

**PROGRAMA**

---

**EMERGENTE**

---

**de SALUD**

---

**para el CAMPO**

---

**2003-2006**



**PROGRAMA**

---

**EMERGENTE**

---

**de SALUD**

---

**para el CAMPO**

---

**2003-2006**

## ***Programa Emergente de Salud para el Campo 2003-2006***

Primera edición, 2003

D.R.® Secretaría de Salud  
Lleja 7, Col. Juárez  
06696 México, D. F.

Impreso y hecho en México  
*Printed and made in Mexico*

ISBN 970-721-127-X

La coordinación del ***Programa Emergente de Salud para el Campo 2003-2006*** estuvo a cargo de la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud. El diseño y la formación estuvieron a cargo de Alejandro López Franco.

Fotografías 1, 3 y 4 de María Fernanda Merino  
Fotografía 2 de Alberto Rivera Márquez

La información de este documento se puede bajar en formato PDF de la página de Internet de la Secretaría de Salud: **[www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)**

## Contenido

---

<b>Presentación</b>	<b>5</b>
<b>Síntesis Ejecutiva</b>	<b>7</b>
<b>Capítulo I</b> La salud y la atención a la salud en el campo mexicano	<b>19</b>
<b>Capítulo II</b> Objetivos, estrategias y líneas de acción	<b>37</b>
<b>Capítulo III</b> Evaluación y rendición de cuentas	<b>69</b>
<b>Anexos</b>	<b>73</b>

---



# Presentación

Los hombres y las mujeres del campo han jugado un papel central en el desarrollo de nuestro país. Ellos y ellas han sido actores principales en los movimientos sociales que han dado origen a muchas de nuestras instituciones actuales.

Sin embargo, estas mismas familias campesinas residen en las comunidades más pobres. Ello por supuesto se refleja en las condiciones de salud. El riesgo de morir de un niño menor de 5 años es 1.3 veces más alto en el campo que en el medio urbano. Las mujeres del área rural corren un riesgo de fallecer 40% mayor que las mujeres de las ciudades.

Una parte de este exceso de muertes se debe a las llamadas enfermedades del rezago -infecciones comunes, problemas reproductivos y enfermedades relacionadas con la desnutrición-, que son particularmente frecuentes en los municipios pobres del campo. El riesgo de morir por diarrea es tres veces más alto en el medio rural que en el urbano; la desnutrición es 2.4 veces más frecuente en el campo que en las ciudades; las muertes maternas son casi tres veces más comunes.

Sin embargo, las enfermedades que son propias de los pobres del campo no son las únicas enfermedades de los pobres del campo. Hay otros padecimientos que no forman parte del rezago que también generan daños a la salud en el medio rural, en ocasiones mayores que los que generan en las ciudades. Este es el caso de la cirrosis del hígado y los homicidios.

La mortalidad por enfermedades cardiovasculares y tumores malignos también va en ascenso. Cabe destacar en particular al cáncer cérvico-uterino. Lo mismo sucede con la diabetes y la hipertensión. Según la Encuesta Nacional de Salud 2000, alrededor de 8% de la población rural mayor de 20 años padece diabetes mellitus, porcentaje similar al encontrado en el medio urbano. La prevalencia de hipertensión arterial en el campo, por su parte, es más baja que en las áreas urbanas, pero no es despreciable: alrededor de 17% de la población rural de 20 a 69 años de edad presenta esta patología.

A esto habría que agregar la exposición creciente de esta población a los riesgos asociados con los nuevos estilos de vida. Dos tercios de los varones de 20 a 29 años de edad de las comunidades rurales fuman. Casi un tercio de las mujeres del campo sufre de sobrepeso y casi una quinta parte de ellas padece obesidad.

Es en respuesta a esta situación que se crea el **Programa Emergente de Salud para el Campo 2003-2006**. Este programa se suma a otras iniciativas del Ejecutivo Federal dirigidas a conformar una política de Estado de largo plazo en este ámbito: una política que atienda las demandas de la agricultura y de la ganadería de subsistencia, y que responda a las necesidades de los jornaleros y de los pequeños y medianos agricultores; una política que salde la deuda histórica que tenemos como país con nuestra población rural.

Este programa deriva del *Programa Nacional de Salud 2001-2006* y de él retoma los retos, y las estrategias y líneas de acción más relevantes. Los tres grandes retos de la salud en el campo también son la equidad, la calidad y la protección financiera.

Nuestras instituciones de salud tienen que esforzarse todavía más por mejorar las condiciones generales de salud en el medio rural, abatiendo las brechas que existen con respecto a las poblaciones urbanas. Dos de las metas más urgentes en este sentido son acabar con las muertes maternas y garantizarle a todos los niños un arranque parejo en la vida.

Esto sólo se puede lograr dedicando mayores recursos a quienes más necesidades de salud presentan. Pero estos recursos, además, deben utilizarse de manera tal que garanticen una atención efectiva y un trato adecuado a los usuarios de las unidades rurales de salud.

El reto de la protección financiera se atenderá implantando esquemas de financiamiento público de la salud que le eviten a los hogares rurales los gastos de bolsillo en el momento de utilizar los servicios de salud. Esto a su vez evitará los gastos catastróficos que hundan todavía más en la pobreza a nuestras familias campesinas.

Este documento está dividido en tres partes. En la primera parte se discuten los tres retos principales que enfrenta el campo en materia de salud. En seguida se presentan los objetivos, estrategias y líneas de acción de este programa. Finalmente se concluye con una descripción de los mecanismos que se utilizarán para evaluar sus resultados.

Con este programa refrendamos nuestro compromiso de contribuir a mejorar las condiciones de salud de toda nuestra población, y en particular la salud de quienes menos tienen. Este es en sí mismo un objetivo por el que vale la pena luchar, pero es además una meta que habrá de contribuir a generar la prosperidad que el campo mexicano reclama.

JULIO FRENK MORA  
SECRETARIO DE SALUD

A high-angle photograph of two young girls sitting on a sandy beach. The girl on the left is wearing a white dress and holding a long, thin wooden stick. The girl on the right is wearing a white dress with dark polka dots. Both girls are smiling and looking towards the camera. The entire image is overlaid with a semi-transparent blue filter.

## **Síntesis Ejecutiva**

---





Los indicadores de salud -de necesidades, recursos y servicios- nos hablan de la existencia de un importante rezago del campo mexicano en esta materia. La población rural, en general, presenta mayores necesidades de salud que la población urbana, y el acceso que tiene a los recursos y servicios que requiere para atenderlas es considerablemente menor. Este desequilibrio puede resumirse en la existencia de tres grandes retos: equidad, calidad y protección financiera.

## **Retos**

### **Equidad**

En menos de 30 años el país acumuló rezagos -infecciones comunes, padecimientos relacionados con la reproducción y enfermedades asociadas a la desnutrición- que deben corregirse al tiempo que se hace frente a los problemas emergentes -las enfermedades no transmisibles y las lesiones.

Los problemas del rezago se concentran en las comunidades rurales dispersas y en la periferia de las grandes ciudades. La causa fundamental de estos problemas es la pobreza y su solución definitiva depende de la posibilidad de incrementar el nivel de bienestar general de estas poblaciones. Sin embargo, existe información que demuestra que aún en presencia de estas condiciones de pobreza es posible reducir considerablemente el peso de estos padecimientos a través de intervenciones altamente efectivas y accesibles desde el punto de vista financiero.

Las diarreas y las infecciones respiratorias todavía representan una carga significativa para la población mexicana. El rezago a este respecto en las zonas rurales es considerable. El riesgo de morir por diarrea en el área rural para la población general es tres veces mayor que en las zonas urbanas.

La mortalidad materna tiende a concentrarse en la región centro y sur del país. Alrededor de 70% de las muertes maternas registradas en 2001 ocurrieron en 10 entidades ubicadas en estas dos regiones y, como en otros casos, los municipios indígenas presentaron una situación particularmente grave. La mortalidad materna en el medio rural es 2.8 veces más alta que en el medio urbano, con un perfil más asociado a hemorragias e infecciones que a toxemias o abortos.

La desnutrición proteico-calórica constituye una huella distintiva e irreversible de la pobreza. La Encuesta Nacional de Nutrición realizada en 1999 mostró que 18% de los niños y niñas mexicanos menores de 5 años (alrededor de 1.5 millones de niños) presentan una talla para la edad menor a la ideal. Según esta misma fuente, el retraso en el crecimiento en las zonas rurales es casi tres veces más frecuente que en las zonas urbanas y cuatro veces mayor en las zonas pobres del sur del país que en las zonas no pobres de los estados del norte de la República.

Hay otros padecimientos que no son propios del rezago que también generan mayores daños a la salud en el medio rural que en el urbano. El riesgo de morir por cirrosis y otras enfermedades del hígado, por ejemplo, es 64% más alto en el campo que en las ciudades. El riesgo de morir por homicidios es 54% mayor.

Las enfermedades del corazón y los tumores malignos, aunque más comunes en las zonas urbanas, también van en ascenso en el medio rural. Cabe destacar, en particular, el incremento del cáncer cérvico-uterino. Lo mismo sucede con la hipertensión y la diabetes. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000, alrededor de 7.8% de la población rural mayor de 20 años padece diabetes mellitus, cifra similar a la encontrada en el medio urbano. La prevalencia de hipertensión arterial en el medio rural es más baja que en las áreas urbanas, pero no es despreciable: alrededor de 17% de la población de 20 a 69 años de edad presenta esta patología.

A esto habría que agregar la exposición de esta población a diversos riesgos, algunos relacionados con los nuevos estilos de vida, como el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad; otros relacionados con actividades laborales, como los plaguicidas, y otros más relacionados con formas de vida tradicionales, como la exposición intramuros al humo de leña.

El abuso en el consumo de alcohol en México es responsable de la pérdida de más de un millón de años de vida saludable (AVISA)\*, es decir, 9.3% del total. La diferencia en la contribución relativa de los medios urbano y rural es mínima. Un poco más del 60% de los jóvenes de 20 a 29 años de edad en el campo consume tabaco. Finalmente, en el medio rural 27.8% de las mujeres sufren de sobrepeso y 16.8% de obesidad.

Estas necesidades de salud se atienden con recursos todavía escasos. La infraestructura para la salud del área rural está conformada por 11,236 clínicas, que representan 68% del total de las clínicas de las instituciones públicas. Estas clínicas rurales están apoyadas por 1,901 unidades móviles. En ellas se cuenta con poco más de 14 mil consultorios, 5,516 salas de expulsión, 1,381 laboratorios de análisis clínicos y 138 gabinetes de rayos X. A esto habría que sumar 112 hospitales y 2,743 camas censables del Programa IMSS-Oportunidades.

Por lo que toca a los recursos humanos, se cuenta con un total de 50,099 personas, de las cuales 19,789 son médicos y 19,999 enfermeras, lo que representa una relación de casi uno a uno, cuando la relación ideal es de 1.5 a 2 enfermeras por médico. Se dispone además de 1,762 odontólogos. Los médicos especialistas se concentran en las 112 unidades hospitalarias del Programa IMSS-Oportunidades; 927 en total.

En general, la dotación de recursos tiende a ser mayor en el medio urbano, sobre todo en lo que se refiere a los recursos humanos y diagnósticos.

Un indicador muy ilustrativo de las brechas en la oferta de servicios entre las áreas urbanas y rurales son los partos. De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000, el porcentaje de partos atendidos en

---

\*AVISA. Indicador que evalúa la merma en salud que resulta de sumar los años perdidos por muerte prematura con los años vividos con discapacidad.

los 386 municipios de muy alta marginación, la mayoría de los cuales son rurales, es de 76%. En contraste, en los 247 municipios menos marginados la cobertura del parto de las unidades médicas alcanza casi 95%.

## **Calidad**

Los resultados de diversos estudios realizados en los centros de salud rurales nos indican que en estas unidades hay serios problemas de abastecimiento de medicamentos, insuficiencia de equipo, un uso deficiente de los expedientes clínicos y problemas de apego a la normatividad de los programas prioritarios. El nivel de satisfacción de los prestadores con su entorno laboral es bajo y el trato que reciben los pacientes deja mucho que desear. Según datos preliminares de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2003, los servicios de salud rurales presentan problemas en los tiempos de espera, en la posibilidad de los pacientes de participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento y en el rubro de información proporcionada a los usuarios.

## **Protección financiera**

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2000, 36% de los hogares mexicanos están ubicados en áreas rurales. De éstos, 80% no cuentan con ningún esquema de aseguramiento, social o voluntario. Esta cifra es equivalente a 6.8 millones de hogares, de los cuales aproximadamente 70% se ubican en los quintiles de gasto *per cápita* más pobres. Esto significa que en nuestro país hay un poco más de cuatro millones de hogares rurales en condiciones de vulnerabilidad extrema, es decir, en riesgo de incurrir en gastos catastróficos por motivos de salud. Esto se debe a que para satisfacer sus necesidades de salud, estos hogares se ven obligados a utilizar recursos de sus bolsillos que en circunstancias normales estarían dedicados a satisfacer otras necesidades básicas. Las cifras más recientes, de hecho, nos indican que 7% de los hogares rurales incurrir en gastos excesivos por atender sus necesidades de salud.

## **Objetivos, estrategias y líneas de acción**

En concordancia con los objetivos del *Programa Nacional de Salud 2001-2006* y a la luz de los retos antes descritos, el **Programa Emergente de Salud para el Campo 2003-2006** se plantea como objetivos los siguientes:

1. Mejorar las condiciones de salud de la población rural mexicana
2. Abatir las desigualdades en salud que afectan a esta población
3. Garantizar un trato adecuado a los usuarios de las unidades de salud rurales
4. Brindar protección financiera en materia de salud a la población rural
5. Fortalecer la oferta pública de servicios de salud en el campo

Estos objetivos habrán de concretarse mediante la implantación de cinco estrategias sustantivas y tres instrumentales. Las primeras cinco estrategias están directamente relacionadas con los primeros cuatro objetivos de este programa; las tres finales se relacionan con el fortalecimiento de la oferta de servicios públicos de salud en el campo. Las ocho estrategias son las siguientes:

1. Vincular la salud de la población rural con el desarrollo económico y social del campo
2. Reducir los rezagos en salud
3. Enfrentar los problemas emergentes que afectan a la población rural
4. Reforzar las acciones de la Cruzada Nacional por la Calidad en las unidades rurales de salud
5. Brindar protección financiera en materia de salud a la población rural
6. Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud en el campo
7. Fortalecer la inversión en recursos humanos e infraestructura en salud en el campo
8. Fortalecer la información y las acciones de vigilancia epidemiológica

### **Estrategia I.** Vincular la salud de la población rural con el desarrollo económico y social del campo

Una de las premisas de este programa es que existe una estrecha relación entre salud y desarrollo económico y social en el campo. La salud depende de múltiples factores cuyo control escapa al sistema de salud. La mejoría en las condiciones de salud de la población depende, por lo tanto, de la colaboración con otros sectores. La inversión en salud, a su vez, incrementa el capital humano y contribuye con ello al desarrollo.

Las acciones que dan cuerpo a esta primera estrategia son consistentes con los siguientes propósitos generales: i) promover que todo proyecto de desarrollo en el campo tome en consideración sus efectos sobre la salud y ii) promover actividades multi-sectoriales sobre los determinantes de la salud, en especial sobre el crecimiento y distribución de la población, educación, alimentación, agua potable y saneamiento, vivienda, medio ambiente y salud en el trabajo.

#### *Líneas de acción*

- 1.1. Fortalecer la acción comunitaria a favor de la salud en el campo
- 1.2. Promover la educación saludable
- 1.3. Promover la perspectiva de género en los programas y servicios dirigidos a la población rural
- 1.4. Fortalecer la salud del ambiente rural
- 1.5. Mejorar la salud laboral en el campo
- 1.6. Asegurar la calidad e inocuidad de los alimentos generados en el campo
- 1.7. Vigilar la salud de la población migrante del campo

## **Estrategia 2.** Reducir los rezagos en salud

Bajo el término rezago se ubican los daños a la salud evitables, que generalmente se relacionan con una nutrición insuficiente, infecciones comunes y padecimientos asociados a la reproducción. La causa fundamental de estos problemas es la pobreza, por lo que su solución definitiva supone mejorar los niveles generales de bienestar. Sin embargo, existe información que demuestra que aún en presencia de esta condición es posible reducir considerablemente el peso de estas enfermedades a través de intervenciones altamente efectivas y accesibles desde el punto de vista financiero.

Para superar los problemas del rezago es necesario garantizar el acceso efectivo de la población rural a servicios básicos de salud mediante la focalización en esta población de diversos programas (OPORTUNIDADES, Arranque Parejo en la Vida, Programa de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas) que se echaron andar, la mayoría de ellos, al inicio de esta administración.

### *Líneas de acción*

- 2.1. Garantizar un arranque parejo en la vida a los niños del medio rural
- 2.2. Mejorar la atención de la salud en la infancia
- 2.3. Atender el reto de la salud de los adolescentes
- 2.4. Mejorar la salud y la nutrición de los pueblos indígenas
- 2.5. Controlar la tuberculosis
- 2.6. Controlar las enfermedades transmitidas por vector: dengue, paludismo y oncocercosis
- 2.7. Disminuir los casos de cáncer cérvico-uterino
- 2.8. Fortalecer la salud reproductiva
- 2.9. Atender otros problemas relacionados con el rezago

## **Estrategia 3.** Enfrentar los problemas emergentes que afectan a la población rural

El perfil epidemiológico del país se caracteriza por el predominio de las enfermedades no transmisibles y las lesiones, tanto accidentales como violentas. A diferencia del rezago, estos problemas no están concentrados y afectan tanto a las poblaciones urbanas de ingresos altos y medios como a los pobres de las ciudades y del campo.

Los problemas emergentes exigen una definición clara de prioridades, la promoción de estilos de vida saludables y mayores esfuerzos para detectar tempranamente los principales padecimientos de este grupo.

### *Líneas de acción*

- 3.1. Disminuir la prevalencia de diabetes
- 3.2. Controlar las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión
- 3.3. Racionalizar la atención de las lesiones
- 3.4. Disminuir la adicción al tabaco, alcohol y drogas
- 3.5. Prevenir y controlar las ITS y el VIH-SIDA

### **Estrategia 4.** Reforzar las acciones de la Cruzada Nacional por la Calidad en las unidades rurales de salud

La calidad de la atención es un atributo tanto de los servicios de salud personales como de los no personales. Por calidad entendemos el grado en que los servicios de salud satisfacen las necesidades de la población dada cierta complejidad de las necesidades y dadas las evidencias científicas disponibles para resolver técnicamente los asuntos de salud. La calidad involucra tanto al componente técnico de la atención como a las expectativas legítimas de la población.

No puede haber diferencias de la calidad de la atención entre el medio rural y el urbano. El hecho de que gran parte del personal de salud de las áreas rurales esté compuesto por profesionales en formación (internos, pasantes o residentes) y por personal técnico (promotores o parteras), no significa que los estándares de calidad deban ser reducidos; más bien deben reforzarse y orientarse a mejorar las prácticas de acuerdo con la naturaleza de las necesidades de salud en el campo. Este es el propósito de esta estrategia, que viene a sumarse a los esfuerzos en el área de calidad que se pusieron en marcha en 2001.

### *Líneas de acción*

- 4.1. Difundir y aplicar la Carta de los Derechos de los Pacientes y los Códigos de Ética de los Trabajadores de la Salud en las unidades rurales de salud
- 4.2. Establecer y operar un Programa de Dignificación de las Unidades Rurales de Salud
- 4.3. Incorporar las unidades rurales de salud al Sistema Sectorial de Monitoreo y Mejora de Indicadores de Calidad
- 4.4. Promover la participación ciudadana en la validación de resultados de esta estrategia
- 4.5. Desarrollar un Programa de Visitas de Supervisión y Asesoría para Hospitales Rurales para identificar y neutralizar situaciones de riesgo
- 4.6. Promover las plazas de servicio social de las zonas rurales para que sean ocupadas por los mejores estudiantes de medicina y enfermería del país
- 4.7. Desarrollar un plan de capacitación e incentivos para el personal de las unidades rurales de salud

## **Estrategia 5.** Brindar protección financiera en materia de salud a la población rural

La salud es un evento incierto y su atención en México depende en buena medida de la capacidad de pago más que de la probabilidad de enfermarse. El pago además suelen hacerlo las familias al momento de necesitar la atención médica. El gasto de bolsillo es la forma más injusta de financiar la atención de la salud porque genera dos riesgos importantes: el riesgo de empobrecimiento por gastos catastróficos y el riesgo de no atención por insuficiencia de recursos económicos.

Para fortalecer el aseguramiento y minimizar el gasto de bolsillo de las familias mexicanas rurales, el **Programa Emergente de Salud para el Campo 2003-2006** tiene como propósito fundamental garantizar la protección financiera en materia de salud de los hogares mexicanos rurales mediante la promoción del Seguro Popular de Salud, que se creó en 2001.

### *Líneas de acción*

- 5.1. Brindar protección financiera a los hogares rurales mediante la promoción del Seguro Popular de Salud
- 5.2. Promover la afiliación de los jornaleros y asalariados del campo a los esquemas de aseguramiento de la seguridad social

## **Estrategia 6.** Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud en el campo

La adopción de un Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) significa modificar la perspectiva actual de la atención de salud. De manera simultánea a la solución de las necesidades de atención clínica, basadas preferentemente en instituciones, es necesario pasar a una estrategia que privilegie la prevención de enfermedades en los ámbitos donde se generan las necesidades de salud, esto es, en los ambientes familiares y comunitarios. Se trata de un modelo comunitario, de atención integral, basado en compromisos, orientado al usuario y articulador del cuidado profesional con el autocuidado.

La tecnología de la salud está permitiendo que el tratamiento de un número creciente de padecimientos se realice en condiciones ambulatorias, sin necesidad de mantener a los enfermos en instituciones hospitalarias. El objetivo es avanzar hacia un modelo que promueva la participación activa de las diferentes instancias relacionadas con la salud.

### *Líneas de acción*

- 6.1. Reorientar las acciones de salud al medio familiar y comunitario
- 6.2. Fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención
- 6.3. Optimizar la capacidad instalada
- 6.4. Crear redes virtuales para la prestación de servicios de salud



## **Estrategia 7.** Fortalecer la inversión en recursos humanos e infraestructura en salud en el campo

La producción de servicios de salud se caracteriza por el empleo intensivo de una amplia gama de recursos humanos y materiales, información y conocimiento. Dichos recursos deben distribuirse de manera racional y equitativa para garantizar una prestación de servicios de salud acorde con los retos de calidad y equidad. Implica, por lo tanto, acercar dichos recursos a las zonas rurales y a quienes en ellas habitan.

El objetivo de las acciones que se incluyen en esta estrategia es incorporar al diseño de las políticas de salud la idea de que la inversión en capital humano e infraestructura tiene una importancia estratégica. La sugerencia fundamental es planear el desarrollo de estos recursos haciendo uso de criterios explícitos y tomando en cuenta las necesidades concretas de salud de las zonas rurales.

### *Líneas de acción*

- 7.1. Fortalecer la capacitación de los recursos humanos para la salud en las áreas rurales
- 7.2. Utilizar las tecnologías de la información y la comunicación para hacer más eficiente la práctica médica en el medio rural
- 7.3. Diseñar planes maestros de infraestructura y equipamiento para el medio rural

## **Estrategia 8.** Fortalecer la información y las acciones de vigilancia epidemiológica

La información regular sobre las condiciones de salud de las poblaciones rurales es muy pobre. Lo mismo sucede con la información sobre los servicios de salud que se prestan en este ámbito. Uno de los propósitos de este programa es fortalecer el registro y el uso de esta información.

Una situación parecida presenta la vigilancia epidemiológica, que tendrá asimismo que reforzarse.

### *Líneas de acción*

- 8.1. Fortalecer las estadísticas de la población rural
- 8.2. Fortalecer la supervisión de la actividad estadística de las unidades médicas rurales
- 8.3. Fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica en áreas con servicios de salud
- 8.4. Fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica en áreas sin servicios de salud

---

<b>Retos</b>	<b>Principales iniciativas</b>
Equidad	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Arranque Parejo en la Vida</li><li>■ Atención a las enfermedades del rezago incluyendo las zoonosis</li><li>■ Garantizar el acceso a agua apta para uso y consumo humanos</li><li>■ Garantizar la inocuidad alimentaria</li></ul>
Calidad	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Programa de Dignificación de las Unidades Rurales de Salud</li><li>■ Abastecimiento de medicamentos esenciales en las unidades rurales de salud</li></ul>
Protección Financiera	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Seguro Popular de Salud</li></ul>

---

### **Evaluación y rendición de cuentas**

Este programa será evaluado a través de tres estrategias. En primer lugar se le dará seguimiento puntual a los indicadores de salud utilizados por el Consejo Nacional de Salud para evaluar el desempeño de los 32 sistemas estatales de salud. Todos los indicadores que lo permitan serán desagregados por las categorías urbano y rural, y sus valores serán monitorizados anualmente.

En segundo lugar, el presente programa se evaluará de manera indirecta dando seguimiento estatal a los valores del ámbito rural de los indicadores de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño. Estos indicadores cubren tres rubros básicos: condiciones de salud, trato adecuado y protección financiera.

Finalmente, este programa se evaluará dando seguimiento anual a las metas de cada una de sus líneas de acción.

Los resultados de estas evaluaciones se diseminarán a través de publicaciones y de la sección de evaluación de la página en Internet de la Secretaría de Salud.





## **Capítulo I**

La salud y  
la atención a la salud  
en el campo mexicano

---



Los indicadores de salud -de necesidades, recursos y servicios- nos hablan de la existencia de un importante rezago del campo mexicano en esta materia. La población rural, en general, presenta mayores necesidades de salud que la población urbana, y el acceso que tiene a los recursos y servicios que requiere para atenderlas es considerablemente menor: Este rezago puede resumirse en la existencia, al igual que para el país en su conjunto, de tres grandes retos: la equidad, la calidad y la protección financiera.

