

Panorama General



Salud: México 2001 está dividido en dos capítulos. En el Capítulo I, La Salud y el Sistema de Atención, se presentan los valores estatales y nacionales de 43 indicadores básicos. En el Capítulo II, Los Mejores Desempeños, se destacan los resultados obtenidos por ciertas unidades, instituciones o entidades federativas en 21 indicadores de atención médica y salud pública.

En esta sección introductoria se presentan de manera resumida los principales datos y conclusiones de este documento. Así reunida, esta información da cuenta del estado general de salud de nuestra población y de la situación actual del sistema mexicano de atención a la salud.

La Salud y el Sistema de Atención

Condiciones de salud

Al igual que en la mayoría de los países del mundo, las condiciones de salud en México mejoraron considerablemente en el último medio siglo. A principios de la década de los cincuenta morían al año en el país 167 de cada 1 000 niños menores de 5 años; hoy mueren menos de 30. La mortalidad general pasó de 16 defunciones por 1 000 habitantes en 1950 a 4.5 en el año 2000.

Como reflejo de la reducción de la mortalidad, la esperanza de vida al nacer se incrementó de manera muy consistente durante la segunda mitad del siglo XX. Entre 1950 y 2000 el país ganó 25.7 años en este indicador. Hoy, como lo muestra este documento, las mujeres mexicanas pueden aspirar a vivir casi 78 años y los hombres casi 74. Estas son cifras parecidas a las de la República Checa y Argentina en el caso de las mujeres, y de Finlandia y Chile en el caso de los hombres.

Las principales causas de muerte también se modificaron. Las enfermedades transmisibles y los padecimientos ligados a la reproducción, que ocupaban los primeros sitios en las causas de mortalidad, fueron desplazadas por las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Entre 1950 y 2000 el porcentaje de defunciones debido a infecciones intestinales disminuyó 14 veces (de 14.3 a 1%), mientras que las muertes por enfermedades del corazón cuadruplicaron su participación en el total (4 a 16%).

Estos avances son producto de la mejoría en las condiciones generales de vida, pero también resultado del esfuerzo de las instituciones de salud, que se consolidaron en la segunda mitad del siglo XX. En 1943 se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el primero de los institutos nacionales de salud, el Hospital Infantil de México. Estas instituciones sentaron las bases del actual sistema de salud y, sumadas a instituciones que habrían de crearse unos años después, influyeron de manera decisiva en la mejoría de las condiciones generales de salud de nuestra población.

Pero así como celebramos con justicia nuestros logros, debemos reconocer la persistencia, en ciertas poblaciones, de problemas que ya debíamos haber resuelto (infecciones comunes, enfermedades relacionadas con la nutrición y males asociados a la reproducción) y la aparición de padecimientos que se hicieron evidentes como resultado de nuestros éxitos en el combate a las enfermedades propias del rezago epidemiológico: las enfermedades del corazón, la diabetes, el cáncer, las enfermedades mentales y las adicciones, las lesiones accidentales y la violencia.

La mortalidad por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias en el país mostró en la última década descensos notables. Entre 1990 y 2001 la mortalidad por diarreas y la mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años disminuyeron 84 y 71%, respectivamente. No obstante esto, la mortalidad por estas causas sigue siendo elevada. Las diarreas constituyen la cuarta causa de muerte en menores de 1 año y la tercera causa de mortalidad en la población preescolar, mientras que las infecciones respiratorias agudas son responsables de poco más del 10% de las muertes en menores de 5 años.

La desnutrición también sigue siendo un problema prioritario. La Encuesta Nacional de Nutrición 1999 nos indica que en México hay un poco más de dos millones de niños menores de 5 años con algún grado de desnutrición.

Estos padecimientos se presentan con mucha mayor frecuencia en las entidades del sur del país, en las zonas rurales, en los municipios marginados y en las poblaciones indígenas. Hay entidades federativas en el sur del país donde la probabilidad de morir por diarreas es hasta 10 veces más alta que en Sinaloa o Nuevo León. La prevalencia de desmedro (talla baja para la edad) es tres veces más elevada en el medio rural que en el medio urbano. En conjunto, las llamadas enfermedades del rezago (enfermedades infecciosas, de la nutrición y de la reproducción) afectan con mayor frecuencia a las poblaciones pobres. A nivel nacional son responsables del 15% de las muertes, pero en los municipios de alta marginación contribuyen con poco más del 25% de las defunciones.

