

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública

La morbilidad y la mortalidad en las entidades federativas de México en años recientes

Documento de trabajo núm. 213

Las opiniones expresadas en este documento no reflejan la postura oficial del Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, o de la Cámara de Diputados y sus órganos de gobierno. Este documento es responsabilidad del autor. Este documento es una versión preliminar, favor de citarlo como tal.



Mayo 2016

www.cesop.gob.mx



CÁMARA DE DIPUTADOS
LXIII LEGISLATURA



Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública

Información que fortalece el quehacer legislativo



CÁMARA DE DIPUTADOS
LXIII LEGISLATURA

Centro de Estudios Sociales
y de Opinión Pública

Organización Interna

Marcelo de Jesús Torres Cofiño
Director General

Netzahualcóyotl Vázquez Vargas
Director de Estudios Sociales

Ricardo Martínez Rojas Rustrian
Director de Estudios de Desarrollo Regional

Marco Antonio Villarín Albarrán
Subdirector de Análisis
y Procesamiento de Datos

Luis Alberto Hernández Tovar
Coordinador Técnico

Ernesto R. Caveró Pérez
Subdirector de Estudios de Opinión Pública

Felipe de Alba Murrieta
Gabriel Fernández Espejel
José de Jesús González Rodríguez
Rafael López Vega
Salvador Moreno Pérez
Santiago Michele Calderón Berra
Heriberto López Ortiz
Investigadores

Luis Ángel Bellota
Elizabeth Cabrera Robles
Natalia Hernández Guerrero
Karen Nallely Tenorio Colón
Andrés Carrasco Chocoteco
Juan José Reyes Vázquez
Agustín Munguía Romero
Ricardo Ruiz Flores
Guillermina Blas Damián
Alejandro López Morcillo
Apoyo en Investigación

José Olalde Montes de Oca
Asistente Editorial

Claudia Ayala Sánchez
Corrección de estilo

Información que fortalece
el quehacer legislativo



Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública

Índice

	Pág.
Resumen	3
Metodología	3
Introducción	4
Población e instituciones de salud	8
Distribución territorial de la infraestructura física y recursos humanos en servicios de salud	10
Principales padecimientos en salud por entidad federativa: estructura demográfica del egreso hospitalario	15
Conclusiones	27
Anexo estadístico	28



Resumen

El trabajo parte de una reflexión sobre el momento que como país experimentamos en las transiciones demográfica y epidemiológica, y del impacto de éstas en la configuración de la carga de enfermedad a escala nacional y en las entidades federativas. A través del análisis de diversas fuentes de información con relación al proceso salud, enfermedad y muerte se encuentra la existencia de coincidencias en la territorialidad y estructura demográfica de ciertos padecimientos a lo largo del país. Así, los registros de egresos hospitalarios y de defunciones generales ofrecen datos que si bien confirman que las enfermedades asociadas con el envejecimiento de la población son importantes en cuanto motivo de la atención en salud, no lo son menos los padecimientos asociados a la salud de las mujeres y los hombres en lo que se refiere a tumores malignos, o bien a la serie de afecciones de salud que en la Clasificación Internacional de Enfermedades se agrupan como enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, de las que sobresalen la diabetes mellitus, o con relación al sistema circulatorio para el que la hipertensión, las enfermedades cerebrovasculares y padecimientos crónicos del corazón son los primeros en este grupo.

Metodología

El estudio es de carácter empírico, se basa en los grandes resultados estadísticos que modelan la transición demográfica en el país, en la descripción y comparación de la información de infraestructura física y de recursos humanos del sistema nacional de salud, en los datos de egresos hospitalarios del sector público y de los establecimientos particulares de salud. También utiliza los datos nacionales y por entidad federativa de la mortalidad general y por causas. Se lleva a cabo el cálculo de frecuencias absolutas y relativas, tablas de contingencia, y cuando se requirió o la información lo hizo factible, se realizaron pruebas de significancia estadística y correlaciones.

Territorialmente hay una diferencia entre los eventos de egresos y las defunciones: los primeros se refieren a la entidad de atención, mientras que los segundos se utilizan con base en la entidad de residencia. Además, la información de defunciones es susceptible de ser analizada para la mayoría de los decesos con relación al lugar de ocurrencia o de registro. A este respecto, en el presente documento la información, en la mayoría de los casos, sólo se desagregó a nivel de entidad federativa.



Temporalmente la información de infraestructura, eventos de egresos hospitalarios y mortalidad se consolida y se halla disponible para periodos distintos. Se tomó el año 2014 para infraestructura, con cuyos datos se estructuran los primeros elementos descriptivos de este documento; para eventos de egresos hospitalarios y mortalidad se toma el año 2013 para el análisis del comportamiento de ambos componentes del proceso salud-enfermedad y muerte, básicamente porque se trata de la información disponible más reciente, lo que facilita las comparaciones entre las pautas de los padecimientos de los egresos y las causas de muerte.

Introducción

La investigación en salud pública da cuenta de los padecimientos que actualmente presenta la población, acorde al momento que experimentamos en las transiciones demográfica y epidemiológica, a saber: una población todavía en edades reproductivas y laborales jóvenes, con una tendencia prevista de envejecimiento.

Ambas transiciones convergen en el sentido de que la disminución de las tasas de natalidad y mortalidad, su efecto en la estructura demográfica (bono demográfico y envejecimiento), generan un cambio “gradual” en las tendencias de la carga de mortalidad (reducción de la mortalidad infantil) y de enfermedad, en la que para estas últimas las clasificadas como infecciosas y parasitarias, que caracterizaron gran parte de nuestros problemas epidemiológicos antes del siglo XXI, dan paso a la presencia cada vez más importante de enfermedades crónico degenerativas presentes en las personas adultas mayores.

Se trata de dos procesos de largo aliento que se retroalimentan, y en los que el comportamiento demográfico y la transformación general del perfil epidemiológico transcurren en interdependencia con el desarrollo económico y social que modifica el bienestar de la población. Situación no lineal que implica posibilidades de retroceso o no avance en áreas delicadas de atención como la nutrición, la salud materno-infantil, el diagnóstico oportuno, el tratamiento y la atención de tumores malignos (neoplasias) o la emergencia de nuevos problemas de salud vinculados a las cambiantes condiciones de seguridad pública que hemos experimentado en la última década.

El descenso —como tendencia de más de un siglo— de la mortalidad es una expresión de la transición demográfica que se vincula a cambios económicos, sociales y culturales



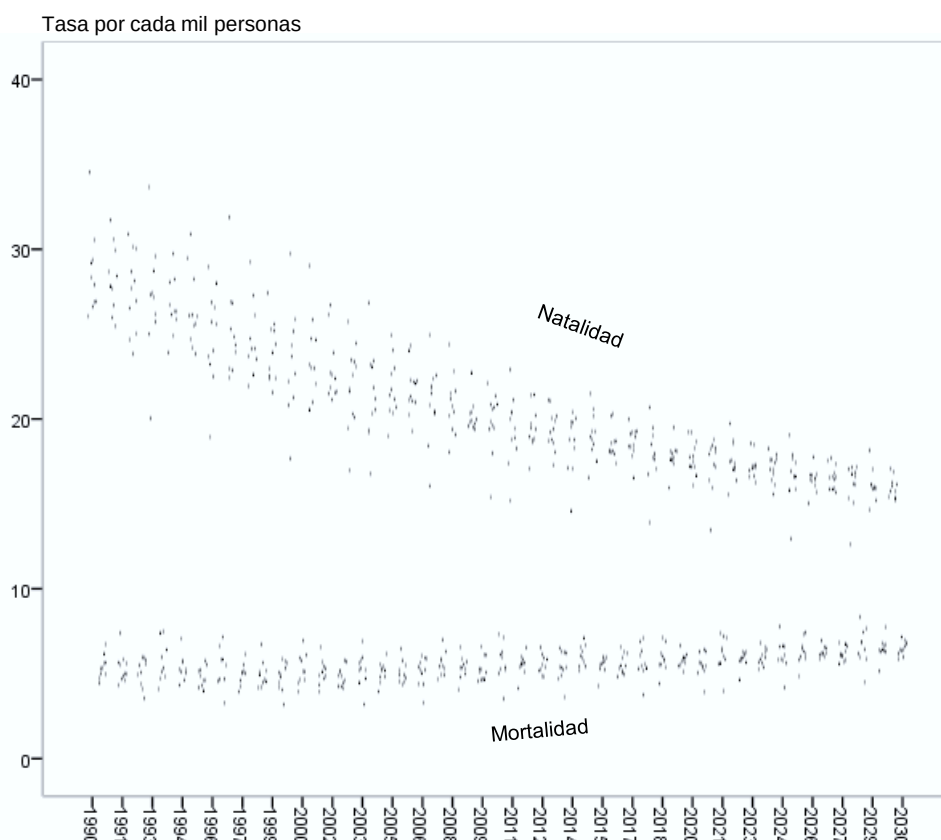
posiblemente de largo plazo. En México este rápido descenso de la mortalidad es también uno de los más importantes logros en el bienestar social. El estudio de sus cambios es primordial para quienes toman decisiones en materia de política social, éstos permiten conocer sus tendencias generando áreas de intervención para la política pública en distintos niveles territoriales y grupos de población.¹ Por otro lado, en el siglo XXI la mortalidad se modelará debido a las causas de muerte de una población que progresivamente envejece.

