1,698,442 niños.

Por entidad federativa, sólo Baja California ha logrado cumplir con la meta de vacunación establecida para 2015, ello al reportar una cobertura de 95.2% de niños de un año vacunados contra esta enfermedad. El Distrito Federal, por su parte, está a punto de cumplirla al cubrir al 94.9% de los niños de esa edad. El resto de los estados deben realizar mayores esfuerzos para lograr cumplir con el compromiso del país, sobre todo Nayarit, que debe aumentar la proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión en 15.1 puntos porcentuales durante los próximos 3 años (Figura II.9).

Para disponer de más evidencias respecto del cumplimiento del objetivo de reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años, México propuso, como meta más allá del milenio, dar seguimiento al indicador de “proporción de niños de 1 año de edad con esquema básico completo de vacunación”. La meta para dicho indicador fue alcanzar en 2015 una cobertura de vacunación de 90%, considerando que en 1993 la proporción de niños de 1 año de edad vacunados con esquema completo fue de 69.2%. Para 2012, la cobertura de vacunación con esquema completo fue 86.5% de los niños de ese grupo de edad; es decir que se alcanzó un cumplimiento de la meta de 96.1%.

Por entidad federativa, en 2012 Quintana Roo, Aguascalientes, Veracruz, Baja California y el Distrito Federal superaron la cobertura de 90% de los niños de 1 año con esquema completo de vacunación, al registrar valores que van de 90.2 a 94.9%. En contraste, Nayarit, con una cobertura de 78.9% de los niños de 1 año, es la entidad que debe realizar el mayor esfuerzo para cumplir con la meta para 2015 (90%). Baja California Sur, por su parte, debe aumentar la proporción registrada en 2012 en 8 puntos porcentuales (Figura II.10).

Al comparar la proporción de niños de 1 año con esquema completo de vacunación en 1993 y 2012, Coahuila fue la entidad que más aumentó su cobertura, con 25.6 puntos porcentuales; seguida por Veracruz y Jalisco, con aumentos de 22 y 21.4 puntos, respectivamente. En contraste, destaca que Nayarit, Colima, Morelos, Sinaloa, Zacatecas, Tabasco, Yucatán y Baja California Sur reportaron entre estos dos años una reducción en su cobertura de vacunación con esquema completo, sobre todo Nayarit, que pasó de 91 a 78.9% (Figura II.10).

**Cuadro II.6**

Metas relacionadas con el Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años  
Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2012

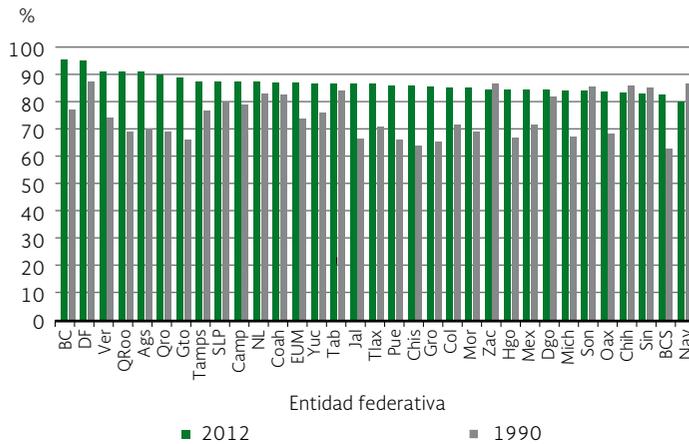
Meta / Indicador	Línea base (A)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (B) y (A)
Meta 5: Reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de 5 años entre 1990 y 2015											
Proporción de niños de 1 año de edad vacunados contra el sarampión	73.76	71.99	70.88	71.98	84.56	82.71	82.62	86.77	95.00	61.26	17.65

La cifra para línea base corresponde a datos de 1990 y la meta a 2015  
1/ Calculado como: (B-A)/(C-A)\*100

Fuente: Para el periodo 1990-2008 la población de un año de edad que recibió una dosis de vacuna contra el sarampión en el año se obtiene del sistema de información de dosis aplicadas del Sistema de Información de Vacunación (PROVAC) del CENSLA/SPPS-SS. Para el periodo 2009-2012 la información se obtiene del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) de la DGIS y de las Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura II.9**

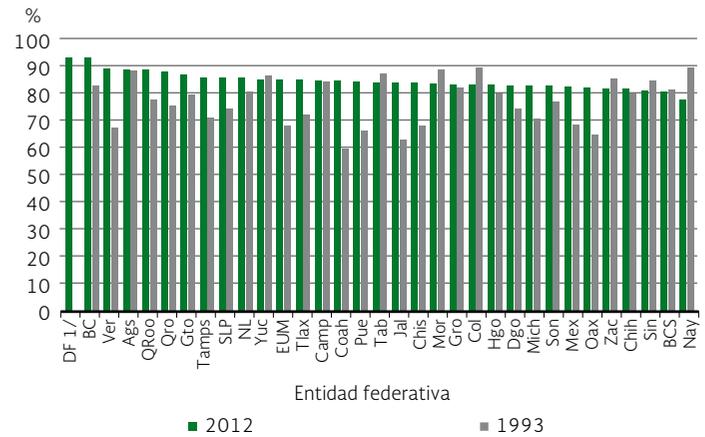
Proporción de niños de 1 año de edad vacunados contra sarampión por entidad federativa; México 1990 y 2012



Fuente: Población de un año de edad que recibió una dosis de vacuna contra el sarampión en el año, para el periodo 1990-2008, del sistema de información de dosis aplicadas del Sistema de Información de Vacunación (PROVAC) del CENSLA. Para el periodo 2009-2012 del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) de la DGIS; así como de las Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura II.10**

Proporción de niños de 1 año de edad con esquema completo de vacunación por entidad federativa; México 1993 y 2012



1/ Dato 1993 no disponible  
Fuente: CENSLA y DGIS-SS, y Proyecciones de la población de México 2010-2050



## Objetivo 5

# Mejorar la salud materna

El quinto de los ODM es “mejorar la salud materna”. Durante su definición en 2001, la ONU hizo énfasis en el hecho de que para lograr una reducción sustancial y sostenida de la mortalidad materna y neonatal, era indispensable mejorar la disponibilidad y el acceso a servicios de atención de la salud materna de calidad y, en consecuencia, los esfuerzos deberían centrarse en el fortalecimiento de los sistemas de atención de la salud en el mundo, sobre todo en los países en vías de desarrollo y en aquellos donde no se contaba con datos fiables para determinar la magnitud de esta mortalidad.

Para dar seguimiento a este objetivo, en 2001 los adherentes a la Declaración del Milenio se comprometieron a “reducir, entre 1990 y 2015, en tres cuartas partes la mortalidad materna” y posteriormente, en 2008\* a “Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva”. El seguimiento y valoración para la primera de estas metas se llevaría a cabo a partir de los siguientes indicadores: i) razón de mortalidad materna y ii) proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado; mientras que para la segunda meta se propusieron los indicadores de: i) tasa de uso de anticonceptivos; ii) tasa de fecundidad adolescente; iii) cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas), y iv) necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar.

Al respecto, en Rendición de Cuentas en Salud se da fe de los avances para los indicadores de “razón de mortalidad materna”, “proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado” y “promedio de consultas prenatales por embarazada atendida en las instituciones del Sistema Nacional de Salud”, ello debido a que su fuente de información es el Sistema Nacional de Información en Salud, lo que permite su construcción de manera constante. El resto de indicadores requiere de datos que provienen de encuestas poblacionales cuya disponibilidad es variable. Sin embargo, todos los valores para los indicadores propuestos por la ONU para este objetivo pueden ser consultados en el sitio oficial del Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México.

---

\* A partir de 2008 entró en vigor una nueva lista oficial para los ODM.

## Razón de mortalidad materna

Con base en las cifras obtenidas a partir de los lineamientos emitidos por el grupo de trabajo para el cálculo de la razón de mortalidad materna (RMM), en 1990 el indicador estimado para México fue de 88.7 defunciones maternas por cien mil nacidos vivos estimados (NVE). Con base en ello, la meta de “reducir en tres cuartas partes la RMM registrada en el país durante 1990” implicó que en 2015 esta mortalidad no debería superar las 22.2 defunciones maternas por cien mil NVE. En 2012, la RMM se ubicó en 42.3 muertes maternas por cien mil NVE, lo que representó un cumplimiento de 69.8% de la meta para 2015 y una reducción de 52.3% respecto de la RMM de 1990 (Cuadro II.7).

En términos generales, entre 1990 a 2012, la RMM ha mantenido una tendencia descendente, aunque en 2009 se observó un incremento que rompió dicho comportamiento debido al aumento de defunciones provocadas por la epidemia del virus de influenza AH1N1. A pesar de la tendencia decreciente de la RMM, la velocidad anual promedio de reducción (3.4%) no ha sido suficiente para alcanzar la meta comprometida para 2015. De hecho, para lograrlo se necesitaría que la velocidad anual promedio de reducción, a partir de la RMM registrada en 2012, fuera de 21.5% en los 3 años que restan para llegar a 2015; es decir, reducir en esos 3 años la razón un 47.6% (Figura II.11).

En 2012, las RMM más elevadas del país se reportaron en Guerrero y Oaxaca, con 75.9 y 65.3 defunciones por cien mil NVE, respectivamente; en contraste, Querétaro y Baja California Sur, con 19.8 y 23.3 defunciones maternas por cien mil NVE, fueron

los estados que registraron los niveles de mortalidad materna más bajos del país. Con ello, la RMM de Guerrero fue 3.8 veces mayor que la de Baja California Sur y 1.8 veces mayor que la registrada a nivel nacional (Figura II.12).

Entre 1990 y 2012, a nivel nacional la RMM se redujo en 52.3%; mientras que entre las entidades federativas la mayor reducción se registró en Querétaro (73.3%), al pasar de 74.3 a 19.8 defunciones maternas por cien mil NVE; le siguió Hidalgo cuya reducción fue del 67.6% al pasar de una RMM de 116.7 a una de 37.8 por cien mil NVE en dicho periodo. En contraste los estados de Coahuila, Aguascalientes, Sinaloa y Quintana Roo registraron en 2012 RMM superiores a las registradas en 1990; destacando los casos de Coahuila, que pasó de 12.4 a 34.4 defunciones maternas por cien mil NVE (incremento de 177%), y de Aguascalientes, al pasar de 23 a 47.7 muertes por cien mil NVE, lo que equivale a un aumento de la RMM de 107.3% (Figura II.12).

Lo anterior implica que reducir la RMM es uno de los principales retos del Sistema de Salud en México, por lo que es indispensable, por una parte, mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud con calidad, a través de la creación y fortalecimiento de redes de servicios integradas y resolutorias, y por el otro, focalizar las acciones a fin de reducir las brechas existentes entre los distintos grupos poblacionales del país, lo que incluye fortalecer las estrategias para consolidar el control de las enfermedades del rezago y para abordar sistémicamente la mortalidad materna e infantil.

**Cuadro II.7**

Metas relacionadas con el objetivo 5. Mejorar la salud materna  
Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2012

Meta / Indicador	Línea base (A)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (B) y (A)
Meta 5A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes											
Razón de mortalidad materna 2/	88.72	50.91	48.08	49.22	53.26	44.05	43.04	42.31	22.18	69.75	-52.32

La cifra para la línea base corresponde a datos de 1990, la última cifra disponible a información de 2012 y la meta a 2015

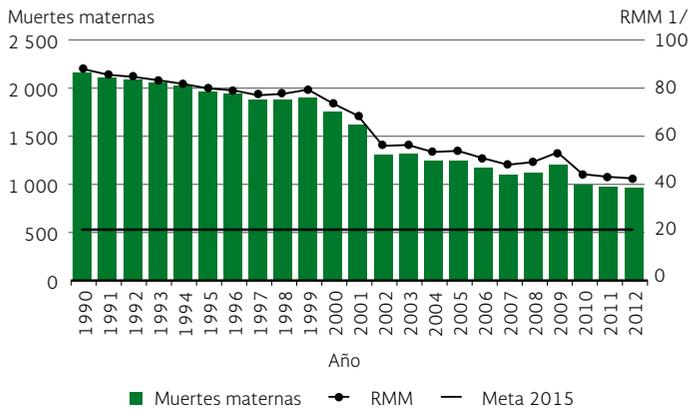
1/ Calculado como: (B-A)/(C-A)\*100

2/ Razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos. A partir de 2007 se excluyen defunciones con residencia en el extranjero y a partir de 2009 se excluyen las muertes maternas registradas de manera extemporánea; así mismo se excluyen las muertes maternas tardías o por secuelas (O96 y O97) y por coriocarcinoma (C58X)

Fuente: Defunciones 1990-2012, INEGI-SS; Nacidos vivos de 1990 a 2010 estimados por CONAPO en las Proyecciones de la población de México, 2010-2050 y estimaciones 1990-2009, basadas en el Censo de Población y Vivienda 2010; a partir de 2011, los nacimientos corresponden a los nacidos vivos ocurridos del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC); DGIS-SS

**Figura II.11**

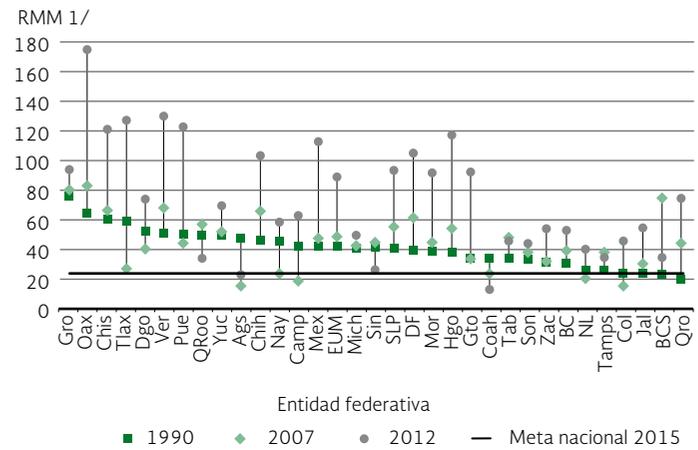
Número de muertes maternas y razón de mortalidad materna; México, 1990-2012



1/ Razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos  
Fuente: Defunciones 1990-2012, INEGI-SS. A partir de 2007 se excluyen defunciones con residencia en el extranjero y a partir de 2009 se excluyen las muertes maternas registradas de manera extemporánea. Nacidos vivos de 1990 a 2010 estimados por CONAPO en las Proyecciones de la población de México, 2010-2050 y estimaciones 1990-2009, basadas en el Censo de Población y Vivienda 2010; a partir de 2011, los nacimientos corresponden a los nacidos vivos ocurridos del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC); DGIS-SS

**Figura II.12**

Razón de mortalidad materna por entidad federativa; México, 1990, 2007 y 2012



1/ Razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos  
Fuente: Defunciones 1990-2012, INEGI-SS. A partir de 2007 se excluyen defunciones con residencia en el extranjero y a partir de 2009 se excluyen las muertes maternas registradas de manera extemporánea. Nacidos vivos de 1990 a 2010 estimados por CONAPO en las Proyecciones de la población de México, 2010-2050 y estimaciones 1990-2009, basadas en el Censo de Población y Vivienda 2010; a partir de 2011, los nacimientos corresponden a los nacidos vivos ocurridos del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC); DGIS-SS

## Proporción de partos atendidos por personal calificado

Lograr que un profesional de la salud calificado atienda los partos permitiría que se reduzcan las complicaciones que ponen en peligro la vida de la madre y del producto, y es por ello que aumentar la proporción de partos que son atendidos por estos profesionales constituye una de las metas para mejorar la salud materna y para reducir la mortalidad asociada.

En México, el compromiso asumido por el Estado fue lograr que más del 90% de los partos sean asistidos por personal sanitario capacitado, tomando en cuenta que se considera personal sanitario capacitado a aquellas personas debidamente capacitadas y que tienen equipo y medicamentos adecuados, excluyendo a los asistentes de tipo tradicional, aun cuando hayan recibido un curso de capacitación.

De acuerdo con los datos disponibles, en 1990 la proporción de partos atendidos por personal capacitado ascendió a 76.7%, lo que significó que en ese año 1,738,050 partos fueron atendidos por este tipo de personal, dentro de un universo total de 2,265,912 partos registrados a nivel nacional. Posteriormente, en 2004 se logró cumplir la meta de que más del 90% de los partos fueran atendidos por personal capacitado, ya que en ese año la proporción fue de 90.3%.

A partir de ese año, a nivel nacional se ha incrementado de manera constante la proporción de partos que son atendidos por este

tipo de personal, logrando que en 2012 el porcentaje reportado fuera del 96%, lo que se traduce en la atención por personal calificado de 2,181,499 partos. En este sentido la meta para este indicador se sigue cumpliendo desde 2004; mientras que si se compara el valor de 2012 respecto de la proporción registrada en 1990 se observa un incremento de 19.3 puntos porcentuales (Cuadro II.8).

En 2012, 29 de las 32 entidades federativas registraron proporciones mayores al 90%, destacando Nuevo León donde el 99.8% de sus partos fueron atendidos por personal calificado. Por su parte, Chiapas, con 70.6%, Guerrero, con 83.8% y Oaxaca, con 85.9%, fueron los estados que no dieron cumplimiento a la meta durante ese año (Figura II.13).

Sin embargo, Chiapas y Oaxaca son los estados que más han aumentado la proporción de partos atendidos por personal capacitado entre 1990 y 2012. Chiapas incrementó su proporción en 48.2 puntos porcentuales, al pasar de 22.4% en 1990 a 70.6% en 2012, mientras que en Oaxaca la proporción pasó de 43.3 a 85.9, es decir un aumento de 42.6 puntos porcentuales. El Distrito Federal, por su parte, es la entidad que menos ha incrementado durante este periodo la proporción de partos atendidos por este tipo de personal (0.7 puntos), aunque en ambos años su cobertura ha sido alta (99% en 1990 y 99.7% en 2012) (Figura II.13).

### Cuadro II.8

Metas relacionadas con el Objetivo 5. Mejorar la salud materna  
Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2012

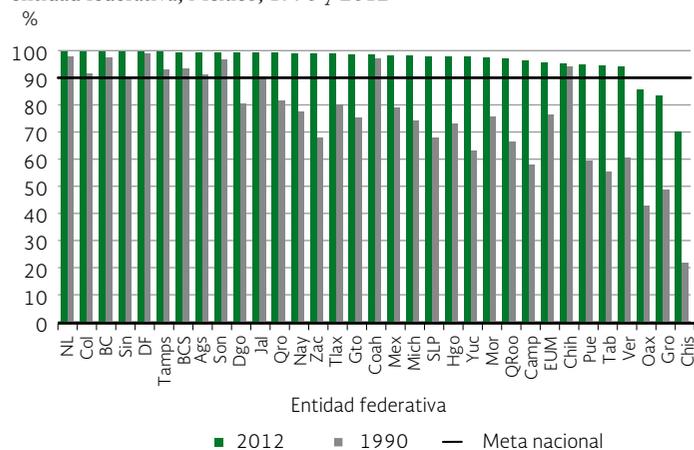
Meta / Indicador	Línea base (A)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Diferencia entre (B) y (A)
Meta 5A: Reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes											
Proporción de partos con asistencia de personal capacitado en las instituciones de salud	76.70	91.73	92.69	93.34	93.63	94.08	95.34	95.98	Más del 90%	144.96	19.28

La cifra para la línea base corresponde a datos de 1990 y la meta a 2015  
1/Calculado como: (B-A)/(C-A)\*100

Fuente: De 1990 a 2010, reconstrucción de nacimientos; DGIS-SS; a partir de 2011 se utilizan los nacidos vivos ocurridos del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) y Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS); DGIS-SS

### Figura II.13

Proporción de partos con asistencia de personal sanitario capacitado por entidad federativa; México, 1990 y 2012



Fuente: De 1990 a 2010 corresponde a la reconstrucción de nacimientos, DGIS-SS; a partir de 2011 se utilizan los nacidos vivos ocurridos del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) y Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS); DGIS-SS

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

El control prenatal busca detectar y controlar los factores de riesgo obstétrico, prevenir, detectar y establecer el tratamiento de la anemia, la preeclampsia, las infecciones cérvicovaginales e infecciones urinarias, así como enfrentar las complicaciones hemorrágicas del embarazo, el retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo. Es por ello que se consideró parte del seguimiento a la meta de lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva, la cual se vincula con el objetivo de mejorar la salud materna.

En este informe se analiza el indicador de “promedio de consultas prenatales por embarazada atendida en las instituciones del Sistema Nacional de Salud”. Su seguimiento se realiza desde el 2000, año en el que a nivel nacional se otorgaron en promedio 4.4 consultas prenatales por embarazada, valor que corresponde a la distribución de 10,558,550 consultas prenatales entre 2,379,066 embarazadas atendidas de primera vez en las instituciones del SNS. La meta para este indicador es otorgar cada año, un promedio de cinco consultas prenatales por embarazada, parámetro establecido en la “NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”, lo cual debe resaltarse dado que la ONU y la OMS establecieron como meta otorgar, como mínimo, cuatro visitas de atención prenatal (Cuadro II.9).

En México, la meta para el país se cumplió en 2011 al haberse proporcionado 5.1 consultas prenatales por embarazada. Para 2012 el indicador se ubicó en 5.4 consultas prenatales por emba-

razada, lo que corresponde a un cumplimiento del 107% respecto de la meta y a un incremento de 20.5% respecto del promedio registrado en 2000 (Cuadro II.9).

El haber superado a nivel nacional la meta de cinco consultas prenatales en promedio por embarazada es un buen signo de que en las instituciones de salud del país se están reduciendo los riesgos vinculados con el embarazo y el parto; sin embargo, al interior de las entidades federativas se registran diferencias que deben ser tomadas en cuenta a fin de lograr que la atención materno infantil sea homogénea en todo el territorio nacional. En 2012, 26 de las entidades federativas cumplieron o superaron la meta, destacando los casos de Baja California Sur, que proporcionó en promedio 7.3 consultas prenatales por embarazada atendida, y de Nuevo León, que en promedio otorgó 7.1 consultas de este tipo. En contraste, Guerrero, con 4.4 consultas en promedio; el Distrito Federal y Sinaloa, con 4.5 consultas, respectivamente; Morelos y Chihuahua, con 4.6 respectivamente, y Durango, con 4.9 consultas prenatales en promedio, no pudieron superar la meta (Figura II.14).

Otro aspecto a destacar es el hecho de que el promedio de consultas prenatales otorgado en 2012 por Chihuahua y por Campeche es menor al que se otorgó en el año 2000. En el resto de los estados del país se reportó un incremento en el indicador, destacando los casos de Baja California Sur, al aumentar en 3.1 las consultas proporcionadas a las embarazadas, y de Tlaxcala que en 2012 otorgó 2.6 consultas más en promedio respecto de las proporcionadas en 2000 (Figura II.14).

**Cuadro II.9**

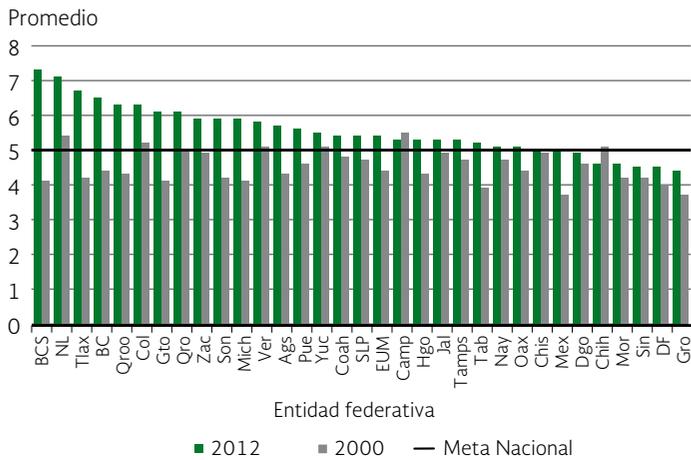
Metas relacionadas con el Objetivo 5. Mejorar la salud materna  
Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2012

Meta / Indicador	Línea base (A)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (B) y (A)
Meta 5A: Reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes											
Promedio de consultas prenatales por embarazada atendida en las instituciones del Sistema Nacional de Salud	4.44	4.93	4.58	4.64	4.79	4.96	5.09	5.35	5.00	107.00	20.50

La cifra para la línea base corresponde a datos de 2000 y la meta a 2015, misma que consiste en otorgar, en promedio, 5 consultas prenatales por embarazada  
1/ Calculado como porcentaje de (B) entre (C)  
Fuente: CNEGySR-SS

**Figura II.14**

Promedio de consultas prenatales por embarazada atendida en las instituciones del SNS; México, 2000-2012



Fuente: CNEGySR-SS



## Objetivo 6

# Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

**D**urante la Declaración del Milenio en el año 2000, el Director General de la ONU hizo un llamado para enfrentar el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, las cuales entorpecían y hasta generaban retrocesos en los logros obtenidos previamente para hacer respetar y defender los principios de la dignidad humana, igualdad, equidad y justicia a nivel mundial y nacional. Durante esos años la pandemia del SIDA ya había cobrado la vida de casi 22 millones de personas; la tuberculosis, resistente a una multiplicidad de fármacos, registraba un incremento alarmante en varios países del orbe, provocando que anualmente, hasta ese momento, se registraran 8 millones de casos nuevos de tuberculosis activa y casi 2 millones de muertes. El paludismo, por su parte, ocasionaba anualmente la muerte de aproximadamente un millón de personas; mientras que el deterioro de los sistemas de salud, la resistencia cada vez mayor a los medicamentos y a los insecticidas, los cambios ambientales y las migraciones humanas intensificaban aún más los daños provocados por esta enfermedad.