En este capítulo se discuten estos tres retos. En primer lugar se describe el perfil de salud de la población rural, con énfasis en las brechas que presenta con respecto a la población urbana. Se discuten las llamadas enfermedades del rezago -las infecciones comunes, los problemas asociados a la reproducción y los padecimientos relacionados con la desnutrición-, que son particularmente comunes en esta población. Enseguida se analiza el impacto que están teniendo en ella las enfermedades no transmisibles y las lesiones, así como diversos riesgos para la salud (tabaquismo, alcoholismo, obesidad, inseguridad pública). Esta sección concluye con una discusión del acceso a los recursos y servicios de salud que tiene esta población en comparación con la población urbana.

La segunda sección de este capítulo se dedica a analizar el problema de la calidad de los servicios en el medio rural. Aquí se discuten en detalle los hallazgos de una encuesta reciente sobre el trato que reciben los usuarios de los servicios de salud en México con énfasis en las unidades rurales de salud.

En la tercera sección se discute el reto de la protección financiera. La atención se centra aquí en la frecuencia con la que incurren en gastos catastróficos los hogares rurales mexicanos por atender sus necesidades de salud.

## **Equidad**

### **La Población Rural en México**

La distribución territorial de la población en México presenta un patrón dual. Por un lado hay un proceso de concentración de una parte importante de la población en un

número reducido de localidades urbanas. Por el otro, hay una dispersión de un segmento decreciente de la población en miles de localidades pequeñas. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en 2000 había en el país poco más de 199,000 localidades. Sólo 513 de ellas contaban con una población mayor de 15,000 habitantes.

Entre 1990 y 2000 las comunidades rurales -que aquí se definen como toda la población que reside en localidades de menos de 15,000 habitantes- incrementaron su población de 32.0 a 35.3 millones de habitantes. En contraste, la población urbana creció de 52.9 a 65.2 millones. La tasa de crecimiento anual de las áreas rurales fue de 1.3%, mientras que la tasa de las áreas urbanas fue de 2.0%.

Los cambios en la estructura de la población por grupos de edad del medio rural son diferentes a los que presenta la población urbana. En las localidades rurales los menores de 15 años en 1990 representaban al 43% de la población total (Cuadro I). Diez años después este porcentaje disminuyó a 39%. En contraste, el grupo de adultos en edad productiva incrementó su peso relativo (de 52 a 56%), lo mismo que los mayores de 65 años (de 4.5 a 5.6%). En el área urbana la contribución de los menores de 15 años pasó de 35 a 31%, la de los adultos productivos de 61 a 64% y la de los adultos mayores de 3.9 a 4.6%.

Esta estructura de población pone de manifiesto la importancia relativa de los niños y los adultos mayores en el medio rural. Por esta razón, el índice de dependencia demográfica sigue siendo mucho mayor en las zonas rurales que en las urbanas. Mientras que en el campo hay 79 dependientes (niños y adultos mayores) por cada 100 adultos en edad productiva, en las zonas urbanas la relación es de 56 por 100.

Estos cambios demográficos tienen una influencia muy importante en las condiciones de salud de los mexicanos y en la demanda de servicios. El incremento absoluto de la población constituye en sí mismo un reto para el sistema de salud, pero el cambio en la estructura por edades es todavía más trascendente. Los problemas de salud de la

población adulta madura (45 a 64 años) y sobre todo los de la población de adultos mayores (65 años y más) son más costosos y difíciles de atender.

### Condiciones de Salud

México inicia el siglo XXI enfrentando complejos desafíos. En menos de 30 años el país acumuló rezagos que deben corregirse al tiempo que se hace frente a los problemas emergentes. Las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los problemas materno-infantiles se ubican en uno de los extremos del espectro epidemiológico; en el otro están las enfermedades no transmisibles y las lesiones, accidentales e intencionales, problemas que, con diferente magnitud, predominan en todos los países desarrollados.

Los problemas del rezago se concentran en las comunidades rurales dispersas y en la periferia de las grandes ciudades. La causa fundamental de estos problemas es la pobreza y su solución definitiva depende de la posibilidad de incrementar el nivel de bienestar general de estas poblaciones. Sin embargo, existe información que demuestra que aún en condiciones de pobreza es posible reducir considerablemente el peso de estos padecimientos a través de intervenciones altamente efectivas y accesibles desde el punto de vista financiero.

Los problemas emergentes, por su parte, se deben en su mayoría a la creciente exposición a estilos de vida que dañan la salud. El sedentarismo, el consumo de tabaco y alcohol, la inseguridad pública y vial, la violencia doméstica y el deterioro de las redes familiares han crecido incesantemente a lo largo del último medio siglo en nuestro país. El control de los padecimientos asociados a estos riesgos depende de la implantación de estrategias anticipatorias y preventivas que incidan sobre los hábitos de vida.

La complejidad de la actual situación de salud va más allá de la yuxtaposición de problemas. Aunque los avances científicos de los últimos años han permitido elevar considerablemente los niveles promedio de salud en el país, la distribución de este avance entre regiones y grupos sociales sigue siendo muy desigual. Los pobres, en particular los pobres del campo, presentan un riesgo de morir en edades tempranas mucho mayor que el del resto de la población, y además de sufrir de las mismas enfermedades que otros grupos sociales, padecen problemas propios para los que ya existen soluciones probadas y de bajo costo. El abatimiento de esta brecha sanitaria es un asunto que no puede postergarse más.

**Cuadro I.** Indicadores Demográficos para las Áreas Rural y Urbana, México 1990-2000

	Rural			Urbano		
	1990	1995	2000	1990	1995	2000
Población (millones)	32.0	33.5	35.3	52.9	59.9	65.2
% crecimiento anual		0.8	1.25		2.2	2.0
Grupos de edad (%)						
0-14	43.2	39.9	38.6	35.1	32.5	31.3
15-64	52.3	55.2	55.7	60.9	63.4	64.1
65 y más	4.5	4.9	5.6	3.9	4.1	4.6
Índice de dependencia (%)	91	81	79	64	58	56

Fuente: Secretaría de Salud/DGIED. Estimación a partir de Proyecciones de la Población de México 2000-2050, CONAPO 2002 y el XII Censo de Población y Vivienda, INEGI 2000.

## **Mortalidad**

Uno de los avances recientes más importantes en el país es el descenso de la mortalidad en todos los grupos de edad. En los años 30 uno de cada cinco niños moría antes de cumplir un año de vida y la mitad de los hombres adultos moría antes de los 35 años. Hoy 97% de los recién nacidos alcanzan su primer aniversario y en promedio los hombres pueden llegar a vivir más allá de los 72 años. Por lo que se refiere a las mujeres, en 1930 la mitad de ellas moría antes de cumplir 38 años de edad. A principios del nuevo siglo, la mayoría puede aspirar a vivir más de 76 años.

Como en otras áreas, los avances en materia de salud en el medio rural han sido más lentos que en el medio urbano. En 2000, la esperanza de vida en los hombres del medio rural era de 66 años y en las mujeres de 71. El riesgo de morir de un menor de cinco años era 1.4 veces más alto que en el medio urbano, independientemente del sexo. Estas diferencias son similares a las observadas en el grupo de mujeres en edad productiva.

Las principales causas de muerte también se han modificado en el medio rural. Las enfermedades transmisibles y los padecimientos ligados a la reproducción, que ocupaban los primeros sitios dentro las principales causas de mortalidad, han sido desplazados por las enfermedades no transmisibles y las lesiones (Cuadro II). Entre 1990 y 2001 el porcentaje de defunciones debido a infecciones intestinales disminuyó cuatro veces (de 8 a 2%), mientras que las muertes por enfermedades isquémicas del corazón aumentaron su participación de 5 a 9%.

También se observa que en 1990 una de cada tres muertes en el medio rural se debía a enfermedades propias del rezago epidemiológico, mientras que en la actualidad estas causas producen sólo una de cada seis defunciones. En contraste, los decesos relacionados con los padecimientos no transmisibles aumentaron de 51 a 68%, dejando a las lesiones con una contribución de alrededor de 12%.

Es importante destacar que el riesgo de morir en el medio rural por algunas causas es mucho mayor que en el medio urbano. Como era de esperarse, el riesgo de morir por las enfermedades propias del rezago es más alto en el medio rural que en el medio urbano. El riesgo de morir por diarrea, por ejemplo, es tres veces más alto en el campo que en el medio urbano. Asimismo, el riesgo de morir por una infección respiratoria es 1.7 veces mayor. El riesgo de morir por una causa materna es 2.8 veces mayor en el medio rural que en las ciudades.

Sin embargo, hay otros padecimientos que no son propios del rezago que también generan mayores daños a la salud en el medio rural que en el urbano. El riesgo de morir por cirrosis y otras enfermedades del hígado es 64% más alto en el campo. El riesgo de morir por enfermedades cerebro-vasculares, homicidios y accidentes de tránsito es 30, 54 y 44% mayor que en las ciudades. El riesgo de morir por uso de alcohol es tres veces mayor.

Otra forma de poner en perspectiva el problema del rezago es contabilizando las muertes en exceso que se presentan en el medio rural en relación con las que se presentarían si ahí existieran las mismas condiciones del medio urbano. En 2001 se produjeron alrededor de 21 mil muertes en exceso en el campo mexicano, que equivalen a 24% del total de las defunciones que suceden antes de los 60 años. Los grupos de edad que más contribuyen a estos desequilibrios fueron los menores de cinco años y las mujeres en edad fértil.

## **Distribución de las condiciones de salud**

Los niveles promedio de salud, aunque son muy importantes, no bastan para medir el desempeño de un sistema. Para tener una idea más clara de los resultados que se están obteniendo, es necesario analizar también la distribución de las condiciones de salud. Esto implica medir el grado de desigualdad.

En este sentido, el panorama de México todavía deja mucho que desear. De hecho, uno de los rasgos distintivos de nuestro perfil de salud es su desigualdad. Los daños a la



**Cuadro II.** Principales Causas de Defunción, México 1990 y 2001

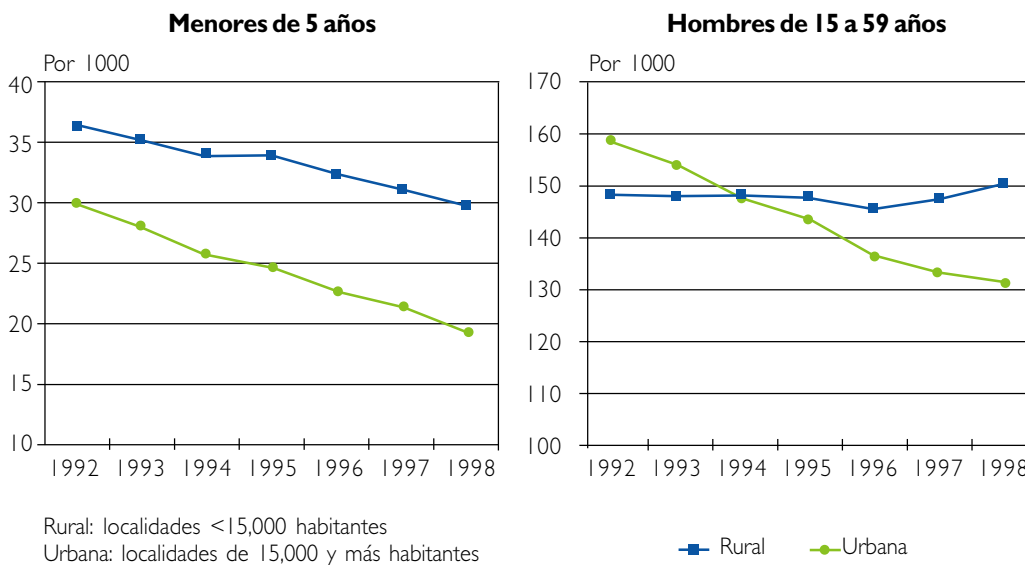
Causa	Localidades rurales						Localidades urbanas					
	2001			1990			2001			1990		
	Orden	Def.	%	Orden	Def.	%	Orden	Def.	%	Orden	Def.	%
Diabetes mellitus	1	14976	9	6	7936	4	1	34829	13	2	17711	8
Enfermedades isquémicas del corazón	2	14581	9	3	10011	5	2	30626	11	1	19392	9
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	3	11004	7	5	7994	4	4	14335	5	5	9591	4
Enfermedad cerebrovascular	4	9859	6	4	8591	4	3	15729	6	3	11076	5
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	5	6196	4	10	5423	3	5	9694	4	7	6960	3
Infecciones respiratorias agudas bajas	6	5672	3	2	13636	7	6	7272	3	4	10108	5
Desnutrición calórico protéica	7	4682	3	8	7331	4	13	3873	1	12	4309	2
Asfixia y trauma al nacimiento	8	4225	3	9	5984	3	7	6781	3	6	8587	4
Agresiones (homicidios)	9	4091	2	7	7403	4	10	5695	2	9	6382	3
Nefritis y nefrosis	10	3992	2	14	3477	2	8	6457	2	10	4752	2
Enfermedades hipertensivas	11	3847	2	*	2858	1	*	*	*	*	*	*
Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	12	3293	2	12	3660	2	11	4888	2	11	4585	2
Enfermedades infecciosas intestinales	13	2862	2	1	15403	8	*	*	*	8	6674	3
Consumo de alcohol	14	2537	2	*	2473	1	*	*	*	*	*	*
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	15	2087	1	*	1761	1	12	4308	2	14	3245	1

Fuente: Base de datos de defunciones 1999, 2001, INEGI/Secretaría de Salud  
 \*No figura entre las principales causas de muerte

salud de las regiones y grupos de mayores ingresos del país presentan un patrón similar al de algunos países europeos, mientras que en las regiones y grupos sociales empobrecidos este patrón es semejante al de los países menos desarrollados.

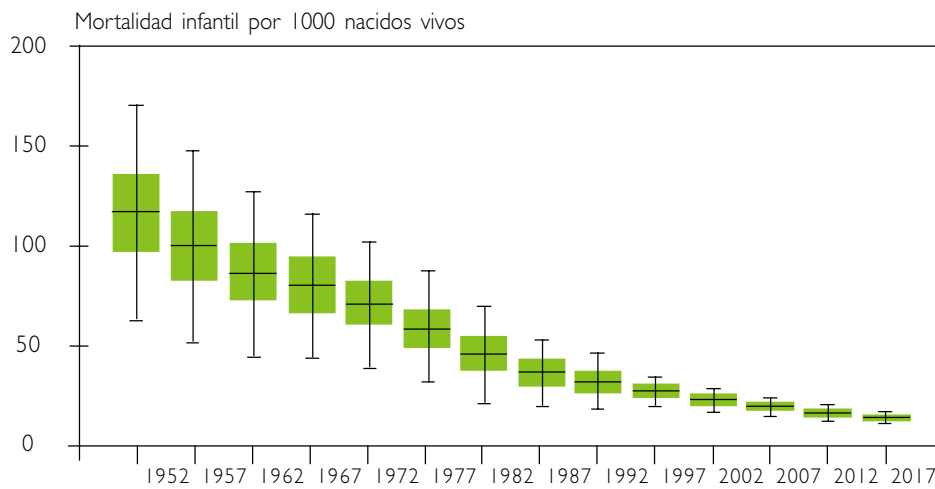
La mortalidad en menores de 5 años sigue siendo un indicador muy sensible a las desigualdades sociales. Así, mientras que en el Distrito Federal o el área urbana del Estado de México el riesgo de morir de los menores de 5 años es similar al de Chile o Costa Rica, en las zonas rurales de Oaxaca y Chiapas este riesgo es parecido al de Perú,

**Figura 1.** Probabilidad de morir en niños y adultos en México, 1992-1998



Fuente: Secretaría de Salud, 2000

**Figura 2.** Tendencia de la mortalidad infantil en los estados extremos de México



Fuente: CONAPO, 1999

Guatemala o Nicaragua. El caso extremo lo presentan los niños del área rural de Guerrero, que presentan un riesgo de morir parecido al de Egipto, Sudáfrica o Bolivia.

En los últimos diez años estas diferencias, además, se han acentuado. La tendencia descendente de la mortalidad en menores de 5 años disminuyó en las zonas rurales, lo que provocó que el riesgo de morir de este grupo de edad en estas áreas, que en 1992 era 20% más alto que en las zonas urbanas, se incrementara en términos relativos a 55% en 1998.

La mortalidad en menores de un año en México también tiene una distribución muy desigual. En Guerrero la tasa ajustada de mortalidad infantil en 1998 fue de 52 por 1,000 nacidos vivos esperados, mientras que en Nuevo León fue de 14. Aún así, entre los menores de un año la tasa de mortalidad ha descendido constantemente en el país, así como la brecha entre los estados extremos. Las proyecciones del CONAPO indican que esta tendencia a disminuir de la diferencia entre los extremos continuará (Figura 2).

Las desigualdades en salud también están presentes entre la población adulta. Mientras que en las áreas urbanas de Nuevo León, Baja California Sur y Quintana Roo la probabilidad de morir entre los 15 y los 59 años es parecida a la de varios países europeos o Estados Unidos, en las áreas rurales de Guerrero, Puebla y Oaxaca es similar a la de El Salvador, Nicaragua, Honduras o Indonesia. Estas diferencias, además, se están ahondando. Entre 1992 y 1998 la mortalidad en adultos varones del medio rural no experimentó ningún cambio, mientras que en las zonas urbanas disminuyó 17%. En las mujeres este fenómeno es todavía más dramático pues en el mismo período la mortalidad aumentó 5% en el medio rural y disminuyó 12% en el medio urbano.

### **Importancia del rezago epidemiológico**

Las enfermedades que son evitables con intervenciones de bajo costo son las que dan origen al llamado rezago epidemiológico. Destacan dentro de ellas, como ya se se-

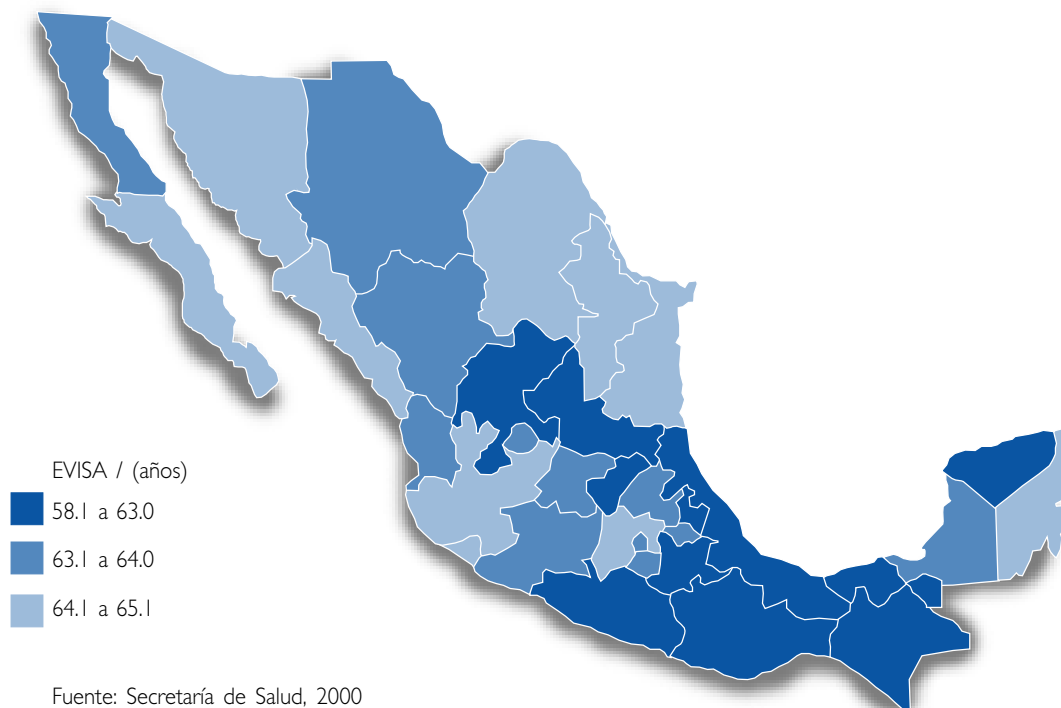
ñaló, los padecimientos relacionados con la desnutrición, las infecciones comunes y algunos padecimientos asociados con la actividad reproductiva.

La desnutrición proteico-calórica constituye una huella distintiva e irreversible de la pobreza. La Encuesta Nacional de Nutrición realizada en 1999 mostró que 18% de los niños mexicanos menores de 5 años (alrededor de 1.5 millones de niños) presentan una talla para la edad menor a la ideal. Según esta misma fuente, el retraso en el crecimiento de las niñas y los niños en las zonas rurales es casi tres veces más frecuente que en las zonas urbanas y cuatro veces mayor en las zonas pobres del sur del país que en las zonas no pobres de los estados del norte de la República. Se estima que los niños desnutridos pierden entre 12 y 15% de su potencial intelectual, corren un riesgo de contraer enfermedades infecciosas 8 a 12 veces mayor que un niño sano y son más propensos a padecer enfermedades crónico-degenerativas.

En México, la anemia constituye también un grave problema carencial. En 1999 su prevalencia fue de 27% en menores de 5 años (60% superior a la prevalencia de los países desarrollados), 20% en mujeres no embarazadas y 26% en mujeres embarazadas.

Por lo que toca a las infecciones comunes, podemos señalar que los padecimientos transmisibles que más contribuyen a la carga de enfermedad en México son, en orden de importancia, las infecciones respiratorias, las diarreas, la tuberculosis y las enfermedades de transmisión sexual. A escala nacional estas enfermedades son responsables de la pérdida de uno de cada seis años de vida saludable (AVISA). En el medio rural su contribución se incrementa a más del 20% de los AVISA perdidos (Figura 3).

La diarreas y las infecciones respiratorias todavía representan una carga significativa para la población mexicana. El rezago a este respecto en las zonas rurales es considerable. El riesgo de morir por diarrea en el área rural para la población general es tres veces mayor que en las zonas urbanas.

**Figura 3.** Distribución regional del rezago en salud en México, 2000

La mortalidad materna, por su parte, representa un problema frecuente de salud relacionado con la cobertura y la calidad de los servicios de salud. En la última década este indicador mostró una tendencia relativamente estable. Esta mortalidad, sin embargo, tiende a concentrarse en la región centro y sur del país. De hecho, alrededor de 70% de las muertes maternas registradas en 2001 ocurrieron en 10 entidades ubicadas en estas dos regiones y, como en otros casos, los municipios indígenas presentaron una situación particularmente grave. En Guerrero, los municipios con 40% y más de población indígena presentaron una tasa de mortalidad materna de 28.3 por 10,000 nacidos vivos, cifra muy superior al valor nacional. La mortalidad materna en el medio rural es 2.8 veces más alta que en el medio urbano, con un perfil más asociado a hemorragias e infecciones que a toxemias o abortos.

Cabe señalar que las cifras de mortalidad materna podrían estar subestimadas, ya que en el momento actual sólo seis de cada 10 partos se atienden en las instituciones del sec-

tor público y más del 20% se atienden en los hogares, con frecuencia por personal no calificado. En los municipios indígenas de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, por ejemplo, sólo 9, 17 y 7% de los nacimientos, respectivamente, se atienden en unidades del sector:

### **Problemas emergentes**

En el año 2001 cinco tipos de enfermedades (enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes, cirrosis y enfermedades cerebro-vasculares) concentraron más de la mitad de las muertes ocurridas en el país. En el medio rural estas mismas enfermedades concentraron el 48% de las defunciones. Estos padecimientos, que se califican de emergentes, lo son porque incrementan a tal grado su magnitud relativa que logran desplazar a los que antes ocupaban los primeros sitios en la lista de causas de muerte. Este desplazamiento puede ser directo. Este es el caso de las epidemias nuevas (SIDA) y los problemas en ascenso (diabetes mellitus). Pero también puede ser indirecto, como

sucede con algunos tumores malignos y ciertas enfermedades cardiovasculares, que mantuvieron tasas estables al tiempo que los problemas transmisibles perdían importancia.

En 2001 las enfermedades del corazón fueron la primera causa de mortalidad general, al concentrar 16% del total de muertes. La cardiopatía isquémica es responsable de 65% de los decesos ocurridos en este grupo (Figura 4).

La mortalidad por tumores malignos también va en ascenso. En el medio rural representan 11% del total de las defunciones. Cabe destacar, en particular, el incremento de ciertos tumores malignos en las mujeres. Los cánceres cérvico-uterino y de mama fueron responsables del 26% del total de defunciones por neoplasias malignas en esta población.

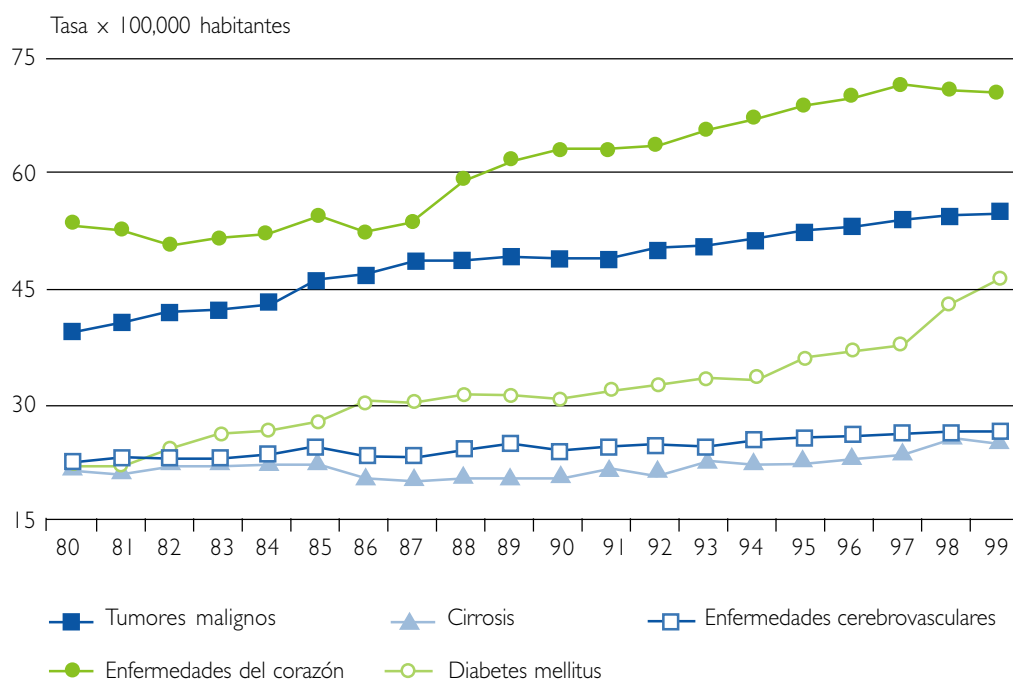
Según datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000, alrededor de 7.8% de la población rural mayor de 20 años padece diabetes mellitus, cifra similar a la encontrada en el

medio urbano. La prevalencia de hipertensión arterial en el medio rural es más baja que en las áreas urbanas, pero no es despreciable: alrededor de 17% de la población de 20 a 69 años de edad presenta esta patología.

