



Acciones hoy, para el México del futuro

Programa Nacional de Salud **2001-2006**

Secretaría de Salud

Dr. Julio Frenk Mora
Secretario de Salud

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Subsecretario de Innovación y Calidad

Lic. María Eugenia de León-May
Oficial Mayor

Dr. Roberto Tapia Conyer
Subsecretario de Prevención y Protección de la Salud

Dr. Eduardo González Pier
Coordinador General de Planeación Estratégica

Dr. Roberto Castañón Romo
Subsecretario de Relaciones Institucionales

Dr. Misael Uribe
Coordinador General de
los Institutos Nacionales de Salud

Dr. Guido Belsasso
Comisionado del Consejo Nacional
contra las Adicciones

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Levy Algazi
Director General

Dr. Onofre Muñoz Hernández
Director de Prestaciones Médicas

Lic. Luis Miguel Chong Chong
Director de Innovación y Desarrollo Tecnológico

Lic. Antonio Gilberto Schleske Farah
Director de Prestaciones Económicas y Sociales

Lic. Roberto Calleja Ortega
Coordinador General de Comunicación Social

Lic. José Antonio Alvarado Ramírez
Director de Afiliación y Cobranza

Lic. José de Jesús Diez de Bonilla Altamirano
Coordinador General de Atención y Orientación al
Derechohabiente

Dr. Gabriel Martínez González
Director de Planeación y Finanzas

Dr. Javier Cabral Soto
Coordinador General del Programa IMSS-Solidaridad

Lic. Luis Guillermo Ibarra Ponce de León
Director de Administración, Organización y Calidad

Lic. Ismael Gómez Gordillo y Ruelas
Director Jurídico

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Lic. Benjamín González Roaro
Director General

Dr. Luis Padilla Sánchez
Subdirector General Médico

C.P. Araceli Pitman Berrón
Subdirectora General de Abasto y Servicios Generales

Lic. Enrique Moreno Cueto
Subdirector General de Prestaciones Económicas,
Sociales y Culturales

Lic. Cuauhtémoc Lazcano Meza
Coordinador General de Comunicación Social

Dr. Fernando Viveros Castañeda
Subdirector General Jurídico y de Relaciones Laborales

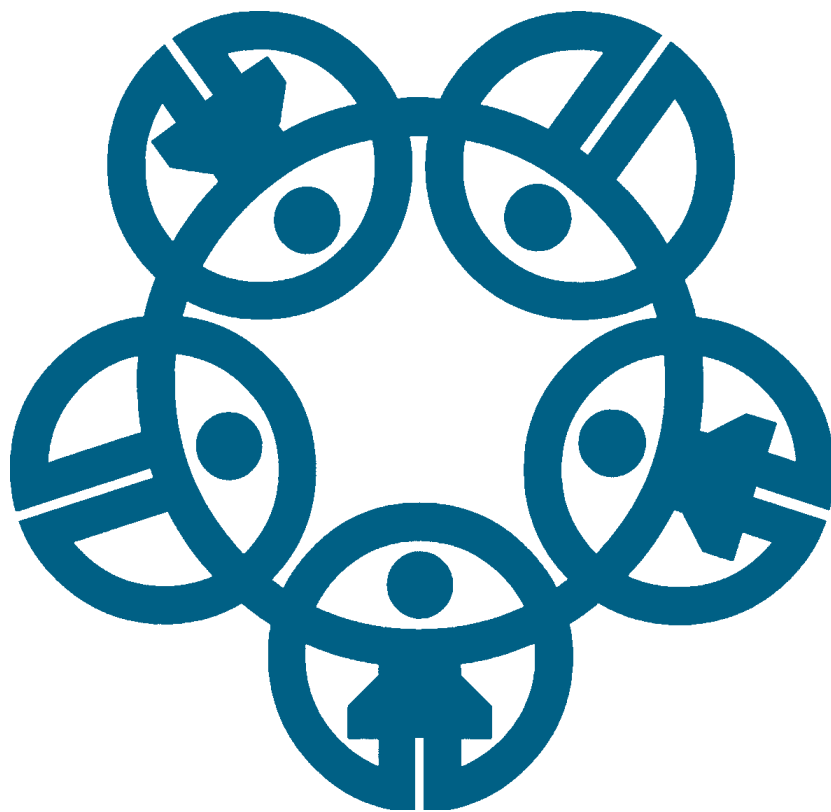
Dr. Manuel Urbina Fuentes
Coordinador General de Delegaciones

Ing. Gustavo Fernández Díaz de León
Subdirector General de Obras y Mantenimiento

Lic. Jorge Alberto Hernández Castillón
Coordinador General de Atención al Derechohabiente

C.P. Juan Manuel Fernández Cuellar
Subdirector General de Finanzas

Programa Nacional de Salud 2001-2006



La democratización de la salud en México

Hacia un sistema universal de salud

Programa Nacional de Salud 2001-2006

Primera edición, 2001

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

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN 968-811-992-X

Mensaje del Presidente de la República

El nuevo México que convoqué a construir tan pronto asumí el mandato presidencial, es ante todo un país de oportunidades. La oportunidad de nacer y crecer en condiciones apropiadas, la oportunidad de educarse, trabajar y formar un patrimonio, la oportunidad de participar activamente en el destino de la nación. Que todos los mexicanos y todas las mexicanas tengan igualdad de oportunidades es un requisito fundamental para que la democracia consolide y el sueño del desarrollo se vuelva una realidad tangible.

Ciertamente la educación es la llave que abre la puerta de la oportunidad. Sin capacitación ni conocimientos, las oportunidades no se abren aunque estén presentes. Mi gobierno hará especial énfasis en la educación como pilar de las profundas transformaciones que el pueblo mexicano exige.

En una posición muy cercana, la salud es también un factor esencial en el acceso a las oportunidades al potenciar la inversión en educación y permitir así que los alumnos aprendan mejor y los maestros enseñen mejor. Mientras el arranque de la vida no sea parejo –que el parto sea atendido por profesionales en instalaciones apropiadas, que los chiquillos crezcan alimentándose bien, que las enfermedades que en unos ya desaparecieron no sigan matando a otros–, mientras esto no sea así, no podremos hablar de auténticas oportunidades para todos.

El individuo enfermo tampoco puede salir a tocar puertas. Pierde la iniciativa que pudiera haber tenido, carece de la energía necesaria para la lucha cotidiana, se olvida de soñar, sin mencionar que su enfermedad puede llevarlo a la bancarrota. En el caso de las personas mayores, es imperioso garantizarles a todos la oportunidad de llevar una vejez digna, la oportunidad de aportar, la oportunidad de hacer cuentas con la vida.

En México tenemos grandes rezagos en el campo de la salud. Un segmento amplio de la población, las personas más pobres y desprotegidas, siguen enfermando y muriendo de padecimientos para los cuales la medicina y la salud pública tienen remedios sencillos y eficaces, y no todos alcanzan servicios seguros y confiables. Esto es algo que simplemente no podemos permitir.

En todos los rincones de México he escuchado el mismo reclamo: mejores servicios de salud, más médicos y enfermeras, mayor facilidad en el acceso a las consultas y los tratamientos. El rumbo estratégico del cambio que queremos para México en este sentido se define en el *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*. Derivado de este, el *Programa Nacional de Salud* busca atender tales anhelos mediante líneas de acción específicas y en el marco de una revisión a fondo de nuestro sistema de salud.

Queremos un sistema de salud que alcance a todos sin excepción. Queremos un sistema de salud que sepa atender a las personas con absoluto respeto de sus derechos humanos. Queremos un sistema de salud que proteja financieramente al usuario y evite el empobrecimiento de las familias cuando ataca la enfermedad.

Queremos un México nuevo, un país de oportunidades, y esto implica ante todo un México sano. Como Presidente de la República hago un llamado a la ciudadanía para sumarse a esta cruzada por mejorar nuestra salud.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'V' followed by 'ox' and a large flourish that loops back to the start of the 'V'.

VICENTE FOX QUESADA
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Mensaje del Secretario de Salud

México quiere y requiere un mejor sistema de salud. De la buena salud de la población depende la prosperidad económica, el bienestar social y la estabilidad política. No puede haber desarrollo humano sin un sistema de salud y seguridad social que atienda las legítimas aspiraciones del pueblo mexicano.

Gracias al esfuerzo de varias generaciones de médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud, así como a la participación activa de la sociedad, nuestro país ha logrado avances importantes en materia de salud. Pero así como celebramos con justicia los logros de la salud pública, debemos reconocer los desafíos que emergen frente a nosotros. En salud siempre somos víctimas de nuestros éxitos. Los avances del pasado abren en nuestro horizonte nuevos retos que ahora nos toca enfrentar.

El primer reto para el sistema de salud es la **equidad**. En México se han acumulado rezagos y aún persisten dolorosas desigualdades. Una parte importante de los mexicanos sigue sufriendo los problemas del subdesarrollo: las infecciones comunes, la desnutrición, los padecimientos ligados al embarazo y el parto. Al mismo tiempo, nos enfrentamos ya a los problemas derivados del crecimiento industrial y urbano: las enfermedades del corazón, la diabetes, el cáncer, las enfermedades mentales y las adicciones, las lesiones producto de los accidentes y la violencia. Esta dualidad exige un esfuerzo sostenido para dejar atrás la gran asignatura pendiente de nuestro desarrollo: la desigualdad social y regional.

Un segundo reto deriva de la heterogeneidad en los niveles de **calidad** que las distintas unidades de atención ofrecen a los ciudadanos. La calidad debe entenderse como el grado en que los servicios mejoran los niveles de salud, de manera congruente con las normas profesionales y con los valores de los pacientes. El concepto incluye dos dimensiones: la técnica y la interpersonal. La primera busca lograr los mejores resultados que la ciencia actual hace posible. La segunda es lo que se ha dado en llamar la “calidez” de la atención, es decir, el respeto al paciente como ser humano integral y la búsqueda de su satisfacción. El reto de la calidad demanda que en cada rincón del sistema de salud se dé a la gente mejores resultados, incluyendo atención pronta y trato digno.

El tercer reto consiste en la falta de **protección financiera** para muchos millones de mexicanos. A pesar de los avances de la seguridad social, más de la mitad del gasto en salud proviene directamente del bolsillo de las personas, quienes deben pagar por su atención en el momento de usar los servicios. Esto deja a millones de familias ante la disyuntiva de empobrecerse o ver a sus seres queridos sufrir de enfermedad por falta de dinero.

El triunfo de Vicente Fox el 2 de julio del año 2000 define el momento histórico que vive México. Es el tiempo de la democratización. El sistema de salud debe estar a la altura del cambio histórico de México. Por ello, el eje de nuestra propuesta es la **democratización de la salud**. Esto significa contar en México con un sistema de salud de la gente, por la gente y para la gente.

Que cada mexicano goce de cabal salud; que la infancia esté libre de los peligros que secularmente la han acechado; que los usuarios de los servicios reciban una atención pronta y un trato digno; que no haya familias que se empobrezcan por atender su salud; que todos los hombres y todas las mujeres tengan la oportunidad de desenvolverse al máximo de sus potencialidades: esto no es sólo una meta del desarrollo, sino la principal herramienta para alcanzarlo.

La salud de una persona es un proceso altamente complejo y en evolución continua. Depende de su legado genético, de la época en que le tocó nacer, de la edad que va teniendo, de su posición social, del lugar donde vive, del clima, de los hábitos adquiridos, de los sucesos inesperados que marcan su biografía. Mantener la salud es en consecuencia un esfuerzo permanente que requiere la participación activa tanto del individuo como de la sociedad y que exige de ambos la inversión de cuantiosos recursos.

Un sistema moderno de salud debe atender por igual los dos polos de esta responsabilidad compartida. De un lado debe garantizar la provisión de servicios efectivos, que respondan con calidad y calidez a las necesidades de la gente, y que promuevan la justicia. Del lado de las personas, debe crear mecanismos y espacios para hacer del usuario de los servicios el depositario de un derecho social fundamental, un sujeto activo ante los procedimientos de la institución médica y un actor en la toma de decisiones. En este sentido, el *Programa Nacional de Salud 2001-2006* es ante todo una invitación a la ciudadanía en su conjunto y a cada individuo en particular a que haga su aportación a la renovación que requiere el sistema de salud para encarar los retos inmensos de nuestro desarrollo.

Este programa forma parte del *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*. Es producto del esfuerzo y la imaginación de decenas de funcionarios de todas las instituciones del sector salud y de otros sectores, y de miembros de diversas organizaciones académicas, profesionales y de la sociedad civil. En él confluyen también las ideas y propuestas de, literalmente, miles de ciudadanos que nos hicieron llegar sus aportaciones a través de los foros organizados con ese fin y a través de la Internet.

Este documento contiene un diagnóstico, una visión, un cuerpo de estrategias y acciones, y procedimientos para la rendición de cuentas. En el primer capítulo documenta los retos a los que nos enfrentamos y la situación actual de la salud y los servicios de salud en México. Enseguida presenta una visión del sistema que anhelamos para el año 2025. El tercer capítulo contiene las estrategias y líneas de acción que se implantarán en esta administración para enfrentar los retos de la equidad, la calidad y la protección financiera. Concluye con una descripción de los mecanismos que se utilizarán para informar sobre el avance de este programa.

La salud es un valor en sí mismo, pero es también un indicador preciso del grado en que una sociedad promueve la equidad o tolera la injusticia. En este sentido, el *Programa Nacional de Salud 2001-2006* es también la declaración de un compromiso: construir un sistema de salud que contribuya en forma decisiva al desarrollo de un México más próspero y más justo.



JULIO FRENK MORA
SECRETARIO DE SALUD

Abreviaturas y acrónimos

ADEC	Atención Domiciliaria del Enfermo Crónico	INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
AMFEM	Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	INER	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
AMGD	Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (IMSS)	INI	Instituto Nacional Indigenista
AVISA	Años de Vida Saludable	IRC	Insuficiencia renal crónica
CCA-TLCAN	Comisión de Cooperación Ambiental de Norte América	ISES	Instituciones de Seguros Especializadas en Salud
CCAPSA	Criterios de Calidad Ambiental Protectores de la Salud	ISO	Organización Internacional para la Estandarización (por sus siglas en inglés)
CEE	Comunidad Económica Europea	ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
CIDHAL	Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina	ITS	Infecciones de transmisión sexual
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades	LGEEPA	Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente
CIM	Comisión Interamericana de Mujeres	LICONSA	Leche Industrializada CONASUPO
CINVESTAV	Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional	MASPA	Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta
CNS	Consejo Nacional de Salud	MIDAS	Modelo Integrado de Atención a la Salud
CNSF	Comisión Nacional de Seguros y Fianzas	NOM	Norma Oficial Mexicana
CNTS	Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea	OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
CONACyT	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología	OEА	Organización de Estados Americanos
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico	OMS	Organización Mundial de la Salud
CONAPO	Consejo Nacional de Población	ONG	Organismo No Gubernamental
CONASIDA	Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH-SIDA	OPD	Organismos Públicos Descentralizados de Servicios de Salud
CPOD	Índice de Dientes Permanentes Cariados, Perdidos y Obturados	PAC	Programa de Ampliación de Cobertura
CSG	Consejo de Salubridad General	PASSPA	Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta
DDF	Departamento del Distrito Federal	PEMEX	Petróleos Mexicanos
DDT	Diclorodifeniltricloroetano (insecticida halogenado)	PEMSA	Programas Estratégicos de Manejo en Salud Ambiental
DF	Distrito Federal	PETSAN	Política Estratégica de Integración del Trabajo a la Salud Nacional
DGEI	Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud	PIB	Producto Interno Bruto
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	PNS	Programa Nacional de Salud
ENA	Encuesta Nacional de Adicciones	PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
ENEC-93	Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas 1993	PROFECO	Procuraduría Federal del Consumidor
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares	PROGRESA	Programa de Educación, Salud y Alimentación
ENN-88	Encuesta Nacional de Nutrición 1988	PROMUSA	Programa Mujer y Salud
ENN-99	Encuesta Nacional de Nutrición 1999	SECODAM	Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo
ENSA	Encuesta Nacional de Salud	SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
ENUR-95	Encuesta Urbana del Distrito Federal 1995	SEED	Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	SEP	Secretaría de Educación Pública
EUA	Estados Unidos de América	SGMM	Seguro de gastos médicos mayores
EUM	Estados Unidos Mexicanos	SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
EVISA	Esperanza de vida saludable	SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
EVN	Esperanza de vida al nacer	SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud	SM	Secretaría de Marina
GI	Génericos intercambiables (medicamentos)	SSA	Secretaría de Salud
GDF	Gobierno del Distrito Federal	SSF	Seguro de Salud para la Familia
GRD	Grupos Relacionados por el Diagnóstico	STC-Metro	Servicio de Transporte Colectivo- Metro
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres	SUIVE	Sistema Único de Información y Vigilancia Epidemiológica
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social	TAES	Tratamiento Estrictamente Supervisado (TB)
IMSS-		UDI	Usuarios de drogas inyectables
COPLAMAR	Instituto Mexicano del Seguro Social-Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados	UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
IMSS-		UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
Solidaridad	Instituto Mexicano del Seguro Social régimen de Solidaridad Social	VIH/SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

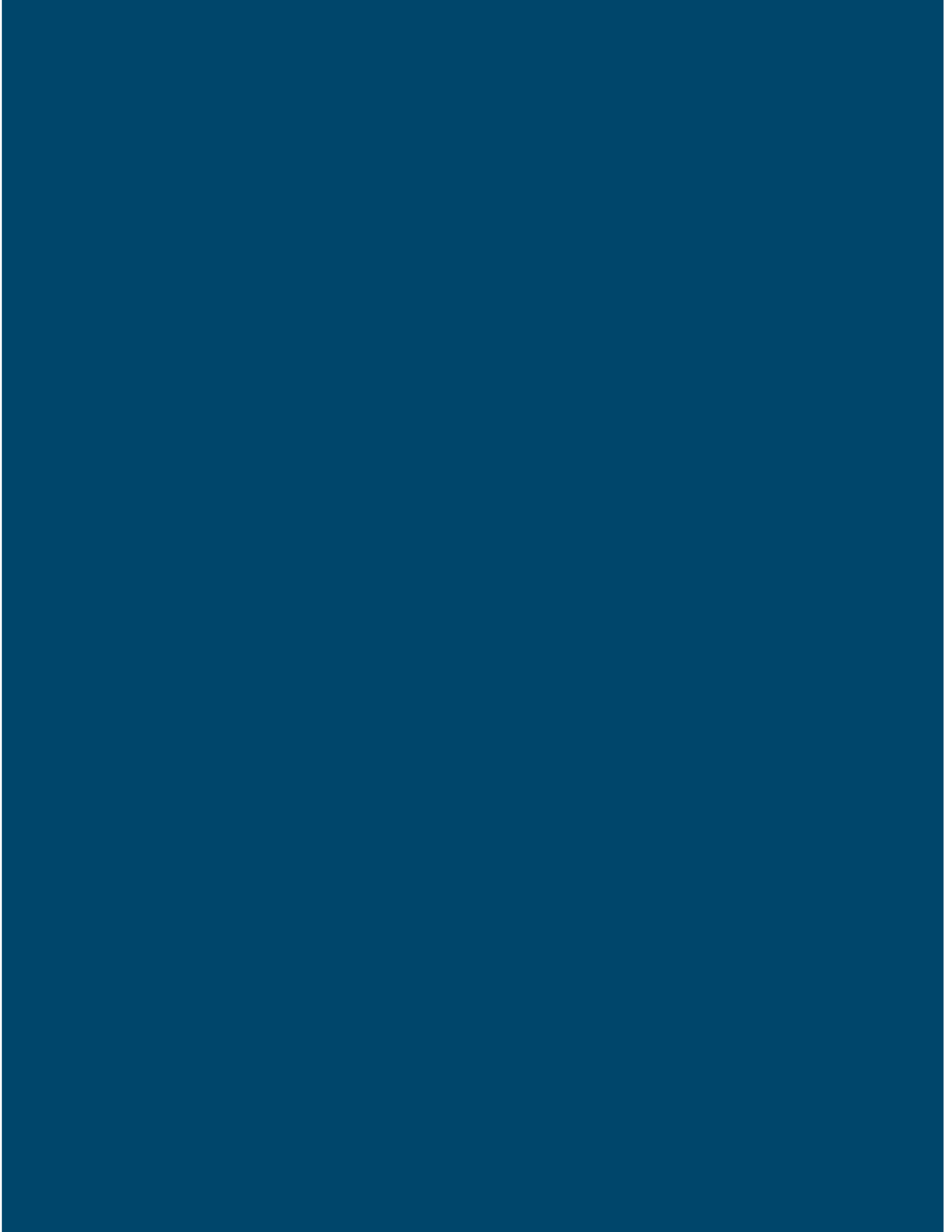


Introducción	15
I. En dónde estamos.	
La salud y los servicios de salud en México	23
El entorno	25
Los retos	27
▶ El reto de la equidad	27
▶ El reto de la calidad	52
▶ El reto de la protección financiera	56
El sistema de salud	58
▶ La historia	58
▶ Las funciones	59
II. A dónde queremos llegar.	
El sistema de salud que México merece	71
La democratización de la salud	73
Valores y principios del Sistema Nacional de Salud	74
Visión	75
Misión	77
III. Qué camino vamos a seguir.	
Objetivos, estrategias y líneas de acción	79
Objetivos	81
Estrategias y líneas de acción	81
▶ Vincular a la salud con el desarrollo económico y social	82
▶ Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres	89
▶ Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades	99
▶ Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud	109
▶ Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población	115
▶ Construir un federalismo cooperativo en materia de salud	120
▶ Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud	128
▶ Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud	137
▶ Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención	143
▶ Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud	147

IV. Cómo medimos los avances.	
La rendición de cuentas como parte del proceso democrático	155
Medición de resultados y evaluación del desempeño	157
▶ Evaluación del desempeño del sistema	158
▶ Evaluación de programas y servicios	159
▶ Sistema Nacional de Indicadores	161
Rendición de cuentas	162
▶ Informes al Congreso de la Unión	163
▶ Seguimiento por el Consejo de Salubridad General y el Consejo Nacional de Salud	163
▶ Asamblea Nacional de Salud	163
▶ Opinión ciudadana	164
Agradecimientos	165
Bibliografía	171
Apéndices	177
Apéndice estadístico	179
Consulta ciudadana	195
Programas de Acción	201
Glosario	203

Introducción





Introducción



La salud es una inversión para un desarrollo con oportunidades. A medida que el país se transforma, su sistema de salud debe hacerlo también. El desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional dependen de la buena salud de nuestra población. No puede haber progreso general sin un sistema de salud que responda a las aspiraciones de los mexicanos.

El *Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México: hacia un sistema universal de salud* busca responder a este desafío y contribuir así al cambio en el país. Cuatro premisas lo inspiran:

La salud es una inversión para un desarrollo con oportunidades. A medida que el país se transforma, su sistema de salud debe hacerlo también

- La buena salud es uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para alcanzar una auténtica igualdad de oportunidades.
- La salud es, junto con la educación, el componente central del capital humano, que es el capital más importante de los individuos y las naciones. Mejorar la salud y asegurar la educación significa fortalecer la capacidad del individuo y la sociedad para procurarse y acrecentar sus medios de vida.
- Dado el valor que en sí misma tiene y su potencial estratégico, es necesario dejar de ver a la salud solamente como un sector específico de la administración pública y empezar a considerarla también como un objetivo social que todos los sectores pueden y deben perseguir; así, se requiere complementar las *políticas de salud* con *políticas saludables*.
- Finalmente, la protección de la salud es un valor compartido por prácticamente todas las sociedades, todos los sistemas ideológicos y todas las organizaciones políticas. La buena salud, por lo tanto, es un valor que puede fortalecer el tejido de nuestra sociedad.

Estas ideas se expresan en el mensaje central del *Programa Nacional de Salud 2001-2006*: para mejorar la salud de los mexicanos es necesario democratizar la atención de la salud.

La democratización de la salud implica primeramente crear las condiciones para que toda la población pueda acceder a los bienes y servicios sociales correspondientes,

La protección de la salud no puede ser considerada una mercancía, un objeto de caridad o un privilegio: es un derecho social

independientemente de su capacidad de pago o la facilidad de acceso al lugar donde habita. La protección de la salud no puede ser considerada una mercancía, un objeto de caridad o un privilegio: es un derecho social. El acceso a los servicios de salud, por lo tanto, debe ser universal, haciendo especial énfasis en la inclusión de aquellos grupos de personas cuyos derechos no han sido plenamente reconocidos, como las mujeres, los indígenas o las personas con capacidades diferentes.