Ello llevó a establecer que el sexto de los ODM sería combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, esto último refiriéndose a la tuberculosis. Para su seguimiento, en 2002 la ONU estableció las metas de: i) haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA y ii) haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves. Posteriormente, después de la Reunión Mundial de 2005, se adecuó la lista inicial de metas y de indicadores vinculados, por lo que a partir de 2008, la lista oficial de los ODM para este objetivo quedó definida de la siguiente forma: Meta 6A. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA; Meta 6B: Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten, y Meta 6C: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.

En México, para el seguimiento de estas metas se emplean seis indicadores para el tema de VIH/SIDA; cuatro para el rubro de paludismo y cinco vinculados a la tuberculosis (dos para tuberculosis en todas sus formas y tres para tuberculosis pulmonar). Estos indicadores pueden ser revisados en el vínculo del Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/cgi-win/odm.exe/OBJODM0060,E>.

En este documento, con el objeto de dar continuidad a los informes previos, se incluyen los resultados 2012 de los siguientes indicadores según tema. Para VIH/SIDA: i) prevalencia de VIH en población adulta (de 15 a 49 años de edad); ii) incidencia de SIDA según año de diagnóstico, y iii) tasa de mortalidad por VIH/ SIDA. Para el tema de paludismo: i) tasa de incidencia asociada al paludismo por cien mil habitantes y ii) proporción de tratamientos otorgados a casos confirmados de paludismo en menores de 5 años, para la prevención, control y eliminación de la transmisión del Plasmodium Vivax, y finalmente, para tuberculosis se analizan los indicadores de: a) tasa de incidencia asociada a la tuberculosis (todas las formas), b) tasa de mortalidad por tuberculosis (todas las formas), y c) proporción de casos nuevos de tuberculosis pulmonar que curan al terminar el tratamiento.

## Seguimiento de las metas para VIH/SIDA

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

Desde el año 2011, el Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (CTE-SIODM) decidió reformular este indicador, ello a partir de la solicitud del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), dado que los datos con los que se genera provienen de un modelo de estimación de personas viviendo con VIH creado por el ONUSIDA, el cual se ajusta periódicamente para mejorar las versiones del modelo de acuerdo a los tipos de epidemia existentes en el mundo. Así, el modelo se ajusta cada dos años y por ello esta estimación siempre debe considerarse preliminar, ya que varía en cada ejercicio.

A partir de ello, en 1990 se estimó que 0.21 personas de 15 a 49 años vivía con VIH, por cada 100 habitantes de ese grupo de edad; cifra que para 2012 ascendió a 0.24 casos por cada cien personas de 15 a 49 años de edad. Ello implica que entre 1990 y 2012 la prevalencia de VIH en este grupo de población aumentó 17.3% (considerando la cifra con la totalidad de decimales); sin embargo, en comparación con la meta de una prevalencia menor a 0.6 casos por cada cien personas, la cifra

de 2012 implica que se está por debajo de dicho parámetro un 59.3% (Cuadro II.10).

La prevalencia de VIH en 2012 fue resultado de haber estimado que 147,970 personas de 15 a 49 años vivían con VIH durante ese año, respecto de las 60,592,780 personas estimadas en las proyecciones de población de la División de Población de la ONU para México. Al comparar estas cifras respecto de la estimación para 2011 se observa que el número de personas que vivían con VIH se incrementó en 833 casos, es decir, un aumento de 0.6%.

De acuerdo con el CENSIDA, la meta para este indicador seguirá cumpliéndose, dado que no se vislumbra que se superen los 0.60 casos de VIH por cada cien personas de 15 a 49 años. Ello gracias a las estrategias y acciones que se están implantando a fin de prevenir un aumento de los casos, entre las que destacan la distribución de material informativo y condones, las intervenciones preventivas focalizadas, así como las medidas destinadas al control de los bancos de sangre. Cabe señalar; sin embargo, que es necesario impulsar aún más la prevención en los grupos que históricamente han registrado un mayor riesgo de infección, como son los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), los hombres trabajadores del sexo (HTS), los usuarios de drogas inyectables y las mujeres trabajadoras del sexo (MTS).

**Cuadro II.10**

Metas relacionadas con el Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades  
Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2012. Metas específicas para VIH/SIDA

Meta / Indicador	Línea base (A)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (B) y (A)
Meta 6.A. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA											
Prevalencia de VIH en población adulta (15 a 49 años)	0.20	0.24	0.24	0.24	0.24	0.24	0.24	0.24	Menos de 0.6	-59.30	17.28

La cifra para la línea base corresponde a datos de 1990 y la meta a 2015

Cifras preliminares a partir de la fecha en que se indica

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

Fuente: CENSIDA-SS

Notas: La población para este indicador corresponde a las estimaciones de la División de Demografía de la ONU

Este indicador fue reformulado. Ello implica que para fines de seguimiento de las metas del milenio, se debe considerar que anteriormente la población del denominador se reportaba con base las proyecciones de población realizadas por el CONAPO; sin embargo, actualmente, se reporta con base en las proyecciones de población de la División de Población de la ONU, dado que son las que utiliza el modelo

## Incidencia de SIDA según año de diagnóstico

De acuerdo con las últimas estimaciones avaladas por el CTE-SIODM, en 1990 la incidencia de SIDA fue de 4.3 casos nuevos por cada cien mil habitantes, cifra que resulta de una estimación de 3,713 casos para ese año; a partir de ese año este indicador registró un aumento constante que alcanzó su nivel máximo en 1999, al estimarse 8,866 casos nuevos y una incidencia de 8.9 casos por cien mil habitantes para ese año. Ello implicó que durante este lapso, la incidencia aumentara un 108.5% (4.63 casos nuevos por cada cien mil habitantes de incremento). Posteriormente, el indicador ha mostrado una tendencia descendente permitiendo que en 2012 su valor fuera de 6.06 casos por cien mil habitantes, lo que se traduce en 7,093 casos. Durante este último periodo la reducción de la incidencia por SIDA fue de 31.9%, lo que equivale a 2.83 casos por cien mil habitantes menos (Figura II.15)

La meta 2015 que se fijó para este indicador fue de 5.9 casos por cien mil habitantes, lo que implica que la incidencia de

2012 está 9.8% por arriba de dicho compromiso. A pesar de ello, la factibilidad de que se cumpla esta meta es muy alta, ello si se considera que la población que se estima tendrá el país en 2015 (121,005,815 habitantes) obligaría a que el número de casos nuevos de SIDA fuera de 7,139, cifra mayor en 46 casos nuevos a los estimados en 2012, que fueron 7,093 (Cuadro II.11).

La reducción de la incidencia de SIDA, se debe en gran medida al fuerte componente preventivo que impulsa el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/Sida e ITS, el cual se basa en las mejores prácticas a nivel internacional sustentadas en evidencias científicas, entre las que se encuentran la distribución gratuita y focalizada de condones y la detección de sífilis en mujeres embarazadas. Pero también ha influido positivamente el seguimiento que se da a las personas con enfermedades de transmisión sexual y a las que están bajo tratamiento con antirretrovirales y las acciones para garantizar la calidad de la sangre para transfusión.

### Cuadro II.11

Metas relacionadas con el Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades  
Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2012. Metas específicas para VIH/SIDA

Meta / Indicador	Línea base (A)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Diferencia entre (B) y (A)
Meta 6.A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA											
Incidencia de SIDA según año de diagnóstico 2/	4.26	8.06	7.09	6.45	6.29	6.21	6.13	6.06	5.90	109.76	1.79

La cifra para la línea base corresponde a datos de 1990 y la meta a 2015. Toda la serie se considera preliminar porque cada año se van actualizando nuevos casos

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

2/ Estimación de casos nuevos por 100 mil habitantes

Se refiere a una estimación en virtud de que no se dispone de un seguimiento a una cohorte mexicana en la que se pueda medir la incidencia de casos de SIDA y el reporte de vigilancia epidemiológica del Registro Nacional de Casos de SIDA está afectado por el subregistro y el retraso en la notificación de los casos nuevos

Fuente: CENSIDA-SS

### Figura II.15

Casos nuevos de SIDA e incidencia de SIDA según año de diagnóstico; México, 1990-2012



1/ Estimación de casos nuevos por 100 mil habitantes. Se refiere a una estimación en virtud de que no se dispone de un seguimiento a una cohorte mexicana en la que se pueda medir la incidencia de casos de SIDA y el reporte de vigilancia epidemiológica del Registro Nacional de Casos de SIDA está afectado por el subregistro y el retraso en la notificación de los casos nuevos  
Fuente: CENSIDA-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 y estimaciones 1990-2009. Abril de 2013, CONAPO

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

Disponer de información sobre las prácticas de alto riesgo para contraer el VIH/SIDA, como las relaciones sexuales sin uso de condón o el compartir materiales en el uso de drogas inyectables, es indispensable para planear y priorizar las estrategias y acciones de promoción, educación y prevención; así como de atención, incluyendo el acceso a los medicamentos específicos para enfrentar a esta enfermedad. Por ello, en México se incluyó para el seguimiento de la meta de haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA, el indicador de “proporción de la población que usó preservativo en la última relación sexual en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH)”. Al respecto, el CTE-SIODM ha dado seguimiento a este indicador desde 2001, para el cual se estableció como meta 2015 que la proporción fuera al menos de 70% (Cuadro II.12).

La última cifra disponible para el indicador corresponde al año de 2011, y señala que en ese año un 73.2% de los hombres que tienen sexo con hombres declararon haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina. Lamentablemente la comparación de esta cifra con la meta y los datos previos no es posible, dado que las proporciones anteriores fueron obtenidas de estudios realizados en dos o tres ciudades del país que midieron las prevalencias y el comportamiento de las poblaciones más afectadas por la epidemia, pero sin tener una representación a nivel nacional o regional.

En este sentido, la encuesta 2011 realizada en lugares de encuentro, que incluyó a hombres trabajadores sexuales (HTS), constituye la medición basal para México, dado que fue el primer estudio con representatividad regional y nacional que se tiene sobre esta población. Esta encuesta fue financiada por el Fondo Mundial de Lucha Contra el SIDA, Tuberculosis y Paludismo, Ronda 9.

**Cuadro II.12**

Metas relacionadas con el Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades  
Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2012. Metas específicas para VIH/SIDA

Meta / Indicador	Línea base (A)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (B) y (A)
Meta 6.A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA											
Proporción de la población que usó preservativo en la última relación sexual en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) 1/	79.17	80.65	ND	ND	63.57	ND	73.24	ND	Al menos 70.0	ND	ND

ND: No disponible

1/ La línea base corresponde a 2001 y la meta a 2015. La cifra 2011 es representativa a nivel nacional y no es comparable con las anteriores porque estas se realizaron en dos o tres ciudades

Fuente: CENSIDA-SS

## Mortalidad por VIH/SIDA

Para complementar el análisis de la meta de haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA, en el país se propuso emplear el indicador de tasa de mortalidad por VIH/SIDA. La meta para 2015 es que esta mortalidad no supere las 3.5 defunciones por cien mil habitantes. Al respecto, de acuerdo con la base de defunciones INEGI/SS, en 1990 fallecieron 1,493 personas debido al VIH/SIDA, de las cuales 83.6% fueron hombres y 16.4% mujeres; ello se tradujo en una tasa de mortalidad por esta causa de 1.7 muertes por cada cien mil habitantes (2.9 en hombres y 0.6 en mujeres). A partir de ese año la mortalidad por VIH/SIDA registró una tendencia ascendente, alcanzando en 1996 una tasa de 4.5 muertes por cien mil habitantes, lo que representó un 163.9% de incremento.

A partir de 1996 la mortalidad por esta causa registra fluctuaciones que van de una tasa de 4.1 defunciones en 1998 a 4.7 muertes por cien mil habitantes en 2008 (valor que representa el máximo histórico en el periodo de 1990 a 2012), y a partir de ese año nuevamente se reportan reducciones permitiendo que en 2012 la mortalidad por VIH/SIDA se ubique en 4.2 decesos por cien mil habitantes (Figura II.16).

Destaca que la mortalidad por VIH/SIDA según sexo registra diferencias importantes. En 1990, por ejemplo, la tasa entre la población masculina fue de 2.9 defunciones por cien mil hombres y entre la femenina de 0.6 decesos por cien mil, lo que significa una diferencia de 2.3 decesos por cada cien mil habitantes. La mayor diferencia, en el periodo de 1990 a 2012, se registró en 1996 al registrarse 6.9 muertes por cien mil habitantes más entre los hombres (tasa en hombres de 8 muertes y en las mujeres de 1.1 decesos); para 2012, la mortalidad entre los hombres fue de 7.1 defunciones por cien mil y entre las mujeres de 1.5, es decir, una diferencia de 5.6 defunciones (Figura II.16).

Respecto de la meta 2015 (3.5 defunciones por cien mil habitantes), la tasa registrada en 2012 se ubicó por arriba en 21.4%. Si comparamos 2012 respecto de 1990 se observó un 147.7% de incremento en la tasa; pero si la comparación se realiza con la mortalidad de 2008, entonces la tendencia es contraria al registrarse una disminución de 8.8%. (Cuadro II.13).

De acuerdo con la base de defunciones para 2012, Tabasco fue la entidad que registró la tasa de mortalidad por VIH/SIDA más alta del país con 10.9 defunciones por cien mil habitantes; junto con este estado, otras 16 entidades registraron tasas de mortalidad que superan la meta nacional 2015. En contraste, Zacatecas reportó la menor mortalidad por VIH/SIDA, con una tasa observada de 0.7 muertes por cien mil habitantes. Con ello, la tasa de mortalidad por VIH/SIDA de Tabasco fue 15.2 veces más alta que la de Zacatecas y 2.6 veces mayor a la mortalidad a nivel nacional (Figura II.17).

Tabasco también registró la mortalidad por esta causa más alta entre la población masculina con 18 defunciones por cien mil hombres; mientras que Zacatecas, con 1.2 decesos, registró la menor tasa. Entre la población femenina, la tasa más alta se registró en Campeche, con 4.6 defunciones por cien mil mujeres y la menor en Zacatecas con 0.3 decesos (Figura II.17).

En el ámbito de las instituciones públicas de salud, en 2012, el SPSS registró la tasa más elevada de mortalidad por VIH/SIDA con 10.9 defunciones por cada cien mil usuarios de sus servicios, seguida por la mortalidad registrada entre los usuarios de los servicios médicos de PEMEX con 3.8 muertes. El ISSSTE, por su parte, con 1.9 defunciones reportó la tasa más baja. Con ello, la tasa observada de mortalidad por VIH/SIDA entre los usuarios del SPSS fue 5.8 veces mayor que la de los usuarios del ISSSTE (Figura II.18).

### Cuadro II.13

Metas relacionadas con el Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades  
Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2012. Metas específicas para VIH/SIDA

Meta / Indicador	Línea base (A)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (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/	1.71	4.56	4.64	4.66	4.53	4.25	4.35	4.25	3.50	21.36	147.7

La cifra para línea base corresponde a datos de 1990, la última cifra disponible a información de 2012 y la meta a 2015 (meta propuesta por México)

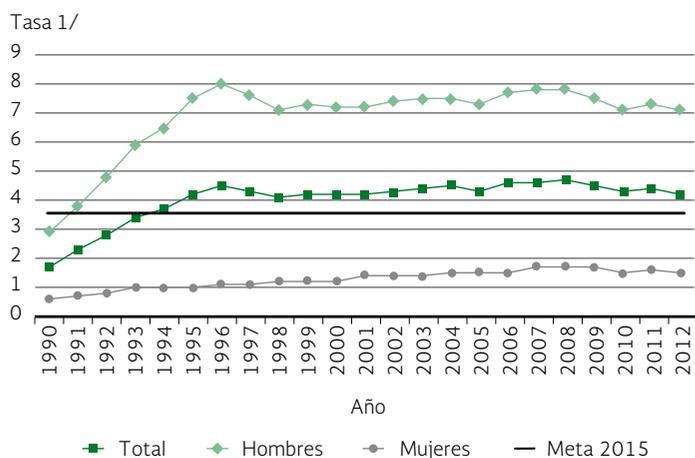
1/ Calculado como variación porcentual entre (B) y (C)

2/ Tasa observada por 100 mil habitantes

Fuente: Defunciones 1990, 2006-2012, INEGI-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

### Figura II.16

Tasa de mortalidad por VIH/SIDA por sexo; México, 1990-2012

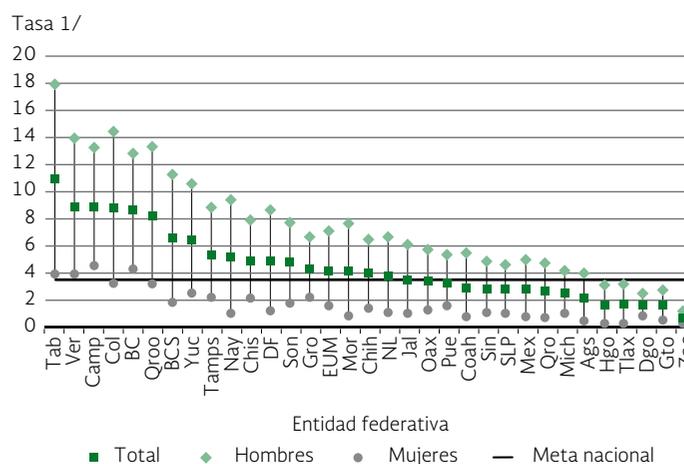


1/ Tasa de mortalidad observada por 100 mil habitantes

Fuente: Defunciones 1990-2012, INEGI-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

### Figura II.17

Tasa de mortalidad por VIH/SIDA por sexo y entidad federativa; México, 2012

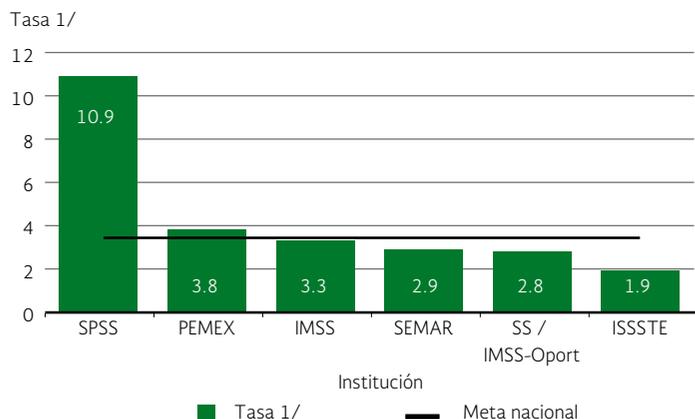


1/ Tasa observada por 100 mil habitantes

Fuente: Defunciones 2012, INEGI-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

### Figura II.18

Tasa de mortalidad por VIH/SIDA por institución; México, 2012



1/ Tasa observada por 100 mil usuarios de los servicios de salud

Fuente: Defunciones 2012 INEGI-SS y estimaciones de la población usuaria, DGED-DGIS

## Seguimiento de las metas para paludismo y tuberculosis

Actualmente, el CTESIODM da seguimiento a la Meta 6C: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves a partir de los diversos indicadores descritos previamente. El fin es contar con evidencias que permitan valorar los avances, pero sobre todo que aporten elementos que permitan mejorar las acciones de salud pública que incidan en la reducción y en su caso eliminación de la carga de estas enfermedades. Los resultados generados en 2012 se describen a continuación.

### *Incidencia de paludismo*

En materia de paludismo, el reto para México es reducir la incidencia de casos de paludismo en los estados endémicos, y sobre todo en las localidades de difícil acceso de Chiapas, Oaxaca, Tabasco y Quintana Roo o en las que se ubican en las cercanías de la Sierra Madre Occidental y que incluye a estados como Chihuahua, Durango, Jalisco, Nayarit, Sinaloa y Sonora.

En este sentido, la meta 2015 para México en materia de control del paludismo era que la incidencia asociada a esta enfermedad no superara los 3 casos por cien mil habitantes. Al respecto, debe considerarse que en 1990 la incidencia de paludismo en el país ascendió a 51.1 casos confirmados por cien mil habitantes, producto de 44,513 personas que fueron diagnosticadas como positivas a la enfermedad. Diez años después, en 2000, dicho indicador fue de 7.3 casos (una reducción de 85.7% respecto de la incidencia de 1990); es decir que en el año en que se celebró la Cumbre del Milenio, México tenía el compromiso de reducir en 4.3 casos por cien mil habitantes la incidencia a fin de dar cumplimiento a la meta para 2015 (Figura II.19).

Destaca que en 1990 sólo Coahuila, el Distrito Federal y Tlaxcala no reportaron casos, mientras que en 2000 los casos de palu-

dismo se registraron en Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Veracruz y Yucatán.

El cumplimiento de la meta se logró en 2005, al haberse registrado 2,967 casos confirmados equivalentes a una incidencia de 2.8 casos de paludismo por cien mil habitantes. Durante este año, los casos confirmados se detectaron en los mismos estados que reportaron casos en 2000, a excepción de Guerrero, Michoacán y Puebla.

En 2012 se diagnosticó paludismo a 833 personas lo que generó una incidencia de 0.71 casos por cien mil habitantes. Ello implica que se mejoró aún más la reducción establecida como meta; es decir, en 2015 se buscaba reducir en 48.1 casos por cien mil habitantes la incidencia registrada en 1990 y sin embargo la reducción que se ha logrado hasta 2012 equivale a 50.4 casos. Además, entre 1990 y 2012 la reducción en la incidencia de casos por paludismo ha sido del 98.6% (Cuadro II.14).

Del total de casos diagnosticados en 2012, el 30.6% se registró en Chiapas, el 18.8% en Chihuahua, 18% en Sinaloa, Durango concentró 14.9%, Nayarit el 13.8, Quintana Roo el 1.7%, Oaxaca y Tabasco el 0.8%, respectivamente, y Jalisco el 0.5%. Sin embargo en materia de la tasa de incidencia, Nayarit registró la más alta dentro de los nueve estados endémicos, con 9.95 casos, seguido por Durango con 7.25 casos de paludismo por cien mil habitantes. En el extremo opuesto se ubicó Jalisco con 0.05 casos y Oaxaca con 0.18 (Figura II.20).

En comparación con 2007, Chiapas, Oaxaca y Tabasco redujeron su incidencia de paludismo, sobre todo Chiapas; mientras que en Durango, Nayarit y Sinaloa la incidencia de 2012 fue mayor a la registrada en 2007 (Figura II.20).

**Cuadro II.14**

Metas relacionadas con el Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades  
Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2012. Metas específicas para paludismo

Meta / Indicador	Línea base (A)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (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/	51.13	2.32	2.15	2.12	2.34	1.07	0.97	0.71	3.00	104.76	-98.61

La cifra para la línea base corresponde a datos de 1990, la última cifra disponible a información de 2012 y la meta a 2015

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

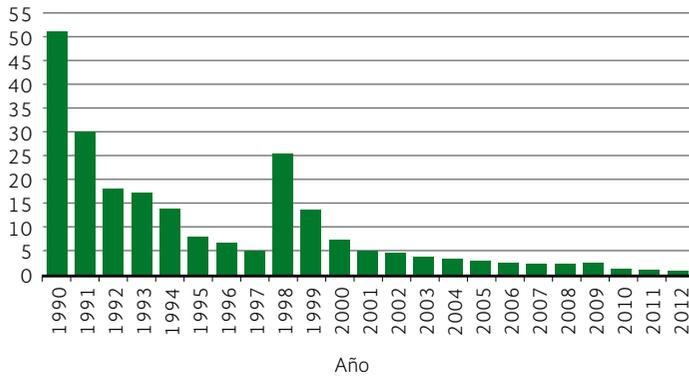
2/ Casos nuevos confirmados por 100 mil habitantes

Fuente: CENAPRECE-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura II.19**

Incidencia de paludismo por año; México, 1990-2012

Incidencia 1/

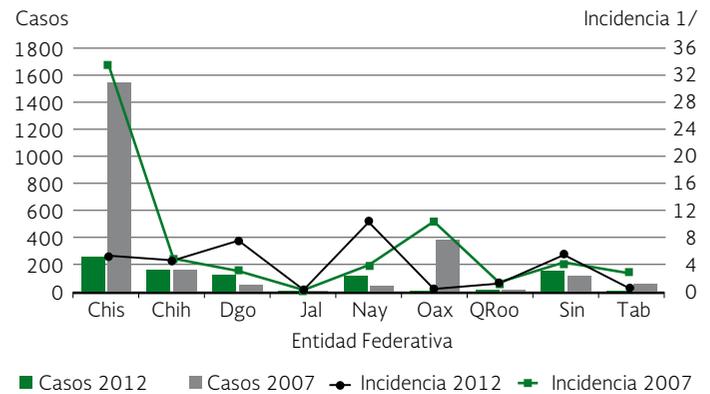


1/ Casos nuevos confirmados por 100 mil habitantes

Fuente: CENAPRECE-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura II.20**

Número de casos e incidencia de paludismo por entidad federativa; México, 2007 y 2012



1/ Casos nuevos confirmados por 100 mil habitantes

Fuente: CENAPRECE-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

## Proporción de tratamientos otorgados a casos confirmados de paludismo en menores de 5 años, para la prevención, control y eliminación de la transmisión del Plasmodium Vivax

A nivel mundial, los menores de 5 años de edad son uno de los grupos de población más afectados por el paludismo. Por ello, en México se asumió el compromiso de diagnosticar, atender y proporcionar el tratamiento médico requerido al 100% de los casos nuevos y repetidores de paludismo que se presentan entre la población de este grupo de edad. Al respecto, de 1990 a 2012, en el país se ha otorgado el tratamiento requerido a todos los menores de 5 años a los que se les ha diagnosticado paludismo, ya sean catalogados como casos nuevos o como repetidores, con lo que se ha dado cumplimiento a la meta (Cuadro II.15).

