

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



INFORME SOBRE LA SALUD DE LOS MEXICANOS 2016

DIAGNÓSTICO GENERAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

INFORME SOBRE LA SALUD DE LOS MEXICANOS 2016

Diagnóstico General del Sistema Nacional de Salud

Primera edición, 2016
D.R. © Secretaría de Salud
Lieja 7, Colonia Juárez,
Del. Cuauhtémoc
06696 Ciudad de México

ISBN 978-607-460-552-5

Hecho en México
Made in Mexico

Publicación disponible en:

<http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-evaluacion-del-desempeno?idiom=es-MX>

Director de la publicación: Adolfo Martínez Valle. **Coordinador:** Luis Armando Ocaranza Ordaz. **Autores:** Erika Zamora Ramos, Daniel Alcántara Rico, Eva Gabriela Cabrera Sánchez, Tania Carolina Moreno Marín. **Colaborador:** Ronaldo Vega Rosas.

Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016 estuvo a cargo de la Dirección General de Evaluación del Desempeño. Agradecemos el apoyo de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, de la Dirección General de Información en Salud, del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y de la Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud.

CONTENIDO

Contenido.....	1
Introducción.....	5
Financiamiento del Sistema Nacional de Salud	8
Recursos.....	9
Prestación de servicios	10
Calidad	10
1. Financiamiento.....	13
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	14
Gasto público en salud como porcentaje del PIB.....	16
Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total	18
Gasto público en salud en población con seguridad social	20
Gasto público en salud en población sin seguridad social	22
Gasto estatal en salud en población sin seguridad social.....	24
Gasto privado en salud como porcentaje del PIB	26
Distribución del gasto público y privado en salud por funciones de la OCDE	28
Gasto de bolsillo	30
Valor del trabajo no remunerado en el cuidado de la salud.....	32
Horas de trabajo no remunerado en el cuidado de la salud	34
2. Recursos.....	37
Unidades de consulta externa	38
Unidades de hospitalización	40
Camas hospitalarias.....	42
Consultorios	44
Quirófanos	46
Equipo médico de alta tecnología	48
Trabajadores de la salud.....	50
Médicos generales en contacto con el paciente.....	52
Médicos especialistas en contacto con el paciente	54
Profesionales de enfermería en contacto con el paciente	56
Razón de profesionales de enfermería por médico.....	58
Escuelas de medicina acreditadas.....	60
Escuelas de enfermería acreditadas	62
Profesionales de la salud titulados	64
Médicos generales titulados.....	66

Profesionales de enfermería titulados	68
3. Prestación de servicios.....	71
Consultas generales por médico general.....	72
Consultas generales de primera vez y subsecuentes por médico general.....	74
Consultas generales por consultorio general	76
Consultas generales de primera vez y subsecuentes por consultorio general	78
Consultas de especialidad por médico especialista	80
Consultas de especialidad de primera vez y subsecuentes por médico especialista	82
Consultas de especialidad por consultorio de especialidad	84
Consultas de especialidad de primera vez y subsecuentes por consultorio de especialidad	86
Egresos hospitalarios.....	88
Cirugías	90
Cobertura de mastografías realizadas en mujeres de 40 a 69 años	92
Cobertura de vacunación con esquema completo en menores de un año	94
Embarazadas que recibieron 5 o más consultas prenatales	96
4. Calidad	99
Embarazadas que recibieron su primera consulta prenatal dentro del primer trimestre de gestación	100
Nacimientos por cesárea	102
Surtimiento completo de recetas médicas	104
Porcentaje de ocupación hospitalaria	106
Intervalo de sustitución	108
Índice de rotación	110
Duración media de la estancia hospitalaria	112
Hospitalizaciones evitables por diabetes mellitus	114
Hospitalizaciones evitables por hipertensión arterial	116
Duración media de la estancia hospitalaria por diabetes mellitus e hipertensión arterial.....	118
Tasa de mortalidad intrahospitalaria	120
Tasa de mortalidad intrahospitalaria por enfermedades cerebro vasculares	122
Tasa de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo al miocardio	124
Servicios otorgados por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico	126
Anexos	129
I. Notas metodológicas	130
II. Cuadros estadísticos.....	135
Siglas y acrónimos	136
Bibliografía	138
Tabla de ilustraciones	142

INTRODUCCIÓN

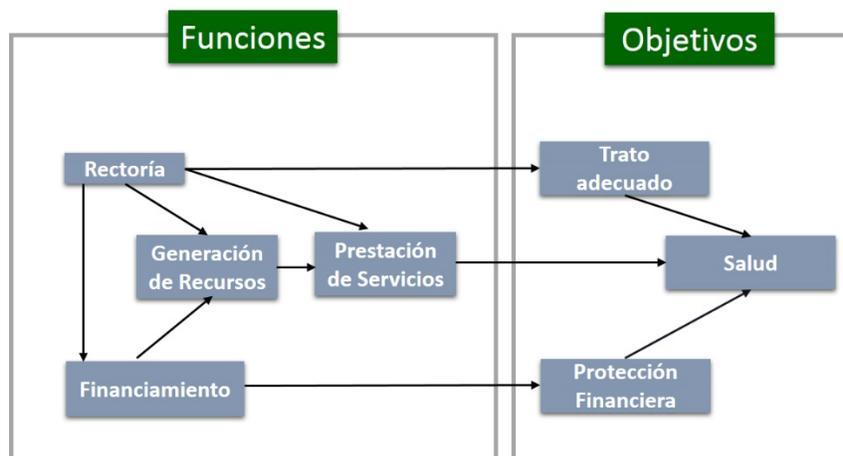
Realizar un diagnóstico del Sistema Nacional de Salud (SNS) implica recabar datos para analizarlos e interpretarlos, lo que permite evaluar su estado actual. Ese es el propósito fundamental del presente Informe sobre la Salud de los Mexicanos (ISM) 2016: difundir información actualizada, disponible, válida y confiable que permita analizar y evaluar cómo está conformado el SNS y su funcionamiento a través de indicadores relevantes y útiles¹.

A diferencia del ISM 2015, cuyo objetivo era identificar los principales problemas de salud que enfrenta la población mexicana, este documento aborda la capacidad del SNS para atender las necesidades de salud de la población previamente reconocidas. La información presentada permite analizar cómo se han comportado los indicadores en los últimos diez años, así como las diferencias existentes tanto entre las principales instituciones que componen el SNS como entre las entidades federativas. Asimismo, permite comparar las condiciones existentes del SNS con estándares internacionales, con el fin de identificar áreas de oportunidad para mejorar su desempeño.

De acuerdo con el “Informe sobre la salud en el mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud”, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los objetivos fundamentales de los sistemas de salud radican en mejorar la salud de la población a la que sirven, responder a las expectativas de las personas sobre recibir un trato adecuado y protegerla financieramente contra los costos derivados de sus padecimientos.

Para guiar su funcionamiento mediante los objetivos mencionados anteriormente, el sistema de salud establece cuatro funciones básicas que le dan lógica a su existencia: la prestación de los servicios, la generación de recursos, el financiamiento de sus actividades y la rectoría (Figura 1.1). Si bien todas las funciones son esenciales, la rectoría resulta especialmente importante para la Secretaría de Salud, ya que esta función implica coordinar y dictar las políticas públicas en materia de salud, y que por lo tanto son responsabilidad de dicha Secretaría.

Figura 1.1 Relaciones entre las funciones y los objetivos de un sistema de salud.



Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud, OMS

¹ Para entender cabalmente cómo se calcularon los indicadores pueden consultarse las notas metodológicas al final de este documento. Asimismo, si se requiere identificar los datos específicos que aparecen en las gráficas también pueden consultarse los cuadros estadísticos completos incluidos en los anexos.

El Sistema Nacional de Salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos, cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de la población mexicana². Para lograrlo debe brindar servicios de salud accesibles y de calidad que respondan a las necesidades de la población, haciendo un uso óptimo de los recursos disponibles. Actualmente todas las instituciones del SNS cubren en conjunto 83% de la población total de México, equivalentes a cerca de 98 millones de personas³.

A más de setenta años de haberse creado, actualmente el sistema de salud en México está constituido por diversas instituciones públicas y privadas, organizadas verticalmente. Esta estructura implica que cada institución atiende a su propia población y ejerce las cuatro principales funciones de un sistema de salud, como se muestra en la Figura 1.2.

Esta configuración del SNS condiciona el acceso a los servicios de salud según la situación laboral o socioeconómica de la población mexicana. La primera determina si una persona puede atender su salud en las instituciones de seguridad social o en los servicios financiados por el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). La segunda condiciona el acceso al sector privado de acuerdo a la capacidad de pago de quien busca atender su salud. Esta estructura y organización ha dificultado su coordinación y desempeño como sistema.

La Secretaría de Salud es la responsable de ejercer la rectoría del sistema en su conjunto, estableciendo y conduciendo la política nacional de salud⁴. Asimismo, la Secretaría presta servicios a través de los Institutos Nacionales de Salud, los Hospitales Federales de Referencia, los Hospitales Regionales de Alta Especialidad y los descentralizados Servicios Estatales de Salud (SESA). La Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) es quien administra los recursos para brindar protección financiera a las personas sin seguridad social, afiliadas al Seguro Popular. Por su parte, los SESA tienen las funciones de planear, organizar y operar los sistemas estatales de salud y son quienes brindan los servicios de salud a los afiliados al Seguro Popular.

Las instituciones de seguridad social brindan una red más amplia de servicios de protección social a sus afiliados, incluyendo pensiones y otras prestaciones, además del seguro de enfermedad y maternidad del IMSS y el seguro de salud del ISSSTE. El resto de las instituciones de seguridad social tienen condiciones similares.

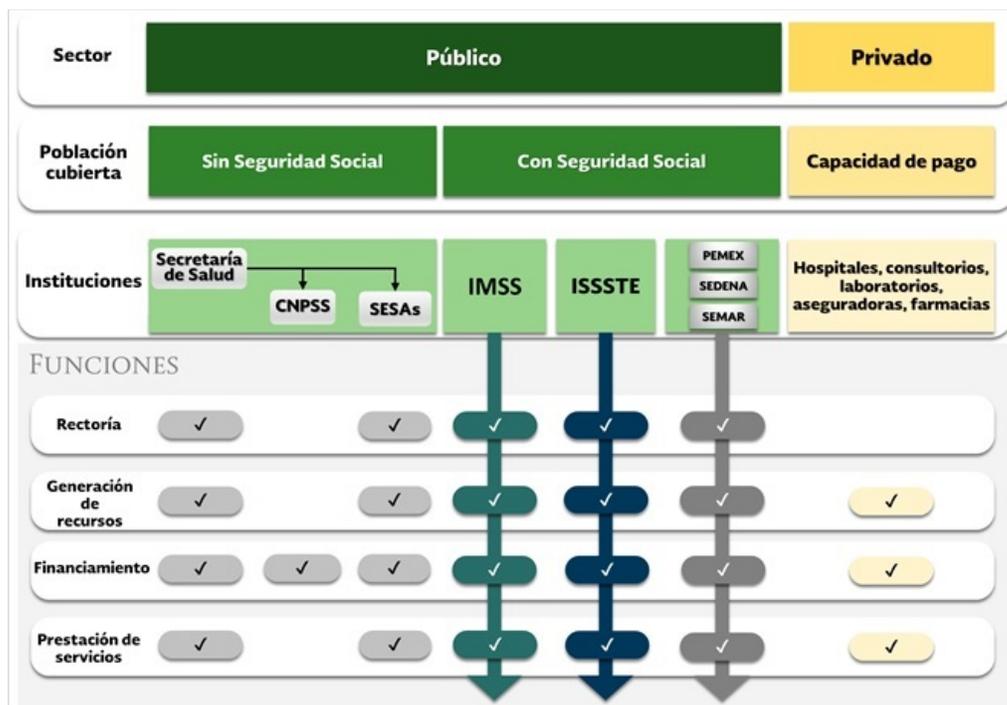
Las instituciones privadas de salud son principalmente prestadoras de servicios con fines de lucro, aunque también existen seguros de salud privados, básicamente de gastos médicos mayores, que tienen a su vez sus propias redes de servicios. Estos servicios se financian fundamentalmente del bolsillo de las personas con capacidad de pago.

² El artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”. Además, de acuerdo a lo establecido por el artículo 5 de la Ley General de Salud, “el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud”.

³ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. “Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015, Estados Unidos Mexicanos”. 2015

⁴ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. “Ley General de Salud”. Diario Oficial de la Federación (Última reforma publicada: 1-06-2016).

Figura 1.2 Composición del Sistema Nacional de Salud



Fuente: DGED 2016

FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Las instituciones de seguridad social se financian con contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (para el ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR esta figura es el gobierno mismo) y las de los propios empleados.

En ese sentido, el Seguro Popular (SP) se financia por una cuota social que cubre el gobierno federal por cada individuo afiliado; la aportación solidaria, cubierta por el estado y la federación; y las cuotas de los afiliados, las cuales son una proporción fija determinada por nivel de ingreso de las familias y de las cuales están exentas todas las que se ubican en los cuatro deciles de ingreso más bajos. El SP asigna a los estados una cantidad fija de recursos por individuo afiliado, para que se brinde atención a la población cubierta. Los estados también financian estas actividades mediante una cuota solidaria.

El sector privado del SNS obtiene su financiamiento de los pagos directos de bolsillo de las personas al momento de recibir la atención, adquirir medicamentos o insumos, además de los pagos anticipados correspondientes a las primas de los seguros de gastos médicos. El gasto de bolsillo⁵ sigue representando cerca del 86% del gasto privado y 41% del gasto total en salud. Aunque esta fuente de financiamiento se ha reducido en casi 13 puntos porcentuales del gasto total en salud en los últimos 15 años⁶, sin embargo sigue siendo poco más del doble del valor promedio

⁵ Sosa-Rubí, S. et al. "Análisis del gasto en salud en México 2001-2006". Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en México, 2011.

⁶ Ávila-Burgos L, Serván-Mori E, Wirtz VJ, Sosa-Rubí SG, Salinas-Rodríguez A. Efectos del Seguro Popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos a diez años de su implementación. Salud Pública Mex 2013;55 supl 2: S91-S99

reportado por los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que en 2014 fue el 20.1% del gasto total en salud⁷.

En términos absolutos, el gasto total en salud experimentó un incremento paulatino entre 2000 y 2014. Desde 2012 se ha observado una reducción del gasto en términos reales (descontando la inflación). Por su parte, el gasto público en salud se incrementó (en términos reales) a poco más del doble de su valor reportado en 2000, algo así como 244 mil millones de pesos adicionales de gasto en salud para 2014.

RECURSOS

Los recursos físicos y humanos con que cuentan las diferentes instituciones de salud varían tanto en números absolutos como en relación al número de afiliados que tienen, lo cual repercute en la calidad y oportunidad de la atención. Desde el año 2007 se registró un incremento en el número de unidades hospitalarias existentes de 2,580, para alcanzar en el año 2014 un total de 4,550 unidades hospitalarias, alrededor de 4 por cada 100,000 habitantes. No obstante, existen importantes desigualdades en su distribución, tanto por entidad federativa como por institución.

En 2014, el 69% de las unidades de hospitalización correspondían al sector privado, pero solamente el 29% del total de camas, lo cual indica que los hospitales de este sector son pequeños. Sin embargo, debido a la fragmentación del sistema y a una ineficiente distribución de unidades siguen existiendo simultáneamente lugares donde los pacientes deben recorrer grandes distancias para poder recibir la atención, sitios donde la calidad de los servicios se puede ver mermada a causa de la sobredemanda del servicio hospitalario y áreas donde existe una subutilización de las unidades.

La producción de servicios de salud se caracteriza por el empleo intensivo de una amplia gama de recursos humanos y materiales, información y conocimiento. En la medida en que estos recursos se generen y distribuyan de manera racional y equitativa se garantizará una prestación de servicios de salud equitativa y de calidad. Para ofrecer servicios de calidad es necesario contar con profesionales de la salud bien formados. En nuestro país, sin embargo, la heterogeneidad en este rubro es la regla. Esto se debe en buena medida a la carencia de mecanismos para controlar la apertura y vigilar el desarrollo de los centros de enseñanza en ciencias de la salud⁸.

En 2015, se titularon poco más de 13 mil médicos generales y 11 mil licenciadas en enfermería, no obstante, aquellos recién titulados y profesionales de la salud se concentran en ciertas entidades, lo que implica la necesidad de crear incentivos para que se distribuyan en todo el territorio nacional. Si bien ha aumentado el capital humano en salud en México, éste se encuentra por debajo de los estándares de la OCDE. Dicha situación puede generar un impacto negativo para cubrir las necesidades de atención de la población, derivando a su vez en una deficiente atención de la salud⁹.

⁷ Organization for Economic Cooperation and Development. "OECD Health Statistics 2016. Health expenditure and financing".

⁸ Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. México, 2001.

⁹ OECD. La Serie "Mejores Políticas" de la OCDE. Para un Desarrollo Incluyente. México 2012.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La disposición de recursos debe ser suficiente y oportuna para poder prestar servicios de salud de calidad y seguros. Los indicadores que se exponen en los capítulos 4 y 5 del presente documento, muestran que existen diferencias importantes entre el Seguro Popular y las instituciones de seguridad social. El primero tiene un paquete de beneficios explícito definido en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), mientras que las segundas en principio atienden todos los problemas de salud, pero en la práctica su capacidad resolutive es limitada frente al exceso de demanda, lo cual repercute en la calidad y oportunidad de la atención.

Para la población sin seguridad social, el Seguro Popular cubre 287 intervenciones de salud establecidas en el CAUSES en 2016, las cuales incluyen intervenciones de salud pública, de urgencias, de medicina general y especialidad, de cirugía y hospitalización, entre otras. Adicionalmente, para atender padecimientos de baja incidencia y costos altos que ponen en riesgo la vida y el patrimonio familiar, existe el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), el cual cubre actualmente 61 enfermedades, entre las que destacan los cánceres infantiles, los cuidados intensivos neonatales y algunos cánceres de adultos como el de mama y el de próstata.

Por otra parte, el IMSS a través del seguro de enfermedades y maternidad brinda la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria para el trabajador y su familia. Además, otorga prestaciones en especie y en dinero que incluyen, por ejemplo, ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales y servicios¹⁰. El ISSSTE otorga a sus afiliados un seguro de salud que protege, promueve y restaura la salud de los derechohabientes y también implícitamente cubre todos los padecimientos¹¹. En lo que respecta a PEMEX, SEDENA y SEMAR, estas dependencias cuentan con servicios similares a los del IMSS o ISSSTE.

La falta de calidad y oportunidad en el sector público se ven reflejados en la utilización de servicios médicos particulares por la población, a pesar de estar afiliada a alguna de las instituciones públicas de salud. Las instituciones privadas de salud otorgan prestación directa de servicios en consultorios y hospitales, en su mayoría con fines de lucro. Además, el sector privado ha diversificado las opciones de atención para la población en respuesta a sus necesidades. Por ejemplo, a partir de la regulación de la venta de antibióticos con prescripción médica en 2010, los consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas han crecido hasta representar el 17% del total nacional de consultas ambulatorias¹².

CALIDAD

Finalmente, este capítulo presenta indicadores que permiten analizar cómo el SNS está atendiendo las necesidades actuales de salud en relación a la calidad de los servicios. Destaca la mayor prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes mellitus e hipertensión arterial. En 2014 se registraron 329 hospitalizaciones por diabetes mellitus por cada 100,000 habitantes y 96 por hipertensión arterial, valores por encima del promedio de la OCDE de 150 y 83 respectivamente.

¹⁰ Instituto Mexicano del Seguro Social. "La Ley del Seguro Social de 1997 - IMSS".

¹¹ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. "Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado".

¹² Instituto Nacional de Salud Pública. "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Consultorios médicos en farmacias privadas: efectos inesperados en el uso de servicios de salud y el acceso a medicamentos".

De igual forma, los indicadores de calidad de los servicios de atención prenatal y salud materna apuntan a que la atención debe seguir mejorando a través de intervenciones integrales y preventivas que permitan detectar riesgos fetales y maternos. Por ejemplo, todavía debe aumentarse el porcentaje de mujeres embarazadas que reciben su primera consulta prenatal en el primer trimestre de gestación, el cual fue en 2015 de 77%. Otro frente que atender son los crecientes nacimientos por cesárea¹³, que involucran mayores costos y complicaciones¹⁴. Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura y para tratar las complicaciones quirúrgicas¹⁵. El sector privado sigue presentando el mayor porcentaje de nacimientos por cesárea con 77% de los nacimientos atendidos en dichas unidades en 2015, mientras que el promedio nacional fue de 45%. Este porcentaje sigue siendo muy alto con respecto a la recomendación de la OMS de lograr que los nacimientos por cesárea representen solamente entre el 10% y el 15% de los nacimientos totales.

En los últimos años el SNS ha enfrentado transformaciones importantes, no solo por las necesidades de salud de los mexicanos, sino también por la creación del Seguro Popular y el significativo aumento de los recursos financieros públicos, a partir de la entrada en vigor del SPSS. Sin embargo, el SNS no ha logrado todavía ofrecer una atención oportuna y de calidad con estos recursos humanos, físicos y financieros para atender mejor las necesidades de salud de la población. Si bien en diferentes aspectos se requieren recursos adicionales para alcanzar los estándares internacionales, con una optimización en el uso de los recursos se podrían dar pasos importantes hacia dichos estándares.

El ISM 2016 está conformado por cinco capítulos. En el primero se aborda la estructura y las principales funciones del SNS para poner en contexto los indicadores que conforman dicho informe. En el segundo capítulo se presenta información que permite analizar la función de financiamiento, mientras que en el tercero se plantean algunos indicadores para examinar la generación de recursos del SNS. El cuarto capítulo incluye los principales indicadores sobre la prestación de servicios de salud. En el último capítulo se profundiza sobre esta función analizando indicadores que son útiles para medir la calidad de los servicios, desde el surtimiento completo de recetas médicas hasta el desempeño hospitalario.

¹³ Organización Mundial de la Salud, Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea, 2015.

¹⁴ World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet. 1985; 2: 436-7.

¹⁵ Organización Mundial de la Salud, Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea, 2015.



1. FINANCIAMIENTO

GASTO TOTAL EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB

El gasto en salud es un elemento esencial en cualquier país; es en gran medida un determinante de las posibilidades de mejoramiento de las condiciones de vida de la población a través de los sistemas de salud.

En México, en términos reales, es decir, descontando el efecto de la inflación, el gasto total en salud mostró una dinámica ascendente entre 2000 y 2010, ya partir de 2012 se estancó, inclusive se observó una ligera disminución en 2014 cercana al 3%. En contraposición, este efecto no se observa en el gasto total en salud a precios corrientes, en donde la tendencia es siempre ascendente entre 2000 y 2014, destacando además que la velocidad a la que crece el gasto en estos términos es casi el triple de lo que experimenta el gasto total en salud a precios constantes (Gráfica 1.1).

En su magnitud respecto al Producto Interno Bruto (PIB), el gasto en salud observó, entre 2000 y 2014, un comportamiento muy volátil. Aunque la diferencia entre el primer y último año reportado solo fue de 0.83 puntos porcentuales, al interior de la serie existieron cuatro descensos significativos, siendo el mayor el que se presentó entre 2009 y 2011, de -0.42 puntos (Gráfica 1.2).

En lo que respecta al gasto total en salud como porcentaje del PIB por entidad federativa, de las 32 entidades, en 27 de ellas se presentó un incremento entre 2000 y 2014. Destacan entre las de mayor crecimiento el Estado de México que incrementó el valor de este indicador en más de 2.7 puntos porcentuales, el caso de Guerrero donde su crecimiento fue de 2.5 puntos porcentuales, en tercer y cuarto lugar aparecen Chihuahua y Puebla con un incremento porcentual de 1.66 puntos en

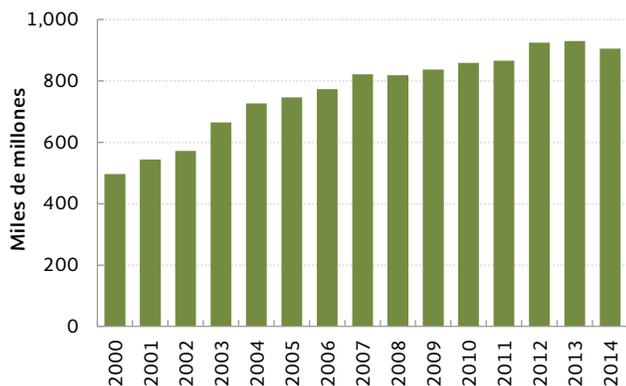
ambos casos. En sentido contrario las entidades con menor desempeño fueron Campeche con una disminución de 1.27 puntos porcentuales y Tabasco donde disminuyó 2.91 puntos porcentuales. En ambos casos la principal caída se registra entre 2002 y 2003 (67% para el caso de Tabasco y 83% en Campeche), más aún, llama la atención el descenso experimentado por Tabasco, dado que en 2000 dicha entidad fue la mejor posicionada a nivel nacional (Gráfica 1.3).

Es importante mencionar que existe un monto importante del gasto en salud que no se puede desglosar por entidad federativa, toda vez que se registra dentro de las unidades centrales de las instituciones públicas cuyo funcionamiento impacta a nivel nacional, independientemente de que se encuentren físicamente en un estado en particular.

En 2000 Tabasco, Nayarit, Ciudad de México, Baja California Sur, Yucatán y Chiapas ocuparon las primeras posiciones entre las entidades con mayor gasto total en salud como porcentaje del PIB, todas ellas por encima del 3.5%. Para 2014, la lista fue encabezada por Guerrero, Chiapas, Tlaxcala, Oaxaca, Yucatán y el Estado de México; solo Chiapas reaparece entre las entidades mejor posicionadas, ascendiendo cuatro posiciones y ubicándose en el segundo lugar.

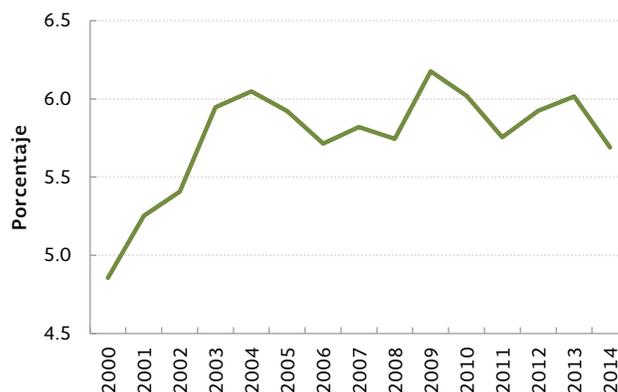
Es notorio que el gasto en salud como porcentaje del PIB presenta una gran variabilidad entre entidades, aunque parece que el incremento del gasto no está supeditado a sus condiciones socioeconómicas. Asimismo, contar con mayores recursos para la salud puede ser una condición necesaria, pero no suficiente para impactar en la salud de las personas, ya que para que se dé el efecto esperado, dichos recursos deben ser utilizados eficientemente.

Gráfica 1.1 Gasto total en salud, 2000-2014 (pesos a precios constantes de 2012)



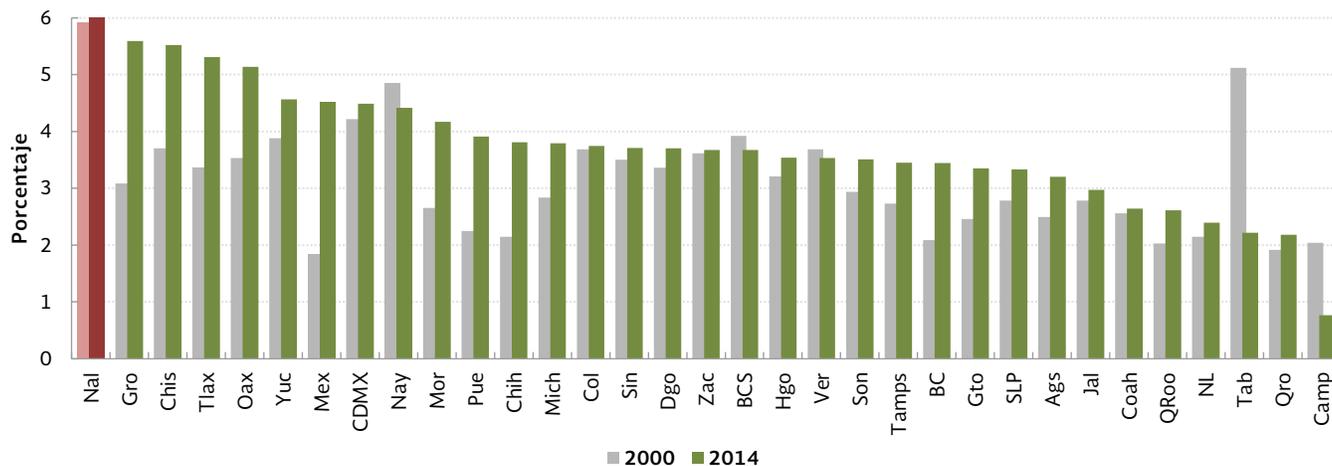
Fuente: OCDE. Health Statistics 2016, Health Expenditure and Financing October 2016.

Gráfica 1.2 Gasto total en salud como porcentaje del PIB, 2000-2014



Fuente: OCDE. Health Statistics 2016, Health Expenditure and Financing October 2016.

Gráfica 1.3 Gasto total en salud como porcentaje del PIB por entidad federativa, 2000 y 2014



Fuente: SS-DGIS. Base de datos de cuentas en salud a nivel federal y estatal, 1990-2014.

GASTO PÚBLICO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB

Similar a lo ocurrido en el gasto total en salud, el gasto público orientado a ese mismo fin experimentó, en términos reales, es decir, descontando el efecto de la inflación, un crecimiento prácticamente constante durante el periodo 2000-2013, mostrando un ligero retroceso en 2014 de poco más de 4% respecto a su valor en el año previo. Así, los incrementos de este indicador se situaron alrededor de 5% promedio anual, ubicándose en 2014 en un monto cercano a los 470 mil millones de pesos (a precios constantes de 2012), con lo cual la tasa de crecimiento en todo el periodo fue del 109%, es decir, prácticamente se duplicó el gasto público orientado al sector salud (Gráfica 1.4).

Si se observa el comportamiento del gasto público en salud como porcentaje del PIB, se confirma que el dinamismo en este indicador es errático durante el periodo de análisis. Con ello, podemos decir que, aunque en términos generales el indicador mantuvo una tendencia ascendente, se observaron dos descensos significativos a lo largo de la serie. El primero de ellos se dio entre 2004 y 2006, de -0.18 puntos porcentuales, y el segundo descenso importante se presentó entre 2013 y 2014, de -0.22 puntos (Gráfica 1.5).

Es muy claro que entre 2000 y 2014 se llevaron a cabo esfuerzos significativos en materia de gasto público en salud para mejorar las condiciones sanitarias de la población, tanto a nivel nacional como estatal.

En el análisis por entidad federativa, 24 de las 32 entidades federativas del país incrementaron el monto correspondiente al gasto público en salud como porcentaje del PIB. Seis de ellas aumentaron su valor más de 1.5 puntos porcentuales respecto

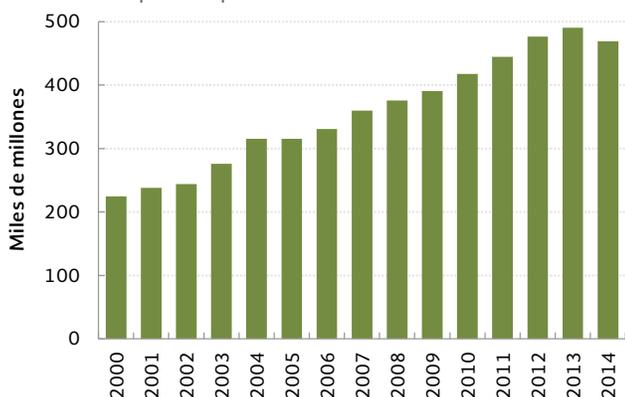
a su valor inicial, destacando entre ellas el Estado de México y Guerrero, quienes incrementaron dicho valor más de 2 puntos porcentuales. En sentido contrario se puede destacar que Tabasco y Campeche fueron de las entidades que mayor retroceso mostraron, al reducir su gasto en salud como porcentaje del PIB en 2.9 y 1.3 puntos porcentuales, respectivamente (Gráfica 1.6).

En los primeros lugares entre las entidades federativas respecto al desempeño en gasto en salud como porcentaje del PIB, solo tres de ellas, Nayarit, Yucatán y Chiapas, lograron mantenerse entre las seis mejor posicionadas en 2000 y 2014. Yucatán se mantuvo en la quinta posición a nivel nacional, Chiapas pasó del sexto al primer lugar y Nayarit descendió del segundo al sexto.

Nuevamente llama la atención la poca correlación entre el nivel de desarrollo económico de las entidades federativas y el gasto en materia de salud. Así, destacan los casos de Nuevo León y Querétaro, que además de ser dos de las entidades con el menor nivel de gasto en salud como porcentaje del PIB, dichos niveles se han mantenido prácticamente sin cambios desde 2000.

Si bien el gasto público en salud aumentó de manera importante en la última década, principalmente por la creación del Seguro Popular, en los últimos años se ha observado una tendencia a la baja. Aunque no necesariamente más recursos implican mejores servicios, el gasto público es esencial para fortalecer las actividades del sector salud, especialmente para garantizar el acceso efectivo de calidad a los servicios, repercutiendo en el gasto de bolsillo de la población. Si el escenario hacia el futuro es de cada vez menos recursos, se deben realizar acciones orientadas a hacer más eficiente el gasto y evitar el desperdicio de los recursos.

Gráfica 1.4 Gasto público en salud, 2000-2014
(pesos a precios constantes de 2012)



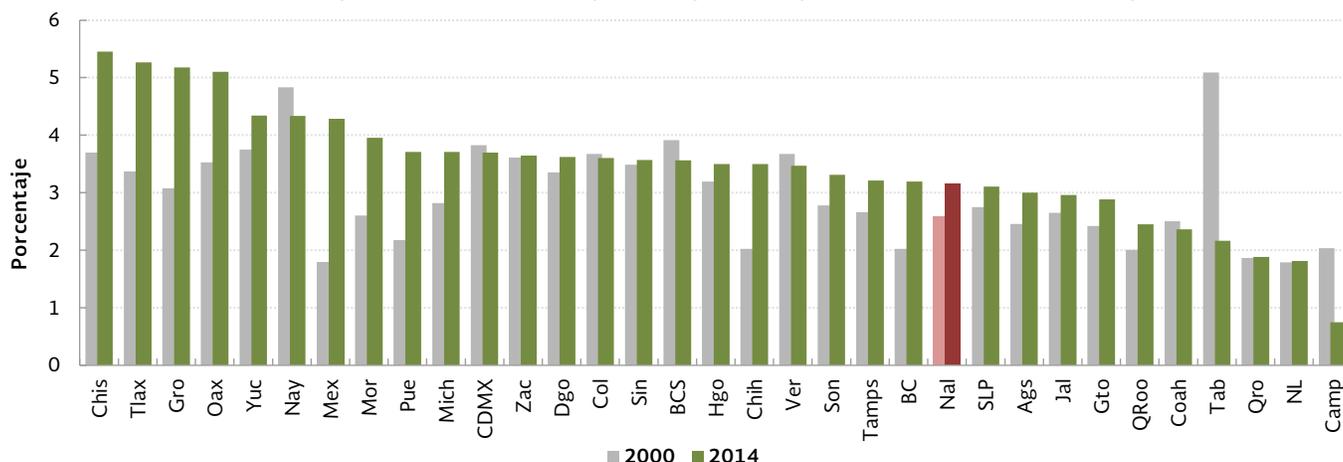
Fuente: OCDE. Health Statistics 2016, Health Expenditure and Financing October 2016.

Gráfica 1.5 Gasto público en salud como porcentaje del PIB, 2000-2014



Fuente: OCDE. Health Statistics 2016, Health Expenditure and Financing October 2016.

Gráfica 1.6 Gasto público en salud como porcentaje del PIB por entidad federativa, 2000 y 2014¹



¹ El valor nacional incluye rubros que no son desglosables a nivel estatal, por lo que para las entidades federativas solo se contempló el gasto total atribuible a cada entidad.

Fuente: SS-DGIS. Base de datos de cuentas en salud a nivel federal y estatal, 1990-2014.

GASTO PÚBLICO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL GASTO PÚBLICO TOTAL

Este indicador permite aproximar, a través de la cantidad destinada a salud, el grado de importancia que el gobierno le asigna al cuidado de la salud de la población.

De manera general, el gasto en salud como porcentaje del gasto público total tuvo un comportamiento fluctuante entre 2000 y 2014. Destaca el incremento ocurrido entre 2003 y 2004, en donde el indicador aumentó en casi 2 puntos porcentuales, sin embargo, posterior a ese incremento también se da la caída más drástica y prolongada, de 2005 a 2008 la reducción del gasto en salud como porcentaje del gasto público total disminuyó cada año en por lo menos medio punto porcentual, acumulando una pérdida de casi 2.5 puntos porcentuales. Sobresale en ese sentido el descenso de 2007 cuando el indicador se redujo en 0.37 puntos.

Uno de los factores que beneficiaron el importante incremento en el gasto en salud fue la creación del Sistema de Protección Social en Salud durante 2003, y la puesta en marcha en 2004 de su “brazo operativo”, el Seguro Popular. A partir de 2008 se detuvo la caída de este indicador, el cual osciló entre 15 y 16%, para culminar en 2014 en su valor más bajo desde 2000, 15.05% (Gráfica 1.7).

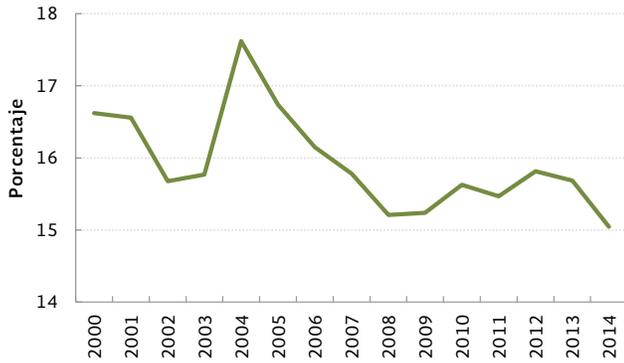
Si se analiza el comportamiento de los componentes de este indicador, se puede observar que un factor que favorece la disminución en su valor es el aumento del gasto público total (denominador) a una mayor velocidad a la que crece el gasto público en salud (numerador), considerando que sus tasas de crecimiento promedio a lo largo del periodo 2000-2014 fueron 5.8 y 5.1%, respectivamente.

En lo que respecta a las entidades federativas, en 2000, de las cinco entidades mejor posicionadas respecto al gasto público en salud como porcentaje del gasto público total, cuatro de ellas, Jalisco, Quintana Roo, Nuevo León, y Colima, lograron valores superiores al 20%. En contraste, cuatro de las cinco entidades federativas con los peores resultados, Hidalgo, Guerrero, Chiapas y Colima, apenas superaron el 10% en el valor de este indicador. En último lugar apareció Campeche con un gasto público de tan solo el 7% respecto al gasto público total (Gráfica 1.8).

Para 2014, solo Jalisco y Quintana Roo se mantuvieron entre los cinco mejor ubicados, incluso aumentando el valor inicial alcanzado en 2 y casi 6 puntos porcentuales respectivamente; Estado de México, Tlaxcala y Aguascalientes completan dicho grupo.

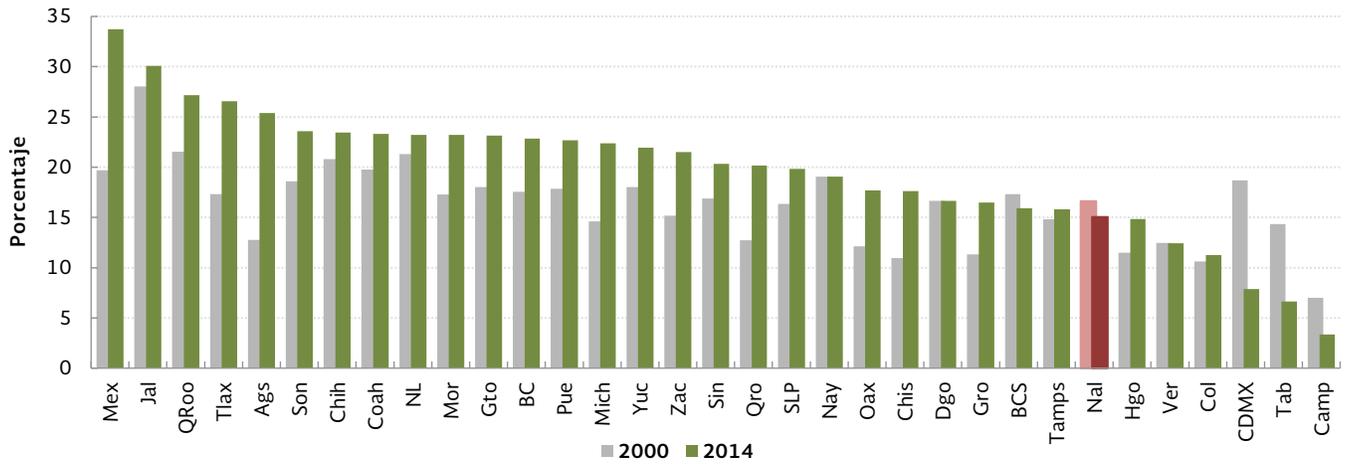
En términos de crecimiento entre el primer y último año del periodo, destaca que el Estado de México y Aguascalientes fueron las únicas entidades donde el indicador aumentó en más de 10 puntos porcentuales. En forma contraria llama la atención que la Ciudad de México observó un descenso de 10.8 puntos porcentuales, la mayor caída entre las entidades federativas. De las 32 entidades federativas, solo 6 de ellas –Nayarit, Veracruz, Baja California Sur, Campeche, Tabasco y la Ciudad de México- mostraron un descenso respecto al valor inicial del indicador.

Gráfica 1.7 Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total, 2000-2014



Fuente: SS-DGIS. Base de datos de cuentas en salud a nivel federal y estatal, 1990-2014.

Gráfica 1.8 Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total por entidad federativa, 2000 y 2014



Fuente: SS-DGIS. Base de datos de cuentas en salud a nivel federal y estatal, 1990-2014.

GASTO PÚBLICO EN SALUD EN POBLACIÓN CON SEGURIDAD SOCIAL

Una mayor cantidad de recursos es una condición necesaria, pero no suficiente, para mejorar la salud de la población. En el caso de la población que se encuentra afiliada a alguna de las instituciones de seguridad social, dicha condición podría contribuir a mejorar la calidad de los servicios con los que se cuentan y con ello contribuir de manera positiva en el mejoramiento de las condiciones de la salud en ese segmento poblacional.

El gasto público destinado a la población con seguridad social, en términos reales, es decir, descontando el efecto de la inflación, creció casi 73% entre 2000 y 2014, manteniendo una tendencia positiva, con excepción de los años 2005, 2008 y 2014, siendo la caída más pronunciada la de 2005, cuando el indicador decreció casi un 6% respecto a 2004.

No obstante, entre 2003 y 2004 también se observó el aumento más importante en los recursos destinados al cuidado de la salud de la población con seguridad social. Entre 2002 y 2003 el aumento de los recursos fue muy cercano al 12%, es decir, un incremento neto de casi 20 mil millones de pesos, dinámica que se mantuvo para el 2004 cuando los recursos lograron su mayor crecimiento durante el periodo, al pasar de 188 mil a 216 mil millones de pesos (a precios constantes de 2012), un crecimiento de poco más de 14% respecto al año anterior (Gráfica 1.9).

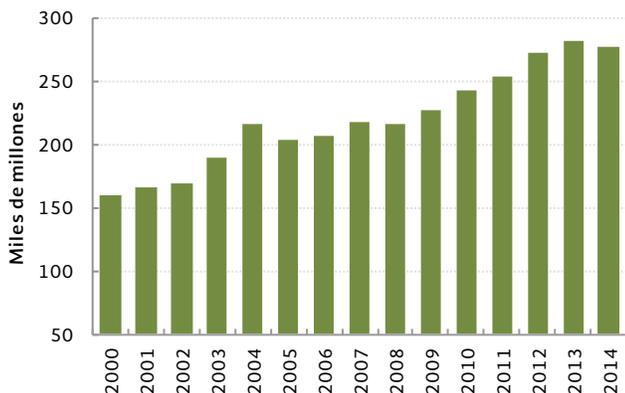
En términos per cápita reales, el comportamiento del gasto público en salud para la población con seguridad social fue similar. En 2003 y 2004 el

gasto público destinado a la población con afiliación a alguna de las instituciones de salud se ubicó en poco más de 3,800 pesos y alrededor de 4,500 pesos respectivamente. Es importante decir que aunque la tendencia fue ascendente en términos generales durante el periodo, después de 2005 el mayor valor de este indicador se registró en 2013, cuando alcanzó un nivel cercano a los 5,300 pesos, es decir, un incremento de 6.3% respecto al valor de 2000 (Gráfica 1.10).

En lo que respecta a las entidades federativas, hay que resaltar el valor del gasto en salud per cápita para población con seguridad social mostrado por la Ciudad de México, el cual fue el más alto del país, ubicándose en alrededor de 13,600 pesos, superando en más del doble al valor que presentó Sonora (6,100 pesos), quien ocupó la segunda posición entre las entidades con el mayor monto de recursos destinados a este segmento de la población. Con ello, la Ciudad de México experimentó un crecimiento de poco más de 60% en el gasto en salud per cápita para población con seguridad social entre 2000 y 2014. De las 6 entidades mejor posicionadas en 2014, tres de ellas –Ciudad de México, Sonora y Baja California Sur– lograron superar los 6 mil pesos en el indicador de gasto en salud per cápita para población con seguridad social. Además, el Estado de México, Sonora, Guerrero y Chiapas, prácticamente duplicaron su monto per cápita de gasto en salud para población con seguridad social entre 2000 y 2014.

En las condiciones expuestas anteriormente, el aumento del gasto en salud per cápita para población con seguridad social constituye un factor positivo para mejorar las condiciones de salud de ese segmento poblacional (Gráfica 1.11).

Gráfica 1.9 Gasto público en salud para población con seguridad social, 2000-2014 (pesos a precios constantes de 2012)



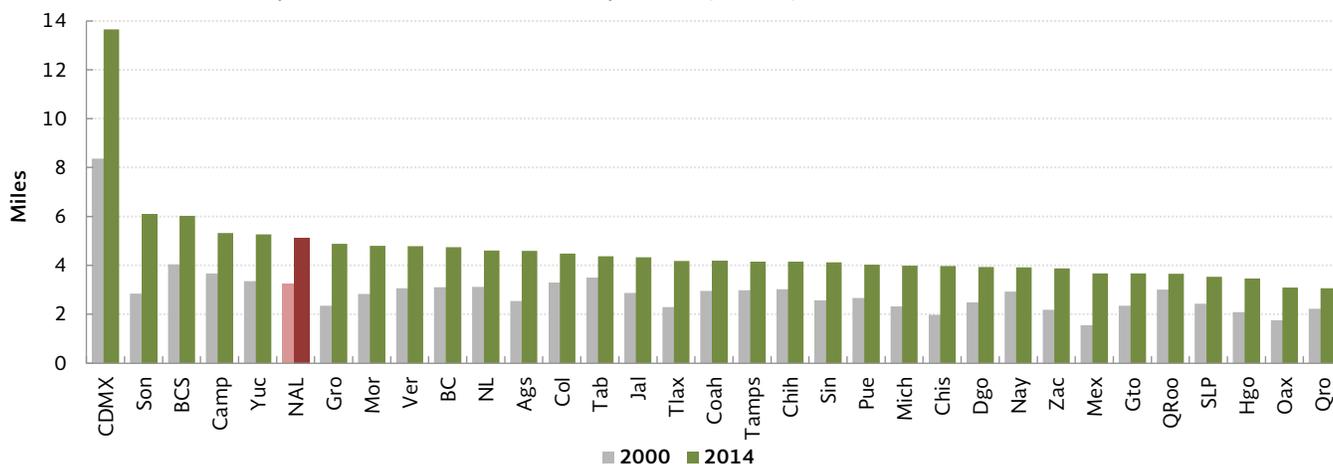
Fuente: SS-DGIS. Base de datos de cuentas en salud a nivel federal y estatal, 1990-2014.

Gráfica 1.10 Gasto público en salud per cápita para población con seguridad social, 2000-2014 (pesos a precios constantes de 2012)



Fuente: SS-DGIS. Base de datos de cuentas en salud a nivel federal y estatal, 1990-2014.

Gráfica 1.11 Gasto público en salud per cápita para población con seguridad social por entidad federativa, 2000 y 2014 (pesos a precios constantes de 2012)



Fuente: SS-DGIS. Base de datos de cuentas en salud a nivel federal y estatal, 1990-2014.

GASTO PÚBLICO EN SALUD EN POBLACIÓN SIN SEGURIDAD SOCIAL

Un problema histórico del Sistema Nacional de Salud ha sido cómo proporcionar servicios de salud a la población que no cuenta con un empleo formal que le permita acceder a la atención médica. En ese sentido, es importante evitar que la falta de cobertura se refleje en un mayor gasto de bolsillo para las familias y que este se pueda convertir en gasto catastrófico que termine con el patrimonio de la gente. El gobierno ha atendido dicha situación incrementando los recursos que se proporcionan a la población que no cuenta con servicios de seguridad social para poder proveerles servicios de salud.

Entre 2000 y 2014, en términos reales dicho gasto casi se triplicó, pasando de cerca de 77 mil a poco más de 225 mil millones de pesos. Aunque en los últimos tres años del periodo el indicador se mantuvo prácticamente en el mismo nivel, la tendencia durante los años restantes fue ascendente, mostrando tasas de crecimiento anual promedio de alrededor de 7.4%.

En términos porcentuales, resalta el incremento de 19% del indicador en 2005, respecto al nivel mostrado el año previo, lo que significó contar con recursos adicionales de poco más de 20 mil millones de pesos para atender a la población sin seguridad social, impacto directo del Seguro Popular (Gráfica 1.12).

El indicador a nivel per cápita mostró un aumento de poco más del doble de su valor inicial. Mientras que en 2000 el gobierno gastaba alrededor de mil 500 pesos para proveer servicios de salud a una persona sin seguridad social, en 2014 este monto ascendió a cerca de 3 mil 500 pesos, es decir, un aumento promedio anual de 5.7%, es decir 133% más que en 2000.

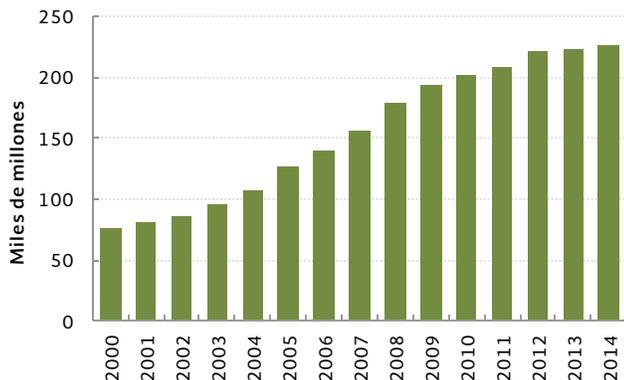
Destaca además que al medirlo en términos per cápita, el efecto fue un retroceso en el indicador a partir de 2012, debido principalmente a que la población creció a un ritmo mayor que el gasto en salud (Gráfica 1.13).

Las entidades federativas que mejor desempeño mostraron en cuanto al gasto en salud per cápita para población sin seguridad social fueron: la Ciudad de México, Campeche y Colima, cuyo indicador se ubicó en 6 mil 200, 5 mil 400 y 4 mil 700 pesos, respectivamente. No obstante, hay algunos detalles a resaltar principalmente para el caso de la Ciudad de México. Aun cuando el indicador es el más elevado de las 32 entidades federativas, su comportamiento fluctuó a lo largo del periodo, siendo además la entidad que registró el mayor descenso, cuando entre 2000 y 2001 redujo el 48% del monto inicial. A pesar de este retroceso inicial, poco a poco fue aumentando hasta ubicarse en 6 mil 200 pesos en 2014, 16% por debajo de lo registrado en 2000 (Gráfica 1.14).

En sentido contrario, las entidades con el menor gasto en salud per cápita para población sin seguridad social en 2014 fueron Puebla, Michoacán y Chiapas, que en promedio destinaron cerca de 2 mil 500 pesos a ese fin.

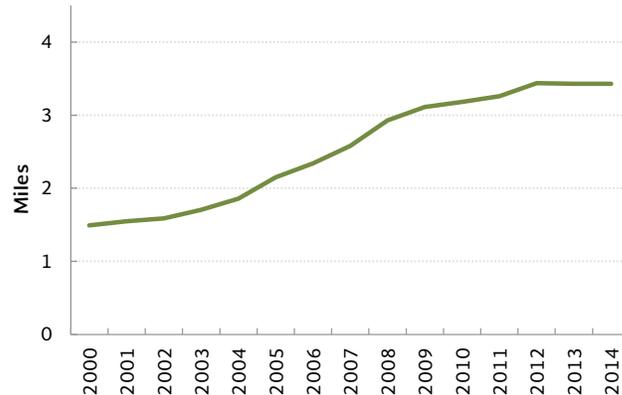
Si se compara el resultado del indicador entre 2000 y 2014, se puede subrayar que el Estado de México y Guanajuato fueron las entidades que más dinamismo mostraron, al incrementar alrededor de 4.5 veces el gasto inicial que realizaron en cada persona que carecía de seguridad social, considerando además que el Estado de México fue la entidad que mayor población sin seguridad social presentó en 2014, lo cual aumenta la importancia relativa de su esfuerzo por mejorar la atención de ese estrato de la población.

Gráfica 1.12 Gasto público en salud para población sin seguridad social, 2000-2014 (pesos a precios constantes de 2012)



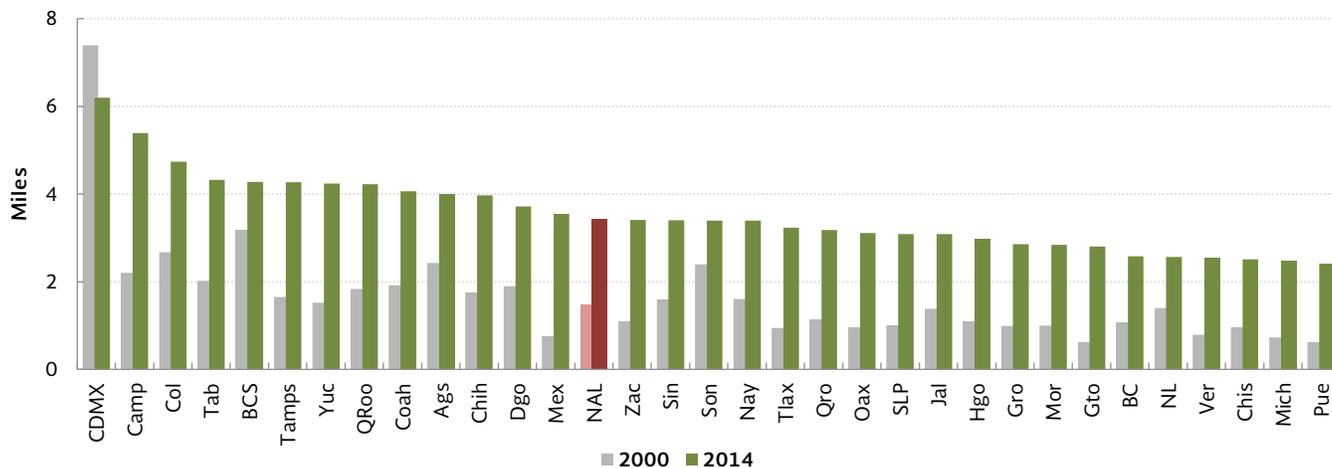
Fuente: SS-DGIS. Base de datos de cuentas en salud a nivel federal y estatal, 1990-2014.

Gráfica 1.13 Gasto público en salud per cápita para población sin seguridad social, 2000-2014 (pesos a precios constantes de 2012)



Fuente: SS-DGIS. Base de datos de cuentas en salud a nivel federal y estatal, 1990-2014.

Gráfica 1.14 Gasto público en salud per cápita para población sin seguridad social por entidad federativa, 2000 y 2014 (pesos a precios constantes de 2012)



Fuente: SS-DGIS. Base de datos de cuentas en salud a nivel federal y estatal, 1990-2014.

GASTO ESTATAL EN SALUD EN POBLACIÓN SIN SEGURIDAD SOCIAL

El gasto que las entidades federativas realizaron para atender a la población sin seguridad social mostró un incremento constante desde 2000 y hasta 2010, cuando llegó a su punto máximo en el periodo 2000-2014. En 2010 dicho gasto alcanzó en términos reales los 36 mil millones de pesos, cifra que triplicó el monto correspondiente a 2000.

A partir de 2010, el comportamiento de este tipo de gasto descendió significativamente y alcanzó su nivel más bajo en 2012, cuando se ubicó en 25 mil 500 millones de pesos, poco más de 10 mil millones de pesos menos que el valor más alto de la serie. No obstante, el indicador logró aumentar en los últimos años del periodo, para superar los 29 mil 500 millones de pesos, cifra con la que cerró 2014 (Gráfica 1.15).