En segundo lugar, la democratización de la salud significa estimular la participación de los ciudadanos en todos los niveles del sistema, desde asumir la responsabilidad por su propio estado de salud hasta influir en el diseño de la agenda sectorial y la toma de decisiones. El acceso a la información es un asunto prioritario en este esquema. Los legisladores, los partidos políticos, las instituciones académicas y la sociedad en general deben contar con todas las facilidades para hacer uso de la información que se genera en la operación de los servicios públicos de salud, con excepción, por supuesto, de aquella información que pudiera violar la privacidad de los pacientes.

Por último, democratizar la salud implica desarrollar un sistema que responda con calidad y respeto a las necesidades y expectativas del ciudadano, que amplíe sus posibilidades de elección, que ponga a su disposición instancias sensibles y eficientes para presentar sus quejas y sugerencias, y que ofrezca a los prestadores de servicios remuneraciones justas y oportunidades de desarrollo profesional.

¿De qué manera podemos traducir esta visión en un proyecto específico de desarrollo para nuestro sistema de salud durante los próximos años? El primer paso consiste en identificar los obstáculos que deben salvarse, porque si bien es mucho lo que se ha avanzado en materia de salud durante las últimas décadas, persisten tres grandes retos: la equidad, la calidad y la protección financiera.

La transición que experimenta México en materia de salud se caracteriza por el traslape de dos desafíos: el rezago en salud y los riesgos emergentes

La transición que experimenta México en materia de salud se caracteriza por el traslape de dos desafíos: el rezago en salud y los riesgos emergentes. En las últimas décadas del siglo XX se produjo en el país un aumento de las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, padecimientos mentales, adicciones) y las lesiones, lo que refleja un incremento en los riesgos asociados a la industrialización y la urbanización. A esto hay que agregar el surgimiento de nuevas infecciones –de manera muy notable el SIDA–, el resurgimiento de infecciones que parecían controladas –como la tuberculosis, el paludismo, el cólera y el dengue– y la aparición de padecimientos relacionados con la contaminación ambiental.

Al mismo tiempo, las infecciones comunes y las enfermedades de la nutrición y de la reproducción –que en conjunto conforman el rezago en salud– siguen representando una carga inaceptable para un país de ingresos medios como México. Este rezago en salud se concentra en las poblaciones más pobres y es el principal responsable de uno de los rasgos distintivos de nuestra transición epidemiológica: la desigualdad. Los daños a la salud en México siguen siendo mayores en el medio rural que en las zonas urbanas, en las entidades del sur del país que en los estados del norte, y en las familias de menores ingresos, sobre todo las familias indígenas, que en los hogares con mayores recursos. La carga de enfermedad se ha distribuido de manera tan desigual que en 1999, por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil en San Martín Huamelulpan, Oaxaca, fue de 103 por 1 000 nacidos vivos, mientras que en San Nicolás de los Garza García,

Nuevo León, fue de sólo nueve. Así, algunos municipios de Oaxaca tienen hoy el nivel de mortalidad infantil que Nuevo León presentaba hace 60 años.

La calidad de la atención es otro de nuestros retos. Los largos tiempos de espera en la atención ambulatoria constituyen una causa frecuente de queja y un motivo de no utilización de los servicios públicos. En las unidades de primer nivel se observan comúnmente problemas de abastecimiento de medicamentos, mientras que en los hospitales el equipamiento es a menudo insuficiente y obsoleto. Es común también que se observe un uso deficiente de los expedientes clínicos, y una falta de apego a la normatividad en el manejo y control de enfermedades.

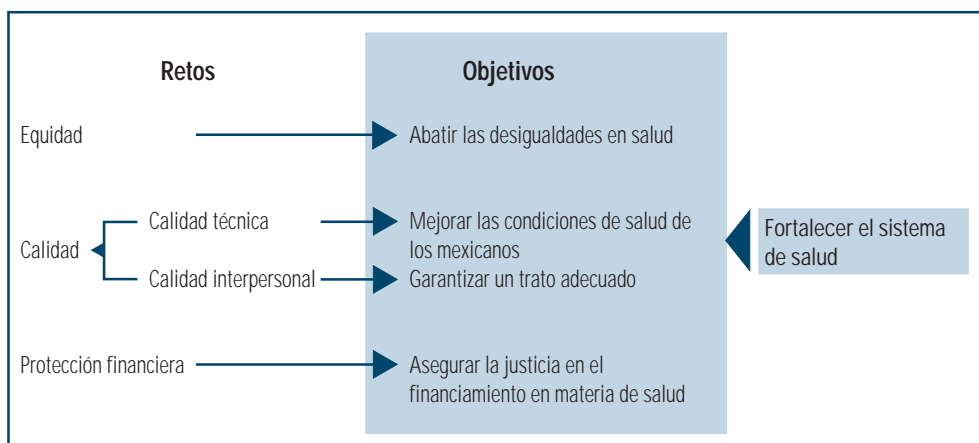
Por último, los problemas financieros relacionados con la atención de la salud representan ya una seria carga para la población. Este complejo reto se debe en parte al aumento de los costos de la atención. Más importante aún es el hecho de que 52 por ciento de los gastos totales en salud se cubren directamente con recursos del bolsillo de las familias al momento de utilizar los servicios de salud. En Colombia, en contraste, este gasto representa 25 por ciento del total y en Gran Bretaña apenas alcanza el tres por ciento.

Dado que siempre existe un elemento irreductible de incertidumbre en la pérdida de la salud, el gasto de bolsillo expone a las familias al riesgo de enfrentar gastos catastróficos por atender su salud. Las cifras disponibles más conservadoras nos indican que cada año alrededor de dos millones de hogares mexicanos se ven obligados a utilizar más de 30 por ciento de su ingreso disponible en la atención de sus necesidades de salud. Estos gastos catastróficos son una causa frecuente de empobrecimiento.

Para enfrentar cada uno de los retos señalados, la presente administración se plantea cinco objetivos, consistentes con los objetivos del área de desarrollo social y humano del *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*:

1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos
2. Abatir las desigualdades en salud
3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud
5. Fortalecer al sistema de salud, en particular sus instituciones públicas

Para enfrentar cada uno de los retos señalados, la presente administración se plantea cinco objetivos, consistentes con los objetivos del área de desarrollo social y humano del *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*



Retos y objetivos del *Programa Nacional de Salud 2001-2006*

Actualmente México dedica 5.6 por ciento de su riqueza a la salud, cifra que se encuentra por debajo del 6.1 por ciento que promedia América Latina. Estos recursos deben incrementarse. Por un lado, todavía existen necesidades básicas insatisfechas y los costos de atender la salud serán cada vez mayores. Pero también la atención de la salud contribuye al desempeño de nuestra economía.

La inversión en servicios de salud equitativos, eficientes y de buena calidad influye positivamente sobre la actividad económica, ya que incrementa el capital humano, hace más eficientes las inversiones en educación, mejora la distribución del ingreso, y eleva la productividad y la competitividad. Una economía vigorosa, a su vez, genera los recursos para atender cada vez mejor las necesidades de salud de la población, dando lugar a una verdadera igualdad de oportunidades. Se crea así un círculo virtuoso entre el desarrollo económico y la buena salud. En contraste, el gasto improductivo en salud produce inflación, reduce la productividad y la competitividad, y genera desigualdad, dando lugar a un círculo vicioso que incide negativamente en las condiciones de salud de la población.

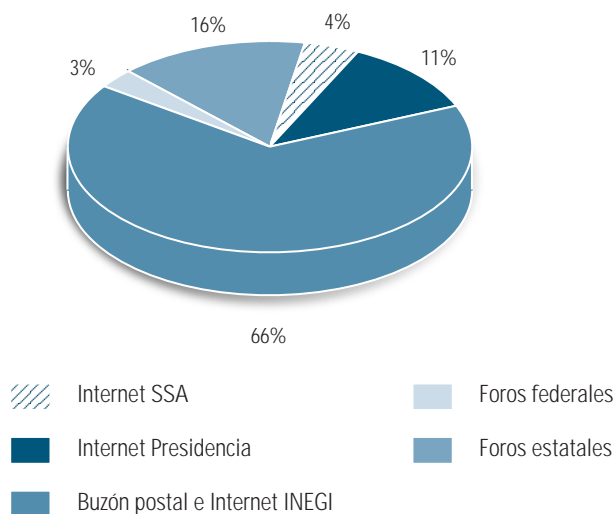
La Secretaría de Salud convocó a una Consulta Ciudadana para la participación en la elaboración de este programa, recibándose más de 22 mil propuestas

El presente *Programa Nacional de Salud 2001-2006* es la guía para avanzar hacia el círculo virtuoso. Este programa sectorial es un instrumento de concertación de las acciones públicas y privadas del sector salud, y de coordinación de las tareas gubernamentales. Forma parte del *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, en el que se expresan y justifican las acciones que habrá de desarrollar el Gobierno de la República durante su gestión, de conformidad con lo establecido en la Constitución y en la Ley de Planeación vigente en el país.

Esta última establece que las dependencias de la Administración Pública Federal tienen la obligación de “elaborar los programas sectoriales tomando en cuenta las propuestas que presenten las entidades del sector y los gobiernos de los estados, así como las opiniones de los grupos sociales interesados”. En el primer trimestre del presente año la Secretaría de Salud (SSA) convocó a una Consulta Ciudadana para la participación en la elaboración de este programa, recibándose más de 22 mil propuestas que fueron generadas de la siguiente manera (el tema, el lugar de procedencia y otras características se detallan en los apéndices de este documento) (véase figura 1):

- propuestas depositadas en buzones especiales que se colocaron en lugares públicos por todo el país y cuya recopilación coordinó el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática;
- propuestas enviadas en los meses de febrero, marzo y abril a través de las páginas de Internet de la SSA y de la Presidencia de la República, y
- propuestas presentadas en diversos foros estatales y federales que se llevaron a cabo en la capital y diversas ciudades del país en marzo de 2001.

La consulta ciudadana ratificó el interés de la sociedad por participar en la vida pública, en especial en aquellos asuntos que afectan directamente su bienestar. Sus inquietudes, sus inconformidades y sus propuestas se incorporaron tanto a la visión y a los componentes diagnósticos de este programa como a las secciones sobre estrategias y líneas de acción.



Fuente: SSA, 2001

Figura 1

Canales de participación ciudadana en el Programa Nacional de Salud 2001-2006

El *Programa Nacional de Salud 2001-2006* está dividido en cuatro capítulos:

- I. En dónde estamos. La salud y los servicios de salud en México
- II. A dónde queremos llegar. El sistema de salud que México merece
- III. Qué camino vamos a seguir. Objetivos, estrategias y líneas de acción
- IV. Cómo medimos los avances. La rendición de cuentas como parte del proceso democrático

En el capítulo uno se discuten los tres principales retos a los que nos enfrentamos: la desigualdad en las condiciones de salud, los problemas de calidad de los servicios y los problemas en materia de protección financiera. En la primera parte, tras una breve descripción del entorno nacional e internacional, se describen las condiciones de salud prevalentes en el país y su distribución entre entidades federativas, áreas rurales y urbanas, y grupos socioeconómicos. En seguida se presenta una evaluación de la calidad con la que se están prestando los servicios de salud. En la tercera sección se hace un diagnóstico de los niveles de protección financiera con los que cuentan los mexicanos. Este capítulo concluye con un diagnóstico del sistema en sus cuatro funciones esenciales: prestación, financiamiento, generación de recursos y rectoría.

El capítulo dos ofrece una visión: las condiciones de salud y el sistema de salud que quisiéramos para el año 2025. Además de mejorar la esperanza y la calidad de vida, se anticipa la consolidación de un sistema de salud que ofrezca un trato adecuado y que proteja a los ciudadanos contra gastos excesivos por razones de salud. En este sistema las contribuciones serán proporcionales a la capacidad de pago y los beneficios proporcionales a las necesidades.

En el tercer capítulo se presentan las estrategias y líneas de acción encaminadas a concretar los objetivos que se ha planteado esta administración.

En el capítulo uno del Programa se discuten los retos a los que nos enfrentamos, el capítulo dos ofrece una visión y en el tercer capítulo se presentan las estrategias y líneas de acción

El *Programa Nacional de Salud 2001-2006* concluye con la discusión de dos elementos fundamentales de la democratización de la salud: la evaluación del desempeño y la rendición de cuentas. Aquí se presentan los criterios y mecanismos de evaluación, tanto del sistema mexicano de salud en su conjunto como de los diversos sistemas estatales y programas prioritarios. Se describen asimismo los principales instrumentos de rendición de cuentas: los informes al Congreso de la Unión, a la Asamblea Nacional de Salud –cuya creación habrá de proponerse en breve– y al Consejo Ciudadano de Seguimiento de este programa. Igualmente importantes serán los informes a los dos principales órganos colegiados para la conducción de las políticas de salud: el Consejo de Salubridad General –cuerpo de rango constitucional encargado de la cooperación intra e intersectorial– y el Consejo Nacional de Salud –órgano de coordinación entre los niveles estatal y federal.

Por último, la sección de apéndices ofrece información estadística general sobre el país y las entidades federativas, información sobre los indicadores de evaluación aprobados en 1998 y datos desagregados sobre la Consulta Ciudadana. En esta sección también se incluye la lista completa de los Programas de Acción que derivarán de este *Programa Nacional de Salud 2001-2006*.

I. En dónde estamos

La salud y los servicios de salud en México

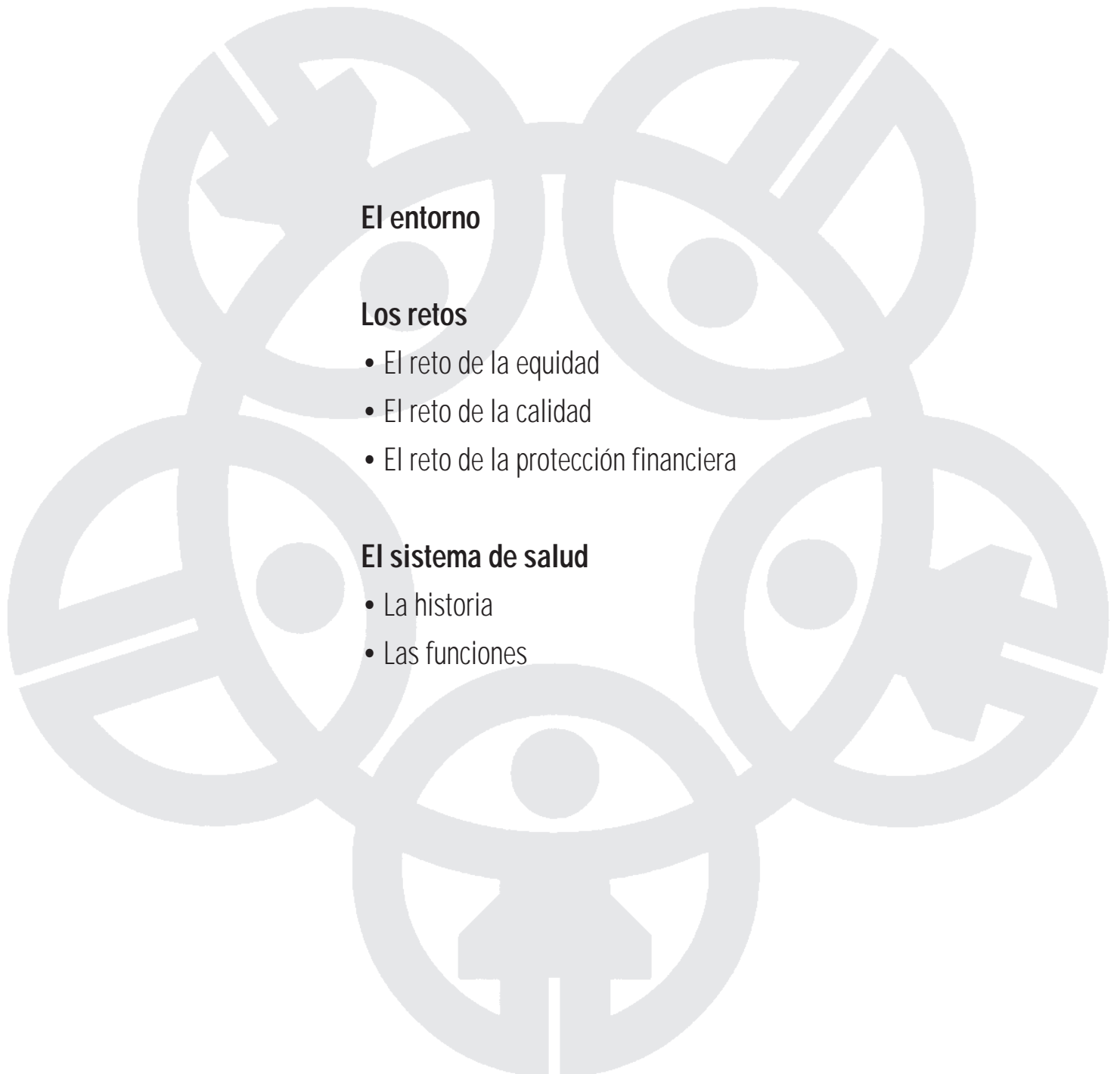
El entorno

Los retos

- El reto de la equidad
- El reto de la calidad
- El reto de la protección financiera

El sistema de salud

- La historia
- Las funciones







I. En dónde estamos

La salud y los servicios de salud en México

Los principales desafíos del sistema de salud mexicano al comenzar el siglo XXI son alcanzar mayor equidad en las condiciones de salud, mejorar la calidad de sus servicios y dotar de protección financiera a la mayoría de la población. En este capítulo se describen y discuten estos retos y se presenta un diagnóstico del sistema de salud. En la primera parte se hace un breve análisis del entorno en el que hoy se ubica el sistema. En seguida se discuten con algún detalle los retos que es necesario superar. Finalmente, en la tercera parte, se describe la manera en que se llevan a cabo en el momento actual las funciones específicas del sistema (prestación de servicios, financiamiento, generación de recursos y rectoría). El supuesto que subyace a este apartado es que mientras mejor se desempeñen estas funciones, y mientras más efectiva y eficiente sea la relación entre ellas, mayores posibilidades tendremos de mejorar las condiciones de salud de la población, la calidad de los servicios y la justicia financiera del sistema.

La intensa transformación por la que atraviesa nuestro país en los tiempos actuales ejerce una presión sin precedentes sobre el sistema de salud

El entorno

La intensa transformación por la que atraviesa nuestro país en los tiempos actuales ejerce una presión sin precedentes sobre el sistema de salud. La dinámica demográfica y los cambios sociales, los retos económicos y los logros políticos, los avances científicos y tecnológicos, la influencia permanente de una comunidad internacional sujeta a su vez a grandes tensiones: todo esto exige de los servicios de salud un esfuerzo de grandes proporciones, en el presente más inmediato y en el futuro previsible.

En el terreno demográfico México experimenta dos procesos de enorme trascendencia. El primero es una disminución de la mortalidad general e infantil, que en combinación con un descenso acelerado de la fecundidad –el número promedio de hijos por mujer en edad fértil se redujo de casi seis en 1975 a 2.4 en el año 2000–, ha producido el envejecimiento de la población, es decir, el aumento de la proporción de personas de mayor edad en la estructura poblacional. Son justamente estas personas las que, además de demandar pensiones, experimentan procesos de enfermedad que requieren de una atención médica más compleja. El segundo proceso demográfico

Los últimos años han sido testigos también de profundas transformaciones en el escenario mundial

tiene que ver con la distribución espacial de la población. La acelerada y en ocasiones desordenada urbanización del país durante las últimas tres décadas ha generado nuevos riesgos a la salud, al tiempo que ha acercado a las personas a los núcleos de población en donde se concentran los recursos médicos. No obstante, la dispersión poblacional en las zonas rurales se ha mantenido.

En lo social debe destacarse el incremento de los años de escolaridad, que al generar mayores conocimientos y mejorar las prácticas sobre la salud determina una capacidad más refinada para interactuar con los prestadores de servicios. Muy ligado al cambio educativo se encuentra la creciente participación de la mujer en la fuerza laboral. Hasta hace pocos años, las instituciones de salud contaban con el auxilio de una vasta producción de servicios en el hogar, casi siempre a cargo de las mujeres. Una sociedad donde la mujer participa cada vez más activamente en el mercado de trabajo y dispone de menos tiempo para atender a sus hijos, tendrá que contar con un mayor apoyo de parte de las instituciones de salud y bienestar social.

En lo económico, nos enfrentamos al reto de hacer de la industrialización, la apertura comercial y la liberalización económica, instrumentos que ayuden a incrementar nuestro nivel de desarrollo y generar mejores ingresos, lo que sin duda influirá en la demanda de atención médica.

En el campo científico somos testigos de grandes avances en biotecnología, informática y telecomunicaciones, que prometen ampliar la capacidad de los servicios para identificar y resolver los problemas de salud.

En la arena política, como lo muestran las recientes elecciones, se está conformando una sociedad crecientemente participativa y crítica, que con toda razón demanda más y mejor información, más opciones de atención a su salud, y servicios de mayor calidad.

Esta dinámica está dando lugar a un nuevo orden en el campo de la salud caracterizado, entre otras cosas, por la transferencia internacional de riesgos

Los últimos años han sido testigos también de profundas transformaciones en el escenario mundial. El rápido crecimiento de los mercados internacionales y la revolución en las comunicaciones han erosionado las fronteras nacionales, estimulando el movimiento de personas, bienes y servicios de un país a otro. Esta dinámica está dando lugar a un nuevo orden en el campo de la salud caracterizado, entre otras cosas, por la transferencia internacional de riesgos. Esta transferencia está asociada a cambios ambientales globales, movimientos migratorios, exportación de estilos de vida e ideas, variaciones en los estándares ambientales y ocupacionales, comercio de sustancias nocivas, tanto legales como ilegales, y distribución de tecnologías médicas. Ejemplos dramáticos de esta internacionalización de riesgos son las pandemias de VIH-SIDA y tuberculosis, y la diseminación internacional de agentes patógenos resistentes a los antibióticos comunes.

La transferencia de riesgos a través de las fronteras ha adquirido una magnitud tal que los países desarrollados han incorporado este tema a su agenda de seguridad nacional y han puesto en marcha sistemas de alarma para contender con la propagación inesperada de enfermedades infecciosas y otros riesgos globales para la salud.

Además, la liberalización del comercio mundial ha expandido el mercado de productos y servicios de salud. Las exportaciones farmacéuticas de los países de la

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), por ejemplo, se incrementaron en más de 1 000 por ciento entre 1975 y 2000. El comercio de servicios de salud, por su parte, se ha multiplicado en todas sus formas, al grado que una cantidad importante de empresas de atención a la salud opera ya globalmente.

Los retos

El reto de la equidad

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, 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 aun 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.

Existe información que demuestra que aun en condiciones de pobreza es posible reducir el peso de los padecimientos del rezago a través de intervenciones 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 en el hogar, y el deterioro de las redes familiares y sociales han crecido incesantemente a lo largo del último medio siglo en nuestro país. Su control depende de la implantación de estrategias anticipatorias y preventivas que incidan sobre los hábitos de vida.

Pero 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 del progreso sanitario entre regiones y grupos sociales sigue siendo muy desigual. Los pobres presentan un riesgo de morir en edades tempranas mucho mayor que el resto de la población y, además de sufrir de las mismas enfermedades que otros grupos sociales, padecen de problemas propios para los que ya existen soluciones probadas y de bajo costo. El abatimiento de estas desigualdades sanitarias es un asunto que no puede postergarse más.

Dinámica de la población

La población mexicana creció más de siete veces en el siglo XX, al pasar de 13.5 millones en 1900 a 97.5 millones en el año 2000. En este mismo periodo, la tasa de mortalidad

POBREZA Y ENFERMEDAD

La mala salud genera, profundiza y ayuda a perpetuar la pobreza

El hecho de que la pobreza contribuye directamente a enfermar y morir es ampliamente reconocido. El ciclo pobreza-enfermedad inicia desde la gestación, cuando la insuficiente nutrición de la madre, las características de su patrón reproductivo (edad al procrear, número y frecuencia de los hijos) y la inapropiada atención prenatal y del parto provocan elevadas tasas de mortalidad infantil, alto riesgo de bajo peso del recién nacido y otras afecciones perinatales.

