



BASES TÉCNICO-METODOLÓGICAS PARA EL INFORME DE MÉXICO AL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR



Derecho

a la salud

Universidad Nacional Autónoma de México
Coordinación de Humanidades-Programa Universitario de Derechos Humanos
(PUDH-UNAM)

Comisión Nacional de los Derechos Humanos
(CNDH)

**BASES TÉCNICO-METODOLÓGICAS
PARA EL INFORME DE MÉXICO AL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR**

DERECHO A LA SALUD



México, 2015

Derecho a la Salud
Edición digital (www.pudh.unam.mx): junio, 2014

DR © Programa Universitario de Derechos Humanos
de la Universidad Nacional Autónoma de México (PUDH-UNAM), 2015
Pino No. 88
Col. Villa Coyoacán, Del. Coyoacán
C.P. 04000, México, D.F.

DR © Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), 2015
Periférico Sur 3469, esquina Luis Cabrera
Col. San Jerónimo Lídice
C.P. 10200, México, D.F.

ISBN: 978-607-729-141-1 CNDH

Coordinación e investigación: Laura Elisa Pérez Gómez
Asistente de investigación: Alma Estela Fernández Ramírez

Diseño de portada: Flavio López Alcocer
Formación de interiores: Carlos Acevedo R.

Impreso en México

El material contenido en esta obra puede citarse o reproducirse libremente, a condición de que se mencione su procedencia y se envíe un ejemplar de la publicación que contenga el material reproducido al Programa Universitario de Derechos Humanos de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Contenido

I. PRÓLOGO A LA EDICIÓN IMPRESA	11
II. INTRODUCCIÓN	15
III. PRESENTACIÓN	23
IV. MATRICES DE INDICADORES	27
Organización de los Estados Americanos. Indicadores de Progreso para la Medición de Derechos Contemplados en el Protocolo de San Salvador. Derecho a la Salud	29
Bases Técnico-Metodológicas para el Primer Informe de México al Protocolo de San Salvador. Matriz de Hallazgos.* Derecho a la Salud	35
V. FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES**	51
<i>Recepción del Derecho</i>	53
Estructurales	
SaE01-SaE11. Ratificación de tratados internacionales que reconocen el derecho a la salud	55
SaE12. Incorporación en la Constitución Política del Derecho a la Salud	67
SaE13. Legislación específica que contempla el derecho a la salud	68
Procesos	
SaP01a y b. Distribución de la población según su forma de derechohabencia en servicios de salud	69
SaP02. Cobertura del registro civil	71
SaP03. Distribución de adultos mayores de 65, según su protección social en salud	72

* De acuerdo con los lineamientos metodológicos solicitados por la OEA, los indicadores se presentan con información de 2010 (OEA/Ser.L/XXV.2.1, GT/PSS/doc.2/11 rev.2 del 16 diciembre 2011, párrafo 27).

** Por su carácter cualitativo, no se incluye información en los rubros de “señales de progreso”, para dejar abierta la posibilidad de incorporar comentarios o situaciones paradigmáticas en una segunda etapa. La matriz de hallazgos conserva los enunciados propuestos por la OEA sólo como referencia.

Resultados	
SaR01. Esperanza de vida al nacimiento	74
SaR02. Tasa de mortalidad materna	76
SaR03. Tasa de mortalidad por homicidios o suicidios	78
SaR04. Porcentaje de la población con acceso a agua potable	80
SaR05. Porcentaje de la población con acceso a servicios de drenaje	82
Contexto financiero y presupuestal	85
Estructurales	
SfE01. Fuentes de financiamiento del sector salud	87
SfE02. Incentivos fiscales y subsidios para el sector privado de salud	88
SfE03. Incentivos fiscales a la industria farmacéutica privada	89
Procesos	
SfP01a y b. Porcentaje del gasto público destinado a salud, respecto del PIB y del gasto público total	90
SfP02. Gasto público per cápita en salud por entidad federativa	92
SfP03. Porcentaje de presupuesto destinado a capacitación de recursos humanos en salud	94
Resultados	
SfR01. Porcentaje del gasto del hogar en salud según decil de ingresos	96
Capacidades estatales	99
Estructurales	
ScE01. Incorporación en política pública del concepto básico de atención primaria de salud integral y universal	101
ScE02. Política nacional sobre medicamentos	102
ScE03. Asistencia técnica y financiera internacional en el área de salud	103
Procesos	
ScP01. Accesibilidad de servicios de salud por tipo de localidad	104
ScP02. Porcentaje de la población con acceso a medicamentos	106
ScP03. Disparidades público-privadas en el gasto en salud	108
ScP04 (a y b). Tasa de médicos/as (enfermeras/os) por cien mil habitantes	110
ScP05. Proporción de partos atendidos por profesionales	112

ScP06. Densidad del personal profesional auxiliar por cama censable	114
ScPn01. Porcentaje de servicios de salud subcontratados a privados	116
Resultados	
ScR01a y b. Cobertura y características de los sistemas de salud	117
ScR02a y b. Cobertura de programas de asistencia a adultos mayores	119
ScR03. Porcentaje de población usuaria de servicios por tipo	121
ScR04. Proporción de hogares con gasto en seguros de salud, según decil de ingresos	123
<i>Igualdad y no discriminación</i>	125
Estructurales	
SdE01. Regulación del aborto	127
SdE02. Ley o política nacional para personas con discapacidad física o mental	129
SdE03. Ley o política nacional de salud que considera la diversidad étnica	130
SdE04. Reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos	132
SdE05. Legislación y política de salud mental	134
Procesos	
SdP01a y b. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes y adultas	136
SdP02a y b. Abortos inducidos y estimaciones de abortos ilegales, por edad, lugar de residencia y condiciones socioeconómicas de la mujer	138
SdP03. Proporción de hogares que utilizan sistemas alternativos de atención de la salud, según decil de ingresos	140
SdP04. Características del sistema de salud sexual y reproductiva	142
SdP05. Porcentaje de menores de cinco años cubiertos por programas nutricionales	144
SdP06. Indicadores para la prevención de la transmisión materno- infantil del VIH	146
SdP07. Porcentaje de casos notificados de SIDA por transmisión perinatal	147
SdP08. Promedio de consultas prenatales por embarazada	149
SdP09. Lactancia materna durante los primeros seis meses de vida	151
SdP10. Características de los servicios públicos de salud mental	153
SdPn01. Porcentaje de infantes y adolescentes que reciben atención médica	154
SdPn02. Porcentaje de infantes que reciben asistencia en salud perinatal y hasta los 5 años	155

Resultados	
SdR01a y b. Prevalencia de desnutrición en niños/as menores de 5 años	156
SdR02. Composición por sexo de los casos notificados de SIDA según año de diagnóstico	158
SdR03. Porcentaje de personas con discapacidad con acceso a servicios de salud	160
SdR04. Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos	162
SdR05a y b. Tasa de mortalidad por cáncer de mama o cérvico-uterino	164
SdR06. Porcentaje de mujeres con control prenatal en el primer trimestre	166
SdR07a y b. Cobertura del esquema completo de vacunación	168
Acceso a información pública y participación	171
Estructurales	
SiE01. Características del sistema estadístico en materia de salud	173
SiE02. Normas de protección sobre la confidencialidad de la información personal de salud	174
SiE03. Disposiciones que requieran el consentimiento informado de la persona para aceptar o rechazar un tratamiento	175
Procesos	
SiP01. Entidades de atención a la salud con protocolos de confidencialidad de la información	176
SiP02. Acciones o campañas de asesoramiento sobre VIH/SIDA	177
SiP03. Cobertura de campañas de información para la prevención en el consumo de drogas	178
SiPn01. Cobertura de campañas de difusión sobre salud sexual y reproductiva (SE PROPONE GENERAR)	180
SiPn02. Distribución geográfica de servicios de traducción de lenguas indígenas en entidades de atención a la salud (SE PROPONE GENERAR)	181
Resultados	
SiR01. Tendencias de consumo de alcohol y drogas ilegales	182
SiR02. Subregistro de nacimientos	184
Acceso a la Justicia	185
Estructurales	
SjE01. Instancias administrativas para radicar denuncias en materia de incumplimiento de obligaciones vinculadas al derecho a la salud	187

SjE02. Competencias para recibir quejas de los usuarios del sistema de salud	188
SjE03. Acciones Constitucionales (amparos, acciones de protección, tutela)	189
SjE04. Servicios jurídicos gratuitos e integrales de protección del derecho a la salud	190
SjE05. Oficinas públicas de mediación o conciliación para resolver cuestiones vinculadas con salud	191
SjE06. Garantías procesales en los procedimientos judiciales en materia de derechos humanos	192
Procesos	
SjP01. Quejas recibidas y recomendaciones emitidas relativas al derecho a la salud, por la CNDH	194
SjPn01. Decisiones judiciales que han generado jurisprudencia en temas de salud (SE PROPONE GENERAR)	196
SjPn02. Capacitación de jueces y abogados en materia de derecho a la salud (SE PROPONE GENERAR)	197
Resultados	
No hay indicadores propuestos por la OEA en este rubro	

I. PRÓLOGO A LA EDICIÓN IMPRESA

LA IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES de mejora en la situación de los derechos humanos en México, precisa de la existencia de instrumentos de registro y medición que permitan evaluar en detalle las políticas públicas, dirigidas al cumplimiento de los compromisos del Estado Mexicano en la materia. Con objeto de contribuir a la consolidación de este tipo de instrumentos, desde 2013, el Programa Universitario de Derechos Humanos de la UNAM ha desarrollado, en una primera etapa, propuestas de indicadores para el cumplimiento de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, en el contexto del Protocolo Adicional a la Convención Americana: “Protocolo de San Salvador”. Por su parte, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, dentro de su compromiso para promover el intercambio académico con instituciones nacionales y elaborar investigación académica especializada en la materia, ha decidido contribuir a la difusión de estos trabajos mediante la publicación de los documentos técnicos correspondientes.

Cabe destacar que el Programa Nacional de Derechos Humanos 2014-2018 incluye, por primera vez y de manera enfática, la necesidad y el propósito de evaluar sistemáticamente las políticas y acciones en la materia; el objetivo 6 señala el compromiso del Estado Mexicano para “Sistematizar información en materia de derechos humanos para fortalecer las políticas públicas”; en particular, la línea de acción 6.2.3 se orienta a “Incentivar, con la colaboración del sector académico, un Sistema Nacional de Evaluación del nivel de cumplimiento de los Derechos Humanos”. El PUDH y la CNDH, entre otras instancias, se encuentran participando por convocatoria de la Secretaría de Gobernación en la elaboración del citado sistema, donde la propuesta de indicadores aquí presentados constituirán uno de los insumos fundamentales.

Complementariamente, con la finalidad de agilizar el acceso a las fichas técnicas incluidas en esta publicación, se está diseñando un espacio en línea donde se almacenará toda la información, de tal forma que se permita la consulta de la propuesta de indicadores por todas las personas e instituciones intere-

sadas y sea posible la ejecución de cálculos y comparaciones mediante series de tiempo y niveles de desglose que respondan a sus necesidades específicas. En última instancia, se pretende que la población mexicana pueda aprovechar todos los contenidos de los indicadores sugeridos, para mejorar sus capacidades de evaluación y propuesta de políticas públicas, así como para requerir la acción de los servidores públicos en el país.

Para la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y el Programa Universitario de Derechos Humanos de la Universidad Nacional Autónoma de México presentar este producto con una propuesta de indicadores sobre el Derecho a la Alimentación Adecuada en México es de suma relevancia bajo el convencimiento de que es un camino innovador y promisorio para hacer exigibles de mejor manera los derechos humanos en el país.

Lic. Luis Raúl González Pérez
Presidente de la CNDH

Dr. Luis de la Barreda Solórzano
Coordinador del PUDH-UNAM

II. INTRODUCCIÓN

LA MEDICIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

La posibilidad de medir el cumplimiento de los países en materia de derechos humanos es una labor que avanzó decididamente en las últimas dos décadas, logrando consensos fuertes a nivel mundial sobre los principios para la construcción de indicadores, así como sobre su importancia y utilidad. Las metodologías concurrentes desarrolladas por las autoridades internacionales (el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos —ACNUDH— y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos —CIDH/OEA-) han logrado rescatar desde sus bases conceptuales el sentido de los derechos humanos y han producido herramientas que hacen posible no sólo estimular procesos de evaluación del cumplimiento de derechos sobre bases objetivas, sino coadyuvar en la formulación de políticas públicas para derechos humanos basadas en evidencia empírica.

La discusión sobre indicadores de derechos humanos parte del requerimiento de los organismos internacionales encargados de monitorear el cumplimiento de los tratados en la materia, bajo el convencimiento de que la definición y el desarrollo de indicadores puede apoyar a que las acciones de los gobiernos sean más sistemáticas y transparentes, además de permitir la medición de los progresos realizados en periodos de tiempo determinados. Desde la *Declaración y Programa de Acción de Viena* de 1993, se señaló que: “Para fortalecer el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales, deberían examinarse otros métodos, como un sistema de indicadores para medir los avances hacia la realización de los derechos enunciados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”.¹

¹ Asamblea General de las Naciones Unidas. *Declaración y el Programa de Acción de Viena* aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos el 25 de junio de 1993. Párr. 98.

Esta labor se intensifica a partir del llamado del Secretario General de las Naciones Unidas (Kofi Annan) para incorporar el enfoque de derechos humanos en todas las acciones y actividades de los organismos de la ONU.² En particular, con el informe: “Derechos Humanos y Desarrollo Humano” del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, publicado en el año 2000, se propició la convergencia, tanto de los organismos de desarrollo y como los de derechos humanos del sistema, sobre la necesidad de contar con indicadores que midan la evolución de los temas relativos a derechos humanos.

Con estos antecedentes, y después de intensas actividades de investigación y consultas, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos publicó en 2008 el “Informe sobre los indicadores para promover y vigilar el ejercicio de los Derechos Humanos”,³ documento que expone el marco conceptual y metodológico adoptado y propone indicadores ilustrativos para derechos civiles y políticos, así como económicos y sociales.⁴

EL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR Y SU MECANISMO DE PROTECCIÓN

Los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (conocidos como DESC o DESCAs), son fundamentales en la región iberoamericana. El mecanismo de protección para los DESC dentro del Sistema Interamericano de Derechos Humanos en conformó en un período de 36 años. En 1988 la Asamblea General de la OEA adoptó el Protocolo de San Salvador, que entró en vigor hasta 1999. En 2005 se

² Este mandato se operacionaliza en: *Human Rights-Based Approach to Development Cooperation. Towards a Common Understanding among the UN Agencies*, 2003.

³ ACNUDH, *Informe sobre los indicadores para promover y vigilar el ejercicio de los Derechos Humanos*, HRI/MC/2008/3, 15 de mayo de 2008.

⁴ En civiles y políticos: El derecho a la libertad y a la seguridad de las personas; el derecho a participar en los asuntos públicos; el derecho a no ser sometido a tortura ni a tratos crueles inhumanos o degradantes; el derecho a la libertad de opinión y de expresión; el derecho a un juicio justo; el derecho a la vida. En DESC: el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; el derecho a una alimentación adecuada; el derecho a la educación; el derecho al trabajo; el derecho a la seguridad social; el derecho a una vivienda adecuada. Posteriormente se publicaron indicadores transversales para: el derecho a la no discriminación y a la igualdad; el derecho a la no violencia contra las mujeres.

suscriben “normas para la confección de informes periódicos” del artículo 19 del Protocolo.⁵ En el año 2010 se integra el Grupo de Trabajo para supervisión de los informes y en 2011 se aprueba la metodología general de indicadores. Finalmente, con las resoluciones que tomó la Asamblea General de la OEA, en 2012 y 2014, para aprobar los indicadores y solicitar los informes correspondientes,⁶ el mecanismo de protección apoyado en la evaluación de derechos humanos, alcanzó una meta largamente esperada.

En una primera etapa, el sistema de informes que alimenta al mecanismo de protección, se desarrolla por fases que responden a agrupamientos de derechos afines y temáticas estratégicas de acuerdo a las necesidades y prioridades de la región. Se definió como primer agrupamiento de derechos al que incluye: el derecho a la seguridad social, a la salud y a la educación;⁷ el segundo agrupamiento de derechos incluye: el derecho al trabajo y los derechos sindicales, el derecho a un medio ambiente sano, el derecho a la alimentación, y el derecho a los beneficios de la cultura.⁸ A partir del año 2019, los informes de los estados parte del Protocolo incluirán todos los derechos.

LA METODOLOGÍA DE INDICADORES PARA MEDICIÓN DE DERECHOS DEL PROTOCOLO⁹

Los objetivos principales de los indicadores que se elaboraron para el mecanismo de seguimiento al Protocolo, se orientan a contribuir a que los Estados Parte cuenten con herramientas para realizar un

⁵ El artículo 19 del Protocolo contiene, en su primer párrafo, la obligación de presentación de informes en los siguientes términos: “1. Los Estados partes en el presente Protocolo se comprometen a presentar, de conformidad con lo dispuesto por este artículo y por las correspondientes normas que al efecto deberá elaborar la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, informes periódicos respecto de las medidas progresivas que hayan adoptado para asegurar el debido respeto de los derechos consagrados en el mismo Protocolo.”

⁶ Resoluciones de la Asamblea General de la OEA: AG/RES. 2713 (XLII-O/12) y AG/RES. 2823 (XLIV-O/14).

⁷ La fecha de presentación de este primer informe fue junio de 2014.

⁸ La fecha de presentación del informe para el segundo agrupamiento es junio de 2016.

⁹ OEA, Secretaría Ejecutiva para el Desarrollo Integral, *Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador* (OEA/Ser.L/XXV.2.1, GT/PSS/doc.2/11 rev.2), 16 de diciembre de 2011. *Segundo agrupamiento de derechos* (OEA/Ser.L/XXV.2.1, GT/PSS/doc.9/13), 5 noviembre 2013.

diagnóstico de la situación de los derechos, establecer las agendas pendientes a partir de un diálogo participativo con la sociedad civil, así como para formular estrategias que satisfagan progresivamente el programa de derechos contenido en el Protocolo. Se busca también estimular en los Estados un proceso de evaluación y de medición de cumplimiento de derechos sociales que se convierta en un instrumento útil para el diseño y evaluación permanente para las políticas públicas en la materia.

En síntesis, el modelo de evaluación de los derechos humanos se fundamenta en las siguientes bases conceptuales:

- 1) Los indicadores están dirigidos a medir los alcances de las acciones que los responsables de la protección de los derechos humanos hacen para cumplir sus obligaciones; para ello, los indicadores deben reflejar las obligaciones, principios y el contenido normativo de cada derecho, enunciados en los correspondientes artículos de los tratados y en las observaciones generales de los comités.¹⁰
- 2) Para el desglose de los derechos deben precisarse las obligaciones relativas al respeto, protección y garantía de cada derecho; así como incluir los elementos para su ejercicio, relativos a su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad; además de incorporar las normas o principios comunes de los derechos humanos, tales como la no discriminación, igualdad, participación y rendición de cuentas. A partir de este desglose se tipifican los elementos constitutivos de los indicadores.
- 3) Los tipos de indicadores que se utilizan en la medición de derechos humanos son: estructurales, de proceso y de resultado. Esta tipología obedece a la necesidad de evaluar que los avances en la garantía del derecho se produzcan en tres niveles: primero, en las condiciones estructurales de la acción estatal y del contexto en el que los Estados operan; segundo, en las acciones y los procesos mismos que los Estados realizan y, tercero, en los resultados en términos del goce efectivo de los derechos que se derivan de las condiciones estructurales y las acciones concretas que el Estado ha asumido para garantizarlos.

¹⁰ Además, para fortalecer la noción de indivisibilidad e interdependencia de los derechos civiles y políticos con los DESC, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos utiliza el mismo método para todos los derechos.

La definición precisa de los indicadores para cada País, a partir de las matrices con “indicadores ilustrativos” que se proponen en la metodología, conlleva un proceso de contextualización a la situación nacional específica, así como una selección de aquéllos que cumplan con condiciones de pertinencia, consistencia estadística y confiabilidad.

El modelo metodológico de la OEA ordena a los indicadores en tres categorías conceptuales y tres principios transversales. Las categorías conceptuales responden a los distintos aspectos en los cuales se debe reflejar el avance en la garantía y la protección de los derechos. En la primera categoría, relativa a la recepción del derecho, se procura identificar información relevante sobre la forma en que cada derecho se encuentra incorporado en el sistema legal, en el aparato institucional y en las políticas públicas. La categoría sobre el contexto financiero, refiere a la disponibilidad efectiva de recursos del Estado para el gasto público social y sus compromisos presupuestarios, para evaluar la importancia que el propio Estado le está asignando al derecho en cuestión. La tercera categoría refiere a las capacidades estatales o institucionales, la cual describe los aspectos instrumentales y de disponibilidad de recursos al interior del aparato estatal para la atención de los derechos.

Los principios transversales permiten identificar los mecanismos y políticas necesarios para asegurar la protección igualitaria y no discriminatoria de los derechos, así como un adecuado nivel de información, participación, transparencia y rendición de cuentas; también se evalúan los recursos para el apropiado acceso a la justicia, que incluye el examen sobre la posibilidad de acceso a mecanismos de reclamo y protección.

El cruce entre estas dimensiones permite evaluar cuáles han sido los avances en un aspecto específico y a un determinado nivel, lo cual también proporciona información sobre los retos en la materialización del derecho en una esfera precisa de análisis. De esta forma, con la metodología es posible hacer un balance valorativo y no solo descriptivo de la manera en que los Estados Parte van avanzando hacia la garantía progresiva de los derechos.

III. PRESENTACIÓN

EL PROGRAMA UNIVERSITARIO de Derechos Humanos de la Universidad Nacional Autónoma de México (PUDH-UNAM), en el contexto del proyecto “Investigación y Desarrollo de Indicadores para Evaluación de la Situación de los Derechos Humanos”, ha desarrollado las bases técnico metodológicas para los informes al Protocolo de San Salvador, de acuerdo con los lineamientos para la elaboración de informes nacionales basados en indicadores para la medición de derechos, de la Organización de los Estados Americanos (OEA).

El presente volumen presenta los indicadores para el derecho a la salud. Estos indicadores y sus correspondientes fichas técnicas fueron sometidos a un proceso de validación en el que participaron entidades académicas y organizaciones de sociedad civil,¹ incorporadas a la “Plataforma mexicana de organizaciones de la sociedad civil para el cumplimiento al Protocolo de San Salvador” con el apoyo técnico de la Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y la oficina regional de la CEPAL. Los indicadores se entregaron (entre marzo y mayo de 2014) al Estado Mexicano, como una contribución técnico-metodológica de los actores sociales, con objeto de que pudiera utilizarlos como referencia en la elaboración del informe de México al Protocolo de San Salvador, el cual se requirió por la OEA para presentarse en 2014.

¹ Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM; Coordinación del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; Iniciativa Ciudadana y Desarrollo Social, INCIDE Social, A.C.; Observatorio de Desarrollo Social y Derechos Humanos; DECA Equipo Pueblo, A.C.; Espacio de Coordinación de Organizaciones Civiles sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Espacio DESC) - Capítulo Mexicano; Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer en México (CLADEM - México); Centro Mexicano de Derecho Ambiental; Grupo de Información en Reproducción Elegida.

El documento incluye en primera instancia dos matrices con indicadores; la primera se presenta como referencia y contiene los indicadores originalmente planteados por la OEA en su metodología;² la segunda incluye los indicadores contextualizados para México (que se construyen a partir de la propuesta base con el tamiz de la situación nacional) y los principales hallazgos identificados. Esta última matriz permite revisar de forma sintética la situación y retos que guarda el derecho a la salud en México y su política pública asociada, en términos de las categorías conceptuales y principios transversales propuestos por la OEA, a través de información objetiva.

La segunda parte del documento contiene 78 fichas técnicas de cada uno de los indicadores (36 estructurales, 26 de proceso y 19 de resultado; 7 propuestos para generar), las cuales incluyen: definición, método de cálculo, referencias justificativas, observaciones sobre la situación nacional del indicador, fuentes de información, series de datos y gráfica.

Esta labor pretende contribuir a la construcción de bases para la generación de evidencia empírica que apoye la exigibilidad y justiciabilidad de los derechos fundamentales.

² OEA, Secretaría Ejecutiva para el Desarrollo Integral, *Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador*, OEA/Ser/L/XXV.2.1, 16 de diciembre de 2011.

IV. MATRICES DE INDICADORES

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS
INDICADORES DE PROGRESO PARA LA MEDICIÓN DE DERECHOS CONTEMPLADOS EN EL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR

DERECHO A LA SALUD

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
RECEPCIÓN DEL DERECHO		
• Ratificación del Estado de los siguientes Tratados internacionales que reconocen el derecho a la salud (<i>consignar fecha</i>): i) PIDESC y Protocolo Facultativo ii) CEDAW y Protocolo Facultativo iii) CDN iv) CIEDR v) Convenios de OIT; vi) Convención sobre el estatuto de Refugiados de 1951 y su Protocolo de 1967; vii) Convención sobre el Estatuto de los apátridas de 1954, viii) Convención Interamericana para la eliminación de todas formas de discriminación contra las personas con discapacidad, ix) Convención internacional sobre la protección de todos los trabajadores migrantes y sus familias, x) Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. xi) Directrices y pautas de la Organización Panamericana de la Salud. • Incorporación en la Constitución Política (y/o constituciones estatales o provinciales) del derecho a la salud.	• Cobertura y jurisdicción de programas que otorgan prioridad a sectores vulnerables para servicios de salud. • Disponibilidad de registros para conocer número de nacimientos, defunciones, matrimonios. • Porcentajes de adultos mayores de 65 años cubiertos por programas de protección social. • Cobertura en salud de la población por sexo, edad raza/etnia, quintiles de ingreso. Desagregar por tipo de cobertura (régimen subsidiado, contributivo o mixto)	• Esperanza de vida al nacer (urbano/rural y por etnia/raza) • Tasa de mortalidad materna por grupo de edad, área geográfica, nivel educativo y quintiles de ingreso. • <i>Tasa de mortalidad por sexo debido a accidentes, homicidios o suicidios.</i> • <i>Porcentaje de la población con acceso a agua potable.</i> • <i>Porcentaje de la población con acceso a servicios de drenaje.</i>

NOTA: En letra cursiva se incorporan indicadores presentes en la matriz del documento emitido por la CIDH en 2008 (OEA/Ser/L/V/II.132, Doc. 14).

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS
INDICADORES DE PROGRESO PARA LA MEDICIÓN DE DERECHOS... (continuación)

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
RECEPCIÓN DEL DERECHO		
Legislación específica que contempla el derecho a la salud.		
Señales de progreso		
- Número y características de organizaciones de la sociedad civil reconocidas que participan en la promoción y la protección del derecho a la salud. - Reconocimiento de sistemas de salud indígena.	Estudios de satisfacción de los usuarios sobre la accesibilidad, disponibilidad y calidad de los servicios de salud.	
CONTEXTO FINANCIERO BÁSICO Y COMPROMISOS PRESUPUESTARIOS		
- Características, fuentes y porcentajes de financiamiento del sector salud - Características, tipos, monto y extensión de incentivos, deducción de impuestos (incentivos fiscales) y subsidios para el sector privado de la salud. - Características, tipos, monto y extensión de incentivos estatales a la industria farmacéutica privada.	- Porcentaje del Gasto Público Social destinado a salud - Gasto Público per cápita en atención a la salud - Gasto familiar en salud como proporción del ingreso familiar corriente - Distribución del Gasto en salud por jurisdicciones (estadales, provinciales, locales) - Porcentaje de recursos destinados a la capacitación de recursos humanos en salud.	Porcentaje promedio de ingresos del hogar gastados en salud según quintil de ingreso per cápita familiar.
Señales de progreso		
Relación entre crecimiento económicos vs. cobertura en salud en los últimos 5 años.		
CAPACIDADES ESTATALES		
- Incorporación en documentos oficiales (política pública) el concepto básico de atención primaria de salud integral y universal. - Alcance, jurisdicción y financiamiento de una política nacional sobre medicamentos esenciales, oncológicos, retrovirales, y medicamentos genéricos.	- Accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud por jurisdicción y región geográfica. - Porcentaje de la población con acceso frecuente a medicamentos esenciales oncológicos, retrovirales y o genéricos por lugar de residencia (urbano/rural)	- Cobertura, extensión, jurisdicción y financiamiento de los programas de atención primaria en salud - Cobertura de programas de asistencia a adultos mayores. - Tasa de utilización de los servicios de salud

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS
INDICADORES DE PROGRESO PARA LA MEDICIÓN DE DERECHOS... (continuación)

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
CAPACIDADES ESTATALES		
- Densidad del personal profesional auxiliar por cantidad de camas de hospital - Características, extensión, montos y gestión de asistencia técnica y financiera internacional en el área de salud.	- Porcentaje de servicios de salud de responsabilidad pública subcontratados a compañías privadas u otro tipo de efector - Disparidades público-privadas significativas en el gasto y cobertura en salud. - Cantidad de Médicos/as por habitantes - Cantidad de enfermeras/os por habitante. - Cantidad de partos atendidos por profesionales	Cobertura de planes de seguro de salud, por sexo, edad y región geográfica en calidad de cotizantes o beneficiarios.
Señales de progreso		
	Existencia de planes/políticas para fortalecer la adaptabilidad cultural de los servicios de salud bajo un enfoque de derechos y étnico.	
IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN		
- Regulación del aborto. - Ley o política nacional para los discapacitados físicos y mentales. - Ley o política nacional de salud considerando la diversidad étnica (indígenas, afrodescendientes). - Ley de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. - Tipo, número, características, jurisdicción, presupuesto y accesibilidad a los servicios de salud mental por distribución territorial.	- Porcentaje de mujeres y varones en edad de procrear que usan anticonceptivos. - Estimaciones de abortos inducidos, por edad, lugar de residencia (urbano o rural) y condiciones socioeconómicas de la mujer embarazada. - Estimaciones sobre casos de abortos ilegales, por edad, lugar de residencia (urbano o rural) y condiciones socioeconómicas de la mujer embarazada u otros datos disponibles. - Porcentaje de la población que utiliza sistemas indígenas o alternativos de atención de la salud - Características, cobertura, presupuesto y jurisdicciones en programas de salud sexual y reproductiva. - Porcentaje de niños y niñas cubiertos por programas nutricionales.	- Porcentaje de niños menores de 5 años que presentan retraso en la talla o desnutrición crónica. - Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición global. - Composición por sexo de los casos notificados de SIDA y diagnósticos VIH. - Porcentaje de discapacitados físicos o mentales que tienen acceso a servicios de instituciones públicas o sociales. - Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre población adolescente sexualmente activa - Prevalencia del uso de anticonceptivos entre población adulta sexualmente activa - Tasa de fecundidad no deseada

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS
INDICADORES DE PROGRESO PARA LA MEDICIÓN DE DERECHOS... (continuación)

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN		
	• Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que reciben periódicamente atención/controles médicos • Porcentaje de niños y niñas que reciben asistencia en salud perinatal y hasta los cinco años. • Porcentaje de mujeres embarazadas con test de HIV/SIDA. • Porcentaje de niños nacidos de madres HIV positivas que contrajeron el virus HIV/SIDA en los dos primeros años de vida (casos notificados de SIDA por transmisión vertical) • Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben asistencia en salud prenatal. • Indicadores de lactancia materna exclusiva hasta el cuarto mes y hasta el sexto mes.	• Porcentaje de mujeres que realizan periódicamente exámenes ginecológicos (PAP, mamografías) • Porcentaje de mujeres con control prenatal en el primer trimestre • Cobertura de vacunación obligatoria.
Señales de progreso		
• Características y frecuencia de encuestas de percepción de la población acerca de la relación entre fecundidad, mortalidad infantil y mortalidad materna.	• Características y frecuencia de estudios de percepción de la población en relación con enfermedades de transmisión sexual (HIV-SIDA, entre otras)	
ACCESO A INFORMACIÓN PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN		
• Características, cobertura (territorial y temática), presupuesto y jurisdicción del sistema estadístico en materia de salud. Formas y frecuencia de actualización de la información, y difusión. • Normas y regulaciones de protección del estado sobre la confidencialidad de la información personal de salud.	• Porcentaje de efectores de salud con protocolos de confidencialidad de la información sobre su salud • Cobertura de acciones o campañas de difusión por parte del estado de información sobre políticas de salud sexual y reproductiva.	• Porcentaje de niños nacidos con malformaciones fetales por consumo de alcohol y otro tipo de drogas. • Porcentaje de nacimientos no registrados en término.

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS
INDICADORES DE PROGRESO PARA LA MEDICIÓN DE DERECHOS... (continuación)

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
ACCESO A INFORMACIÓN PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN		
Disposiciones y/o legislación que requieran el consentimiento de la persona para aceptar o rechazar un tratamiento.	-Cobertura de acciones o campañas de asesoramiento a mujeres embarazadas sobre formas de transmisión madre-hijo de HIV/SIDA. - Cobertura de acciones o campañas de información y programas de difusión sobre los efectos del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. - Distribución geográfica, jurisdiccional y étnica de servicios de traducción en los efectores de salud a otros idiomas hablados en el país.	
Señales de progreso		
Características, cobertura y periodicidad de campañas de difusión del derecho a la salud.	- Características y cobertura de los medios que difunden información a las personas de sus derechos en relación con la atención a la salud. - Existencia de mecanismos permanentes participación ciudadana para la elaboración de recomendaciones en el diseño e implementación de políticas de salud.	
ACCESO A LA JUSTICIA		
- Existencia de instancias administrativas parde obligaciones vinculadas al derecho a la salud. - Competencias de los Ministerios o de las Superintendencias para recibir quejas de los usuarios del sistema de salud. - Existencia de acciones constitucionales (amparos, acciones de protección, tutela)	- Número de decisiones judiciales que ha hecho lugar a garantías en salud en general y en casos específicos (salud sexual y reproductiva, personas con HIV-SIDA; entre otras). - Número de denuncias relativas al derecho a la salud recibidas, investigadas y resueltas por las instituciones nacionales de derechos humanos competentes en el país	

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS
INDICADORES DE PROGRESO PARA LA MEDICIÓN DE DERECHOS... (continuación)

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
ACCESO A LA JUSTICIA		
- Existencia de servicios jurídicos gratuitos e integrales de protección del derecho a la salud. - Existencia de oficinas públicas de mediación o conciliación para resolver cuestiones vinculadas con salud. - Aplicación de garantías procesales en los procedimientos judiciales en materia de salud: i) independencia e imparcialidad del tribunal; ii) plazo razonable; iii) igualdad de armas; iv) cosa juzgada; v) vías recursivas de sentencias en instancias superiores.	Políticas de capacitación de jueces y abogados en materia de derecho a la salud. Cobertura temática y alcance.	
Señales de progreso		
	Características y cobertura de los medios que difunden información a las personas de sus derechos en relación con la salud. Cobertura de los servicios de traducción en lenguas indígenas.	

BASES TÉCNICO-METODOLÓGICAS PARA EL PRIMER INFORME DE MÉXICO AL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR

MATRIZ DE HALLAZGOS*. DERECHO A LA SALUD

ESTRUCTURALES		PROCESOS		RESULTADOS																									
RECEPCIÓN DEL DERECHO																													
• Ratificación de tratados internacionales (SaE01-SaE11): i) PIDESC (Si/1981); Protocolo Facultativo (No, desde 2009). ii) CEDAW (Si/1981); Protocolo Facultativo (Si/2002). iii) Convención sobre los Derechos del Niño (Si/1991) iv) Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (Si/1975) v) Convenios de OIT		• Población derechohabiente de servicios de salud –Cobertura (SaP01a):		• Esperanza de vida al nacer (SaR01):																									
		<table><tr><td></td><td>2005</td><td>2010</td></tr><tr><td>Derechohabencia urbana</td><td>49.6%</td><td>49.5%</td></tr><tr><td>Derechohabencia rural</td><td>14.7%</td><td>17.8%</td></tr><tr><td>Derechohabencia total</td><td>41.2%</td><td>42.1%</td></tr></table>			2005	2010	Derechohabencia urbana	49.6%	49.5%	Derechohabencia rural	14.7%	17.8%	Derechohabencia total	41.2%	42.1%	<table><tr><td></td><td>2005</td><td>2010</td></tr><tr><td>Mujeres</td><td>76.68</td><td>77.03</td></tr><tr><td>Hombres</td><td>71.29</td><td>71.05</td></tr><tr><td>Total nacional</td><td>73.92</td><td>73.97</td></tr></table>			2005	2010	Mujeres	76.68	77.03	Hombres	71.29	71.05	Total nacional	73.92	73.97
	2005	2010																											
Derechohabencia urbana	49.6%	49.5%																											
Derechohabencia rural	14.7%	17.8%																											
Derechohabencia total	41.2%	42.1%																											
	2005	2010																											
Mujeres	76.68	77.03																											
Hombres	71.29	71.05																											
Total nacional	73.92	73.97																											
Se observa una cobertura insuficiente y estancada en los servicios de salud de amplio espectro (no incluye “Seguro Popular”). Además en 2010 más de 38 millones de habitantes no contaban con ningún tipo de servicios.		Se produjo reducción en la esperanza de vida de hombres al aumentar la mortalidad por homicidios, del periodo 2006-2012.																											
• Población derechohabiente sólo en el “Seguro Popular” –Programa de servicios de salud para sectores vulnerables– (SaP01b):		• Tasa de mortalidad materna (SaR02):																											
		<table><tr><td></td><td>2005</td><td>2010</td></tr><tr><td>Total nacional</td><td>53.95</td><td>44.05</td></tr><tr><td>Guerrero</td><td>103.09</td><td>69.39</td></tr><tr><td>Oaxaca</td><td>80.93</td><td>71.30</td></tr></table>			2005	2010	Total nacional	53.95	44.05	Guerrero	103.09	69.39	Oaxaca	80.93	71.30														
	2005	2010																											
Total nacional	53.95	44.05																											
Guerrero	103.09	69.39																											
Oaxaca	80.93	71.30																											
No se logrará alcanzar la meta del milenio de 22.2 defunciones por 100 mil habitantes en 2015; además hay amplias brechas en las entidades federativas más pobres. Según los datos oficiales la mayoría de las muertes maternas ocurre en instituciones públicas de salud.		• Tasa de mortalidad por sexo debido a homicidios y suicidios¹ (SaR03):																											
		<table><tr><td rowspan="2"></td><td colspan="2">Tasa homicidios</td><td colspan="2">Tasa suicidios</td></tr><tr><td>2005</td><td>2010</td><td>2005</td><td>2010</td></tr><tr><td>Mujeres</td><td>2.37</td><td>4.14</td><td>1.53</td><td>1.78</td></tr><tr><td>Hombres</td><td>16.43</td><td>41.73</td><td>7.87</td><td>8.36</td></tr><tr><td>Total nacional</td><td>9.26</td><td>22.54</td><td>4.61</td><td>4.97</td></tr></table>			Tasa homicidios		Tasa suicidios		2005	2010	2005	2010	Mujeres	2.37	4.14	1.53	1.78	Hombres	16.43	41.73	7.87	8.36	Total nacional	9.26	22.54	4.61	4.97		
	Tasa homicidios		Tasa suicidios																										
	2005	2010	2005	2010																									
Mujeres	2.37	4.14	1.53	1.78																									
Hombres	16.43	41.73	7.87	8.36																									
Total nacional	9.26	22.54	4.61	4.97																									
<table><tr><td>Convenio sobre las enfermedades profesionales (C042)</td><td>Si/1937</td></tr><tr><td>Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores (C155)</td><td>Si/1984</td></tr><tr><td>Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo (C161)</td><td>Si/1987</td></tr><tr><td>Convenio sobre seguridad y salud en la construcción (C167)</td><td>Si/1991</td></tr><tr><td>Convenios sobre examen médico —industria y trabajos no industriales— (C077 y 078)</td><td>No/1946</td></tr><tr><td>Convenio sobre prestaciones en accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (C121)</td><td>No/1964</td></tr><tr><td>Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad (C130)</td><td>No/1969</td></tr><tr><td>Convenio sobre seguridad y salud en las minas (C176)</td><td>No/1955</td></tr><tr><td>Convenio sobre la protección de la maternidad (C183)</td><td>No/2000</td></tr><tr><td>Convenio sobre la seguridad y la salud en la agricultura (C184)</td><td>No/2001</td></tr><tr><td>Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo (C187)</td><td>No/2006</td></tr></table>		Convenio sobre las enfermedades profesionales (C042)	Si/1937	Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores (C155)	Si/1984	Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo (C161)	Si/1987	Convenio sobre seguridad y salud en la construcción (C167)	Si/1991	Convenios sobre examen médico —industria y trabajos no industriales— (C077 y 078)	No/1946	Convenio sobre prestaciones en accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (C121)	No/1964	Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad (C130)	No/1969	Convenio sobre seguridad y salud en las minas (C176)	No/1955	Convenio sobre la protección de la maternidad (C183)	No/2000	Convenio sobre la seguridad y la salud en la agricultura (C184)	No/2001	Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo (C187)	No/2006						
Convenio sobre las enfermedades profesionales (C042)	Si/1937																												
Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores (C155)	Si/1984																												
Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo (C161)	Si/1987																												
Convenio sobre seguridad y salud en la construcción (C167)	Si/1991																												
Convenios sobre examen médico —industria y trabajos no industriales— (C077 y 078)	No/1946																												
Convenio sobre prestaciones en accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (C121)	No/1964																												
Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad (C130)	No/1969																												
Convenio sobre seguridad y salud en las minas (C176)	No/1955																												
Convenio sobre la protección de la maternidad (C183)	No/2000																												
Convenio sobre la seguridad y la salud en la agricultura (C184)	No/2001																												
Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo (C187)	No/2006																												

* Todos los indicadores deben desagregarse por lo menos por sexo, edad, nivel socioeconómico, zona rural-urbana y pueblos indígenas.