La cirrosis hepática y otras enfermedades crónicas del hígado presentan una tasa ascendente en el país en su conjunto, pero en el medio rural esta tendencia es mucho más pronunciada. Si bien en el medio urbano se registran más muertes que en el medio rural, el riesgo de morir siempre ha sido más alto en las áreas rurales. En 1990 el riesgo era 1.4 veces más alto. En la actualidad es 1.6 veces mayor.

En 2001 en el medio rural el SIDA ocupaba el lugar 20 como causa de muerte, con una tasa de 3.0 por 100,000 habitantes. Como en el resto del país, la población más afectada eran los jóvenes de ambos sexos de 25 a 34 años de edad. El riesgo de morir en el área rural por esta causa es menor que en el medio urbano.

**Figura 4.** Evolución de las principales enfermedades no transmisibles en México, 1980-1999



Fuente: Secretaría de Salud

## Riesgos para la salud

### Tabaquismo

A pesar de que se conocen los efectos nocivos del tabaco, su uso en México es generalizado y existen muy pocos obstáculos para su consumo. De hecho, en los últimos años ha aumentado la producción de tabaco en el país sin que se haya presentado un aumento paralelo en su exportación. Esto permite suponer que el consumo interno se ha incrementado. Las cifras publicadas por el Banco Mundial, sin embargo, registran una tendencia decreciente en el tabaquismo durante la última parte del siglo. Según esta fuente, el consumo de tabaco en México descendió de 1.4 kg por adulto en 1975 a 1.0 kg en 1990. De acuerdo con información oficial, este consumo podría haber disminuido hasta 0.7 kg per cápita en 2000.

De acuerdo con los datos publicados en 1998 por la Encuesta Nacional de Adicciones, 28% de los habitantes del país de entre 12 y 65 años de edad son fumadores (43% de los varones y 16% de las mujeres). En otras palabras, 8.8 millones de los hombres mexicanos y 4.4 millones de

las mujeres fuman. Además, 1.1 millones de adolescentes (11.6% de la población de 12 a 17 años) son fumadores activos y de ellos más de la mitad inició el consumo de tabaco antes de los 14 años de edad. Entre la población de 18 a 65 años, la prevalencia total es de 32%, lo que equivale a 12 millones de fumadores adultos.

### Alcoholismo

Hasta ahora han sido pocos los estudios epidemiológicos que han documentado la magnitud y el impacto de esta patología en las comunidades rurales. Sin embargo, se han identificado patrones de consumo excesivo y altas tasas de cirrosis hepática relacionadas con el alcohol. La Encuesta Nacional de Adicciones levantada por el INEGI en 2002 incluye por vez primera información de áreas rurales. Los datos preliminares nos hablan de un alto consumo de alcohol entre los varones del área rural (Cuadros III y IV).

Si se analizan los cambios recientes en el perfil de mortalidad en el área rural se puede constatar la importancia del abuso en el consumo de alcohol. Baste recordar que la cirrosis hepática, las lesiones accidentales e intencionales, y

**Cuadro III.** Población de 12 a 65 años que ha Consumido Bebidas Alcohólicas en el Último Año, México 2002

Variables	Áreas Urbanas	Áreas Rurales
Hombres	64.6%	50.2%
Mujeres	38.9%	16.3%
Grupo de edad de mayor consumo	20 a 39 años	20 a 39 años

Fuente: INEGI, 2002

**Cuadro IV.** Población de 12 a 65 años que Consume Cinco Copas o más por Ocasión, México 2002

Variables	Áreas Urbanas	Áreas Rurales
Hombres	49%	59%
Mujeres	10%	12%
Grupo de edad de mayor consumo	20 a 39 años	20 a 39 años

Fuente: INEGI, 2002

el uso del alcohol se encuentran entre las principales causas de muerte en el campo en 2001. La relación entre cirrosis y consumo de alcohol es directa, mientras que la relación entre lesiones y alcohol es indirecta, pues éste funciona como mediador en los homicidios, suicidios y accidentes de vehículo de motor. Se sabe también que el abuso en el consumo de alcohol participa, aunque en menor grado, en las muertes por cáncer de boca, esófago, estómago, hígado y pulmón, y en lesiones accidentales como caídas, envenenamientos, quemaduras y ahogamiento. También son considerables las muertes por psicosis alcohólica. El abuso en el consumo de alcohol en México es responsable de la pérdida de más de un millón de AVISA, es decir, 9.3% del total (14% en varones y 2.4% en mujeres). En términos relativos, la diferencia entre los medios rural y urbano es mínima; sin embargo, en términos absolutos la pérdida es mayor por 80 mil AVISA en el medio rural.

Las enfermedades asociadas con el consumo de alcohol que más pérdida de AVISA provocan son las lesiones por accidente de vehículo de motor (15%), la cirrosis hepática (39%), los homicidios (10%) y la dependencia alcohólica (18%). El 15% restante se distribuye entre otras 20 enfermedades. Si se considera al abuso en el consumo de alcohol como el principal componente de riesgo en algunos de los más importantes problemas de salud pública (lesiones, violencia, cirrosis, depresión, algunos cánceres, etc.), puede concluirse que es el factor que más contribuye a la pérdida de AVISA a escala nacional.

### Obesidad

La presencia de un índice de masa corporal (IMC) mayor al esperado sugiere sobrepeso u obesidad, condiciones que indican la presencia de un volumen de grasa corporal excesiva. Entre las mujeres, un IMC de entre 25 y 29.9 indica sobrepeso, y uno mayor de 30 indica obesidad. El sobrepeso y la obesidad se asocian con un riesgo más alto de padecer varias enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Todas ellas tienen importantes repercusiones en salud pública ya que afectan a un número cada vez mayor de adultos y conducen a muertes prematuras.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición 1999, alrededor de 30.6% de las mujeres en edad reproductiva presentan sobrepeso y 21.2% obesidad. En el medio rural la prevalencia es menor que en el medio urbano, pero las cifras no son de ninguna manera despreciables: 27.8% de las mujeres sufren de sobrepeso y 16.8% de obesidad.

### Vías públicas y seguridad personal

Las lesiones se han convertido en un problema de salud pública muy serio. En el momento actual constituyen la tercera causa de ingreso a clínicas y hospitales, después de la atención del parto y las afecciones obstétricas. Su magnitud ocasiona la presencia de 6,000 pacientes diarios en los servicios de urgencia, de los cuales 600 terminan hospitalizados y 170 fallecen. Las principales causas de internamiento son las fracturas, los traumatismos cráneo-encefálicos y las heridas en tejidos blandos. Hasta donde se sabe, la mayor parte de estas lesiones proviene de accidentes de vehículo de motor (22%), caídas (36%) y agresiones a terceros (15%).

En el medio rural, las lesiones son la principal causa de muerte entre los varones de 5 a 45 años, siendo la edad promedio de muerte por lesión accidental de 30 años y de 33 en el caso de los homicidios. Los lugares en donde con mayor frecuencia se producen estas lesiones son la vía pública, el trabajo, el hogar y, en menor proporción, la escuela o los centros de recreación.

El riesgo de morir por una lesión accidental en el medio rural es más alta que en el medio urbano. La mortalidad por ahogamientos, por ejemplo, es 2.6 veces más alta, por quemaduras ocasionadas por fuego 45% mayor y por accidente de vehículo de motor también 45% mayor. Un habitante del campo mexicano corre un riesgo 1.5 veces más alto de morir por un homicidio que un habitante del medio urbano.

### Otros riesgos

A los riesgos relacionados con los nuevos estilos de vida habría que agregar los riesgos laborales, en particular la

exposición a plaguicidas y herbicidas, y los riesgos relacionados con formas de vida tradicionales, como la exposición intramuros al humo de leña y carbón, y el uso de enseres domésticos con un alto contenido de plomo.

Los trabajadores agrícolas con frecuencia se exponen a plaguicidas y herbicidas que pueden generar importantes daños a la salud. La magnitud de este problema, sin embargo, no está documentada.

La contaminación del aire de las viviendas rurales por la combustión de leña o carbón para cocinar también constituye un problema de salud que afecta sobre todo a las mujeres y a los menores de 5 años. Se estima que en el 2000, 3.7 millones de viviendas utilizaban estos combustibles. En Oaxaca y Chiapas, entre 50 y 60% de los hogares hacen uso del carbón y la leña para cocinar.

Otro gran problema del ambiente rural es el plomo, que produce diversos daños neurológicos. La Encuesta Nacional de Salud 2000 indica que cerca de 30% de la población general guarda y cocina alimentos en recipientes de barro vidriado, que tienen un alto contenido de plomo. Este porcentaje seguramente es mayor en el medio rural.

## Recursos y Servicios

El sistema de salud de México tiene 60 años de existencia. En 1943 se crean la Secretaría de Salubridad y Asistencia -hoy Secretaría de Salud- y el IMSS. La creación de esta última institución buscaba responder a las demandas del desarrollo industrial a través del cuidado prioritario de la población trabajadora. La Secretaría de Salud, por su parte, se responsabilizó de la salud de los grupos campesinos. Desde sus orígenes, el sistema de salud quedó marcado por la escisión entre derechohabientes y población no asegurada, ubicada ésta principalmente en el área rural dispersa del país.

Hacia finales de los años setenta, con el énfasis en la atención primaria, surgen los esfuerzos de ampliación de cobertura. En 1979 se crea el Programa IMSS-COPLAMAR

(hoy IMSS-Oportunidades) dirigido a la población pobre del campo. Al poco tiempo se implanta un programa paralelo en la Secretaría de Salud para las zonas urbanas (Programa de Atención a la Salud para Población Marginada en Grandes Urbes).

En el área rural los servicios de salud se concentran en dos instituciones: a) la Secretaría de Salud, a través de las unidades médicas denominadas "centros de salud rural", los hospitales integrales, y las unidades y las brigadas móviles, y b) el Programa IMSS-Oportunidades.

La infraestructura para la salud del área rural está conformada por 11,236 clínicas, que representan el 68% del total de las clínicas de las instituciones públicas. Estas clínicas rurales están apoyadas por 1,901 unidades móviles. En ellas se cuenta con poco más de 14 mil consultorios, 41% de los disponibles en todo el primer nivel de atención de las instituciones públicas. En total se cuenta con 5,516 salas de expulsión, 181 laboratorios de análisis clínicos y 138 gabinetes de rayos X. A esto habría que agregar 112 hospitales y 2,743 camas censables.

Por lo que toca a los recursos humanos, se cuenta con un total de 52,099 trabajadores de la salud, de las cuales 19,789 son médicos y 19,999 enfermeras. Se dispone además de 1,762 odontólogos. Los médicos especialistas se concentran en las 112 unidades hospitalarias del Programa IMSS-Oportunidades; 927 en total.

Gran parte de las actividades médicas las desempeñan pasantes en servicio social. De los médicos en contacto con el paciente en la Secretaría de Salud, 10,024 son pasantes (52.6%). En los centros de salud rural de la Secretaría de Salud, 21.5% del personal de enfermería está realizando su servicio social. Entre los odontólogos, 46% son pasantes. En la Secretaría de Salud se cuenta además con 2,170 técnicos en atención primaria a la salud y 1,815 promotores de salud, que en conjunto representan al 12% del personal disponible. IMSS-Oportunidades cuenta con el apoyo voluntario de 150 mil promotores rurales, seis mil parteras y casi tres mil terapeutas tradicionales.



Para conocer la cobertura de atención podemos calcular índices de dotación de recursos por 10,000 habitantes. Como puede observarse en el cuadro V, la dotación de recursos tiende a ser mayor en el medio urbano, sobre todo en lo que se refiere a los recursos humanos y recursos diagnósticos.

Con estos recursos el Sistema Nacional de Salud en el área rural (sin incluir los hospitales) otorga alrededor de 54 millones de consultas de medicina general y dos millones de consultas odontológicas. Además se realizan poco menos de 4.5 millones de análisis clínicos y 347 mil estudios de rayos X.

La relación entre los servicios otorgados y la población que los recibe muestra diferencias importantes entre el ámbito urbano y rural (Cuadro VI). En el medio urbano se otorgan 1.3 consultas generales por cada consulta en el área rural. En el caso de las consultas odontológicas esta relación es de 2.6 a 1. Para los estudios de laboratorio y radiología, la relación es de 21.8 y 27.6, respectivamente.

Asimismo se puede afirmar que los médicos disponen de un apoyo marginal para la elaboración de sus diagnósticos. Esto se puede medir a través de la relación consultas/análisis clínicos. Para las unidades médicas ubicadas en el área rural se tiene un estudio por cada 13 consultas externas.

**Cuadro V.** Recursos Físicos y Humanos en el Medio Urbano y Rural\*, México, 2001

	<b>Total</b>	<b>Rural</b>	<b>Urbano</b>
Unidades médicas	1.90	3.70	0.93
Consultorios	5.07	3.14	5.53
Camas censables	7.67	0.77	11.40
Camas no censables	5.92	7.79	4.91
Salas de expulsión	0.69	1.54	0.24
Gabinetes de rayos X	0.21	0.04	0.30
Laboratorios clínicos	0.18	0.05	0.25
Recursos humanos	57.90	14.56	81.37
Personal médico	14.02	5.53	18.62
Médicos en contacto con el paciente	11.95	5.33	15.53
Médicos generales	3.64	1.73	4.68
Pasantes de medicina	1.67	2.80	1.05
Odontólogos	0.88	0.49	1.09
Personal de enfermería	18.86	5.59	26.05

\*/ Por 1,000 habitantes (se incluyen instituciones públicas y privadas)  
Fuente: Secretaría de Salud, DGIED

**Cuadro VI.** Principales Servicios Otorgados en el Medio Urbano y Rural\*, México 2001

<b>Indicador</b>	<b>Total</b>	<b>Rural</b>	<b>Urbano</b>
Consulta externa	2413	1614	2846
Consulta externa general	1691	1521	1782
Consulta externa odontológica	120	59	154
Análisis clínicos	1823	126	2743
Estudios rayos X	177	10	267
Lesiones atendidas	32	8	45

\* Por 1,000 habitantes (se refiere a instituciones públicas)  
Fuente: Secretaría de Salud, DGIED

Para las instituciones públicas en su conjunto este indicador es de uno por 1.3.

Un indicador muy ilustrativo de las brechas en la oferta de servicios entre las áreas urbanas y las áreas rurales es la atención de nacimientos. De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000, el porcentaje de partos atendidos en unidad médica para la población del área rural, es ligeramente superior al 76%. En contraste, en los 247 municipios menos marginados la cobertura del parto de las unidades médicas alcanza 95% en el área urbana.

Otro dato muy indicativo del descuido de la población rural es el que se refiere a la atención de las jornaleras agrícolas. Según una encuesta reciente, el 47% de las jornaleras agrícolas embarazadas carecen de control prenatal. Estas jornaleras, provienen en su gran mayoría de Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Puebla y Veracruz.

## Calidad

Otro de los grandes retos de la salud en el campo mexicano es el de la calidad. Para mejorar las condiciones de salud de la población, los sistemas de salud deben ofrecer servicios de una calidad técnica aceptable. Pero además deben esforzarse por responder de manera adecuada a las expectativas de los pacientes. El sistema mexicano de salud enfrenta problemas a este respecto en el campo tanto en el componente técnico de la atención como en lo que se refiere al trato que reciben los usuarios.

Los resultados de diversos estudios realizados en los centros de salud rurales nos indican que en estas unidades hay serios problemas de abastecimiento de medicamentos, insuficiencia de equipo, un uso muy deficiente de los expedientes clínicos y problemas de apego a la normatividad de los programas prioritarios. El nivel de satisfacción de los prestadores con su entorno laboral es muy bajo y el trato que reciben los pacientes deja mucho que desear. Este rubro, por cierto, está adquiriendo una importancia creciente, como lo demuestran los resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2003 (ENED) que indican que para los usuarios el trato adecuado, como

objetivo de los sistemas de atención a la salud, es tan importante como el mejorar las condiciones de salud de la población.

Según esta misma encuesta, los servicios de salud rural presentan problemas en particular en los tiempos de espera, en la posibilidad de participar en las decisiones relacionadas con el tratamiento y en el rubro de información proporcionada a los usuarios. En el primer caso las personas entrevistadas le otorgaron una calificación promedio de 53 de un máximo de 100 a los tiempos de espera. Al rubro de participación en la toma de decisiones le asignaron una calificación de 45. Finalmente, el rubro de información proporcionada a los usuarios obtuvo una calificación de 44. Sorprende que la población encuestada en el medio rural le otorgó una calificación de 88 a las condiciones de las instalaciones de las unidades de atención.

Un dato adicional que nos habla de las barreras que encuentran los usuarios de los servicios rurales de salud es el hecho de que 10% de las personas que han buscado atención han requerido más de 90 minutos para llegar al centro de atención.

El caso más extremo de "maltrato" es la falta de atención. Los datos preliminares de la ENED muestran que el porcentaje de individuos que requirieron atención médica en el área rural y que no la recibieron fue de 4.4%, cifra 70% superior a la observada en el medio urbano (Figura 4).

Todavía más llamativo es el hecho de que, entre quienes no recibieron atención médica, la falta de dinero fue la causa reportada en más de 20% de los casos contra sólo 6% en las zonas urbanas (Figura 5).

## Protección Financiera

Toda familia, pobre o rica, puede enfrentar en cualquier momento la enfermedad de alguno de sus miembros. Si la familia afectada se ve obligada a pagar de su bolsillo el costo de los servicios médicos al momento de utilizarlo, su capacidad para cubrir otras necesidades básicas -alimentación, educación o vivienda- puede verse súbitamente mer-

mada y el patrimonio familiar ponerse en riesgo. Las familias de ingresos relativamente altos pueden verse obligadas a vender sus bienes o hacer uso de sus ahorros. Las familias pobres pueden llegar hasta perder el patrimonio de toda una vida. Lo más lamentable es que estas situaciones se presentan generalmente en casos de enfermedades que podrían atenderse con intervenciones a las que es fácil acceder cuando se cuenta con un seguro de salud, especialmente cuando éste se financia con fondos públicos.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 2000, 36% de los hogares mexicanos están ubicados en áreas rurales. De éstos, 80% no cuentan con ningún esquema de aseguramiento, social o voluntario (Figura 6). Esta cifra es equivalente a 6.8 millones de hogares, de los cuales aproximadamente 70% se ubican en los quintiles más pobres (I y II). Esto significa que en nuestro país hay un poco más de cuatro millones de hogares rurales en condiciones de vulnerabilidad extrema,

es decir, en riesgo de incurrir en gastos catastróficos\* por motivos de salud. Esto se debe a que para satisfacer sus necesidades de salud, estos hogares se ven obligados a utilizar recursos de sus bolsillos que en circunstancias normales estarían dedicados a satisfacer sus necesidades básicas.

No es de sorprender, por lo tanto, que el porcentaje de gastos catastróficos por motivos de salud en los hogares rurales en el año 2000 haya superado el 7%, en contraste con 3% de los hogares urbanos (Figura 7).

El aseguramiento protege contra los gastos catastróficos porque tiende a reducir el gasto directo de bolsillo. En 2000, los hogares rurales no asegurados presentaron un gasto médico trimestral promedio de poco más de 830 pesos, contra 720 pesos de los hogares asegurados. Ese mismo año, 7.6% de los hogares rurales no asegurados de México incurrieron en gastos catastróficos, en contraste con sólo 4.2% de los hogares rurales asegurados (Figura 8).

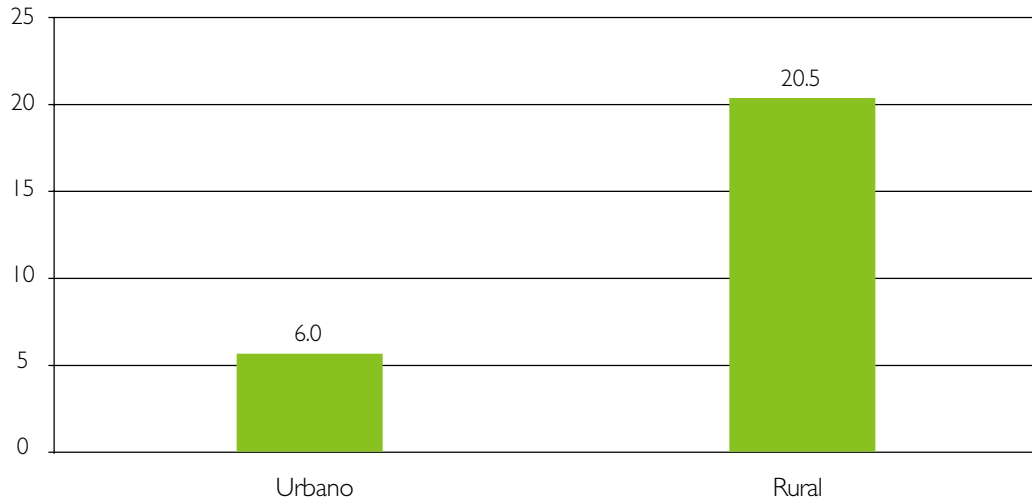
**Figura 4.** Porcentaje de individuos entrevistados que necesitaron asistencia médica y no la obtuvieron, ENED 2003



Fuente: Secretaría de Salud

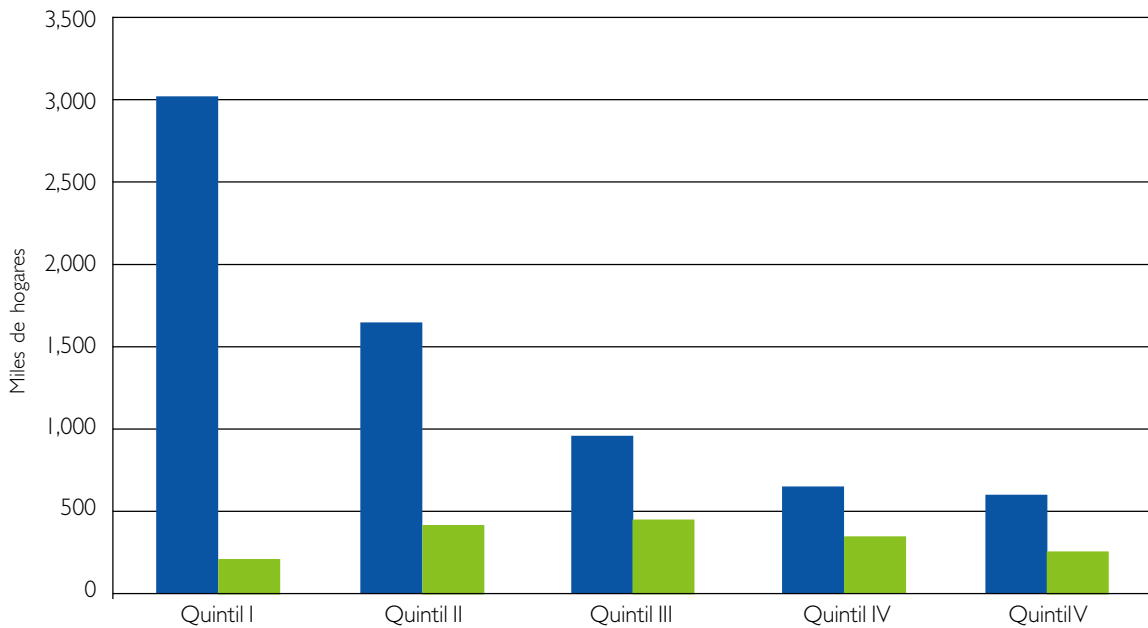
\* Un hogar con gastos catastróficos se define como aquél que destina más del 30% de su capacidad de pago al gasto en salud.