La Gráfica 1 ilustra la tendencia de la natalidad y la mortalidad. Se observa cómo estos dos indicadores convergen en el conjunto de las entidades federativas para el periodo 1990-2030. Su vista global ofrece la posibilidad de prever el cambio demográfico a escala de país y de tomar oportunamente decisiones de política pública para atender los campos que emergen en nuestra nueva realidad demográfica y con la certeza de que habrá un nuevo perfil epidemiológico.

¹ El proceso de transición demográfica en América Latina presenta diferentes temporalidades y grados de avance de acuerdo con cada país o región del continente. Mientras algunos países ya se encuentran en fases avanzadas de la misma (Brasil, Costa Rica, República Dominicana y México), otros se muestran notoriamente rezagados (Haití, Guatemala, Bolivia).



Gráfica 1. México. Tasas brutas de natalidad (TBN) y mortalidad (TBN) por entidad federativa, 1990-2030



Fuente: elaboración del CESOP con base en CONAPO. Resultados de la conciliación censal 1990-2010 y Proyecciones de población 2010-2030.

Respecto a la configuración de los patrones de morbilidad, es preciso tener en cuenta que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (OMS, Documento constitutivo).

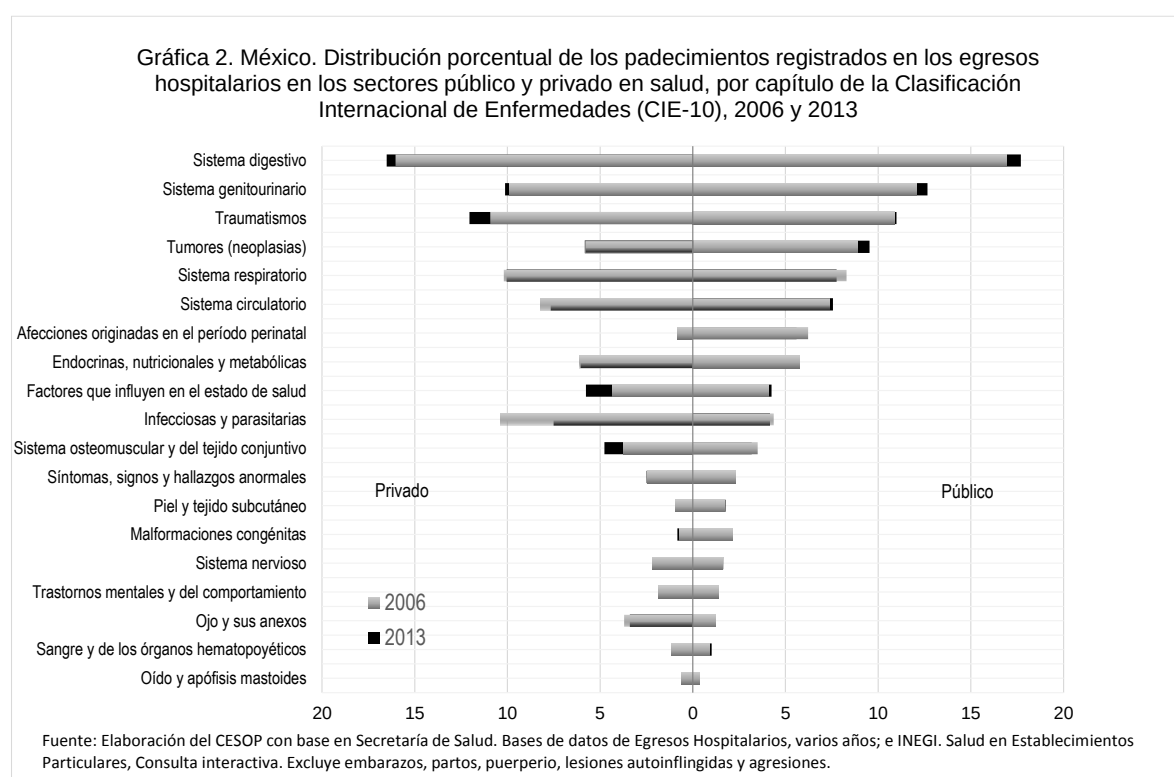
Las propuestas empiristas ancladas a la transición epidemiológica ofrecen sin duda elementos descriptivos para explorar y caracterizar la situación que en materia de salud se presenta en la “población” en general y en ciertos grupos de ésta en particular. Los elementos descriptivos pueden llevar a caracterizaciones a distintas escalas territoriales: localidad, regiones, país o en un conjunto de países atendiendo a su ubicación geográfica, configuración étnica y nivel de desarrollo.

La salud depende de múltiples condiciones, el binomio salud-enfermedad denota y hace evidentes procesos de desigualdad que alimentan y son alimentados por ingresos, empleo y ocupaciones diferenciales, por la marginación, la pobreza, el tipo y calidad de los



materiales de la vivienda, la ubicación, facilidad, información y orientación para el acceso a servicios de salud de primer, segundo o tercer nivel, así como por las propias condiciones ambientales, fisiológicas y el o los modelos institucionales de atención médica (práctica médica).

La tendencia prevista de envejecimiento se acompaña o da paso a la presencia cada vez más importante de enfermedades crónico-degenerativas, incluidas las que afectan los sistemas circulatorio, digestivo, genitourinario, respiratorio, los tumores y las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (véase Gráfica 2).



La Gráfica 2 muestra la configuración de los grandes rasgos de la morbilidad que experimentamos como sociedad. Distingue los registros de morbilidad para el sector público y para los establecimientos particulares de salud. Se confirma que por capítulo de la CIE-10 son cinco o seis los grupos de padecimientos los que modelan la carga de enfermedad en el país, así como las áreas de oportunidad de atención que tiene el sector privado en salud frente al sector público.



Población e instituciones de salud²

La atención en salud en México se cubre a través de los sectores público y privado. El sector público se integra por todas aquellas instituciones de seguridad social —federales y/o estatales— a saber: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (Pemex), Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), Secretaría de Marina (Semar), y por aquellas instituciones que proporcionan servicios de salud a la población sin seguridad social, son los casos del Seguro Popular de Salud (SPS),³ la Secretaría de Salud (SS), los Servicios Estatales de Salud (Sesa) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). Por otra parte, se halla el sector privado en salud.

La población con seguridad social es cubierta principalmente por el IMSS, el cual registró en 2015 a 60.58 millones de derechohabientes; de acuerdo con el Tercer Informe de Gobierno (2014-2015) del Ejecutivo federal, le sigue en importancia el ISSSTE, para el cual se estimó a diciembre de 2014 en 12.88 millones su número de derechohabientes. Para Pemex y Semar este Informe sólo proporciona el total de población que demandó servicios médicos al menos una vez al año, 588 mil y 295 mil, en los servicios de salud de dicho organismo y de la Secretaría, respectivamente. Para Sedena el dato disponible más reciente corresponde al año 2012 con 832 mil usuarios de servicios médicos.

Con relación al Seguro Popular en Salud, el número de afiliados pasó de 31.1 millones en 2009 a 43.5 millones en 2010, y a 51.8 millones en 2011. Su crecimiento en volumen en los años siguientes parece no ser tan vertiginoso, llegando a 57.3 millones en 2015.

Por su parte, la modalidad de atención en salud a la población sin seguridad social denominada IMSS-Oportunidades otorgó servicios médicos a 11.89 millones de personas en 2013.

En los servicios médicos privados en el año 2013, se proporcionaron 12.89 millones de consultas externas y en 2014 este número se mantuvo cercano a los doce millones (11.89 millones). En ambos años el número de consultas de primera vez es muy similar, fue de 7.39 y 7.42 millones, respectivamente.⁴

² Véase Presidencia de la República (2015). Tercer Informe de Gobierno 2014-2015. Anexo Estadístico, pp. 161 y 212.

³ El Seguro Popular (SP) es un componente del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) a cargo de la Secretaría de Salud. La Ley General de Salud (LGS) en su Título Tercero Bis (art. 77 bis 3) mandata que "Las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, se incorporarán al Sistema de Protección Social en Salud que les corresponda..."

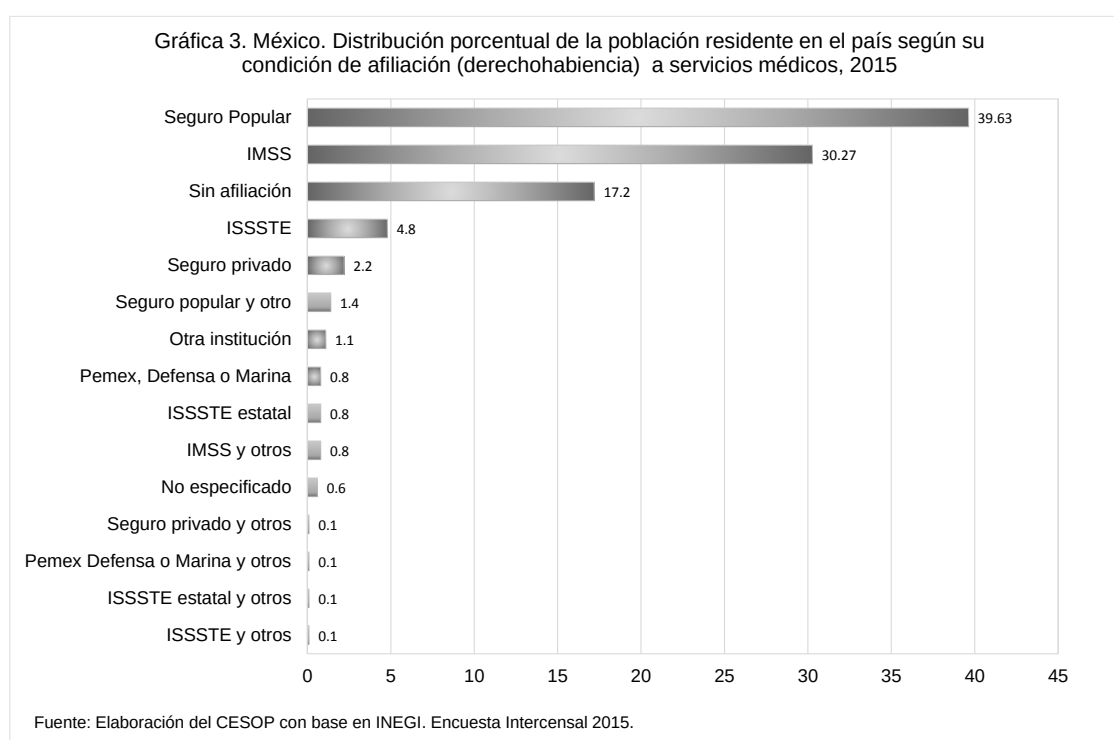
http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf (consulta: 26 de abril de 2016).