¹ En cursivas se agregan indicadores que aparecieron en la matriz publicada en el documento OEA/Ser/L/V/II.132, Doc. 14, de julio de 2008, por su relevancia para el país.

BASES TÉCNICO-METODOLÓGICAS PARA EL PRIMER INFORME DE MÉXICO AL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR
MATRIZ DE HALLAZGOS... (continuación)

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS																																																			
RECEPCIÓN DEL DERECHO																																																					
vi) Convención sobre el estatuto de los Refugiados y Protocolo (Sí/2000). vii) Convención sobre el Estatuto de los apátridas (Sí /2000). viii) Convención Interamericana para la eliminación de todas formas de discriminación contra las personas con discapacidad (Sí/2001). ix) Convención internacional sobre la protección de todos los trabajadores migrantes y sus familias (Sí con reservas/1999). x) Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (Sí con declaración interpretativa/2007). xi) Directrices y pautas de la Organización Panamericana de la Salud. <table><tr><td>Código Sanitario Panamericano</td><td>1929</td></tr><tr><td>Protocolo Anexo al Código Sanitaria Panamericano</td><td>1954</td></tr><tr><td>Acuerdo con la Oficina Sanitaria Panamericana en México</td><td>1985</td></tr></table> • Incorporación en la Constitución Política del derecho a la salud (SaE12): Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Art. 4º. “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud ” • Legislación específica que contempla el derecho a la salud (SaE13): Ley General de Salud, 1984. La Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud.	Código Sanitario Panamericano	1929	Protocolo Anexo al Código Sanitaria Panamericano	1954	Acuerdo con la Oficina Sanitaria Panamericana en México	1985	• Cobertura del registro civil (SaP02): <table><tr><td>Cobertura Registro Nacimientos</td><td>93.4%</td><td>2009</td></tr><tr><td>-Mpios con cobertura < 50%</td><td>168</td><td>2009</td></tr><tr><td>Cobertura Registro Defunciones</td><td>96.0%</td><td>2002</td></tr></table> Las investigaciones consultadas muestran buen desempeño del indicador promedio en México; sin embargo hasta 2009, persistía un 6.6% de niños y niñas que no se registraban oportunamente. • Distribución de protección social en salud para adultos mayores de 65 años (SaP03): <table><tr><td></td><td>2005</td><td>2010</td></tr><tr><td>Derechohabiente</td><td>49.1%</td><td>51.3%</td></tr><tr><td>Sólo Seguro Popular</td><td>6.5%</td><td>20.6%</td></tr><tr><td>No derechohabiente</td><td>44.3%</td><td>28.2%</td></tr></table> La cobertura de atención para los adultos mayores se ha ampliado con base en el Seguro Popular, el cual atiende un catálogo limitado de enfermedades y excluye situaciones típicas de este rango de edad como las complicaciones de la diabetes, cáncer o enfermedades graves del corazón.	Cobertura Registro Nacimientos	93.4%	2009	-Mpios con cobertura < 50%	168	2009	Cobertura Registro Defunciones	96.0%	2002		2005	2010	Derechohabiente	49.1%	51.3%	Sólo Seguro Popular	6.5%	20.6%	No derechohabiente	44.3%	28.2%	La tasa de homicidios masculinos aumentó en más del doble; los mayores incrementos se localizan en entidades federativas con problemas de narcotráfico. Los suicidios se incrementan de forma constante desde 1990. • Porcentaje de la población con acceso a agua potable (SaR04): <table><tr><td></td><td>2005</td><td>2010</td></tr><tr><td>Total Nacional</td><td>87.1%</td><td>87.5%</td></tr><tr><td>Localidades rurales</td><td>66.6%</td><td>69.4%</td></tr><tr><td>Localidades urbanas</td><td>93.6%</td><td>93.1%</td></tr></table> La cobertura de agua potable entubada ha avanzado muy poco, la brecha urbana-rural es de 25 puntos. • Porcentaje de la población con acceso a servicios de drenaje (SaR05): <table><tr><td></td><td>2005</td><td>2010</td></tr><tr><td>Total Nacional</td><td>85.6%</td><td>89.6%</td></tr><tr><td>Localidades rurales</td><td>57.5%</td><td>67.7%</td></tr><tr><td>Localidades urbanas</td><td>94.5%</td><td>96.3%</td></tr></table> La cobertura del drenaje crece muy lentamente, la brecha urbana-rural es de más de 20 puntos.		2005	2010	Total Nacional	87.1%	87.5%	Localidades rurales	66.6%	69.4%	Localidades urbanas	93.6%	93.1%		2005	2010	Total Nacional	85.6%	89.6%	Localidades rurales	57.5%	67.7%	Localidades urbanas	94.5%	96.3%
Código Sanitario Panamericano	1929																																																				
Protocolo Anexo al Código Sanitaria Panamericano	1954																																																				
Acuerdo con la Oficina Sanitaria Panamericana en México	1985																																																				
Cobertura Registro Nacimientos	93.4%	2009																																																			
-Mpios con cobertura < 50%	168	2009																																																			
Cobertura Registro Defunciones	96.0%	2002																																																			
	2005	2010																																																			
Derechohabiente	49.1%	51.3%																																																			
Sólo Seguro Popular	6.5%	20.6%																																																			
No derechohabiente	44.3%	28.2%																																																			
	2005	2010																																																			
Total Nacional	87.1%	87.5%																																																			
Localidades rurales	66.6%	69.4%																																																			
Localidades urbanas	93.6%	93.1%																																																			
	2005	2010																																																			
Total Nacional	85.6%	89.6%																																																			
Localidades rurales	57.5%	67.7%																																																			
Localidades urbanas	94.5%	96.3%																																																			

**BASES TÉCNICO-METODOLÓGICAS PARA EL PRIMER INFORME DE MÉXICO AL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR
MATRIZ DE HALLAZGOS... (continuación)**

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS																														
RECEPCIÓN DEL DERECHO																																
Señales de progreso																																
- Número y características de organizaciones de la sociedad civil reconocidas que participan en la promoción y la protección del derecho a la salud. - Reconocimiento de sistemas de salud indígena	Estudios de satisfacción de los usuarios sobre la accesibilidad, disponibilidad y calidad de los servicios de salud.																															
CONTEXTO FINANCIERO BÁSICO Y COMPROMISOS PRESUPUESTARIOS																																
Fuentes de financiamiento del sector salud (SfE01): Ley General de Salud, fuentes de financiamiento, Art. 19. La Federación y los gobiernos de las entidades federativas, aportarán los recursos materiales, humanos y financieros que sean necesarios para la operación de los servicios de salubridad general. Incentivos Fiscales y Subsidios para el Sector Privado de Salud (SfE02): existen incentivos fiscales para el sector privado de salud, establecidos en la <i>Ley del Impuesto sobre la Renta</i>, únicamente para personas físicas como deducciones personales (Art. 151-VI).	Porcentaje del gasto público destinado a salud, respecto del PIB y del gasto público total (SfP01a y b): <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>2005</th><th>2010</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>G. salud/gasto público total</td><td>16.50</td><td>15.31</td></tr> <tr> <td>G. salud/PIB</td><td>2.64</td><td>3.09</td></tr> </tbody> </table> Aun cuando el gasto en salud en relación al PIB ha aumentado, se ubica en menos de la mitad del nivel promedio de la OCDE. La proporción respecto al gasto público total decreció durante 2000-2010. Gasto Público per cápita en salud por entidad federativa (SfP02): <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>2005</th><th>2010</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gasto per cápita prom nal</td><td>3,025</td><td>3,880</td></tr> <tr> <td>Gasto per cápita pob. aseg.</td><td>4,177</td><td>4,729</td></tr> <tr> <td>Gasto per cápita pob. no aseg.</td><td>2,085</td><td>3,172</td></tr> </tbody> </table> Existe amplia desigualdad de gasto según la calidad de aseguramiento de la población, lo cual se acentúa entre entidades.		2005	2010	G. salud/gasto público total	16.50	15.31	G. salud/PIB	2.64	3.09		2005	2010	Gasto per cápita prom nal	3,025	3,880	Gasto per cápita pob. aseg.	4,177	4,729	Gasto per cápita pob. no aseg.	2,085	3,172	Porcentaje promedio de gasto del hogar en salud según deciles de ingreso familiar (SfR01): <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>2008</th><th>2010</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingr corr tot trim prom hogar</td><td>40,056</td><td>34,969</td></tr> <tr> <td>% gasto en salud</td><td>3.1%</td><td>2.7%</td></tr> </tbody> </table> Cifras de ingresos a precios constantes de 2010. El ingreso corriente total promedio trimestral por hogar se redujo casi 13% en dos años. En cuanto al gasto en salud, por deciles de ingreso se observa una mayor desprotección del más pobre que debe destinar a este rubro una proporción mayor en 18%, respecto del promedio nacional.		2008	2010	Ingr corr tot trim prom hogar	40,056	34,969	% gasto en salud	3.1%	2.7%
	2005	2010																														
G. salud/gasto público total	16.50	15.31																														
G. salud/PIB	2.64	3.09																														
	2005	2010																														
Gasto per cápita prom nal	3,025	3,880																														
Gasto per cápita pob. aseg.	4,177	4,729																														
Gasto per cápita pob. no aseg.	2,085	3,172																														
	2008	2010																														
Ingr corr tot trim prom hogar	40,056	34,969																														
% gasto en salud	3.1%	2.7%																														

BASES TÉCNICO-METODOLÓGICAS PARA EL PRIMER INFORME DE MÉXICO AL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR
MATRIZ DE HALLAZGOS... (continuación)

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS																					
CONTEXTO FINANCIERO BÁSICO Y COMPROMISOS PRESUPUESTARIOS																							
Incentivos fiscales a la industria farmacéutica privada (SfE03): no existen.	- Gasto familiar en salud como proporción del ingreso familiar corriente.² - Distribución del Gasto en salud por entidad federativa.³ Porcentaje de recursos destinados a la capacitación de recursos humanos en salud (SfP03): <table border="1"> <tr> <td></td><td>2008</td><td>2010</td></tr> <tr> <td>Ppto. Prog. (M\$ de 2012)</td><td>2,082</td><td>1,829</td></tr> <tr> <td>Ppto Prog. / Ppto. Salud (%)</td><td>2.55</td><td>1.96</td></tr> </table> Con la caída del presupuesto del “Programa” en 2010, disminuyó la oferta de educación continua de 238,868 a 138,243 personas entre 2009 y 2010.		2008	2010	Ppto. Prog. (M\$ de 2012)	2,082	1,829	Ppto Prog. / Ppto. Salud (%)	2.55	1.96													
	2008	2010																					
Ppto. Prog. (M\$ de 2012)	2,082	1,829																					
Ppto Prog. / Ppto. Salud (%)	2.55	1.96																					
Señales de progreso																							
Relación entre crecimiento económicos vs cobertura en salud en los últimos 5 años																							
CAPACIDADES ESTATALES																							
Incorporación en la política pública del concepto básico de atención primaria de salud integral y universal (ScE01): Programa Sectorial de Salud, 2013-2018. Estrategia 6 - Construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.	Accesibilidad de servicios de salud por tipo de localidad (ScP01): <table border="1"> <tr> <td></td><td>Total</td><td>Sin acceso</td></tr> <tr> <td>Localidades</td><td>192,245</td><td>57,171</td></tr> <tr> <td>Población (miles)</td><td>112,337</td><td>3,190</td></tr> </table>		Total	Sin acceso	Localidades	192,245	57,171	Población (miles)	112,337	3,190	Cobertura, extensión, jurisdicción y financiamiento de los sistemas de salud (ScR01): <table border="1"> <tr> <td></td><td>2005</td><td>2010</td></tr> <tr> <td>Gasto púb salud (M\$ ctes 2011)</td><td>314,502.4</td><td>420,580.5</td></tr> <tr> <td>Población con seg social (miles)</td><td>41,179.2</td><td>46,541.7</td></tr> <tr> <td>Población sin seg social (miles)</td><td>58,675.8</td><td>63,993.2</td></tr> </table>		2005	2010	Gasto púb salud (M\$ ctes 2011)	314,502.4	420,580.5	Población con seg social (miles)	41,179.2	46,541.7	Población sin seg social (miles)	58,675.8	63,993.2
	Total	Sin acceso																					
Localidades	192,245	57,171																					
Población (miles)	112,337	3,190																					
	2005	2010																					
Gasto púb salud (M\$ ctes 2011)	314,502.4	420,580.5																					
Población con seg social (miles)	41,179.2	46,541.7																					
Población sin seg social (miles)	58,675.8	63,993.2																					

² Este indicador se omite pues es muy similar al SfR01.

³ El indicador se omite pues presenta variaciones originadas en diversas situaciones estructurales (tamaño de la población, desarrollo, etc.) que enmascaran conclusiones de política regional. La distribución se presenta en SfP02 que es un indicador más preciso para políticas públicas.

**BASES TÉCNICO-METODOLÓGICAS PARA EL PRIMER INFORME DE MÉXICO AL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR
MATRIZ DE HALLAZGOS... (continuación)**

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS																																																	
CAPACIDADES ESTATALES																																																			
• Política Nacional sobre medicamentos (ScE02): Programa Sectorial de Salud, 2013-2018. Estrategia 2.6. Garantizar el acceso a medicamentos e insumos para la salud de calidad. Estrategia 3.3. Garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, biológicos e insumos para la salud. • Asistencia técnica y financiera internacional en el área de salud (ScE03): Acuerdo con la Oficina Sanitaria Panamericana en México, 1985.	Debido a su gran dispersión, el 30% de las localidades del país no cuenta con acceso a servicios de salud, que corresponde a 3.2 millones de personas. • Porcentaje de la población con acceso a medicamentos por institución (ScP02): <table><tr><th></th><th>2006</th><th>2012</th></tr><tr><td>IMSS</td><td>88.3%</td><td>86.5%</td></tr><tr><td>Servs. Estat. con Seg. Popular</td><td>67.7%</td><td>66.9%</td></tr><tr><td>Promedio Nacional</td><td>n.d.</td><td>65.2%</td></tr></table> En comparación con 2006, los resultados de la ENSANUT 2012 señalan que persisten las barreras en el acceso a medicamentos. • % de servicios de salud de responsabilidad pública subcontratados a compañías privadas u otro tipo de entidades de atención a la salud (SE PROPONE GENERAR-ScPn01). • Disparidades público-privadas en el gasto en salud (ScP03): <table><tr><th></th><th>2005</th><th>2010</th></tr><tr><td>OCDE Gasto Total per cápita</td><td>2,573.8</td><td>3,340.9</td></tr><tr><td>OCDE Gasto Público per cápita</td><td>1,822.2</td><td>2,385.9</td></tr><tr><td>MEX Gasto Público per cápita</td><td>329.1</td><td>462.1</td></tr><tr><td>MEX Gasto Priv. (bolsillo + seguros) per cápita</td><td>401.7</td><td>514.5</td></tr></table> Cifras en dólares corrientes según paridad del poder adquisitivo.		2006	2012	IMSS	88.3%	86.5%	Servs. Estat. con Seg. Popular	67.7%	66.9%	Promedio Nacional	n.d.	65.2%		2005	2010	OCDE Gasto Total per cápita	2,573.8	3,340.9	OCDE Gasto Público per cápita	1,822.2	2,385.9	MEX Gasto Público per cápita	329.1	462.1	MEX Gasto Priv. (bolsillo + seguros) per cápita	401.7	514.5	El gasto público total en salud se incrementó en un promedio de 6% anual entre 2005 y 2010; si bien, la distribución de población con y sin derechohabencia de los servicios de salud se mantuvo casi sin cambio. La brecha presupuestal entre entidades es también muy significativa. • Cobertura de programas de asistencia a adultos mayores (ScR02): <table><tr><th></th><th>2010</th><th>PPADF</th><th>70 y +</th></tr><tr><td>Beneficiarios (miles)</td><td></td><td>465.0</td><td>2,105.3</td></tr><tr><td>Cobertura</td><td></td><td>82%</td><td>96%</td></tr><tr><td>Transf. (\$/mes)</td><td></td><td>862</td><td>500</td></tr></table> Los programas existentes son principalmente transferencias monetarias para seguridad social. • % Población usuaria de servicios por tipo (ScR03): <table><tr><td>Seguridad social (a)</td><td>36.4%</td></tr><tr><td>Servicios médicos privados (b)</td><td>27.4%</td></tr><tr><td>Servicios a población abierta (c)</td><td>35.9%</td></tr></table> En términos de uso de servicios, prácticamente un tercio de la población recurre a servicios médicos privados, lo que puede ser evidencia de dificultades de acceso o mala		2010	PPADF	70 y +	Beneficiarios (miles)		465.0	2,105.3	Cobertura		82%	96%	Transf. (\$/mes)		862	500	Seguridad social (a)	36.4%	Servicios médicos privados (b)	27.4%	Servicios a población abierta (c)	35.9%
	2006	2012																																																	
IMSS	88.3%	86.5%																																																	
Servs. Estat. con Seg. Popular	67.7%	66.9%																																																	
Promedio Nacional	n.d.	65.2%																																																	
	2005	2010																																																	
OCDE Gasto Total per cápita	2,573.8	3,340.9																																																	
OCDE Gasto Público per cápita	1,822.2	2,385.9																																																	
MEX Gasto Público per cápita	329.1	462.1																																																	
MEX Gasto Priv. (bolsillo + seguros) per cápita	401.7	514.5																																																	
	2010	PPADF	70 y +																																																
Beneficiarios (miles)		465.0	2,105.3																																																
Cobertura		82%	96%																																																
Transf. (\$/mes)		862	500																																																
Seguridad social (a)	36.4%																																																		
Servicios médicos privados (b)	27.4%																																																		
Servicios a población abierta (c)	35.9%																																																		

BASES TÉCNICO-METODOLÓGICAS PARA EL PRIMER INFORME DE MÉXICO AL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR
MATRIZ DE HALLAZGOS... (continuación)

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS																																				
CAPACIDADES ESTATALES																																						
	El gasto per cápita anual en salud alcanzó 977 dólares en 2010, el promedio de los países de la OCDE es 3.5 veces mayor. Además, en la OCDE, el sector público es la principal fuente de financiamiento del sector salud con un promedio de 71% en 2010; en México apenas 47% de los recursos provinieron de fondos públicos. • Tasa de médicos/as (enfermeras/os) por cien mil habitantes (ScP04 a y b): <table><tr><th></th><th>2000</th><th>2010</th></tr><tr><td>Tasa médicos/as</td><td>120.0</td><td>151.5</td></tr><tr><td>Tasa enfermeras/os</td><td>191.1</td><td>210.6</td></tr></table> Las tasas promedio no permiten identificar carencias en zonas rurales o en los sistemas de atención a población abierta. • Proporción de partos atendidos por profesionales (ScP05): <table><tr><th></th><th>2005</th><th>2010</th></tr><tr><td>Nacional</td><td>91.1%</td><td>94.1%</td></tr><tr><td>Chiapas</td><td>39.2%</td><td>50.2%</td></tr><tr><td>Guerrero</td><td>72.2%</td><td>79.6%</td></tr><tr><td>Meta ODM</td><td>90.0%</td><td>90.0%</td></tr></table> Aunque el promedio nacional cumple con la meta del milenio, las desigualdades en las entidades más pobres alcanzan hasta 44 puntos de diferencia.		2000	2010	Tasa médicos/as	120.0	151.5	Tasa enfermeras/os	191.1	210.6		2005	2010	Nacional	91.1%	94.1%	Chiapas	39.2%	50.2%	Guerrero	72.2%	79.6%	Meta ODM	90.0%	90.0%	calidad de la seguridad social y los servicios a población abierta, pues en ambos casos los registros de afiliación son mayores. • Proporción de hogares con gasto en seguros de salud, según decil de ingresos (ScR04): <table><tr><th></th><th>Total</th><th>Decil I</th><th>Decil X</th></tr><tr><td>% Hog seg méd</td><td>1.0%</td><td>0.4%</td><td>4.8%</td></tr><tr><td>Gto trim seg méd</td><td>4,686</td><td>130</td><td>7,916</td></tr></table> Según la ENIGH 2010, el 1% de los hogares gasta en seguros médicos. Este promedio de hogares es muy desigual por decil de ingresos, al igual que el gasto medio el cual es 60 veces mayor en el decil más alto respecto del más pobre.		Total	Decil I	Decil X	% Hog seg méd	1.0%	0.4%	4.8%	Gto trim seg méd	4,686	130	7,916
	2000	2010																																				
Tasa médicos/as	120.0	151.5																																				
Tasa enfermeras/os	191.1	210.6																																				
	2005	2010																																				
Nacional	91.1%	94.1%																																				
Chiapas	39.2%	50.2%																																				
Guerrero	72.2%	79.6%																																				
Meta ODM	90.0%	90.0%																																				
	Total	Decil I	Decil X																																			
% Hog seg méd	1.0%	0.4%	4.8%																																			
Gto trim seg méd	4,686	130	7,916																																			

**BASES TÉCNICO-METODOLÓGICAS PARA EL PRIMER INFORME DE MÉXICO AL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR
MATRIZ DE HALLAZGOS... (continuación)**

ESTRUCTURALES		PROCESOS		RESULTADOS			
CAPACIDADES ESTATALES							
		Densidad del personal profesional auxiliar por cantidad de camas de hospital (ScP06):					
			2000			2010	
		Enfermeras(os)/cama	2.47			2.80	
Señales de progreso							
		Existencia de planes/políticas para fortalecer la adaptabilidad cultural de los servicios de salud bajo un enfoque de derechos y étnico.					
IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN							
Regulación del aborto (SdE01):		Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes y adultas (SdP01a y b):		Prevalencia de desnutrición en niños menores de 5 años (SdR01a y b):			
Ley de Salud del Distrito Federal. Capítulo IX “De la Interrupción Legal del Embarazo”	Despenalización, 2009		2006	2009	2006	2012	
Código Penal del Distrito Federal. Capítulo V “Del Aborto”	2012	15 a 19 años	n.d.	10.3%	Desnut. Crónica	15.4%	13.6%
31 Estados de la República Mexicana.	Penalización	15 a 24 años	17.6%	22.8%	Desnut. Aguda	2.0%	1.6%
Ley o política nacional para personas con discapacidad física o mental (SdE02): Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, 2011. Programa Sectorial de Salud, 2013-2018. Estrategia 4.5. Impulsar la atención integral en salud para las personas con discapacidad.		Menos de 1 de cada cuatro mujeres de 15 a 24 años usaba anticonceptivos en 2009, en tanto el promedio de uso del total de mujeres en edad fértil es menor a 50%. No se cuenta con encuestas recientes en esta materia.		La desnutrición en México, en particular la crónica, es aún un problema importante de salud pública. En 2010, 1.5 millones de infantes se registraron con desnutrición crónica.			
		Abortos inducidos y estimaciones de abortos ilegales,⁴ por edad, lugar de residencia y condiciones socioeconómicas de la mujer embarazada (SdP02):		Composición por sexo de los casos notificados de SIDA según año de diagnóstico (SdR02):			
			Prom 1983-2008		2010		
		Total	8,617		7,041		
		Hombres	7,092		5,672		
		Mujeres	1,524		1,369		

⁴ Se conjunta en este indicador la información sobre abortos ilegales, en tanto se cuenta con una estadística formal sobre el tema.

BASES TÉCNICO-METODOLÓGICAS PARA EL PRIMER INFORME DE MÉXICO AL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR
MATRIZ DE HALLAZGOS... (continuación)

ESTRUCTURALES	PROCESOS		RESULTADOS																																		
IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN																																					
Ley o política nacional de salud considerando la diversidad étnica (SdE03): Constitución EUM. Art. 2º, Inciso BIII. Ley General de Salud. Art. 6º. “El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos: (IV Bis) Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social;” Ley de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos (SdE04): sólo en referencia a servicios de planificación familiar: Constitución EUM. Art. 4º y Ley General de Salud, Capítulo VI Servicios de Planificación Familiar, Art. 67. Anticoncepción de emergencia en NOM-005 y NOM-O46. No hay un reconocimiento amplio de derechos sexuales y reproductivos en la legislación. Legislación y políticas de Salud Mental (SdE05): Ley General de Salud, Arts. 72, 74 bis y 76. Art. 72.- “...La atención de los trastornos mentales y del comportamiento deberá brindarse con un enfoque comunitario, de reinserción psicosocial y con estricto respeto a los derechos humanos de los usuarios de estos servicios.”	<table><tr><td></td><td>2008</td><td>2010</td></tr><tr><td>Núm ILE DF</td><td>13,404</td><td>16,945</td></tr><tr><td></td><td>Menores 17 a.</td><td>Mayores 18 a.</td></tr><tr><td>Distrib. Edad</td><td>5.4%</td><td>94.6%</td></tr></table> Sólo se cuenta con una estimación nacional sobre abortos ilegales para 2006, que asciende a 874,747 casos.		2008	2010	Núm ILE DF	13,404	16,945		Menores 17 a.	Mayores 18 a.	Distrib. Edad	5.4%	94.6%	La cantidad de nuevos casos de SIDA se ha reducido anualmente, poco más del 80% de los casos notificados corresponden a hombres; sin embargo, el ritmo de reducción de los casos femeninos es menor. Porcentaje de personas con discapacidad con acceso a servicios de salud (SdR03): <table><tr><td></td><td>2000</td><td>2010</td><td>2010 Seg. Pop.</td></tr><tr><td>Nacional</td><td>45.8%</td><td>67.5%</td><td>25.3%</td></tr><tr><td>Chiapas</td><td>26.1%</td><td>61.3%</td><td>37.9%</td></tr><tr><td>Guerrero</td><td>25.5%</td><td>53.0%</td><td>28.6%</td></tr></table> El acceso a los servicios de salud para las personas con discapacidad es desigual dependiendo de su entidad de residencia, sobre todo porque el crecimiento de la derechohabencia se ha dado principalmente a través del Seguro Popular, en las entidades con mayores carencias. - Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre población adolescente sexualmente activa.⁵ Porcentaje de demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos (SdR04): <table><tr><td></td><td>2006</td></tr><tr><td>Mujeres 15-49</td><td>21.7%</td></tr><tr><td>Mujeres 15-19</td><td>48.2%</td></tr></table>			2000	2010	2010 Seg. Pop.	Nacional	45.8%	67.5%	25.3%	Chiapas	26.1%	61.3%	37.9%	Guerrero	25.5%	53.0%	28.6%		2006	Mujeres 15-49	21.7%	Mujeres 15-19	48.2%
		2008	2010																																		
	Núm ILE DF	13,404	16,945																																		
		Menores 17 a.	Mayores 18 a.																																		
	Distrib. Edad	5.4%	94.6%																																		
		2000	2010	2010 Seg. Pop.																																	
	Nacional	45.8%	67.5%	25.3%																																	
	Chiapas	26.1%	61.3%	37.9%																																	
	Guerrero	25.5%	53.0%	28.6%																																	
		2006																																			
Mujeres 15-49	21.7%																																				
Mujeres 15-19	48.2%																																				
Proporción de hogares que utilizan sistemas alternativos de atención de la salud, según decil de ingresos (SdP03): <table><tr><td></td><td>Total</td><td>Decil I</td><td>Decil X</td></tr><tr><td>% Hog med alter</td><td>3.4%</td><td>2.7%</td><td>6.6%</td></tr><tr><td>Gto trim med alter</td><td>536</td><td>1,220</td><td>757</td></tr></table> En 2010, 3.4% de hogares realizaron gastos en medicina alternativa. La proporción muestra la relativa importancia de estos sistemas en México; también es significativo el gasto medio que erogan las familias del decil más pobre, el cual es el promedio más alto de todo el espectro de hogares.			Total	Decil I	Decil X	% Hog med alter	3.4%	2.7%	6.6%	Gto trim med alter	536	1,220	757																								
	Total	Decil I	Decil X																																		
% Hog med alter	3.4%	2.7%	6.6%																																		
Gto trim med alter	536	1,220	757																																		
Características del sistema de salud sexual y reproductiva (SdP04): <table><tr><td></td><td>Gasto Total SSyR</td><td>Gasto Público SSyR</td><td>Gasto Planif. Familiar</td></tr><tr><td>2005</td><td>40,223.30</td><td>25,458.30</td><td>2,330.90</td></tr><tr><td>2009</td><td>38,445.70</td><td>25,687.00</td><td>1,882.10</td></tr></table> Millones de pesos constantes de 2006.			Gasto Total SSyR	Gasto Público SSyR	Gasto Planif. Familiar	2005	40,223.30	25,458.30	2,330.90	2009	38,445.70	25,687.00	1,882.10																								
	Gasto Total SSyR	Gasto Público SSyR	Gasto Planif. Familiar																																		
2005	40,223.30	25,458.30	2,330.90																																		
2009	38,445.70	25,687.00	1,882.10																																		

⁵ El indicador es muy similar a SdP01a, sólo se mantiene el indicador de proceso, de acuerdo con la ubicación que propone el ACNUDH.

**BASES TÉCNICO-METODOLÓGICAS PARA EL PRIMER INFORME DE MÉXICO AL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR
MATRIZ DE HALLAZGOS... (continuación)**

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS																											
IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN																													
Programa Sectorial de Salud, Estrategia 2.4 Fortalecer la atención integral y la reinserción social de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.	Entre 2005 y 2009 el gasto público en salud sexual y reproductiva se mantuvo estancado en términos reales; también la asignación a los programas de planificación familiar se redujo en casi 20%. Debido a la acumulación de casos, se requiere contar con políticas públicas e información sistematizada sobre violencia obstétrica. • Porcentaje de menores de cinco años cubiertos por programas nutricionales (SdP05): <table><tr><td></td><td>2010</td></tr><tr><td>Cobertura admva. nutricional Oportunidades</td><td>98.0%</td></tr><tr><td>Cobertura admva. Pg. Apoyo Alimentario</td><td>111.7%</td></tr></table> Las cifras disponibles corresponden a coberturas “administrativas”, es decir, respecto de las poblaciones objetivo de los propios programas. Hasta 2012, los resultados de las evaluaciones señalan que no hay un efecto estadísticamente significativo del Programa de Apoyo Alimentario sobre el crecimiento lineal de los niños; además, a partir de dicho año se elimina la entrega en especie de los suplementos y/o leche fortificada, para convertirlos en transferencias monetarias, situación que CONEVAL sugiere revertir. • Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que reciben periódicamente atención/controles médicos (SE PROPONE GENERAR-SdPn01).		2010	Cobertura admva. nutricional Oportunidades	98.0%	Cobertura admva. Pg. Apoyo Alimentario	111.7%	La cifra de casi 50% en la demanda insatisfecha de anticonceptivos para adolescentes entre 15 y 19 años, refleja una grave carencia y necesidad de instrumentación de una política pública específica. • Tasa de mortalidad por cáncer de mama o cérvico-uterino (SdR05): <table><tr><td></td><td>2005</td><td>2008</td></tr><tr><td>Cáncer de mama</td><td>15.30</td><td>16.70</td></tr><tr><td>CA cérvico-uterino</td><td>17.70</td><td>14.00</td></tr></table> Según el INSP las mujeres que viven en condiciones de desventaja social y económica, son las más afectadas por estos padecimientos. • Porcentaje de mujeres con control prenatal en el primer trimestre (SdR06): <table><tr><td></td><td>2005</td><td>2010</td></tr><tr><td>Nacional</td><td>35.4%</td><td>38.7%</td></tr><tr><td>Edo. de México</td><td>25.3%</td><td>31.9%</td></tr><tr><td>Guerrero</td><td>32.5%</td><td>34.6%</td></tr></table> Menos de 4 de cada diez mujeres reciben su primera consulta prenatal en el primer trimestre de embarazo; además, hay diferencias importantes por entidad federativa.		2005	2008	Cáncer de mama	15.30	16.70	CA cérvico-uterino	17.70	14.00		2005	2010	Nacional	35.4%	38.7%	Edo. de México	25.3%	31.9%	Guerrero	32.5%	34.6%
	2010																												
Cobertura admva. nutricional Oportunidades	98.0%																												
Cobertura admva. Pg. Apoyo Alimentario	111.7%																												
	2005	2008																											
Cáncer de mama	15.30	16.70																											
CA cérvico-uterino	17.70	14.00																											
	2005	2010																											
Nacional	35.4%	38.7%																											
Edo. de México	25.3%	31.9%																											
Guerrero	32.5%	34.6%																											

BASES TÉCNICO-METODOLÓGICAS PARA EL PRIMER INFORME DE MÉXICO AL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR
MATRIZ DE HALLAZGOS... (continuación)

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS																											
IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN																													
	• Porcentaje de niños y niñas que reciben asistencia en salud perinatal y hasta los cinco años (SE PROPONE GENERAR-SdPn02). • Indicadores para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH (SdP06): <table><tr><td></td><td>2010</td></tr><tr><td>% Embarazadas serop. con antirretrovirales</td><td>43.2%</td></tr><tr><td>% Embarazadas con prueba de VIH</td><td>En proceso</td></tr></table> A pesar del compromiso firmado por México ante ONUSIDA en 2011, todavía no se presenta toda la información desglosada para dar seguimiento a esta epidemia. • Porcentaje de casos notificados de SIDA por transmisión perinatal (SdP07): <table><tr><td></td><td>2005</td><td>2010</td></tr><tr><td>Casos trans. Perinatal</td><td>158</td><td>103</td></tr><tr><td>% Perinatal/Tot. casos</td><td>2.3%</td><td>1.6%</td></tr></table> El número de casos de SIDA por transmisión perinatal creció de forma constante hasta 2003, a partir de ese año los casos y su proporción respecto del total se han reducido año con año. • Promedio de consultas prenatales por embarazada (SdP08):		2010	% Embarazadas serop. con antirretrovirales	43.2%	% Embarazadas con prueba de VIH	En proceso		2005	2010	Casos trans. Perinatal	158	103	% Perinatal/Tot. casos	2.3%	1.6%	• Cobertura del esquema completo de vacunación, al año y dos años de edad (SdR07): <table><tr><td></td><td>2006</td><td>2010</td><td>2012</td></tr><tr><td>Esquema compl. Niños 1 año (sitio ODMs)</td><td>71.1%</td><td>80.7%</td><td>86.5%</td></tr><tr><td>Esquema compl., 15 a 23 meses (encuestas)</td><td>79.4%</td><td>38.0%</td><td>51.0%</td></tr></table> La información de la “cobertura administrativa” de vacunación es mucho mayor a la calculada en encuestas especializadas, a pesar de ello México aún no alcanza la meta de cobertura del 90%. La ENSANUT 2012 advierte que, con excepción de la vacuna BCG, los demás biológicos presentan coberturas insuficientes.		2006	2010	2012	Esquema compl. Niños 1 año (sitio ODMs)	71.1%	80.7%	86.5%	Esquema compl., 15 a 23 meses (encuestas)	79.4%	38.0%	51.0%
	2010																												
% Embarazadas serop. con antirretrovirales	43.2%																												
% Embarazadas con prueba de VIH	En proceso																												
	2005	2010																											
Casos trans. Perinatal	158	103																											
% Perinatal/Tot. casos	2.3%	1.6%																											
	2006	2010	2012																										
Esquema compl. Niños 1 año (sitio ODMs)	71.1%	80.7%	86.5%																										
Esquema compl., 15 a 23 meses (encuestas)	79.4%	38.0%	51.0%																										

**BASES TÉCNICO-METODOLÓGICAS PARA EL PRIMER INFORME DE MÉXICO AL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR
MATRIZ DE HALLAZGOS... (continuación)**

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS																																				
IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN																																						
	<table><tr><td></td><td>2005</td><td>2010</td></tr><tr><td>Nacional</td><td>5.0</td><td>4.9</td></tr><tr><td>Edo. de México</td><td>4.3</td><td>4.6</td></tr><tr><td>Guerrero</td><td>4.0</td><td>4.3</td></tr></table> Entre 2005 y 2010 no se logró incrementar el promedio nacional de consultas por embarazada. Lactancia materna durante los primeros seis meses de vida (SdP09): <table><tr><td></td><td>ENSANUT 2006</td><td>ENSANUT 2012</td></tr><tr><td>LM exclusiva <6 meses</td><td>22.3%</td><td>14.4%</td></tr><tr><td>LM exclusiva <6 meses. Rural</td><td>36.9%</td><td>18.5%</td></tr></table> La conclusión de la ENSANUT12 ante el deterioro de la lactancia materna es que no será posible mejorarla sin implementar estrategias de corresponsabilidad y de rendición de cuentas. Características de los servicios públicos de salud mental (SdP10): <table><tr><td></td><td>Hosp. Psiquiátr.</td><td>Presupuesto</td><td colspan="2">Especialistas (x 100 mil hab)</td></tr><tr><td></td><td>Camas x 100 mil hab</td><td>(% Pto Salud)</td><td>Psicólogos</td><td>Psiquiatras</td></tr><tr><td>Indicador</td><td>5.0</td><td>2%</td><td>1.4</td><td>1.6</td></tr></table>		2005	2010	Nacional	5.0	4.9	Edo. de México	4.3	4.6	Guerrero	4.0	4.3		ENSANUT 2006	ENSANUT 2012	LM exclusiva <6 meses	22.3%	14.4%	LM exclusiva <6 meses. Rural	36.9%	18.5%		Hosp. Psiquiátr.	Presupuesto	Especialistas (x 100 mil hab)			Camas x 100 mil hab	(% Pto Salud)	Psicólogos	Psiquiatras	Indicador	5.0	2%	1.4	1.6	
	2005	2010																																				
Nacional	5.0	4.9																																				
Edo. de México	4.3	4.6																																				
Guerrero	4.0	4.3																																				
	ENSANUT 2006	ENSANUT 2012																																				
LM exclusiva <6 meses	22.3%	14.4%																																				
LM exclusiva <6 meses. Rural	36.9%	18.5%																																				
	Hosp. Psiquiátr.	Presupuesto	Especialistas (x 100 mil hab)																																			
	Camas x 100 mil hab	(% Pto Salud)	Psicólogos	Psiquiatras																																		
Indicador	5.0	2%	1.4	1.6																																		

BASES TÉCNICO-METODOLÓGICAS PARA EL PRIMER INFORME DE MÉXICO AL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR
MATRIZ DE HALLAZGOS... (continuación)

