



## PANORAMA GENERAL

**L**as condiciones de salud de los mexicanos se siguen modificando como resultado, entre otros factores, del envejecimiento de nuestra población y la adopción de nuevos estilos de vida. El predominio de las enfermedades no transmisibles y las lesiones sigue aumentando e imponiendo presiones novedosas y crecientes sobre nuestros servicios de salud. Las infecciones comunes, los problemas relacionados con la reproducción y los padecimientos asociados a la desnutrición, por su parte, aunque están disminuyendo de manera consistente, todavía están presentes entre la población de menores recursos.

*Salud: México 2002* presenta un panorama actualizado de este proceso de transición y de los esfuerzos de nuestras instituciones de salud para hacerle frente. En el Capítulo I, La Salud y el Sistema de Salud, se presentan los valores 2002, nacional y estatales, de 39 indicadores de salud, y una imagen de su evolución histórica reciente. 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. Finalmente en el Capítulo III, Desempeño de los Sistemas de Salud, se presentan los resultados de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002 (ENED 2002), que produjo información nacional y estatal sobre la percepción general de la salud, trato a los usuarios de los servicios de salud y protección financiera en materia de salud. Esta es la primera ocasión en que se genera información de esta naturaleza en el país para cada una de las entidades federativas.

### La Salud y el Sistema de Atención

#### Condiciones de salud

Las condiciones generales de salud en México han mejorado considerablemente en los últimos 50 años. Esto se refleja muy claramente en la esperanza de vida al nacer (EVN). Entre 1950 y 2000 el país ganó 25 años en este indicador. Hoy las mujeres mexicanas presentan una EVN de 77.1 años, cifra que contrasta con la de los hombres, que es de 72.1 años. Se trata de cifras parecidas a las de Argentina y Eslovaquia en el caso de las mujeres, y a las de Eslovenia y Portugal en el caso de los hombres.

Este incremento en la EVN y las reducciones recientes en la tasa de fecundidad han generado un incremento progresivo del porcentaje de adultos mayores en la estructura poblacional del país. De representar 4 por ciento de la población en 1970, los mayores de 65 años representarán 15 por ciento de la población en 2025. Estos cambios están teniendo una influencia muy importante en las condiciones de salud de los mexicanos y en la demanda de servicios, ya que los problemas de salud de la población adulta madura (45 a 64 años) y sobre todo de los adultos mayores (65 años y más) son más costosos y difíciles de atender que los problemas de salud de otros grupos de edad.

Las principales causas de muerte también han cambiado radicalmente en los últimos 50 años. Las enfermedades transmisibles y los padecimientos ligados a la reproducción, que ocupaban los

primeros sitios en el cuadro de causas de mortalidad, han sido desplazados por las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Entre 1950 y 2000 el porcentaje de defunciones debido a infecciones intestinales disminuyó 14 veces (14.3 a 1%), mientras que las muertes por enfermedades del corazón se cuadruplicaron (4 a 16%). Hoy, las principales causas de muerte en el país están asociadas con las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes mellitus, los accidentes y las enfermedades del hígado. En conjunto concentran 52 por ciento de las muertes totales. Se calcula que en 2025 las enfermedades no transmisibles y las lesiones concentrarán alrededor del 90 por ciento de la mortalidad.

En 2002 las enfermedades isquémicas del corazón fueron, al igual que el año anterior, una de las principales causas de mortalidad en el país, con una tasa cruda de poco más de 49 defunciones por 100,000 en los hombres y poco más de 40 por 100,000 en las mujeres. Cabe destacar, sin embargo, que a partir de 1998 empezaron a manifestar una ligera tendencia al descenso, tanto en hombres como en mujeres. Este mismo fenómeno se observa en las muertes por enfermedades cerebrovasculares, cuya tasa de mortalidad empezó a disminuir en 1998. Estos hallazgos, sin embargo, deben tomarse con cautela, dada la creciente prevalencia en el país de diversos factores de riesgo asociados a estos padecimientos, como el consumo de tabaco, la falta de ejercicio físico y el sobrepeso. Los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2002) muestran que 26.4 y 14.3 por ciento de los individuos de 12 a 65 años de las áreas urbanas y rurales, respectivamente, son fumadores activos.

