



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

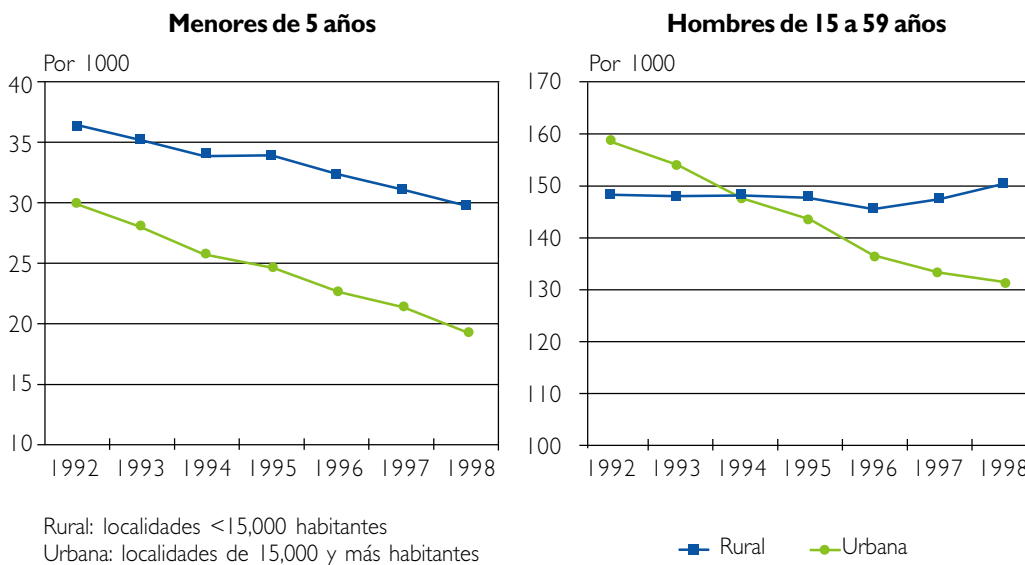
Fuente: Base de datos de defunciones 1999, 2001, INEGI/Secretaría de Salud

*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.

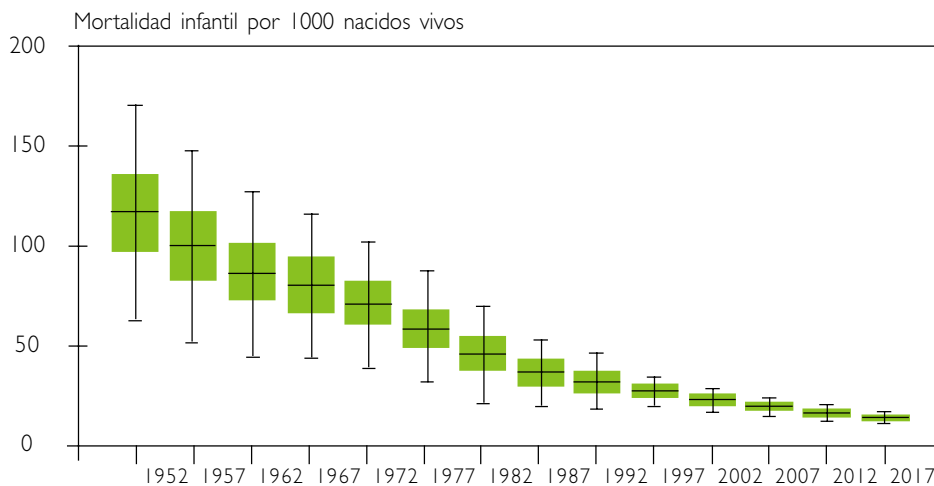
La mortalidad en menores de 5 años sigue siendo un indicador muy sensible a las desigualdades sociales. Así, mientras que en el Distrito Federal o el área urbana del Estado de México el riesgo de morir de los menores de 5 años es similar al de Chile o Costa Rica, en las zonas rurales de Oaxaca y Chiapas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