El arranque desigual en la vida por motivos de salud se expresa en las siguientes cifras: entre las mujeres embarazadas no pobres, sólo una de cada 20 no recibe atención prenatal, y entre quienes la reciben, tres cuartas partes lo hacen desde el primer trimestre de embarazo. En todos estos casos se trata de atención profesional. En contraste, una de cada cuatro embarazadas pobres nunca llega a recibir atención prenatal y la mitad de las que la reciben lo hacen después del cuarto mes de embarazo. Al término de éste, sólo la mitad recibe atención profesional en una institución de salud; el resto se atiende en su hogar.

La alimentación deficiente en la infancia deja huellas irreversibles. El crecimiento y desarrollo defectuosos provocan baja estatura, mayores ries-

gos de enfermedad y un bajo desempeño escolar. Durante la edad adulta los bajos niveles de energía que resultan de una dieta insuficiente y de la presencia de enfermedades más frecuentes de lo ordinario, producen un rendimiento laboral mermado, en especial entre quienes desarrollan trabajos de alta demanda física.

Una persona enferma sin acceso a servicios de salud tarda más en curarse o no se cura. Su vida familiar se trastorna, no puede reincorporarse a sus actividades productivas y se precipita en una dinámica de empobrecimiento que no tiene fin. Deja de generar ingresos a la vez que debe enfrentar, por lo común de manera súbita, costos elevados y prolongados para procurarse tratamiento. Estos gastos llamados catastróficos constituyen la forma más grave de expresión del ciclo enfermedad-pobreza.

Es difícil identificar las condiciones que requieren del apoyo de la sociedad. Para muchos, los pobres son una población perfectamente delimitada a la que se pueden proporcionar servicios o subsidios de manera clara: son todos aquellos que no satisfacen en forma mínima sus necesidades básicas debido a que sus ingresos no superan un umbral denominado línea de pobreza. No obstante, existen

personas que, incluso estando por arriba de la línea de pobreza, son potencialmente pobres debido a la falta de acceso a ciertos servicios, como los servicios de salud. No es inusual que la enfermedad en las personas más vulnerables se acompañe de gastos monetarios suficientemente altos como para precipitar una pobreza hasta entonces latente. Los gastos no planeados en materia de salud, de hecho, pueden ser lo suficientemente importantes como para generar pobreza incluso en hogares de ingresos medios.

Es necesario, por lo tanto, identificar a las personas pobres para, en consecuencia, destinar a ellos los beneficios de los programas. Esta definición no puede establecerse en los niveles centrales del gobierno, como se ha hecho hasta ahora. Si bien es cierto que el gobierno federal debe impulsar y financiar el combate a la pobreza, el problema sólo puede conocerse con suficiente detalle en los niveles estatales y, sobre todo, locales. Además es preciso establecer indicadores que permitan anticipar la aparición de gastos que precipitan la pobreza. De nuevo, son las autoridades locales y estatales las que están en mejor posición que nadie para medir de manera integral estos riesgos.

Como resultado de la disminución de la mortalidad, la caída de la tasa de fecundidad y el aumento en la esperanza de vida, se ha generado un descenso de la velocidad de reproducción de nuestra población y su envejecimiento

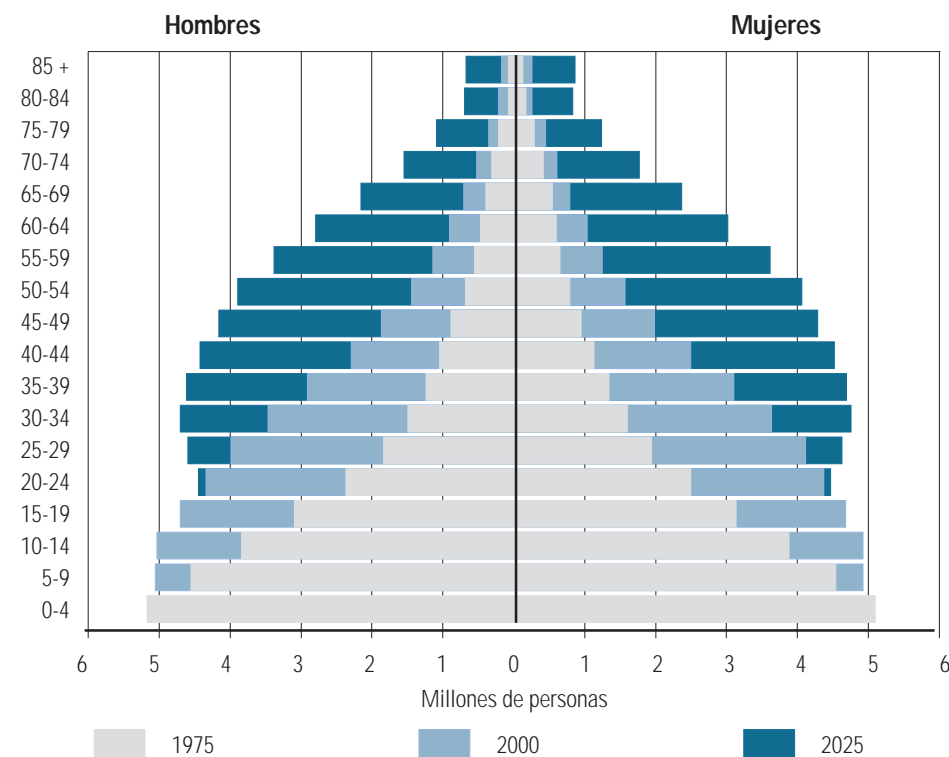
general descendió de 35 a 4.5 muertes anuales por 1000 habitantes y la tasa de mortalidad infantil de más de 200 decesos por 1000 nacidos vivos registrados a sólo 26.

La esperanza de vida al nacer se incrementó considerablemente en el siglo, al pasar de 40 años en los hombres y 42 años en las mujeres en 1940 a 73 y 77 años en 2000, respectivamente. Además, la brecha en este rubro entre estados disminuyó, al pasar de casi 23 años entre los estados extremos en 1950 a poco más de cinco en 2000.

La natalidad empezó a descender a partir de los años setenta. El promedio de hijos por mujer en edad fértil pasó de seis en 1976 a 2.4 en el momento actual, cifras que nos hablan del enorme impacto de los programas de planificación familiar. En el año 2000 la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres unidas en edad fértil ascendió a 70 por ciento.

Como resultado de la disminución de la mortalidad, la caída de la tasa de fecundidad y el aumento en la esperanza de vida, se han generado dos fenómenos que caracterizan a nuestro crecimiento poblacional reciente: un descenso de la velocidad de reproducción de nuestra población y su envejecimiento. La población mexicana, que se duplicó entre 1958 y 1981, volverá a duplicarse hasta 2030. Por otro lado, el porcentaje de adultos mayores en la estructura poblacional total se irá incrementando. De representar cuatro por ciento en 1970, los mayores de 65 años representarán diez por ciento de la población en 2025 (alrededor de 12.5 millones de adultos mayores) (figura 1.1).

Estos cambios demográficos tendrán una influencia muy importante en las condiciones de salud de los mexicanos y en la demanda de servicios. El incremento



Fuente: CONAPO, 2000

Figura 1.1

Los adultos tienen una presencia cada vez mayor en la estructura poblacional de México

LOS ADOLESCENTES Y LOS ADULTOS JÓVENES. LA ATRACCIÓN POR LAS CONDUCTAS DE ALTO RIESGO

Las principales causas de daños a la salud en estos grupos de edad son el tabaquismo, el alcoholismo, el consumo de drogas, los accidentes, el sobrepeso, los homicidios, los suicidios y las enfermedades de transmisión sexual

En todo el mundo los adolescentes y los adultos jóvenes son el grupo etáreo más sano. En este grupo ocurren relativamente pocas muertes y pocos casos de enfermedad. En estas edades, sin embargo, también se consolidan hábitos de vida que conducen a enfermedades degenerativas posteriormente.

La población adolescente de México se duplicó en términos porcentuales en los últimos 30 años. En 1970 representaba 11.4 por ciento de la población nacional; hoy representa 21.3 por ciento: 9.7 millones de jóvenes y 10.5 millones de adolescentes. Entre 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años.

La mayoría de los adolescentes y jóvenes son personas solteras, aunque se estima que cerca de cinco millones están casados o viven en unión libre, y poco más de 240 mil cuentan en su haber con una unión disuelta. Quienes inician la vida marital más tempranamente son las mujeres de localidades rurales: entre los 15 y los 19 años una de cada cinco está casada o libremente unida.

La mitad de los jóvenes y adolescentes (49.9%) se concentran en apenas siete de las 32 entidades federativas: Estado de México (13.3%), Distrito Federal (8.4%), Veracruz (7.0%), Jalisco (6.6%), Puebla (5.1%), Guanajuato (5.1%) y Mi-

choacán (4.4%). Alrededor de 49 por ciento son hombres, y 51 por ciento, mujeres. Esto significa que en el país hay 96 hombres adolescentes por cada 100 mujeres de esa misma edad. La razón de mortalidad hombre:mujer es de 7:1, muy por arriba del promedio latinoamericano (5:1), y sólo inferior a las cifras de Colombia y Venezuela. Esto se explica por la mayor propensión de los hombres a las conductas de alto riesgo: mala nutrición, tabaquismo, consumo de alcohol y drogas, exposición a ambientes peligrosos y violentos, y relaciones sexuales sin protección.

La mala nutrición y el sedentarismo empiezan a causar estragos en nuestra población adolescente. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición de 1999, 27 por ciento de la población adolescente sufre de sobrepeso u obesidad.

Según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998, 10 por ciento de los adolescentes fuman, en una relación entre hombres y mujeres de 3 a 1. De este total, 61.4 por ciento reportaron haberse iniciado en el consumo de tabaco antes de los 18 años. El consumo de drogas ilegales también es relativamente común. Se calcula que alrededor de cuatro por ciento de los hombres de entre 12 y 17 años han probado alguna

droga en su vida. La droga más consumida es la marihuana, y le siguen en orden de importancia los inhalables y la cocaína.

Los accidentes y las lesiones intencionales, un alto porcentaje de los cuales están asociados al consumo de alcohol y drogas, son las primeras causas de muerte a esta edad. Entre los jóvenes de 15 a 19 años, los accidentes de tráfico de vehículos de motor constituyen la primera causa de defunción. En 1999 concentraron 15 por ciento de las muertes; los homicidios representaron 14.6 por ciento y ocuparon el segundo sitio; se presentaron además 468 suicidios, que representaron seis por ciento de las muertes totales.

El inicio temprano de la actividad sexual en ausencia de protección, expone a los adolescentes al riesgo de enfermedades que se transmiten por esa vía, y en el caso de las mujeres al riesgo de embarazarse. Las cifras más recientes hablan de alrededor de 366 mil embarazos no deseados al año en el país, la mayoría de los cuales se produce entre adolescentes. De este total, 180 terminan en muerte materna, que constituye la cuarta causa de muerte en las mujeres de este grupo de edad.

ENVEJECIMIENTO Y SALUD

La población mayor de 64 años está creciendo de manera acelerada. Este grupo de edad utiliza servicios de salud con una frecuencia cuatro veces mayor que el resto de la población y los servicios que requiere son muy costosos

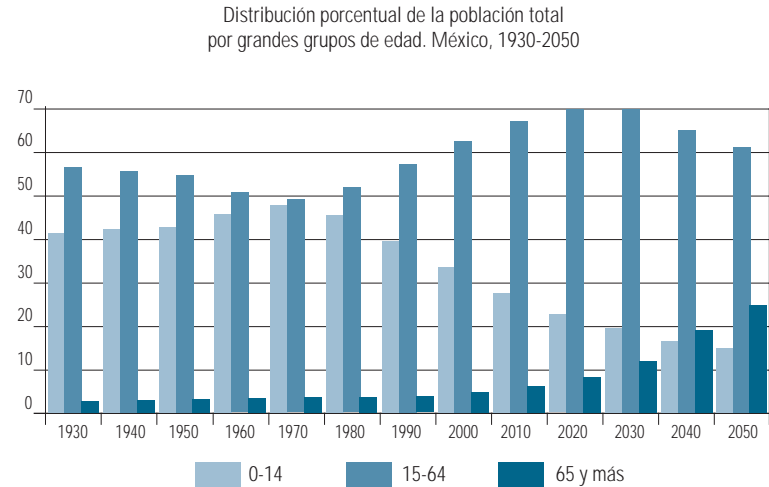
La población mexicana vive un proceso acelerado de envejecimiento que traerá cambios en las relaciones sociales, la demanda de servicios de salud y pensiones, y los requerimientos asistenciales. En los próximos 20 años los niños y adolescentes representarán una menor proporción en la estructura poblacional del país, mientras que las personas maduras y los viejos incrementarán su presencia en términos porcentuales y absolutos. Los índices de dependencia sobre las edades intermedias, por lo tanto, serán cada vez menores de parte de los niños y los jóvenes, y cada vez mayores de parte de la población de 64 años y más. En el año 2020 México tendrá una estructura poblacional con características semejantes a la del mundo postindustrial, con la desventaja de que se habrá establecido en un periodo de tiempo mucho más corto (véase figura). La oportunidad para reunir los recursos necesarios para la atención de la vejez se limitará a las próximas dos o tres décadas, periodo en el cual el segmento de la población en edad productiva alcanzará su máximo crecimiento.

La atención de los viejos representará uno de los mayores retos para los servicios de salud, ya que este grupo de edad los utiliza con una frecuencia cuatro veces mayor que el resto de la población. Además, los servicios que requieren estas personas son por lo general muy costosos.

La demanda de servicios de salud por parte de este grupo de población ha ido en aumento. El porcentaje de ingresos hospitalarios correspondiente a los mayores de 65 años pasó de 8.3 por ciento en 1993 a 12 por ciento en 1999. En este último año 10.3 por ciento de esta población se hospitalizó, en contraste con sólo 4.6 por ciento de la población de 15-64 años. Asimismo, las personas mayores de 65 años contribuyeron con 43 por ciento a la mortalidad intrahospitalaria.

Las principales causas de ingreso hospitalario en los adultos de más edad son actualmente las neumonías y las complicaciones de la arteriosclerosis, en particular las cardiopatías y las enfermedades cerebrovasculares. Poco se sabe sobre la magnitud de otras afecciones al parecer comunes en este grupo de edad, como los traumatismos, la desnutrición, la demencia y la depresión. Esto se debe tanto a insuficiencias en el diagnóstico como a la falta de un adecuado sistema de registro de los padecimientos que no son causa de muerte pero sí de discapacidad.

La transición de un predominio de los padecimientos infecciosos y las enfermedades de la



Fuente: CONAPO, 1998

nutrición y la reproducción, al predominio de las lesiones y las condiciones crónicas, obligará al sistema de salud a modificar sus prioridades. Las acciones deberán dirigirse a modificar la incidencia y prevalencia de las enfermedades no transmisibles y, en particular, de sus consecuencias no letales, que ponen en riesgo la autonomía e independencia de las personas.

La crisis de la seguridad social ha afectado a la mayoría de las naciones del mundo, y México no es la excepción. El déficit financiero de las instituciones de seguridad social dificulta el pago de pensiones dignas y limita la oferta de prestaciones sociales. Además, una proporción significativa de los mayores de 65 años de nuestro país —alrededor de 45 por ciento— no tiene acceso a los beneficios de la seguridad social. Esto es particularmente grave en el caso de las mujeres y las personas mayores del medio rural.

La responsabilidad de proteger la vejez, por lo tanto, seguirá recayendo en la familia, y sobre todo en las mujeres. La familia otorga apoyo a través de transferencias monetarias y materiales, arreglos de domicilio, y cuidados directos ante problemas de salud. Sin embargo, su capacidad para responder a este problema ha ido disminuyendo, debido a las crisis económicas recientes y a la adaptación que exigen las nuevas realidades laborales y sociales.

Otro rasgo interesante de esta dinámica demográfica es que el envejecimiento es en mayor me-

da un fenómeno femenino, debido a la mayor mortalidad de los hombres en casi todos los grupos de edad. Con el agravante añadido de que las mujeres tienen mayor incidencia de enfermedades crónicas y una alta prevalencia de discapacidades. Además, como grupo, presentan tasas de analfabetismo más elevadas que los hombres, carecen de empleos formales, y una buena parte de sus últimos años la pasan solas, por viudez, separación y abandono de los hijos.

Por todas estas razones, el envejecimiento de nuestra población tiene un importante potencial de crisis. Por fortuna, el conocimiento gerontológico ha demostrado que la vejez tiene una gran plasticidad y que es posible llegar a edades avanzadas en un estado saludable a través de acciones de promoción de la salud y prevención de discapacidades. Es en este ámbito donde deben enfocarse las intervenciones sobre este grupo étnico, desde la perspectiva de que la salud en las etapas tardías de la vida es el resultado de hábitos de toda una existencia. Los objetivos de estas intervenciones son los siguientes:

- Minimizar la incidencia de las enfermedades crónicas y discapacitantes.
- Conservar altos grados de funcionalidad física y mental.
- Mantener una buena interacción social y familiar.
- Propiciar una cultura de la vejez activa y sana.

absoluto de la población constituye en sí mismo un reto para el sistema de salud, pero el cambio en la estructura por edades podría llegar a ser todavía más trascendente, ya que los problemas de salud de la población adulta madura (45 a 64 años), y sobre todo de la población adulta mayor (65 años y más), son más costosos y difíciles de atender.

Cuadro 1.1

Indicadores demográficos para México, 1950-2000 y proyecciones para 2010 y 2025

Indicadores	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2025
Población*	25.1	34.9	48.2	66.8	81.2	97.5	112.2	126.0
Crecimiento anual %	2.6	3.3	3.1	2.5	2.0	1.4	1.0	0.5
Grupos de edad %								
0-14	42	44	46	43	39	34	27	21
15-65	55	52	50	53	57	61	67	69
65 y +	3	3	4	4	4	5	6	10
Muertes**	418	402	485	434	422	447	472	652
Nacimientos*	1.1	1.6	2.1	2.4	2.3	2.2	1.9	1.6
* Millones								
** Miles								
Fuente: 1930-2000, INEGI; 2010-2025, CONAPO								

Esto no debe llevarnos a menospreciar la magnitud de los problemas de otros grupos de edad. Sirvan como ejemplo los nacimientos. A pesar de que la tasa de fecundidad seguirá descendiendo, el número absoluto de nacimientos se mantendrá elevado como resultado del alto número de mujeres que nacieron en la etapa de alta fecundidad. Se calcula que en los próximos cinco años el sistema de salud tendrá que hacer frente a 14 millones de embarazos, con sus respectivos partos y puerperios.

Daños a la salud

Uno de los avances recientes más importantes en el país es el descenso de la mortalidad en todos los grupos de edad. En la década de 1930 uno de cada cinco niños moría antes de cumplir un año de vida y la mitad de los hombres adultos morían antes de los 35 años. Actualmente 97 por ciento de los recién nacidos alcanza su primer aniversario y la mayoría de los hombres puede aspirar a vivir 75 años o más. Por lo que se refiere a las mujeres, en 1930 la mitad moría antes de cumplir 38 años de edad. Hoy, al comenzar el siglo XXI, la mayoría puede aspirar a vivir casi 80 años (figura 1.2).

Como resultado de la caída de la mortalidad, la esperanza de vida al nacer se incrementó de manera muy consistente durante la segunda mitad del siglo XX. En el cuadro 1.2 se observa que entre 1950 y 2000 el país ganó 25.7 años en este indicador.

La contribución de los diferentes grupos de edad a la mortalidad general también se modificó (cuadro 1.1). En 1950 casi la mitad de las muertes ocurrieron en la población menor de cinco años y sólo 15 por ciento en los mayores de 65. En el año 2000, en cambio, 50 por ciento de las defunciones ocurrieron en mayores de 65 años y sólo 8.7 por ciento en menores de cinco años.

Como resultado de la caída de la mortalidad, la esperanza de vida al nacer se incrementó 25.7 años entre 1950 y 2000

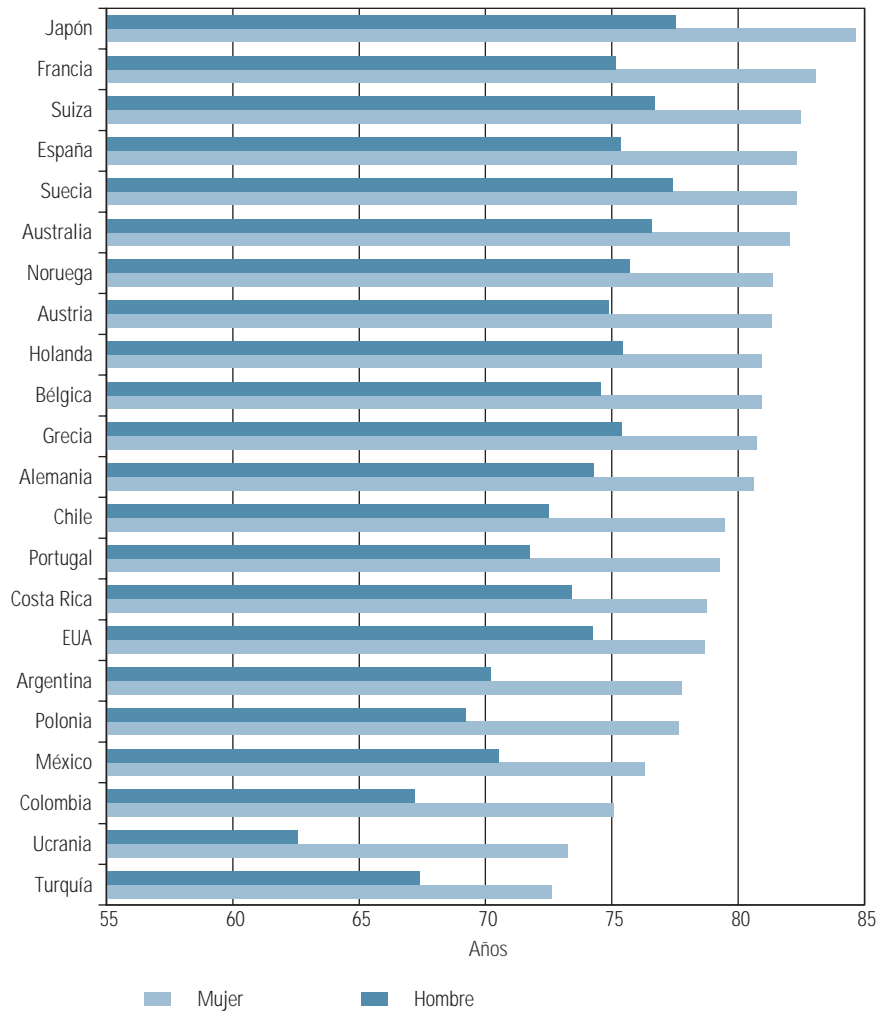


Figura 1.2

La esperanza de vida al nacer de México muestra cifras inferiores a las de países con un nivel de desarrollo similar

Fuente: OMS, 2001

Las enfermedades transmisibles y los padecimientos ligados a la reproducción han sido desplazados por las enfermedades no transmisibles y las lesiones

Las principales causas de muerte también cambiaron. 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 (figura 1.3). 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 cuadruplicaron su participación (4 a 16%).

En el cuadro 1.2 también se observa que entre 1950 y 2000 la mortalidad bajó casi siete veces en la infancia, dos y media veces en los hombres adultos y casi cuatro veces en las mujeres adultas. También se observa que en 1950 una de cada dos muertes se debía a enfermedades propias del rezago epidemiológico, mientras que en la actualidad estas causas provocan sólo una de cada siete defunciones. En contraste, los decesos relacionados con los padecimientos no transmisibles aumentaron de 44 a 73 por ciento, dejando a las lesiones con una contribución más o menos constante de 13 por ciento.