Esta cobertura de tratamiento ha permitido que el número de casos confirmados de paludismo entre esta población sea menor cada año. En 1990 se diagnosticaron 4,965 casos nuevos o repetidores de esta enfermedad entre la población menor de 5 años, cifra que pasó a 1,523 casos en 1992. En 1993 aumentó el número de casos, registrándose 2,473, para posteriormente descender hasta llegar, en 1997, a 560 casos. En 1998 la cifra aumentó nuevamente, alcanzando 2,778 casos; pero a partir de ese año se registró un descenso constante de casos permitiendo que en 2012 sólo se diagnosticaran 71 casos en el país. Ello implica que de 1990 a 2012 se ha logrado

una reducción del 98.6% en el número de casos confirmados de paludismo en los menores de 5 años (Figura II.21).

En 2012, Chiapas y Chihuahua concentraron, cada uno, 25.4% del total de casos nuevos y repetidores de paludismo en menores de 5 años del país, lo que corresponde a 18 casos, respectivamente; le siguieron Sinaloa que agrupó al 21.1% de los casos (15), Nayarit que concentró 14.1% (10 casos), Durango con el 12.7% (9 casos) y Tabasco que aportó el 1.3% con un caso (Figura II.22).

En comparación con 2011 destacan varios aspectos. En primer lugar, en 2011, además de los seis estados señalados previamente, Jalisco y Oaxaca registraron casos nuevos y repetidores de paludismo (uno en Jalisco y dos en Oaxaca); en segundo lugar, el porcentaje que representaron los casos de Chiapas y Chihuahua en 2012 fue menor al que reportaron en 2011, sobre todo Chiapas, que pasó de concentrar el 45.9% en 2011 a un 25.4%; es decir, pasó de 43 a 18 casos nuevos y repetidores de paludismo, y en tercer lugar destaca el incremento que registraron Sinaloa, Durango y Nayarit respecto de su aportación al total de casos para el país, sobre todo Sinaloa que en 2011, con 5 casos, aportó el 5.6% del total y en 2012, con 15 casos, el 21.1% (Figura II.22).

**Cuadro II.15**

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

Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2012. Metas para paludismo y tuberculosis: Proporción de tratamientos otorgados a casos confirmados de paludismo en menores de 5 años, para la prevención, control y eliminación de la transmisión del Plasmodium Vivax

Meta / Indicador	Línea base (A)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (B)	Meta (C)	Porcentaje de la meta alcanzado 1/	Variación % entre (A) y (B)
Meta 6C: Haber detenido y comenzado a reducir la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves para el año 2015											
Proporción de tratamientos otorgados a casos confirmados de paludismo en menores de 5 años, para la prevención, control y eliminación de la transmisión del Plasmodium Vivax	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	0.00

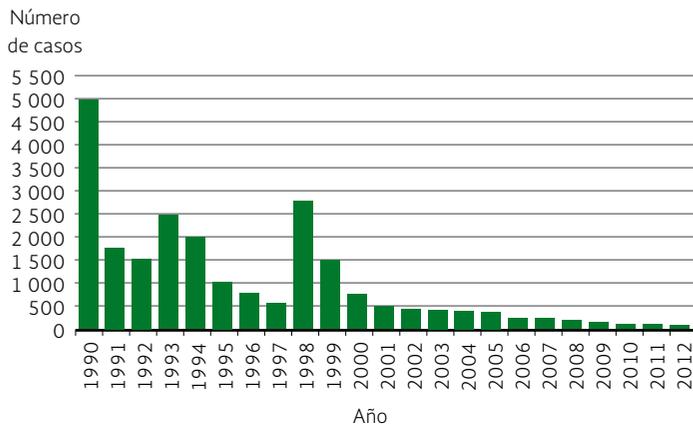
La cifra para la línea base corresponde a datos de 1990; la última cifra disponible a información de 2012 y la meta aplica a cada año

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

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, DGEPI y CENAPRECE-SS

**Figura II.21**

Casos nuevos y repetidores de paludismo en menores de 5 años por año; México, 1990-2012 1/



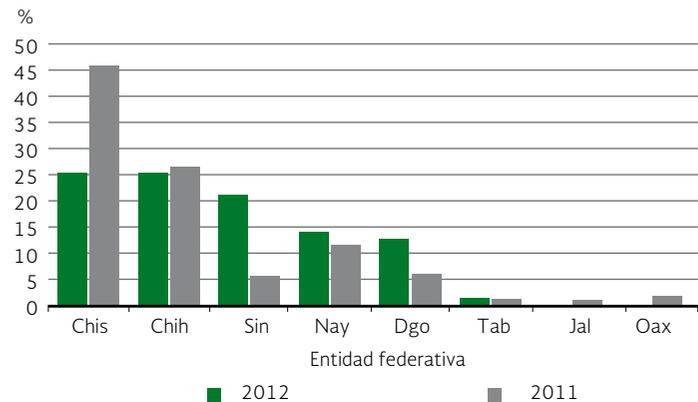
Notas: Sólo incluye a las entidades que en cada uno de los años reportaron casos de paludismo (nuevos y repetidores)  
 Caso nuevo: confirmado por laboratorio a Plasmodium Vivax, sin antecedente de haber sido caso en los últimos 3 años  
 Caso Repetidor: confirmado por laboratorio a Plasmodium Vivax con antecedentes de haber sido caso en los últimos 3 años

1/ El total de estos casos recibieron tratamiento médico para paludismo

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, DGEPI y CENAPRECE-SS

**Figura II.22**

Distribución porcentual de los casos nuevos y repetidores confirmados de paludismo en menores de 5 años por entidad federativa; México, 2012-2011 1/



1/ El total de estos casos recibieron tratamiento médico para paludismo

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, DGEPI y CENAPRECE-SS

## Incidencia de tuberculosis todas las formas

Como se comentó previamente, la tuberculosis (TB) sigue representando uno de los principales retos para los sistemas de salud en el mundo, incluyendo al de México. Las características de la enfermedad que le permite resistir los efectos de los medicamentos y los ambientes en los que vive y se desarrolla la población dificultan su prevención, tratamiento y control. Por ello, para vigilar el comportamiento de esta enfermedad, uno de los indicadores empleados es la “tasa de incidencia asociada a la tuberculosis (todas las formas)”, el cual además aporta información que permite planear y priorizar las acciones de salud pública y de atención médica.

Para México, el reto es que en 2015 la incidencia de esta enfermedad no supere los 15.6 casos por cada cien mil habitantes. Al respecto, debe señalarse que para el país tomar como línea base el comportamiento del indicador en 1990 no fue lo más conveniente, dados los problemas de registro que se enfrentaban en ese momento y porque la estrategia de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES), recomendada por la OMS, se adoptó a partir de 1996, con lo que se fortaleció la sistematización de la notificación oficial de casos a nivel interinstitucional.

En este sentido, en el país, durante 1990, se confirmaron 14,437 casos de TB en todas sus formas, lo que se tradujo en una tasa de incidencia de 16.6 casos por cien mil habitantes. En los siguientes años se registró un aumento de los casos, alcanzando en 1997 su punto más alto con 23,575 y una incidencia de 24.3 casos por cien mil. A partir de ese año en México se registró un descenso de la incidencia de TB por todas las formas, registrándose en 2006 su nivel más bajo en el periodo de 1990 a 2012, al reportarse 15.1 casos por cien mil habitantes a consecuencia de los 16,404 casos confirmados de TB (Figura II.23).

A pesar de ello, de 2007 a 2012 dicho indicador vuelve a registrar una tendencia ascendente. En 2012, a nivel nacional el número de casos confirmados de TB fue de 19,697 que equivalen a una incidencia de TB de 16.8 casos por cien mil habitantes. Con ello, se amplía en 25% el esfuerzo requerido para dar cumplimiento a la meta de 2015 (incidencia de 15.6 casos por cien mil habitantes); es

decir, inicialmente, entre 1990 y 2015, se requería reducir 0.98 casos por cien mil habitantes la incidencia de TB en todas sus formas; sin embargo, el valor del indicador para 2012 obliga a que en los próximos 3 años la incidencia se reduzca en 1.23 casos por cien mil habitantes, situación complicada si se toma en cuenta la tendencia a la alza registrada en los últimos seis años (Cuadro II.16).

La incidencia 2012 de TB en todas sus formas reporta diferencias importantes entre las entidades federativas. La mayor incidencia asociada a esta enfermedad se registró en Baja California, con 58.5 casos confirmados por cien mil habitantes, seguida por la reportada para Guerrero con 34.9 casos. En el extremo opuesto se ubicó Tlaxcala, con 4 casos de TB por cien mil habitantes, y Zacatecas que registró 4.9 casos. Con ello, la incidencia de TB en todas sus formas de Baja California fue 14.6 veces mayor a la de Tlaxcala y 3.5 veces mayor a la incidencia de nivel nacional. Otro aspecto a destacar es que 17 de las 32 entidades federativas registraron en 2012 tasas de incidencia por TB superiores a la meta para 2015 de 15.6 casos por cien mil habitantes (Figura II.24).

Por otra parte, en 16 entidades federativas la incidencia de TB en todas sus formas aumentó respecto de la registrada en 2011, destacando los casos de Baja California, al pasar de 54.7 a 58.5 casos por cien mil habitantes, es decir un aumento de 3.8 casos, y el de Chiapas, que aumentó su indicador en 3.1 casos por cien mil habitantes, ello al pasar de 21.7 en 2011 a 24.8 casos en 2012. Dentro de los estados que redujeron su incidencia entre estos dos años destacan Zacatecas, al pasar de 7.2 a 4.9 casos por cien mil habitantes (2.3 casos menos), y Colima que redujo la incidencia que registró en 2011 en 2.1 casos por cien mil habitantes (Figura II.24).

Tales contrastes dan cuenta de las inequidades persistentes entre las entidades federativas y de manera indirecta se puede establecer que dichas brechas se dan también al interior de la población, afectando sobre todo a aquellos grupos que por sus condiciones socioeconómicas, culturales y de protección social son más vulnerables. Por lo tanto, es indispensable implantar estrategias diferentes que permitan acelerar el control de la tuberculosis en el país.

**Cuadro II.16**

Metas relacionadas con el Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades  
Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2012. Metas específicas para tuberculosis

Meta / Indicador	Línea base (A)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (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/	16.58	15.13	15.78	16.36	15.96	16.50	16.41	16.83	15.60	-24.99	1.48

La cifra para la línea base corresponde a datos de 1990; la última cifra disponible a información de 2012 y la meta a 2015

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 en la última cifra disponible (2012) fue mayor a la registrada como línea base

2/ Casos nuevos confirmados por 100 mil habitantes

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, SPSS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura II.23**

Casos de tuberculosis todas las formas y tasa de incidencia correspondiente por año; México, 1990-2012

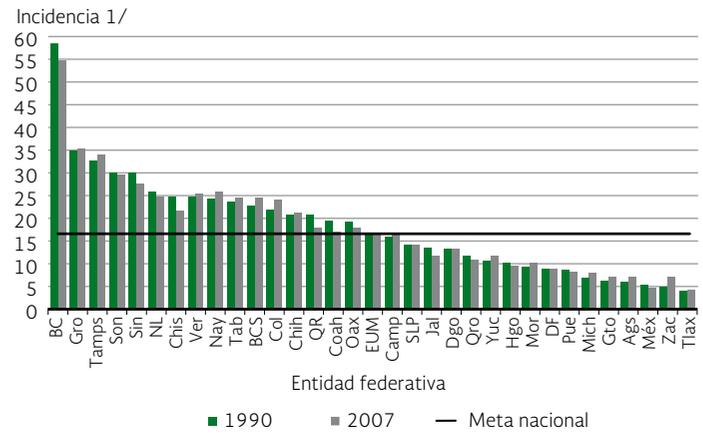


1/ Casos nuevos por cada 100 mil habitantes

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica 2012, CENAPRECE-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura II.24**

Incidencia de tuberculosis todas las formas por entidad federativa; México, 2011 y 2012



1/ Incidencia (casos nuevos confirmados) por cada 100 mil habitantes

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica 2012, CENAPRECE-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

## Mortalidad por tuberculosis todas las formas

La tuberculosis es una enfermedad que al administrar el tratamiento correspondiente de manera adecuada es curable. En México durante los últimos 22 años se han logrado progresos importantes en la prevención y control de la enfermedad; ello al considerar que en 1990 se registraron 6,197 defunciones por esta causa y en 2012 sólo 2,251; es decir una reducción de las defunciones de 63.7% y con ello la tasa de mortalidad pasó de 7.1 a 1.9 muertes por cien mil habitantes. Sin embargo, el reto es lograr que en 2015 la mortalidad por tuberculosis en todas sus formas no sea mayor a 1.7 defunciones por cien mil habitantes. En este sentido, la tasa de 2012 indica que se está cerca de la meta, dado que se tiene un cumplimiento de 95.9%; además, entre 1990 y 2012 la tasa de mortalidad por esta causa registra una reducción de 73% (Cuadro II.17).

En 1990, la mortalidad masculina fue de 9.1 defunciones por cien mil varones y la femenina de 5.1 muertes por cada cien mil mujeres, lo que implicó que en ese año la tasa observada de mortalidad entre los hombres fue 1.8 veces más alta que la femenina. En 2012, por su parte, las tasas de mortalidad por TB para los hombres y para las mujeres fueron de 2.8 muertes por cien mil hombres y de 1.1 defunciones por cien mil mujeres, lo que implica que la mortalidad masculina fue 2.6 veces mayor a la femenina. Cabe señalar que entre 1990 y 2012 la disminución registrada en la tasa de mortalidad masculina fue de 69.3%, mientras que para la femenina fue de 78.7% (Figura II.25).

Entre las entidades federativas, Baja California fue el estado que presentó en 2012 la mortalidad más alta del país, al registrar 5.7 defunciones por cien mil habitantes y Tlaxcala se ubicó en el extremo opuesto al no registrar durante dicho año defunciones debidas a la TB en todas sus formas. Entre 1990 y 2012, todas las entidades federativas redujeron significativamente los niveles de mortalidad por TB, destacando Tlaxcala que pasó de 4.6 muertes por cien mil habitantes en 1990 a una tasa de cero en 2012. Hidalgo, por su parte, redujo su mortalidad en 89.5%. Las entidades que registraron las menores reducciones fueron Sonora con 39.3% y Guerrero con 40.5%. Cabe señalar, sin embargo, que aún hay

16 entidades federativas con niveles de mortalidad superiores al nacional (Figura II.26).

Baja California y Sonora presentaron las tasas de mortalidad masculina por TB más altas del país con 9.1 y 7.2 defunciones por cien mil hombres; mientras que Nayarit y Chiapas, con 3.4 y 2.7 defunciones por cien mil mujeres, respectivamente, registraron las tasas más altas entre las mujeres. Obviamente, Tlaxcala, al no registrar defunciones de este tipo, tiene una tasa de cero, general y por sexo. En todas las entidades, a excepción de Tlaxcala, la mortalidad por TB en todas sus formas es mayor entre los hombres (Figura II.27).

Al comparar las tasas de mortalidad por TB de 1990 y 2012, según grupo quinquenal de edad, se observaron reducciones porcentuales significativas; por ejemplo, en el quinquenio de 0 a 4 años de edad la reducción fue de 93%, ello al pasar de una tasa de 1.5 muertes por cien mil habitantes de ese grupo de edad en 1990 a una de 0.11 muertes. En el grupo de 15 a 19 años la reducción fue de 70.2%, ello al pasar de 1.5 a 0.4 defunciones por cien mil personas de esta edad, siendo esta la menor reducción dentro de los grupos quinquenales de edad. Si la comparación se realiza sólo utilizando la diferencia entre las tasas, se observa que las más importantes comienzan a reportarse a partir del quinquenio de 45 a 49 años, donde la tasa de 2012 (2.8 muertes) es menor en 11.6 casos respecto de la tasa de 1990 (14.4 defunciones) y a partir de este grupo se acentúan las reducciones hasta la registrada en el grupo de 85 años o más de edad, que fue de 88 defunciones por cien mil personas, ello al considerar que la tasa de 1990 fue de 101.2 defunciones y la de 2012 de 13.2 muertes (Figura II.28).

En cuanto a la mortalidad por TB en las instituciones públicas de salud, la tasa más alta se registró entre los afiliados del SPSS con 4.4 defunciones por cien mil usuarios, seguida por la de SEMAR con 2.9 decesos, la Secretaría de Salud e IMSS-Oportunidades con 1.6, el IMSS con 1.4, el ISSSTE con 1.1 y PEMEX con 0.5 defunciones por cien mil usuarios. Cabe señalar que las tasas registradas por el SPSS y la SEMAR son las únicas que superan a la definida como meta para 2015 (1.7 defunciones por cien mil habitantes).

**Cuadro II.17**

Metas relacionadas con el objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades  
Objetivos de Desarrollo del Milenio; México, 2012. Metas específicas para tuberculosis

Meta / Indicador	Línea base (A)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (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/	7.12	2.12	1.95	2.07	1.97	2.11	2.19	1.92	1.70	95.88	-72.98

La cifra para la línea base corresponde a los datos de 1990; la última cifra disponible a información de 2012 y la meta a 2015

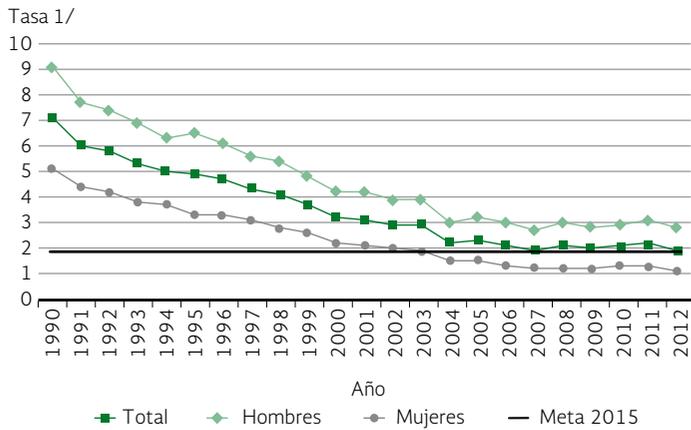
1/ Calculado como: (B-A) / (C-A)\*100

2/ Defunciones por 100 mil habitantes

Fuente: Defunciones 1990, 2006-2012, INEGI-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura II.25**

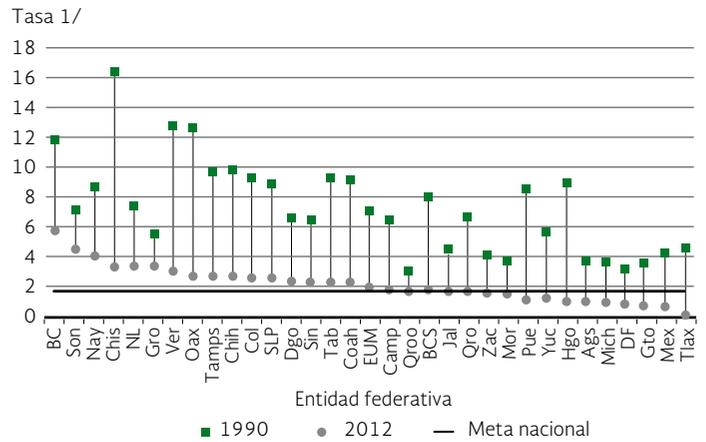
Tasa de mortalidad por tuberculosis en todas las formas, por sexo; México, 1990-2012



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes  
Fuente: Defunciones 1990-2012, INEGI-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura II.26**

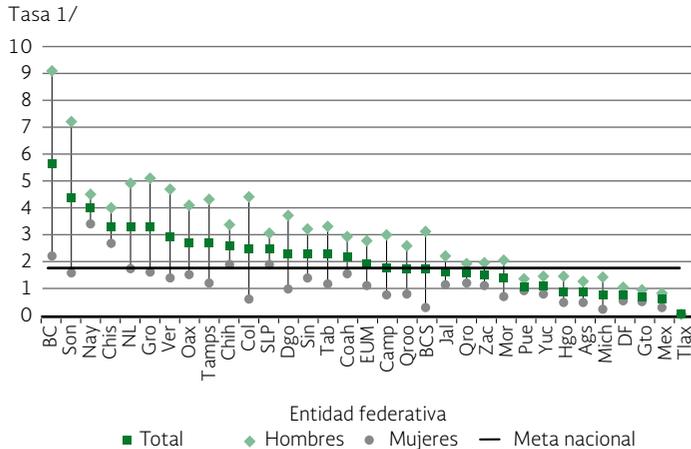
Tasa de mortalidad por tuberculosis en todas las formas por entidad federativa; México, 1990 y 2012



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes  
Fuente: Defunciones 1990-2012, INEGI-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura II.27**

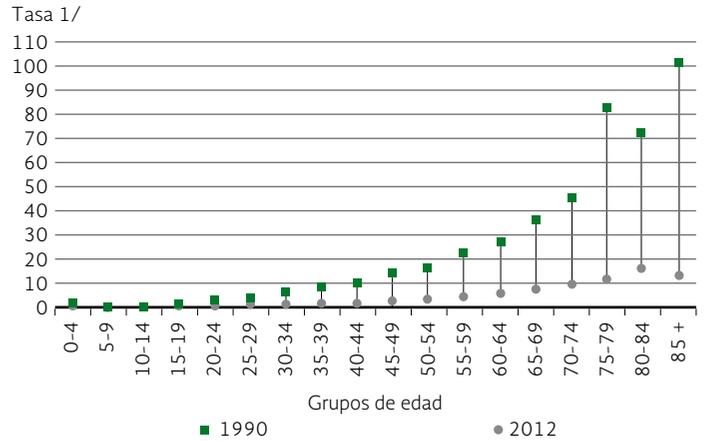
Tasa de mortalidad por tuberculosis en todas las formas, por entidad federativa y sexo; México, 2012



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes  
Fuente: Defunciones 2012, INEGI-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Figura II.28**

Tasas específicas de mortalidad por tuberculosis en todas las formas según grupos de edad; México, 1990 y 2012



1/ Tasa observada por cada 100 mil habitantes del grupo de edad correspondiente  
Fuente: Defunciones 1990 y 2012, INEGI-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO





# 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





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

Como en las versiones previas de Rendición de Cuentas en Salud, el presente capítulo pone a disposición del público en general la descripción de los principales indicadores de salud de la población, de la disponibilidad de recursos y de la operación de los servicios durante el año 2012, ello a fin de rendir cuentas sobre el quehacer del Sector Salud en materia de mejorar la salud de la población mexicana y la operación del Sistema Nacional de Salud.

Esperamos que la información que aquí concentramos sea de apoyo para conocer mejor al sistema de salud, para que los interesados tengan elementos para analizar los retos que imponen

los cambios en el perfil epidemiológico, el acelerado envejecimiento de la población y la elevada prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, la obesidad y el sobrepeso. También para identificar los problemas sanitarios que aún persisten, como las enfermedades infecciosas, o aquellos que están creciendo a un paso acelerado como el cáncer de mama, el cáncer cérvico-uterino y las enfermedades cerebro-vasculares, por citar algunas. Pero sobre todo esperamos que este documento brinde elementos para que las personas se unan a la tarea de proteger su propia salud y la de los demás.

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

### Salud poblacional

De acuerdo con las Proyecciones de la población de México 2010-2050, la esperanza de vida al nacimiento (EVN) fue de 74.3 años en 2012, 71.4 para hombres y 77.3 para mujeres; también indican que Baja California Sur y el Distrito Federal registraron las EVN más altas con 75.7 años en cada estado y la menor en Chihuahua con 70.7 años. A nivel nacional, una tasa global de fecundidad (TGF) de 2.2 hijos por mujer, indica el número promedio de hijos por mujer al final de su vida reproductiva, en el Distrito Federal se reportó el valor más bajo con 1.8 hijos por mujer, mientras que en Chiapas y Guerrero fue de 2.6 en cada estado (Cuadro III.1).

Con respecto a los daños a la salud de la población, la tasa de mortalidad general (TMG) a nivel nacional fue de 4.9 defunciones por mil habitantes, 5.6 en el caso de los hombres y 4.3 para las mujeres. El Distrito Federal registró la TMG más alta del país con 6.1 defunciones por mil habitantes, mientras que Quintana Roo obtuvo la más baja con 3 defunciones por mil habitantes (Cuadro III.1).

En 2012, a nivel nacional, la mortalidad de la población en edad productiva (15 a 64 años) fue de 2.9 defunciones por cada mil habitantes de ese grupo etario. Entre hombres y mujeres las tasas fueron de 3.9 y 2.0 defunciones por mil habitantes, respectivamente. Chihuahua registró la mortalidad en edad productiva más elevada del país con 3.9 defunciones por mil habitantes, cifra 1.7 veces mayor que la de Quintana Roo (2.3 muertes), que es la entidad con la tasa más baja del país. Por otra parte, la mortalidad entre los adultos de 65 años o más de edad fue de 42.9 defunciones por mil habitantes de ese grupo de edad, con una diferencia considerable entre los sexos, ya que se presentaron 46.3 defunciones por cada mil hombres en contraste con las 39.9 muertes por mil mujeres de ese grupo de edad. Por entidad federativa, Sonora registró la tasa de mortalidad más alta para este grupo de edad, con 47.2 muertes; en el extremo opuesto se ubicaron Guerrero con 32.9 defunciones y Quintana Roo con 35.9 (Cuadro III.2).