**Figura 5.** Porcentaje de individuos entrevistados que no recibieron atención médica cuando la requerían a causa de no poder pagar el importe de la visita, ENED 2003



Fuente: Secretaría de Salud

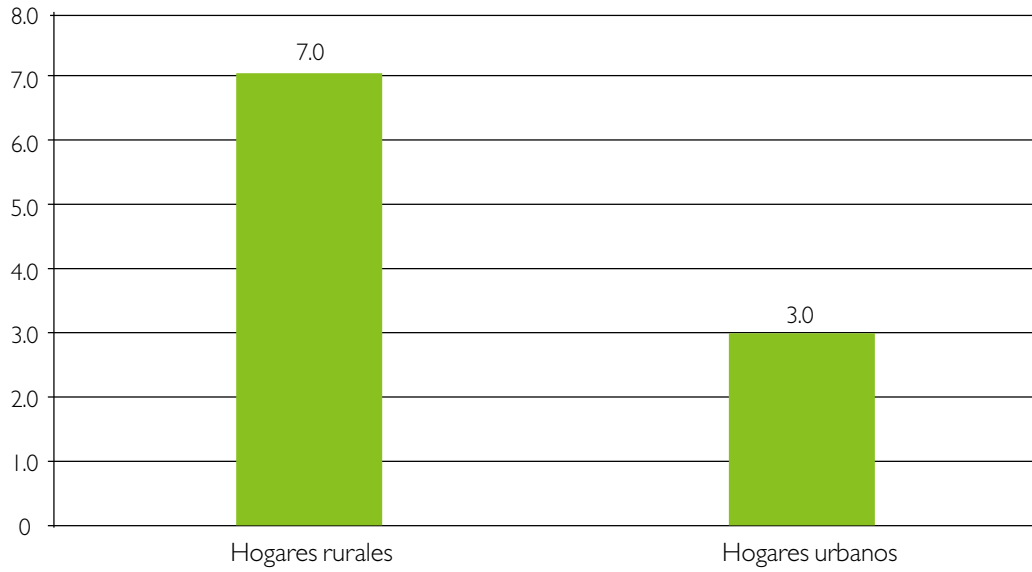
**Figura 6.** Hogares rurales por condición de aseguramiento, México 2000



Quintiles de gasto per cápita  
 ■ No asegurados ■ Asegurados

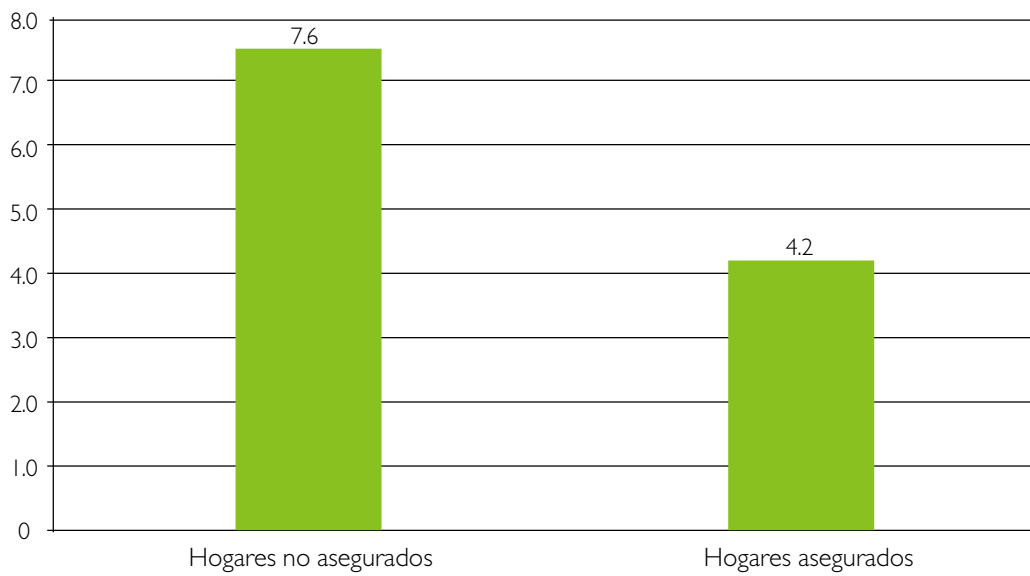
Fuente: Secretaría de Salud

**Figura 7.** Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud, México 2000

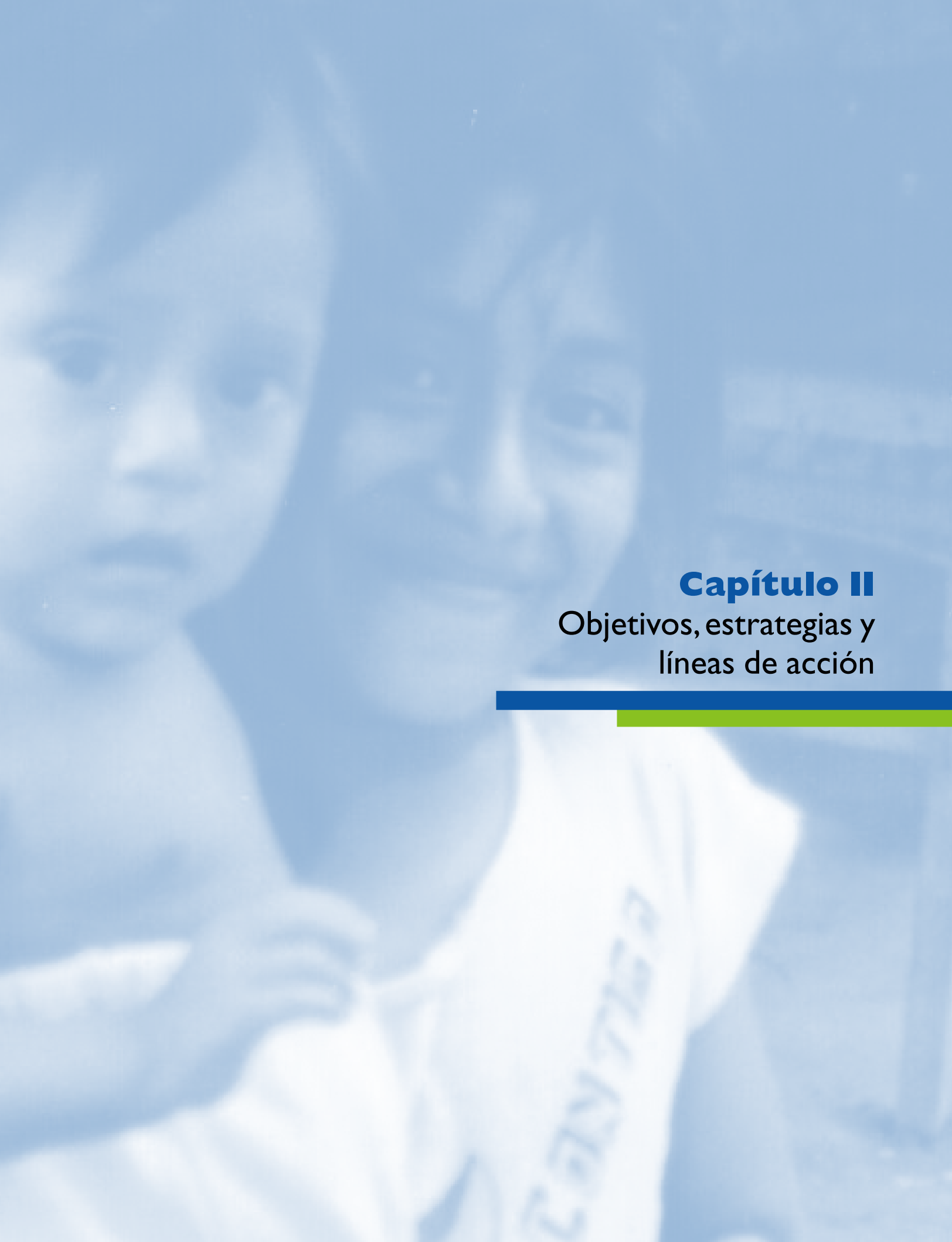


Fuente: Secretaría de Salud

**Figura 8.** Porcentaje de hogares rurales con gastos catastróficos por motivos de salud por condición de aseguramiento. México 2000



Fuente: Secretaría de Salud



**Capítulo II**  
Objetivos, estrategias y  
líneas de acción

---



## Objetivos

En concordancia con los objetivos del *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, el **Programa Emergente de Salud para el Campo 2003-2006** se plantea como objetivos los siguientes:

1. Mejorar las condiciones de salud de la población rural
2. Abatir las desigualdades en salud que afectan a esta población
3. Garantizar un trato adecuado a los usuarios de las unidades rurales de salud
4. Brindar protección financiera en materia de salud a la población rural
5. Fortalecer la oferta pública de servicios de salud en el campo

## Estrategias y líneas de acción

Estos objetivos habrán de concretarse mediante la implementación de cinco estrategias sustantivas y tres instrumentales. Las primeras cinco estrategias están directamente relacionadas con los primeros cuatro objetivos de este programa; las tres finales se relacionan con el fortalecimiento de la oferta de servicios públicos de salud en el campo. Las ocho estrategias son las siguientes:

1. Vincular la salud de la población rural con el desarrollo económico y social del campo
2. Reducir los rezagos en salud

3. Enfrentar los problemas emergentes que afectan a la población rural
4. Reforzar las acciones de la Cruzada Nacional por la Calidad en las unidades rurales
5. Brindar protección financiera en materia de salud a la población rural
6. Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud en el campo
7. Fortalecer la inversión en recursos humanos e infraestructura en salud en el campo
8. Fortalecer la información y las acciones de vigilancia epidemiológica

**ESTRATEGIA I.** Vincular la salud de la población rural con el desarrollo económico y social del campo

Una de las premisas de este programa es que existe una estrecha relación entre salud y desarrollo económico y social en el campo. La salud depende de múltiples factores cuyo control escapa al sistema de salud. La mejoría en las condiciones de salud de la población depende, por lo tanto, de la colaboración con otros sectores. La inversión en salud, a su vez, incrementa el capital humano y contribuye con ello al desarrollo.

Adicionalmente a este efecto multiplicador en el plano económico, la experiencia internacional demuestra que la atención a la salud de los ciudadanos fortalece la cohesión y el desarrollo sociales.

### Estrategia I

Vincular la salud de la población rural con el desarrollo económico y social del campo

#### Líneas de acción

- 1.1. Fortalecer la acción comunitaria a favor de la salud
- 1.2. Promover la educación saludable
- 1.3. Promover la perspectiva de género en los programas y servicios dirigidos a la población rural
- 1.4. Fortalecer la salud del ambiente rural
- 1.5. Mejorar la salud laboral en el campo
- 1.6. Asegurar la calidad e inocuidad de los alimentos producidos en el campo
- 1.7. Vigilar la salud de la población migrante del campo



Las acciones que dan cuerpo a esta primera estrategia son consistentes con los siguientes propósitos generales: i) promover que todo proyecto de desarrollo en el campo tome en consideración sus efectos sobre la salud y ii) promover actividades multi-sectoriales sobre los determinantes de la salud, en especial sobre el crecimiento y distribución de la población, educación -sobre todo de las mujeres-, alimentación, agua potable y saneamiento, vivienda, medio ambiente y salud en el trabajo.

**Línea de acción 1.1.** Fortalecer la acción comunitaria a favor de la salud

Una comunidad saludable es el resultado de un proceso de movilización concertada de sus miembros. La generación de proyectos locales de promoción de la salud, con la participación de autoridades, sociedad organizada, servicios ambientales, educativos y de salud, y población en general permitirá la sensibilización y capacitación de la comunidad en favor de acciones multi-sectoriales que beneficien directamente su salud y sus condiciones de vida.

Dentro de las principales actividades de esta línea de acción se incluyen:

- Instrumentar el modelo de comunidades saludables en el medio rural.
- Proporcionar apoyo técnico y financiero a proyectos que estén basados en diagnósticos de salud dirigidos a mejorar el nivel de salud de las comunidades.
- Estimular el desarrollo de proyectos multi-sectoriales que coadyuven a la implementación de nuevas tecnologías e intervenciones que puedan mejorar las condiciones sociales, ambientales y de salud de las comunidades rurales.
- Fortalecer técnica y normativamente los comités locales y municipales de salud.
- Elaborar materiales educativos para la capacitación de comités locales de salud, promotores comunitarios, agentes y procuradoras de la salud.

- Diseñar e instrumentar una campaña de comunicación educativa orientada a mejorar las capacidades individuales para el autocuidado de la salud.

### Metas

- Implementar y desarrollar programas municipales de promoción de la salud en 1000 municipios rurales del país.
- Certificar como saludables a por lo menos 2000 comunidades de 500 a 2500 habitantes.
- Capacitar al 100% de los responsables estatales del programa y al personal de las 232 jurisdicciones sanitarias del país en las tareas del Programa de Acción de Comunidades Saludables en zonas rurales.

**Línea de acción 1.2.** Promover la educación saludable

Esta línea de acción pretende promover en las instancias educativas rurales los comportamientos saludables a través de la coordinación intersectorial, con el apoyo de otros organismos públicos y privados, y la participación social. Estos contenidos educativos están destinados a promover la salud, evitar los riesgos y detectar tempranamente los padecimientos propios de los menores que cursan la educación preescolar, primaria y secundaria.

Estas actividades se implantarán en forma descentralizada y las autoridades educativas y de salud en los estados serán las responsables de su desarrollo. La incorporación de las entidades federativas al programa será de manera gradual y a solicitud expresa de los gobiernos estatales, y formalizada a través de la firma de un Acuerdo de Coordinación que suscriban los gobernadores de los estados con los secretarios de Educación Pública y de Salud.

Dentro de las actividades de esta línea de acción se incluyen:

- Incorporar en los programas educativos rurales contenidos de promoción de hábitos y estilos de vida saludables, y el conocimiento y eliminación de conductas de riesgo.

- Fortalecer la prevención, detección y referencia de problemas de salud en los escolares, para su identificación temprana y su referencia a la institución de salud idónea.
- Promover los ambientes escolares saludables y seguros, desarrollando acciones tendientes a mejorar las condiciones físicas, sanitarias y de seguridad de los edificios escolares, sus instalaciones y el entorno ambiental de la escuela.
- Promover la participación social para la colaboración organizada de los docentes, padres de familia, instituciones, grupos y autoridades locales con el fin de lograr una cultura del autocuidado de la salud, prevención de riesgos, detección oportuna de problemas, manejo adecuado de los mismos, mejoramiento y preservación del medio ambiente, y desarrollo social.

## Metas

- Actualizar los contenidos de educación para la salud en los libros de texto gratuitos, así como los planes y programas de estudio de educación básica y normal.
- Certificar como "escuelas saludables y seguras" al 50% de los planteles públicos de educación preescolar, primaria y secundaria del ámbito rural de las entidades federativas incorporadas al programa.
- Implantar en el 100% de las primarias y secundarias rurales programas de detección temprana de problemas de agudeza visual y auditiva.
- Declarar al 100% de las primarias y secundarias rurales espacios "Libres del Humo de Tabaco".
- Desarrollar acciones de prevención de adicciones y accidentes en el 100% de las primarias y secundarias rurales.

**Línea de acción 1.3.** Promover la perspectiva de género en los programas y servicios dirigidos a la población rural

Una de las metas del *Programa Nacional de Salud 2001-2006* es aplicar la perspectiva de género a la salud. Se trata

de una estrategia multi-sectorial que pretende incidir en la manera que se abordan los problemas de salud en el país, incorporando esta perspectiva tanto a la identificación de necesidades como a la implantación de políticas. Los objetivos de esta estrategia son los siguientes: i) crear conciencia sobre la importancia que tiene en ciertas necesidades de salud la perspectiva de género, y ii) reducir las inequidades en salud que dependen del género.

Para lograr estos objetivos se están implantando actividades de vinculación al interior del sector y con otros sectores en tres áreas: i) promoción y abogacía; ii) investigación y iii) cooperación técnica.

Dentro de las actividades de esta línea destacan:

- Realizar un diagnóstico sobre la presencia de la perspectiva de género en la planeación, asignación presupuestal y prestación de servicios de salud en el campo.
- Sensibilizar al personal de salud que atiende a la población rural respecto de la necesidad de promover la equidad de género en sus áreas de competencia.
- Ofrecer asesoría y capacitación técnica a planificadores y proveedores de servicios de salud rurales en la formulación e implantación de programas con perspectiva de género.

## Metas

- Capacitar al 50% del personal que labora en las unidades rurales de salud en la aplicación de la perspectiva de género en sus áreas de competencia.
- Capacitar al personal del Programa Nacional de Jornaleros Agrícolas de los estados de Morelos, Michoacán y San Luis Potosí en la atención de problemas relacionados con la violencia familiar.
- Contar con casas de salud para mujeres indígenas en Baja California, Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Oaxaca y Puebla.

#### **Línea de acción 1.4.** Fortalecer la salud del ambiente rural

Esta línea de acción busca proteger a la población rural contra riesgos ambientales, como la exposición innecesaria o excesiva a agentes físicos, químicos o biológicos. Para ello se medirá la exposición de esta población a estos agentes y/o sus efectos para evaluar los riesgos y los daños e instrumentar medidas de intervención efectivas.

Dentro de las actividades contempladas en esta línea se incluyen:

- Fortalecer la capacitación de recursos humanos en salud ambiental.
- Instrumentar programas intersectoriales que aseguren la convergencia y complementariedad de las entidades públicas y los diferentes niveles de gobierno en acciones de protección ambiental con un enfoque integral.
- Focalizar las acciones de protección en grupos de alta exposición a riesgos ambientales, como las emisiones generadas por el consumo de leña y biomasa en el interior de las viviendas.
- Instrumentar medidas para asegurar la dotación adecuada y oportuna de agua, química, física y microbiológicamente apta para uso y consumo humanos en el medio rural.
- Promover el manejo saludable de residuos y aguas residuales para proteger a la población de la exposición involuntaria, innecesaria o excesiva a agentes físicos, químicos y biológicos que pudieran dañar su salud.
- Limitar la exposición humana a los metales dañinos, incluidos los productos y subproductos generados por actividades artesanales.

#### **Metas**

- Promover, en las comunidades rurales de alto riesgo que carecen de sistemas formales de abastecimiento de agua, la instalación de sistemas de vigilancia de la calidad del agua que garanticen un abasto de agua bacteriológicamente aceptable.

- Lograr que 87% de la población que cuenta con sistemas formales de abastecimiento de agua cuente con agua para uso y consumo humanos con cloro libre residual dentro de la norma.
- Promover la inclusión de criterios sanitarios para el manejo de residuos municipales en la normatividad vigente, así como su difusión y aplicación entre los manejadores de los mismos.
- Reducir en 70% la venta de esmaltes con plomo usados en loza vidriada.
- Contribuir a la reducción en 60% de la incidencia de enfermedades respiratorias por exposición intramuros a contaminantes atmosféricos.

#### **Línea de acción 1.5.** Mejorar la salud laboral en el campo

Para mejorar las condiciones de salud de la población es necesario, entre otras cosas, proteger los ambientes de trabajo mediante medidas preventivas y de promoción de la salud, la atención integral de los accidentes laborales y la modernización del marco legal en materia de trabajo.

En México ocurre una defunción por accidentes laborales cada seis horas y una invalidez laboral cada 30 minutos. Estas cifras, sin embargo, sólo muestran una parte de la magnitud del problema ya que no incluyen los daños en trabajadores agrícolas ni en trabajadores del sector informal de la economía.

El presente programa busca atender esta dimensión de la salud de la población rural mediante las siguientes medidas:

- Fortalecer la legislación laboral en su componente rural.
- Fortalecer la información sobre daños a la salud de los trabajadores del campo.
- Implantar, en colaboración con el Programa de Comunidades Saludables, una estrategia específica de promoción de la certificación de las empresas agrícolas como espacios saludables.

- Fortalecer la capacitación de personal en salud ocupacional agrícola.
- Fortalecer las campañas para la prevención de los accidentes.
- Fortalecer la atención de los lesionados en accidentes.

### Metas

- Incorporar al registro de daños a la salud del Sistema Nacional de Información en Salud un rubro específico de daños a la salud de los trabajadores agrícolas.
- Hacer un diagnóstico inicial de los daños a la salud que a nivel nacional produce el uso sin protección de los plaguicidas y fertilizantes agrícolas.
- Sobre la base del diagnóstico de la meta anterior, diseñar una estrategia para disminuir la exposición excesiva a plaguicidas y fertilizantes agrícolas.
- Disminuir las frecuencias de los accidentes de trabajo por maquinaria y objetos punzo-cortantes.

**Línea de acción 1.6.** Asegurar la calidad e inocuidad de los alimentos producidos en el campo

Una de las actividades más importantes de la autoridad sanitaria es garantizar la inocuidad de todos los alimentos de consumo humano. Esto se logra mediante una cuidadosa vigilancia sanitaria que incluye además de actividades de regulación internas, la vigilancia sanitaria de los alimentos que provienen del exterior. Esto además evita prácticas de comercio desleales.

### Metas

- Vigilar desde una perspectiva sanitaria la producción de alimentos en el campo.
- Fortalecer el control sanitario de los alimentos importados.
- Apoyar a los exportadores mexicanos en la certificación de la calidad de sus alimentos.

**Línea de acción 1.7.** Vigilar la salud de la población migrante del campo

Esta línea de acción busca sobre todo fomentar el autocuidado a la salud de los migrantes y garantizar su acceso a servicios de salud en su lugar de origen, traslado y destino. Esto se logrará con la participación coordinada de todas las instituciones del sector salud.

Dentro de las actividades contempladas en esta línea de acción se incluyen:

- El desarrollo de sistemas de información sobre la salud de los migrantes.
- La oferta de atención a la salud a los migrantes en las unidades médicas del sector en su lugar de origen, traslado y destino.
- La realización de acciones de prevención de enfermedades en dos modalidades: dentro del programa permanente y en Semanas Nacionales de Salud.
- El establecimiento de convenios de cooperación bilateral México-Estados Unidos (migración externa) e interestatales (migración interna).

### Metas

- Ofrecer servicios de salud en su lugar de origen al 100% de los migrantes del campo y sus familias con el paquete básico de servicios de salud.
- Capacitar a los migrantes del campo y a sus líderes en las medidas higiénicas que permitan su autocuidado, a través de campañas de movilización social.
- Atender con medidas preventivas y de salud pública específicas a 325 municipios rurales de alta movilidad en 10 entidades federativas.
- Desarrollar un sistema de vigilancia epidemiológica simplificada para los migrantes.

## **ESTRATEGIA 2.** Reducir los rezagos en salud

Bajo el término rezago se ubican los daños a la salud evitables, que generalmente se relacionan con una nutrición insuficiente, infecciones comunes y padecimientos asociados a la reproducción. La causa fundamental de estos problemas es la pobreza, por lo que su solución definitiva supone mejorar los niveles generales de bienestar. Sin embargo, existe información que demuestra que aún en presencia de esta condición es posible reducir considerablemente el peso de estas enfermedades a través de intervenciones altamente efectivas y accesibles desde el punto de vista financiero.

Una característica importante del rezago es su concentración en ciertos espacios geográficos, grupos socio-económicos, grupos de edad y enfermedades. En México, una parte considerable del rezago se concentra en el área rural, en particular en los menores de 5 años y en las mujeres en edad reproductiva de cuatro estados: Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Puebla. Dentro de los daños a la salud que presentan de manera específica estas poblaciones se incluyen: la desnutrición, la anemia, las parasitosis, las diarreas, las infecciones respiratorias, la tuberculosis, las muertes maternas y el cáncer cérvico-uterino.

Para atender los problemas del rezago es necesario garantizar el acceso efectivo de la población rural a servicios básicos de salud mediante la focalización en esta población de ciertos programas (OPORTUNIDADES, Arranque Pa-

rejo en la Vida, Programa de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas) que se pusieron en marcha, la mayoría de ellos, en esta administración.

### **Línea de acción 2.1.** Garantizar un arranque parejo en la vida a los niños del medio rural

Los propósitos de esta línea de acción son dos: i) contribuir a que la población rural disfrute de una vida sexual, reproductiva y post-reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión, y ii) asegurar una atención prenatal adecuada, un nacimiento con el mínimo de riesgo, y una vigilancia estrecha del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas menores de 2 años.

Dentro de las actividades que se desarrollarán en esta línea de acción destacan:

- Fortalecer en el medio rural la vigilancia del embarazo, el parto y el puerperio por personal calificado.
- Fortalecer la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas del ámbito rural desde el nacimiento hasta los 2 años de edad.
- Aplicar los programas de planificación familiar en los municipios y localidades rurales con mayor rezago en salud reproductiva.
- Fortalecer el abasto de los insumos estratégicos del programa.

## **Estrategia 2**

### Reducir los rezagos en salud

#### **Líneas de acción**

- 2.1. Garantizar un arranque parejo en la vida a los niños del medio rural
- 2.2. Mejorar la atención de la salud en la infancia
- 2.3. Atender el reto de la salud de los adolescentes
- 2.4. Mejorar la salud y la nutrición de los pueblos indígenas
- 2.5. Controlar la tuberculosis
- 2.6. Controlar las enfermedades transmitidas por vector: dengue, paludismo y oncocercosis
- 2.7. Disminuir los casos de cáncer cérvico-uterino
- 2.8. Fortalecer la salud reproductiva
- 2.9. Atender otros problemas relacionados con el rezago

## Metas

- Disminuir la tasa de mortalidad materna en el medio rural en 25% con relación a las cifras de 2000.
- Reducir la tasa de mortalidad neonatal en el medio rural en 15% con relación a las cifras de 2000.
- Disminuir la tasa de mortalidad infantil en el medio rural en 30% con relación a las cifras de 2000.
- Incrementar en 38% el promedio de consultas prenatales de calidad por embarazada en el medio rural.
- Alcanzar 100% de cobertura de vacunación con toxoide tetánico diftérico en embarazadas de localidades rurales.
- Atender 80% de los partos en el medio rural con personal calificado.
- Atender integralmente al 100% de los recién nacidos de partos atendidos en unidades de salud.

## Línea de acción 2.2. Mejorar la atención de la salud en la infancia

Las acciones de atención de la salud en la infancia se inscriben dentro de la estrategia global de reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres y deberán desarrollarse en un marco de cohesión social e institucional que permitan alcanzar el objetivo fundamental de elevar la calidad de vida de la población menor de 10 años mediante actividades de prevención de enfermedades y protección de la salud.

Dentro de las actividades contempladas en esta línea de acción se incluyen:

- Mejorar la calidad de la atención mediante el desarrollo técnico y humanista del personal de salud, para que cada asistencia de un menor de 10 años a la unidad médica se convierta en una oportunidad para ofrecerle atención integrada.
- Promover la educación saludable mediante la capacitación de la madre o responsable del menor y el fortalecimiento de sus conocimientos con relación

a los signos de alarma de las enfermedades más frecuentes en la infancia.

- Extender la cobertura de servicios para alcanzar el acceso universal, eliminando las barreras económicas, organizacionales y culturales.
- Administrar micronutrientos a las poblaciones de alto riesgo de manera directa o a través de alimentos enriquecidos.

## Metas

- Asegurar la lactancia materna por lo menos seis meses al 100% de los recién nacidos que egresen de las unidades de salud del sector público.
- Capacitar en estimulación temprana al 100% de las madres de los nacidos en unidades de salud del sector público.
- Otorgar atención integrada al 100% de los menores de 10 años que acuden a las unidades de salud del sector público.
- Alcanzar y mantener coberturas de vacunación para cada uno de los biológicos del esquema nacional por arriba del 95%.
- Administrar micronutrientos al 95% de los menores de 5 años de edad que tengan algún contacto con los servicios de salud.
- Administrar dos veces al año una megadosis de vitamina "A" a niños de 6 meses a 4 años de edad y tratamiento antiparasitario al 100% de los niños de 2 a 9 años de edad durante las semanas nacionales de salud.
- Enriquecer con hierro y ácido fólico el 80% de la harina de trigo consumida en el área rural.
- Realizar detección de agudeza visual y auditiva una vez al año al 95% de la población preescolar y escolar, y al 100% de la población de 2 a 9 años de edad que acude a consulta.
- Reducir 30% las tasas de desnutrición moderada y grave en los menores de 5 años.
- Reducir la incidencia de bocio endémico a 1.05 casos por 100,000 habitantes.