Hasta hace poco, las evaluaciones de las condiciones de salud de una población se basaban exclusivamente en los datos de mortalidad. Sin embargo, una cantidad importante de los daños a la salud no se traducen en muerte sino en discapacidad. En un intento por incorporar a las evaluaciones epidemiológicas tanto las muertes como la

Cuadro 1.2

Indicadores de mortalidad para México, 1950-2025

Indicadores de mortalidad	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2025
Esperanza de vida al nacer (años)	49.6	57.9	61.7	67.0	71.4	75.3	78.1	81.2
Mortalidad en la infancia (0-4 años)*	167	109	98	54	36	28	19	12
Hombres adultos (15-59 años)*	380	292	257	246	186	158	122	100
Mujeres adultas (15-59 años)*	319	235	193	145	107	91	66	50
Mortalidad todas las causas *	16.0	11.5	10.0	6.7	5.0	4.5	4.2	5.0
Enfermedades transmisibles, de la nutrición y de la reproducción **	49.8	46.3	57.3	34.4	26.2	14.0	12.5	10.1
Enfermedades no transmisibles**	43.7	47.1	34.7	49.8	59.8	73.3	73.0	77.8
Lesiones accidentales e intencionales**	6.2	6.5	10.6	15.7	13.9	12.7	12.5	12.1

* Por 1 000, calculado con base en tablas de mortalidad
 ** Por ciento

Fuente: Estimaciones basadas en CONAPO y OMS

discapacidad producida por las enfermedades y las lesiones, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso la utilización de dos indicadores relativamente nuevos. El primero es la esperanza de vida saludable (EVISA), que mide el número de años en *buena salud* que, en promedio, una persona puede esperar vivir en una sociedad determinada. El segundo indicador, los años de vida saludable (AVISA), evalúa la merma en salud que resulta de sumar los años perdidos por muerte prematura con los años vividos con discapacidad. Así, este indicador facilita la presentación de la información sobre las principales necesidades de salud, que incluyen las causas de enfermedad, las causas de muerte y los factores de riesgo.

En el cuadro 1.3 se presentan las estimaciones de la esperanza de vida saludable al nacer, para hombres y mujeres en México en 1998. Dado que en ese año México

En un intento por incorporar a las evaluaciones epidemiológicas tanto las muertes como la discapacidad la OMS propuso la utilización de dos indicadores nuevos: la esperanza de vida saludable y los años de vida saludable

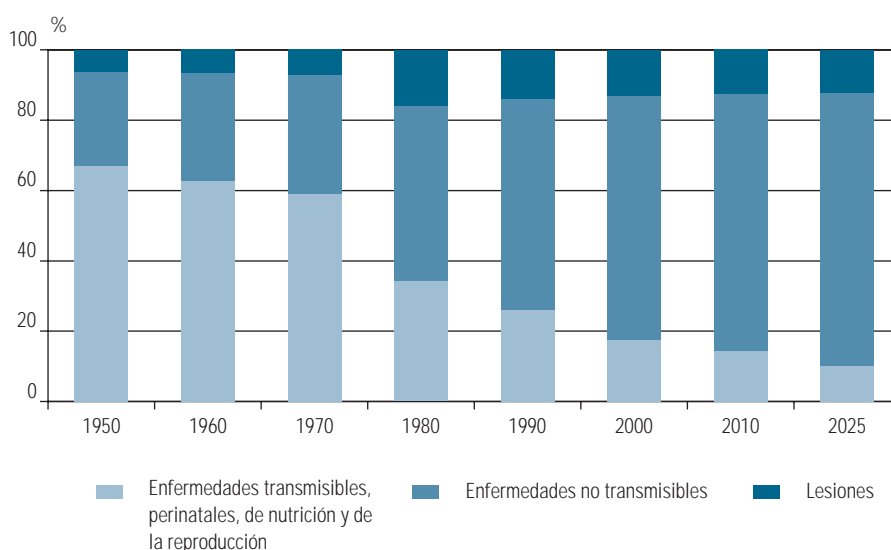


Figura 1.3

Desde los años ochenta las enfermedades no transmisibles en México concentran la mayor parte de muertes

Cuadro 1.3**Años de esperanza de vida saludable en áreas rurales y urbanas en México, 1998**

Area	Hombres	Mujeres	Ambos
Rural	58.5	63.9	61.3
Urbana	61.8	67.5	64.6
México	61.1	66.9	63.9

Fuente: SSA, 2000

Los mexicanos pierden en promedio diez años de vida saludable como resultado de alguna discapacidad; las principales pérdidas se deben a enfermedades no transmisibles y lesiones

tenía una esperanza de vida general de 74 años y una esperanza de vida saludable de 64, se puede concluir que los mexicanos pierden en promedio diez años de vida saludable como resultado de alguna discapacidad. De acuerdo con el ejercicio realizado por la OMS usando este indicador, México está ubicado en el lugar 55 en el mundo, sitio similar al de países como la República de Corea, Venezuela y Bulgaria. En nuestro país se pierden más años de vida saludable en las áreas rurales que en las urbanas, lo que agrava la baja expectativa de vida que puede alcanzarse en las regiones pobres.

El análisis de los años de vida saludable indica que las principales pérdidas se deben a las enfermedades no transmisibles y las lesiones, aunque los daños producidos por las afecciones perinatales, las infecciones respiratorias, la cirrosis y la desnutrición siguen jugando un papel importante (cuadro 1.4). También intervienen diversos problemas que afectan sobre todo a los jóvenes y que no necesariamente llevan a la muerte –violencia, accidentes de vehículo de motor, atropellamientos, depresión y consumo de alcohol– y la demencia, que es particularmente común en las personas mayores. La diabetes mellitus y la cardiopatía isquémica generan individualmente una gran parte del peso de la enfermedad en el país.

Cuadro 1.4**Principales causas de pérdida de años de vida saludable en México, 1998**

Orden	Causas	%
1	Afecciones perinatales	7.7
2	Diabetes mellitus	5.8
3	Homicidios y violencias	4.8
4	Cardiopatía isquémica	4.5
5	Accidentes de vehículos de motor (choques)	4.0
6	Infecciones respiratorias bajas	3.0
7	Enfermedad cerebrovascular	2.9
8	Cirrosis hepática	2.9
9	Atropellamiento	2.3
10	Desnutrición proteico-calórica	1.9
11	Enfermedades diarreicas	1.8
12	Demencias	1.7
13	Consumo de alcohol	1.6
14	Trastornos depresivos	1.6
15	Nefritis y nefrosis	1.5

Fuente: SSA, 2000

LA ATENCIÓN DE LOS DISCAPACITADOS

La discapacidad constituye un serio problema de salud pública. Se estima que 2.3 por ciento de los mexicanos sufren de discapacidad grave

No se dispone de información precisa sobre incidencia, pero se calcula que al año se producen 125 mil discapacidades como resultado de fracturas graves, ocurren 67 mil malformaciones congénitas, se generan 43 mil secuelas de enfermedad vascular-cerebral, 20 mil secuelas de trauma cráneo-encefálico y 12 mil casos de parálisis cerebral infantil.

Las discapacidades son el producto de enfermedades o lesiones, pero también son resultado de los avances en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Se ha reducido la mortalidad por hipoxia cerebral perinatal, pero los niños que sobreviven sufren de parálisis cerebral con trastornos del movimiento, alteraciones del lenguaje y epilepsia. También se ha incrementado la sobrevivencia de los niños con defectos del tubo neural, pero los sobrevivientes sufren de parálisis de las extremidades, falta de control de esfínteres, hidrocefalia, y trastornos del lenguaje y del aprendizaje. Se ha logrado que los adultos sobrevivan a los tra-

matismos raquimedulares, pero muchos de ellos quedan parapléjicos o cuadripléjicos, con incontinencia de esfínteres, impotencia sexual y alteraciones del habla.

En México hay cerca de cuatro millones de personas con diabetes mellitus y 13 millones de hipertensos. Los primeros con frecuencia requieren de amputaciones o sufren de ceguera y nefroesclerosis. Los segundos pueden llegar a sufrir enfermedad vascular-cerebral, que se asocia a una gran diversidad de discapacidades.

La esperanza de vida se ha alargado considerablemente, y una de las consecuencias ha sido el incremento de diversas condiciones discapacitantes, como la osteoporosis, la osteoartritis, la hipoacusia y los trastornos mentales. Las discapacidades son causa de desajuste psicosocial, desintegración familiar, analfabetismo, desempleo y mendicidad.

Los discapacitados sufren asimismo una falta de equidad en la distribución de recursos. El ejemplo más claro es que de los casi mil hospitales

públicos, sólo 152 cuentan con servicios de rehabilitación, que además tienden a estar subequipados y atendidos por personal no especializado.

Las personas con discapacidad enfrentan gastos catastróficos con frecuencia. Las enfermedades y accidentes graves generan gastos mayores y secuelas que requieren de rehabilitación de largo plazo, además de prótesis, órtesis, sillas de ruedas y ayuda técnica de alto costo.

Para poder atender a esta población de manera integral es necesario promover acciones multisectoriales en colaboración con el sector privado y la sociedad civil. Estas acciones deben dirigirse a:

- Prevenir, tratar, limitar y rehabilitar las discapacidades.
- Ampliar la infraestructura pública destinada a facilitar la movilización y la atención de las necesidades especiales de los discapacitados.
- Promover y facilitar la reincorporación de la persona a la vida social y laboral.

Como muestran los cuadros 1.4 y 1.5, la mortalidad resume las transiciones demográfica y epidemiológica del país, con un predominio de muertes ocasionadas por problemas del corazón y tumores malignos que son padecimientos propios de poblaciones envejecidas. El orden de los problemas según los AVISA perdidos indica, en cambio, la importancia de padecimientos que ocurren en todos los grupos de edad.

Los niveles promedio de salud no bastan para medir el rendimiento de un sistema, es necesario analizar también la distribución de las condiciones de salud

Desigualdades en los daños a la salud

Aunque son muy útiles, los niveles promedio de salud no bastan para medir el rendimiento de un sistema. Es necesario analizar también la distribución de las condiciones de salud.

En este rubro el panorama de México deja mucho que desear. De hecho, uno de los rasgos distintivos de nuestras condiciones de salud es su desigualdad. Mientras que los daños a la salud en las regiones y grupos de mayores ingresos del país tienen un perfil similar al de algunos países europeos, en las regiones y grupos sociales empobrecidos el cuadro es el de un país de escaso desarrollo.

La mortalidad en menores de cinco años sigue siendo un indicador muy sensible a las desigualdades sociales. En el Distrito Federal o el área urbana del Estado de México el riesgo de muerte en los menores de cinco años es similar al de Chile o Costa Rica; en las zonas rurales de Oaxaca y Chiapas este riesgo es parecido al de Perú, Guatemala o Nicaragua. El caso extremo lo presentan los niños del área rural de Guerrero, que presentan un riesgo de morir parecido al de Bolivia.

Cuadro 1.5

Principales causas de mortalidad general en México, 1999

Orden	Causas	Defunciones	%
	Total	443,950	100.0
1	Enfermedades del corazón	69,278	15.6
	- Enfermedades isquémicas del corazón	44,070	9.9
2	Tumores malignos	53,662	12.1
3	Diabetes mellitus	45,632	10.3
4	Accidentes	35,690	8.0
	- Accidentes de tráfico de vehículos de motor	11,659	2.6
5	Enfermedades del hígado	27,040	6.1
	- Enfermedad alcohólica del hígado	13,417	3.0
6	Enfermedades cerebrovasculares	25,836	5.8
7	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	19,268	4.3
	- Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal	10,042	2.3
8	Influenza y neumonía	14,068	3.2
9	Homicidios	12,249	2.8
10	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	11,319	2.5
	- Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	9,474	2.1
	- Las demás causas	120,434	27.1

Fuente: INEGI/SSA, 1999

La tasa de mortalidad entre los menores de un año ha descendido constantemente en el país, así como la brecha entre los estados extremos

En los últimos diez años estas diferencias, además, se han acentuado. La tendencia a la baja de la mortalidad en menores de cinco años disminuyó en las zonas rurales, lo que provocó que el riesgo de morir en este grupo, que en 1992 era 20 por ciento más alto que en las urbanas, se incrementará en términos relativos a 55 por ciento en 1998 (figura 1.4).

La mortalidad en menores de un año en México también tiene una distribución muy desigual. En Guerrero, la tasa ajustada de mortalidad infantil es de 52 por 1 000 nacidos vivos, mientras que en Nuevo León es de 14. Aun así, la tasa de mortalidad entre los menores de un año ha descendido constantemente en el país, así como la brecha entre los estados extremos (figura 1.5). Las proyecciones del Consejo Nacional de Población indican que la tendencia a disminuir de la diferencia entre los extremos debe continuar.

Las desigualdades en salud también están presentes en 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 los Estados Unidos, en las áreas rurales de Guerrero, Puebla y Oaxaca es

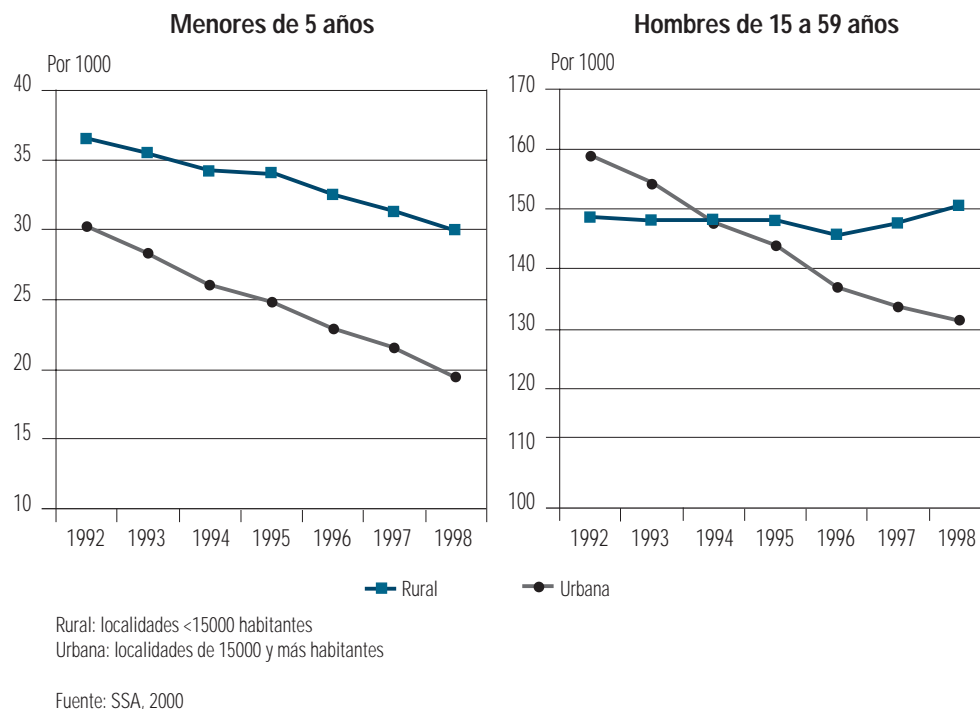


Figura 1.4
La brecha en la probabilidad de morir en niños y adultos de los medios rural y urbano se está incrementando

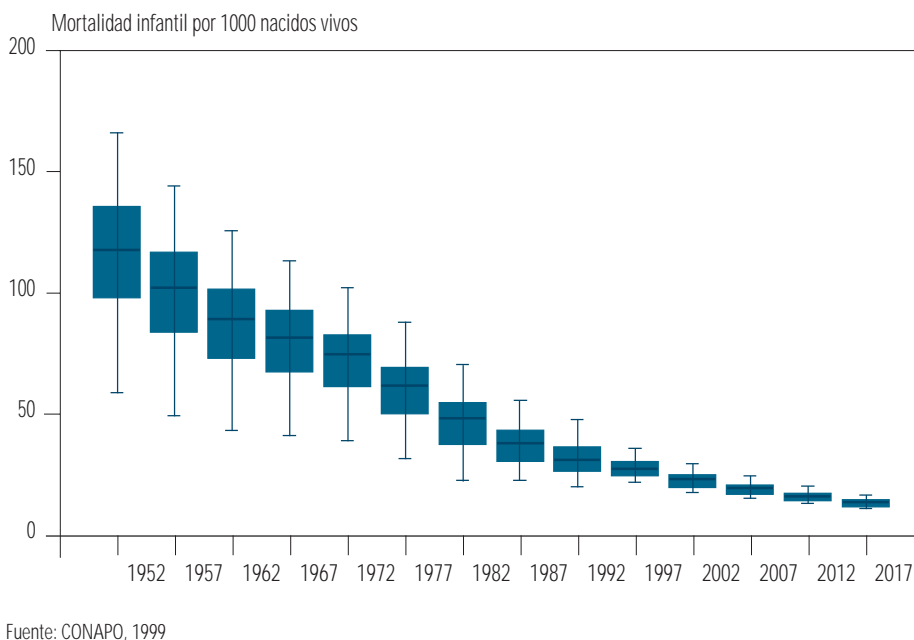


Figura 1.5
La mortalidad infantil en México está disminuyendo, lo mismo que la diferencia en este rubro entre los estados extremos

similar a la de El Salvador, Nicaragua u Honduras. 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 por ciento. En las mujeres este fenómeno es todavía más dramático, pues en el mismo periodo la mortalidad aumentó cinco por ciento en el medio rural y disminuyó 12 por ciento en el medio urbano.

LA SALUD DE LOS INDÍGENAS

La tasa de mortalidad de los niños indígenas es 58 por ciento más alta que la de la infancia del resto del país. El riesgo de morir de una mujer indígena durante el embarazo, parto o puerperio es casi tres veces más alto que el de una mujer no indígena

Los principales indicadores de salud muestran un rezago importante en las personas más pobres: la población no asegurada, la que vive en los estados del sur y sobre todo los habitantes de municipios altamente marginados. Entre los pobres hay también los más pobres, que presentan las peores cifras: los 63 grupos indígenas que son también el país.

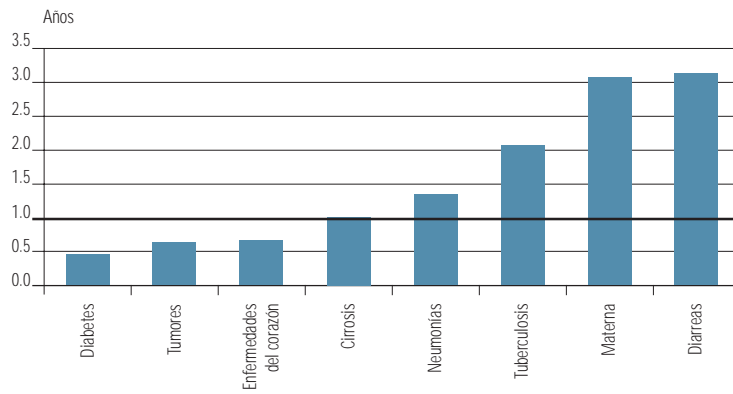
Uno de los desafíos que enfrenta nuestro sistema de salud es reducir esta brecha: llevar la mortalidad de los niños indígenas a los niveles nacionales, abatir la desnutrición que padecen y acabar para siempre con las muertes maternas.

La esperanza de vida al nacer de la población indígena es de 69 años, contra 74 de la población nacional. La tasa de mortalidad es 58 por ciento más alta entre los niños indígenas que en la infancia del resto del país. El riesgo de morir de una mujer indígena durante el embarazo, parto o puerperio es casi tres veces más alto que el de una mujer no indígena.

Los indígenas siguen muriendo de problemas para los cuales existen intervenciones costo-efectivas. Dos de las cinco principales causas de muerte en estos grupos son las infecciones intestinales, y la influenza y la neumonía. Los condicionantes básicos de estas enfermedades son el saneamiento básico nulo o deficiente, y las condiciones microambientales de la vivienda, en especial el humo por combustión de leñas. Asimismo, las tasas de mortalidad por tuberculosis pulmonar son dos veces más altas en esta población que en la población general.

La información sobre el estado nutricional también habla de enormes rezagos. El principal problema de salud de los niños indígenas menores de cinco años es la desnutrición crónica, que se manifiesta por retraso en el crecimiento (talla baja). La prevalencia de esta condición es de 44 por ciento, contra 17.7 por ciento en el ámbito nacional. Otros problemas nutricionales son la anemia, que afecta alrededor de 36 por ciento de los niños indígenas, y las deficiencias de hierro, zinc, vitamina C y vitamina A, que afectan a entre 12 y 50 por ciento de esta población. La deficiencia de estos micronutrientes en los niños genera una menor capacidad para la actividad física y limitaciones en las funciones mentales, en particular en la exploración y la atención, lo que a su vez trae como consecuencia una menor capacidad de aprendizaje. La respuesta del organismo a las infecciones se ve disminuida, lo que ocasiona una mayor gravedad de las enfermedades y, por lo mismo, un mayor riesgo de muerte.

Riesgo de morir en la población indígena en relación con el riesgo nacional según causas seleccionadas. México, 1999



Las deficiencias de estos micronutrientes también son muy importantes en las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia; 40 por ciento de las mujeres indígenas presentan anemia, en contraste con 26.4 por ciento en la población general. Esto condiciona que las primeras tengan mayor probabilidad de presentar complicaciones durante el embarazo o dar a luz a niños con bajo peso al nacer o prematuros.

Por lo que se refiere a la infraestructura en salud, en los últimos años se ha hecho un gran esfuerzo por poner al alcance de los grupos indígenas mayores recursos. En 1991 existían 537 unidades médicas de primer nivel y cuatro de segundo nivel en las comunidades mayoritariamente indígenas. En 1997 estas cifras se elevaron a 2 095 y 31, respectivamente.

Aun así, todavía existe un déficit importante en ciertos rubros. En las zonas indígenas de Oaxaca, por ejemplo, el número de médicos por 1000 habitantes indígenas es de 0.13, contra 0.94 en el estado en su conjunto y 1.38 a nivel nacional. Lo mismo sucede con las camas censables. La cifra nacional es de 0.79 por 10 000 habitantes, contra 0.07, 0.11 y 0.19 en las zonas indígenas de Oaxaca, Veracruz y Puebla, respectivamente.

Para combatir las inequidades en salud que padece la población indígena, el gobierno ha implantado diversos programas destinados a beneficiar de manera prioritaria a estas personas. Destacan el Programa de Ampliación de Cobertura

(PAC), el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), y el Programa IMSS-Solidaridad. Este último cubre de manera regular a 30 por ciento de la población indígena (alrededor de tres millones de personas). Aunque dichos esfuerzos han permitido mejorar las condiciones de salud de algunas regiones indígenas, todavía están muy lejos de responder de manera integral a todas las necesidades.

Para enfrentar este desafío, la SSA creó la Coordinación de Salud para los Pueblos Indígenas. Dentro de las acciones que implantará se incluyen las siguientes:

- Ampliación y fortalecimiento de la cobertura de servicios básicos.
- Capacitación de los prestadores de servicios de salud con una perspectiva inter-cultural.
- Acciones de saneamiento ambiental a escala familiar y comunitaria.
- Esfuerzos de complementariedad de la medicina tradicional con la medicina alópata.
- Campañas masivas de comunicación educativa en salud de acuerdo con las características socioculturales de cada grupo étnico.
- Desarrollo de modelos para la prevención y rehabilitación del alcoholismo.
- Dotación de multivitamínicos para los niños menores de dos años y mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.

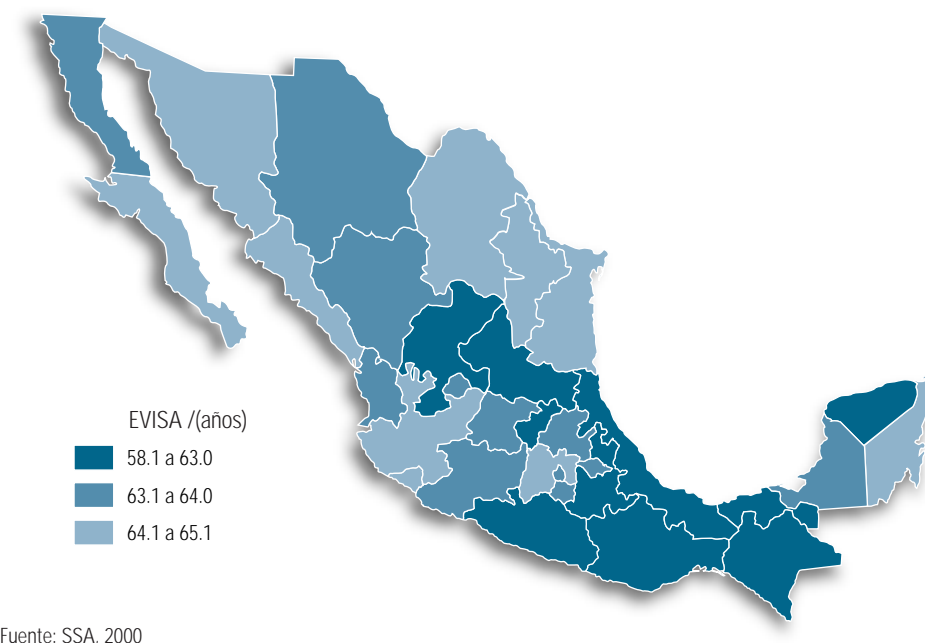


Figura 1.6

La esperanza de vida saludable en México se distribuye de manera desigual

Las diferencias en la esperanza de vida al nacer también son considerables. Entre 1992 y 2000 se registraron ganancias promedio de 2.7 años en este indicador en las áreas urbanas, en contraste con sólo 0.2 años en áreas rurales. En este momento, las áreas rurales de Oaxaca, Guerrero y Chiapas presentan una esperanza de vida 10 años menor que las áreas urbanas de Baja California Sur, Nuevo León y el Distrito Federal.