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS									
IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN											
	La atención de las enfermedades mentales no está del todo integrada en los programas de salud en general y es insuficiente el trabajo multidisciplinario. La carencia de servicios en el primer nivel de atención imposibilita la detección temprana (conclusiones Informe OMS 2011).										
Señales de progreso											
Características y frecuencia de encuestas de percepción de la población acerca de la relación entre fecundidad, mortalidad infantil y mortalidad materna.	Características y frecuencia de estudios de percepción de la población en relación con enfermedades de transmisión sexual (HIV-SIDA, entre otras).										
ACCESO A INFORMACIÓN PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN											
Características del sistema estadístico en materia de salud (SiE01): Ley General de Salud. Art. 104. " La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, y de conformidad con la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, captarán, producirán y procesarán la información necesaria para el proceso de planeación, programación, presupuestación y control del Sistema Nacional de Salud, así como sobre el estado y evolución de la salud pública". Normas de protección sobre la confidencialidad de la información personal de salud (SiE02): Ley Federal de Datos Personales. Art. 1º.- "La presente	Porcentaje de entidades de atención a la salud con protocolos de confidencialidad de la información (SiP01): Todas las entidades que prestan servicios de salud están obligadas por la Ley General de Salud a cumplir la NOM-168-SSA-1-1998, la cual contiene la Carta de los Derechos de los Pacientes, donde se especifica que todo paciente debe ser tratado con confidencialidad. - Cobertura de acciones o campañas de difusión con información sobre políticas de salud sexual y reproductiva (SE PROPONE GENERAR - SiPn01).	Tendencias de consumo de alcohol y drogas ilegales (SiR01): <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>2008</th><th>2011</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>% Nal consumo drogas ilegales último año</td><td>1.4%</td><td>1.5%</td></tr> <tr> <td>% Nacional con dependencia alcohol</td><td>5.0%</td><td>6.2%</td></tr> </tbody> </table> El consumo de drogas ilegales en la población de 12 a 65 años se mantuvo sin cambio significativo entre 2008 y 2011; sin embargo, el consumo y dependencia del alcohol se incrementó a una tasa de 7.4% promedio anual en el período citado.		2008	2011	% Nal consumo drogas ilegales último año	1.4%	1.5%	% Nacional con dependencia alcohol	5.0%	6.2%
	2008	2011									
% Nal consumo drogas ilegales último año	1.4%	1.5%									
% Nacional con dependencia alcohol	5.0%	6.2%									

**BASES TÉCNICO-METODOLÓGICAS PARA EL PRIMER INFORME DE MÉXICO AL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR
MATRIZ DE HALLAZGOS... (continuación)**

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS																																						
ACCESO A INFORMACIÓN PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN																																								
Ley es de orden público y de observancia general en toda la República y tiene por objeto la protección de los datos personales en posesión de los particulares, con la finalidad de regular su tratamiento legítimo, controlado e informado, a efecto de garantizar la privacidad y el derecho a la autodeterminación informativa de las personas.” • Disposiciones que requieran el consentimiento de la persona para aceptar o rechazar un tratamiento (SiE03): <table><tr><td>Ley General de Salud</td><td>Arts. 100, 320 y 321</td></tr><tr><td>Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios Médicos</td><td>Arts. 80 y 81</td></tr><tr><td>Carta de los Derechos Generales de los Pacientes</td><td>Punto 5</td></tr></table>	Ley General de Salud	Arts. 100, 320 y 321	Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios Médicos	Arts. 80 y 81	Carta de los Derechos Generales de los Pacientes	Punto 5	• Acciones o campañas de asesoramiento sobre VIH/SIDA (SiP02): <table><tr><td></td><td>2010</td></tr><tr><td>% Profesionales del sexo que han recibido prog. prevención</td><td>59.7%</td></tr><tr><td>% Hombres que tienen sexo con hombres que han recibido prog. prevención</td><td>40.7%</td></tr><tr><td>% Establecimientos que realizan pruebas y consejería</td><td>44.8%</td></tr></table> CENSIDA indica que es necesario incrementar los recursos para la prevención del VIH y darle continuidad a la focalización de la prevención en las poblaciones clave para asegurar el mayor acceso a los servicios. • Cobertura de campañas de información o programas de difusión para la prevención en el consumo de drogas (SiP03): <table><tr><td></td><td>2008</td><td>2011</td></tr><tr><td>Total</td><td>30.7%</td><td>67.1%</td></tr><tr><td>Prevención en escuela</td><td>55.5%</td><td>89.0%</td></tr><tr><td>Prevención en el trabajo</td><td>8.7%</td><td>n.d.</td></tr><tr><td>Prevención en la comunidad</td><td>18.3%</td><td>2.3%</td></tr><tr><td>Prevención en otros lugares</td><td>17.5%</td><td>8.7%</td></tr></table> El esfuerzo de prevención se concentró en la población de estudiantes, se requiere incrementar las acciones en la comunidad.		2010	% Profesionales del sexo que han recibido prog. prevención	59.7%	% Hombres que tienen sexo con hombres que han recibido prog. prevención	40.7%	% Establecimientos que realizan pruebas y consejería	44.8%		2008	2011	Total	30.7%	67.1%	Prevención en escuela	55.5%	89.0%	Prevención en el trabajo	8.7%	n.d.	Prevención en la comunidad	18.3%	2.3%	Prevención en otros lugares	17.5%	8.7%	• Subregistro de nacimientos (SiR02): <table><tr><td>Subregistro nacimientos Nacional</td><td>5.8%</td></tr><tr><td>Subregistro nacimientos Quintana Roo</td><td>20.0%</td></tr><tr><td>Subregistro nacimientos Chiapas</td><td>17.0%</td></tr></table> Para 1999 UNICEF calculó un subregistro promedio de casi 6% de nacimientos, así como situaciones muy graves en estados como Quintana Roo y Chiapas. Para 2010 estima que el subregistro se redujo; sin embargo, no hay información suficiente para precisar el dato. UNICEF recomienda incorporar una pregunta específica en alguna encuesta nacional para dar seguimiento al tema.	Subregistro nacimientos Nacional	5.8%	Subregistro nacimientos Quintana Roo	20.0%	Subregistro nacimientos Chiapas	17.0%
Ley General de Salud	Arts. 100, 320 y 321																																							
Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios Médicos	Arts. 80 y 81																																							
Carta de los Derechos Generales de los Pacientes	Punto 5																																							
	2010																																							
% Profesionales del sexo que han recibido prog. prevención	59.7%																																							
% Hombres que tienen sexo con hombres que han recibido prog. prevención	40.7%																																							
% Establecimientos que realizan pruebas y consejería	44.8%																																							
	2008	2011																																						
Total	30.7%	67.1%																																						
Prevención en escuela	55.5%	89.0%																																						
Prevención en el trabajo	8.7%	n.d.																																						
Prevención en la comunidad	18.3%	2.3%																																						
Prevención en otros lugares	17.5%	8.7%																																						
Subregistro nacimientos Nacional	5.8%																																							
Subregistro nacimientos Quintana Roo	20.0%																																							
Subregistro nacimientos Chiapas	17.0%																																							

**BASES TÉCNICO-METODOLÓGICAS PARA EL PRIMER INFORME DE MÉXICO AL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR
MATRIZ DE HALLAZGOS... (continuación)**

ESTRUCTURALES		PROCESOS		RESULTADOS	
ACCESO A INFORMACIÓN PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN					
		Distribución geográfica y étnica de servicios de traducción en las entidades de atención a la salud a otros idiomas hablados en el país (SE PROPONE GENERAR - SiPn02).			
Señales de progreso					
Características, cobertura y periodicidad de campañas de difusión del derecho a la salud.		- Características y cobertura de los medios que difunden información a las personas de sus derechos en relación con la atención a la salud. - Existencia de mecanismos permanentes de participación ciudadana para la elaboración de recomendaciones en el diseño e implementación de políticas de salud.			
ACCESO A LA JUSTICIA					
Instancias administrativas para radicar denuncias en materia de incumplimiento de obligaciones vinculadas al derecho a la salud (SjE01): el <i>Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud</i> debe: brindar información sobre los trámites y servicios que aplican en la Secretaría de Salud, atender consultas y peticiones ciudadanas, captar quejas y denuncias. Competencias para recibir quejas de los usuarios del sistema de salud (SjE02):		- Número de decisiones judiciales que ha hecho lugar a garantías en salud en general y en temas específicos (SE PROPONE GENERAR - SjPn01). Número de quejas recibidas y recomendaciones emitidas relativas al derecho a la salud, por la CNDH (SjP01):		No hay indicadores propuestos por la OEA.	
Ley General de Salud		Arts. 51 Bis 3 y 54			
Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica		Art. 51			

**BASES TÉCNICO-METODOLÓGICAS PARA EL PRIMER INFORME DE MÉXICO AL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR
MATRIZ DE HALLAZGOS... (continuación)**

ESTRUCTURALES		PROCESOS	RESULTADOS				
ACCESO A LA JUSTICIA							
• Acciones constitucionales (amparos, acciones de protección, tutela) (SjE03): <table><tr><td>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos</td><td>Arts. 103 y 107</td></tr><tr><td>Ley de Amparo, Reglamentaria de los Artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos</td><td>2013</td></tr></table>		Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Arts. 103 y 107	Ley de Amparo, Reglamentaria de los Artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	2013	Las quejas que recibe la CNDH en materia de salud se incrementaron a un ritmo de 19% anual entre 2005 y 2010, constituyendo del orden del 25% del total de quejas que recibe el órgano. Las situaciones graves que han dado lugar a recomendaciones se sitúan en alrededor del 10%, respecto del total. • Capacitación de jueces y abogados en materia de derecho a la salud (SE PROPONE GENERAR - SjPn02).	
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Arts. 103 y 107						
Ley de Amparo, Reglamentaria de los Artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	2013						
• Servicios jurídicos gratuitos e integrales de protección del derecho a la salud (SjE04): "...la Comisión Nacional de los Derechos Humanos tendrá competencia en todo el territorio nacional para conocer de quejas relacionadas con presuntas violaciones a los derechos humanos cuando éstas fueren atribuibles a autoridades y servidores públicos de carácter federal, con excepción de los del Poder Judicial de la Federación." (Art. 9, Reglamento Interior). • Oficinas públicas de mediación o conciliación para resolver cuestiones vinculadas con salud (SjE05): desde 1996, la <i>Comisión Nacional de Arbitraje Médico</i> tiene por objeto contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios.							

**BASES TÉCNICO-METODOLÓGICAS PARA EL PRIMER INFORME DE MÉXICO AL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR
MATRIZ DE HALLAZGOS... (continuación)**

ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
ACCESO A LA JUSTICIA		
• Garantías procesales en los procedimientos judiciales (SjE06): i) Independencia e imparcialidad del tribunal, Artículo 17 Constitucional ii) Plazo razonable. Artículos 16 y 19 Constitucionales iii) Igualdad de armas. Artículo 20-IV Constitucional iv) Cosa juzgada. Artículo 23 Constitucional v) Vías recursivas de sentencias en instancias superiores. Artículo 103 Constitucional Se identifica como una limitación a las garantías procesales en México a la figura del “arraigo”. NOTA: La sistematización sobre la aplicación de garantías en materia del derecho a la salud constituye un indicador de procesos y, en su caso, se requerirá solicitar su generación al Poder Judicial.		
Señales de progreso		
	• Características y cobertura de los medios que difunden información a las personas de sus derechos en relación con la salud. Cobertura de los servicios de traducción en lenguas indígenas.	

V. FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES

Recepción del Derecho

INDICADOR:
RATIFICACIÓN DE TRATADOS INTERNACIONALES QUE RECONOCEN EL DERECHO A LA SALUD (I)

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Ratificación de tratados internacionales que reconocen el derecho a la salud (i)	Clave del Indicador	SaE01
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Ratificación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y Protocolo Facultativo		
Cumplimiento	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales - Sí Protocolo Facultativo – No		
Reservas, declaraciones interpretativas	Ninguna al PIDESC. El Protocolo Facultativo del PIDESC se abrió a firma, desde el 24/09/2009. México aún no lo ha ratificado.		
Vigencia	PIDESC 12/05/1981		
Fuentes de información	Suprema Corte de Justicia de la Nación http://www2.scjn.gob.mx/red/constitucion/ Consulta: 14/ene/2014		
Unidad de observación	Tratado	Frecuencia de observación	Trianual

DATOS PARA EL INFORME:

PIDESC	Sí/1981
Protocolo Facultativo PIDESC	No desde 2009

INDICADOR:
RATIFICACIÓN DE TRATADOS INTERNACIONALES QUE RECONOCEN EL DERECHO A LA SALUD (II)

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Ratificación de tratados internacionales que reconocen el derecho a la salud (ii)	Clave del Indicador	SaE02
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Ratificación de La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y Protocolo Facultativo		
Cumplimiento	CEDAW- Sí Protocolo Facultativo – Sí		
Reservas, declaraciones interpretativas	Ninguna		
Vigencia	CEDAW - 12/05/1981 Protocolo Facultativo - 03/05/2002		
Fuentes de información	Suprema Corte de Justicia de la Nación http://www2.scjn.gob.mx/red/constitucion/ Consulta: 16/ene/2014		
Unidad de observación	Convención	Frecuencia de observación	Triannual

DATOS PARA EL INFORME:

CEDAW	Si/1981
Protocolo Facultativo CEDAW	Si/2002

INDICADOR:
RATIFICACIÓN DE TRATADOS INTERNACIONALES QUE RECONOCEN EL DERECHO A LA SALUD (III)

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Ratificación de tratados internacionales que reconocen el derecho a la salud (iii)	Clave del Indicador	SaE03
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)		
Cumplimiento	CDN – Sí		
Reservas, declaraciones interpretativas	Ninguna		
Vigencia	25/01/1991		
Fuentes de información	Suprema Corte de Justicia de la Nación http://www2.scjn.gob.mx/red/constitucion/ Consulta: 16/ene/2014		
Unidad de observación	Convención	Frecuencia de observación	Triannual

DATOS PARA EL INFORME:

CDN	Sí/1991
-----	---------

INDICADOR:
RATIFICACIÓN DE TRATADOS INTERNACIONALES QUE RECONOCEN EL DERECHO A LA SALUD (IV)

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Ratificación de tratados internacionales que reconocen el derecho a la salud (iv)	Clave del Indicador	SaE04
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Ratificación de La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial (CIEDR)		
Cumplimiento	CIEDR – Sí		
Reservas, declaraciones interpretativas	Ninguna		
Vigencia	13/06/1975		
Fuentes de información	Suprema Corte de Justicia de la Nación http://www2.scjn.gob.mx/red/constitucion/ Consulta: 16/ene/2014		
Unidad de observación	Convención	Frecuencia de observación	Trianual

DATOS PARA EL INFORME:

CIEDR	Sí/1975
-------	---------

INDICADOR:
RATIFICACIÓN DE TRATADOS INTERNACIONALES QUE RECONOCEN EL DERECHO A LA SALUD (V)

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Ratificación de tratados internacionales que reconocen el derecho a la salud (v)	Clave del Indicador	SaE05
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Ratificación de principales Convenios de la Organización Internacional del Trabajo que reconocen el Derecho a la Salud: C042 - Convenio sobre las enfermedades profesionales 1934 (núm.42) C155 - Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores,1981 (núm. 155) C161 - Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985 (núm. 161) C167 - Convenio sobre seguridad y salud en la construcción, 1988 (núm. 167) http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312201:NO		
Cumplimiento	C042 – Sí. C155 – Sí. C161 – Sí. C167 - Sí		
Reservas, declaraciones interpretativas	Convenios relevantes de la Organización Internacional del Trabajo que reconocen el Derecho a la Salud, que México aún no ha ratificado: C077 y C078 - Convenio sobre el examen médico de los menores (industria y trabajos no industriales). Adopción en Montreal, 29ª reunión CIT desde: 09/10/1946. C121 - Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Adopción: Ginebra, 48ª reunión CIT desde: 08 julio 1964. C130 - Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad. Adopción, Ginebra, 53ª reunión CIT desde: 25 junio 1969. C176 - Convenio sobre seguridad y salud en las minas. Adopción: Ginebra, 82ª reunión CIT desde: 22 junio 1995. C183 Convenio sobre la protección de la maternidad. Adopción: Ginebra, 88ª reunión CIT desde: 15 junio 2000. C184 - Convenio sobre la seguridad y la salud en la agricultura. Adopción: Ginebra, 89ª reunión CIT desde: 21 junio 2001. C187 - Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo. Adopción: Ginebra, 95ª reunión CIT desde: 15 junio 2006.		
Vigencia	C042-25/09/1937 (DOF). C155-01/02/1984 (DOF). C161-13/04/1987 (DOF). C167-25/01/1991 (DOF).		

RATIFICACIÓN DE TRATADOS INTERNACIONALES QUE RECONOCEN EL DERECHO... (continuación)

Fuentes de información	Organización Internacional del Trabajo http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:11200:0::NO:11200:P11200_COUNTRY_ID:102764 Orden Jurídico Nacional http://www.ordenjuridico.gob.mx/Publicaciones/CDs2012/CDTratados/cd_tratados.php Consulta: 17/ene/2014		
Unidad de observación	Convenio	Frecuencia de observación	Trianual

DATOS PARA EL INFORME:

Convenio sobre las enfermedades profesionales (C042)	Si/1937
Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, (C155)	Si/1984
Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo, (C161)	Si/1987
Convenio sobre seguridad y salud en la construcción, (C167)	Si/1991
Convenios sobre examen médico a menores -industria y trabajos no industriales- (C077 y 078)	No/1946
Convenio sobre prestaciones en accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, (C121)	No/1964
Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, (C130)	No/1969
Convenio sobre seguridad y salud en las minas, (C176)	No/1955
Convenio sobre la protección de la maternidad, (C183)	No/2000
Convenio sobre la seguridad y la salud en la agricultura, (C184)	No/2001
Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, (C187)	No/2006

INDICADOR:
RATIFICACIÓN DE TRATADOS INTERNACIONALES QUE RECONOCEN EL DERECHO A LA SALUD (VI)

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Ratificación de tratados internacionales que reconocen el derecho a la salud (vi)	Clave del Indicador	SaE06
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Ratificación de la Convención sobre el Estatuto de Refugiados de 1951 y su Protocolo Facultativo de 1967.		
Cumplimiento	Convención sobre el Estatuto de Refugiados de 1951- Sí Protocolo Facultativo de 1967- Sí		
Reservas, declaraciones interpretativas	Ninguna		
Vigencia	25/08/2000		
Fuentes de información	Suprema Corte de Justicia de la Nación http://www2.scjn.gob.mx/red/constitucion/ Consulta: 17/ene/2014		
Unidad de observación	Convención	Frecuencia de observación	Triannual

DATOS PARA EL INFORME:

Convención sobre el Estatuto de Refugiados de 1951	Si/2000
Protocolo Facultativo. Convención sobre el Estatuto de Refugiados	Si/2000

INDICADOR:
RATIFICACIÓN DE TRATADOS INTERNACIONALES QUE RECONOCEN EL DERECHO A LA SALUD (VII)

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Ratificación de tratados internacionales que reconocen el derecho a la salud (vii)	Clave del Indicador	SaE07
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Ratificación de La Convención sobre el Estatuto de los apátridas de 1954.		
Cumplimiento	Convención sobre el Estatuto de los apátridas de 1954 – Sí		
Reservas, declaraciones interpretativas	Ninguna		
Vigencia	25/08/2000		
Fuentes de información	Suprema Corte de Justicia de la Nación http://www2.scjn.gob.mx/red/constitucion/ Consulta: 20/ene/2014		
Unidad de observación	Convención	Frecuencia de observación	Triannual

DATOS PARA EL INFORME:

Convención sobre el Estatuto de los apátridas de 1954 – Sí	Sí/2000
--	---------

INDICADOR:
RATIFICACIÓN DE TRATADOS INTERNACIONALES QUE RECONOCEN EL DERECHO A LA SALUD (VIII)

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Ratificación de tratados internacionales que reconocen el derecho a la salud (viii)	Clave del Indicador	SaE08
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Ratificación de la Convención Interamericana para la eliminación de todas formas de discriminación contra las personas con discapacidad		
Cumplimiento	Convención Interamericana para la eliminación de todas formas de discriminación contra las personas con discapacidad – Sí		
Reservas, declaraciones interpretativas	Ninguna		
Vigencia	12/03/2001		
Fuentes de información	Suprema Corte de Justicia de la Nación http://www2.scjn.gob.mx/red/constitucion/ Consulta: 20/ene/2014		
Unidad de observación	Convención	Frecuencia de observación	Triannual

DATOS PARA EL INFORME:

Convención Interamericana para la eliminación de todas formas de discriminación contra las personas con discapacidad	Sí/2001
--	---------

INDICADOR:
RATIFICACIÓN DE TRATADOS INTERNACIONALES QUE RECONOCEN EL DERECHO A LA SALUD (IX)

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Ratificación de tratados internacionales que reconocen el derecho a la salud (ix)	Clave del Indicador	SaE09
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Ratificación de La Convención Internacional Sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migrantes y sus Familias.		
Cumplimiento	Convención Internacional Sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migrantes y sus Familias –Sí		
Reservas, declaraciones interpretativas	Declaración Interpretativa: Al ratificar la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos reafirma su voluntad política de lograr la protección internacional de los derechos de todos los trabajadores migratorios, de acuerdo con lo dispuesto por este instrumento internacional. Todas las disposiciones de esta Convención se aplicarán de conformidad con su legislación nacional. Reserva: El Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos hace reserva expresa respecto del párrafo 4 del Artículo 22 de esta Convención, exclusivamente por lo que se refiere a la aplicación del artículo 33 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 125 de la Ley General de Población.		
Vigencia	13/08/1999		
Fuentes de información	Orden Jurídico Nacional http://www.ordenjuridico.gob.mx/Publicaciones/CDs2012/C DTratados/pdf/M491.html Consulta: 21/Ene/2014		
Unidad de observación	Convención	Frecuencia de observación	Triannual

DATOS PARA EL INFORME:

Convención Internacional Sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migrantes y sus Familias	Sí con reservas/1999
---	----------------------

INDICADOR:
RATIFICACIÓN DE TRATADOS INTERNACIONALES QUE RECONOCEN EL DERECHO A LA SALUD (X)

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Ratificación de tratados internacionales que reconocen el derecho a la salud (x)	Clave del Indicador	SaE10
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Respaldo a la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.		
Cumplimiento	Sí		
Reservas, declaraciones interpretativas	El Estado Mexicano interpreta el tenor y el alcance de las disposiciones de esta Declaración, conforme a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y las leyes que de ella emanen.		
Vigencia	13/09/2007		
Fuentes de información	Centro de Información de las Naciones Unidas para México http://www.cinu.org.mx/especiales/2008/pueblosindigenas/intervencion_mx.html Comisión Nacional Para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&id=300 Consulta: 20/ene/2014		
Unidad de observación	Declaración	Frecuencia de observación	Triannual

DATOS PARA EL INFORME:

Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas	Sí, interpretada según leyes nacionales/2007
--	--

INDICADOR:
RATIFICACIÓN DE TRATADOS INTERNACIONALES QUE RECONOCEN EL DERECHO A LA SALUD (XI)

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Ratificación de tratados internacionales que reconocen el derecho a la salud (xi)	Clave del Indicador	SaE11
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Ratificación de las Directrices y Pautas de la Organización Panamericana de la Salud.		
Cumplimiento	Código Sanitario Panamericano –Sí Protocolo Anexo al Código Sanitario Panamericano -Sí Acuerdo con la Oficina Sanitaria Panamericana en México y los Privilegios e Inmunidades Necesarias para su Funcionamiento -Sí		
Reservas, declaraciones interpretativas	Ninguna		
Vigencia	Código Sanitario Panamericano - 28/06/1929 Protocolo Anexo al Código Sanitario Panamericano 15/11/1954 Acuerdo con la oficina Sanitaria en México -22/11/1985		
Fuentes de información	Suprema Corte de Justicia de la Nación http://www2.scjn.gob.mx/red/constitucion/ (Sección de últimos acuerdos) http://legislacion.scjn.gob.mx/TratadosInternacionales/Reformas.aspx?IdLey= 89233 http://proteo2.sre.gob.mx/tratados/ARCHIVOS/SEDE- OSP%20COOP.%20TECNICA.pdf Consulta: 26/ene/2014		
Unidad de observación	Tratado	Frecuencia de observación	Trianual

DATOS PARA EL INFORME:

Código Sanitario Panamericano	1929
Protocolo Anexo al Código Sanitario Panamericano	1954
Acuerdo con la Oficina Sanitaria Panamericana en México.	1985

INDICADOR:
INCORPORACIÓN EN LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL DERECHO A LA SALUD

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Incorporación en la Constitución Política del derecho a la salud	Clave del Indicador	SaE12
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Incorporación en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos del Derecho a la Salud		
Cumplimiento	Artículo 4º Constitucional: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general...”		
Reservas, declaraciones interpretativas	Ninguna		
Vigencia	Art. 4º, párr. 4: 03/02/1983 Reforma Constitucional en materia de derechos humanos: 10/06/2011		
Observaciones	A partir de la reforma constitucional en materia de derechos humanos de junio de 2011, los derechos de los tratados se interpretan a la par de los derechos constitucionales; también se adopta explícitamente el principio pro persona: Artículo 1º. “En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia. ...” Adicionalmente, a partir de la controversia constitucional 293/2011, se adoptó el “parámetro de control de regularidad constitucional”, término con el que el derecho mexicano recibe el “control de convencionalidad” del sistema interamericano.		
Fuentes de información	Orden Jurídico Nacional http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf Consulta: 26/Ene/2014		
Unidad de observación	Ley Suprema Nacional	Frecuencia de observación	Trianual

DATOS PARA EL INFORME:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Art. 4º, párr. 4
---	------------------

INDICADOR:
LEGISLACIÓN ESPECÍFICA QUE CONTEMPLA EL DERECHO A LA SALUD

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Legislación específica que contempla el derecho a la salud.	Clave del Indicador	SaE13
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Ley General de Salud		
Síntesis	Artículo 1º: "La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social".		
Omissiones y limitaciones	Ninguna		
Vigencia	Fecha de promulgación 07/02/1984 Fecha de última reforma 15/01/2014		
Observaciones	La Ley General de Salud es un ordenamiento dinámico que se modifica constantemente, en aspectos de segundo orden, para reflejar requerimientos cambiantes de los avances en prácticas médicas.		
Fuentes de información	Orden Jurídico Nacional http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo11037.doc http://legislacion.scjn.gob.mx/LF/UnaReforma.aspx?IdLey=361&IdRef=89 Secretaría de Salud http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html Consulta: 26/Ene/2014		
Unidad de observación	Legislación Federal	Frecuencia de observación	Anual

DATOS PARA EL INFORME:

Ley General de Salud	1984
----------------------	------

INDICADOR:
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SU FORMA DE DERECHOHABIENTIA EN SERVICIOS DE SALUD

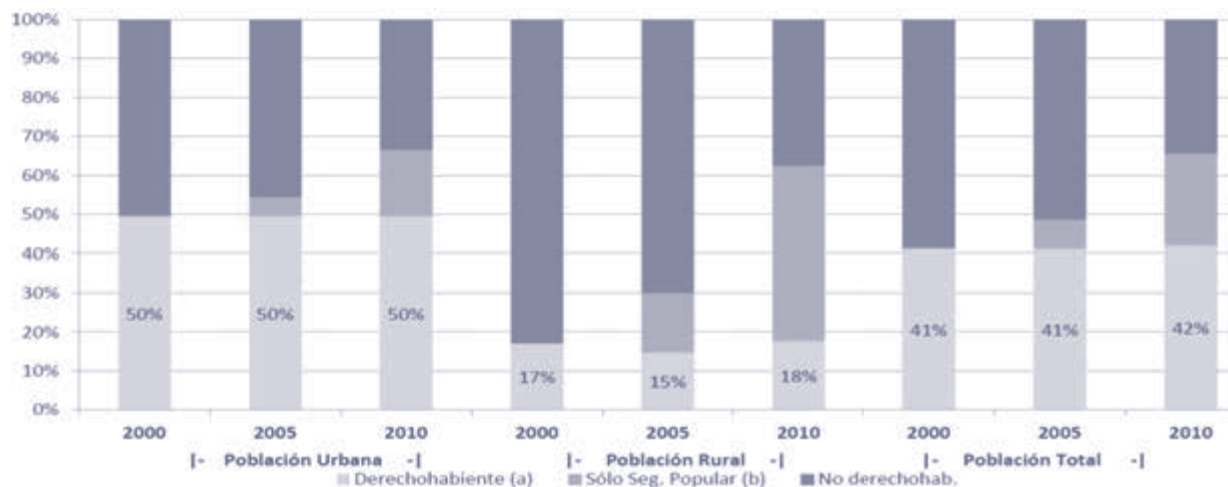
FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Distribución de la población según su forma de derechohabientia en servicios de salud	Clave del Indicador	SaP01a y b
		Tipo de Indicador	Proceso
		Unidad de medida	Porcentaje
Definición	Distribución porcentual del total de población según su derechohabientia a servicios de salud, públicos o privados. (a) Población con derechohabientia; (b) Derechohabientia sólo en Seguro Popular.		
Método de cálculo	Cociente del número de personas según su derechohabientia a servicios de salud (P_{AS}), entre el total de población (P_T), según tipo de servicio "n".	Fórmula	
		$\text{Dist}P_{AS} = \frac{P_{AS}}{P_T}$	
Referencias	De acuerdo con los censos y conteos nacionales de población y vivienda del INEGI, se define la derechohabientia a los servicios de salud como el "Derecho de las personas a recibir atención médica en instituciones de salud públicas o privadas, como resultado de una prestación al trabajador y a sus familiares; a los pensionados y jubilados, o por estar inscritos o haber adquirido un seguro médico en alguna institución de salud pública o privada."		
Observaciones	La información que presenta INEGI difiere en gran medida de la reportada por las instituciones. Las diferencias se explican, de una parte, por la estimación que realizan las grandes instituciones (IMSS e ISSSTE) sobre "familiares asegurados"; por otro lado, los datos de afiliación al Seguro Popular incluyen asegurados en más de una institución. Se considera que el dato censal del INEGI refleja en última instancia la percepción real de la población sobre su acceso a los servicios de salud. La población total de referencia se ajusta reduciendo los casos no especificados.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	Cálculos con datos de INEGI: Serie histórica censal e intercensal. En: http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=17161 . Consulta: 29/01/2014.		
Desglose de cálculo	Entidad federativa, tamaño de localidad, sexo y tipo de institución.		
Periodicidad de la información	Quinquenal.	Años de cálculo	2000, 2005, 2010

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SU FORMA DE DERECHOHABIENTA EN SEVICIOS DE SALUD (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	Población Urbana			Población Rural			Población Total		
	2000	2005	2010	2000	2005	2010	2000	2005	2010
Derechohabiente (a)	49.6%	49.6%	49.5%	17.1%	14.7%	17.8%	41.3%	41.2%	42.1%
Sólo Seg. Popular (b)	0.0%	4.7%	17.0%	0.0%	15.4%	44.7%	0.0%	7.3%	23.5%
No derechohab.	50.4%	45.7%	33.4%	82.9%	69.9%	37.5%	58.7%	51.5%	34.4%

Distribución de la población según derechohabiencia en salud

**INDICADOR:
COBERTURA DEL REGISTRO CIVIL**

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Cobertura del registro civil	Clave del Indicador	SaP02
		Tipo de Indicador	Proceso
		Unidad de medida	Porcentaje
Definición	Porcentaje estimado de nacimientos y defunciones inscritos mediante un sistema de registro civil.		
Método de cálculo	Se presentan resultados específicos de investigaciones realizadas exprofeso, por agencias internacionales.		
Referencias	El registro civil tiene una función social, en la medida que propicia la formación jurídica de la familia, la protección de la infancia y todos los derechos inherentes a la persona tales como seguridad social, participación electoral, derechos humanos.		
Observaciones	No existe una estadística continua de la cobertura de registro civil. La investigación realizada por UNICEF para el registro de nacimientos, señala que se registran 168 municipios con grados de cobertura “muy bajo” y “bajo”, es decir, que menos de la mitad de los nacimientos ocurridos en un año se registran oportunamente; se requiere dar seguimiento a este indicador a nivel municipal, sobre todo en los estados de Oaxaca y Chiapas.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	Para Nacimientos: UNICEF-INEGI. Derecho a la identidad. La cobertura del registro de nacimiento en México en 1999 y 2009 . 77 pp. En: http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_registrodenacimiento(3).pdf . Para Defunciones: Mathers C., et. al. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. Bulletin of the World Health Organization, 2005; 83 (3):171-177. En: http://www.who.int/bulletin/volumes/83/3/171.pdf?ua=1 . Consulta: 31/01/2014.		
Desglose de cálculo	Nacional, Estatal y municipal para el registro de nacimientos.		
Periodicidad de la información	No aplica	Años de cálculo	1999, 2002, 2009

DATOS PARA EL INFORME:

	1999	2002	2009
Cobertura registro nacimientos	78.8%	n.d.	93.4%
-Municipios con cobertura < 50%			168
Cobertura registro defunciones	n.d.	96.0%	n.d.

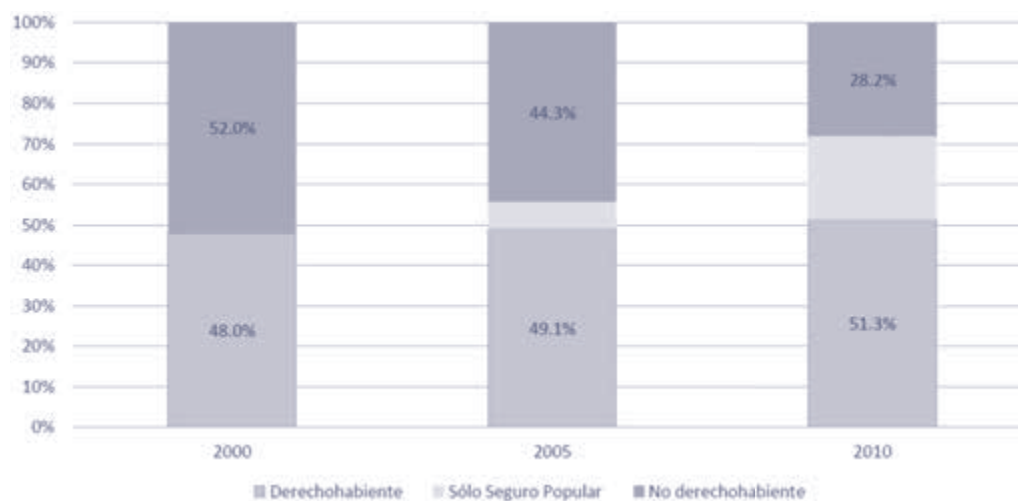
INDICADOR:
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DE 65, SEGÚN SU PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Distribución de adultos mayores de 65, según su protección social en salud	Clave del Indicador	SaP03
		Tipo de Indicador	Proceso
		Unidad de medida	Porcentaje
Definición	Distribución de adultos mayores de 65 años, según su afiliación a servicios de salud, públicos o privados.		
Método de cálculo	Cociente del número de personas adultas mayores de 65 años, según su afiliación a servicios de salud (P_n^{65AS}), entre el total de personas adultas mayores de 65 años (PT ⁶⁵), según tipo de servicio “n”.	Fórmula	
		DistP ⁶⁵ AS = P ⁶⁵ AS/PT ⁶⁵ _n	
Referencias	De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud se entiende por protección social en salud a “la garantía que la sociedad otorga, por medio de los poderes públicos, para que un individuo o un grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo”.		
Observaciones	La información que presenta INEGI difiere en gran medida de la reportada por las instituciones. Las diferencias se explican, de una parte, por la estimación que realizan las grandes instituciones (IMSS e ISSSTE) sobre “familiares asegurados”, por otro lado, los datos de afiliación al Seguro Popular incluyen asegurados en más de una institución; sin embargo, se considera que el dato del INEGI refleja en última instancia la percepción real de la población sobre su acceso a los servicios de salud. La población total de referencia se ajusta reduciendo los casos no especificados.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	Cálculos con datos de INEGI: Consulta interactiva de censos y conteos de población (Población total y de 5 años y más según características demográficas y sociales). En: http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=sh_pty5ds . Consulta: 23/01/2014.		
Desglose de cálculo	Grupos quinquenales de edad y sexo.		
Periodicidad de la información	Quinquenal.	Años de cálculo disponibles	2000, 2005, 2010

DATOS PARA EL INFORME:

	2000	2005	2010	TCMA 2005-2010
Derechohabiente	48.0%	49.1%	51.3%	0.86%
Sólo Seguro Popular	n.a.	6.5%	20.6%	25.80%
No derechohabiente	52.0%	44.3%	28.2%	-8.69%

Distribución de protección social en salud para adultos mayores

**INDICADOR:
ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO**

FICHA TÉCNICA

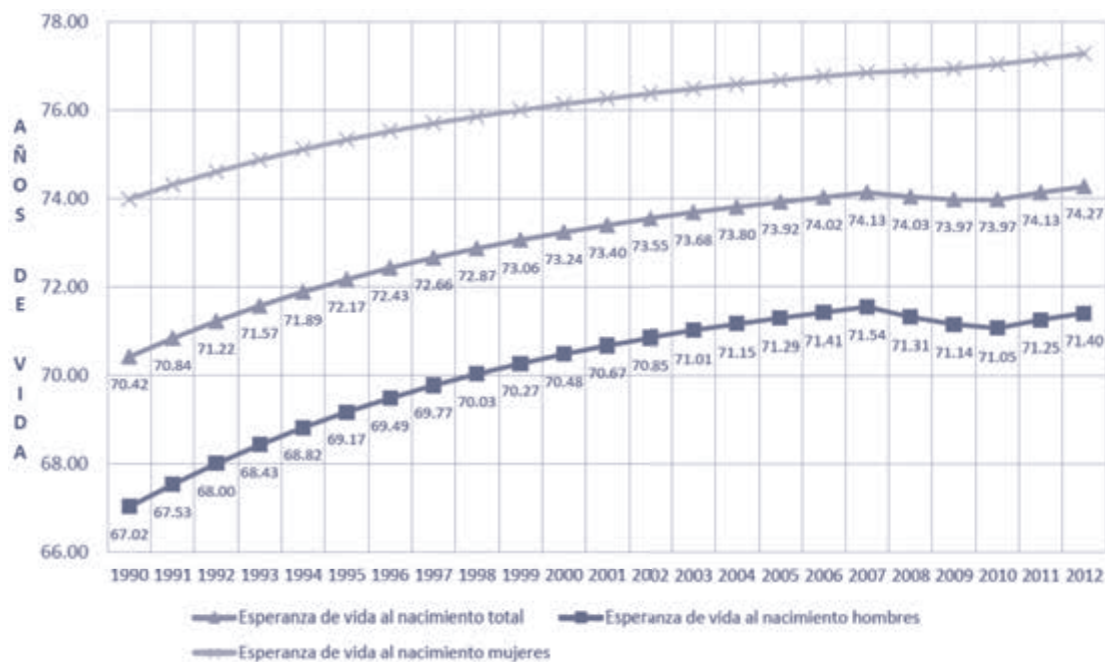
Nombre del Indicador	Esperanza de vida al nacimiento	Clave del Indicador	SaR01
		Tipo de Indicador	Resultado
		Unidad de medida	Años de vida
Definición	Número medio de años que se espera que viva un/a recién nacido/a si las condiciones de mortalidad actuales continúan sin modificación.		
Método de cálculo	Se calcula con base en la técnica de tabla de mortalidad. En la fórmula, la esperanza matemática de vida EV(t) se obtiene a partir de las probabilidades de que personas nacidas en el año t mueran a la edad de j años, pj(t).	Fórmula	
		$\langle EV(t) \rangle = \sum_{j=1}^{\infty} p_j(t) \cdot j$	
Referencias	Resume el patrón de la mortalidad que prevalece a través de todos los grupos de misma edad – niños, niñas y adolescentes, personas adultas y personas ancianas.		
Observaciones	egún el documento metodológico de las proyecciones elaboradas por CONAPO, en el quinquenio 2005-2010 se observó un incremento en la mortalidad de hombres en varias entidades federativas del país, en particular en las edades de 10 a 50 años de edad; donde el aumento en defunciones se debe a un incremento en la mortalidad por homicidios.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	CONAPO, Proyecciones de la Población de México 2010-2050. En: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_de_la_Poblacion_2010-2050 (Consulta 29/oct/2013)		
Desglose de cálculo	Nacional. Estatal. Sexo. (Falta: urbano/rural y por etnia)		
Periodicidad de la información	Anual	Años de cálculo disponibles	1990-2012

ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	1990	1995	2000	2005	2010	TCMA 2005-2010
Mujeres	73.99	75.33	76.14	76.68	77.03	0.09%
Hombres	67.02	69.17	70.48	71.29	71.05	-0.07%
Total Nacional	70.42	72.17	73.24	73.92	73.97	0.01%

Esperanza de vida al nacimiento



INDICADOR:
TASA DE MORTALIDAD MATERNA

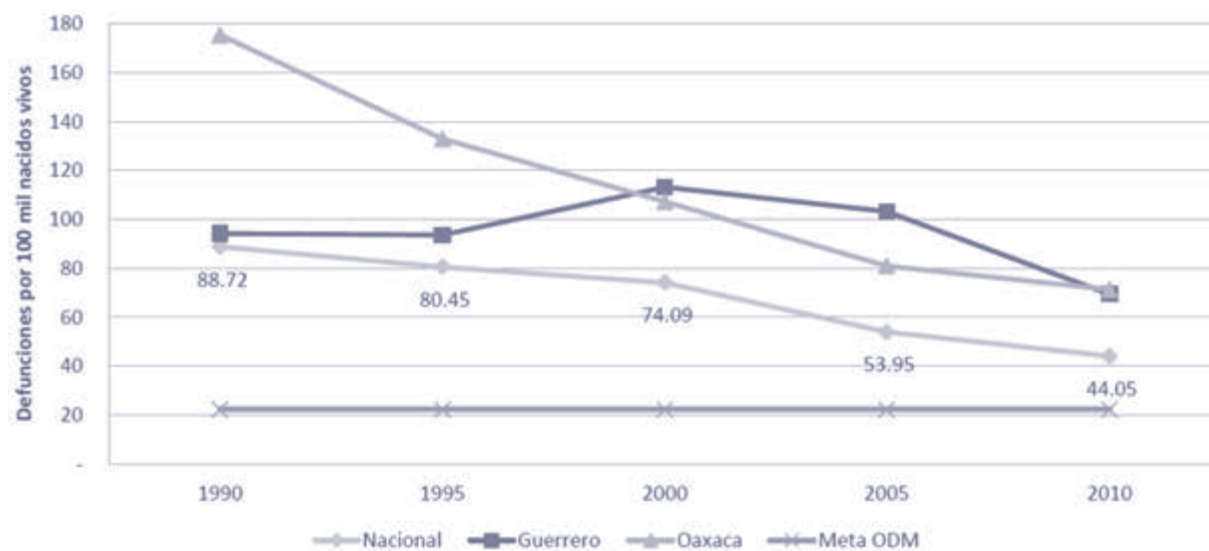
FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Tasa de mortalidad materna	Clave del Indicador	SaR02
		Tipo de Indicador	Resultado
		Unidad de medida	Defunciones por 100 mil nacidos vivos
Definición	Número de mujeres que fallecieron por alguna causa relacionada o agravada por el embarazo o su tratamiento (excluyendo muertes accidentales o incidentales) durante el embarazo y el parto o antes de transcurridos 42 días de la terminación del embarazo, por cada 100 mil nacidos vivos.		
Método de cálculo	Defunciones maternas registradas o estimadas (DM), respecto del total de nacidos vivos registrados o estimados (NV) en el mismo período “t”, por 100 000.	Fórmula	
		$RMM_t = \left(\frac{DM_t}{NV_t} \right) 1000,000$	
Referencias	El indicador refleja las muertes asociadas al embarazo, las cuales se ven afectadas por la situación general de salud, el nivel de instrucción y los servicios disponibles durante el embarazo y el parto, se vincula con la desigualdad, el rezago social y económico del país. Está incluido en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.		
Observaciones	No se logrará alcanzar la meta del milenio de 22.2 defunciones maternas por 100 mil nacidos vivos en 2015, además hay amplias brechas regionales. “Según los datos oficiales la mayoría de las muertes maternas ocurre en instituciones públicas de salud.” (CONAPO. Perfiles de Salud Reproductiva, 2011. Pág. 61)		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	Secretaría de Salud (SS). Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Base de datos del Subsistema de información sobre nacimientos (SINAC). Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y Secretaría de Salud (SS). Bases de datos de Mortalidad. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de la población de México 2010-2050. En: http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/cgi-bin/odm.exe/OBJODM0050 (Consulta: 31/oct/2013).		
Desglose de cálculo	Nacional. Estatal. (Falta: por grupo de edad, nivel educativo y quintiles de ingreso)		
Periodicidad de la información	Anual	Años de cálculo disponibles	1990-2011

TASA DE MORTALIDAD MATERNA (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	1990	1995	2000	2005	2010	TCMA 2005-2010
Nacional	88.72	80.45	74.09	53.95	44.05	-4.0%
Guerrero	94.20	93.55	113.09	103.09	69.39	-7.6%
Oaxaca	175.21	132.77	107.14	80.93	71.30	-2.5%
Meta ODM	22.20	22.20	22.20	22.20	22.20	

Razón de mortalidad materna

INDICADOR:
TASA DE MORTALIDAD POR HOMICIDIOS O SUICIDIOS

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Tasa de mortalidad por homicidios o suicidios	Clave del Indicador	SaR03
		Tipo de Indicador	Resultado
		Unidad de medida	Defunciones por 100 mil habitantes
Definición	Defunciones por homicidio o suicidio, respecto de la población de referencia, por cien mil habitantes. Se trata de dos indicadores distintos.		
Método de cálculo	Tasa de Homicidios (TH) se calcula a partir de las defunciones por sexo, originadas en homicidios, entre el total de población —mitad de año—, por 100 mil. Tasa de Suicidios (TS) se calcula a partir de las defunciones por sexo, originadas en suicidios, entre la población mayor a cinco años —mitad de año—, por 100 mil.	Fórmula	
		TH = DH/P*100,000 TS = DS/(P _{>5})*100,000	
Referencias	El indicador refleja los esfuerzos del Estado parte para adoptar medidas preventivas y políticas públicas contra el homicidio y el suicidio. En relación con el derecho a la salud, destaca requerimientos para la salud mental.		
Observaciones	SUICIDIO: Muerte causada por lesiones autoinfligidas intencionales, en personas mayores de 5 años (OEA). Según la definición de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud décima revisión (CIE-10). INEGI calcula la Tasa de Suicidios en relación con la población total; los cálculos que se presentan son propios. El indicador se retoma de la matriz de indicadores propuesta en 2008.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	INEGI, Consulta interactiva de datos. INEGI >Estadística >Registros administrativos >Estadísticas vitales >Mortalidad general. Homicidios y suicidios en: http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=11144 (Consulta: 20/01/2014). Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de la población de México 2010-2050.		
Desglose de cálculo	Nacional y Estatal. Sexo		
Periodicidad de la información	Anual	Años de cálculo	1990-2008

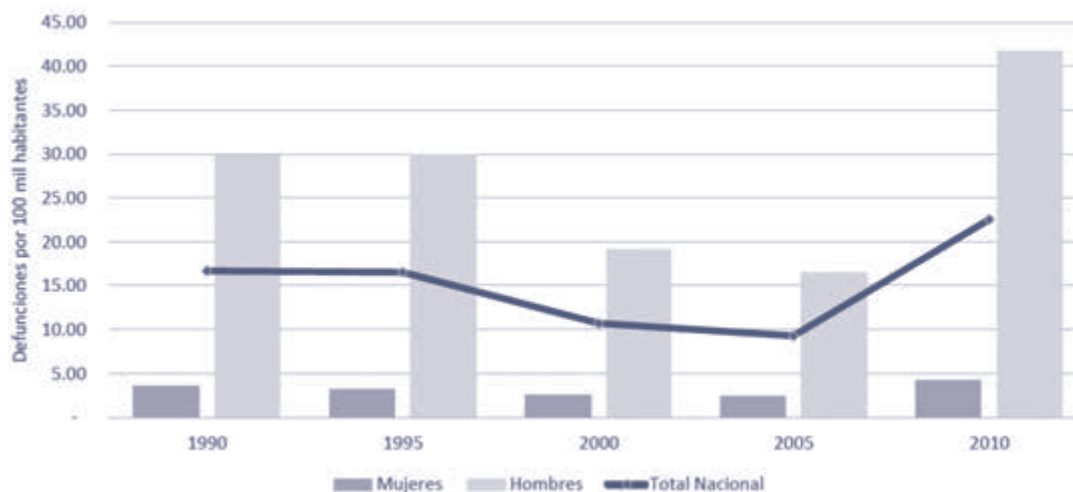
TASA DE MORTALIDAD POR HOMICIDIOS O SUICIDIOS (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

Tasa Homicidios	1990	1995	2000	2005	2010	TCMA 2005-2010
Mujeres	3.50	3.21	2.55	2.37	4.14	11.8%
Hombres	29.78	30.01	19.07	16.43	41.73	20.5%
Total Nacional	16.68	16.54	10.69	9.26	22.54	19.5%

Tasa Suicidios	1990	1995	2000	2005	2010	TCMA 2005-2010
Mujeres	0.76	1.09	1.21	1.53	1.78	3.0%
Hombres	4.52	6.15	6.89	7.87	8.36	1.2%
Total Nacional	2.64	3.60	4.00	4.61	4.97	1.5%

Tasa de mortalidad por homicidios en México



INDICADOR:
PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CON ACCESO A AGUA POTABLE

FICHA TÉCNICA

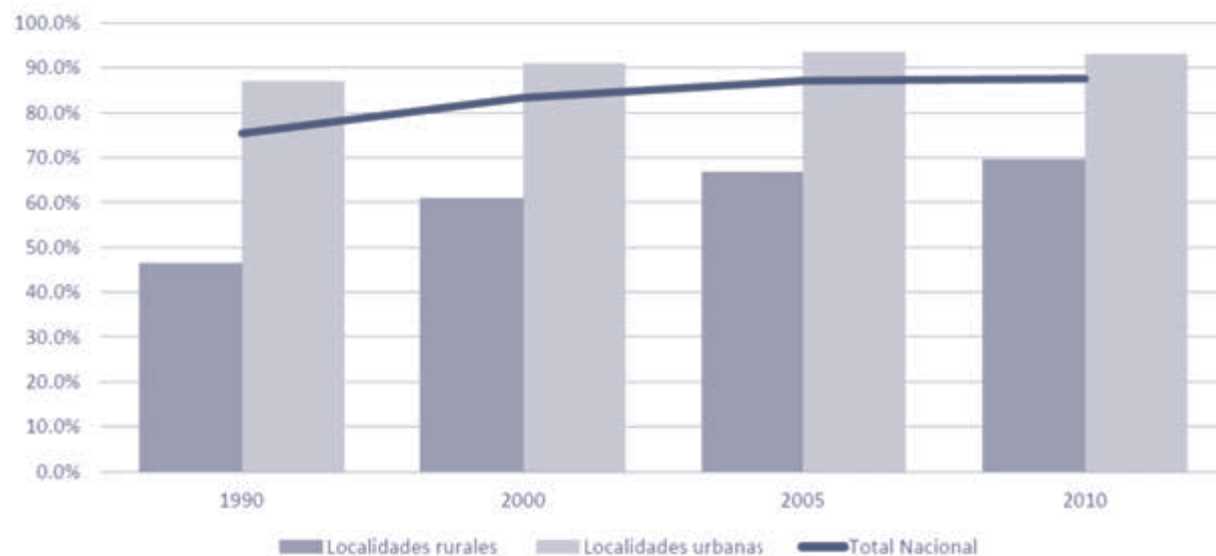
Nombre del Indicador	Porcentaje de la población con acceso a agua potable	Clave del Indicador	SaR04
		Tipo de Indicador	Resultado
		Unidad de medida	Porcentaje
Definición	Proporción de la población con servicio de agua potable entubada en la vivienda o en el predio.		
Método de cálculo	Población con servicio de agua potable entubada dentro de la vivienda (P _{apv}) y fuera de la vivienda pero dentro del predio (P _{apt}), respecto del total de población en viviendas particulares (P). La clasificación urbano/rural se hace considerando lapropuesta del INEGI de localidades con más/menos 2500 habitantes.	Fórmula	
		PAP = (P _{apv} + P _{apt})/P _v	
Referencias	El acceso al agua potable de fuentes apropiadas constituye uno de los determinantes sociales de la salud; identifica condiciones de servicios básicos para la población.		
Observaciones	Se calcula utilizando la población ocupante de viviendas particulares habitadas que excluye refugios, viviendas colectivas y locales no construidos para habitación. Se utiliza el criterio de agua entubada, excluyendo fuentes precarias de abastecimiento. El indicador se retoma de la matriz de indicadores propuesta en 2008 (El ACNUDH clasifica a este indicador como de proceso).		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	INEGI, consulta interactiva de datos censales y conteos de población y vivienda. Serie histórica censal e intercensal. En: http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=sh_vocv . Consulta: 21/01/2014.		
Desglose de cálculo	Nacional, entidad federativa y tamaño de la localidad		
Periodicidad de la información	Quinquenal	Años de cálculo disponibles	1990, 2000, 2005, 2010

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CON ACCESO A AGUA POTABLE (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	1990	2000	2005	2010	TCMA 2005-2010
Total Nacional	75.4%	83.3%	87.1%	87.5%	0.1%
Localidades rurales	46.5%	60.9%	66.6%	69.4%	0.8%
Localidades urbanas	87.0%	91.0%	93.6%	93.1%	-0.1%

Porcentaje de la población con acceso a agua potable



INDICADOR:
PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE DRENAJE

FICHA TÉCNICA

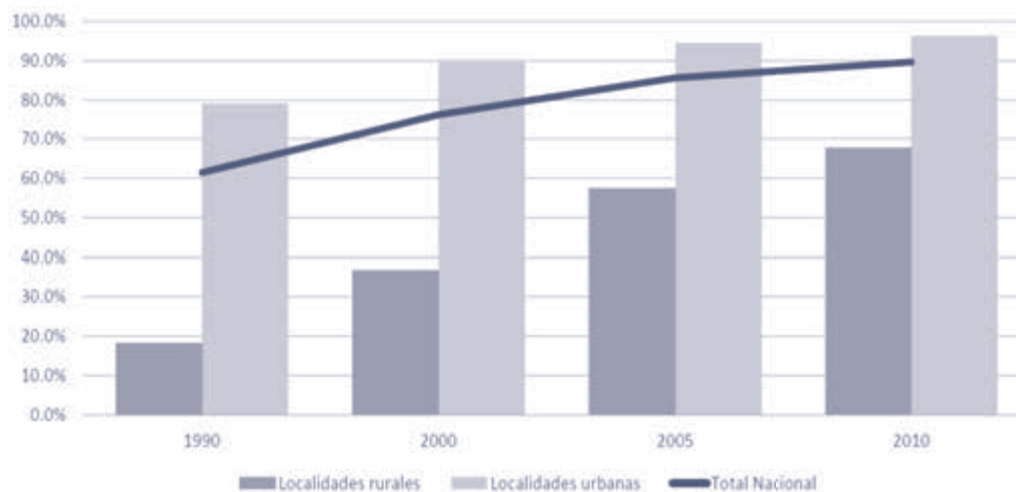
Nombre del Indicador	Porcentaje de la población con acceso a servicios de drenaje	Clave del Indicador	SaR05
		Tipo de Indicador	Resultado
		Unidad de medida	Porcentaje
Definición	Porcentaje de ocupantes en viviendas particulares con disponibilidad de drenaje conectado a la red pública o fosa séptica.		
Método de cálculo	Población con servicio de drenaje dentro de la vivienda (P _{dv}), respecto del total de población en viviendas particulares (P _v). La clasificación urbano/rural se hace considerando la propuesta del INEGI de localidades con más/menos 2500 habitantes.	Fórmula	
		PD = P _{dv} /P _v	
Referencias	El acceso a servicios de drenaje constituye uno de los determinantes sociales de la salud; identifica condiciones de saneamiento básico para la población.		
Observaciones	Disponibilidad de drenaje o desagüe como medida principal de eliminación de aguas residuales. Se calcula utilizando la población ocupante de viviendas particulares habitadas Según el INEGI, la conexión del drenaje puede ser a la red pública, una fosa séptica, una tubería que va a dar a una barranca o grieta o una tubería que va a dar a un río, lago o mar. El indicador se retoma de la matriz de indicadores propuesta en 2008 (El ACNUDH clasifica a este indicador como de proceso).		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	INEGI, consulta interactiva de datos censales y conteos de población y vivienda. Serie histórica censal e intercensal. En: http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?c=17164 . Consulta: 21/01/2014.		
Desglose de cálculo	Nacional, entidad federativa y tamaño de la localidad.		
Periodicidad de la información	Quinquenal	Años de cálculo disponibles	1990, 2000, 2005, 2010

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE DRENAJE (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	1990	2000	2005	2010	TCMA 2005-2010
Total Nacional	61.5%	76.2%	85.6%	89.6%	0.9%
Localidades rurales	18.1%	36.7%	57.5%	67.7%	3.3%
Localidades urbanas	79.1%	89.6%	94.5%	96.3%	0.4%

Porcentaje de la población con acceso a drenaje



Contexto financiero y presupuestal

**INDICADOR:
FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD**

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Fuentes de financiamiento del sector salud	Clave del Indicador	SfE01
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Las fuentes de financiamiento las define la Ley General de Salud; en particular el Presupuesto de Egresos de la Federación asigna montos específicos anualmente.		
Síntesis	Artículo 19.- “La Federación y los gobiernos de las entidades federativas, de conformidad con las disposiciones legales aplicables, aportarán los recursos materiales, humanos y financieros que sean necesarios para la operación de los servicios de salubridad general, que queden comprendidos en los acuerdos de coordinación que al efectos se celebren”.		
Vigencia	Fecha de promulgación 07/02/1984 Fecha de última reforma 15/01/2014		
Observaciones			
Fuentes de información	Orden Jurídico Nacional http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo11037.doc Secretaría de Hacienda y Crédito Público http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/pef/2014/html/r12_op1.html Consulta: 26/Ene/2014		
Unidad de observación	Legislación Federal	Frecuencia de observación	Anual

DATOS PARA EL INFORME:

Ley General de Salud. Fuentes de financiamiento	Art. 19
---	---------

INDICADOR:
INCENTIVOS FISCALES Y SUBSIDIOS PARA EL SECTOR PRIVADO DE SALUD

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Incentivos fiscales y subsidios para el sector privado de salud.	Clave del Indicador	SfE02
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Los incentivos fiscales para el sector privado de salud se establecen en la Ley del Impuesto sobre la Renta, únicamente para personas físicas como deducciones personales de gastos médicos y pago de seguros médicos privados.		
Síntesis	Artículo 151. Las personas físicas residentes en el país que obtengan ingresos de los señalados en este Título, para calcular su impuesto anual, podrán hacer, además de las deducciones autorizadas en cada Capítulo de esta Ley que les correspondan, las siguientes deducciones personales: VI. Las primas por seguros de gastos médicos, complementarios o independientes de los servicios de salud proporcionados por instituciones públicas de seguridad social, siempre que el beneficiario sea el propio contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, o sus ascendientes o descendientes, en línea recta."		
Vigencia	1 de enero de 2014.		
Observaciones	Según la Dra. Asa Cristina Laurell: "Un tema relevante en los estudios de la economía de la salud son los llamados "subsidios cruzados", que pueden ocurrir entre los sectores público y privado, instituciones o la población. El gasto en esa área en México está estimado en 6.5 por ciento del PIB y de éste 54 por ciento corresponde al sector privado. En México esos subsidios son en general indirectos e "invisibles". Se conceden principalmente por dos vías: mediante la deducción de impuestos de los gastos de atención médica o de seguros, en este último renglón con un tope de gasto o un paquete limitado de servicios, que significa que se transfiere la atención más cara al sector público. Es problemático calcular el monto de estos subsidios por la falta de información oficial fidedigna sobre el sector privado de salud, tanto en lo económico como en la prestación de servicios y su calidad. Esta carencia de datos es seria, ya que en la actual reforma el papel de la Secretaría de Salud es precisamente el de regular el sistema de salud, para lo cual tendría que disponer de información actualizada y precisa (La Jornada, agosto de 2008: "Los Subsidios al Sector Privado de Salud")		
Fuentes de información	Cámara de Diputados http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISR.pdf Consulta: 09/03/2014.		
Unidad de observación	Legislación Federal	Frecuencia de observación	Anual

DATOS PARA EL INFORME:

LISR (Deducciones personales por gastos en seguros médicos)	Art. 151, Fracc. VI
---	---------------------

INDICADOR:
INCENTIVOS FISCALES A LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA PRIVADA

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Incentivos fiscales a la industria farmacéutica privada		Clave del Indicador	SfE03
			Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Incentivos Fiscales a la Industria Farmacéutica Privada			
Síntesis	No hay Disposiciones Específicas en la Ley del Impuesto Sobre la Renta y en la Miscelánea Fiscal			
Vigencia				
Observaciones				
Fuentes de información				
Unidad de observación			Frecuencia de observación	

DATOS PARA EL INFORME:

Incentivos Fiscales a la Industria Farmacéutica Privada	No existen
---	------------

INDICADOR:
PORCENTAJE DEL GASTO PÚBLICO DESTINADO A SALUD, RESPECTO DEL PIB Y DEL GASTO PÚBLICO TOTAL

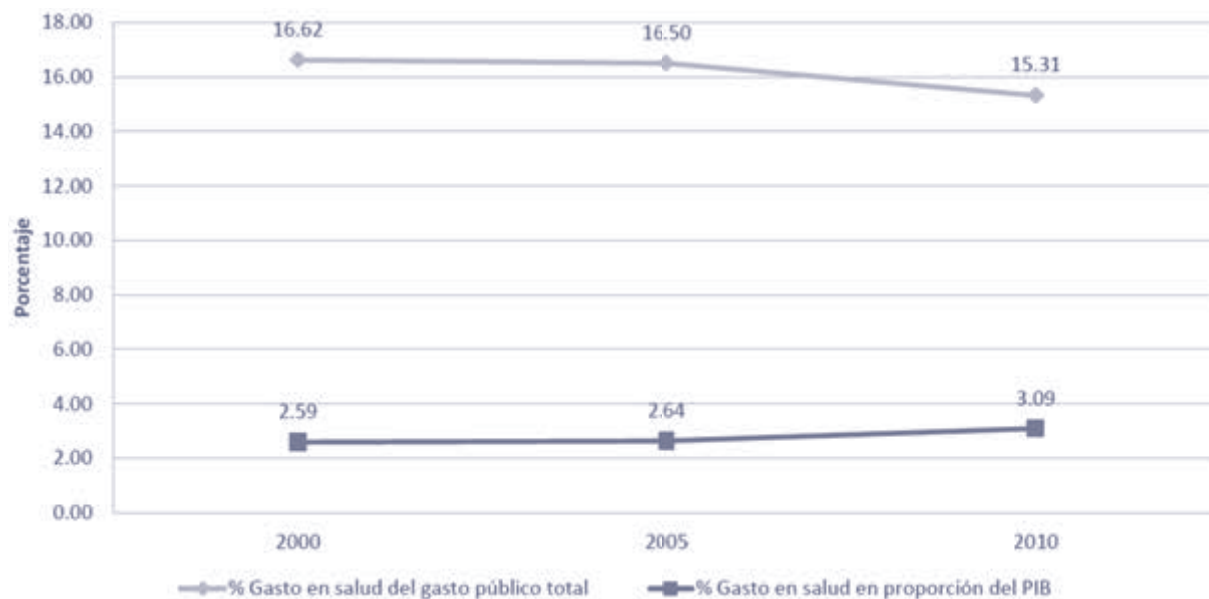
FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Porcentaje del gasto público destinado a salud, respecto del PIB y del gasto público total		Clave del Indicador	SfP01a y b
			Tipo de Indicador	Proceso
			Unidad de medida	Porcentaje
Definición	(a) Proporción que representa el gasto público destinado a la salud, respecto del gasto público total. (b) Proporción que representa el gasto público destinado a la salud, respecto del Producto Interno Bruto nacional.			
Método de cálculo	(a) Cociente del gasto público destinado a la salud (GPS _t), entre el gasto público total(GPT _t), en el año t. (b) Cociente del gasto público destinado a la salud (GPS _t), entre el PIB (PIB _t), en el año t.		Fórmula	
			(a): $\%GPS_t = GPs_t/GPT_t$ (b): $\%GPS_t = GPS_t/PIB_t$	
Referencias	Estos indicadores refieren a procesos en virtud de los cuales los recursos asignados desde distintas fuentes para la garantía del derecho son utilizados por parte de los Estados en la implementación de políticas públicas que contribuyen con la garantía del derecho.			
Observaciones	El Gasto Público en Salud es igual al Gasto Público en Salud federal y estatal para la Población Asegurada (IMSS, ISSSTE y PEMEX) más el Gasto Público en Salud para la Población no Asegurada (gasto del Ramo 12 -que incluye las transferencias para Oportunidades y Seguro Popular-, IMSS-Oportunidades, el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud del ramo 33 y el gasto estatal en salud). El gasto público total corresponde al gasto programable en clasificación funcional.			
Institución que lo genera o publica (Fuente)	Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS). En: http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/indicadores.html . Consulta: 2/02/2014			
Desglose de cálculo	Entidad Federativa.			
Periodicidad de la información	Anual.	Años de cálculo disponibles	1999-2011	

PORCENTAJE DEL GASTO PÚBLICO DESTINADO A SALUD (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	2000	2005	2010	TCMA 2005-2010
% Gasto en salud del gasto público total	16.62	16.50	15.31	-1.5%
% Gasto en salud en proporción del PIB	2.59	2.64	3.09	3.2%

Porcentaje del Gasto Público destinado a Salud

INDICADOR:
GASTO PÚBLICO PER CÁPITA EN SALUD POR ENTIDAD FEDERATIVA

FICHA TÉCNICA

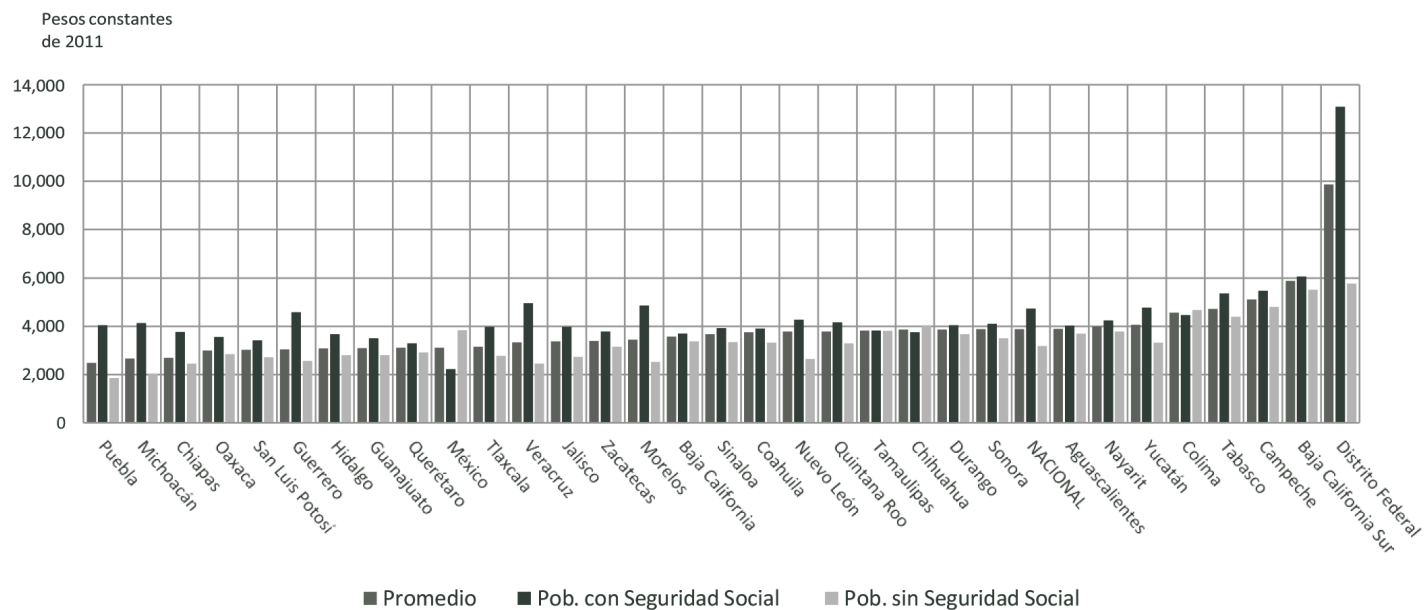
Nombre del Indicador	Gasto público per cápita en salud por entidad federativa	Clave del Indicador	SfP02
		Tipo de Indicador	Proceso
		Unidad de medida	Porcentaje
Definición	Gasto público promedio en salud por cada habitante, en un periodo determinado.		
Método de cálculo	Cociente de total del gasto público que se destina a la salud (en pesos constantes) en al año “t”, para la población con seguridad social y sin seguridad social (mGPS _t), entre la población total de cada segmento “m”, en dicho año (Pm _t).	Fórmula	
		mGPSpc _t = mGPS _t /Pm _t	
Referencias	El indicador refiere a la asignación de recursos públicos (federales y estatales) en las diversas entidades federativas para la garantía del derecho, de acuerdo a la cantidad de población.		
Observaciones	El Gasto Público en Salud es igual al Gasto Público en Salud federal y estatal para la Población Asegurada (IMSS, ISSSTE y PEMEX) más el Gasto Público en Salud para la Población no Asegurada (gasto del Ramo 12 -que incluye las transferencias para Oportunidades y Seguro Popular-, IMSS- Oportunidades, el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud del ramo 33 y el gasto estatal en salud). Cabe observar que el gasto per cápita para la población con seguridad social en el Distrito Federal no es representativo, ya que incluye el gasto total de IMSS e ISSSTE, correspondiente a la estructura federal que, administrativamente, se asienta en el DF.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	Cálculos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS). En: http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/indicadores.html . Consulta: 2/02/2014		
Desglose de cálculo	Entidad Federativa.		
Periodicidad de la información	Anual.	Años de cálculo disponibles	1999-2011

GASTO PÚBLICO PER CÁPITA EN SALUD POR ENTIDAD FEDERATIVA (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	2000	2005	2010	TCMA 2005-2010
Gasto per cápita promedio nacional	2,325.0	3,025.6	3,880.0	5.1%
Gasto per cápita en pob. asegurada	3,197.5	4,177.2	4,729.5	2.5%
Gasto per cápita en pob. no asegurada	1,482.4	2,085.5	3,172.2	8.7%

Gasto público per cápita en salud 2010



INDICADOR:
PORCENTAJE DE PRESUPUESTO DESTINADO A CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

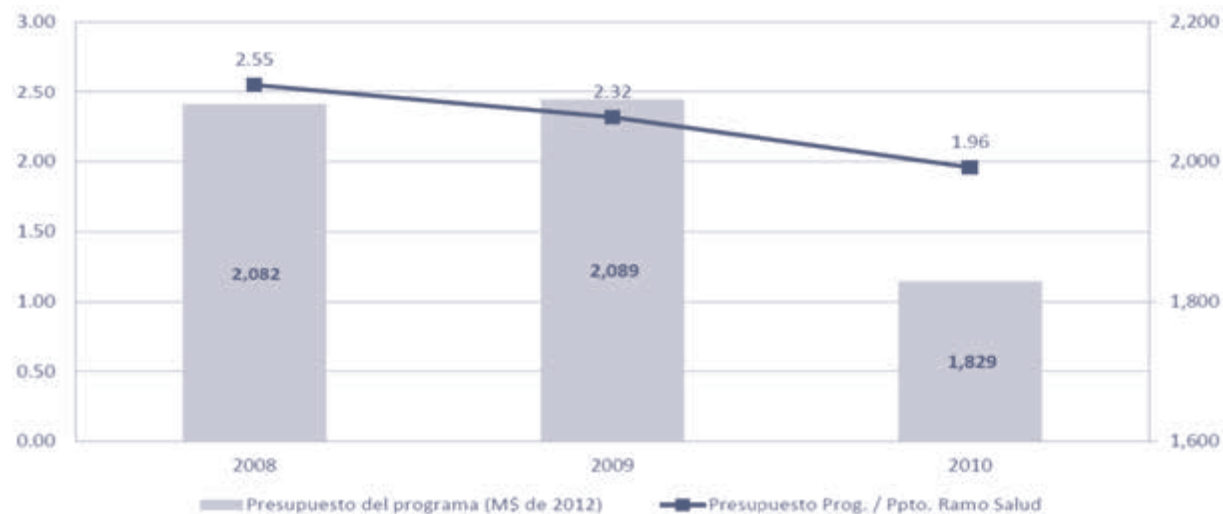
FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Porcentaje de presupuesto destinado a capacitación de recursos humanos en salud		Clave del Indicador	SfP03
			Tipo de Indicador	Proceso
			Unidad de medida	Porcentaje
Definición	Proporción que representa el gasto destinado al “Programa de formación y desarrollo profesional de recursos humanos especializados para la salud”, respecto del gasto público total en salud.			
Método de cálculo	Cociente del gasto destinado al programa (GP _i), entre el gasto público total en salud (GPS _i), en el año t.		Fórmula	
			%GP _t = GP/GPS _t	
Referencias	Identificar la contribución en la mejora de la salud de la población, de la formación y capacitación de recursos humanos en salud y médicos.			
Observaciones	Desde 2008 este programa impulsa la formación de recursos humanos especializados en las unidades hospitalarias de alta especialidad. Comprende 3 rubros: becarios que cursan especialidades médicas, profesionales que realizan estudios de posgrado en programas de especialidad no médica, maestrías y doctorados; así como personal de salud inscrito a cursos de educación continua. Los datos no incluyen el programa de “Capacitación y Formación de los Recursos Humanos en Salud”, el cual tuvo un presupuesto ejercido en 2010 por 193.7 millones de pesos. Tampoco se incluyen otros posibles gastos en capacitación no catalogados en este programa.			
Institución que lo genera o publica (Fuente)	CONEVAL. Programa: Formación y desarrollo profesional de recursos humanos especializados para la salud. Ficha de Monitoreo 2012-2013. Con datos de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. En: http://web.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Ficha_Monitoreo_2012/SALUD/12_E010_FM.pdf			
Desglose de cálculo	Nacional			
Periodicidad de la información	Anual.	Años de cálculo disponibles	2008-2012	

PORCENTAJE DE PRESUPUESTO DESTINADO A CAPACITACIÓN... (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	2008	2009	2010	TCMA 2005-2010
Presupuesto del programa (M\$ de 2012)	2,082	2,089	1,829	-2.6%
Presupuesto Prog. / Ppto. Ramo Salud	2.55	2.32	1.96	-3.3%

Porcentaje de presupuesto destinado a capacitación de recursos humanos en salud

INDICADOR:
PORCENTAJE DEL GASTO DEL HOGAR EN SALUD SEGÚN DECIL DE INGRESOS

FICHA TÉCNICA

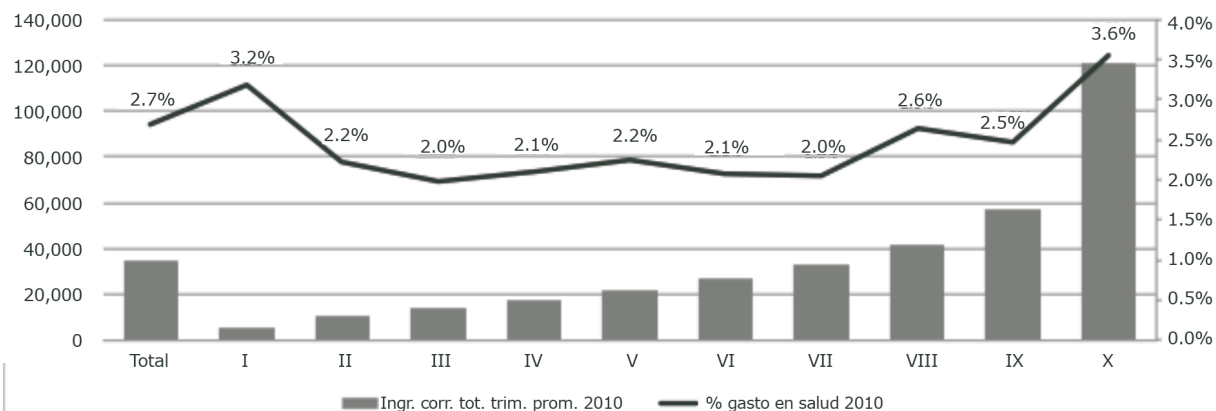
Nombre del Indicador	Porcentaje del gasto del hogar en salud según decil de ingresos	Clave del Indicador	SfR01
		Tipo de Indicador	Resultado
		Unidad de medida	Porcentaje
Definición	Gasto corriente monetario que destinan los hogares a cuidados médicos y conservación de la salud, respecto al gasto corriente monetario total en un periodo determinado, según decil de ingresos.		
Método de cálculo	Cociente del gasto corriente monetario trimestral que destinan los hogares a cuidados médicos y conservación de la salud, entre el gasto corriente monetario trimestral total, según decil de ingresos “i”.	Fórmula	
		$PGSH_i = \frac{GSH_i}{GTH_i} \times 100$	
Referencias	El gasto que destinan los hogares a cuidados de la salud muestra la medida en que las políticas públicas satisfacen los requerimientos de las familias. A mayor gasto menor apoyo recibido por parte del Estado.		
Observaciones	El INEGI ajustó las variables de la ENIGH en 2012 y reconstruyó los valores obtenidos en 2008 y 2010 para efectos de comparabilidad. El gasto corriente de los hogares se desglosa en gasto corriente monetario (ingreso destinado para la adquisición de productos y servicios de consumo final y privado, efectuado en dinero) y gasto corriente no monetario (estimado con base en valor de mercado, de productos y servicios recibidos por autoconsumo, pago en especie, regalos o alquileres). Los grandes rubros del gasto corriente monetario considerados en cuidados de la salud son: servicios médicos, medicamentos recetados, atención hospitalaria, servicios médicos y medicamentos durante el embarazo y el parto, medicamentos sin receta y material de curación, medicina alternativa, aparatos ortopédicos y terapéuticos, así como seguros médicos.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	INEGI, Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares (ENIGH) 2010, Nueva Construcción de Variables. Cuadro 2.1 para Ingresos Promedio y 4.2 para Gastos. En: http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/tabdirecto.aspx?s=est&c=33494 . Consulta: 4/02/2014.		
Desglose de cálculo	Deciles de ingreso y tamaño de la localidad.		
Periodicidad de la información	Bianual	Años de cálculo disponibles	2008, 2010, 2012

PORCENTAJE DEL GASTO DEL HOGAR EN SALUD... (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	Total	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Ingr corr tot trim prom 2010	34,969	5,670	10,351	14,008	17,729	21,903	26,763	32,918	42,062	57,354	120,936
% gasto en salud 2010	2.7%	3.2%	2.2%	2.0%	2.1%	2.2%	2.1%	2.0%	2.6%	2.5%	3.6%

Gasto corriente trimestral y porcentaje de gasto en salud según quintil de ingresos, 2010



Capacidades estatales

INDICADOR:
INCORPORACIÓN EN POLÍTICA PÚBLICA DEL CONCEPTO BÁSICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL Y UNIVERSAL

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Incorporación en política pública del concepto básico de atención primaria de salud integral y universal	Clave del Indicador	ScE01
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	La Incorporación del Concepto Básico de Atención Primaria de Salud Integral y Universal se encuentra plasmada dentro del “Programa Sectorial de Salud” 2013-2018.		
Síntesis	El Programa Sectorial de Salud dentro de la Estrategia 6 menciona como fin principal: “Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud comprometida a lograr que la población mexicana esté protegida continuamente por un esquema de aseguramiento público, porque reciban una atención más homogénea y porque haya una operación integrada y con mayor coordinación entre las distintas instituciones de salud. Para el Gobierno de la República el objetivo es que las personas reciban una atención de salud continua e integrada sin importar su condición social o laboral.”		
Vigencia	Promulgación DOF 12/12/2013 Año de término 2018		
Observaciones	En opinión de analistas del sector salud, en el Programa Sectorial de Salud: “La principal tarea del estado por medio de la Secretaría de Salud, es regular el SINASU (Sistema Nacional de Salud Universal)... El SINASU es un paso firme hacia un sistema de salud basado en la competencia y el mercado con un paquete básico de servicios restringido y con la apertura a los aseguradores y prestadores privados cuando las evidencias demuestran que este tipo de sistemas no garantizan el derecho a la salud e incrementan la desigualdad.” (Diario <i>La Jornada</i> , “Programa Sectorial de Salud: la vuelta de tuerca mercantil” Ana Cristina Laurell, 8/ene/2014)		
Fuentes de información	Secretaría de Salud (Programa Sectorial de Salud) http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/programa.pdf Diario Oficial de la Federación http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/decreto.pdf Consulta 10/Feb/2014		
Unidad de observación	Programa	Frecuencia de observación	Sexenal