Durante 2012, la mortalidad de los niños menores de un 1 año de edad a nivel nacional fue de 13.3 muertes por cada mil nacidos vivos, 14.5 defunciones entre los niños y 11.9 muertes entre las niñas. Puebla y Campeche registraron las mortalidades más elevadas, con 16.7 y 16.4 defunciones por mil NV, respectivamente; en el extremo opuesto, Sinaloa registró 10.0 decesos por mil NV.

La principal causa de muerte para este grupo etario fueron la asfixia y el trauma al nacimiento, que ocasionaron 3.4 defunciones por cada mil NV en el país. Campeche con 6.8 muertes por cada mil NV, es el estado con la tasa de mortalidad más alta por estas causas, mientras que San Luis Potosí registró la más baja con 1.9 defunciones por cada mil NV (Cuadro III.3).

Por su parte, la mortalidad entre los niños menores de 5 años de edad fue de 16.1 defunciones por cada mil NV en el país, 17.5 muertes en niños y 14.6 en niñas. La cifra más alta para este indicador se registró en Oaxaca con 20.5 defunciones por mil NV y las más baja en Nuevo León con 11.8 defunciones por mil NV. Entre las principales causas de mortalidad en este grupo de edad están las infecciones respiratorias agudas, con una tasa de 20.0 defunciones por cien mil menores de 5 años, las enfermedades diarreicas agudas con 8.5 muertes y la desnutrición con 3.4 (Cuadro III.3 y Cuadro III.4).

Otro de los indicadores más utilizados para valorar la desigualdad en salud es la razón de mortalidad materna (RMM), la cual en México, en 2012, fue de 42.3 defunciones maternas por cien mil NV. El nivel más alto de este indicador se alcanzó en Guerrero con 75.9 defunciones maternas por cien mil NV, cifra que contrasta con las 19.8 registradas en Querétaro (Cuadro III.5).

El cáncer de mama y el cáncer cérvico-uterino son dos de las principales causas de muerte entre las mujeres del país. El primero provocó la muerte de 17.6 de cada cien mil mujeres de 25 años o más de edad y el segundo 12.3 defunciones. Los estados con mayor mortalidad por cáncer de mama fueron Colima y Sonora, con 23.9 y 23.8 muertes por cien mil mujeres de este grupo de edad, respectivamente; lo opuesto de las 9.3 y 9.2 defunciones registradas en Campeche y Oaxaca. Por su parte, la mortalidad por cáncer cérvico-uterino más elevada se registró en Colima con 23.4 muertes por cien mil mujeres de 25 años o más, mientras que Zacatecas con 7 decesos y Baja California Sur con 7.1, fueron las más bajas en el contexto nacional (Cuadro III.5).

El cáncer de próstata, por su parte, provocó la muerte de 20.7 de cada cien mil hombres de 25 años o más de edad; para este indicador, Nayarit registró el valor más alto del país con 34.9 defunciones y Quintana Roo la más baja con 5.8 defunciones (Cuadro III.5).

El número de defunciones por causa de las enfermedades crónico-degenerativas sigue en ascenso, en parte, debido al proceso de

envejecimiento de la población en el país. En 2012, las enfermedades isquémicas del corazón produjeron la muerte de 59.1 personas por cada cien mil habitantes, de 67.4 entre los hombres y de 51.1 entre las mujeres; el Distrito Federal registró la mayor tasa del país con 98.8 defunciones por cien mil habitantes, mientras que Quintana Roo registró sólo 19.6 defunciones. La mortalidad entre la población menor de 65 años de edad fue de 15.3 defunciones por cien mil personas de este grupo de edad; 8.7 defunciones para las mujeres y 22 para los hombres; Sonora con 25.6 muertes por cien mil varones de 25 años o más obtuvo el valor más alto, mientras que Tlaxcala y Oaxaca con 8 en cada estado, tuvieron los valores más bajos (Cuadro III.6).

La diabetes mellitus es la principal causa de muertes entre la población. En 2012, determinó el deceso de 74.8 de cada cien mil personas, entre los hombres fueron 74 defunciones y en las mujeres 75.6. La tasa en el Distrito Federal llegó a 109.6 decesos por cien mil y en Quintana Roo a sólo 37.4, que fueron las entidades con los valores extremos para esta causa. Por su parte, las enfermedades cerebro-vasculares, que ocupan la tercera posición entre las principales causas de muertes, ocasionaron el fallecimiento de 25.1 de cada cien mil personas, la tasa masculina fue de 24.9 y la femenina de 25.4. En Oaxaca se alcanzó el nivel más alto, con 36.3 muertes por cien mil, mientras que en los estados de Colima y Quintana Roo los más bajos con 9 y 10.1 por cien mil habitantes, respectivamente (Cuadro III.7).

En 2012, el VIH/SIDA provocó que a nivel nacional la tasa de mortalidad por esta causa fuera de 4.2 defunciones por cien mil personas, las tasas para hombres y mujeres fueron de 7.1 y 1.5 muertes, respectivamente; Tabasco registró la cifra más alta con una tasa de 10.9 decesos y Zacatecas la más baja con 0.7. Entre la población de 25 a 44 años de edad, el nivel de mortalidad por esta causa fue de 8.9 defunciones a nivel nacional (15.4 entre los hombres y 3.1 en las mujeres); para este grupo poblacional, Tabasco y Zacatecas también registraron los valores extremos del indicador con 23.8 y 1.9 defunciones por cien mil habitantes, respectivamente (Cuadro III.8).

En 2012, la cirrosis hepática causó la muerte de 18.8 de cada cien mil habitantes, entre los hombres fueron 28.6 defunciones y entre las mujeres 9.4; en Puebla, Veracruz y Oaxaca, se obtuvieron las tasas más elevadas con 33.1, 30.9 y 30.6 defunciones por cien mil habitantes, respectivamente, y la más baja en Sinaloa con 9.7. Asimismo, el cáncer pulmonar, de bronquios y/o tráquea provocaron el fallecimiento de 6 habitantes por cada cien mil habitantes, la tasa masculina fue de 7.9 defunciones y la femenina de 4.1; los niveles más altos de mortalidad por esta causa fueron ubicados en Sonora con 11.5 muertes por cien mil personas y en Sinaloa con 11.3, mientras que lo opuesto se registró en Tlaxcala con 2 de cada cien mil habitantes (Cuadro III.9).

Debido al contexto en el que ocurren las muertes ocasionadas por accidentes y/o lesiones, la estadística que se deriva de este tipo de eventos conlleva un retraso en su registro, por lo cual, las cifras preliminares que aquí se presentan podrían diferir significativamente de las consolidadas.

A nivel nacional se registraron 12 defunciones por cada cien mil habitantes, provocadas por accidentes de tránsito de vehículos de motor, entre los hombres fue de 19.1 muertes y en las mujeres de 5.2; Zacatecas con 23.6 defunciones y Chiapas con 1.2, fueron los estados con mayor y menor mortalidad, respectivamente. Entre la población de 15 a 29 años de edad, las tasas de mortalidad por esta causa correspondientes al total de hombres y mujeres fueron de 15.3, 25.7 y 5.3 defunciones por cien mil habitantes del grupo etario, los valores más alto de este indicador se obtuvieron en Zacatecas con 32.2 defunciones y en Tabasco con 27.9, en tanto que el más bajo se suscitó en Chiapas con 1.5 (Cuadro III.10).

En México, la mortalidad por homicidios ascendió a 17 defunciones por cien mil habitantes, 31 de hombres y 3.6 de mujeres; Chihuahua y Guerrero presentaron los niveles más altos con 58.7 y 41.1 defunciones por cien mil habitantes, respectivamente; mientras que Chiapas y Yucatán obtuvieron los valores más bajos con 0.8 y 2 defunciones por cien mil, respectivamente. Por su parte, la tasa nacional de suicidios se ubicó en 4.2 defunciones por cien mil habitantes, la masculina fue de 7.0 y la femenina de 1.6; entre las entidades federativas, Aguascalientes y Quintana Roo alcanzaron los valores más altos, con 9.2 y 8.5, respectivamente, y el más bajo en Chiapas con 0.3 (Cuadro III.11).

### *Disponibilidad de recursos*

Con la incorporación de la información de las proyecciones 2010-2050 del CONAPO y la que proviene de las instituciones públicas del Sector Salud, la disponibilidad de unidades médicas de consulta externa se ubicó en 18 establecimientos por cada cien mil habitantes; la disponibilidad mayor de este tipo de recursos se registró en Oaxaca con 40.6 unidades por cien mil habitantes y la menor en el Distrito Federal con 6.4 unidades. A nivel nacional, el número de consultorios fue de 5.9 por cada diez mil habitantes, entre las entidades federativas, las disponibilidades más grandes se ubicaron en el Distrito Federal con 9.4 y en Campeche con 9.1, mientras que la menor en el Estado de México con 4.1 (Cuadro III.12).

Por su parte, a nivel nacional, la disponibilidad de hospitales fue de 1.2 por cien mil habitantes; entre las entidades federativas, Baja California Sur y Campeche tienen las mayores concentraciones con 2.7 y 2.4, respectivamente, en el otro extremo se posicionó Querétaro con 0.5 hospitales por cien mil habitantes. Con respecto al número de camas censables por cada diez mil habitantes, la cifra

nacional fue de 0.7, el Distrito Federal con 1.8 obtuvo la más alta, mientras que Chiapas y Tlaxcala, con 0.4 en cada estado, obtuvieron los valores más bajos del indicador. A nivel nacional la disponibilidad de salas de operación (quirófanos) fue de 3.1 quirófanos por cien mil habitantes; por entidad federativa, el Distrito Federal se mantuvo a la cabeza con 7.2 por cien mil habitantes, mientras que Hidalgo y el Estado de México presentaron las menores disponibilidades con 1.7 y 1.8 salas por cien mil habitantes, respectivamente (Cuadro III.12).

En 2012, las instituciones públicas de salud disponían de 1.5 médicos en contacto con el paciente por cada mil habitantes, así como de 0.7 médicos generales y de 0.8 médicos especialistas por mil habitantes. Por entidad federativa, la mayor disponibilidad de médicos generales se presentó en Campeche con 1.1 recursos por mil habitantes, en contraste, la menor disponibilidad se registró en Nuevo León con 0.4 médicos por mil habitantes. En cuanto a la disponibilidad de médicos especialistas, el Distrito Federal sigue concentrando un volumen importante con 2.4 por cada mil habitantes; en el extremo opuesto, Chiapas es la entidad con la menor disponibilidad de estos médicos con 0.3 por cada mil habitantes (Cuadro III.13).

En cuanto al personal de enfermería en contacto con el paciente, a nivel nacional se dispuso de 2.2 enfermeras por cada mil habitantes. El Distrito Federal fue la entidad que registró la mayor disponibilidad con 4.9 recursos de este tipo; en contraste, la menor disponibilidad se presentó en el Estado de México con 1.6 enfermeras por mil habitantes, respectivamente. Asimismo, a nivel nacional se dispone de 1.5 enfermeras por cada médico en contacto con el paciente; observando que entre las entidades federativas, la relación va de 1.9 enfermeras por cada médico en Chihuahua, a 1.3 en Querétaro (Cuadro III.13).

El gasto público en salud representó en 2012 el 3.1% del Producto Interno Bruto (PIB) nacional. El gasto público en salud *per cápita* entre la población asegurada ascendió a 5,158.3 pesos y entre la población sin seguridad social a 3,636.8 pesos. Entre las entidades federativas, Tlaxcala destinó más recursos de su PIB al gasto público en salud (5.7%), y Campeche, registró la menor proporción al destinar sólo el 0.6% de su PIB como gasto público en salud.

Por otra parte, el Distrito Federal fue la entidad con la inversión *per cápita* más alta en población con seguridad social (15,096.1 pesos) y el Estado de México con la más baja (2,518.7 pesos); mientras que entre la población sin seguridad social, la mayor cantidad de gasto en salud *per cápita* se realizó en Baja California Sur con 7,118.6 pesos y la menor en Puebla con 2,294.4 pesos. Colima y el Estado de México destacan por ser los estados que destinaron más gasto público en salud *per cápita* para la población sin seguridad social que para la población con seguridad social; entre los estados donde la relación fue a la inversa sobresale el Distrito Federal, con

un gasto público *per cápita* para la población con seguridad social 2.2 veces más grande que el asignado a la población sin seguridad social (Cuadro III.14).

Asimismo, el gasto público en salud a nivel nacional fue de 15.4% del gasto público total, por entidad federativa el Estado de México fue quien más aportó con 41.5% y Campeche fue el estado que registró una aportación menor de 4.6% del gasto público total. En lo que respecta a la contribución federal nacional en salud esta fue de 86.5%, por estado, Colima (99.4%) fue la entidad que tuvo una mayor contribución, en Baja California y Tabasco se realizaron las contribuciones más bajas con 68.1 y 68.3%, respectivamente (Cuadro III.14).

### Operación de los servicios

En materia de operación de los servicios de atención, a nivel nacional las instituciones públicas de salud otorgaron 1,909.1 consultas de medicina general por cada mil habitantes. La entidad que registró más consultas fue Yucatán con 2,566.6 por cada mil habitantes, a diferencia de Quintana Roo que sólo otorgó 1,564.4 consultas. Asimismo, en el país se otorgaron 448.8 consultas de especialidad por cada mil habitantes; por entidad federativa, el Distrito Federal proporcionó 1,157.9 consultas de especialidad por mil habitantes y en Chiapas sólo se otorgaron 198.7 consultas. En promedio, las instituciones públicas de salud otorgaron 11.4 consultas generales diarias por médico, destacando el Estado de México con 16.6 consultas, en contraste, Campeche y Nayarit presentaron un promedio de 8.2 consultas diarias por médico, cada una (Cuadro III.15).

En relación al número de egresos en las unidades hospitalarias del sector público, a nivel nacional se registraron 50.8 por cada mil habitantes; el Distrito Federal registró 82.5 egresos, en tanto que en el Estado de México sólo 32 egresos. Asimismo, en los hospitales públicos del país se reportó un índice de rotación de 69.4 egresos por cama censable, una productividad de 31.1 intervenciones quirúrgicas por cada mil habitantes y un promedio diario de intervenciones quirúrgicas por quirófano de 2.8 cirugías. Entre las entidades federativas, el índice de rotación más alto se obtuvo en Tlaxcala con 133.3 egresos por cada cama censable y el más bajo en el Distrito Federal con 45.7; con respecto del promedio de intervenciones quirúrgicas por cada mil habitantes, el registro más alto se ubicó en el Distrito Federal con 47.9 y el más bajo en Chiapas con 19.3; en cuanto al promedio diario de intervenciones quirúrgicas por quirófano, el nivel más alto correspondió en Aguascalientes con 4.4 y el más bajo en el Distrito Federal 1.8 (Cuadro III.15).

En 2012, a nivel nacional se proporcionaron en promedio 5.4 consultas prenatales por mujer embarazada; Baja California Sur

presentó el valor más alto con 7.3 consultas, mientras que Guerrero sólo otorgó 4.4 en promedio (Cuadro III.16).

La cobertura nacional de niños de 1 año que fueron vacunados contra el sarampión ascendió a 86.8%, las coberturas más amplias se alcanzaron en Baja California con 95.2% y en el Distrito Federal con 94.9%, mientras que en Nayarit sólo se cubrió al 79.9% de los niños de un año registrados en el censo nominal del PROVAC. Para los niños menores de 1 año en el país, la cobertura de vacunación con esquema completo fue de 86.1%; el Distrito Federal alcanzó una cobertura de 94.6% y en el extremo opuesto, Nayarit registró el porcentaje más bajo con 80.6% (Cuadro III.16).

Con relación a la calidad de la atención en los servicios de salud, el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) reportó que el tiempo de espera para recibir atención de consulta externa en las unidades de primer nivel del país fue de 22.8 minutos en promedio. Por entidad federativa, los tiempos de espera más cortos se ubicaron en Colima con 11.5 y en Aguascalientes con 11.7 minutos, mientras que el Estado de México registró la espera más larga con 47.9 minutos en promedio. Los tiempos promedio de espera en los servicios de urgencias fueron de 26.9 minutos a nivel

nacional, el más amplio fue de 61.3 minutos en Oaxaca y el más reducido de 13.1 minutos en Morelos (Cuadro III.17).

El porcentaje de usuarios satisfechos por el trato recibido en las unidades públicas de primer nivel del país fue de 96.9 respecto del total de personas entrevistadas; los niveles de satisfacción más altos se alcanzaron en Colima (99%) y Nayarit (98.9%), mientras que los más bajos se obtuvieron en el Distrito Federal (92.9%), el Estado de México (94.7%) y Querétaro (94.7%). A nivel nacional, 83% de los pacientes que participaron en la medición del indicador de abasto de medicamentos reportaron un surtimiento completo de recetas, el valor más alto se ubicó en Guanajuato (94.3%) y el menor en Michoacán (54%) (Cuadro III.17).

Para avanzar hacia la cobertura universal en salud, al cierre de 2012, el SPSS tenía 52,908,011 personas afiliadas, de las cuales 26.2% también eran beneficiarios del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. A nivel de entidad federativa, Chiapas (44.5%) y Guerrero (43.6%) son los estados que registraron los porcentajes más altos de personas con este doble beneficio; mientras que en el Distrito Federal y en Baja California sólo representó 3.7% y 7.2%, respectivamente (Cuadro III.17).

**Cuadro III.1**

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México, 2012. Salud poblacional

Entidad	Esperanza de vida al nacimiento 1/			Tasa global de fecundidad 1/	Mortalidad general					
	Total	Hombres	Mujeres		Total		Hombres		Mujeres	
					Observada 2/	Estandarizada 3/	Observada 2/	Estandarizada 3/	Observada 2/	Estandarizada 3/
EUM	74.3	71.4	77.3	2.2	4.9	5.7	5.6	6.7	4.3	4.7
Aguascalientes	75.4	73.1	77.9	2.5	4.3	5.6	4.7	6.6	3.8	4.7
Baja California	73.3	69.8	77.1	2.0	4.4	6.1	5.4	7.6	3.5	4.6
Baja California Sur	75.7	73.1	78.4	2.0	3.9	5.7	4.6	6.9	3.1	4.4
Campeche	74.9	72.0	77.9	2.1	4.5	5.5	5.3	6.4	3.7	4.6
Coahuila	74.9	72.5	77.5	2.3	4.7	5.7	5.4	6.7	4.0	4.7
Colima	75.5	72.9	78.2	2.2	5.3	5.9	6.3	7.2	4.3	4.7
Chiapas	72.3	69.3	75.4	2.6	3.9	5.5	4.4	6.0	3.5	4.9
Chihuahua	70.7	66.1	75.5	2.3	5.7	6.8	6.8	8.3	4.6	5.4
Distrito Federal	75.7	73.3	78.2	1.8	6.1	5.7	6.6	6.9	5.8	4.7
Durango	74.3	70.8	78.0	2.3	5.5	6.3	6.3	7.4	4.7	5.2
Guanajuato	74.9	72.5	77.5	2.3	4.8	5.6	5.5	6.6	4.2	4.7
Guerrero	72.2	68.8	75.9	2.6	4.4	4.9	5.3	6.1	3.6	3.9
Hidalgo	73.9	71.5	76.4	2.3	4.7	5.2	5.2	6.0	4.2	4.4
Jalisco	75.0	72.3	77.9	2.3	5.1	5.8	5.8	6.8	4.5	4.8
México	74.7	72.1	77.4	2.2	4.4	5.7	5.0	6.8	3.8	4.8
Michoacán	74.1	71.2	77.1	2.3	4.6	4.7	5.3	5.7	3.9	3.8
Morelos	75.0	72.0	78.1	2.2	5.7	5.9	6.6	7.2	4.8	4.8
Nayarit	74.1	70.9	77.5	2.2	5.0	5.4	5.8	6.4	4.2	4.4
Nuevo León	75.1	71.7	78.6	2.1	4.6	5.5	5.3	6.7	3.9	4.4
Oaxaca	72.3	69.2	75.5	2.5	5.4	5.4	6.1	6.4	4.8	4.6
Puebla	74.3	71.3	77.4	2.5	5.1	5.8	5.7	6.9	4.6	4.9
Querétaro	74.9	72.3	77.7	2.2	4.4	5.7	5.0	6.8	3.8	4.7
Quintana Roo	75.2	72.7	77.8	2.0	3.0	5.2	3.6	6.0	2.4	4.4
San Luis Potosí	74.0	71.1	77.1	2.4	4.9	5.1	5.7	6.1	4.2	4.2
Sinaloa	74.1	70.2	78.2	2.3	4.4	5.0	5.4	6.2	3.5	3.8
Sonora	74.8	71.9	77.8	2.3	5.2	6.3	6.1	7.5	4.4	5.1
Tabasco	74.3	71.4	77.3	2.3	4.7	6.0	5.5	7.0	3.9	5.1
Tamaulipas	75.0	72.0	78.1	2.2	5.3	6.1	6.2	7.4	4.4	4.9
Tlaxcala	74.6	72.0	77.4	2.3	4.6	5.4	5.2	6.3	4.1	4.6
Veracruz	73.6	71.0	76.3	2.2	5.9	6.1	6.8	7.3	5.1	5.0
Yucatán	75.1	72.6	77.8	2.2	5.3	5.6	5.9	6.5	4.7	4.8
Zacatecas	74.6	71.7	77.6	2.4	5.1	5.1	5.8	6.0	4.4	4.3

1/ Fuente: Proyecciones de la población de México 2010-2050 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 2012, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Cuadro III.2**

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México, 2012. Salud poblacional

Entidad	Mortalidad en edad productiva 1/			Mortalidad en adultos mayores 2/		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
EUM	2.9	3.9	2.0	42.9	46.3	39.9
Aguascalientes	2.5	3.1	1.8	45.8	50.3	42.0
Baja California	3.1	4.3	1.9	42.2	48.7	36.6
Baja California Sur	2.5	3.3	1.7	42.6	48.8	36.7
Campeche	2.6	3.5	1.7	41.8	44.8	38.7
Coahuila	3.0	3.8	2.1	41.1	45.2	37.5
Colima	3.2	4.4	2.0	44.7	49.2	40.6
Chiapas	2.5	3.1	2.0	39.9	41.0	38.4
Chihuahua	3.9	5.5	2.4	46.4	50.5	42.7
Distrito Federal	3.0	4.0	2.2	45.3	49.0	42.6
Durango	3.2	4.3	2.2	46.6	49.5	43.8
Guanajuato	2.6	3.5	1.8	45.4	49.0	42.3
Guerrero	3.1	4.4	1.9	32.9	35.7	30.4
Hidalgo	2.5	3.2	1.9	40.7	43.9	37.9
Jalisco	2.8	3.8	1.9	45.8	48.8	43.1
México	2.8	3.7	1.9	41.7	44.6	39.3
Michoacán	2.5	3.4	1.6	36.9	39.5	34.5
Morelos	3.2	4.4	2.1	45.5	50.1	41.7
Nayarit	2.7	3.7	1.7	42.5	46.0	39.1
Nuevo León	2.7	3.6	1.8	42.2	46.9	38.3
Oaxaca	2.9	3.9	2.0	42.0	44.7	39.8
Puebla	2.8	3.7	2.1	44.9	48.7	41.9
Querétaro	2.6	3.6	1.7	43.8	47.2	41.1
Quintana Roo	2.3	3.0	1.6	35.9	39.0	32.9
San Luis Potosí	2.6	3.5	1.8	41.9	45.5	38.7
Sinaloa	2.6	3.7	1.5	37.4	41.4	33.7
Sonora	3.1	4.1	2.1	47.2	52.5	42.2
Tabasco	3.1	4.1	2.1	43.3	45.9	40.7
Tamaulipas	3.3	4.4	2.2	44.4	49.4	40.2
Tlaxcala	2.4	3.1	1.7	45.0	48.4	42.0
Veracruz	3.4	4.5	2.4	44.5	48.1	41.3
Yucatán	2.7	3.5	1.9	45.4	48.0	43.0
Zacatecas	2.7	3.7	1.8	41.3	42.9	39.6

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

2/ Tasa observada por mil habitantes de 65 años o más de edad

Fuente: SEED 2012, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Cuadro III.3**

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México, 2012. Salud poblacional

Entidad	Mortalidad infantil 1/			Mortalidad por asfixia y trauma al nacimiento 2/			Mortalidad en niños menores de 5 años 1/		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
EUM	13.3	14.5	11.9	3.4	3.9	2.8	16.1	17.5	14.6
Aguascalientes	10.2	9.6	10.6	2.8	3.0	2.5	13.0	12.5	13.4
Baja California	14.0	14.8	13.1	2.7	3.0	2.4	17.6	18.6	16.6
Baja California Sur	10.4	10.1	10.7	2.3	2.6	1.9	12.5	12.1	12.9
Campeche	16.4	19.0	13.8	6.8	9.0	4.5	18.9	21.2	16.6
Coahuila	12.8	14.6	10.8	3.9	5.0	2.8	14.8	16.7	12.5
Colima	10.9	13.0	8.7	2.4	3.1	1.6	13.1	15.2	11.0
Chiapas	13.6	14.5	12.3	3.1	3.5	2.6	19.5	20.6	18.1
Chihuahua	13.4	14.8	11.5	3.9	4.6	3.0	17.4	18.7	15.7
Distrito Federal	13.4	13.9	12.8	3.5	3.8	3.3	15.3	16.0	14.5
Durango	13.2	13.8	12.6	4.3	4.8	3.9	15.1	15.7	14.5
Guanajuato	11.5	12.7	10.2	2.8	3.2	2.4	13.4	14.7	11.8
Guerrero	15.1	16.5	13.7	3.4	3.5	3.3	19.4	21.0	17.7
Hidalgo	14.4	15.8	12.8	3.3	3.3	3.2	17.7	18.8	16.5
Jalisco	11.4	12.8	9.9	2.5	2.9	2.1	13.5	15.1	11.9
México	15.2	16.7	13.4	3.7	4.4	3.0	17.2	19.0	15.2
Michoacán	12.2	13.2	11.0	3.8	4.4	3.1	14.4	15.7	12.9
Morelos	12.2	13.6	10.5	2.9	3.6	2.3	14.7	16.5	12.7
Nayarit	10.6	10.4	10.9	2.6	2.7	2.5	13.8	13.4	14.2
Nuevo León	10.2	10.8	9.1	2.1	2.5	1.7	11.8	12.3	10.8
Oaxaca	14.8	15.7	13.8	2.5	2.5	2.4	20.5	21.9	19.1
Puebla	16.7	18.5	14.7	4.0	4.6	3.4	19.7	21.8	17.5
Querétaro	12.2	13.7	10.5	3.1	3.5	2.7	14.0	15.6	12.4
Quintana Roo	11.7	13.9	9.3	3.3	4.0	2.6	13.7	15.8	11.4
San Luis Potosí	12.8	14.1	11.1	1.9	2.0	1.6	15.8	17.8	13.3
Sinaloa	10.0	10.7	9.3	2.4	2.7	2.2	12.0	12.7	11.2
Sonora	13.2	13.7	12.7	3.2	3.8	2.6	15.4	16.1	14.8
Tabasco	14.1	15.6	12.4	4.6	5.7	3.3	16.7	18.6	14.7
Tamaulipas	12.3	14.1	10.4	4.0	5.2	2.9	14.4	16.3	12.5
Tlaxcala	14.9	17.4	12.4	3.8	4.6	3.0	17.2	19.5	14.9
Veracruz	14.0	15.5	12.4	4.6	5.3	3.8	18.0	19.3	16.6
Yucatán	11.4	12.2	10.7	3.2	3.1	3.2	13.5	14.2	12.8
Zacatecas	11.2	12.5	9.8	2.9	3.7	2.1	13.3	14.7	11.9

1/ Tasa por cada mil nacidos vivos. Con los respectivos ajustes en defunciones y nacimientos. Fuente: DGIS-SS

2/ Tasa observada por cada mil nacidos vivos. CIE-10: P03, P10-P15, P20-P28.