La distribución de la esperanza de vida saludable muestra tendencias similares, disminuyendo conforme se incrementa la pobreza de los estados (figura 1.6).

Importancia del rezago en salud

Las enfermedades que son evitables con intervenciones de bajo costo son las que sobre todo dan origen al llamado rezago epidemiológico. Entre ellas destacan, como ya se señaló, 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 más reciente Encuesta Nacional de Nutrición, realizada en 1999, mostró que 18 por ciento de los niños mexicanos menores de cinco 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 es casi tres veces más frecuente en las zonas rurales que en las urbanas y cuatro veces mayor en las zonas pobres del sur del país que en las zonas no pobres de los estados del norte. Se estima que los niños desnutridos pierden entre 12 y 15 por ciento de su potencial intelectual, corren un riesgo de contraer enfermedades infecciosas ocho a 12 veces mayor que un niño sano y son más propensos a padecer enfermedades crónico-degenerativas.

Las enfermedades que son evitables con intervenciones de bajo costo son las que sobre todo dan origen al llamado rezago

Los niños desnutridos pierden entre 12 y 15 por ciento de su potencial intelectual y corren un riesgo de contraer enfermedades infecciosas ocho a 12 veces mayor que un niño sano

LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE LOS MIGRANTES Y DE SUS FAMILIAS

A pesar de la enorme importancia económica de los migrantes, las necesidades de salud de estos trabajadores y de sus familias han sido poco atendidas

La población de origen latinoamericano representa 11.4 por ciento de la población total de los Estados Unidos, proporción que la convierte en la segunda minoría nacional, después de los afro-americanos, que concentran 12.2 por ciento de la población total. De acuerdo con proyecciones de la Oficina del Censo de ese país, la población que llaman "latina" se convertirá en la primera minoría del país en el año 2005 y en 2050 representará 24.5 por ciento de la población nacional.

Las cifras de esa misma oficina indican que en los Estados Unidos residen más de 24 millones de personas de origen mexicano, ocho millones de las cuales nacieron en México. Esta población representa poco más de 70 por ciento de la población de origen latinoamericano.

Las remesas enviadas por los migrantes mexicanos, residentes temporales o permanentes, constituyen la segunda fuente de divisas de la economía mexicana: más de siete mil millones de dólares anuales. A pesar de su enorme importancia, las necesidades de salud de esta población se han atendido muy poco. Se calcula que sólo 46 por ciento cuenta con seguro de salud, en contraste con 86 por ciento de la po-

blación blanca. Algunos grupos específicos presentan problemas todavía más graves. Un estudio reciente sobre trabajadores agrícolas en California, de los cuales 90 por ciento nacieron en México, mostró que 70 por ciento carecen de seguro de salud. Ese mismo estudio indica que casi 20 por ciento de los hombres presentan entre dos y tres factores de riesgo relacionados con enfermedades crónicas: colesterol alto, hipertensión, obesidad. Estas cifras son muy altas para un grupo compuesto principalmente por hombres jóvenes con una edad promedio de 34 años.

La mayor parte de los migrantes dejan a la familia en su lugar de origen, sin ningún tipo de seguro de salud. Las excepciones son quienes se incorporan a los esquemas alternativos de seguridad social que ofrece el IMSS a través del Seguro de Salud para la Familia o el que ofrece a los trabajadores mexicanos en el extranjero. Este último seguro contaba en diciembre del año 2000 con 3 080 titulares y cubría a una población aproximada de 13 300 personas.

A las iniciativas dirigidas a atender a las familias de los migrantes mexicanos residentes en

el extranjero, será necesario adicionar iniciativas dirigidas a atender específicamente las necesidades de atención a la salud de los migrantes mismos. Dentro de las actividades prioritarias en este sentido destacan las siguientes:

- un diagnóstico integral de las necesidades de salud de la población binacional de origen mexicano;
- un diagnóstico de la cobertura de servicios de salud de esta población y de sus familias, y
- el diseño de alternativas de seguros de salud con la participación tanto de las agencias públicas como de agencias privadas de ambos países interesadas en atender a esta población.

Estas actividades deberán discutirse e implementarse en colaboración con la Secretaría de Relaciones Exteriores, la Oficina de la Presidencia para la Atención del Migrante, las Oficinas Estatales de Atención a Migrantes en México, los representantes de los "Clubes de Oriundos" de mexicanos en los Estados Unidos, las "Casas de Gobierno" de los principales estados emisores de migrantes y las diversas iniciativas binacionales de salud.

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

Por lo que toca a las infecciones comunes, los padecimientos transmisibles que más contribuyen a la carga de enfermedad son, en orden de importancia: las infecciones respiratorias, las diarreas, la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual. A escala nacional, estas enfermedades son responsables de la pérdida de uno de cada seis años de vida saludable.

Entre 1980 y 2000 la mortalidad por infecciones intestinales registró una caída de 91 por ciento. El descenso más importante se dio en los menores de cuatro años, grupo de edad en el que se presentaron 27 mil muertes menos que las registradas en 1980. Sin embargo, el rezago a este respecto en las zonas rurales todavía es considerable. El riesgo de morir por diarrea en el área rural para la población general es cinco veces mayor que en las zonas urbanas. Esta diferencia es de ocho veces en los menores de cinco años. Por su parte, la influenza y la neumonía son responsables de cuatro por ciento de las muertes en México. Este problema es también particularmente grave en los menores de cinco años.

Dado que no hay indicios de que la carga ocasionada por estos padecimientos vaya a disminuir en el corto plazo, es previsible que los servicios de salud sigan recibiendo una importante demanda para su atención. Se estima que antes de cumplir los cinco años de edad, cada niño mexicano padecerá, en promedio, dos episodios de diarrea y cinco de in-

El riesgo de morir por diarrea en el área rural para la población general es cinco veces mayor que en las zonas urbanas



Fuente: SSA, 2000

Figura 1.7

Las muertes por padecimientos característicos del rezago epidemiológico se concentran en la zona sur del país

fecciones respiratorias al año. Esto representa, si todos estos casos de enfermedad se atienden en unidades del sistema de salud, 100 millones de consultas por estas causas por año, equivalentes al 30 por ciento de la demanda de consultas de la población enferma.

La tuberculosis pulmonar también sigue contribuyendo de manera importante al peso de la enfermedad en México. Aunque la mortalidad por esta causa ha descendido en los últimos años, este padecimiento todavía constituye la segunda causa de muerte ocasionada por un agente único. En el año 1999 ocupó el lugar 19 en la lista de principales causas de muerte.

En el momento actual, más de 25 por ciento de los casos de tuberculosis están asociados a diabetes mellitus, desnutrición, alcoholismo y SIDA. Además, el crecimiento poblacional, la pobreza, los movimientos migratorios y el mal manejo de los pacientes han favorecido la aparición de cepas resistentes a los medicamentos antituberculosos, lo que ya constituye un problema de naturaleza global.

La mortalidad materna representa un problema de salud pública relacionado con la cobertura y calidad de los servicios de salud. En la última década este indicador mostró una tendencia relativamente estable, con razones de mortalidad de 5.4 y 5.1 por 10 000 nacidos vivos registrados en 1990 y 1999, respectivamente. Igualmente, esta mortalidad tiende a concentrarse en la región centro y sur del país. Alrededor de 70 por ciento de las muertes maternas registradas en 1999 ocurrieron en diez 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 por ciento y más de población indígena presentaron una razón de mortalidad materna de 28.3 por 10 000 nacidos vivos.

La tuberculosis pulmonar constituye la segunda causa de muerte ocasionada por un agente único

La mortalidad materna representa un problema de salud pública relacionado con la cobertura y calidad de los servicios de salud

EL PROBLEMA DE LA MORTALIDAD MATERNA

El porcentaje de partos atendidos en unidades de salud en las poblaciones indígenas de Oaxaca asciende apenas a 6.9 por ciento

La mortalidad materna sigue siendo uno de los grandes problemas de salud en muchos países del mundo y un indicador de desigualdad social. La OMS ha calculado que al año mueren más de 500 mil mujeres por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. De estas defunciones, 98 por ciento suceden en los países en vías de desarrollo, algunos de los cuales presentan tasas de mortalidad materna hasta 100 veces superiores a las que se observan en las naciones industrializadas.

En el periodo 1990-1999, la tendencia de la mortalidad materna en México se mantuvo estable; en el último de esos años la cifra fue de 5.1 muertes maternas por 10 000 nacidos vivos. Esto ubica al país en un nivel intermedio en este rubro. Sin embargo, las diferencias entre estados y grupos poblacionales siguen siendo considerables. La tasa de mortalidad materna en los municipios indígenas (municipios con 40% o más de población indígena) de Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca es de 11, 28.3, 9.1 y 12 por 10 000 nacidos vivos. Las cifras estatales para estas mismas entidades, en contraste, son de 7, 7, 5.4 y 5.8, respectivamente (véase cuadro).

Las diferencias entre grupos atendidos por las diversas instituciones públicas también son de llamar la atención. La mortalidad materna en el IMSS en el mismo periodo 1990-1999 mostró un descenso importante, pasando de 4.8 muertes por 10 000 nacidos vivos a 3.6. Esta diferencia con respecto a las cifras nacionales se debe a que la población derechohabiente tiene un nivel socioeconómico más elevado y homogéneo que

Mortalidad materna por entidad federativa, 1999

Entidad federativa	Defunciones	Tasa 1/	Peso relativo 2/	Entidad federativa	Defunciones	Tasa 1/	Peso relativo 2/
Nacional	1,400	5.1	5.1	Morelos	17	4.5	4.1
Aguascalientes	15	5.9	7.5	Nayarit	11	4.3	5.2
Baja California	17	2.8	2.4	Nuevo León	27	3	3.3
Baja California Sur	2	1.9	2.1	Oaxaca	66	5.8	5.5
Campeche	7	3.6	4.6	Puebla	80	4.5	4.9
Coahuila	17	2.8	2.9	Querétaro	18	4.4	5.2
Colima	3	2.3	2.7	Quintana Roo	12	5.1	6.2
Chiapas	93	7	6.5	San Luis Potosí	35	5.1	6
Chihuahua	35	3.8	3.6	Sinaloa	20	2.7	3.7
Distrito Federal	119	6.6	4.7	Sonora	17	3	2.9
Durango	16	3.3	4.8	Tabasco	34	6.6	6.7
Guanajuato	61	4.4	5	Tamaulipas	35	5.3	5.2
Guerrero	81	7	10	Tlaxcala	18	6.5	6.5
Hidalgo	39	5.4	5.9	Veracruz	124	5.8	5.9
Jalisco	58	3.5	3.5	Yucatán	14	3.8	3.7
México	236	6.9	6.3	Zacatecas	14	3.6	4.5
Michoacán	56	4.3	5.2	Extranjero	3	-	1.3

1/ Tasa por 10,000 nacidos vivos registrados en base a la población estimada por el CONAPO

2/ El peso relativo se refiere al porcentaje respecto al total de defunciones de mujeres de 15 a 49 años

la población general, ya que está integrada por familias de trabajadores que disfrutan de un ingreso fijo y prestaciones de ley que les garantizan el acceso regular a servicios prenatales, a una atención adecuada del parto y a una vigilancia competente del puerperio. En contraste, las poblaciones no aseguradas frecuentemente no acceden ni siquiera a una atención adecuada del parto. El porcentaje de partos atendidos en uni-

dades de salud en las poblaciones indígenas de Oaxaca asciende a 6.9 por ciento.

Entre las acciones que será necesario desarrollar para disminuir las muertes maternas en nuestro país destacan las siguientes:

- Garantizar el acceso de las poblaciones rurales y urbanas marginadas a servicios pre y perinatales.
- Capacitar al personal que vigila los embarazos y atiende los partos en las áreas marginadas.

El volumen absoluto de muertes en el país por cáncer cérvico-uterino es ligeramente más alto que en 1990

Las cifras de mortalidad materna están subestimadas, ya que en el momento actual sólo seis de cada diez partos se atienden en las instituciones del sector público y más del 20 por ciento se atienden en los hogares, con frecuencia por personal no calificado. En los municipios indígenas de Chiapas y Guerrero, por ejemplo, sólo 21.0 y 17.1 por ciento de los nacimientos, respectivamente, se atienden en unidades del sector.

A pesar de que en la última década la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino mostró una moderada tendencia al descenso, en la actualidad el volumen absoluto de muertes en el país debidas a esta causa es ligeramente más alto que en 1990. En el año 2000 la tasa nacional de muertes por cáncer cérvico-uterino fue de 19.4 por 100 000 mujeres de 25 años y más. En Chiapas, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Tabasco, Veracruz y Yucatán se registraron cifras superiores. La tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino crece con la edad. En la edad productiva este padecimiento es el más común de los tumores malignos en mujeres y la primera causa de muerte. Dados los avances tecnológicos en materia de diagnóstico y tratamiento de este padecimiento, ninguna muerte por esta causa puede considerarse aceptable.

Los problemas perinatales siguen constituyendo una prioridad sanitaria. La mayor parte de las muertes debidas a estas afecciones se producen durante la primera semana de nacimiento: la mitad sucede en el primer día de vida y las demás se distribuyen de manera decreciente en los seis días restantes. Las principales causas de muerte en este grupo son las enfermedades de la madre –hipertensión, infecciones, traumatismos–, los problemas del embarazo y del parto –placenta previa, parto podálico–, las alteraciones en el recién nacido –ictericia, hemólisis, hemorragia– y los problemas de membrana hialina y asfixia neonatal.

Los desastres naturales causan más muertes entre la población pobre que entre la población con mayores recursos

Los problemas de salud derivados de las emergencias y los desastres también constituyen un problema relacionado con el rezago en salud. En los últimos cinco años, los desastres naturales ocurridos en México –huracanes, temblores, inundaciones, sequías, erupciones volcánicas– generaron más de cinco millones de damnificados, alrededor de 2 mil muertes directas, y un número indeterminado de muertes indirectas, debidas en su mayoría a infecciones, insuficiencia de alimentos y falta de servicios básicos. Lo que provoca la muerte de las personas en estas circunstancias no son los acontecimientos naturales en sí mismos, sino el hecho de que se presentan en condiciones poco adecuadas para enfrentarlos. Por esta razón, los desastres naturales causan más muertes entre la población pobre que entre la población con mayores recursos.

Problemas emergentes

En el año 2000 cinco tipos de enfermedades –enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes, cirrosis y enfermedades cerebrovasculares– concentraron más de la mitad de las muertes ocurridas en el país (52%). 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, como en el caso de las epidemias nuevas (VIH-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 la mortalidad por problemas transmisibles perdía importancia.

En 2000 las enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes, cirrosis y enfermedades cerebrovasculares concentraron más de la mitad de las muertes ocurridas en el país

Es común creer que estos problemas son privativos de las áreas urbanas y de la población de mayores recursos. Sin embargo, cada día es más frecuente que estos problemas se presenten en las áreas rurales y en las poblaciones pobres.

En el año 2000 las enfermedades del corazón fueron la primera causa de mortalidad general, al concentrar 16 por ciento del total de muertes. La tasa muestra un incremento de 32.2 por ciento respecto a 1980 (figura 1.8). La cardiopatía isquémica es responsable de 63 por ciento de los decesos ocurridos en este grupo de enfermedades.

La mortalidad por tumores malignos también va en ascenso. Las tasas aumentaron de manera muy importante entre 1980 y 2000, lo mismo que el peso relativo. Destaca en particular el incremento de ciertos tumores malignos de la mujer, como los tumores cérvico-uterino y de mama.

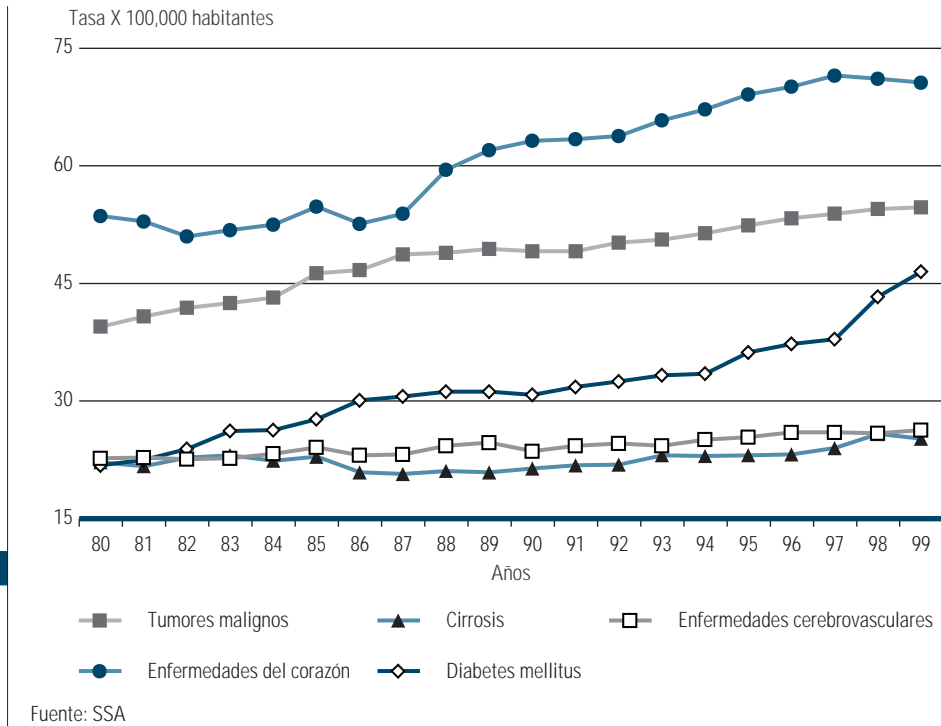


Figura 1.8

Las enfermedades del corazón, los tumores y la diabetes han aumentado de manera consistente en México

Alrededor de 8.2 por ciento de la población mayor de 20 años padece diabetes mellitus

Casi 25 por ciento de la población mexicana de 20 a 69 años de edad presenta hipertensión

El cáncer de tráquea, bronquios y pulmón es la primera causa individual de muerte por tumores malignos en la población posproductiva. La tendencia de esta neoplasia asociada al tabaquismo es hacia el aumento, por lo que si no se establecen firmes políticas de control seguramente seguirá siendo un problema de salud pública por muchos años.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000, alrededor de 8.2 por ciento de la población mayor de 20 años padece diabetes mellitus. Las cifras oficiales indican que la diabetes mellitus creció, en términos absolutos, más de 30 veces en la segunda mitad del siglo. En 1955 se registraron 1 500 muertes por esta causa, mientras que en el año 2000 se presentaron 47 814 decesos. En términos relativos su contribución proporcional a la mortalidad pasó de 0.4 por ciento a más de diez por ciento en este periodo, para constituirse en la tercera causa de muerte en el país. La diabetes mellitus es el mejor ejemplo de enfermedad emergente directa: es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa y una de las principales causas de hospitalización.

En teoría la diabetes mellitus debería ser un padecimiento con baja carga de enfermedad, ya que existen medicamentos y recomendaciones higiénicas que pueden reducir al mínimo sus complicaciones. Sin embargo, se estima que en México de cada 100 diabéticos 14 desarrollan nefropatías; diez, neuropatías; siete a diez, pie diabético (30% de los cuales terminan en amputación) y dos a cinco, problemas de ceguera. A esto debe agregarse el riesgo de cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular, que es 2.5 veces mayor en los diabéticos que en el resto de la población.

La hipertensión arterial es un padecimiento de alta prevalencia en el adulto, casi 25 por ciento de la población mexicana de 20 a 69 años de edad presenta esta patología. Lo que es más grave es que por cada diez mexicanos que se saben hipertensos, 14 lo

ignoran. El peso de enfermedad atribuible a la hipertensión asciende a 3.1 por ciento del total de años de vida saludable perdidos en el país, pero en los mayores de 60 años esta cifra se eleva hasta 13 por ciento.

En términos absolutos el número de muertes por enfermedades cardiovasculares ha crecido de manera muy importante en los últimos 50 años. En 1955 se registraron 32 mil, y desde 1999 se registran alrededor de 100 mil defunciones anuales por esta causa. En términos relativos, esta patología ha pasado de concentrar ocho por ciento de las muertes a concentrar 26 por ciento.

En los últimos 50 años las muertes por enfermedades cardiovasculares han presentado cambios en la estructura por edades, cambios en la composición de las causas, y una combinación entre expansión y compresión de la morbilidad. En 1955 los hombres morían por esta causa a los 56.6 años, en tanto que en 1998 lo hacían a los 71. En las mujeres el cambio es más dramático, ya que la edad promedio de muerte por esta razón aumentó de 58 a 75.6 años en el mismo periodo. Más interesante aún resulta el cambio en la estructura de causas que componen este capítulo de enfermedades. A mediados de los cincuenta, por ejemplo, de cada 100 defunciones atribuibles a los problemas del aparato circulatorio siete se debían a causas isquémicas y 59 a “otras causas del corazón”. Al finalizar el siglo la relación se ha invertido y de cada 100 de estas muertes 45 son secundarias a isquemia cardiaca y sólo 16 se deben a “otras causas del corazón”.

Las muertes por problemas vasculares se han mantenido relativamente estables en el último medio siglo, contribuyendo en promedio con 30 por ciento del total de decesos en este grupo. El principal aporte proviene de las enfermedades cerebrovasculares. Las cardiopatías reumáticas han disminuido de seis a 1.4 por ciento, mientras que las cardiopatías hipertensivas aumentaron de dos a nueve por ciento.

La cirrosis hepática se ha mantenido con una tasa promedio de 11.5 por 100 000 habitantes desde 1990. Aun así, en el año 2000 la enfermedad alcohólica del hígado provocó más de 13 mil muertes (3% del total de defunciones) y contribuyó con la mitad de los casos de enfermedad del hígado, grupo que ocupa la quinta posición como causa general de muerte en el país. Dado que la cirrosis hepática sin mención de alcoholismo ha tenido un ligero incremento (8.7 a 10.8 casos por 100 000 habitantes entre 1990 y 2000), no puede descartarse la probabilidad de que exista un aumento de casos de cirrosis como consecuencia de un ascenso en la incidencia de hepatitis B y C, por lo que estos padecimientos requieren vigilancia epidemiológica permanente.

Dentro de los problemas emergentes que no causan gran mortalidad pero sí la pérdida de un importante número de años de vida saludable, alteraciones de la dinámica familiar y una carga económica considerable, destacan los padecimientos neuropsiquiátricos. El número absoluto de muertes registradas anualmente por demencia, por ejemplo, se ha incrementado 20 veces en las dos últimas décadas, al pasar de menos de 40 a más de 800 por año. Independientemente de los problemas de registro que pudieran existir, es claro que las demencias comienzan a ser un problema emergente de salud pública, como sucede en todos los países demográficamente envejecidos.

Dentro de los problemas emergentes que no causan gran mortalidad pero sí la pérdida de un importante número de años de vida saludable destacan los padecimientos neuropsiquiátricos

Actualmente en México hay casi cuatro millones de personas con depresión

Los trastornos depresivos siguen siendo un problema poco explorado, pero se sabe que en las próximas décadas serán la principal causa de pérdida de vida saludable en el planeta, ya que su prevalencia mundial global es de diez por ciento en la población adulta y tiende a aumentar. Actualmente en México hay casi cuatro millones de personas con depresión, por lo que debe considerarse un problema emergente. Hay que asumir como estratégicas las acciones encaminadas a su estudio y prevención.

Desde que la epidemia de VIH-SIDA ingresó al país y hasta el 31 de diciembre del año 2000, en México se registraron de manera acumulada 47, 617 casos. Sin embargo, debido al retraso en la notificación y el subregistro, se considera que en realidad pueden existir alrededor de 64 mil casos. Se calcula, asimismo, que existen entre 116 y 177 mil personas infectadas con VIH.