DATOS PARA EL INFORME:

Programa Sectorial de Salud, 2013-2018	Estrategia 6
--	--------------

INDICADOR:
POLÍTICA NACIONAL SOBRE MEDICAMENTOS

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Política nacional sobre medicamentos	Clave del Indicador	ScE02
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Alcance, Jurisdicción y Financiamiento de una Política Nacional sobre Medicamentos Esenciales Oncológicos, Retrovirales y Medicamentos Genéricos.		
Síntesis	Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Estrategia 2.6. Garantizar el acceso a medicamentos e insumos para la salud de calidad. Líneas de acción: 2.6.1 Fortalecer la cadena de suministro de medicamentos e insumos en las instituciones públicas de salud. 2.6.2 Incrementar el abasto de medicamentos y biológicos de acuerdo a las necesidades locales. 2.6.3 Implementar programas de distribución de medicamentos que alineen los incentivos de las instituciones de todos los participantes. 2.6.4 Fomentar el uso racional de la prescripción de medicamentos. Estrategia 3.3. Garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, biológicos e insumos para la salud. 3.3.3 Fomentar el ingreso de nuevos medicamentos genéricos y bicomparables seguros, de calidad y eficaces.		
Vigencia	Promulgación DOF 12/12/2013 Año de término 2018		
Observaciones	En relación con medicamentos retrovirales, el Programa Sectorial 2013-2018 contiene una línea de acción muy general: "1.5.6. Asegurar la detección y tratamiento oportuno de VIH, SIDA e ITS, con énfasis en poblaciones clave." Cabe observar que el programa previo (2007-2012), contenía mayor especificidad: "2.8 Impulsar una política integral de prevención y atención de infecciones por VIH y otras ITS"; en particular, "Mantener el acceso universal a medicamentos anti- retrovirales y lograr que los pacientes tengan acceso universal a estudios de laboratorio de monitoreo, terapias para enfermedades oportunistas y acceso a servicios de salud certificados." En el caso de medicamentos oncológicos, no hay una mención explícita, sólo una estrategia general: "2.5. Mejorar el proceso para la detección y atención de neoplasias malignas".		
Fuentes de información	Secretaría de Salud (Programa Sectorial de Salud) http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/programa.pdf Diario Oficial de la Federación http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/decreto.pdf Consulta 10/feb/2014		
Unidad de observación	Programa	Frecuencia de observación	Sexenal

DATOS PARA EL INFORME:

Programa Sectorial de Salud, 2013-2018	Estrategias 2.6 y 3.3
--	-----------------------

INDICADOR:
ASISTENCIA TÉCNICA Y FINANCIERA INTERNACIONAL EN EL ÁREA DE SALUD

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Asistencia técnica y financiera internacional en el área de salud	Clave del Indicador	ScE03
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Características, Extensión, Montos y Gestión de Asistencia Técnica y Financiera Internacional en el Área de Salud.		
Síntesis	En los convenios firmados por México con la OMS y la OPS, la cooperación internacional se basa en la asistencia para la prevención de la propagación de las enfermedades en los territorios de los Gobiernos signatarios.		
Vigencia	Acuerdo con la oficina Sanitaria en México -22/11/1985		
Observaciones			
Fuentes de información	Secretaría de Relaciones Exteriores http://proteo2.sre.gob.mx/tratados/ARCHIVOS/SEDE-OSP%20COOP.%20TECNICA.pdf Consulta: 26/ene/2014		
Unidad de observación	Acuerdo	Frecuencia de observación	Triannual

DATOS PARA EL INFORME:

Acuerdo con la Oficina Sanitaria Panamericana en México	1985
---	------

INDICADOR:
ACCESIBILIDAD DE SERVICIOS DE SALUD POR TIPO DE LOCALIDAD

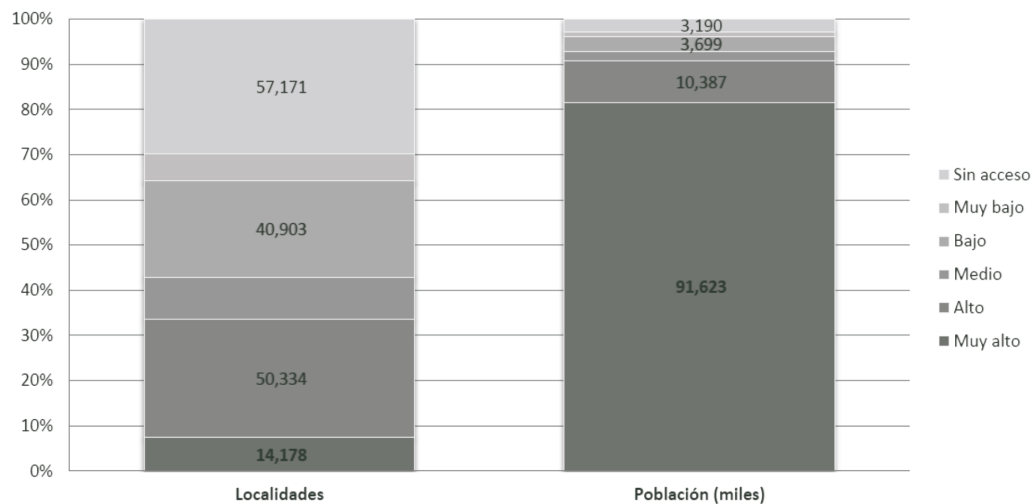
FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Accesibilidad de servicios de salud por tipo de localidad		Clave del Indicador	ScP01
			Tipo de Indicador	Proceso
			Unidad de medida	Localidades y población
Definición	Accesibilidad de servicios de salud por tipo y tamaño de localidad, de acuerdo a la existencia de servicios de salud (públicos o privados) en el entorno geográfico “cercano”.			
Método de cálculo	Los grados de acceso geográfico los define CONEVAL como: MUY ALTO- Localidad con centro de salud o unidad de hospitalización, o ambas, en la localidad; ALTO- Localidad cercana a localidades urbanas con servicios médicos; MEDIO- Localidad cercana a carretera, pero sin acceso a menos de 2.5 km de una localidad con servicios médicos; BAJO- Localidad cercana a carretera, pero sin acceso a más de 2.5 km de una localidad con servicios médicos; MUY BAJO- Localidad aislada, pero a menos de 2.5 km de una localidad rural con servicios de salud; SIN ACCESO- Localidad aislada y alejada (a más de 2.5 km) de un centro de salud.		Fórmula	
			Sistematización realizada por la fuente	
Referencias	La identificación de la accesibilidad física a los servicios de salud es una de las dimensiones relevantes del derecho a la salud.			
Observaciones	La distribución fue elaborada únicamente para 2010, con información de la base de datos de localidades por condición de ubicación geográfica del CONAPO, Clave Única de Establecimientos de Salud y base de datos de distancia a centros de salud de Oportunidades. Incluye instituciones de salud públicas y privadas registradas en la citada clave única.			
Institución que lo genera o publica (Fuente)	CONEVAL. Evaluación Estratégica de Protección Social, 2012. En: http://web.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Estrategicas/Evaluacion_Estrategica_de_Proteccion_Social_en_Mexico.pdf . Consulta: 29/01/2014.			
Desglose de cálculo	Localidades urbanas y rurales agrupadas.			
Periodicidad de la información	No aplica. Se requiere replicar los cálculos con cada Censo o Cuento de población.	Años de cálculo disponibles	2010	

ACCESIBILIDAD DE SERVICIOS DE SALUD... (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Sin acceso
Localidades	14,178	50,334	17,904	40,903	11,755	57,171
Población (miles)	91,623	10,387	2,296	3,699	1,142	3,190

Localidades y población según su acceso a servicios de salud, 2010

INDICADOR:
PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON ACCESO A MEDICAMENTOS

FICHA TÉCNICA

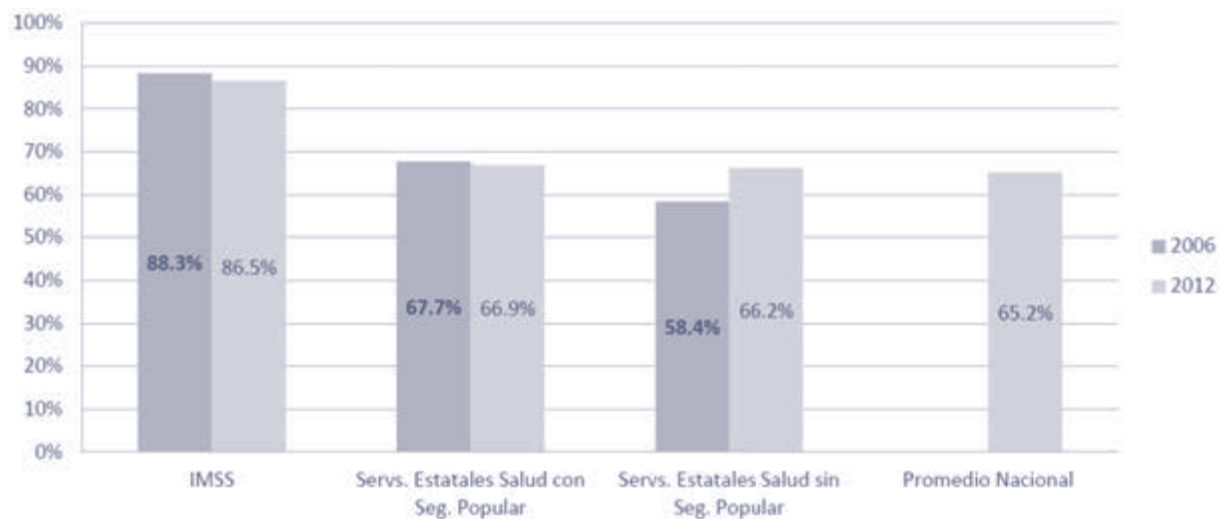
Nombre del Indicador	Porcentaje de la población con acceso a medicamentos	Clave del Indicador	ScP02
		Tipo de Indicador	Proceso
		Unidad de medida	Porcentaje
Definición	Porcentaje de la población con acceso a medicamentos por tipo de institución.		
Método de cálculo	Procesamiento de la ENSANUT respecto al surtimiento de recetas a usuarios por institución que proporcionan atención ambulatoria. Se consigna el resultado relativo a “Usuarios que obtuvieron todos sus medicamentos en el mismo lugar de consulta”.	Fórmula	
		Calculado por la fuente.	
Referencias	Según la OMS, la eficacia de los tratamientos depende en gran medida de la disponibilidad de medicamentos asequibles. Se necesita un suministro regular y sostenible de medicamentos esenciales para evitar su escasez, situación que puede causar sufrimiento innecesario y la muerte.		
Observaciones	La información sobre acceso a medicamentos está disponible vía encuesta para 2006 y 2012; además, existe el compromiso implícito de continuar registrando esta variable que se incluye como indicador en el Programa Sectorial 2013-2018.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2012, documentos analíticos, 25. <i>Surtimiento y gasto en el acceso a medicamentos en instituciones públicas: asignaturas pendientes</i> . En: http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/SurtimientoMedicamentos.pdf . Consulta: 11/02/2014.		
Desglose de cálculo	Nacional y por entidad federativa. Se requiere desglosar información por tipo de localidad: urbana-rural.		
Periodicidad de la información	Sexenal.	Años de cálculo disponibles	2006, 2012

PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON ACCESO A MEDICAMENTOS (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	2006	2012	TCMA 2005-2010
IMSS	88.3%	86.5%	-0.3%
Servs. Estatales Salud con Seg. Popular	67.7%	66.9%	-0.2%
Servs. Estatales Salud sin Seg. Popular	58.4%	66.2%	2.1%
Promedio Nacional	n.d.	65.2%	n.a.

Población con acceso a medicamentos



INDICADOR:
DISPARIDADES PÚBLICO-PRIVADAS EN EL GASTO EN SALUD

FICHA TÉCNICA

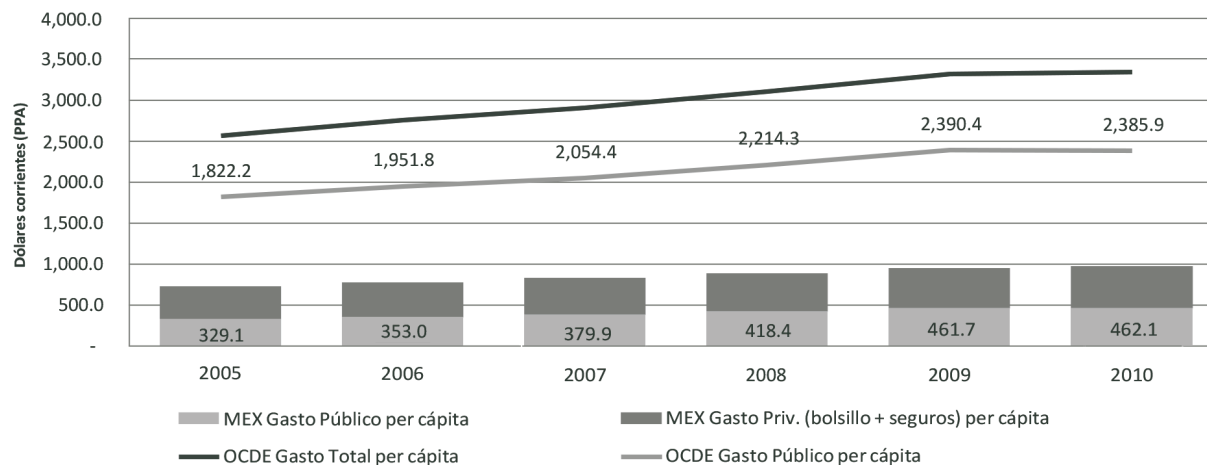
Nombre del Indicador	Disparidades público-privadas en el gasto en salud	Clave del Indicador	ScP03
		Tipo de Indicador	Proceso
		Unidad de medida	Dólares corrientes (PPA)
Definición	Comparativo del gasto en salud per cápita anual, público y privado, a nivel nacional y dentro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), incluyendo la participación del gasto público en salud, respecto del total del gasto.		
Método de cálculo	Se utiliza directamente la información procesada que presenta la OCDE en términos de gastos per cápita. CONEVAL retoma esta misma información en sus evaluaciones.	Fórmula	
		N.A.	
Referencias	El gasto de bolsillo se define como todo aquel gasto en salud realizado por las familias, con sus propios recursos, para resolver sus necesidades de salud al momento de solicitar la atención médica o los medicamentos. Este gasto aparece en la medida en que el gasto público es insuficiente e inoportuno para atender las necesidades de salud de la población. Este tipo de gasto es injusto para las familias con menores recursos. (INSP. ENGASTO 2008, pág. 62)		
Observaciones	(1) La información que presenta la Secretaría de Salud en cuanto a gasto público-privado, refiere a los datos que maneja la OCDE. En 2008 el INSP realizó una encuesta específica para estimar el gasto privado por entidad federativa (ENGAS 2008), pero se encontraron deficiencias. La OCDE presenta series de información anual para gasto público y privado que confirman que el gasto privado en salud sigue siendo mayor al público, reiterándose la conclusión del Instituto Nacional de Salud Pública (2008). (2) PPA= Paridad de Poder Adquisitivo. Permite comparar los datos de diversos países, eliminando la ilusión monetaria ligada a la variación de los tipos de cambio (apreciaciones o depreciaciones).		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	OECD, Health: Key Tables. En: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-key-tables-from-oecd_20758480 . Consulta: 13/02/2014		
Desglose de cálculo	Nacional		
Periodicidad de la información	Anual	Años de cálculo disponibles	2005-2010

DISPARIDADES PÚBLICO-PRIVADAS EN EL GASTO EN SALUD (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
OCDE Gasto Total per cápita	2,573.8	2,758.1	2,912.0	3,108.4	3,320.5	3,340.9
OCDE Gasto Público per cápita	1,822.2	1,951.8	2,054.4	2,214.3	2,390.4	2,385.9
MEX Gasto Público per cápita	329.1	353.0	379.9	418.4	461.7	462.1
MEX Gasto Priv. (bolsillo + seguros) per cápita	401.7	427.7	456.9	473.4	495.0	514.5
MEX Gasto Púb/Gasto T.	45.0%	45.2%	45.4%	46.9%	48.3%	47.3%
OCDE Gasto Púb/Gto. T.	70.8%	70.8%	70.5%	71.2%	72.0%	71.4%

Cifras en dólares corrientes (PPA).

Disparidades público-privadas e internacionales del gasto en salud

INDICADOR:
TASA DE MÉDICOS/AS (ENFERMERAS/OS) POR CIENTOS MIL HABITANTES

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Tasa de médicos/as (enfermeras/os) por cien mil habitantes	Clave del Indicador	ScP04 (a y b)
		Tipo de Indicador	Proceso
		Unidad de medida	Tasa por cien mil habitantes
Definición	Cantidad de médicos/as (enfermeras/os) por cada cien mil habitantes.		
Método de cálculo	Cociente del total de recursos humanos de la salud (médicos/as o enfermeras/os) de las instituciones del Sistema Nacional de Salud (RHS _t), respecto del total de población (P _t) en el año t, por 100 mil.	Fórmula	
		TRHSt = (RHSt/Pt) * 100000	
Referencias	La Organización Mundial de la Salud no ha establecido un estándar universal para la cantidad mínima de recursos humanos de la salud por población para un país o región determinado. Señala que es importante tomar en cuenta todos los objetivos de los sistemas de salud, especialmente aquellos referentes al acceso, equidad, calidad y eficiencia. En: http://www.who.int/hrh/statistics/Spotlight_6_SP.pdf?ua=1		
Observaciones	Cálculos del INEGI con información de los Boletines de Información Estadística de la Secretaría de Salud. (a) Comprende médicos generales, especialistas y en adiestramiento. (b) A partir del 2003 sólo se considera a enfermeras en contacto con el paciente.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	INEGI / Estadística / Sociedad y Gobierno / Recursos para la Salud. En: (a) http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msal12&s=est&c=27712 ; (b) http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msal44&s=est&c=26751 . Consulta: 29/01/2014.		
Desglose de cálculo	Nacional. Se requiere información por tipo de localida urbana-rural y entidad federativa.		
Periodicidad de la información	Anual	Años de cálculo disponibles	2000-2010

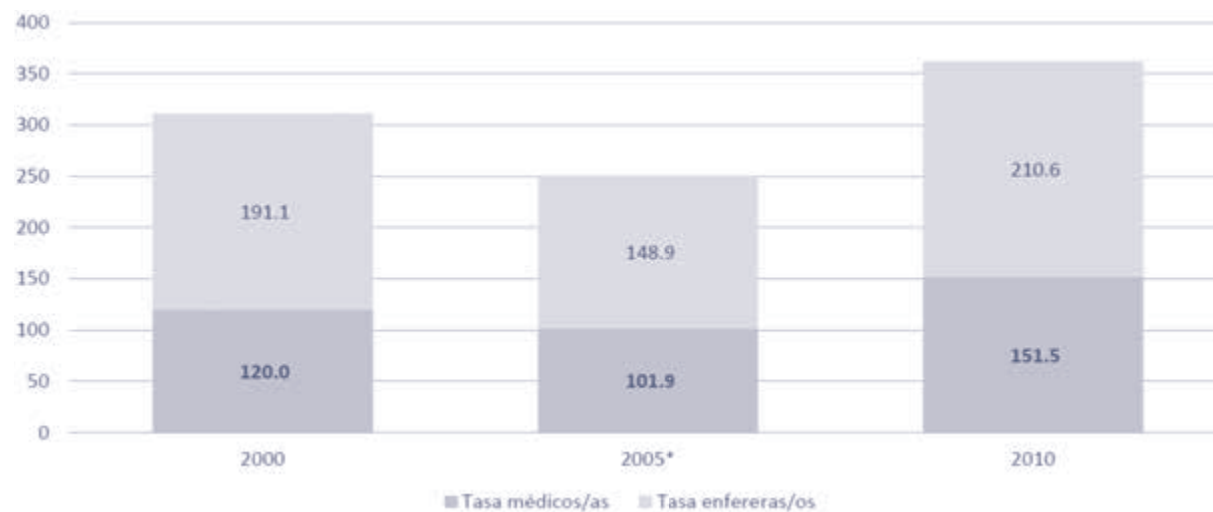
TASA DE MÉDICOS/AS (ENFERMERAS/OS) POR CIENTO MIL HABITANTES (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	2000	2005*	2010	TCMA 2000-2010
Tasa médicos/as	120.0	101.9	151.5	2.4%
Tasa enfermeras/os	191.1	148.9	210.6	1.0%

* Este año no incluye información de la SEDENA. La TCMA se calcula con base en el 2000 para evitar distorsión.

Tasa de médicos/as y enfermeras/os por cien mil habitantes



* Sin información de SEDENA.

INDICADOR:
PROPORCIÓN DE PARTOS ATENDIDOS POR PROFESIONALES

FICHA TÉCNICA

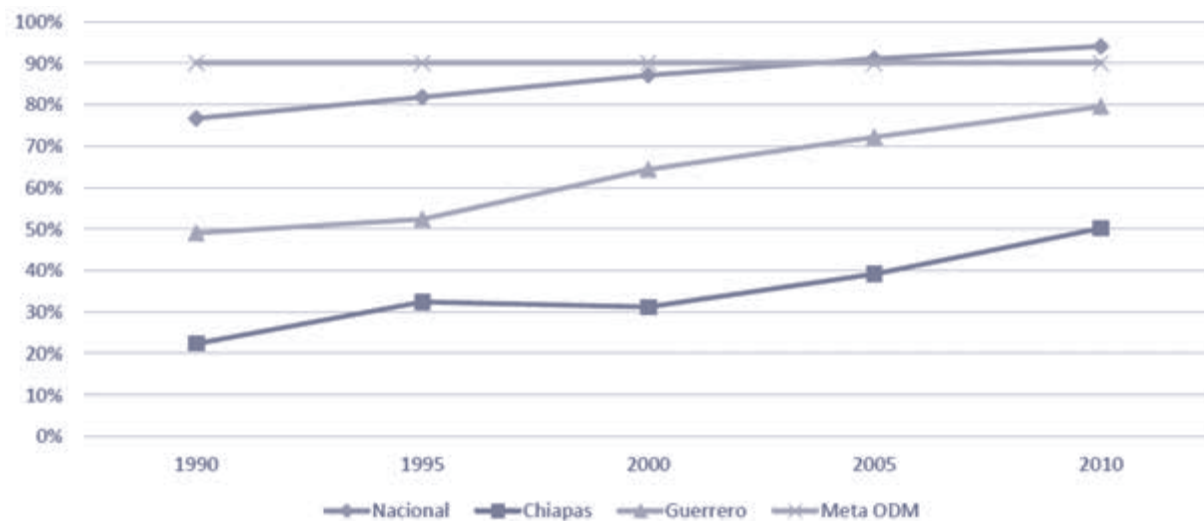
Nombre del Indicador	Proporción de partos atendidos por profesionales	Clave del Indicador	ScP05
		Tipo de Indicador	Proceso
		Unidad de medida	Porcentaje
Definición	Es el porcentaje de partos con asistencia de personal calificado para ofrecer la necesaria supervisión, atención y asesoramiento a las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto con respecto al total de partos atendidos durante un periodo determinado.		
Método de cálculo	Cociente del total de partos atendidos por personal capacitado (PAPC _t), respecto del total de partos atendidos (TPA _t) en el año t.	Fórmula	
		$PPAPC_t = \left(\frac{PAPC_t}{TPA_t} \right) 100$	
Referencias	Permite conocer el número de mujeres atendidas por médicos en el momento del parto, lo cual implica una mayor calidad en la atención y con ello menos riesgo de fallecer por una causa materna. Un bajo nivel de este indicador mostraría la necesidad de contar con un mayor número de médicos gineco-obstetras, clínicas de salud y mejorar la atención durante el embarazo.		
Observaciones	Se entiende por personal calificado (sanitario capacitado) a aquellas personas debidamente capacitadas y que tienen equipo y medicamentos adecuados. No se incluyen los asistentes de tipo tradicional, aún cuando hayan recibido un breve curso de capacitación. El total de partos “atendidos” se asimila a la estadística de nacimientos registrados del INEGI hasta 2010, lo cual genera un subregistro respecto de los casos de bebés fallecidos que precisamente, incluyen casos de partos no atendidos por profesionales.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. INEGI, Base de datos de nacimientos. Tomado de la página de México de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en: http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/		
Desglose de cálculo	Nacional y Entidad Federativa.		
Periodicidad de la información	Anual	Años de cálculo disponibles	1990-2012

PROPORCIÓN DE PARTOS ATENDIDOS POR PROFESIONALES (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	1990	1995	2000	2005	2010	TCMA 2005-2010
Nacional	76.7%	81.8%	87.1%	91.1%	94.1%	0.01
Chiapas	22.4%	32.4%	31.2%	39.2%	50.2%	0.05
Guerrero	49.1%	52.4%	64.4%	72.2%	79.6%	0.02
Meta ODM	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	

Proporción de partos atendidos por profesionales



INDICADOR:
DENSIDAD DE PERSONAL PROFESIONAL AUXILIAR POR CAMA CENSABLE

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Densidad del personal profesional auxiliar por cama censable	Clave del Indicador	ScP06
		Tipo de Indicador	Proceso
		Unidad de medida	Enfermeras(os) por cama
Definición	Número de enfermeras(os) respecto del total de camas censables.		
Método de cálculo	Se calcula a través del cociente de la tasa de enfermeras por cien mil habitantes y la tasa de camas censables por cien mil habitantes, en el año t. (En la fórmula se observa que la referencia a población P _t se cancela).	Fórmula	
		$E_t/CC_t = (E_t/P_t)/(CC_t/P_t)$	
Referencias	La OMS no establece estándar mínimo para estas tasas (ver indicador ScP04). La cama censable es la cama de servicio, instalada en el área de hospitalización para uso regular de pacientes internos, debe contar con los recursos indispensables de espacio y personal para la atención médica; no incluye camas de tránsito, destinadas a servicios auxiliares de hospitalización.		
Observaciones	No se cuenta con información sobre “personal profesional auxiliar”, se utiliza “enfermeras(os)” como aproximación a lo solicitado por la OEA. El indicador se reubicó de la columna de indicadores estructurales. Para obtener oportunidad en la información, se utilizan los datos de tasas que publica el INEGI anualmente, en vez de incorporar las cifras absolutas de enfermeras(os) y camas de cada institución del sistema de salud. En la tabla de datos se incluye la tasa de camas censables como referencia.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	INEGI / Estadística / Sociedad y Gobierno / Recursos para la Salud. En: http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msal44&s=est&c=26751 y http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msal21&s=est&c=22511 . Consulta: 29/01/2014.		
Desglose de cálculo	Nacional.		
Periodicidad de la información	Anual	Años de cálculo disponibles	2000-2010

DENSIDAD DE PERSONAL PROFESIONAL AUXILIAR POR CAMA CENSABLE (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	2000	2005*	2010	TCMA 2000-2010
Enfermeras(os)/cama	2.47	2.07	2.80	1.3%
Camas censables por cien mil hab.	77.5	71.8	75.3	-0.3%

* Este año no incluye información de la SEDENA. La TCMA se calcula con base en el 2000 para evitar distorsión.

Enfermeras(os) por cama censable

INDICADOR:
PORCENTAJE DE SERVICIOS DE SALUD SUBCONTRATADOS A PRIVADOS

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Porcentaje de servicios de salud subcontratados a privados	Clave del Indicador	ScPn01
		Tipo de Indicador	Proceso
		Unidad de medida	
Definición (propuesta OEA)	Porcentaje de servicios de salud de responsabilidad pública subcontratados a compañías privadas u otro tipo de entidades de atención a la salud.		
Método de cálculo	SE PROPONE GENERAR.	Fórmula	
Referencias			
Observaciones	Requiere definir unidad de medida apropiada: consultorios, camas, \$, etc.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)			
Desglose de cálculo			
Periodicidad de la información		Años de cálculo disponibles	

INDICADOR:
COBERTURA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

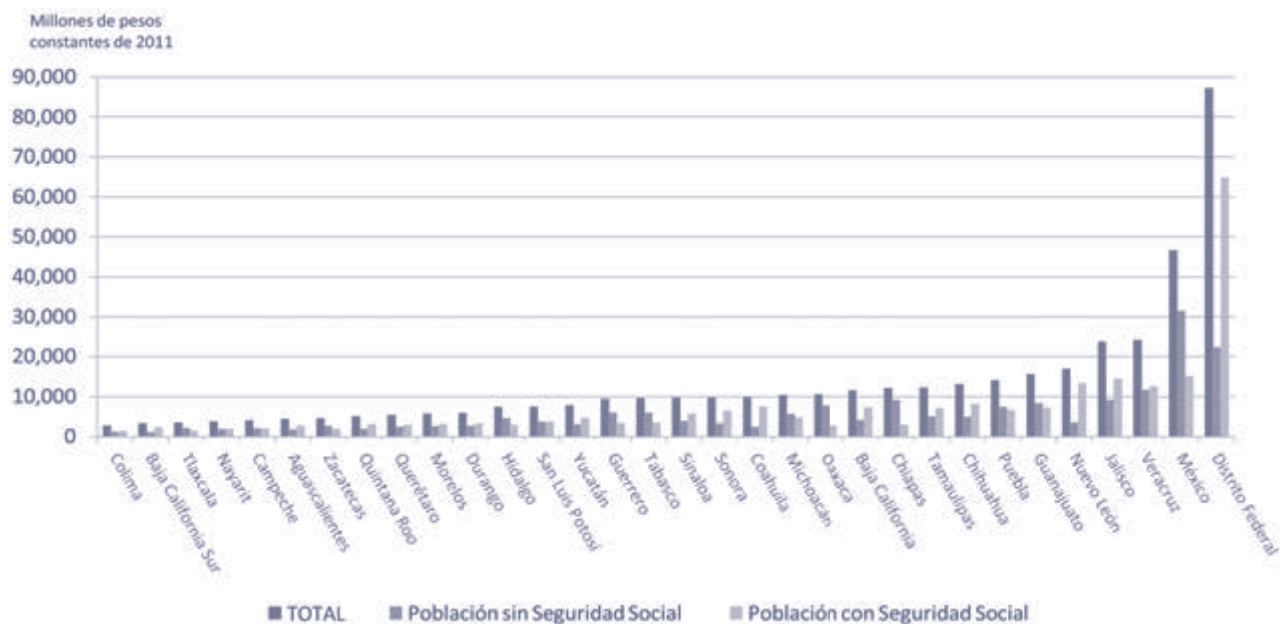
FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Cobertura y características de los sistemas de salud	Clave del Indicador	ScR01a y b
		Tipo de Indicador	Resultado
		Unidad de medida	(a) Pesos constantes de 2010. (b) Personas
Definición	Cobertura, extensión, jurisdicción y financiamiento de los sistemas de salud. La especificación de estas características precisa de segmentos de información complementarios para mostrar: cobertura de los servicios de salud, extensión poblacional y asignaciones del presupuesto público por jurisdicción.		
Método de cálculo	(a) Montos totales del presupuesto público destinado a la salud (2000-2010), y montos del gasto público por entidad federativa para 2010. (b) Datos absolutos de población con/sin derechohabiencia.	Fórmula	
		Cifras absolutas	
Referencias	El indicador original requiere las características de los programas de atención primaria en salud. Según la OMS, la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos. En México esta definición refiere principalmente a “atención universal” por lo que se suministran los datos generales de los sistemas públicos de salud.		
Observaciones	En México el acceso a servicios de salud se distingue en dos grandes categorías, de acuerdo con su liga a la seguridad social. La población derechohabiente corresponde a las personas aseguradas y beneficiarias en instituciones de seguridad social. Los programas sociales para población sin seguridad social, (no contributivos) se financian mediante impuestos generales u otras fuentes de recursos públicos. Dentro de la población no derechohabiente se incluye a las personas que según los censos y conteos de población tienen acceso “sólo al Seguro Popular. Cabe observar que el gasto registrado para población derechohabiente en el Distrito Federal no es representativo, ya que incluye el gasto total de IMSS e ISSSTE, correspondiente a la estructura federal que, administrativamente, se asienta en el DF.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	(a) Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Indicadores Financieros por Entidad Federativa. En: http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/indicadores.html . (b) INEGI, Serie Histórica Censal e Intercensal. En: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/default.aspx . Consulta: 2/02/2014.		
Desglose de cálculo	Total y por entidad federativa.		
Periodicidad de la información	Anual para presupuesto y quinquenal para población.	Años de cálculo disponibles	Ppto.:1999-2011. Pob.: 2000, 2005 y 2010

COBERTURA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	2000	2005	2010	TCMA 2000-2010
Gasto público en salud (M\$ constantes de 2011)	228,870.1	314,502.4	420,580.5	1.3%
Población derechohabiente (miles personas)	39,120.7	41,179.2	46,541.7	-0.3%
Población no derechohabiente (miles personas)	55,555.8	58,675.8	63,993.2	

Gasto público en salud, 2010

INDICADOR:
COBERTURA DE PROGRAMAS DE ASISTENCIA A ADULTOS MAYORES

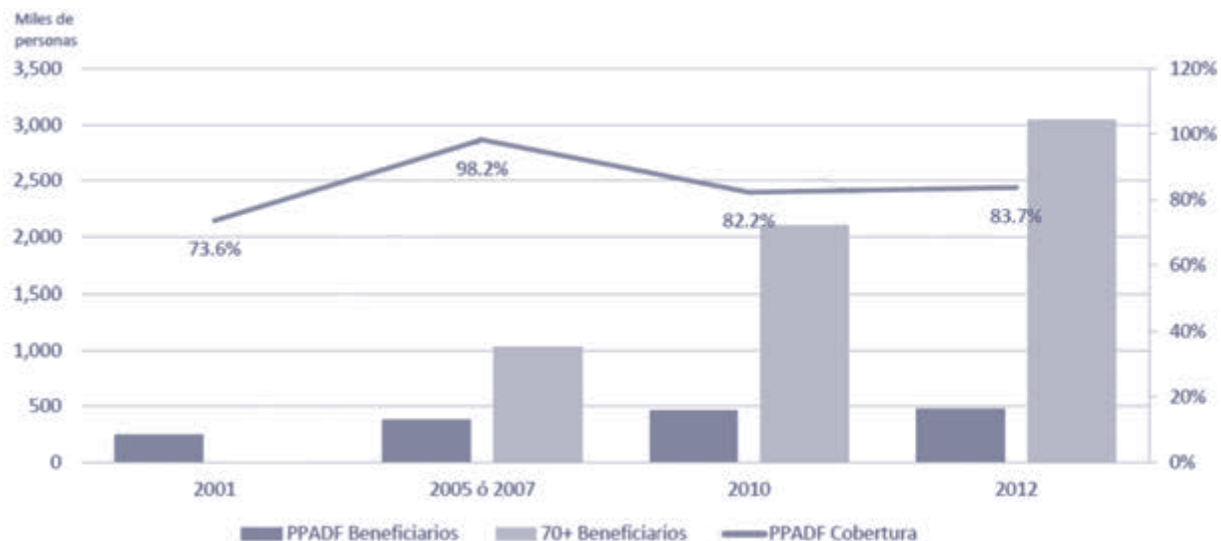
FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Cobertura de programas de asistencia a adultos mayores		Clave del Indicador	ScR02a y b
			Tipo de Indicador	Resultado
			Unidad de medida	(a) Miles de personas. (b) Porcentaje
Definición	(a) Beneficiarios y (b) cobertura de los programas “70 y más” (31 entidades federativas) y del programa “Pensión alimentaria” (PPA) en el Distrito Federal. Ambos programas centrados en transferencias monetarias con vinculación de los destinatarios con los servicios de salud.			
Método de cálculo	(a) Cifras absolutas de beneficiarios de cada programa y (b) cálculos de CEPAL de cobertura en relación con la población objetivo definida por cada programa.		Fórmula	
			(a) Cifras absolutas. (b) Calculado por la fuente	
Referencias	De acuerdo con la OMS, el envejecimiento de la población constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores. El objetivo del PPADF es “otorgar seguridad económica básica y atenuar las desigualdades sociales que enfrenta este grupo de población”; el objetivo del programa federal es “incrementar el ingreso de los adultos mayores de 70 años y más, así como aminorar el deterioro de su salud física y mental”.			
Observaciones	Se seleccionan sólo los dos programas de mayor tamaño presupuestal. A pesar de que por Ley en México se consideran adultos mayores a las personas a partir de los 60 años, los criterios de elegibilidad de estos programas son distintos y han cambiado como sigue. Del PPADF: de 2001 a 2008, población de 70 años y más; a partir de 2009, población de 68 años y más. Del programa 70+: en 2007, personas de 70 años y más en localidades de menos de 2.500 habitantes; en 2008 localidades hasta 20.000; de 2009 a 2011, hasta 30.000 y a partir de 2012 todas las localidades. Los montos de apoyo son de \$500 mensuales en 70+ y de medio salario mínimo en PPADF.			
Institución que lo genera o publica (Fuente)	CEPAL, <i>Transferencias no contributivas a personas mayores</i> . En: http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/4/51664/P51664.xml&xml=/publicaciones/ficha-i.xml&base=/publicaciones/top_publicaciones-i.xml . Con información de la Secretaría de Desarrollo Social Federal y de las Secretarías de Salud y Desarrollo Social del D.F. Consulta: 16/02/2014.			
Desglose de cálculo	Nacional, entidad federativa y Distrito Federal.			
Periodicidad de la información	Anual	Años de cálculo disponibles	2001-2012 y 2007 a 2012.	

COBERTURA DE PROGRAMAS DE ASISTENCIA A ADULTOS MAYORES (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	2001	2005 ó 2007	2010	2012	TCMA 2005-2010
PPADF Beneficiarios	250.0	381.5	465.0	480.0	4.0%
PPADF Cobertura	73.6%	98.2%	82.2%	83.7%	-3.5%
70+ Beneficiarios	n.a.	1,031.0	2,105.3	3,049.2	26.9%
70+ Cobertura	n.a.	100.1%	96.1%	59.7%	-1.4%

Cobertura de programas de asistencia a adultos mayores

INDICADOR:
PORCENTAJE DE POBLACIÓN USUARIA DE SERVICIOS POR TIPO

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Porcentaje de población usuaria de servicios por tipo	Clave del Indicador	ScR03
		Tipo de Indicador	Resultado
		Unidad de medida	Porcentaje
Definición	Distribución porcentual de la población usuaria de servicios de salud según tipo de institución por sexo.		
Método de cálculo	Cociente del número de personas según el uso de servicios de salud (P_{US}), entre el total de población usuaria (P_T), según tipo de servicio “n”.	Fórmula	
		$DistP_{US} = \frac{n \cdot P_{US}}{P_T}$	
Referencias	Tabulados correspondientes a la pregunta: Cuando usted tiene problemas de salud ¿en dónde se atiende?		
Observaciones	Las cifras corresponden al cuestionario ampliado del Censo 2010.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	INEGI. Censo de Población y Vivienda, 2010. En: http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msal02&s=est&c=22568 . Consulta: 29/01/2014		
Desglose de cálculo	Nacional, sexo y grandes grupos de edad.		
Periodicidad de la información	Quinquenal.	Años de cálculo disponibles	2010

PORCENTAJE DE POBLACIÓN USUARIA DE SERVICIOS POR TIPO (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

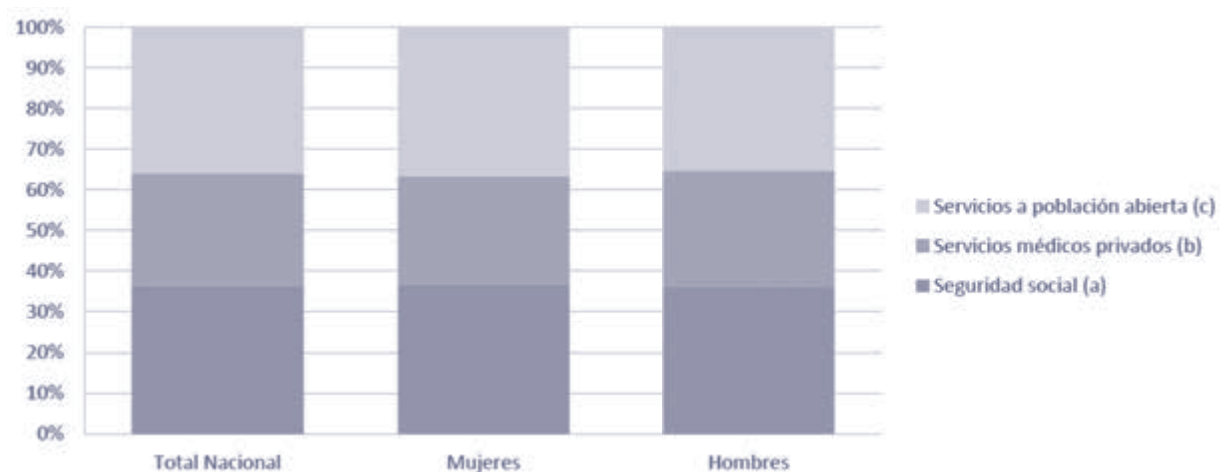
	Seguridad social (a)	Servicios médicos privados (b)	Servicios a población abierta (c)	Total población usuaria
Total Nacional	36.4%	27.4%	35.9%	109,724,773
Mujeres	36.7%	26.5%	36.5%	56,552,347
Hombres	36.1%	28.4%	35.2%	53,172,426

(a) Comprende a la población usuaria en el IMSS; en el ISSSTE; en el ISSSTE estatal; en PEMEX, Defensa o Marina.