La mortalidad por tumores malignos también va en ascenso. Sus tasas aumentaron de manera muy importante entre 1980 y 2000, lo mismo que su peso relativo. Destaca en particular el incremento de ciertos tumores malignos de la mujer, como el cáncer cérvico-uterino y de mama. El cáncer cérvico-uterino es la neoplasia que más muertes produce en las mujeres mexicanas, a pesar de que es fácil de prevenir y detectar. Las tasas de mortalidad por esta causa, aunque han disminuido en los últimos años, siguen siendo muy superiores a las de otros países de la región con niveles de desarrollo similares al nuestro. Las cifras son particularmente elevadas en las entidades del sur del país y en el medio rural. La probabilidad de morir por cáncer cérvico-uterino en el campo mexicano es 30 por ciento mayor que en las zonas urbanas.

El cáncer de mama es el tumor que mayor mortalidad causa en las mujeres mexicanas después del cáncer cérvico-uterino, pero a diferencia de este último, sus tasas de mortalidad se han incrementado en la última década, sobre todo en las entidades federativas con mayor desarrollo. Nuevo León y el Distrito Federal presentan una tasa de mortalidad por esta causa cuatro veces mayor a la de Chiapas.

La diabetes mellitus es otra de las enfermedades no transmisibles que está generando una alta carga de mortalidad y discapacidad. En el mundo existen alrededor de 140 millones de personas diabéticas y México se ubica dentro de los 10 países con mayor prevalencia. De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000, alrededor de 10 por ciento de la población de 20 a 69 años de

edad padece esta enfermedad, que además ha mostrado un incremento muy consistente en los últimos 10 años.

Otra enfermedad que está generando grandes daños a la salud en el país es la cirrosis del hígado. Destacan dentro de sus causas el consumo de alcohol, aunque las infecciones virales del hígado están teniendo una contribución creciente. En 2002 la cirrosis del hígado produjo 22,000 defunciones, 70 por ciento de las cuales se presentaron en hombres. Los estados de Puebla, Hidalgo, Veracruz y Oaxaca presentaron tasas de mortalidad muy superiores a las del resto de las entidades federativas.

Los padecimientos mentales y las lesiones también están contribuyendo de manera importante a la carga de discapacidad y muerte del país. Hasta hace poco México presentaba una de las tasas de mortalidad por suicidios más bajas de América Latina. Sin embargo, la mortalidad por esta causa se ha incrementado de manera consistente en los últimos años. En esta nueva realidad se empiezan a observar asimismo cambios en la distribución de esta patología en relación con el sexo y los grupos de edad. Anteriormente los suicidios se presentaban sobre todo en hombres mayores de 65 años. En años recientes se ha observado un aumento de muertes por esta causa en mujeres de 11 a 20 años, grupo que ha triplicado su tasa de mortalidad de 1990 a la fecha. A todo esto está contribuyendo sin duda alguna el aumento en la prevalencia de depresión, que, según la ENED 2002, afecta a cerca del 6 por ciento de las mujeres de 18 años y más, y a 2.5 por ciento de los hombres de 18 años y más. Otro hallazgo interesante de esta encuesta es que, a diferencia de lo que se pensaba, este padecimiento está presente también en las comunidades rurales. De hecho, en 2002, 3.5 por ciento de los hombres de las áreas rurales de México presentaron trastornos depresivos, en contraste con sólo 2.9 por ciento en las áreas con más de 100,000 habitantes.

Los homicidios siguen siendo un problema de salud pública. En la última década la mortalidad por esta causa disminuyó 52 por ciento en hombres y 37 por ciento en mujeres. Sin embargo, hay entidades federativas, como Oaxaca, que presentan tasas de homicidios en hombres superiores a 30 por 100,000, que son 15 veces más altas que las de Chiapas y Nuevo León.

Otro hecho que nos habla de una clara transición epidemiológica en el país es la modificación del patrón de causas de muerte en los menores de un año. Anteriormente las muertes infantiles se concentraban en el período postneonatal (entre un mes y un año de edad) y eran provocadas en su mayoría por infecciones respiratorias agudas y diarreas. Ahora, las muertes infantiles se concentran en los primeros 28 días de vida y se deben a causas perinatales y anomalías congénitas, que requieren de intervenciones de alta tecnología.

Pero a pesar de este creciente predominio de las enfermedades no transmisibles, las infecciones comunes y los eventos relacionados con la reproducción siguen generando importantes daños a la salud en los grupos de alta marginación. En los últimos 10 años, las muertes por diarrea en menores de 5 años disminuyeron 85 por ciento gracias al suministro periódico de antiparasitarios y vitamina A durante las Semanas Nacionales de Salud, el uso de la rehidratación oral, la vacunación anti-

sarampionosa, las mejoras crecientes en la disponibilidad de agua potable y la promoción de la lactancia materna. Sin embargo, todavía hay entidades federativas con tasas de mortalidad por esta causa superiores a 40 por 100,000 en menores de 5 años, que son 10 veces más altas que las tasas de Sinaloa, Nuevo León y Baja California Sur.