Si se relaciona el indicador con el gasto federal en salud, la serie muestra variaciones importantes. En 2002 y 2010, el gasto estatal como porcentaje del gasto federal en población sin seguridad social alcanzó los dos valores más altos, 20.7% y 22% respectivamente. Sin embargo, el balance general a lo largo del periodo es negativo, ya que descendió casi 3 puntos porcentuales entre 2000 y 2014.

En ese mismo sentido, resalta el descenso que mostró el indicador entre 2010 y 2012, cuando perdió casi 9 puntos porcentuales, lo que en términos absolutos implicó que el gasto estatal se redujera en casi 10 mil millones de pesos (Gráfica 1.16).

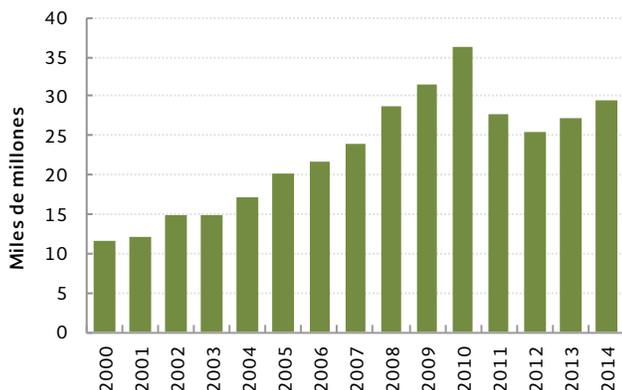
A nivel de las entidades federativas merece mención aparte el caso de Tabasco, quien en 2000 gastaba cerca de 24% más en servicios de salud que el presupuesto federal para este rubro en la entidad; para 2014, dicho porcentaje disminuyó drásticamente al perder casi 70 puntos porcentuales respecto a su monto inicial. En ese mismo sentido, otras entidades que también redujeron de forma importante la proporción del gasto estatal respecto del gasto federal para atender a la población sin seguridad social fueron Sonora, Jalisco y Aguascalientes, cuyas pérdidas fueron de 35, 34 y 25 puntos porcentuales respectivamente.

En sentido contrario, quienes incrementaron su valor respecto al monto inicial fueron Tamaulipas por arriba de los 20 puntos porcentuales, así como Yucatán, Campeche y Quintana Roo, quienes tuvieron incrementos superiores a 15 puntos.

Resalta en este indicador que 15 entidades federativas del país mostraron un retroceso en este indicador, mientras que de las 17 restantes, sólo 7 pudieron superar los 10 puntos porcentuales de incremento en el gasto estatal como porcentaje del gasto federal en salud para la población sin seguridad social. Además, 16 entidades presentaron un indicador por debajo del 10% en 2014 (Gráfica 1.17).

Aun cuando en valores absolutos el gasto estatal aumentó a lo largo del tiempo, el gasto federal creció a una velocidad mayor. Esto, aunado con el bajo gasto en algunas entidades hace necesario fortalecer el compromiso de los gobiernos estatales con la salud de su población.

Gráfica 1.15 Gasto estatal en salud para población sin seguridad social, 2000-2014 (pesos a precios constantes 2012)



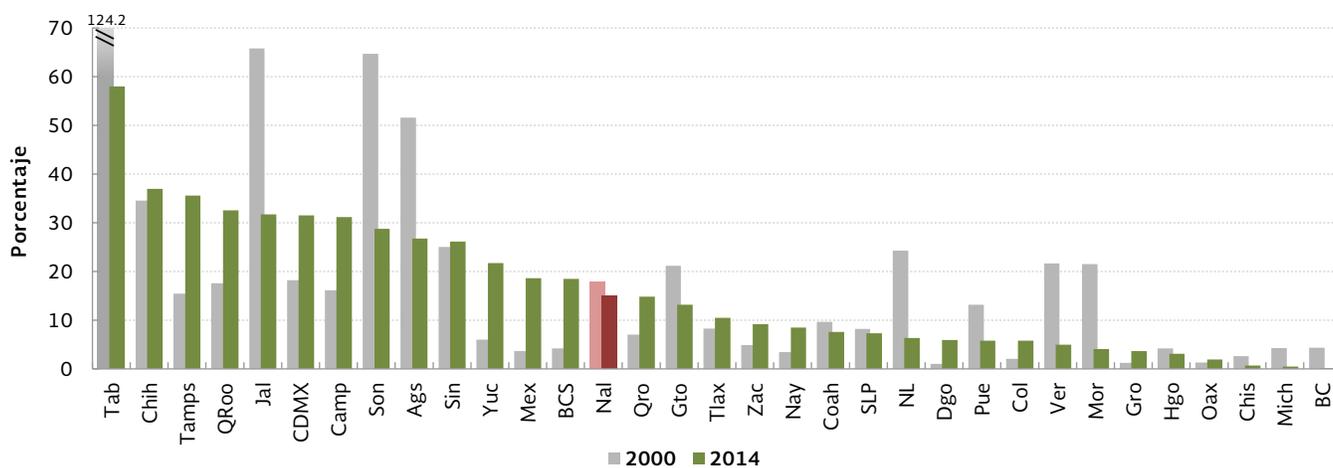
Fuente: SS-DGIS. Base de datos de cuentas en salud a nivel federal y estatal, 1990-2014.

Gráfica 1.16 Gasto estatal en salud como porcentaje del gasto federal en salud para población sin seguridad social 2000-2014



Fuente: SS-DGIS. Base de datos de cuentas en salud a nivel federal y estatal, 1990-2014.

Gráfica 1.17 Gasto estatal en salud como porcentaje del gasto federal en salud para población sin seguridad social por entidad federativa, 2000 y 2014



Fuente: SS-DGIS. Base de datos de cuentas en salud a nivel federal y estatal, 1990-2014.

GASTO PRIVADO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB

El gasto privado incluye aquel incurrido por los hogares y las empresas a través del gasto directo en servicios de salud (gasto de bolsillo) o a través del gasto en seguros médicos.

Aunque en términos absolutos el gasto privado siguió una tendencia ascendente hasta 2007, el ritmo al que creció se interrumpió a partir de 2008, cuando se presentó una reducción de 4%, alrededor de 20 mil millones de pesos menos en gasto privado en salud respecto a 2007. El comportamiento del gasto privado en salud a partir de 2008 fue variable, destacando el incremento mostrado entre 2011 y 2012 de 6.1%, un aumento real de poco más de 25 mil millones de pesos. Aunque no deja de ser importante el incremento antes mencionado, hay que hacer notar que éste fue precedido de tres años consecutivos con descenso, por lo cual el gasto privado en 2012 fue menor que en 2007 en casi 15 mil millones de pesos. A pesar de los altibajos mencionados, el gasto privado creció en más de 60% entre 2000 y 2014 (Gráfica 1.18).

En cuanto al gasto privado como porcentaje del PIB, este mostró un fuerte incremento en los primeros 4 años del periodo, llegando a un nivel de 3.48% en 2003, año a partir del cual se redujo hasta ubicarse en un valor de 3.11% en 2008. Posteriormente, entre 2009 y 2011 descendió casi 0.5 puntos porcentuales. Desde 2012 disminuyó nuevamente pero a un ritmo más lento, para alcanzar en 2014 el 2.74% del PIB (Gráfica 1.19).

No fue sino hasta 2011 que el gasto privado dejó de ser el componente principal del gasto total en salud, al pasar de 51.35% en 2010 a 49.17% en 2011. Así, en 2014 el gasto privado en salud representó el 48% del gasto total, en términos reales alrededor de 465 mil millones de pesos.

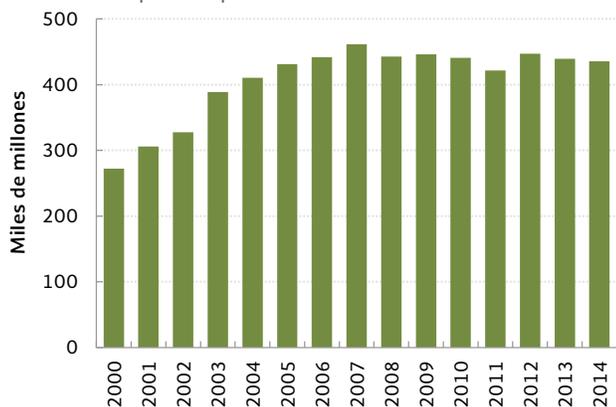
Si se considera el gasto privado como porcentaje del PIB por entidad federativa, sobresale la dinámica del indicador en la Ciudad de México. La capital del país fue una de las tres entidades, junto con Guerrero y Guanajuato, que mostraron el mayor incremento en el nivel de este indicador, 0.40, 0.41 y 0.43 puntos porcentuales respectivamente, entre 2000 y 2014. En términos absolutos, en la Ciudad de México se gastaron en servicios de salud en promedio poco más de 3 pesos más que en Nuevo León (Gráfica 1.20).

Es importante mencionar que el gasto de bolsillo no se puede desglosar por entidad federativa, por lo que para estas solo se contempló el gasto total atribuible a cada entidad, que por lo general incluye solamente las primas de seguros médicos, razón por la cual el porcentaje es inferior al nacional.

Jalisco fue el único estado que entre 2000 y 2014 redujo el gasto privado en salud como porcentaje del PIB, en 0.12 puntos porcentuales, mismo efecto exhibido en el gasto privado en términos absolutos, en donde experimentó, en promedio, una reducción de alrededor de 10% anual.

Una de las disyuntivas esenciales en lo que respecta a los recursos que se destinan al cuidado de la salud es que el gasto público debería ser mucho mayor que el gasto privado, especialmente para reducir el gasto de bolsillo y lograr el objetivo de tener un sistema de salud equitativo.

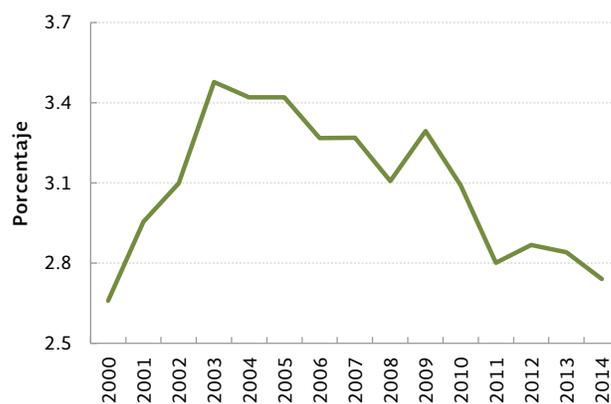
Gráfica 1.18 Gasto privado en salud, 2000-2014¹
(pesos a precios constantes de 2012)



¹ A partir de 2008 la fuente primaria de información fue la Cuenta Satélite del Sector Salud de México administrada por INEGI.

Fuente: OCDE. Health Statistics 2016, Health Expenditure and Financing October 2016.

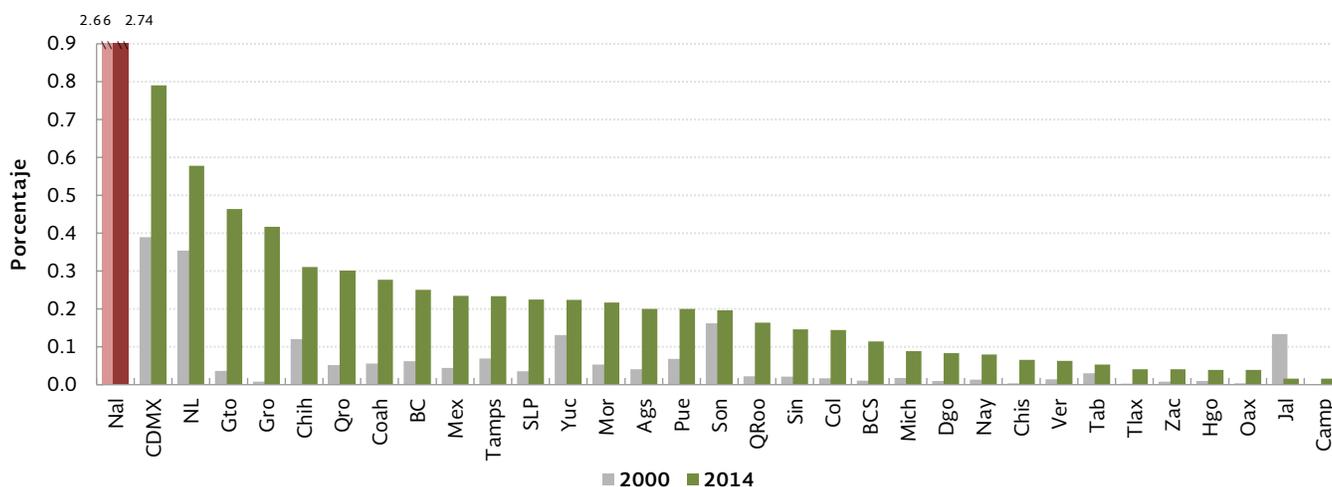
Gráfica 1.19 Gasto privado en salud como porcentaje del PIB, 2000-2014¹



¹ A partir de 2008 la fuente primaria de información fue la Cuenta Satélite del Sector Salud de México administrada por INEGI.

Fuente: OCDE. Health Statistics 2016, Health Expenditure and Financing October 2016.

Gráfica 1.20 Gasto privado en salud como porcentaje del PIB por entidad federativa, 2000 y 2014¹



¹ El valor nacional incluye rubros que no son desglosables a nivel estatal, por lo que para las entidades federativas solo se contempló el gasto total atribuible a cada entidad.

Fuente: SS-DGIS. Base de datos de cuentas en salud a nivel federal y estatal, 1990-2014.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO Y PRIVADO EN SALUD POR FUNCIONES DE LA OCDE

México ha realizado un ejercicio desde 2003 para homologar el gasto que se realiza en el SNS con el sistema de cuentas de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

De acuerdo a la clasificación de la OCDE, el gasto en el sector público se orientó principalmente entre 2003 y 2014 al pago de la “atención curativa y de rehabilitación”. En términos reales dicha categoría se ubicó en poco más de 185 mil millones de pesos en 2003, lo que implica que el monto registrado prácticamente se duplicó en 2014, cuando alcanzó un monto superior a los 387 mil millones de pesos. Así, este concepto pasó de representar el 67.2% del gasto en el sector público, a 82.6% del mismo. Destaca además que en 2010 y 2012 este tipo de gasto tuvo sus mayores aumentos en términos reales en el periodo, 12% y 11% respectivamente.

En segundo lugar en importancia aparece el gasto de “gobernanza y administración”, que registró un descenso de más de 8 puntos porcentuales entre 2003 y 2013. Además, en 2014 este rubro experimentó otra caída similar cuando se ubicó en 8.6% del gasto total en salud. A la par de la reducción de esta función en su participación relativa en el total del gasto público, su valor en términos reales también disminuyó en más de 30 mil millones de pesos en el periodo. Hay que destacar que en 2014 se revisó la metodología utilizada pues se contó con mayor detalle de la información, lo que permitió identificar gastos erróneamente clasificados como administrativos, por ejemplo: costos de operación de las unidades médicas, gasto en medicinas y gasto en infraestructura. Esto explica el importante aumento del rubro “atención curativa y de rehabilitación” y la disminución del de “gobernanza y administración”.

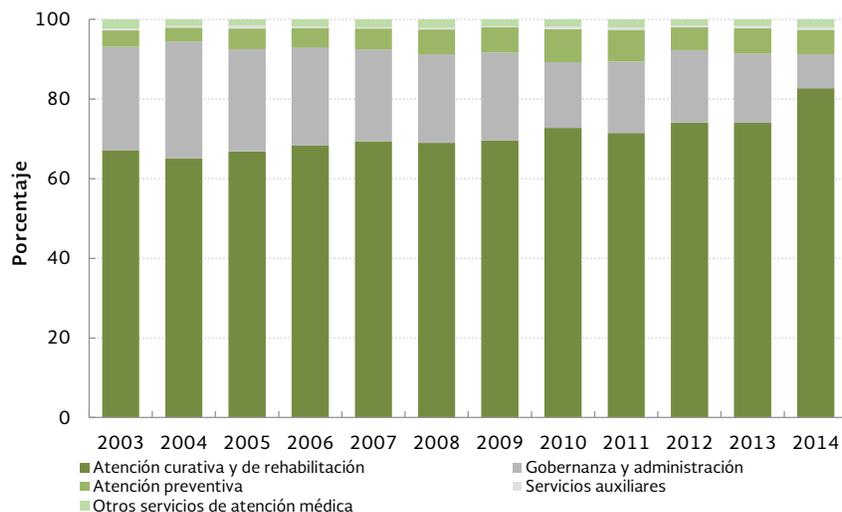
Las tres categorías que completaron la distribución del gasto en salud fueron “atención preventiva”, “servicios auxiliares” y “otros servicios de atención médica”, los que en conjunto representaron durante casi todo el periodo menos del 10% del gasto público en salud (solo en 2010 y 2011 dichas funciones representaron en conjunto 10.8% y 10.6% del total, respectivamente). La atención preventiva incrementó su importancia relativa en poco más de 2 puntos porcentuales, lo cual en términos reales correspondió a un incremento de más de 17 mil millones de pesos (Gráfica 1.21).

En lo que respecta al gasto privado, “artículos médicos” (principalmente medicamentos) fue la categoría más importante de gasto, la cual osciló, durante el periodo 2003 y 2014, entre 60% y 65% del total. En términos reales, esta función tuvo un aumento de poco más de 20 mil millones de pesos en el periodo.

La “atención curativa y de rehabilitación” fue la segunda función en orden de importancia en la distribución del gasto privado, siempre ubicada en promedio en 30% del gasto de este sector. Aunque en términos porcentuales su importancia relativa se redujo cerca de un punto porcentual, en términos monetarios el monto destinado para esta función se incrementó en casi 11 mil millones de pesos entre 2003 y 2014. Los “servicios auxiliares” se mantuvieron por debajo del 4% a lo largo del periodo, seguido de “gobernanza y administración”, cuyo valor nunca superó el 3%; por último aparecen “otros servicios de atención médica”, por debajo del 2% del total (Gráfica 1.22).

Se observa una diferencia importante entre el gasto público y privado, lo que evidencia el enfoque curativo del sector público y el gasto en medicamentos en el privado.

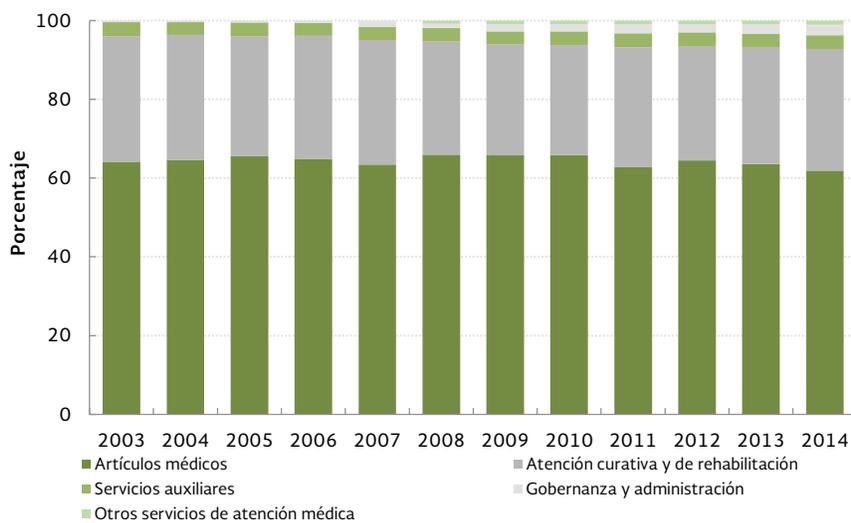
Gráfica 1.21 Distribución del gasto público en salud de acuerdo a la clasificación por funciones de la OCDE, 2003-2014¹



¹ A partir de 2014 se utiliza un mayor detalle de la información para asignar los recursos a las diferentes funciones, lo que permitió identificar gastos erróneamente clasificados como administrativos, por ejemplo: costos de operación de las unidades médicas, gasto en medicinas y gasto en infraestructura.

Fuente: OCDE. Health Statistics 2016, Health Expenditure and Financing, October 2016.

Gráfica 1.22 Distribución del gasto privado en salud de acuerdo a la clasificación por funciones de la OCDE, 2003-2014¹



¹ A partir de 2014 se utiliza un mayor detalle de la información para asignar los recursos a las diferentes funciones, lo que permitió identificar gastos erróneamente clasificados como administrativos, por ejemplo: costos de operación de las unidades médicas, gasto en medicinas y gasto en infraestructura.

Fuente: OCDE. Health Statistics 2016, Health Expenditure and Financing, October 2016.

GASTO DE BOLSILLO

Uno de los mayores desafíos a los que se enfrenta el SNS es reducir el gasto de bolsillo que afecta a las familias. Dicha erogación involucra todos los gastos destinados a solventar las necesidades de atención de la salud de los integrantes de los hogares, por ejemplo en honorarios médicos, compra de medicamentos y facturas de hospitalización. En ese sentido, la fragmentación del sistema de salud ha constituido un factor estructural para que el gasto de bolsillo no se reduzca sensiblemente y de alguna manera perpetua los efectos negativos que trae consigo dicho gasto.

Entre 2000 y 2007 el gasto de bolsillo en términos reales aumentó de manera importante; tan solo en ese periodo se dio un incremento de poco más de 170 mil millones de pesos, lo que implicó un crecimiento neto en el periodo de 66.3%, es decir, una tasa de crecimiento de 3.5% anual en promedio. Posterior a 2007, la tendencia del gasto de bolsillo fluctuó, mostrando sus niveles más bajos en 2011, cuando se ubicó en 370 mil millones de pesos y en 2014, cuando fue de poco más de 375 mil millones de pesos (monto 56 mil millones de pesos inferior al reportado en 2007) (Gráfica 1.23).

No obstante, el comportamiento ascendente en términos reales, si se hace la medición del gasto de bolsillo como porcentaje del gasto privado, la tendencia se invierte, aunque con pequeños estancamientos entre 2009-2010 y 2011-2012.

La reducción del gasto de bolsillo como porcentaje del gasto privado entre 2000 y 2014 fue importante, pues perdió casi 10 puntos porcentuales respecto de su valor al inicio del periodo, con lo cual el gasto de bolsillo se ubicó en 2014 en 86.08% del gasto privado (Gráfica 1.24).

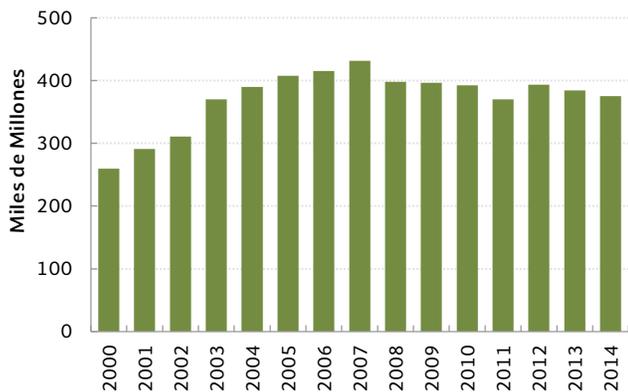
Aún con la disminución que presenta el gasto de bolsillo como proporción del gasto privado, un valor por encima del 80% resulta claramente deficiente para un sistema de salud que persigue la universalidad en la prestación de sus servicios. El gasto de bolsillo en México que se presenta al momento de acudir a recibir la atención médica permanece entre los más altos entre los miembros de la OCDE¹⁶.

Un caso similar al anterior se presenta cuando comparamos el gasto de bolsillo en términos del gasto total en salud. Aunque con un ligero incremento entre 2000 y 2003 que alcanzó casi 3.5 puntos porcentuales, la inercia del indicador siempre fue descendente desde 2005, logrando acumular una caída de poco más de 13 puntos porcentuales en todo el periodo, para terminar en 2014 en 41.4% respecto al gasto total en salud (Gráfica 1.25).

El hecho de que el acceso a servicios de salud y a los medicamentos todavía dependa en poco más del 40% de la capacidad privada de compra de los hogares refleja los problemas de inequidad persistentes en el acceso efectivo a la salud.

¹⁶ Centro de Investigación y Docencia Económica. "Avances y temas pendientes de la política de salud en México", pp. 89.

Gráfica 1.23 Gasto de bolsillo, 2000-2014
(precios constantes de 2012)



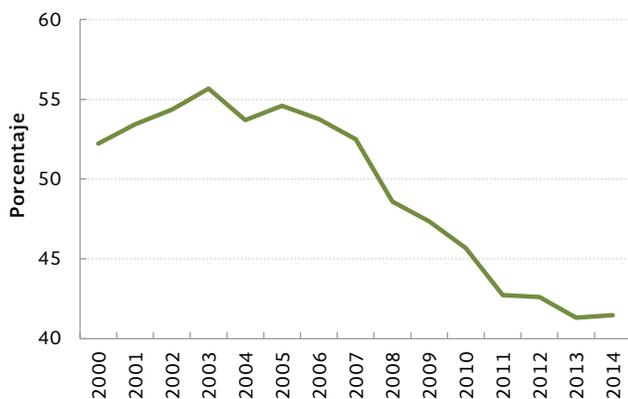
Fuente: OCDE. Health Statistics 2016, Health Expenditure and Financing October 2016.

Gráfica 1.24 Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto privado en salud, 2000-2014



Fuente: OCDE. Health Statistics 2016, Health Expenditure and Financing October 2016.

Gráfica 1.25 Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud, 2000-2014



Fuente: OCDE. Health Statistics 2016, Health Expenditure and Financing October 2016.

VALOR DEL TRABAJO NO REMUNERADO EN EL CUIDADO DE LA SALUD

El trabajo no remunerado constituye el esfuerzo realizado por los integrantes de un hogar al cuidado de un enfermo sin recibir pago por el servicio. Este indicador está constituido por el tiempo dedicado al cuidado de la salud de enfermos dentro del propio hogar, el apoyo a otros hogares y el trabajo voluntario a través de instituciones no lucrativas dedicadas a prestar servicios de salud. De esta forma, se considera que la producción de los servicios de salud no remunerados es similar a los disponibles en el mercado y contiene tanto insumos como trabajo, por lo cual su valor económico está sustentado en el tiempo efectivo dedicado a dicha actividad.

El análisis del trabajo no remunerado en términos monetarios utiliza para su estimación el concepto de “costo de reemplazo”, el cual emplea el precio por hora de un servicio similar en el mercado. En este sentido, se utiliza el valor económico de una hora de trabajo no remunerado destinado al cuidado de salud de enfermos temporales, tomando como proxy el salario de una trabajadora del hogar, mientras que para los cuidados especializados en salud, como los enfermos crónicos o con algún tipo de discapacidad física o mental se utiliza el salario de los servicios de enfermería a domicilio¹⁷.

Durante el periodo 2008-2011 el valor bruto de la producción del trabajo no remunerado se incrementó casi 8 mil millones de pesos (a precios constantes de 2012), ubicándose en un nivel de poco más de 130 mil millones de pesos, es decir, experimentó un crecimiento de alrededor de 6% en 3 años. A partir de 2011, el valor bruto de la producción del trabajo no remunerado descendió de forma que en 2014 alcanzó prácticamente el mismo nivel de 2008 (Gráfica 1.26).

En el análisis por grandes rubros de este indicador, los cuidados de la salud dentro del hogar fueron

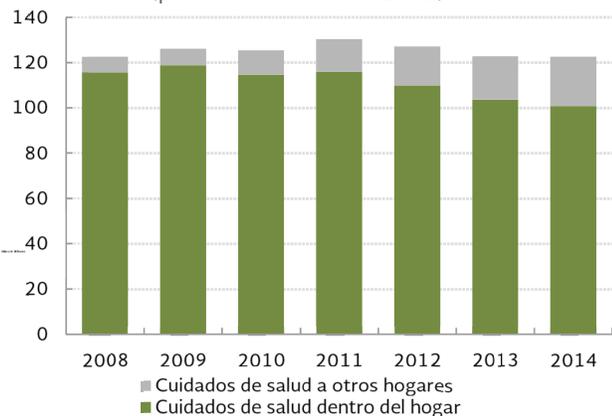
los más importantes en 2008, cuando constituyeron más del 90% del total del valor del trabajo no remunerado; sin embargo, dicho porcentaje descendió de manera constante hasta ubicarse en poco más de 82% en 2014. Aunque esta categoría presentó un incremento en términos monetarios, su menor participación se debió al gran aumento de los cuidados de la salud a otros hogares, que crecieron más de 4 veces respecto a su valor en 2008, para ubicarse en cerca de 22 mil millones de pesos.

Al interior de los cuidados de la salud en el hogar, destacan los cuidados especializados, que representaron 72% del total monetario en 2014, seguidos de los cuidados preventivos con 15%. Este último componente se triplicó desde 2008, cuando representó poco más del 5% del total (Gráfica 1.27).

Independientemente del rubro del que se trate, a lo largo de todo el periodo se mantuvo la importancia del valor bruto de la producción del trabajo no remunerado realizado por mujeres, con un promedio superior al 70% del valor total del trabajo no remunerado. El único rubro donde la distribución del valor es más homogénea, es en el trabajo voluntario, donde el promedio a través de los años fue de 50% para hombres y mujeres.

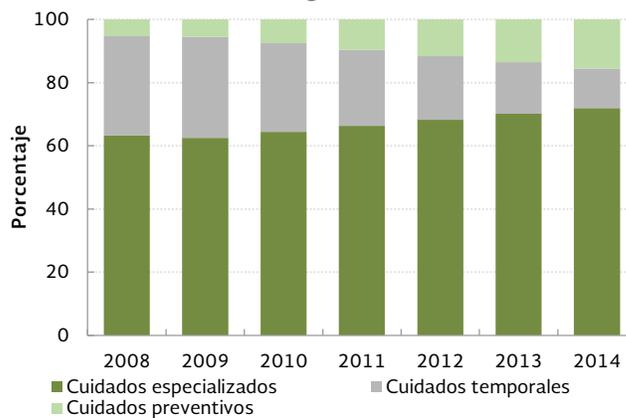
¹⁷ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. "Sistema de Cuentas Nacionales de México".

Gráfica 1.26 Valor bruto del trabajo no remunerado en el cuidado de la salud, 2008-2014 (precios constantes de 2012)



Fuente: INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México. Cuenta satélite del sector salud de México 2008-2014.

Gráfica 1.27 Distribución del valor bruto del trabajo no remunerado en el cuidado de la salud dentro de los hogares, 2008-2014



Fuente: INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México. Cuenta satélite del sector salud de México 2008-2014.

HORAS DE TRABAJO NO REMUNERADO EN EL CUIDADO DE LA SALUD

Un segundo análisis que se deriva del trabajo no remunerado se tiene al conocer el tiempo efectivo, medido en horas, que los integrantes de las familias destinan de manera semanal al cuidado de algún enfermo.

A diferencia de lo que sucede en la medición en valores monetarios, en términos de horas por semana, el indicador mantuvo una tendencia creciente. Tan solo en los siete años considerados para este análisis (2008-2014), el indicador aumentó en más de 17 millones de horas por semana, es decir, más de 25% respecto a su valor al inicio del periodo, que fue de 67.6 millones de horas a la semana (Gráfica 1.28).

Al igual que en el gasto monetario, las horas destinadas a los cuidados dentro del hogar fueron superiores a las destinadas en otros hogares. No obstante, las primeras disminuyeron respecto de la participación total de manera importante desde 2008, cuando representaron 91% del total de horas, mientras que en 2014 fueron el 70%. Lo anterior se debió a una ligera disminución del total de horas destinadas a los cuidados dentro del hogar, así como al rápido crecimiento de las horas destinadas a los cuidados en otros hogares.

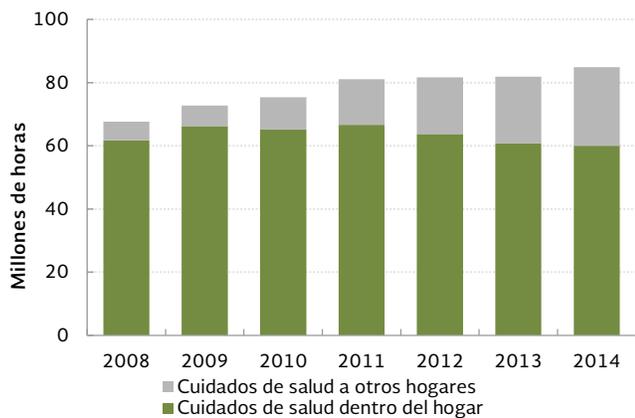
Respecto a los cuidados dentro del hogar, al principio del periodo, los cuidados temporales acaparaban 57% de las horas de trabajo no remunerado semanales. Sin embargo, con el paso de los años la composición porcentual se modificó considerablemente. Aunque mantuvo casi el mismo nivel de

2008, el trabajo orientado a cuidados especializados se posicionó en 2014 con el primer lugar en importancia con 42% del total; seguido de los cuidados preventivos con 31%, más de 22 puntos porcentuales por encima de su valor en 2008; y por último los cuidados temporales, que experimentaron la caída más pronunciada, perdiendo 31 puntos porcentuales en el periodo (Gráfica 1.29).

En los tres rubros antes mencionados, el trabajo desarrollado por las mujeres siempre mantuvo el mayor peso relativo. En 2014, tan solo en los cuidados temporales, por cada hora destinada por los hombres, las mujeres empleaban 2.3 horas al cuidado de los enfermos en el hogar. Sobresale que el único rubro en donde la proporción mayoritaria del trabajo no remunerado femenino no es tan evidente es en el trabajo voluntario en salud (en otros hogares), en donde el porcentaje en 2008 de 45% de trabajo no remunerado femenino y 55% masculino, se revirtió en 2011, y para 2014 alcanzó 56% en mujeres y 44% en hombres.

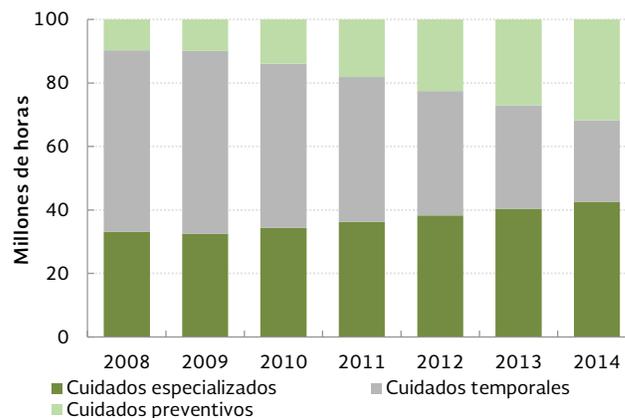
Cabe destacar que, aunque de manera proporcional la preponderancia de la participación de las mujeres en cada rubro es un elemento que casi no se modificó a lo largo de todo el periodo, la participación masculina ganó terreno de manera paulatina a lo largo de los años. En términos generales sin importar el rubro, las horas de trabajo no remunerado se repartían en un porcentaje promedio de 75% trabajo femenino y 25% trabajo masculino, en 2008; situación que se modificó para quedar en 2014 en un porcentaje de 70% y 30% para mujeres y hombres, respectivamente.

Gráfica 1.28 Horas a la semana de trabajo no remunerado en el cuidado de la salud, 2008-2014



Fuente: INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México. Cuenta satélite del sector salud de México 2008-2014.

Gráfica 1.29 Distribución de horas a la semana de trabajo no remunerado en el cuidado de la salud dentro de los hogares, 2008-2014



Fuente: INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México. Cuenta satélite del sector salud de México 2008-2014.



2. RECURSOS

UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA

Las unidades médicas de consulta externa son el principal punto de contacto de la población con los servicios de atención médica. Independientemente de la condición de aseguramiento, en ellas se concentran gran parte de las actividades que se desarrollan en el Sistema Nacional de Salud, por lo que su adecuada distribución resulta importante para el correcto funcionamiento del Sistema.

En números absolutos, al cierre 2014 se tenían registradas 24,199 unidades de consulta externa en todo el país, lo que representó un aumento de 23% con respecto a 2007, es decir, 4,539 unidades nuevas. Sin embargo, en los primeros tres años (2008-2010) se instalaron alrededor de 3,000 unidades, mientras que entre 2011 y 2014 el crecimiento de unidades disminuyó de forma importante; en 2013 y 2014 solamente se abrieron poco más de 280 unidades de consulta externa en cada año (Gráfica 2.1).

A pesar de que la Clave Única de Establecimientos de Salud es asignada a las unidades médicas del sector público y privado, en 2014 alrededor del 66% de ellas correspondían a la Secretaría de Salud y el 16% a IMSS-PROSPERA, cifras no muy diferentes a lo reportado desde 2007. Por otra parte, solamente alrededor del 2% de las unidades registradas correspondieron al sector privado, por lo cual puede haber un subregistro en este sector (Gráfica 2.2).

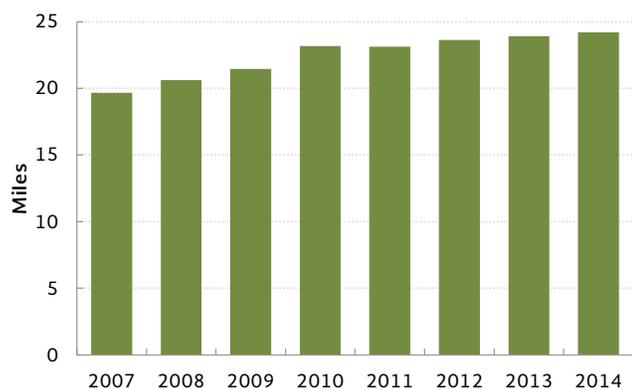
En términos de la población a la que potencialmente pueden atender, a nivel nacional en 2014 hubo 2 unidades de consulta externa por cada 10,000 habitantes, es decir, alrededor de 1 por cada 5,000 personas. Este nivel por habitante se alcanzó desde 2010 y se ha mantenido prácticamente sin cambios desde entonces. No obstante, desde 2007 ya se contaba con 1.8 unidades por cada 10,000 habitantes (Gráfica 2.3).

En 2014, poco más del 50% de las unidades de consulta externa se ubicaron en 9 entidades federativas, en orden descendente: Chiapas, Veracruz, Oaxaca, Estado de México, Puebla, Guerrero, Michoacán, Jalisco e Hidalgo. En dicho año, cada una de estas entidades tuvo más de 1,000 unidades. Aunado a lo anterior, desde 2007 esas mismas entidades contaron con más del 50% de las unidades a lo largo del periodo. El Estado de México, Oaxaca y la Ciudad de México fueron las entidades donde se observaron los mayores aumentos en términos absolutos, con más de 320 unidades nuevas entre 2007 y 2014 en cada entidad. En términos porcentuales de las unidades existentes en 2007, la Ciudad de México aumentó su número 63%, mientras que Baja California Sur 58% y Baja California 46%.

En términos poblacionales, en 2014 las entidades con mayor número de unidades de consulta externa por cada 10,000 habitantes fueron Oaxaca y Nayarit, con alrededor de 4 unidades, es decir, 1 por cada 2,500 personas. En el otro extremo se encontraron la Ciudad de México y Baja California, las cuales registraron poco menos de 1 unidad por cada 10,000 habitantes. Además, la Ciudad de México fue la que experimentó el mayor crecimiento, ya que el número de unidades por habitante aumentó un 65% comparado con 2007 cuando tenía menos de una unidad (0.6) por 10,000 habitantes (Gráfica 2.4).

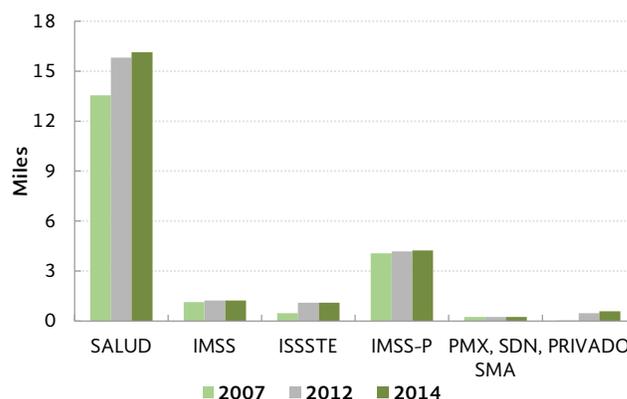
Pareciera que las entidades con mayor número de unidades por habitante fueron aquellas en las que las condiciones geográficas, aunado a la dispersión de la población, dificultaban el acceso a los servicios de atención médica. Por el contrario, aquellas con menos unidades pudieron ser las entidades cuya población presentaba una mayor concentración en centros urbanos.

Gráfica 2.1 Unidades de consulta externa, 2007-2014



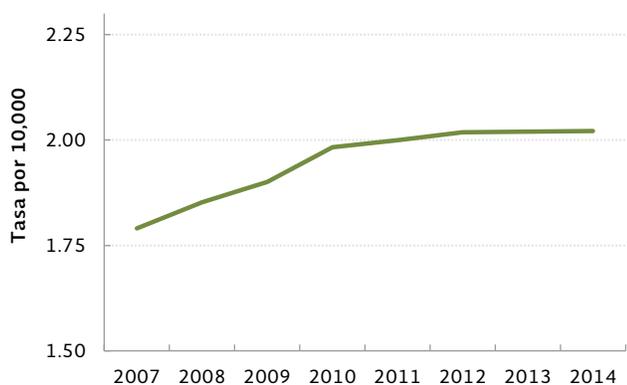
Fuente: SS-DGIS, Sistema de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 2007-2014.

Gráfica 2.2 Unidades de consulta externa por institución, 2007, 2012 y 2014



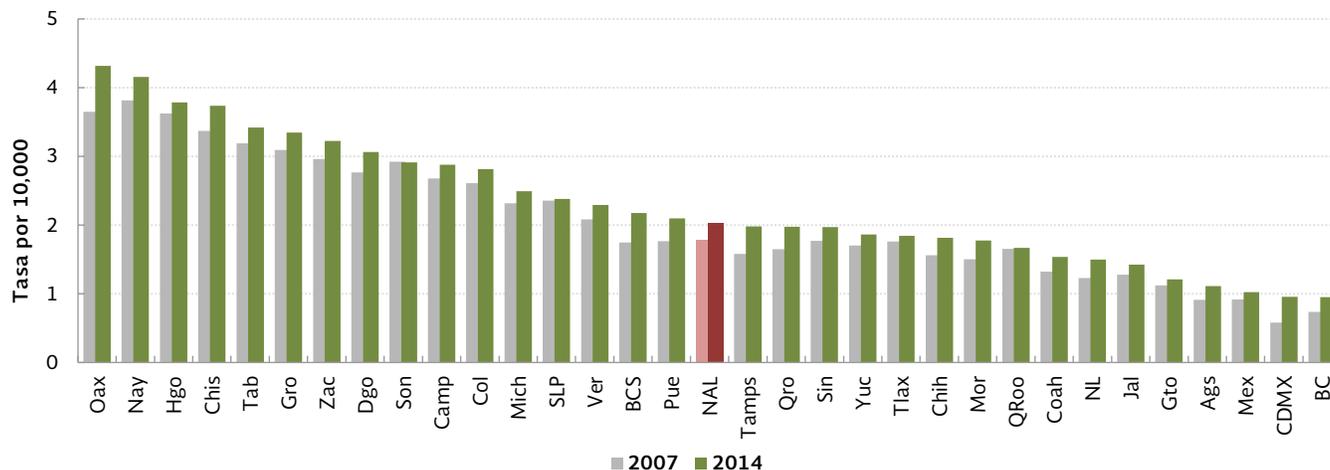
Fuente: SS-DGIS, Sistema de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 2007, 2012 y 2014.

Gráfica 2.3 Unidades de consulta externa por 10,000 habitantes, 2007-2014



Fuente: SS-DGIS, Sistema de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 2007-2014. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030.

Gráfica 2.4 Unidades de consulta externa por 10,000 habitantes por entidad federativa, 2007 y 2014



Fuente: SS-DGIS, Sistema de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 2007 y 2014. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030.

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

Las unidades de hospitalización prestan servicios a pacientes que requieren ser internados para recibir atención médica o paramédica sin tomar en cuenta el tiempo de estancia en la unidad. Los hospitales, además de prestar servicios médicos, proveen una fuente valiosa de información para la investigación en temas de salud.

A nivel nacional, la generación de nuevas unidades de hospitalización fue considerable, al aumentar de 2,580 a 4,550 entre 2007 y 2014, dicho incremento representó cerca de 77%. No obstante, durante los tres primeros años el crecimiento fue más acelerado y a partir de 2012 disminuyó paulatinamente. Durante todo el periodo la tasa de crecimiento anual fue de 8.4% en promedio, es decir, 280 unidades hospitalarias nuevas por año (Gráfica 2.5).

Respecto a las unidades de hospitalización por institución, el sector privado presentó más de 50% del total de unidades en el país. Asimismo, fue el sector que duplicó su número en solo 7 años, teniendo el mayor crecimiento de 2007 a 2012; y para 2014 contaba con 69% del total de las unidades. En este sentido, llama la atención que la población afiliada haya sido de apenas 3.2 millones en este sector. En contraste, el Seguro Popular y el IMSS fueron las instituciones con el mayor número de afiliados 48.6 y 38.1 millones respectivamente¹⁸, sin embargo, solo contaron con 18.3% y 6.3% de las unidades para brindar servicio de atención sanitaria a sus derechohabientes (Gráfica 2.6).

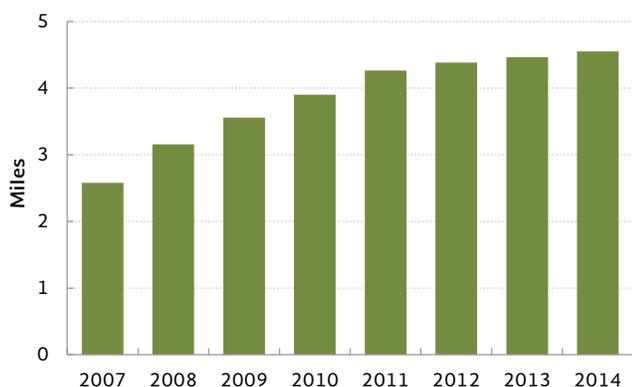
En términos de las unidades hospitalarias en relación con el número de personas que deben atender, estas aumentaron de poco más de 2 hospitales por cada 100 mil habitantes en 2007 a alrededor de 4 unidades por cada 100,000 habitantes, en 2014. Esta cifra se ha mantenido casi invariable desde 2011 (Gráfica 2.7).

Al analizar la tendencia en la construcción de hospitales por entidad federativa, resalta el crecimiento ocurrido en 28 de los 32 estados. Las entidades con mayor generación de nuevas unidades fueron Baja California, Querétaro y la Ciudad de México, con incrementos de 10, 9.5 y 5 veces más, respectivamente. Bajo este contexto, el incremento pudo deberse tanto a la construcción y apertura de nuevas unidades como por un mejor registro de las mismas en el sistema de CLUES (Gráfica 2.8).

Dado este panorama, a pesar del incremento en las unidades hospitalarias hay gran desigualdad en su distribución, tanto por entidad federativa como por institución. Existen lugares donde los pacientes pueden recorrer grandes distancias para poder recibir la atención y sitios donde la calidad de los servicios se puede ver mermada a causa de la sobredemanda del servicio hospitalario, mientras en otras áreas existe una subutilización de las unidades, por lo que se requiere fortalecer la planeación de la infraestructura hospitalaria, para transitar hacia una cobertura universal en salud brindando servicios de calidad que satisfagan las necesidades de la población.

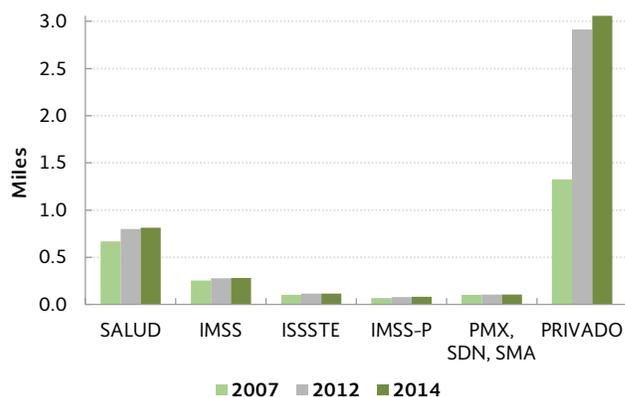
¹⁸ INEGI. Encuesta Intercensal 2015.

Gráfica 2.5 Unidades de hospitalización, 2007-2014



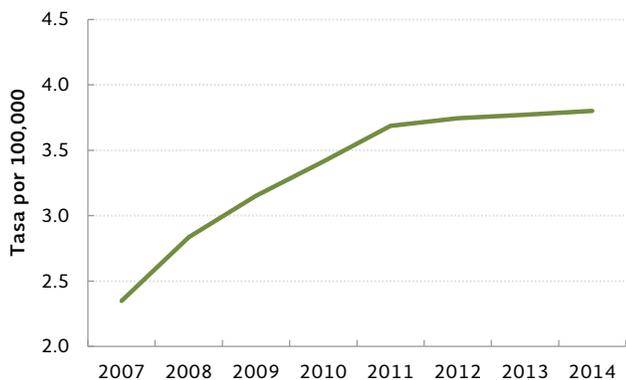
Fuente: SS-DGIS, Sistema de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 2007-2014.

Gráfica 2.6 Unidades de hospitalización por institución, 2007, 2012 y 2014



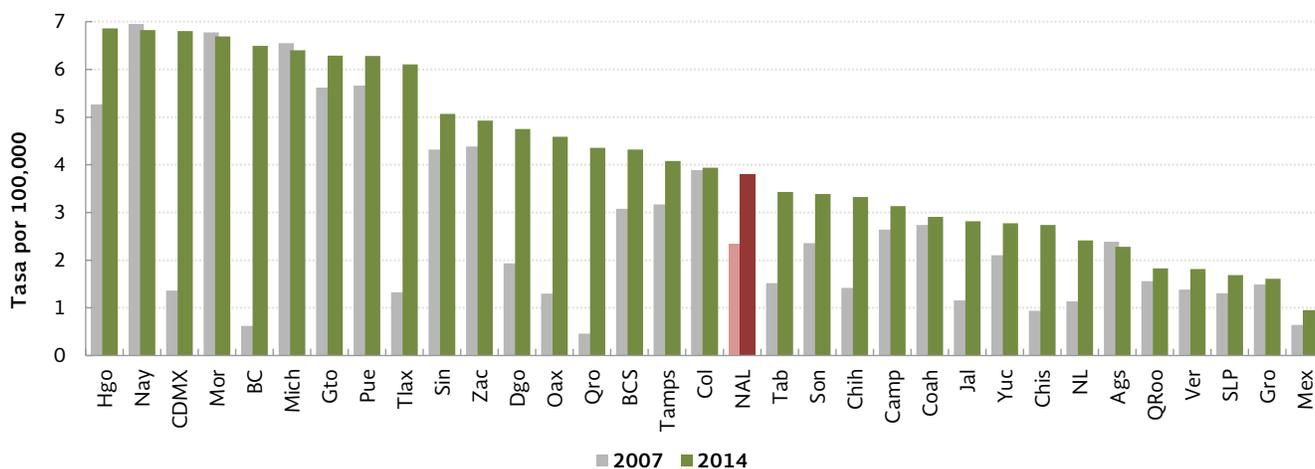
Fuente: SS-DGIS, Sistema de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 2007, 2012 y 2014.

Gráfica 2.7 Unidades de hospitalización por 100,000 habitantes, 2007-2014



Fuente: SS-DGIS, Sistema de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 2007-2014. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030.

Gráfica 2.8 Unidades de hospitalización por 100,000 habitantes por entidad federativa, 2007 y 2014



Fuente: SS-DGIS, Sistema de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 2007 y 2014. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030.

CAMAS HOSPITALARIAS¹⁹

Las camas se utilizan para dar atención transitoria, provisional o bien para el uso regular de los pacientes. Conocer su distribución es útil para conocer la disponibilidad de recursos hospitalarios en el sector salud.

Entre 2005 y 2014 a nivel nacional, el número de camas hospitalarias incrementó de manera paulatina de 111 mil a 123 mil, aun cuando en 2006 se registró una ligera reducción de las mismas. La tasa de crecimiento anual de 1.2% en promedio significó 1,443 camas nuevas por año, reflejando la carencia relativa de camas que existe en el país (Gráfica 2.9).

De acuerdo con la disponibilidad y distribución geográfica de este recurso podemos conocer la capacidad que tienen estas para producir servicios clínicos²⁰. En este sentido, en 2014 la Secretaría de Salud contó con el mayor número de camas, en sus unidades hospitalarias se concentró poco más de 32% del total de camas en el sector, mientras que el IMSS se mantuvo alrededor de 27% durante el periodo. De 2005 a 2014 el sector privado mostró una pequeña reducción de 32% a 29% del total de camas. Esto último contrasta con la gran cantidad de hospitales del sector privado, lo que se justifica por la existencia de muchos hospitales privados pequeños, es decir, con pocas camas en área de hospitalización (Gráfica 2.10).

En relación con el número de habitantes, desde 2005 el promedio se ha mantenido casi constante de una cama por cada 1,000 habitantes en toda

la República Mexicana, mientras que en los países de la OCDE²¹ fue de 4.8 camas por cada 1,000 habitantes en 2012 (Gráfica 2.11).

A nivel estatal, el número de camas en la Ciudad de México fue de 2.4 camas por cada 1,000 habitantes, estado con la mayor tasa. Esto se debe a la gran concentración de hospitales que existe en esta metrópoli, incluyendo los Institutos Nacionales de Salud. Por el contrario, Chiapas fue la entidad donde apenas hubo una cama por cada 2,000 habitantes. Asimismo, se registró una reducción de este recurso en casi la mitad de los estados del país entre 2005 y 2014. En contraste, las entidades con mayor incremento de camas hospitalarias fueron San Luis Potosí, Nuevo León y Campeche con 35%, 24% y 17% respectivamente (Gráfica 2.12).

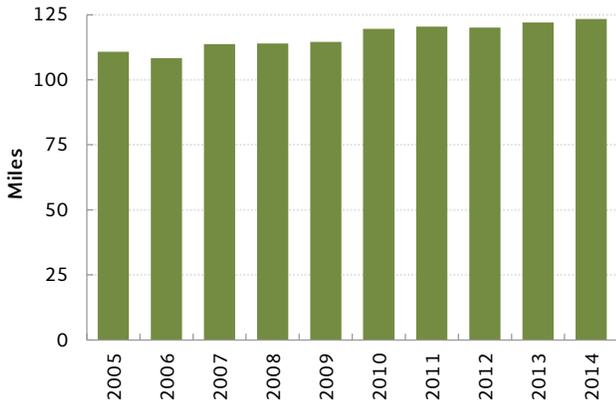
En resumen, la carencia relativa de camas hospitalarias parece ser una consecuencia de la sobrecapacidad de este recurso. Además, se tiene la idea de que un mayor número de camas reflejan una mejor atención hospitalaria y de urgencias; sin embargo, en países desarrollados su tendencia decreciente manifiesta la eficiencia de la prevención y atención de las enfermedades a través de la atención primaria a la salud. En México, la atención ambulatoria podría ser la directriz a seguir, realizando mejores actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en el primer nivel, resolviendo y atendiendo en este las necesidades en salud de los habitantes, mejorando la salud humana a la vez que se descongestionan los servicios en el segundo nivel de atención.

¹⁹ Incluye camas de internamiento, urgencias, recuperación, trabajo de parto, cirugía ambulatoria, cuidados intermedios, terapia intensiva, cunas e incubadoras de traslados.

²⁰ Secretaría de Salud. "Salud: México 2003. Información para la rendición de cuentas" México 2004.

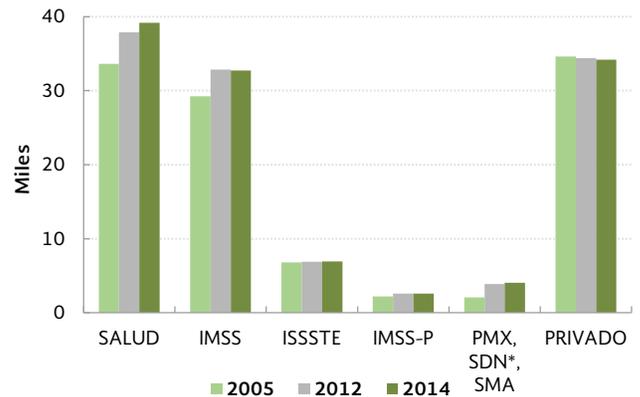
²¹ Organization for Economic Cooperation and Development. "How does Mexico compare?" OECD Health Statistics 2014.