### **Línea de acción 2.3.** Atender el reto de la salud de los adolescentes

Esta línea de acción pretende desarrollar acciones integrales para la salud de las y los adolescentes con énfasis en salud reproductiva, promoción de la salud, servicios personales de salud, y prevención de daños en el primer nivel de atención, y reforzar el sistema de referencia y contrarreferencia, con enfoque de género para cambiar el paradigma de riesgo y daño por el de fortaleza y desafío.

Dentro de las actividades contempladas en esta línea de acción se incluyen:

- Promover acciones integradas de salud enfocadas a la familia, la comunidad y la escuela, consideradas como redes sociales de apoyo de las y los adolescentes.
- Mejorar la cobertura de servicios personales de salud a través de la promoción de la demanda, inicialmente en las escuelas, el servicio militar y los centros de trabajo, así como entre la población migrante.
- Mejorar la coordinación interinstitucional con el Consejo Nacional del Deporte, la Procuraduría General de la República, el Instituto Mexicano de la Juventud, el Consejo Nacional de Población y sobre todo con la Secretaría de Educación Pública y otras instituciones educativas como las universidades, CONALEP, CETIS, CEBETIS y COBAO, entre otras.
- Capacitar a los prestadores de servicios para la aplicación de las acciones esenciales con un enfoque de desarrollo humano, resiliencia y género.

### **Metas**

- Otorgar atención integrada en más de 80% de las consultas en unidades rurales.
- Vacunar con esquema universal a la población rural menor de 19 años.
- Vigilar la nutrición de las y los adolescentes en escuelas y centros de salud.

- Detectar defectos de agudeza visual, audición y postura física, y atender problemas de salud bucal al 100% de las y los jóvenes que ingresen a primer año de secundaria.
- Realizar detección gruesa de trastornos depresivos o trastornos severos de conducta en las y los adolescentes inscritos en escuelas de nivel medio, medio superior o en contacto con servicios de salud. Referir a otros niveles de atención al 100% de los casos detectados.
- Detectar la predisposición al consumo de sustancias adictivas en 100% de las y los adolescentes.
- Capacitar con perspectiva de género al 100% de las y los adolescentes inscritos en escuelas de nivel medio superior o en contacto con servicios de salud de primer nivel de atención, en el uso de métodos y procedimientos apropiados para la salud reproductiva, así como en las acciones a seguir para evitar la adquisición de infecciones de transmisión sexual.
- Informar al 100% de adolescentes inscritos en escuelas de nivel medio superior o en contacto con servicios de salud sobre el autocuidado de su salud con énfasis en salud sexual, adicciones, accidentes y violencias.

### **Línea de acción 2.4.** Mejorar la salud y la nutrición de los pueblos indígenas

De acuerdo con el XII Censo de Población y Vivienda del 2000, en México existen 8.7 millones de indígenas, de los cuales 87.7% residen en 11 entidades federativas, la mayoría en localidades rurales de alta y muy alta marginación. Los indicadores de salud de esta población, dejan mucho que desear. En 1995 la esperanza de vida al nacimiento de la población indígena era de 69.5 años, mientras que en la población en general era de 73.7 años.

También existen diferencias importantes entre las principales causas de mortalidad entre las poblaciones indígenas y la población general del país. Mientras que entre los indígenas las principales causas de muerte se relacionan con las enfermedades del rezago, en la población general las

primeras causas de muerte corresponden a enfermedades no transmisibles.

Para atender estos problemas, la Secretaría de Salud ha puesto en operación diversas iniciativas cuyo objetivo principal es mejorar el nivel de salud y nutrición de la población indígena del país. Dentro de las acciones de estas iniciativas destacan: la coordinación de los programas de salud dirigidos a la población indígena que realizan las diversas instituciones de salud (Secretaría de Salud, IMSS-Oportunidades, INI); la puesta en marcha de un programa especial para mejorar la nutrición de los pueblos indígenas, y el fortalecimiento de la relación de la medicina institucional y las medicinas tradicionales.

En 2001 se incorporaron a estas iniciativas a 361 municipios de alta o muy alta marginación con presencia de población indígena distribuidos en los estados de Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Veracruz y Yucatán. En los años posteriores se irán incorporando progresivamente el resto de los municipios con población indígena hasta alcanzar al 100% de ellos.

De los nueve componentes de esta iniciativa seis se orientan al desarrollo de acciones innovadoras y los tres restantes buscan reforzar las acciones de salud que se vienen aplicando como parte de los programas de salud existentes.

**Componente I.** Coordinar y dar seguimiento a los programas de salud que se aplican en población indígena tanto por los servicios públicos de salud como por organismos no gubernamentales.

**Componente II.** Administrar suplementos con vitaminas y minerales a todos los niños de 6 a 24 meses de edad y a todas las mujeres embarazadas y en período de lactancia.

**Componente III.** Promover una oferta de servicios de salud de calidad y con sensibilidad cultural. Esto supone sensibilizar al personal de salud del primero y segundo niveles sobre las diferentes representaciones que los pueblos indígenas tienen del proceso salud-enfermedad, y fomentar cam-

bios en la gestión y organización de los servicios de salud que tiendan a hacerlos más afines con los valores, prácticas y costumbres de estos grupos.

**Componente IV.** Incorporar el enfoque intercultural en la capacitación del personal de salud.

**Componente V.** Impulsar programas de prevención, control y rehabilitación del alcoholismo.

**Componente VI.** Fortalecer la relación entre la medicina institucional y la medicina tradicional (parteras, hierberos, sobadores y hueseros).

**Componente VII.** Fortalecer la promoción a la salud con énfasis en la comunicación educativa.

**Componente VIII.** Fortalecer los programas de salud de la mujer indígena en coordinación con los programas Arranque Parejo y Salud Reproductiva.

**Componente IX.** Impulsar el saneamiento ambiental en las zonas indígenas mediante la protección de fuentes de abastecimiento de agua para uso y consumo humanos a nivel comunitario e intra-domiciliario; la construcción de sistemas sanitarios para la disposición de excretas, y la promoción de la participación social de hombres y mujeres en la ejecución de acciones de saneamiento.

## Metas

- Dar seguimiento a las metas planteadas en los programas que aplica el sector salud en zonas indígenas.
- Suplementar con micro-nutrientos al 100% de los niños y niñas indígenas de 6 a 24 meses de edad, y a las mujeres embarazadas y en período de lactancia en estas áreas.
- Promover la incorporación del enfoque intercultural en la capacitación de 100% del personal institucional de salud en zonas indígenas.
- Promover la instalación y funcionamiento de grupos de autoayuda para detección, derivación y con-



tención del 100% de los indígenas alcohólicos en los lugares donde opera esta estrategia.

- Realizar foros de intercambio con la medicina tradicional en 80% de las jurisdicciones sanitarias con población hablante de lengua indígena.
- Promover la instalación de sistemas sanitarios de disposición de excretas en comunidades indígenas.
- Promover la protección de fuentes de abastecimiento de agua en comunidades indígenas.
- Reducir 75% la prevalencia de anemia en niños indígenas de 6 a 24 meses de edad y 70% en mujeres embarazadas y en período de lactancia.
- Reducir 60% la prevalencia de deficiencias de hierro, zinc y vitamina C en niños de 6 a 24 meses de edad, y mujeres embarazadas y en período de lactancia.

#### **Línea de acción 2.5.** Controlar la tuberculosis

Las actividades de atención a la tuberculosis en el medio rural, como parte de la estrategia para reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres, constituyen un instrumento que la Secretaría de Salud desarrolla para disminuir el riesgo de enfermar y morir por tuberculosis e interrumpir su transmisión; contribuir a la equidad, asegurando que la población tenga acceso a un diagnóstico y tratamiento adecuados, y fortalecer la participación y corresponsabilidad de la sociedad en las acciones del programa.

Son muy diversas las circunstancias que favorecen la aparición y la diseminación de la tuberculosis. Destacan dentro de ellas el vivir en condiciones de pobreza y hacinamiento, la desnutrición, los movimientos migratorios y la existencia de enfermedades inmunodepresoras como el VIH-SIDA.

Es alrededor de la prevención, detección temprana y tratamiento de la tuberculosis y el combate a las circunstancias predisponentes que se diseñaron las actividades de esta línea de acción, las cuales se agrupan en nueve componentes: tres sustantivos y seis estratégicos.

**Componente I. Protección oportuna.** Dentro de las actividades de este componente se incluyen la focalización de

acciones en áreas geográficas y comunidades de riesgo, y el desarrollo de estudios de tamizado entre la población.

**Componente II. Atención de excelencia.** Dentro de las actividades de este componente destacan la atención personalizada, amable y oportuna del paciente, y el desarrollo de los procedimientos necesarios para un diagnóstico confiable.

**Componente III. Curación segura.** Este componente incluye el tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES), "personalizado" a todos los casos confirmados, la revisión clínica y apoyo psicológico cuando éste se requiera, y la sensibilización del paciente para garantizar el apego al tratamiento. Incluye la evaluación, por lo menos una vez al mes, de la evolución clínica de cada uno de los y las pacientes en tratamiento, además del estudio mensual de su evolución bacteriológica.

**Componente IV. Desarrollo humano.** Las actividades de este componente incluyen la identificación del personal de salud en contacto con el paciente; la capacitación técnica y humanística de este personal para que reciba la formación indispensable y permanente sobre la normatividad, y actualización en aspectos clínicos, epidemiológicos y humanísticos.

**Componente V. Activación social.** Dentro de las actividades de este componente destacan: la identificación de las necesidades de acuerdo con las áreas de riesgo; el diseño de campañas en medios de comunicación con una visión acorde a la realidad social; la búsqueda de financiamientos para reforzar el presupuesto de la campaña; la comunicación permanente con las instituciones del sector salud y con otros sectores gubernamentales, a fin de optimizar la eficacia de las acciones y coordinar la participación de cada uno de ellos en la prevención y control de la tuberculosis; la gestión de la participación de las organizaciones no gubernamentales interesadas en apoyar las acciones de prevención, detección y tratamiento.

**Componente VI. Coordinación y organización.** En este componente se incluyen las siguientes actividades: identificar personal de salud líder en las acciones técnicas, clínicas, de

laboratorio y comunitarias, y formalizar la relación con los centros de referencia y asesoría.

**Componente VII. Información y evaluación.** Dentro de las actividades de este componente se incluye: registrar mensualmente la información sobre las actividades realizadas, el control de insumos, la información clínica y epidemiológica, y análisis y evaluación permanente para orientar la toma de decisiones.

**Componente VIII. Estructura e insumos.** Las actividades de este componente incluyen: el abasto y distribución adecuados de los insumos para la prevención, detección oportuna y tratamiento adecuado de los pacientes con tuberculosis del medio rural, y el fortalecimiento de la infraestructura de servicios.

**Componente IX. Investigación.** El componente de investigación cuenta con dos líneas estratégicas: una línea de investigación básica, orientada principalmente a desarrollar estudios inmunológicos y moleculares de la tuberculosis y a la investigación de pruebas rápidas para diagnóstico, y otra línea de investigación epidemiológica, orientada a realizar estudios clínicos y de campo.

## Metas

- Reducir 5% anualmente la mortalidad por tuberculosis pulmonar en las localidades rurales.
- Garantizar el 100% de los insumos necesarios para la detección y tratamiento de casos de tuberculosis en el medio rural.
- Curar al 85% o más de los casos que terminan tratamiento en estas localidades.
- Estudiar por lo menos al 90% de los contactos de casos diagnosticados, ofreciendo evaluación clínica de calidad.
- Consolidar un equipo estatal especializado para ofrecer atención de calidad para la fármaco-resistencia.
- Atender con calidad al 100% de los casos fármaco-resistentes, incluyendo su tratamiento.

**Línea de acción 2.6.** Controlar las enfermedades transmitidas por vector: dengue, paludismo y oncocercosis

Las enfermedades transmitidas por vector (ETV) son padecimientos relacionados con el saneamiento del ambiente doméstico y los espacios cercanos a las comunidades, donde se reproducen o protegen los vectores y se facilita el contacto entre agentes y huéspedes. Otros procesos relacionados con estos padecimientos se dan por invasión de nichos silvestres o por la migración de huéspedes.

En México el paludismo se concentra en los focos hiperendémicos de la frontera sur con Guatemala y Belice, en los focos meso-endémicos de Sonora, Sinaloa, Durango, Chihuahua y Oaxaca, y en los focos hipo-endémicos o de transmisión residual del sur de Sinaloa, Nayarit, Durango, Jalisco, Zacatecas y Michoacán. Esta enfermedad también presenta brotes en Guerrero, Puebla y Veracruz, como consecuencia de las migraciones. Es particularmente frecuente en las zonas rurales de estas entidades. Es importante señalar, sin embargo, que su control ha mejorado, al grado de que su incidencia muestra una tendencia descendente, en contraste con lo que se reporta en otras partes del mundo.

El dengue es la arbovirosis de mayor magnitud en el mundo desde hace 20 años. El dengue clásico es la enfermedad reemergente más importante y el dengue hemorrágico la ETV de mayor trascendencia en América. En la actualidad no existen vacunas ni medicamentos específicos que puedan prevenir o controlar esta enfermedad. Por esta razón las acciones de control para eliminar los criaderos constituyen el instrumento principal de prevención, junto con las nebulizaciones para controlar la fase adulta del vector y las campañas de descacharrización.

En México, en 2000, se presentaron 67 casos de dengue hemorrágico. Al cierre de 2002 este número había ascendido a 1,881. El dengue clásico, por su parte, afectó a 11,963 personas en 2002. Nuevo León concentró más de la mitad de los casos, que se debieron a un brote explosivo que produjo además 207 casos de dengue hemorrágico, cinco de los cuales resultaron en la defunción del afectado.

La oncocercosis es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de tumores oncocercosos en la cabeza, lesiones oculares que pueden llegar a producir ceguera, y microfilarias en la piel y en la cámara anterior del ojo, entre otras manifestaciones. Esta enfermedad afecta principalmente a grupos de población altamente marginada, sobre todo indígenas. En México se han detectado tres focos de oncocercosis: Soconusco y Chamula en Chiapas y uno en Oaxaca, los cuales abarcan 52 municipios y 670 localidades. Cabe destacar que 90% de la población oncocercosa es campesina dedicada al cultivo del café.

El virus del Oeste de Nilo es uno de los flavivirus más dispersos en el mundo y se transmite a través de diversos tipos de mosquitos. Aparece en el continente americano en 1999 y se detecta por primera vez en México, en equinos, en noviembre de 2002. Hasta mediados del mes de febrero del 2003 se habían estudiado 16 casos en humanos, todos con resultados negativos. Sin embargo, el riesgo de introducción a nuestro país es muy alto, por lo que se deben contemplar acciones de prevención y control.

Con el fin de mantener bajo control epidemiológico en el campo mexicano las enfermedades transmitidas por vectores, el presente programa contempla diversas acciones reunidas en cinco componentes:

**Componente I.** *Saneamiento básico y mejoramiento de la vivienda ajustados a cada situación y desarrollados por las comunidades y municipios.* Esto incluye la eliminación de criaderos de anofelinos para el paludismo; cortar la vegetación peridomiciliaria; proteger recipientes de uso doméstico para evitar la proliferación de larvas de *Aedes* (vector del dengue) y eliminar posibles criaderos; encalar las paredes de la vivienda, y compactar los pisos.

**Componente II.** *Eliminación de larvas y criaderos.* Las actividades de este componente van dirigidas a eliminar la fase larvaria de los vectores para evitar que se transformen en adultos. La comunidad y las autoridades municipales tienen un papel fundamental que jugar en este sentido.

**Componente III.** *Disminución de densidades de vectores.* Se trata de acciones complementarias a las anteriores que buscan reducir las densidades de vectores adultos. También constituyen un instrumento del control cuando se aplican simultáneamente con la eliminación de larvas y criaderos en casos de brotes o alto riesgo de transmisión.

**Componente IV.** *Diagnóstico oportuno.* Las acciones de este componente buscan reconocer tempranamente las enfermedades y aplicar las medidas que permitan un tratamiento oportuno.

**Componente V.** *Tratamiento y manejo hospitalario oportunos.* El objetivo de estas acciones es limitar los daños cuando éstos se instalan. En este caso es fundamental motivar una mejor colaboración entre los servicios de epidemiología y de atención médica con el objeto de alertar sobre variaciones y hallazgos específicos.

## Metas

- Para el caso del paludismo, evitar la presencia de un número mayor de casos nuevos de acuerdo con la tendencia de los últimos cinco años.
- Eliminar la transmisión de paludismo en Michoacán, Nayarit, Jalisco, Zacatecas y Guerrero, y disminuir los casos nuevos a menos de 100 por año en Sinaloa, Sonora, Chihuahua, Durango y Oaxaca.
- Evitar la mortalidad por paludismo falciparum y dengue hemorrágico en las localidades rurales agrícolas afectadas.
- Eliminar la transmisión de la oncocercosis en las localidades rurales marginadas de Chiapas y Oaxaca.
- Fortalecer las acciones de control del paludismo y dengue en los estados de Campeche, Chiapas, Quintana Roo y Tabasco.
- Para el control del dengue, certificar a los municipios y comunidades en la destrucción de criaderos y eliminación de larvas.
- Incorporar a la comunidad a las tareas de eliminación de vectores del paludismo, dengue, enfermedad de Chagas, rickettsiosis y picaduras de alacrán

mediante la estrategia de espacios saludables y participación de la comunidad.

- En cuanto al Virus del Oeste del Nilo, implementar un programa de vigilancia, prevención y control en las áreas rurales agrícolas, que presentan las condiciones propicias para la transmisión de este virus.

**Línea de acción 2.7.** Disminuir los casos de cáncer cérvico-uterino

El cáncer cérvico-uterino es uno de los principales problemas de salud pública en México. Es la primera causa de mortalidad por neoplasias malignas en las mujeres de 25 años y más. Al año mueren alrededor de 4,500 mujeres por esta causa y una fracción importante de estas defunciones corresponde a mujeres del medio rural.

Dentro de los objetivos de esta línea de acción destacan los siguientes:

- Incrementar la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino en las mujeres de 25 a 64 años de edad de las comunidades rurales.
- Identificar e incorporar al programa a mujeres que nunca se han realizado la citología cervical (Papanicolaou).
- Asegurar el manejo, tratamiento y seguimiento de los casos en las clínicas de displasias y centros oncológicos más cercanos.
- Asegurar un esquema de tratamiento para las mujeres con procesos inflamatorios en el primer nivel de atención.

Dentro de las actividades que se habrán de fortalecer en este rubro se incluyen las acciones de promoción de la salud reproductiva; la detección oportuna de las lesiones pre-cancerosas y del cáncer cérvico-uterino en el primer nivel de atención; los procedimientos de diagnóstico y de referencia para el tratamiento temprano, y las tareas de vigilancia epidemiológica.

## Metas

- Disminuir en 7% la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años y más del medio rural respecto de las cifras de 2002.
- Incrementar a 60% la cobertura de detección de cáncer cérvico-uterino en el grupo de mujeres de 25 a 64 años del medio rural en el año 2006.
- Incorporar las acciones de detección y seguimiento a las menores de 25 años del área rural que presenten dos o más factores de riesgo.
- Garantizar en 2006 el manejo y tratamiento adecuado del 80% de los casos detectados de displasias y cáncer *in situ* en las clínicas de displasias.
- Garantizar en 2006 el manejo y tratamiento del 50% de los casos de cáncer invasor en mujeres del ámbito rural en los centros oncológicos.

**Línea de acción 2.8.** Fortalecer la salud reproductiva

La información y los servicios de planificación familiar que se otorgan a la población de nuestro país tienen como propósito contribuir a garantizar el derecho de los individuos y las parejas a decidir de manera libre, responsable e informada el número y el espaciamiento de sus hijos.

A pesar de los avances, el impacto de las acciones en planificación familiar no ha sido homogéneo. En ocho entidades federativas la prevalencia de uso de anticonceptivos es inferior a 65%. Destacan dentro de ellas Puebla, Guanajuato, Oaxaca, Chiapas y Guerrero, que presentan un rezago de casi 10 años respecto a la cifra nacional. Las áreas rurales del país presentan un rezago de aproximadamente 16 años respecto de las áreas urbanas.

Dentro de las actividades de esta línea de acción se incluyen: promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de población, y contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados mediante la oferta sistemática de métodos anticonceptivos y la prestación de servicios de buena calidad.

## Metas

- Lograr que en el 2006, 50% de las mujeres en el medio rural a las que se atendió de un evento obstétrico acepten algún método de planificación familiar antes de su egreso hospitalario.
- Aumentar en al menos 5% la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres en edad fértil unidas en el medio rural en comparación con la cifra observada en el 2000.
- Disminuir al menos en 12% la tasa global de fecundidad por mujer en el medio rural en comparación con la cifra estimada para el año 2000.

**Línea de acción 2.9.** Atender otros problemas relacionados con el rezago

## Cólera

El cólera es una enfermedad milenaria, asociada a grandes epidemias. Se trata de una enfermedad gastrointestinal aguda, de etiología bacteriana, cuyo agente causal es el *Vibrio cholerae*. Este padecimiento puede tener un curso grave y llevar a la muerte en el lapso de horas cuando no se atiende adecuada y oportunamente. Como muchas otras enfermedades diarreicas, el cólera se asocia a ingesta de agua y alimentos contaminados y a la práctica deficiente de medidas higiénicas y de saneamiento del ambiente.

En México reapareció en 1991, año en el que se notificaron 2,690 casos. En 1995 su incidencia alcanzó su nivel más alto, con 16,430 casos notificados. A partir de esta fecha, la frecuencia de casos ha disminuido notablemente, motivo por el cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió en junio de 2001 eliminar a México de la lista de países infectados y en febrero de 2003 a Centro América. En 2002 no se registró ningún caso.

Sin embargo, el flujo migratorio que se reporta en el país y la existencia de condiciones geográficas e hidrológicas que favorecen su reaparición, nos obliga a mantener una actitud de alerta permanente en este rubro. Las actividades de vigilancia epidemiológicas en las zonas de alto riesgo (in-

cluyendo las zonas rurales) incluyen el fortalecimiento del saneamiento básico y el diseño de actividades de respuesta inmediata en caso de posibles brotes.

## Metas

- Mantener el cólera bajo control epidemiológico.
- Coadyuvar en la disminución de las enfermedades diarreicas.
- Contribuir a que la población rural reciba agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humanos.
- En caso de que la enfermedad reaparezca, garantizar el estudio del 100% de los casos sospechosos y evitar que la letalidad rebase el 1%.
- Establecer cercos epidemiológicos en el 100% de los sitios en los que se identifiquen muestras ambientales positivas.

## Rabia

Aunque está bajo control, la rabia sigue constituyendo un peligro latente tanto en el medio urbano como rural. En éste último ámbito el riesgo se asocia con el contacto con animales silvestres, en particular el murciélago hematófago.

Con el fin de reducir el riesgo de contraer esta enfermedad se han diseñado, dentro de esta línea de acción del presente programa, diversas actividades, que comprenden medidas para interrumpir la transmisión de la rabia de perro a perro y por consiguiente eliminar este riesgo para el ser humano en el territorio nacional; ofrecer atención médica y antirrábica oportuna y gratuita, con los más altos estándares de calidad, a toda persona agredida por animales, y promover que la población propietaria de perros desarrolle comportamientos responsables para que, a mediano plazo, disminuya el perro en la calle y se eliminen los perros callejeros o comunitarios sin dueño.

## Metas

- Lograr cero casos de rabia en humanos transmitidos por perros en el medio rural.

- Mantener en menos de cuatro los casos anuales de rabia humanos transmitida por fauna salvaje.
- Reducir progresivamente el número de casos de rabia canina confirmada por laboratorio hasta llegar a menos de 50 casos anuales.
- Garantizar la atención médica, oportuna al 100% de las personas agredidas tanto por perros como por animales silvestres.
- Mantener la vacunación antirrábica canina gratuita.

## Brucelosis

Las enfermedades que comparte el hombre con los animales, conocidas como zoonosis, por lo general se transmiten al ser humano a través del consumo de alimentos infectados o por convivir con animales enfermos en explotaciones pecuarias, rastros o fábricas de productos cármicos o lácteos. Destaca dentro de ellas, además de la rabia, la brucelosis, que es una fiebre que se transmite por el consumo de queso fresco y leche cruda de vaca y cabra infectada. De hecho, es una enfermedad que se reconoce como típica de pastores y pequeños criadores de cabras en el medio rural.

## Metas

- Reducir el número de casos de brucelosis de 3,000 al año, un alto porcentaje de los cuales ocurren en población rural de bajos recursos, a 1,600 en 2006.

## Salud bucal

La caries dental representa un problema de salud pública en toda la población. Afecta a los niños y a los adultos, a los hombres y a las mujeres, a los ricos y a los pobres. En 2001 la prevalencia de caries dental era de 58% en la población de niños de 6 años de edad que residían en áreas rurales. Comparativamente con otros países el índice resulta alto. Suecia reportó en 1999 una prevalencia de 28% y Estados Unidos, en 1991, una prevalencia de 46.8%.

Con el fin de disminuir estas y otras enfermedades bucales de gran prevalencia en el campo mexicano, se están implementando diversas acciones dirigidas a promover el autocuidado dental y el tratamiento efectivo de la lesión cariosa. También se está fluorando la sal de mesa en beneficio de la población rural. Estas actividades están dirigidas en particular a los niños y niñas de 4 a 15 años de edad del medio rural en colaboración con las instituciones educativas.

## Metas

- Alcanzar y mantener un número no mayor de tres dientes afectados por caries dental a los 12 años de edad en el medio rural.
- Asegurar la aplicación del esquema básico de prevención, educación y promoción de la salud bucal en 40% de los niñas y niños de 4 a 15 años del medio rural.
- Coordinar con el Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES), la oferta del Tratamiento Restaurativo Atraumático (TRA) en localidades rurales.
- Fortalecer el componente de atención en el medio rural de las Semanas Nacionales de Salud Bucal.