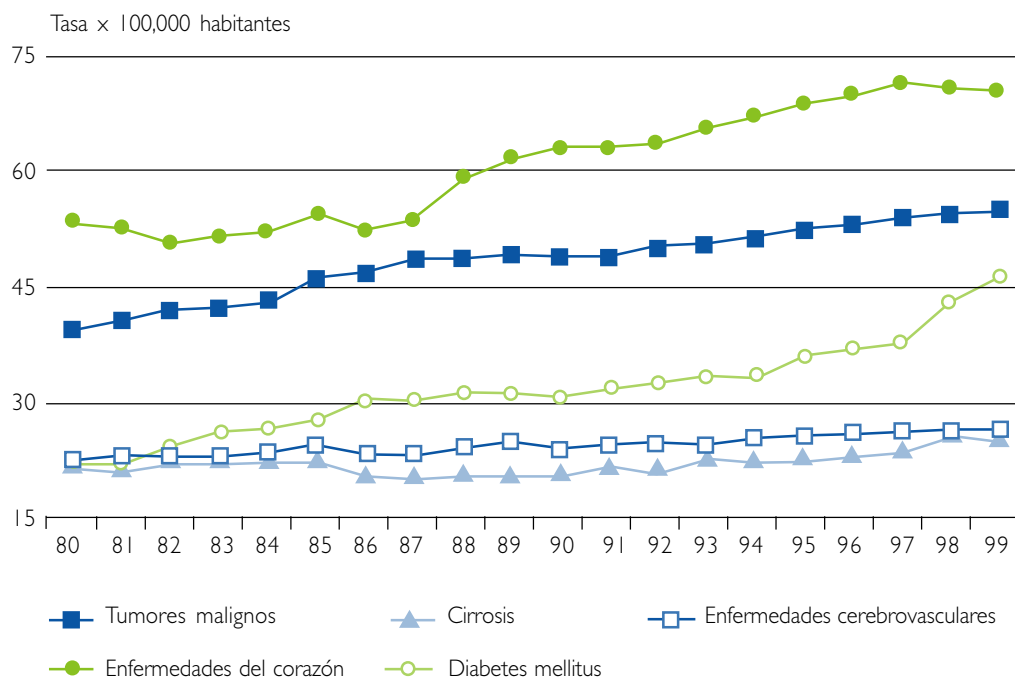
Según datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000, alrededor de 7.8% de la población rural mayor de 20 años padece diabetes mellitus, cifra similar a la encontrada en el

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

	Total	Rural	Urbano
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

Indicador	Total	Rural	Urbano
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.

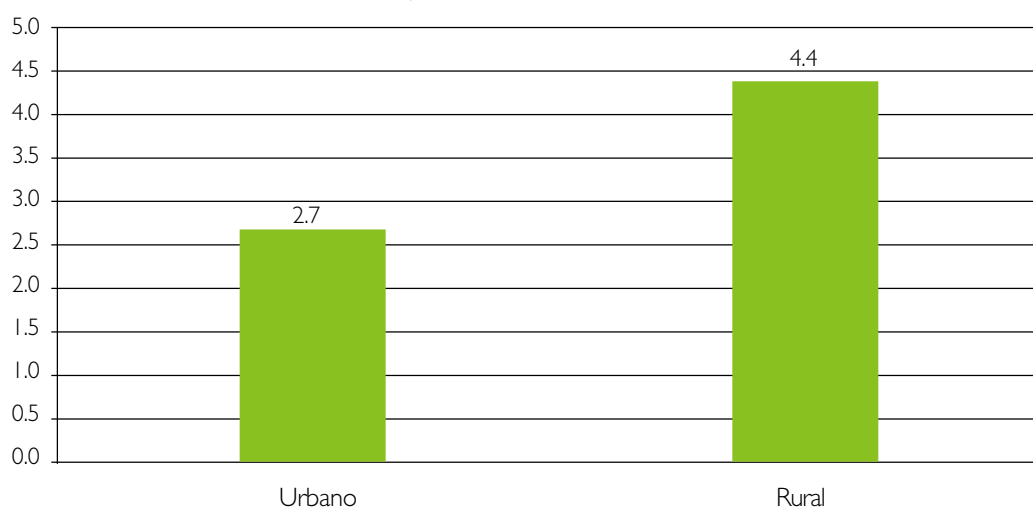
De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 2000, 36% de los hogares mexicanos están ubicados en áreas rurales. De éstos, 80% no cuentan con ningún esquema de aseguramiento, social o voluntario (Figura 6). Esta cifra es equivalente a 6.8 millones de hogares, de los cuales 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).