Gráfica 2.9 Camas hospitalarias, 2005-2014



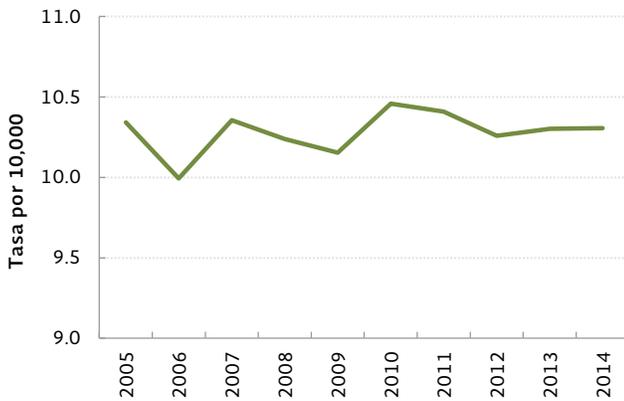
Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005-2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

Gráfica 2.10 Camas hospitalarias por institución, 2005, 2012 y 2014



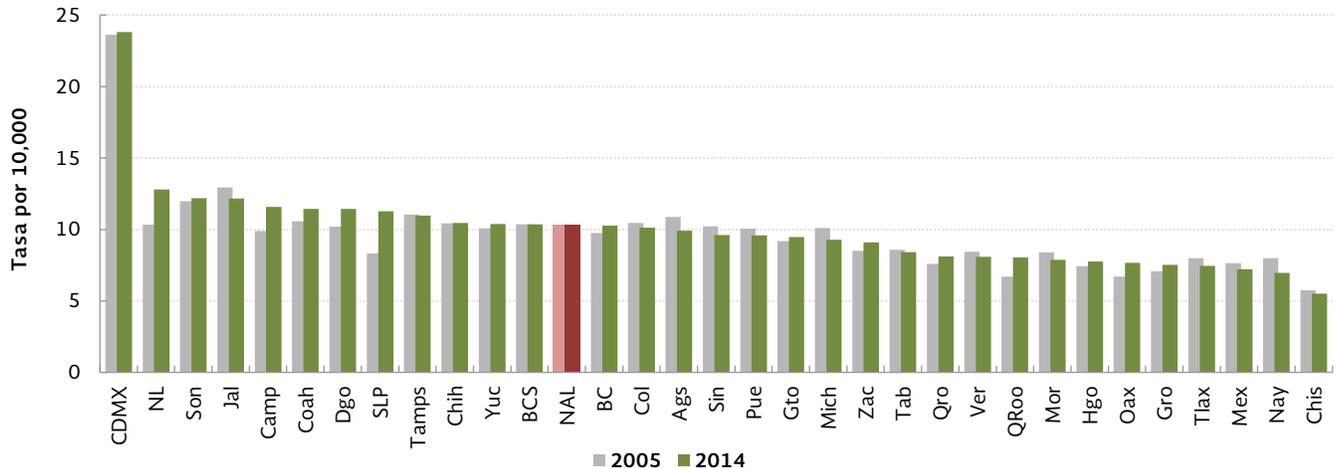
* En 2005 solamente incluye PEMEX y Secretaría de Marina.
Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005, 2012 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

Gráfica 2.11 Camas hospitalarias por 10,000 habitantes, 2005-2014



Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005-2014. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

Gráfica 2.12 Camas hospitalarias por 10,000 habitantes por entidad federativa, 2005 y 2014



Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005 y 2014. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

CONSULTORIOS

Los consultorios son establecimientos médicos de tipo público, social o privado, ligados a un servicio médico. Se pueden clasificar en consultorios de servicios de salud general, familiar o de especialidad. En ellos se realizan actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente ambulatorio.

Desde 2005 se registraron variaciones en el número de consultorios en México, aunque con una tendencia general al alza. En 2005, el registro fue de poco más de 66 mil y para 2014 había cerca de 88 mil consultorios a nivel nacional. La tasa de crecimiento anual promedio fue de alrededor de 3%, equivalente a la apertura de 2,360 consultorios por año. Entre 2008 y 2009 se registró el mayor incremento, ya que el crecimiento entre estos dos años fue superior al 6% (Gráfica 2.13).

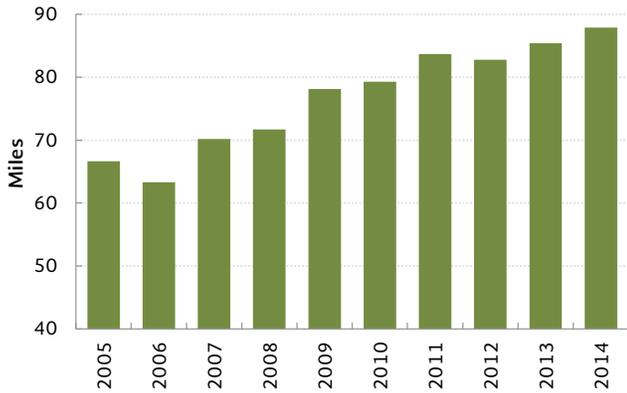
Sobre la disponibilidad de este recurso por institución, llama la atención que la gran mayoría pertenecen a la Secretaría de Salud, seguida por el IMSS; ambas instituciones conjugaron más de 60% del total de consultorios en el territorio. Hay que subrayar que en términos porcentuales ambos sectores registraron un aumento entre 2005 y 2012 de 36% y 22%, respectivamente. No hay que omitir que PEMEX, SEDENA y SEMAR son instituciones cuyas cifras no se pudieron comparar para 2005, ya que en ese año solo se contó con el registro de PEMEX y SEMAR (Gráfica 2.14).

En 2005, la relación entre el número de consultorios y la cantidad de personas que potencialmente se pueden atender en ellos, fue de poco más de 6 consultorios por cada 10 mil habitantes, manteniendo una tendencia creciente desde 2006, con lo que se llegó a poco más de 7 consultorios en 2014 (Gráfica 2.15).

Al analizar los establecimientos médicos por entidad federativa, solo Aguascalientes y Yucatán disminuyeron su tasa por 10 mil habitantes entre 2005 y 2014; esto como consecuencia de que la población creció más rápido que la construcción de consultorios médicos. Destaca que la Ciudad de México concentró la mayor parte de los consultorios del país, que va aunado con la concentración de población y el gran número de hospitales que hay en la metrópoli. Entre 2005 y 2014, se registró un incremento notable en el número de consultorios por habitante en 18 estados de la República Mexicana, con un crecimiento entre 20% y 38% en este indicador (Gráfica 2.16).

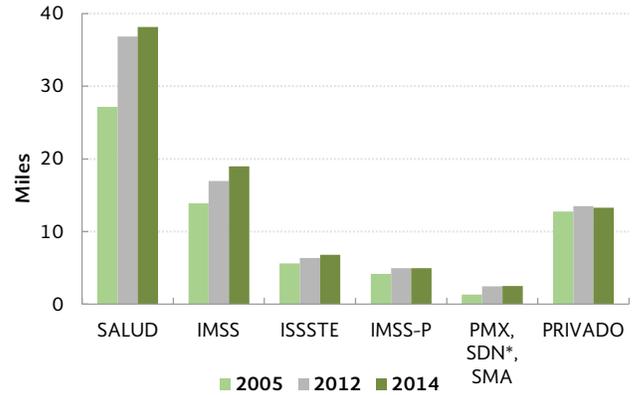
Si bien en este indicador se incluye la información de los consultorios en unidades médicas públicas, las cifras de consultorios médicos para los privados refieren solo a los consultorios que se encuentran dentro de una unidad hospitalaria, ya que no hay un registro de los consultorios que se encuentran de manera independiente en el país, por lo que puede haber un subregistro de este indicador. El incremento en la disponibilidad de consultorios, aunado a los recursos humanos que los operen, es un factor esencial para ampliar la cobertura de los servicios de salud, especialmente de la atención preventiva.

Gráfica 2.13 Consultorios, 2005-2014



Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005-2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

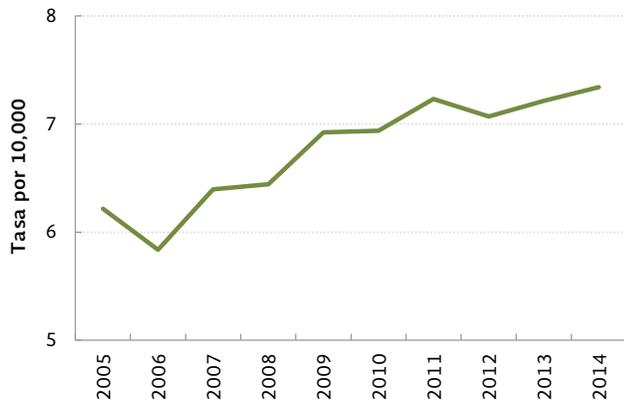
Gráfica 2.14 Consultorios por institución, 2005, 2012 y 2014



* En 2005 solamente incluye PEMEX y Secretaría de Marina.

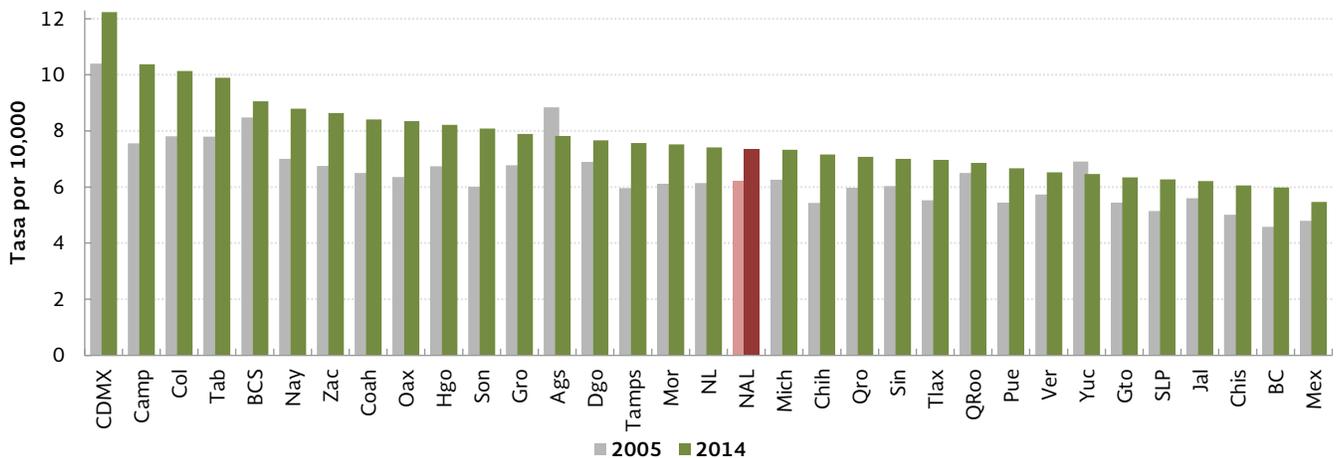
Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005, 2012 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

Gráfica 2.15 Consultorios por 10,000 habitantes, 2005-2014



Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005-2014. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

Gráfica 2.16 Consultorios por 10,000 habitantes por entidad federativa, 2005 y 2014



Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005 y 2014. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

QUIRÓFANOS

Los quirófanos son salas en unidades de hospitalización que cuentan con equipo médico adecuado para llevar a cabo diversos tipos de cirugías. La carencia de estos, influye de manera directa en la salud o en gastos catastróficos de los pacientes.

Entre 2005 y 2014, el número de quirófanos aumentó de 7,440 a 8,908, es decir, en promedio a nivel nacional se crearon cerca de 163 salas nuevas cada año, reflejando así un ligero pero paulatino crecimiento en la disponibilidad de este recurso (Gráfica 2.17).

Es considerable la cantidad de quirófanos que posee el sector privado, ya que son más de la mitad del total del país. Considerando que este sector solo cuenta con 3.2 millones de afiliados, se puede hablar de una subutilización de estas salas, lo que posiblemente eleva los costos de utilización, que se ve reflejado en el gasto de bolsillo de los pacientes. En cuanto a la disponibilidad de este recurso en el sector público, la Secretaría de Salud, seguida del IMSS fueron los que más quirófanos tuvieron en 2014 (Gráfica 2.18).

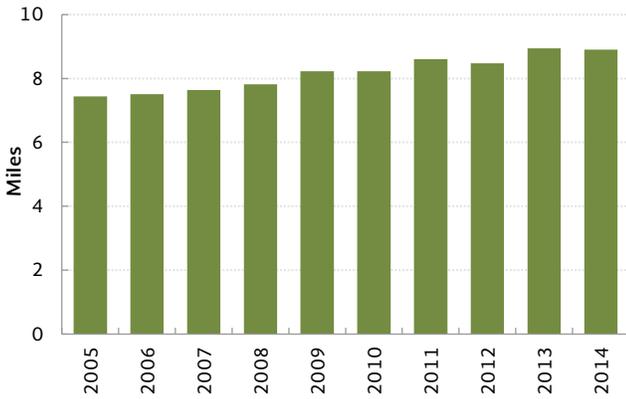
Durante los primeros años del periodo de análisis, la cantidad de quirófanos creció de manera proporcional a la población, manteniéndose en cerca de 7 quirófanos por 100 mil habitantes. Fue a partir de 2009 cuando el número de salas fluctuó entre ligeros incrementos y pequeñas reducciones, aunque con una tendencia general a la alza (Gráfica 2.19).

A su vez, en ocho estados de la República Mexicana se registró una reducción en el número de quirófanos por habitante entre 2005 y 2014. Las entidades con mayores reducciones fueron Baja California Sur y Michoacán, con 15% y 12.5% respectivamente; este cambio se debió a que la población creció a un ritmo más acelerado que la creación de quirófanos, además de que el número de salas disminuyó ligeramente en algunos años.

Por el contrario, en 24 de las 32 entidades federativas se contempló un ligero incremento de quirófanos por habitante. A nivel estatal la disponibilidad de este bien hospitalario en 2014 fue más elevada en la Ciudad de México, alrededor de 14 salas por cada 100 mil habitantes, mientras que Chiapas, el de menor disponibilidad, contó con poco más de 4 quirófanos por la misma cantidad de habitantes (Gráfica 2.20).

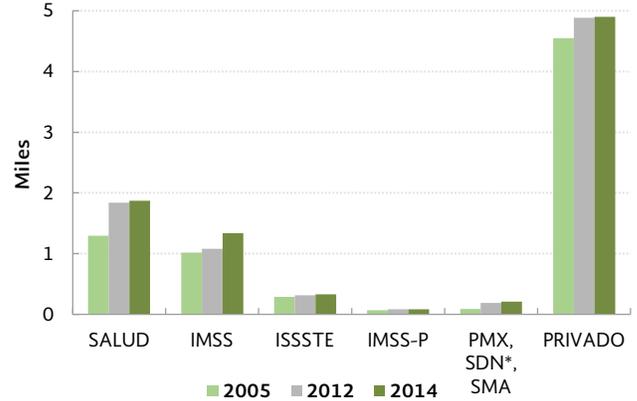
Un posible déficit de quirófanos en el sector público derivaría principalmente en la saturación de las salas, lo que incide de manera directa en la calidad del servicio y en el tiempo de espera para poder recibir la atención. A su vez, la población recurriría a los servicios del sector privado incurriendo en un importante gasto de bolsillo. La carencia de quirófanos en el sector público, así como el exceso de los mismos en el sector privado puede ser una ventana de oportunidades entre ambos sectores para el intercambio de servicios.

Gráfica 2.17 Quirófanos, 2005-2014



Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005-2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

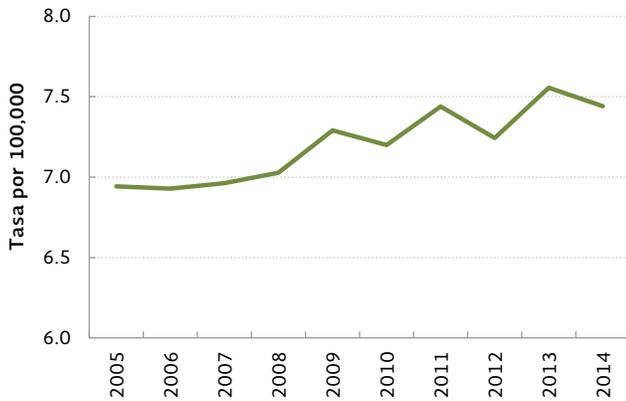
Gráfica 2.18 Quirófanos por institución, 2005, 2012 y 2014



* En 2005 solamente incluye PEMEX y Secretaría de Marina.

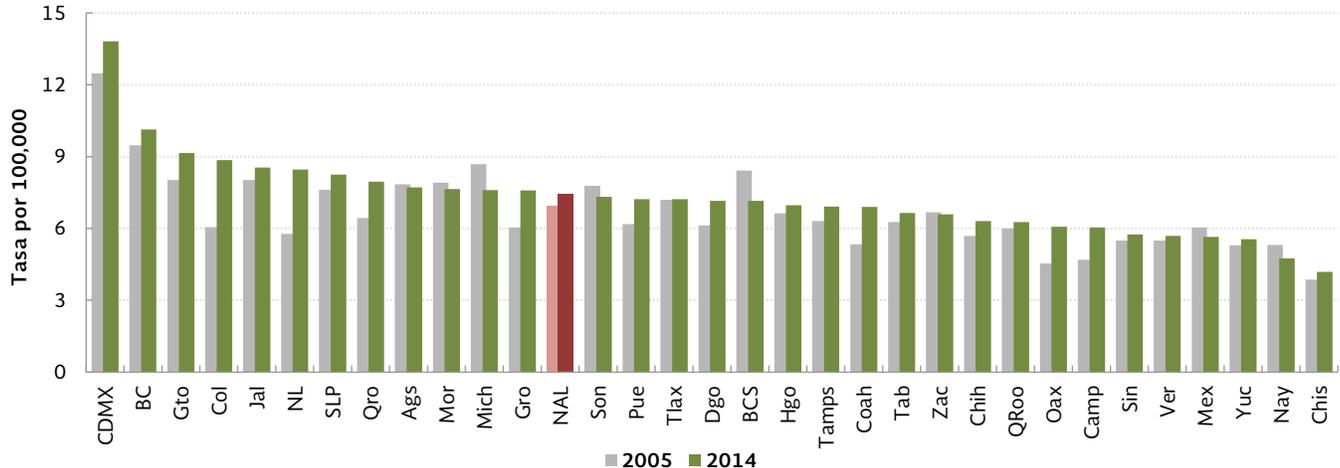
Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005, 2012 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

Gráfica 2.19 Quirófanos por 100,000 habitantes, 2005-2014



Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005-2014. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

Gráfica 2.20 Quirófanos por 100,000 habitantes por entidad federativa, 2005 y 2014



Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005 y 2014. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

EQUIPO MÉDICO DE ALTA TECNOLOGÍA

El equipo médico de alta tecnología (EMAT) considerado en este indicador es de alto costo y complejidad, por lo que requiere de instalaciones especiales, a la vez que debe ser utilizado por especialistas y su acceso es restringido. Las unidades médicas de alta tecnología que se incluyen son las 12 categorías definidas por el CENETEC: acelerador lineal, braquiterapia automática (radioterapia interna), unidad de radioterapia con cobalto 60, mastógrafos analógicos y digitales, tomógrafo computado, resonancia magnética, angiógrafo, litotriptor extracorpóreo, microscopio de neurocirugía, neuronavegador, tomografía por emisión de positrones (Pet-Ct) y gammacámara.

Cabe mencionar que la información que refiere al EMAT, solo se tiene disponible para 2016, ya que proviene de un censo exhaustivo iniciado en este año por el CENETEC, y que no es comparable con información de otras fuentes. A nivel estatal, cada una de las entidades cuenta con al menos un EMAT, sin embargo, no todos cuentan con la totalidad de los 12 EMAT en su territorio. Por mencionar algunos ejemplos, en Chihuahua y Tlaxcala solamente tienen cuatro de las 12 categorías. En contraste, los únicos estados que registraron tener por lo menos una unidad de cada tipo fueron la Ciudad de México y Sonora, con un total de 641 y 86 equipos en total, respectivamente.

No es de sorprender que en la Ciudad de México exista tal proporción de estos equipos pues en la metrópoli se encuentra la mayoría de unidades hospitalarias como los Institutos Nacionales de

Salud, salvo por el equipo médico de Cobalto-60, la Ciudad de México es el estado que cuenta con el mayor número de unidades de cada categoría (Cuadro 3.1).

En el país, hubo 3,085 EMAT distribuidos entre las 12 categorías. Del total de EMAT, los equipos con mayor disponibilidad fueron los mastógrafos con 45% del total de equipos, seguidos por los tomógrafos con 24%. Además, estos dos equipos son los únicos con presencia en todas las entidades. En cambio, los Pet-Ct y los neuronavegadores solamente estuvieron presentes en 9 y 10 entidades, respectivamente.

En el sector privado se registró la mayor proporción de mastógrafos y tomógrafos, con 40% y 52% del total en el territorio. Con excepción de los equipos de braquiterapia y Cobalto-60, el sector privado es quien poseía la mayor parte de los EMAT, seguido por la Secretaría de Salud en el sector público (Cuadro 3.2).

Disponer de estos equipos a nivel nacional representa un gran avance para elevar la calidad de los servicios de salud toda vez que se progresa en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes en el segundo y tercer nivel de atención.

Bajo este panorama, la distribución de los equipos no es de manera equitativa a lo largo del país, sin embargo, posiblemente la causa está relacionada con el tipo de padecimientos más comunes que se presentan al interior de los estados, por lo que en algunas entidades no es indispensable que existan unidades de todos los equipos médicos de alta tecnología.

Cuadro 2.1 Equipo médico de alta tecnología por entidad federativa, 2016.

Entidad/EMAT	Acel Lineal	Braq	Co60	Mast	CT	RM	Angio	Lito	Micro Ncx	Neu nav	PET-CT	G-ca
Nacional	57	39	26	1,401	760	306	181	67	85	21	31	111
Aguascalientes	1	0	1	17	12	4	4	1	2	0	0	0
Baja California	1	2	2	39	22	9	3	1	2	1	0	1
Baja California Sur	0	0	1	15	7	2	2	2	0	0	0	0
Campeche	1	1	0	11	5	2	0	0	0	0	0	1
Coahuila	1	0	1	28	15	3	1	2	1	0	0	2
Colima	2	1	1	44	24	11	4	1	2	0	0	3
Chiapas	2	2	2	42	22	7	9	5	1	0	0	1
Chihuahua	0	0	1	11	5	0	1	0	0	0	0	0
Ciudad de México	10	10	2	259	133	68	53	11	24	7	18	46
Durango	0	1	1	28	10	3	1	1	0	0	0	0
Guanajuato	3	3	0	118	61	27	10	6	6	4	2	9
Guerrero	2	2	1	51	29	14	8	3	3	0	2	6
Hidalgo	0	0	1	23	7	1	0	0	0	0	0	1
Jalisco	1	0	0	17	12	3	1	0	0	0	0	0
México	5	1	2	103	46	20	11	6	9	1	0	6
Michoacán	2	1	0	41	33	12	3	0	2	1	2	1
Morelos	1	1	0	19	10	3	1	1	0	0	0	0
Nayarit	1	0	0	13	5	1	1	0	0	0	0	0
Nuevo León	2	1	0	69	40	25	20	5	7	4	4	10
Oaxaca	1	0	1	23	16	2	1	1	0	0	0	0
Puebla	2	1	1	46	32	10	8	1	5	0	1	3
Querétaro	3	2	0	32	20	9	4	1	3	0	1	3
Quintana Roo	1	1	0	23	11	2	3	2	0	0	0	1
San Luis Potosí	2	0	0	28	15	5	3	1	1	0	0	2
Sinaloa	1	1	2	44	37	8	2	1	0	1	0	1
Sonora	3	2	1	35	19	11	4	2	4	1	1	3
Tabasco	2	1	0	33	16	5	3	2	2	1	0	1
Tamaulipas	2	2	1	57	29	11	4	5	3	0	0	3
Tlaxcala	0	0	0	12	6	2	0	0	0	0	0	1
Veracruz	1	1	3	73	39	13	8	2	3	0	0	2
Yucatán	3	2	1	26	13	8	7	4	5	0	0	4
Zacatecas	1	0	0	21	9	5	1	0	0	0	0	0

Nota: Acel Lineal: Acelerador Lineal; Braq: Braquiterapia Automática; Co60: Unidad de Radioterapia con Cobalto 60; Mast: Mastógrafo; CT: Tomógrafo; RM: Resonancia Magnética; Angio: Angiógrafo; Lito: Litotriptor Extracorpóreo; MicroNcx: Microscopio de Neurocirugía; Neu nav: Neuronavegador; PET-CT: Equipo de Tomografía por Emisión de Positrones con Tomografía Axial; G-ca: Gammacámara.

Fuente: Inventario Nacional de Equipo Médico de Alta Tecnología. México: Secretaría de Salud, CENETEC, 2016. Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/biomedica/equipo_medico.html

Cuadro 2.2 Equipo médico de alta tecnología por institución, 2016

Institución/EMAT	Acel Lineal	Braq	Co60	Mast	CT	RM	Angio	Lito	Micro Ncx	Neu nav	PET-CT	G-ca
Secretaría de Salud	37	19	14	445	146	43	37	20	24	5	5	24
IMSS	22	9	3	259	118	21	24	3	28	0	0	26
ISSSTE	4	2	1	84	49	10	18	4	0	0	0	3
PMX, SDN, SMA	2	1	1	34	35	5	8	2	1	1	2	2
Privados	53	7	4	556	384	214	91	34	28	10	21	52

Nota: AcelLineal: Acelerador Lineal; Braq: Braquiterapia Automática; Co60: Unidad de Radioterapia con Cobalto 60; Mast: Mastógrafo; CT: Tomógrafo; RM: Resonancia Magnética; Angio: Angiógrafo; Lito: Litotriptor Extracorpóreo; MicroNcx: Microscopio de Neurocirugía; Neu nav: Neuronavegador; PET-CT: Equipo de Tomografía por Emisión de Positrones con Tomografía Axial; G-ca: Gammacámara.

Fuente: Inventario Nacional de Equipo Médico de Alta Tecnología. México: Secretaría de Salud, CENETEC, 2016. Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/biomedica/equipo_medico.html

TRABAJADORES DE LA SALUD

Para efectos de este indicador, se consideraron a todos los profesionales de la salud que están en contacto con el paciente y los que se encuentran en labores administrativas, incluyendo médicos, odontólogos, médicos en formación, enfermeras, nutriólogos, psicólogos, trabajadores sociales; y otro personal técnico.

Durante el periodo comprendido entre 2005 y 2014, los trabajadores dedicados al cuidado de la salud aumentaron aproximadamente en 215 mil, para llegar a poco más de 762 mil en 2014. En otros términos, cada año su incremento fue de alrededor de 24 mil trabajadores, representando una tasa de crecimiento de 3.7% promedio en todo el periodo (Gráfica 2.21).

En el contexto institucional, se observó que 4 de cada 10 trabajadores se encontraban en la Secretaría de Salud, 3 de cada 10 en el IMSS y en el sector privado poco menos de 2 trabajadores. Entretanto, la institución que registró mayor crecimiento en este indicador fue el IMSS-PROSPERA, alrededor de 60% entre 2005 y 2012 (Gráfica 2.22).

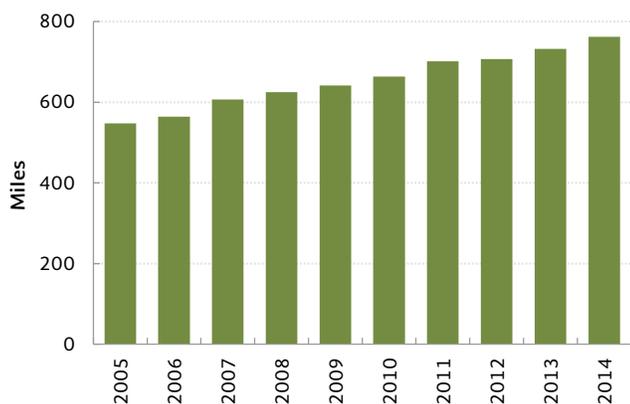
En cuanto a la tasa de trabajadores de la salud por mil habitantes esta aumentó ligeramente, poco más de un trabajador de 2005 a 2014; registrando los aumentos más significativos en 2007 y 2011 de 6.2% y 4.4% respectivamente; no obs-

tante, la tendencia de esta tasa se mantuvo ascendente en el periodo (Gráfica 2.23).

A nivel estatal en todas las entidades del país se incrementó el número de trabajadores de la salud en relación con la población. La Ciudad de México continuó en la posición uno con el mayor volumen de trabajadores por habitante desde 2005; sin embargo, el estado que registró un crecimiento considerable fue Nuevo León al aumentar en más de 3 trabajadores por mil habitantes entre 2005 y 2014. Por el contrario, Aguascalientes se mantuvo casi con la misma tasa. Además, aun cuando Chiapas registró un incremento significativo, arriba de 55%, solo alcanzó poco más de 4 trabajadores por cada mil personas ubicándose en la última posición de las entidades (Gráfica 2.24). Otra entidad que llamó la atención por su baja tasa de trabajadores de la salud es el Estado de México estando por debajo de 5 trabajadores por mil habitantes; es decir, el 34% de lo presentado por la Ciudad de México en 2014, a pesar de que el primero cuenta con el mayor grueso de población de todas las entidades del país (Gráfica 2.24).

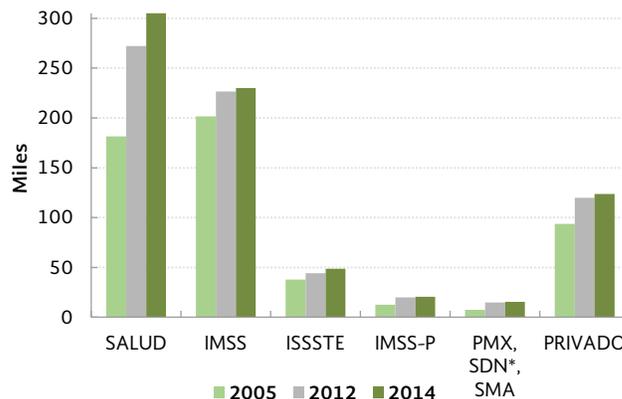
En 2014, la Ciudad de México contó con más del triple de trabajadores de la salud por mil habitantes respecto a Chiapas, lo que demuestra la brecha existente entre las entidades. Además de las diferencias entre los estados de la República Mexicana, la disparidad en su distribución geográfica hace que el sistema se enfrente a desafíos para contar con el personal de salud donde más se requiere.

Gráfica 2.21 Trabajadores de la salud, 2005-2014



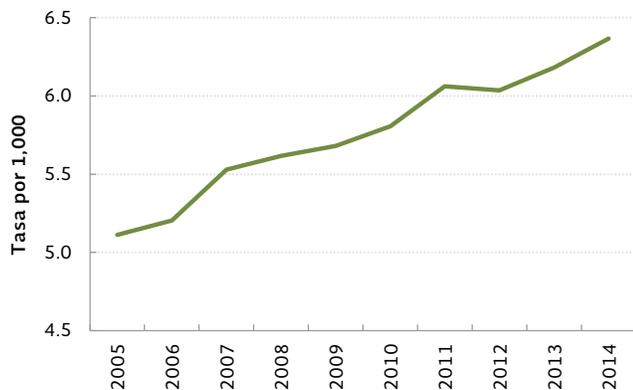
Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005-2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

Gráfica 2.22 Trabajadores de la salud por institución, 2005, 2012 y 2014¹



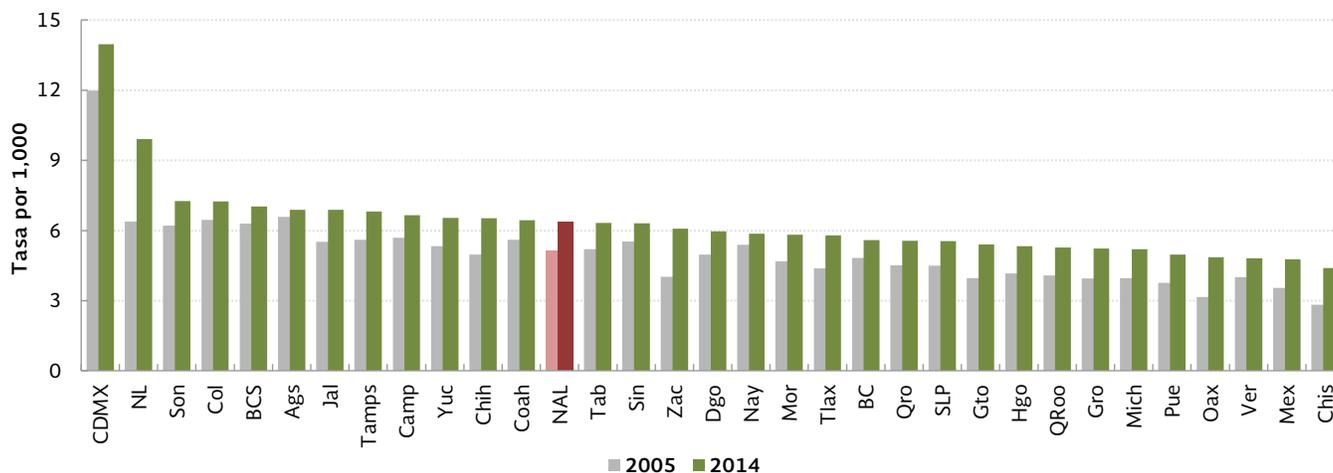
¹ En 2014 para el sector privado no incluye personal profesional o técnico.
* En 2005 solamente incluye PEMEX y Secretaría de Marina.
Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005, 2012 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

Gráfica 2.23 Trabajadores de la salud por 1,000 habitantes, 2005-2014



Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005-2014. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

Gráfica 2.24 Trabajadores de la salud por 1,000 habitantes por entidad federativa, 2005 y 2014



Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005 y 2014. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

MÉDICOS GENERALES²² EN CONTACTO CON EL PACIENTE

Para este indicador se contemplaron médicos en contacto con el paciente, incluyendo generales, familiares, pasantes de medicina, internos de pregrado, y residentes. En relación con la población usuaria este indicador, además de reflejar la disponibilidad de médicos en el país, revela la productividad del sistema de salud.

Para el funcionamiento adecuado en los servicios de salud, es esencial la generación de recursos físicos y humanos. En este tenor, a nivel nacional entre 2005 y 2014 se observó en promedio un aumento de 3,800 médicos por año, al pasar de 83 mil a 117 mil. A pesar de que el incremento fue paulatino, en 2009 y 2010 se observó un estancamiento de médicos generales, aunque nuevamente creció a partir de 2011 (Gráfica 2.25).

En ese sentido, es pertinente mencionar que se realizaron estimaciones de los médicos generales en 2014, con base en la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, dando como resultado 44 mil médicos más respecto a los 117 mil registrados por la DGIS en el sector público y privado.

Al analizar el número de médicos por institución se observa que la Secretaría de Salud y el IMSS contaron con la mayor cantidad de médicos generales, en conjunto tuvieron poco más de 75% del total de médicos en el país. Además, el IMSS registró un aumento de 48.7% y la Secretaría de 36.7% entre 2005 y 2012 (Gráfica 2.26).

Durante el periodo analizado, la tasa de médicos generales por habitante registró una ligera caída en 2010, sin embargo, la tendencia se mantuvo creciente en el resto de los años. A nivel nacional,

aumentó poco más de 26%, al pasar de casi 8 médicos en 2005 a cerca de 10 médicos por cada 10 mil habitantes en 2014 (Gráfica 2.27).

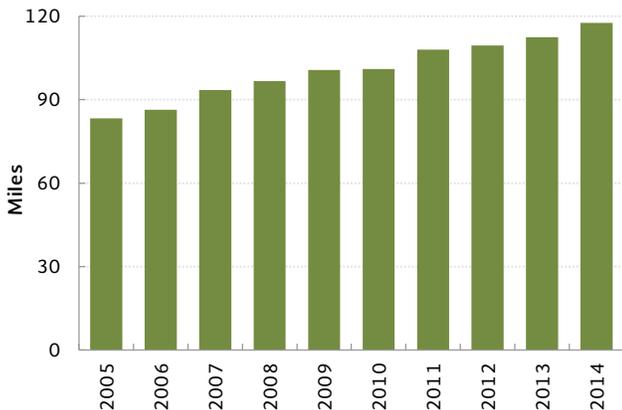
No es de asombrar que el mayor capital de médicos generales esté localizado en la Ciudad de México con 14,650, pues es ahí donde se sitúan gran parte de hospitales y el mayor número de consultorios.

Entre 2005 y 2014 este recurso humano aumentó en todas las entidades. En términos absolutos, Baja California Sur, Chiapas y Zacatecas fueron los estados donde se registraron los mayores aumentos, con incrementos que oscilaron entre 63% y 66%, correspondientes a 328, 1,638 y 691 médicos más, respectivamente. En contraste, la Ciudad de México y San Luis Potosí mostraron un crecimiento de 8.2% y 24.9% equivalente a 1,104 y 575 médicos durante el periodo. Asimismo, Zacatecas y Guerrero son los estados donde se registraron los mayores crecimientos, con una tasa por 10 mil habitantes de 49.6% y 44.8%, respectivamente. Por el contrario, Quintana Roo y Aguascalientes fueron los estados con el menor crecimiento, 13.6% y 10.4% respectivamente. (Gráfica 2.28).

Si bien ha aumentado el capital humano en salud en México, está por debajo de los estándares de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Esta situación puede generar un impacto negativo para cubrir las necesidades de atención de la población, derivando a su vez en deficientes actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Es primordial fortalecer la generación de médicos para contar con calidad en el servicio y poder marchar hacia la cobertura universal en salud, subsanando las deficiencias del Sistema Nacional de Salud.

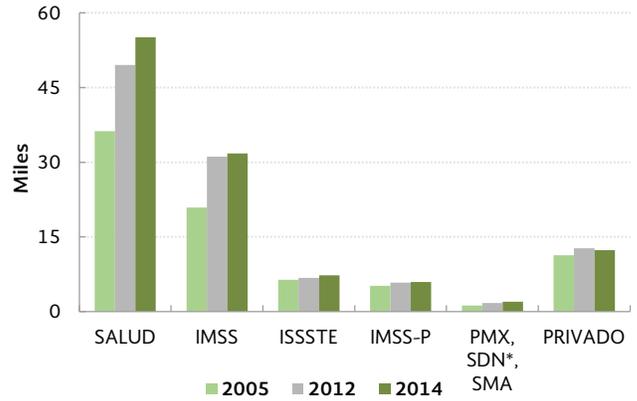
²² En 2014, los médicos generales del sector privado se tomaron de las Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, INEGI.

Gráfica 2.25 Médicos generales, 2005-2014



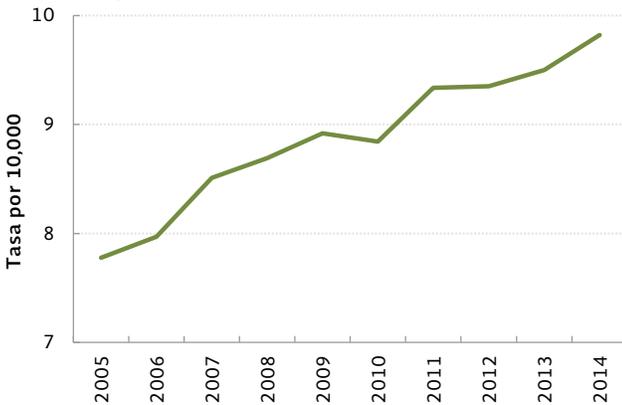
Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005-2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

Gráfica 2.26 Médicos generales por institución, 2005-2014



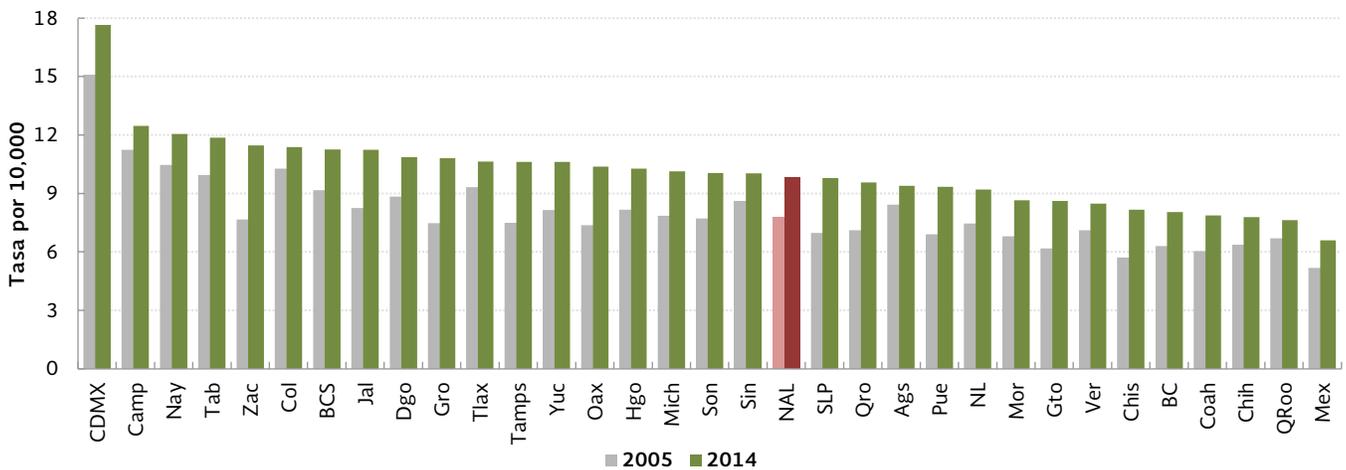
* En 2005 solamente incluye PEMEX y Secretaría de Marina.
Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005, 2012 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

Gráfica 2.27 Médicos generales por 10,000 habitantes, 2005-2014



Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005-2014. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

Gráfica 2.28 Médicos generales por 10,000 habitantes por entidad federativa, 2005 y 2014



Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005 y 2014. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

MÉDICOS ESPECIALISTAS EN CONTACTO CON EL PACIENTE

Para la construcción de este indicador se consideraron a los médicos especialistas en contacto con el paciente, excluyendo a los odontólogos y odontólogos especialistas.

Entre 2005 y 2014, la proporción de médicos especialistas incrementó de manera gradual; solo en 2006 fue mayor el crecimiento. A partir de 2005, el recurso humano aumentó en promedio 5,200 médicos especialistas cada año, con una tasa de crecimiento promedio anual de poco más de 4%, con lo que pasaron de 103 mil a 150 mil médicos especialistas en el periodo (Gráfica 2.29).

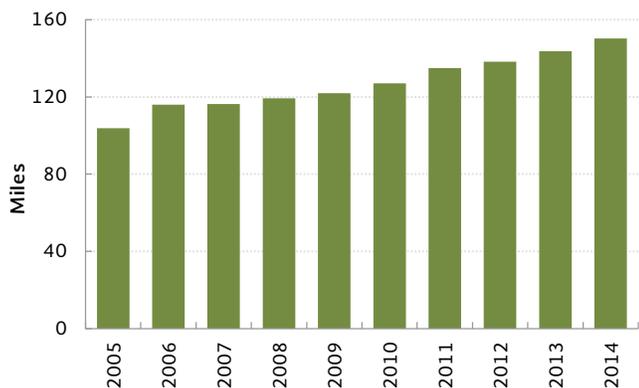
La concentración de especialistas en el sector privado de poco más de 44% es similar a la suma de la Secretaría de Salud e IMSS (45.6%). Por un lado, esto nos da un panorama de la saturación de ambas instituciones para brindar consultas de especialidad; como resultado, el gran tiempo de espera para que los pacientes sean atendidos en el segundo nivel. Por otro lado, requerir atención especializada en el sector privado puede ser muy costoso para las personas afiliadas a alguna institución pública que enfrentan una emergencia o no son atendidos en su institución y recurren al especialista privado. Más aun, esto contrasta con el bajo número de médicos generales en el sector privado, lo que nos habla del enfoque que este sector tiene (Gráfica 2.30).

Al referir a la tasa de médicos especialistas por 10 mil habitantes el comportamiento fue mayormente creciente, registrando especialmente en 2006 un considerable aumento de 10% respecto a 2005. El crecimiento en el periodo fue de alrededor de 30%, alcanzando aproximadamente 13 especialistas por 10 mil habitantes en 2014, esto es, poco más de un especialista por cada mil personas (Gráfica 2.31).

En el contexto estatal, es sorprendente el incremento que mostró Nuevo León en el periodo, que fue cercano a 200%. Además, Chiapas fue el estado con menor número de especialistas con una tasa de 4.9 por cada 10,000 habitantes, es decir, la proporción fue 8 veces menor que en Nuevo León. Por otro lado, después de Nuevo León, Chihuahua, Oaxaca y Jalisco fueron las entidades que incrementaron en mayor porcentaje la tasa de especialistas por habitante que tenían respecto a 2005; con aumentos de 56%, 54% y 38% respectivamente (Gráfica 2.32).

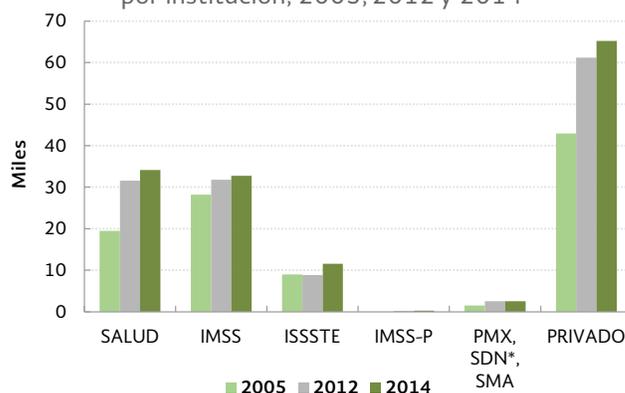
En el sector público es evidente la carencia de médicos especialistas, contrario a la afluencia en el sector privado. Esto puede implicar la saturación de los especialistas, forzando a que los derechohabientes del sector público recurran a los servicios especializados privados, generando a la vez una deficiente calidad del servicio de salud, así como un gasto de bolsillo.

Gráfica 2.29 Médicos especialistas, 2005-2014



Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005-2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

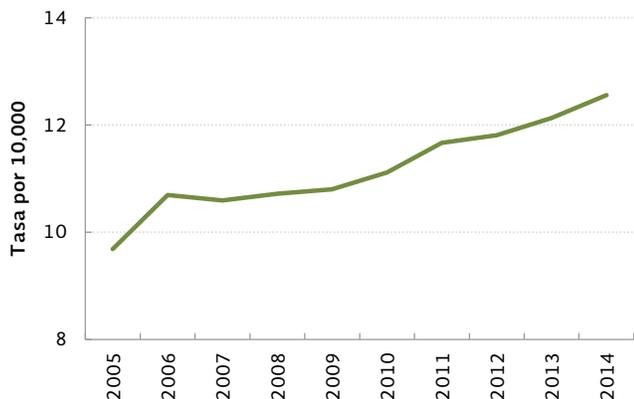
Gráfica 2.30 Médicos especialistas por institución, 2005, 2012 y 2014



* En 2005 solamente incluye PEMEX y Secretaría de Marina.

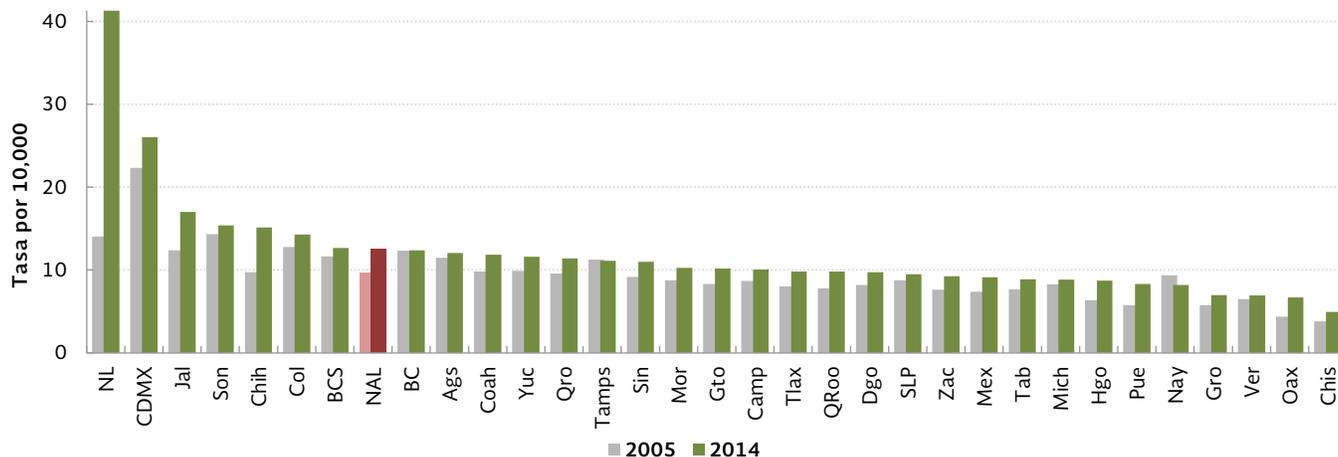
Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005, 2012 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

Gráfica 2.31 Médicos especialistas por 10,000 habitantes, 2005-2014



Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005-2014. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

Gráfica 2.32 Médicos especialistas por 10,000 habitantes por entidad federativa, 2005 y 2014



Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005 y 2014. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN CONTACTO CON EL PACIENTE

El total de profesionales de enfermería en contacto con el paciente consideradas para este indicador incluye a las enfermeras generales, especialistas, pasantes y auxiliares. La participación de estas trabajadoras de la salud incluye actividades de prevención, educación para la salud, rehabilitación y de atención a pacientes hospitalizados. Las actividades que desempeñan en cada una de las etapas del cuidado de la salud de la población son primordiales para el funcionamiento del sistema de salud²³.

Durante el periodo de 2005 a 2014, ocurrió un constante aumento en el número de profesionales de enfermería a nivel nacional, acumulando un crecimiento cercano a 89 mil profesionales de enfermería más. Esto representó en promedio cerca de 10 mil nuevos profesionales de enfermería por año, es decir, una tasa de crecimiento de 3.6% durante el periodo; registrando el mayor incremento de 6.3% entre 2010 y 2011 (Gráfica 2.33).

En ese sentido, es conveniente mencionar que se realizaron estimaciones del número de profesionales de enfermería en 2014, con base en la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, dando como resultado que en el país existen 123 mil profesionales más respecto a los 322 mil registrados por la DGIS en el sector público y privado.

Al analizar el número de profesionales de enfermería que había por institución, se observó que la Secretaría de Salud, en primer lugar, seguida por el IMSS fueron las instancias que registraron la mayor cantidad de profesionales, poco más de 74% del total en 2014, alrededor de 140 mil y 95 mil profesionales de enfermería respectivamente. En particular, el IMSS-PROSPERA fue la institución que aumentó significativamente la cantidad de

profesionales de enfermería entre 2005 y 2012; al pasar de 6,700 a 12,700, con un incremento de 88% (Gráfica 2.34).

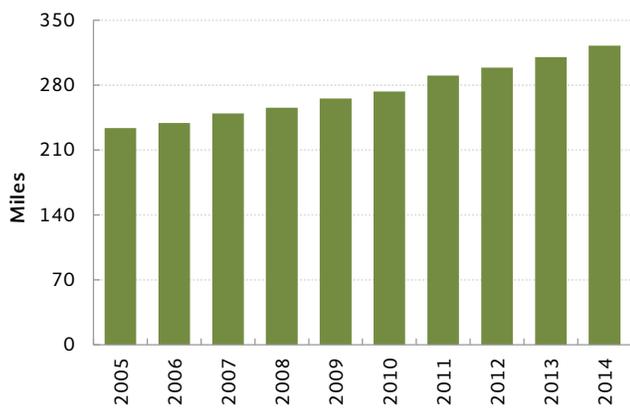
Respecto a la tasa de profesionales de enfermería por habitante, a nivel nacional se incrementó en promedio en 5, al pasar de 22 a 27 profesionales de enfermería por cada 10 mil habitantes, mostrando una tendencia creciente en todo el periodo, con el mayor aumento entre los años 2010 y 2011 (Gráfica 2.35).

En el contexto estatal, la Ciudad de México se posicionó en el primer lugar con la mayor tasa en el país en todo el periodo, específicamente en 2005 y 2014 presentó 53 y 58 profesionales de enfermería por cada 10 mil habitantes, respectivamente. Por el contrario, el Estado de México en 2014 apenas contó con alrededor de 19 por cada 10 mil habitantes. No obstante, el incremento en la disponibilidad de este recurso humano se vio reflejado en toda la República Mexicana; situándose en los extremos los estados de Aguascalientes con un crecimiento menor a un profesional de enfermería por 10 mil habitantes, mientras que Zacatecas registró un aumento de poco más de 11, equivalente aproximadamente a un incremento de 62% en el periodo de análisis (Gráfica 2.36).

Los profesionales de enfermería son el apoyo principal y fundamental de los médicos en todos y cada uno de los niveles de atención a la salud. Además, hay lugares donde los pacientes tienen que recorrer grandes distancias para recibir atención médica que en diversas ocasiones la brindan profesionales de enfermería que desempeñan una tarea similar a la de los médicos. Y aun cuando constituyen el grupo más numeroso de trabajadores de la salud, la cantidad de profesionales de enfermería disponibles en los sistemas de salud no son suficientes para responder a las necesidades de la población (Salud México, 2003).

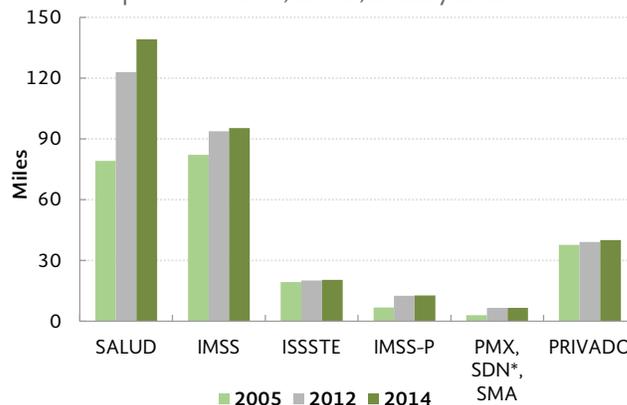
²³ Secretaría de Salud. "Salud: México 2003. Información para la rendición de cuentas" México 2004.

Gráfica 2.33 Profesionales de enfermería, 2005-2014



Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005-2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

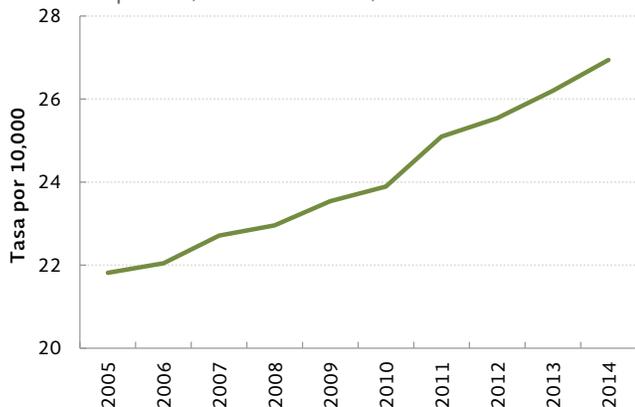
Gráfica 2.34 Profesionales de enfermería por institución, 2005, 2012 y 2014



* En 2005 solamente incluye PEMEX y Secretaría de Marina.

Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005, 2012 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

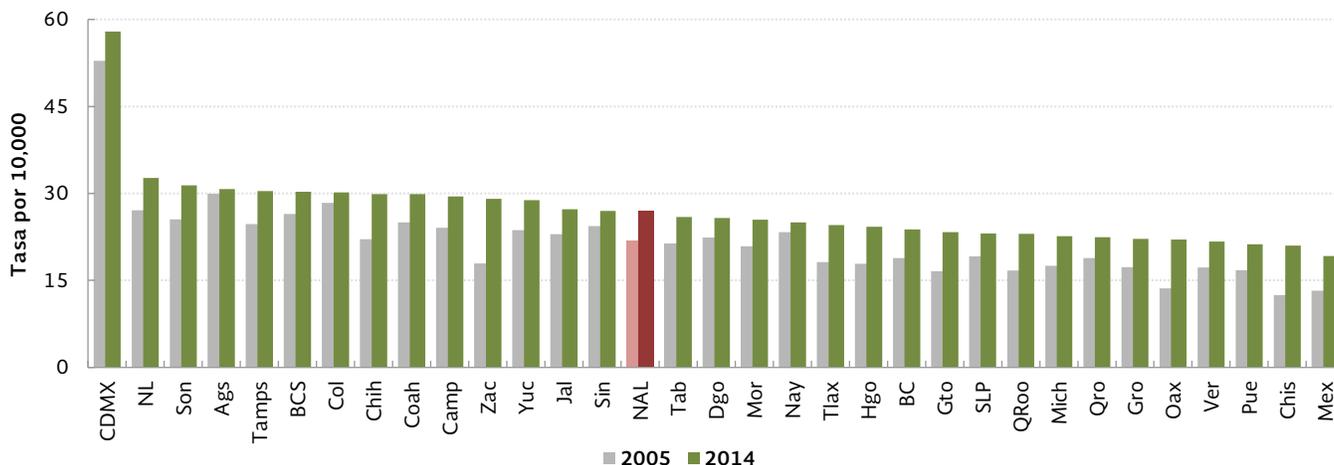
Gráfica 2.35 Profesionales de enfermería por 10,000 habitantes, 2005-2014¹



¹ Se consideraron las enfermeras en contacto con el paciente.

Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005-2014. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

Gráfica 2.36 Profesionales de enfermería por 10,000 habitantes por entidad federativa, 2005 y 2014



Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005 y 2014. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

RAZÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA POR MÉDICO

Es la relación que existe entre los profesionales de enfermería que están en contacto con el paciente y los médicos también en contacto con el paciente.