**ESTRATEGIA 3.** Enfrentar los problemas emergentes que afectan a la población rural

El perfil epidemiológico del país se caracteriza por el predominio de las enfermedades no transmisibles y las lesiones, tanto accidentales como violentas. A diferencia del rezago, estos problemas no están concentrados y afectan tanto a las poblaciones urbanas de ingresos altos y medios como a los pobres y a la población rural.

Los problemas emergentes exigen una definición clara de prioridades, la promoción de estilos de vida saludables y mayores esfuerzos para detectar tempranamente los principales padecimientos de este grupo.

### Estrategia 3

Enfrentar los problemas emergentes que afectan a la población rural

#### Líneas de acción

- 3.1. Disminuir la prevalencia de diabetes
- 3.2. Controlar las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión
- 3.3. Racionalizar la atención de las lesiones
- 3.4. Disminuir la adicción al tabaco, alcohol y drogas
- 3.5. Prevenir y controlar las ITS y el VIH-SIDA

En este frente se propone: i) promover estilos de vida saludables; ii) colaborar con otros sectores en la construcción de una nueva cultura vial que atienda de manera prioritaria los accidentes de tránsito; iii) promover el diagnóstico temprano del sobrepeso, la diabetes y la hipertensión; iv) adoptar medidas para desalentar el consumo de alcohol, tabaco y drogas; v) desarrollar intervenciones costo-efectivas y protocolos clínicos para atender los daños de los padecimientos emergentes, y vi) fortalecer los programas de rehabilitación e integración laboral y social de los discapacitados.

**Línea de acción 3.1.** Disminuir la prevalencia de diabetes

El objetivo de las actividades de control de la diabetes en el campo mexicano es disminuir la prevalencia de esta enfermedad y mantenerla a la baja en la población mexicana a través de esquemas preventivos y de control, así como a través de la unificación de criterios para su tratamiento en las instituciones del sector salud.

Dentro de las actividades que se incluyen en esta línea de acción se cuentan: la implantación de campañas de comunicación educativa en el área rural dirigidas a la prevención de los factores de riesgo y al control de la diabetes; la aplicación de un instrumento para detectar factores de riesgo en la población rural mayor de 20 años de edad que acuda por primera vez, por cualquier motivo, a una unidad de salud; promover la integración y participación del "educador en diabetes" dentro del sector salud rural que contribuya a la atención integral de este padecimiento, y promover el consumo de frutas y verduras en la población infantil.

#### Metas

- Realizar campañas permanentes de comunicación social y educativa alrededor de la diabetes en el campo mexicano.
- Alcanzar en 2006, 9.2 millones de detecciones anuales.
- Alcanzar en 2006 el control metabólico del 40% de pacientes diabéticos en tratamiento en el medio rural.
- Establecer cuatro mil grupos de ayuda mutua integrados por diabéticos, hipertensos y obesos en las clínicas rurales.
- Desplazar la edad promedio de muerte por diabetes en el campo de 66.7 años (1999) a 69.5 en el 2006.
- Aumentar el consumo de verduras y frutas en 15%, sobre todo en la población infantil. Esta medida está dirigida a prevenir la diabetes, sino también la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas.

**Línea de acción 3.2.** Controlar las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión

Las enfermedades del corazón constituyen ya un serio problema de salud pública también en el campo.

La hipertensión, por su parte, es la enfermedad crónica de mayor prevalencia en México y es uno de los principales factores de riesgo de la enfermedad isquémica y cerebrovascular. Se calcula que en el momento actual hay 19 millones de hipertensos entre la población mayor de 20 años, de los cuales 55% desconocen su condición.



Las actividades que se implantarán para atender estos problemas van encaminadas a identificar a las personas en riesgo y a diagnosticar y tratar tempranamente estas enfermedades. Dado que está demostrado que los factores de riesgo pueden controlarse e incluso prevenirse, se propone privilegiar el trabajo preventivo en grupos de autoayuda, en coordinación con los programas de prevención y control de la diabetes mellitus y la obesidad. También será indispensable realizar campañas permanentes de comunicación social y educativa alrededor de estas enfermedades y de los factores de riesgo relacionados con ellas.

### Metas

- Alcanzar en 2006, 10.8 millones de detecciones.
- Tener bajo control en 2006 a 60% de los hipertensos que residen en las comunidades rurales del país.
- Incrementar la edad promedio de muerte por enfermedades del corazón en el medio rural de 72.7 años (1999) a 75 años en 2006.
- Aumentar la edad promedio de muerte por enfermedades cerebro-vasculares en el medio rural de 72.5 años (1999) a 75 años en 2006.
- Incrementar a cuatro mil los grupos de ayuda mutua integrados por diabéticos, hipertensos y obesos en las clínicas rurales.

### Línea de acción 3.3. Racionalizar la atención de las lesiones

Los accidentes pueden catalogarse como un problema de salud pública importante dado que según cifras de 1999, fueron responsables de 35,690 defunciones en el país, cifra que las ubica en la cuarta posición entre las principales causas de muerte. Sin embargo, su impacto en la salud y en los servicios de atención no sólo se mide por el número de defunciones; es necesario agregar a estos daños las discapacidades. Por desgracia, es muy poca la información con la que se cuenta sobre este problema en el medio rural, sobre todo de las lesiones que no tienen un carácter laboral.

En este sentido, el apartado de atención a accidentes y lesiones de este programa debe partir de la realización de un diagnóstico que permita determinar la importancia de estos eventos en el panorama epidemiológico de las localidades rurales, que identifique a la población más afectada, las principales causas de lesiones, y los recursos y servicios disponibles para su atención.

Dentro de las actividades de esta línea de acción se contemplan: impulsar y fortalecer las acciones de prevención en esta materia; adecuar los sistemas de registro, proceso, almacenamiento y análisis de la información sobre lesiones en el medio rural, y promover la atención integral de los lesionados en accidentes en el campo, la cual incluye el desarrollo de un sistema de comunicación eficiente, la creación de centrales únicas de emergencias, y el fortalecimiento de la atención pre-hospitalaria móvil y de la atención hospitalaria.

### Metas

- Reducir 3% la tasa de mortalidad por lesiones violentas en el medio rural.
- Reducir 4% la tasa de mortalidad por accidentes en los hogares rurales.
- Asegurar el tratamiento inicial efectivo de las lesiones en las unidades médicas rurales.
- Realizar campañas de comunicación social y educativas para la prevención de accidentes.

### Línea de acción 3.4. Disminuir la adicción al tabaco, alcohol y drogas

Los problemas emergentes incluyen padecimientos originados principalmente por la creciente exposición a estilos de vida dañinos para la salud, como el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas. Estos problemas son también comunes en el medio rural.

La estrategia de combate a las adicciones debe incluir acciones en materia de educación, prevención, tratamiento, control de la publicidad, prohibiciones de venta de cigarrillos y alcohol a menores, y modificaciones fiscales para elevar



los impuestos al tabaco y al alcohol para desalentar su consumo.

Dentro de las actividades específicas que contempla esta línea de acción se incluyen: cumplir con el marco normativo para el control de las adicciones para así disminuir la disponibilidad de las sustancias adictivas y limitar su oferta, sobre todo entre los adolescentes; implantar programas en los medios que desalienten el consumo de sustancias adictivas entre los jóvenes; promover la participación de organizaciones sociales, privadas y gubernamentales en el financiamiento y apoyo de los programas contra las adicciones mediante la conformación de Redes Sociales para la Prevención y Atención de las Adicciones; capacitar al personal de salud de las unidades rurales en el conocimiento y abordaje terapéutico integral de las adicciones, y establecer acciones, de prevención primaria y secundaria, sensibles a las características culturales de las comunidades, en las unidades rurales de salud.

### Metas

- Instalar Comités Municipales contra las Adicciones en los municipios que cubre este Programa.
- Conformar Redes Sociales para la Prevención y Atención de las Adicciones en aquellos municipios rurales cuya organización comunitaria lo permita.
- Implantar en cinco entidades federativas con importantes núcleos de población indígena el Programa para la Prevención del Abuso en el Consumo de Bebidas Alcohólicas y Alcoholismo en Población Indígena.

### Línea de acción 3.5. Prevenir y controlar las ITS y el VIH-SIDA

El SIDA se ha convertido en un problema de salud muy complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud. La pobreza y la vulnerabilidad social están íntimamente relacionadas con el avance de esta epidemia, por lo que todas las acciones en esta materia se deberán vincular con el desarrollo social y económico del país.

De 1983 al año 2000 se han registrado 47,617 casos de SIDA. Sin embargo, debido al sub-registro se estima que la cifra puede ser de alrededor de 64 mil casos. La epidemia en México es predominantemente sexual y se concentra en los grupos más vulnerables: mujeres en edad reproductiva, jóvenes, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras y trabajadores del sexo comercial (TSC), usuarios de drogas inyectables (UDI), poblaciones móviles, personas privadas de la libertad e indígenas.

El flujo de población migrante de las áreas rurales dentro del país y hacia los Estados Unidos se ha incrementado de manera importante en los últimos años. Esta situación ha ocasionado un incremento de casos de SIDA en las áreas rurales, debido a que la población migrante que adquiere la infección por VIH, al regresar a nuestro país la propaga entre sus parejas sexuales.

Los propósitos de las acciones dirigidas a combatir el VIH-SIDA y las infecciones de transmisión sexual en el campo son los siguientes: i) Incrementar el uso de medidas preventivas en las poblaciones rurales con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad para la adquisición del VIH/SIDA e ITS; ii) disminuir la transmisión sexual y sanguínea del VIH/SIDA e ITS en las poblaciones rurales más afectadas del país; iii) interrumpir la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis en el medio rural, asegurando el acceso a la información, a las pruebas de detección y tratamiento; iv) garantizar a toda la población servicios integrales de detección, tratamiento y seguimiento adecuados de cualquier ITS y VIH en unidades del sector salud, y v) disminuir el impacto social y económico del VIH/SIDA en las personas y comunidades en un marco de respeto de los derechos humanos.

Dentro de las actividades de esta línea de acción destacan: fortalecer el componente rural de los programas de prevención y control del VIH/SIDA e ITS en las instituciones en el nivel estatal, jurisdiccional y municipal de las entidades federativas de menor desarrollo; privilegiar las acciones de prevención en las poblaciones rurales con prácticas de riesgo y en aquellos municipios catalogados como de alta expulsión de población migrante, por tratarse de con-

textos de mayor vulnerabilidad; mejorar la calidad de la atención integral de las personas con el VIH/SIDA e ITS del medio rural; promover una mayor participación de la sociedad civil, comunidades y personas afectadas por el VIH/SIDA e ITS, en el diseño, ejecución y monitoreo de las acciones dirigidas a atender a la población rural; luchar en el campo contra el estigma y la discriminación asociados con el VIH/SIDA.

### Metas

- Garantizar el desarrollo de estrategias preventivas específicas para las poblaciones rurales con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad para la adquisición del VIH/SIDA e ITS (mujeres, jóvenes, HSH, indígenas, poblaciones móviles y personas privadas de la libertad).
- Incrementar el uso correcto del condón en poblaciones rurales con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad.
- Reducir 10% la prevalencia de ITS y VIH/SIDA en jóvenes de 15 a 24 años de edad de las áreas rurales.
- Reducir en 50% los casos de transmisión perinatal del VIH en el medio rural.
- Eliminar la sífilis en las mujeres embarazadas que residen en áreas rurales.
- Eliminar los casos de infección por VIH y hepatitis B y C secundarios a transfusiones sanguíneas en el medio rural.
- Reducir 16% la mortalidad por SIDA en población de 25 a 44 años de edad del medio rural.
- Garantizar que 100% de las personas con VIH/SIDA y otras ITS tengan acceso a servicios de atención integrales y al tratamiento antirretroviral.
- Disminuir el estigma y la discriminación asociados con el comportamiento de riesgo, género, preferencias sexuales, uso de drogas, VIH/SIDA e ITS.

### ESTRATEGIA 4. Reforzar las acciones de la Cruzada Nacional por la Calidad en las unidades rurales

La calidad es un atributo tanto de los servicios de salud personales como de los no personales. Por calidad entendemos el grado en el que los servicios de salud satisfacen las necesidades de la población dada cierta complejidad de las necesidades y dadas las evidencias científicas disponibles para resolver técnicamente los asuntos de salud.

A partir de esta definición se desprenden dos grandes ámbitos de la calidad: la calidad técnica y la calidad interpersonal. La primera busca alcanzar los mayores beneficios para el usuario con los menores riesgos posibles (efectividad y seguridad), y utilizando una cantidad de recursos adecuada en virtud del resultado obtenido (eficien-

#### Estrategia 4

Reforzar las acciones de la Cruzada Nacional por la Calidad en las unidades rurales

#### Líneas de acción

- 4.1. Difundir y aplicar la Carta de Derechos de los Pacientes y Códigos de Ética de los Trabajadores de la Salud en las unidades rurales de salud
- 4.2. Establecer y operar un Programa de Dignificación de las Unidades Rurales de Salud
- 4.3. Incorporar las unidades rurales de salud al Sistema Sectorial de Monitoreo y Mejora de Indicadores de Calidad
- 4.4. Promover la participación ciudadana en la validación de resultados de esta estrategia
- 4.5. Desarrollar un Programa de Visitas de Supervisión y Asesoría para Hospitales Rurales para identificar y neutralizar situaciones de riesgo
- 4.6. Promover las plazas de servicio social de las zonas rurales para que sean ocupadas por los mejores estudiantes de medicina y enfermería del país
- 4.7. Desarrollar un plan de capacitación e incentivos para el personal de las unidades rurales de salud

cia), mientras que la segunda mejora el bienestar social de los usuarios de salud y sus familiares.

Para que el atributo de calidad pueda expresarse plenamente se necesita la concurrencia de varios elementos: recursos humanos suficientes y capacitados, insumos y equipos idóneos según complejidad de las necesidades, y un ambiente laboral con arreglos institucionales que contribuya al bienestar de los usuarios y de los trabajadores de la salud.

Con esta estrategia se pretende reforzar las acciones ya probadas con éxito en la Cruzada Nacional por la Calidad en zonas urbanas, orientándolas a la población rural.

**Línea de acción 4.1.** Difundir y aplicar la Carta de Derechos de los Pacientes y Códigos de Ética de los Trabajadores de la Salud en las unidades rurales de salud

El Sistema Nacional de Salud cuenta ya con los siguientes documentos: Carta de Derechos Generales de los Pacientes, Código de Ética de Enfermería, Código de Bioética para los Trabajadores de Salud y Carta de Derechos de los Médicos. Estos documentos se elaboraron a través de procesos muy participativos y plurales. El propósito central de esta línea de acción es difundirlos y promover su aplicación en el medio rural.

Dentro de las principales actividades de esta línea se incluyen:

- Distribuir y difundir los contenidos de los documentos ya enunciados.
- Capacitar a los prestadores de servicio en este rubro.
- Establecer mecanismos de seguimiento de la aplicación del contenido de los documentos.

#### Metas

- Distribuir, difundir y aplicar los contenidos del paquete de cuatro documentos, progresivamente, en la totalidad de las unidades médicas del medio rural.

**Línea de acción 4.2.** Establecer y operar un Programa de Dignificación de las Unidades Rurales de Salud

La sub-inversión crónica que ha padecido el Sistema Nacional de Salud en años recientes ha ocasionado un deterioro de la imagen y funcionalidad de las unidades de salud, particularmente en el medio rural.

Con el fin de garantizar la oferta de servicios de salud en instalaciones más dignas, limpias, iluminadas, ventiladas y equipadas se llevarán a cabo, entre otras, las siguientes actividades:

- Definición del catálogo de partidas a considerar para dignificar las unidades rurales en los siguientes aspectos: arreglo de fachadas, remodelación de salas de espera, mejoramiento y modernización de baños, impermeabilización, señalización, accesibilidad para discapacitados, identificación institucional e incorporación de tecnología informática.
- Establecimiento de un diagnóstico de necesidades de intervención en cada unidad en esos rubros.
- Establecimiento de acuerdos con las entidades federativas para co-financiamiento de las actividades de dignificación.

#### Metas

- Dignificar 5,000 unidades rurales (esencialmente centros de salud).
- Garantizar la satisfacción de 95% de los usuarios con dichas unidades.

**Línea de acción 4.3.** Incorporar las unidades rurales de salud al Sistema Sectorial de Monitoreo y Mejora de Indicadores de Calidad

Las actividades que se desarrollen en esta estrategia deben tener un impacto claro en la calidad de los servicios de salud que recibe la población rural.

Con este fin en mente se habrán de incorporar las unidades rurales de salud al Sistema Sectorial de Monitoreo y

Mejora de Indicadores de Calidad. Este Sistema cuenta con cinco indicadores de calidad técnica para unidades de primer nivel de atención y tres para hospitales, además de un índice de trato digno para ambos tipos de unidades.

Dentro de las principales actividades de esta línea se incluyen:

- Distribuir y aplicar el documento "Lineamientos Operativos para la Gestión de Calidad" en unidades de atención en el medio rural.
- Monitorear y mejorar los siguientes indicadores: índice de trato digno en unidades de primer y segundo nivel de atención; atención médica efectiva; atención prenatal; atención al paciente diabético; atención al paciente hipertenso, y atención al niño menor de 5 años con enfermedad diarreica aguda y con enfermedad respiratoria aguda. Especial atención se pondrá además a la satisfacción con el surtimiento completo y oportuno de medicamentos.

### Metas

- Incorporar al sistema de monitoreo al 90% de las unidades de atención en el medio rural.
- Lograr los estándares definidos para cada uno de los indicadores en la totalidad de las unidades incorporadas al sistema de monitoreo.

**Línea de acción 4.4.** Promover la participación ciudadana en la validación de resultados de esta estrategia

A dos años de iniciadas las actividades de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, se han desarrollado actividades exitosas y evidencias de mejora en varios de los indicadores que integran el Sistema de Monitoreo. Sin embargo, ha sido necesario reconocer diversos grados de escepticismo de directivos y trabajadores de la salud no incorporados a la Cruzada y una falta de confianza y credibilidad de la ciudadanía en los resultados reportados.

Para atender esta situación se ha impulsado la participación de organizaciones sociales y ciudadanas para que vali-

den la información que generan las unidades incorporadas a la Cruzada, específicamente en los resultados de la gestión de indicadores de trato digno.

Esta línea de acción pretende impulsar la integración y funcionamiento de estas organizaciones a la validación externa de los valores de los indicadores de trato digno en las unidades de atención a la salud en el medio rural, y en general en la vigilancia y validación de los avances de todas las líneas de acción de esta estrategia.

Dentro de las actividades de esta línea destacan:

- La instalación de avales ciudadanos en la totalidad de los Comités Estatales de Calidad.
- La instalación de avales ciudadanos en las comunidades con unidades de atención hospitalaria y en la sede de las jurisdicciones sanitarias.
- La capacitación de las organizaciones que acepten participar como avales para facilitar su desempeño.

### Metas

- Instalar avales ciudadanos en 100% de los hospitales rurales y en 90% de las jurisdicciones sanitarias ubicadas en zonas rurales.
- Realizar congresos anuales de avales ciudadanos con participación de organizaciones del medio rural.

**Línea de acción 4.5.** Desarrollar un Programa de Visitas de Supervisión y Asesoría para Hospitales Rurales para identificar y neutralizar situaciones de riesgo

Existe un reclamo social y una preocupación por prevenir eventos críticos en los hospitales. Para atender esta delicada situación, a través de esta estrategia se establece el compromiso de alinear dos de sus programas prioritarios, Arranque Parejo en la Vida y la Cruzada Nacional por la Calidad, en los hospitales considerados como de alta prioridad dado el volumen de la demanda de atención de casos de alto riesgo de mortalidad materna o neonatal. En estos centros se mantendrá una vigilancia estrecha de los procesos de atención.

El propósito de éste programa de visitas es contribuir a la disminución de la mortalidad materna y neonatal atribuible a deficiencias en la calidad técnica y la organización de los procesos de atención.

Dentro de las actividades de esta línea se incluyen:

- Identificar los hospitales con elevadas tasas de mortalidad materna y neonatal.
- Diseñar un programa de visitas de supervisión y asesoría en tres etapas: a) visita de supervisión y diagnóstico; b) visitas para el desarrollo de intervenciones de compromiso federal, y c) visitas de compromisos entre el nivel federal, estatal y local derivados de las visitas de supervisión.

### Metas

- Documentar las visitas, acciones y resultados del programa en por lo menos 50 hospitales identificados como de alta prioridad.
- Incorporar a la totalidad de los directivos de esos hospitales al Plan de Capacitación en Materia de Calidad.
- Contribuir al logro de las metas establecidas en el programa de Arranque Parejo en la Vida en materia de muertes maternas y neonatales.

**Línea de acción 4.6.** Promover las plazas de servicio social de las zonas rurales para que sean ocupados por los mejores estudiantes de medicina y enfermería del país

También derivado del insuficiente gasto público en salud, la cobertura de servicios en unidades de atención primaria se hace predominantemente a base de médicos y enfermeras pasantes en servicio social y, en menor proporción, de médicos generales en condiciones laborales precarias.

Con el fin de incrementar el atractivo de las plazas de servicio social en comunidades rurales de alta marginación y promover la ocupación de las mismas entre los mejores alumnos de las escuelas y facultades públicas de medicina y enfermería, se desarrollarán las siguientes actividades:

- Identificar las comunidades de alta marginación a incluir en este proyecto.
- Determinar las características "atractoras" que deberán implantarse en esas plazas y definir los mecanismos de financiamiento correspondientes.
- Identificar a los mejores estudiantes del último año de sus respectivas carreras y promover entre ellos las nuevas plazas de servicio social.
- Mantener comunicación periódica con éstos pasantes en servicio social por diferentes medios para desarrollar en ellos una sensación de reconocimiento y respeto por parte del gobierno y la sociedad.

### Metas

- Desarrollar el proyecto en 500 plazas de servicio social de medicina y 500 plazas de enfermería en la promoción 2004 y en 1,000 plazas en cada una de las dos carreras a partir del 2005.
- Lograr que la totalidad de las unidades incluidas en el proyecto estén incorporadas a la Cruzada Nacional por la Calidad.

**Línea de acción 4.7.** Desarrollar un plan de capacitación e incentivos para el personal de las unidades rurales de salud

En la Cruzada Nacional por la Calidad se ha considerado como premisa fundamental la centralidad de las personas en la estrategia: los pacientes, sus familiares y los trabajadores de la salud.

Con el fin de estimular a estos últimos, la presente línea de acción contempla:

- Diseñar y desarrollar un Plan de Capacitación en Calidad con tres grandes contenidos: a) uso de herramientas para gestión de calidad; b) habilidades de comunicación interpersonal y mejora de relación médico-paciente, y c) desarrollo de habilidades para evitar riesgos a los pacientes por la intervención médica.

- Desarrollar un programa de educación médica continua a distancia para personal de unidades rurales orientado a mejorar el desempeño en los indicadores de calidad técnica del sistema de monitoreo de la Cruzada.
- Impulsar el programa de apoyos financieros a proyectos de investigación operativa orientada a calidad que desarrollen los trabajadores y directivos operativos de esas unidades.

## Metas

- Capacitar al 100% del personal fijo de las unidades de salud rurales.
- Capacitar al personal pasante en servicio social de la totalidad de las unidades de salud rurales.
- Identificar y capacitar progresivamente a 500 promotores de calidad entre los trabajadores de unidades rurales que operen como monitores e instructores del Plan de Capacitación.
- A través de Acuerdos de Gestión con los Servicios Estatales de Salud, financiar 60 proyectos de investigación operativa cada año en unidades rurales con un promedio de 60 mil pesos de asignación a cada proyecto.

**ESTRATEGIA 5.** Brindar protección financiera en materia de salud a la población rural

La atención de la salud en México depende en buena medida de la capacidad de pago más que de la probabilidad de enfermarse. Este pago suelen hacerlo las familias al momento de necesitar la atención médica. El gasto de bolsillo, sin embargo, es la forma más injusta de financiar la atención de la salud porque genera dos riesgos importantes: el

riesgo de empobrecimiento por gastos catastróficos y el riesgo de no atención por insuficiencia de recursos económicos.

La población más vulnerable al riesgo de empobrecimiento o a la postergación de la atención médica son las familias no aseguradas de las áreas rurales del país y las que habitan en las zonas más marginadas de las áreas urbanas.

Uno de los objetivos básicos de todo sistema de salud es la justicia del financiamiento de la atención, que desalienta el gasto de bolsillo, que pone en riesgo la salud financiera de las familias. Este objetivo puede ser alcanzado mediante los esquemas de aseguramiento. Estos esquemas tienen básicamente tres ventajas: proporcionan servicios de salud en el momento de requerirla, reducen el gasto de bolsillo y evitan la postergación de la atención médica.

Para fortalecer el aseguramiento y minimizar el gasto de bolsillo de las familias mexicanas rurales, el **Programa Emergente de Salud para el Campo 2003-2006** tiene como propósito fundamental garantizar la protección financiera en materia de salud de los hogares mexicanos rurales mediante la promoción del Seguro Popular de Salud, que se puso en marcha en 2001.

**Línea de acción 5.1.** Brindar protección financiera a los hogares rurales mediante la promoción del Seguro Popular de Salud

Adicionalmente a los programas de ampliación de cobertura de los servicios de salud, como IMSS-Oportunidades -que cubre a 7.5 millones de individuos en el campo- y PAC, la población rural contará con la posibilidad de afiliarse al Seguro Popular de Salud. Este seguro le garantizará el

## Estrategia 5

Brindar protección financiera en materia de salud a la población rural

### Líneas de acción

- 5.1. Brindar protección financiera a los hogares rurales mediante la promoción del Seguro Popular de Salud
- 5.2. Promover la afiliación de los jornaleros y asalariados del campo a los esquemas de aseguramiento de la seguridad social

acceso a un paquete de 78 intervenciones básicas, incluidos los medicamentos e insumos correspondientes y estará financiado con recursos federales y estatales, y una contribución familiar ajustada a la capacidad de pago.