⁴ Véase INEGI, Salud en establecimientos particulares.



La Encuesta Intercensal de Población y Vivienda 2015 levantada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) permite estimar para toda la población del país si estaban o no afiliados a servicios médicos por tipo de institución, la institución en la que atienden sus problemas de salud, y si cuentan o no con servicio médico como derecho laboral.

Es común que haya diferencias entre los resultados de los registros administrativos en salud y las estimaciones que se derivan de una encuesta por muestreo. En la Gráfica 3 se observa el rasgo general de la afiliación, esto es, predomina el seguro popular, al cual le siguen el IMSS y el ISSSTE; y destaca que 17 de cada 100 personas que viven en México no cuentan con afiliación alguna a los servicios médicos.



De acuerdo con la misma Encuesta Intercensal, por regla general cuando las personas tienen problemas de salud acuden en su mayor parte (en promedio 9 de cada 10) a las instituciones en las que están afiliados.⁵ Quienes no cuentan con afiliación a servicios médicos, se atienden principalmente en consultorios privados (37.3%) y consultorios de

http://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/consulta.aspx?p=adm&c=12, Consulta en línea. Fecha 13/04/2016.

⁵ Hay una asociación estadística significativa entre la afiliación y la atención.



farmacias (34.4%), en establecimientos de la Secretaría de Salud (16.4%), o bien no se atienden (6.8%).⁶

Distribución territorial de la infraestructura física y recursos humanos en servicios de salud

La información de infraestructura en salud cubre distintos elementos para la provisión de los servicios, entre éstos el número total y tipo de establecimientos en operación; número y tipo de consultorios, camas censables⁷ y no censables, número de cunas, quirófanos, salas de expulsión, y el inventario de equipos especializados de rayos X no dentales y dentales, sistemas y unidades de medicina nuclear, angiógrafos, cámaras hiperbáricas, colposcopios, incubadoras, ecocardiógrafos, electrocardiógrafos, electroencefalógrafos, mastógrafos, equipos de unidades de radioterapia, equipos de resonancia magnética, equipos para hemodiálisis, tomógrafos, ventiladores, ambulancias; y, médicos generales, especialistas y enfermeras en contacto con el paciente, entre otros.

De este amplio conjunto de elementos de infraestructura física y recursos humanos, a fin de contar con un panorama general de los recursos en salud por entidad federativa, el cuadro A1 del anexo estadístico muestra la distribución por entidad federativa de las unidades de salud por tipo, el total de consultorios, médicos y de camas censables en el sector público y en los establecimientos particulares de salud.

Las unidades de consulta externa del sector público de hospitalización sumaron 20,792 en 2014. Resulta natural que la mayor parte de las unidades de salud sean de consulta externa (94%) y que más de la mitad de las unidades de hospitalización (740 de 1,340) se concentren en 10 entidades federativas, entre ellas las más pobladas del país, Estado de México, Distrito Federal y Veracruz (véase cuadro A1 del anexo).

⁶ La atención médica en farmacias se considera una estrategia empresarial exitosa. No obstante los especialistas le critican que se vincula a condiciones laborales precarias y a una ideología de ayuda a los pobres. Véase Leyva, P. M. A. y Pichardo, P. S., "Los médicos de las Farmacias Similares: ¿degradación de la profesión médica?", *Polis*, UAM, México, D.F., vol. 8, núm. 1, 2012, pp. 143-175.

⁷ La NORMA Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud define cama censable, "...a la cama en servicio instalada en el área de hospitalización, para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente..." *DOF*, 21 de enero de 2005 (consulta: 12 de abril de 2016).



Los servicios de atención primaria (primer nivel de atención en salud)⁸ se definen como las acciones y los servicios enfocados básicamente a preservar la salud general mediante actividades de promoción, prevención, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico, así como el diagnóstico y tratamiento oportuno. Éstos se proporcionan a través de unidades ambulatorias y podrían incluir a las casas de salud, centros urbanos y rurales de salud (de 1 a 12, y de 1 a 3 núcleos básicos, respectivamente), unidades de medicina familiar, clínicas de medicina familiar, centros comunitarios, puestos, brigadas y unidades móviles de salud.⁹

Las unidades de salud de atención primaria integran 13,572 unidades con 25,364 consultorios, de los cuales 4 de cada 5 son de medicina general o familiar. A su vez, 61.1% de las unidades de salud son de consulta externa rurales de 1 a 3 núcleos básicos; otro 15.2% de las unidades de consulta externa son urbanas de 1 a 12 núcleos básicos. El resto de las unidades no contiene una clasificación propia urbana/rural, se trata de las Unidades móviles (15.7%), las Clínicas de especialidades (0.9%), y con menores porcentajes los Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud (CAAPS), los Centros de Salud con Servicios Ampliados y las Brigadas móviles.

Puede decirse que los servicios se ubican en las entidades de mayor desarrollo económico o bien de mayor concentración demográfica. Con relación a los establecimientos particulares de salud, las entidades del Estado de México, el Distrito Federal, Guanajuato y Jalisco concentran 4 de cada 10 de las unidades de hospitalización, y el Distrito Federal y los estados de México, Chihuahua y Nuevo León cuentan con la mitad (52.9%) de los médicos en el sector privado.

La Gráfica 4 muestra la distribución porcentual en cada entidad federativa de estos principales tipos de unidades. Tlaxcala, Guerrero y Tabasco presentan porcentajes por arriba de los 80 puntos en unidades de salud autodenominadas rurales (minigráfica B); las

⁸ Cf. DOF, Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 14 de abril de 2011, disponible en http://www.normateca.gob.mx/Archivos/44_D_2710_10-06-2011.pdf, IMSS Reglamento de Servicios Médicos, 1996, disponible en <http://www.dvimss.org.mx/pdf/reglamentodeserviciosmedicosdelimss.pdf>; SS Puebla. Diferencias entre Casas de Salud, Centros de Salud y Hospitales, disponible en <http://ss.puebla.gob.mx/index.php/servicios-hospitales-y-centros-de-salud-puebla/diferencias-entre-casas-de-salud-centros-de-salud-y-hospitales> (consulta. 15 de abril de 2016).

⁹ Los núcleos básicos de servicios se integran de un médico familiar o general y dos enfermeras; cuando no se cuenta con este tipo recursos humanos la integración de los núcleos será con pasantes de medicina y enfermería, y con personal técnico. Véase DOF ACUERDO por el que la Secretaría de Salud da a conocer los Lineamientos Generales para la Operación del Programa de Ampliación de Cobertura, 1999, disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/a230499.html> (consulta: 15 de abril de 2016).

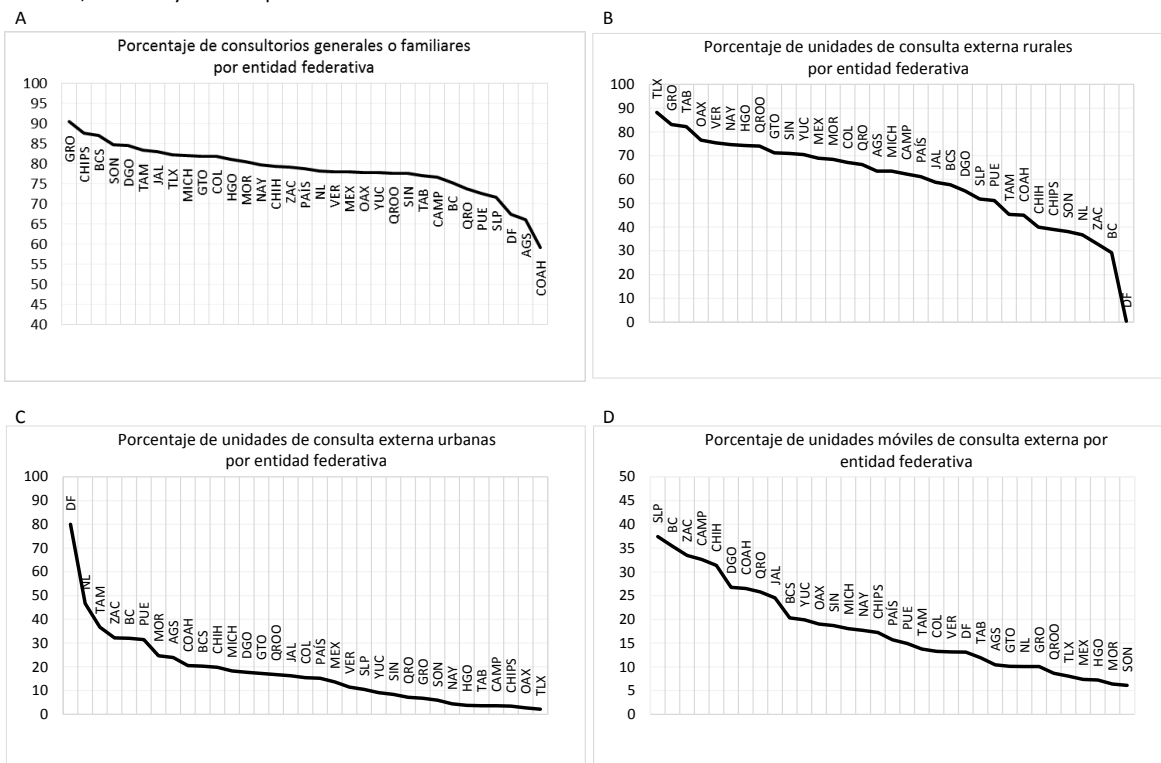


unidades de consulta externa autodenominadas urbanas, Tlaxcala, Oaxaca, Chiapas, Campeche, Tabasco e Hidalgo tienen valores por debajo de 4% (minigráfica C).¹⁰

¹⁰ En ambos casos los resultados se alejan de la media nacional en por lo menos una desviación estándar a la derecha y a la izquierda, respectivamente.