Entre 2005 y 2014 esta correspondencia se mantuvo casi estática en 1.2 profesionales de enfermería por cada médico, prácticamente uno a uno. Solo entre 2005 y 2006 se registró una ligera reducción de esta correspondencia de 5.4% para continuar casi invariable en el resto del periodo (Gráfica 2.37).

Bajo el panorama institucional, en el IMSS-PROSPERA la razón creció de manera considerable; la causa principal fue que entre 2005 y 2012 la cantidad de profesionales de enfermería se duplicó, mientras que los médicos se mantuvieron casi constantes. En cuanto al sector privado, entre 2005 y 2012 llama la atención una reducción debida a que el número de médicos se incrementó de 54 mil a poco más de 77 mil médicos aproximadamente, entretanto el aumento de profesionales de enfermería fue de poco menos de 2 mil para el mismo periodo (Gráfica 2.38).

A nivel estatal, 15 estados mostraron una reducción en el indicador; mientras que en las otras 17

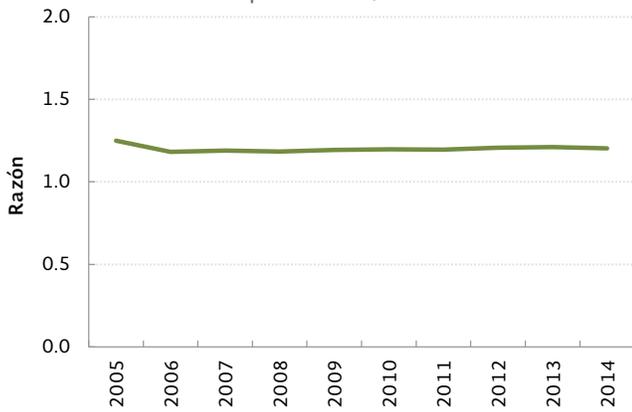
entidades apenas se registró un pequeño incremento. Sobresalen Chiapas y Nuevo León al ubicarse en los extremos; Chiapas con 1.6 enfermeras por médico, mientras que Nuevo León apenas alcanzó 0.65 enfermeras, es decir, por cada 10 médicos hubo 7 profesionales de enfermería en 2014. Para ese mismo año, a lo largo de la República Mexicana, solo en Jalisco y Nuevo León la razón fue menor a un profesional de enfermería por médico (Gráfica 2.39).

En resumen, desde 2005 el número de profesionales de enfermería ha incrementado a la par de los médicos, manteniéndose casi constante la relación que existe entre ellos. A pesar del incremento de profesionales de enfermería presentes en el SNS, aún no son suficientes para alcanzar la proporción de 4 enfermeras por médico que recomienda la OPS²⁴, sin embargo, a nivel nacional sí alcanzamos el promedio mínimo sugerido de 1 a 1.

Es preocupante que en algunas entidades la razón haya disminuido a lo largo del tiempo, y especialmente que haya caído por debajo de 1. En tales circunstancias resulta necesario fortalecer la formación de profesionales de enfermería a nivel nacional, especialmente en aquellas entidades que están por debajo del nivel mínimo.

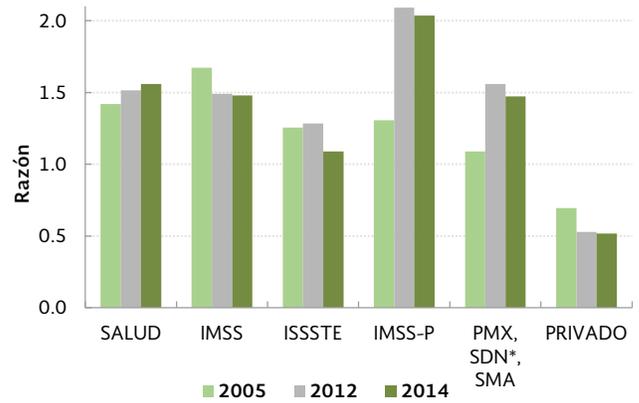
²⁴ Organización Panamericana de la Salud. "Manual de Medición y Monitoreo. Indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud. Un compromiso compartido".

Gráfica 2.37 Razón de profesionales de enfermería por médico, 2005-2014



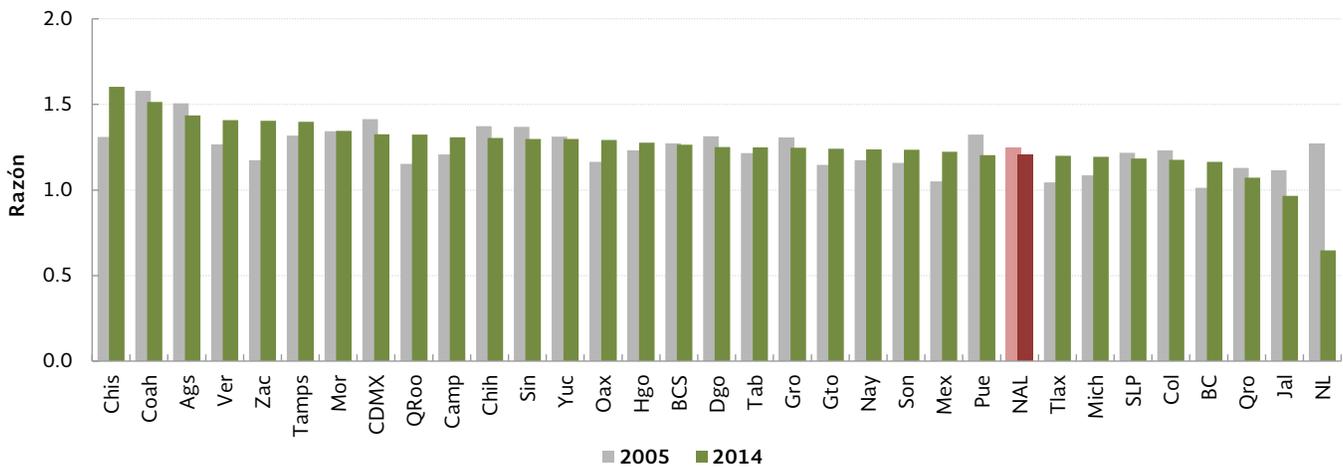
Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005-2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

Gráfica 2.38 Razón de profesionales de enfermería por médico por institución, 2005, 2012 y 2014



* En 2005 solamente incluye PEMEX y Secretaría de Marina.
Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005, 2012 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

Gráfica 2.39 Razón de profesionales de enfermería por médico por entidad federativa, 2005 y 2014



Fuente: SS-DGIS, Recursos del Sector 2005 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2014.

ESCUELAS DE MEDICINA ACREDITADAS

Las escuelas de medicina acreditadas son aquellas que el Consejo Mexicano para la acreditación de la Educación Médica, A.C. (COMAEM) reconoce a través de un proceso de evaluación estandarizada que un organismo externo realiza para dictaminar los procesos y programas educativos de una escuela o facultad de medicina. La acreditación del COMAEM garantiza que la escuela o facultad de medicina cuente con los recursos materiales y humanos suficientes para soportar procesos y programas académicos de alto nivel y ser competitivo a nivel nacional e internacional.

A nivel nacional, las escuelas de medicina acreditadas han aumentado en los últimos años a más del doble con respecto al año 2000, pasando de 18 escuelas acreditadas a 44 en 2015. El número de escuelas y facultades creció continuamente hasta 2010 y desde entonces se mantuvo casi constante (Gráfica 2.40).

Además, la distribución de las escuelas no es homogénea en el territorio nacional, hay entidades federativas con más de una escuela o facultad de medicina acreditada, y otras entidades federativas que no contaron con ninguna entre 2000 y 2015, tal es el caso de Baja California Sur, Campeche, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa y Tabasco. La principal razón por la que estas entidades no tienen escuelas o facultades acreditadas, es porque no cuentan con escuelas o facultades de medicina.

En el año 2000 hubo tan solo 18 escuelas o facultades de medicina acreditadas a nivel nacional,

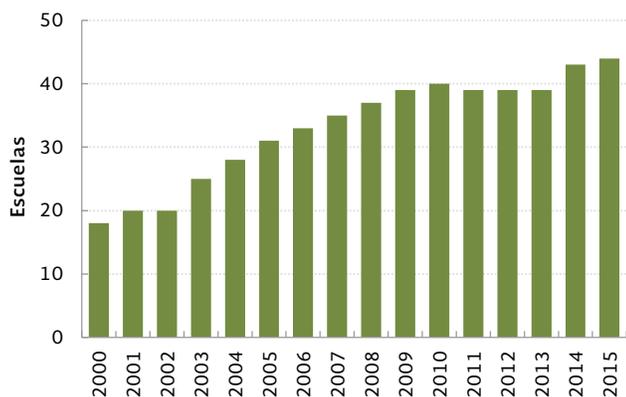
distribuidas en 13 estados. De los 23 que en 2015 contaron con escuelas o facultades de medicina acreditadas, 10 entidades federativas no contaban con ellas en el 2000: Baja California, Chiapas, Durango, Guerrero, Jalisco, Morelos, Oaxaca, Querétaro, Sonora y Tlaxcala.

En 2000, las entidades que más escuelas o facultades acreditadas tuvieron fueron Nuevo León con 3, Ciudad de México y Puebla con 2; mientras que en 2015 fueron Ciudad de México con 7, Estado de México y Nuevo León con 4, y Tamaulipas con 3. Las entidades con solo 1 escuela o facultad de medicina acreditada fueron: Colima, Chihuahua, Durango, Morelos, Oaxaca, Querétaro, Coahuila, Sonora, Tlaxcala y Zacatecas (Gráfica 2.41).

A lo largo del periodo presentado, se fueron acreditando escuelas y facultades en diferentes momentos en las entidades, en razón de la creación de las mismas y del instante en que cumplieron los requisitos para ser acreditadas. En la mayoría de los casos, las entidades han mantenido un número constante o creciente de escuelas y facultades acreditadas, aunque Guerrero tuvo solamente una escuela acreditada entre 2007 y 2012.

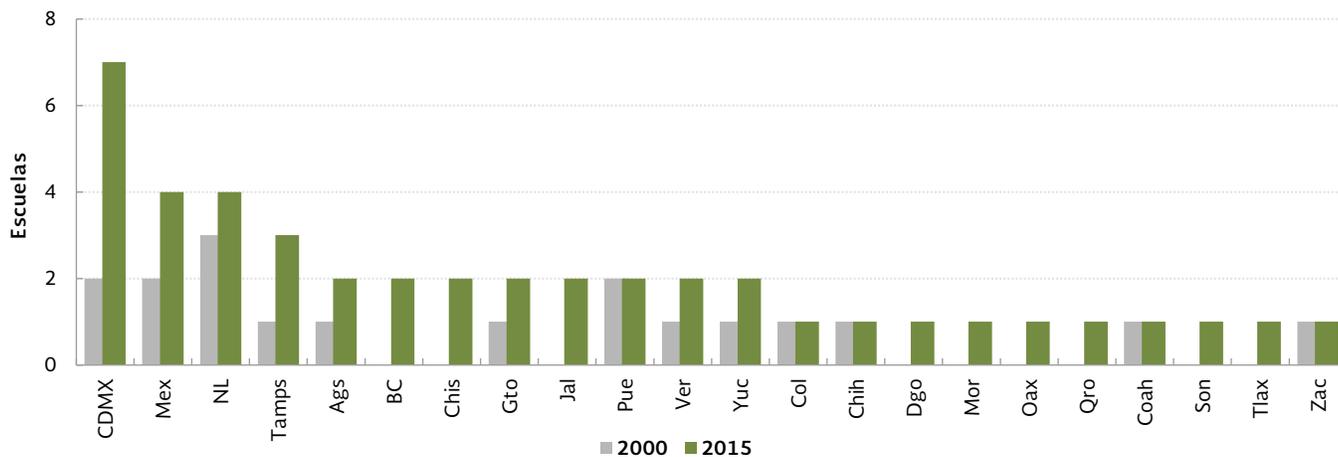
La calidad de la formación de los profesionales de la salud es fundamental, porque de ella depende en gran medida una atención médica de calidad y la consiguiente mejora de la salud de la población. Contar con mayor número de escuelas o facultades de medicina acreditadas en las entidades federativas, evitará la deserción de los estudiantes por motivos de distancia y falta de recursos económicos.

Gráfica 2.40 Escuelas de medicina acreditadas, 2000-2015



Fuente: Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM) 2000-2015.

Gráfica 2.41 Escuelas de medicina acreditadas por entidad federativa, 2000 y 2015¹



¹ Baja California Sur, Campeche, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa y Tabasco no contaron con escuelas de medicina acreditadas ante la COMAEM en el periodo 2000-2015, principalmente porque no cuentan con escuelas o facultades de medicina; con la excepción de Estado de Guerrero tuvo una escuela de medicina acreditada ante la COMAEM entre 2007 y 2012.

Fuente: Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM) 2000 y 2015.

ESCUELAS DE ENFERMERÍA ACREDITADAS

Las escuelas de enfermería acreditadas son las que el Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería COMACE, A.C. evalúa con el objeto de que los programas educativos de enfermería de nivel superior cumplan con determinados criterios, indicadores y parámetros de calidad en su estructura, organización, funcionamiento, insumos, procesos de enseñanza-aprendizaje, servicios y en sus resultados.

A nivel nacional, las escuelas de enfermería acreditadas han aumentado doce veces de 2004 a 2015, de contar con solo 4 escuelas de enfermería acreditadas en 2004, a 48 en 2015. Con estos datos del COMACE podemos dar cuenta que de 2010 a 2015 se mantuvo el mismo número de escuelas de enfermería acreditadas (Gráfica 2.42).

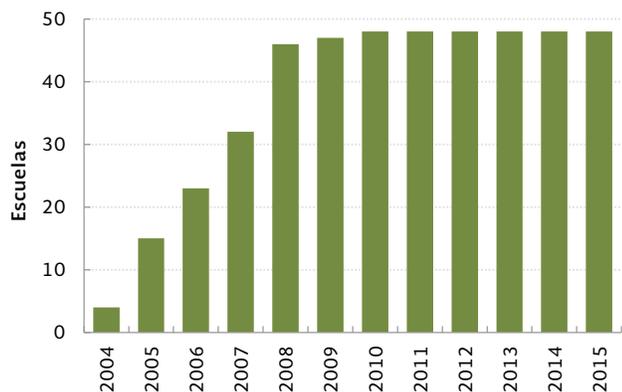
En 2004, a nivel nacional, solo había 4 escuelas de enfermería acreditadas, una en cada de las siguientes entidades: Baja California, Estado de México, Nuevo León y Tabasco. Para el 2005 ya hubo 15 escuelas de enfermería acreditadas. En ese año la Ciudad de México y Yucatán acreditaron su primera escuela de enfermería, sin embargo, hubo 2 entidades federativas que acreditaron más de una escuela: Veracruz acreditó 5 y Tamaulipas 4, ambas entidades hasta 2015 permanecieron con el mismo número de escuelas de enfermería acreditadas. En 2006, Jalisco acreditó 2 escuelas de en-

fermería; Guanajuato, Querétaro y Sonora acreditaron 1 escuela de enfermería, y a nivel nacional hubo 23 escuelas de enfermería acreditadas.

Las entidades federativas con mayor número de escuelas acreditadas de enfermería en 2015 fueron la Ciudad de México y Veracruz con un total de 5; Guanajuato y Tamaulipas con 4; Guerrero y Jalisco con 3; Nuevo León, Coahuila y Yucatán con 2; y las demás entidades federativas solo contaron con 1 escuela de enfermería acreditada. Para este mismo año, había todavía 5 entidades federativas sin escuelas de enfermería acreditadas: Baja California Sur, Chiapas, Morelos, Oaxaca y Quintana Roo (Gráfica 2.43).

Se observa que a pesar del crecimiento en el número de escuelas acreditadas de enfermería a nivel nacional del año 2004 a 2015, siguen siendo insuficientes para la formación de profesionales de enfermería en el país. Esta situación puede estar provocando que no se formen con una educación de calidad a los enfermeros necesarios para que el Sistema Nacional de Salud cubra sus necesidades y por consecuencia ofrecer servicios sanitarios de calidad. La consolidación y fortalecimiento de estructuras más eficientes y eficaces en la enseñanza de la enfermería garantizarán a la población y a las instituciones de salud futuros profesionales con una alta responsabilidad humana y educativa.

Gráfica 2.42 Escuelas de enfermería acreditadas, 2004-2015



Fuente: Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería (COMACE) 2004-2015

Gráfica 2.43 Escuelas de enfermería acreditadas por entidad federativa, 2004 y 2015¹



¹ Baja California Sur, Chiapas, Morelos, Nayarit, Oaxaca y Quintana Roo no contaron con escuelas de enfermería acreditadas ante la COMACE en el periodo 2004-2015, principalmente porque no cuentan con escuelas o facultades de enfermería.

Fuente: Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería (COMACE) 2004 y 2015

PROFESIONALES DE LA SALUD TITULADOS

Los profesionales de la salud titulados que registra la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior A.C. (ANUIES) son aquellos alumnos que al término del ciclo escolar obtuvieron el título que reconoce legalmente la culminación de los estudios de programas educativos relacionados con la salud²⁵, independientemente del año de egreso.

A nivel nacional el número de profesionales de la salud titulados aumentó de manera intermitente a partir del año 2000 hasta el 2015. En el año 2000 en números absolutos hubo 22,191 profesionales de la salud titulados, sin embargo, en 2001 disminuyó este número a 19,280. A partir de 2006, el número se incrementó cada año a nivel nacional. En 2015 se alcanzó un total de 67,772 profesionales de la salud titulados (Gráfica 2.44).

Con respecto a los profesionales de la salud por cada 100,000 habitantes a nivel nacional, hubo 22 profesionales de la salud titulados en el año 2000, cifra que disminuyó en 2001 a 19. En 2005 decreció 6% con respecto a 2004, cuando hubo 30 profesionales de la salud por cada 100,000 habitantes. En 2015 hubo 56, es decir, aumentó el 60% el número de profesionales de la salud titulados con respecto al año 2000 (Gráfica 2.45).

Para los años 2000 y 2015, la entidad federativa con mayor número de profesionales de la salud titulados por cada 100,000 habitantes fue la Ciudad de México con 65 en el 2000 y 121 en el

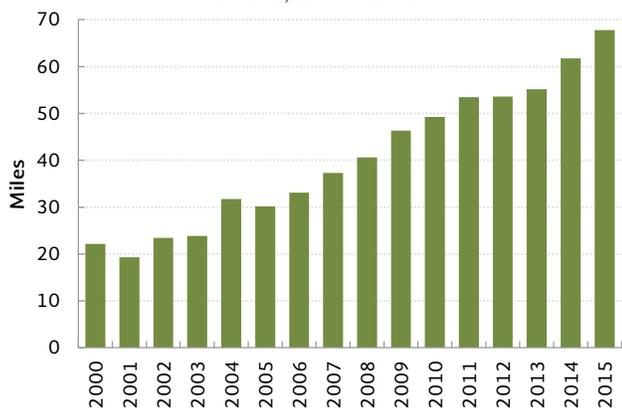
2015, es decir, en 15 años casi se duplicaron los profesionales de la salud titulados en relación a la población. Si comparamos esta cifra con las demás entidades federativas, podemos dar cuenta que la segunda entidad con mayor crecimiento fue Sinaloa con un total de 103 profesionales de la salud titulados por 100,000 habitantes; pero con respecto a Baja California Sur, entidad federativa con menor número de profesionales de la salud titulados por 100,000 habitantes (15.3), la Ciudad de México tuvo una diferencia significativa.

Las cinco entidades federativas con menor número de profesionales de la salud titulados por cada 100,000 habitantes en 2015 fueron: Baja California Sur con 15.3, Quintana Roo con 16.2, Guerrero con 21.5, Coahuila con 28.2 y Oaxaca con 29.5. Por otro lado, las entidades con mayor número en el mismo año fueron: Ciudad de México con 120.8, Sinaloa con 103.5, Nuevo León con 88.6, Tamaulipas con 85.4 y Michoacán con 79.1. Es importante destacar que Baja California Sur en 2000 y 2001 no registró profesionales de la salud titulados, ni Quintana Roo de 2000 a 2006 (Gráfica 2.46).

El Sistema Nacional de Salud, para alinear sus objetivos principales a los de la Organización Mundial de la Salud de proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, requiere contar con los recursos humanos suficientes, con alto nivel educativo y con una excelente formación humana en todo el país.

²⁵ Los profesionales de la salud incluidos son: acupuntura, naturoterapia, y medicina alternativa; administración pública; educación para la salud; emergencias médicas-paramédico; enfermería; farmacia; fisioterapia; ingeniería biomédica; medicina; neuropatía; nutrición; odontología; optometría; psicología; químico clínico biólogo; rehabilitación; salud comunitaria; salud intercultural; salud pública; salud y medio ambiente; seguridad e higiene; técnico dental; trabajo social.

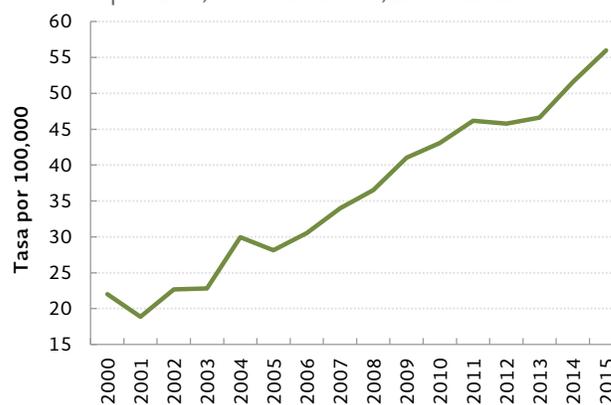
Gráfica 2.44 Profesionales de la salud titulados, 2000-2015¹



¹ Los profesionales de la salud incluidos son: acupuntura, naturoterapia y medicina alternativa; administración pública; educación para la salud; emergencias médicas-paramédico; enfermería; farmacia; fisioterapia; ingeniería biomédica; medicina; neuropatía; nutrición; odontología; optometría; psicología; químico clínico biólogo; rehabilitación; salud comunitaria; salud intercultural; salud pública; salud y medio ambiente; seguridad e higiene; técnico dental; trabajo social.

Fuente: Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) 2000-2015

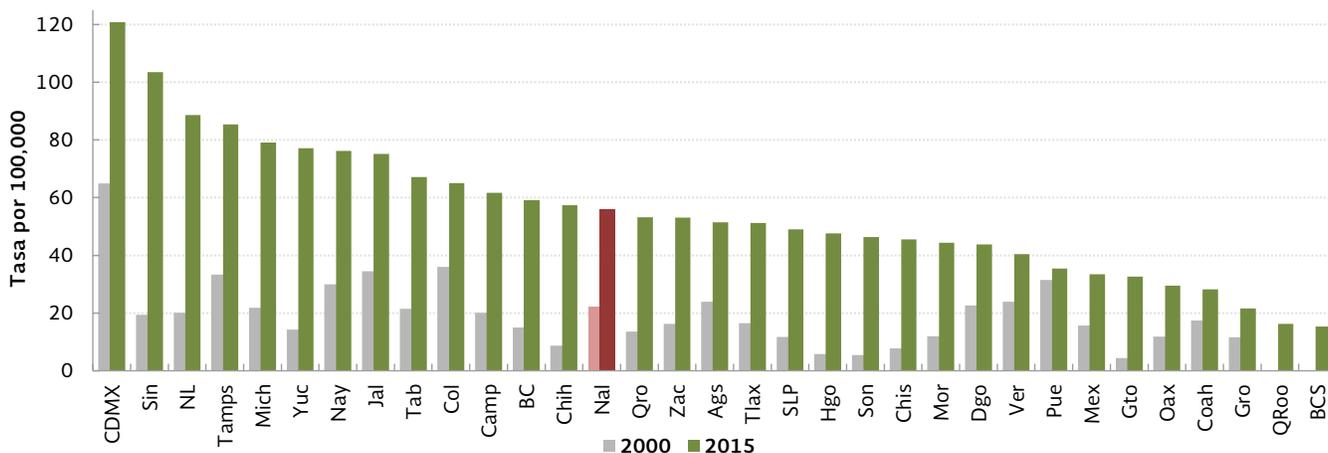
Gráfica 2.45 Profesionales de la salud titulados por 100,000 habitantes, 2000-2015¹



¹ Los profesionales de la salud incluidos son: acupuntura, naturoterapia y medicina alternativa; administración pública; educación para la salud; emergencias médicas-paramédico; enfermería; farmacia; fisioterapia; ingeniería biomédica; medicina; neuropatía; nutrición; odontología; optometría; psicología; químico clínico biólogo; rehabilitación; salud comunitaria; salud intercultural; salud pública; salud y medio ambiente; seguridad e higiene; técnico dental; trabajo social.

Fuente: Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) 2000-2015. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030.

Gráfica 2.46 Profesionales de la salud titulados por 100,000 habitantes por entidad federativa, 2000 y 2015¹



¹ En el año 2000, Quintana Roo y Baja California no reportaron programas educativos relacionados con la salud, por lo cual sus valores en ese año son cero. Los profesionales de la salud considerados son: acupuntura, naturoterapia, y medicina alternativa; administración pública; educación para la salud; emergencias médicas-paramédico; enfermería; farmacia; fisioterapia; ingeniería biomédica; medicina; neuropatía; nutrición; odontología; optometría; psicología; químico clínico biólogo; rehabilitación; salud comunitaria; salud intercultural; salud pública; salud y medio ambiente; seguridad e higiene; técnico dental; trabajo social.

Fuente: Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) 2000, y 2015. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030.

MÉDICOS GENERALES TITULADOS

Los médicos generales titulados son aquellos que la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior A.C. (ANUIES) registra como alumnos que al término del ciclo escolar obtuvieron el título que reconoce legalmente la culminación de los estudios de medicina, independientemente del año de egreso y del nombre formal del programa.

En números absolutos, los médicos generales titulados registrados a nivel nacional en 2000 fueron poco más de 8 mil; en los años siguientes el crecimiento fue intermitente. En 2008 se alcanzaron poco más de 11 mil y en 2015 por arriba de 13 mil. Es de esperarse que anualmente exista un mayor número de médicos generales titulados, sin embargo el crecimiento no fue continuo en estos 15 años (Gráfica 2.47).

En términos de la población, comparando el número de médicos generales titulados por cada 100,000 habitantes, en el periodo de 2000 a 2015 se rebasaron los 10 médicos titulados en seis años, mientras que el año con menor número de médicos generales titulados por cada 100,000 habitantes fue 2001 con 6.17 (Gráfica 2.48).

Debe destacarse que, de 2000 a 2015, Baja California Sur y Quintana Roo no registraron ningún médico general titulado. Ambas entidades no registran ninguna escuela o facultad de medicina, es por esta razón que no hay médicos generales titulados para ambas entidades.

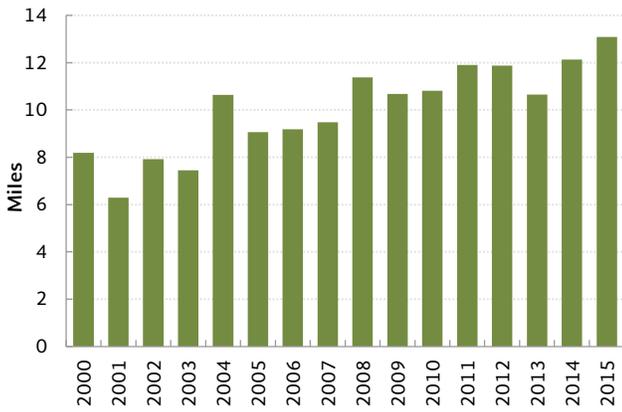
En el año 2000, las entidades federativas con mayor número de médicos generales por cada 100,000 habitantes fueron Jalisco con 21, Puebla y Ciudad de México con 17, Durango y Nayarit con 12; las de menor número fueron Guanajuato con 1; Chiapas, Querétaro y San Luis Potosí con 3. Además, en ese año hubo 4 entidades sin médicos generales titulados: Baja California Sur, Quintana Roo, Sonora y Tlaxcala.

Para el año 2015, las entidades federativas con mayor número de médicos generales titulados por 100,000 habitantes fueron Ciudad de México con 29, Nuevo León con 20, Tamaulipas con 18, Jalisco y Michoacán con 17; las de menor número fueron Coahuila con 1, Guerrero con 2, Guanajuato con 3, Sonora y San Luis Potosí con 4 (Gráfica 2.49).

Con estos datos, se puede establecer que el número de médicos generales titulados es bajo, lo que puede ser una barrera para lograr que el Sistema Nacional de Salud logre la cobertura universal. La calidad de la prestación de los servicios sanitarios se ve impactada pues la relación médico paciente no es eficiente, lo que genera mayor gasto a las instituciones y al propio paciente.

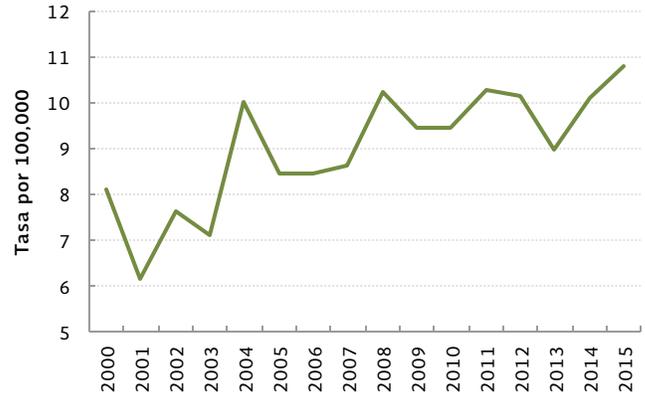
Debe valorarse que, en la medida que exista un mayor número de escuelas de medicina en el país, la formación y titulación de médicos generales se incrementará, por lo tanto, aumentarán los recursos humanos de calidad en el Sistema Nacional de Salud.

Gráfica 2.47 Médicos generales titulados, 2000-2015



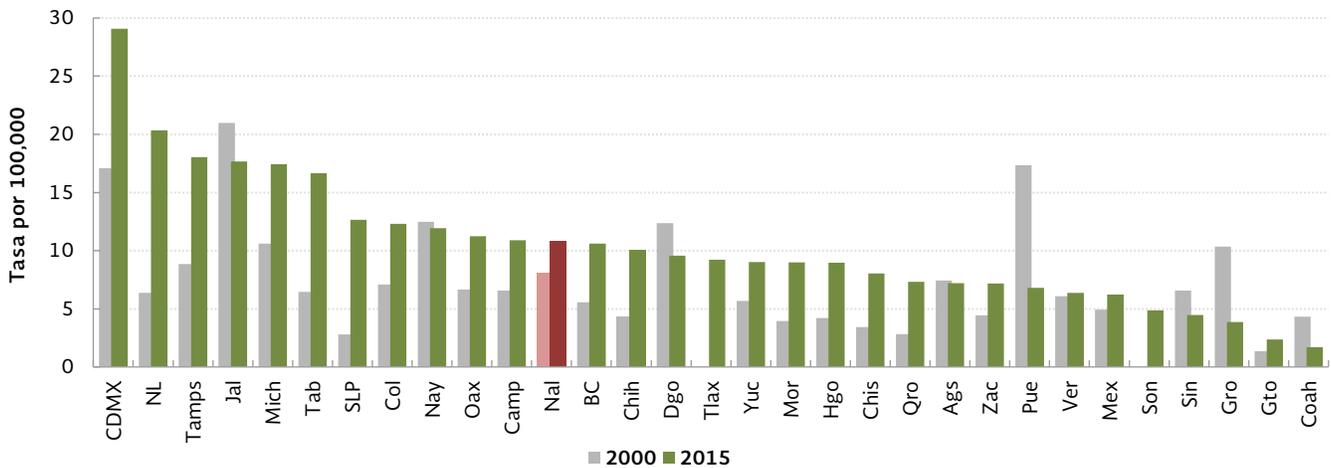
Fuente: Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) 2000-2015

Gráfica 2.48 Médicos generales titulados por 100,000 habitantes, 2000-2015



Fuente: Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) 2000-2015. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030.

Gráfica 2.49 Médicos generales titulados por 100,000 habitantes por entidad federativa, 2000 y 2015



En los estados de Quintana Roo y Baja California Sur no se gradúan médicos generales debido a que no tienen escuelas o facultades de medicina.
Fuente: Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) 2000 y 2015. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030.

PROFESIONALES DE ENFERMERÍA TITULADOS

Los profesionales de enfermería titulados son aquellos que la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior A.C. (ANUIES) registra como alumnos que al término del ciclo escolar obtuvieron el título que reconoce legalmente la culminación de los estudios de enfermería y técnico superior universitario de enfermería, independientemente del año de egreso y del nombre formal del programa.

En números absolutos, en el año 2000 se registraron 2,795 profesionales de enfermería titulados (de los cuales 474 son técnicos superiores de enfermería), en años subsecuentes, el crecimiento fue intermitente. En 2015 el número de profesionales de enfermería titulados fue 11,499 (de los cuales 106 son técnicos superiores universitarios de enfermería), con este dato podemos decir que para el 2015 hubo 5 veces más con respecto a 2000 (Gráfica 2.50).

En términos de población, los años con mayor número de profesionales de enfermería titulados por 100,000 habitantes fueron 2015 con 9.5, 2014 con 8.9 y 2011 con 8.1 (Gráfica 2.51).

En el año 2000, las entidades federativas con mayor número de profesionales de enfermería titulados por 100,000 habitantes fueron Tlaxcala y Tamaulipas con 12, Ciudad de México con 9, Colima,

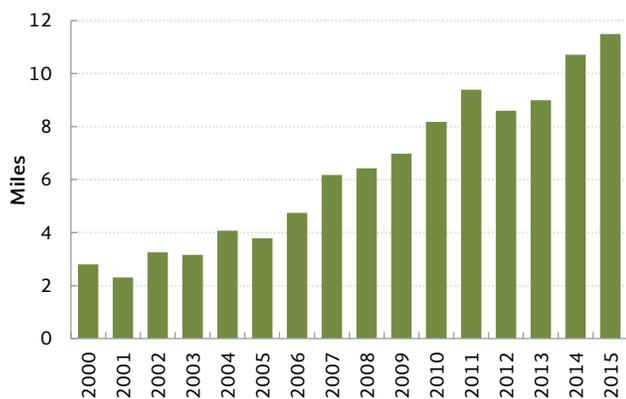
Nayarit y Tabasco con 7. En Quintana Roo durante todo el periodo de 2000 a 2013 no se registraron profesionales de enfermería titulados. Las entidades federativas Baja California Sur e Hidalgo registraron hasta 2006 los primeros profesionales de enfermería titulados.

En 2015, las entidades con mayor número de profesionales de enfermería por 100,000 habitantes fueron Tamaulipas con 27, Sinaloa con 26, Nayarit con 22 y Zacatecas con 21. Las entidades con menor número de profesionales de enfermería titulados por 100,000 habitantes fueron Quintana Roo con 1, Baja California Sur con 3 y Estado de México con 4 (Gráfica 2.52).

Anteriormente, en el indicador de escuelas de enfermería acreditadas, se observó que existen muy pocas por entidad federativa, factor que influye de manera restrictiva en la formación de profesionales de enfermería, más aún que concluyan exitosamente sus estudios con la titulación.

La atención de los pacientes es multidisciplinaria y debe contar con los recursos humanos suficientes y necesarios para lograr la calidad de la atención sanitaria. El contar con mayor número de profesionales de enfermería titulados permitirá que no haya una mayor carga de trabajo y de horas laborales, impidiendo así las negligencias y la mala atención al paciente.

Gráfica 2.50 Profesionales de enfermería titulados, 2000-2015



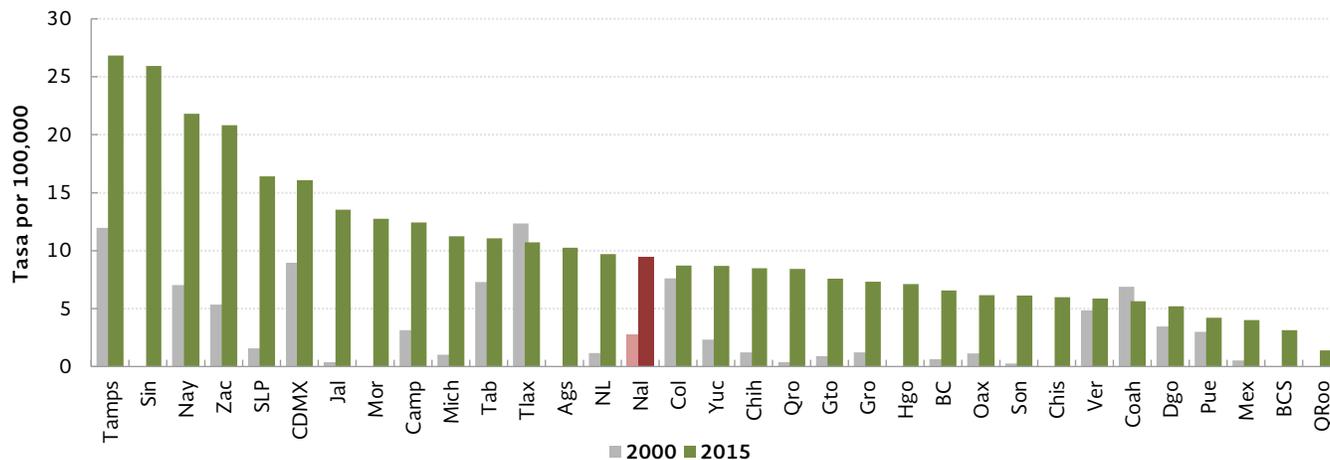
Fuente: Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) 2000-2015.

Gráfica 2.51 Profesionales de enfermería titulados por 100,000 habitantes, 2000-2015



Fuente: Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) 2000-2015. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030.

Gráfica 2.52 Profesionales de enfermería titulados por 100,000 habitantes por entidad federativa, 2000 y 2015



Fuente: Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) 2000 y 2015. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030.



3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONSULTAS GENERALES POR MÉDICO GENERAL

Las consultas médicas se pueden definir como el conjunto de servicios que se les proporciona a las personas con el objetivo de proteger y restaurar su salud²⁶. El contacto con el médico general, además de ser la vía de entrada del paciente al Sistema Nacional de Salud y la vía de referencia hacia los médicos especialistas, es donde se ponen en práctica las acciones preventivas más frecuentes y se da una atención médica integral²⁷.

En 2014, en números absolutos, se otorgaron poco más de 231 millones de consultas a nivel nacional, de las cuales casi 84 millones fueron de primera vez y 147 millones correspondieron a las subsecuentes. Respecto a lo reportado en el año 2005, el crecimiento en consultas fue de 21%, lo que representó 39 millones más de consultas. Sin embargo, el número de consultas ha sido muy variable a lo largo de los años (Gráfica 3.1).

El promedio de consultas otorgadas por día por médico general, tanto de primera vez como subsecuentes, fue de poco más de 9 en el año 2005, mientras que en 2014 esta cifra disminuyó a casi 8 consultas por día, lo que significó una caída del 15% en el número de consultas otorgadas, tomando en cuenta 252 días hábiles. De 2007 a 2013 las consultas otorgadas fueron alrededor de 8 por día. A lo largo del periodo, el indicador fue disminuyendo hasta llegar a su cifra más baja en 2014 (Gráfica 3.2).

Tanto el número de consultas como de médicos generales aumentó de 2005 a 2014; sin embargo, el número de médicos aumentó en mayor medida, lo que da como resultado que el promedio de consultas por médico haya disminuido.

En 2014, IMSS-PROSPERA otorgó poco más de 12 consultas al día, siendo la institución que más consultas dio por médico general en dicho año, sin

embargo, tuvo un leve descenso de casi una consulta entre 2005 y 2014. Para este último año, el IMSS otorgó poco más de 10 consultas por día por médico general, aunque de igual manera, tuvo una disminución de casi 3 consultas respecto a 2005, donde se daban cerca de 13. La Secretaría de Salud también tuvo un decremento en el periodo de casi dos consultas, mientras que el ISSSTE mantuvo el número de consultas a lo largo del periodo. Por otro lado, en el sector privado solo se registró alrededor de una consulta por día, lo que indica que posiblemente hay un subregistro en dicho sector, ya que la fuente de información está ligada a unidades hospitalarias privadas (Gráfica 3.3).

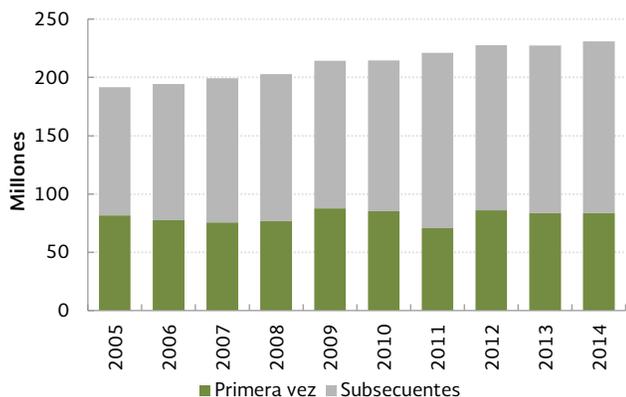
Con respecto a las entidades federativas, en 2014 las entidades con mayor promedio de consultas por médico por día fueron, el Estado de México y Aguascalientes con alrededor de 11 consultas, mientras tanto en el otro extremo se encontraron Jalisco y Ciudad de México con cerca de 6 y casi 5 consultas respectivamente. De todas las entidades, solo Aguascalientes mostró un incremento, de cerca de dos consultas más diariamente entre 2005 y 2014, mientras que en la Ciudad de México y Tlaxcala se mantuvieron casi sin cambio. El resto de las entidades mostró un descenso en el promedio, destacando Yucatán, Chiapas, Zacatecas y Tabasco, donde hubo una disminución de poco más de 3 consultas diarias (Gráfica 3.4).

De acuerdo con los datos anteriores, se puede destacar que hubo más consultas subsecuentes que de primera vez por médico general, cuando el médico general es quien debe realizar la prevención de las enfermedades con mayor incidencia como las crónico-degenerativas y no únicamente otorgar consultas subsecuentes a los pacientes diagnosticados previamente, es decir, se deberían otorgar más consultas preventivas.

²⁶ Cruells JG. "Conceptos de bioética y responsabilidad médica".

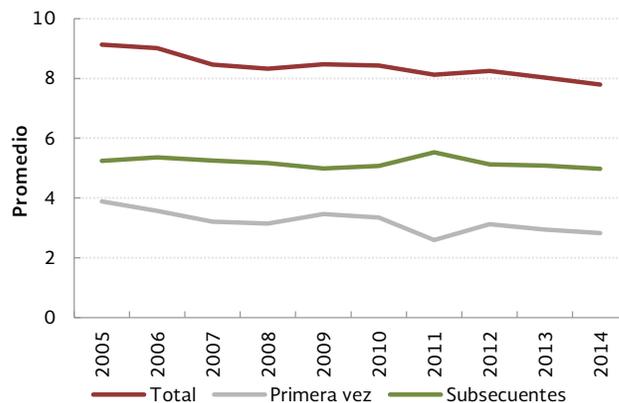
²⁷ Narro J., Ruiz. A. "El papel del médico general en la atención médica en el México Actual".

Gráfica 3.1 Consultas generales, 2005-2014



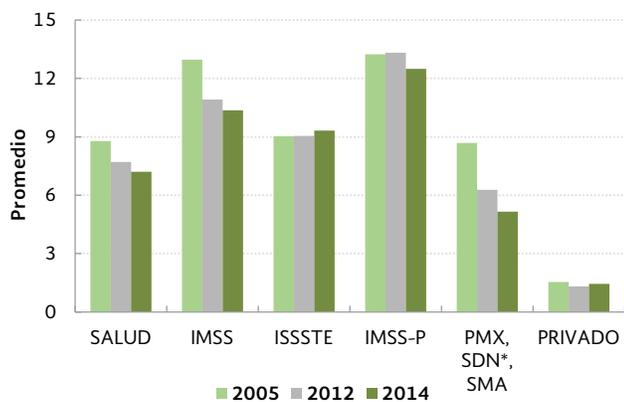
Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos, 2005-2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005-2014.

Gráfica 3.2 Consultas generales por médico general por día, 2005-2014



Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos, 2005-2014. Recursos del Sector 2005-2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005-2014.

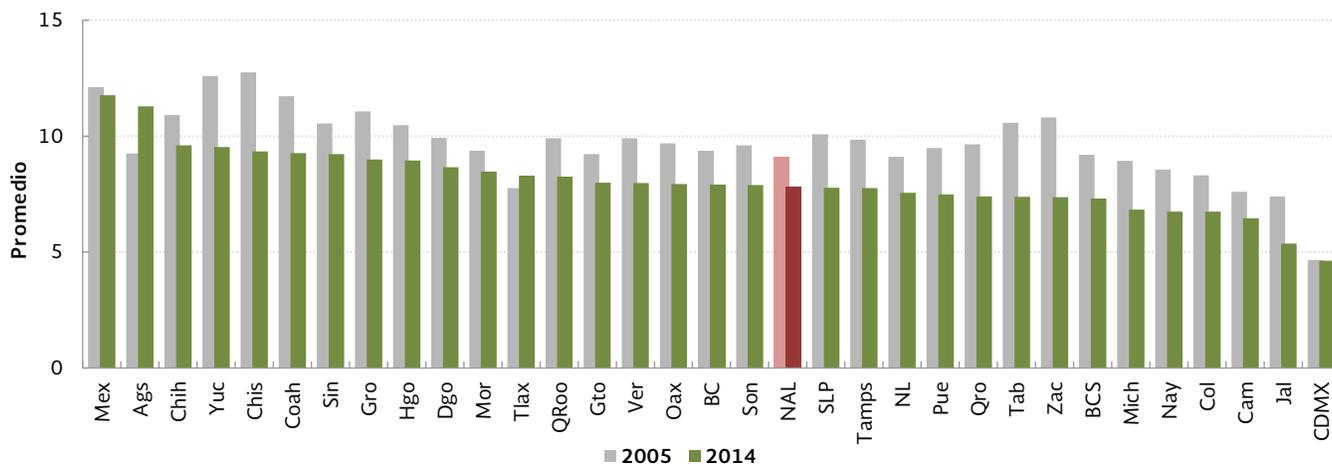
Gráfica 3.3 Consultas generales por médico general por día por institución, 2005, 2012 y 2014



* En 2005 solamente incluye PEMEX y Secretaría de Marina.

Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2005, 2012 y 2014. Recursos del Sector 2005, 2012 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005, 2012 y 2014.

Gráfica 3.4 Consultas generales por médico general por día por entidad federativa, 2005 y 2014



Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2005 y 2014. Recursos del Sector 2005 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005 y 2014.

CONSULTAS GENERALES DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES POR MÉDICO GENERAL

Las consultas generales de primera vez son aquellas que se hacen cuando aparece algún malestar reflejo de una enfermedad y el paciente requiere revisión médica para ser diagnosticado, aunque también puede ser cuando el paciente acude de forma preventiva. Las consultas generales subsecuentes son aquellas donde el paciente regresa después de haber recibido una consulta previa, con el fin de obtener una revisión general o para seguir un tratamiento por alguna enfermedad diagnosticada anteriormente, por lo que acuden a servicio hasta que son dados de alta.

En 2014, en México se otorgaron en promedio 3 consultas generales de primera vez por médico por día, siendo Chiapas, Aguascalientes y el Estado de México las tres principales entidades donde más se dieron consultas en dicho año. En todas las entidades ha habido decremento en el número de consultas generales de primera vez otorgadas al día en el periodo de 2005 a 2014, excepto en Aguascalientes donde hubo un aumento de casi una consulta, esto debido a que el número de consultas incrementó un 55% mientras que los médicos solo un 30%. Chiapas, Yucatán y Zacatecas son las entidades donde hubo una disminución de alrededor de dos consultas generales de primera vez al día y se debe a que el número de médicos aumentó 50% aproximadamente (Gráfica 3.5).

Referente a las consultas otorgadas de primera vez dentro de las instituciones, también hubo un decremento en general entre 2005 y 2014, la Secretaría de Salud fue la que presentó la mayor disminución (1.3 consultas menos). Mientras tanto,

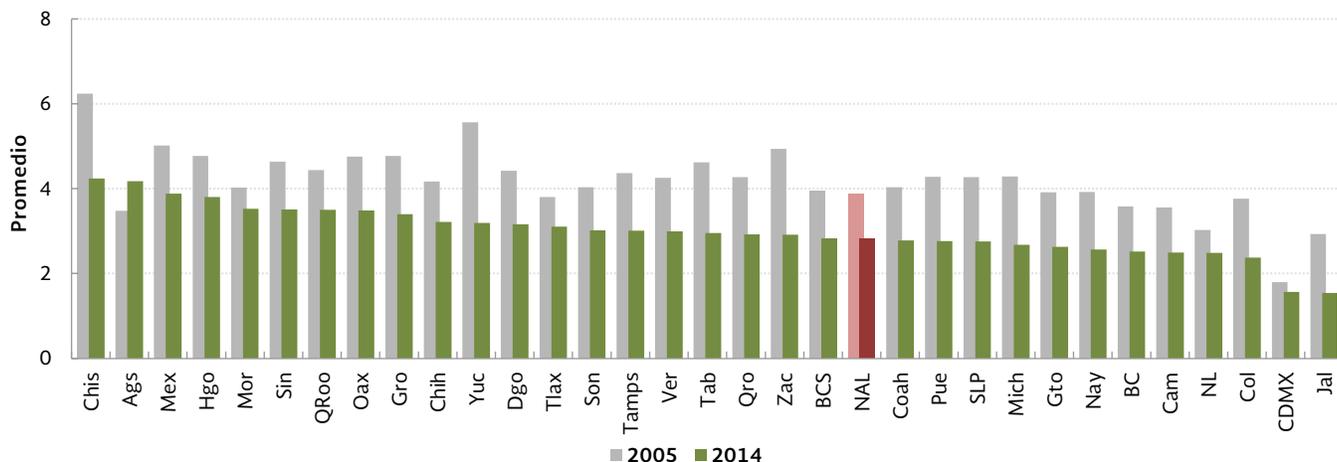
en el sector privado se mantuvo la cifra por debajo de una consulta otorgada por día por médico, que es una cifra muy baja, lo cual puede ser debido a que no se reportan el total de consultas en este sector (Gráfica 3.6).

Respecto a las consultas generales subsecuentes otorgadas por médico al día por institución, hubo algunos cambios, como en el caso del IMSS, que tuvo una disminución de casi 2 consultas en el periodo comprendido de 2005 a 2014, caso contrario del ISSSTE que tuvo un incremento de poco más de una consulta por día dentro del mismo periodo. La Secretaría de Salud se ha mantenido con alrededor de 4 consultas al día, mientras IMSS-PROSPERA con un poco más de 6 consultas a lo largo de 2005 a 2014. Entretanto en el sector privado se registró alrededor de media consulta al día (Gráfica 3.7).

Las consultas generales subsecuentes por médico que se otorgaron en 2014 dentro de las entidades federativas fueron cerca de 5 en promedio, concurriendo el mayor número en el Estado de México, Aguascalientes, Chihuahua y Coahuila. Mientras tanto, hubo un descenso de casi dos consultas en Tabasco dentro de los mismos años de referencia (2005-2014), caso contrario de Aguascalientes, Estado de México y Tlaxcala, donde hubo un ascenso (Gráfica 3.8).

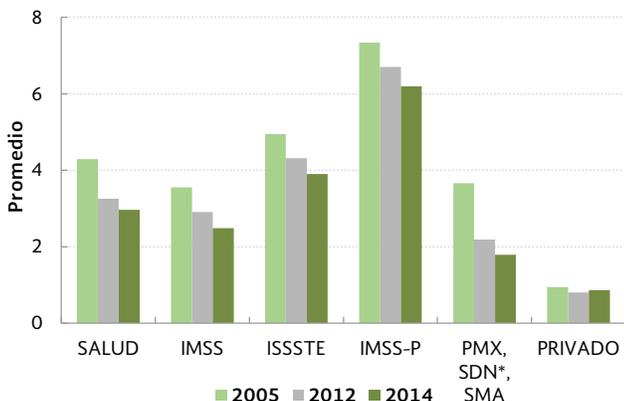
Entre 2005 y 2014 el promedio diario de consultas generales de primera vez por médico disminuyó en todas las instituciones públicas, y aunque el promedio de consultas subsecuentes disminuyó en la mayoría, en el ISSSTE aumentaron de manera importante, lo que da pie a pensar que se ha mejorado el seguimiento a los pacientes.

Gráfica 3.5 Consultas generales de primera vez por médico general por día por entidad federativa, 2005 y 2014



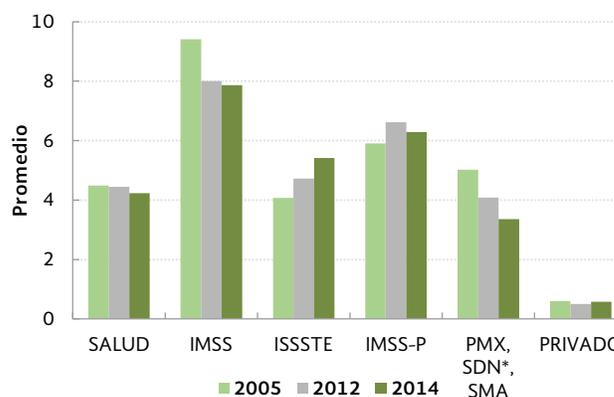
Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2005 y 2014. Recursos del Sector, 2005 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005 y 2014.

Gráfica 3.6 Consultas generales de primera vez por médico general por día por institución, 2005, 2012 y 2014



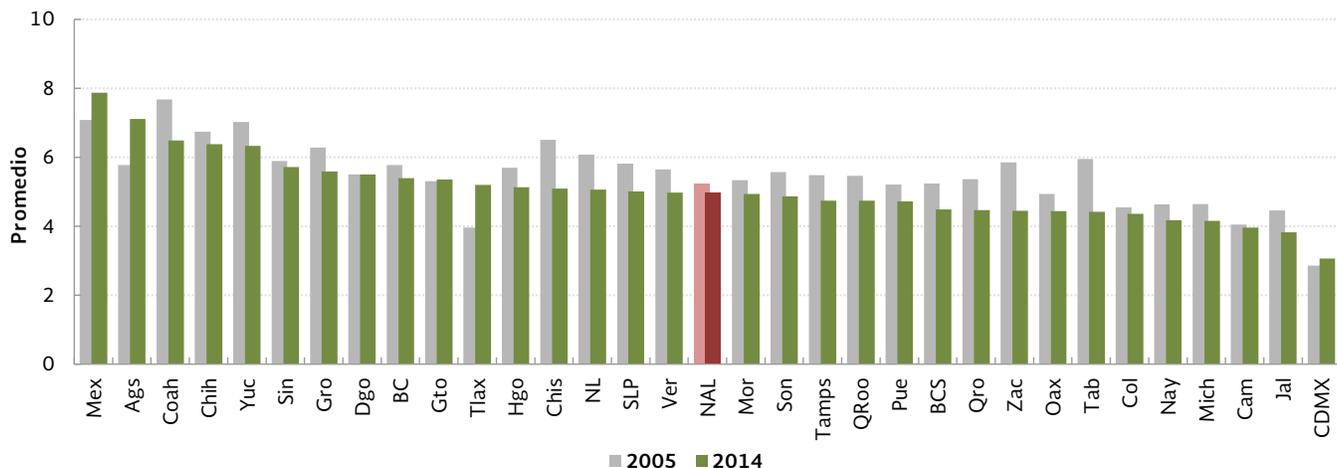
* En 2005 solamente incluye PEMEX y Secretaría de Marina
Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2005, 2012 y 2014. Recursos del Sector, 2005, 2012 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005, 2012 y 2014.

Gráfica 3.7 Consultas generales subsiguientes por médico general por día por institución, 2005, 2012 y 2014



* En 2005 solamente incluye PEMEX y Secretaría de Marina.
Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2005, 2012 y 2014. Recursos del Sector, 2005, 2012 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005, 2012 y 2014.

Gráfica 3.8 Consultas generales subsiguientes por médico general por día por entidad federativa, 2005 y 2014



Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2005 y 2014. Recursos del Sector, 2005 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005 y 2014.

CONSULTAS GENERALES POR CONSULTORIO GENERAL

Un consultorio de medicina general o familiar se define como el establecimiento público, social o privado, ligado a un servicio hospitalario o dedicado al ejercicio profesional independiente, donde se realizan actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 005-SSA3-2010²⁸. Conocer el número de consultas generales que se otorgan por consultorio permite dar cuenta de la utilización del recurso y de la productividad que genera.

Como ya se trató anteriormente, la medicina general es la base de la atención de los pacientes con alguna patología, y los consultorios generales son el espacio donde se pueden llevar a cabo acciones preventivas, diagnosticar y dar tratamiento a la mayoría de los padecimientos que puede sufrir un individuo a lo largo de su vida a través de procedimientos sencillos, de ahí la importancia de su utilización.