### Metas

- Promover el Seguro Popular de Salud entre las familias residentes en áreas rurales que no cuenten con ningún esquema de aseguramiento -alrededor de cuatro millones de hogares.
- Con el apoyo de SAGARPA, afiliar en 2003 al Seguro Popular de Salud a 100 mil familias de productores beneficiarios del Procampo. En etapas sucesivas se ampliará este beneficio al resto de los beneficiarios de PROCAMPO.
- Reducir en 25% los gastos catastróficos por motivos de salud en la población rural.

**Línea de acción 5.2.** Promover la afiliación de los jornaleros y asalariados del campo a los esquemas de aseguramiento de la seguridad social

A pesar de que la ley exige la afiliación al IMSS de todo trabajador del sector formal de la economía, hay una cantidad importante de jornaleros agrícolas que no cuentan con acceso a servicios de salud. Una de las metas de este programa es abatir este problema.

### Metas

- Garantizar que todos los trabajadores del sector formal de la agricultura estén afiliados al IMSS.

## **ESTRATEGIA 6.** Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud en el campo

La adopción de un modelo integrado de atención a la salud (MIDAS) significa modificar la perspectiva actual de la atención de la salud. De manera simultánea a la solución de las necesidades de atención clínica, basadas preferentemente en instituciones, es necesario pasar a una estrategia que privilegie la prevención de enfermedades en los ámbitos donde se generan las necesidades de salud, esto es, en los ambientes familiares y comunitarios. Se trata de un modelo comunitario, de atención integral, basado en compromisos, orientado al usuario y articulador del cuidado profesional con el autocuidado.

### **Línea de acción 6.1.** Reorientar las acciones de salud al medio familiar y comunitario

La combinación de auto-cuidado, atención comunitaria y cuidados profesionales ha demostrado ser una alternativa eficiente de producción de servicios. Esta combinación habrá de fortalecerse en la atención de las necesidades de salud en el medio rural.

Dentro de las actividades que se incluyen en esta línea de acción destacan: la creación de servicios de atención comunitaria y domiciliaria; el fortalecimiento de los servicios ambulatorios en los hospitales rurales; el fomento de la participación de las ONGs en las actividades de promoción de conductas saludables, y la creación de mecanismos de apoyo para la atención y el cuidado familiar y comunitario de los enfermos mentales, los enfermos crónicos, los adultos mayores y los discapacitados.

## **Estrategia 6**

Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud en el campo

### **Líneas de acción**

- 6.1. Reorientar las acciones de salud al medio familiar y comunitario
- 6.2. Fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención
- 6.3. Optimizar la capacidad instalada
- 6.4. Crear redes virtuales para la prestación de servicios de salud



### **Línea de acción 6.2.** Fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel de atención

Existe consenso en que la mayor parte de las necesidades de salud se pueden resolver en el primer nivel de atención siempre que en estos sitios haya la concurrencia de recursos humanos capacitados, medicamentos e insumos básicos suficientes, y arreglos institucionales que faciliten el acceso de los usuarios.

Las actividades que se desarrollarán en esta línea incluyen: el mejoramiento del abasto y calidad de los medicamentos e insumos esenciales en las unidades y farmacias de las unidades rurales de primer nivel; la capacitación del personal activo en la atención de los padecimientos que constituyen los principales motivos de consulta, incluyendo las enfermedades emergentes (diabetes, hipertensión, depresión) y las lesiones; la revisión de la estructura organizativa de las unidades de primer nivel para adaptar los horarios de consulta y la organización de las actividades de preconsulta a las necesidades de los usuarios, y la actualización de los sistemas de referencia y contrarreferencia.

#### **Metas**

- Garantizar un abasto de por lo menos 90% de los medicamentos e insumos básicos en todas las unidades rurales de primer nivel.
- Garantizar un equipamiento básico completo en el 100% de las unidades rurales de primer nivel.
- Diseñar mecanismos precisos de referencia para el 100% de las unidades rurales.

### **Línea de acción 6.3.** Optimizar la capacidad instalada

Con frecuencia las unidades médicas del área rural funcionan por debajo de su nivel. Uno de los propósitos de este programa es incrementar la eficiencia de estas unidades optimizando su capacidad instalada. Esto supone la evaluación de la capacidad instalada de todos los hospitales; el diseño de incentivos para optimizar el uso de dicha capacidad; el diseño de iniciativas para promover el uso cruzado de la capacidad excedente entre instituciones y entidades;

el diseño de mecanismos de pago cruzado entre instituciones y entidades que permitan las transferencias de recursos, y el diseño y establecimiento de un sistema de precios contables homogéneo que facilite la transferencia de costos.

#### **Metas**

- Mejorar la gestión de camas y la ocupación hospitalaria en los 100 hospitales más cercanos a comunidades rurales.

### **Línea de acción 6.4.** Crear redes virtuales para la prestación de servicios de salud

Los avances recientes en las comunicaciones permiten fortalecer la oferta de servicios mediante la creación de redes virtuales. El presente programa busca aprovechar estos avances y con ese fin habrá de desarrollar las siguientes actividades: el diseño de planes de fortalecimiento de la infraestructura de comunicaciones del sector salud; la introducción paulatina de sistemas computarizados para el manejo integral de los pacientes en todos los hospitales rurales del sector; y el diseño de experiencias piloto de redes virtuales en ámbitos geográficos relativamente grandes que incluyan diversos niveles de atención.

#### **Metas**

- Instalar en los 100 hospitales a los que se hace mención en la línea 6.3 la plataforma tecnológica necesaria que permita conectar a esos hospitales con hospitales de mayor capacidad resolutive en las capitales de los estados y con los hospitales de alta especialidad de la Ciudad de México.

### **ESTRATEGIA 7.** Fortalecer la inversión en recursos humanos e infraestructura en salud en el campo

La producción de servicios de salud se caracteriza por el empleo intensivo de una amplia gama de recursos humanos y materiales, información y conocimiento. Dichos recursos deben distribuirse de manera racional y equitativa



### Estrategia 7

Fortalecer la inversión en recursos humanos e infraestructura en salud en el campo

#### Líneas de acción

- 7.1. Fortalecer la capacitación de los recursos humanos para la salud en las áreas rurales
- 7.2. Utilizar las tecnologías de la información y la comunicación para hacer más eficiente la práctica médica en el medio rural
- 7.3. Diseñar planes maestros de infraestructura y equipamiento para el medio rural

para garantizar una prestación de servicios de salud acorde con los retos de calidad y equidad. Implica, por lo tanto, acercar dichos recursos a las zonas rurales y a quienes en ellas habitan.

En México hay insuficiencia de ciertos recursos y un problema grave de distribución en la mayoría de ellos. Mientras que en las ciudades hay un exceso de personal médico y paramédico, que se traduce en desempleo y subempleo, en las áreas rurales hay una marcada escasez de profesionales.

El objetivo de las acciones que se incluyen en esta estrategia es incorporar al diseño de las políticas de salud la idea de que la inversión en capital humano, conocimiento e infraestructura, tiene una importancia estratégica. La sugerencia fundamental es planear el desarrollo de estos recursos haciendo uso de criterios explícitos y tomando en cuenta las necesidades concretas de salud de las zonas rurales.

**Línea de acción 7.1.** Fortalecer la capacitación de los recursos humanos para la salud en las áreas rurales

Los sistemas de salud requieren de la capacitación continua de su personal para adecuarse al cambio tecnológico, al avance del conocimiento y a los nuevos arreglos institucionales. En aras de obtener mejores desempeños es necesario impulsar y fortalecer las capacidades, habilidades y destrezas de todo el personal según el tipo de funciones que tienen a su cargo. En particular, es deseable un mayor desarrollo de las habilidades clínicas y gerenciales para impactar las funciones más importantes de la prestación de servicios. En este sentido, es vital fortalecer el de-

sarrollo institucional de los servicios de salud con estrategias, mecanismos, recursos y acciones innovadoras de capacitación gerencial que contribuyan al incremento de la productividad y a la mejoría continua de la calidad. Este programa de capacitación debe tener una cobertura nacional y de los tres niveles de atención, por lo que será una estrategia importante para capacitar a los directivos de las unidades médicas de primer nivel del medio rural, con el consiguiente efecto positivo sobre la calidad de los servicios de salud y la administración racional de los recursos existentes.

Esta línea de acción contempla, entre otras actividades, las siguientes: capacitar al personal de salud que labora en las unidades médicas rurales en la atención de los padecimientos más frecuentes en este medio; diseñar programas de capacitación a distancia para los distintos tipos de trabajadores de la salud del medio rural; incorporar a las actividades de capacitación de este personal componentes gerenciales; promover entre el personal médico la certificación profesional como elemento de actualización y de confianza de los usuarios en la calidad de los servicios de salud.

#### Metas

- Capacitar al 100% de los pasantes en servicio social que laboren en áreas rurales en la atención de los padecimientos más frecuentes en este medio y en actividades específicas de salud pública.
- Ofrecer al 100% del personal de base de las unidades médicas rurales capacitación continua.

**Línea de acción 7.2.** Utilizar las tecnologías de la información y la comunicación para hacer más eficiente la práctica médica en el medio rural

El aislamiento geográfico y el rezago en medios de comunicación en las áreas rurales se ha sumado a su atraso económico-social y a su condición de pobreza, agravando el precario estado de salud de la población campesina e indígena. Esta iniciativa permite poner al alcance de la población de las áreas marginadas del medio rural e indígena del país servicios de salud ágiles, a través de sistemas telemáticos interactivos que permiten al personal de las diferentes unidades de salud comunicarse para atender oportunamente las necesidades de salud de la población dentro de la región donde reside.

Dentro de las actividades de esta línea se cuentan: crear sistemas de telesalud en las instituciones del sector salud para intercomunicar al personal de los tres niveles de atención; ofrecer a la población información y trámites de salud en línea a través del portal e-Salud; reforzar las capacidades del personal mediante la educación continua a distancia; modernizar los procesos de gestión y administración de servicios de salud a través de opciones telemáticas.

### Metas

- Incorporar a esta iniciativa al 30% de las unidades de salud de primer nivel de atención que se encuentran en áreas rurales con los mayores niveles de marginación.
- Instalar en todas las entidades federativas redes de e-Salud que enlacen a las unidades del primer nivel de atención con las hospitalarias.
- Crear el portal e-Salud y asegurar el acceso al mismo de todos los municipios del país.
- Equipar con teleconsultorios a dos hospitales generales, cinco hospitales comunitarios y 16 centros de salud en los estados de Puebla y Guerrero, con una inversión sufragada por la Secretaría de Salud y el PROCEDES.
- Instalar en 2003, conjuntamente con el PROCEDES, teleconsultorios en dos hospitales generales, seis hos-

pitales comunitarios y 18 centros de salud en los estados de Chiapas y Oaxaca.

- Instalar 138 centros comunitarios digitales en igual número de unidades de salud de 29 entidades federativas.

**Línea de acción 7.3.** Diseñar planes maestros de infraestructura y equipamiento para el medio rural

Los bienes muebles e inmuebles, los insumos y equipos, y la infraestructura conforman el ambiente para la producción de los servicios de salud. La infraestructura del sector público de la salud en general y en el medio rural en particular presenta problemas de insuficiencia, pobre mantenimiento, obsolescencia y descuido en aspectos de imagen, señalización y mobiliario.

Para garantizar que la inversión en infraestructura genere mejores condiciones para la prestación de servicios de salud, se plantean las siguientes estrategias:

- El levantamiento de un inventario de la infraestructura disponible en el medio rural en colaboración con el Consejo de Salubridad General y el Grupo de Trabajo de Infraestructura en Salud del Consejo Nacional de Salud.
- El diseño de criterios para la inversión en bienes muebles e inmuebles en el sector público, incluyendo los bienes muebles e inmuebles del ámbito rural.
- Diseño de un Plan Maestro de Infraestructura y Equipamiento de Salud para el medio rural.

### Metas

- Rehabilitación de la infraestructura de 207 hospitales básicos comunitarios y aumento en la capacidad resolutive de los mismos.
- Construcción de hasta 40 nuevos hospitales básicos comunitarios, sólo en donde no existe otro tipo de proveedor (público o no gubernamental).

**ESTRATEGIA 8.** Fortalecer la información y las acciones de vigilancia epidemiológica

Es necesario realizar un esfuerzo para que el personal adscrito a las unidades médicas tengan la capacitación necesaria para llevar a cabo el registro y procesamiento de las estadísticas básicas de salud. El esfuerzo debe ser particularmente intenso en las unidades rurales. Lo mismo debe suceder con las actividades de vigilancia epidemiológica.

**Línea de acción 8.1** Fortalecer las estadísticas de la población del área rural

En el área rural es necesario hacer conciencia sobre la importancia del registro de los hechos vitales, especialmente de la natalidad y la mortalidad.

Como parte de este esfuerzo, se contempla:

- Diseñar mecanismos para el facilitar el acceso de los usuarios a las oficinas del Registro Civil.
- Establecer un proyecto de análisis de los factores que explican el patrón de registro de los hechos vitales a efecto de definir estrategias que permitan abatir los problemas del subregistro.
- Establecer procedimientos para medir el subregistro y el registro tardío, para así contar con datos confiables sobre el estado de salud de la población del área rural.

**Línea de acción 8.2.** Fortalecer la supervisión de la actividad estadística de las unidades médicas rurales

Dentro de las principales actividades de esta línea de acción se incluyen:

- Fortalecer el sistema de supervisión capacitante de la actividad estadística a efecto de que se destinen los recursos necesarios que garanticen su operación en el área rural.
- Precisar y poner en operación el programa de verificación de la información registrada en las distintas unidades de salud.
- Operacionalizar los indicadores de calidad de la información a ser utilizados e incluirlos en la certificación de las unidades médicas.

### Metas

- A partir del 2003 generar un informe anual sobre las estadísticas de "la salud y la atención a la salud en el campo".
- Supervisar anualmente a por lo menos 50% de las entidades federativas que cuentan con unidades rurales de salud.

**Línea de acción 8.3** Fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica en áreas con servicios de salud

Las áreas que disponen de unidades médicas incorporadas al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica continuarán con las actividades regulares de notificación. El Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones asimismo continuará en operación.

## Estrategia 8

Fortalecer la información y las acciones de vigilancia epidemiológica

### Líneas de acción

- 8.1. Fortalecer las estadísticas de la población del área rural
- 8.2. Fortalecer la supervisión de la actividad estadística de las unidades médicas rurales
- 8.3. Fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica en áreas con servicios de salud
- 8.4. Fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica en áreas sin servicios de salud

Para fortalecer estos sistemas en el área rural se llevarán a cabo las siguientes actividades:

- Identificación de todas las unidades médicas consideradas como rurales, para que en el catálogo de unidades que notifican se les coloque una “bandera” que permita una salida de información automática.
- Fortalecer la capacitación de las unidades operativas incluidas en el Programa Emergente de Salud para el Campo.
- Identificar los municipios considerados como “rurales” para colocar “banderas” al Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones que permita una salida de información automática.
- Promover una farmacovigilancia efectiva en las unidades rurales de salud para optimizar la terapéutica y reducir las reacciones adversas.

### Metas

- Mantener la cobertura semanal oportuna de notificación de todas las unidades médicas incluidas en el Programa por lo menos en un 80%.
- Mantener la consistencia semanal de notificación entre 80 y 100%, en el número de diagnósticos.
- Disponer de información mensual del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones.

**Línea de acción 8.4.** Fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica en áreas sin servicios de salud

Para las áreas sin servicios de salud, las entidades federativas podrán poner en práctica el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Simplificada, que le permite al personal comunitario identificar hasta 28 diferentes padecimientos de manera sindrómica. Todos los casos notificados por este sistema son de carácter presuntivo ya que deben ser canalizados a las unidades médicas para su diagnóstico y control específico.

Dentro de las principales actividades de esta línea de acción se incluyen:

- Enviar a los estados esta propuesta de trabajo para las áreas sin servicios de salud.
- Integrar la información que los estados presenten para la programación de las actividades de asesoría.

### Metas

- Diseñar una estrategia de difusión y envío de la misma a las 32 entidades.
- Integrar un diagnóstico de necesidades de incorporación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica Simplificada en los estados.
- Programar las acciones de capacitación a los estados que se integren.

### Retos y principales iniciativas del **Programa Emergente de Salud para el Campo 2003-2006**

Retos	Principales iniciativas
Equidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Arranque Parejo en la Vida</li> <li>■ Atención a las enfermedades del rezago incluyendo las zoonosis</li> <li>■ Garantizar el acceso a agua apta para uso y consumo humanos</li> <li>■ Garantizar la inocuidad alimentaria</li> </ul>
Calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Programa de Dignificación de las Unidades Rurales de Salud</li> <li>■ Abastecimiento de medicamentos esenciales en las unidades rurales de salud</li> </ul>
Protección Financiera	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Seguro Popular de Salud</li> </ul>





**Capítulo III**  
Evaluación y  
rendición de cuentas

---





El seguimiento y evaluación de las acciones y metas establecidas en el **Programa Emergente de Salud para el Campo 2003-2006** se inscriben en el marco general de la evaluación del *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. Los procesos de evaluación incluirán tres componentes esenciales: i) la evaluación del desempeño del sistema de salud; ii) la evaluación de los objetivos intermedios del sistema, y iii) el seguimiento y evaluación de las metas específicas comprometidas por las diferentes dependencias de la Secretaría de Salud en este programa emergente.

Como estrategia general se propone que la evaluación ponga énfasis en los resultados y que tenga un carácter comparativo. En este proceso se mantendrán y fortalecerán los vínculos establecidos con el Consejo Nacional de Salud, que supervisa y sanciona de manera colegiada las actividades de evaluación.

Los resultados que se obtengan de estos ejercicios de evaluación constituirán uno de los insumos principales para los procesos de rendición de cuentas, con los cuales la Secretaría de Salud informa periódicamente a los diferentes sectores de la población.

### **Evaluación del desempeño del sistema**

La evaluación del desempeño del sistema de salud mide el logro y el grado de eficiencia con el cual el sistema está cumpliendo con sus tres objetivos básicos: i) mejorar el nivel y la distribución de la salud de la población; ii) asegurar la justicia en el financiamiento y proveer mecanismos para proteger a individuos y familias contra el empobrecimiento por razones de salud, y iii) proporcionar un trato digno y respetuoso a todos los usuarios. La evaluación de este componente permite realizar los ajustes de conducción política del sistema en los ámbitos federal y estatal.

Las metas que la presente administración pretende lograr en este rubro son las siguientes:

- Realizar al menos dos mediciones del desempeño del sistema durante la presente administración. La primera de ellas es una medición inicial que está en curso bajo el nombre de Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño y que tiene un carácter comparativo por entidad federativa y por estrato urbano-rural. Los resultados de este estudio serán dados a conocer en el mes de julio del presente año. La segunda medición se incorporará al sistema nacional de encuestas de salud y se realizará durante el último año de la administración.
- Difundir en todas las entidades federativas los resultados de la evaluación y compartir los avances técnicos y del conocimiento relacionados con este componente.

### **Evaluación de los objetivos intermedios**

El Consejo Nacional de Salud ha definido y aprobado una lista de 58 indicadores de resultado con los cuales está dando seguimiento a los objetivos intermedios de todos los sistemas de salud estatales. Estos indicadores permiten establecer los ajustes periódicos de conducción política y programática de los sistemas federal y estatales de salud. En este componente se ha definido la siguiente meta:

- Elaborar y difundir anualmente los resultados de los indicadores aprobados por el Consejo Nacional de Salud, desagregados por institución y por estrato urbano-rural en todos aquellos indicadores cuyas características lo permitan.

### **Evaluación de las metas del Programa Emergente de Salud para el Campo**

Todas las metas establecidas en las líneas de acción del **Programa Emergente de Salud para el Campo 2003-2006** serán objeto de seguimiento y evaluación puntual.



Para este rubro la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño estableció las siguientes metas:

- Clasificar las metas del Programa según área responsable.
- Reunir la información necesaria para los fines de la evaluación en cada meta.
- Difundir los resultados de la evaluación en las diferentes áreas de la Secretaría de Salud.
- Incorporar el grado de cumplimiento de las metas en los procesos de rendición de cuentas.

## **Anexos**





## ANEXO I.1 Características de la Población en México por Entidad Federativa, 2002

Entidad Federativa	Población (miles)		% Grupos de edad (años) 1/				Mujeres en edad fértil (miles) 2/		Índice de dependencia (%) 3/							
			Rural		Urbano											
	Total	Hombres	Mujeres	0-4	15-64	65 y+	Rural	Urbano								
<b>Nacional</b>	<b>36,201.0</b>	<b>18,984.5</b>	<b>17,216.6</b>	<b>66,838.9</b>	<b>32,315.3</b>	<b>34,523.6</b>	<b>36.8</b>	<b>58.4</b>	<b>4.7</b>	<b>31.3</b>	<b>64.1</b>	<b>4.6</b>	<b>8,488.9</b>	<b>19,401.5</b>	<b>71.1</b>	<b>56.1</b>
Aguascalientes	243.6	125.7	117.7	775.0	372.0	403.1	40.2	56.2	3.7	34.9	60.9	4.3	58.7	218.6	78.0	64.3
Baja California	378.0	208.4	170.8	2,350.6	1,175.3	1,175.3	34.1	62.4	4.1	32.6	63.7	3.7	88.4	657.7	61.1	57.0
Baja California Sur	146.7	81.9	65.4	300.0	151.0	149.0	31.3	64.6	4.5	31.1	65.6	3.1	35.3	87.5	55.5	52.1
Campeche	309.4	168.8	141.4	411.3	200.1	211.2	36.1	60.3	4.0	31.5	64.2	4.2	71.8	120.8	66.4	55.6
Coahuila	342.9	186.5	157.2	2,179.5	1,071.8	1,107.7	33.1	61.8	5.4	32.4	63.0	4.7	78.9	604.9	62.3	58.7
Colima	153.3	80.8	72.6	425.2	208.5	216.7	33.3	60.6	5.9	32.4	62.5	5.1	36.5	120.0	64.8	59.9
Chiapas	2,674.7	1,425.9	1,251.5	1,260.4	605.3	655.1	40.1	56.9	3.1	33.1	63.0	3.9	615.0	371.9	75.9	58.8
Chihuahua	720.5	393.3	329.0	2,580.3	1,276.2	1,304.1	34.8	60.4	4.9	31.9	63.7	4.3	162.7	718.4	65.7	56.9
Distrito Federal	95.8	50.3	45.5	9,545.7	4,525.4	5,020.4	32.5	65.0	3.2	26.4	67.6	6.0	25.8	2,892.8	54.9	47.9
Durango	676.9	355.7	321.4	828.2	396.8	431.4	36.8	57.7	5.4	34.1	61.6	4.2	155.7	235.8	73.1	62.2
Guanajuato	1,852.0	934.9	912.7	3,063.9	1,474.9	1,589.0	38.4	56.4	5.0	34.9	60.3	4.7	452.3	855.0	77.0	65.7
Guerrero	1,787.2	929.2	857.0	1,349.8	644.7	705.0	40.5	54.0	4.9	33.7	61.8	4.3	386.2	386.7	84.2	61.5
Hidalgo	1,479.1	769.0	709.3	768.6	365.1	403.5	36.0	59.3	4.9	31.6	64.0	4.4	356.4	231.9	68.9	56.4
Jalisco	1,717.0	886.3	829.0	5,081.6	2,457.6	2,624.0	34.8	59.2	5.9	33.1	62.0	4.8	412.5	1,428.2	68.7	61.2
México	3,370.2	1,763.6	1,606.2	10,771.5	5,243.5	5,528.0	36.8	59.6	3.9	31.6	64.9	3.5	822.9	3,187.3	68.1	54.1
Michoacán	2,126.9	1,083.9	1,039.3	1,961.2	936.9	1,024.3	36.9	57.0	5.7	34.1	60.9	4.8	503.3	555.2	74.8	63.9
Morelos	584.8	305.4	279.2	1,055.5	502.1	553.5	34.6	60.9	4.7	32.1	62.3	5.4	145.8	302.3	64.6	60.3
Nayarit	505.8	272.6	234.1	430.9	207.7	223.1	35.2	59.6	5.5	31.9	63.0	5.3	114.2	122.9	68.1	59.1
Nuevo León	406.5	220.9	186.5	3,827.1	1,893.1	1,934.0	31.5	63.0	5.9	29.8	65.8	4.6	94.2	1,099.2	59.3	52.2
Oaxaca	2,536.7	1,304.7	1,228.9	866.9	408.1	458.8	38.2	56.4	5.1	31.7	63.2	5.0	578.6	257.9	76.8	58.2
Puebla	2,687.6	1,385.5	1,299.3	2,536.0	1,208.8	1,327.1	38.8	56.2	4.9	31.8	63.5	4.7	614.2	744.6	77.7	57.7
Querétaro	656.2	340.9	314.9	804.4	388.6	415.8	38.9	57.0	4.0	32.2	64.3	3.6	156.2	242.9	75.2	55.7
Quintana Roo	223.9	122.9	101.6	719.5	367.2	352.3	37.8	58.8	3.6	33.0	65.0	2.0	52.0	208.7	70.5	53.8
San Luis Potosí	1,157.6	611.2	546.9	1,220.1	582.1	638.0	38.0	56.0	5.6	33.0	62.2	4.8	254.0	352.1	77.9	60.6
Sinaloa	1,146.2	617.0	531.1	1,496.2	722.3	773.9	33.9	61.5	4.9	32.7	62.9	4.4	267.5	431.6	63.1	58.9
Sonora	585.5	323.0	264.4	1,785.2	877.3	907.9	31.7	63.2	5.5	32.5	63.0	4.5	135.4	500.3	58.9	58.8
Tabasco	1,187.2	634.5	554.0	725.8	346.3	379.5	36.4	60.7	3.4	31.1	65.0	4.0	290.5	220.9	65.5	53.9
Tamaulipas	558.1	303.5	255.9	2,431.2	1,188.3	1,242.9	32.4	61.8	6.0	31.3	64.2	4.4	126.8	699.5	62.1	55.7
Tlaxcala	556.6	289.7	266.6	424.5	207.3	217.2	34.8	61.2	4.5	34.4	61.4	4.2	140.9	120.4	64.1	63.0
Veracruz	3,826.3	2,015.4	1,812.0	3,256.6	1,533.7	1,723.0	35.8	59.7	4.6	29.5	65.0	5.5	900.7	972.4	67.7	53.8
Yucatán	651.6	350.9	301.8	1,095.5	531.2	564.2	34.5	60.8	5.0	30.6	63.4	6.1	152.5	306.6	65.0	57.9
Zacatecas	856.1	442.2	413.1	510.8	246.3	264.5	36.6	57.7	5.6	33.7	61.7	4.6	203.1	146.7	73.2	61.9

