



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

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

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.