Fuente: SEED 2012, preliminar, DGIS-SS y nacidos vivos, DGIS-SS

**Cuadro III.4**

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México, 2012. Salud poblacional

Entidad	Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años (J00-J22) 1/	Mortalidad por enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años (A00-A09) 1/	Mortalidad por desnutrición en niños menores de 5 años (E40-E64) 1/		
	Total	Total	Total	Hombres	Mujeres
EUM	20.0	8.5	3.4	3.3	3.6
Aguascalientes	5.5	7.1	1.6	0.0	3.2
Baja California	13.4	6.4	3.7	3.3	4.1
Baja California Sur	10.7	4.6	1.5	0.0	3.1
Campeche	10.9	9.7	3.6	4.7	2.5
Coahuila	5.6	3.3	1.1	0.7	1.5
Colima	14.4	1.6	1.6	3.2	0.0
Chiapas	42.0	35.5	6.3	6.3	5.8
Chihuahua	19.7	9.8	7.5	9.6	5.3
Distrito Federal	30.0	4.9	1.2	0.6	1.9
Durango	10.2	4.2	4.8	1.2	8.6
Guanajuato	9.0	5.8	1.6	1.4	1.8
Guerrero	16.0	12.5	4.1	3.2	5.0
Hidalgo	10.7	7.4	0.4	0.0	0.8
Jalisco	11.2	6.0	3.0	1.9	4.2
México	40.4	8.4	3.9	3.6	4.2
Michoacán	14.5	6.3	2.7	2.6	2.8
Morelos	9.4	5.3	0.0	0.0	0.0
Nayarit	17.7	11.5	2.7	1.7	3.6
Nuevo León	4.6	1.6	0.5	0.4	0.5
Oaxaca	25.9	15.4	9.7	11.2	8.2
Puebla	28.4	10.8	7.1	6.6	7.6
Querétaro	12.9	5.4	2.1	1.1	3.3
Quintana Roo	8.9	5.5	2.1	2.7	1.4
San Luis Potosí	12.1	6.4	2.3	3.7	0.8
Sinaloa	7.8	2.6	2.2	0.0	4.6
Sonora	13.5	6.0	3.8	4.4	3.1
Tabasco	18.1	8.8	4.0	4.3	3.6
Tamaulipas	3.5	2.2	1.0	0.0	2.0
Tlaxcala	20.9	4.0	6.4	7.9	4.9
Veracruz	18.6	7.4	2.4	3.1	1.7
Yucatán	14.8	10.6	2.6	5.2	0.0
Zacatecas	13.1	3.3	2.6	1.3	4.0

1/ Tasa observada por cada 100 mil niños con menos de 5 años de edad

Fuente: SEED 2012, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Cuadro III.5**

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México, 2012. Salud poblacional

Entidad	Razón de mortalidad materna 1/	Mortalidad por cáncer de mama (C50)		Mortalidad por cáncer cérvico-uterino (C53)		Mortalidad por cáncer de próstata (C61)	
		Observada 2/	Estandarizada 3/	Observada 2/	Estandarizada 3/	Observada 4/	Estandarizada 5/
EUM	42.3	17.6	10.8	12.3	7.5	20.7	13.7
Aguascalientes	47.7	21.4	13.7	12.2	7.8	26.9	20.3
Baja California	31.0	22.2	15.3	11.0	7.0	15.2	14.3
Baja California Sur	23.3	20.8	14.3	7.1	4.9	14.8	15.8
Campeche	42.8	9.3	6.5	11.5	7.9	20.7	14.5
Coahuila	34.4	22.5	14.2	12.3	7.5	15.8	11.7
Colima	23.6	23.9	14.9	23.4	14.5	24.9	16.6
Chiapas	60.6	11.7	8.0	15.6	10.5	20.7	14.7
Chihuahua	46.7	22.8	14.1	11.6	7.0	19.0	13.8
Distrito Federal	40.1	23.3	12.8	11.4	6.3	22.3	14.4
Durango	52.5	20.8	12.6	9.4	5.6	26.3	15.7
Guanajuato	34.8	16.0	9.9	9.4	5.8	21.6	13.3
Guerrero	75.9	9.9	5.8	13.5	7.9	17.2	9.2
Hidalgo	37.8	14.6	8.7	8.5	5.1	18.9	11.3
Jalisco	23.4	23.3	14.4	11.1	6.7	27.4	17.5
México	42.7	14.9	9.7	11.3	7.5	13.7	11.9
Michoacán	41.7	15.0	8.9	11.5	6.7	25.6	13.0
Morelos	39.0	17.6	10.3	15.9	9.3	22.6	13.3
Nayarit	45.5	15.4	9.3	11.9	7.0	34.9	19.7
Nuevo León	26.6	22.8	14.5	8.4	5.3	17.7	13.7
Oaxaca	65.3	9.2	5.3	18.0	10.1	24.0	11.7
Puebla	50.6	13.5	8.3	13.4	8.2	20.9	12.8
Querétaro	19.8	17.1	11.8	10.7	7.2	19.0	15.0
Quintana Roo	50.4	10.1	8.1	9.8	8.0	5.8	7.7
San Luis Potosí	40.7	14.8	8.8	11.4	6.7	24.1	12.5
Sinaloa	41.5	19.5	11.9	8.3	4.9	24.5	15.7
Sonora	33.2	23.8	14.7	15.5	9.5	23.1	16.9
Tabasco	34.2	12.9	8.5	11.8	8.1	20.8	15.2
Tamaulipas	26.0	20.7	13.0	12.5	7.6	20.5	14.5
Tlaxcala	59.4	12.7	8.2	12.4	7.9	19.1	12.0
Veracruz	51.0	17.7	10.2	18.1	10.4	25.8	14.5
Yucatán	50.1	12.4	7.6	15.2	9.2	15.1	8.8
Zacatecas	32.0	18.0	11.0	7.0	3.9	28.7	14.4

1/ Razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos. 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 cada 100 mil mujeres de 25 años o más

3/ Tasa por cada 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 de la OMS

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

5/ Tasa por cada 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 de la OMS

Fuente: SEED 2012, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Cuadro III.6**

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México, 2012. 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)					
	Total		Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres	
	Observada 1/	Estandarizada 2/	Observada 1/	Estandarizada 2/	Observada 1/	Estandarizada 2/	Observada 3/	Estandarizada 4/	Observada 3/	Estandarizada 4/	Observada 3/	Estandarizada 4/
EUM	59.1	68.8	67.4	85.1	51.1	54.4	15.3	16.6	22.0	24.7	8.7	9.3
Aguaascalientes	44.0	61.2	50.4	75.2	38.0	49.0	12.3	14.7	17.5	21.3	7.4	8.8
Baja California	52.7	80.1	67.4	108.3	37.7	54.4	19.7	22.6	29.4	34.3	9.7	11.2
Baja California Sur	58.2	92.6	79.2	132.5	36.4	54.8	19.6	22.6	30.3	35.2	8.3	9.6
Campeche	55.2	70.0	67.6	85.8	43.0	54.7	14.2	15.7	21.8	24.0	6.8	7.8
Coahuila	73.3	92.2	87.7	117.1	59.2	69.7	22.6	24.6	31.7	35.0	13.7	14.7
Colima	64.6	72.8	75.9	90.7	53.7	56.1	17.9	18.7	28.3	29.8	7.7	8.1
Chiapas	37.3	56.6	42.4	64.4	32.2	48.8	10.0	12.9	12.5	16.2	7.6	9.9
Chihuahua	80.3	102.1	90.3	122.1	70.6	83.8	21.4	23.6	29.3	33.2	13.6	14.7
Distrito Federal	98.8	86.6	101.9	107.8	95.9	69.9	21.2	18.3	31.3	28.6	11.7	9.6
Durango	84.1	98.1	96.6	117.5	72.0	80.0	22.6	25.7	30.5	35.7	14.9	16.5
Guanajuato	57.1	65.7	64.1	79.9	50.5	53.4	12.0	14.2	16.2	19.8	8.0	9.3
Guerrero	42.4	46.9	47.5	56.0	37.6	38.9	9.3	11.1	13.5	16.7	5.3	6.1
Hidalgo	41.2	44.5	46.5	54.6	36.1	35.7	8.8	9.5	12.9	14.3	4.9	5.3
Jalisco	60.7	68.8	67.5	84.0	54.2	55.3	16.0	17.7	22.6	26.0	9.6	10.3
México	45.7	64.8	50.9	78.5	40.7	52.8	12.9	14.0	18.2	20.3	7.7	8.3
Michoacán	48.6	49.3	57.5	62.5	40.3	37.7	11.9	13.3	17.5	20.2	6.6	7.2
Morelos	55.3	57.5	68.7	76.8	42.7	41.1	15.3	15.5	22.5	23.6	8.5	8.3
Nayarit	65.1	69.1	73.6	82.4	56.7	56.2	16.4	17.9	23.2	25.7	9.7	10.4
Nuevo León	75.3	91.7	91.4	120.9	59.4	65.6	23.1	24.3	34.4	37.1	11.8	12.2
Oaxaca	38.2	36.6	41.6	43.1	35.0	31.2	8.0	9.0	11.0	12.7	5.3	5.7
Puebla	47.3	53.3	53.3	67.2	41.7	41.7	10.9	12.6	15.7	19.1	6.3	7.0
Querétaro	48.5	65.7	57.2	84.5	40.3	49.2	13.7	16.0	21.3	25.4	6.5	7.5
Quintana Roo	19.6	42.0	26.7	55.5	12.3	28.4	8.5	11.3	13.3	17.2	3.5	5.3
San Luis Potosí	61.5	62.4	69.8	74.5	53.6	51.5	12.0	13.5	17.2	19.8	7.1	7.9
Sinaloa	61.5	70.7	74.2	89.0	49.0	53.8	16.3	17.2	23.7	25.5	9.1	9.4
Sonora	88.1	109.8	105.8	138.9	70.0	82.0	25.6	27.3	38.6	41.8	12.4	13.1
Tabasco	46.3	62.9	56.0	77.0	37.0	49.5	13.7	15.7	19.3	22.2	8.3	9.4
Tamaulipas	77.5	92.4	92.3	118.3	63.1	69.6	23.4	24.9	33.5	36.7	13.5	14.0
Tlaxcala	33.1	38.5	37.4	47.2	29.0	30.8	8.0	9.4	11.4	14.0	4.7	5.4
Veracruz	62.1	62.7	70.5	76.3	54.3	50.5	15.4	15.4	22.6	23.2	8.6	8.4
Yucatán	83.2	85.3	97.7	106.2	69.0	65.9	16.7	17.6	25.7	28.0	7.8	8.0
Zacatecas	52.2	52.3	59.1	60.9	45.6	44.3	10.9	12.6	14.6	17.2	7.4	8.5

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

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

4/ Tasa por 100 mil habitantes menores de 65 años de edad, 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 2012, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Cuadro III.7**

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México, 2012. Salud poblacional

Entidad	Mortalidad por diabetes mellitus (E10-E14)						Mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares (I60-I69)					
	Total		Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres	
	Observada 1/	Estandarizada 2/	Observada 1/	Estandarizada 2/	Observada 1/	Estandarizada 2/	Observada 1/	Estandarizada 2/	Observada 1/	Estandarizada 2/	Observada 1/	Estandarizada 2/
EUM	74.8	91.5	74.0	95.4	75.6	87.8	25.1	29.4	24.9	31.4	25.4	27.6
Aguascalientes	62.5	89.2	56.5	86.4	68.2	91.3	20.7	28.5	20.3	30.2	21.2	26.8
Baja California	55.3	83.9	57.7	92.3	52.8	75.9	26.2	40.0	28.7	46.6	23.6	33.8
Baja California Sur	55.4	87.8	55.0	89.4	55.8	85.7	18.1	30.3	20.3	35.7	15.9	25.1
Campeche	60.1	80.7	60.1	80.4	60.1	81.0	24.5	32.1	26.1	34.5	22.9	29.6
Coahuila	74.9	95.4	69.0	92.2	80.8	98.2	28.8	36.3	30.0	40.2	27.7	32.6
Colima	87.5	107.1	85.9	108.3	89.1	105.7	9.0	10.2	8.9	10.9	9.2	9.5
Chiapas	47.9	73.7	41.9	64.0	53.2	82.5	16.0	24.2	16.2	24.6	15.5	23.5
Chihuahua	66.6	85.4	63.0	84.9	70.0	85.5	23.7	30.1	24.7	33.2	22.7	27.3
Distrito Federal	109.6	103.1	117.4	125.1	102.4	86.1	30.7	27.7	27.0	28.7	34.1	26.5
Durango	70.2	85.7	65.4	82.2	74.9	88.9	28.4	33.3	27.3	33.4	29.4	33.2
Guanajuato	84.7	107.8	84.1	112.1	85.3	103.9	25.0	29.1	25.8	32.2	24.1	26.4
Guerrero	65.1	78.7	62.5	79.2	67.6	78.1	24.2	26.7	25.2	29.0	23.2	24.6
Hidalgo	74.5	87.6	74.4	91.2	74.6	83.9	23.8	26.3	23.9	28.5	23.8	24.4
Jalisco	71.0	86.1	72.1	93.3	69.9	79.5	25.2	28.7	23.7	29.5	26.7	27.9
México	76.3	106.2	78.7	115.2	74.0	97.8	20.0	28.3	18.9	29.3	21.0	27.3
Michoacán	66.3	73.8	63.8	74.2	68.6	73.4	23.0	23.1	23.7	25.2	22.3	21.2
Morelos	95.0	105.1	95.7	111.3	94.4	99.7	30.7	31.7	30.3	33.8	30.9	29.5
Nayarit	55.6	63.4	61.4	71.8	49.8	55.2	24.5	26.1	24.2	27.0	24.8	25.0
Nuevo León	63.4	78.9	62.0	82.0	64.9	75.8	28.1	34.5	28.8	38.8	27.4	30.6
Oaxaca	77.3	84.5	72.0	82.8	82.1	85.8	36.3	34.7	35.0	35.3	37.5	34.1
Puebla	94.1	117.2	92.2	123.5	95.8	111.8	26.7	30.4	25.1	31.7	28.1	29.3
Querétaro	55.1	79.3	56.8	85.8	53.4	73.3	22.6	31.3	22.9	34.6	22.3	28.4
Quintana Roo	37.4	79.5	34.6	73.9	40.2	84.9	10.1	22.8	11.1	23.8	9.2	21.7
San Luis Potosí	63.1	71.5	64.2	74.9	62.0	68.4	27.1	27.6	27.0	28.8	27.2	26.5
Sinaloa	55.1	64.9	56.6	68.6	53.7	61.4	21.8	24.8	22.6	27.1	21.0	22.4
Sonora	56.3	71.1	54.8	72.1	57.7	69.8	23.9	29.8	24.5	32.4	23.3	27.1
Tabasco	88.9	124.6	84.6	118.2	93.1	130.8	21.7	30.0	22.7	32.0	20.6	28.0
Tamaulipas	79.8	98.0	77.2	100.1	82.3	95.9	26.1	31.3	26.0	33.4	26.3	29.3
Tlaxcala	91.0	119.6	93.8	128.7	88.5	111.5	25.0	30.0	24.0	31.0	26.0	28.9
Veracruz	89.8	96.2	84.6	94.5	94.6	97.6	31.2	31.6	32.0	34.7	30.3	28.9
Yucatán	60.8	68.7	52.0	61.0	69.4	75.7	33.1	34.9	35.0	38.5	31.3	31.7
Zacatecas	59.0	65.6	60.8	68.5	57.2	62.9	26.4	26.0	25.9	25.8	26.8	26.2

1/ Tasa observada por 100 mil habitantes

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

Fuente: SEED 2012, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Cuadro III.8**

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México, 2012. Salud poblacional

Entidad	Mortalidad por VIH/SIDA (B20-B24)						Mortalidad por VIH/SIDA en población de 25 a 44 años (B20-B24) 1/		
	Total		Hombres		Mujeres		Total	Hombres	Mujeres
	Observada 2/	Estandarizada 3/	Observada 2/	Estandarizada 3/	Observada 2/	Estandarizada 3/			
EUM	4.2	4.4	7.1	7.6	1.5	1.6	8.9	15.4	3.1
Aguascalientes	2.2	2.4	4.0	4.5	0.5	0.5	5.6	10.0	1.6
Baja California	8.6	8.4	12.8	12.5	4.3	4.2	17.3	26.1	8.3
Baja California Sur	6.6	6.6	11.3	11.3	1.8	1.7	14.0	24.8	2.7
Campeche	8.9	9.1	13.3	13.9	4.6	4.5	17.2	28.1	7.2
Coahuila	3.0	3.1	5.4	5.6	0.7	0.7	7.0	12.9	1.4
Colima	8.8	8.7	14.5	14.6	3.2	3.1	20.0	33.5	7.4
Chiapas	4.9	5.6	7.9	9.3	2.1	2.2	10.8	18.1	4.4
Chihuahua	3.9	4.1	6.5	6.9	1.4	1.4	7.5	12.6	2.7
Distrito Federal	4.8	4.4	8.6	8.2	1.2	1.2	8.8	15.8	2.4
Durango	1.6	1.8	2.4	2.7	0.9	0.9	3.3	5.2	1.6
Guanajuato	1.6	1.8	2.8	3.2	0.5	0.5	3.5	6.4	0.9
Guerrero	4.3	5.0	6.6	8.0	2.2	2.4	10.0	15.9	4.8
Hidalgo	1.7	1.8	3.1	3.4	0.4	0.4	4.2	7.4	1.4
Jalisco	3.5	3.8	6.1	6.7	1.0	1.1	6.7	11.7	2.0
México	2.8	2.8	4.9	5.1	0.7	0.7	5.9	11.0	1.3
Michoacán	2.5	2.7	4.2	4.8	0.9	1.0	5.9	10.8	1.6
Morelos	4.2	4.4	7.7	8.3	0.9	0.9	8.0	15.3	1.7
Nayarit	5.2	5.5	9.4	10.2	1.0	1.0	10.4	19.5	1.7
Nuevo León	3.8	3.8	6.6	6.5	1.1	1.1	7.2	12.5	1.9
Oaxaca	3.4	3.7	5.7	6.6	1.2	1.3	7.0	12.5	2.5
Puebla	3.3	3.6	5.3	6.1	1.5	1.6	7.9	13.2	3.4
Querétaro	2.7	2.8	4.7	5.2	0.7	0.7	5.1	8.7	1.9
Quintana Roo	8.3	8.2	13.3	12.9	3.2	3.3	16.4	26.4	6.1
San Luis Potosí	2.8	3.1	4.6	5.3	1.1	1.2	5.2	8.7	2.0
Sinaloa	2.9	3.0	4.9	5.1	1.0	0.9	6.3	10.8	2.0
Sonora	4.8	4.8	7.7	7.8	1.8	1.8	10.5	17.9	2.9
Tabasco	10.9	10.9	18.0	18.6	3.9	3.8	23.8	40.9	8.4
Tamaulipas	5.4	5.5	8.8	9.1	2.2	2.1	10.8	17.1	4.8
Tlaxcala	1.7	1.9	3.2	3.6	0.3	0.4	4.5	9.1	0.5
Veracruz	8.9	9.3	14.1	15.2	4.0	4.1	19.5	33.1	7.8
Yucatán	6.5	6.7	10.6	11.2	2.5	2.5	13.7	21.6	6.3
Zacatecas	0.7	0.8	1.2	1.3	0.3	0.3	1.9	3.0	0.9

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

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

Fuente: SEED 2012, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Cuadro III.9**

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México, 2012. Salud poblacional

Entidad	Mortalidad por cirrosis hepática (K70.2, K70.3, K71.7, K74 y K76.1)						Mortalidad por cáncer pulmonar, bronquios y tráquea (C33-C34)					
	Total		Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres	
	Observada 1/	Estandarizada 2/	Observada 1/	Estandarizada 2/	Observada 1/	Estandarizada 2/	Observada 1/	Estandarizada 2/	Observada 1/	Estandarizada 2/	Observada 1/	Estandarizada 2/
EUM	18.8	22.4	28.6	35.1	9.4	11.0	6.0	7.3	7.9	10.3	4.1	4.8
Aguascalientes	13.9	18.1	23.6	31.5	4.7	6.3	7.1	10.2	8.0	12.4	6.3	8.3
Baja California	16.5	21.6	26.0	34.7	6.8	9.2	8.1	12.6	11.0	18.5	5.2	7.5
Baja California Sur	12.2	16.8	16.6	21.5	7.6	11.5	8.3	13.6	13.0	22.3	3.5	5.3
Campeche	23.9	30.3	34.0	42.3	13.9	18.7	4.2	5.7	6.1	8.4	2.3	2.9
Coahuila	15.9	19.4	23.8	29.8	8.2	9.8	8.0	10.3	10.8	14.9	5.1	6.3
Colima	10.7	12.6	16.5	19.7	4.9	5.9	8.9	10.9	12.4	16.4	5.5	6.0
Chiapas	23.0	33.9	31.9	46.2	14.1	21.8	3.1	4.7	3.9	6.0	2.2	3.3
Chihuahua	16.2	19.3	24.9	30.1	7.7	9.3	9.7	12.6	12.9	17.7	6.6	8.1
Distrito Federal	14.2	13.4	22.4	22.7	6.7	5.8	7.0	6.7	8.5	9.3	5.6	4.8
Durango	15.1	18.4	21.9	26.9	8.6	10.6	8.4	10.1	11.1	13.7	5.9	6.8
Guanajuato	16.3	20.4	26.7	34.3	6.7	8.4	5.4	6.8	7.3	9.6	3.6	4.5
Guerrero	15.0	18.5	22.8	29.3	7.7	9.0	4.4	5.2	6.0	7.4	2.8	3.3
Hidalgo	20.4	24.1	29.8	36.2	11.5	13.2	3.8	4.6	4.5	5.6	3.2	3.7
Jalisco	17.1	20.5	26.5	32.9	8.1	9.5	7.1	8.6	8.4	10.9	5.8	6.6
México	17.0	21.7	26.5	34.9	8.0	10.2	3.9	5.5	5.0	7.6	2.9	3.7
Michoacán	15.3	17.8	23.6	28.4	7.5	8.4	5.6	6.1	7.3	8.2	4.0	4.3
Morelos	24.5	26.8	37.9	43.2	11.9	12.7	6.6	7.3	7.5	8.8	5.7	6.2
Nayarit	16.6	19.1	22.6	26.5	10.7	12.1	7.9	8.8	11.1	12.6	4.6	5.2
Nuevo León	14.8	17.8	21.1	26.0	8.6	10.2	8.5	10.8	12.0	16.5	5.1	5.9
Oaxaca	30.6	34.8	48.7	58.3	13.9	14.8	3.1	3.3	4.2	4.8	2.0	2.0
Puebla	33.1	41.2	51.7	67.9	15.9	18.9	3.3	4.2	3.8	5.1	2.9	3.4
Querétaro	16.3	21.3	26.6	35.8	6.6	8.7	4.2	6.2	4.7	7.7	3.7	5.0
Quintana Roo	11.1	18.3	17.5	28.2	4.5	8.1	3.4	6.9	4.1	8.7	2.7	5.0
San Luis Potosí	16.7	19.4	24.8	29.5	8.9	10.2	6.8	7.4	8.7	9.7	5.0	5.3
Sinaloa	9.7	11.3	14.2	16.8	5.4	6.2	11.3	13.4	18.4	22.4	4.4	5.0
Sonora	11.5	13.9	17.2	21.2	5.8	7.0	11.5	14.6	16.7	22.3	6.1	7.3
Tabasco	15.1	19.8	22.7	29.2	7.8	10.9	5.2	7.1	6.5	9.2	3.9	5.1
Tamaulipas	16.8	19.9	24.7	30.0	9.1	10.6	8.5	10.4	12.4	16.2	4.7	5.5
Tlaxcala	20.1	25.7	31.0	41.2	9.8	12.1	2.0	2.8	2.7	3.8	1.4	2.0
Veracruz	30.9	33.3	47.7	53.0	15.2	15.9	5.4	5.8	7.1	7.9	3.8	4.0
Yucatán	26.9	30.3	35.2	40.8	18.7	20.7	5.1	5.8	7.6	9.0	2.6	2.9
Zacatecas	11.6	13.4	17.6	20.8	6.0	6.8	6.0	6.3	6.6	6.9	5.5	5.7