(b) Comprende a la población usuaria en Institución privada; y Otras instituciones.

(c) Comprende a la población usuaria en la SS (incluye Seguro Popular) e IMSS Oportunidades. No incluye los casos no especificados.

Distribución de la población usuaria de servicios de salud por tipo, 2010



INDICADOR:
PROPORCIÓN DE HOGARES CON GASTO EN SEGUROS DE SALUD, SEGÚN DECIL DE INGRESOS

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Proporción de hogares con gasto en seguros de salud, según decil de ingresos	Clave del Indicador	ScR04
		Tipo de Indicador	Resultado
		Unidad de medida	Porcentaje
Definición	Número de hogares que realizan gastos en seguros médicos, respecto al total de hogares que realizan gastos corrientes monetarios, según decil de ingresos.		
Método de cálculo	Cociente del número de hogares que destinan gastos en seguros médicos, entre el total de hogares que realizan gastos corrientes monetarios, según decil de ingresos "i".	Fórmula	
		$PHSM_i = \frac{HSM_i}{HT_i} \times 100$	
Referencias	El % de hogares que destinan gastos a seguros médicos indica en cierta medida la falta de acceso o insatisfacción con los servicios públicos de salud.		
Observaciones	Los rubros del gasto corriente monetario considerados en cuidados de la salud son: servicios médicos, medicamentos recetados, atención hospitalaria, servicios médicos y medicamentos durante el embarazo y el parto, medicamentos sin receta y material de curación, medicina alternativa, aparatos ortopédicos y terapéuticos, así como seguros médicos.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	Cálculos con base en INEGI, Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares (ENIGH) 2010. Cuadro 4.2. En: http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/tabdirecto.aspx?s=est&c=33494 . Consulta: 4/02/2014.		
Desglose de cálculo	Deciles de ingreso. Se requiere desagregar por: sexo, edad y región geográfica.		
Periodicidad de la información	Bianual	Años de cálculo disponibles	2008, 2010, 2012

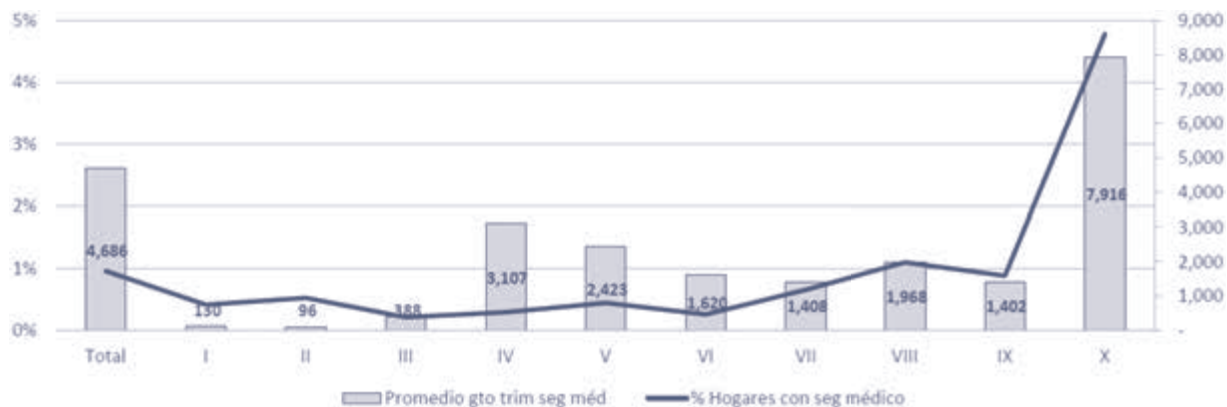
PROPORCIÓN DE HOGARES CON GASTO EN SEGUROS DE SALUD, SEGÚN DECIL DE INGRESOS (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	Total	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
% Hogares con seg médico	1.0%	0.4%	0.5%	0.2%	0.3%	0.4%	0.3%	0.7%	1.1%	0.9%	4.8%
Promedio gto trim seg méd	4,686	130	96	388	3,107	2,423	1,620	1,408	1,968	1,402	7,916

Datos en pesos constantes de 2010.

Proporción de hogares con gasto en seguro médico y promedio de gasto trimestral en dichos seguros, 2010



Igualdad y no discriminación

**INDICADOR:
REGULACIÓN DEL ABORTO**

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Regulación del aborto	Clave del Indicador	SdE01
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Regulación del Aborto: Con base en el artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el aborto es un delito de competencia local, excepto en los casos en que se aplique excepcionalmente el Código Penal Federal. En consecuencia, el aborto se regula por la normatividad en materia penal y de salud de cada entidad.		
Síntesis	Posición de los Estados de la República Mexicana sobre Regulación del Aborto: a) Despenalización del Aborto en el Distrito Federal. Ley de Salud del Distrito Federal, Capítulo IX "De la Interrupción Legal del Embarazo"; Artículos 58 y 59. Código Penal del Distrito Federal, Capítulo V "Del Aborto"; Artículos 144, 145, 146, 147, 148. b) Entidades que contemplan la Penalización del Aborto: 31 Entidades Federativas. c) Las 31 Entidades y el Distrito Federal establecen que el aborto no será punible cuando el embarazo sea resultado de una violación o la mujer embarazada corra peligro de muerte.		
Vigencia	Ley del Distrito Federal 17/09/2009 Código Penal del Distrito Federal 03/04/2012		
Observaciones	El Centro de Documentación, Información y Análisis de La Cámara de Diputados de la LXI Legislatura, en un Estudio de Derecho comparado indica que: "en materia de despenalización del aborto en el Distrito Federal, se consideraron los derechos de la mujer y en particular su derecho de libre decisión respecto a lo que acontecía en su propio cuerpo y las consecuencias en su vida futura, así como la incursión de ésta al ámbito laboral y económico, dieron pauta a una coyuntura en el tema, que fue materia de diversos foros de discusión, intentando varias veces llevar un proyecto de iniciativa de reformas tendientes a despenalizar el aborto ante la Asamblea del Distrito Federal, siendo esto posible plenamente hasta 2007, y consolidándose por la Suprema Corte de Justicia de la Nación en el 2008. En contrapartida, otros Estados de la República Mexicana, recrudecieron la penalidad de este delito."		
Fuentes de información	Ley de Salud del Distrito Federal http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Distrito%20Federal/wo39056.doc Código Penal del Distrito Federal http://www.aldf.gob.mx/archivo-0ee9abf46b0a81a290a4fd3898de5a08.pdf Orden Jurídico del ámbito Estatal http://www.ordenjuridico.gob.mx/ambest.php Regulación del Aborto en México (Estudio de Derecho Comparado sobre la Regulación del Aborto en México, 31 Estados de la República Mexicana y el Distrito Federal) http://www.diputados.gob.mx/cedia/sia/spi/SPI-ISS-27-09.pdf		

REGULACIÓN DEL ABORTO (continuación)

Unidad de observación	Ley Estatal Código	Frecuencia de observación	Trianual
-----------------------	-----------------------	---------------------------	----------

DATOS PARA EL INFORME:

Ley de Salud del Distrito Federal. Capítulo IX “De la Interrupción Legal del Embarazo”	Despenalización, 2009
Código Penal del Distrito Federal. Capítulo V “Del Aborto”	2012
31 Estados de la República Mexicana.	Penalización

INDICADOR:
LEY O POLÍTICA NACIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Ley o política nacional para personas con discapacidad física o mental	Clave del Indicador	SdE02
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Ordenamientos que respaldan la Política Nacional para personas con Discapacidad Física o Mental: • Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad • Programa Sectorial de Salud		
Síntesis	Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad: Su objeto es reglamentar en lo conducente, el Artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos estableciendo las condiciones en las que el Estado deberá promover, proteger y asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, asegurando su plena inclusión a la sociedad en un marco de respeto, igualdad y equiparación de oportunidades. Esta Ley reconoce a las personas con discapacidad sus derechos humanos y mandata el establecimiento de las políticas públicas necesarias para su ejercicio. Programa Sectorial de Salud. Estrategia 4.5. Impulsar la atención integral en salud para las personas con discapacidad.		
Vigencia	Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad 30/05/2011 Programa Sectorial de Salud 2013-2018, Promulgación DOF 12/12/2013		
Observaciones			
Fuentes de información	Orden Jurídico Nacional Ley General para la Inclusión de las personas con Discapacidad http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo61725.doc Programa Sectorial de Salud http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/programa.p df Consulta: 11/Feb/2014		
Unidad de observación	Ley Programa	Frecuencia de observación	Trianual Sexenal

DATOS PARA EL INFORME:

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad	2011
Programa Sectorial de Salud, 2013-2018	Estrategia 4.5

INDICADOR:
LEY O POLÍTICA NACIONAL DE SALUD QUE CONSIDERA LA DIVERSIDAD ÉTNICA

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Ley o política nacional de salud que considera la diversidad étnica	Clave del Indicador	SdE03
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Ley o Política Nacional de Salud Considerando la Diversidad Étnica (indígenas, afrodescendientes): • Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos • Ley General de Salud		
Síntesis	Artículo 2° Constitucional: “La Nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas”. “B III. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil...” Ley General de Salud: Artículo 6°.- “El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos: ... IV Bis. Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social;” Artículo 93.- ... “De la misma manera reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos.”		
Vigencia	Reforma Constitucional 08/02/2012 Ley General de Salud. Fecha de promulgación 07/02/1984. Fecha de última reforma 15/01/2014		
Observaciones			
Fuentes de información	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf Ley General de Salud http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo11037.doc Consulta: 17/feb/2014		

LEY O POLÍTICA NACIONAL DE SALUD... (continuación)

Unidad de observación	Ley Suprema Nacional Ley Federal	Frecuencia de observación	Triannual
-----------------------	-------------------------------------	---------------------------	-----------

DATOS PARA EL INFORME:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Art. 2º, Inciso BIII
Ley General de Salud	Arts. 6º y 93

INDICADOR:
RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos	Clave del Indicador	SdE04
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Ordenamientos en los que se incluye: • Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos • Ley General de Salud • NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar • NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres		
Síntesis	Artículo 4° Constitucional, párrafo tercero: "Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos." Ley General de Salud, Capítulo VI Servicios de Planificación Familiar, Art. 67, párrafo segundo: "Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad." NOM-005: Incluye anticoncepción de emergencia para los casos de relaciones sexuales voluntarias sin protección anticonceptiva, relaciones sexuales involuntarias sin protección anticonceptiva, o cuando se use un método anticonceptivo y se presuma falla del mismo. NOM-046: Incluye anticoncepción de emergencia para las mujeres que han sufrido violencia sexual.		
Vigencia	Reforma Constitucional 08/02/2012 Ley General de Salud. Fecha de promulgación 07/02/1984; Fecha de última reforma 15/01/2014 NOM 005, publicada el 21 de enero de 2004 NOM 046, publicada el 16 de abril de 2009		
Observaciones	No hay un reconocimiento como tal sobre derechos sexuales y reproductivos, sólo lo relativo a planificación familiar.		
Fuentes de información	Constitución de los Estados Unidos Mexicanos http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf Ley General de Salud http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo11037.doc Consulta 17/feb/2014		
Unidad de observación	Ley Suprema Nacional Ley Federal	Frecuencia de observación	Triannual

RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Art. 4º
Ley General de Salud	Art. 67
NOM-005. De los servicios de planificación familiar	Anticoncepción de emergencia
NOM-046. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres	Anticoncepción de emergencia en casos de violencia sexual

INDICADOR:
LEGISLACIÓN Y POLÍTICA DE SALUD MENTAL

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Legislación y política de salud mental	Clave del Indicador	SdE05
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Los Servicios de Salud Mental se encuentran regulados en: • Ley General de Salud • Programa Sectorial de Salud, 2013-2018		
Síntesis	Ley General de Salud, Capítulo VII. Salud Mental: Art. 72.- "...La atención de los trastornos mentales y del comportamiento deberá brindarse con un enfoque comunitario, de reinserción psicosocial y con estricto respeto a los derechos humanos de los usuarios de estos servicios." Artículo 74 Bis.- La persona con trastornos mentales y del comportamiento tendrá los siguientes derechos: Derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental y acorde con sus antecedentes culturales, lo que incluye el trato sin discriminación y con respeto a la dignidad de la persona, en establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud. Derecho a que el tratamiento que reciba esté basado en un plan prescrito individualmente con historial clínico, revisado periódicamente y modificado llegado el caso; Artículo 76.- La Secretaría de Salud establecerá las normas oficiales mexicanas para los establecimientos que prestan atención a las personas con trastornos mentales y del comportamiento, de la red del Sistema Nacional de Salud. Programa Sectorial de Salud, Estrategia 2.4 Fortalecer la atención integral y la reinserción social de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento. Líneas de acción: 2.4.1. Priorizar la implementación de modelos comunitarios y familiares de atención integral de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento. 2.4.2. Reforzar el diagnóstico y la atención integral de los trastornos mentales y del comportamiento en todos los niveles de atención. 2.4.3. Fortalecer la cobertura de atención a los trastornos mentales con enfoque familiar, comunitario y respeto a los derechos humanos. 2.4.4. Impulsar la atención integral de enfermos con trastornos mentales para lograr su reinserción social y productiva. 2.4.5. Incorporar gradualmente los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica con la red de servicios de salud. 2.4.6. Impulsar modelos de atención no institucionales de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.		

LEGISLACIÓN Y POLÍTICA DE SALUD MENTAL (continuación)

Vigencia	Ley General de Salud. Fecha de promulgación 07/02/1984 Programa Sectorial de Salud, 2013-2018. Promulgación DOF 12/12/2013		
Observaciones			
Fuentes de información	Ley General de Salud http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo11037.doc Programa Sectorial de Salud 2013-2018 http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/programa.pdf Consulta: 18/feb/2014		
Unidad de observación	Ley Federal Programa	Frecuencia de observación	Triannual Sexenal

DATOS PARA EL INFORME:

Ley General de Salud	Arts. 72, 74 bis y 76
Programa Sectorial de Salud	Estrategia 2.4

INDICADOR:
PREVALENCIA DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES ADOLESCENTES Y ADULTAS

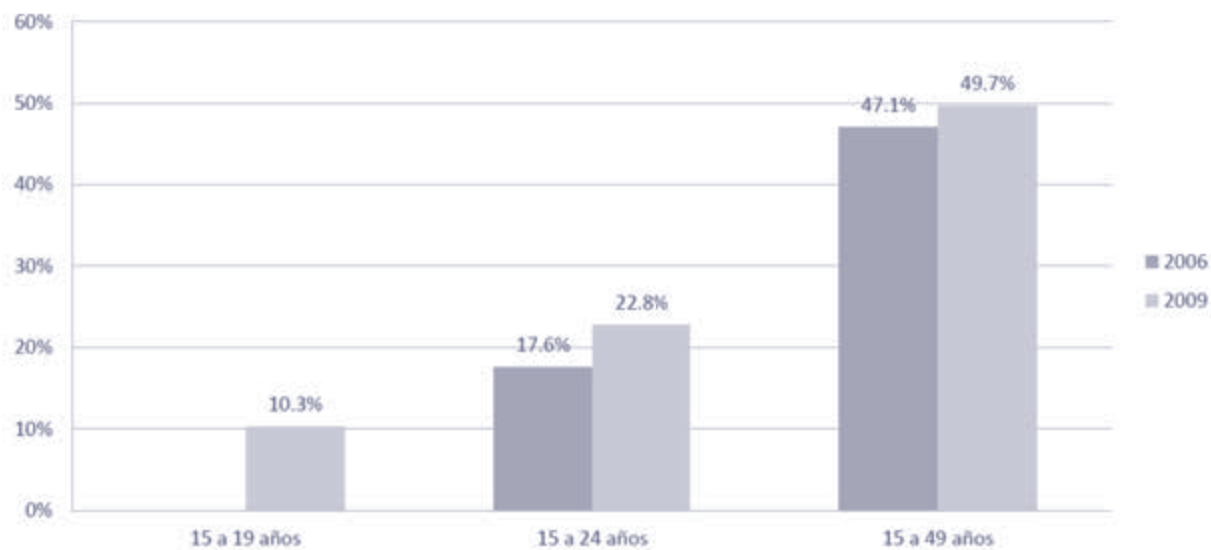
FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes y adultas	Clave del Indicador	SdP01a y b
		Tipo de Indicador	Proceso
		Unidad de medida	Porcentaje
Definición	(a) % mujeres de 15 a 24 años que utiliza algún método anticonceptivo. (b) % mujeres de 15 a 49 años que utiliza algún método anticonceptivo.		
Método de cálculo	Resultados directos de la ENADID sobre población femenina por grupos de edad, relativos a mujeres “actualmente usuarias” de algún método anticonceptivo.	Fórmula	
		Calculado por la fuente	
Referencias	La promoción de la planificación familiar —y el acceso a métodos anticonceptivos para las mujeres y las parejas— resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades. La planificación familiar refuerza el derecho de las personas a decidir el número de hijos que desean tener y el intervalo de los embarazos.		
Observaciones	La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) se levantó por última vez en 2009, es indispensable continuar con el levantamiento de este instrumento para contar con evidencia suficiente para evaluar las políticas públicas en los diversos rubros que incluye.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	INEGI, Información estadística, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. En: http://www.conapo.gob.mx/encuesta/Enadid2006/page0005.html (ENADID 2006) y http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/tabdirecto.aspx?s=est&c=33617 (ENADID 2009, Anticoncepción. Cuadro 6.6). Consulta: 17/02/2014.		
Desglose de cálculo	Nacional, Entidad Federativa, grupos de edad y características socioeconómicas. Falta incluir varones.		
Periodicidad de la información	No definida.	Años de cálculo disponibles	2006 y 2009

PREVALENCIA DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES ADOLESCENTES Y ADULTAS (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	2006	2009	TCMA 2006-2009
15 a 19 años	n.d.	10.3%	n.a.
15 a 24 años	17.6%	22.8%	9.0%
15 a 49 años	47.1%	49.7%	1.8%

Prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres por rango de edad

INDICADOR:
ABORTOS INDUCIDOS Y ESTIMACIONES DE ABORTOS ILEGALES, POR EDAD, LUGAR DE RESIDENCIA Y CONDICIONES SOCIECONÓMICAS DE LA MUJER

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Abortos inducidos y estimaciones de abortos ilegales, por edad, lugar de residencia y condiciones socioeconómicas de la mujer	Clave del Indicador	SdP02a y b
		Tipo de Indicador	Proceso
		Unidad de medida	Núm. de abortos y distribución porcentual de características
Definición	(a) Servicios de interrupción legal del embarazo (ILE) otorgados en el D.F. y características de las mujeres atendidas. (b) Estimación de abortos ilegales.		
Método de cálculo	(a) Registro de servicios de ILE otorgados y distribución porcentual del total de casos atendidos (2007-2013), según edad y escolaridad. (b) Estudio sobre abortos ilegales.	Fórmula	
		Calculado por la fuente	
Referencias	La OMS propone la articulación de un marco de políticas basadas en los derechos para mejorar el acceso a los servicios de aborto seguro. En: "Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, 2012", http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf .		
Observaciones	(a) En México, sólo el Distrito Federal cuenta con legislación y servicios para llevar a cabo interrupciones legales del embarazo, la estadística que se presenta corresponde sólo a esta jurisdicción. (b) La estimación del total de abortos ilegales en el país es de 874,747 para 2006 (considerando una tasa de 33 abortos por cada mil mujeres en edad fértil; se obtiene de: Intituto Guttmacher, COLMEX, "Estimaciones del aborto inducido en México: ¿qué ha cambiado entre 1990 y 2006?" en Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2009, p.4-15.*		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	La Secretaría de Salud del DF lleva el registro de las ILEs que se practican pero no tiene la información disponible vía Internet. Los datos que se presentan se obtienen en el sitio de GIRE: https://www.gire.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=504&itemid=1397&lang=es . Consulta: 18/02/2014.		
Desglose de cálculo	Edad, educación, lugar de residencia, religión, ocupación, semanas de gestación, método empleado, anticonceptivos post-ile, reincidencia.		
Periodicidad de la información	No definida.	Años de cálculo disponibles	2007-2013

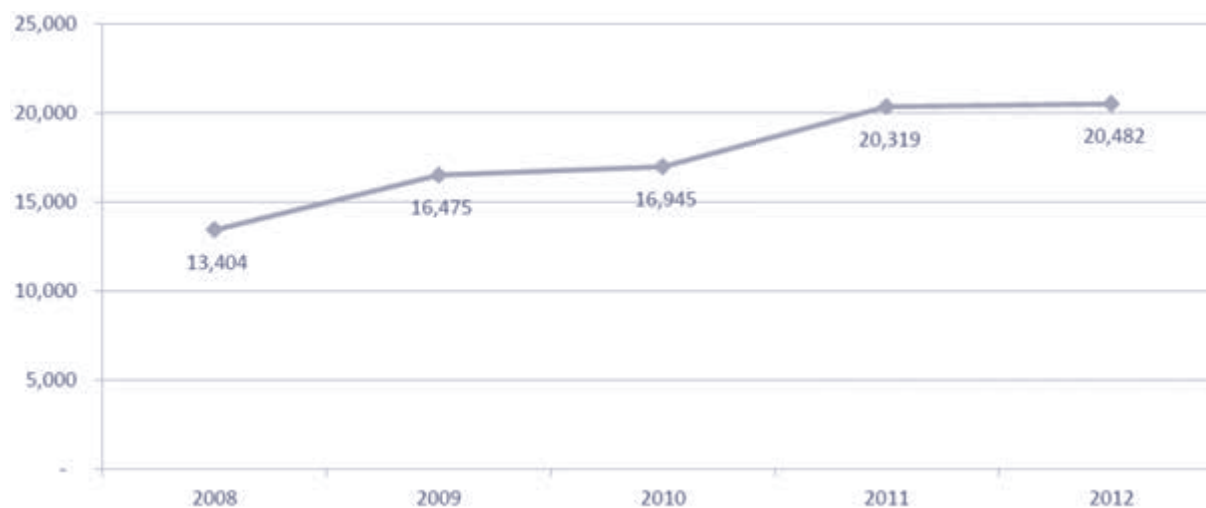
* Según la OMS la tasa de abortos inducidos a nivel mundial se redujo de 35 cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años en 1995, a 26 cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años en 2008.

ABORTOS INDUCIDOS Y ESTIMACIÓN DE ABORTOS ILEGALES (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	2008	2009	2010	2011	2012	TCMA 2008-2010
Núm ILE DF	13,404	16,475	16,945	20,319	20,482	12.4%
	11 a 14 años	15 a 17 años	18 a 24 años	25 a 29 años	30 y más años	
Distrib. Edad	0.7%	4.7%	47.8%	22.2%	24.6%	

Número de ILEs en el Distrito Federal



INDICADOR:

PROPORCIÓN DE HOGARES QUE UTILIZAN SISTEMAS ALTERNATIVOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD, SEGÚN DECIL DE INGRESOS

FICHA TÉCNICA

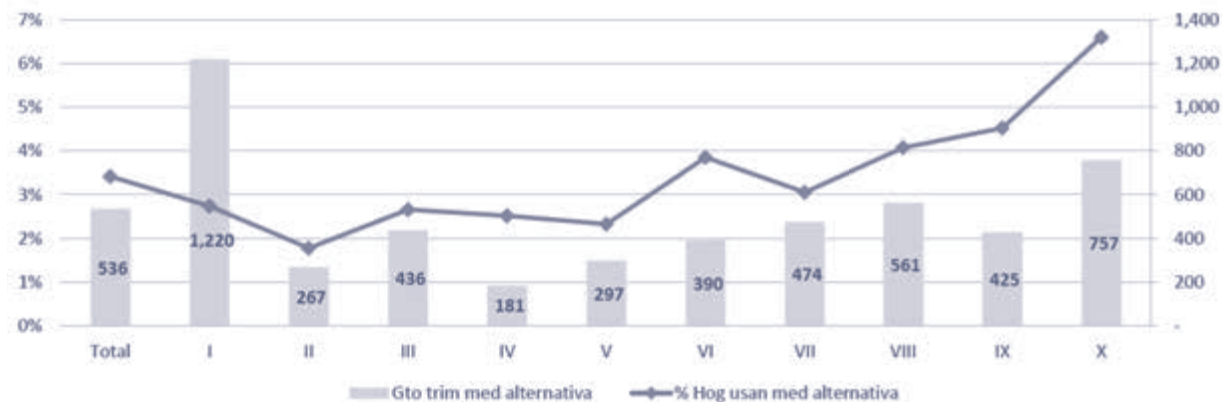
Nombre del Indicador	Proporción de hogares que utilizan sistemas alternativos de atención de la salud, según decil de ingresos	Clave del Indicador	SdP03
		Tipo de Indicador	Proceso
		Unidad de medida	Porcentaje
Definición	Número de hogares que realizan gastos en medicina alternativa, respecto al total de hogares que realizan gastos corrientes monetarios, según decil de ingresos.		
Método de cálculo	Cociente del número de hogares con gastos en medicina alternativa, entre el total de hogares que realizan gastos corrientes monetarios, según decil de ingresos “i”.	Fórmula	
		$PHMA_i = \frac{HMA_i}{HT_i} \times 100$	
Referencias	Los hogares que destinan gastos en medicina alterantiva representan una señal sobre la necesidad de adaptabilidad cultural de las políticas públicas para el derecho a la salud.		
Observaciones	Los rubros del gasto corriente monetario considerados en cuidados de la salud son: servicios médicos, medicamentos recetados, atención hospitalaria, servicios médicos y medicamentos durante el embarazo y el parto, medicamentos sin receta y material de curación, medicina alternativa, aparatos ortopédicos y terapéuticos, así como seguros médicos.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	Cálculos con base en INEGI, Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares (ENIGH) 2010. Cuadro 4.2. En: http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/tabdirecto.aspx?s=est&c=33494 . Consulta: 4/02/2014.		
Desglose de cálculo	Deciles de ingreso. Se requiere desagregar por: etnia, tipo de localidad y región geográfica.		
Periodicidad de la información	Bianual	Años de cálculo disponibles	2008, 2010, 2012

PROPORCIÓN DE HOGARES QUE UTILIZAN SISTEMAS ALTERNATIVOS... (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	Total	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
% Hog usan med alternativa	3.4%	2.7%	1.8%	2.7%	2.5%	2.3%	3.9%	3.0%	4.1%	4.5%	6.6%
Gto trim med alternativa	536	1,220	267	436	181	297	390	474	561	425	757

Proporción de hogares con gasto en medicina alternativa y promedio de gasto trimestral en dichos tratamientos, 2010



INDICADOR:
CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Características del sistema de salud sexual y reproductiva		Clave del Indicador	SdP04
			Tipo de Indicador	Proceso
			Unidad de medida	Millones de pesos constantes de 2006
Definición	Características, cobertura, presupuesto y jurisdicciones en políticas y programas de salud sexual y reproductiva.			
Método de cálculo	Datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR).		Fórmula	
			Cifras absolutas	
Referencias	La salud reproductiva y sexual es fundamental para las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades (Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva, 2007).			
Observaciones	El CNEGSR cuenta con los siguientes programas de acción: Igualdad de género en salud; Prevención y atención a la violencia; Cáncer de mama; Cáncer cérvico uterino; Planificación familiar y anticoncepción; Salud materna y perinatal; Salud sexual y reproductiva de adolescentes; sin embargo, el sitio web no tiene información consistente sobre cobertura o aplicación territorial de los mismos. En particular, no se cuenta con información sistematizada sobre la Violencia Obstétrica, tema que genera innumerables violaciones a los derechos humanos según se reporta en estudios de sociedad civil (Informe GIRE, Cap. IV. En: www.informe.gire.org.mx).			
Institución que lo genera o publica (Fuente)	Publicación del INSP, Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género (http://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/110822_cuentas_SRelectr.pdf). SINAIS, Boletín de Información Estadística, Volumen IV. Recursos financieros. En: http://www.sinais.salud.gob.mx/publicaciones/index.html . Descripción de programas del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en: http://www.cnegsr.gob.mx/ . Consulta: 22/02/2014.			
Desglose de cálculo	No aplica.			
Periodicidad de la información	Anual para presupuesto.	Años de cálculo disponibles	2003-2009	

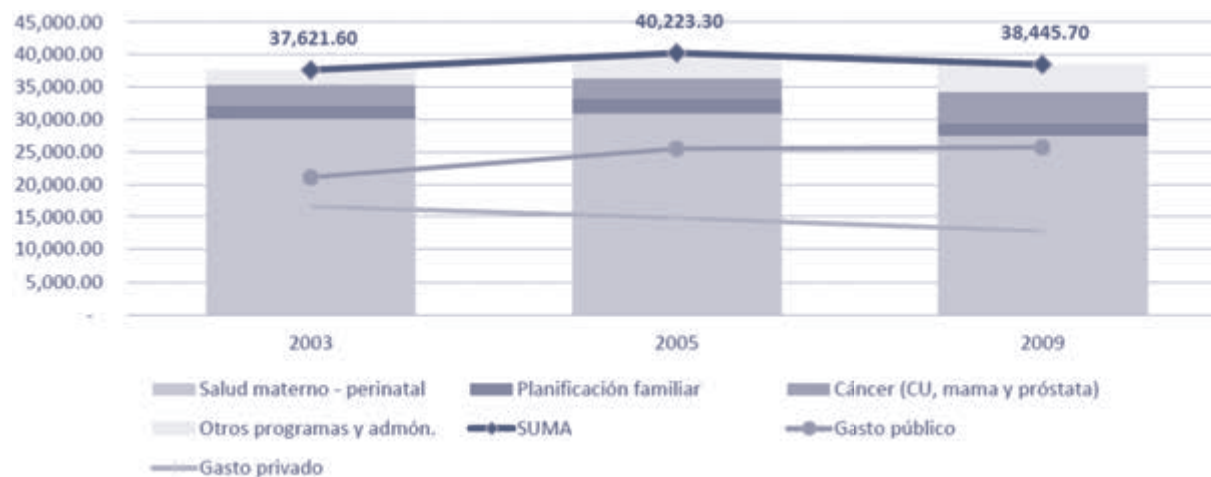
CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	2003	2005	2009	TCMA 2005-2010
Salud materno - perinatal	30,044.50	30,881.50	27,489.50	-0.02
Planificación familiar	2,131.50	2,330.90	1,882.10	-0.04
Cáncer (CU, mama y próstata)	3,209.00	3,183.00	4,869.30	0.09
Otros programas y admón.	2,236.60	3,827.90	4,204.80	0.02
SUMA	37,621.60	40,223.30	38,445.70	-0.01
Gasto público	21,058.30	25,458.30	25,687.00	0.00
Gasto privado	16,563.30	14,765.00	12,758.70	-0.03

Cifras en millones de pesos constantes de 2006.

Gasto en salud sexual y reproductiva por programa y sector



INDICADOR:
PORCENTAJE DE MENORES DE 5 AÑOS CUBIERTOS POR PROGRAMAS NUTRICIONALES

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Porcentaje de menores de cinco años cubiertos por programas nutricionales		Clave del Indicador	SdP05
			Tipo de Indicador	Proceso
			Unidad de medida	Porcentaje
Definición	Porcentaje de menores de cinco años, en situación de vulnerabilidad, cubiertos por programas nutricionales.			
Método de cálculo	Información diversa de: (1) Programa de Apoyo Alimentario (PAL) y (2) Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.		Fórmula	
			Calculado por la fuente.	
Referencias	La desnutrición crónica (baja talla para la edad) es responsable del 35% de muertes mundiales en este grupo de edad.La desnutrición ocurre durante la gestación y los primeros dos años de vida y tiene efectos adversos sobre la salud y el desarrollo de capacidades; además, en México, las prevalencias en población rural se han mantenido históricamente en el doble de las de zonas urbanas (ENSANUT12, Documento analítico No. 11 “Desnutrición en México: intervenciones hacia su erradicación”).			
Observaciones	La información entregada a CONEVAL de estos programas hace referencia a coberturas respecto de la población objetivo definida en sus reglas de operación, en consecuencia los datos de los últimos años son muy cercanos, o incluso rebasan, al 100%, por lo que este indicador no es útil. Se supone que SEDESOL está en proceso de revisar poblaciones potenciales y objetivo. Se sugiere, en última instancia, utilizar el indicador de resultados sobre desnutrición.			
Institución que lo genera o publica (Fuente)	CONEVAL, Fichas de monitoreo e Informes de Evaluación Específica de Desempeño 2012-2013 de los Programas Oportunidades y de Apoyo Alimentario. En: http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Especificas_Desempeno2012/SEDESOL/20_S072/20_S072_Ejecutivo.pdf ; http://web.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Ficha_Monitoreo_2012/SEDESOL/20_S118_FM.pdf ; http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Especificas_Desempeno2012/SEDESOL/20_S118/20_S118_Ejecutivo.pdf . Consulta: 24/02/2014.			
Desglose de cálculo	Cobertura total de los Programas.			
Periodicidad de la información	Anual.	Años de cálculo disponibles		2000-2012
		CONEVAL		

PORCENTAJE DE MENORES DE 5 AÑOS CUBIERTOS POR PROGRAMAS... (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	2000	2005	2010
Cobertura admva. nutricional Oportunidades	87.1%	98.0%	98.0%
Cobertura admva. Pg. Apoyo Alimentario*	n.a.	46.7%	111.7%
Ppto Oportunidades/Ppto SEDESOL**	n.d.	13.7%	14.6%
Ppto PAL/Ppto SEDESOL*	n.a.	1.9%	4.6%

* El PAL inicia en 2003. Los datos incluidos en la columna 2005 corresponden a 2009.