Estos padecimientos propios del rezago, además, son los principales responsables de las diferencias que existen en el país en materia de mortalidad infantil. Los datos de este documento indican que un niño nacido en Chiapas tiene 50% más probabilidades de morir antes de cumplir 1 año de edad que un niño nacido en el Distrito Federal o Nuevo León. Las variaciones al interior de algunos estados son todavía mayores. En Oaxaca, un niño del municipio indígena de Santiago Amoltepec tiene una probabilidad de morir antes de cumplir 1 año de vida tres veces mayor que un niño del municipio urbano de Santa María del Tule.

A la persistencia de los padecimientos del rezago en ciertos grupos poblacionales hay que agregar el incremento de los padecimientos que hasta hace poco eran propios de las sociedades desarrolladas y que

hoy dominan el perfil epidemiológico de los países de ingresos medios, incluido México. Las enfermedades del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, los tumores malignos, la diabetes y la cirrosis del hígado concentran casi 55% de las muertes ocurridas en el país. Estos problemas son más comunes en las áreas urbanas y en los municipios de menor marginación, pero están muy lejos de ser privativos de las poblaciones de mayores recursos.

En 2001 las enfermedades del corazón fueron la primera causa de mortalidad general. Una de cada cinco muertes cayó en esta categoría. Destaca dentro de ellas el infarto agudo del miocardio, que en ese mismo año contribuyó con 80% del total de defunciones en ese grupo y con 8% del total de las muertes ocurridas en el país.

La mortalidad por enfermedades cerebrovasculares se ha mantenido en niveles relativamente bajos en los últimos diez años. Sin embargo, el envejecimiento de la población y el incremento de los riesgos asociados a estos padecimientos (obesidad, hipertensión y diabetes) nos obligan a diseñar e implantar políticas dirigidas a su prevención y tratamiento oportuno.

La mortalidad por tumores malignos va en ascenso. Destacan en particular los tumores asociados al tabaquismo (tumores de tráquea, bronquios y pulmones) y los tumores malignos de la mujer, como el cáncer cérvico-uterino y el cáncer de mama. La tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en México (19 por 100 000 mujeres de 25 años y más) es una de las más altas del mundo. El cáncer de mama, por su parte, ha presentado en los últimos años un crecimiento lento. Sin embargo, hay entidades federativas con tasas de mortalidad por esta causa mayores de 20 por 100 000, que son parecidas a las de Chile, el país de la región con los problemas más graves a este respecto.

La diabetes mellitus ha presentado en años recientes un crecimiento importante. Entre 1980 y 2001 las tasas de mortalidad por esta causa aumentaron de 20 por 100 000 a casi 50 en el momento actual. En 2001 esta enfermedad fue la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa y una de las principales causas de hospitalización.

La mortalidad por cirrosis del hígado, que es casi tres veces más frecuente en los hombres que en las mujeres, presentó en los últimos diez años un incremento moderado. Las diferencias entre estados, sin embargo, son marcadas. Puebla, por ejemplo, presenta tasas de mortalidad por cirrosis del hígado cuatro veces superiores a las de Sinaloa y Zacatecas.

A la mortalidad por enfermedades no transmisibles habría que sumar, como principales causas de daños a la salud en el país, los accidentes, los homicidios y los suicidios. En los últimos diez años se produjeron en México alrededor de 60 mil muertes anuales producto de lesiones accidentales o intencionales. Los homicidios, que son mucho más frecuentes en hombres que en mujeres, mostraron una importante tendencia al descenso en los noventa. No obstante esto siguen ubicándose dentro de las 10 primeras causas de muerte, con diferencias importantes entre entidades federativas. La mortalidad por suicidios presentó un crecimiento consistente en los últimos diez años que afectó sobre todo a la población masculina. A pesar de

esto, la tasa de mortalidad por esta causa sigue siendo una de las más bajas de la región latinoamericana. Sin embargo, hay entidades con tasas similares a las de los países de la región con las cifras más altas, que son Puerto Rico y Uruguay.