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 2012, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Cuadro III.10**

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México, 2012. Salud poblacional

Entidad	Mortalidad por accidentes de tránsito 1/						Mortalidad por accidentes de tránsito en población de 15 a 29 años 1/ 2/		
	Total		Hombres		Mujeres		Total	Hombres	Mujeres
	Observada 3/	Estandarizada 4/	Observada 3/	Estandarizada 4/	Observada 3/	Estandarizada 4/			
EUM	12.0	12.4	19.1	20.2	5.2	5.3	15.3	25.7	5.3
Aguascalientes	17.1	18.4	25.9	28.8	8.7	9.0	21.8	33.6	10.6
Baja California	6.6	7.0	9.7	10.4	3.6	3.6	7.8	11.3	4.3
Baja California Sur	17.1	17.9	25.4	26.8	8.5	8.6	19.6	31.1	7.6
Campeche	8.8	8.7	15.4	15.4	2.3	2.2	13.4	23.8	3.3
Coahuila	8.3	8.4	12.2	12.5	4.4	4.4	12.1	17.1	7.1
Colima	9.2	9.2	14.8	14.7	3.8	3.8	8.2	15.3	1.1
Chiapas	1.2	1.4	2.0	2.2	0.5	0.5	1.5	2.4	0.5
Chihuahua	14.5	15.0	21.8	22.7	7.4	7.7	15.8	24.8	6.9
Distrito Federal	9.9	9.5	14.6	14.3	5.5	5.2	12.8	20.7	5.2
Durango	18.1	18.8	28.0	29.7	8.5	8.7	22.9	38.8	7.4
Guanajuato	16.6	17.6	27.4	29.6	6.6	7.0	20.9	37.4	5.8
Guerrero	5.3	5.9	7.9	8.9	2.9	3.2	5.5	8.6	2.6
Hidalgo	12.0	12.5	19.0	20.2	5.5	5.7	16.6	27.6	6.4
Jalisco	16.9	17.4	27.2	28.4	7.0	7.2	24.0	40.2	8.0
México	12.1	12.7	19.4	20.6	5.1	5.5	15.6	26.6	4.9
Michoacán	10.6	10.9	17.3	18.3	4.3	4.2	14.8	25.5	4.7
Morelos	6.0	6.1	10.5	10.9	1.8	1.8	8.9	14.8	3.2
Nayarit	21.0	21.9	33.8	35.7	8.4	8.7	24.7	39.8	9.9
Nuevo León	10.5	10.8	17.3	17.9	3.8	4.0	13.4	23.8	2.8
Oaxaca	12.2	12.9	20.1	22.1	4.8	4.9	13.5	23.7	4.2
Puebla	10.9	11.8	17.7	19.7	4.6	4.9	13.2	23.1	3.9
Querétaro	15.9	16.4	26.2	27.4	6.2	6.3	25.2	44.0	7.4
Quintana Roo	6.3	6.9	9.7	10.9	2.8	2.8	10.3	18.5	1.9
San Luis Potosí	16.2	17.2	26.2	28.3	6.7	7.1	18.5	31.7	5.8
Sinaloa	17.4	17.8	28.6	29.6	6.5	6.6	24.5	42.0	7.1
Sonora	15.8	16.6	24.5	26.0	7.1	7.3	19.1	29.1	8.7
Tabasco	20.4	21.6	35.1	37.8	6.1	6.4	27.9	49.4	7.4
Tamaulipas	12.3	12.5	19.0	19.9	5.7	5.6	14.7	20.7	8.7
Tlaxcala	10.5	11.3	16.5	18.1	4.9	5.3	11.2	19.9	2.9
Veracruz	9.4	9.6	14.4	15.1	4.6	4.7	11.4	18.1	5.0
Yucatán	12.5	12.8	22.4	23.4	2.8	2.8	13.4	24.4	2.5
Zacatecas	23.6	24.3	38.2	40.2	9.6	9.7	32.2	53.3	12.4

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

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

3/ Tasa observada por 100 mil habitantes

4/ 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 2012, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Cuadro III.11**

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México, 2012. Salud poblacional

Entidad	Mortalidad por suicidios (X60-X84, Y87.0)						Mortalidad por homicidios (X85-Y09, Y87.1)					
	Total		Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres	
	Observada 1/	Estandarizada 2/	Observada 1/	Estandarizada 2/	Observada 1/	Estandarizada 2/	Observada 1/	Estandarizada 2/	Observada 1/	Estandarizada 2/	Observada 1/	Estandarizada 2/
EUM	4.2	4.3	7.0	7.3	1.6	1.5	17.0	17.1	31.0	31.7	3.6	3.6
Aguascalientes	9.2	9.9	15.6	17.5	3.2	3.1	3.9	4.0	6.5	6.9	1.4	1.4
Baja California	3.2	3.3	5.4	5.8	0.9	0.9	12.3	12.1	21.1	20.8	3.4	3.4
Baja California Sur	5.3	5.4	8.2	8.5	2.3	2.1	5.5	5.6	9.9	10.1	0.9	1.0
Campeche	6.0	6.1	9.6	10.0	2.5	2.4	7.0	7.1	11.4	11.7	2.7	2.7
Coahuila	4.3	4.5	7.7	8.1	1.0	1.0	33.1	32.7	58.5	58.1	8.1	8.0
Colima	1.3	1.3	2.4	2.4	0.3	0.3	34.3	33.4	63.2	62.7	5.8	5.7
Chiapas	0.3	0.3	0.4	0.5	0.2	0.2	0.8	0.9	1.3	1.6	0.2	0.2
Chihuahua	7.0	7.2	12.2	12.8	1.9	1.9	58.7	58.4	107.7	108.2	10.9	10.8
Distrito Federal	4.3	4.2	7.3	7.0	1.6	1.6	10.0	9.6	18.8	18.0	2.0	1.9
Durango	3.7	3.9	6.5	7.1	1.0	1.0	36.0	35.7	65.0	66.6	7.0	6.9
Guanajuato	5.8	5.9	9.4	9.8	2.5	2.5	10.7	11.1	20.1	21.4	2.0	2.1
Guerrero	1.8	1.9	2.4	2.6	1.3	1.2	41.1	44.6	76.2	85.5	7.9	8.1
Hidalgo	3.9	4.0	6.1	6.5	1.8	1.7	4.7	5.0	8.7	9.5	1.0	1.0
Jalisco	6.1	6.1	9.8	10.0	2.6	2.6	16.8	16.9	31.1	31.7	3.1	3.1
México	3.5	3.4	5.5	5.6	1.5	1.4	17.1	16.9	30.4	30.6	4.3	4.3
Michoacán	2.5	2.6	4.2	4.4	0.9	0.9	13.9	14.2	25.9	27.3	2.7	2.6
Morelos	3.5	3.4	5.9	6.1	1.0	1.0	34.2	34.3	63.7	65.3	6.5	6.4
Nayarit	4.3	4.4	7.5	7.9	1.2	1.1	20.3	20.7	37.9	39.2	2.9	2.9
Nuevo León	4.1	4.2	6.4	6.7	1.9	1.9	24.8	24.0	45.2	43.8	4.5	4.4
Oaxaca	3.0	3.2	5.5	6.0	0.7	0.7	17.0	18.6	30.7	34.8	4.4	4.6
Puebla	3.1	3.2	5.2	5.5	1.2	1.2	7.6	8.3	13.7	15.3	2.1	2.2
Querétaro	6.0	5.9	9.9	9.9	2.3	2.3	6.4	6.8	11.1	11.9	1.9	2.1
Quintana Roo	8.5	8.3	14.6	14.3	2.3	2.1	7.8	8.1	12.2	12.8	3.2	3.3
San Luis Potosí	6.1	6.2	10.4	11.0	1.9	1.8	16.1	16.5	28.5	30.0	4.3	4.2
Sinaloa	2.4	2.5	3.7	4.0	1.2	1.1	30.2	30.3	56.9	58.0	4.0	3.9
Sonora	6.0	6.4	9.7	10.6	2.3	2.3	15.7	15.8	28.6	28.8	2.7	2.8
Tabasco	7.5	7.7	12.9	13.5	2.3	2.2	7.8	8.2	14.0	15.0	1.8	1.8
Tamaulipas	3.1	3.2	5.6	6.0	0.7	0.7	29.9	29.5	54.0	53.6	6.5	6.4
Tlaxcala	3.3	3.2	5.7	5.8	0.9	0.9	5.6	5.9	9.1	10.0	2.2	2.3
Veracruz	4.4	4.5	7.6	8.1	1.3	1.3	11.3	11.5	20.4	21.3	2.8	2.7
Yucatán	7.9	7.8	13.1	13.3	2.8	2.7	2.0	2.1	3.3	3.6	0.7	0.7
Zacatecas	3.1	3.1	4.9	5.1	1.3	1.2	21.1	21.1	36.9	38.2	6.1	5.8

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 2012, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Cuadro III.12**

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México, 2012. 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	1.2	5.9	3.1	0.7	0.5	3.1
Aguascalientes	10.1	0.8	6.5	2.8	0.7	0.4	2.9
Baja California	8.3	0.8	4.4	2.2	0.7	0.3	2.3
Baja California Sur	18.0	2.7	7.9	3.5	1.0	0.7	4.5
Campeche	25.4	2.4	9.1	3.8	1.0	0.6	4.0
Coahuila	13.9	1.8	6.2	2.7	0.9	0.5	3.7
Colima	24.7	1.5	8.1	4.2	0.9	0.8	4.4
Chiapas	34.0	1.2	7.0	3.7	0.4	0.5	2.4
Chihuahua	14.8	1.2	5.3	2.8	0.8	0.5	3.1
Distrito Federal	6.4	1.2	9.4	2.9	1.8	0.7	7.2
Durango	28.5	2.2	7.6	4.6	0.9	0.6	3.2
Guanajuato	11.6	1.0	4.5	2.5	0.5	0.4	2.5
Guerrero	31.5	1.5	6.4	4.2	0.5	0.5	3.6
Hidalgo	34.0	1.2	7.0	4.6	0.5	0.7	1.7
Jalisco	13.3	0.9	5.1	2.7	0.8	0.4	3.0
México	8.8	0.7	4.1	2.3	0.5	0.3	1.8
Michoacán	22.7	1.2	5.9	3.5	0.6	0.4	2.4
Morelos	15.5	0.9	6.1	3.3	0.5	0.5	2.9
Nayarit	36.3	2.2	7.9	4.8	0.6	0.7	3.1
Nuevo León	13.2	0.7	5.0	2.6	0.7	0.3	2.5
Oaxaca	40.6	1.5	6.9	4.6	0.5	0.7	2.5
Puebla	18.9	1.2	5.0	2.8	0.6	0.5	2.7
Querétaro	15.8	0.5	5.0	2.8	0.5	0.4	2.2
Quintana Roo	15.2	1.5	5.8	2.5	0.7	0.4	3.5
San Luis Potosí	22.5	1.3	5.3	2.9	0.7	0.5	2.7
Sinaloa	17.9	1.4	6.1	3.3	0.7	0.5	4.0
Sonora	23.1	1.5	5.6	2.5	0.9	0.4	3.3
Tabasco	29.8	1.4	8.3	4.6	0.7	0.4	3.4
Tamaulipas	17.0	1.3	6.3	3.1	0.9	0.5	3.4
Tlaxcala	17.3	1.3	5.9	3.2	0.4	0.6	2.6
Veracruz	20.9	1.3	5.7	3.3	0.6	0.5	3.0
Yucatán	16.0	1.2	5.4	2.9	0.9	0.4	2.7
Zacatecas	30.6	1.8	7.7	4.3	0.7	0.6	3.4

Nota: Sólo considera unidades médicas, consultorios, camas y quirófanos en funcionamiento

1/ Unidades de consulta externa por 100 mil habitantes. Incluye unidades de primer nivel cuya función principal es proporcionar consulta externa, con datos de la SS, IMSS-Oportunidades, Universitarios, Cruz Roja, DIF, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, STC y Estatales

2/ Hospitales públicos por 100 mil habitantes. Incluye información de la SS, IMSS-Oportunidades, Universitarios, Cruz Roja, DIF, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, SCT y Estatales

3/ Consultorios por 10 mil habitantes. Incluye los consultorios generales, de especialidad y otros, en funcionamiento y ubicados en las unidades de salud

4/ Consultorios por 10 mil habitantes. Incluye los consultorios dedicados a la consulta externa o medicina familiar

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

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

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

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

**Cuadro III.13**

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México, 2012. 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	0.7	0.8	2.2	1.5
Aguascalientes	1.7	0.6	1.1	2.8	1.6
Baja California	1.3	0.5	0.8	2.0	1.6
Baja California Sur	2.0	1.0	1.0	2.9	1.4
Campeche	2.0	1.1	0.9	2.8	1.4
Coahuila	1.5	0.5	0.9	2.3	1.6
Colima	2.0	0.9	1.1	2.8	1.4
Chiapas	1.0	0.7	0.3	1.7	1.6
Chihuahua	1.2	0.6	0.7	2.3	1.9
Distrito Federal	3.2	0.9	2.4	4.9	1.5
Durango	1.7	0.8	0.9	2.4	1.4
Guanajuato	1.2	0.6	0.6	1.9	1.6
Guerrero	1.2	0.8	0.5	1.8	1.4
Hidalgo	1.3	0.8	0.5	2.2	1.6
Jalisco	1.5	0.6	0.9	2.2	1.5
México	1.0	0.5	0.6	1.6	1.6
Michoacán	1.3	0.8	0.5	1.8	1.4
Morelos	1.3	0.6	0.7	2.1	1.5
Nayarit	1.8	1.0	0.8	2.5	1.4
Nuevo León	1.2	0.4	0.8	1.9	1.6
Oaxaca	1.3	0.9	0.5	2.0	1.5
Puebla	1.2	0.6	0.6	1.7	1.4
Querétaro	1.4	0.7	0.7	1.8	1.3
Quintana Roo	1.3	0.6	0.8	2.2	1.6
San Luis Potosí	1.4	0.8	0.6	2.0	1.4
Sinaloa	1.5	0.7	0.7	2.1	1.5
Sonora	1.5	0.7	0.9	2.3	1.5
Tabasco	1.7	1.0	0.7	2.3	1.4
Tamaulipas	1.6	0.7	0.9	2.6	1.6
Tlaxcala	1.6	1.0	0.6	2.3	1.4
Veracruz	1.3	0.7	0.6	1.9	1.5
Yucatán	1.6	0.7	1.0	2.4	1.5
Zacatecas	1.5	0.9	0.6	2.3	1.5

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

2/ Médicos por mil habitantes. Incluye médicos generales, pasantes de medicina e internos de pregrado en contacto con el paciente

3/ Médicos por mil habitantes. Incluye médicos especialistas y residentes en contacto con el paciente

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

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

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

**Cuadro III.14**

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México, 2012. Disponibilidad de recursos

Entidad	Gasto público en salud como porcentaje del PIB	Gasto público en salud <i>per cápita</i> 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	5,158.3	3,636.8	15.4	86.5	13.5
Aguascalientes	3.4	4,461.9	4,462.3	8.5	92.7	7.3
Baja California	3.3	3,869.8	3,844.6	27.7	68.1	31.9
Baja California Sur	4.7	6,321.9	7,118.6	19.3	78.3	21.7
Campeche	0.6	6,132.8	5,871.6	4.6	76.7	23.3
Coahuila	2.4	4,021.4	4,079.7	25.6	89.1	10.9
Colima	3.8	4,864.4	5,822.6	12.3	99.4	0.6
Chiapas	5.5	4,195.3	3,143.2	19.3	93.8	6.2
Chihuahua	3.4	3,944.5	4,545.6	26.1	76.3	23.7
Distrito Federal	4.1	15,096.1	6,863.6	9.7	79.7	20.3
Durango	3.5	4,242.2	4,372.5	16.0	95.9	4.1
Guanajuato	3.1	3,788.1	3,399.5	31.8	91.5	8.5
Guerrero	5.2	5,274.9	3,046.2	20.4	96.5	3.5
Hidalgo	3.7	3,963.1	3,384.9	12.6	97.4	2.6
Jalisco	2.9	4,498.3	2,980.6	28.0	82.3	17.7
México	3.3	2,518.7	3,327.8	41.5	83.8	16.2
Michoacán	3.5	4,704.5	2,570.3	26.3	98.1	1.9
Morelos	4.4	5,480.3	3,188.0	27.8	93.1	6.9
Nayarit	5.2	4,597.5	4,752.1	13.4	90.7	9.3
Nuevo León	1.7	4,512.2	3,028.5	33.2	94.2	5.8
Oaxaca	5.3	3,787.0	3,402.4	20.2	94.1	5.9
Puebla	3.3	4,277.1	2,294.4	27.1	95.6	4.4
Querétaro	2.2	3,239.6	3,459.7	22.8	92.4	7.6
Quintana Roo	2.7	3,769.3	4,044.1	28.7	76.1	23.9
San Luis Potosí	3.1	3,708.5	3,306.9	18.4	91.7	8.3
Sinaloa	3.6	4,166.8	3,955.9	22.0	83.2	16.8
Sonora	2.7	4,349.0	3,907.6	18.9	79.8	20.2
Tabasco	1.6	5,048.4	5,211.2	12.1	68.3	31.7
Tamaulipas	3.3	4,133.3	4,743.9	14.4	82.0	18.0
Tlaxcala	5.7	4,094.6	3,640.6	25.7	90.3	9.7
Veracruz	4.0	5,164.9	3,050.9	12.1	85.6	14.4
Yucatán	4.4	5,169.3	3,776.9	23.4	91.2	8.8
Zacatecas	3.8	4,227.9	3,861.0	19.3	92.7	7.3

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 preliminar, DGIS-SS

**Cuadro III.15**

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México, 2012. Operación de los servicios

Entidad	Consultas de medicina general por habitante 1/	Consultas de medicina de especialidad por habitante 1/	Promedio diario de consultas generales por médico 2/	Egresos hospitalarios por habitante 1/	Índice de rotación 3/	Intervenciones quirúrgicas por habitante 1/	Promedio diario de intervenciones quirúrgicas por quirófano 4/
EUM	1,909.1	448.8	11.4	50.8	69.4	31.1	2.8
Aguascalientes	2,407.3	505.0	14.7	59.7	83.9	46.4	4.4
Baja California	1,602.9	437.4	11.8	48.0	73.8	34.6	4.1
Baja California Sur	2,138.1	565.3	8.6	64.6	66.7	44.9	2.8
Campeche	2,222.9	474.4	8.2	61.5	62.0	33.4	2.3
Coahuila	1,914.4	476.9	14.5	64.2	69.0	37.4	2.8
Colima	1,984.6	525.0	9.1	62.4	73.4	40.8	2.6
Chiapas	1,906.6	198.7	11.3	41.6	101.1	19.3	2.2
Chihuahua	1,929.8	424.3	13.5	54.0	70.2	30.8	2.7
Distrito Federal	1,840.8	1,157.9	8.6	82.5	45.7	47.9	1.8
Durango	2,302.0	454.7	11.1	61.8	67.3	38.6	3.3
Guanajuato	1,790.2	364.7	12.1	49.9	92.3	37.2	4.0
Guerrero	2,310.3	315.7	11.9	38.6	74.8	24.4	1.9
Hidalgo	2,321.7	328.3	11.5	42.2	88.5	27.1	4.3
Jalisco	1,592.5	571.9	10.4	59.2	70.6	36.2	3.4
México	1,893.3	283.0	16.6	32.0	64.2	22.1	3.4
Michoacán	1,793.3	304.9	9.1	49.2	87.3	26.9	3.1
Morelos	1,710.4	402.7	11.2	44.2	81.4	28.5	2.7
Nayarit	2,078.4	428.1	8.2	48.4	76.9	33.0	2.9
Nuevo León	1,694.4	539.0	16.1	46.3	65.5	32.6	3.5
Oaxaca	2,097.6	263.8	9.7	43.8	82.5	22.2	2.5
Puebla	1,703.5	360.8	11.1	40.3	66.8	25.2	2.6
Querétaro	1,707.8	363.1	9.5	44.9	97.0	31.9	4.0
Quintana Roo	1,564.4	351.9	11.1	48.8	72.6	26.0	2.1
San Luis Potosí	1,966.8	406.3	10.3	52.0	69.5	30.4	3.1
Sinaloa	2,333.5	502.6	12.7	60.4	85.4	39.0	2.7
Sonora	1,763.7	444.1	10.6	58.5	65.9	33.2	2.7
Tabasco	2,428.7	549.5	9.9	69.2	106.3	35.5	2.8
Tamaulipas	2,030.6	550.2	10.8	58.1	65.8	31.9	2.6
Tlaxcala	2,137.7	374.6	8.9	56.1	133.3	32.9	3.4
Veracruz	1,778.7	347.2	10.6	47.1	74.1	27.0	2.5
Yucatán	2,566.6	495.3	15.2	61.4	68.1	32.0	3.3
Zacatecas	2,236.8	334.7	9.9	54.3	82.8	39.6	3.1

1/ Indicador por mil habitantes

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

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

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

Fuente: Información preliminar, incluye datos de la SS, IMSS-Oportunidades, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, Universitarios y Estatatales. DGIS-SS y Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO

**Cuadro III.16**

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México, 2012. Operación de los servicios

Entidad	Razón de consultas por embarazada	Esquemas completos de vacunación en menores de 1 año	Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra sarampión
EUM	5.4	86.1	86.8
Aguascalientes	5.7	87.5	91.0
Baja California	6.5	93.5	95.2
Baja California Sur	7.3	86.3	82.4
Campeche	5.3	87.3	87.1
Coahuila	5.4	86.1	86.8
Colima	6.3	82.1	85.2
Chiapas	5.0	84.9	85.8
Chihuahua	4.6	82.2	83.3
Distrito Federal	4.5	94.6	94.9
Durango	4.9	84.7	84.2
Guanajuato	6.1	87.6	88.7
Guerrero	4.4	84.6	85.5
Hidalgo	5.3	84.4	84.5
Jalisco	5.3	85.6	86.4
México	5.0	83.9	84.2
Michoacán	5.9	83.3	84.1
Morelos	4.6	83.5	84.9
Nayarit	5.1	80.6	79.9
Nuevo León	7.1	88.1	87.1
Oaxaca	5.1	83.1	83.5
Puebla	5.6	85.2	85.9
Querétaro	6.1	89.4	90.0
Quintana Roo	6.3	93.1	91.0
San Luis Potosí	5.4	86.1	87.3
Sinaloa	4.5	81.0	82.7
Sonora	5.9	83.0	84.1
Tabasco	5.2	85.5	86.6
Tamaulipas	5.3	87.4	87.4
Tlaxcala	6.7	86.5	86.4
Veracruz	5.8	90.2	91.1
Yucatán	5.5	84.8	86.7
Zacatecas	5.9	83.1	84.5

Fuentes: Información preliminar. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR)-SS y Centro Nacional de Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA)-SS

**Cuadro III.17**

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa; México, 2012. 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/	Personas afiliadas al SPSS	Porcentaje de personas afiliadas al Seguro Popular beneficiarias del Programa Oportunidades
EUM	22.8	26.9	96.9	83.0	52,908,011	26.2
Aguascalientes	11.7	29.2	97.8	84.3	505,235	18.8
Baja California	23.8	28.1	97.8	84.6	1,150,023	7.2
Baja California Sur	29.9	26.8	98.1	72.1	205,226	14.5
Campeche	19.1	26.1	97.2	72.9	477,046	30.2
Coahuila	17.7	15.5	97.5	79.7	686,263	15.1
Colima	11.5	16.1	99.0	87.5	299,036	15.2
Chiapas	24.0	31.2	97.4	76.7	3,414,767	44.5
Chihuahua	17.9	33.3	97.9	76.4	1,235,429	14.2
Distrito Federal	34.4	22.5	92.9	84.6	2,480,090	3.7
Durango	18.9	15.1	98.1	91.6	731,202	25.7
Guanajuato	25.4	29.9	97.6	94.3	3,113,394	23.9
Guerrero	26.3	27.6	97.5	78.3	2,223,470	43.6
Hidalgo	26.3	28.2	96.8	70.9	1,580,326	31.7
Jalisco	29.4	24.1	98.1	78.4	2,772,886	14.3
México	47.9	30.6	94.7	88.7	6,612,349	16.9
Michoacán	25.6	23.6	96.5	54.0	2,357,439	27.8
Morelos	13.5	13.1	96.3	71.4	961,830	22.8
Nayarit	15.0	29.0	98.9	79.4	639,166	15.4
Nuevo León	23.8	18.8	97.6	90.4	1,153,896	13.3
Oaxaca	25.8	61.3	97.6	82.7	2,634,749	40.4
Puebla	35.4	32.9	97.3	81.0	3,141,164	33.9
Querétaro	21.3	21.1	94.7	74.8	850,437	23.5
Quintana Roo	16.7	26.5	98.1	82.4	604,751	23.3
San Luis Potosí	20.9	32.4	96.8	90.4	1,433,095	37.2
Sinaloa	27.9	30.2	98.2	78.1	1,101,119	27.8
Sonora	25.2	17.7	98.1	65.7	858,320	19.7
Tabasco	26.4	30.3	98.3	85.0	1,555,838	31.9
Tamaulipas	25.0	19.4	98.5	88.4	1,384,364	17.1
Tlaxcala	12.9	46.4	98.0	80.2	855,136	25.6
Veracruz	15.9	21.1	97.6	79.4	4,113,017	36.5
Yucatán	15.9	32.8	98.6	86.0	931,743	38.0
Zacatecas	18.4	20.6	97.9	81.6	845,205	31.2

1/ Tiempo promedio de espera en minutos

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

Fuentes: Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), DGCESS y CNPSS-SS

## Información presupuestal de la Secretaría de Salud

Para el Gobierno de la República es fundamental mejorar la salud de los mexicanos, ya que reconoce que una población sana impulsa y aporta al desarrollo económico y social del país; que las personas con menores ingresos son las más afectadas al enfrentar una enfermedad, aunque esta no sea tan grave, no sólo por los efectos en su organismo sino también porque daña su bienestar y su patrimonio; que las inversiones en salud son un eslabón clave para alcanzar el crecimiento económico, armónico y justo; y que mejorar la salud es un compromiso ético, pero sobre todo una responsabilidad del Estado.