Gráfica 4. Sector público en salud. Porcentajes de consultorios generales y familiares, de unidades de consulta externa rurales, urbanas y móviles por entidad federativa 2014



Fuente: Elaborado por el CESOP con base en SS (2016). Recursos en salud 2014. Datos abiertos.

El Mapa 1 reafirma este rasgo de concentración de los recursos físicos y humanos en salud a nivel municipal en el ámbito público. Por ejemplo, las unidades de hospitalización de la Secretaría de Salud (738 de las 1340 del sector público) se ubican en 585 municipios de los 2,457 existentes en el país. Estos municipios en su mayoría tienen 2,500 o más habitantes.¹¹

En relación con los hospitales del sector privado a nivel municipal (véase cuadro A2 del Anexo estadístico) se puede observar que hay 222 municipios identificados con este tipo de establecimientos, nueve de cada diez hospitales privados se corresponden en localización con hospitales públicos.

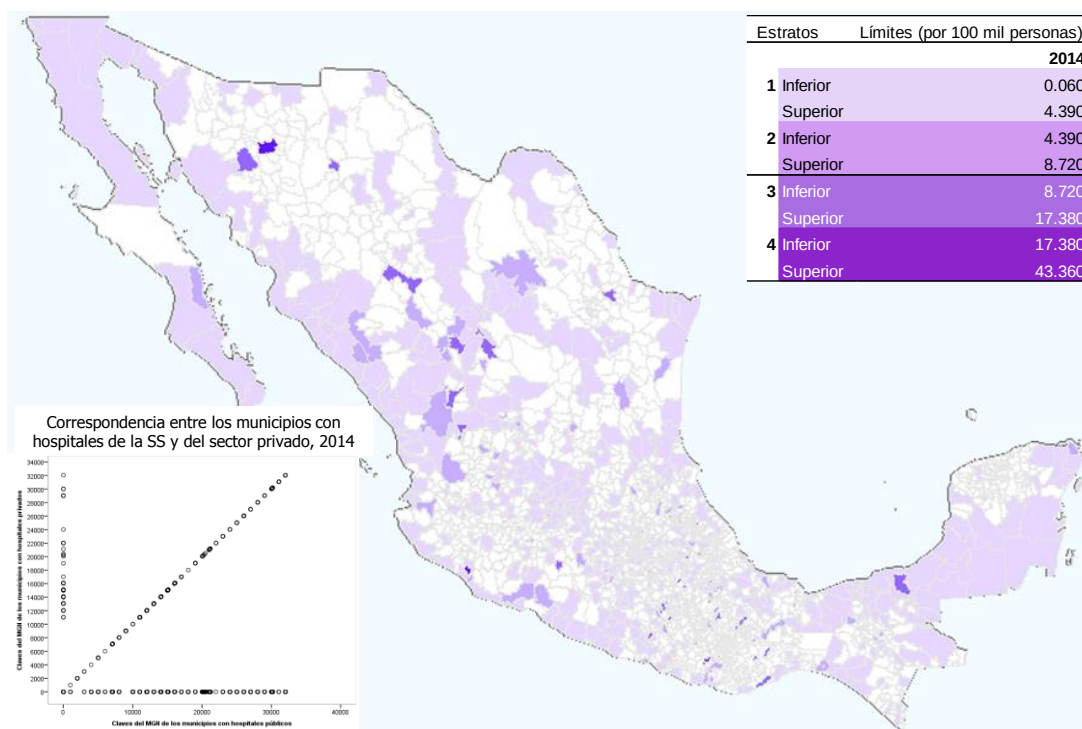
El mapa 1 incorpora un minigráfico que contiene la correspondencia entre las claves del marco geoestadístico nacional para la ubicación de ambos tipos de establecimientos. Los municipios con hospitales privados y sin unidades de hospitalización del sector público (45)

¹¹ Los resultados de las proyecciones de población por municipio indican que en 2014 en 13 entidades federativas hubo 359 municipios con menos de 2,500 habitantes. En el conteo de la ubicación de los hospitales públicos sólo hay uno que se ubica en San Jacinto Tlacotepec en Oaxaca, el cual en ese año el Conapo proyectó tendría menos de 2,500 habitantes.



se ubican en prácticamente la mitad de las entidades del país: Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas. En sentido opuesto, de los 585 municipios con unidades de hospitalización del sector público, en 442 no hay hospitales privados (sólo en Baja California y el Distrito Federal no se presenta esta característica).¹²

Mapa 1. Hospitales de la Secretaría de Salud por cada 100 mil habitantes, 2014



Fuente: Elaboración del CESOP con base en Secretaría de Salud. SINDERIAS. Cierres anuales 2001-2014; y Conapo. Proyecciones de población 2010-2030. Véase Cuadro A2 del Anexo estadístico.

Principales padecimientos en salud por entidad federativa: estructura demográfica del egreso hospitalario

Las condiciones de salud, si bien se manifiestan y tienen un impacto inicial a nivel individual, se estructuran a partir de situaciones biosociales y afectan a distintas unidades colectivas, llámese hogar, familia, sociedad o comunidad. La salud y la enfermedad están unidas, responden, salvo coyunturas, a procesos ambientales, demográficos, socioeconómicos y culturales de largo plazo.

¹² De los resultados en el caso de los grupos de tasas de hospitales por cada 100 mil personas, en el caso de Sonora los municipios de Moctezuma (038) y Ures (066) llaman la atención, a pesar de las limitaciones y generalidades del indicador en observación, pues son municipios que en 2010 fueron clasificados como de "Muy bajo" grado de marginación. Véase <http://www.microrregiones.gob.mx/> (consulta: 19 de abril de 2016).



La información en salud que proviene del registro de las instituciones del sector público y de los establecimientos particulares ofrece la oportunidad de identificar los eventos de egresos hospitalarios por tipo de padecimiento motivo del internamiento. Estos registros permiten la construcción de perfiles epidemiológicos a distintos niveles territoriales (entidad federativa, municipio, localidad) acorde con la ubicación de los establecimientos de atención a la salud. Al respecto, debe tomarse en cuenta que la planeación de la localización de las unidades de salud responde a criterios múltiples: demográficos (volumen, composición, estructura, dinámica de la migración interna e internacional), epidemiológicos, del medio ambiente natural y artificial, infraestructura, capacidad institucional para ofertar servicios y proyecciones de desarrollo.¹³

Los eventos de egresos hospitalarios de las instituciones de salud del sector público representan en volumen la parte más numerosa del total de quienes afiliados o no acuden a atenderse a las unidades de primer, segundo o tercer nivel del Sistema Nacional de Salud.

La disponibilidad de los registros administrativos de egresos presenta un desfase de dos años, es la situación del sector público y de un año para los establecimientos particulares. No obstante, si no se presenta intempestivamente un problema coyuntural de alguna epidemia, los registros en general dan cuenta de la prominencia de los padecimientos en salud que actualmente presenta la población.

Los registros administrativos de morbilidad (egresos hospitalarios por afección principal de internamiento) en el sector público promediaron 5.26 millones anuales de eventos para el periodo 2006-2013; en el caso de los establecimientos particulares este promedio fue de 1.70 millones. En conjunto, si cada evento representara una persona, menos de 6% de la población habría experimentado un evento de egreso hospitalario.¹⁴

Por entidad federativa, los egresos en los establecimientos particulares por cada 100 eventos de egresos en el sector público en salud se pueden observar en la Gráfica 5. A este respecto, la construcción de tal indicador ofrece la oportunidad de advertir al menos tres elementos analíticos:

¹³ Véase SS, Planeación de Unidades Médicas, cap. II, Metodología, MIDAS, México, 2006, pp. 29-41.

¹⁴ INEGI define, para los establecimientos particulares en salud, *egreso* como el paciente que sale de un servicio del hospital e implica la desocupación de una cama censable, incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad, defunción o alta voluntaria. Véase INEGI, Síntesis Metodológica de las Estadísticas de los Servicios Médicos, Aguascalientes, Ags., 2003; y Conamed, *Glosario de términos médico-jurídicos*, s.f., disponible en http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/glosario.pdf (consulta: 21 de abril de 2016).