Calidad

Además de los retos relacionadas con las condiciones de salud, el sistema mexicano de salud debe mejorar la calidad de la atención que ofrecen nuestras instituciones públicas y privadas de salud. Los datos de la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud, realizada por la Fundación Mexicana para la Salud en el año 2000, indican que los usuarios no están del todo satisfechos con la calidad de la atención, con los tiempos de espera y con el trato recibido. Cuatro de cada diez entrevistados pobres se quejaron de la falta de amabilidad del personal médico y del escaso apoyo que se les ofrecía en las unidades de atención. Seis de cada diez reportaron no haber obtenido la atención de urgencias que necesitaron con la rapidez esperada.

En respuesta a estos y otros problemas, la actual administración echó andar, desde principio de 2001, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Esta iniciativa se propuso, entre otros objetivos, reducir los tiempos de espera en consulta externa y en las unidades de urgencias. En su primera fase incorporó al monitoreo de estos indicadores a 3 037 unidades de primer nivel y 479 hospitales.

Los datos de *Salud: México 2001* indican que, con contadas excepciones, las unidades participantes en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud han alcanzado tiempos promedio de espera en consulta externa y en urgencias que pueden calificarse de razonables. Destacan en consulta externa los tiempos promedio de las unidades del IMSS. Los usuarios de estas unidades, además, manifestaron un alto grado de satisfacción a este respecto. Por lo que toca a los tiempos promedio de espera en los servicios de urgencias, destacan las unidades del IMSS-Solidaridad y, de nuevo, las unidades del IMSS.

Protección financiera

El sistema de salud se enfrenta asimismo al reto de evitar los gastos catastróficos que, por motivos de salud, presenta un porcentaje importante de hogares en el país. Este fenómeno tiene su origen en el hecho de que un número considerable de mexicanos sigue cubriendo sus necesidades de salud a través de pagos directos en el momento de solicitar la atención, que anualmente representan 54% del gasto total en salud. En Colombia este porcentaje asciende a 20% y en el Reino Unido apenas a 3%.

En este rubro, este informe presenta cifras "basales" que serán muy útiles para evaluar los esfuerzos que, a través del Seguro Popular, está llevando a cabo la actual administración en la materia. Según cálculos realizados por la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, en el tercer trimestre del

año 2000, alrededor de 910 000 hogares mexicanos (4%) incurrieron en gastos catastróficos por motivos de salud. Este fenómeno fue particularmente común en los hogares pobres y en las familias que no cuentan con ningún tipo de seguro de salud.

Inversión en salud

Para atender los tres grandes retos del sistema mexicano de salud –mejorar las condiciones de salud, elevar la calidad de la atención a la salud y garantizar protección financiera– es necesario empezar a resolver el problema de la insuficiencia de la inversión en salud. México dedica apenas 5.7% del PIB a la salud, de los cuales 2.8 puntos porcentuales corresponden a gasto público, cuando hay países como Uruguay, Colombia y Costa Rica que dedican 10, 9.3 y 8.7% de su riqueza, respectivamente, a atender sus necesidades de salud. El promedio latinoamericano es de 6.1%.

En segundo lugar es necesario modificar la composición de este gasto para disminuir la proporción del gasto del bolsillo, que es inequitativo e ineficiente porque rompe la solidaridad financiera que le permite a los que menos tienen y a los que enferman beneficiarse de las contribuciones de los individuos sanos y de los individuos que cuentan con mayores recursos. Según datos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (2000), los hogares ubicados en el quintil más bajo de ingresos dedican, en promedio, 4.1% de sus ingresos a la atención de salud, mientras que en los hogares del quintil más alto este porcentaje es de 2.7%

En tercer lugar es indispensable modificar la distribución de los recursos públicos. Los datos de este informe indican que el gobierno federal asigna dos veces más recursos per cápita a la población afiliada a la seguridad social que a la población no asegurada.