** El dato incluido en la columna 2005 corresponde a 2007.

INDICADOR:
INDICADORES PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DEL VIH

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Indicadores para la prevención de la transmisión materno-nfantil del VIH	Clave del Indicador	SdP06
		Tipo de Indicador	Proceso
		Unidad de medida	Porcentaje
Definición	(1) Porcentaje de embarazadas con test de VIH. (2) Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales.		
Método de cálculo	(2) Estimaciones del CENSIDA con base en información empírica, sobre el porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión materno-infantil.	Fórmula	
		Calculado por la fuente.	
Referencias	El riesgo de la transmisión materno-infantil puede reducirse significativamente con acciones complementarias. Evidencia científica internacional muestra que la prevención de la transmisión madre- hijo es altamente efectiva al estipular la prueba del VIH a todas las mujeres embarazadas.		
Observaciones	De acuerdo al compromiso de México ante ONUSIDA en la “Declaración política sobre el VIH/SIDA 2011”, se han empezado a construir indicadores para la vigilancia y notificación del sector salud ante el VIH/SIDA; entre éstos está contemplado el correspondiente a: “% mujeres embarazadas que se han realizado la prueba del VIH y han recibido su resultado”. Por otro lado, según el INSP, “A pesar de contar con un programa nacional para la prevención de la transmisión vertical de la infección, no se ha logrado el impacto deseado en su disminución, no obstante que ésta puede alcanzarse en un 98% con intervenciones altamente costo-efectivas, como la detección del VIH en toda mujer embarazada (INSP, SIDA 25 años).		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	Secretaría de Salud, CONASIDA, Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), Informe de Actividades 2012. En: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/ungass/Informe_Narrativo_2012_y_ANEXOS_I_IV.pdf . Consulta: 24/02/2014.		
Desglose de cálculo	Total.		
Periodicidad de la información	No disponible aún.	Años de cálculo disponibles	2010

DATOS PARA EL INFORME:

	2010
% Embarazadas serop. con antirretrovirales	43.2%
% Embarazadas con prueba de VIH	En proceso

INDICADOR:
PORCENTAJE DE CASOS NOTIFICADOS DE SIDA POR TRANSMISIÓN PERINATAL

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Porcentaje de casos notificados de SIDA por transmisión perinatal		Clave del Indicador	SdP07
			Tipo de Indicador	Proceso
			Unidad de medida	Porcentaje
Definición	Proporción de casos notificados de SIDA por transmisión perinatal, según año de diagnóstico, respecto del total de casos notificados en el año de referencia.			
Método de cálculo	Casos notificados de SIDA por transmisión perinatal (PS _{TP}), entre el total de casos notificados (PS _T), en el año de referencia.		Fórmula	
			%PS _{TP} = PS _{TP} /PS _T	
Referencias	Las mujeres están cada vez más expuestas a la infección por VIH/SIDA, la cual puede transmitirse vía perinatal si no hay una intervención terapéutica adecuada. Se ha estimado que aproximadamente 20-30% de infantes nacidos de madres infectadas por VIH adquieren la infección.			
Observaciones	De acuerdo con investigaciones del CENSIDA y el INSP (25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos , Cap. 4), los principales obstáculos para lograr un impacto sobre la transmisión perinatal del VIH son la baja percepción de riesgo de VIH en las mujeres, favorecida por la focalización masculina de los mensajes y por barreras de género; así como por problemas estructurales y de organización institucional que no han favorecido la oferta de detección oportuna del VIH a toda mujer embarazada y la oferta de servicios de calidad e integrales, tanto en la atención del embarazo y el parto, como en la salud reproductiva.			
Institución que lo genera o publica (Fuente)	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH-SIDA (CENSIDA), Registro Nacional de Casos de SIDA, 2013. En: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_2o_trim_2013.pdf . Consulta: 23/02/2014.			
Desglose de cálculo	Nacional, Entidad Federativa, sexo y categoría de transmisión.			
Periodicidad de la información	Anual.	Años de cálculo disponibles	1993-2012	

PORCENTAJE DE CASOS NOTIFICADOS DE SIDA... (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	1990	1995	2000	2005	2010	TCMA 2005-2010
Casos trans. Perinatal	39	56	105	158	103	-8.2%
% Perinatal/Tot. casos	1.9%	1.8%	2.5%	2.3%	1.6%	

Casos notificados de SIDA por transmisión perinatal y porcentaje respecto al total de casos

INDICADOR:
PROMEDIO DE CONSULTAS PRENATALES POR EMBARAZADA

FICHA TÉCNICA

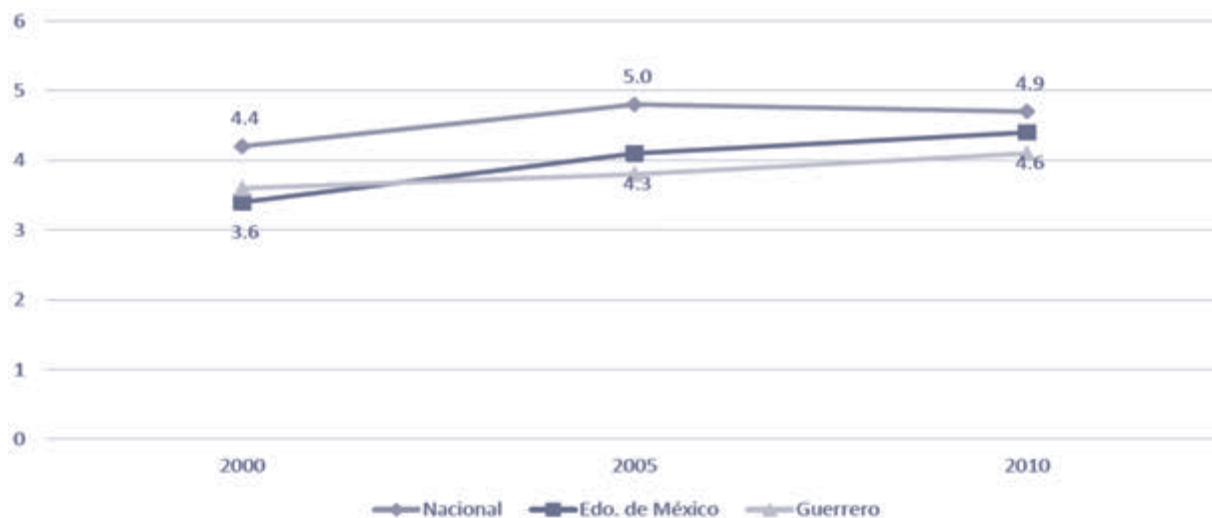
Nombre del Indicador	Promedio de consultas prenatales por embarazada	Clave del Indicador	SdP08
		Tipo de Indicador	Proceso
		Unidad de medida	Núm. prom. de consultas prenatales
Definición	Número de consultas de control prenatal que en promedio recibe una mujer en unidades médicas públicas del sector salud durante el embarazo.		
Método de cálculo	Cociente del total de consultas de control prenatal otorgadas en el año, entre el total de mujeres embarazadas que acudieron a consulta en dicho año. El indicador lo calcula directamente la Secretaría de salud.	Fórmula	
		Calculado por la fuente	
Referencias	Según el sitio de ODM en México, este indicador muestra si la mujer recibió atención antes del momento del parto, lo cual podría permitir identificar un embarazo de riesgo y con ello disminuir las complicaciones al momento del nacimiento y por lo tanto un decremento en la razón de mortalidad materna.		
Observaciones	En la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del recién nacido (1995), en su numeral 5.3.2, señala que la embarazada debe recibir cinco consultas como mínimo durante su control prenatal. En este indicador se mide el promedio de consultas durante el embarazo en mujeres que asistieron a las unidades médicas públicas del sector salud en México.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	Secretaría de Salud, SINAIS, Boletín de Información Estadística, Volumen III. Servicios otorgados y Programas sustantivos. En: http://www.sinais.salud.gob.mx/publicaciones/index.html . Consulta: 21/02/2014		
Desglose de cálculo	Nacional y por entidad federativa		
Periodicidad de la información	Anual.	Años de cálculo disponibles	2000-2012

PROMEDIO DE CONSULTAS PRENATALES POR EMBARAZADA (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	2000	2005	2010	TCMA 2005-2010
Nacional	4.4	5.0	4.9	-0.4%
Edo. de México	3.6	4.3	4.6	1.4%
Guerrero	3.8	4.0	4.3	1.5%

Promedio de consultas prenatales por embarazada



INDICADOR:
LACTANCIA MATERNA DURANTE LOS PRIMEROS SEIS MESES DE VIDA

FICHA TÉCNICA

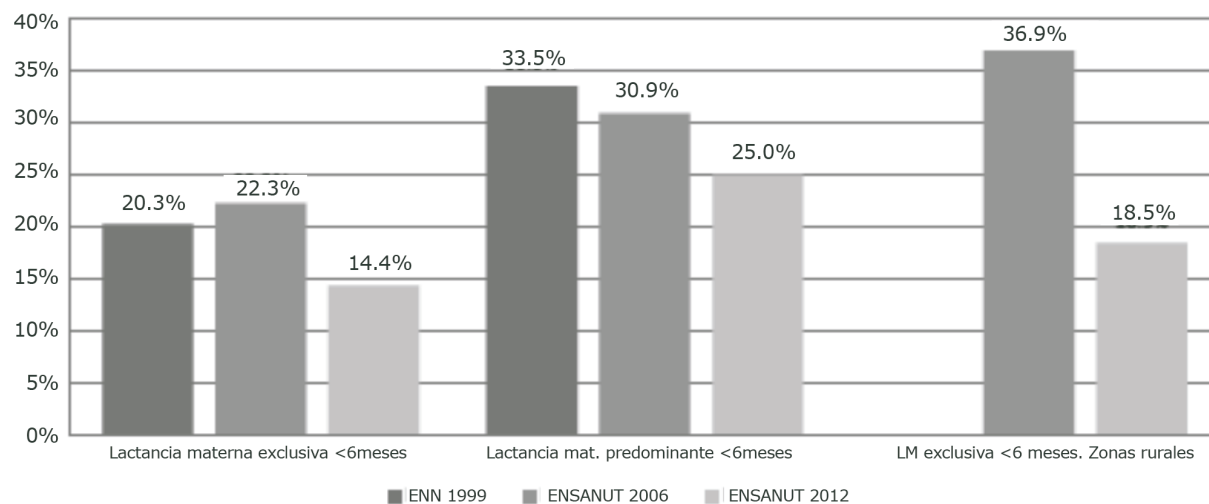
Nombre del Indicador	Lactancia materna durante los primeros seis meses de vida	Clave del Indicador	SdP09
		Tipo de Indicador	Proceso
		Unidad de medida	Porcentaje
Definición	Porcentaje de infantes que fueron amamantados con leche materna de forma exclusiva, o predominante, hasta los 6 meses.		
Método de cálculo	Proporción de niñas y niños amamantados con leche materna durante los primeros 6 meses de vida, respecto al total estimado de niñas y niños nacidos en el mismo periodo de tiempo. Calculado por la ENSANUT.	Fórmula	
		Calculado por la fuente	
Referencias	De acuerdo con el INSP, la lactancia materna es la mejor estrategia para mejorar la salud y prevenir la mortalidad infantil. La OMS recomienda que la lactancia materna sea exclusiva hasta los seis meses.		
Observaciones	La ENADID 2009 también consideró la variable de lactancia materna, los resultados directamente disponibles en el sitio del INEGI (sin recurrir a manejo de microdatos) presentan sólo duración media de lactancia materna; sin embargo, los cálculos excluyen los casos de infantes que no lactaron por lo cual el indicador está sobreestimado.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	INSP, ENSANUT 2012. Documento Analítico 12. Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apegarse a lo básico. En: http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DeterioroPraLactancia.pdf . Consulta: 11/02/2014.		
Desglose de cálculo	Nacional.		
Periodicidad de la información	No definida.	Años de cálculo disponibles	1999, 2006, 2012

LACTANCIA MATERNA DURANTE LOS PRIMEROS SEIS MESES DE VIDA (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	ENN 1999	ENSANUT 2006	ENSANUT 2012	TCMA 2006-2012
Lactancia materna exclusiva <6 meses	20.3%	22.3%	14.4%	-7.0%
Lactancia mat. predominante <6 meses	33.5%	30.9%	25.0%	-3.5%
LM exclusiva <6 meses. Zonas rurales	n.d.	36.9%	18.5%	-10.9%

Porcentaje de infantes alimentados con leche materna durante los primeros seis meses de vida



INDICADOR:
CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD MENTAL

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Características de los servicios públicos de salud mental	Clave del Indicador	SdP10
		Tipo de Indicador	Proceso
		Unidad de medida	Varias
Definición	Características, jurisdicción, presupuesto y accesibilidad a los servicios públicos de salud mental por distribución territorial.		
Método de cálculo	Datos diversos del sistema público de salud mental	Fórmula	
		N.A.	
Referencias	El déficit en el tratamiento de trastornos mentales, neurales y por abuso de sustancias es formidable, sobre todo en los países de escasos recursos. Es indispensable articular una respuesta integral y coordinada del sector de la salud y los sectores sociales en los países (Resolución WHA65.4 sobre Salud Mental, de la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud 2012).		
Observaciones	Se requiere contar con información periódica accesible sobre problemáticas y servicios públicos disponibles en materia de salud mental.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	OMS. Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México, 2011. En: http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf . Consulta: 20/02/2014.		
Desglose de cálculo	No aplica.		
Periodicidad de la información	No aplica.	Años de cálculo disponibles	Datos de 2008

DATOS PARA EL INFORME:

	Hosp. Psiq.	Establecimientos				Presupuesto
	Camas x 100 mil hab	Cons. Ambulatorio	Casas Medio Camino	Hospital (camas)	Residencias Com.	(% Ppto Salud)
Indicador	5.0	544	3	147	8	2%
	% ciudades gdes.	Especialistas (x 100 mil hab)			Med. Psicotrop.	
	Camas H. Psiq.	Psicólogos	Psiquiatras	Enfermeras/os	Disp. Cons. Amb.	
Indicador	77%	1.4	1.6	3.4	67%	

INDICADOR:
PORCENTAJE DE INFANTES Y ADOLESCENTES QUE RECIBEN ATENCIÓN MÉDICA

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Porcentaje de infantes y adolescentes que reciben atención médica	Clave del Indicador	SdPn01
		Tipo de Indicador	Proceso
		Unidad de medida	
Definición (propuesta OEA)	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que reciben periódicamente atención/controles médicos.		
Método de cálculo	SE PROPONE GENERAR	Fórmula	
Referencias			
Observaciones	En el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (19 de enero de 2004), se establece que el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) es un órgano administrativo desconcentrado, encargado de establecer, difundir y evaluar las políticas nacionales, estrategias, lineamientos y procedimientos en materia de atención a la salud de la infancia y la adolescencia; sin embargo, en su sitio de Internet (http://www.censia.salud.gob.mx/) no se dispone de información estadística. Se sugiere solicitar que esta instancia publique este indicador.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)			
Desglose requerido	De inicio sería muy relevante contar al menos con desgloses por sexo y urbano-rural.		
Periodicidad requerida			

INDICADOR:
PORCENTAJE DE INFANTES QUE RECIBEN ASISTENCIA EN SALUD PERINATAL Y HASTA LOS 5 AÑOS

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Porcentaje de infantes que reciben asistencia en salud perinatal y hasta los 5 años	Clave del Indicador	SdPn02
		Tipo de Indicador	Proceso
		Unidad de medida	
Definición (propuesta OEA)	Porcentaje de niños y niñas que reciben asistencia en salud perinatal y hasta los cinco años.		
Método de cálculo	SE PROPONE GENERAR	Fórmula	
Referencias			
Observaciones	El Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) registra la estadística del total de consultas de pediatría y “salud del niño”, que distingue consultas de primera vez y subsecuentes, así como rangos de edad (menor a 1 año y de 1-4 años), pero no es posible identificar la cobertura pues no se especifica el número de usuarios distintos. Puede presumirse que el cálculo es posible ya que el propio SINAIS genera indicadores sobre promedio de consultas al año para otras poblaciones (embarazadas).		
Institución que lo genera o publica (Fuente)			
Desglose requerido	De inicio sería muy relevante contar al menos con desgloses por sexo y urbano-rural.		
Periodicidad requerida			

INDICADOR:
PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS

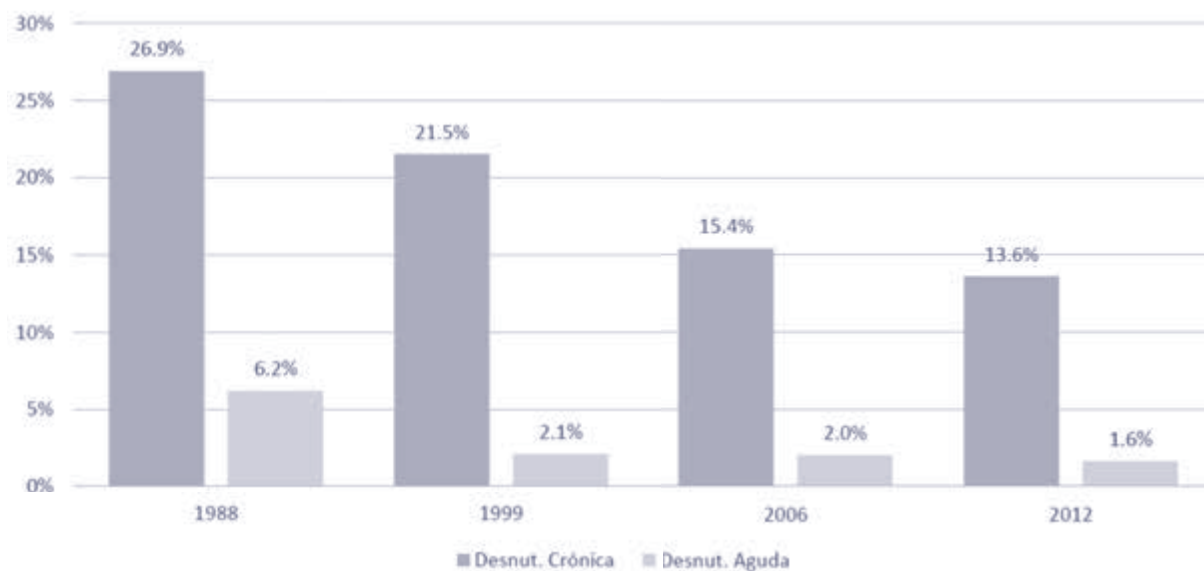
FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Prevalencia de desnutrición en niños/as menores de 5 años		Clave del Indicador	SdR01a y b
			Tipo de Indicador	Resultado
			Unidad de medida	Porcentaje
Definición	Prevalencia de desnutrición en niños/as menores de 5 años. (a) Desnutrición crónica - La baja talla es un indicador de los efectos negativos acumulados debidos a periodos de alimentación inadecuada en cantidad o calidad y a los efectos deletéreos de las infecciones agudas repetidas. A este retardo en el crecimiento lineal se le conoce también como desnutrición crónica o desmedro. (b) Desnutrición aguda - Cuando el peso esperado para la talla se ubica por debajo de -2 desviaciones estándar de la referencia OMS/NCHS, se clasifica al niño con emaciación.			
Método de cálculo	Cálculos directos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT).		Fórmula	
			N.A.	
Referencias	El estado nutricional se evalúa mediante índices antropométricos contruidos con base en mediciones de peso, talla y edad. La OMS ha recomendado utilizar como referencia internacional una población infantil sana y bien alimentada de Estados Unidos (OMS/NCHS) para construir los indicadores (ENSANUT 2006, págs. 86- 87).			
Observaciones	La ENSANUT 2012 concluye que, en el caso mexicano, además de la desnutrición es indispensable considerar a la obesidad como una de las principales prioridades en la agenda nacional.			
Institución que lo genera o publica (Fuente)	Secretaría de Salud, INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). En: http://ensanut.insp.mx/index.php#.UvqaBvI5Pzk y http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_Nutricion.pdf . Consulta: 11/02/2014.			
Desglose de cálculo	Nacional, 4 grandes regiones y tipo de localidad (urbano/rural).			
Periodicidad de la información	No definida.	Años de cálculo disponibles	1988, 1999, 2006, 2012	

PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS/AS... (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	1988	1999	2006	2012	TCMA 2006-2012
Desnut. Crónica	26.9%	21.5%	15.4%	13.6%	-2.1%
Desnut. Aguda	6.2%	2.1%	2.0%	1.6%	-3.7%

Prevalencia de desnutrición en niños/as menores de cinco años

INDICADOR:
COMPOSICIÓN POR SEXO DE LOS CASOS NOTIFICADOS DE SIDA SEGÚN AÑO DE DIAGNÓSTICO

FICHA TÉCNICA

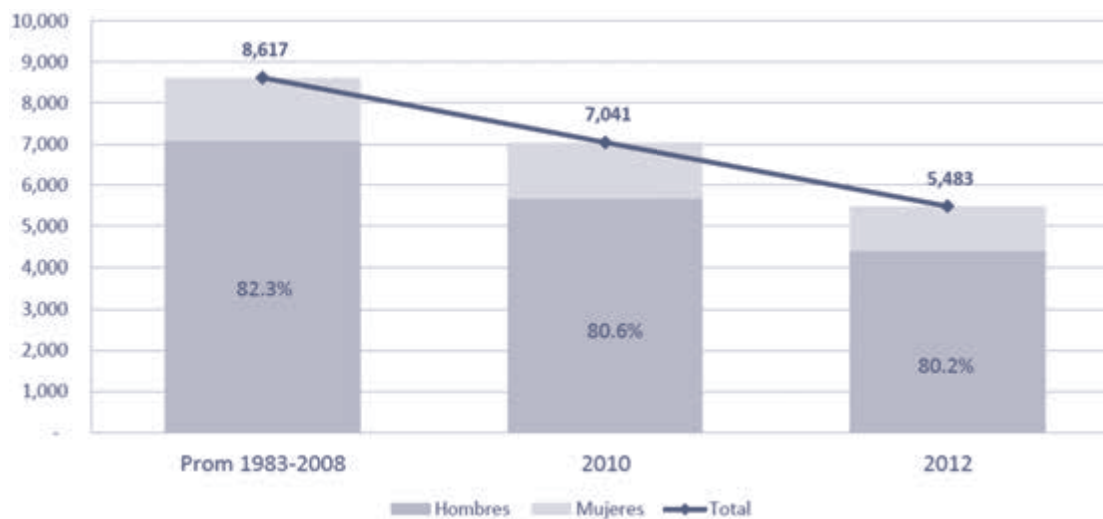
Nombre del Indicador	Composición por sexo de los casos notificados de SIDA según año de diagnóstico		Clave del Indicador	SdR02
			Tipo de Indicador	Resultado
			Unidad de medida	Porcentaje
Definición	Proporción de casos notificados de SIDA por sexo, según año de diagnóstico, respecto del total de casos notificados en el año de referencia.			
Método de cálculo	Casos notificados de SIDA del sexo “s” (PS _s), entre el total de casos notificados de ambos sexos (PS _t), en el año de referencia.		Fórmula	
			%PS _s = PS _s /PS _t	
Referencias	La Secretaría de Salud en México señala que la lucha contra el VIH/SIDA se sustenta en el fortalecimiento de las políticas de prevención, que incluyen la educación sexual, los métodos para evitar el contagio, el acceso universal a los medicamentos antirretrovirales, y el combate al estigma y la discriminación asociados a este padecimiento.			
Observaciones	México ocupa el tercer lugar de América y el Caribe en cuanto al número absoluto de casos de SIDA, después de Estados Unidos y Brasil, pero en términos de prevalencia se ubica en el lugar 23. Se agrega el indicador de tasa de mortalidad por SIDA como referencia.			
Institución que lo genera o publica (Fuente)	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH-SIDA (CENSIDA), Registro Nacional de Casos de SIDA, 2013. En: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_2o_trim_2013.pdf . Tasa de mortalidad en sitio ODMs México: http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/ . Consulta: 23/02/2014.			
Desglose de cálculo	Nacional, Entidad Federativa, sexo y categoría de transmisión.			
Periodicidad de la información	Anual.	Años de cálculo disponibles	1993-2012	

COMPOSICIÓN POR SEXO DE LOS CASOS NOTIFICADOS DE SIDA (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	Acum. 1983-2008	Prom. 1983-2008	2010	2012	TCMA 2010-2012
Tasa Mort SIDA*	n.a.	4.7	4.3	4.2	-1.2%
Total	137,871	8,618	7,042	5,484	-11.8%
Hombres	113,479	7,092	5,672	4,395	-12.0%
% Hombres	82.3%	82.3%	80.6%	80.2%	
Mujeres	24,391	1,524	1,369	1,088	-10.9%

* Casos por 100 mil habitantes. La columna de promedio registra el dato de 2008.

Composición por sexo de los casos notificados de SIDA

INDICADOR:
PORCENTAJE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

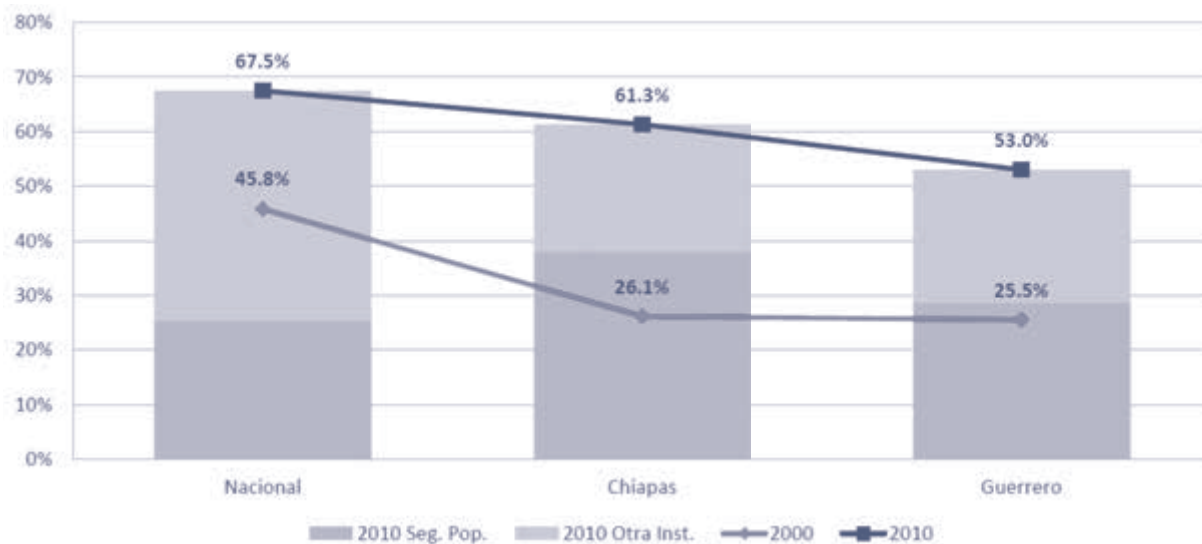
FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Porcentaje de personas con discapacidad con acceso a servicios de salud	Clave del Indicador	SdR03
		Tipo de Indicador	Resultado
		Unidad de medida	Porcentaje
Definición	Proporción del total de personas con alguna discapacidad residentes en viviendas particulares que cuentan con afiliación a servicio médico en alguna institución de salud, ponderada por cien.		
Método de cálculo	Cociente del número total de personas con discapacidad con alguna forma de aseguramiento médico (PD _{AM}), entre el número total de personas con discapacidad (PD) en un tiempo determinado.	Fórmula	
		%PD _{AM} = PD _{AM} /PD	
Referencias	En el artículo 25 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad se reconoce que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación. Según la OMS las personas con discapacidad tienen menos acceso a los servicios de asistencia sanitaria y, por lo tanto, necesidades insatisfechas a este respecto.		
Observaciones	De acuerdo con el Glosario de INEGI, por discapacidad se entiende la limitación o ausencia de la capacidad para realizar una actividad dentro del margen que se considera normal para un ser humano, como consecuencia de una deficiencia física o mental. En el Censo 2000 se consideraron 5 tipos de discapacidad: motriz, auditiva, del lenguaje, visual y mental. En el Censo 2010 se consideraron 7 tipos de limitaciones: visual, auditiva, motriz, del lenguaje, de atención o aprendizaje, del cuidado personal y mental.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	INEGI. Censos de Población y Vivienda 2000 y 2010. Consulta interactiva de datos. En: http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=2777 0. Consulta: 23/02/2014.		
Desglose de cálculo	Nacional y por entidad federativa.		
Periodicidad de la información		Años de cálculo disponibles	2000, 2010

PORCENTAJE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD... (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	2000	2010 Seg. Pop.	2010 Otra Inst.	2010	TCMA 2005-2010
Nacional	45.8%	25.3%	42.2%	67.5%	4.0%
Chiapas	26.1%	37.9%	23.4%	61.3%	8.9%
Guerrero	25.5%	28.6%	24.4%	53.0%	7.6%

Porcentaje de personas con discapacidad con acceso a servicios de salud

INDICADOR:
DEMANDA INSATISFECHA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos	Clave del Indicador	SdR04
		Tipo de Indicador	Resultado
		Unidad de medida	Porcentaje
Definición	Proporción de mujeres en edad fértil unidas, expuestas al riesgo de embarazarse, que en un momento determinado refieren su deseo de limitar o espaciar un embarazo, pero no usan un método anticonceptivo en ese mismo momento.		
Método de cálculo	Significado de las siglas o abreviaturas: NIA _t : Proporción de mujeres en edad fértil unidas que en el año t desean espaciar o limitar el nacimiento de próximos hijos, pero no hacen uso de método anticonceptivo alguno en el año t. Nesp _t : Número de mujeres en edad fértil unidas que en el año t desean espaciar el siguiente embarazo, pero no hacen uso de método anticonceptivo alguno en ese. Nlim _t : Número de mujeres en edad fértil unidas que en el año t no desean tener más hijos, pero no hacen uso de método anticonceptivo alguno en ese momento y MEFU _t : Mujeres en edad fértil unidas en el año t.	Fórmula	
		$NIA_t = \left(\frac{Nesp_t + Nlim_t}{MEFU_t} \right) 100$	
Referencias	Las mujeres con demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos son aquellas sexualmente activas y en edad fértil, que no están utilizando ningún método de anticoncepción y que señalan no querer más hijos o desean retrasar el próximo embarazo. El concepto de necesidad insatisfecha enfatiza la brecha entre las intenciones reproductivas de la mujer y su comportamiento en el uso de anticonceptivos. (Definición de las fichas técnicas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En: http://mdgs.un.org/unsd/mdg/PrintableMetadata.aspx)		
Observaciones	Se observan enormes diferencias entre la información que presenta México en su sitio oficial de los ODM y los resultados publicados por CONAPO en la ENADID 2006. Además de que no se cuenta con información pública sobre la fecha probable en que se levantaría una siguiente encuesta. La cifra de casi 50% en la demanda insatisfecha de anticonceptivos para adolescentes entre 15 y 19 años, refleja una grave carencia y necesidad de instrumentación de una política pública específica.		

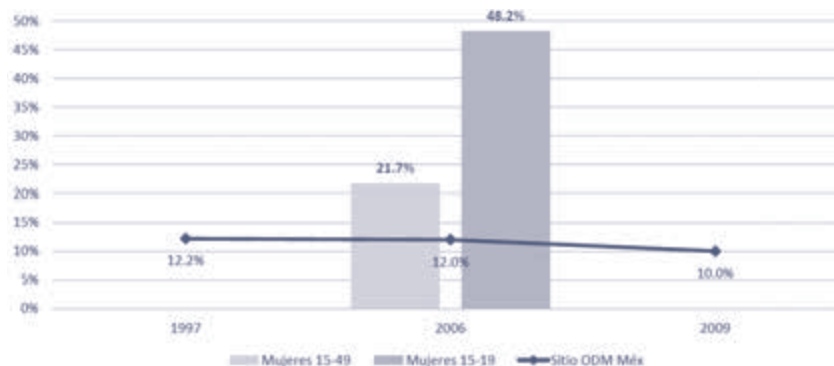
DEMANDA INSATISFECHA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (continuación)

Institución que lo genera o publica (Fuente)	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), realizada por el INEGI en 1997 y 2009 y por CONAPO y el INSP en 2006; sin embargo, la información que presenta INEGI en su sitio es parcial o requiere del manejo de microdatos. Los datos 2006 (Cuadro 30: Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años unidas que no desean tener más hijos por grupos de edad y condición de uso de métodos anticonceptivos) aparecen en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Tabulados_basicos?page=4 . Consulta: 18/02/2014. La información comparativa de los ODM se obtuvo del sitio oficial de México en: http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/		
Desglose de cálculo	Nacional, características socioeconómicas y entidad federativa.		
Periodicidad de la información	No definida.	Años de cálculo disponibles	2006

DATOS PARA EL INFORME:

	1997	2006	2009
Mujeres 15-49	n.d.	21.7%	Vía microdatos
Mujeres 15-19	n.d.	48.2%	Vía microdatos
Sitio ODM Méx	12.2%	12.0%	10.0%

Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. Diferencias ENADID 2006 con las cifras publicadas en Sitio ODM



INDICADOR:
TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA O CÉRVICO-UTERINO

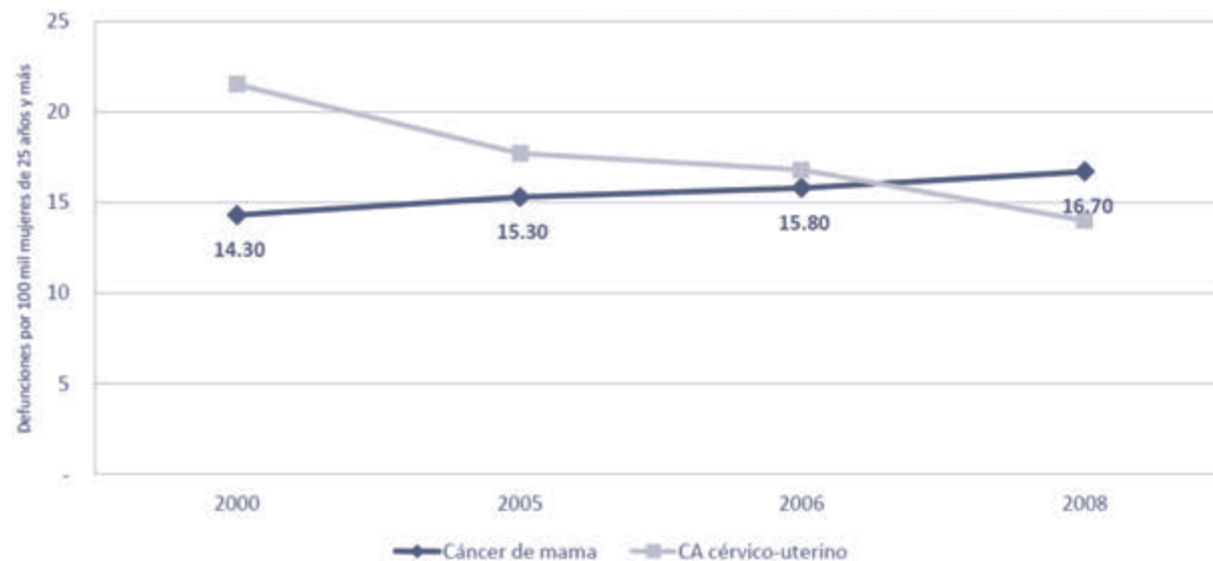
FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Tasa de mortalidad por cáncer de mama o cérvico-uterino		Clave del Indicador	SdR05a y b
			Tipo de Indicador	Resultado
			Unidad de medida	Defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y +
Definición	Riesgo de morir por cáncer, (a) mamario o (b) cérvico-uterino, en mujeres de 25 y más años de edad por cada 100 mil mujeres en un periodo determinado.			
Método de cálculo	Cociente del número total de defunciones de mujeres de 25 y más años de edad por cáncer (DC _n), (a) mamario o (b) cérvico-uterino, entre el total de mujeres de 25 y más años de edad (M ₂₅₊), multiplicado por 100 mil.		Fórmula	
			TMC _n = (DC _n /M ₂₅₊)*100,000	
Referencias	La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en 2008 la principal causa de muerte en el mundo es el cáncer (7.6 millones de casos), localizados en su mayoría en pulmón, estómago, hígado, colon y mama. La detección temprana del cáncer de mama y cérvicouterino es primordial en las mujeres.			
Observaciones	No se cuenta con la información solicitada por la OEA relativa al “Porcentaje de mujeres que realizan periódicamente exámenes ginecológicos (PAP, mamografías)”, se incorporaron los indicadores de mortalidad femenina por cáncer de mama y cérvicouterico para identificar la necesidad de mejorar las políticas de atención en estos rubros.			
Institución que lo genera o publica (Fuente)	Tomado de la publicación de la OACNUDH, Indicadores sobre el Derecho a la Salud en México, 2011, págs. 158-161. Con información de SS, SINAIS. Situación de salud en México. Indicadores básicos. En: http://sinais.salud.gob.mx/publicaciones/index.html . La última publicación de este tipo que aparece en el sitio del SINAIS es de 2006. Para 2008: INSP, Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género, pág. 25.			
Desglose de cálculo	Nacional y por Entidad Federativa.			
Periodicidad de la información	Anual	Años de cálculo disponibles	2000-2006	

TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA O CÉRVICO-UTERINO (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	2000	2005	2006	2008	TCMA 2005-2008
Cáncer de mama	14.30	15.30	15.80	16.70	3.0%
CA cérvico-uterino	21.50	17.70	16.80	14.00	-7.5%

Tasa de mortalidad por cáncer de mama y cérvico-uterino

INDICADOR:
PORCENTAJE DE MUJERES CON CONTROL PRENATAL EN EL PRIMER TRIMESTRE

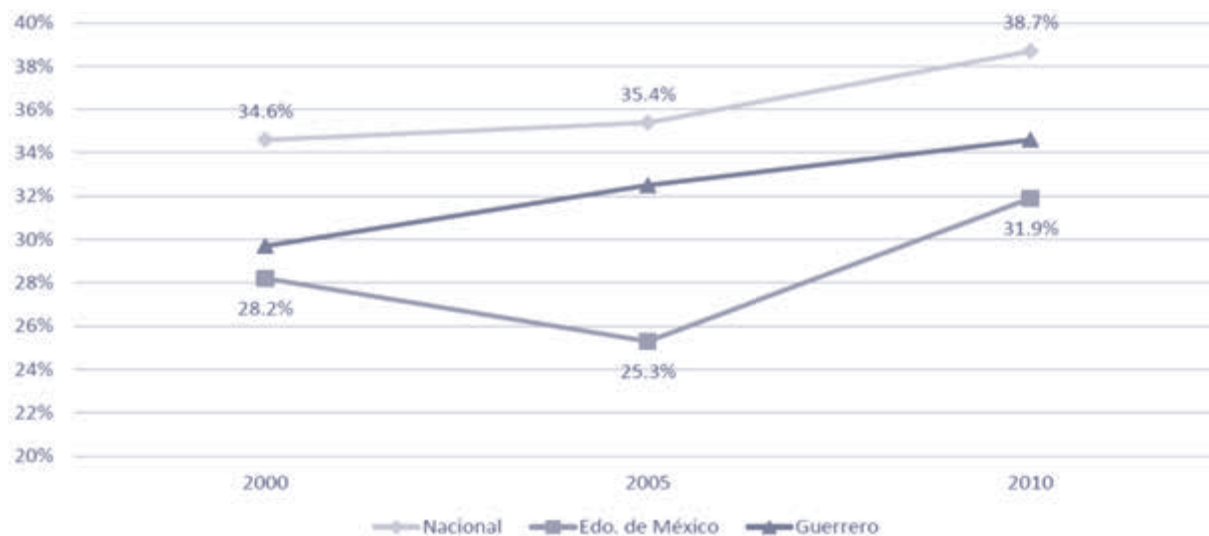
FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Porcentaje de mujeres con control prenatal en el primer trimestre	Clave del Indicador	SdR06
		Tipo de Indicador	Resultado
		Unidad de medida	Porcentaje
Definición	Proporción de mujeres embarazadas que asistieron a su primera consulta prenatal en el primer trimestre de gestación.		
Método de cálculo	Cociente del total de embarazadas consultadas por primera vez en el primer trimestre de gestación, entre el total de consultas prenatales de primera vez. El indicador lo calcula directamente la Secretaría de Salud: “Porcentaje de mujeres embarazadas captadas en el primer trimestre.”	Fórmula	
		Cálculo implícito de la Fuente	
Referencias	La OMS señala que las preocupantes estadísticas de morbilidad materna y perinatal en los países en desarrollo reflejan las consecuencias de no brindar un buen cuidado materno y perinatal.		
Observaciones	El indicador lo calcula la fuente considerando las consultas realizadas de mujeres embarazadas que asistieron por primera vez en el primer trimestre de gestación, e incluye la población derechohabiente y no derechohabiente.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	Secretaría de Salud, SINAIS, Boletín de Información Estadística, Volumen III. Servicios otorgados y Programas sustantivos. En: http://www.sinais.salud.gob.mx/publicaciones/index.html . Consulta: 21/02/2014		
Desglose de cálculo	Nacional y por entidad federativa		
Periodicidad de la información	Anual	Años de cálculo disponibles	2000-2012

PORCENTAJE DE MUJERES CON CONTROL PRENATAL... (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	2000	2005	2010	TCMA 2005-2010
Nacional	34.6%	35.4%	38.7%	1.8%
Edo. de México	28.2%	25.3%	31.9%	4.7%
Guerrero	29.7%	32.5%	34.6%	1.3%

Porcentaje de mujeres embarazadas con control prenatal en el primer trimestre

INDICADOR:
COBERTURA DEL ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN

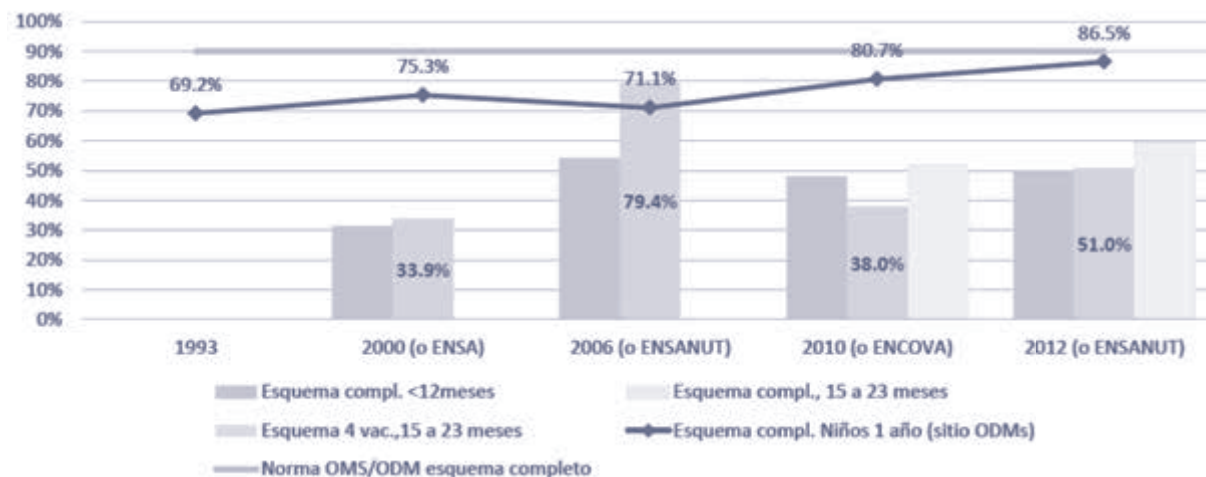
FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Cobertura del esquema completo de vacunación		Clave del Indicador	SdR07a y b
			Tipo de Indicador	Resultado
			Unidad de medida	Porcentaje
Definición	Porcentaje de la población del rango de edad “n” que recibió vacunación (según el Sistema de Información de Vacunación o que mostró la Cartilla Nacional de Vacunación o la Cartilla Nacional de Salud), según esquema completo de vacunación.			
Método de cálculo	Proporción de niñas y niños que cuentan con el esquema de vacunación completo, respecto del total de infantes del rango de edad “n” registrados en el censo nominal del Programa de Vacunación. (a) Infantes menores de 1 año de edad; (b) Infantes entre 15 y 23 meses de edad.		Fórmula	
			$\%ECV_n = ECV_n / P_n$	
Referencias	De acuerdo con la OMS y UNICEF, la inmunización es una de las intervenciones sanitarias más potentes y eficaces en relación con el costo. Previene enfermedades debilitantes y discapacidades y salva millones de vidas cada año. En México, a partir de 2008, el esquema básico completo de vacunación para menores de un año incluye: una dosis de BCG, 3 de pentavalente acelular (PVac), 2 de neumococo y 2 de rotavirus.			
Observaciones	Se presentan los datos del sitio oficial de México para los ODMs (los datos de la fuente de origen PROVAC del CENSIA no están disponibles en Internet) y los resultados de la ENSANUT 2012 debido a las grandes diferencias. Según el análisis de la ENSANUT 2012 (ver Fuente): “La cobertura administrativa (censos nominales) suele ser mayor debido a posible subregistro en la Cartilla Nacional de Salud (CNS) o a que el sistema de información oficial establece ventanas de oportunidad, las que no se consideran en las encuestas nacionales.”			
Institución que lo genera o publica (Fuente)	SS, INSP, ENSANUT 2012, documentos analíticos, 30. Vacunación en niños: hacia un mejor registro y la aplicación sin restricciones. En: http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/VacunacionNinos.pdf . Sitio oficial ODM México (http://www.objetivosdesarrollodemilenio.org.mx/), meta 4.3. Proporción de niños de un año de edad con esquema básico completo de vacunación. Consulta: 20/02/2014.			
Desglose de cálculo	Nacional y por entidad federativa			
Periodicidad de la información	Anual y por levantamiento de encuesta.	Años de cálculo disponibles	CENSIA: 1993-2012; Encuestas: 2000, 2006, 2010 y 2012.	