Las muertes por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años son otro claro ejemplo de la persistencia del rezago. Las tasas de mortalidad por esta causa también disminuyeron notablemente en la última década. Sin embargo, en Tlaxcala, Estado de México y Puebla las tasas de mortalidad por esta causa en menores de 5 años son 10 veces más altas que en Sinaloa y Nuevo León.

A este cuadro habría que agregar las muertes maternas. En México la mortalidad materna se redujo de 25 por 10,000 nacidos vivos en 1955 a 6.2 en 2002. Sin embargo, hay estados, como Oaxaca, en donde la mortalidad materna es superior a 10 por 10,000 nacidos vivos, cifra cinco veces mayor a la de Colima. Habría además que destacar que en México las muertes maternas se deben a las mismas causas que afectan a los países de menor desarrollo, que son las causas obstétricas directas: eclampsia (33%), hemorragia (21%), complicaciones del aborto (7%), sepsis puerperal (4%) y otras causas obstétricas directas (23%).

## Calidad

Además de mejorar las condiciones de salud de la población, el sistema mexicano de salud debe mejorar la calidad de la atención que ofrecen nuestras instituciones de salud, tanto en su componente interpersonal como técnico. Las cifras de este documento muestran que los tiempos promedio de espera en consulta externa y en urgencias se encuentran dentro de límites razonables: 22.6 y 14.4 minutos, respectivamente. El nivel de satisfacción de los usuarios con estos tiempos de espera, además, es consistente con estas cifras: los estados e instituciones con los menores tiempos de espera presentan los mayores niveles de satisfacción.

En el rubro de calidad técnica, el indicador utilizado en este documento, el porcentaje de cesáreas, sigue constituyendo un foco rojo. El porcentaje de cesáreas a nivel nacional es dos veces mayor al recomendado como límite por la Organización Mundial de la Salud (15%) y sólo dos entidades federativas presentan porcentajes inferiores a 30 por ciento.

También se presenta la proporción de hospitales que han sido certificados por el Consejo de Salubridad General en cada entidad federativa y en cada institución de salud.

## Inversión en salud

*Salud: México 2002* presenta información sobre gasto en salud con el mayor grado de detalle y confiabilidad que se haya logrado hasta ahora. Destaca en particular la información sobre el gasto privado en salud, que por primera vez se presenta desagregado por entidad federativa.

En 2002, el gasto total en salud en México representó 5.8 por ciento del PIB, porcentaje menor al promedio de América Latina, que es de 6.1 por ciento. El gasto privado en salud concentró 57.9 por ciento del gasto total en salud y el gasto público el 42.1 por ciento restante.

Como porcentaje del gasto público total, el gasto público en salud representó 14.6 por ciento. Las diferencias entre los estados en este rubro son notables.

Al analizar el gasto público en salud per cápita por condición de aseguramiento se observa un fenómeno muy interesante. Aunque en general el gasto público per cápita de la población asegurada sigue siendo considerablemente más alto que el gasto per cápita de la población no asegurada, hay algunas entidades federativas en donde esta relación se invierte. Esto es producto de los esfuerzos estatales por dedicar más recursos públicos a la salud. Destaca en este último sentido Tabasco, en donde las aportaciones estatales representan más del 50 por ciento del total del gasto para población no asegurada.

Por lo que toca al gasto privado en salud cabe mencionar que como porcentaje del gasto total en salud, el gasto privado en México (58%) es mayor al de Costa Rica (24%), Argentina (44%) y Colombia (45%), pero menor al de Chile (59%) y Brasil (61%). El gasto privado per cápita en México ascendió en 2002 a 1,875 pesos, cifra muy inferior a las de Brasil y Argentina, pero superior a las de Chile y Colombia.

Si se desagrega por componentes, se observa que el gasto privado se concentra en atención ambulatoria (43%) y medicamentos (38%). Cabe señalar que el gasto en medicamentos se ha incrementado de manera muy importante en los últimos diez años, a expensas del gasto en atención ambulatoria. El gasto privado en atención hospitalaria se ha mantenido más o menos constante, concentrando alrededor del 18% del gasto privado total en salud en la última década.