En 2014, el promedio de consultas generales otorgadas por consultorio fue de poco más de 22 al día, solamente cerca de 2% más de las consultas que se daban en el año 2005. Por otro lado, las consultas generales de primera vez por consultorio a nivel nacional fueron en promedio 8 al día, mientras que las consultas subsecuentes fueron poco más de 14. El promedio de consultas generales de primera vez no tuvo crecimiento, al contrario, disminuyó en poco más de una consulta, mientras que las consultas generales subsecuen-

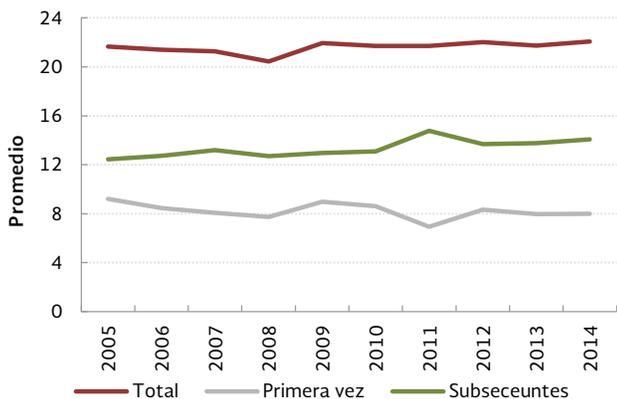
tes aumentaron casi dos consultas más con respecto a 2005 (Gráfica 3.9).

En 2014, en las principales instituciones del sector salud, el promedio de consultas por consultorio fue de poco más de 23 al día, siendo el IMSS donde se otorgaron más consultas, cerca de 45 al día, y de acuerdo a los registros, en los servicios privados se otorgaron solamente cerca de 4 consultas al día. Entre 2005 y 2014, en el IMSS hubo una diferencia de poco más de 3 consultas al día, y en el ISSSTE cerca de 2 consultas más, mientras que en la Secretaría de Salud hubo una disminución de casi una consulta al día por consultorio general (Gráfica 3.10).

Dentro de las entidades federativas, se encontró que para 2014 la entidad que más otorgó consultas por consultorio general fue Aguascalientes con un total de 36 consultas al día, mientras que Nayarit fue la entidad donde menos se otorgaron estas, con una cifra de cerca de 17. Asimismo, Aguascalientes tuvo un crecimiento del 35% en 2014 con respecto al año 2005, que representa 9 consultas más al día aproximadamente. En Baja California Sur, Estado de México y Tlaxcala también hubo un aumento de alrededor de 3 consultas por día, es decir, un crecimiento de 14% entre 2005 y 2014. Esto se debe a que el número de consultas generales aumentó con mayor rapidez que los consultorios. Caso contrario es Sonora y Tabasco, donde el número de consultas por consultorio disminuyó 16% y 22%, respectivamente (constituyen alrededor de 4 consultas por día), debido a que aumentó mucho más el número de consultorios que de consultas (Gráfica 3.11).

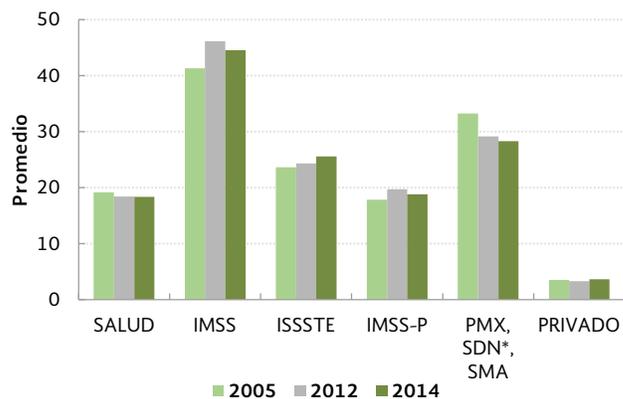
²⁸ Secretaría de Salud. "Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios".

Gráfica 3.9 Consultas generales por consultorio general por día, 2005-2014



Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos, 2005-2014. Recursos del Sector, 2005-2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005-2014.

Gráfica 3.10 Consultas generales por consultorio general por día por institución, 2005, 2012 y 2014¹

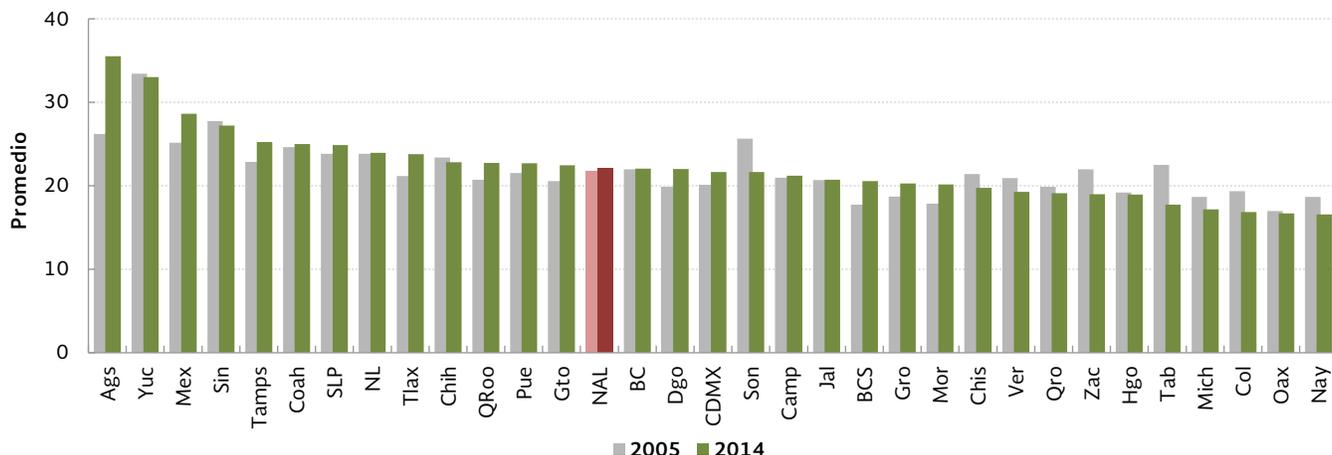


¹ Por problemas con el registro de consultorios en el IMSS para 2014, se utilizaron las cifras de 2013.

* En 2005 solamente incluye PEMEX y Secretaría de Marina.

Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2005, 2012 y 2014. Recursos del Sector, 2005, 2012 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005, 2012 y 2014.

Gráfica 3.11 Consultas generales por consultorio general por día por entidad federativa, 2005 y 2014



Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2005 y 2014. Recursos del Sector, 2005 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005 y 2014.

CONSULTAS GENERALES DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES POR CONSULTORIO GENERAL

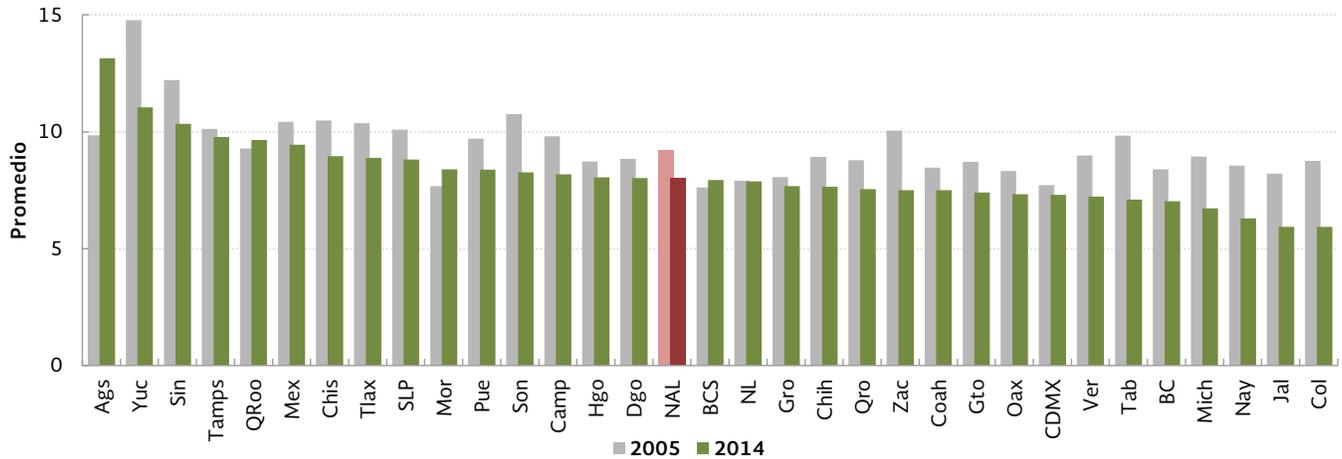
Dentro de las entidades federativas, en 2014 se confirieron, en promedio, 8 consultas de primera vez generales por consultorio, alrededor de una consulta menos al día que en el año 2005, lo que significa un decremento del 13% a lo largo de este periodo. En la mayoría de las entidades hubo una disminución en el número de consultas generales de primera vez, solo Aguascalientes tuvo un incremento importante del 33%. Los estados donde existió una baja más relevante fueron: Yucatán con 4 consultas menos al día, Zacatecas, Tabasco y Colima, con 3 consultas menos al día respecto a 2005 (Gráfica 3.12).

Respecto a las consultas de primera vez por consultorio general otorgadas en las diferentes instituciones de salud, en 2014 se encontró que las instituciones que más otorgaron consultas fueron el IMSS y el ISSSTE con cerca de 11 consultas al día. En general se observa que hubo una disminución en el promedio de consultas por consultorio entre 2005 y 2014, sobre todo en la Secretaría de Salud y en el ISSSTE, ya que el descenso fue de 19% y 17% respectivamente, esto debido a que en la Secretaría de Salud aumentó de forma importante el número de consultorios (30%) mientras que las consultas apenas aumentaron un 5%, y en el ISSSTE hubo una disminución en el número de consultas generales del 10% entretanto los consultorios aumentaron un 8% (Gráfica 3.13).

Las consultas generales subsecuentes que se otorgan por consultorio dentro de las principales instituciones del sector salud fueron en promedio cerca de 15 al día, siendo el IMSS la institución que más concede este tipo de consultas con cerca de 34 al día, en tanto IMSS-PROSPERA registró que solo daba poco más de 9 consultas al día. Para este tipo de consultas, en el ámbito privado las consultas otorgadas fueron de poco más de una al día. Es importante destacar que hubo un incremento en el número de consultas generales subsecuentes por consultorio a comparación de las de primera vez, sobretodo en el IMSS e ISSSTE, donde ambas instituciones aumentaron alrededor de 4 consultas al día, debido a que incrementaron en mayor proporción las consultas que los consultorios (Gráfica 3.14).

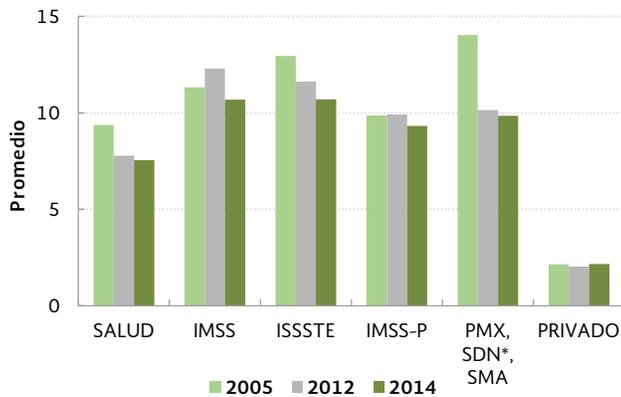
En las entidades federativas, de igual manera hubo un incremento en las consultas generales subsecuentes por consultorio, resaltando Aguascalientes, donde aumentaron aproximadamente 37%, que representan 6 consultas más al día, es decir, 1,500 consultas más al año por consultorio que las registradas en 2005. Asimismo, aumentó el número de consultas en el Estado de México y en Tlaxcala, alrededor de 4 consultas más al día; el caso de Sonora y Tabasco fue distinto, donde la cifra bajó en dos consultas menos al día. Esto ocurrió debido a que en Sonora aumentó en mayor cantidad el número de consultorios que de consultas, y en Tabasco porque disminuyó el número de consultas mientras que aumentó el número de consultorios entre 2005 y 2014 (Gráfica 3.15).

Gráfica 3.12 Consultas generales de primera vez por consultorio general por día por entidad federativa, 2005 y 2014



Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2005 y 2014. Recursos del Sector, 2005 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005 y 2014.

Gráfica 3.13 Consultas generales de primera vez por consultorio general por día por institución, 2005, 2012 y 2014¹

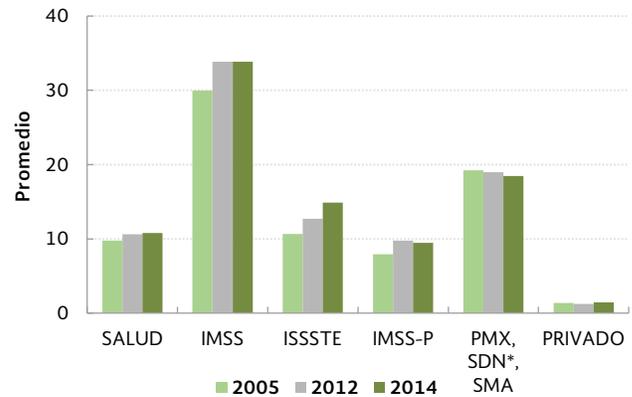


¹ Por problemas con el registro de consultorios en el IMSS para 2014, se utilizaron las cifras de 2013.

* En 2005 solamente incluye PEMEX y Secretaría de Marina.

Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2005, 2012 y 2014. Recursos del Sector, 2005, 2012 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005, 2012 y 2014.

Gráfica 3.14 Consultas generales subsiguientes por consultorio general por día por institución, 2005, 2012 y 2014¹

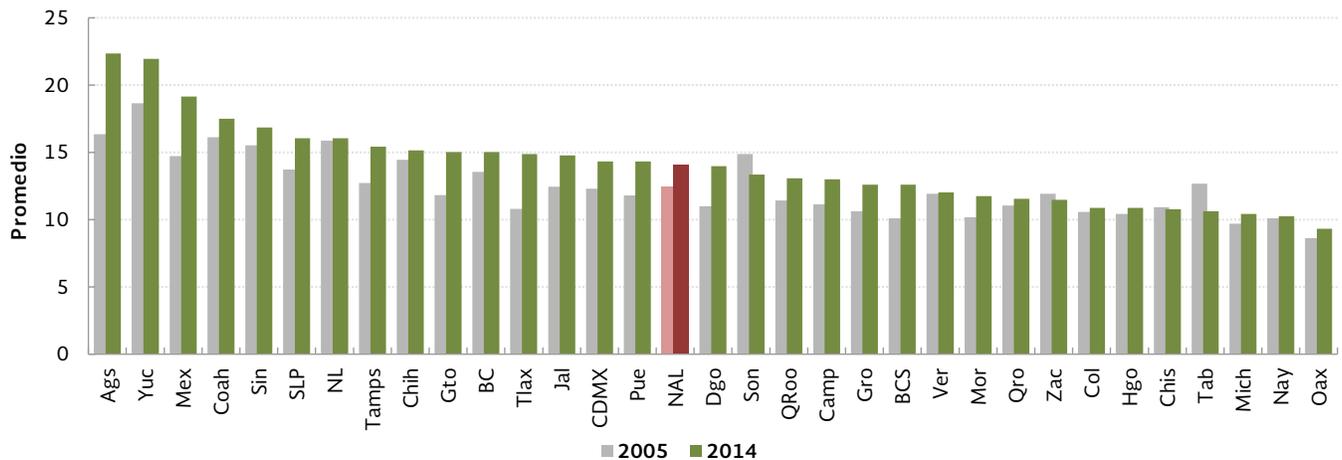


¹ Por problemas con el registro de consultorios en el IMSS para 2014, se utilizaron las cifras de 2013.

* En 2005 solamente incluye PEMEX y Secretaría de Marina.

Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2005, 2012 y 2014. Recursos del Sector, 2005, 2012 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005, 2012 y 2014.

Gráfica 3.15 Consultas generales subsiguientes por consultorio general por día por entidad federativa, 2005 y 2014



Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2005 y 2014. Recursos del Sector, 2005 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005 y 2014.

CONSULTAS DE ESPECIALIDAD POR MÉDICO ESPECIALISTA

Las consultas de especialidad se pueden definir como el conjunto de servicios médicos especializados que se les proporciona a las personas que han sido referidas, regularmente por el médico general con el objetivo de restaurar los daños ocasionados por la enfermedad, así como recuperar y rehabilitar el estado de salud.

Respecto a los datos absolutos, en 2014 se dieron poco más de 57 millones de consultas de especialidad a nivel nacional, de las cuales cerca de 22 millones fueron las consultas de primera vez, mientras que las consultas subsecuentes fueron 36 millones, aproximadamente. Comparando lo reportado en 2005, hubo un crecimiento en el número de este tipo de consultas en 2014 de casi 22%, lo que significa alrededor de 10 millones más de consultas. A lo largo del periodo, las consultas subsecuentes crecieron un poco más que las de primera vez, con alrededor de 24% y 19% respectivamente (Gráfica 3.16).

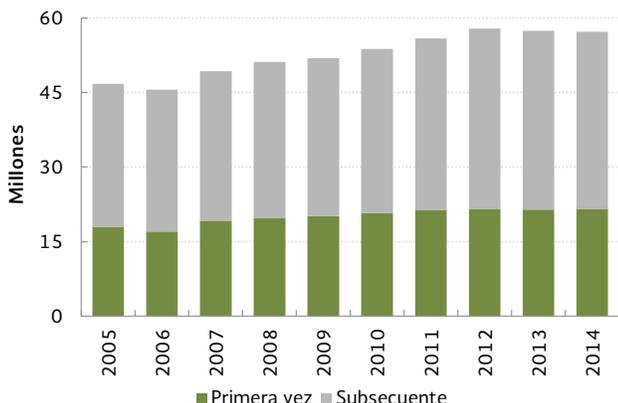
En promedio, las consultas otorgadas por médico especialista, tanto de primera vez como subsecuentes, fueron de casi 1.8 al día durante 2005, similar que el 1.5 de 2014, por lo que se han mantenido, aunque con una ligera disminución; esto debido a que el número de médicos especialistas ha aumentado de forma más rápida en comparación con el número de consultas. Las consultas de primera vez por médico especialista por día se sostuvieron en el periodo entre 0.7 y 0.6, aunque han tenido un muy leve descenso; similar a las subsecuentes, que se mantuvieron entre 1.1 y 0.9 consultas (Gráfica 3.17).

Con respecto a las consultas otorgadas en las principales instituciones, se observó que en promedio en 2014 se dieron poco más de 3 consultas

al día, siendo el IMSS-PROSPERA la institución que más otorgó consultas, arriba de 6 consultas al día; mientras que, según los registros, el sector privado es donde se otorga menos de una consulta al día, lo cual es poco probable debido a la oferta que hay en este sector, por lo que debe existir un subregistro importante de la información. En general, hubo un descenso en las cifras de consultas por médico especialista del periodo 2005 a 2014, pero sobre todo en el IMSS-PROSPERA que, aunque no reportó en el año 2005, del 2012 a 2014 tuvo un decremento de casi 3 consultas. Estos descensos se deben a que creció en mayor proporción el número de médicos especialistas que las consultas otorgadas (Gráfica 3.18).

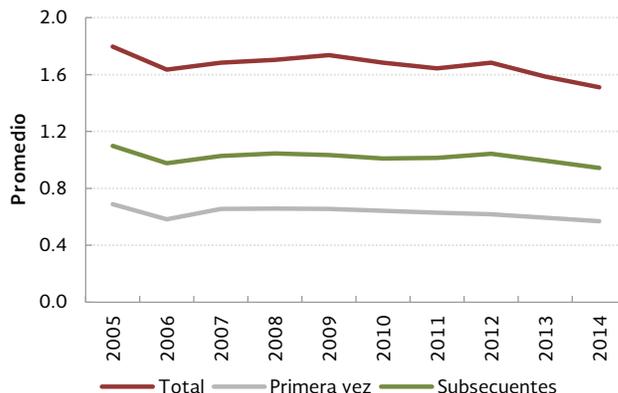
En 2014 las entidades con mayor promedio de consultas por médico especialista por día, fueron Aguascalientes, Tabasco y Veracruz, con poco más de 2 consultas al día; en el otro extremo se encontró Nuevo León, donde se otorgó menos de una consulta por médico al día. En la mayoría de las entidades no hubo cambios a lo largo del periodo de 2005 a 2014, solamente Aguascalientes mostró un incremento de una consulta más al día, resultado del aumento del 88% en el número de consultas de especialidad, mientras que el número de médicos especialistas solo aumentó un 21%. Por otro lado, en Nuevo León, Chihuahua y Puebla disminuyó una consulta por médico al día, debido a que aumentó de manera más rápida el número de médicos especialistas, sobretodo en Nuevo León, donde el incremento fue por encima de 240%, ya que de tener poco más de 6 mil médicos especialistas en 2005 pasaron a casi 21 mil médicos en 2014 (Gráfica 3.19).

Gráfica 3.16 Consultas de especialidad, 2005-2014



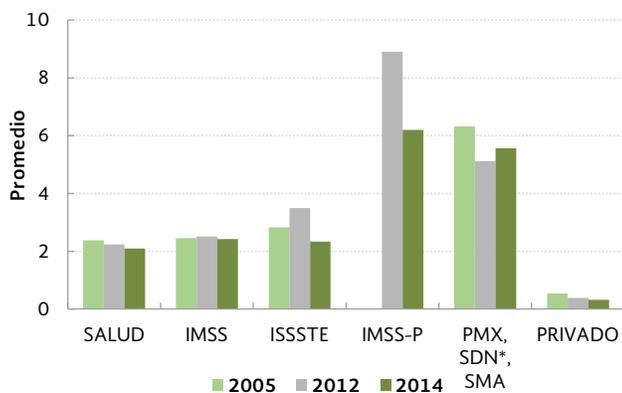
Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos, 2005-2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005-2014.

Gráfica 3.17 Consultas de especialidad por médico especialista por día, 2005-2014



Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos, 2005-2014. Recursos del Sector, 2005-2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005-2014.

Gráfica 3.18 Consultas de especialidad por médico especialista por día por institución, 2005, 2012 y 2014¹

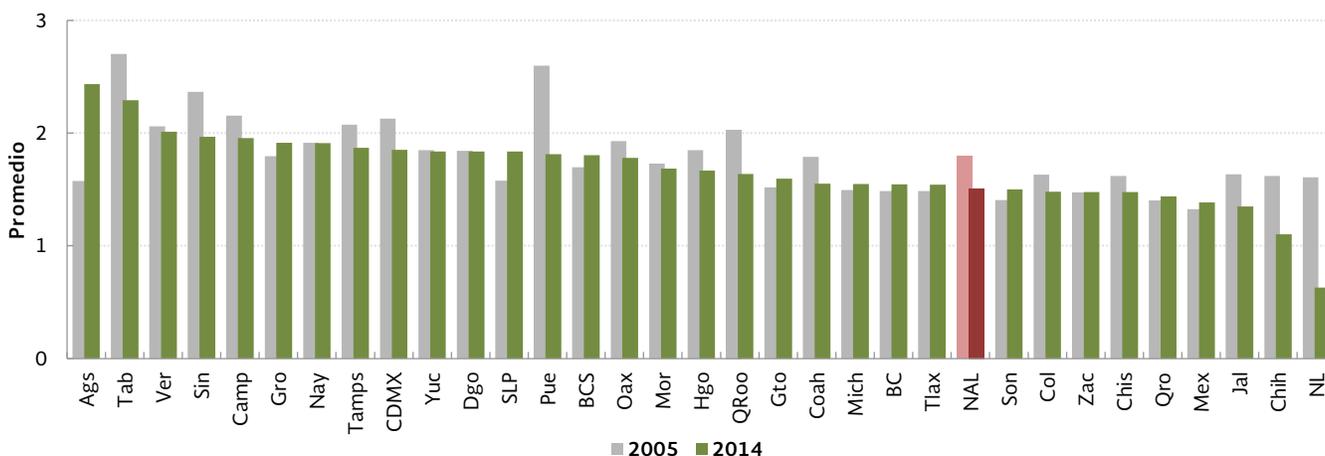


¹ En 2005, no hay datos sobre médicos especialistas para IMSS-P, aunque sí registró consultas de especialidad.

* En 2005 solamente incluye PEMEX y Secretaría de Marina.

Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2005, 2012 y 2014. Recursos del Sector, 2005, 2012 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005, 2012 y 2014.

Gráfica 3.19 Consultas de especialidad por médico especialista por día por entidad federativa, 2005 y 2014



Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2005 y 2014. Recursos del Sector, 2005 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005 y 2014.

CONSULTAS DE ESPECIALIDAD DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES POR MÉDICO ESPECIALISTA

Las consultas de especialidad de primera vez son aquellas que se hacen cuando el médico general refiere al paciente por considerarlo necesario por la aparición de alguna enfermedad compleja que requiera otras competencias. Las consultas de especialidad subsecuentes son aquellas donde el paciente regresa por la misma enfermedad o motivo por el que ya se otorgó una cita previa con el fin de darle continuidad al tratamiento o solamente para estar en observación.

En México, en 2014 se otorgó, en promedio, menos de una consulta de especialidad de primera vez al día, es decir, de 3 a 4 consultas a la semana por médico. Sinaloa, Tabasco y Aguascalientes fueron las tres principales entidades donde el indicador se acercó a una consulta al día, mientras que en Nuevo León bajó significativamente la cifra desde 2005, debido al aumento acelerado de los médicos especialistas (Gráfica 3.20).

Respecto a las consultas de especialidad de primera vez otorgadas dentro de las instituciones, en 2014, en promedio, se dio poco más de una al día, donde IMSS-PROSPERA fue la institución que más otorgó este tipo de consultas con poco más de dos al día, mientras que en el ISSSTE se registró menos de una consulta al día, al igual que en la Secretaría de Salud y en el sector privado. Casi todas las instituciones tuvieron una disminución en las consultas, excepto el IMSS, que tuvo un ligero incremento de menos de una a poco más de una al día, comparando el año 2005 con 2014 (Gráfica 3.21).

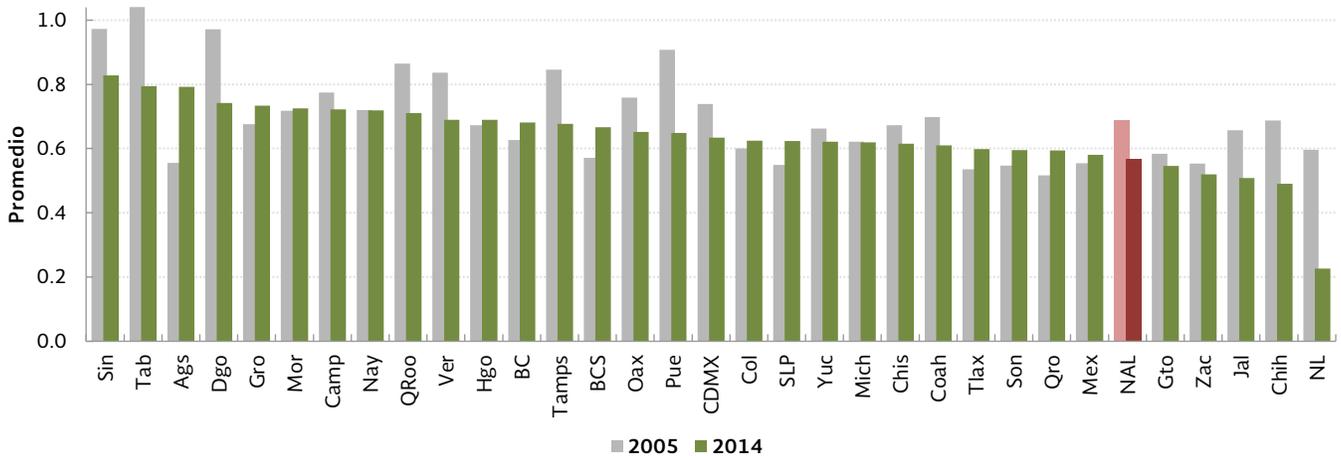
Por otro lado, las consultas subsecuentes de especialidad por institución que se otorgaron fueron en promedio por encima de dos consultas al día por médico, donde las instituciones que más otorgaron consultas fueron IMSS-PROSPERA, PEMEX,

SEDENA y SEMAR con alrededor de 4 consultas al día; en cambio, en el IMSS se dio poco más de una consulta al día; de igual manera se tiene registro de menos de una consulta al día en el sector privado. Para este último caso, hay que recordar que el número de médicos especialistas es muy alto en comparación con los que hay en las instituciones públicas; un ejemplo de esto es el IMSS que cuenta con cerca de 33 mil médicos, mientras que en el sector privado hay por arriba de 65 mil (Gráfica 3.22).

En relación con las consultas subsecuentes de especialidad por médico en las entidades federativas, se observó que el promedio está cerca de una consulta al día, es decir, de 4 a 5 consultas a la semana, cifra ligeramente más elevada que las consultas de primera vez. Aguascalientes es la única entidad donde el promedio de consultas está cerca de dos al día, esto a causa de que el número de consultas aumentó casi el doble, tomando como referencia el año 2005. En las demás entidades, el indicador está alrededor de una consulta al día. En Nuevo León la cifra fue baja al igual que en las consultas de primera vez por el aumento estratosférico en el número de médicos especialistas (Gráfica 3.23).

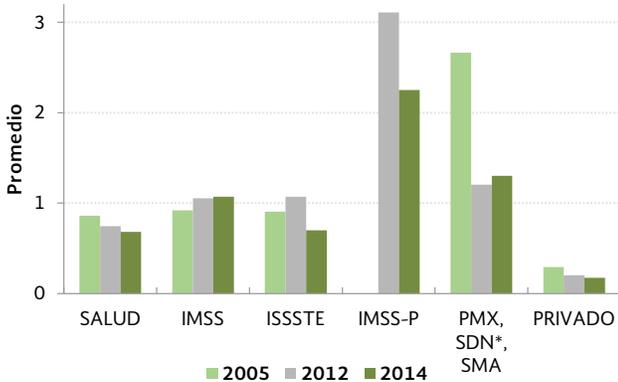
De acuerdo al análisis de los indicadores de consultas de especialidad por médico, se nota que el número de consultas entregadas es muy bajo, a pesar de que el número de médicos especialistas ha ido creciendo con rapidez. Esto no refleja lo que experimenta la población en general respecto al tiempo de espera para poder ser atendido por un especialista dentro de las instituciones públicas, debido a la saturación del servicio, por lo que se puede suponer que la mayoría de los médicos especialistas se encuentran en el área de hospitalización, mientras que muy pocos concediendo consultas externas.

Gráfica 3.20 Consultas de especialidad de primera vez por médico especialista por día por entidad federativa, 2005 y 2014

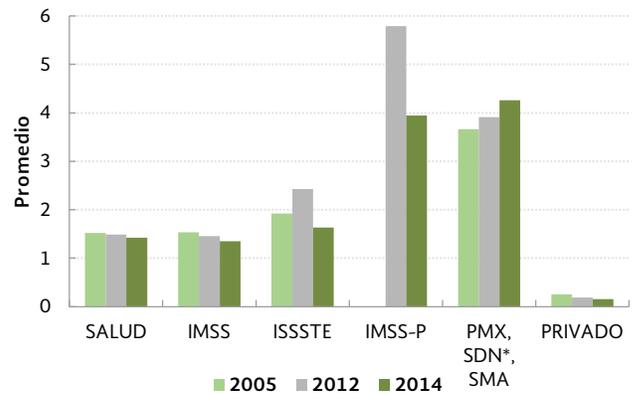


Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2005 y 2014. Recursos del Sector, 2005 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005 y 2014.

Gráfica 3.21 Consultas de especialidad de primera vez por médico especialista por día por institución, 2005, 2012 y 2014¹



Gráfica 3.22 Consultas de especialidad subsecuentes por médico especialista por día por institución, 2005, 2012 y 2014¹



¹ En 2005, no hay datos sobre médicos especialistas para IMSS-P, aunque sí registró consultas de especialidad.

* En 2005 solamente incluye PEMEX y Secretaría de Marina.

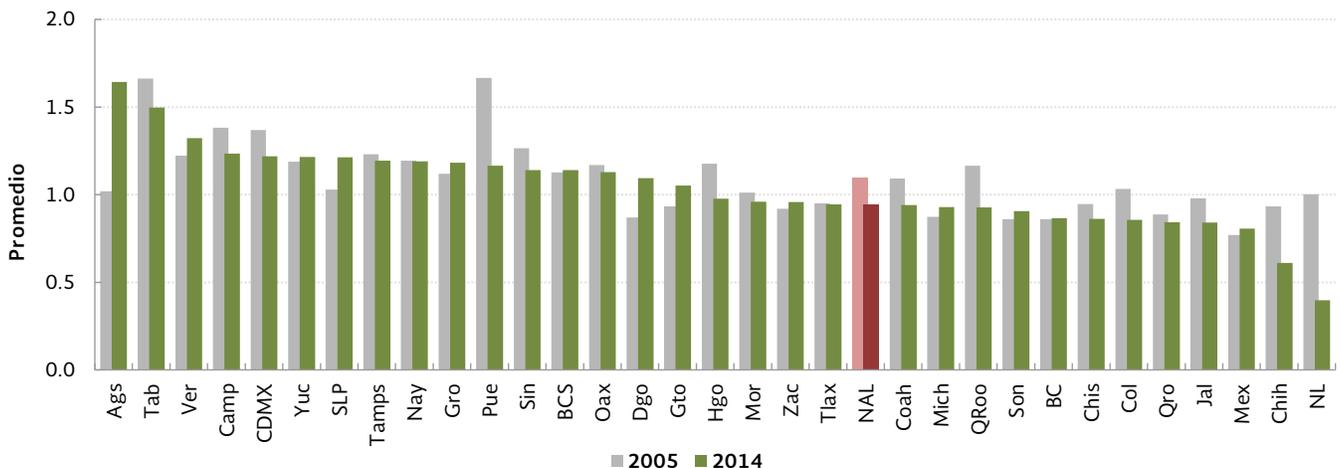
Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2005, 2012 y 2014. Recursos del Sector, 2005, 2012 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005, 2012 y 2014.

¹ En 2005, no hay datos sobre médicos especialistas para IMSS-P, aunque sí registró consultas de especialidad.

* En 2005 solamente incluye PEMEX y Secretaría de Marina.

Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2005, 2012 y 2014. Recursos del Sector, 2005, 2012 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005, 2012 y 2014.

Gráfica 3.23 Consultas de especialidad subsecuentes por médico especialista por día por entidad federativa, 2005 y 2014



Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2005 y 2014. Recursos del Sector, 2005 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005 y 2014.

CONSULTAS DE ESPECIALIDAD POR CONSULTORIO DE ESPECIALIDAD

Un consultorio de medicina especializada se define como el establecimiento público, social o privado que tiene como objetivo prestar atención médica especializada a pacientes ambulatorios, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 016-SSA3-2012²⁹. El análisis del número de consultas de especialidad que se proporcionan por consultorio permite comprender la utilización de los recursos y la productividad que genera cada consultorio.

En 2014, el promedio de consultas de especialidad otorgadas por consultorio fue de poco más de 7 al día, mientras que en 2005 se daban casi 8 al día. A lo largo del periodo comprendido de 2005 a 2014, las consultas por consultorio se encontraron entre 7 y 8, solamente en 2006 aumentaron por encima de 9 para luego disminuir. El promedio de las consultas de especialidad de primera vez en 2014 fue de casi 3 al día, entretanto, el promedio de las consultas subsecuentes fue de poco más de 4 al día durante el mismo año. En general, no hubo cambios importantes ya que tanto las consultas de primera vez como subsecuentes se mantuvieron durante el periodo de 2005 a 2014 (Gráfica 3.24).

Acerca de las consultas de especialidad concedidas dentro de las principales instituciones, en 2014 en promedio fueron casi 7 al día, siendo en la Secretaría de Salud donde se otorgaron más consultas con casi 9 al día; en cambio, en IMSS-PROSPERA y en el ámbito privado, se ofrecieron cerca de 3 consultas al día. Casi en todas las instituciones disminuyó el número de consultas, tomando como referencia el año 2005, excepto en la Secretaría de Salud, que aumentó poco más de una consulta durante el transcurso de los años de

2005 a 2014. En IMSS-PROSPERA ocurrió un descenso importante de casi 4 consultas menos al día, que significan alrededor de 1,000 consultas menos por consultorio que en 2005, en otros términos, una disminución del 40%; esto, a causa de que se triplicó el número de consultorios de especialidad (Gráfica 3.25).

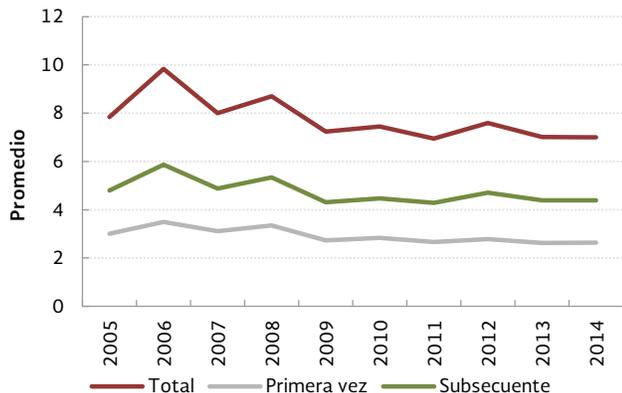
En cuanto a las consultas de especialidad por consultorio en las entidades federativas, se observa que en 2014 Aguascalientes y Yucatán fueron los estados que más otorgaron este tipo de consultas ya que fueron alrededor de 10 al día; mientras que en el otro extremo se encontraron Campeche con casi 4 consultas al día, así como Coahuila y Zacatecas con cerca de 5.

Los estados donde hubo mayor crecimiento fueron de igual forma Aguascalientes y Yucatán, el primero pasó de 4 consultas en 2005 a poco más de 10 en 2014, es decir, se triplicó debido a la combinación de factores, ya que no solamente aumentó casi 90% el número de consultas sino que también disminuyó el número de consultorios en 30%; el segundo con 6 consultas para el primer año y cerca de 10 consultas para 2014, puesto que ocurrió similar que en Aguascalientes, aumentó el número de consultas y disminuyó el número de consultorios. Por otro lado, las entidades donde hubo decremento fueron Nayarit, con casi 5 consultas menos, Campeche y Tamaulipas con alrededor de 4 consultas menos al día, respecto a 2005 (Gráfica 3.26).

Aunque el promedio de consultas de especialidad por consultorio es mayor que el promedio de consultas por médico, sigue lejos de lo percibido por la población respecto a la sobredemanda de consultas de especialidad, lo que indica una posible subutilización de los consultorios.

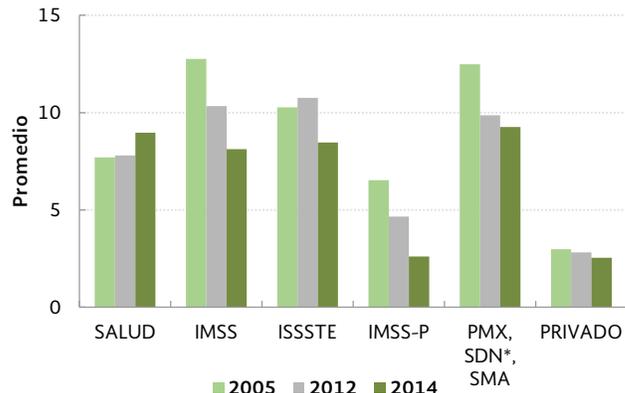
²⁹ Secretaría de Salud. "Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada".

Gráfica 3.24 Consultas de especialidad por consultorio de especialidad por día, 2005-2014



Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos, 2005-2014. Recursos del Sector, 2005-2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005-2014.

Gráfica 3.25 Consultas de especialidad por consultorio de especialidad por día por institución, 2005, 2012 y 2014¹

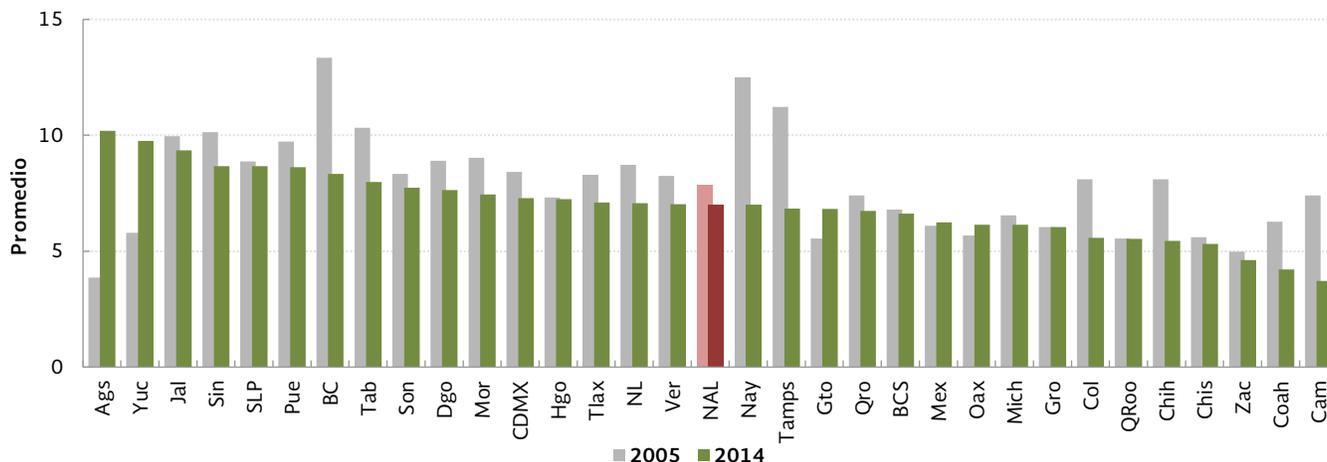


¹ En 2014 no se pudieron identificar los consultorios de especialidad del IMSS, por lo que se sustituyeron los datos por los de 2013.

* En 2005 solamente incluye PEMEX y Secretaría de Marina.

Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2005, 2012 y 2014. Recursos del Sector, 2005, 2012 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005, 2012 y 2014.

Gráfica 3.26 Consultas de especialidad por consultorio de especialidad por día por entidad federativa, 2005 y 2014



Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2005 y 2014. Recursos del Sector, 2005 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005 y 2014.

CONSULTAS DE ESPECIALIDAD DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES POR CONSULTORIO DE ESPECIALIDAD

En 2014, a nivel nacional el promedio de consultas de especialidad de primera vez por consultorio fue de cerca de 3 al día, muy parecido a lo ocurrido en 2005.

En la mayoría de las entidades hubo una disminución en el número de consultas de primera vez otorgadas sobre todo en Tamaulipas, Nayarit y Durango, donde el decremento fue de alrededor de 2 consultas por día, tomando como referencia el año 2005. En Durango y Nayarit ocurrió esto porque aumentó en mayor proporción el número de consultorios que el número de consultas, mientras que en Tamaulipas disminuyó el número de consultas y aumentó el de consultorios. Caso contrario fueron los estados de Aguascalientes y Yucatán, en los cuales las consultas de especialidad de primera vez por consultorio por día aumentaron de 2005 a 2014 a cerca de 2 y 1, respectivamente, esto debido a que en Aguascalientes aumentó en un 73% el número de consultas y disminuyó el número de consultorios en 30%. De igual manera, en Yucatán aumentaron en 24% las consultas de primera vez y se redujo el número de consultorios en 22% (Gráfica 3.27).

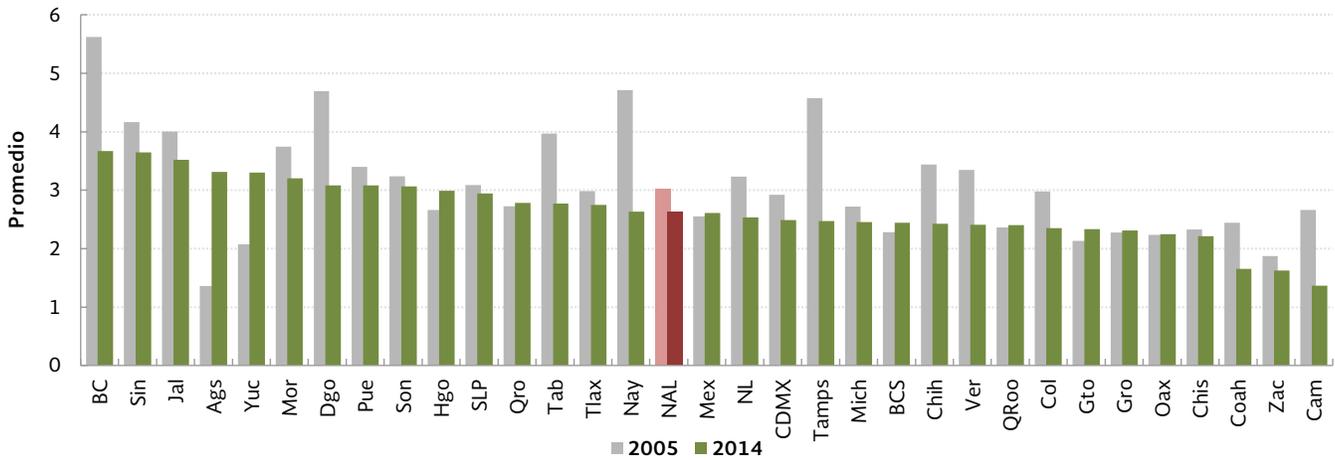
En relación con las consultas de primera vez de especialidad concedidas por consultorio dentro de las principales instituciones del sector salud, en 2014 el IMSS fue la institución que más consultas de este tipo otorgó con casi 4 al día, e IMSS-PROSPERA fue la institución que menos consultas dio con menos de una al día. En general hubo un decremento, principalmente en IMSS-PROSPERA, ya que decreció alrededor del 60% en el periodo de 2005 a 2014. Caso opuesto fue el de la Secretaría de Salud, que tuvo un incremento del 4% con

respecto a las consultas otorgadas en 2005 (Gráfica 3.28).

En 2014, las consultas de especialidad subsecuentes por consultorio por día fueron en promedio poco más de 4, donde la Secretaría de Salud fue la institución que más concedió este tipo de consultas, casi 6 al día; en tanto IMSS-PROSPERA registró solo cerca de dos consultas al día, debido a que incrementó de forma importante el número de consultorios (3 veces más), mientras que el número de consultas no creció con la misma rapidez (29%), en relación a 2005. En el ámbito privado, solo se otorgan apenas por encima de una consulta al día, lo cual es poco probable debido a la demanda de este tipo de servicios. En su mayoría, decreció el número de las consultas de especialidad subsecuentes por día en las instituciones, menos en la Secretaría de Salud (Gráfica 3.29).

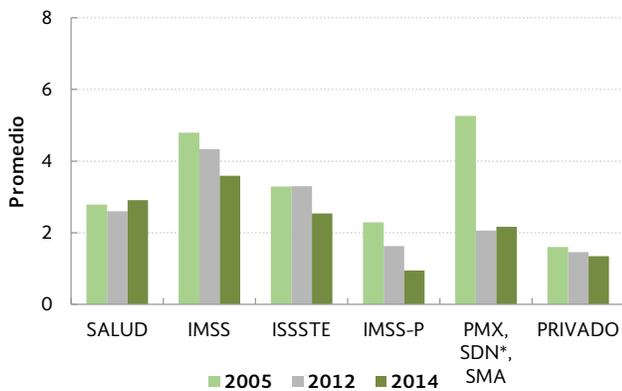
A nivel nacional, el promedio de consultas de especialidad subsecuentes por consultorio en 2014 fue de poco más de 4 al día. Los estados donde existió un incremento importante, en concordancia con los indicadores anteriores, fueron Aguascalientes y Yucatán, en el primero aumentó casi el doble el número de consultas y disminuyó el número de consultorios en 30%; caso similar al de Yucatán donde se incrementó en cerca de 46% el número de consultas, mientras que disminuyó 22% el número de consultorios durante 2005-2014. Por otro lado, se encontraron Nayarit y Campeche, donde se redujo en casi 4 y casi 3, respectivamente, el número de consultas diarias dentro el mismo periodo, ya que creció con mayor velocidad el número de consultorios que de consultas, sobretodo en Campeche, ya que aumentaron casi el doble (Gráfica 3.30).

Gráfica 3.27 Consultas de especialidad de primera vez por consultorio de especialidad por día por entidad federativa, 2005 y 2014



Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2005 y 2014. Recursos del Sector, 2005 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005 y 2014.

Gráfica 3.28 Consultas de especialidad de primera vez por consultorio de especialidad por día por institución, 2005, 2012 y 2014¹

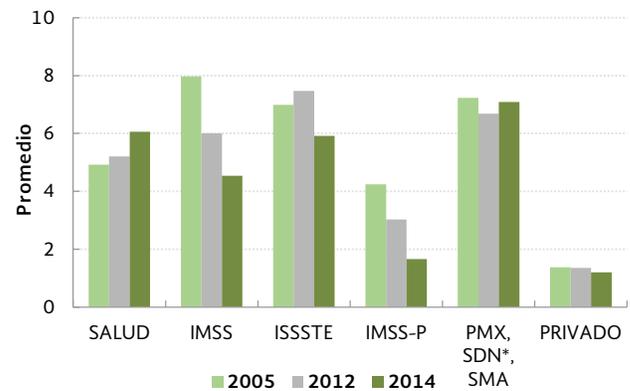


¹ En 2014 no se pudieron identificar los consultorios de especialidad del IMSS, por lo que se sustituyeron los datos por los de 2013.

* En 2005 solamente incluye PEMEX y Secretaría de Marina

Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2005, 2012 y 2014. Recursos del Sector, 2005, 2012 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005, 2012 y 2014.

Gráfica 3.29 Consultas de especialidad subsecuentes por consultorio de especialidad por día por institución, 2005, 2012 y 2014¹

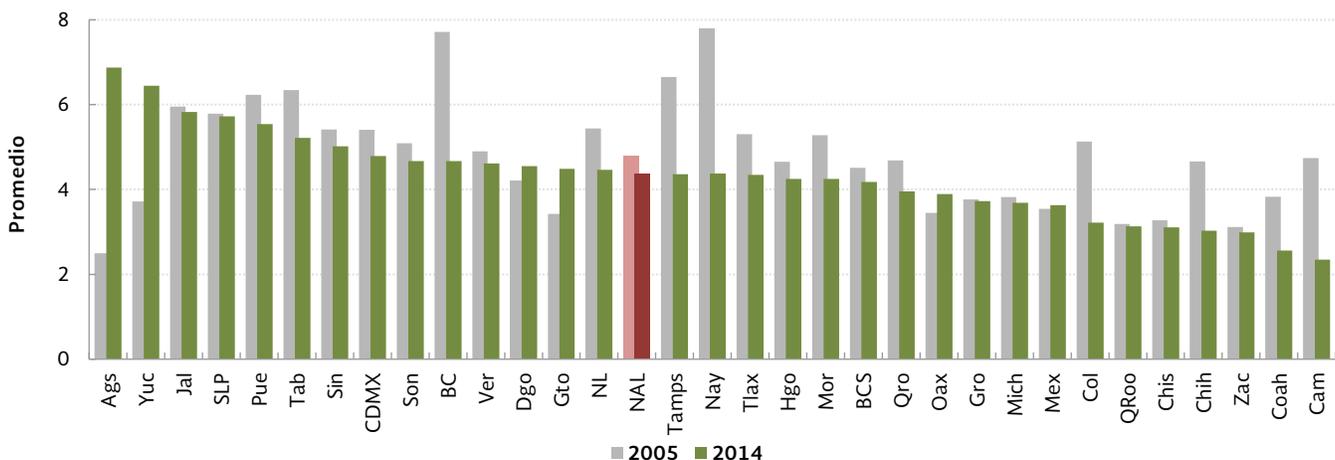


¹ En 2014 no se pudieron identificar los consultorios de especialidad del IMSS, por lo que se sustituyeron los datos por los de 2013.

* En 2005 solamente incluye PEMEX y Secretaría de Marina.

Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2005, 2012 y 2014. Recursos del Sector, 2005, 2012 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005, 2012 y 2014.

Gráfica 3.30 Consultas de especialidad subsecuentes por consultorio de especialidad por día por entidad federativa, 2005 y 2014



Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2005 y 2014. Recursos del Sector, 2005 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005 y 2014.

EGRESOS HOSPITALARIOS

Un egreso hospitalario es, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 035-SSA3-2012, el “evento de salida del paciente del servicio de hospitalización que implica la desocupación de una cama censable. Incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad hospitalaria, alta voluntaria o fuga. Excluye movimientos entre diferentes servicios dentro del mismo hospital”³⁰. En el presente indicador, se excluyeron las defunciones ya que solamente considera egresos por morbilidad, no obstante, los egresos por defunción representan alrededor del 3% del total de egresos.

Conocer el número de egresos hospitalarios por habitantes permite comprender el volumen de uso de los servicios hospitalarios brindados por las diferentes unidades médicas, así como la demanda de atención de la población.

En números absolutos, se observa que al cierre de 2014 se tenían registrados cerca de 8 millones de egresos a nivel nacional, lo que representó un aumento del 28% respecto a 2005, en otras palabras, casi 2 millones más de egresos. El crecimiento durante el periodo no fue constante, de hecho, de 2009 a 2010 hubo una disminución de 2%, que representaron poco más de 173 mil egresos. El aumento más importante fue de 2013 a 2014, ya que el incremento fue de 10%, es decir, casi 707 mil egresos más (Gráfica 3.31).

Dentro de las principales instituciones de salud, en 2014 en promedio hubo 1.33 millones de egresos, siendo la Secretaría de Salud la institución que más egresos tuvo (casi 3 millones) durante el mismo año, mientras que en IMSS-PROSPERA apenas ocurrieron cerca de 225 mil. En general,

aumentó el número de egresos hospitalarios especialmente desde 2005; en la Secretaría de Salud aumentó casi 50%, caso contrario al Sector Privado, en el que cayó la cifra un 5% que significa alrededor de 93 mil egresos menos. Destaca que entre 2013 y 2014, en el IMSS aumentaron los egresos un 33%, lo que impulsó el valor nacional en 2014 (Gráfica 3.32).

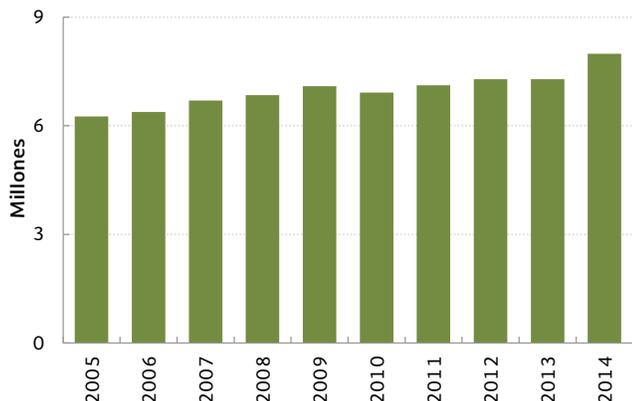
En términos de población, a nivel nacional en 2014 hubo casi 67 egresos por mil habitantes, un incremento de poco más de 14% respecto a 2005. Si bien la tasa se mantuvo en promedio a la alza desde 2005, esta tuvo un decremento entre 2009 y 2010 y, debido al efecto del IMSS, un aumento importante entre 2013 y 2014 (Gráfica 3.33).

En 2014, las entidades federativas que tuvieron menos egresos por mil habitantes fueron Estado de México, Chiapas, Guerrero y Oaxaca, con menos de 50 egresos por mil habitantes. Además, Oaxaca y Estado de México fueron donde más aumentó el indicador de 2005 a 2014, con un incremento de 34% y 32% respectivamente. Por su parte, Ciudad de México, Jalisco, Aguascalientes, Baja California Sur y Coahuila tuvieron mayor número de egresos, por encima de 80 por mil habitantes. No obstante, la Ciudad de México presentó una diferencia sustancial respecto a Jalisco, hay que considerar en esto el efecto de grandes hospitales como los Institutos Nacionales de Salud (Gráfica 3.34).

El aumento de los egresos hospitalarios puede deberse a eventos evitables relacionados con enfermedades como la diabetes mellitus o la hipertensión arterial, donde la prevención y el apego a los tratamientos médicos son esenciales para mantener la salud de las personas.

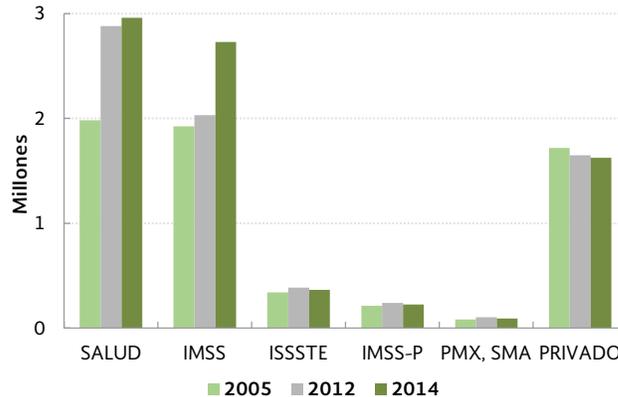
³⁰ Secretaría de Salud. “Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud”

Gráfica 3.31 Egresos hospitalarios, 2005-2014



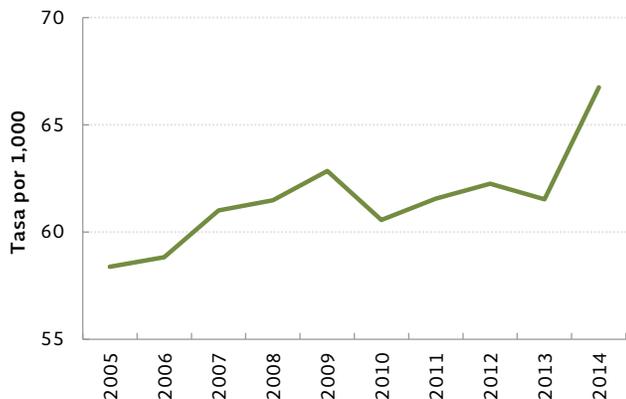
Fuente: SS-DGIS, Egresos Hospitalarios del Sector 2005-2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005-2014.