Es por ello que, durante la presente administración, la Secretaría de Salud (SS) impulsó acciones para lograr que, a través del Congreso de la Unión, se incrementara la inversión en salud considerando primordialmente las necesidades de la población, con énfasis en aquella que no dispone de seguridad social, a fin de garantizar una igualdad de oportunidades y una disminución de las brechas que aún persisten en varias regiones del país.

En este contexto, el presupuesto ejercido de la Secretaría de Salud tuvo un incremento de 71,189.61 millones de pesos (mdp), pasando de 41,547.7 mdp en 2006 a 112,737.33 mdp en 2012, es decir, se incrementó 171.3%. Por tipo de gasto, entre 2006 y 2012, el gasto ejercido en servicios personales se incrementó 61.6%, al pasar de 12,071.74 mdp en 2006 a 19,507.57 mdp en 2012; para el gasto de operación el aumento fue de 221.6%, destacando que este tipo de gasto incluye el presupuesto ejercido en materiales y suministros, servicios generales, subsidios para inversión y operación a estados y aportaciones al fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS); por su parte, los recursos ejercidos a través del gasto de inversión se incrementaron 84.1%, al pasar de 1,147.10 mdp a 2,111.73 mdp durante dicho periodo (Cuadro III.18).

Cabe señalar que en 2012 el presupuesto original autorizado a la SS a nivel federal (113,479.68 mdp) se redujo en 732.20 mdp para conformar un presupuesto modificado de 112,747.48 mdp, el cual incluyó la regularización de ingresos excedentes. Esta reducción obedeció principalmente a la transferencia de recursos del Ramo 12 a las entidades federativas, a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del Ramo 33 y por la transferencia de recursos al Ramo 23; ello para dar cumplimiento a las disposiciones del Programa Nacional de Reducción de Gasto, emitido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Es importante mencionar que del presupuesto modificado se ejerció el 99.99% de los recursos (Cuadro III.19).

Por capítulo de gasto, el 3000, servicios generales, se incrementó sustancialmente al pasar de un presupuesto original autorizado de 4,308.58 a un presupuesto modificado de 7,864.81 mdp; por el contrario los capítulos 1000, servicios personales y 6000, inversión pública, registraron decrementos en sus montos respecto del presupuesto original autorizado, pasando servicios personales de un presupuesto original autorizado de 20,682.96 a 19,512.54 e inversión pública de 1,013.68 a 1,662.94 mdp (Cuadro III.20).

Del total del presupuesto ejercido en 2012, el 72.5% correspondió al capítulo 4000, transferencia, asignaciones y subsidios; 18.2% al capítulo 1000, servicios personales; el capítulo 2000, materiales y suministros concentró 4.4%; el 3000, servicios generales concentró 3.8%; el capítulo 6000, inversión pública (que incluye las aportaciones al fideicomiso del SPSS) concentró 0.9%; y el capítulo 5000, bienes muebles e inmuebles representó 0.2% del presupuesto total ejercido. Todos los capítulos de gasto ejercieron el 100% de los recursos asignados en el presupuesto modificado (Cuadro III.20).

Respecto del presupuesto modificado por unidad responsable (área mayor de la SS), se presentó una economía de 732.2 mdp con relación al presupuesto original autorizado en 2012. Destaca la reducción del presupuesto correspondiente a la Subsecretaría de Administración y Finanzas, dado que pasó de un monto original autorizado de 4,560.06 mdp a un presupuesto modificado de 2,091.95 mdp, lo que representó una reducción de 54.1%, es decir, las áreas administrativas adscritas a esta subsecretaría operaron con menos del 50% del presupuesto original autorizado, y el caso de Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A. de C.V., al que se le asignaron 20 mdp como presupuesto original; sin embargo, posteriormente, como presupuesto modificado, no se le asignaron recursos. Otras áreas mayores que registraron decrementos importantes entre el presupuesto original autorizado y el modificado fueron la Comisión Nacional contra las Adicciones (42.4% menos, equivalente a 19.55 mdp) y la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (39.9% menos, equivalente a 2,446.26 mdp) (Cuadro III.21).

En contraste, prácticamente el resto de las áreas mayores de la SS a nivel federal incrementaron su presupuesto respecto del original autorizado, destacando los casos de la Dirección General de Comunicación Social, que pasó de un presupuesto original de 79.06 mdp a un presupuesto modificado de 2,202.24 mdp; la

Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social que pasó de 185.96 mdp a 356.58 mdp; y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios que pasó de 903.70 mdp a 1,356.72 mdp. (Cuadro III.21).

Como se señaló, en 2012 la totalidad de los recursos asignados dentro del presupuesto modificado fueron ejercidos, lo que implica que las áreas mayores de la SS utilizaron en tiempo y forma sus recursos. Del total de recursos ejercidos, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud concentró 66.7%, lo que equivale a 75,217.40 mdp; le siguió la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad que recibió 17.4% (19,636.92 mdp). Por su parte, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud ejerció 5.2%; la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud 3.3%; y la Subsecretaría de Administración y Finanzas 1.9% (Cuadro III.21).

Con relación a los recursos presupuestales asignados a los 34 programas que conformaron la estructura programática de 2012, se observó que en 26 de ellos su presupuesto modificado fue menor al presupuesto original autorizado, destacando el caso del programa Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud que pasó de un presupuesto original de 2,251.89 mdp a un presupuesto modificado de 143.52 mdp, lo que representa una reducción de 93.6%; asimismo, el Sistema Integral de Calidad en Salud pasó de 163.03 mdp a 85.69, equivalente a una reducción de 47.4% (Cuadro III.22).

En el extremo opuesto, ocho programas presupuestarios incrementaron los recursos que inicialmente les fueron asignados, destacando los programas Calidad en Salud e Innovación al pasar de 1,155.05 mdp asignados originalmente a 3,236.79 mdp, lo que equivale a un incremento de 180.2%; así como el programa Cooperación Internacional en Salud que pasó de 100.13 mdp a 265.17 mdp, equivalente a un incremento de 164.8% (Cuadro III.22).

Durante 2012, de los 112,747.48 mdp asignados como presupuesto modificado (mismos que se ejercieron al 100%), el Seguro Popular concentró 57.4%; el programa de Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud 13.3%; el programa Desarrollo Humano Oportunidades 4.4%; Dignificación, Conservación y Mantenimiento de la Infraestructura y Equipamiento 3.1%; el resto de los programas representan cada uno menos del 3% (Cuadro III.22).

En cuanto al apoyo que se otorga a los programas vinculados con los principales retos en materia de salud y que a su vez constituyen un compromiso de México ante los Objetivos de Desarrollo

del Milenio, durante 2012 se observó que el programa Reducción de la Incidencia de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación obtuvo 0.7% del presupuesto modificado, es decir, 836.03 mdp; Reducción de la Mortalidad Materna concentró sólo 0.2% del presupuesto, lo que equivale a 255.13 mdp; y el programa de Prevención y Atención de VIH/SIDA y otras ITS concentró 0.2% del presupuesto al disponer de 199.69 mdp. Estas cifras deben llamar la atención de los tomadores de decisiones, de los responsables de los programas y de los encargados de elaborar el presupuesto dentro de la SS, ya que para el desarrollo de estrategias que se deriven en el cumplimiento de las metas establecidas, es indispensable incrementar de manera considerable los recursos presupuestales asignados a dichos programas (Cuadro III.22).

Por otra parte, entre los programas vinculados con los compromisos del Sistema Nacional de Salud respecto del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Sectorial de Salud —ambos para el periodo 2007-2012— se observaron decrementos importantes en el presupuesto entre 2011 y 2012, este es el caso del programa Sistema Integral de Calidad en Salud con una variación porcentual de 42.1; Vigilancia Epidemiológica con 38.7; y Prevención y Atención contra las Adicciones con 19.7 (Cuadro III.23).

Por el contrario, durante 2012 el presupuesto se incrementó sustancialmente para programas como Promoción de la Salud, Prevención y Control de Enfermedades Crónicas Degenerativas, con una variación porcentual de 81.1%; Proyectos de Mantenimiento de Infraestructura con 55%; y Proyectos de Infraestructura Social con un aumento de 48.2% respecto del año anterior. Al igual que para los programas vinculados con los ODM, es necesario buscar estrategias que permitan aumentar el presupuesto de los programas que representan importantes retos para el Sistema Nacional de Salud, lo que incluye diseñar y aplicar nuevos mecanismos para lograr un mayor compromiso político en la sociedad en su conjunto (Cuadro III.23).

Finalmente, un aspecto importante de analizar es la forma en que se distribuyen los recursos con los que dispone la Secretaría de Salud a través del presupuesto del Ramo 12, el cual en 2012 ascendió a 99,806.4 mdp ejercidos, de los cuales 73,473 mdp fueron destinados a la operación de programas en las entidades federativas (73.6%); 15,089.2 mdp se asignaron para cubrir el gasto corriente y de inversión de las entidades coordinadas por la SS (15.1%); las unidades centrales de la SS a nivel federal concentraron 9,020.4 mdp (9%); y los órganos desconcentrados dispusieron de 2,223.8 mdp (2.2%) (Figura III.1).

### Cuadro III.18

Presupuesto ejercido por tipo de gasto, Secretaría de Salud; México, 2006 y 2012

Tipo de gasto	Ejercido 2006	Ejercido 2012	Variación 2012-2006 1/	Incremento % 2012-2006 2/
Servicios Personales	12,071.74	19,507.57	7,435.83	61.60
Gastos de operación 3/	28,328.88	91,118.03	62,789.16	221.64
Gastos de Inversión 4/	1,147.10	2,111.73	964.63	84.09
TOTAL	41,547.72	112,737.33	71,189.61	171.34

Cifras en millones de pesos. Presupuesto al 31 de diciembre de 2006 y 2012. Los totales pueden no coincidir con la suma de los rubros debido al redondeo de las cifras. En 2012 no se incluyen 3,772.9 millones que fueron transferidos a las entidades federativas de Ramo 12 a FASSA del Ramo 33

1/ Diferencia absoluta entre presupuesto ejercido en 2012 respecto del ejercido en 2006

2/ Incremento porcentual del presupuesto ejercido en 2012 respecto del ejercido en 2006

3/ Incluye: Materiales y Suministros, Servicios Generales, Subsidios para inversión y Operación a Estados y Aportaciones al fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud

4/ Incluye Bienes Muebles e Inmuebles y Obra Pública (Inversión Federal)

Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2006 y 2012; DGPOP-SS

### Cuadro III.19

Ejercicio del presupuesto por tipo de gasto, Secretaría de Salud; México, 2012

Tipo de gasto	Original	Modificado	Ejercido	Por ejercer 1/	% Ejercido 2/
Servicios Personales	20,682.96	19,512.54	19,507.57	-4.97	99.97
Gastos de operación 3/	91,534.27	91,123.21	91,118.03	-5.18	99.99
Gastos de Inversión 4/	1,262.44	2,111.73	2,111.73	0.00	100.00
TOTAL	113,479.68	112,747.48	112,737.33	-10.15	99.99

Cifras en millones de pesos. Presupuesto al 31 de diciembre de 2012. Los totales pueden no coincidir con la suma de los rubros debido al redondeo de las cifras. En 2012 no se incluyen 3,772.9 millones que fueron transferidos a las entidades federativas de Ramo 12 a FASSA del Ramo 33

1/ Diferencia absoluta entre presupuesto ejercido y modificado

2/ Porcentaje obtenido entre el presupuesto ejercido y modificado

3/ Incluye: Materiales y Suministros, Servicios Generales, Subsidios para Inversión y Operación a Estados y Aportaciones al fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud

4/ Incluye Bienes Muebles e Inmuebles y Obra Pública (Inversión Federal)

Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2012; DGPOP-SS

### Cuadro III.20

Ejercicio del presupuesto por capítulo de gasto. Secretaría de Salud; México, 2012

Capítulo de gasto	Original	Modificado	Ejercido	Por ejercer 1/	% Ejercido 2/
Servicios personales	20,682.96	19,512.54	19,507.57	-4.97	99.97
Materiales y suministros	4,951.84	4,743.27	4,743.27	0.00	100.00
Servicios generales	4,308.58	7,864.81	7,863.81	-1.00	99.99
Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	82,273.86	78,515.13	78,510.95	-4.18	99.99
Bienes muebles, inmuebles e intangibles	248.77	448.79	448.79	0.00	100.00
Inversión Pública	1,013.68	1,662.94	1,662.94	0.00	100.00
TOTAL	113,479.68	112,747.48	112,737.33	-10.15	99.99

Cifras en millones de pesos. Presupuesto al 31 de diciembre de 2012. Los totales pueden no coincidir con la suma de los rubros debido al redondeo de las cifras. En 2012 no se incluyen 3,772.9 millones que fueron transferidos a las entidades federativas de Ramo 12 a FASSA del Ramo 33

1/ Diferencia absoluta entre presupuesto ejercido y modificado

2/ Porcentaje obtenido entre el presupuesto ejercido y modificado

Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2012; DGPOP-SS

**Cuadro III.21**

Ejercicio del presupuesto por área mayor, Secretaría de Salud; México, 2012

Área mayor de la SS	Original	Modificado	Ejercido	Por ejercer 1/	% Ejercido 2/
Oficina de la Secretaría	84.15	112.55	112.55	0.00	100.00
Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos	53.09	52.67	52.67	0.00	100.00
Dirección General de Comunicación Social	79.06	2,202.24	2,202.24	0.00	100.00
Órgano Interno de Control	59.67	52.82	52.82	0.00	100.00
Unidad de Análisis Económico	20.56	20.78	20.78	0.00	100.00
Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	18,100.00	19,641.92	19,636.87	-5.05	99.97
Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social	185.96	356.58	356.58	0.00	100.00
Comisión Nacional Contra las Adicciones	46.17	26.62	26.62	0.00	100.00
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud	5,627.63	5,822.90	5,818.33	-4.57	99.92
Subsecretaría de Administración y Finanzas	4,560.06	2,091.95	2,091.95	0.00	100.00
Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud	6,128.70	3,682.44	3,682.28	-0.16	100.00
Comisión Nacional de Protección Social en Salud	75,564.74	75,217.40	75,217.40	0.00	100.00
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	903.70	1,356.72	1,356.72	0.00	100.00
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	105.29	108.06	108.06	0.00	100.00
Comisión Nacional de Bioética	34.01	41.91	41.91	0.00	100.00
Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México	20.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia	1,890.54	1,940.33	1,939.95	-0.37	99.98
Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de Personas con Discapacidad	16.33	19.59	19.59	0.00	100.00
TOTAL	113,479.68	112,747.48	112,737.33	-10.15	99.99

Cifras en millones de pesos. Presupuesto al 31 de diciembre de 2012. Los totales pueden no coincidir con la suma de los rubros debido al redondeo de las cifras. En 2012 no se incluyen 3,772.9 millones que fueron transferidos a las entidades federativas de Ramo 12 a FASSA del Ramo 33.

1/ Diferencia absoluta entre presupuesto ejercido y modificado

2/ Porcentaje obtenido entre el presupuesto ejercido y modificado

Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2012; DGPOP-SS

## Cuadro III.22

Ejercicio del presupuesto por programa presupuestario, Secretaría de Salud; México, 2012

Programa Presupuestario	Original	Modificado	Ejercido	Por ejercer 1/	% Ejercido 2/
Formación de Recursos Humanos para la Salud	2,697.61	2,107.97	2,107.19	-0.78	99.96
Capacitación Técnica y Gerencial de Recursos Humanos para la Salud	234.49	224.90	224.90	0.00	100.00
Dignificación, Conservación y Mantenimiento de la Infraestructura y Equipamiento en Salud	3,540.06	3,436.32	3,436.32	0.00	100.00
Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud	1,500.81	1,575.07	1,575.00	-0.07	100.00
Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud	15,433.93	15,012.04	15,008.06	-3.98	99.97
Prevención y Atención Contra las Adicciones	1,294.48	1,067.61	1,066.72	-0.88	99.92
Reducción de la Incidencia de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación	1,182.18	836.03	836.03	0.00	100.00
Protección Contra Riesgos Sanitarios	826.37	1,280.67	1,280.67	0.00	100.00
Proyectos de Infraestructura Social	997.38	1,842.35	1,842.35	0.00	100.00
Proyectos de Inmuebles (Oficinas Administrativas)	49.59	30.26	30.26	0.00	100.00
Proyectos de Mantenimiento de Infraestructura	16.29	23.81	23.81	0.00	100.00
Actividades de Apoyo Administrativo	3,079.22	2,580.67	2,580.35	-0.32	99.99
Actividades de Apoyo a la Función Pública y Buen Gobierno	168.42	159.25	159.25	0.00	100.00
Calidad en Salud e Innovación	1,155.05	3,236.79	3,236.78	-0.01	100.00
Asistencia Social y Protección al Paciente	1,010.41	998.89	998.74	-0.16	99.98
Promoción de la Salud, Prevención y Control de Enfermedades Crónicas Degenerativas	703.99	620.10	619.90	-0.20	99.97
Prevención y Control del VIH/SIDA y Otras ITS	218.69	199.69	199.69	0.00	100.00
Salud Reproductiva e Igualdad de Género	1,141.37	1,082.65	1,079.40	-3.25	99.70
Cooperación Internacional en Salud	100.13	265.17	265.17	0.00	100.00
Comunidades Saludables	114.69	107.28	107.28	0.00	100.00
Atención a Personas con Discapacidad	258.66	262.02	261.97	-0.05	99.98
Desarrollo Humano Oportunidades	5,314.41	4,999.96	4,999.96	0.00	100.00
Protección y Desarrollo Integral de la Familia	145.02	134.50	134.43	-0.06	99.95
Atención a Familias y Población Vulnerable	279.49	268.75	268.74	0.00	100.00
Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras	209.48	198.68	198.68	0.00	100.00
Caravanas de la Salud	704.10	685.74	685.74	0.00	100.00
Seguro Médico Siglo XXI	2,653.03	3,107.28	3,107.28	0.00	100.00
Sistema Integral de Calidad en Salud	163.03	85.69	85.54	-0.15	99.83
Seguro Popular	64,402.46	64,703.80	64,703.80	0.00	100.00
Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud	2,251.89	143.52	143.52	0.00	100.00
Reducción de la Mortalidad Materna	255.34	255.13	254.94	-0.19	99.93
Prevención contra la Obesidad	289.94	286.15	286.15	0.00	100.00
Vigilancia Epidemiológica	787.65	720.49	720.44	-0.05	99.99
Apoyos adicionales para la prevención y atención de adicciones en entidades federativas	300.00	208.25	208.25	0.00	100.00
TOTAL	113,479.68	112,747.48	112,737.33	-10.15	99.99

Cifras en millones de pesos. Presupuesto al 31 de diciembre de 2012. Los totales pueden no coincidir con la suma de los rubros debido al redondeo de las cifras. En 2012 no se incluyen 3,772.9 millones que fueron transferidos a las entidades federativas de Ramo 12 a FASSA del Ramo 33

1/ Diferencia absoluta entre presupuesto ejercido y modificado

2/ Porcentaje obtenido entre el presupuesto ejercido y el modificado

Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2012; DGPOP-SS

**Cuadro III.23**

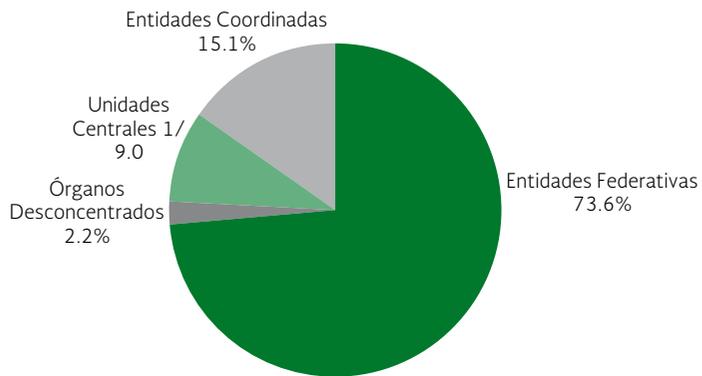
Presupuesto Ejercido por Programa. Secretaría de Salud; México, 2011 y 2012

Descripción	Ejercido		Variación	
	2011	2012	Absoluta 1/	% 2/
Formación de Recursos Humanos para la Salud	2,399.22	2,107.19	-292.03	-12.17
Capacitación Técnica y Gerencial de Recursos Humanos para la Salud	276.13	224.90	-51.22	-18.55
Dignificación, Conservación y Mantenimiento de la Infraestructura y Equipamiento en Salud	2,723.08	3,436.32	713.24	26.19
Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud	1,465.35	1,575.00	109.66	7.48
Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud	13,099.96	15,008.06	1,908.09	14.57
Prevención y Atención Contra las Adicciones	1,327.70	1,066.72	-260.98	-19.66
Reducción de la Incidencia de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación	953.42	836.03	-117.39	-12.31
Protección Contra Riesgos Sanitarios	1,051.19	1,280.67	229.48	21.83
Proyectos de Infraestructura Social	1,243.17	1,842.35	599.19	48.20
Proyectos de Inmuebles (Oficinas Administrativas)	27.50	30.26	2.77	10.07
Proyectos de Mantenimiento de Infraestructura	15.36	23.81	8.45	54.99
Actividades de Apoyo Administrativo	2,447.33	2,580.35	133.02	5.44
Actividades de Apoyo a la Función Pública y Buen Gobierno	133.12	159.25	26.13	19.63
Calidad en Salud e Innovación	2,481.33	3,236.78	755.45	30.45
Asistencia Social y Protección al Paciente	807.97	998.74	190.77	23.61
Promoción de la Salud, Prevención y Control de Enfermedades Crónico Degenerativas	342.25	619.90	277.65	81.12
Prevención y Control del VIH/SIDA y Otras ITS	228.14	199.69	-28.44	-12.47
Salud Reproductiva e Igualdad de Género	1,218.37	1,079.40	-138.97	-11.41
Cooperación Internacional en Salud	271.98	265.17	-6.81	-2.50
Comunidades Saludables	84.15	107.28	23.12	27.47
Atención a Personas con Discapacidad	245.83	261.97	16.14	6.57
Desarrollo Humano Oportunidades	4,854.86	4,999.96	145.10	2.99
Protección y Desarrollo Integral de la Familia	124.71	134.43	9.72	7.79
Atención a Familias y Población Vulnerable	245.27	268.74	23.48	9.57
Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras	145.62	198.68	53.06	36.44
Caravanas de la Salud	590.37	685.74	95.37	16.15
Seguro Médico Siglo XXI	2,343.37	3,107.28	763.90	32.60
Sistema Integral de Calidad en Salud	147.79	85.54	-62.25	-42.12
Seguro Popular	56,217.75	64,703.80	8,486.05	15.09
Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud	591.23	143.52	-447.71	-75.72
Reducción de la Mortalidad Materna	274.89	254.94	-19.95	-7.26
Prevención contra la Obesidad	252.57	286.15	33.58	13.29
Vigilancia Epidemiológica	1,175.62	720.44	-455.17	-38.72
Apoyos adicionales para la prevención y atención de adicciones en entidades federativas	0.00	208.25	208.25	N.A
TOTAL	99,806.60	112,737.33	12,930.73	12.96

Cifras en millones de pesos. Presupuesto al 31 de Diciembre de 2012. Los totales pueden no coincidir con la suma de los rubros debido al redondeo de cifras  
 En 2012 no se incluyen 3,772.9 millones y en 2011 3,930.6 millones que fueron transferidos a las entidades federativas de Ramo 12 a FASSA del Ramo 33, respectivamente  
 1/ Variación absoluta entre el presupuesto ejercido 2012 y 2011  
 2/ Variación porcentual entre el presupuesto ejercido en 2012 respecto del ejercido en 2011  
 Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2012; DGPOP-SS

**Figura III.1**

Distribución porcentual del presupuesto ejercido por tipo de unidad;  
México, 2012



1/ El presupuesto ejercido en unidades centrales incluye el destinado a cubrir servicios personales para la operación del programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para médicos generales de contratación temporal, residentes, internos de pregrado, pasantes de medicina y otras carreras, así como nóminas de las unidades médicas de especialidades en las entidades federativas  
Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2006 y 2011; DGPOP-SS



# Anexos

Notas metodológicas

---

Cuadro estadístico



# Notas metodológicas

## A.1. Sobre la información empleada en Rendición de Cuentas en Salud 2012

El Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), coordinado por la Dirección General de Información en Salud (DGIS), es la principal fuente de información para la elaboración de Rendición de Cuentas en Salud; también se utilizaron los datos disponibles en el Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los cuales se complementaron con información 2012 proporcionada por las unidades administrativas de la SS que participan en el Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (CTESIODM); asimismo, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, aportaron datos para la elaboración del presente documento; además de la información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública.