1. Los servicios públicos de salud con relación a la afiliación pueden ser la vía principal para restablecer la salud de la población en la mayoría de las entidades del país.
2. Las diferencias de infraestructura médica entre el sector público y privado, no obstante que aparentemente el número de unidades hospitalarias es mayor para este último, se traduce en mayor acceso a los servicios públicos de salud.
3. A pesar de los pocos años de la serie de egresos (2006-2013), es un hecho que el valor máximo de la relación establecimientos particulares/sector público alcanzó su máximo en todas las entidades en 2007. Tres hipótesis de trabajo en cuanto a este resultado, son:
 - i. Podría tratarse de un efecto adverso de la crisis económico-financiera de 2008 en el uso de servicios médicos privados: el porcentaje de hogares con gasto corriente monetario en cuidados de la salud pasó de 59.6 a 49.3% entre 2002 y 2010, y el gasto monetario en salud cambió de 3.1 a 2.7% del total de gasto monetario. A 2014 estos porcentajes se sitúan en 52.7 y 2.5, respectivamente.¹⁵
 - ii. Estos resultados indican que es necesario profundizar en el conocimiento del impacto que las ampliaciones del Seguro Popular de Salud ha tenido en el bienestar de los hogares, que al finalizar la primera década del siglo XXI mostró un incremento de millones en el número de afiliados.¹⁶ Debe tenerse presente que las evaluaciones de su impacto responden al cumplimiento de sus objetivos y metas, ya que el Sistema de Protección Social en Salud ha buscado mejorar la salud a través de la equidad, la calidad de los servicios y un financiamiento más justo.¹⁷
 - iii. La difusión y las acciones de promoción del gobierno federal y de los estados implicó un mayor conocimiento de la población de que podría contar con una mayor atención en las unidades de la Secretaría de Salud. La lectura de este hecho implica que un efecto de la reforma en salud ha sido incidir en la

¹⁵ Hay diferencias estadísticamente significativas en las proporciones del gasto monetario en cuidado de la salud, y entre los hogares que gastaron en este rubro en 2010 respecto a 2002, y en 2014 respecto a 2010 (prueba con un intervalo de confianza de 95%).

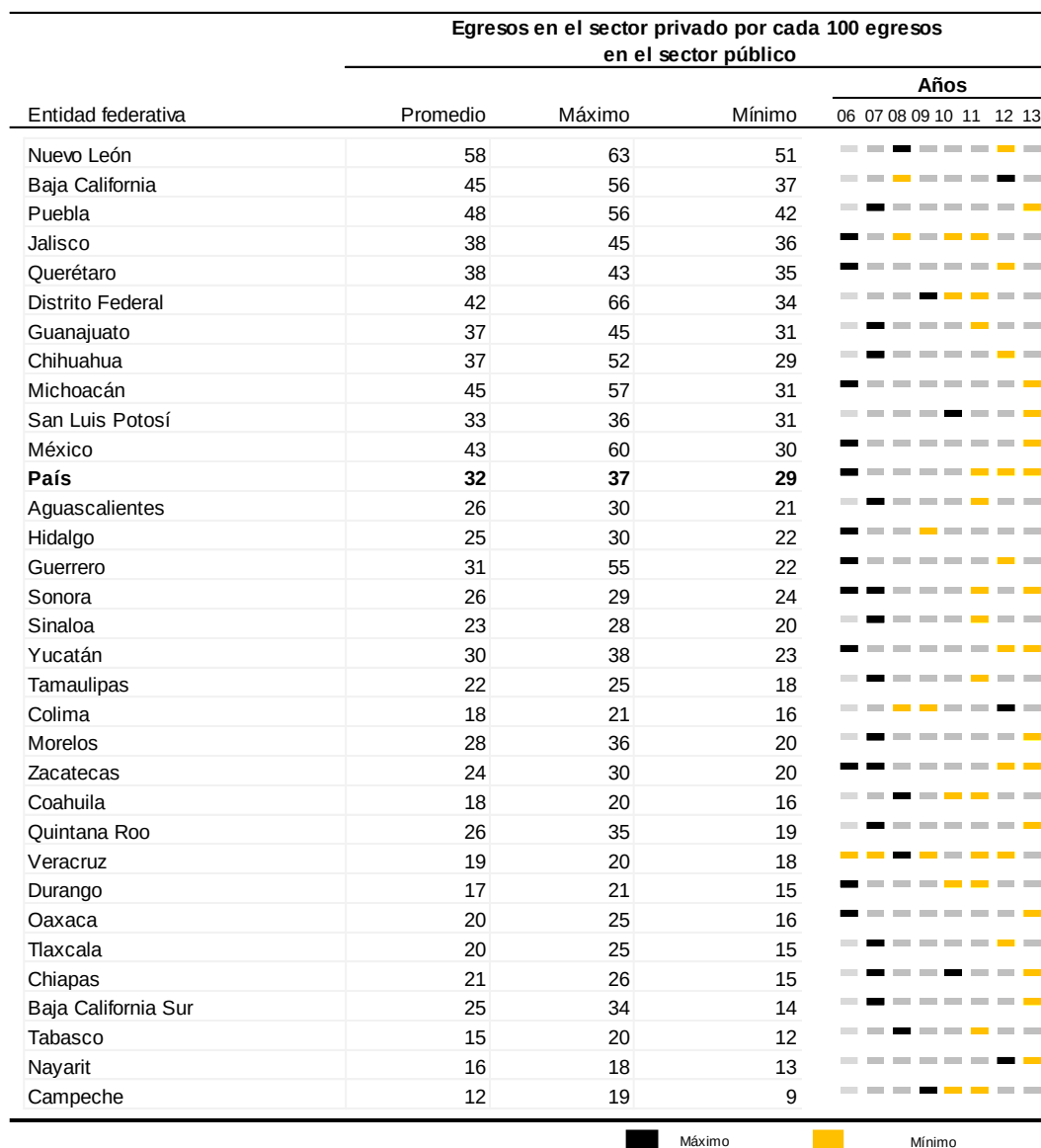
¹⁶ Véase Presidencia de la República, Tercer Informe de Gobierno 2014-2015, Anexo estadístico, 2015, pp. 212.

¹⁷ Véase M. Orozco, *Resultados preliminares de la ENIGH 2008. Gasto diferenciado para mujeres y hombres*, X Encuentro Internacional de Estadísticas de Género, 2009, disponible en http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/eventos/X_Encuentro_Genero/objetivos.html (consulta: 21 de abril de 2016); J. Frenk, O. Gómez-Dantés y F.M. Knaul, "The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 87, núm. 7, 2009, pp. 542-548, en especial las secciones sobre efectos iniciales de la reforma y el apartado de conclusiones, p. 544, disponible en <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/7/08-053199.pdf> (consulta: 21 de abril de 2016).



construcción del sentido de ciudadanía al instrumentar estrategias que favorecen el derecho a la salud.¹⁸

Gráfica 5. Egresos hospitalarios del Sector Privado respecto al Sector Público, 2006-2013



Fuente: Elaboración del CESOP con base en SS. Bases de datos de egresos hospitalarios, varios años; e INEGI. Salud en establecimientos particulares. Consulta interactiva de datos.

Los grandes procesos demográficos y epidemiológicos (transiciones) anticipan el tipo de padecimientos que experimenta hoy la población en el país y en las entidades federativas

¹⁸ La "Encuesta Nacional de Opinión Pública: Derechos sociales, ciudadanía y calidad de vida en México", CESOP, 2013, sitúa tres derechos sociales de los que la población representada en la encuesta ha escuchado hablar: trabajo bien remunerado, recibir educación de calidad y acceso a servicios de salud de calidad.



en particular. Se conoce que estos procesos modulan una ruta epidemiológica en la que las enfermedades infecciosas y parasitarias, si bien aún persisten, pero cada vez menos, dan paso a la presencia cada vez más importante de enfermedades crónico-degenerativas presentes en las personas adultas mayores (véase la Gráfica 2, *supra*).

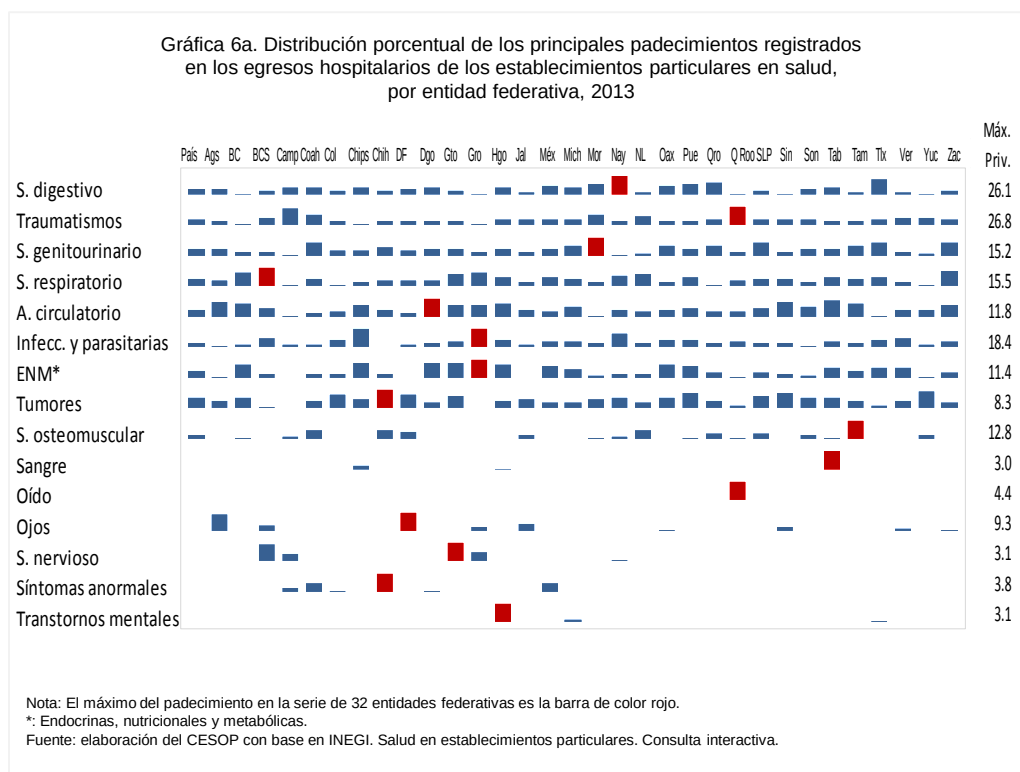
No obstante, la información para los principales padecimientos registrados en los establecimientos particulares de salud por entidad federativa se presenta en la Gráfica 6a y para el sector público en salud en la Gráfica 6b. Se observa que algunos padecimientos, los nueve principales por capítulo de la CIE-10, en términos relativos presentan una continuidad casi absoluta.