### Disponibilidad y accesibilidad de recursos y servicios

Por lo que se refiere a los recursos humanos, *Salud: México 2002* confirma la existencia de una importante desigualdad en el rubro de médicos por habitante. Hay entidades, como el Distrito Federal, con un exceso de médicos, y estados, como Puebla, Chiapas y el Estado de México, con una escasez histórica. A nivel de institución se observan cifras relativamente buenas para el ISSSTE, y cifras regulares en el IMSS, pero con incrementos consistentes en los últimos 10 años.

Las camas censables presentan una situación similar. La brecha en este rubro entre el Distrito Federal y Chiapas es de más siete veces.

Las cifras de vacunación vuelven a ser excelentes. La gran mayoría de las entidades federativas alcanzaron coberturas con esquemas completos en niños de 1 año superiores a 95 por ciento. En menores de 5 años la cifra nacional fue de casi 98 por ciento.

## Los Mejores Desempeños

En este documento se presentan asimismo los mejores desempeños de los sistemas estatales de salud en los rubros de atención médica y salud pública. El objetivo de esta sección es continuar con la estrategia de reconocer el buen desempeño de las entidades federativas, instituciones y unidades, y propiciar el intercambio de experiencias exitosas.

### Atención médica

Los indicadores para medir los mejores desempeños en el rubro de atención médica son los que la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios utiliza para dar seguimiento a algunas de sus acciones. A este grupo de indicadores se suma otro que mide las actividades de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

En el indicador de "Compromiso con la Cruzada por la Calidad" seis entidades federativas volvieron aparecer en el cuadro de estados con mejores desempeños: Veracruz, Zacatecas, Sinaloa, Tabasco, Nuevo León y Tlaxcala. En "Trato con Calidad en Unidades de Primer Nivel" destacaron, dentro de la Secretaría de Salud, los estados de Veracruz y Tlaxcala, con dos unidades de salud cada uno. En el IMSS una unidad de Aguascalientes y otra en Sinaloa ocuparon los dos primeros lugares. En el caso del ISSSTE una unidad de Michoacán y otra de Morelos rebasaron la cifra de 70 por ciento de desempeño. Una cifra similar alcanzaron dos unidades del Programa IMSS-Oportunidades en los estados de Coahuila y Michoacán. En "Trato con Calidad en Servicios de Urgencia" destacó el desempeño del Hospital General de Caborca en Sonora por parte de la Secretaría de Salud, el Hospital General de Zona No. 32 de Sinaloa por el IMSS, el Hospital General de Zamora, Michoacán por el ISSSTE y el Hospital de Uruapan, Michoacán por parte del Programa IMSS-Oportunidades.

En materia de arbitraje médico el número de entidades federativas que cuentan con comisiones estatales de arbitraje formalmente constituidas y funcionando pasó de 16 en 2001 a 21 en 2002, con la incorporación de Baja California, Chiapas, Nuevo León, Tamaulipas y Tlaxcala.

### Salud pública

En este rubro se adicionan dos nuevos indicadores: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) y Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLSP). En el primero de ellos destacan Hidalgo, Nayarit y Durango. En el rubro de RNLSP destacan Puebla, Michoacán y Oaxaca.

Las entidades federativas con mejores desempeños en el Programa de Vacunación fueron Nayarit, San Luis Potosí e Hidalgo. Este es el programa con mejores índices de desempeño de todos los

incluidos en salud pública. A nivel nacional el promedio alcanzado en este indicador es de casi 98 por ciento. En el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis se mejoró en casi cuatro puntos porcentuales el nivel promedio de logro alcanzado en 2001. Los estados de Querétaro, Nayarit y Veracruz conservaron en 2002 el buen desempeño alcanzado en 2001. En el Programa de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual se logró una mejora de 83 por ciento a nivel nacional respecto del logro obtenido en 2001. Los estados de Zacatecas, Quintana Roo y Distrito Federal se ubicaron en los tres primeros lugares. A diferencia del indicador anterior, el Programa de Prevención de la Rabia disminuyó 6.5 por ciento su desempeño nacional con relación a 2001. Los estados de Jalisco, Puebla y Aguascalientes se incorporaron a la lista de entidades con mejores desempeños. De igual forma, el Programa de Prevención del Cólera mostró una disminución de 17 por ciento en el promedio nacional respecto del nivel mostrado en 2001. Los estados de Campeche, Jalisco y Quintana Roo fueron las entidades con mejores desempeños en este Programa. Las entidades con mejores desempeños en el Programa de Salud Bucal fueron Tabasco, Distrito Federal y Colima. En este caso, el Programa mejoró 16 puntos porcentuales su promedio nacional respecto del nivel logrado en 2001. El Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico-uterino a nivel nacional mejoró casi 13 puntos porcentuales la cifra obtenida en 2001. Los estados que se destacaron en este rubro fueron Colima, Baja California y Nayarit. El Programa de Diabetes Mellitus se mantiene con el nivel de logro más bajo de todos los programas de salud pública, aunque mejoró en casi siete puntos porcentuales respecto de 2001. La cifra promedio de desempeño nacional se ubica por debajo de 50 por ciento. Los estados de Hidalgo, Zacatecas y Guerrero presentaron un nivel de desempeño cercano a 60 por ciento. Los logros a nivel nacional en el Programa de Hipertensión Arterial mejoraron siete puntos porcentuales respecto del nivel observado en 2001. Las entidades con mejores desempeños en este rubro fueron Morelos, Hidalgo y Puebla.