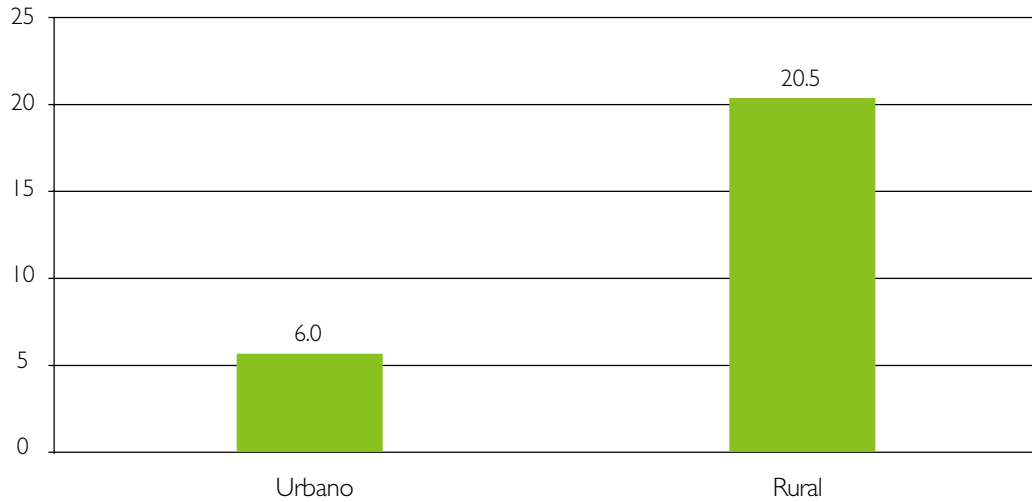
Figura 4. Porcentaje de individuos entrevistados que necesitaron asistencia médica y no la obtuvieron, ENED 2003



Fuente: Secretaría de Salud

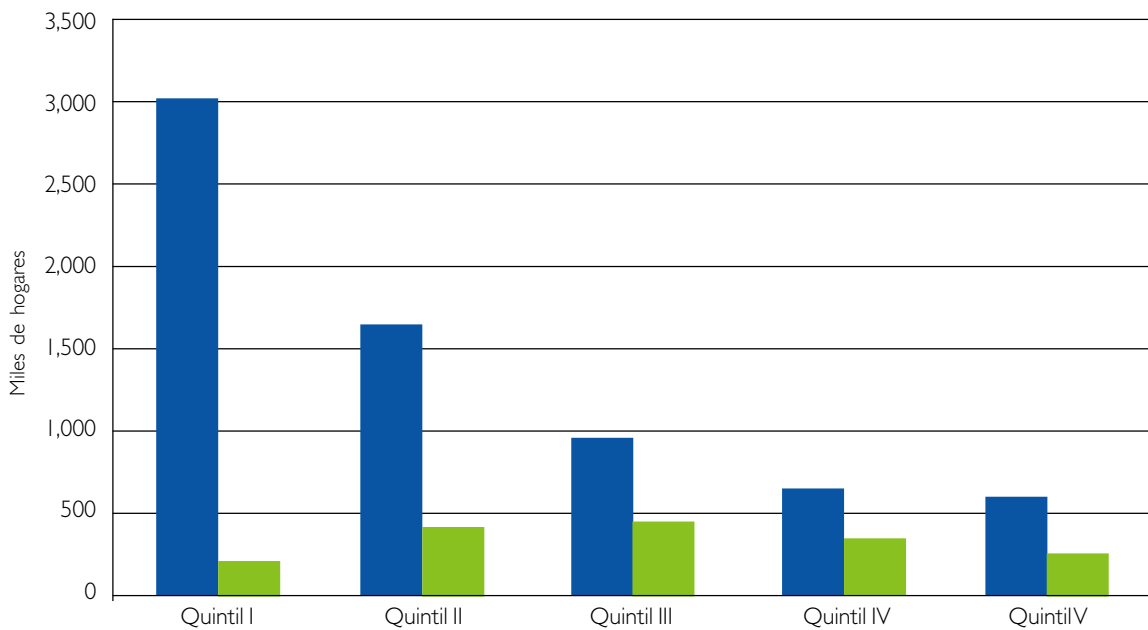
* Un hogar con gastos catastróficos se define como aquél que destina más del 30% de su capacidad de pago al gasto en salud.