1/ No incluye edad no especificada

2/ Mujeres de 15 a 49 años

3/ Se refiere a la población en edad inactiva (menos de 15 y 65 y más años) entre la población en edad productiva (15-49 años)

Fuente: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

**ANEXO I.2**  
**Características de la Vivienda en México por Entidad Federativa, 2000**

Entidad Federativa	Sin agua potable %		Sin servicio de drenaje %		Con piso de tierra %		Que cocina con leña o carbón %		Con material no durable en techos I/		Con material no durable en pisos I/	
	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano
<b>Nacional</b>	<b>52.5</b>	<b>6.9</b>	<b>30.0</b>	<b>7.1</b>	<b>32.2</b>	<b>5.0</b>	<b>49.5</b>	<b>2.6</b>	<b>64.2</b>	<b>21.8</b>	<b>46.7</b>	<b>9.1</b>
Aguascalientes	17.1	0.7	6.0	0.7	7.8	2.3	8.8	0.6	19.7	3.0	42.5	6.0
Baja California	51.0	11.2	19.7	5.5	10.1	3.3	4.4	0.3	91.2	58.4	39.1	28.8
Baja California Sur	46.0	10.7	28.5	5.9	26.5	6.9	17.5	1.4	72.3	23.8	37.4	10.0
Campeche	67.6	12.0	30.7	10.0	21.1	5.9	62.6	7.2	76.9	39.6	52.0	14.7
Coahuila	57.4	10.3	19.0	4.3	11.5	3.3	16.1	0.8	49.3	17.6	51.6	13.8
Colima	15.7	3.9	10.0	4.7	24.4	10.1	36.8	4.9	69.8	33.2	18.6	9.3
Chiapas	53.3	8.3	34.7	20.7	56.8	13.5	80.4	10.7	92.7	46.2	65.9	20.5
Chihuahua	45.1	4.3	19.2	2.8	20.5	2.1	37.8	0.6	79.9	36.6	75.9	18.5
Distrito Federal	38.7	1.8	46.7	2.6	15.5	1.4	7.6	0.3	49.0	13.5	14.9	2.5
Durango	53.8	6.4	19.1	2.2	20.8	6.9	36.7	4.3	55.8	12.0	85.0	12.6
Guanajuato	50.3	6.7	20.6	5.4	20.7	5.9	33.6	2.3	52.2	16.5	25.9	5.0
Guerrero	74.1	21.4	53.5	30.3	57.6	18.5	76.8	11.3	82.3	44.4	72.9	27.2
Hidalgo	46.7	6.7	25.3	5.3	25.1	5.2	45.5	4.2	51.1	17.3	24.9	5.2
Jalisco	26.8	3.0	21.3	6.7	18.9	4.3	25.6	1.2	42.8	7.9	33.3	7.1
México	42.7	5.7	23.7	5.5	17.7	3.5	31.0	1.2	48.5	18.8	31.1	3.2
Michoacán	40.8	8.4	20.7	10.7	28.0	9.0	40.2	4.5	64.6	26.8	48.2	15.1
Morelos	40.7	6.8	32.1	8.2	26.4	9.5	29.4	4.1	50.2	27.7	36.0	10.3
Nayarit	41.4	4.8	19.8	6.7	26.7	4.3	33.0	2.3	56.5	13.1	35.3	5.7
Nuevo León	42.6	4.9	23.6	4.3	12.5	2.5	21.0	0.6	44.7	12.1	26.0	3.7
Oaxaca	74.1	13.3	38.9	16.6	52.8	10.7	77.6	10.0	79.6	38.3	65.0	15.2
Puebla	61.2	11.5	32.5	12.1	38.4	6.8	58.6	5.3	60.9	18.4	37.3	7.1
Querétaro	52.0	5.0	24.2	4.6	19.6	3.5	36.6	1.2	53.2	11.4	15.7	3.6
Quintana Roo	51.6	3.1	19.7	7.1	28.4	4.1	62.0	4.0	65.3	21.5	50.3	15.7
San Luis Potosí	70.4	7.8	45.3	4.7	39.8	5.1	57.1	3.5	59.2	9.7	57.5	7.9
Sinaloa	50.2	12.1	24.3	6.8	29.5	6.9	31.2	1.8	31.9	9.1	22.7	6.0
Sonora	33.5	13.8	10.0	8.9	15.4	10.4	22.7	1.6	72.5	36.0	51.7	15.0
Tabasco	20.7	2.2	39.3	9.8	18.0	4.3	48.0	3.6	85.6	48.0	29.4	10.3
Tamaulipas	70.7	15.7	25.7	6.2	25.0	5.7	38.4	1.7	64.3	28.9	44.1	19.7
Tlaxcala	27.5	13.9	11.8	7.5	12.2	6.3	22.2	9.2	28.2	17.6	24.2	11.5
Veracruz	55.8	9.0	46.4	18.2	46.4	10.2	61.8	6.7	79.6	44.3	48.3	15.6
Yucatán	78.7	22.5	14.8	7.4	11.6	2.9	78.5	17.2	62.8	17.8	33.8	5.8
Zacatecas	43.6	5.4	21.6	6.0	13.3	3.6	24.5	0.9	32.7	9.0	62.6	14.8

I/ Material de desecho, lámina de cartón, lámina de asbesto y metálica, carrizo, bambú y palma, embarro y bajareque, madera y adobe  
Fuente: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

**ANEXO I.3**  
**Aspectos Socioeconómicos de la Población en México, 2000**

Entidad Federativa	Población de 5 años y + lengua indígena %		Población con discapacidad %		Población de 15 años y + analfabeta %		Promedio de escolaridad (años)		Población con seguridad social %	
	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano
<b>Nacional</b>	<b>15.2</b>	<b>2.4</b>	<b>2.6</b>	<b>2.1</b>	<b>18.2</b>	<b>4.7</b>	<b>5.4</b>	<b>8.8</b>	<b>77.9</b>	<b>45.0</b>
Aguascalientes	0.1	0.3	2.5	2.3	8.7	4.0	5.8	8.6	62.6	37.0
Baja California	6.8	1.2	2.0	1.7	9.6	2.7	6.0	8.6	57.8	39.5
Baja California Sur	0.9	1.0	2.2	1.8	6.0	3.1	7.0	9.2	53.0	34.1
Campeche	27.1	4.5	3.2	2.8	18.1	6.3	5.7	8.5	77.9	40.3
Coahuila	0.1	0.2	3.0	2.0	9.6	3.0	5.9	8.9	45.1	26.1
Colima	0.6	0.6	3.7	3.0	11.7	5.5	5.9	8.4	68.2	43.1
Chiapas	35.4	6.7	1.5	1.6	29.6	10.5	4.3	8.1	89.2	61.0
Chihuahua	12.7	0.9	2.6	2.1	12.6	2.5	5.5	8.5	64.8	30.7
Distrito Federal	3.9	2.1	1.8	2.2	6.1	3.0	7.9	9.7	63.0	46.2
Durango	0.8	0.8	3.3	2.5	7.2	2.8	5.8	8.8	62.2	35.5
Guanajuato	0.5	0.5	2.7	2.2	19.3	7.8	4.8	7.5	83.9	50.8
Guerrero	20.8	3.2	2.4	2.0	29.6	9.7	4.8	8.3	89.9	58.8
Hidalgo	24.0	4.4	2.9	2.0	20.1	5.8	5.7	8.7	78.6	52.1
Jalisco	1.2	0.8	3.1	2.3	11.7	4.6	5.7	8.4	73.5	46.5
México	6.5	2.4	1.9	1.8	13.4	4.2	6.4	8.7	75.7	49.6
Michoacán	5.6	1.2	2.9	2.3	18.8	8.3	4.9	8.0	82.3	59.7
Morelos	3.3	1.9	2.7	2.5	12.7	7.5	6.6	8.5	77.4	56.2
Nayarit	7.4	1.6	3.5	2.9	12.9	4.0	5.8	9.1	74.2	44.3
Nuevo León	0.3	0.5	2.4	2.1	8.0	2.8	6.4	9.2	52.5	28.4
Oaxaca	43.5	16.8	2.5	2.3	25.7	9.6	5.0	8.2	82.9	57.0
Puebla	20.9	3.8	2.4	1.9	22.5	6.0	5.0	8.8	89.0	54.3
Querétaro	3.5	0.9	2.3	1.6	17.7	3.9	5.6	9.4	70.2	35.7
Quintana Roo	42.5	15.8	1.7	1.5	15.5	4.5	6.0	8.6	77.6	42.4
San Luis Potosí	19.0	1.1	3.3	2.1	17.8	4.4	5.1	8.9	79.2	41.0
Sinaloa	3.1	0.9	2.6	2.0	12.2	4.1	6.0	9.1	57.5	36.0
Sonora	7.9	1.1	3.2	1.9	9.0	2.9	6.5	8.9	56.5	34.2
Tabasco	6.4	1.5	3.2	2.9	13.2	4.9	6.1	9.0	79.7	50.8
Tamaulipas	0.6	0.9	2.9	2.0	10.8	3.9	5.7	8.8	66.6	40.5
Tlaxcala	3.3	3.3	2.0	1.8	9.7	5.2	7.1	8.6	74.1	60.0
Veracruz	15.8	2.3	2.5	2.4	22.0	6.9	5.0	8.4	81.0	50.7
Yucatán	62.5	20.8	3.6	3.1	21.0	7.0	4.9	8.1	70.4	41.6
Zacatecas	0.1	0.2	2.8	2.4	10.1	4.6	5.5	8.5	77.7	43.9

Fuente: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

**ANEXO I.4**  
**Porcentaje de Hogares con Gastos Catastróficos por Motivos de Salud**  
**según Condición de Aseguramiento y Quintiles de Gasto per Cápita**  
**México, 2000**

Variables	Total Hogares	%	Hogares con gasto positivo en salud	Prevalencia de hogares con gasto en salud	Gasto en salud privado	Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud
<b>Nacional</b>	<b>23,431,683</b>	<b>100.0%</b>	<b>15,753,941</b>	<b>67%</b>	<b>889</b>	<b>4.5</b>
<b>No asegurados</b>	<b>13,457,974</b>	<b>57.4%</b>	<b>8,963,761</b>	<b>67%</b>	<b>813</b>	<b>6.1</b>
Quintil I	3,769,076	16.1%	2,053,472	54%	275	6.4
Quintil II	2,924,904	12.5%	1,956,142	67%	449	6.6
Quintil III	2,453,983	10.5%	1,661,287	68%	710	5.4
Quintil IV	2,094,904	8.9%	1,581,471	75%	888	5.5
Quintil V	2,215,107	9.5%	1,711,389	77%	1,905	6.3
<b>Asegurados</b>	<b>9,973,709</b>	<b>42.6%</b>	<b>6,790,180</b>	<b>68%</b>	<b>989</b>	<b>2.3</b>
Quintil I	405,772	1.7%	192,026	47%	171	1.1
Quintil II	1,356,738	5.8%	777,186	57%	357	4.2
Quintil III	2,211,375	9.4%	1,469,056	66%	417	2.1
Quintil IV	2,756,219	11.8%	1,848,711	67%	636	1.6
Quintil V	3,243,605	13.8%	2,503,201	77%	1,845	2.4
<b>Rurales</b>	<b>8,492,093</b>	<b>36.2%</b>	<b>5,447,961</b>	<b>64% 1/</b>	<b>811</b>	<b>7.0</b>
<b>No asegurados</b>	<b>6,810,686</b>	<b>80.2%</b>	<b>4,356,359</b>	<b>64% 2/</b>	<b>833</b>	<b>7.6</b>
Quintil I	3,028,740	44.5%	1,646,605	54% 4/	263	5.4
Quintil II	1,625,876	23.9%	1,089,046	67% 4/	486	7.7
Quintil III	951,834	14.0%	668,601	70% 4/	969	8.2
Quintil IV	636,860	9.4%	497,615	78% 4/	1,425	12.6
Quintil V	567,376	8.3%	454,492	80% 4/	2,885	13.1
<b>Asegurados</b>	<b>1,681,407</b>	<b>19.8%</b>	<b>1,091,602</b>	<b>65% 2/</b>	<b>722</b>	<b>4.2</b>
Quintil I	179,486	10.7%	95,926	53% 5/	213	2.3
Quintil II	413,239	24.6%	238,385	58% 5/	463	4.9
Quintil III	463,944	27.6%	285,727	62% 5/	354	2.4
Quintil IV	358,040	21.3%	270,317	75% 5/	1,064	8.5
Quintil V	266,698	15.9%	201,247	75% 5/	1,333	1.8
<b>Urbanos</b>	<b>14,939,590</b>	<b>63.8%</b>	<b>10,305,980</b>	<b>69% 1/</b>	<b>930</b>	<b>3.1</b>
<b>No asegurados</b>	<b>6,647,288</b>	<b>44.5%</b>	<b>4,607,402</b>	<b>69% 3/</b>	<b>794</b>	<b>4.5</b>
Quintil I	740,336	11.1%	406,867	55% 4/	322	10.4
Quintil II	1,299,028	19.5%	867,096	67% 4/	403	5.1
Quintil III	1,502,149	22.6%	992,686	66% 4/	535	3.6
Quintil IV	1,458,044	21.9%	1,083,856	74% 4/	642	2.4
Quintil V	1,647,731	24.8%	1,256,897	76% 4/	1,151	4.0
<b>Asegurados</b>	<b>8,292,302</b>	<b>55.5%</b>	<b>5,698,578</b>	<b>69% 3/</b>	<b>1,040</b>	<b>1.9</b>
Quintil I	226,286	2.7%	96,100	42% 5/	129	0.1
Quintil II	943,499	11.4%	538,801	57% 5/	310	3.9
Quintil III	1,747,431	21.1%	1,183,329	68% 5/	432	2.0
Quintil IV	2,398,179	28.9%	1,578,394	66% 5/	563	0.6
Quintil V	2,976,907	35.9%	2,301,954	77% 5/	1,890	2.4

- 1/ Porcentaje respecto del total nacional  
2/ Porcentaje respecto de los hogares rurales  
3/ Porcentaje respecto de los hogares urbanos  
4/ Porcentaje respecto de los hogares no asegurados de acuerdo a la zona de residencia  
5/ Porcentaje respecto de los hogares asegurados de acuerdo a la zona de residencia

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 2000.

Datos preliminares. Información deflactada a precios de 2002.

La cifra de total de hogares no coincide con lo reportado en el tabulado de ENIGH 2000 debido al proceso desarrollado para calcular el porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud.

**ANEXO I.5**  
**Porcentaje de Hogares que Perciben**  
**hasta Dos Salarios Mínimos Mensuales\***  
**México, 2000**

<b>Entidad Federativa</b>	<b>Rural</b>	<b>Urbano</b>	<b>Total</b>
<b>Nacional</b>	<b>38.0</b>	<b>8.45</b>	<b>19.21</b>
Aguascalientes	19.10	7.02	9.99
Baja California	11.07	5.15	6.09
Baja California Sur	13.01	4.66	7.71
Campeche	42.25	12.66	25.62
Coahuila	22.87	7.61	10.03
Colima	24.65	9.01	13.57
Chiapas	60.40	18.96	46.85
Chihuahua	32.02	6.11	12.48
Distrito Federal	11.06	6.44	6.48
Durango	39.59	9.02	23.58
Guanajuato	36.42	9.05	19.98
Guerrero	52.46	13.23	35.82
Hidalgo	38.01	12.62	29.68
Jalisco	25.12	6.94	12.00
México	26.55	7.40	12.14
Michoacán	37.11	11.98	25.61
Morelos	24.72	10.99	16.23
Nayarit	29.55	10.41	21.32
Nuevo León	24.69	5.24	7.55
Oaxaca	54.68	14.12	44.62
Puebla	43.87	10.27	27.80
Querétaro	26.85	5.39	15.08
Quintana Roo	37.78	5.73	13.46
San Luis Potosí	44.20	9.22	26.63
Sinaloa	21.68	7.10	13.84
Sonora	17.97	6.76	9.89
Tabasco	42.97	12.97	31.75
Tamaulipas	32.47	8.03	13.23
Tlaxcala	25.12	12.52	20.03
Veracruz	41.20	13.89	28.76
Yucatán	39.87	13.92	24.06
Zacatecas	42.15	12.19	31.73

\* Salario mínimo diario de 37.90 vigente al 1 de enero de 2000 para el Distrito Federal, INEGI.  
 Para convertir a mensual se multiplicó por 30.4.  
 Fuente: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.



**ANEXO I.6**  
**Indicadores Básicos del Sistema Nacional de Salud. Principales Servicios\***  
**México, 2001**

Entidad Federativa	Consulta externa general		Consulta odontológica		Estudios de laboratorio		Estudios de rayos X		Lesiones atendidas	
	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano
<b>Nacional</b>	<b>54,429</b>	<b>117,736</b>	<b>2,098</b>	<b>10,151</b>	<b>4,494</b>	<b>181,163</b>	<b>347</b>	<b>17,667</b>	<b>275</b>	<b>2,983</b>
Aguascalientes	174	1,484	14	111	0	2,138	1	246	1	68
Baja California	328	3,317	16	274	59	5,349	2	450	3	72
Baja California Sur	109	978	2	94	0	1,307	0	131	2	20
Campeche	736	888	38	77	66	1,234	4	137	4	25
Coahuila	747	4,123	43	306	238	6,909	16	688	5	101
Colima	209	825	9	61	0	906	0	114	0	14
Chiapas	4,140	2,534	175	196	492	2,912	44	243	11	16
Chihuahua	1,193	4,070	46	268	153	5,916	12	625	6	118
Distrito Federal	27	16,191	23	1,974	0	46,225	0	4,181	0	469
Durango	1,275	2,072	28	141	129	2,713	15	301	8	33
Guanajuato	1,570	4,900	22	416	3	5,258	1	606	10	148
Guerrero	2,996	2,479	52	214	139	3,019	1	286	21	54
Hidalgo	2,979	1,681	187	146	358	2,342	34	236	27	25
Jalisco	2,230	7,866	40	546	0	9,473	0	1,079	13	340
México	5,070	13,691	113	1,151	24	14,207	0	1,518	17	376
Michoacán	3,134	3,579	131	338	315	3,908	29	403	16	75
Morelos	685	1,776	45	192	0	2,404	0	253	11	79
Nayarit	886	1,287	24	103	59	1,430	3	140	6	18
Nuevo León	932	6,333	61	435	53	10,990	3	1,239	4	189
Oaxaca	3,796	2,017	116	209	492	2,329	29	247	22	17
Puebla	3,894	3,592	247	377	370	5,064	23	552	16	111
Querétaro	1,020	1,521	54	140	0	2,669	0	229	6	65
Quintana Roo	358	1,288	14	127	10	1,798	0	167	4	22
San Luis Potosí	1,901	2,140	116	151	266	2,968	19	294	11	60
Sinaloa	1,372	4,232	50	283	187	5,721	23	457	10	42
Sonora	572	3,561	11	263	13	5,408	0	499	5	82
Tabasco	2,055	2,308	158	219	0	3,883	0	308	4	20
Tamaulipas	951	4,591	17	301	120	6,902	9	592	4	110
Tlaxcala	875	890	13	122	0	1,344	0	109	3	25
Veracruz	5,169	7,453	143	622	368	9,275	21	886	14	109
Yucatán	1,867	2,589	37	181	265	3,424	21	295	6	62
Zacatecas	1,177	1,481	53	112	312	1,739	36	156	5	17

Nota: \*/ Datos en miles

Fuente: SSA, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

**ANEXO I.7**  
**Indicadores Básicos del Sistema Nacional de Salud. Principales Servicios\***  
**México, 2001**

Entidad Federativa	Consulta por EDA's I/		Consulta por IRA's I/		Consulta a embarazadas		Consulta P F	
	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano
<b>Nacional</b>	<b>662</b>	<b>623</b>	<b>3,358</b>	<b>3,271</b>	<b>2,712</b>	<b>3,986</b>	<b>4,460</b>	<b>8,575</b>
Aguascalientes	3	6	21	34	13	51	21	133
Baja California	7	12	38	105	25	92	47	469
Baja California Sur	2	5	10	20	7	34	10	60
Campeche	8	4	50	16	42	31	68	75
Coahuila	8	14	58	91	33	124	62	219
Colima	3	3	21	24	10	28	18	88
Chiapas	52	28	158	62	231	89	320	220
Chihuahua	17	18	68	77	41	103	96	249
Distrito Federal	1	92	3	610	1	427	1	680
Durango	14	12	75	67	47	73	81	170
Guanajuato	29	31	189	210	84	234	132	311
Guerrero	50	24	152	81	109	110	335	355
Hidalgo	21	6	194	38	131	83	186	160
Jalisco	22	24	150	188	129	291	185	423
México	92	74	385	421	189	448	622	1,173
Michoacán	37	24	189	97	154	142	205	344
Morelos	10	12	54	64	35	48	87	193
Nayarit	10	8	40	29	44	47	82	137
Nuevo León	8	14	59	122	30	202	64	305
Oaxaca	51	20	179	64	219	111	274	189
Puebla	40	20	224	88	225	143	277	457
Querétaro	16	5	101	30	48	56	50	111
Quintana Roo	4	8	27	40	17	60	45	107
San Luis Potosí	15	12	99	50	110	83	115	184
Sinaloa	17	17	89	61	70	80	99	218
Sonora	13	15	56	74	25	97	46	231
Tabasco	21	21	104	71	110	111	180	241
Tamaulipas	11	28	59	117	35	161	66	207
Tlaxcala	10	5	81	39	39	39	69	71
Veracruz	36	36	229	133	311	258	441	524
Yucatán	18	13	124	54	79	69	90	147
Zacatecas	15	11	76	62	69	61	85	123

Notas: I/ A niños menores de 5 años

\*/ Cifras en miles

Fuente: SSA, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

**ANEXO I.8**  
**Indicadores Básicos del Sistema Nacional de Salud. Principales Recursos**  
**México, 2001**

Entidad Federativa	Unidades Médicas		Consultorios		Camas		Médicos en contacto con pacientes		Odontólogos		Enfermeras	
	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano
<b>Nacional</b>	<b>13,249</b>	<b>6,110</b>	<b>15,062</b>	<b>36,536</b>	<b>27,867</b>	<b>32,455</b>	<b>17,310</b>	<b>95,371</b>	<b>1,762</b>	<b>7,211</b>	<b>19,999</b>	<b>172,047</b>
Aguascalientes	60	56	85	445	158	275	72	1,286	17	79	87	2,182
Baja California	87	153	115	895	94	694	130	2,383	15	189	192	4,369
Baja California Sur	62	86	68	315	119	284	78	774	3	61	73	1,308
Campeche	172	104	227	446	294	318	252	848	28	52	290	1,285
Coahuila	207	165	249	1,078	372	1,045	272	2,817	36	164	396	5,607
Colima	107	56	126	270	239	296	124	725	9	42	99	1,210
Chiapas	1,352	200	1,140	889	1,570	796	1,160	2,168	117	187	1,528	3,359
Chihuahua	343	225	369	1,074	763	1,067	440	2,426	27	180	504	5,089
Distrito Federal	23	785	38	7,847	4	6,070	20	22,851	23	1,788	24	42,026
Durango	324	173	351	604	877	649	431	1,544	22	110	484	2,645
Guanajuato	431	192	498	1,178	1,168	1,035	558	3,187	27	245	542	5,563
Guerrero	849	194	954	849	1,793	787	1,009	1,993	61	164	1,129	3,531
Hidalgo	635	112	796	503	1,726	458	970	1,249	100	87	1,422	2,290
Jalisco	617	427	594	2,483	1,580	2,657	740	7,123	45	454	770	12,141
México	802	461	994	3,307	2,149	2,489	1,043	7,626	129	801	816	13,803
Michoacán	702	205	760	997	1,760	1,130	993	2,407	114	233	1,149	4,100
Morelos	154	122	229	519	390	525	202	1,394	39	112	303	2,420
Nayarit	262	85	292	341	563	280	343	831	26	68	401	1,556
Nuevo León	299	264	351	1,828	228	1,684	319	3,978	44	306	220	9,067
Oaxaca	1,103	155	1,211	732	2,031	524	1,459	1,522	95	125	1,847	2,740
Puebla	785	204	1,071	1,113	2,098	1,065	1,184	3,187	207	233	1,573	5,375
Querétaro	227	74	229	420	457	508	287	1,180	44	76	285	2,189
Quintana Roo	138	73	168	375	170	319	171	900	12	70	187	1,449
San Luis Potosí	438	114	447	610	804	527	579	1,541	98	91	749	2,827
Sinaloa	305	158	391	829	817	865	504	2,255	46	137	601	4,530
Sonora	191	189	219	1,069	599	1,084	209	2,824	10	170	235	5,084
Tabasco	465	146	528	826	903	714	565	2,203	141	151	560	3,596
Tamaulipas	266	242	301	1,194	500	1,192	333	3,400	17	199	360	5,972
Tlaxcala	155	43	214	260	440	314	409	680	18	67	288	1,325
Veracruz	1,150	442	1,432	2,295	2,064	1,855	1,634	5,473	139	389	1,770	8,751
Yucatán	236	99	277	565	386	588	387	1,700	23	110	559	3,097
Zacatecas	302	106	338	380	751	361	433	896	30	71	556	1,561

Fuente: SSA, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.



El **Programa Emergente de Salud para el Campo 2003-2006** se terminó de imprimir en la Ciudad de México el 31 de marzo de 2003. El cuidado de su edición estuvo a cargo de Alejandro López Franco y Sonia X. Ortega.



Salud

60 años  
de servir a México  
1943 - 2003

[www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)