Gráfica 3.32 Egresos hospitalarios por institución, 2005, 2012 y 2014



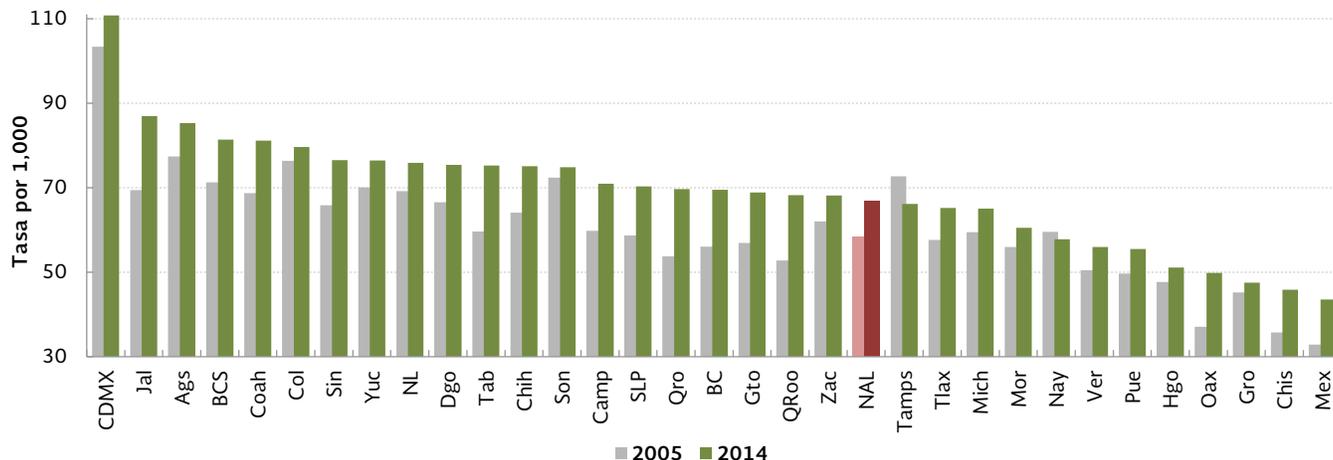
Fuente: SS-DGIS, Egresos Hospitalarios del Sector 2005, 2012 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005, 2012 y 2014.

Gráfica 3.33 Egresos hospitalarios por 1,000 habitantes, 2005-2014



Fuente: SS-DGIS, Egresos Hospitalarios del Sector 2005-2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005-2014. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030.

Gráfica 3.34 Egresos hospitalarios por 1,000 habitantes por entidad federativa, 2005 y 2014



Fuente: SS-DGIS, Egresos Hospitalarios del Sector 2005 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005 y 2014. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030.

CIRUGÍAS

Las cirugías realizadas por quirófano nos dan un panorama de la productividad de las salas, aun cuando esta se ve afectada por el tiempo de duración de la intervención y la complejidad de la misma. Para este indicador se incluyeron todas las cirugías realizadas en quirófano, independientemente del tipo de unidad en que se realizaron.

Desde 2005, el incremento en las intervenciones quirúrgicas es el reflejo de complicaciones y del deterioro del estado de salud de las personas. En promedio, se incrementaron en 71 mil cirugías cada año, alcanzando un total de alrededor de 640 mil intervenciones quirúrgicas entre 2005 y 2014, con una tasa de crecimiento promedio anual de 1.7% (Gráfica 3.35).

A nivel nacional se observó una tendencia casi constante en el promedio de cirugías realizadas por quirófano por día, entre 2005 y 2014, el cual osciló entre 1.4 y 1.5 intervenciones por quirófano. En 2008 alcanzó su máximo de 1.51 y para 2014 se redujo a 1.43 cirugías por sala (Gráfica 3.36).

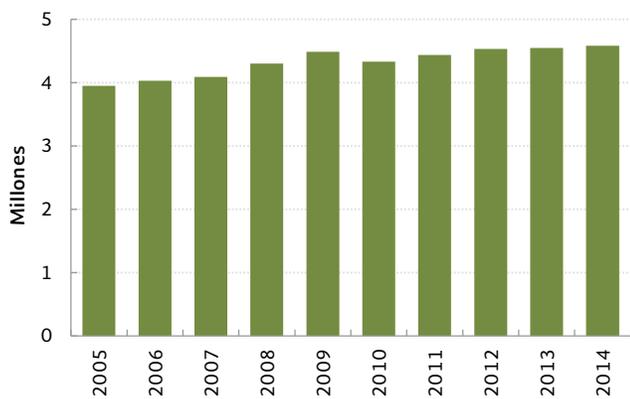
En 2014, respecto a las instituciones que tuvieron el mayor promedio de cirugías por quirófano por día fueron el IMSS con alrededor de 3, e IMSS-PROSPERA con 3.6. En contraste, en el sector privado fue donde se realizaron el menor número de

cirugías por quirófano, menos de una intervención por sala. Esto se debe a que, si bien el sector privado concentra más del 56% de los quirófanos del país, solamente realiza el 20% de las cirugías. Esta subutilización puede ser la razón por la cual una operación puede ser muy costosa en las instituciones privadas, lo que se ve reflejado en el gasto de bolsillo de las personas (Gráfica 3.37).

En el ámbito estatal se observó que Nuevo León, Colima y Tamaulipas fueron las entidades en las que más se redujo la productividad entre 2005 y 2014, mientras que Yucatán, Quintana Roo, Morelos, Puebla y Oaxaca prácticamente no registraron ninguna variación en el promedio de intervenciones por quirófano por día. Por el contrario Zacatecas fue la entidad que registró el mayor incremento, de 0.5 cirugías más por día por quirófano (Gráfica 3.38).

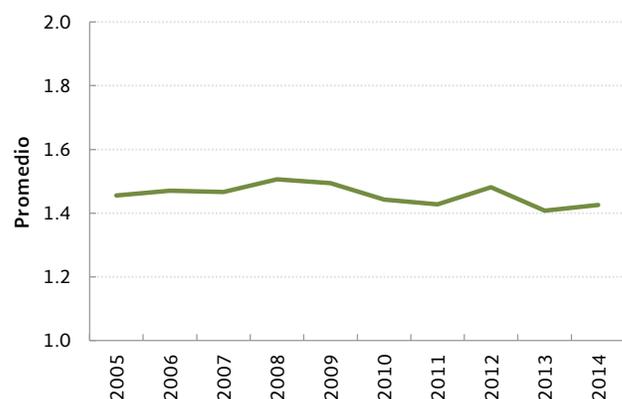
Identificar la verdadera productividad de los quirófanos requiere de mediciones complementarias como el tiempo promedio que tiene que esperar un paciente para ser operado. Sin embargo, la información con que se cuenta hoy en día no es completa, lo que dificulta esta tarea. No obstante, se aprecia una subutilización importante de los recursos en el sector privado, lo que puede ser una ventana de oportunidad para el intercambio de servicios entre el sector público y privado.

Gráfica 3.35 Cirugías, 2005-2014



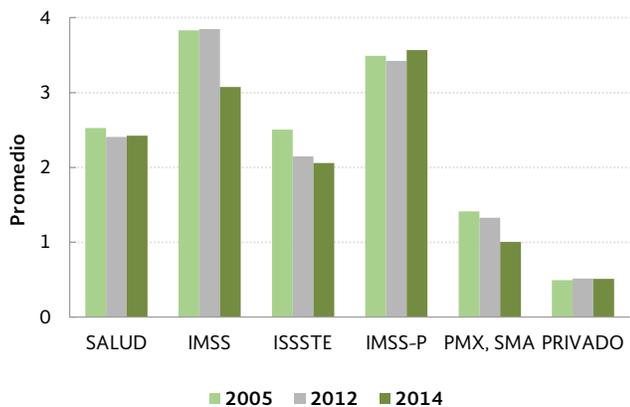
Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2005-2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005-2014.

Gráfica 3.36 Cirugías por quirófano por día, 2005-2014



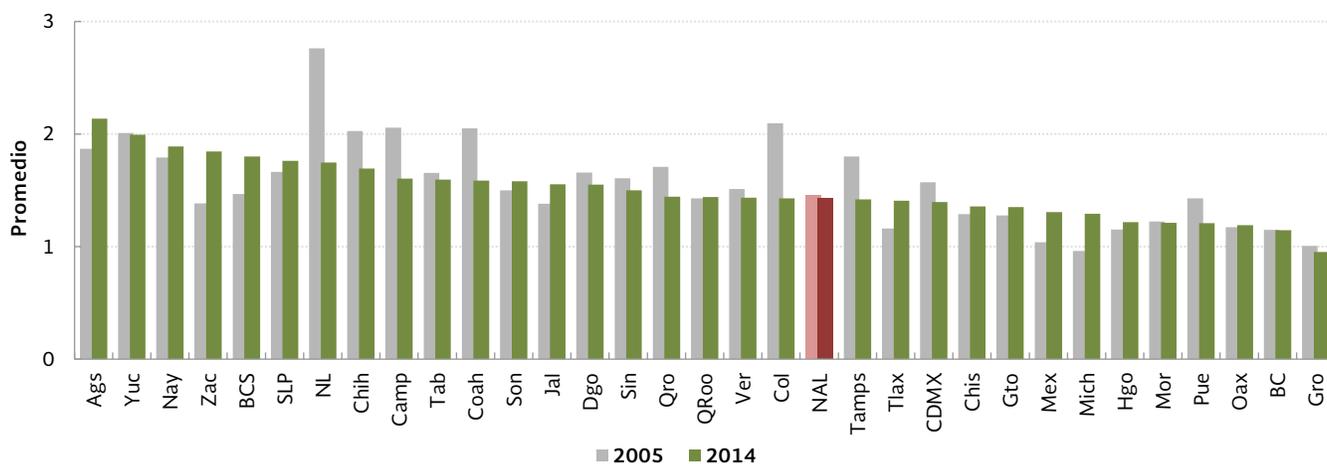
Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2005-2014. Recursos del Sector 2005-2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005-2014.

Gráfica 3.37 Cirugías por quirófano por día por institución, 2005, 2012 y 2014



Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos-Recursos del Sector, 2005-2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005, 2012 y 2014.

Gráfica 3.38 Cirugías por quirófano por día por entidad federativa, 2005 y 2014



Fuente: SS-DGIS, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2005 y 2014. Recursos del Sector 2005 y 2014. INEGI, Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2005 y 2014.

COBERTURA DE MASTOGRAFÍAS REALIZADAS EN MUJERES DE 40 A 69 AÑOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la cobertura de mastografías para la detección temprana de cáncer de mama en la población de riesgo debe alcanzar por lo menos el 70%³¹. En México, la tasa de mortalidad por este tipo de cáncer ha venido en aumento, como se describe en el Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2015. A pesar de que México tiene una de las tasas más bajas entre los países miembros de la OCDE, esta aumentó de 14.1 defunciones en 2010 a 16 defunciones en 2013, lo que hace evidente la necesidad de reforzar las actividades de detección oportuna.

En números absolutos las mastografías realizadas fueron aumentando anualmente de 2012 a 2015, de realizar en 2012 por arriba de 650 mil mastografías hasta alcanzar en 2015 arriba de 970 mil (Gráfica 3.39).

En porcentaje respecto a la población objetivo, el número de mastografías realizadas en mujeres de 40 a 69 años en 2012 fue de 10.5%; en 2013 12.7%; en 2014, 13.6% y en 2015, 14.8% (Gráfica 3.40).

La NOM-041-SSA2-2002 recomienda que todas las mujeres de 40 a 69 años de edad deben realizarse por lo menos una mastografía cada dos años, en concordancia con las recomendaciones internacionales. De esta forma, la cobertura bienal a nivel nacional de 2012-2013 fue de 23% y en el periodo 2014-2015 el porcentaje fue de casi 28%.

Las entidades federativas con mayor cobertura bienal de mastografías realizadas en mujeres de

40 a 69 años en el periodo 2012-2013 fueron Campeche con 61%, Baja California con 46%, Quintana Roo e Hidalgo con 43% y Querétaro con 40%. Las entidades con menor porcentaje de cobertura fueron Veracruz con 4%, Chiapas con 5%, Michoacán con 8%, Oaxaca con 9% y Tabasco con 14%.

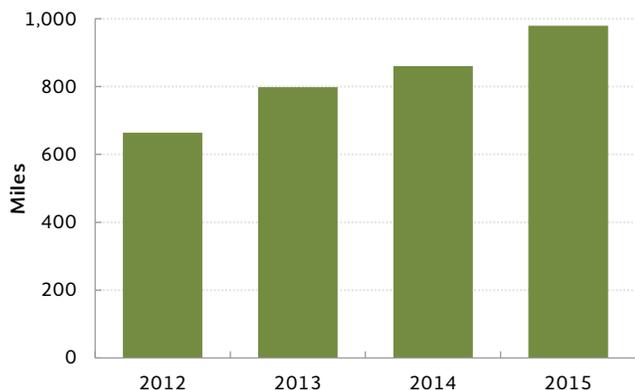
Para el periodo de 2014 a 2015 las entidades con mayor cobertura fueron Campeche con 55%, Quintana Roo con 51%, Durango con 48%, Querétaro con 47% y San Luis Potosí con 42%. Las entidades federativas con menor porcentaje fueron Veracruz con 6%, Chiapas con 11%, Sonora, Tabasco y Nayarit con 18% (Gráfica 3.41).

Debe destacarse que hubo entidades federativas que en el periodo 2012-2013 fue mayor su porcentaje de cobertura con respecto al periodo 2014-2015, tal es el caso de Baja California con una caída de 20 puntos porcentuales, Hidalgo y Yucatán con una diferencia de 10 puntos porcentuales, Aguascalientes y Baja California Sur con una diferencia de 8 puntos porcentuales, Campeche donde la diferencia fue de 6 puntos porcentuales.

En el periodo de 2014-2015 la cobertura nacional de mastografías en mujeres de 40 a 69 años fue de solo el 28%. Estos datos explican que la morbilidad y mortalidad de cáncer de mama se encuentren entre las primeras causas en nuestro país. Algunas causas que pueden provocar estas cifras tan bajas es la falta de mastógrafos y de especialistas que tengan la capacidad de interpretación del estudio, así como la subutilización de los equipos cuando existen.

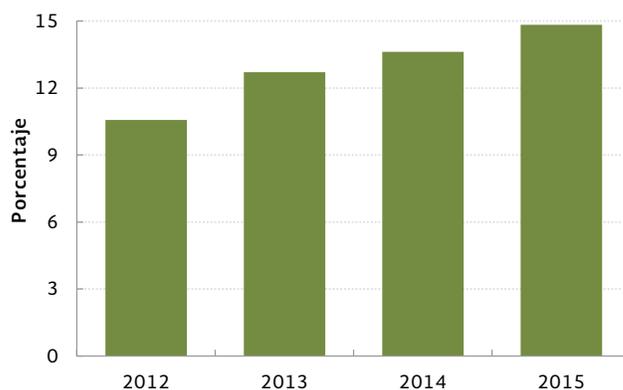
³¹ World Health Organization. "Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes".

Gráfica 3.39 Mastografías realizadas a mujeres de 40 a 69 años, 2012-2015



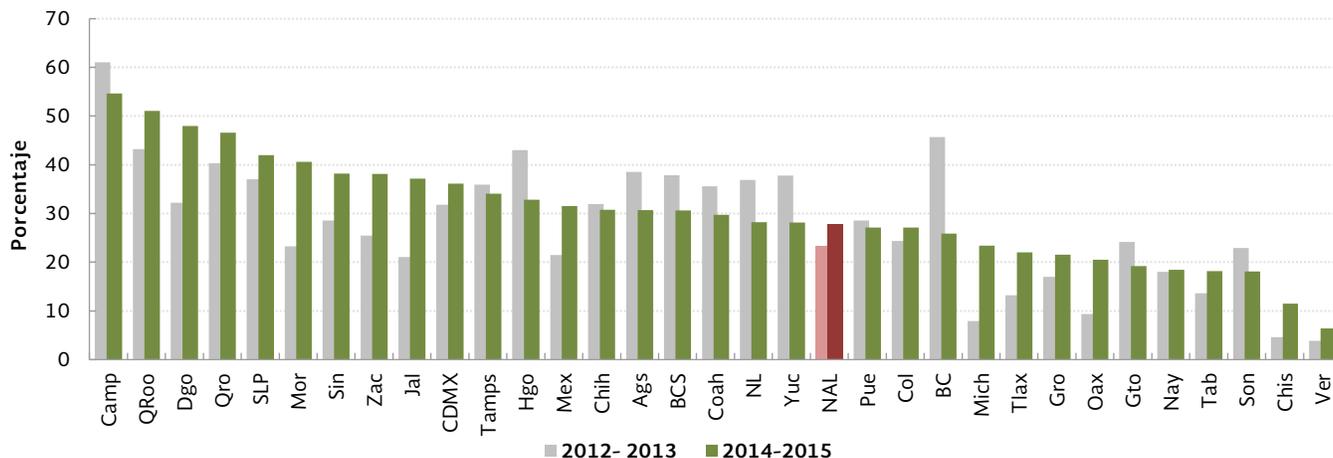
Fuente: SS-Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Programa de Prevención y Control de Cáncer de la Mujer 2012-2015.

Gráfica 3.40 Cobertura anual de mastografías realizadas a mujeres de 40-69 años, 2012-2015



Fuente: SS-Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Programa de Prevención y Control de Cáncer de la Mujer 2012-2015.

Gráfica 3.41 Cobertura bienal de mastografías a mujeres de 40 a 69 años por entidad federativa, 2012-2013 y 2014-2015



Fuente: SS-Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Programa de Prevención y Control de Cáncer de la Mujer 2012-2015.

COBERTURA DE VACUNACIÓN CON ESQUEMA COMPLETO EN MENORES DE UN AÑO

La Organización Mundial de la Salud desarrolló el Plan de Acción Mundial sobre Vacunas en 2010, siendo una hoja de ruta destinada a prevenir millones de defunciones mediante el acceso equitativo a las vacunas. De acuerdo a este Plan los países deben procurar para 2020 una cobertura vacunal $\geq 90\%$ a escala nacional y $\geq 80\%$ en cada distrito³². La vacunación efectiva permite prevenir enfermedades costosas física, social y económicamente, especialmente para los infantes, con lo que se puede apoyar en la disminución de las tasas de mortalidad infantil y en menores de cinco años, que como se describió en el Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2015 han disminuido, sin embargo existen pendientes en esta materia.

A nivel nacional, la cobertura de vacunación con esquema completo en menores de un año se incrementó constantemente entre 2013 y 2015. Es decir, en el año 2013 la cobertura fue de 84%, en 2014 de 89% y en 2015 de 91% (Gráfica 3.42).

Las entidades federativas donde la cobertura de vacunación con esquema completo en menores de un año fue menor en 2013 fueron Hidalgo y Estado de México con 73%, Chihuahua con 72%, Sonora con 69% y Guerrero con 59%. Y las entidades con mayor cobertura fueron Baja California

Sur con 105%, Morelos con 104%, Tabasco con 102% y Colima con 100%. Es de importancia referir que aquellas cifras que están por encima del 100% de cobertura son debido a que el cálculo del indicador se ve afectado cuando las dosis aplicadas son mayores que el número de nacimientos por entidad, y que puede deberse a múltiples factores, por ejemplo, la movilidad de los niños a otras entidades o la aplicación de doble dosis, entre otros.

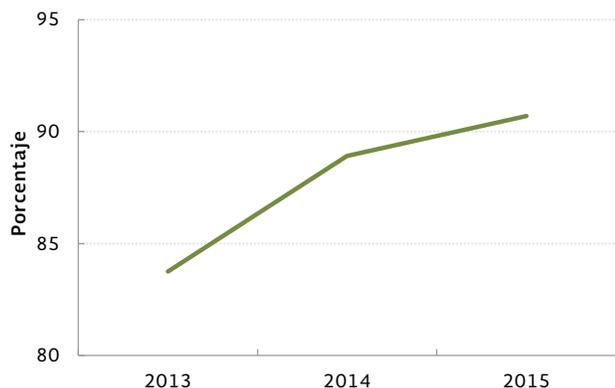
En 2015, las entidades federativas con menor cobertura de vacunación con esquema completo en menores de un año fueron Veracruz con 64%, Colima con 77%, Chiapas con 79%, Yucatán con 83% y Nayarit con 85%; y las entidades federativas con mayor cobertura fueron Sinaloa con 106%, San Luis Potosí, Guanajuato y Tamaulipas con 103%, Nuevo León con 102% (Gráfica 3.43).

Llama la atención que en seis entidades la cobertura disminuyó entre 2013 y 2015, destacando Colima y Veracruz, donde la reducción fue de más de 20 puntos porcentuales. De especial atención es Colima, que ya había logrado el 100% de cobertura.

Es necesario aumentar y reforzar los esfuerzos para alcanzar la meta recomendada por la OMS del 80% como mínimo de cobertura, así como para mantener los niveles cuando ya se han alcanzado las metas establecidas.

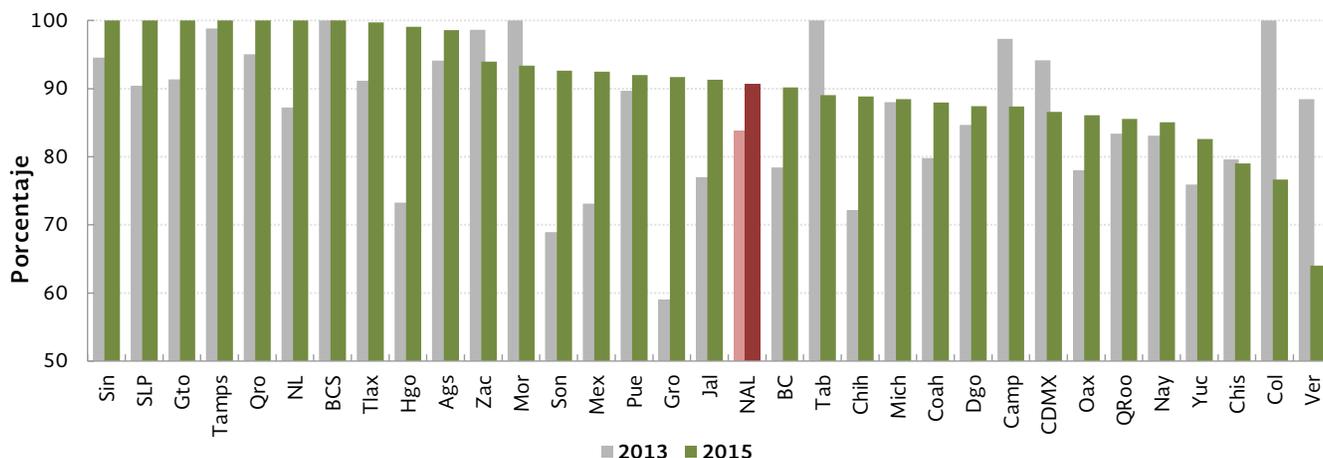
³² Organización Mundial de la Salud. "Cobertura vacunal (Nota descriptiva)". Marzo, 2016.

Gráfica 3.42 Cobertura de vacunación con esquema completo en menores de un año, 2013-2015



Fuente: SS-CENSA, Sistemas Institucionales de Vacunación 2013-2015. SS-DGIS, Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) 2013-2015.

Gráfica 3.43 Cobertura de vacunación con esquema completo en menores de un año por entidad federativa, 2013 y 2015



Fuente: SS-CENSA, Sistemas Institucionales de Vacunación 2013 y 2015. SS-DGIS, Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) 2013 y 2015.

EMBARAZADAS QUE RECIBIERON 5 O MÁS CONSULTAS PRENATALES

Considerando que la NOM-007-SSA2-2016 “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida” refiere que el control prenatal son una serie de entrevistas o visitas programadas que realiza la embarazada con el equipo de salud, con el objetivo de vigilar el embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza. La embarazada de bajo riesgo debe recibir de preferencia un mínimo de cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o prueba positiva de embarazo³³. El control prenatal tiene como objetivo principal disminuir la morbilidad materno-fetal; en el caso de México, con datos obtenidos del Informe de Salud de los Mexicanos 2015, se refiere que la razón de mortalidad materna en 2013 fue de 38.2 por cada 100,000 nacidos vivos, aún muy alta.

A nivel nacional, el número de embarazadas que recibieron 5 o más consultas prenatales en 2008 fue de 1.5 millones, cifra que creció hasta el año 2013 cuando hubo 1.8 millones, a partir del cual disminuyó ligeramente (Gráfica 3.44).

En 2008 a nivel nacional el 78% de embarazadas recibieron 5 o más consultas prenatales y aumentó 6 puntos porcentuales en 2015, con lo que se alcanzó el 84% (Gráfica 3.45).

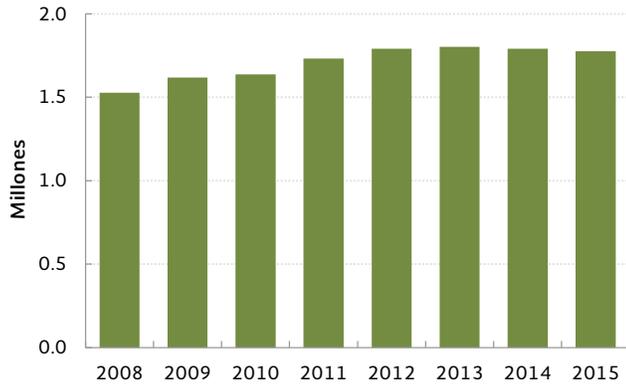
Las entidades federativas en donde hubo un incremento considerable del porcentaje de embarazadas que recibieron 5 o más consultas prenatales en 2015 respecto a 2008 fueron: Coahuila con 11 puntos porcentuales más, Baja California con 10.5, Quintana Roo con 10.1, Guerrero con 9.6 y Tamaulipas con 9.4.

Las únicas entidades federativas que reportaron menor porcentaje de embarazadas que recibieron 5 o más consultas prenatales en 2015 respecto a 2008 fueron Tabasco con 0.79 puntos porcentuales de diferencia y Aguascalientes con 4 puntos (Gráfica 3.46).

Para cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país, así como para disminuir la mortalidad infantil, especialmente neonatal, y la mortalidad materna, es importante trabajar en mejorar el control prenatal, asegurándose que las embarazadas tengan un número suficiente de consultas durante su periodo gestacional.

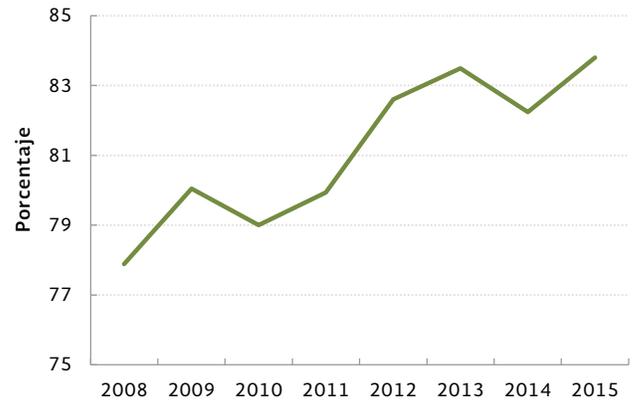
³³ Secretaría de Salud. “Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”.

Gráfica 3.44 Embarazadas con 5 o más consultas prenatales, 2008-2015



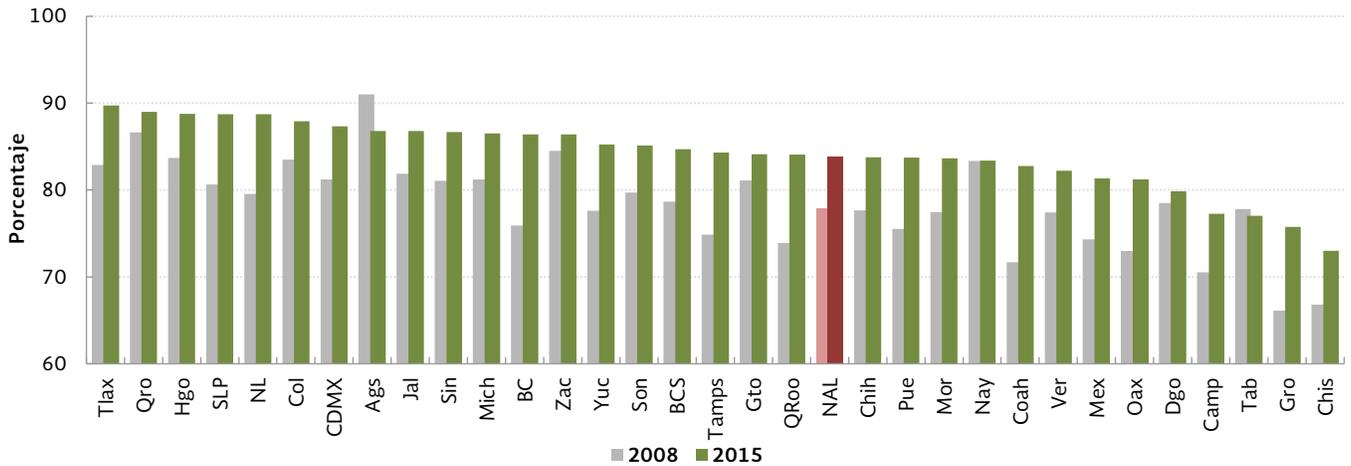
Fuente: SS-DGIS, Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) 2008-2015

Gráfica 3.45 Porcentaje de embarazadas con 5 o más consultas prenatales, 2008-2015



Fuente: SS-DGIS, Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) 2008-2015.

Gráfica 3.46 Porcentaje de embarazadas con 5 o más consultas prenatales por entidad federativa, 2008 y 2015



Fuente: SS-DGIS, Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) 2008 y 2015.



4. CALIDAD

EMBARAZADAS QUE RECIBIERON SU PRIMERA CONSULTA PRENATAL DENTRO DEL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN

El control prenatal debe ser precoz, periódico, completo, de calidad y de amplia cobertura, siendo ofrecido a la mayor población posible y garantizándole su fácil accesibilidad. Según la NOM-007-SSA2-2016 “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”, se debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o prueba positiva de embarazo³⁴.

En números absolutos, las mujeres que recibieron su primera consulta prenatal dentro del primer trimestre de gestación en 2008 fueron 1.3 millones, mismas que aumentaron hasta 1.6 millones en 2015 (Gráfica 4.1).

El porcentaje de embarazadas que recibieron su primera consulta prenatal en el primer trimestre de gestación en 2008 fue de 69%, el cual fue aumentando paulatinamente hasta que en 2015 fue de 77% (Gráfica 4.2).

En cinco entidades federativas el porcentaje de embarazadas que recibieron su primera consulta

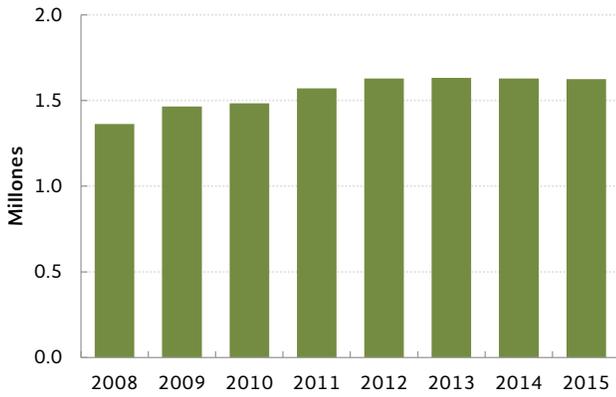
prenatal dentro del primer trimestre de gestación aumentó en más de 10 puntos porcentuales entre 2008 y 2015: Baja California con un incremento de 14.8, Guerrero con 13, Ciudad de México con 11.4, Aguascalientes con 10.9 y Puebla con 10.5 (Gráfica 4.3).

Hubo 2 entidades que en 2008 tuvieron mayor porcentaje de embarazadas que recibieron su primera consulta prenatal dentro del primer trimestre de gestación respecto a 2015, Nayarit con 2.59 puntos porcentuales de diferencia y Nuevo León con 0.92 puntos porcentuales.

La detección temprana del embarazo y el inicio del control prenatal durante el primer trimestre de gestación debe aumentar hasta lograr que el 100% de las embarazadas se detecten e inicien su control prenatal durante el primer trimestre, preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación. La importancia de la atención prenatal con intervenciones integrales y preventivas permite detectar riesgos fetales y maternos pudiendo aplicar el tamizaje prenatal oportuno entre 11 y 13.6 semanas, y continuar la vigilancia mediante ultrasonidos periódicos.

³⁴ Secretaría de Salud. “Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”.

Gráfica 4.1 Embarazadas que recibieron su primera consulta prenatal dentro del primer trimestre de gestación, 2008-2015



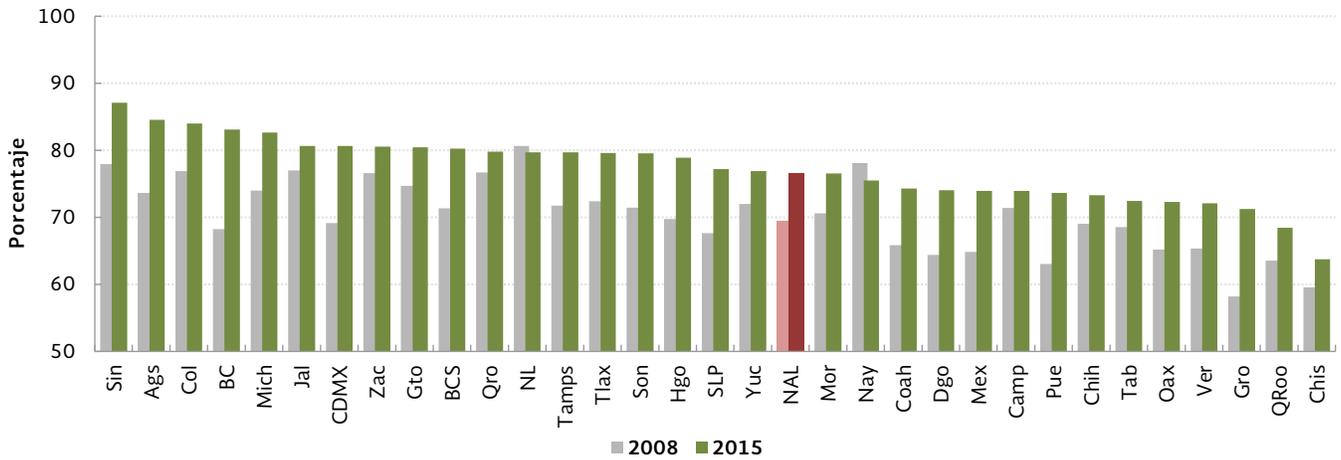
Fuente: SS-DGIS, Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) 2008-2015.

Gráfica 4.2 Porcentaje de embarazadas que recibieron su primera consulta prenatal dentro del primer trimestre de gestación, 2008-2015



Fuente: SS-DGIS, Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) 2008-2015.

Gráfica 4.3 Porcentaje de embarazadas que recibieron su primera consulta prenatal dentro del primer trimestre de gestación por entidad federativa, 2008-2015



Fuente: SS-DGIS, Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) 2008 y 2015.

NACIMIENTOS POR CESÁREA

La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes, aunque a menudo se practica sin que existan indicaciones clínicas que la justifiquen. La cesárea pone a las madres y a los niños en riesgo de sufrir problemas de salud a corto y a largo plazo, por lo que la Organización Mundial de la Salud destaca lo importante que es centrarse en las necesidades de los pacientes y desalienta el establecimiento de “metas” con respecto a la tasa de cesáreas³⁵.

En México, el número absoluto de nacimientos que fueron atendidos por cesárea creció de manera constante desde 2008 y hasta 2014, año en que se sobrepasaron el millón de nacimientos de este tipo. En 2015, el número se redujo ligeramente a poco más de 966 mil nacimientos (Gráfica 4.4).

El porcentaje de nacimientos por cesárea desde 2008 a 2014 incrementó hasta 3 puntos porcentuales a nivel nacional, en 2015 disminuyó 1.5 puntos porcentuales con respecto a 2014 (Gráfica 4.5).

El mayor porcentaje de nacimientos por cesárea por institución entre 2008 y 2015 se encuentra a nivel privado con promedio de 77%, seguido del ISSSTE con un porcentaje promedio de 68%; mientras que del otro lado fue IMSS-PROSPERA la que tuvo el menor porcentaje promedio de 25% (Gráfica 4.6).

A nivel de entidad federativa, hubo 4 estados con promedio por debajo del 40% de nacimientos por cesárea en el periodo comprendido entre 2008 y 2015, dentro de estos 4 estados, San Luis Potosí fue el estado con menor promedio con 30.8%, seguido de Nayarit con 31.1%, Zacatecas con 31.6% y Chiapas con 34.4%. Sin embargo, hay entidades federativas que sobrepasan el 50% de

promedio de nacimientos por cesárea en el mismo periodo, Nuevo León es la entidad federativa con mayor promedio con 52%, seguido de Yucatán con 51.4%, Sinaloa con 50.4% y Ciudad de México con 50.4%.

En 2015 hubo únicamente tres entidades con más de 50% de nacimientos por cesárea, de estas entidades, la de mayor porcentaje fue Sinaloa con 53% seguido de Nuevo León con 52% y Tlaxcala con 50%; y aumentaron a 8 las entidades con menos del 40% de nacimientos por cesárea, la entidad con menor porcentaje fue Zacatecas con 30%, seguida de San Luis Potosí con 33%, Guerrero con 34%, Nayarit y Chiapas con 35%, Durango con 37% y Chihuahua y Campeche con 39% (Gráfica 4.7).

Hubo nueve entidades que disminuyeron el porcentaje de nacimientos por cesárea en 2015 respecto a 2008, destacando tres entidades: Campeche con una disminución de 5.8 puntos porcentuales, Aguascalientes con 4.4 y Colima con 3.3.

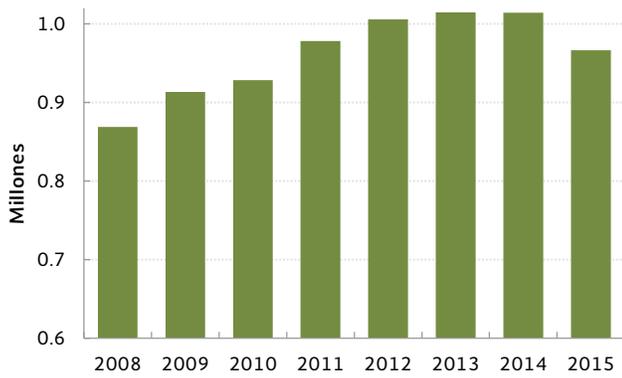
Con los datos anteriormente descritos, se observa que en el sector privado es en donde hay mayor número de nacimientos por cesárea, debido a múltiples factores, incluyendo la recomendación del médico tratante, la decisión de la madre por evitar el dolor del parto o bien, por programar en una fecha específica el nacimiento. Sin embargo, en todos los sectores la tasa está muy por arriba de lo recomendado por la OMS.

Desde 1985, se ha considerado que la tasa “ideal” de cesáreas se encuentra entre el 10% y el 15%. Nuevos estudios revelan que el número de muertes maternas y neonatales disminuye cuando dicha tasa se acerca al 10%, pero no hay pruebas de que las tasas de mortalidad mejoren cuando se supera esa cifra del 10%³⁶.

³⁵ Organización Mundial de la Salud. “Sólo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos médicos”.

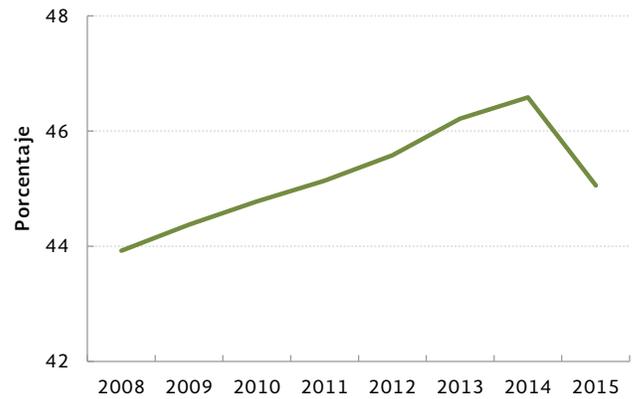
³⁶ *Ibidem*.

Gráfica 4.4 Nacimientos por cesárea, 2008-2015



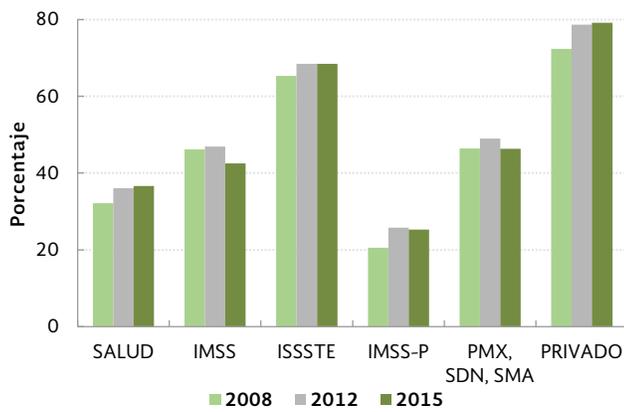
Fuente: SS-DGIS, Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) 2008-2015.

Gráfica 4.5 Porcentaje de nacimientos por cesárea, 2008-2015



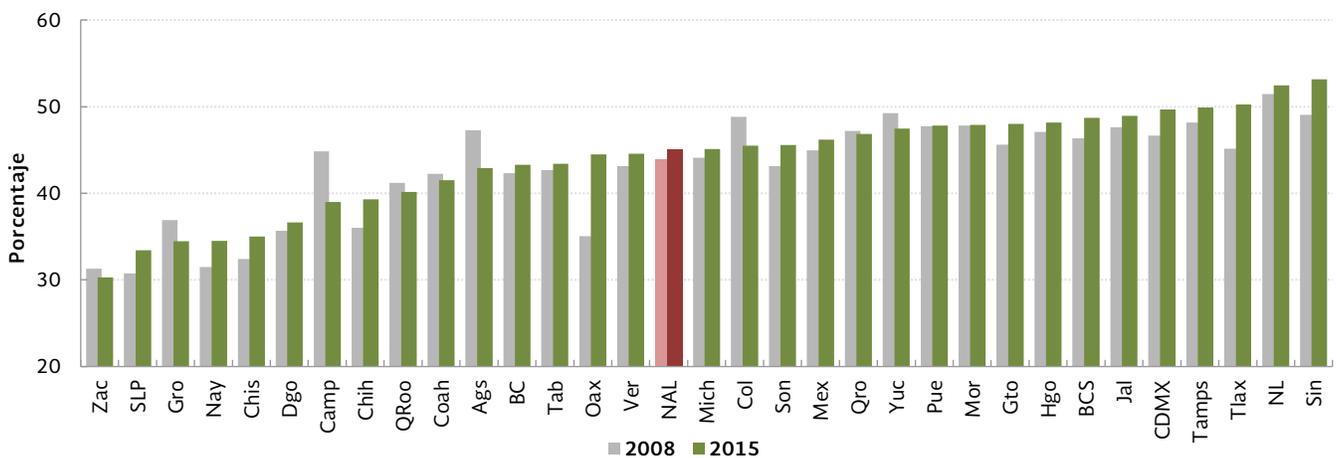
Fuente: SS-DGIS, Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) 2008-2015.

Gráfica 4.6 Porcentaje de nacimientos por cesárea por institución, 2008, 2012 y 2015



Fuente: SS-DGIS, Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) 2008-2015.

Gráfica 4.7 Porcentaje de nacimientos por cesárea por entidad federativa, 2008 y 2015



Fuente: SS-DGIS, Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) 2008-2015.

SURTIMIENTO COMPLETO DE RECETAS MÉDICAS

El surtimiento completo de recetas involucra a todos aquellos pacientes de consulta externa que obtuvieron todos sus medicamentos en el mismo lugar de la consulta. El objetivo específico del surtimiento completo de recetas médicas es identificar las oportunidades de mejora en el sistema de abasto de medicamentos, como un componente de calidad de la atención médica.

El porcentaje de surtimiento completo de recetas médicas en 2006 fue de 62% en todo el sector y 71% en el sector público, mientras que en 2015 el porcentaje de surtimiento completo de recetas médicas fue de 69% y 76% respectivamente (Gráfica 4.8).

Las entidades federativas que en 2012 tuvieron por arriba de 70% de surtimiento completo de recetas en todo el sector en comparación con el año 2006 fueron San Luis Potosí, Nayarit, Nuevo León, Baja California Sur, Colima, Tamaulipas, Guanajuato, Yucatán y Oaxaca. En el sector público, los estados que tuvieron por arriba del 80% de surtimiento completo de recetas fueron Baja California Sur, Nuevo León, Guanajuato y Baja California. Sin embargo, hubo entidades federativas que en 2006 tuvieron mayor porcentaje de surtimiento completo de recetas en todo el sector en comparación con el año 2012 como Coahuila, Sinaloa, Campeche, Chihuahua y Tabasco. En estas entidades disminuyó tanto el porcentaje de surtimiento completo de recetas en todo el sector y en el sector público (Gráfica 4.9 y Gráfica 4.10).

Destaca que en Baja California disminuyó de 2006 a 2012 el surtimiento completo de recetas en el

sector público 2.5 puntos porcentuales, pero en todo el sector, tuvo un aumento de 4.2 puntos porcentuales, lo que puede explicarse principalmente a que los usuarios, al no obtener en el sector público el abasto completo de medicamentos, decidieron hacer uso de consultorios adyacentes a farmacias, en donde realizan el surtimiento completo de recetas.

La Ciudad de México y Puebla aumentaron en el sector público de 2006 a 2012 el porcentaje de surtimiento completo de recetas y disminuyeron el porcentaje en el sector total, lo que puede deberse a que el usuario ocupó en mayor cantidad servicios privados en dónde no le surtieron completamente sus recetas.

La prescripción está relacionada con los problemas de surtimiento de recetas médicas. El abasto de medicamentos debe mejorarse y vigilar que su uso sea racional. El tema de abasto de medicamentos en las instituciones del sector público está en lo más alto de la agenda gubernamental³⁷.

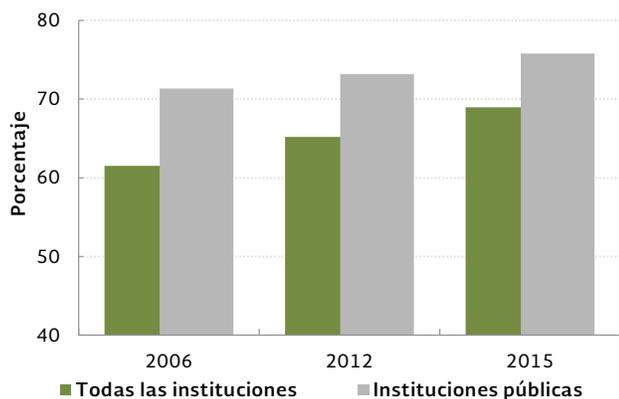
Las farmacias con consultorio médico han causado aumento en el porcentaje de población que utiliza sus servicios por encontrar una pronta solución a sus problemas de salud y por surtir sus recetas completas en el mismo lugar que reciben la consulta³⁸.

A pesar de que ha ido aumentando a nivel nacional el surtimiento completo de recetas médicas total y en el sector público, el porcentaje sigue siendo muy bajo para lograr la meta del 100% del sistema de salud.

³⁷ Secretaría de Salud. "Programa Sectorial de Salud 2013-2018".

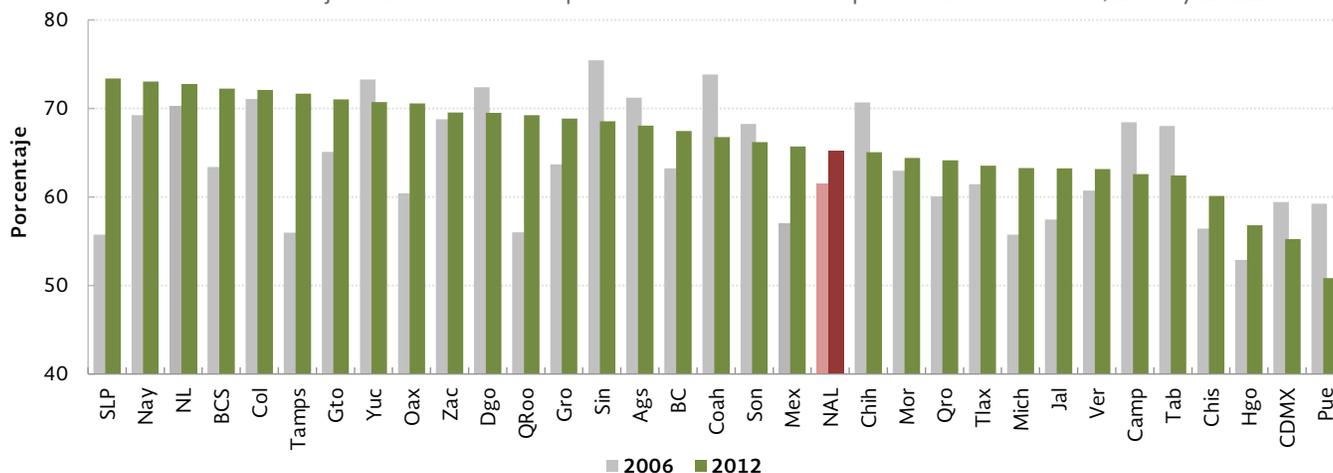
³⁸ Instituto Nacional de Salud Pública. "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Consultorios médicos en farmacias privadas: efectos inesperados en el uso de servicios de salud y el acceso a medicamentos".

Gráfica 4.8 Porcentaje de surtimiento completo de recetas médicas, 2006, 2012 y 2015



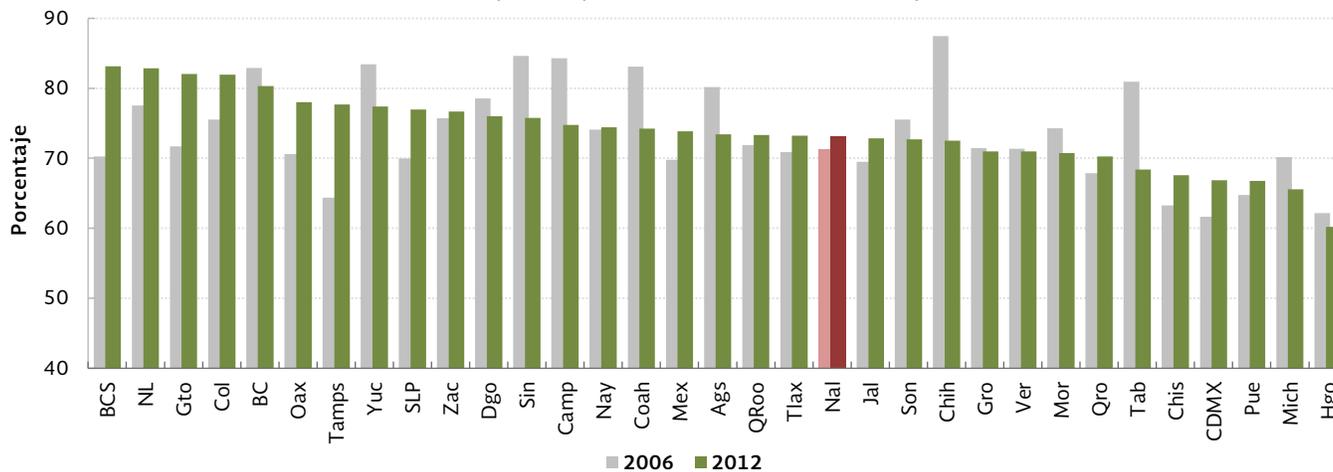
Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 y 2012. Encuesta 2015 para el seguimiento de los indicadores del PROSESA 2013-2018.

Gráfica 4.9 Porcentaje de surtimiento completo de recetas médicas por entidad federativa, 2006 y 2012



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 y 2012. Encuesta 2015 para el seguimiento de los indicadores del PROSESA 2013-2018.

Gráfica 4.10 Porcentaje de surtimiento completo de recetas médicas en el sector público por entidad federativa, 2006 y 2012



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 y 2012. Encuesta 2015 para el seguimiento de los indicadores del PROSESA 2013-2018.

PORCENTAJE DE OCUPACIÓN HOSPITALARIA

Este porcentaje mide el grado de utilización de recursos de los hospitales, considerando su operación los 365 días del año. Es además una forma de medir la eficiencia en la utilización de los recursos hospitalarios, dado que informa la capacidad utilizada o subutilizada en los hospitales.

El porcentaje de ocupación hospitalaria es uno de los indicadores que cuenta con estándares de comparación universalmente aceptados. En general, se identifica como nivel óptimo del indicador un valor entre 85% y 90%, mientras que para cifras superiores a 90% se considera que se compromete la capacidad del hospital para reaccionar adecuadamente a picos súbitos de demanda, además de poner en riesgo la seguridad de los pacientes³⁹. Por otro lado, cifras muy bajas también denotan ineficiencia en la asignación y uso de recursos.

En 2014 el porcentaje de ocupación nacional fue de 75.8%, considerando para el análisis a 1,104 unidades hospitalarias⁴⁰. El resultado obtenido está cerca de 10 puntos porcentuales por debajo del nivel esperado.

Por institución de salud, el resultado más cercano al óptimo lo registró el IMSS (79%), seguido por la Secretaría de Salud (75.3%)⁴¹ y el ISSSTE

(68.6%); las unidades de IMSS-PROSPERA reportan las cifras más alejadas de lo esperado (62.6%) (Gráfica 4.11).

A nivel de las entidades federativas, Hidalgo y Quintana Roo registraron porcentajes de ocupación óptimos (según la recomendación de la OCDE) de 87.3% y 88%, respectivamente. Mientras tanto Durango (61.4%), San Luis Potosí (60.5%) y Campeche (56.4%), obtuvieron los porcentajes de ocupación más bajos, lo cual puede indicar una subutilización de recursos en las entidades. Por otro lado, con cifras superiores a lo óptimo se encontraron Querétaro (98.9%), Chiapas (93.3%) y Yucatán (92.1%) (Gráfica 4.12).

La heterogeneidad de los resultados, indica la necesidad de llevar a cabo una revisión del funcionamiento de la red de servicios, para optimizar la capacidad instalada, prevenir la saturación de los mismos por causas que pueden ser solventadas en los servicios de atención primaria o ambulatorios, y considerar distribuir pacientes hacia otras unidades cercanas con servicios disponibles.

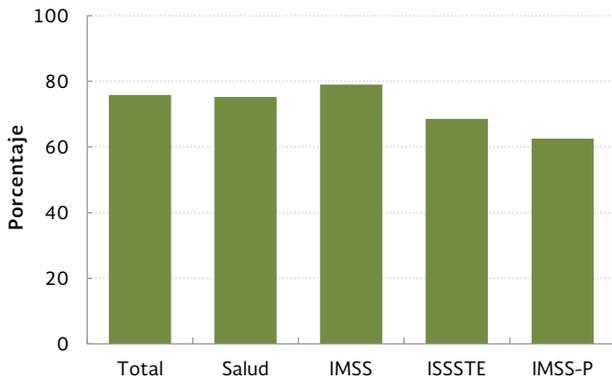
La interpretación del porcentaje de ocupación se debe complementar con otros indicadores como el número de médicos y de enfermeras en contacto con el paciente, así como el intervalo de sustitución, índice de rotación y el promedio de días de estancia.

³⁹ Organization for Economic Co-operation and Development. "Health at a Glance 2013 OECD".

⁴⁰ En el análisis se excluyeron hospitales psiquiátricos, egresos de corta estancia y hospitales con registro de una o cero camas hospitalarias.