La transmisión sexual ha sido la causa de casi 95 por ciento de los casos acumulados de VIH-SIDA en México. Sin embargo, debido al estigma y discriminación aún prevalentes en el país asociados a esta enfermedad y al comportamiento sexual, se considera que en realidad la transmisión sexual de hombre a hombre sigue altamente subregistrada. Por estas razones puede afirmarse que la epidemia se concentra fundamen-

VIH-SIDA EN MÉXICO

Hasta diciembre del año 2000 se habían registrado en México 47 617 casos de SIDA. Se estima que en el momento actual hay alrededor de 150 mil personas infectadas con el VIH

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un problema de salud pública con enormes impactos biológicos y psicológicos, y repercusiones sociales, éticas, económicas y políticas de gran alcance. La pobreza y la vulnerabilidad están íntimamente relacionadas con el avance de esta epidemia, por lo que todas las acciones en este campo deberán vincularse al desarrollo social y económico del país, e implantarse atendiendo a la equidad, calidad de vida y protección financiera en materia de salud de las personas y comunidades afectadas por el VIH.

En México hay una epidemia concentrada de VIH-SIDA que se caracteriza por una prevalencia de VIH en estudios centinela de hasta 15 por ciento en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), seis por ciento entre usuarios de drogas inyectables (UDI) y 0.09 por ciento en mujeres embarazadas. Hasta diciembre del año 2000, en México se habían registrado 47 617 casos acumulados de SIDA y se estima que hay alrededor de 150 mil personas infectadas con el VIH.

La epidemia es predominantemente sexual. Esta forma de transmisión ha sido la causante de casi 90 por ciento de los casos. En ausencia de vacunas efectivas no sólo contra el SIDA sino contra la mayoría de las infecciones de transmisión sexual (ITS), la forma más efectiva de evitar el riesgo de infección en personas sexualmente activas es el uso correcto y constante del condón, cuya efectividad oscila entre 90 y 95 por ciento. En nuestro país, aunque existen evidencias de un incremento

en el uso del condón entre HSH, sexo-servidoras y jóvenes, es urgente continuar con su promoción.

La transmisión perinatal constituye la principal causa de infección por VIH-SIDA en menores de 15 años, con 68.7 por ciento de los casos de SIDA acumulados y 93.3 por ciento de los casos diagnosticados en el año 2000. Para prevenir este tipo de transmisión se requiere detectar oportunamente a toda mujer infectada, lo cual es imposible sin personal capacitado, atención prenatal oportuna, e información precisa y accesible sobre la infección y el riesgo de transmitirla a los hijos.

Desde 1986 existen en nuestro país disposiciones legales que prohíben la comercialización de la sangre y exigen su análisis riguroso antes de transfundirse. Como resultado, los casos de SIDA debidos a transfusiones disminuyeron drásticamente a partir de 1988, y en los últimos dos años no se ha diagnosticado ningún caso de este tipo. La prevalencia de VIH en donadores voluntarios se ha mantenido en 0.04 por ciento. Es necesario mantener el Programa de Sangre Segura e impulsar los programas de reducción de riesgo en usuarios de drogas inyectables, incluyendo acciones tales como proporcionar información sobre SIDA, dotarlos de cloro y jeringas estériles, incorporarlos a programas de tratamiento, y distribuir condones entre ellos.

Actualmente 85 por ciento de las personas con SIDA reciben tratamiento antirretroviral de parte de las instituciones del sector salud, y es importante lograr que se cubra a toda la población afectada.

La epidemia de VIH-SIDA ha generado reacciones de rechazo a estilos de vida asociados en la imaginación popular con esta epidemia, y reacciones producto del miedo infundado al contagio. Esto se ha manifestado en actos de discriminación, como la negación de servicios médicos, los despidos injustificados y la estigmatización de personas. Para atacar esta problemática se desarrollarán campañas orientadas a evitar la violación de los derechos humanos de las personas afectadas por el VIH-SIDA.

Se requiere ampliar la respuesta y focalizar las acciones preventivas en las poblaciones más afectadas: HSH, trabajadores y trabajadoras sexuales, y adictos a las drogas inyectables. Es necesario concentrar las actividades de combate a la epidemia en los contextos que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad. Se han establecido como estrategias clave para la prevención: aumentar el uso del condón, evitar el contagio producido por el uso de drogas inyectables, interrumpir la transmisión vertical y disminuir el número de parejas sexuales.

México se comprometió a detener la epidemia de VIH-SIDA para el año 2015 como firmante de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. Para poder alcanzar esta meta se requiere de una coordinación intersectorial y de una mayor participación social. El reto es lograr que los diversos sectores e instituciones del sector salud, y los grupos de la sociedad civil organizados alrededor de esta epidemia, enriquezcan las iniciativas del Programa Nacional para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH-SIDA.

almente en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), con un peso superior al 55 por ciento en el total de casos acumulados. Sin embargo, al clasificar los casos por año de diagnóstico, el VIH-SIDA de transmisión homosexual muestra una tendencia sostenida a la disminución en los últimos años, en tanto que la proporción de transmisión heterosexual crece de manera importante.

A escala nacional, el VIH-SIDA ocupa el lugar 16 como causa de muerte, con una tasa de 4.2 por 100 000 habitantes. La población más afectada son los jóvenes de ambos sexos de 25 a 34 años de edad. En este grupo, la tasa de mortalidad en hombres pasó de 3.2 defunciones por cada 100 000 habitantes en 1988 a 17.2 en 1998. A partir de 1989 el SIDA se situó dentro de las primeras diez causas de muerte en hombres de 25 a 34 años, y en 1998 ya constituía la cuarta causa de muerte en este grupo de edad. Durante el mismo periodo la tasa de mortalidad por SIDA en mujeres pasó de 0.4 a 2.8 muertes por 100 000 habitantes. En 1994 se colocó dentro de las diez primeras causas de muerte en mujeres de 25 a 34 años, para ocupar, en 1998, la séptima posición.

En 1998 el SIDA constituía ya la cuarta causa de muerte en los hombres de 25 a 34 años de edad

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. En los últimos años ha aumentado la producción de tabaco en el país sin que se haya presentado un aumento paralelo en su exportación, lo que permite suponer que el consumo interno se ha incrementado.

Sin embargo, las cifras publicadas por el Banco Mundial 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 el año 2000.

De acuerdo con los datos publicados en 1998 por la Encuesta Nacional de Adicciones, 28 por ciento 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 por ciento, lo que equivale a 12 millones de fumadores adultos. Al interior de este grupo etáreo, el mayor consumo se ubica entre los 19 y 29 años, con una prevalencia de 42 por ciento. Esta proporción desciende a 25 por ciento en la siguiente década de vida y se mantiene alrededor del 13 por ciento en las siguientes. Conforme avanza la edad, la frecuencia en el consumo tiende a disminuir.

Está demostrado que el abuso en el consumo de tabaco se asocia con muerte y discapacidad secundarias a tumores malignos –boca, esófago, hígado, páncreas, cérvix, vejiga y pulmón–, afecciones cardiovasculares –hipertensión arterial, enfermedad isquémica y enfermedad cerebrovascular–, padecimientos respiratorios –enfermedad

Entre la población de 18 a 65 años, la prevalencia total de tabaquismo es de 32 por ciento, lo que equivale a 12 millones de fumadores

pulmonar obstructiva crónica, infecciones– y bajo peso al nacer, por lo que sin duda constituye uno de los factores de riesgo de enfermedad, discapacidad y muerte más importantes del país.

Abuso en el consumo de alcohol

Si se analizan los cambios recientes en el perfil de mortalidad en México, se puede constatar la creciente importancia del abuso en el consumo de alcohol. Baste recordar que la cirrosis hepática y las lesiones accidentales e intencionales se han contado entre las principales causas de muerte en el país en los últimos 30 años. La relación entre

TABAQUISMO

El gasto en publicidad a favor del consumo de tabaco es más de mil veces superior al gasto del sector público en actividades de combate al tabaquismo

El tabaquismo se ha convertido en una verdadera pandemia. En nuestro país ya constituye uno de los principales problemas de salud pública. La tendencia al alza de esta adicción y de los daños a la salud a ella asociados, obligan a la implantación de acciones multisectoriales dirigidas a modificar los hábitos de consumo de este producto.

El número de fumadores aumentó en nuestro país de 9.2 a 14.3 millones entre 1988 y 1998. En este último año había en el país 4.2 millones de fumadores jóvenes y se estima que cada año se incorporan 100 mil jóvenes más.

La evidencia científica sobre la relación tabaco-enfermedad es indiscutible. El consumo de tabaco se relaciona con al menos 40 causas de muerte, dentro de las que destacan la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el enfisema pulmonar, el cáncer de pulmón y de laringe, y varias enfermedades del corazón y cerebrovasculares. Los fumadores mueren prematuramente, perdiendo, en promedio, de 20 a 25 años de vida productiva.

En México se registran al año más de seis mil muertes por cáncer pulmonar y más de 12 mil por cardiopatías relacionadas con el consumo de tabaco. Por otra parte, debido a la ausencia de reglamentos efectivos, la exposición pasiva al humo de tabaco en el hogar, sitios de trabajo y escuelas

sigue siendo causa frecuente de enfermedades en no fumadores, sobre todo en mujeres embarazadas, niños y personas mayores.

Más del 90 por ciento de la comercialización y la promoción del tabaco es controlada en nuestro país por dos empresas. Su actividad comercial genera al año más de ocho mil millones de pesos en ingresos fiscales, hecho que en parte explica las reservas de la autoridad hacendaria a contender con los daños provocados por esta industria.

Los impuestos al tabaco y sus productos constituyen una de las estrategias de lucha más efectivas contra el tabaquismo. Sin embargo, en México se ha mantenido una política fiscal errática y poco equitativa (véase figura). Los impuestos *ad valorem* al tabaco se incrementaron de 100 a 180 por ciento entre 1980 y 1986, para después disminuir a 80 por ciento en 1993 y, a partir de 1994, mantenerse relativamente estables en 100 por ciento. Esta política fiscal no ha sido equitativa porque favorece la adicción a la nicotina de los sectores de más bajos ingresos, que consumen cigarrillos populares sin filtro, que son más dañinos y tienen un impuesto de sólo 20 por ciento.

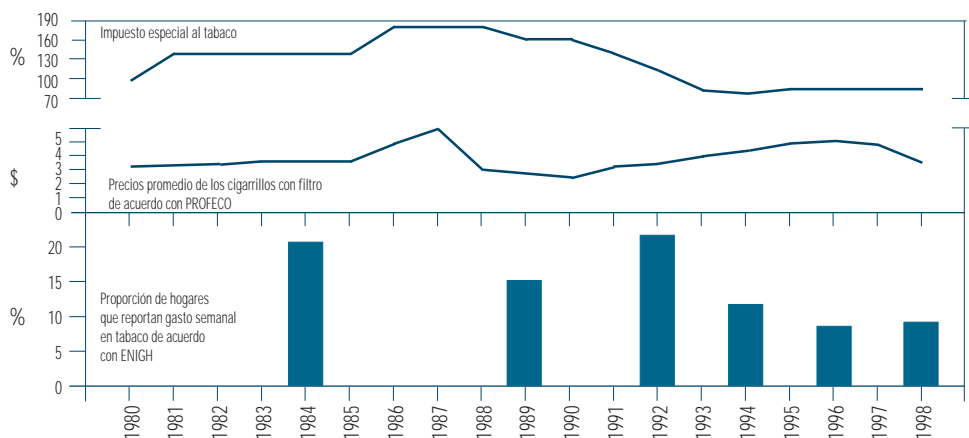
El análisis de los datos nacionales e internacionales sugiere que el consumo de tabaco es sensible al aumento de precios, sobre todo entre los

jóvenes. El aumento de los impuestos se asocia con una disminución en el porcentaje de hogares que reportan gasto en este tipo de productos.

Es probable que una de las razones por las que no se ha mantenido una política agresiva de impuestos al tabaco sea la percepción, errónea, de que estas medidas se acompañan de un descenso importante en la recaudación fiscal ocasionado por el contrabando, la venta ilegal de cigarrillos y la disminución en el consumo de tabaco. De hecho, debido a que los fumadores crónicos disminuyen sólo temporalmente la cantidad de cigarrillos que consumen en respuesta a un incremento en los precios, un aumento vía impuestos terminaría por generar, en el corto plazo, un incremento en la recaudación fiscal. Se calcula que por cada diez por ciento de aumento en los impuestos al tabaco se incrementaría la recaudación en 5.8 por ciento.

Por último, cabe señalar que los recursos nacionales destinados al combate al tabaquismo son muy limitados en comparación con los que la industria dedica a su promoción. En México, en 1996, las compañías tabacaleras invirtieron cerca de tres mil millones de pesos en publicidad, cifra muy superior a la etiquetada en el gasto público para combate al tabaquismo.

Relación entre el impuesto al tabaco, precio de los cigarrillos y gasto de los hogares en tabaco



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.

El abuso en el consumo de alcohol es responsable de la pérdida de más de un millón de años de vida saludable

Los datos derivados de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998 indican que en 1987 el 12.5 por ciento de la población masculina y el 0.6 por ciento de las mujeres de entre 18 y 65 años de edad presentaban síndrome de dependencia al alcohol. Si esta situación se mantuvo hasta la fecha, puede afirmarse que en el momento actual hay tres millones de hombres y 150 mil mujeres consumidores consuetudinarios de etanol. Sin embargo, existen pocos elementos para suponer que esas cifras se han mantenido estables, y lo lógico es suponer que han aumentado.

Un argumento en apoyo a la hipótesis de un posible incremento en el consumo de alcohol es el volumen de su consumo per cápita a escala nacional. En 1972, éste ascendía a 35 litros por persona para la población general, y 66 litros considerando sólo a los mayores de 15 años. En 1984 el consumo se había incrementado a 39 y 72 litros, respectivamente, lo cual representa un incremento de diez por ciento en 12 años.

En México el abuso en el consumo de alcohol es responsable de la pérdida de más de un millón de años de vida saludable, es decir, 9.3 por ciento del total (14% en

EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES

El consumo de cocaína en la población joven de la Ciudad de México se incrementó ocho veces en los últimos 20 años

La oferta y el consumo de drogas ilegales en el país han crecido y los grupos de población que las utilizan se han diversificado. La cocaína, el crack, la heroína y las metanfetaminas son ahora las sustancias preferidas de los consumidores, aun cuando la marihuana y los inhalables mantienen todavía un mercado considerable.

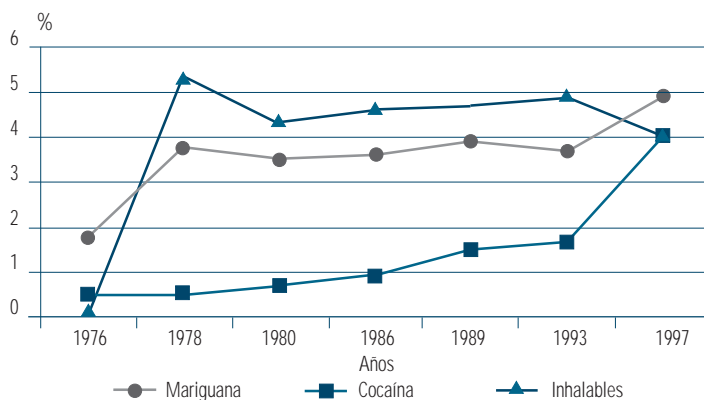
En el ámbito nacional el consumo de cocaína aumentó significativamente: de 0.33 por ciento en 1988 pasó a 1.45 por ciento en 1998. En la Ciudad de México, la prevalencia de consumo de esta misma droga entre los usuarios de drogas ilegales pasó de cuatro por ciento en 1986 a 39 por ciento en 1997. De igual forma, el porcentaje de casos

atendidos en los Centros de Integración Juvenil que utilizaron esta sustancia aumentó 3.8 veces entre 1990 y 1997. La cocaína como droga de experimentación inicial también aumentó notablemente entre 1991 y 1997, al pasar de seis a 16 por ciento.

El consumo de esta droga en la población joven es preocupante. A partir de los años ochenta el predominio de los disolventes inhalables como sustancias de abuso fue disminuyendo a expensas de un incremento en el uso de la cocaína. Entre 1993 y 1998 el consumo de esta droga "alguna vez en la vida" se triplicó entre los jóvenes mexicanos. Tijuana, Ciudad Juárez y la Ciudad de México son las ciudades con la mayor prevalencia de uso de cocaína. En esta última, la prevalencia del consumo entre los estudiantes de 12 a 18 años se multiplicó por ocho en 20 años, al pasar de 0.5 por ciento en 1976 a 3.9 por ciento en 1997.

Hasta hace poco tiempo, el uso de cocaína y algunas otras drogas era casi exclusivo de las clases económicamente más favorecidas. Sin embargo, en la actualidad la mayor parte de los usuarios son de nivel socioeconómico bajo. El 50 por ciento de los consumidores de crack, una de las formas de cocaína con mayor poder adictivo, tienen menos de 18 años y la mayoría son pobres.

Consumo de cocaína entre los estudiantes de educación media y superior de la Ciudad de México



Fuente: SSA, 1998

Alrededor de 30.8 por ciento de las mujeres en edad reproductiva presentan sobrepeso y 21.7 por ciento obesidad

hombres 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 años de vida saludable en el medio rural.

Las enfermedades asociadas con el consumo de alcohol que más pérdida 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 por ciento restante se distribuye entre otras 20 enfermedades. Si se considera el abuso 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 años de vida saludable a escala nacional.

Obesidad

Un índice de masa corporal mayor al ideal sugiere sobrepeso u obesidad, condiciones que indican exceso de grasa en el cuerpo (véase recuadro de Sobrepeso y Obesidad). Un índice 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 diversas enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición 1999, alrededor de 30.8 por ciento de las mujeres en edad reproductiva presentan sobrepeso y 21.7 por ciento obesidad. Estas cifras revelan un incremento de 49.6 por ciento en los últimos 10 años.

En la última década, cada año murieron alrededor de 60 mil mexicanos por efecto de lesiones accidentales o intencionalmente provocadas

Vías públicas y seguridad personal

En algunas ciudades del país la vía pública ha dejado de ser un lugar de convivencia y comunicación entre las personas para convertirse en un espacio que condensa una amplia gama de factores de riesgo para la salud de la población. En la vía pública suceden actos violentos y accidentes que provocan enormes pérdidas en términos de salud. Las lesiones accidentales son la principal causa de muerte prematura y discapacidad en México. En la última década, cada año murieron alrededor de 60 mil mexicanos por efecto de lesiones accidentales o intencionalmente provocadas.

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 seis mil 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 craneo-encefálicos y las heridas en tejidos blandos. La mayor parte de estas lesiones proviene de accidentes de vehículo de motor (22%), caídas (36%) y agresiones a terceros (15%). Los estudios realizados en el país sobre este tema indican que las lesiones son la principal causa de muerte entre los hombres de cinco 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

SOBREPESO Y OBESIDAD

México presenta una de las prevalencias de sobrepeso y obesidad más altas del mundo

País de contrastes, México enfrenta hoy problemas de mala nutrición tanto por deficiencia como por exceso. El desmedro y la anemia siguen causando estragos en la población más pobre, al tiempo que se vuelven cada vez más frecuentes el sobrepeso y la obesidad, y los padecimientos crónicos a ellos asociados.

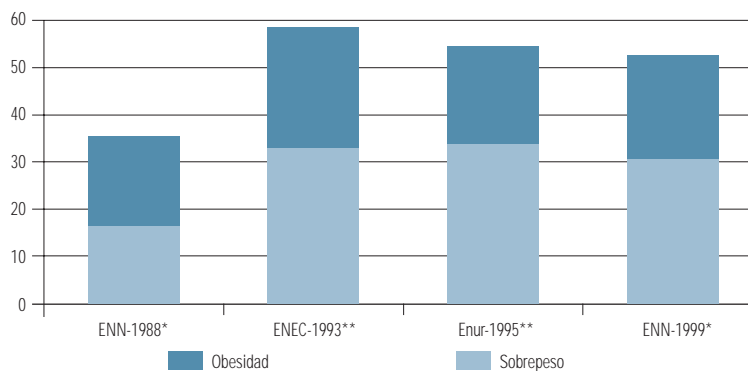
Las Encuestas Nacionales de Nutrición I y II (ENN-1988 y ENN-1999) revelan un incremento considerable de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población adulta de México. En las mujeres de 12 a 49 años de edad las cifras de prevalencia aumentaron de 35.1 por ciento en 1988 a 52.5 por ciento en 1999.* Esto supone que en el momento actual hay más de 11 millones de mujeres en edad reproductiva obesas o con sobrepeso. El problema de México es parecido al de los Estados Unidos, Perú y Turquía, países tradicionalmente considerados como de muy alta prevalencia. En Estados Unidos la "mala nutrición" produce más de 300 mil muertes al año y ya constituye la segunda causa de muerte después del tabaco.

Estos problemas son más comunes en la región norte de nuestro país, pero no son exclusivos de las poblaciones de mayores recursos. La evaluación del Programa de Educación, Salud y Alimentación mostró una prevalencia de sobrepeso y obesidad de casi 40 por ciento en mujeres pobres en edad reproductiva.

También se han documentado altas prevalencias de sobrepeso en niños y adolescentes. Las cifras disponibles indican que 5.3 por ciento de los menores de cinco años y 27.5 por ciento de los niños de entre 5 y 11 años de edad presentan sobrepeso u obesidad. Esto sugiere que los problemas de peso en adultos pueden llegar a ser todavía mayores en el futuro cercano.

No es de extrañar, por lo mismo, que en años recientes se haya presentado un incremento de la mortalidad por enfermedades asociadas a la obesidad. La diabetes mellitus pasó de ser la novena causa de muerte en México en 1980 a ser la tercera

Sobrepeso y obesidad de acuerdo con las Encuestas Nacionales de 1998 y 1999, la Encuesta Urbana del D.F. en 1995 y la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1993



* Encuesta Nacional (zonas urbanas y rurales)

** Encuesta en zonas urbanas

causa en el año 2000. La tasa de mortalidad pasó de 21.8 por 100 000 habitantes a 45.3 en ese periodo de tiempo.

El aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad obedece a diversos factores, entre los que destacan dietas con un alto y creciente contenido calórico, la reducción en los niveles de actividad de la población, y un acelerado incremento del sedentarismo. El consumo per cápita de refrescos embotellados se ha incrementado en los últimos años y nuestro país ya ocupa en este rubro el primer lugar en el mundo.

Frente a esta situación es indispensable implantar acciones tendientes a desechar estilos de vida que favorecen el sobrepeso y la obesidad, influyen en la aparición de diversas enfermedades crónicas asociadas a estos riesgos (diabetes y enfermedades cardiovasculares), e impactan de manera considerable el costo de los servicios de salud. Dentro de estas acciones se incluyen las siguientes:

- Promover la actividad física y las dietas bajas en calorías. Estos hábitos deben difundirse no sólo entre los adultos sino también entre los escolares y adolescentes, ya que es en estas edades en las que se definen los patrones de actividad y los hábitos alimenticios. Las escuelas son sitios ideales para la promoción de estilos de vida más saludables.
- Proporcionar a la población información sobre la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas a ella. El enorme impacto del control del peso en la prevención y tratamiento de la diabetes mellitus y la hipertensión debe enfatizarse.
- Regular estrictamente la promoción publicitaria de los alimentos ricos en calorías, incorporando a la publicidad información sobre los riesgos asociados al consumo de estos productos.
- Implantar estrategias para la identificación de factores de riesgo y para el diagnóstico temprano de las enfermedades relacionadas con el sobrepeso y la obesidad.

* El sobrepeso en mujeres en edad reproductiva se define aquí como el índice de masa corporal (peso/talla²) mayor de 25 y menor de 30 kg/m². La obesidad en este mismo grupo se define como el índice de masa corporal mayor de 30 kg/m².

son la vía pública, el trabajo, el hogar y, en menor proporción, la escuela o los centros de recreación.

En cuanto a la carga de enfermedad, se calcula que el riesgo de perder un año de vida saludable por lesiones es dos veces más alto en México que el promedio en los países desarrollados, y que esta diferencia varía según la edad, siendo mayor en el caso de los escolares y los adultos jóvenes. Del total del peso por lesiones accidentales 65% es secundaria a la muerte prematura y 35% a discapacidad.

VIALIDAD INSEGURA

Diariamente mueren en el país 40 personas por accidentes de vehículo de motor

Muchas de las actividades que despliegan los distintos sectores tienen repercusiones sobre las condiciones de vida y de salud de la población. Este es el caso de los sectores educación, vivienda, alimentación, y comunicaciones y transportes, entre otros. La SSA, en este sentido, tiene una función clara de abogacía que desempeñar: promover la implantación de políticas sectoriales saludables.

Una buena parte de las actividades del sector comunicaciones y transportes se relaciona directamente con el riesgo de enfermar y morir de miles de personas. El uso de cinturones de seguridad, la incorporación de mecanismos de protección anti-choque a los nuevos vehículos, el mantenimiento de la superficie asfáltica de las carreteras y la correcta señalización de las vías públicas, contribuyen a preservar la vida de todos aquellos que por diversos motivos hacen uso de la infraestructura vial.