En general los eventos de egresos hospitalarios por padecimiento en cada entidad siguen la distribución agregada a nivel nacional; no obstante, al presentar los valores máximos de cada padecimiento en la serie completa de las 32 entidades federativas, muestran parte de la especificidad que distingue a cada una de ellas, por ejemplo:

- Uno de cada cuatro egresos en Nayarit se debe a problemas del sistema digestivo;
- en Quintana Roo una razón de casi el mismo valor prevalece para los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas;
- en 30 entidades se registran entre los nueve principales padecimientos los tumores (neoplasias); en Chihuahua se registra el valor más alto de éstos;
- en Guerrero se presentan, de entre todas las entidades, los valores máximos para el conjunto de padecimientos que estos capítulos de la CIE-10 agrupan: enfermedades infecciosas y parasitarias, y relativas a la nutrición y el metabolismo;
- en Morelos 15 de cada 100 eventos de egresos se deben a padecimientos genitourinarios, y presenta el valor mayor de egresos por este tipo de padecimientos;
- en 18 entidades los problemas del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo se hacen presentes. Tamaulipas tiene el valor relativo más alto entre todas las entidades, y este tipo de padecimientos ocupan el segundo lugar en importancia relativa.



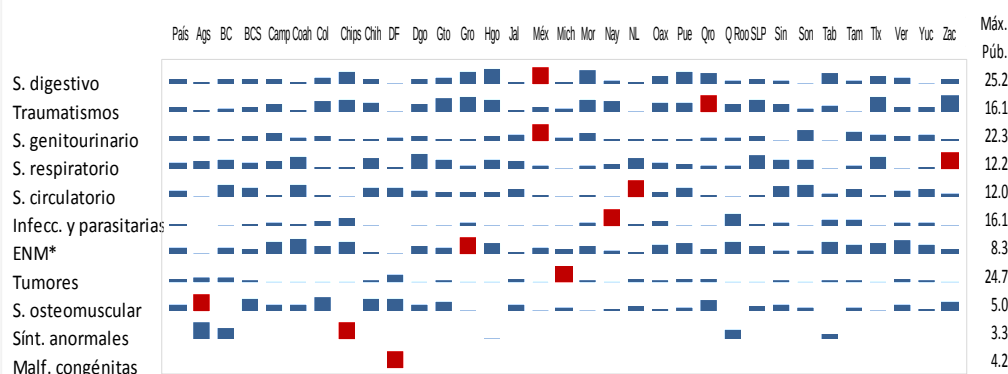
- entre los padecimientos que se añaden al patrón nacional, los relativos al ojo se hacen presentes de manera importante en los eventos registrados en el Distrito Federal y Aguascalientes, como quinto y sexto lugar, respectivamente.
- los registros de egresos de las unidades de salud del sector público trazan una historia epidemiológica muy similar, pero destaca la atención, seguramente especializada, en tumores (neoplasias). Se trata de padecimientos cuya atención además de ser especializada resulta costosa.
 - Por ejemplo, la radioterapia requiere del uso de un equipo especializado, así como de los servicios de muchos profesionales de atención médica. El costo exacto de un tratamiento depende del tipo y el número de sesiones de tratamiento que se necesiten.¹⁹



¹⁹ Véase American Cancer Society, “¿Cuánto cuesta la radioterapia?”, (s.f.), disponible en <http://www.cancer.org/> (consulta: 26 de abril de 2016). Se estima que la atención de cáncer de mama para reconstrucción tiene un costo de 500 mil a 750 mil pesos. Véase CNN Expansión, “El costo de la reconstrucción después del cáncer de mama”, 2014, disponible en <http://www.cnnexpansion.com/mi-dinero/2014/10/07/los-gastos-mas-alla-del-tratamiento-de-cancer-de-mama> (consulta: 3 de febrero de 2016).



Gráfica 6b. Distribución porcentual de los principales padecimientos registrados en los egresos hospitalarios de los establecimientos del sector público en salud, por entidad federativa, 2013



Nota: El máximo del padecimiento en la serie de 32 entidades federativas es la barra de color rojo.

*: Endocrinas, nutricionales y metabólicas.

Fuente: elaboración del CESOP con base en SS. Bases de datos de egresos hospitalarios.

En continuidad con esta información que enuncia los principales padecimientos motivo de que la población reciba atención médica hospitalaria (egresos), el análisis podría ser enriquecido a través de información sobre la composición y estructura demográfica de quienes se han atendido. Esto sólo es posible para los egresos del sector público en salud.

La Gráfica 7 presenta las tasas de eventos de egresos por edad,²⁰ de algunos de los padecimientos ya indicados. Esto se hace a nivel nacional y para la entidad identificada con el máximo valor relativo de entre toda la serie de entidades:²¹

- En general las tasas por edad siguen pautas parecidas en prácticamente todos los padecimientos para el conjunto. No obstante, se distingue cierto contraste de las pautas para el Estado de México (padecimientos de los sistemas digestivo y genitourinario), Nayarit (ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias) y Zacatecas (padecimientos del sistema respiratorio).
- Se observa también coincidencia en la edad en la que se presenta el máximo valor de las tasas en el país y en las entidades federativas respectivas. Se

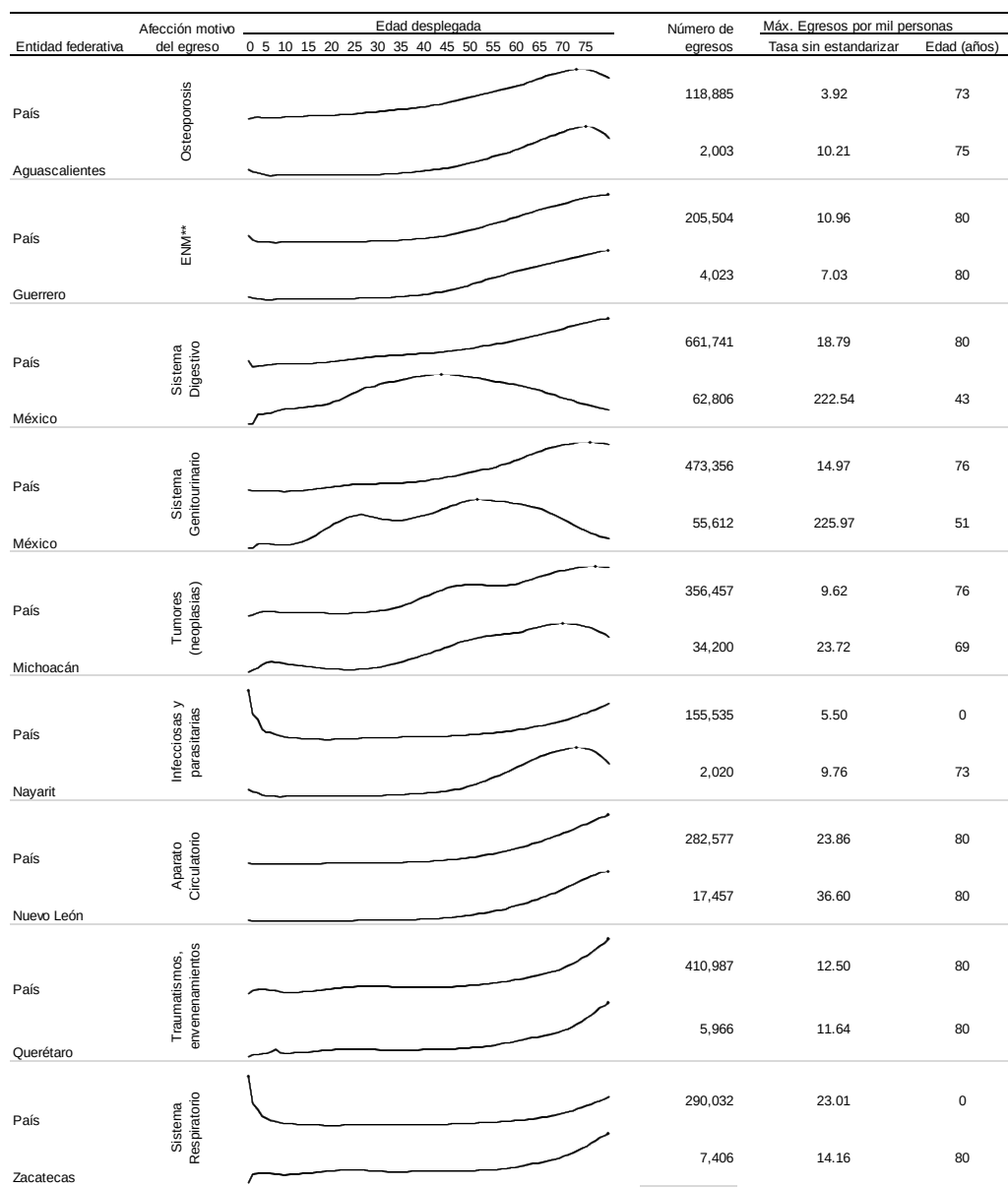
²⁰ Las tasas que se presentan no se estandarizaron. La determinación de una población estándar requiere un trabajo exclusivo de pruebas estadísticas que permita asegurar que la pauta y los niveles de las tasas no se distorsionan, incluso para el hecho de que el número de eventos es pequeño. Véase J. V. Schoenbach, "Estandarización de tasas y razones", UNC Guillings School of Global Public Health, 1989, disponible en <http://sph.unc.edu/> (consulta: 27 de junio de 2016).