COBERTURA ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	1993	2000 (o ENSA)	2006 (o ENSANUT)	2010 (o ENCOVA)	2012 (o ENSANUT)
Esquema compl. Niños 1 año (sitio ODMs)	69.2%	75.3%	71.1%	80.7%	86.5%
Norma OMS/ODM esquema completo	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
Esquema compl. <12meses	n.d.	31.4%	54.3%	48.2%	49.8%
Esquema compl., 15 a 23 meses	n.d.	33.9%	79.4%	38.0%	51.0%
Esquema 4 vac., 15 a 23 meses	n.d.	n.d.	n.d.	52.0%	59.8%

Cobertura esquema completo de vacunación

Acceso a información pública y participación

INDICADOR:
CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA ESTADÍSTICO EN MATERIA DE SALUD

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Características del sistema estadístico en materia de salud	Clave del Indicador	SiE01
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Características, cobertura (territorial y temática), presupuesto y jurisdicción del sistema estadístico en materia de salud. Formas y frecuencia de actualización de la información, y difusión. Se encuentran reglamentadas dentro de la Ley General de Salud que sustenta al Sistema Nacional de Información de Salud, así como en la Ley de Información Estadística y Geográfica.		
Síntesis	El Sistema Nacional de Información en Salud está sustentado jurídicamente en la Ley General de Salud. Artículo 104. "La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, y de conformidad con la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, captarán, producirán y procesarán la información necesaria para el proceso de planeación, programación, presupuestación y control del Sistema Nacional de Salud, así como sobre el estado y evolución de la salud pública. Los aspectos en los que centrará este sistema son: I. Estadísticas de natalidad, mortalidad, morbilidad e invalidez; II. Factores demográficos, económicos, sociales y ambientales vinculados a la salud, y III. Recursos físicos, humanos y financieros disponibles para la protección de la salud de la población, y su utilización".		
Vigencia	Ley General de Salud 15/01/2014 Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica 16/04/2008		
Fuentes de información	Ley General de Salud http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo11037.doc Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica http://www.ordenjuridico.gob.mx/Federal/Combo/L-248.pdf Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud http://www.sinais.salud.gob.mx/index.html Consulta 19/feb/2014		
Unidad de observación	Ley Federal	Frecuencia de observación	Trianual

DATOS PARA EL INFORME:

Ley General de Salud	Art. 104
Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica	

INDICADOR:
NORMAS DE PROTECCIÓN SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Normas de protección sobre la confidencialidad de la información personal de salud	Clave del Indicador	SI E02
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Las Normas de Protección del Estado sobre la Confidencialidad de la Información Personal de Salud; se incluyen en la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares.		
Síntesis	Ley Federal de Datos Personales. Artículo 1.- "La presente Ley es de orden público y de observancia general en toda la República y tiene por objeto la protección de los datos personales en posesión de los particulares, con la finalidad de regular su tratamiento legítimo, controlado e informado, a efecto de garantizar la privacidad y el derecho a la autodeterminación informativa de las personas. Todo tratamiento de datos personales estará sujeto al consentimiento de su titular, salvo las excepciones previstas por la presente Ley."		
Vigencia	Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares 05/07/2010		
Fuentes de información	Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares: http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo83178.doc Consulta 19/feb/2014		
Unidad de observación	Ley Federal	Frecuencia de observación	Trianual

DATOS PARA EL INFORME:

Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares	Art. 1o.
---	----------

INDICADOR:
DISPOSICIONES QUE REQUIERAN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA PERSONA
PARA ACEPTAR O RECHAZAR UN TRATAMIENTO

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Disposiciones que requieran el consentimiento informado de la persona para aceptar o rechazar un tratamiento	Clave del Indicador	SI E03
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	La legislación que requiere el consentimiento informado de la persona para aceptar o rechazar un tratamiento es: — Ley General de Salud, Artículos 100 Fracc. IV, 320 y 321. — Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios Médicos. Artículos 80 y 81. — NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.2 y 10.1.1 — Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.		
Síntesis	El punto número 5 de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes menciona: “El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.”		
Vigencia	Ley General de Salud 15/01/2014 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica 29/04/1986 Carta de los Derechos Generales de los Pacientes 12/20/01		
Fuentes de información	Ley General de Salud: http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo11037.doc Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios Médicos: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmmpsam.html Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Carta de los Derechos Generales de los Pacientes: http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/carta_derechos.pdf; http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7471.doc Consulta 19/f02/2014		
Unidad de observación	Ley Federal; Reglamento; Carta de Derechos	Frecuencia de observación	Trienal

DATOS PARA EL INFORME:

Ley General de Salud	Arts. 100, 320 y 321
Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios Médicos	Arts. 80 y 81
Carta de los Derechos Generales de los Pacientes	Punto 5

INDICADOR:
ENTIDADES DE ATENCIÓN A LA SALUD CON PROTOCOLOS
DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Entidades de atención a la salud con protocolos de confidencialidad de la información		Clave del Indicador	SiP01
			Tipo de Indicador	Proceso
			Unidad de medida	N.A.
Definición	Porcentaje de entidades de atención a la salud con protocolos de confidencialidad de la información.			
Método de cálculo	Todas las entidades que prestan servicios de salud están obligadas por la Ley General de Salud a cumplir la NOM-168-SSA-1-1998, la cual contiene la Carta de los Derechos de los Pacientes, donde se especifica que todo paciente debe ser tratado con confidencialidad. El cumplimiento debiera ser del 100%. Se sugiere reubicar el indicador en Estructurales.			
Referencias	La confidencialidad constituye un deber del profesional de la salud correlativo al derecho de las personas; además, los datos relativos a la salud, la enfermedad y a la sexualidad, son considerados como datos sensibles, que necesitan una especial protección, ya que afectan a lo más íntimo y propio de los seres humanos.			
Observaciones	Carta de Derechos de los Pacientes: 6. SER TRATADO CON CONFIDENCIALIDAD. El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que se derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.			
Institución que lo genera o publica (Fuente)	Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Carta de Derechos de los Pacientes. En: http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/carta_derechos.pdf . Consulta: 25/02/2014.			
Desglose de cálculo	n.a.			
Periodicidad de la información	n.a.	Años de cálculo disponibles	n.a.	

INDICADOR:
ACCIONES O CAMPAÑAS DE ASESORAMIENTO SOBRE VIH/SIDA

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Acciones o campañas de asesoramiento sobre VIH/SIDA		Clave del Indicador	SiP02
			Tipo de Indicador	Proceso
			Unidad de medida	Porcentaje
Definición	(1) % Profesionales del sexo que han recibido programas de prevención; (2) % Hombres que tienen sexo con hombres que han recibido programas de prevención; (3) % Establecimientos que realizan pruebas y consejería.			
Método de cálculo	Estimaciones de CENSIDA con base en: (1) 14,290 cuestionarios; (2) 11,718 cuestionarios (el cuestionario se aplica a estas poblaciones al momento de recibir un servicio); (3) Base de datos de unidades médicas.		Fórmula	
			Cociente entre respuestas positivas del rubro de interés, respecto del total de cuestionarios aplicados.	
Referencias	La estrategia de ONUSIDA pretende seguir progresando a nivel mundial en el camino hacia los objetivos de acceso universal a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH.			
Observaciones	De acuerdo al compromiso de México ante ONUSIDA en la “Declaración política sobre el VIH/SIDA 2011”, se han empezado a construir indicadores para la vigilancia y notificación del sector salud ante el VIH/SIDA.			
Institución que lo genera o publica (Fuente)	Secretaría de Salud, CONASIDA, Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), Informe de Actividades 2012. En: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/ungass/Informe_Narrativo_2012_y_ANEXOS_I_IV.pdf . Consulta: 24/02/2014.			
Desglose de cálculo	Total.			
Periodicidad de la información	No especificada.	Años de cálculo disponibles	2010	

DATOS PARA EL INFORME:

	2010
% Profesionales del sexo que han recibido prog. prevención	59.7%
% Hombres que tienen sexo con hombres que han recibido prog. prevención	40.7%
% Establecimientos que realizan pruebas y consejería	44.8%

INDICADOR:
COBERTURA DE CAMPAÑAS DE INFORMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN EN EL CONSUMO DE DROGAS

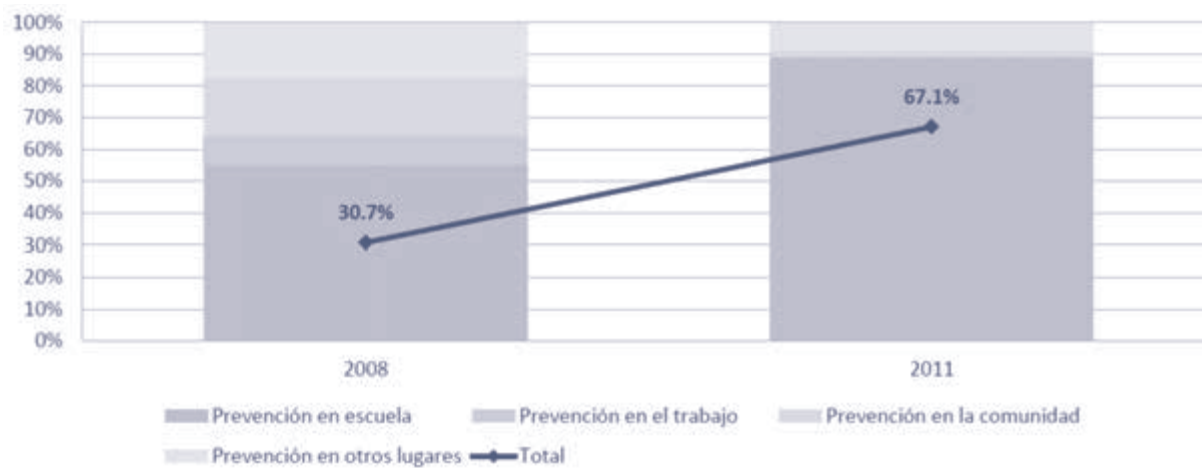
FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Cobertura de campañas de información para la prevención en el consumo de drogas	Clave del Indicador	SiP03
		Tipo de Indicador	Proceso
		Unidad de medida	Porcentaje
Definición	Proporción de personas de 12 a 65 años de edad que recibieron algún tipo de atención preventiva contra el consumo de drogas.		
Método de cálculo	Cálculos implícitos de la Encuesta Nacional de adicciones, de personas entrevistadas expuestas a la prevención.	Fórmula	
		Calculado por la fuente.	
Referencias	El abuso de sustancias psicotrópicas, constituye uno de los problemas de salud pública de la época actual. Este fenómeno de salud afecta principalmente a niños y adolescentes, sin distinción de género.		
Observaciones	Se preguntó a la población entrevistada si ha estado expuesta a algún programa de prevención.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	Instituto Nacional de Psiquiatría, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas Ilícitas. En: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf . Consulta: 24/02/2014.		
Desglose de cálculo	Total y por lugar de obtención de la prevención (en informes publicados).		
Periodicidad de la información	No definida.	Años de cálculo disponibles	2008, 2011.

COBERTURA DE CAMPAÑAS DE INFORMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN... (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	2008	2011
Total	30.7%	67.1%
Mujeres	n.d.	70.0%
Hombres	n.d.	64.1%
Prevención en escuela	55.5%	89.0%
Prevención en el trabajo	8.7%	n.d.
Prevención en la comunidad	18.3%	2.3%
Prevención en otros lugares	17.5%	8.7%

Cobertura de campañas de información para la prevención en consumo de drogas

INDICADOR:
COBERTURA DE CAMPAÑAS DE DIFUSIÓN SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Cobertura de campañas de difusión sobre salud sexual y reproductiva	Clave del Indicador	SiPn01
		Tipo de Indicador	Proceso
		Unidad de medida	
Definición (propuesta OEA)	Cobertura de acciones o campañas de difusión con información sobre políticas de salud sexual y reproductiva.		
Método de cálculo	SE PROPONE GENERAR.	Fórmula	
Referencias			
Observaciones	El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) cuenta con los siguientes programas de acción: Igualdad de género en salud; Prevención y atención a la violencia; Cáncer de mama; Cáncer cérvico uterino; Planificación familiar y anticoncepción; Salud materna y perinatal; Salud sexual y reproductiva de adolescentes; sin embargo, el sitio web no tiene estadísticas sobre cobertura y alcance de sus acciones. Sería conveniente que el CNEGSR tuviera disponible la información detallada (acciones por tipo, presupuesto desglosado, población objetivo, etc.) para buscar la manera más apropiada para calcular el indicador.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)			
Desglose de cálculo			
Periodicidad de la información		Años de cálculo disponibles	

INDICADOR:
DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE SERVICIOS DE TRADUCCIÓN DE LENGUAS INDÍGENAS
EN ENTIDADES DE ATENCIÓN A LA SALUD

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Distribución geográfica de servicios de traducción de lenguas indígenas en entidades de atención a la salud	Clave del Indicador	SiPn02
		Tipo de Indicador	Proceso
		Unidad de medida	
Definición (propuesta OEA)	Distribución geográfica y étnica de servicios de traducción en las entidades de atención a la salud a otros idiomas hablados en el país.		
Método de cálculo	SE PROPONE GENERAR.	Fórmula	
Referencias			
Observaciones	El Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI) cuenta con un “Padrón Nacional de Interpretes y Traductores en Lenguas Indígenas”, el cual puede servir de base para construir el indicador.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)			
Desglose de cálculo			
Periodicidad de la información		Años de cálculo disponibles	

INDICADOR:
TENDENCIAS DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS ILEGALES

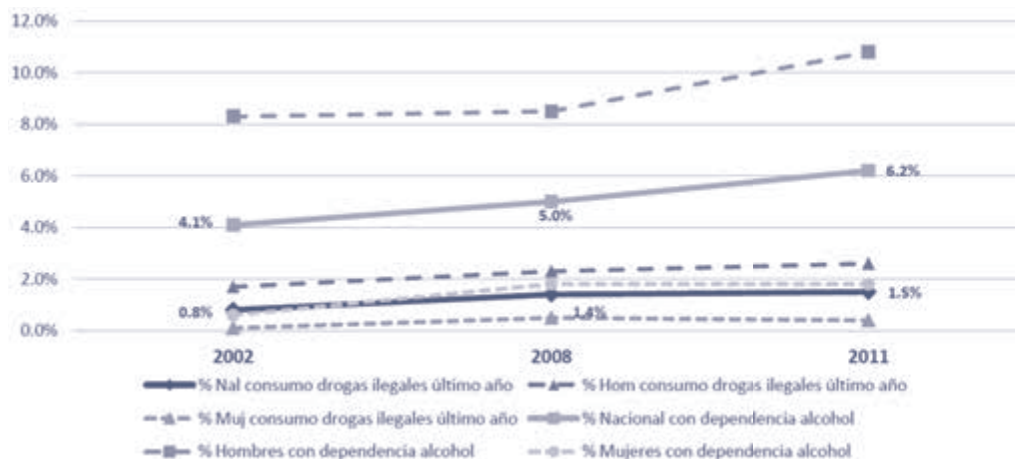
FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Tendencias de consumo de alcohol y drogas ilegales	Clave del Indicador	SiR01
		Tipo de Indicador	Resultado
		Unidad de medida	
Definición	(1) Dependencia en el consumo de alcohol y (2) consumo de drogas ilegales en el último año, de la población de 12 a 65 años, según sexo.		
Método de cálculo	Cálculos implícitos de la Encuesta Nacional de adicciones: personas entrevistadas que declaran dependencia al consumo de alcohol o drogas ilícitas, respecto del total de población del rango de edad.	Fórmula	
		Cálculo implícito de la Fuente.	
Referencias	Según la ENA 2011, la dependencia en el consumo de drogas (lícitas e ilícitas) y los problemas asociados afectan a una parte importante de la población mexicana, siendo el alcohol la droga que genera una mayor problemática en México.		
Observaciones	Se incluye un indicador distinto al propuesto por la OEA. La ENA incluye en el cuestionario individual preguntas sobre embarazo pero los informes públicos de resultados no desglosan resultados relativos a niños nacidos con malformaciones fetales por consumo de alcohol y otro tipo de drogas. Se considera factible ampliar el cuestionario para incluir el tema.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	Instituto Nacional de Psiquiatría, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. En: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_ALCOHOL.pdf . Consulta: 24/02/2014.		
Desglose de cálculo	Nacional, ocho regiones y sexo.		
Periodicidad de la información	No definida.	Años de cálculo disponibles	2002, 2008, 2011

TENDENCIAS DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS ILEGALES (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	2002	2008	2011	TCMA 2008-2011
% Nal consumo drogas ilegales último año	0.8%	1.4%	1.5%	2.3%
% Hom consumo drogas ilegales último año	1.7%	2.3%	2.6%	4.2%
% Muj consumo drogas ilegales último año	0.1%	0.5%	0.4%	-7.2%
% Nacional con dependencia alcohol	4.1%	5.0%	6.2%	7.4%
% Hombres con dependencia alcohol	8.3%	8.5%	10.8%	8.3%
% Mujeres con dependencia alcohol	0.6%	1.8%	1.8%	0.0%

Tendencias de consumo de alcohol y drogas ilegales. Población de 12 a 65 años

**INDICADOR:
SUBREGISTRO DE NACIMIENTOS**

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Subregistro de nacimientos	Clave del Indicador	SiR02
		Tipo de Indicador	Resultado
		Unidad de medida	Porcentaje
Definición	Porcentaje estimado de nacimientos que no son inscritos hasta los 59 meses de edad, en el sistema de registro civil.		
Método de cálculo	Se presentan resultados específicos de la investigación realizadas exprofeso, por UNICEF.	Fórmula	
		Cálculo implícito de la Fuente.	
Referencias	De acuerdo con UNICEF, los niños y niñas que no son registrados al nacer de cierta forma se vuelven “invisibles” frente a los registros administrativos y las estadísticas mismas, anulando sus derechos. México tiene el compromiso de alcanzar la universalidad del registro oportuno para 2015.		
Observaciones	No existe una estadística continua de la cobertura de registro civil. Los datos corresponden a la investigación realizada por UNICEF para 1999 y 2009. Se destaca que para poder estimar con precisión el subregistro de nacimientos en México, es indispensable generar otras fuentes de información dirigidas a arrojar datos específicos sobre este fenómeno, por ejemplo, incluir en alguna encuesta de hogares una pregunta específica relacionada con el número de miembros del domicilio que cuentan con acta de nacimiento. La metodología usada para 1999 no fue útil para 2009.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)	UNICEF-INEGI. <i>Derecho a la identidad. La cobertura del registro de nacimiento en México en 1999 y 2009</i> , 77 pp. En: http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_registrodenacimiento(3).pdf . Consulta: 31/01/2014.		
Desglose de cálculo	Nacional y Estatal.		
Periodicidad de la información	No aplica	Años de cálculo disponibles	1999

DATOS PARA EL INFORME:

	1999	2009
Subregistro nacimientos Nacional	5.8%	n.a.
Subregistro nacimientos Quintana Roo	20.0%	n.a.
Subregistro nacimientos Chiapas	17.0%	n.a.

Acceso a la Justicia

INDICADOR:
INSTANCIAS ADMINISTRATIVAS PARA RADICAR DENUNCIAS EN MATERIA DE INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES
VINCULADAS AL DERECHO A LA SALUD

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Instancias administrativas para radicar denuncias en materia de incumplimiento de obligaciones vinculadas al derecho a la salud	Clave del Indicador	SJE01
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Instancia Administrativa para Radicar Denuncias en Materia de Incumplimiento de Obligaciones Vinculadas al Derecho a la Salud: Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud		
Síntesis	Reglamento Interior de la Secretaría de Salud: “El Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud contribuirá a la mejora de la gestión de la Secretaría de Salud y sus Órganos Desconcentrados como ente coadyuvante en su desempeño eficaz, eficiente y ético, a través de la auditoría preventiva, la mejora de procesos, trámites y servicios y de promover el cumplimiento de los principios rectores del servicio público, con apego a la legalidad, la transparencia y la rendición de cuentas a la ciudadanía”. Dentro de los servicios que ofrece el Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud son: Brindar información sobre los trámites y servicios que aplican en la Secretaría de Salud, atender consultas y peticiones ciudadanas, captar quejas y denuncias.		
Vigencia	Publicación: 19/01/2004 Reforma: 10/01/2011		
Fuentes de información	Reglamento Interior de la Secretaría de Salud: http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo88785.doc http://www.oic.salud.gob.mx/interior/serv_quejas_3.html Consulta: 22/feb/2014		
Unidad de observación	Reglamento	Frecuencia de observación	Triannual

DATOS PARA EL INFORME:

Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud	2004
---	------

INDICADOR:
COMPETENCIAS PARA RECIBIR QUEJAS DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Competencias para recibir quejas de los usuarios del sistema de salud	Clave del Indicador	SJE02
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Las Competencias para Recibir Quejas de los Usuarios del Sistema de Salud de la Secretaría de Salud, se encuentran reguladas en la Ley general de Salud y en su Reglamento en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.		
Síntesis	Ley General de Salud: Artículo 51 Bis 3.- Las quejas que los usuarios presenten por la atención médica recibida, deberán ser atendidas y resueltas en forma oportuna y efectiva por los prestadores de servicios de salud o por las instancias que las instituciones de salud tengan definidas para tal fin, cuando la solución corresponda a su ámbito de competencia. Artículo 54. Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran, así como mecanismos para que los usuarios o solicitantes presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos... Reglamento en materia de Prestación de Servicios: Artículo 51.- Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, señalarán los procedimientos para que los usuarios de los servicios de atención médica, presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias, respecto de la prestación de los mismos y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos o privados.		
Vigencia	Ley General de Salud 15/01/2014 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica 29/04/1986		
Fuentes de información	Ley General de Salud http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo11037.doc Reglamento de la ley General de salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinacional/11._Reglamento_LGS_Prestacixn_Servicios_de_Atencixn_Mx dica.pdf Consulta: 22/feb/2014		
Unidad de observación	Ley Federal-Reglamento	Frecuencia de observación	Triannual

DATOS PARA EL INFORME:

Ley General de Salud	Arts. 51 Bis 3 y 54
Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Art. 51

INDICADOR:
ACCIONES CONSTITUCIONALES (AMPAROS, ACCIONES DE PROTECCIÓN, TUTELA)

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Acciones Constitucionales (amparos, acciones de protección, tutela)	Clave del Indicador	SJE03
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Las Acciones Constitucionales (Amparos, Acciones de Protección, Tutela) se encuentran reguladas en los artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en la Ley de Amparo Reglamentaria de los artículos 103 y 107 Constitucionales.		
Síntesis	Artículo 103 Constitucional. Los Tribunales de la Federación resolverán toda controversia que se suscite: I. Por normas generales, actos u omisiones de la autoridad que violen los derechos humanos reconocidos y las garantías otorgadas para su protección por esta Constitución, así como por los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte; II. Por normas generales o actos de la autoridad federal que vulneren o restrinjan la soberanía de los estados o la esfera de competencia del Distrito Federal, y III. Por normas generales o actos de las autoridades de los Estados o del Distrito Federal que invadan la esfera de competencia de la autoridad federal. Artículo 107 Constitucional. Las controversias de que habla el artículo 103 de esta Constitución, con excepción de aquellas en materia electoral, se sujetarán a los procedimientos que determine la ley reglamentaria, de acuerdo con las bases siguientes: El juicio de amparo se seguirá siempre a instancia de parte agraviada, teniendo tal carácter quien aduce ser titular de un derecho o de un interés legítimo individual o colectivo, siempre que alegue que el acto reclamado viola los derechos reconocidos por esta Constitución y con ello se afecte su esfera jurídica, ya sea de manera directa o en virtud de su especial situación frente al orden jurídico.		
Vigencia	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Reforma Constitucional en materia de Amparo 06/06/2011. Ley de Amparo 02/04/2013		
Fuentes de información	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/articulos/103.pdf http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/articulos/107.pdf Ley de Amparo, Reglamentaria de los Artículos 103 y 107 Constitucionales. http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo6028.pdf Consulta 22/feb/2014		
Unidad de observación	Ley Suprema Nacional-Ley Federal	Frecuencia de observación	Triannual

DATOS PARA EL INFORME:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Arts. 103 y 107
Ley de Amparo, Reglamentaria de los Artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	2013

INDICADOR:
SERVICIOS JURÍDICOS GRATUITOS E INTEGRALES DE PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Servicios jurídicos gratuitos e integrales de protección del derecho a la salud	Clave del Indicador	SJE04
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Servicios Jurídicos Gratuitos e Integrales de Protección del Derecho a la Salud, los otorga la Comisión Nacional de los Derechos Humanos mediante la Dirección General de Quejas y Orientación		
Síntesis	Ley de la Comisión nacional de los Derechos Humanos, Reglamento Interno: Artículo 9.- “En términos de lo dispuesto en los artículos 3o. y 6o. de la Ley, la Comisión Nacional tendrá competencia en todo el territorio nacional para conocer de quejas relacionadas con presuntas violaciones a los derechos humanos cuando éstas fueren atribuibles a autoridades y servidores públicos de carácter federal, con excepción de los del Poder Judicial de la Federación”. Artículo 26.- “La Dirección General de Quejas y Orientación tendrá las siguientes atribuciones: Realizar labores de atención al público durante las veinticuatro horas del día, todos los días del año. Cuando de las quejas que directamente se presenten se desprenda indubitadamente que no se trata de violaciones a derechos humanos, se orientará al interesado respecto de la naturaleza de su problema y las posibles formas de solución; se le proporcionarán los datos del servidor público ante el que puede acudir, así como su domicilio y, en su caso, el número telefónico...”		
Vigencia	Comisión Nacional de los Derechos Humanos Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos: DOF 29/06/1992; Reforma 07/11/2013 Reglamento Interno: DOF 29/09/2003		
Fuentes de información	Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos: http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/conocenos/ley_CNDH.pdf Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos: http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/conocenos/ReglamentoCNDH2013.pdf http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Transparencia/2/dgquejas.pdf Consulta: 24/02/2014		
Unidad de observación	Ley-Reglamento	Frecuencia de observación	Trianual

DATOS PARA EL INFORME:

Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos	1992
Reglamento Interior de la Comisión Nacional de Derechos Humanos	Arts. 9 y 26

INDICADOR:
OFICINAS PÚBLICAS DE MEDIACIÓN O CONCILIACIÓN PARA RESOLVER CUESTIONES VINCULADAS CON SALUD

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Oficinas públicas de mediación o conciliación para resolver cuestiones vinculadas con salud	Clave del Indicador	SJE05
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Las oficinas públicas de mediación o conciliación para resolver cuestiones vinculadas con salud corresponden a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.		
Síntesis	La Comisión Nacional de Arbitraje Médico tendrá por objeto contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios. La Comisión Nacional tendrá las siguientes atribuciones: I. Brindar asesoría e información a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones; II. Recibir, investigar y atender las quejas que presenten los usuarios de servicios médicos, por la posible irregularidad en la prestación o negativa de prestación de servicios III. Recibir toda la información y pruebas que aporten los prestadores de servicios médicos y los usuarios, en relación con las quejas planteadas y, en su caso, requerir aquéllas otras que sean necesarias para dilucidar tales quejas, así como practicar las diligencias que correspondan IV. Intervenir en amigable composición para conciliar conflictos derivados de la prestación de servicios médicos por alguna de las causas que se mencionan: a) Probables actos u omisiones derivadas de la prestación del servicio; b) Probables casos de negligencia con consecuencia sobre la salud del usuario, y c) Aquéllas que sean acordadas por el Consejo...		
Vigencia	Publicado en DOF 03/06/1996		
Fuentes de información	Comisión Nacional de Arbitraje Médico: http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/decreto_creacion.pdf		
Unidad de observación	Oficina	Frecuencia de observación	Trienal

DATOS PARA EL INFORME:

Comisión Nacional de Arbitraje Médico	1996
---------------------------------------	------

INDICADOR:
GARANTÍAS PROCESALES EN LOS PROCEDIMIENTOS JUDICIALES EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Garantías procesales en los procedimientos judiciales en materia de derechos humanos	Clave del Indicador	SJEO6
		Tipo de Indicador	Estructural
Descripción	Las garantías en los procesos judiciales en materia de derechos humanos son tuteladas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, particularmente en los siguientes artículos: Artículo 13.- “Prohibición de Leyes Privativas y Tribunales Especiales”; Artículo 14.- “Irretroactividad de la Ley; Garantía de Audiencia; Principio de Legalidad en Materia Penal y Civil”; Artículo 16.- “Obligatoriedad para que las Autoridades Funden y Motiven sus Decisiones; Requisitos de Orden de Aprehesión; Requisitos de los Cateos”; Artículo 17.- “Prohibición de la Autotutela; Acceso a la Justicia e Independencia Judicial”; Artículo 18.- “Prisión Preventiva; Readaptación Social; Menores Infractores; Cooperación Penitenciaria”; Artículo 19.- “Auto de Formal Prisión; Acumulación Procesal; Prohibición de Malos Tratos”; Artículo 20.- “Garantías del Inculcado en todo Proceso Penal; Derechos de la Víctima”.		
Síntesis	i) Independencia e Imparcialidad.- Artículo 17. “Las leyes federales y locales establecerán los medios necesarios para que se garantice la independencia de los tribunales y la plena ejecución de sus resoluciones... emitiendo sus resoluciones de manera pronta, completa e imparcial...” ii) Plazo razonable.- Artículo 16. “Ningún indiciado podrá ser retenido por el Ministerio Público por más de cuarenta y ocho horas...” Artículo 19. “Ninguna detención ante autoridad judicial podrá exceder del plazo de setenta y dos horas, a partir de que el indiciado sea puesto a su disposición... Será juzgado antes de cuatro meses si se tratare de delitos cuya pena máxima no exceda de dos años de prisión, y antes de un año si la pena excediere de ese tiempo, salvo que solicite mayor plazo para su defensa... La prisión preventiva no podrá exceder del tiempo que como máximo de pena fije la ley al delito que motivare el proceso y en ningún caso será superior a dos años...” iii) Igualdad de armas.- Artículo. 20 IV. “Las partes tendrán igualdad procesal para sostener la acusación o la defensa, respectivamente...” iv) Cosa Juzgada.- Artículo 23. “Ningún juicio criminal deberá tener más de tres instancias. Nadie puede ser juzgado dos veces por el mismo delito, ya sea que en el juicio se le absuelva o se le condene.” v) Vías de sentencias recursivas en Instancias Superiores.- Artículo 103. “Los Tribunales de la Federación resolverán toda controversia que se suscite: I. Por normas generales, actos u omisiones de la autoridad que violen los derechos humanos reconocidos y las garantías otorgadas para su protección por esta Constitución, así como por los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte...”		

GARANTÍAS PROCESALES EN LOS PROCEDIMIENTOS JUDICIALES (continuación)

Limitaciones	La figura del arraigo puede caracterizarse como un subsistema de excepción consistente en la aplicación de una pena precondenatoria, que flexibiliza las garantías judiciales de las personas, colocándolas en un limbo jurídico en el que no son ni indiciadas ni inculpadas... El derecho a la libertad personal y a la circulación, a la presunción de inocencia, el principio de legalidad, el derecho a un debido proceso, el derecho al honor y a la reputación, a un recurso legal efectivo y a la integridad física y mental de las personas, quedan en abierto choque con la figura del arraigo. (Observatorio de Política Social y Derechos Humanos, INCIDE Social. En: http://www.incidesocial.org/images/pdf/pdf_2014/eliminacion_del_arraigo_pendiente.pdf).		
Vigencia	Reforma 10/02/2014		
Observaciones	La sistematización sobre la aplicación de garantías constituye un indicador de procesos y, en su caso, se requerirá solicitar su generación al Poder Judicial.		
Fuentes de información	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf . Consulta 02/03/2014		
Unidad de observación	Ley Suprema Nacional	Frecuencia de observación	Trianual

DATOS PARA EL INFORME:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Arts. 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 23 y 103
---	--

INDICADOR:
QUEJAS RECIBIDAS Y RECOMENDACIONES EMITIDAS RELATIVAS AL DERECHO A LA SALUD, POR LA CNDH

FICHA TÉCNICA

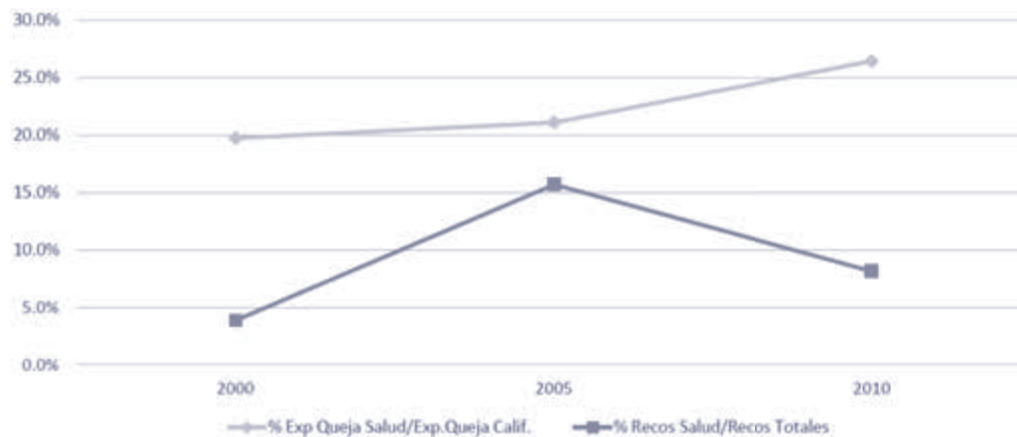
Nombre del Indicador	Quejas recibidas y recomendaciones emitidas relativas al derecho a la salud, por la CNDH		Clave del Indicador	SJP01
			Tipo de Indicador	Proceso
			Unidad de medida	Número y porcentaje
Definición	Número y porcentaje de denuncias relativas al derecho a la salud, recibidas, investigadas y resueltas por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH).			
Método de cálculo	Sistematización de quejas recibidas y recomendaciones generales emitidas materia de salud (Q _s). Cálculo respecto del total de quejas o recomendaciones manejadas por la CNDH (TQ).		Fórmula	
			%Q _s = Q _s /TQ	
Referencias	Según el ACNUDH, el indicador capta en cierta medida el esfuerzo que se exige a los Estados de respetar, proteger y cumplir el derecho referido. Los Estados partes deben asegurar que los individuos tienen acceso a medios de reparación efectivos para reivindicar su derecho. Deben hacer las reparaciones apropiadas, adoptar las medidas provisionales que sean necesarias y tomar medidas para impedir que vuelvan a suceder violaciones del derecho.			
Observaciones	La estadística corresponde exclusivamente a la competencia de la CNDH que corresponde al ámbito federal; faltaría cuantificar la información de las entidades federativas. Se incluye información sobre “expedientes de queja calificados” y no sobre quejas totales, ya que esta última cifra incluye casos que no corresponden a presuntas violaciones en materia de derechos humanos.			
Institución que lo genera o publica (Fuente)	Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Informes Anuales. En: http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/informes/anuales/2010.pdf . Consulta: 26/02/2014.			
Desglose de cálculo	Total, tipo de queja, destinatario de recomendaciones.			
Periodicidad de la información	Anual.	Años de cálculo disponibles	2000-2012	

QUEJAS RECIBIDAS Y RECOMENDACIONES EMITIDAS RELATIVAS AL DERECHO A LA SALUD (continuación)

DATOS PARA EL INFORME:

	2000	2005	2010	TCMA 2005-2010
Expedientes de queja calificados en Salud	254	615	1,491	19%
% Exp Queja Salud/Exp. Queja Calificados	19.7%	21.1%	26.4%	
Recomendaciones enviadas sobre Salud	1	8	7	-3%
% Recos Salud/Recos Totales	3.8%	15.7%	8.1%	

CNDH. Quejas y Recomendaciones relativas al Derecho a la Salud



INDICADOR:
DECISIONES JUDICIALES QUE HAN GENERADO JURISPRUDENCIA EN TEMAS DE SALUD

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Decisiones judiciales que han generado jurisprudencia en temas de salud	Clave del Indicador	SjPn01
		Tipo de Indicador	Proceso
		Unidad de medida	
Definición (propuesta OEA)	Número de decisiones judiciales que han hecho lugar a garantías en salud en general y en temas específicos (salud sexual y reproductiva, VIH/SIDA, entre otras).		
Método de cálculo	SE PROPONE GENERAR.	Fórmula	
Referencias			
Observaciones	La SCJN cuenta con una base de datos cualitativa completa sobre la jurisprudencia nacional, se requiere procesar y sistematizar el indicador.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)			
Desglose de cálculo			
Periodicidad requerida			

INDICADOR:
CAPACITACIÓN DE JUECES Y ABOGADOS EN MATERIA DE DERECHO A LA SALUD

FICHA TÉCNICA

Nombre del Indicador	Capacitación de jueces y abogados en materia de derecho a la salud	Clave del Indicador	SjPn02
		Tipo de Indicador	Proceso
		Unidad de medida	
Definición (propuesta OEA)	Capacitación de jueces y abogados en materia de derecho a la salud.		
Método de cálculo	SE PROPONE GENERAR.	Fórmula	
Referencias			
Observaciones	En el caso de los jueces, la SCJN y el Consejo de la Judicatura cuentan con amplios programas de capacitación en materia de derechos humanos cuyos alcances específicos y resultados requieren sistematizarse.		
Institución que lo genera o publica (Fuente)			
Desglose de cálculo			
Periodicidad requerida			

Bases técnico-metodológicas para el informe de México al Protocolo de San Salvador. Derecho a la salud, editado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se terminó de imprimir en noviembre de 2015, en los talleres de TRAZO BINARIO, S. A. de C. V., Campesinos núm. 223-E, colonia Granjas Esmeralda, Delegación Iztapalapa, C. P. 09810, México, D. F. El tiraje consta de 2,000 ejemplares.

COMISIÓN NACIONAL
DE LOS DERECHOS HUMANOS

Presidente

Luis Raúl González Pérez

Consejo Consultivo

Mariclaire Acosta Urquidí

María Ampudia González

Mariano Azuela Güitrón

Jorge Bustamante Fernández

Ninfa Delia Domínguez Leal

Rafael Estrada Michel

Marcos Fastlicht Sackler

Mónica González Contró

Carmen Moreno Toscano

Guillermo I. Ortiz Mayagoitia

Primer Visitador General

Ismael Eslava Pérez

Segundo Visitador General

Enrique Guadarrama López

Tercera Visitadora General

Ruth Villanueva Castilleja

Cuarta Visitadora General

Norma Inés Aguilar León

Quinto Visitador General

Edgar Corzo Sosa

Sexto Visitador General

Jorge Ulises Carmona Tinoco

Secretario Ejecutivo

Héctor Daniel Dávalos Martínez

Secretario Técnico del Consejo Consultivo

Joaquín Narro Lobo

Oficial Mayor

Manuel Martínez Beltrán

Directora General del Centro Nacional de Derechos Humanos

Julieta Morales Sánchez

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Y PROGRAMA UNIVERSITARIO DE DERECHOS HUMANOS

José Narro Robles

Rector

Estela Morales Campos

Coordinadora de Humanidades

Luis de la Barrera Solórzano

Coordinador del Programa

Universitario de Derechos Humanos

José Antonio Aguilar Valdez

Secretario Académico del PUDH

Alejandra Vélez Aguilar

Secretaria Técnica del PUDH



ISBN: 978-607-729-141-1



9 786077 291411