De acuerdo con estimaciones recientes, anualmente mueren alrededor de 800 mil personas en el mundo por accidentes de tráfico. En la tercera parte de los casos están involucrados los peatones. En México, las lesiones provocadas por accidentes de tráfico ocupan el tercer sitio dentro de las principales causas de muerte. El total de muertes por esta causa registrada en el país en 1997 fue de 14 543, lo que representó la muerte diaria de 40 personas y la pérdida de 454 903 años potenciales de vida. El 77 por ciento de estas muertes ocurrieron en zonas urbanas y carreteras, y la población más afectada fueron los varones de entre 15 y 29 años de edad.

Entre 1993 y 1997 la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor mostró un ligero descenso, al pasar de 16.2 por 100 000 habitantes en 1993 a 15.4 en 1997. Sin embargo, el riesgo de morir por esta causa entre entidades

federativas fue muy desigual. Los estados de Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Sinaloa, Jalisco y Zacatecas presentaron una tasa de mortalidad superior a 20 por 100 000 habitantes, mientras que los estados de Chiapas, Nuevo León y Veracruz mostraron tasas inferiores a 10 por 100 000 en el mismo periodo.

A las muertes por accidentes de tráfico habría que agregar otros daños a la salud—como las paraplegias, cuadriplegias, lesiones cerebrales, laceraciones faciales y fracturas—, así como los costos económicos y sociales. Dentro de los costos económicos cabe destacar los costos indirectos generados por la pérdida de productividad, sobre todo tomando en consideración que la población más afectada por los accidentes de vehículo de motor es la población joven.

El reto de la calidad

Además de contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población, los sistemas de salud deben esforzarse por responder de manera adecuada a las expectativas de los pacientes. Esto implica ofrecer servicios de salud efectivos en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información. Un trato adecuado significa también disponer de servicios básicos dignos en las unidades de atención, esperar tiempos razonables por una consulta o una intervención y tener acceso a redes de apoyo social.

El sistema mexicano de salud enfrenta a este respecto problemas tanto en el componente técnico de la atención como en la calidez de los servicios. Estos problemas de calidad, además, son claramente percibidos como prioritarios por la población mexicana.

Los resultados del Diagnóstico Basal de Calidad realizado en 1 952 centros de salud urbanos y rurales, y 214 hospitales generales de la SSA entre 1997 y 1999 son muy ilustrativos. En las unidades de primer nivel había serios problemas de abastecimiento de medicamentos y equipo, un uso deficiente de los expedientes clínicos y problemas de apego a la normatividad de los programas prioritarios. El porcentaje de apego a la norma de atención de diabetes mellitus, hipertensión e infecciones respiratorias agudas, por ejemplo, era de 33, 44 y 20 por ciento, respectivamente. En los hospitales el equipamiento con frecuencia era insuficiente y obsoleto, y también existía poco apego a la normatividad en el manejo y control de enfermedades. La calificación global en 89 por ciento de estas unidades fue menor de 74 puntos sobre 100. En ambos tipos de instalaciones, además, el nivel de satisfacción de los prestadores con su entorno laboral era muy bajo: menos de 40 por ciento de los trabajadores se sentía satisfecho a este respecto.

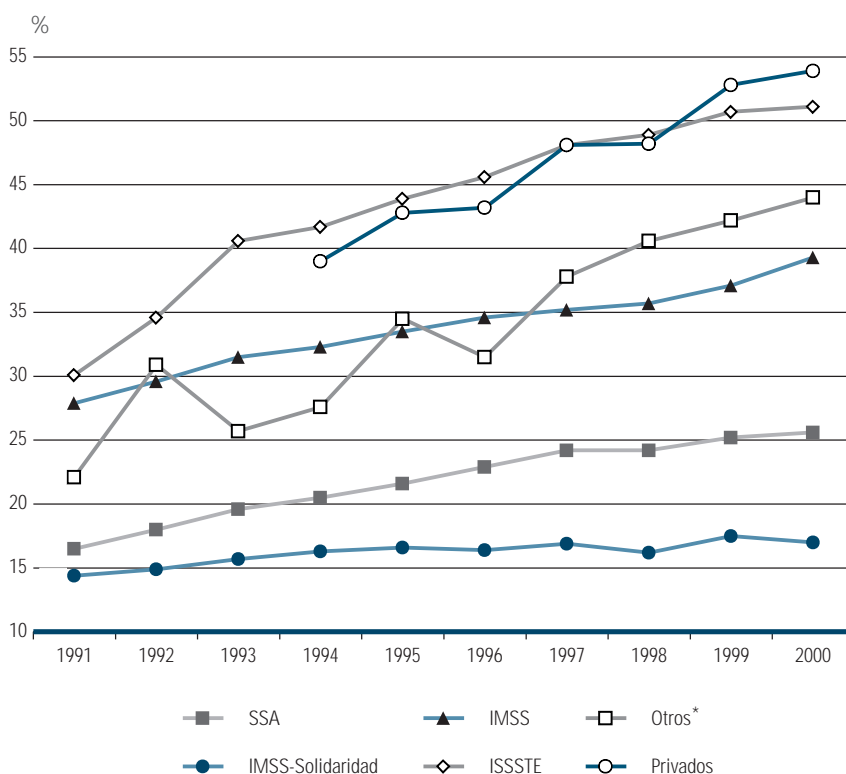
En las unidades de primer nivel hay serios problemas de abastecimiento de medicamentos y equipo, y un uso deficiente de los expedientes clínicos

Las evaluaciones de las unidades hospitalarias solicitadas por la Comisión Nacional para la Certificación de Hospitales apuntan en el mismo sentido. De los casi 4 mil hospitales que existen en el país, sólo han sido evaluados y dictaminados por esta comisión 518 (13%). Esto significa que en más del 85 por ciento de las unidades hospitalarias se carece de la información más elemental sobre la existencia de los requisitos básicos para garantizar una atención adecuada.

Otro indicador que refleja problemas de calidad es el porcentaje de cesáreas. A escala nacional esta cifra se ha incrementado de 23.5 en 1991 a 32 por ciento en el momento actual (véase figura 1.9). El caso más extremo es el del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en donde 51 por ciento de los nacimientos son cesáreas.

Los problemas de calidad no son privativos del sector público. De las cerca de 3 mil unidades hospitalarias con las que cuenta el sector privado, sólo 60 han solicitado su certificación, y en el proceso de evaluación obtuvieron calificaciones promedio de 75 puntos, para ubicarse en un nivel similar al de los hospitales de la SSA y en un nivel inferior al de los hospitales de Petróleos Mexicanos (PEMEX). Un caso especial son las 1 500 unidades hospitalarias privadas que cuentan con cinco camas o menos y que funcionan sin regulación. Estas unidades suelen estar mal equipadas, tienden a estar atendidas por médicos no certificados, no cuentan con médicos de tiempo completo y tienen un servicio de enfermería a cargo de pasantes o auxiliares. Por lo que se refiere a las cesáreas, el problema es todavía más grave en este sector. En Nuevo León, por ejemplo, 74 por ciento de los nacimientos hospitalarios (más de 12 mil) fueron atendidos

En Nuevo León, 74 por ciento de los nacimientos hospitalarios (más de 12 mil) fueron atendidos por cesárea



* Otros incluye PEMEX, SEDENA, SM, universitarios y estatales
Fuente: SSA, 1991-2000

Figura 1.9

El porcentaje de nacimientos por cesárea en México se incrementó de manera muy importante en los últimos años

PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS AMBIENTALES

El uso de leña en la cocina provoca concentraciones promedio de partículas respirables hasta cinco veces superiores a las recomendadas

La misión de la salud ambiental es proteger a la población de la exposición involuntaria, innecesaria o excesiva a agentes físicos, químicos o biológicos que pudieran dañar su salud. Los logros del país a este respecto son limitados.

Alrededor de 35 millones de mexicanos viven expuestos a un aire de mala calidad. Se producen entre 2 000 y 4 000 defunciones anuales debidas a la inhalación de partículas de la atmósfera urbana. En las áreas rurales de México el uso de la leña en las cocinas expone sobre todo a las mujeres y a los niños a concentraciones promedio de partículas respirables hasta cinco veces por encima de las recomendadas para la ciudad. Otro problema que afecta a los campesinos es la intoxicación por plaguicidas, de la cual se presentan en el país 6 000 casos anuales. Se calcula que 35 por ciento de la carga total de enfermedad en el país tiene un origen ambiental.

Para atender estos problemas se requiere emprender cuatro líneas de acción: modernización de la normatividad; instrumentación de sistemas de vigilancia de los riesgos y sus efectos; fortalecimiento de la capacidad de respuesta ante emergencias

ambientales en todos los niveles, y disseminación de información ambiental a la población.

Uno de los retos más importante es el control del plomo ambiental, que es uno de los contaminantes que más ha afectado a los niños mexicanos durante años, disminuyendo su coeficiente intelectual y, por lo mismo, su desempeño escolar y su eventual productividad laboral. La eliminación del plomo de las gasolinas, latas y pinturas ha permitido disminuir la carga corporal de este metal, aunque aún falta llevarla por debajo del nivel recomendado. La implantación de innovaciones tecnológicas en la producción de loza artesanal, que utiliza sustancias que contienen plomo para el vidriado, seguramente ayudará a lograr este objetivo.

Especial atención merece la calidad del agua que bebemos. Se debe actualizar el límite permisible para organismos infecciosos coliformes totales y fecales, arsénico, fenoles, plaguicidas, plomo y radioactividad. Es también necesario incorporar nuevos criterios para la *Escherichia coli*, yodo residual libre, e hidrocarburos aromáticos (benceno, etil-benceno, tolueno y xileno).

La calidad del aire que respiramos es pobre, sobre todo en las áreas urbanas. La redefinición de los niveles seguros de contaminantes en el aire (partículas respirables y gases) permitirá replantear las acciones ante contingencias ambientales en las grandes ciudades del país, en donde se concentra la cuarta parte de la población nacional.

Por su parte, promover la utilización de estufas mejoradas será fundamental para la protección de las familias del campo. El registro y la vigilancia de actividades relacionadas con los plaguicidas y otros agroquímicos, así como la capacitación de los aplicadores y la comunicación de riesgos a la población general, son indispensables para prevenir las intoxicaciones accidentales y los efectos ocasionados por las exposiciones de largo plazo.

La capacitación del personal de salud y la participación activa de todos los actores y sectores involucrados en acciones de salud ambiental, son estrategias fundamentales para limitar los daños ocasionados por los riesgos del ambiente.

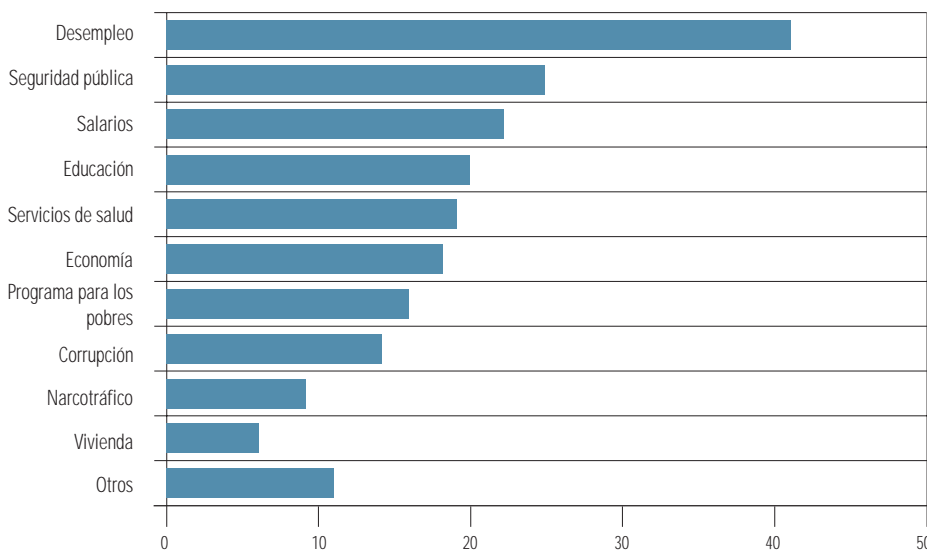
por cesárea. En países como Japón y el Reino Unido el porcentaje de nacimientos por cesárea es menor de 15 por ciento.

No es de sorprender, por lo tanto, que el usuario de los servicios de salud en México se muestre insatisfecho con la calidad de estos servicios. De acuerdo con la Segunda Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud, aplicada por la Fundación Mexicana para la Salud en mayo de 2000, los mexicanos piensan que, en este momento, la atención del gobierno debe centrarse en el desempleo, la seguridad pública, los salarios, la educación y los servicios de salud (figura 1.10.)

Los entrevistados también opinaron que son necesarios cambios fundamentales en los servicios de salud (figura 1.11) e identificaron como dos de los principales problemas los altos costos de la atención y la falta de recursos e infraestructura en las unidades (figura 1.12). Esta opinión fue particularmente frecuente entre aquellos individuos que habían utilizado servicios hospitalarios en el último año. Asimismo, dos de cada diez mexicanos reportan haber tenido que posponer la atención de su salud por lo menos una vez en el año por no disponer de recursos financieros.

Por otro lado, existe un grado aceptable de satisfacción de los usuarios con la atención ambulatoria recibida, tanto en los servicios públicos como privados. Pero este no es el caso de los servicios de urgencia: seis de cada diez mexicanos reportaron no haber obtenido la atención que necesitaron con la rapidez esperada. Este problema fue más común en la región sur, entre la población de bajos ingresos, y entre los derechohabientes del IMSS y del ISSSTE. Asimismo, 22 por ciento de la población presentó

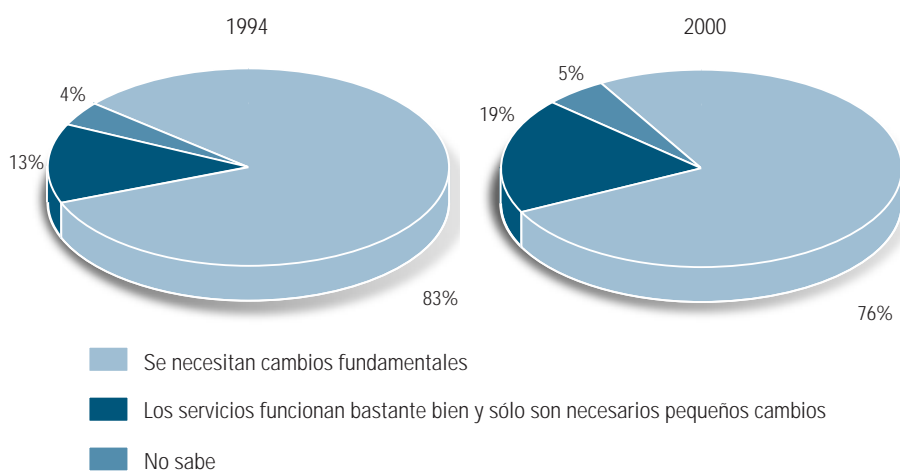
Dos de cada diez mexicanos han tenido que posponer la atención de su salud por lo menos una vez en el año por no disponer de recursos financieros



Fuente: FUNSALUD, 2000

Figura 1.10

Los mexicanos piensan que el gobierno debería centrar su atención en el empleo, la seguridad pública, los salarios, la educación y los servicios de salud



Fuente: FUNSALUD, 2000

Figura 1.11

Los mexicanos siguen pensando que el sistema de salud requiere de cambios fundamentales

problemas para obtener atención domiciliaria. Este problema fue más frecuente en la región sur del país, entre las mujeres y entre los no asegurados.

Por lo que se refiere a la mejoría en el estado de salud, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2000, 65 por ciento de los usuarios de servicios públicos y privados reportaron haber mejorado con la atención ambulatoria recibida. En el resto de los casos, la salud no mejoró o incluso empeoró. Los porcentajes, en el caso de mejoría, fueron mayores entre quienes acudieron a servicios privados de salud (81%), seguidos por los usuarios de la seguridad social (64%) y finalmente por quienes hicieron uso de los servicios de la SSA (55%).

Entre diversos grupos dedicados al estudio de los servicios de salud, existe la percepción de que en México hay problemas de respeto a los derechos humanos de los

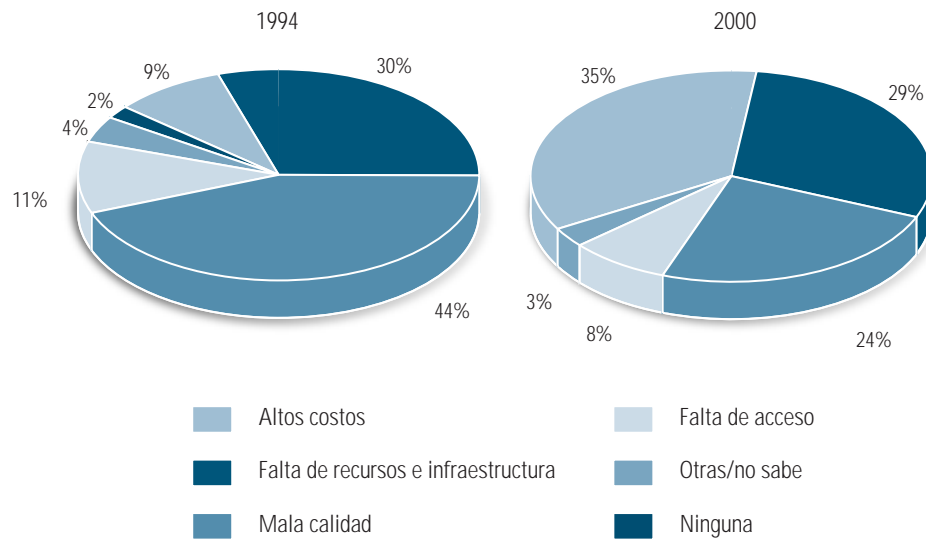


Figura 1.12

Los principales problemas de los servicios de salud, según los usuarios, son los altos costos, la falta de recursos y la mala calidad

Fuente: FUNSALUD, 2000

pacientes. Se piensa que a los usuarios de los servicios públicos de salud se les trata con poco respeto –sobre todo a los indígenas, las mujeres y los pobres– y se les impide el acceso a sus redes sociales de apoyo, más que nada cuando están hospitalizados. El hostigamiento y el maltrato son dos de los motivos de queja más frecuentes ante las comisiones de derechos humanos. Cuatro de cada diez mexicanos pobres también se quejan de la falta de amabilidad del personal médico y del escaso apoyo que se les ofrece en las unidades de salud. Uno de los motivos de queja más frecuentes ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico es la falta de información proporcionada por el médico.

Uno de los motivos de queja más frecuentes ante la CONAMED es la falta de información proporcionada por el médico

Por lo que se refiere a los tiempos de espera, en promedio la población espera 4.5 días para obtener una cita de primer contacto, 9.5 días para ver a un especialista y casi cuatro días para ingresar a un hospital. En el caso de los pobres, el promedio en todos los casos se incrementa en un día. Algunas esperas alcanzan los 90 días, y la principal razón para no volver a utilizar los servicios de la última atención ambulatoria son los largos tiempos de espera.

Por lo que toca a las cirugías, cinco de cada 100 mexicanos reportan que necesitaron una cirugía en el último año. Sin embargo, sólo uno de ellos fue operado, reportando haber esperado 15 días para la intervención; dos estaban en lista de espera, y el resto no contaba con ninguna información sobre las posibilidades de ser atendido.

El reto de la protección financiera

Un sistema de salud moderno debe garantizar que los esquemas de financiamiento sean justos y que protejan a toda la población contra gastos excesivos por motivos de salud. En este rubro, el sistema mexicano presenta un desempeño inadecuado. Una alta proporción de las personas no cuenta con ningún tipo de seguro, el gasto de bolsillo representa más de la mitad del gasto total en salud y, por lo mismo, un alto porcentaje

de los hogares mexicanos corre el riesgo de empobrecerse para acceder a la atención que requieren.

Las cuentas nacionales de salud indican que más del 50 por ciento del gasto total en salud es gasto privado y más del 90 por ciento del mismo es gasto que proviene directamente del bolsillo personal (en adelante “gasto de bolsillo”). También se sabe que este último tiende a ser mayor, como porcentaje del ingreso total, en los hogares más pobres. Asimismo, se calcula, conservadoramente, que cada año entre dos y tres millones de hogares mexicanos se ven obligados a hacer uso de más de la tercera parte de su ingreso disponible para financiar la atención de su salud, con lo que incurren en lo que se conoce como gastos catastróficos. Este fenómeno es más común entre los hogares pobres comprendidos en los deciles de ingreso 1, 2 y 3, como se muestra en la figura 1.13. Sin embargo, el aseguramiento ofrece protección financiera, especialmente

Cada año entre dos y tres millones de hogares mexicanos usan más de la tercera parte de su ingreso disponible para financiar la atención de su salud, con lo que incurren en gastos catastróficos

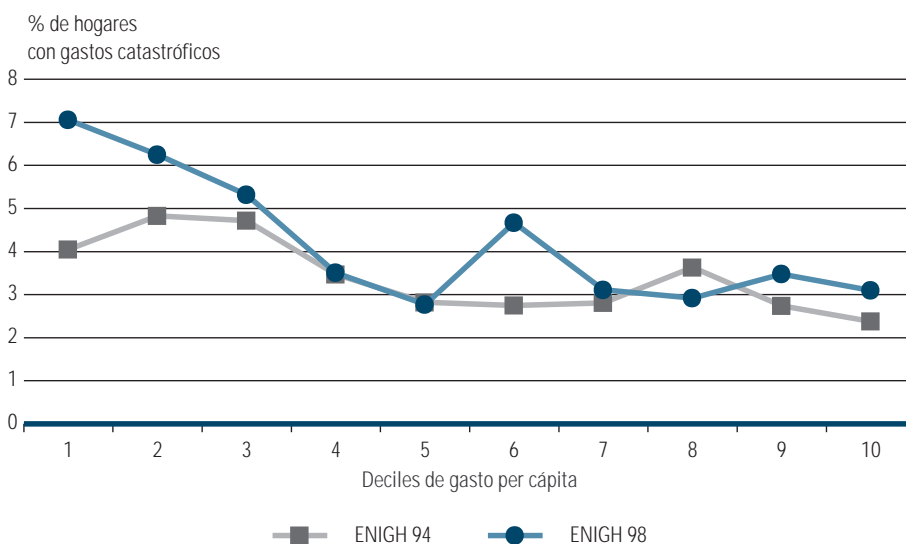


Figura 1.13

Los hogares pobres de México incurren con mayor frecuencia en gastos catastróficos por motivos de salud

Fuente: ENIGH, 1994, 1998

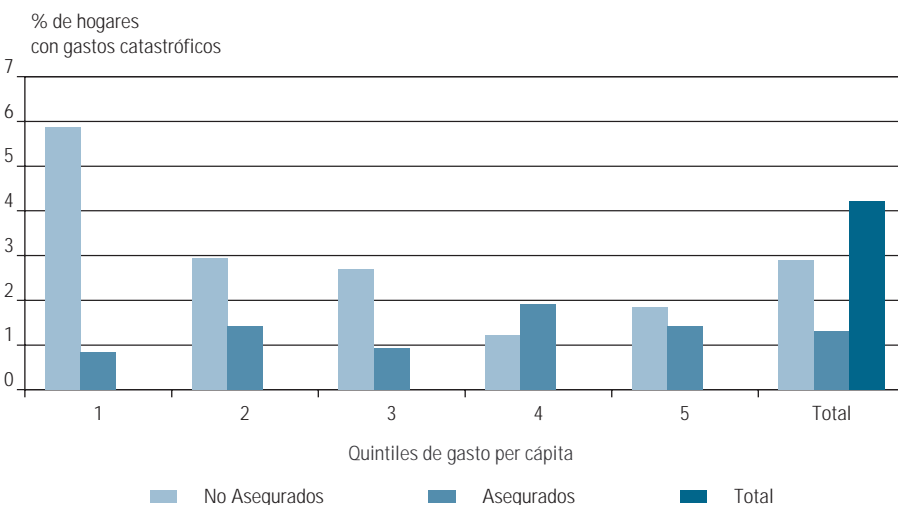


Figura 1.14

La seguridad social protege contra los gastos catastróficos

Fuente: ENIGH, 1998, INEGI

La primera generación de reformas en salud buscaba responder a las demandas del desarrollo industrial

a los hogares pobres. Como se observa en la figura 1.14, los gastos catastróficos son menos comunes en las familias pobres aseguradas que entre las que no gozan de seguro.