²¹ Máximo de la serie dentro de la distribución relativa de cada entidad, situación que no necesariamente implica que sea la de mayor peso en cada una de las entidades de referencia.



observan diferencias entre el Estado de México (menor edad) y en el país en los dos padecimientos indicados. Para Nayarit y Zacatecas los valores no sólo contrastan, sino que están polarizados al compararlos con lo que ocurre a nivel de país, al inicio de la vida para esta última y en la vejez para dichas entidades.

Gráfica 7. Tasas de eventos de egresos hospitalarios para las entidades federativas en las que se presentó el máximo de la frecuencia relativa de la serie y su comparativo en el país, 2013



Fuente: Elaboración del CESOP con base en gráfica 6b; y SS. Bases de datos de egresos hospitalarios; y CONAPO (2013). Proyecciones de población 2010-2050.



Con base en el CIE10 se identifican las principales causas de los decesos por capítulo, y se comparan con las afecciones principales de los egresos hospitalarios, en ambos casos para 2013. A este respecto se calculan las tasas de mortalidad (muertes por cada cien personas) y de eventos por egresos (egresos por cada mil personas).

El análisis de los indicadores tuvo en cuenta que en el caso de los egresos se desconoce si la información de eventos de egresos ocurridos por año en cada una de las entidades federativas de atención podría corresponder, en el registro, al mismo paciente en el transcurso del año en observación, o si sólo se trató de su primera vez en el acceso y uso de servicios hospitalarios.

Las imitaciones técnicas y metodológicas que impone no disponer de la historia clínica de cada paciente, condiciona la claridad de los resultados que se podrían obtener al autocorrelacionar las tasas de egresos por padecimiento y entidad.²² Aún más, limitan las posibilidades analíticas de vincular los padecimientos a los decesos registrados.

La Gráfica 8 muestra la relación decesos-egresos para seis capítulos de la CIE-10 priorizada según la relevancia de la relación a escala de país, y se puede observar que:

- Los problemas de salud y mortalidad asociados a las transiciones demográfica y epidemiológica prevalecen; son aquellos relativos al sistema circulatorio, las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, los tumores, el sistema respiratorio, el sistema nervioso y las malformaciones congénitas (véase Tabla A1 del anexo estadístico).
- En algunas entidades el recorrido de los seis principales padecimientos enunciados no es el mismo que a nivel nacional. Por ejemplo:
 - En Aguascalientes, Baja California, Chihuahua, Distrito Federal y Sonora el valor del indicador para los padecimientos/causas del capítulo 1 del CIE-10 (ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias) se ubican entre los primeros seis lugares en importancia.
 - Están los casos de Chiapas, Guerrero, Morelos, Nayarit, Querétaro, San Luis Potosí y Tlaxcala, donde los valores del indicador mencionado sitúa

²² La matriz de correlaciones bilaterales (r diferente de 0) indica que hay relaciones positivas estadísticamente significativas (95%) cercanas a la unidad entre los padecimientos agrupados por capítulo. Véase UCM, "Análisis de correlación lineal: Los procedimientos correlaciones bivariadas y correlaciones parciales", s.f., disponible en http://pendientedemigracion.ucm.es/info/socivmyt/paginas/D_departamento/materiales/analisis_datosyMultivariable/17corlin_SPSS.pdf (consulta: 29 de febrero de 2016).



a los padecimientos relativos a los trastornos mentales y del comportamiento entre los primeros seis; en Oaxaca esta relación también es importante, pero se ubica en la séptima posición, por abajo del valor calculado para Chiapas y Morelos.

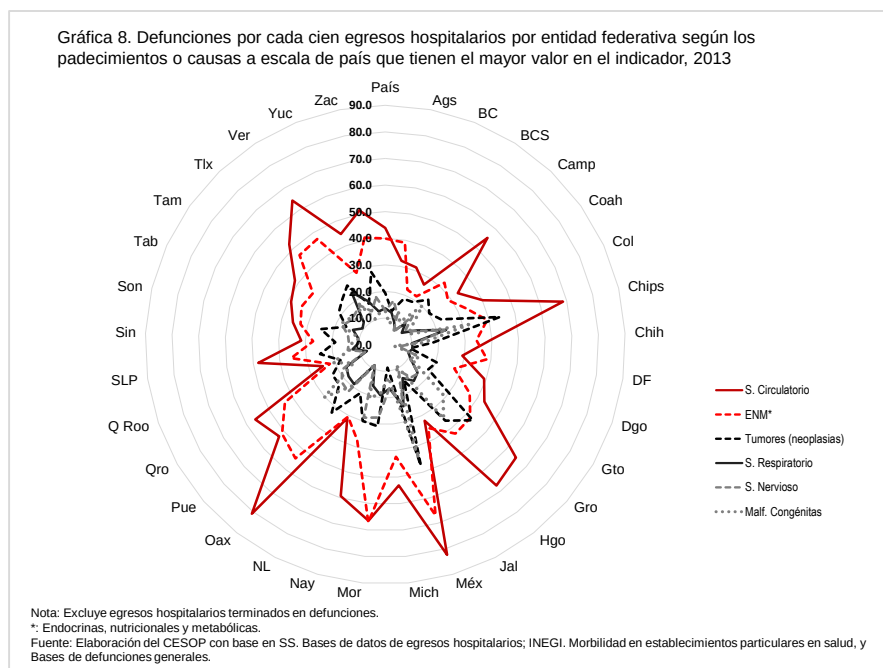
Estos padecimientos se presentan en las entidades con mayor población hablante de lengua indígena o de población que se autoadscribe como indígena. Antes de adelantar alguna hipótesis al respecto convendría al menos en los registros de la Secretaría de Salud identificar esta condición en las personas motivo del evento de egreso hospitalario.

Algunas líneas de investigación acerca de la salud de las poblaciones indígenas en América Latina han señalado que:

Los alumnos han identificado como denominador común esta dimensión política; en donde las organizaciones de pueblos indígenas poseen un papel gravitante, exigiendo un trato digno, consecuente y reparador, ya que han logrado evidenciar que muchos de los trastornos o problemas de Salud Mental que ellos tienen están asociados a la herencia histórica que por siglos se han acumulado en sus prácticas socioculturales y que, sin duda son las responsables de las actuales crisis intra e interculturales.²³

²³ Véase R. G. Bustamante y M. R Contreras, "Salud Mental en contexto indígena para Latinoamérica: Sistematización de las discusiones en el Módulo de Salud Mental del Diplomado Internacional de Postgrado en Salud Intercultural", Instituto de Estudios Indígenas y Universidad de la Frontera. Temuco – Chile, s.f., disponible en <http://www.centroetnosalud.com/>, (consulta: 29 de abril de 2016); y WHO La salud de los pueblos indígenas, Nota descriptiva No. 236, 2007, disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/es/> (consulta: 29 de abril de 2016); y CEPAL, "La salud mental de los jóvenes indígenas: un desafío pendiente", en *Salud de la población joven indígena en América Latina. Un panorama general*, Santiago de Chile, 2011.





Comentarios finales

Las transiciones demográfica y epidemiológica son procesos de largo aliento, ambos asociados en su cauce a las cambiantes condiciones económicas, sociales, ambientales y culturales. En su marco, las decisiones de política pública han configurado un diseño institucional que arrostra retos de distintas temporalidades. Por ejemplo, la necesidad de garantizar el derecho constitucional a la salud ha generado todo un espacio de quehacer público. En el caso del Sistema de Protección Social en Salud el número de afiliados a ciertos instrumentos de acceso a los servicios de salud, como en el caso del Seguro Popular, suma actualmente 57.3 millones de personas. Por supuesto, el conocimiento específico que se obtiene al utilizar fuentes de información actualizadas, como en el caso de la Encuesta Intercensal de Población y Vivienda 2015, permite complementar el análisis sobre los alcances demográficos de los registros de afiliación.

En el caso de la información de infraestructura del sector público y de los establecimientos particulares en salud se encuentra que a pesar de que éstos siguen en su localización geográfica predominantemente la ruta de las entidades de mayor desarrollo económico, o bien de mayor concentración demográfica, los establecimientos médicos del sector público logran una mayor cobertura en el territorio nacional.



Puede concluirse, dado el carácter social explícito de las decisiones de política pública en salud, la relevancia de la información en infraestructura en este campo, ya que las condiciones de salud se estructuran a partir de situaciones biosociales y que con ese carácter se configuran e impactan en las distintas unidades de organización social y territorial.