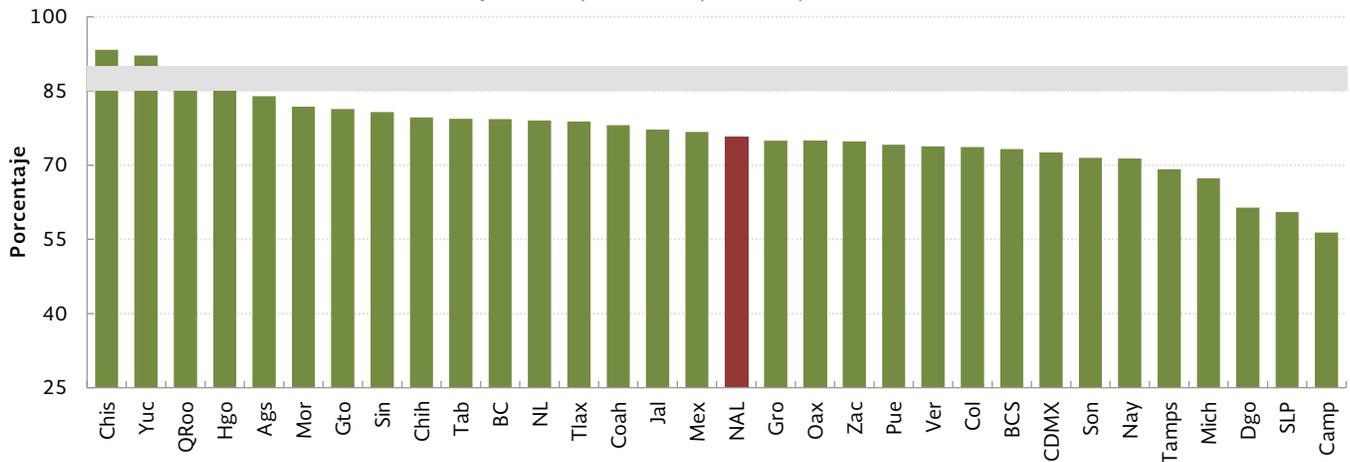
⁴¹ La cifra es diferente a lo publicado en el documento "MH 2015: Mejores Hospitales de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud", debido a que en las bases de datos sectoriales es posible realizar actualizaciones de las cifras reportadas por los servicios de salud de las entidades federativas.

Gráfica 4.11 Porcentaje de ocupación hospitalaria por institución, 2014



Fuente: DGED con datos de la DGIS. Egresos hospitalarios de las Instituciones del Sector Salud (2014) y Recursos en Salud del Sector (2014).

Gráfica 4.12 Porcentaje de ocupación hospitalaria por entidad federativa, 2014



Fuente: DGED con datos de la DGIS. Egresos hospitalarios de las Instituciones del Sector Salud (2014) y Recursos en Salud del Sector (2014).

INTERVALO DE SUSTITUCIÓN

El intervalo de sustitución se interpreta como el tiempo promedio, en días o fracción de días, que permanece desocupada una cama entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro. El indicador permite determinar la eficiencia en la gestión de camas hospitalarias, especialmente cuando existe alta demanda de servicios de hospitalización; disminuir los periodos de espera, y por tanto aumentar la oportunidad de la atención, e inferir la racionalidad de los niveles de dotación de camas.

Para interpretar adecuadamente este indicador, se considera como referencia de comparación que el valor esperado del indicador se encuentre entre cero y uno. Idealmente, cuando el indicador se encuentra en dicho rango, se interpreta que un paciente egresa, desocupa una cama y esta es ocupada por otro paciente en un periodo menor de un día.

En general, el intervalo de sustitución es positivo, sin embargo, si este fuera negativo reflejaría que los pacientes tienen que ocupar camas no hospitalarias, esperar en pasillos o, por algunos periodos, que más de un paciente ocupe una cama.

A mayor intervalo de sustitución, mayor es la espera del siguiente paciente y menor la capacidad productiva de la institución (asumiendo que existe una demanda constante de servicios de hospitalización). Un elevado intervalo de sustitución también permite detectar otros problemas gerenciales asociados con la gestión de camas como la calidad de la supervisión y articulación en-

tre diferentes servicios, así como contactos sociales y familiares previos a la salida del paciente.

El intervalo de sustitución a nivel nacional en 2014 fue de 1.3 días, considerando las cuatro principales instituciones proveedoras de servicios de salud en México⁴². Por institución de salud, el valor del intervalo de sustitución más elevado se registró en el ISSSTE (2.2), seguido de las unidades de IMSS-PROSPERA (1.6), el IMSS (1.2) y la Secretaría de Salud (1.1⁴³). Esta última institución es la más cercana al valor esperado del indicador de un día (Gráfica 4.13).

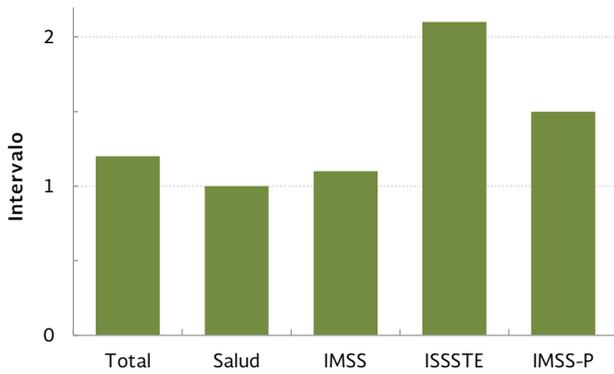
En el análisis por entidad federativa, se observó que 11 de los 32 estados reportaron valores ideales en el intervalo de sustitución: Querétaro (0.0), Chiapas (0.2), Yucatán (0.4), Quintana Roo (0.5), Hidalgo (0.5), Aguascalientes (0.6), Guanajuato (0.8), Tabasco (0.8), Morelos (0.8), Tlaxcala (0.8) y Sinaloa (0.9). En contraste, Campeche (2.7), San Luis Potosí (2.5), Durango (2.1) y la Ciudad de México (2.1) presentaron los intervalos de sustitución más elevados (Gráfica 4.14).

Al comparar los resultados del intervalo de sustitución con el porcentaje de ocupación, se observó que en varias entidades federativas esta relación es inversamente proporcional, es decir que a menor porcentaje de ocupación, mayor intervalo de sustitución, ejemplo de ello lo constituyen las siguientes entidades: Tamaulipas, con un porcentaje de ocupación hospitalario de 69.2% y 1.8 en intervalo de sustitución; Durango con 61.4% y 2.1; San Luis Potosí con 60.5% y 2.5; y Campeche con 56.4% y 2.7, respectivamente.

⁴² Se excluyeron del análisis hospitales psiquiátricos y hospitales con registro de una o cero camas hospitalarias.

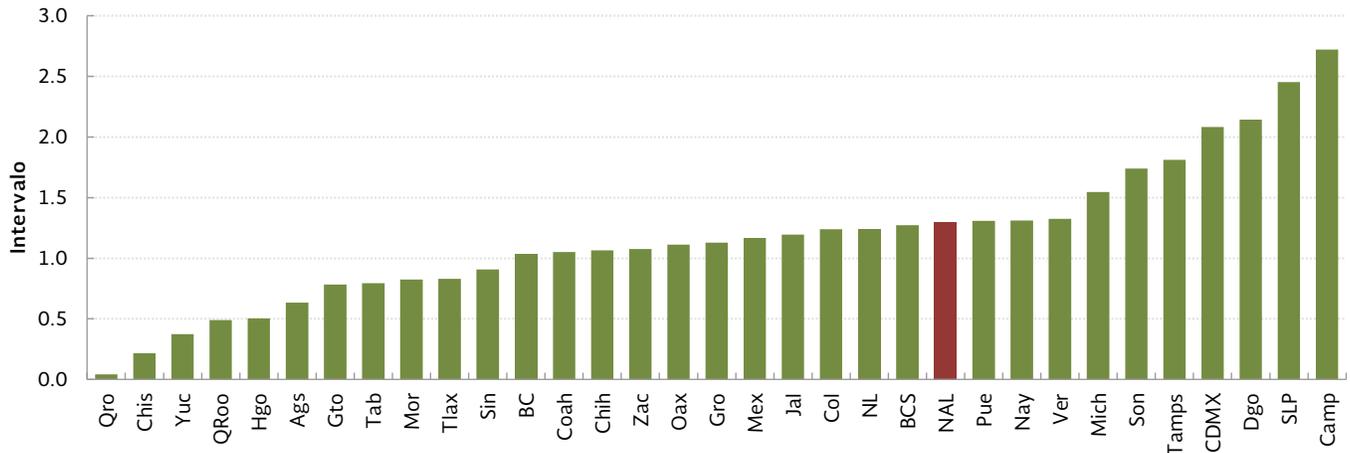
⁴³ La cifra es diferente a lo publicado en el documento "MH 2015: Mejores Hospitales de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud", debido a que en las bases de datos sectoriales es posible realizar actualizaciones de las cifras reportadas por los servicios de salud de las entidades federativas,

Gráfica 4.13 Intervalo de sustitución por institución, 2014



Fuente: DGED con datos de la DGIS. Egresos hospitalarios de las Instituciones del Sector Salud (2014) y Recursos en Salud del Sector (2014).

Gráfica 4.14 Intervalo de sustitución por entidad federativa, 2014



Fuente: DGED con datos de la DGIS. Egresos hospitalarios de las Instituciones del Sector Salud (2014) y Recursos en Salud del Sector (2014).

ÍNDICE DE ROTACIÓN

Se define como el número de pacientes que en promedio usan una cama hospitalaria en un periodo determinado. La relación entre el número de camas hospitalarias existentes y el número de egresos hospitalarios, observada en el índice de rotación, permite evaluar la capacidad potencial de la unidad médica a partir de sus recursos (egresos por cama hospitalaria). También es un acercamiento a la utilización adecuada de estos recursos, es decir, un índice de rotación bajo implica que los egresos son menores a lo potencialmente posible y por lo tanto existe una subutilización.

El índice de rotación, a nivel nacional en 2014 fue de 70.1 pacientes en promedio por cama al año, considerando 1,104 unidades hospitalarias de las cuatro principales instituciones proveedoras de servicios de salud en México⁴⁴. Por institución, el índice de rotación más elevado se observó en las unidades hospitalarias de IMSS-PROSPERA (87.1), seguidas de las unidades en la Secretaría de Salud (79.7), el IMSS (62.4) y el ISSSTE (52.3) (Gráfica 4.15).

En el caso de las unidades de IMSS-PROSPERA, se reportó un porcentaje de ocupación más bajo de lo esperado (62.6%), mientras que para el índice de rotación la misma institución obtuvo el valor más elevado, aunado a un intervalo de sustitución cercano a un día, lo cual puede indicar que hubo una mejor gestión de camas y recursos en general.

Por entidad federativa fue posible observar que, en la Ciudad de México, Campeche, San Luis

Potosí y Sonora, el índice de rotación se encontró entre 10 a casi 20 puntos porcentuales por debajo del valor nacional. En contraste, en Chiapas (113.4) y Tabasco (94.7) se registraron los valores más elevados (Gráfica 4.16).

Al comparar los resultados del índice de rotación, el intervalo de sustitución y el porcentaje de ocupación, se observó que algunas entidades federativas, de manera consistente, resultaron con bajos niveles en los tres indicadores, en comparación con lo esperado. Un ejemplo de esta situación ocurrió en los estados de Durango, San Luis Potosí y Campeche.

Indicador/ Entidad	Durango	San Luis Potosí	Campeche
Porcentaje de ocupación	61.4%	60.5%	56.4%
Intervalo de sustitución (días)	2.1	2.4	2.7
Índice de rotación (pacientes)	65.7	58.8	58.4

Resulta necesario evaluar la causa de la subutilización de los recursos hospitalarios, ya que pueden ser diversas las causas. Por ejemplo, esta subutilización pudo deberse a un mal manejo de los recursos instalados a pesar de que sí existía demanda por parte de los pacientes; pudo ser también un exceso de capacidad instalada o bien, dificultades para acceder a los servicios por parte de la población.

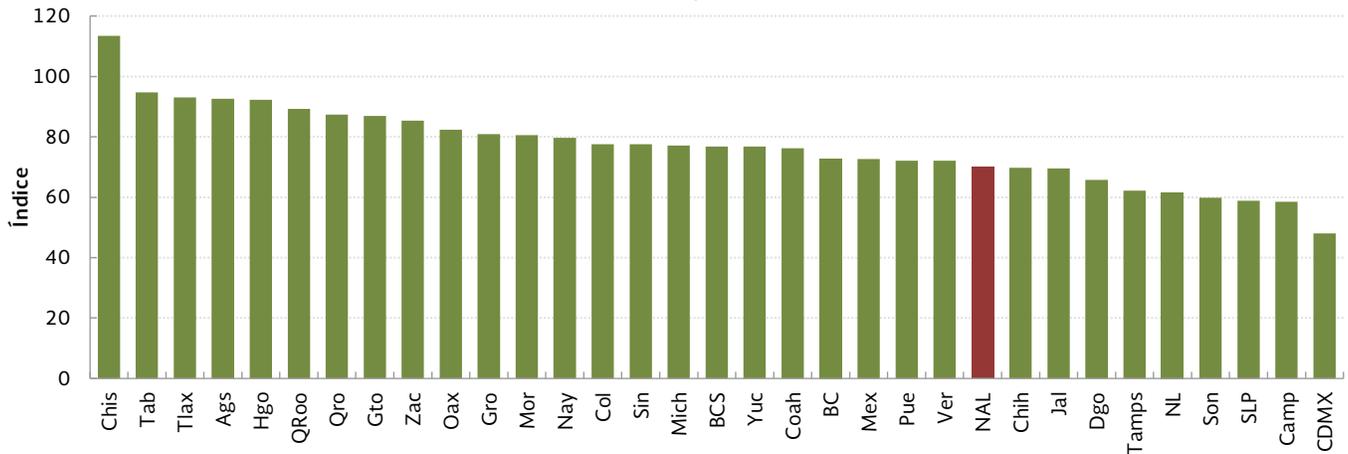
⁴⁴ Se excluyeron del análisis hospitales psiquiátricos, egresos de corta estancia y hospitales con registro de una o cero camas hospitalarias.

Gráfica 4.15 Índice de rotación por institución, 2014



Fuente: DGED con datos de la DGIS. Egresos hospitalarios de las Instituciones del Sector Salud (2014) y Recursos en Salud del Sector (2014).

Gráfica 4.16 Índice de rotación por entidad federativa, 2014



Fuente: DGED con datos de la DGIS. Egresos hospitalarios de las Instituciones del Sector Salud (2014) y Recursos en Salud del Sector (2014).

DURACIÓN MEDIA DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA

Se refiere al promedio de días de estancia que pasan los pacientes hospitalizados en un periodo determinado. Es importante considerar que valores bajos en las estancias hospitalarias pueden ser asociados a disminución de costos, integración y coordinación del equipo de salud que brinda los servicios, así como con la eficiencia y efectividad en la atención en general. No obstante, el promedio de días de estancia hospitalaria está determinado por la complejidad de los padecimientos atendidos, ya que algunos factores relacionados con la condición y severidad del padecimiento, comorbilidades, así como las prácticas de los profesionales podrían incrementar el promedio de días de estancia.

Como antecedente a considerar para la comparación de este indicador, la OCDE⁴⁵ reportó en 2013 para sus países miembros un promedio de 8.1 días de estancia hospitalaria (considerando todas las causas). Turquía y México mostraron los menores valores con alrededor de 4 días; y Japón y Corea los mayores valores con cifras superiores a 16 días.

Bajo el contexto de que existe una brecha del doble del promedio de días entre el nivel de este indicador en la OCDE y México, para este análisis las comparaciones se realizaron con el valor nacional obtenido en este ejercicio.

El promedio de días de estancia hospitalaria se obtuvo para 1,104 unidades hospitalarias. El valor a

nivel nacional en 2014 fue 5.0 días. Por institución, los valores más altos se registraron en el IMSS y el ISSSTE, con 5.3 días, respectivamente; seguidos del valor exhibido por la Secretaría de Salud de 4.9 días⁴⁶ y las unidades de IMSS-PROSPERA con 3.0 (Gráfica 4.17).

Por entidad federativa, el promedio de estancia hospitalaria más elevado se registró en las unidades hospitalarias de la Ciudad de México (6.4 días). Las siguientes seis entidades también registraron valores superiores al promedio nacional: Querétaro (5.8), Nuevo León y Sonora con 5.6 días; Yucatán (5.4), Tamaulipas y el Estado de México con 5.2 días, respectivamente. En sentido opuesto, Zacatecas registró el promedio diario de estancia hospitalaria más bajo (4.0); le siguieron Tlaxcala, Nayarit y Michoacán con 4.1 días (Gráfica 4.18).

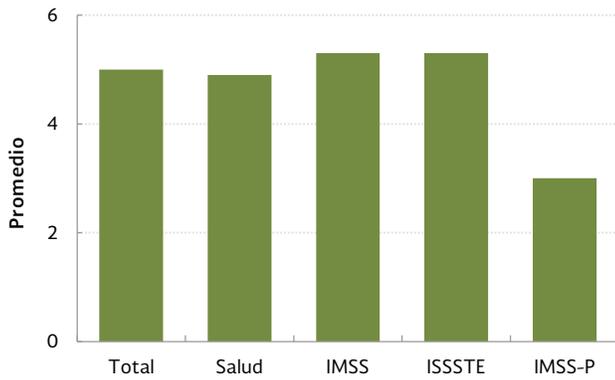
Es importante mencionar que, si bien las variaciones en los días de estancia dependen de la complejidad de los casos atendidos, también la práctica clínica y las infecciones adquiridas al interior de los hospitales incrementan la duración de la estancia y por lo tanto los costos de la atención, por lo que los resultados no favorables deben analizarse con mayor atención en cuanto a su dinámica a nivel de unidad y si es posible por servicios.

Más adelante en esta sección se presenta un análisis que se realizó para dos causas específicas de atención que tienen una alta prevalencia en México, se trata de la hospitalización por complicaciones de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

⁴⁵ Organization for Economic Co-operation and Development. "Health at a Glance 2015 Statistics. OECD Library".

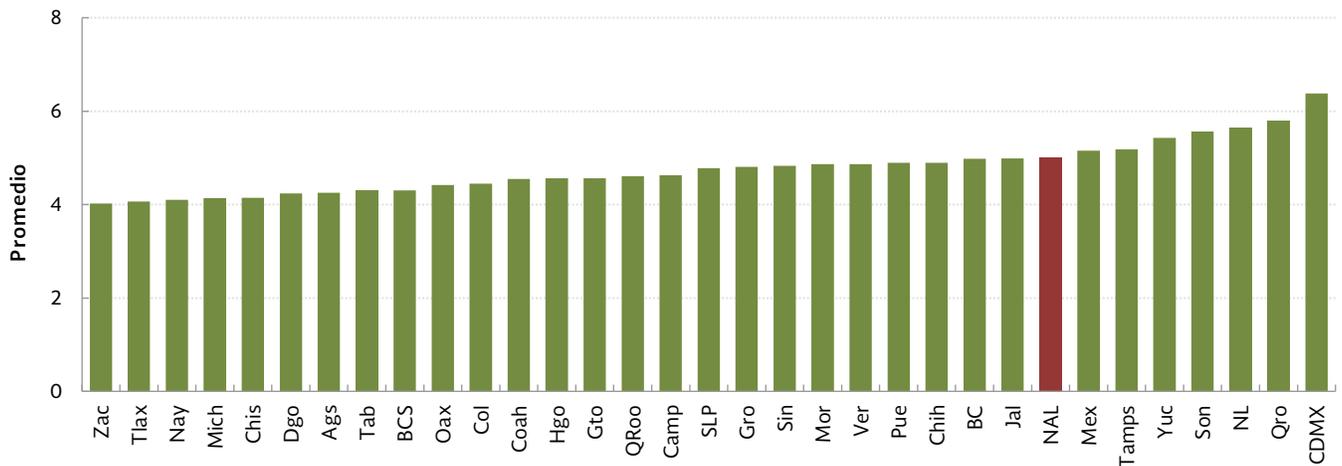
⁴⁶ La cifra es diferente a lo publicado en el documento "MH 2015: Mejores Hospitales de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud", debido a que en las bases de datos sectoriales es posible realizar actualizaciones de las cifras reportadas por los servicios de salud de las entidades federativas.

Gráfica 4.17 Duración media de la estancia hospitalaria por institución, 2014



Fuente: DGED con datos de la DGIS. Egresos hospitalarios de las Instituciones del Sector Salud (2014) y Recursos en Salud del Sector (2014).

Gráfica 4.18 Duración media de la estancia hospitalaria por entidad federativa, 2014



Fuente: DGED con datos de la DGIS. Egresos hospitalarios de las Instituciones del Sector Salud (2014) y Recursos en Salud del Sector (2014).

HOSPITALIZACIONES EVITABLES POR DIABETES MELLITUS

La hospitalización evitable por diabetes mellitus es un indicador directo del volumen de actividad hospitalaria potencialmente prevenible mediante cuidados oportunos y efectivos de este padecimiento, y es además un indicador indirecto de la capacidad resolutoria del sistema de atención, de la efectividad y calidad de los servicios, de la reducción de costos hospitalarios y mejora de la eficiencia⁴⁷. Como lo documentó el Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2015, la diabetes mellitus es una enfermedad crónica degenerativa con una creciente tasa de mortalidad en el país desde 2000 cuando fue de 45.5 defunciones por 100,000 habitantes, y alcanzó en 2013 70.8 defunciones.

En números absolutos, las hospitalizaciones evitables por diabetes mellitus en 2009 fueron superiores a 143 mil, que aumentaron año con año hasta 2012, cuando se registraron casi 150 mil, para después disminuir a 148 mil en 2014 (Gráfica 4.19).

La distribución del total de hospitalizaciones evitables por diabetes mellitus por institución en el periodo 2009-2014, indica que el IMSS tuvo el mayor porcentaje, con un promedio de 45% de los casos, seguido de la Secretaría de Salud con 38%. Esto contrasta con el porcentaje de la población a la que cada institución atiende y que probablemente esté relacionada con la edad de sus afiliados o con la elección de algunas personas que cuentan con doble cobertura de servicios de salud para atenderse en una institución en particular (Gráfica 4.20).

La tasa de hospitalizaciones evitables por diabetes mellitus por población es uno de los indicadores de calidad que monitorea la OCDE. En 2009, la

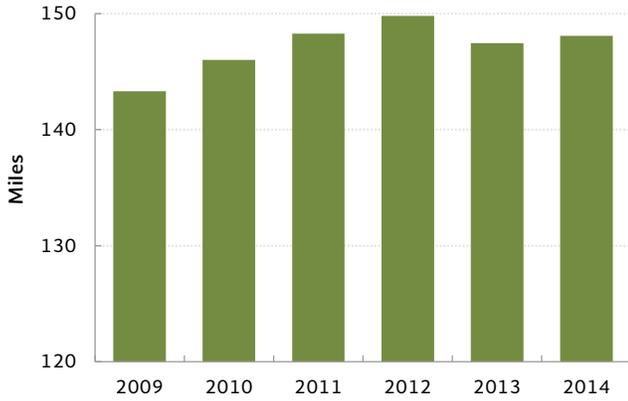
tasa estandarizada por la población de la OCDE, fue de 375 hospitalizaciones evitables por 100,000 habitantes, misma que fue disminuyendo hasta 329 en 2014. No obstante, esta sigue estando entre las más altas de la OCDE (Gráfica 4.21).

Las únicas entidades federativas donde la tasa de hospitalizaciones evitables por diabetes mellitus por 100,000 habitantes aumentó en 2014 con respecto a 2009 fueron: Guerrero (40), Puebla (29), Nuevo León (23), Estado de México (12) y Tabasco (4). Las entidades con las mayores reducciones en la tasa de hospitalizaciones evitables por diabetes mellitus por 100,000 habitantes comparando 2014 con 2009 fueron: Colima con 281 menos, Quintana Roo con 143, Coahuila con 130, Campeche con 127, Tlaxcala, Nayarit y Durango con 121. Las entidades con menor disminución en la tasa de hospitalizaciones evitables por 100,000 habitantes comparando 2014 con 2009 fueron Chiapas con 6, Oaxaca con 12, Chihuahua con 15, Jalisco y Baja California Sur con 28 (Gráfica 4.22).

El cuidado de los pacientes crónicos es uno de los retos más importantes a los que se enfrenta el Sistema Nacional de Salud. La atención a estos pacientes implica la coordinación de distintos servicios (atención ambulatoria, atención hospitalaria, servicios sociales), cuyos objetivos últimos son mejorar su calidad de vida y evitar el deterioro o la descompensación de su enfermedad, y las subsiguientes hospitalizaciones. Sin embargo, debe existir una corresponsabilidad del paciente con el sistema de salud para lograr el control efectivo de la diabetes mellitus.

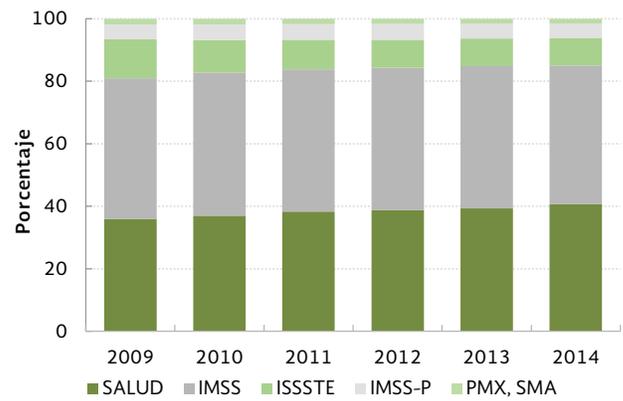
⁴⁷ Crespo C, Brosa M, Soria-Juan A, López-Alba A, López-Martínez N, Soria B. Avances en Diabetología.

Gráfica 4.19 Hospitalizaciones evitables por diabetes mellitus, 2009-2014



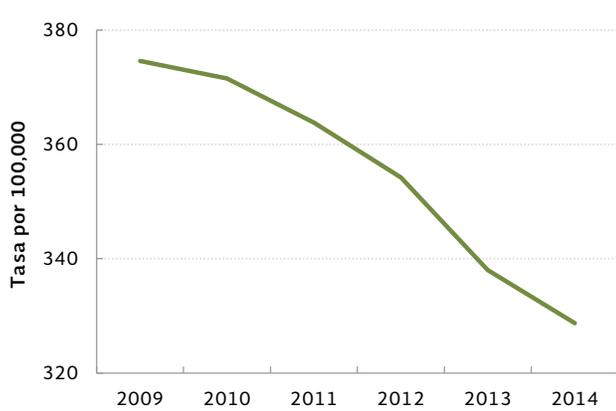
Fuente: SS-DGIS, Egresos Hospitalarios del Sector 2009-2014.

Gráfica 4.20 Distribución de hospitalizaciones evitables por diabetes mellitus por institución, 2009-2014



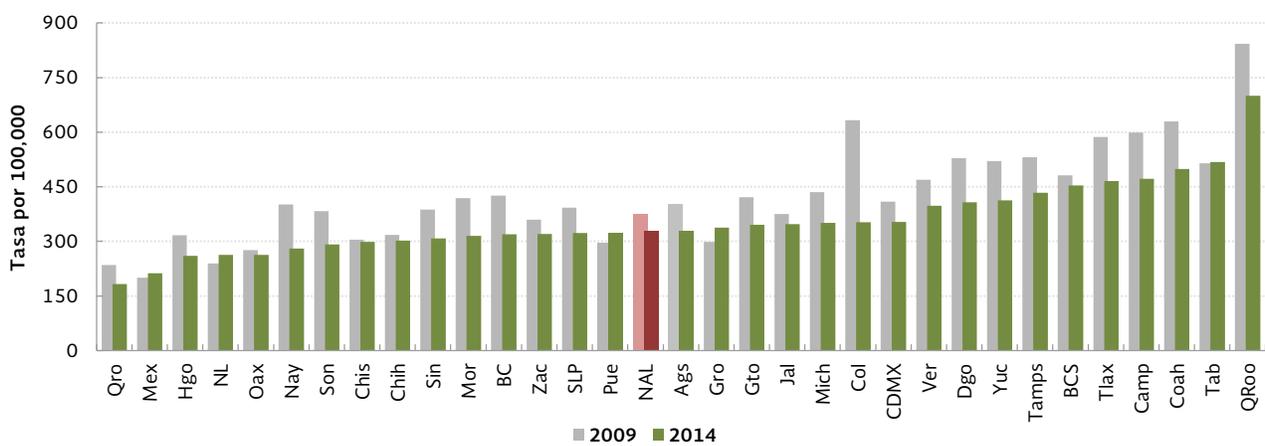
Fuente: SS-DGIS, Egresos Hospitalarios del Sector 2009-2014.

Gráfica 4.21 Hospitalizaciones evitables por diabetes mellitus por 100,000 habitantes, 2009-2014



Fuente: SS-DGIS, Egresos Hospitalarios del Sector 2009-2014. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030.

Gráfica 4.22 Hospitalizaciones evitables por diabetes mellitus por 100,000 habitantes por entidad federativa, 2009 y 2014



Fuente: SS-DGIS, Egresos Hospitalarios del Sector 2009-2014. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030.

HOSPITALIZACIONES EVITABLES POR HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Al igual que las hospitalizaciones evitables por diabetes mellitus, este es un indicador directo del volumen de actividad hospitalaria potencialmente prevenible mediante cuidados oportunos y efectivos de la hipertensión arterial. Este padecimiento es un factor de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales, mismas que se encuentran entre las principales causas de mortalidad en nuestro país. Según el Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2015, las complicaciones de la hipertensión arterial causan anualmente 9.4 millones de muertes en el mundo.

En números absolutos, las hospitalizaciones evitables por diabetes mellitus mostraron una tendencia general al alza desde 2009, cuando fueron poco menos de 37 mil casos. Aunque ha tenido variaciones a lo largo de los años, en 2013 se registró el mayor número con poco menos de 39 mil hospitalizaciones evitables (Gráfica 4.23).

La distribución del total de hospitalizaciones evitables por hipertensión arterial por institución en el periodo de estudio, indica que al igual que la diabetes mellitus, el IMSS tuvo el mayor porcentaje, con un promedio de 53% de todas las hospitalizaciones, seguido de la Secretaría de Salud con 29%. Nuevamente contrastan estos porcentajes con lo de la población afiliada, lo que probablemente esté más relacionado con la elección de la institución en la cual atenderse que con el control de las enfermedades (Gráfica 4.24).

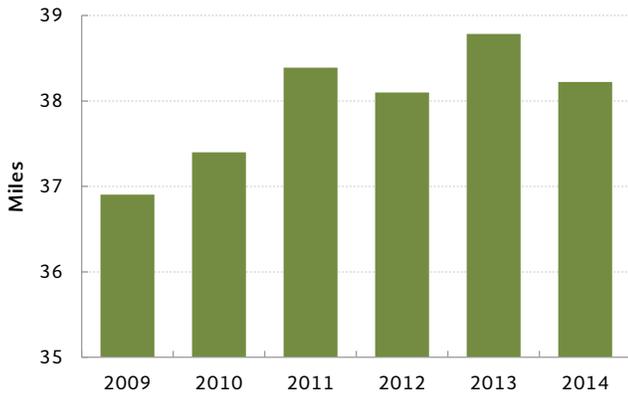
La tasa de hospitalizaciones evitables por hipertensión arterial por 100,000 habitantes es también uno de los indicadores de calidad que monitorea la OCDE. En 2009, esta tasa, estandarizada por la población de la OCDE, fue de 98 hospitalizaciones evitables por 100,000 habitantes, misma que fue aumentando hasta 2012, cuando fue de 103, para posteriormente disminuir drásticamente en 2014 a 91.6 (Gráfica 4.25).

Las entidades federativas donde la tasa de hospitalizaciones evitables por 100,000 habitantes aumentó en 2014 con respecto a 2009 fueron Nuevo León, Campeche, Guerrero, Quintana Roo, Durango, Baja California Sur, Puebla, Chiapas, Estado de México y San Luis Potosí. En las restantes 22 entidades, la tasa disminuyó. Las entidades con una mayor reducción en la tasa de hospitalizaciones evitables por hipertensión arterial por 100,000 habitantes comparando 2014 con 2009 fueron Sinaloa con una reducción de 90, Colima con 60, Zacatecas con 48, Nayarit con 43 y Morelos con 32 (Gráfica 4.26).

La hospitalización por problemas de salud susceptibles de cuidados en la atención primaria de salud, los denominados *ambulatory care sensitive conditions* (ACSC), constituye un nuevo indicador de actividad hospitalaria desarrollado en la última década para servir de medida de la efectividad de la atención primaria de la salud, como en este caso la hipertensión arterial. En este sentido, los cuidados ambulatorios efectivos, prestados a tiempo, reducirían significativamente o evitarían la hospitalización por hipertensión arterial⁴⁸.

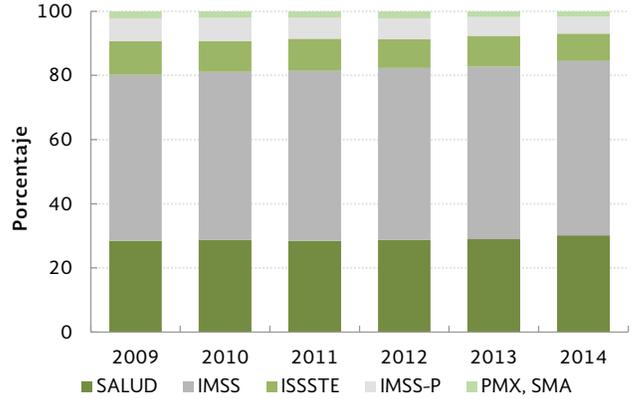
⁴⁸ Crespo C, Brosa M, Soria-Juan A, López-Alba A, López-Martínez N, Soria B. Avances en Diabetología.

Gráfica 4.23 Hospitalizaciones evitables por hipertensión arterial, 2009-2014



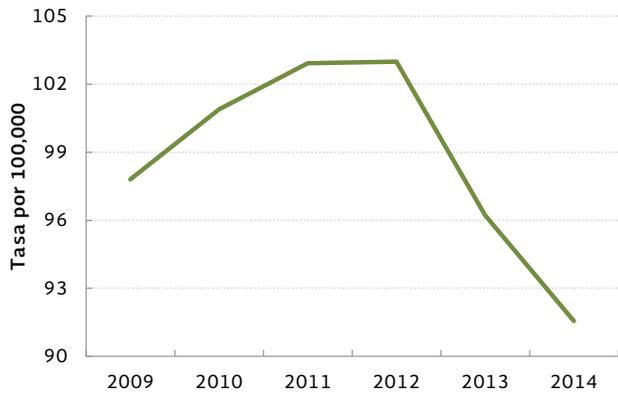
Fuente: SS-DGIS, Egresos Hospitalarios del Sector 2009-2014.

Gráfica 4.24 Distribución de hospitalizaciones evitables por hipertensión arterial por institución, 2009-2014



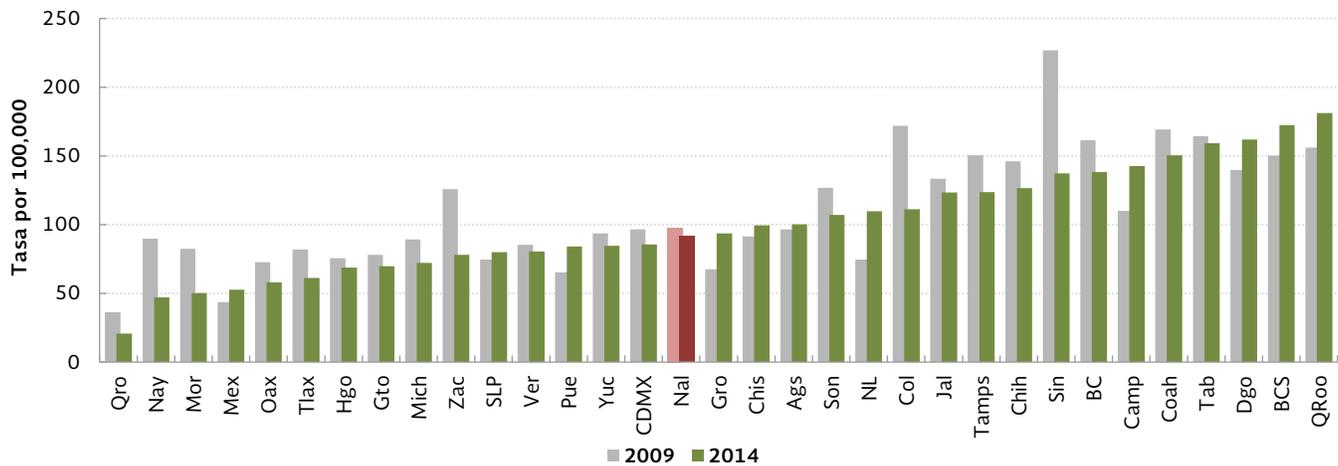
Fuente: SS-DGIS, Egresos Hospitalarios del Sector 2009-2014.

Gráfica 4.25 Hospitalizaciones evitables por hipertensión arterial por 100,000 habitantes, 2009-2014



Fuente: SS-DGIS, Egresos Hospitalarios del Sector 2009-2014. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030.

Gráfica 4.26 Hospitalizaciones evitables por hipertensión arterial por 100,000 habitantes por entidad federativa, 2009 y 2014



Fuente: SS-DGIS, Egresos Hospitalarios del Sector 2009-2014. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030.

DURACIÓN MEDIA DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA POR DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Se refiere al promedio de días de estancia que pasan los pacientes hospitalizados en un periodo determinado, y cuya afección principal es la diabetes mellitus o hipertensión arterial.

La diabetes mellitus y la hipertensión arterial se encuentran entre las 10 principales causas de morbilidad en México, como se observó en el Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2015 (ISM 2015). Al tratarse de padecimientos crónicos, el control de los mismos resulta prioritario en las unidades de primer contacto, para prevenir complicaciones y hospitalizaciones evitables, ya que estos padecimientos son factores de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades como las renales, cardiovasculares, cerebrovasculares, entre otras; aunado a que ello implica un aumento en los costos de los servicios de hospitalización y al sistema de salud en general.

De acuerdo al ISM 2015, la prevalencia de diabetes mellitus en 2012 fue de 9 por cada 100 adultos con 20 años o más; y en 2013 este padecimiento contribuyó con el 7.1% de la pérdida en años de vida saludable (AVISA) de los mexicanos. En cuanto a la prevalencia de hipertensión arterial, en 2012 fue de 30 por cada 100 adultos con 20 años o más.

La duración media de la estancia hospitalaria por diabetes mellitus a nivel nacional fue 5.6 días. Por entidad federativa, el mayor promedio diario de estancia hospitalaria por diabetes mellitus, se registró en Tlaxcala con 4 días en promedio, seguido de Zacatecas y Tabasco con un promedio de 4.3 días, respectivamente. En total sumaron 21 estados que tuvieron un promedio de estancia menor o igual al promedio nacional. Once entidades federativas registraron valores superiores a la

media nacional: Ciudad de México (6.9), Sinaloa (6.5), Tamaulipas (6.5), Estado de México (6.4), Baja California (6.3), Sonora y Querétaro con 6.0 días; Chihuahua, Yucatán y Quintana Roo con 5.9, respectivamente, y Veracruz con 5.7 días (Gráfica 4.27).

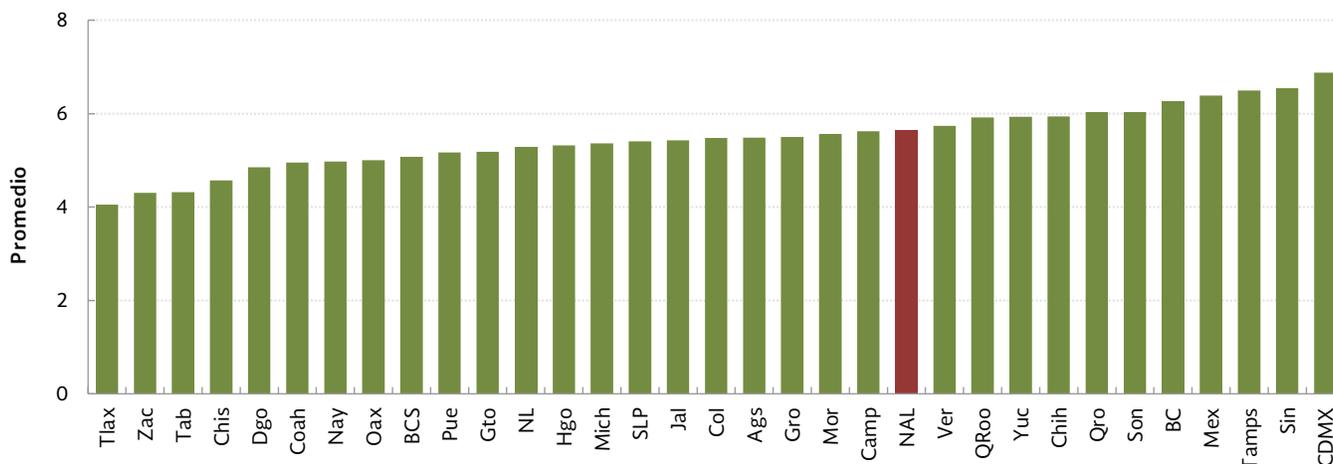
Por institución, la estancia media por diabetes mellitus más baja se registró en IMSS-PROSPERA (3.5), seguida de la registrada en la Secretaría de Salud (5.4), el ISSSTE y el IMSS, con 6.0 días, respectivamente (Gráfica 4.28).

La duración media de la estancia hospitalaria por hipertensión arterial, a nivel nacional, fue de 4.4 días. En el análisis se incluyeron 971 unidades hospitalarias con registro de códigos CIE-10 para hipertensión arterial. Por institución, la estancia media más baja se observó en los hospitales de IMSS-PROSPERA (2.4), seguida de la Secretaría de Salud (3.8), del ISSSTE con 3.9, y el IMSS con 5.0 días (Gráfica 4.29).

Por entidad federativa, el promedio de días de estancia hospitalaria por hipertensión arterial más bajo, se observó en Tabasco (2.8) y Chiapas (2.9). En contraste, la Ciudad de México (6.5), el Estado de México (5.8), Morelos (5.7), Sonora (5.2) y Querétaro (5.1), registraron los valores de estancia media más elevados (Gráfica 4.30).

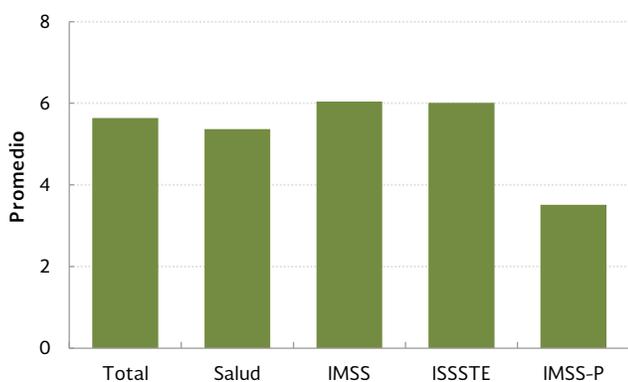
Una tarea pendiente de este análisis es calcular la estancia media considerando las complicaciones de corto y largo plazo de dichos padecimientos, pues ello ayuda a dimensionar la carga del sistema hospitalario al atender complicaciones y justificar la necesidad de proponer estrategias efectivas para el control de estos padecimientos en los servicios de atención primaria, considerando también los resultados obtenidos a partir de los indicadores de hospitalizaciones evitables incluidos en este documento.

Gráfica 4.27 Duración media de la estancia hospitalaria por diabetes mellitus por entidad federativa, 2014



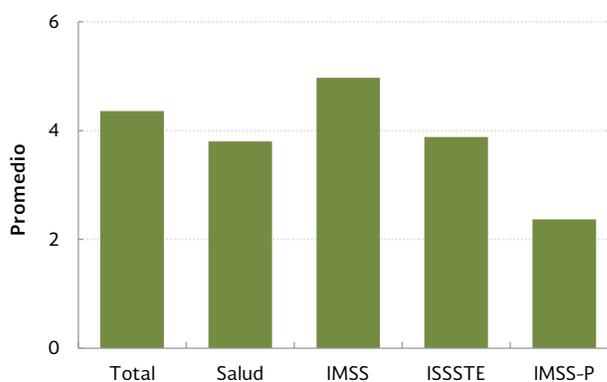
Fuente: DGED con datos de la DGIS. Egresos hospitalarios de las Instituciones del Sector Salud (2014) y Recursos en Salud del Sector (2014).

Gráfica 4.28 Duración media de la estancia hospitalaria por diabetes mellitus por institución, 2014



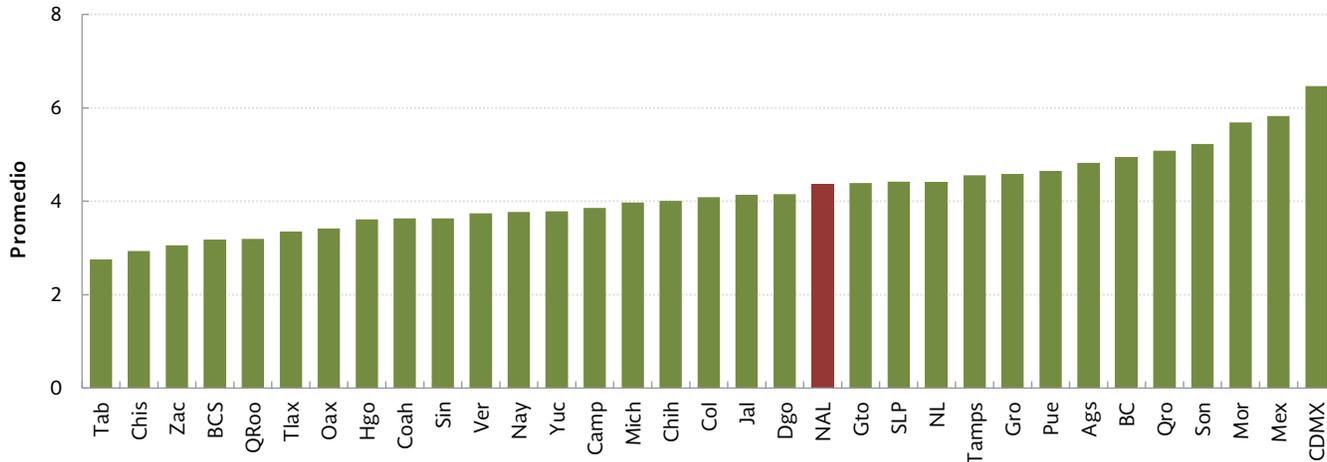
Fuente: DGED con datos de la DGIS. Egresos hospitalarios de las Instituciones del Sector Salud (2014) y Recursos en Salud del Sector (2014).

Gráfica 4.29 Duración media de la estancia hospitalaria por hipertensión arterial por institución, 2014



Fuente: DGED con datos de la DGIS. Egresos hospitalarios de las Instituciones del Sector Salud (2014) y Recursos en Salud del Sector (2014).

Gráfica 4.30 Duración media de la estancia hospitalaria por hipertensión arterial por entidad federativa, 2014



Fuente: DGED con datos de la DGIS. Egresos hospitalarios de las Instituciones del Sector Salud (2014) y Recursos en Salud del Sector (2014).

TASA DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

La tasa de mortalidad general intrahospitalaria es el número de muertes ocurridas en un hospital a causa de cualquier enfermedad por cada 100 egresos hospitalarios registrados en un periodo determinado. Además, es una medida resumen de la efectividad de los servicios otorgados y se ha empleado como una medida para evaluar el desempeño global de los servicios de salud; ya que, bajo condiciones similares, una atención hospitalaria de buena calidad debería resultar en una menor mortalidad que la producida por una atención de menor calidad. No obstante, se debe considerar que la mortalidad intrahospitalaria es un indicador que debe complementarse con indicadores de otros dominios como seguridad, oportunidad y enfoque en el paciente, así como los de eficiencia que se presentan en este apartado.

Es importante mencionar algunas consideraciones para la correcta interpretación de este indicador. La tasa aquí presentada no considera los pacientes que fueron referidos a otra unidad de atención, incluye los egresos por causas obstétricas y fue estandarizada por grupos quinquenales de edad, dado que la probabilidad de muerte es más elevada en los primeros años de vida y en edades avanzadas. No hay antecedentes de una tasa medida bajo la misma metodología para México, por lo que se sugiere tener cuidado al comparar con otras tasas nacionales e internacionales. Además, los niveles de mortalidad cambian sustancialmente cuando el indicador no considera los egresos obstétricos o los relacionados con la vía de ingreso (consulta externa o urgencias), ya que estas dos condiciones tienen un efecto en el riesgo de muerte.

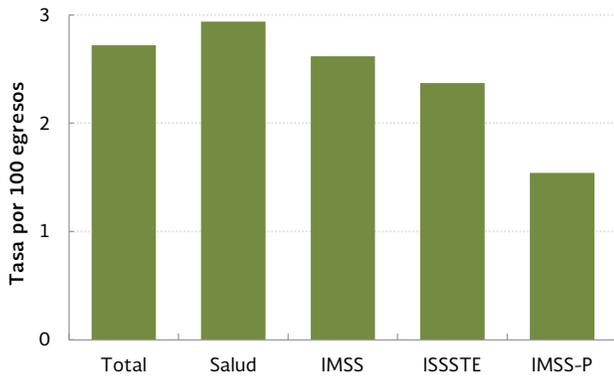
Los resultados para 2014 muestran que, a nivel nacional, la tasa de mortalidad general intrahospitalaria estandarizada fue de 2.7 defunciones por

cada 100 egresos hospitalarios. Es decir, por cada 100 personas que ingresaron a un hospital de las cuatro principales instituciones del país, casi tres de ellas fallecieron dentro del hospital. Por institución de salud, en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud se observó el valor más elevado de mortalidad con 2.9 defunciones; seguido del IMSS y el ISSSTE con 2.6 y 2.4 defunciones, respectivamente. Las unidades de IMSS-PROSPERA registraron la tasa de mortalidad más baja con 1.5 defunciones por cada 100 egresos hospitalarios (Gráfica 4.31).

Por entidad federativa, las menores tasas de mortalidad se registraron en Michoacán 1.8, Oaxaca y Nayarit con 2.2 defunciones por cada 100 egresos hospitalarios. Mientras que en Tamaulipas y Querétaro se observó la tasa de mortalidad más alta, con 3.5 defunciones por cada 100 egresos hospitalarios. Seguidos por Yucatán (3.3), Chihuahua (3.3) y Baja California (3.2), que también registraron valores superiores a la tasa de mortalidad nacional. Este indicador no muestra gran heterogeneidad entre las diferentes entidades, sin embargo se identifica que entre la entidad con la menor tasa y la mayor se duplica el número de defunciones ocurridas (Gráfica 4.32).

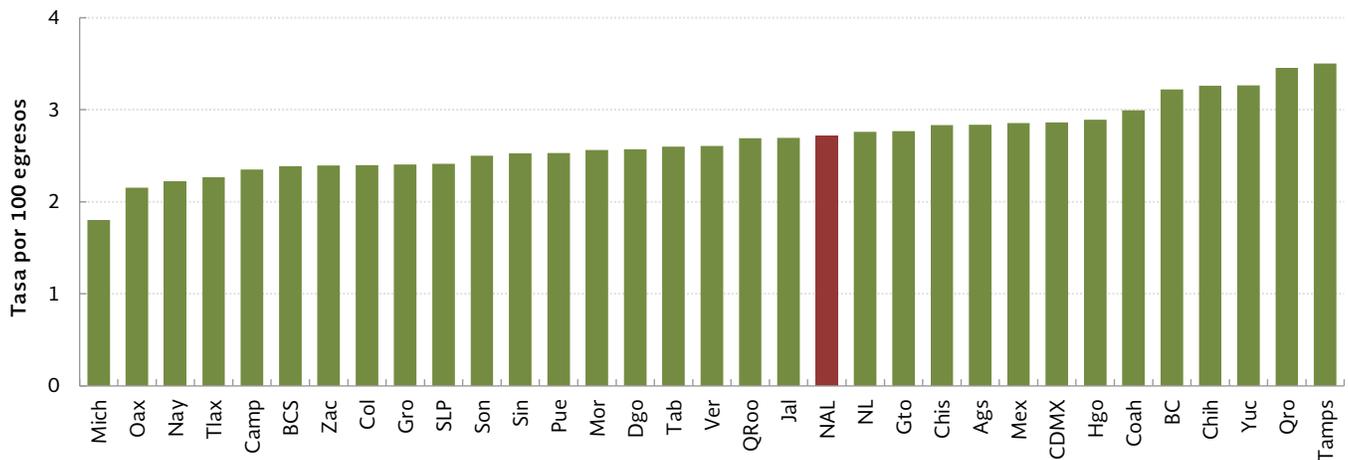
Aunado a las condiciones antes mencionadas, sabemos que hay una selectividad de los pacientes asociada con el grado de especialidad de la unidad hospitalaria a donde acude a solicitar atención. Asimismo, hay entidades que concentran una mayor cantidad de unidades especializadas, y ello afecta el indicador de mortalidad, lo cual se debe considerar en la interpretación. Por ello, en futuros análisis se espera tomar en cuenta los factores y características inherentes al paciente que pudieran influir en su defunción, así como los recursos disponibles en las unidades, es decir incluir en el indicador un ajuste por riesgo.

Gráfica 4.31 Tasa de mortalidad intrahospitalaria por institución, 2014



Fuente: DGED con datos de la DGIS. Egresos hospitalarios de las Instituciones del Sector Salud (2014) y Recursos en Salud del Sector (2014).

Gráfica 4.32 Tasa de mortalidad intrahospitalaria total por entidad federativa, 2014



Fuente: DGED con datos de la DGIS. Egresos hospitalarios de las Instituciones del Sector Salud (2014) y Recursos en Salud del Sector (2014).

TASA DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES

Corresponde al número de muertes ocurridas en el hospital por Enfermedades Cerebro Vasculares (ECV) por cada 100 egresos registrados con el mismo padecimiento en un periodo determinado.

A nivel mundial, las ECV son la principal causa de muerte. La morbilidad y mortalidad por estos padecimientos se ha incrementado conforme se eleva la esperanza de vida de la población y la prevalencia de algunos factores de riesgo, tales como dislipidemias, la obesidad, el consumo de tabaco y la hipertensión arterial. El ISM 2015 presentó que, en 2013 en México, se registraron alrededor de 26.4 muertes por cada 100 mil habitantes a causa de enfermedades cerebrovasculares.

La mortalidad intrahospitalaria por ECV es un indicador usado para medir la calidad de la atención, específicamente para valorar la efectividad de la atención hospitalaria, pues se ha documentado que las acciones médicas oportunas (en las primeras horas en las que aparecen los síntomas), y acorde con la medicina basada en evidencia, pueden evitar la muerte, aumentar la probabilidad de una recuperación exitosa y disminuir las secuelas por la discapacidad asociada con estos eventos. Entre los países miembros de la OCDE, la tasa de mortalidad intrahospitalaria por ECV isquémica, estandarizada por sexo y grupos quinquenales de edad en 2013 fue de 8.4 defunciones por cada 100 egresos⁴⁹, mientras que México reportó la tasa más elevada de todos los países miembros con 19.5 defunciones por cada 100 egresos⁵⁰.

La tasa de mortalidad intrahospitalaria por ECV fue calculada en apego a la metodología recomendada por la OCDE, no obstante, la información no

permite identificar la procedencia de los pacientes y excluir aquellos que ingresaron por referencia a otro hospital.

Bajo dicho contexto, En las cuatro principales instituciones del sector salud se registraron 16,347 egresos hospitalarios por ECV en 2014, de los cuales 42.7% se atendieron en el IMSS, seguido de la Secretaría de Salud con 42.4%, el ISSSTE con 13.4% e IMSS-PROSPERA con 1.5%. A nivel nacional en 2014, la tasa de mortalidad intrahospitalaria por ECV fue de 25.2 defunciones por cada 100 egresos hospitalarios de personas 45 años o más; mientras que el IMSS tuvo la tasa más elevada con 26.6 defunciones. La tasa para la Secretaría de Salud fue de 25.5, para el ISSSTE de 20.1 y en IMSS-PROSPERA de 19.5 defunciones por cada 100 egresos respectivamente (Gráfica 4.33).

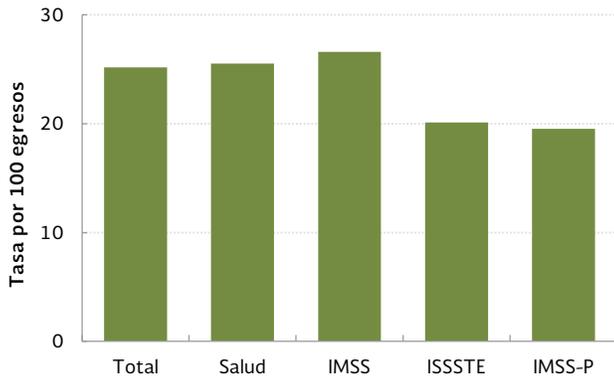
Por entidad federativa, Hidalgo, Tabasco y Nuevo León tuvieron las menores tasas de mortalidad con 16.1, 17.5 y 19.2 defunciones por cada 100 egresos por ECV en individuos de 45 años o más, respectivamente. En sentido opuesto, Durango, Morelos y Nayarit presentaron las tasas de mortalidad más elevadas con 42.4, 33.1 y 30.8 defunciones por cada 100 egresos (Gráfica 4.34).

Por entidad federativa los datos muestran una gran heterogeneidad ya que, se identifica una diferencia de 26.2 defunciones entre la entidad con la menor y mayor mortalidad, lo cual muestra la necesidad de llevar a cabo análisis mucho más detallados al interior de las entidades e instituciones para explicar las diferencias e identificar también las mejores prácticas para mejorar la atención de estos padecimientos.

⁴⁹ Para los países miembros de la OCDE se ha identificado que el 85% de las muertes por este padecimiento se deben a eventos de tipo isquémico y el resto son de tipo hemorrágico.