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

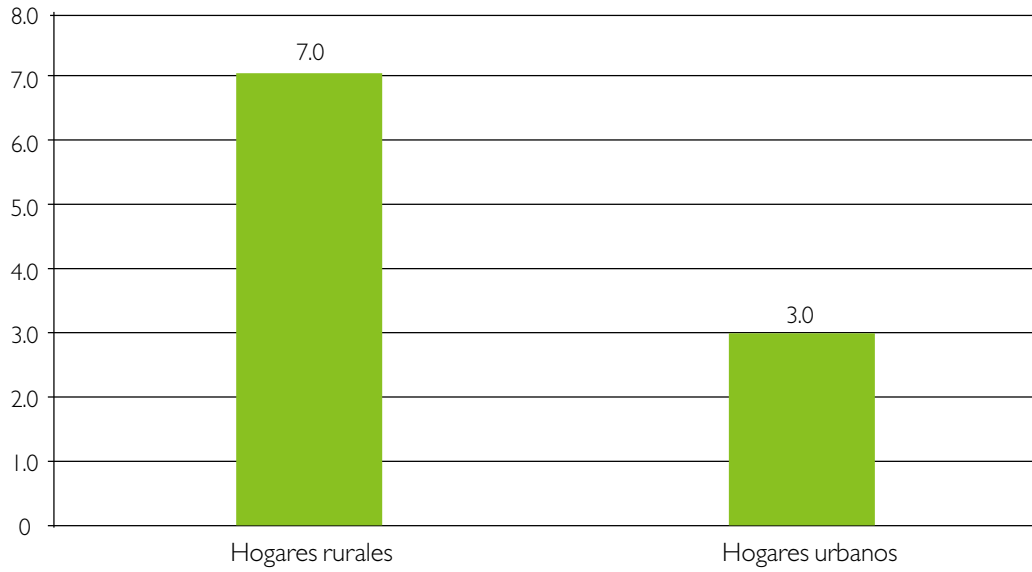


Quintiles de gasto per cápita

■ No asegurados ■ Asegurados

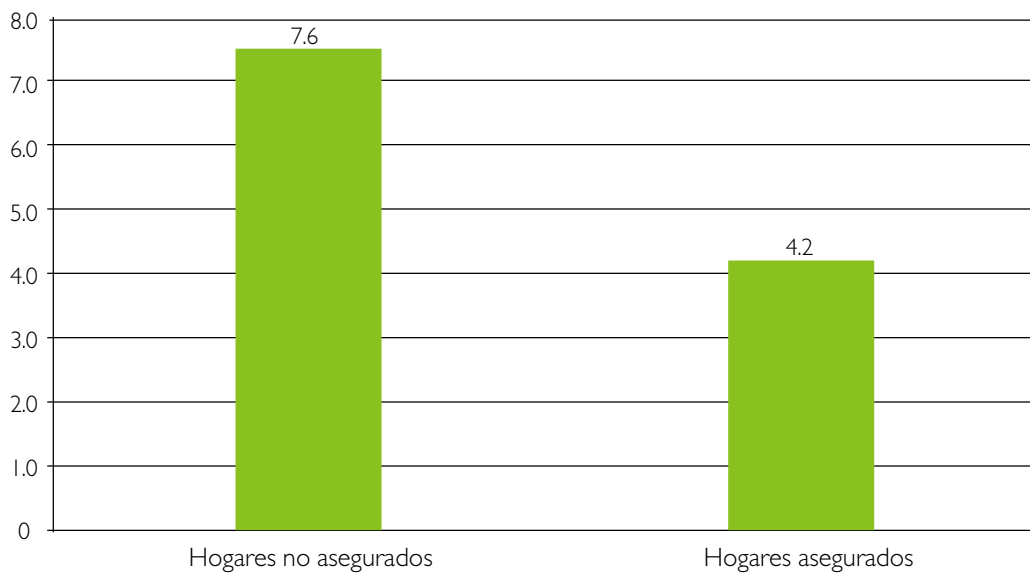
Fuente: Secretaría de Salud

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