A esta injusta distribución se suma otro problema. Al comparar la asignación per cápita de recursos entre poblaciones y entidades federativas, se observa una diferencia de 9 a 1 entre la población asegurada de la entidad con mayores recursos y la población no asegurada del estado con menos recursos. Estas diferencias, por cierto, no guardan ninguna relación con las necesidades de salud; son producto de inercias históricas irracionales.

El financiamiento de la atención a la salud requiere asimismo de una revisión de las contribuciones de los distintos niveles de gobierno. En 2001 la contribución estatal al gasto en salud en algunas entidades representó alrededor del 40% del gasto público en salud. En contraste hubo entidades en donde la aportación estatal fue prácticamente nula.

Disponibilidad y accesibilidad de recursos y servicios

El incremento de los recursos financieros para la salud y la modificación de su distribución permitiría, entre otras cosas, reducir la inequidad en el financiamiento, disminuir los gastos catastróficos, y mejorar la disponibilidad y la accesibilidad de los recursos físicos y humanos para la salud, y la cobertura de servicios.

Por lo que se refiere a los recursos humanos, existen en el país, paradójicamente, zonas urbanas con un exceso de médicos y áreas rurales con una escasez histórica. Guanajuato, Puebla, Chiapas y el Estado de México presentan a este respecto las mayores carencias.

Las camas censables presentan una situación similar. Aunque en el país en general sigue existiendo una carencia relativa de camas, que se expresa en una sobreocupación en la mayoría de las unidades del medio urbano, sobre todo en la atención de alta especialidad, en algunas zonas existen niveles promedios de ocupación bajos.

La oferta de servicios no es diferente. Los datos de partos atendidos en unidades médicas que se presentan en este documento muestran contrastes importantes. La mitad de las entidades federativas presentan coberturas mayores de 90%, pero hay estados, como Chiapas y Oaxaca, en donde los porcentajes no superan el 60%. Las diferencias entre niveles de marginación son todavía mayores. En los municipios de muy baja marginación más del 90% de los partos se atienden en unidades de salud. En contraste, en los municipios de muy alta marginación menos del 40% de los nacimientos se atienden en unidades médicas.

Una historia de éxito indiscutible son las vacunas. A diferencia de lo que sucede con la mayoría de los servicios de tipo curativo, las inmunizaciones han alcanzado coberturas prácticamente universales. La cobertura con el esquema completo de 12 vacunas alcanza al 93.6% de los niños de 1 año y a más del 97% de los niños de 1 a 4 años. Se trata de porcentajes considerablemente mejores que los de Estados Unidos y la gran mayoría de los países latinoamericanos. Esto nos ha permitido, entre otras cosas, eliminar la poliomielitis y controlar el sarampión.

Factores predisponentes

El sistema mexicano de salud debe tratar de anticiparse asimismo a los posibles daños promoviendo estilos de vida saludables, actuando sobre los riesgos y fortaleciendo sus acciones sobre otros determinantes de la salud. Los datos que aquí se presentan indican que se deben hacer esfuerzos adicionales, en colaboración con otros sectores de la sociedad, para combatir el sedentarismo, el sobrepeso y las adicciones; mejorar la vialidad y la seguridad pública, y ampliar el acceso al agua potable y a la infraestructura sanitaria.

Los Mejores Desempeños

Uno de los mecanismos más útiles de aprendizaje compartido es la identificación de los mejores desempeños. Las unidades de servicios, los programas y las instituciones pueden beneficiarse del conocimiento de las prácticas exitosas de sus pares. Con este fin, *Salud: México 2001* incorporó una sección de desempeños extraordinarios en los ámbitos de atención médica y salud pública.

Atención Médica

En el ámbito de la atención médica se buscó identificar prácticas exitosas relacionadas con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud y el arbitraje médico. A reserva de ampliar el campo de acción de esta iniciativa, en esta primera fase se buscó reconocer buenos desempeños en tres áreas: i) constitución de comités estatales de calidad y de sistemas de monitoreo de indicadores; ii) trato digno en unidades de primer nivel y iii) trato digno en unidades de urgencias. Las entidades federativas que se destacaron en el primero de los rubros fueron Zacatecas, Veracruz, Sinaloa y Querétaro, que mostraron una amplia participación interinstitucional y regularidad en el seguimiento de los indicadores de la Cruzada Nacional por la Calidad.