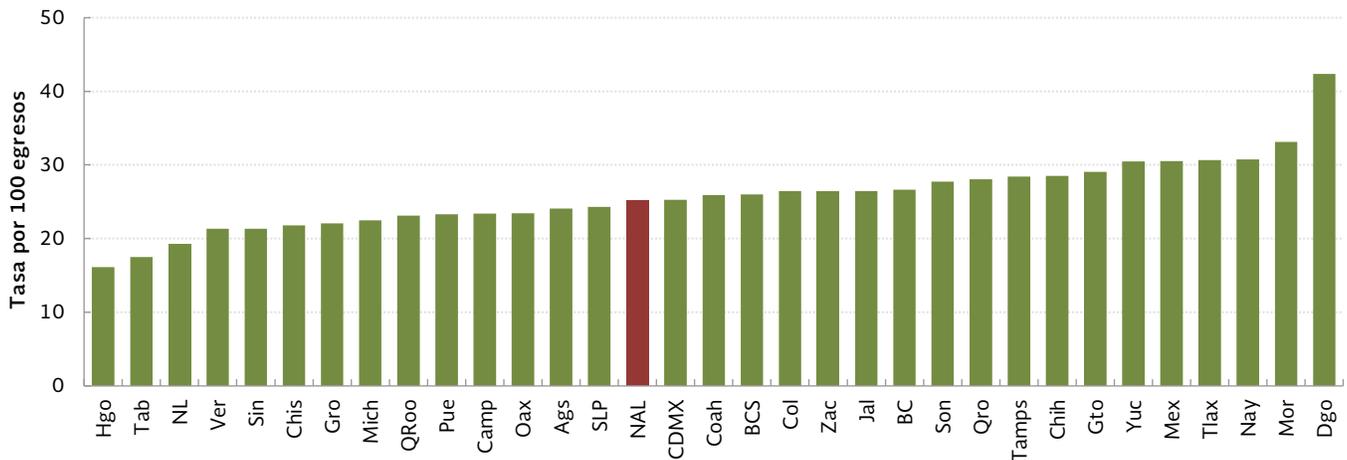
⁵⁰ Organization for Economic Co-operation and Development. "Health at a Glance 2015 Statistics. OECD Library".

Gráfica 4.33 Tasa de mortalidad intrahospitalaria por enfermedades cerebro vasculares por institución, 2014



Fuente: DGED con datos de la DGIS. Egresos hospitalarios de las Instituciones del Sector Salud (2014) y Recursos en Salud del Sector (2014).

Gráfica 4.34 Tasa de mortalidad intrahospitalaria por enfermedades cerebro vasculares por entidad federativa, 2014



Fuente: DGED con datos de la DGIS. Egresos hospitalarios de las Instituciones del Sector Salud (2014) y Recursos en Salud del Sector (2014).

TASA DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA POR INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

Representa el número de muertes ocurridas en el hospital por Infarto Agudo al Miocardio (IAM) por cada 100 egresos registrados con el mismo padecimiento en un periodo determinado. La tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM permite identificar qué tan efectiva es la respuesta de las unidades médicas, el apego a protocolos clínicos, las guías de práctica clínica y las acciones oportunas cuando ingresa un paciente con IAM.

En otros países, la mortalidad debida a enfermedades coronarias ha disminuido considerablemente desde la década de los setentas⁵¹; sin embargo, en México la mortalidad por estas causas es elevada. Como lo documentó el ISM 2015, desde el año 2000, en México la primera causa de muerte en hombres son las enfermedades isquémicas del corazón (EIC). Además, la tendencia de la mortalidad por isquemia cardíaca continúa en ascenso y en 2013, las EIC causaron la muerte de 63.3 personas por cada 100 mil habitantes.

En 2013, México registró la tasa más alta de mortalidad intrahospitalaria por IAM entre los países de la OCDE con 28.2 defunciones por cada 100 egresos hospitalarios de personas con 45 años o más, a 30 días de estancia hospitalaria. Como referencia, entre los países miembros de la OCDE, dicha tasa fue de 8 defunciones por cada 100 egresos⁵².

Al igual que la tasa de mortalidad intrahospitalaria por ECV, la tasa por IAM fue calculada en apego a la metodología recomendada por la OCDE, no obstante, la información no permite identificar la procedencia de los pacientes y excluir aquellos que ingresaron por referencia a otro hospital.

En las cuatro principales instituciones del sector salud se registró un total de 16,293 casos de IAM,

58% de los cuales se atendieron en el IMSS, 29.9% en la Secretaría de Salud, 11.3% en el ISSSTE y solo 0.83% en IMSS-PROSPERA.

La tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM a nivel nacional en 2014 fue de 25.6 defunciones por cada 100 egresos con 45 años o más. Por institución de salud, la tasa más elevada se identificó en los hospitales de IMSS-PROSPERA con 52.5 defunciones por cada 100 egresos; mientras que la tasa más baja se observó en las unidades del IMSS con 23.9. La Secretaría de Salud y el ISSSTE tuvieron tasas de 27.3 y 27.5 defunciones por cada 100 egresos, respectivamente (Gráfica 4.35).

Por entidad federativa, las tasas de mortalidad intrahospitalarias por IAM más bajas se observaron en Nuevo León (17.2), Zacatecas (18.4) y Aguascalientes con 20.1 defunciones por cada 100 egresos de 45 años o más. En sentido opuesto, Quintana Roo tuvo la tasa de mortalidad por IAM más elevada, con 38.2 defunciones por cada 100 egresos. Le siguieron Baja California Sur y Yucatán con 34.9 y 34.6 defunciones, respectivamente. En 2014, 18 entidades presentaron una mortalidad superior al nivel nacional y la diferencia entre la entidad con la menor mortalidad y la mayor fue de 21 defunciones (Gráfica 4.36).

Lo anterior, muestra una alta heterogeneidad en los niveles de mortalidad que presentan las entidades y vale la pena hacer una revisión a profundidad en los procesos de atención de este padecimiento, con el propósito de explicar los resultados e implementar intervenciones de mejora. En este sentido, es recomendable para futuros análisis considerar la complejidad de los padecimientos que se atienden (ajuste por riesgo), así como los recursos que disponen las unidades.

⁵¹ Parte de la disminución registrada en otros países, puede ser atribuida a los avances tecnológicos, que han dado lugar a mejores procedimientos, principalmente para el caso de Infarto Agudo al Miocardio.

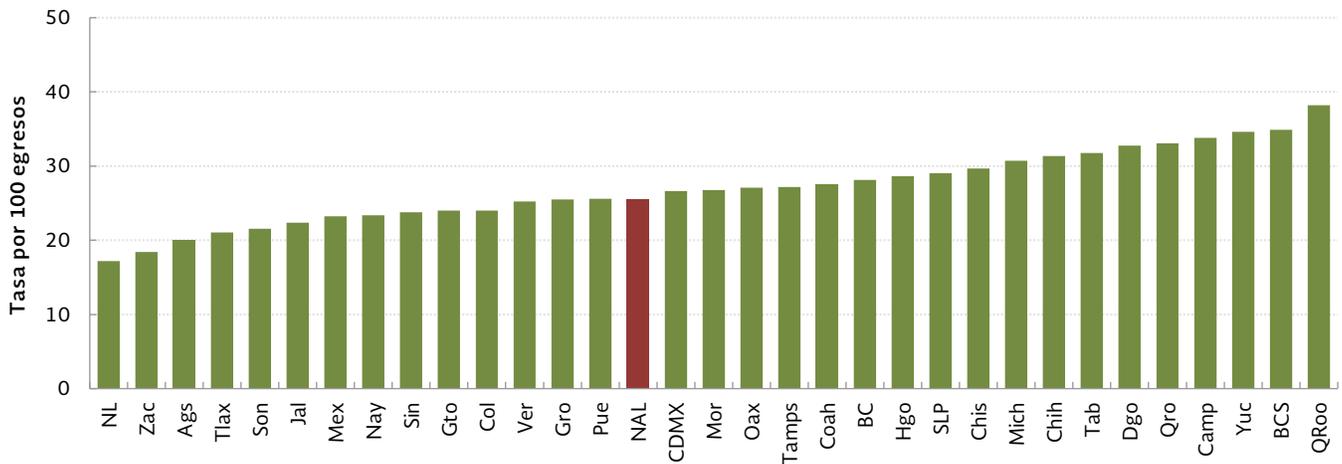
⁵² Organization for Economic Co-operation and Development. "Health at a Glance 2015 Statistics. OECD Library"

Gráfica 4.35 Tasa de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo al miocardio por institución, 2014



Fuente: DGED con datos de la DGIS. Egresos hospitalarios de las Instituciones del Sector Salud (2014) y Recursos en Salud del Sector (2014).

Gráfica 4.36 Tasa de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo al miocardio por entidad federativa, 2014



Fuente: DGED con datos de la DGIS. Egresos hospitalarios de las Instituciones del Sector Salud (2014) y Recursos en Salud del Sector (2014).

SERVICIOS OTORGADOS POR LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

La necesidad de la población de contar con mecanismos, que sin perjuicio de la actuación de las instancias jurisdiccionales en la solución de conflictos, contribuya a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos, originó la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en 1996⁵³.

En números absolutos, los asuntos recibidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en el año 2000 fueron 15,265, en 2003 aumentaron a 23,847, que fue la cifra más elevada en todo el periodo 2000-2015. En el año 2015 los asuntos recibidos fueron 15,724 comparado con el año 2000 se recibieron 459 asuntos más (Gráfica 4.37).

Al revisar la distribución porcentual de los asuntos recibidos por la CONAMED, las que tuvieron mayor porcentaje total en la distribución en todo el periodo 2000-2015 fueron las orientaciones, donde se brinda información relativa al entorno de la inconformidad. Las asesorías especializadas, donde se orienta al usuario sobre los derechos y obligaciones de las partes involucradas, ocuparon el segundo lugar en porcentaje total en la distribución. El tercer tipo de servicio ofrecido fueron las inconformidades y quejas, presentadas como consecuencia de insatisfacción con los servicios de salud recibidos. El penúltimo lugar lo ocuparon las inconformidades y las gestiones inmediatas que constituyen uno de los procesos con mayor aceptación por parte de la población usuaria de la CONAMED, ya que el tiempo de respuesta institucional es corto, generalmente menor a las 48 ho-

ras. El tipo de servicio ofrecido con menor porcentaje fueron los dictámenes, que son las solicitudes que otras instancias hacen a la CONAMED para conocer su opinión técnica y apreciación institucional sobre alguna cuestión médica sometida a su análisis y consideración (Gráfica 4.38).

Las quejas son de los servicios más importantes que atiende la CONAMED, ya que pueden evitar conflictos judiciales a través de la conciliación y el arbitraje. En el periodo 2000 a 2015, la modalidad de resolución de las quejas con mayor porcentaje fue por conciliación con 50% en promedio a lo largo del periodo; el concepto de no logro de conciliación ocupó el segundo lugar con un promedio de 29%; la falta de interés procesal ocupó el tercer lugar; el cuarto lugar lo ocuparon los laudos, aunque ya con porcentajes menores al 5% (Gráfica 4.39).

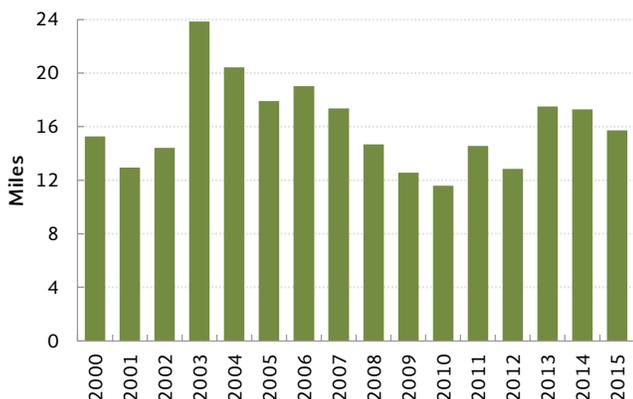
La distribución de los principales motivos que originaron la presentación de una queja fue la siguiente: tratamiento quirúrgico hasta 2008 con 48% en promedio para descender hasta un 18% en 2015; otras causas ocuparon el segundo lugar como porcentaje del total, variando desde 24.9% en 2015 a 48% en 2000; el tercer lugar fue el diagnóstico, con porcentajes que oscilaron entre 14% en 2004 y 51% en 2010; el último lugar lo ocupó la relación médico paciente con cifras que variaron de 0.2% antes de 2008 hasta 24% en 2014 (Gráfica 4.40).

La CONAMED, a 20 años desde su creación, busca transformar las estructuras institucionales donde se quebranta el derecho fundamental de las personas a la salud mediante la realización de acciones predominantemente preventivas⁵⁴.

⁵³ Comisión Nacional de Arbitraje Médico. "Informe estadístico anual sobre laudos concluidos".

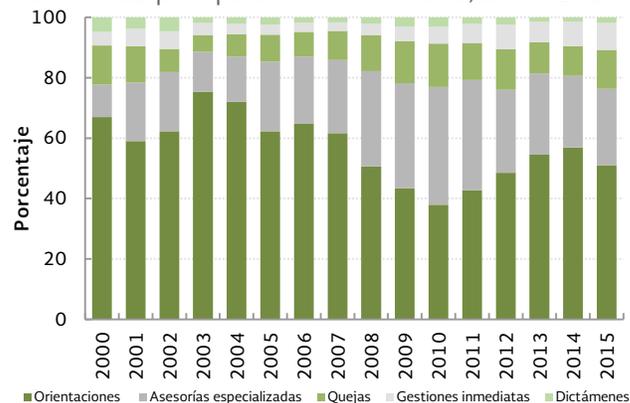
⁵⁴ *Ibidem*.

Gráfica 4.37 Asuntos recibidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2000-2015



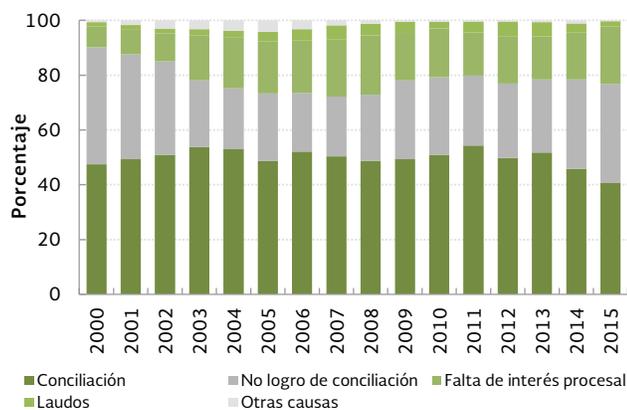
Fuente: Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Indicadores relevantes sobre la atención de controversias en salud 1996-2015.

Gráfica 4.38 Distribución de los asuntos recibidos por la CONAMED por tipo de servicio ofrecido, 2000-2015



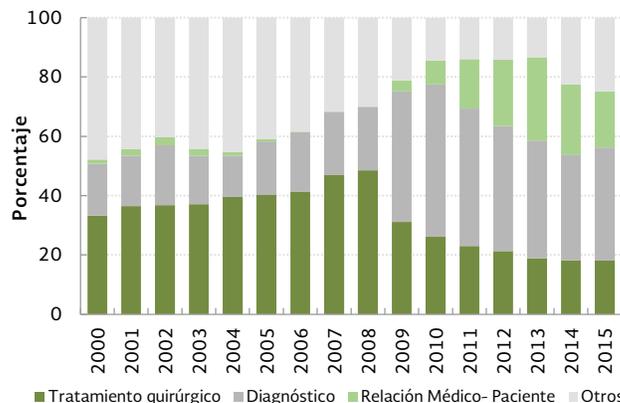
Fuente: Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Indicadores relevantes sobre la atención de controversias en salud 1996-2015.

Gráfica 4.39 Distribución de las quejas recibidas por la CONAMED por modalidad de conclusión, 2000-2015



Fuente: Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Indicadores relevantes sobre la atención de controversias en salud 1996-2015.

Gráfica 4.40 Distribución de los principales motivos que originaron la presentación de una queja ante la CONAMED, 2000-2015



Fuente: Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Indicadores relevantes sobre la atención de controversias en salud 1996-2015.

ANEXOS

I. NOTAS METODOLÓGICAS

Recursos Humanos y Físicos

La información para los indicadores de unidades de consulta externa y unidades de hospitalización por habitantes fue tomada de los cierres anuales de la base de datos del Sistema de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), administrado por la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud. Esta información se encuentra disponible bajo solicitud.

Para el cálculo de los indicadores de camas hospitalarias, consultorios, quirófanos, trabajadores de la salud, médicos generales, médicos especialistas, enfermeras y razón de enfermeras por médico, se combinó información del sector público y privado. Los datos del sector público se obtuvieron del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) del apartado “Recursos del Sector” administrado por la DGIS. De 2005 a 2009 la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) no reportó información; en 2010 solo reportó datos agregados a nivel nacional y a partir de 2011 se contó con el registro completo. La información del sector privado se deriva de las “Estadísticas de salud en establecimientos particulares” del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la cual se obtiene de encuestas en establecimientos privados que cuentan con área de hospitalización, por lo que no es incluyente de todo el sector privado.

Es indispensable mencionar las precisiones de algunos indicadores: para las camas hospitalarias, se consideraron solo las camas que se encuentran en el área de hospitalización; para los consultorios, se consideraron los consultorios generales, familiares y de especialidad; para los consultorios de especialidad se excluyeron los de estomatología, de cirugía maxilofacial, nutrición y psicología; para los trabajadores de la salud, se incluyeron aquellos que están en contacto con el paciente y los que se encuentran en labores administrativas, inclu-

yendo el personal profesional (nutriólogos, psicólogos, trabajadores sociales, etcétera) y el personal técnico (odontología, trabajo social, laboratorio, etcétera); para los médicos generales se consideraron a médicos generales, familiares, pasantes de medicina, internos de pregrado y residentes; y para médicos especialistas se excluyeron a los odontólogos y odontólogos especialistas.

El inventario del equipo médico de alta tecnología es producto de la exhaustiva documentación del mismo por parte del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) a través de registros administrativos, solicitudes específicas y comprobación de existencia de los equipos. La información se encuentra en continua actualización, para efectos de este informe se utilizó la información a junio de 2016: Las 12 categorías de equipo médico fueron definidas por el CENETEC considerando el equipo médico de alto costo y complejidad que debe ser utilizado por especialistas y que requiere de instalaciones especiales y de acceso restringido.

La información sobre las escuelas de medicina y enfermería acreditadas fue proporcionada a la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) por el Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica, A.C. (COMAEM) y el Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería A.C. (COMACE) respectivamente.

En el caso de los indicadores de personal titulado, tanto de profesionales de la salud, médicos generales y profesionales de enfermería, los datos fueron tomados de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior A.C. (ANUIES).

Es importante mencionar que para el caso del indicador de profesionales de la salud titulados, se incluyeron a profesionales: de acupuntura, naturoterapia, medicina alternativa; administración

pública; educación para la salud; emergencias médicas, paramédico; enfermería; farmacia; fisioterapia; ingeniería biomédica; medicina; neuropatía; nutrición; odontología; optometría; psicología; química clínico-biólogo; rehabilitación; salud comunitaria; salud intercultural; salud pública; salud y medio ambiente; seguridad e higiene; técnico dental; y trabajo social.

Para todos los indicadores que se expresan en términos poblacionales, se utilizaron las proyecciones de población a mitad de año publicadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el periodo 1990-2030.

Recursos Financieros

La fuente de información utilizada para calcular los indicadores correspondientes a los recursos financieros del sistema de salud en México, fue la base de datos del Subsistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) 1990-2014, que se encuentra disponible en internet como parte del SINAIS, administrado por la DGIS. La información original de esta base se encuentra disponible en miles de pesos corrientes. Para la deducción de estos indicadores y con la finalidad de poder efectuar comparaciones en el tiempo, fue necesario realizar el cálculo de los valores a precios constantes, que se hizo a través de un proceso de deflactación tomando como base el año 2012 para la conversión a las nuevas cifras. El proceso de deflactación de las series se realizó con el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) como deflactor. La serie completa del INPC puede ser consultada en la siguiente dirección:

<http://www.inegi.org.mx/sistemas/indiceprecios/Estructura.aspx?idEstructura=112000200010&T=%C3%8Dndices%20de%20Precios%20al%20Consumidor&ST=Principales%20%C3%ADndices>

Para algunos indicadores como la distribución del gasto público y privado de acuerdo a la clasificación de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) fueron tomados

de estadísticas de salud publicadas por la OCDE y con última fecha de actualización a octubre de 2016; estos datos se basan en la información enviada a dicho organismo y están realizadas conforme al Sistema de Cuentas en Salud (SHA, por sus siglas en inglés) de la OCDE. Los valores originales se presentan en millones de pesos corrientes, por lo que se realizó el mismo proceso de deflactación, considerando a 2012 como el año base para hacerlas comparables en el tiempo. A partir de 2014, la información presenta un cambio en la metodología de cálculo, ya que se utiliza un mayor detalle de la información para asignar los recursos a las diferentes funciones, lo que permitió identificar gastos erróneamente clasificados como administrativos, por ejemplo: costos de operación de las unidades médicas, gasto en medicinas y gasto en infraestructura. De esta forma, el principal cambio se produce en el rubro de servicios administrativos, en el cual se hizo un análisis de las categorías que se estaban considerando y que generaban una sobrevaloración del gasto en dicha función. Asimismo, para el gasto privado, a partir de 2008 la fuente primaria de información fue la Cuenta Satélite del Sector Salud de México administrada por INEGI.

Los cálculos per cápita del gasto en población con y sin seguridad social se realizaron utilizando las proyecciones de población asegurada y no asegurada contenidos en el SICUENTAS, las cuales fueron elaboradas por la DGIS con base en las proyecciones de la población del CONAPO.

Servicios

La información sobre consultas generales y de especialidad, y de las cirugías, se obtuvo de los datos de Servicios Otorgados y Programas Sustantivos que proporciona la DGIS. Dicha información se encuentra disponible desde 2000 hasta 2014 para el sector público. No obstante, la SEDENA comenzó a reportar en 2009, aunque 2009 y 2010 reportó valores agregados a nivel nacional. Por lo anterior, y dado que la SEDENA no reportó infor-

mación de recursos hasta 2010, se decidió eliminar la información de esta institución para 2009; además para cirugías la información fue inconsistente, por lo que no se incluyó la SEDENA en ningún año. Para estos indicadores también se utilizó la información de recursos físicos y humanos mencionada previamente, la cual está disponible a partir de 2005. Para los indicadores que contienen datos de consultorios generales existe la particularidad que desde 2009 el IMSS clasifica este tipo de consultorios como familiares; asimismo, en 2014 el IMSS no reportó consultorios familiares por lo que esta cifra se sustituyó con los datos que dicha institución reportó en 2013.

La información para egresos hospitalarios se tomó de la base de Egresos Hospitalarios del Sector recolectada por la DGIS, la cual contiene datos del sector público para el periodo 2005-2014, con la excepción de la SEDENA que no reporta este tipo de información.

Adicional a la información del sector público, se incorporó la información del sector privado para consultas, cirugías y egresos, los que se obtuvieron de la base de “Estadísticas de salud en establecimientos particulares” del INEGI. Se reitera que esta información corresponde solo a unidades médicas que cuentan con área de hospitalización.

El análisis de la información sobre cobertura de mastografías realizadas en mujeres de 40 a 69 años se realizó con base en los datos del Programa de Prevención y Control de Cáncer de la Mujer 2012-2015, llevado a cabo por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) de la Secretaría de Salud. La información obtenida es bienal, a partir de la cual se calcularon datos anuales.

En el caso de la cobertura de vacunación con esquema completo en menores de un año, los datos se obtuvieron de los Sistemas Institucionales

de Vacunación 2013-2015 concentrados por el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) y del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) 2013-2015, administrado por la DGIS.

Calidad

Los servicios otorgados por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) fueron proporcionados por la misma a solicitud de la DGED, pero forman parte de los “Indicadores relevantes sobre la atención de controversias en salud 1996-2015” publicados por la CONAMED. Dicha información solo se reporta a nivel nacional, ya que la información por entidad federativa no es exhaustiva.

La información presentada para el indicador de surtimiento completo de recetas médicas, fue obtenida de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 y 2012 y de la Encuesta 2015 para el Seguimiento de los Indicadores del PROSESA 2013-2018. Esta última fue realizada por la DGED en 2015 y solamente tiene representatividad nacional y urbano/rural, razón por la cual no se incluyó información por entidad federativa para dicho año. Los resultados y bases de datos de la encuesta son públicos y están disponibles en la siguiente dirección electrónica:

<http://www.gob.mx/salud/documentos/encuesta-2015-para-el-seguimiento-de-los-indicadores?state=published>

La evaluación del desempeño de los servicios hospitalarios que se presenta, tiene como propósito llevar a cabo un análisis objetivo, con base en parámetros previamente establecidos, del desempeño hospitalario en el Sector Salud, en las dimensiones de eficiencia y efectividad de los servicios. Al respecto se incluyeron seis indicadores de eficiencia⁵⁵ y tres de efectividad⁵⁶, que muestran por institución y entidad federativa el grado de utilización de los recursos y el nivel de la mortalidad

⁵⁵ La eficiencia denota la capacidad de los servicios para utilizar óptimamente los recursos disponibles sin disminuir los logros deseables y alcanzables.

⁵⁶ La efectividad se refiere al grado en que los servicios de salud alcanzan los resultados deseados.

intra-hospitalaria general y para dos causas específicas, con datos del año 2014. El análisis se realizó para las cuatro principales instituciones públicas de salud: Secretaría de Salud (SS), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), IMSS-PROSPERA, y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Los resultados a nivel nacional consideran solo estas instituciones para su cálculo.

En el intervalo de sustitución, el numerador se compone de la diferencia entre los días cama disponible y los días cama ocupada; el denominador se conforma del total de egresos hospitalarios sin corta estancia. Los días cama disponible se obtienen de multiplicar el número de camas hospitalarias por el número de días del periodo de análisis; en este ejercicio se calculó con periodicidad anual y bajo el supuesto de que hay disponibilidad de uso durante todos los días del año, los días cama disponible se obtienen a partir del número de camas hospitalarias multiplicadas por 365 días. Los días cama ocupada corresponden a la sumatoria de estancias individuales o el número total de egresos multiplicado por el promedio de días de estancia hospitalaria, o días-paciente de un periodo determinado.

La duración de la estancia media hospitalaria se obtiene del cociente entre la suma de los días de estancia hospitalaria, y el número total de egresos en el mismo periodo. Regularmente se excluyen del numerador y el denominador los egresos atendidos por una condición obstétrica, así como los egresos con estancia hospitalaria menor o igual a un día, y registro de días de estancia superior a 365 días.

Para el análisis de la duración media de la estancia hospitalaria por diabetes mellitus y por hipertensión arterial, se tomó como referencia el valor nacional, pues no se ubicó un referente internacional que incluyera varios países o para México con datos representativos del país. Para el análisis de la duración media de días de estancia por diabetes

mellitus se incluyeron 1,038 unidades hospitalarias con registro de los códigos CIE-10 para diabetes mellitus, independientemente de sus complicaciones.

Las tasas de mortalidad intra-hospitalaria por ECV e IAM para este análisis fueron calculadas para la población con 45 años o más, solo se incluyeron registros cuya estancia hospitalaria fuera menor o igual a 30 días y se eliminaron aquellos casos cuyo motivo de egreso fue por pase a otro hospital, apegado a la metodología recomendada por la OCDE. Es importante mencionar que los indicadores de mortalidad no consideraron el ajuste por riesgos relacionado con la severidad y gravedad de los pacientes atendidos, así como por los recursos disponibles de las unidades para la atención de los mismos.

Los indicadores de hospitalizaciones evitables por diabetes mellitus e hipertensión arterial forman parte de los indicadores de calidad de la atención médica reportados a la OCDE (HCQI, por sus siglas en inglés). Estos indicadores son poblacionales y están estandarizados por la población promedio de la OCDE, conforme a la metodología de cálculo sugerida por la misma para su comparabilidad internacional. El número de casos se obtuvo de los Egresos Hospitalarios del Sector 2009-2014, por lo que solamente se incluyeron los egresos de las instituciones públicas, excepto SEDENA. Por lo anterior, se realizó un ajuste a la población (obtenida de las proyecciones de población 1990-2030 del CONAPO) para reflejar solamente aquella que hace uso de los servicios públicos; este ajuste se realizó con base en el cuestionario ampliado del Censo 2010, ya que era la información más reciente al momento del cálculo.

Los códigos de la CIE-10 utilizados para identificar la diabetes mellitus fueron: E109, E119, E139, E149; E100, E101, E110, E111, E130, E131, E140, E141; E102, E103, E104, E105, E106, E107, E108, E112, E113, E114, E115, E116, E117, E118, E132, E133, E134, E135, E136, E137, E138, E142, E143,

E144, E145, E146, E147 y E148; mientras que para la hipertensión arterial se utilizaron los siguientes: I10X, I119, I129 y I139.

Los nacimientos por cesárea se obtuvieron de la base de datos del SINAC, y por la naturaleza del indicador se calculó la información por entidad de ocurrencia y no de residencia de la madre.

II. CUADROS ESTADÍSTICOS

Los cuadros estadísticos con la información utilizada en este Informe están disponibles de manera electrónica en formato de Excel en la siguiente página electrónica:

<http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-evaluacion-del-desempeno?idiom=es-MX>

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ACSC	Ambulatory Care Sensitive Conditions
ANUIES	Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, A.C.
AVISA	Años de vida saludable
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CENETEC	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
CENSIA	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CLUES	Clave Única de Establecimientos de Salud
CNEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
COMACE	Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería, A.C.
COMAEM	Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica, A.C.
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
DGED	Dirección General de Evaluación del Desempeño
DGIS	Dirección General de Información en Salud
EMAT	Equipo médico de alta tecnología
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en los Hogares
ENOE	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
FUNSALUD	Fundación Mexicana para la Salud, A.C.
HCQI	Indicadores de Calidad de la Atención Médica (por sus siglas en inglés)
IMSS	Instituto Mexicano de Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INPC	Índice Nacional de Precios al Consumidor
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
MCS	Módulo de Condiciones Socioeconómicas asociado a la ENIGH

MEDAFP	Consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas
NOM	Norma Oficial Mexicana
OCDE/OECD	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIB	Producto Interno Bruto
PMX/PEMEX	Petróleos Mexicanos
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
PROSPERA	Programa de Inclusión Social
REPSS	Regímenes Estatales de Protección Social en Salud
SAEH	Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios
SDN/SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SESA	Servicios Estatales de Salud
SHA	Sistema de Cuentas en Salud (por sus siglas en inglés)
SICUENTAS	Subsistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal
SINAC	Subsistema de Información sobre Nacimientos
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SMA/SEMAR	Secretaría de Marina
SMGVDF	Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal
SNDIF/DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
SNS	Sistema Nacional de Salud
SP	Seguro Popular
SS	Secretaría de Salud

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior [Internet]. Disponible en: <http://www.anuies.mx/>
2. Ávila-Burgos L, Serván-Mori E, Wirtz VJ, Sosa-Rubí SG, Salinas-Rodríguez A. Efectos del Seguro Popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos a diez años de su implementación. *Salud Pública Mex* 2013;55 supl 2: S91-S99.
3. Banco de México. "Política Monetaria e Inflación". 2013. [Internet]. Disponible en: <http://www.banxico.org.mx/divulgacion/politica-monetaria-e-inflacion/politica-monetaria-inflacion.html>
4. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. "Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos" [Internet]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150816.pdf
5. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. "Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado". Diario Oficial de la Federación (Última reforma publicada 24-03-2016). [Internet]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE_240316.pdf
6. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. "Ley General de Salud". Diario Oficial de la Federación (Última reforma publicada 1-06-2016). [Internet]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_010616.pdf
7. Centro de Investigación y Docencia Económicas. "Avances y temas pendientes de la política de salud en México" [Internet]. Disponible en: http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/ss/lg/ss2013_lg_cide.pdf
8. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. "Programa de Prevención y Control de Cáncer de la Mujer" [Internet]. Disponible en: <http://cneqsr.salud.gob.mx/>
9. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. "Cobertura de vacunación" [Internet]. Disponible en: <http://censia.salud.gob.mx/contenidos/vacunas/vacunas.html>
10. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. "Informe estadístico anual sobre laudos concluidos". [Internet]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prog_anticorrupcion/participacion_2016.php
11. Comisión Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. "Pobreza a nivel municipal 2010". Diciembre 2011. [Internet]. Disponible en: <http://www.coneval.org.mx/medicion/mp/paginas/medicion-de-la-pobreza-municipal-2010-en.aspx>
12. Comisión Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. "Medición de la Pobreza. Resultados de pobreza en México 2014 a nivel nacional y por entidades federativas". Julio 2015. [Internet]. Disponible en: http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2014.aspx
13. Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería A.C. [Internet]. Disponible en: <http://www.comace.mx/>
14. Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica [Internet]. Disponible en: <http://www.sbcstrategicbusinessconsulting.com/v4/noticias-de-clientes-2/103-mejora-continua>
15. Consejo Nacional de Población. "Proyecciones de Población 2010-2050" [Internet]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>
16. Crespo C, Brosa M, Soria-Juan A, López-Alba A, López-Martínez N, Soria B. Avances en Diabetología, Volumen 29, Issue 6, Págs. 182-189
17. Cruells JG. "Conceptos de bioética y responsabilidad médica". México: El Manual Moderno; 2005.
18. Dantés OG, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. "Sistema de salud de México". *Salud Pública de México* 2011; 53: s220-s232.

19. Fernández M. "Consultorios adyacentes a farmacias privadas: calidad de los servicios de salud y calidad de vida laboral". Revista CONAMED 2016; 21(1).
20. García E. "La descentralización de los servicios de salud" [Internet]. Histórico Jurídicas UNAM. Universidad Panamericana; 2012 Disponible en: <http://historico.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/arsiu/cont/47/act/act6.pdf>
21. Instituto Mexicano del Seguro Social. "La Ley del Seguro Social de 1997 - IMSS" [Internet]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/lss.pdf>
22. Instituto Mexicano del Seguro Social-Oportunidades [Internet]. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/12_cap08.pdf
23. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. "Sistema de Cuentas Nacionales de México". [Internet]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/scn/default.aspx>
24. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. "Estadísticas - Cuadro resumen de Indicadores Sociales". [Internet]. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=21702>
25. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. "Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la ENIGH (MCS-ENIGH). México. [Internet]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/modulos/mcs/default.aspx>
26. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. "Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015, Estados Unidos Mexicanos". 2015. [Internet]. Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825078966.pdf
27. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. "Encuesta Intercensal 2015". [Internet]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/ei2015/default.aspx>
28. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. "Salud en establecimientos particulares – 1994 en adelante". [Internet]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/sociales/salud/default.aspx>
29. Instituto Nacional de Salud Pública. "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Consultorios médicos en farmacias privadas: efectos inesperados en el uso de servicios de salud y el acceso a medicamentos" [Internet]. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/UsosConsultorio.pdf>
30. Narro J, Ruiz. A. "El papel del médico general en la atención médica en el México Actual" [Internet]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2004/gms041d.pdf>
31. OECD. La Serie "Mejores Políticas" de la OCDE. Para un Desarrollo Incluyente. México 2012.
32. Organization for Economic Co-operation and Development. "Health at a Glance 2013 OECD". [Internet]. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-at-a-glance-2013.pdf>
33. Organization for Economic Co-operation and Development. "Health at a Glance 2015 Statistics. OECD Library". [Internet]. [citado 2016Oct19]. Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en
34. Organization for Economic Co-operation and Development. "Health policies and data- OECD". [Internet]. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/>
35. Organization for Economic Co-operation and Development. "OECD Health Statistics 2016. Health expenditure and financing". [Internet]. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

36. Organization for Economic Co-operation and Development. "How does Mexico compare?" OECD Health Statistics 2014. [Internet]. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014.pdf>
37. Organización Mundial de la Salud. "Cobertura vacunal (Nota descriptiva)". Marzo, 2016. [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/es/>
38. Organización Mundial de la Salud. "Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud". 2000. [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2000/es/>
39. Organización Mundial de la Salud. "Solo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos médicos". (Nota de Prensa). Ginebra, Suiza. Abril de 2015. [Internet]. Disponible en: <http://who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/es/>
40. Organización Panamericana de la Salud. "Manual de Medición y Monitoreo. Indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud. Un compromiso compartido". Washington, D.C., 2011. [Internet]. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/regional_goals_handbook_esp.pdf
41. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. "Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 México en comparación". [Internet]. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/briefing-note-mexico-2014-in-spanish.pdf>
42. Sales FJ. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. "A 30 años de la descentralización de los servicios de salud" [Internet]. .Disponible en: <http://www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/290063/935727/file/30-anios-descentralizacion-salud-docto140.pdf>
43. Secretaría de Salud - Dirección de Ingeniería Biomédica. "Equipo Médico" [Internet]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/biomedica/equipo_medico.html
44. Secretaría de Salud – Dirección General de Evaluación del Desempeño. "Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2015. Diagnóstico General de la Salud Poblacional" [Internet]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/informe-sobre-la-salud-de-los-mexicanos-2015>
45. Secretaría de Salud - Dirección General de Información en Salud. "Bases de datos de cuentas en salud a nivel federal y estatal". [Internet]. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/cuentas.html>
46. Secretaría de Salud - Dirección General de Información en Salud. "Bases de Datos Morbilidad del sector (Egresos Hospitalarios)" [Internet]. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/eh_sectorial_morbi.html
47. Secretaría de Salud - Dirección General de Información en Salud. "Catálogos CLUES – Gobierno gob.mx". [Internet]. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues.html>
48. Secretaría de Salud - Dirección General de Información en Salud. "Servicios Otorgados y Programas del Sector". Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/estadisticas.html>
49. Secretaría de Salud - Dirección General de Información en Salud. "Servicios SIS". [Internet]. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_serviciossis.html
50. Secretaría de Salud - Dirección General de Información en Salud. "Recursos en Salud del Sector". [Internet]. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/recursos.html>
51. Secretaría de Salud. Financiamiento Justo y Protección Social Universal: "La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México 2004" [Internet]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/seguropopular/reforma.pdf>

52. Secretaría de Salud. "Manual de Procedimientos de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico 2013". México. [Internet]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/transparencia/marco_juridico/Manual_Procedimientos_CONAMED_19-DIC-2013.pdf
53. Secretaría de Salud. "Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Diario Oficial de la Federación 16/08/2010. [Internet]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5155477&fecha=16/08/2010
54. Secretaría de Salud. "Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida". Diario Oficial de la Federación 07/04/16. [Internet]. Disponible en: http://diariooficial.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
55. Secretaría de Salud. "Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada". Diario Oficial de la Federación 08/01/2013. [Internet]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284306&fecha=08/01/2013
56. Secretaría de Salud. "Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud". Diario Oficial de la Federación 30/11/2012. [Internet]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280848&fecha=30/11/2012
57. Secretaría de Salud. "Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar". [Internet]. Disponible en: SS. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>
58. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. México, 2001.
59. Secretaría de Salud. "Programa Sectorial de Salud 2013-2018". [Internet]. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/index/ps_2013_2018.pdf
60. Secretaría de Salud. "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica". [Internet]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmpsam.html>
61. Secretaría de Salud. "Salud: México 2003. Información para la rendición de cuentas" México 2004. [Internet]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/saludmex2003/sm2003.pdf>
62. Soberón G., Martínez G. "Ensayo la descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta". [Internet]. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/articulos/6/6/040701.pdf>
63. Sosa-Rubí, S. et.al. "Análisis del gasto en salud en México 2001-2006". Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en México, 2011.
64. World Health Organization. "Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes". [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/modules/en/>

TABLA DE ILUSTRACIONES

Gráfica 1.1 Gasto total en salud, 2000-2014 (precios constantes de 2012)	15
Gráfica 1.2 Gasto total en salud como porcentaje del PIB, 2000-2014	15
Gráfica 1.3 Gasto total en salud como porcentaje del PIB por entidad federativa, 2000 y 2014	15
Gráfica 1.4 Gasto público en salud, 2000-2014 (precios constantes de 2012)	17
Gráfica 1.5 Gasto público en salud como porcentaje del PIB, 2000-2014	17
Gráfica 1.6 Gasto público en salud como porcentaje del PIB por entidad federativa, 2000 y 2014	17
Gráfica 1.7 Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total, 2000-2014	19
Gráfica 1.8 Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total por entidad federativa, 2000 y 2014	19
Gráfica 1.9 Gasto público en salud para población con seguridad social, 2000-2014 (precios constantes de 2012)	21
Gráfica 1.10 Gasto público en salud per cápita para población con seguridad social, 2000-2014 (precios constantes de 2012).	21
Gráfica 1.11 Gasto público en salud per cápita para población con seguridad social por entidad federativa, 2000 y 2014 (precios constantes de 2012)	21
Gráfica 1.12 Gasto público en salud para población sin seguridad social, 2000-2014 (precios constantes de 2012).	23
Gráfica 1.13 Gasto público en salud per cápita para población sin seguridad social, 2000-2014 (precios constantes de 2012).	23
Gráfica 1.14 Gasto público en salud per cápita para población sin seguridad social por entidad federativa, 2000 y 2014 (precios constantes de 2012)	23
Gráfica 1.15 Gasto estatal en salud para población sin seguridad social, 2000-2014 (precios constantes 2012).	25
Gráfica 1.16 Gasto estatal en salud como porcentaje del gasto federal en salud para población sin seguridad social 2000-2014	25
Gráfica 1.17 Gasto estatal en salud como porcentaje del gasto federal en salud para población sin seguridad social por entidad federativa, 2000 y 2014	25
Gráfica 1.18 Gasto privado en salud, 2000-2014 ¹ (precios constantes de 2012).	27
Gráfica 1.19 Gasto privado en salud como porcentaje del PIB, 2000-2014	27
Gráfica 1.20 Gasto privado en salud como porcentaje del PIB por entidad federativa, 2000 y 2014	27
Gráfica 1.21 Distribución del gasto público en salud de acuerdo a la clasificación por funciones de la OCDE, 2003-2014.	29
Gráfica 1.22 Distribución del gasto privado en salud de acuerdo a la clasificación por funciones de la OCDE, 2003-2014.	29
Gráfica 1.23 Gasto de bolsillo, 2000-2014 (precios constantes de 2012).	31
Gráfica 1.24 Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto privado en salud, 2000-2014	31
Gráfica 1.25 Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud, 2000-2014.	31
Gráfica 1.26 Valor bruto del trabajo no remunerado en el cuidado de la salud, 2008-2014 (precios constantes de 2012).	33
Gráfica 1.27 Distribución del valor bruto del trabajo no remunerado en el cuidado de la salud dentro de los hogares, 2008-2014.	33
Gráfica 1.28 Horas a la semana de trabajo no remunerado en el cuidado de la salud, 2008-2014.	35
Gráfica 1.29 Distribución de horas a la semana de trabajo no remunerado en el cuidado de la salud dentro de los hogares, 2008-2014	35
Gráfica 2.1 Unidades de consulta externa, 2007-2014.	39
Gráfica 2.2 Unidades de consulta externa por institución, 2007, 2012 y 2014.	39
Gráfica 2.3 Unidades de consulta externa por 10,000 habitantes, 2007-2014	39
Gráfica 2.4 Unidades de consulta externa por 10,000 habitantes por entidad federativa, 2007 y 2014	39

Gráfica 2.5 Unidades de hospitalización, 2007-2014	41
Gráfica 2.6 Unidades de hospitalización por institución, 2007, 2012 y 2014	41
Gráfica 2.7 Unidades de hospitalización por 100,000 habitantes, 2007-2014	41
Gráfica 2.8 Unidades de hospitalización por 100,000 habitantes por entidad federativa, 2007 y 2014.	41
Gráfica 2.9 Camas hospitalarias, 2005-2014	43
Gráfica 2.10 Camas hospitalarias por institución, 2005, 2012 y 2014	43
Gráfica 2.11 Camas hospitalarias por 10,000 habitantes, 2005-2014	43
Gráfica 2.12 Camas hospitalarias por 10,000 habitantes por entidad federativa, 2005 y 2014	43
Gráfica 2.13 Consultorios, 2005-2014.	45
Gráfica 2.14 Consultorios por institución, 2005, 2012 y 2014.	45
Gráfica 2.15 Consultorios por 10,000 habitantes, 2005-2014	45
Gráfica 2.16 Consultorios por 10,000 habitantes por entidad federativa, 2005 y 2014	45
Gráfica 2.17 Quirófanos, 2005-2014.	47
Gráfica 2.18 Quirófanos por institución, 2005, 2012 y 2014.	47
Gráfica 2.19 Quirófanos por 100,000 habitantes, 2005-2014.	47
Gráfica 2.20 Quirófanos por 100,000 habitantes por entidad federativa, 2005 y 2014	47
Gráfica 2.21 Trabajadores de la salud, 2005-2014	51
Gráfica 2.22 Trabajadores de la salud por institución, 2005, 2012 y 2014	51
Gráfica 2.23 Trabajadores de la salud por 1,000 habitantes, 2005-2014	51
Gráfica 2.24 Trabajadores de la salud por 1,000 habitantes por entidad federativa, 2005 y 2014	51
Gráfica 2.25 Médicos generales, 2005-2014.	53
Gráfica 2.26 Médicos generales por institución, 2005-2014	53
Gráfica 2.27 Médicos generales por 10,000 habitantes, 2005-2014	53
Gráfica 2.28 Médicos generales por 10,000 habitantes por entidad federativa, 2005 y 2014	53
Gráfica 2.29 Médicos especialistas, 2005-2014	55
Gráfica 2.30 Médicos especialistas por institución, 2005, 2012 y 2014	55
Gráfica 2.31 Médicos especialistas por 10,000 habitantes, 2005-2014	55
Gráfica 2.32 Médicos especialistas por 10,000 habitantes por entidad federativa, 2005 y 2014	55
Gráfica 2.33 Profesionales de enfermería, 2005-2014	57
Gráfica 2.34 Profesionales de enfermería por institución, 2005, 2012 y 2014.	57
Gráfica 2.35 Profesionales de enfermería por 10,000 habitantes, 2005-2014.	57
Gráfica 2.36 Profesionales de enfermería por 10,000 habitantes por entidad federativa, 2005 y 2014.	57
Gráfica 2.37 Razón de profesionales de enfermería por médico, 2005-2014.	59
Gráfica 2.38 Razón de profesionales de enfermería por médico por institución, 2005, 2012 y 2014.	59
Gráfica 2.39 Razón de profesionales de enfermería por médico por entidad federativa, 2005 y 2014.	59
Gráfica 2.40 Escuelas de medicina acreditadas, 2000-2015	61
Gráfica 2.41 Escuelas de medicina acreditadas por entidad federativa, 2000 y 2015	61

Gráfica 2.42 Escuelas de enfermería acreditadas, 2004-2015.	63
Gráfica 2.43 Escuelas de enfermería acreditadas por entidad federativa, 2004 y 2015.	63
Gráfica 2.44 Profesionales de la salud titulados, 2000-2015.	65
Gráfica 2.45 Profesionales de la salud titulados por 100,000 habitantes, 2000-2015.	65
Gráfica 2.46 Profesionales de la salud titulados por 100,000 habitantes por entidad federativa, 2000 y 2015.	65
Gráfica 2.47 Médicos generales titulados, 2000-2015.	67
Gráfica 2.48 Médicos generales titulados por 100,000 habitantes, 2000-2015.	67
Gráfica 2.49 Médicos generales titulados por 100,000 habitantes por entidad federativa, 2000 y 2015.	67
Gráfica 2.50 Profesionales de enfermería titulados, 2000-2015	69
Gráfica 2.51 Profesionales de enfermería titulados por 100,000 habitantes, 2000-2015	69
Gráfica 2.52 Profesionales de enfermería titulados por 100,000 habitantes por entidad federativa, 2000 y 2015	69
Gráfica 3.1 Consultas generales, 2005-2014	73
Gráfica 3.2 Consultas generales por médico general por día, 2005-2014	73
Gráfica 3.3 Consultas generales por médico general por día por institución, 2005, 2012 y 2014	73
Gráfica 3.4 Consultas generales por médico general por día por entidad federativa, 2005 y 2014	73
Gráfica 3.5 Consultas generales de primera vez por médico general por día por entidad federativa, 2005 y 2014.	75
Gráfica 3.6 Consultas generales de primera vez por médico general por día por institución, 2005, 2012 y 2014	75
Gráfica 3.7 Consultas generales subsecuentes por médico general por día por institución, 2005, 2012 y 2014	75
Gráfica 3.8 Consultas generales subsecuentes por médico general por día por entidad federativa, 2005 y 2014	75
Gráfica 3.9 Consultas generales por consultorio general por día, 2005-2014.	77
Gráfica 3.10 Consultas generales por consultorio general por día por institución, 2005, 2012 y 2014	77
Gráfica 3.11 Consultas generales por consultorio general por día por entidad federativa, 2005 y 2014.	77
Gráfica 3.12 Consultas generales de primera vez por consultorio general por día por entidad federativa, 2005 y 2014.	79
Gráfica 3.13 Consultas generales de primera vez por consultorio general por día por institución, 2005, 2012 y 2014.	79
Gráfica 3.14 Consultas generales subsecuentes por consultorio general por día por institución, 2005, 2012 y 2014	79
Gráfica 3.15 Consultas generales subsecuentes por consultorio general por día por entidad federativa, 2005 y 2014.	79
Gráfica 3.16 Consultas de especialidad, 2005-2014.	81
Gráfica 3.17 Consultas de especialidad por médico especialista por día, 2005-2014.	81
Gráfica 3.18 Consultas de especialidad por médico especialista por día por institución, 2005, 2012 y 2014	81
Gráfica 3.19 Consultas de especialidad por médico especialista por día por entidad federativa, 2005 y 2014	81
Gráfica 3.20 Consultas de especialidad de primera vez por médico especialista por día por entidad federativa, 2005 y 2014.	83
Gráfica 3.21 Consultas de especialidad de primera vez por médico especialista por día por institución, 2005, 2012 y 2014.	83
Gráfica 3.22 Consultas de especialidad subsecuentes por médico especialista por día por institución, 2005, 2012 y 2014	83
Gráfica 3.23 Consultas de especialidad subsecuentes por médico especialista por día por entidad federativa, 2005 y 2014	83
Gráfica 3.24 Consultas de especialidad por consultorio de especialidad por día, 2005-2014	85
Gráfica 3.25 Consultas de especialidad por consultorio de especialidad por día por institución, 2005, 2012 y 2014	85
Gráfica 3.26 Consultas de especialidad por consultorio de especialidad por día por entidad federativa, 2005 y 2014	85

Gráfica 3.27 Consultas de especialidad de primera vez por consultorio de especialidad por día por entidad federativa, 2005 y 2014 . . .	87
Gráfica 3.28 Consultas de especialidad de primera vez por consultorio de especialidad por día por institución, 2005, 2012 y 2014. . . .	87
Gráfica 3.29 Consultas de especialidad subsecuentes por consultorio de especialidad por día por institución, 2005, 2012 y 2014	87
Gráfica 3.30 Consultas de especialidad subsecuentes por consultorio de especialidad por día por entidad federativa, 2005 y 2014. . . .	87
Gráfica 3.31 Egresos hospitalarios, 2005-2014.	89
Gráfica 3.32 Egresos hospitalarios por institución, 2005, 2012 y 2014.	89
Gráfica 3.33 Egresos hospitalarios por 1,000 habitantes, 2005-2014	89
Gráfica 3.34 Egresos hospitalarios por 1,000 habitantes por entidad federativa, 2005 y 2014	89
Gráfica 3.35 Cirugías, 2005-2014.	91
Gráfica 3.36 Cirugías por quirófano por día, 2005-2014.	91
Gráfica 3.37 Cirugías por quirófano por día por institución, 2005, 2012 y 2014.	91
Gráfica 3.38 Cirugías por quirófano por día por entidad federativa, 2005 y 2014.	91
Gráfica 3.39 Mastografías realizadas a mujeres de 40 a 69 años, 2012-2015.	93
Gráfica 3.40 Cobertura anual de mastografías realizadas a mujeres de 40-69 años, 2012-2015.	93
Gráfica 3.41 Cobertura bienal de mastografías a mujeres de 40 a 69 años por entidad federativa, 2012-2013 y 2014-2015.	93
Gráfica 3.42 Cobertura de vacunación con esquema completo en menores de un año, 2013-2015	95
Gráfica 3.43 Cobertura de vacunación con esquema completo en menores de un año por entidad federativa, 2013 y 2015	95
Gráfica 3.44 Embarazadas con 5 o más consultas prenatales, 2008-2015	97
Gráfica 3.45 Porcentaje de embarazadas con 5 o más consultas prenatales, 2008-2015	97
Gráfica 3.46 Porcentaje de embarazadas con 5 o más consultas prenatales por entidad federativa, 2008 y 2015	97
Gráfica 4.1 Embarazadas que recibieron su primera consulta prenatal dentro del primer trimestre de gestación, 2008-2015.	101
Gráfica 4.2 Porcentaje de embarazadas que recibieron su primera consulta prenatal dentro del primer trimestre de gestación, 2008-2015	101
Gráfica 4.3 Porcentaje de embarazadas que recibieron su primera consulta prenatal dentro del primer trimestre de gestación por entidad federativa, 2008-2015	101
Gráfica 4.4 Nacimientos por cesárea, 2008-2015	103
Gráfica 4.5 Porcentaje de nacimientos por cesárea, 2008-2015	103
Gráfica 4.6 Porcentaje de nacimientos por cesárea por institución, 2008, 2012 y 2015	103
Gráfica 4.7 Porcentaje de nacimientos por cesárea por entidad federativa, 2008 y 2015	103
Gráfica 4.8 Porcentaje de surtimiento completo de recetas médicas, 2006, 2012 y 2015.	105
Gráfica 4.9 Porcentaje de surtimiento completo de recetas médicas por entidad federativa, 2006 y 2012	105
Gráfica 4.10 Porcentaje de surtimiento completo de recetas médicas en el sector público por entidad federativa, 2006 y 2012.	105
Gráfica 4.11 Porcentaje de ocupación hospitalaria por institución, 2014.	107
Gráfica 4.12 Porcentaje de ocupación hospitalaria por entidad federativa, 2014	107
Gráfica 4.13 Intervalo de sustitución por institución, 2014.	109
Gráfica 4.14 Intervalo de sustitución por entidad federativa, 2014.	109
Gráfica 4.15 Índice de rotación por institución, 2014	111
Gráfica 4.16 Índice de rotación por entidad federativa, 2014.	111

Gráfica 4.17 Duración media de la estancia hospitalaria por institución, 2014 113

Gráfica 4.18 Duración media de la estancia hospitalaria por entidad federativa, 2014. 113

Gráfica 4.19 Hospitalizaciones evitables por diabetes mellitus, 2009-2014. 115

Gráfica 4.20 Distribución de hospitalizaciones evitables por diabetes mellitus por institución, 2009-2014. 115

Gráfica 4.21 Hospitalizaciones evitables por diabetes mellitus por 100,000 habitantes, 2009-2014 115

Gráfica 4.22 Hospitalizaciones evitables por diabetes mellitus por 100,000 habitantes por entidad federativa, 2009 y 2014 115

Gráfica 4.23 Hospitalizaciones evitables por hipertensión arterial, 2009-2014 117

Gráfica 4.24 Distribución de hospitalizaciones evitables por hipertensión arterial por institución, 2009-2014 117

Gráfica 4.25 Hospitalizaciones evitables por hipertensión arterial por 100,000 habitantes, 2009-2014 117

Gráfica 4.26 Hospitalizaciones evitables por hipertensión arterial por 100,000 habitantes por entidad federativa, 2009 y 2014. . 117

Gráfica 4.27 Duración media de la estancia hospitalaria por diabetes mellitus por entidad federativa, 2014 119

Gráfica 4.28 Duración media de la estancia hospitalaria por diabetes mellitus por institución, 2014 119

Gráfica 4.29 Duración media de la estancia hospitalaria por hipertensión arterial por institución, 2014. 119

Gráfica 4.30 Duración media de la estancia hospitalaria por hipertensión arterial por entidad federativa, 2014 119

Gráfica 4.31 Tasa de mortalidad intrahospitalaria por institución, 2014 121

Gráfica 4.32 Tasa de mortalidad intrahospitalaria total por entidad federativa, 2014. 121

Gráfica 4.33 Tasa de mortalidad intrahospitalaria por enfermedades cerebro vasculares por institución, 2014 123

Gráfica 4.34 Tasa de mortalidad intrahospitalaria por enfermedades cerebro vasculares por entidad federativa, 2014. 123

Gráfica 4.35 Tasa de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo al miocardio por institución, 2014. 125

Gráfica 4.36 Tasa de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo al miocardio por entidad federativa, 2014. 125

Gráfica 4.37 Asuntos recibidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2000-2015 127

Gráfica 4.38 Distribución de los asuntos recibidos por la CONAMED por tipo de servicio ofrecido, 2000-2015. 127

Gráfica 4.39 Distribución de las quejas recibidas por la CONAMED por modalidad de conclusión, 2000-2015 127

Gráfica 4.40 Distribución de los principales motivos que originaron la presentación de una queja ante la CONAMED, 2000-2015. . 127

INFORME SOBRE LA SALUD DE LOS MEXICANOS 2016

Diagnóstico General del Sistema Nacional de Salud

Se terminó de elaborar la publicación electrónica el 28 de noviembre de 2016

La edición estuvo al cuidado de la
Dirección General de Evaluación del Desempeño
de la Secretaría de Salud