La mayoría de los datos de 2012 corresponde a cifras preliminares, lo cual se hace del conocimiento del lector, tanto en el texto como en diversos cuadros y figuras que integran el informe. Las cifras de años previos corresponden a datos consolidados, por ello pueden observarse algunas diferencias respecto de lo reportado en las versiones anteriores de este informe. Del mismo modo, el lector podrá observar que para algunas de las metas analizadas o para algunos datos de la serie histórica incluidos en este informe existen diferencias respecto de lo publicado en 2011, lo cual se debe a que las áreas responsables de dar seguimiento a las metas y de integrar la información, realizaron procesos de revisión, actualización y ajustes, que provocaron dichos cambios.

Para los indicadores de mortalidad 2012 (que deben considerarse preliminares), la fuente de información utilizada fueron las defunciones registradas en el Subsistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED 2012), con corte al mes de mayo de 2013; la mortalidad para 2011 y años anteriores,

corresponde a datos consolidados obtenidos de las bases de datos de defunciones INEGI-SS.

Cabe mencionar que para los indicadores calculados con base en el número de nacimientos, de 1990 a 2010, se utilizaron los nacimientos estimados por el CONAPO y a partir de 2011, se utilizaron los nacidos vivos ocurridos del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC), con los respectivos ajustes para corregir el subregistro en Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz y Yucatán. Para los indicadores calculados con base en las defunciones de menores de 1 año o de menores de 5 años, de 1990 a 2010, también se utilizaron las defunciones estimadas por el CONAPO y a partir de 2011, se utilizaron las defunciones registradas en las bases de datos de mortalidad del INEGI/SS, ajustadas por subregistro en los estados de Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, San Luis Potosí, Sinaloa y Zacatecas. Estos cambios de metodología y fuentes fueron establecidos por el grupo interinstitucional conformado para este propósito.

Los indicadores afectados por los cambios mencionados son las mortalidades infantil, de menores de 5 años, de asfixia y trauma al nacer, de enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años, de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años y la razón de mortalidad materna, a nivel nacional y por entidad federativa; la información, fue proporcionada por la DGIS con apego a las metodologías, fuentes e información publicada en el sitio del CTESIODM, lo que asegura la consistencia de los resultados y la comparabilidad de los mismos, a nivel nacional e internacional.

Cabe señalar que en RCS 2012 sólo se incluyeron los indicadores de los ODM para los que se dispuso de información para dicho año; sin embargo, el público interesado puede consultar la totalidad de los indicadores en la siguiente página Web: <http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/odm/odm.htm>.

En adición a lo anterior, 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, con excepción de la mortalidad de-

bida a accidentes de tránsito de vehículo de motor, dado que desde 2007 se estableció incluir el total de defunciones por esa causa.

Por otra parte, a menos que se indique lo contrario, los datos de población total, por grupo de edad, sexo y su distribución geográfica utilizados en este informe, se obtuvieron de las Proyecciones de población de México 2010-2050 del CONAPO. Las cifras de población usuaria según institución pública de salud se estimaron a partir de los datos reportados por las instituciones al SINAIS, metodología que se describe más adelante.

La información de recursos físicos y humanos y la relacionada con la prestación de servicios, incluye datos de las principales instituciones públicas de salud del país, mismos que fueron proporcionados por la DGIS, cabe señalar que en el análisis de estos rubros no se incluye a los servicios médicos de la SEDENA, dado que dicha institución no reporta la información requerida. En cuanto a los recursos financieros, la DGIS proporcionó estimaciones para 2012 basadas en el Sistema de Cuentas en Salud a nivel Federal y Estatal (SICUENTAS).

Finalmente, debe tomarse en cuenta que las metas estratégicas relacionadas con los 125 municipios con menor IDH no fueron incorporadas en este informe debido a que no se dispuso de la información necesaria para su seguimiento.

## A.2. Procedimiento para calcular el porcentaje de cumplimiento de las metas

Con la finalidad de estimar el cumplimiento de varias de las metas estratégicas del PROSESA 2007-2012 y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) utiliza desde 2009 una fórmula que permite determinar el grado de cumplimiento en el año de interés (en este caso 2012), respecto del comportamiento esperado del indicador para alcanzar la meta. Para otras de las metas se consideró más adecuado valorar el cumplimiento a partir de una diferencia porcentual entre el último valor disponible y el valor establecido como meta.

Para los casos en los que se utilizó la fórmula se debe considerar la 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 2012), respecto del comportamiento que se espera para cumplir con la meta (compromiso establecido);

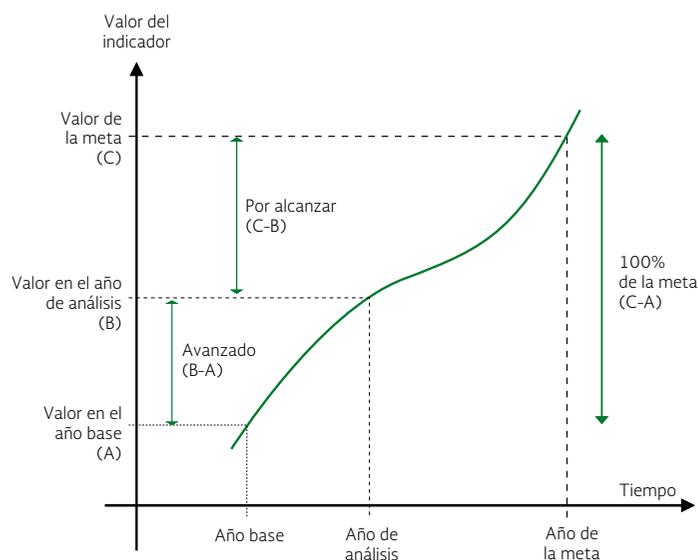
A es el valor del indicador en el año base;

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.

### Figura A.2.1

Diagrama que muestra la forma en que se calculó el porcentaje de cumplimiento de las metas



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 procedimiento permite considerar el esfuerzo que se ha realizado entre el valor definido como línea base y el último valor disponible (cifra 2012), y lo relaciona con el esfuerzo que se requiere para cumplir con la meta.

## A.3 Estimación de población usuaria por institución

Como parte del seguimiento al cumplimiento de las metas establecidas en el PROSESA 2007-2012 y en los ODM, en este informe se incluyen los resultados de algunos indicadores de mortalidad para las principales instituciones públicas de salud. Para su cálculo se utilizan las defunciones según la causa de que se trate (número), ya sea a través de las cifras preliminares del SEED 2012 o de las cifras consolidadas de la base de defunciones INEGI/SS, así

como la población usuaria por institución de salud (denominador); sin embargo, para este último dato fue necesario realizar una estimación, ya que los datos que aporta el SINAIS, respecto de la población legal y población usuaria por institución, presenta algunos problemas. Por ejemplo, al sumar las poblaciones legales reportadas para las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEMAR y SP) y la población sin seguridad social (atendida por la SS e IMSS-Oportunidades), la cantidad resultante excede significativamente a la población estimada por el CONAPO. Por esta razón se optó por emplear la población usuaria de las instituciones públicas señaladas, la cual para 2012 ascendió a 94,714,780 personas, cifra más acorde con los 117,053,750 habitantes estimados por el CONAPO, teniendo en cuenta, además, que faltaría incluir 1,339,266 usuarios de otras instituciones públicas de salud como la SEDENA, los servicios médicos universitarios y las instituciones estatales que brindan servicios a sus derechohabientes.

Sin embargo, los datos de población usuaria 2012 reportados por el SINAIS para el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEMAR, SP, SS e IMSS-Oportunidades, sólo se reportaron a nivel de entidad federativa, lo cual no permitía el cálculo de las tasas por sexo o grupo de edad específico. Por ello, la DGED se vio en la necesidad de estimar la población usuaria de las instituciones señaladas, con

desgloses por sexo y grupos de edad requeridos, tomando como base las cifras totales de población usuaria por institución de 2012, proporcionadas por la DGIS, y las proporciones de población usuaria por institución, sexo y grupos de edad, que correspondieron a la población usuaria utilizada en el informe de RCS del año 2011, las cuales fueron estimadas por la propia DGED.

El procedimiento de estimación fue el siguiente: i) se obtuvieron las proporciones de población por sexo y grupo de edad correspondientes a la población usuaria de cada una de las instituciones públicas de salud analizadas en 2011, utilizando para ello los datos del anexo B.1 del informe de RCS 2011; ii) posteriormente, las proporciones resultantes se multiplicaron por el total de población usuaria para cada institución que se reportó para 2012 (cifras proporcionadas por la DGIS), obteniendo como resultado el número de población por sexo y grupos de edad que se emplearon en este informe. Este proceso fue replicado para cada una de las instituciones públicas, a excepción de la SEDENA que no proporcionó información en 2010 y 2011. El resultado de esta estimación se presenta en el Anexo B.1.

La descripción detallada de la estimación de la población usuaria de 2011, que es la base para la estimación de 2012, se puede consultar en la sección de anexos metodológicos de dicho informe.

# Cuadro estadístico

**Anexo B.1**  
Población usuaria de los servicios de salud de las instituciones públicas, por grupos de edad y sexo; México, 2012

Grupo de edad	Población con seguridad social											
	IMSS			ISSSTE			PEMEX			SEMAR 2/		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
<b>Total</b>	<b>39,597,718</b>	<b>18,638,113</b>	<b>20,959,605</b>	<b>8,552,747</b>	<b>3,917,479</b>	<b>4,635,268</b>	<b>7,56,768</b>	<b>3,49,050</b>	<b>4,07,718</b>	<b>280,138</b>	<b>149,372</b>	<b>130,766</b>
<1	513,395	264,498	248,897	112,187	45,698	66,489	6,540	3,262	3,278	5,624	3,467	2,157
1-4	2,726,089	1,399,428	1,326,661	467,491	244,698	222,793	37,885	19,179	18,706	15,000	8,074	6,926
5-9	3,631,798	1,855,535	1,776,263	871,623	380,407	491,216	56,621	28,862	27,759	19,061	10,043	9,018
10-14	3,446,542	1,756,166	1,690,376	920,818	445,621	475,197	63,513	32,276	31,237	20,928	10,712	10,216
15-19	2,049,641	953,579	1,096,062	956,825	398,468	558,357	54,952	27,748	27,204	24,755	13,510	11,245
20-24	2,586,058	1,159,340	1,426,718	476,910	214,920	261,990	31,088	15,016	16,072	30,042	16,447	13,595
25-29	3,046,740	1,389,472	1,657,268	369,381	182,067	187,314	33,541	15,609	17,932	24,606	13,133	11,473
30-34	3,207,563	1,464,567	1,742,996	466,901	238,656	228,245	42,057	18,723	23,334	21,832	11,452	10,380
35-39	3,205,707	1,474,260	1,731,447	567,367	266,549	300,818	50,111	21,596	28,515	18,972	10,397	8,575
40-44	2,676,326	1,221,142	1,455,184	639,139	306,103	333,036	55,117	24,183	30,934	19,279	10,352	8,927
45-49	2,306,201	1,034,289	1,271,912	623,809	288,972	334,837	58,752	26,472	32,280	19,563	9,641	9,922
50-54	2,025,715	880,569	1,145,146	553,639	242,734	310,905	56,766	25,887	30,879	16,766	8,800	7,966
55-59	1,764,020	758,813	1,005,207	463,028	192,081	270,947	48,898	22,597	26,301	16,141	9,150	6,991
60-64	1,611,501	716,053	895,448	368,536	152,794	215,742	40,213	17,954	22,259	13,335	7,112	6,223
65-69	1,379,274	640,647	738,627	218,745	111,316	107,429	32,793	14,236	18,557	14,234	7,082	7,152
70-74	1,131,262	537,760	593,502	216,875	84,225	132,650	29,405	12,512	16,893			
75-79	858,300	414,304	443,996	113,353	58,287	55,066	22,724	9,372	13,352			
80-84	606,483	295,398	311,085	87,383	36,561	50,822	16,889	6,615	10,274			
85+	825,103	422,293	402,810	58,737	27,322	31,415	18,903	6,951	11,952			

Continúa...

...continuación

Grupo de edad	Población con seguridad social			Población sin seguridad social			IMSS-Oportunidades		
	Seguro Popular			Secretaría de Salud			Total		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
<b>Total</b>	<b>20,525,984</b>	<b>7,670,088</b>	<b>12,855,896</b>	<b>13,146,698</b>	<b>4,699,980</b>	<b>8,446,718</b>	<b>11,854,727</b>	<b>5,770,149</b>	<b>6,084,578</b>
<1	1,456,322	728,456	727,866	727,928	364,111	363,817	219,536	109,036	110,500
1-4	2,478,081	1,228,054	1,250,027	1,433,809	710,548	723,261	977,306	492,304	485,002
5-9	2,409,046	1,177,325	1,231,721	1,327,003	648,520	678,483	1,392,635	699,733	692,902
10-14	2,037,237	951,259	1,085,978	1,098,536	512,946	585,590	1,489,008	749,613	739,395
15-19	2,112,443	659,992	1,452,451	1,247,099	389,632	857,467	1,332,454	658,173	674,281
20-24	1,301,726	300,283	1,001,443	1,235,212	284,940	950,272	940,042	441,676	498,366
25-29	1,369,802	315,987	1,053,815	1,125,906	259,725	866,181	799,646	368,784	430,862
30-34	1,241,196	337,716	903,480	895,131	243,556	651,575	768,043	355,062	412,981
35-39	1,161,950	316,154	845,796	807,393	219,683	587,710	727,350	341,136	386,214
40-44	959,126	260,968	698,158	690,517	187,882	502,635	628,109	296,736	331,373
45-49	767,101	208,720	558,381	561,217	152,701	408,516	540,518	258,831	281,687
50-54	796,234	266,308	529,926	563,805	188,570	375,235	466,724	224,327	242,397
55-59	624,564	208,892	415,672	427,994	143,147	284,847	387,686	189,617	198,069
60-64	485,320	190,246	295,074	319,729	125,334	194,395	326,813	160,397	166,416
65-69	425,076	166,630	258,446	240,311	94,202	146,109	274,765	135,384	139,381
70-74	345,064	135,265	209,799	175,556	68,818	106,738	229,317	114,338	114,979
75-79	260,239	102,014	158,225	122,027	47,835	74,192	165,635	82,420	83,215
80-84	157,092	61,580	95,512	77,627	30,430	47,197	105,183	52,242	52,941
85+	138,365	54,239	84,126	69,898	27,400	42,498	83,957	40,340	43,617

Fuente: Estimaciones de la DGIS-DGED, con base en informes institucionales  
2/ El último grupo de edad incluye población de 65 años o más

# Bibliografía

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 2011. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2011. Disponible en [http://www.unicef.org/spanish/publications/index\\_57468.html](http://www.unicef.org/spanish/publications/index_57468.html)
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Informe anual 2010. New York: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, 2010.
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Reducir la mortalidad por sarampión. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Disponible en [http://www.unicef.org/spanish/immunization/index\\_measles.html](http://www.unicef.org/spanish/immunization/index_measles.html)
4. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Prevención y control integral del cáncer cérvico-uterino. Directrices para los países. New York: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2011.
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del Día Mundial contra el Cáncer. Ciudad de México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2012: [consultado 23 de junio 2012]. Disponible <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/aPropositom.asp?s=inegi&c=2825&ep=82>
6. Instituto Nacional de Salud Pública. Certificación y acreditación en los servicios de salud: Modelos, estrategias y logros en México y América Latina. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2007 [consultado 23 de junio 2012]. Disponible en <http://www.insp.mx/produccion-editorial/634-certificacion-y-acreditacion-en-los-servicios-de-salud.html>
7. Knaul F, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Pública Mex* 2009; 51 supl 2:S335-S344.
8. Mandelblatt J, Cronin K, Bailey S, Berry D, Koning H, Draisma G, et al. Effects of Mammography Screening Under Different Screening Schedules: Model Estimates of Potential Benefits and Harms. *Annals of Internal Medicine* 2009; 151 supl 10:738-747.
9. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2012. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas, 2012.
10. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito: resumen. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004.
11. Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud: Resumen de las conclusiones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.
12. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. Nota descriptiva N°348. Mayo de 2012. [consultado 2012 agosto 20]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
13. Organización Mundial de la Salud. Patrones de crecimiento infantil de la OMS. Longitud/estatura para la edad, peso para la edad, peso para la longitud, peso para la estatura e índice de masa corporal para la edad. Métodos y desarrollo. Ginebra: Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo, ONU, 2006.
14. Organización Mundial de la Salud. Seguimiento de los servicios obstétricos de urgencia: manual. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2011.

15. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Mayo de 2012. [consultado junio 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>
16. Organización Panamericana de la Salud. Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Enfermería. Washington: Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería, Organización Panamericana de la Salud, 2001.
17. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Washington, D.C: OPS, © 2007.
18. Organización Panamericana de la Salud. Progreso en la Prevención del Cáncer Cérvicouterino: Informe de Cervical Cancer Action. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2011.
19. Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el VIH SIDA. Informe de ONUSIDA para el Día Mundial del SIDA 2011. Nueva York: Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el VIH SIDA, 2011.
20. Rajaratnam JK, Marcus JR, Flaxman AD, Wang H, Levin-Rector A, Dwyer L, et al. Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. *Lancet* 2010; 375: 1988–2008.
21. Secretaría de Desarrollo Social. Microrregiones y Estrategia 100 x 100. México: Secretaría de Desarrollo Social, 2008.
22. Secretaría de Salud. Compendio de patología mamaria. México: Dirección General de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, 2002.
23. Secretaría de Salud. Guía Tecnológica No. 11: Mastógrafo. (GMDN 37670). México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Secretaría de Salud, 2004.
24. Secretaría de Salud. Informe Nacional de Avances en la Lucha contra el SIDA, México 2012. México: Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, Secretaría de Salud, 2012.
25. Secretaría de Salud. Ley General de Salud. Publicada en DOF 07-02-1984, última reforma 19-03-2014.
26. Secretaría de Salud. Manual control de calidad en mastografía. México: Dirección General de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, 2002
27. Secretaría de Salud. Medición de la prevalencia de infecciones nosocomiales en hospitales generales de las principales instituciones públicas de salud. México: Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud, noviembre 2011.
28. Secretaría de Salud. Rendición de Cuentas en Salud 2010. México: Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud, noviembre 2011.
29. Secretaría de Salud. Síntesis Ejecutiva. Gasto Público en Salud 1999-2000. México: Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño; Secretaría de Salud, junio 2002.
30. Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2011. México: Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud, febrero 2012.
31. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2007-2012. México: Secretaría de Salud, 2007.
32. Sesma-Vázquez S, Pérez-Rico R, Martínez-Monroy T, Lemus-Carmona EA. Gasto privado en salud por entidad federativa en México. *Salud Pública Mex* 2005; 47 supl 1:S27-S36.
33. Torres A, Knaul F. Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000. *Caleidoscopio de la salud [serie en Internet]*. Disponible en: <http://www.funhsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/15%20DeterminantesDelGasto.pdf>
34. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. Geneva: World Health Organization, 2012.

# Acrónimos y abreviaturas

AH1N1:	Subtipo de la Influenza virus tipo “A”	MI:	Mortalidad infantil
ATVM:	Accidentes de tránsito de vehículo de motor	MTS:	Mujeres trabajadoras del sexo
CaCu:	Cáncer cérvico-uterino	NOM:	Norma Oficial Mexicana
CaMa	Cáncer de mama	NV:	Nacidos vivos
CENAPRECE:	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades	NVE:	Nacidos vivos estimados
CENSIA:	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia	OCDE:	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
CENSIDA:	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA	ODM:	Objetivos de Desarrollo del Milenio
CIE-10:	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la salud, 10ª revisión	OMS:	Organización Mundial de la Salud
CNEGySR:	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	ONU:	Organización de las Naciones Unidas
CNPSS:	Comisión Nacional de Protección Social en Salud	ONUSIDA:	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
CONAPO:	Consejo Nacional de Población	PEMEX:	Petróleos Mexicanos
CONEVAL:	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social	PIB:	Producto interno bruto
CS:	Centros de salud	PND:	Plan Nacional de Desarrollo
CTESIODM:	Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio	PROSESA:	Programa Sectorial de Salud
CTESS	Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud	PROVAC:	Programa de Vacunación
DGACS:	Dirección General Adjunta de Calidad en Salud	RCS:	Rendición de Cuentas en Salud
DGCES:	Dirección General de Calidad y Educación en Salud	RMM:	Razón de mortalidad materna
DGED:	Dirección General de Evaluación del Desempeño	SEDENA:	Secretaría de la Defensa Nacional
DGEPI:	Dirección General de Epidemiología	SEED:	Subsistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones
DGIS:	Dirección General de Información en Salud	SEMAR:	Secretaría de Marina
DM:	Diabetes mellitus	SESA:	Servicios Estatales de Salud
EDAS:	Enfermedades diarreicas agudas	SICALIDAD:	Sistema Integral de Calidad en Salud
EIC:	Enfermedades isquémicas del corazón	SICAM:	Sistema de Información de Cáncer de la Mujer
ENA2011:	Encuesta Nacional de Adicciones 2011	SICUENTAS:	Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal
ENIGH:	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares	SIDA:	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
ENSANUT:	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición	SIDSS	Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
EVN:	Esperanza de vida al nacimiento	SINAIS:	Sistema Nacional de Información en Salud
FASSA:	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud	SNS:	Sistema Nacional de Salud
HSH:	Hombres que tienen sexo con otros hombres	SP:	Seguro Popular
HTS:	Hombres trabajadores del sexo	SPPS:	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
IDH:	Índice de Desarrollo Humano	SPSS:	Sistema de Protección Social en Salud
IMSS:	Instituto Mexicano del Seguro Social	SS:	Secretaría de Salud
IMSS-Oport:	Instituto Mexicano del Seguro Social régimen Oportunidades	TAES:	Tratamiento acordado estrictamente supervisado
IN:	Infecciones nosocomiales	TB:	Tuberculosis
INDICAS:	Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud	TGF:	Tasa global de fecundidad
INEGI:	Instituto Nacional de Estadística y Geografía	TMG:	Tasa de mortalidad general
IRAS:	Infecciones respiratorias agudas	TMI:	Tasa de mortalidad infantil
ISSSTE:	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	UCI:	Unidades de terapia intensiva
ITS:	Infección de transmisión sexual	UDI:	Usuarios de drogas inyectables
mdp:	Millones de pesos	UM:	Unidades móviles
		UNEMES:	Unidades de especialidades médicas
		VIH/SIDA:	Virus de inmunodeficiencia humana/ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
		VIH:	Virus de inmunodeficiencia humana

# Agradecimientos

El grupo de trabajo que elaboró Rendición de Cuentas en Salud 2012, manifiesta su agradecimiento a los representantes y funcionarios de las siguientes unidades administrativas de la SS, que aportaron propuestas de contenidos, datos, opiniones y sugerencias 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 del 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:

- Carlos H. Álvarez Lucas
- Fermín Juárez Garrido
- Miroslava Godínez Trejo
- Georgina Rodríguez Elizondo
- José Antonio Sifuentes Badillo
- Carlos Lino Sosa Manzano
- Leopoldo Valentín Vargas Arenal

Finalmente, a todos los trabajadores de la Dirección General de Evaluación del Desempeño, ya que Rendición de Cuentas en Salud 2012, es resultado del trabajo conjunto de esta dirección general.

## **Rendición de Cuentas en Salud 2012**

Se terminó de imprimir el 25 de noviembre de 2013

La edición consta de 800 ejemplares

y estuvo al cuidado de la

Dirección General de Evaluación del Desempeño  
de la Secretaría de Salud