Finalmente, es necesario profundizar en los vínculos que procesos coyunturales (como las crisis económicas y financieras) tienen sobre procesos de largo aliento, y sobre sus efectos en las decisiones de política pública, expresadas en estrategias y acciones específicas para garantizar el ejercicio de derechos constitucionales, como en el caso de la difusión y promoción del gobierno federal y de los estados, para que la población tenga un mayor conocimiento de cómo acceder a los servicios de salud.



Anexo estadístico



Cuadro A1. Algunos indicadores de infraestructura y recursos humanos en salud de los sectores público y privado por entidad federativa, 2014

Entidad federativa	Sector público:			Hospitales Privados	Sector público:			Sector público: Médicos ³			Médicos privados ³	Camas censables (público)	Camas censables (privado)
	Establecimientos en salud ¹				Consultorios ²								
	Total	CE	HO		Total	Generales	Especialidades	Total	Generales	Especialistas			
00 Total	22,132	20,792	1,340	3,014	73,667	29,268	44,399	203,612	62,353	141,259	13,915	88,238	13,284
01 Aguascalientes	136	126	10	19	804	227	577	2,398	653	1,745	90	854	94
02 Baja California	296	271	25	161	1,611	531	1,080	4,941	1,244	3,697	285	2,193	435
03 Baja California Sur	136	117	19	12	596	182	414	1,609	564	1,045	16	678	53
04 Campeche	235	213	22	9	812	259	553	1,910	792	1,118	36	939	108
05 Coahuila	436	388	48	34	1,968	487	1,481	4,978	1,399	3,579	153	2,686	485
06 Colima	174	164	10	13	573	240	333	1,410	446	964	53	499	74
07 Chiapas	1,783	1,724	59	70	2,956	1,802	1,154	6,499	3,227	3,272	183	2,240	180
08 Chihuahua	575	535	40	73	2,025	734	1,291	5,065	1,682	3,383	1,291	2,800	590
09 Distrito Federal	682	574	108	282	8,769	1,795	6,974	32,801	5,567	27,234	3,346	15,669	1,898
10 Durango	519	482	37	33	1,267	560	707	3,340	983	2,357	125	1,700	71
11 Guanajuato	713	655	58	223	2,689	1,159	1,530	7,890	2,663	5,227	430	3,186	951
12 Guerrero	1,185	1,132	53	106	2,400	1,414	986	5,760	2,884	2,876	208	1,864	399
13 Hidalgo	924	894	30	122	1,923	1,114	809	4,262	1,730	2,532	922	1,347	398
14 Jalisco	1,062	996	66	210	4,130	1,390	2,740	13,888	3,174	10,714	839	6,435	717
15 México	1,503	1,394	109	474	7,094	2,832	4,262	19,726	6,156	13,570	1,690	8,198	1,965
16 Michoacán	1,072	1,018	54	152	2,778	1,404	1,374	6,909	2,265	4,644	614	2,513	566
17 Morelos	302	285	17	65	1,252	517	735	3,138	1,025	2,113	150	1,063	159
18 Nayarit	426	402	24	15	995	471	524	2,367	865	1,502	70	732	47
19 Nuevo León	623	593	30	73	3,071	801	2,270	8,102	1,814	6,288	1,039	4,172	646
20 Oaxaca	1,586	1,526	60	116	2,876	1,702	1,174	6,105	2,787	3,318	156	2,203	422
21 Puebla	1,202	1,130	72	150	3,393	1,504	1,889	8,625	2,726	5,899	322	3,867	530
22 Querétaro	318	310	8	69	990	400	590	2,959	905	2,054	143	862	395
23 Quintana roo	242	219	23	39	849	318	531	2,268	790	1,478	51	911	200
24 San Luis Potosí	625	593	32	42	1,499	622	877	4,226	1,172	3,054	234	2,416	163
25 Sinaloa	538	499	39	61	1,885	663	1,222	5,358	1,805	3,553	120	2,177	177
26 Sonora	687	643	44	47	2,145	776	1,369	5,335	1,517	3,818	166	2,901	187
27 Tabasco	717	684	33	49	2,116	1,050	1,066	4,718	1,923	2,795	78	1,591	213
28 Tamaulipas	611	567	44	51	2,290	766	1,524	6,434	2,023	4,411	203	3,002	316
29 Tlaxcala	230	214	16	41	757	348	409	2,226	914	1,312	160	681	113
30 Veracruz	1,752	1,651	101	144	4,758	2,193	2,565	11,587	4,626	6,961	513	5,089	436
31 Yucatán	346	324	22	27	1,252	477	775	3,968	983	2,985	101	1,771	99
32 Zacatecas	496	469	27	32	1,144	530	614	2,810	1,049	1,761	128	999	197

¹ CE: Unidades de Consulta Externa, HO: Unidades de Hospitalización (Integral, General, Especializado, Psiquiátrico).² Incluye sólo los consultorios de los establecimientos de consulta externa (CE) y de hospitalización (HO).³ En contacto con el paciente de establecimientos de consulta externa (CE) y de hospitalización (HO).

Fuente: Elaboración del CESOP con base en Secretaría de Salud. Recursos físicos y materiales. Infraestructura, 2014; e INEGI. Salud en establecimientos particulares.

<http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/estandar.html>http://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/consulta.aspx?p=adm&c=12

Cuadro A2. Hospitales de la Secretaría de Salud y privados por entidad federativa y número de municipios con este tipo de establecimientos de salud

Entidad federativa		Secretaría de Salud		Sector privado		Total de municipios por entidad
		Hospitales	Municipios con hospitales	Hospitales	Municipios con hospitales ¹	
00	Total	738	585	3,014	267	2,457
01	Aguascalientes	7	4	19	1	11
02	Baja California	6	5	161	5	5
03	Baja California Sur	6	4	12	2	5
04	Campeche	12	9	9	1	11
05	Coahuila	15	13	34	5	38
06	Colima	5	4	13	1	10
07	Chiapas	33	27	70	8	118
08	Chihuahua	20	11	73	4	67
09	Distrito Federal	57	16	282	16	16
10	Durango	26	20	33	2	39
11	Guanajuato	40	33	223	24	46
12	Guerrero	39	34	106	13	81
13	Hidalgo	16	15	122	15	84
14	Jalisco	38	31	210	12	125
15	México	67	54	474	40	125
16	Michoacán	26	22	152	18	113
17	Morelos	11	11	65	6	33
18	Nayarit	13	11	15	1	20
19	Nuevo León	9	9	73	6	51
20	Oaxaca	36	34	116	10	570
21	Puebla	49	45	150	11	217
22	Querétaro	5	4	69	7	18
23	Quintana Roo	11	9	39	4	10
24	San Luis Potosí	14	12	42	4	58
25	Sinaloa	22	17	61	6	18
26	Sonora	18	15	47	7	72
27	Tabasco	23	17	49	4	17
28	Tamaulipas	21	15	51	6	43
29	Tlaxcala	12	11	41	6	60
30	Veracruz	56	52	144	15	212
31	Yucatán	8	5	27	3	106
32	Zacatecas	17	16	32	4	58

¹El INEGI incluye la categoría "Otros municipios", la cual agrupa hospitales privados en el resto de los municipios de cada entidad, lo que implica que el número de municipios con este tipo de establecimientos es mayor.

Fuente: Elaboración del CESOP con base en SS. Recursos físicos y materiales. Infraestructura, 2014; e INEGI. Salud en establecimientos particulares.

<http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/estandar.html>

http://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/consulta.aspx?p=adm&c=12



Tabla A1. Afecciones en los egresos hospitalarios y principales causas de muerte por capítulo de la CIE-10 (mayores frecuencias absolutas, 2013)

Egresos hospitalarios		Causas de muerte	
Sistema circulatorio			
I10	Hipertensión esencial (primaria)	I21	Infarto agudo del miocardio
I67	Otras enfermedades cerebrovasculares	I67	Otras enfermedades cerebrovasculares
I25	Enfermedad isquémica crónica del corazón	I25	Enfermedad isquémica crónica del corazón
Endocrinas, nutricionales y metabólicas			
E11	Diabetes mellitus no insulínica dependiente	E11	Diabetes mellitus no insulínica dependiente
E14	Diabetes mellitus, no especificada	E14	Diabetes mellitus, no especificada
E87	Otros trastornos de los líquidos, de los electrolitos y del equilibrio ácido-básico	E87	Otros trastornos de los líquidos, de los electrolitos y del equilibrio ácido-básico
Tumores (neoplasias) ¹			
D25	Leiomioma del útero	C34	Tumor maligno de los bronquios y del pulmón
C50	Tumor maligno de la mama	C61	Tumor maligno de la próstata
C91	Leucemia linfocítica	C22	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares
Sistema respiratorio			
J18	Neumonía, organismo no especificado	J44	Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
J21	Bronquiolitis aguda	J18	Neumonía, organismo no especificado
J44	Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	J84	Otras enfermedades pulmonares intersticiales
Sistema nervioso			
G40	Epilepsia	G40	Epilepsia
G93	Otros trastornos del encéfalo	G30	Enfermedad de Alzheimer
G91	Hidrocefalo	G93	Otros trastornos del encéfalo
Malformaciones congénitas			
Q53	Testículo no descendido	Q24	Otras malformaciones congénitas del corazón
Q37	Fisura del paladar con labio leporino	Q89	Otras malformaciones congénitas, no clasificadas en otra parte
Q24	Otras malformaciones congénitas del corazón	Q21	Malformaciones congénitas de los tabiques cardíacos

¹ Frecuencias menores en un 7% a la tercera causa de mortalidad identificada fueron los tumores malignos de la mama y del estómago.

Fuente: Elaboración del CESOP con base en SS. Bases de datos de egresos hospitalarios; e INEGI. Bases de datos de defunciones generales.