El trato digno incluyó el seguimiento del tiempo de espera, la información proporcionada al paciente y el surtimiento de recetas en 3 037 unidades de primer nivel y los servicios de urgencias de 430 hospitales de segundo nivel. En la atención de primer nivel destacaron el Centro de Salud Urbano 8 de la SSA de Apizaco, Tlaxcala, la Unidad de Medicina Familiar 14 del IMSS de Cancún, Quintana Roo, y la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE de San Miguel Allende, Guanajuato. En urgencias destacaron el Hospital General 60 de la SSA de Tapachula, Chiapas, el Hospital General de Zona 13 del IMSS de Ciudad Acuña, Coahuila, y el Hospital del ISSSTE de Zacatecas, Zacatecas.

Por lo que se refiere al arbitraje médico, cabe mencionar que ya hay 16 entidades federativas que cuentan con Comisiones Estatales de Arbitraje Médico formalmente constituidas y funcionando.

Salud Pública

En salud pública se buscó destacar el desempeño en prevención y control de enfermedades, prevención y control de adicciones, prevención y control de riesgos sanitarios e investigación en salud.

Las entidades con los mejores desempeños en planificación familiar fueron Querétaro, Nuevo León y Chihuahua. En cáncer cérvico-uterino destacaron Zacatecas y Baja California Sur. En materia de hipertensión arterial el Distrito Federal presentó un desempeño relativo sobresaliente. Colima, Puebla y el Distrito Federal se destacaron en las tareas de prevención y control de la diabetes. Nayarit y Sinaloa presentaron avances particularmente importantes en la prevención y control de la tuberculosis. El Programa de Acción VIH-SIDA mostró buenos resultados en Michoacán, Sonora y Aguascalientes. En control del cólera se destacaron Jalisco y Quintana Roo. El Programa de Prevención de la Rabia, que ha tenido resultados extraordinarios, muestra desempeños sobresalientes en Guanajuato, Quintana Roo y Michoacán. En paludismo destacan Oaxaca, Nayarit y Puebla, y en dengue, Nuevo León y Campeche. Las entidades federativas que mejor desempeño mostraron en el Programa de Acción de Salud Bucal fueron Tabasco y el Distrito Federal. Finalmente, Campeche y Nayarit destacaron en vacunación, un rubro en donde prácticamente todas las entidades federativas mostraron un desempeño sobresaliente.

En el área de la prevención y control de las adicciones cabe mencionar que en 2001 se reactivaron todos los Comités Estatales contra las Adicciones. Dos de ellos funcionan particularmente bien, los comités de Campeche y Jalisco.

En materia de regulación sanitaria se eligieron dos indicadores: población con agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humanos, y yodación de sal para consumo humano. En el primero de los indicadores destacaron Aguascalientes, Chihuahua, Hidalgo y Zacatecas, que presentaron cifras de cloro residual libre dentro o por encima de la norma en todas sus determinaciones. En el segundo indicador destacaron Tabasco, Puebla, Guanajuato y el Estado de México.

En el área de investigación, por último, se eligieron dos indicadores para su seguimiento: porcentaje de investigadores que están dentro del Sistema Nacional de Investigadores y número de artículos por investigador por año. En el primer caso destacaron el Instituto Nacional de Cardiología y los Centros de Investigación Básica del IMSS. En el segundo caso destacaron los Institutos Nacionales de Salud, que mostraron una productividad anual ligeramente superior a un artículo por investigador por año.

A continuación se presentan los resultados de este ejercicio. El formato básico es el siguiente: en primer lugar se presenta la definición del indicador bajo estudio; en seguida se hace una breve discusión de sus características, para finalmente presentar los valores estatales del mismo y la evolución de la cifra nacional en los últimos diez años.