En materia de prevención y control de las adicciones 25 por ciento de los Consejos Estatales operaron con un alto nivel de eficiencia. Las entidades con mejor desempeño fueron Nayarit, Jalisco y Querétaro. Hubo un incremento considerable en el número de comités municipales contra las adicciones: la cifra pasó de 242 en el año 2000 a 2,445 en 2002.

En el rubro de regulación sanitaria, las entidades con mejores desempeños en el indicador de población con agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humanos fueron Nuevo León, Quintana Roo, Tamaulipas y Distrito Federal. Habría que destacar que los estados de Campeche, México, Hidalgo, Tamaulipas y Nuevo León se mantuvieron por dos años consecutivos dentro de las entidades con mejores desempeños en este indicador. En el indicador de yodación de la sal para consumo humano destacaron los estados de Guanajuato, Tabasco y Tamaulipas.

Finalmente, en el rubro de investigación las dependencias de la Secretaría de Salud y el IMSS cuentan con un total de 1,673 investigadores, de los cuales 615 pertenecen al Sistema Nacional de



Investigadores (37%). La productividad por investigador fue de 0.93 artículos por investigador en el IMSS y 1.19 en la Secretaría de Salud.

## Desempeño de los Sistemas de Salud

A finales de 2002 y principios de 2003 se llevó a cabo en 38,746 hogares la primera Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño. Es una encuesta que tiene representatividad por entidad federativa y que recolectó información sobre la percepción general de las condiciones de salud de los mexicanos, el trato que reciben en las instituciones de salud y el nivel de protección financiera alcanzado en materia de salud.

Los hombres tienen una mejor percepción de sus condiciones de salud que las mujeres. A nivel nacional poco más de 70% de ellos calificaron su estado de salud como bueno, destacando en este rubro los estados de Colima, Quintana Roo y Campeche.

Por lo que toca al trato que reciben los usuarios de los servicios de salud en México, la ENED 2002 indica que de los ocho ámbitos del trato adecuado (autonomía, trato digno, comunicación, confidencialidad, atención pronta, elección del proveedor, comodidades básicas, acceso a redes sociales de apoyo). De ellos la atención pronta fue la que recibió los menores porcentajes de aprobación. Al igual que en otros estudios llevados a cabo en diversos países, los ámbitos con mejores calificaciones fueron los relacionados con el respeto a los derechos humanos. En esta encuesta en particular, la confidencialidad y la comunicación en la atención ambulatoria, y el trato digno y la comunicación en la atención hospitalaria, fueron los ámbitos mejor calificados. En ningún caso se observaron diferencias significativas ni por sexo ni por lugar de residencia.

Finalmente, los datos de esta encuesta corroboran los datos de las encuestas recientes de ingresos y gastos que indican que más del 50% del gasto total en salud en México es gasto de bolsillo. Esta cifra contrasta con las del Reino Unido (11%), Holanda (8%), Francia (10%) y Colombia (20%). No sorprende por lo mismo que, de acuerdo con los datos de este estudio, entre dos y tres millones de hogares mexicanos hayan incurrido en gastos catastróficos por motivos de salud en el último año. Los hogares más afectados fueron los hogares pobres no asegurados. Las entidades federativas con mayor porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivo de salud fueron Michoacán, Chiapas y Zacatecas mientras que las entidades con menor porcentaje fueron Nuevo León, Colima y Yucatán.

Los datos de esta encuesta, que se realiza por vez primera en México, corrobora la prioridad que se ha asignado a los dos pilares de la reforma estructural de la salud en México: el mejoramiento de la calidad de los servicios y la provisión de protección financiera a todos los hogares. La histórica reforma a la Ley General de Salud que el Congreso de la Unión aprobó en abril de 2003 permitirá avanzar en estos dos frentes esenciales para desarrollar un mejor sistema de salud en México.