No es de sorprender que dos de cada diez mexicanos posterguen la atención de su salud cuando la requieren y que incluso deban renunciar a ella. Entre los discapacitados y enfermos crónicos esta cifra llega a ser mayor. Asimismo, según la Segunda Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud, 20 por ciento de las personas reportaron haber tenido problemas para pagar las cuentas del médico y del hospital, y para pagar por las medicinas prescritas. Un alto porcentaje reportó haber tenido que disminuir sus gastos en otros rubros para cubrir sus gastos de salud. Este último fenómeno fue particularmente frecuente entre los entrevistados de menores ingresos.

El sistema de salud

La historia

El sistema de salud actual tiene casi 60 años de existencia. Su fundación data de 1943, año en el que se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia –hoy Secretaría de Salud (SSA)–, el IMSS y el Hospital Infantil de México, el primero de los diez Institutos Nacionales de Salud. Con este despliegue de nuevas instituciones, verdaderos cimientos de nuestro sistema, surgió la *primera generación de reformas* en salud, que buscaban responder a las demandas del desarrollo industrial a través del cuidado prioritario de la población obrera, atendida en los institutos de seguridad social (primero el IMSS, y a partir de 1960, el ISSSTE). La SSA, por su parte, se responsabilizó de la salud de los grupos campesinos protagonistas de la Revolución Mexicana. Desde sus orígenes, el sistema de salud quedó marcado por la escisión entre los derechohabientes de la seguridad social y la población no asegurada, que debía acogerse a la acción asistencial del Estado.

En la segunda generación de reformas el énfasis fue la atención primaria y el punto de partida, diversos esfuerzos de ampliación de cobertura

A finales de los años sesenta este modelo llegó a sus límites. El costo de los servicios se incrementó como resultado del aumento en el volumen e intensidad de la atención, centrada en el espacio hospitalario, y el sistema, que tenía pretensiones de universalidad, seguía sin atender a grandes capas de la población más pobre. Un alto porcentaje de las familias dependía nada más de los recursos propios para atender su salud, accediendo con frecuencia a servicios de mala calidad. La expresión más clara de la crisis fue que mientras millones de personas no tenían acceso a servicios básicos de salud, miles de médicos carecían de empleo.

Hacia el final de los años setenta surge la *segunda generación de reformas*, que busca construir un sistema nacional de salud. Su énfasis fue la atención primaria y su punto de partida, diversos esfuerzos de ampliación de cobertura. En 1979 se crea el Programa IMSS-COPLAMAR (que en 1989 se transformó en IMSS-Solidaridad), dirigido a los pobres del campo, y unos años después se implanta un programa paralelo de la SSA para las zonas de miseria urbana (Programa de Atención a la Salud para Población Marginada en Grandes Urbes, 1981). Si bien estos programas realizaron innovaciones importantes, la persistente dualidad entre seguridad social y asistencia pública siguió

manifestando la fragmentación del sistema mexicano de salud, con su carga de duplicidad, ineficiencia e inequidad.

En la búsqueda de fórmulas que contribuyeran a la eventual integración de los servicios de salud, a partir de 1983 se instrumentaron diversas iniciativas, entre las que destacan el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud y la promulgación de la Ley General de Salud. En el marco de estas reformas comenzó la descentralización de los servicios de salud dirigidos a la población no asegurada y un proceso de modernización administrativa de la SSA. Estas iniciativas fueron apoyadas por una política de formación de recursos humanos dirigida a remediar los desequilibrios de la década previa y una política de impulso a la investigación.

El cambio estructural, sin embargo, se enfrentó a la resistencia de quienes habían sido los principales beneficiarios de la segregación entre derechohabientes de la seguridad social y el resto de la población. Uno de los efectos más lamentables de dicha resistencia, sumado al de los recortes presupuestales durante la crisis de los años ochenta, fue que la descentralización de los servicios de salud quedó trunca, alcanzándose solamente en 14 estados –situación que se mantuvo inalterada hasta 1995.

Si bien es de simple justicia histórica reconocer que durante el último medio siglo las instituciones de salud contribuyeron importantemente a mejorar la salud de los mexicanos, es también necesario admitir que nuestras instituciones deben superar sus innegables atrasos y adaptarse a las rápidas transformaciones que experimenta el país.

Son estas consideraciones las que en el momento actual dan impulso a una *tercera generación de reformas*, que apunta hacia la sustitución del viejo modelo vertical y segmentado por un nuevo modelo universal, participativo y plural.

La *tercera generación de reformas* apunta hacia la sustitución del viejo modelo vertical y segmentado por un nuevo modelo universal, participativo y plural

Las funciones

Los objetivos de un sistema de salud se cumplen mediante el desempeño de cuatro funciones básicas: la prestación de servicios, el financiamiento de dichos servicios, la rectoría del sistema y la generación de recursos para la salud. En esta sección se describirá brevemente su situación actual en México.

Los objetivos de un sistema de salud se cumplen mediante el desempeño de cuatro funciones: prestación de servicios, financiamiento de dichos servicios, rectoría del sistema y generación de recursos para la salud

Prestación de servicios

El sistema mexicano de salud tiene tres grupos de prestadores de servicios. El primero incluye a las instituciones que prestan servicios a la población no asegurada –alrededor de 40 por ciento del total de la población–, en su mayoría pobres del campo y la ciudad. Las agencias más importantes de este componente son la SSA y el Programa IMSS-Solidaridad. El segundo componente es la seguridad social, que se encarga de prestar atención a más del 50 por ciento de la población: el IMSS tiene a su cargo a los trabajadores del sector formal de la economía; el ISSSTE atiende a los empleados públicos; las fuerzas armadas tienen su propia institución de seguridad social, y esto mismo ocurre con los trabajadores

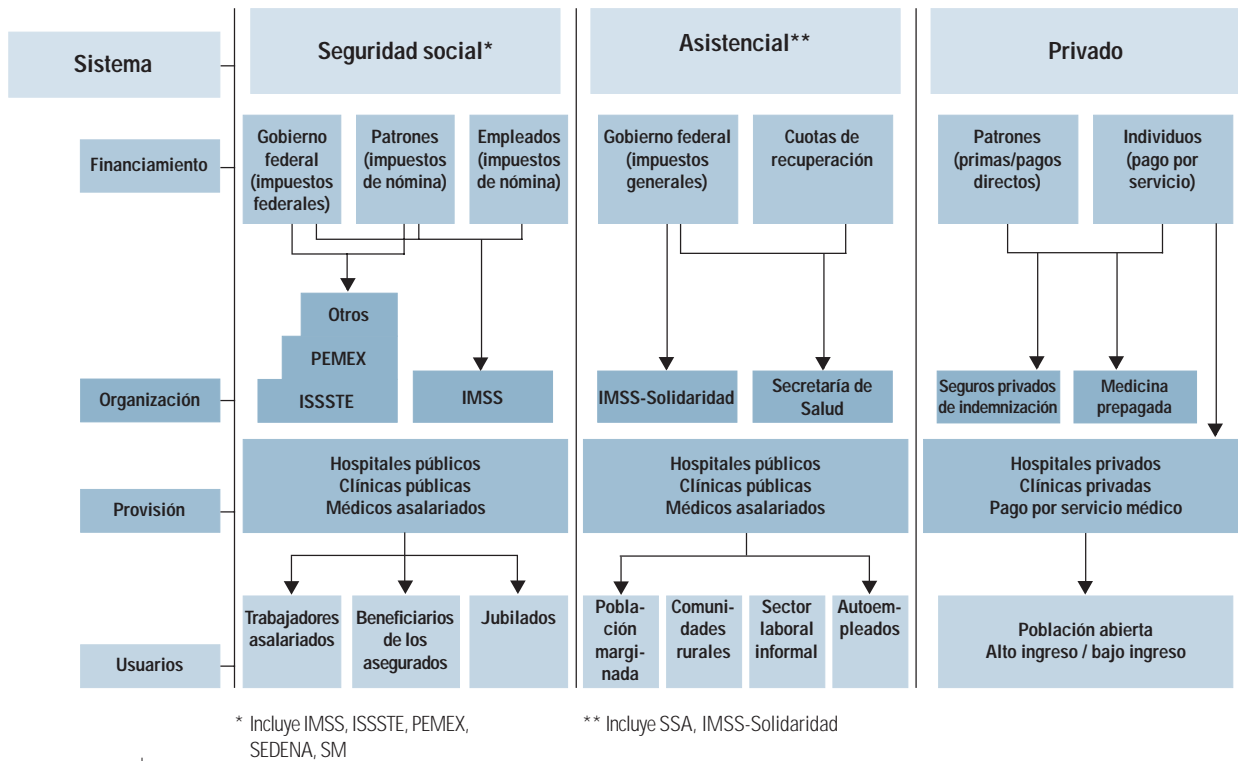


Figura 1.15 Organización del sistema mexicano de salud

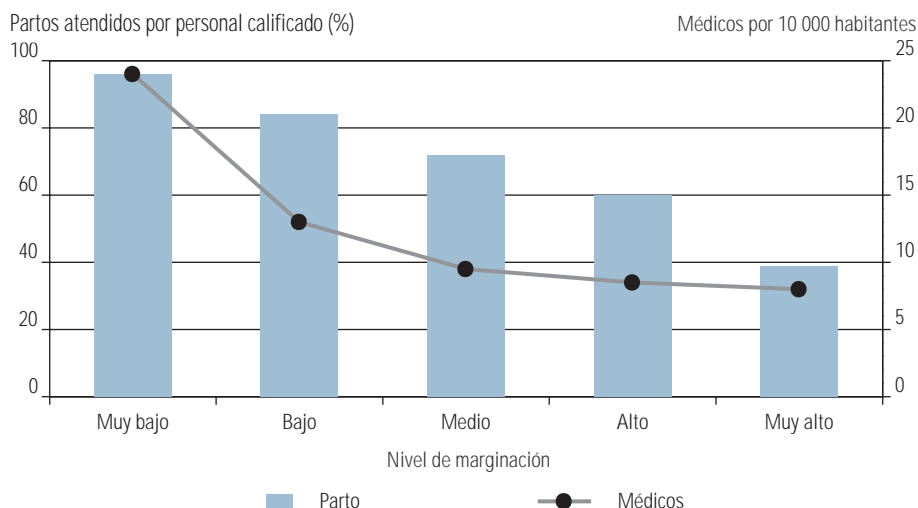
El porcentaje de mujeres embarazadas que reciben atención prenatal temprana es de 41 por ciento en Sonora y Jalisco, y de sólo 28 por ciento en el Estado de México

de PEMEX. El tercer componente es el sector privado, al cual puede acudir cualquier persona con capacidad de pago. Este componente está formado por una gran diversidad de prestadores de servicios que trabajan, en su mayoría, sobre una base lucrativa, en consultorios, clínicas ambulatorias, hospitales y unidades de medicina tradicional (figura 1.15). En teoría, este sector debería atender al 10 por ciento de la población. Sin embargo, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000, 21 por ciento de los derechohabientes de la seguridad social y alrededor de 28 por ciento de la población no asegurada reportan como su última fuente de atención ambulatoria a un prestador privado.

Los componentes públicos del sistema de salud generan anualmente 168 millones de consultas generales, 34 millones de consultas de especialidad, 24 millones de consultas de urgencia, 13 millones de consultas odontológicas, 1.5 millones de partos, 2.7 millones de intervenciones quirúrgicas y poco más de 4 millones de egresos hospitalarios. Por lo que se refiere a los servicios auxiliares de diagnóstico, el sector público genera 4 millones de estudios de anatomía patológica, 167 millones de análisis de laboratorio y 18 millones de estudios radiológicos.

Estos servicios, sin embargo, están distribuidos de manera muy desigual. Así, por ejemplo, el porcentaje de mujeres embarazadas que reciben atención prenatal temprana es de 41 por ciento en Sonora y Jalisco, y de sólo 28 por ciento en el Estado de México. El porcentaje de nacimientos en hospitales generales es de más de 92 por ciento en Aguascalientes, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Distrito Federal, Quintana Roo, Sonora y Tamaulipas, pero menor de 50 por ciento en Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Puebla. Las diferencias son todavía más dramáticas si se utiliza como criterio

el nivel de marginación. El porcentaje de partos atendidos por personal calificado del sector salud es casi de 100 por ciento en los municipios de muy baja marginación, mientras que en los municipios de marginación muy alta es de apenas 40 por ciento



Fuente: SSA, 1999

Figura 1.16

Mientras mayor es la marginación menor es el acceso a los médicos y a la atención institucional del parto

(figura 1.16). Se calcula que al año quedan sin atenderse por personal calificado alrededor de 370 mil partos, que provocan la muerte de 1 400 mujeres.

Los servicios se producen además con una productividad muy heterogénea. El porcentaje de ocupación hospitalaria en el sector público de México es de 69 por ciento, pero con diferencias enormes entre agencias. El porcentaje de ocupación en la SSA es de 62 por ciento, mientras que en el IMSS es de 84 por ciento. El número de consultas diarias por médico es de 7.9 para las agencias públicas en conjunto, pero de 6.3 para la SSA, 5.8 para el ISSSTE y 12.2 para el IMSS. Finalmente, el número de intervenciones quirúrgicas diarias por quirófano para todo el sector público es de 2.8, contra 3.9 para el IMSS, 2.5 para el ISSSTE y 2.2 para la SSA.

En 1998, los recursos destinados a atender la salud en México ascendieron a más de 23 mil millones de dólares, lo que representó 5.6 por ciento del PIB

Financiamiento

El financiamiento de un sistema de salud consiste en la movilización de recursos financieros desde sus fuentes (hogares, empresas, gobierno y organismos internacionales), su acumulación en fondos (seguro social, presupuestos públicos, ahorros familiares) y su distribución subsecuente para la producción o compra de servicios.

En 1998, los recursos destinados a atender la salud en México ascendieron a más de 23 mil millones de dólares, lo que representó 5.6 por ciento del PIB (2.5% correspondió a recursos públicos y 3.1 por ciento a recursos privados). Se trata de un porcentaje similar al del gasto que se ejerció en educación (5.8% del PIB en 1998).

Comparado con otros países de ingresos medios de la región latinoamericana, el gasto en salud en México, tanto por persona como porcentaje del PIB, es superior al

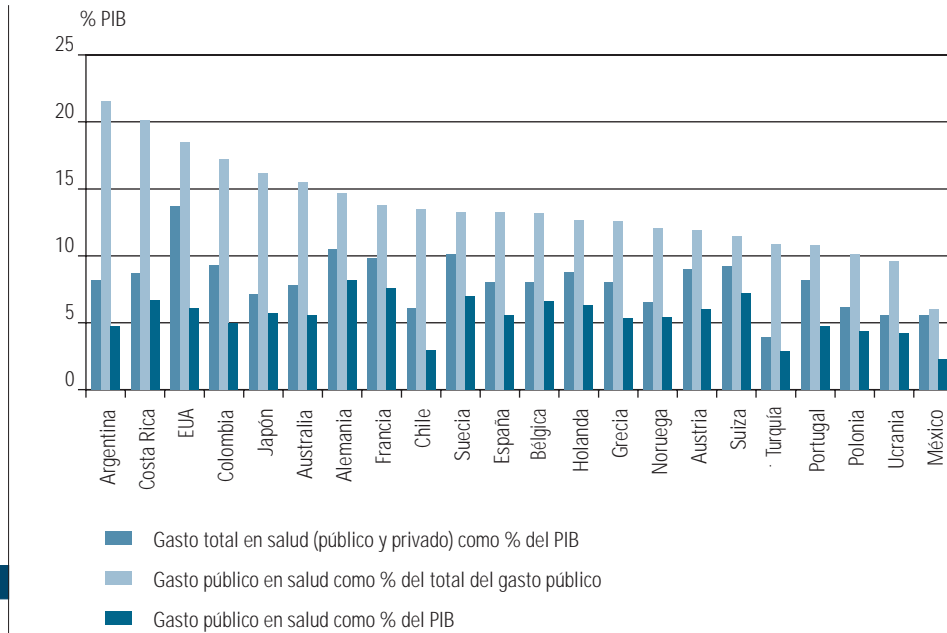


Figura 1.17

El gasto en salud en México como porcentaje del PIB es muy bajo

Fuente: OMS, 2000

de Venezuela pero inferior al de Argentina, Brasil, Chile y Uruguay. México, además, dedica, comparativamente, un porcentaje muy bajo del gasto público total a la salud (figura 1.17).

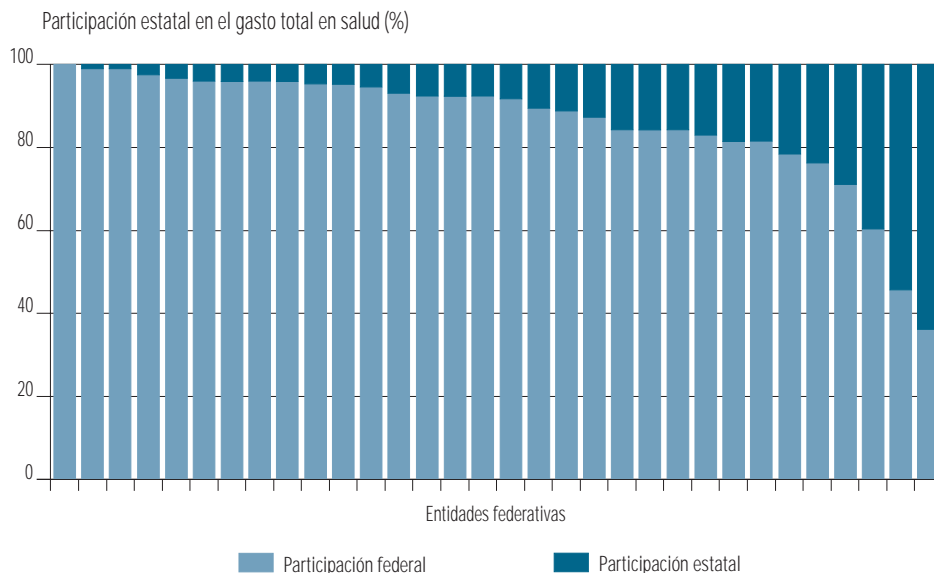
Los recursos de las instituciones públicas de México provienen de tres fuentes principales. Las agencias para la población no asegurada están financiadas en su mayor parte con recursos del presupuesto federal y en menor medida por el financiamiento directo que realizan los usuarios a través de las cuotas de recuperación. La seguridad social para los empleados del Estado, las fuerzas armadas y otros grupos relacionados con el gobierno se financia con contribuciones de los propios afiliados y del gobierno federal. La institución encargada de la atención de los trabajadores del sector privado, el IMSS, obtiene sus recursos de contribuciones de empleados, empleadores y el gobierno federal. El Seguro de Salud para la Familia del IMSS, que está dirigido a los trabajadores del sector informal, se financia con recursos de los afiliados y un subsidio del gobierno federal.

El gasto de las entidades federativas en salud es, además de reducido –sólo da cuenta de tres por ciento del gasto total–, muy heterogéneo: 27 estados aportan menos del 20 por ciento de su presupuesto, siendo los casos más extremos Chiapas, Durango, Oaxaca, San Luis Potosí y Zacatecas, que no llegan al cinco por ciento. Las cinco entidades que aportan más del 20 por ciento son Aguascalientes, el Distrito Federal, Morelos, Sonora y Tabasco (figura 1.18).

Un problema del gasto en salud es su inequitativa distribución entre instituciones, entidades federativas y grupos de ingreso. El gasto por persona en servicios médicos de PEMEX, por ejemplo, es dos a seis veces mayor que el gasto de otras instituciones (figura 1.19).

El gasto público por persona de los estados también varía considerablemente: en 19 se sitúa por encima del promedio y en 13 está por debajo, siendo los casos más extremos Guanajuato, México, Michoacán, Puebla y Veracruz.

El gasto de las entidades federativas en salud es, además de reducido –sólo da cuenta de tres por ciento del gasto total–, muy heterogéneo

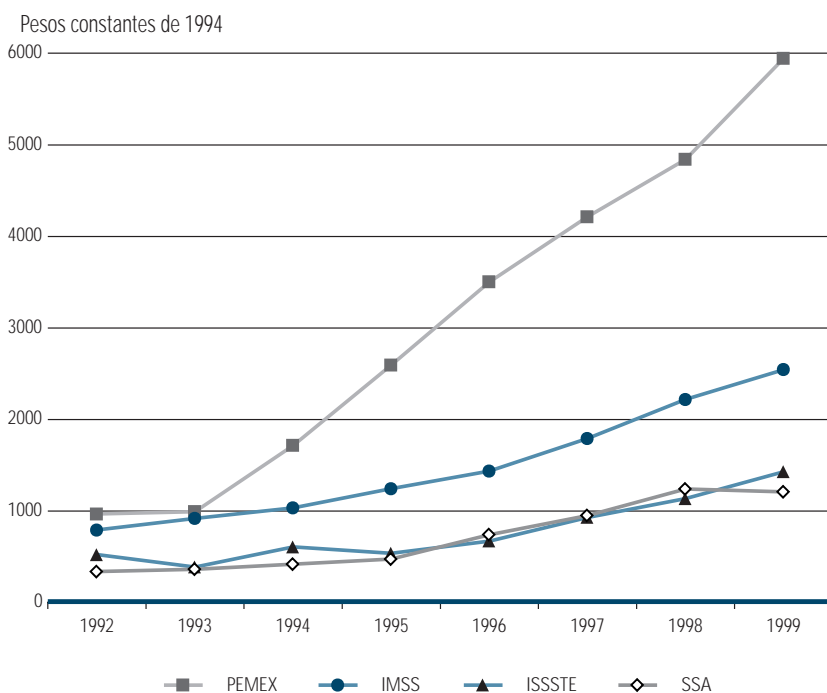


* Gasto federal y estatal programado 2000. El gasto federal incluye recursos distribuidos a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, Programa de Ampliación de Cobertura y Progreso

Fuente: SSA, 2001

Figura 1.18

La contribución de los estados al gasto en salud en México es muy desigual



Fuente: SSA, 1992-1999

Figura 1.19

El gasto per cápita de las distintas instituciones de salud en México es muy desigual

Lo mismo sucede con el gasto por persona de los municipios, que tiende a ser mayor en los de baja marginación. En Hidalgo, por ejemplo, en 1997, el gasto por persona del Programa IMSS-Solidaridad fue tres veces superior en los municipios de muy baja marginación que en los considerados de muy alta marginación.

En un intento por reducir estas brechas, en 1996 la SSA diseñó una fórmula para asignar recursos entre entidades tomando en consideración las necesidades de salud. Esta fórmula, sin embargo, se utiliza únicamente para distribuir los recursos

excedentes –es decir, los recursos disponibles después de cubrir sueldos, salarios y gastos de operación regulares–, por lo que sólo muy lentamente ha promovido la equidad.

Por su parte, desde 1997, el IMSS adoptó una estrategia para hacer explícitas las reglas de asignación presupuestal, con el fin de mejorar la distribución de los recursos entre sus delegaciones y facilitar la rendición de cuentas.

Otra característica del gasto público es su concentración en la atención curativa, sobre todo en la de especialidad. En el IMSS los hospitales de segundo y tercer nivel absorben cerca del 75 por ciento del presupuesto de la institución. En el ISSSTE esta cifra es de 69 por ciento.

La mayor parte del gasto privado en salud es gasto directo del bolsillo, muy fragmentado y sujeto a una regulación casi nula. Sólo un porcentaje muy pequeño del gasto total (2%) se dedica a seguros médicos privados. Dado que el gasto de la seguridad social representa 35 por ciento del total, el país está desaprovechando la posibilidad de agregar riesgos –y con ello contribuir a la eficiencia en la producción de salud– con aproximadamente 63 por ciento del gasto.

En conclusión, la actual organización financiera del sistema de salud es ineficiente y genera insatisfacción, ya que obliga a un alto porcentaje de los hogares a pagar hasta tres veces por la atención de su salud. Una familia trabajadora, por ejemplo, paga impuestos que se utilizan en servicios públicos, contribuye al seguro social y frecuentemente utiliza los servicios privados, como lo indica la Encuesta Nacional de Salud 2000.

La actual organización financiera del sistema de salud es ineficiente y genera insatisfacción, ya que obliga a un alto porcentaje de los hogares a pagar hasta tres veces por la atención de su salud

Generación de recursos

Profesionales de la salud

La capacitación de profesionales de la salud ha tenido un comportamiento reciente muy irregular. En los años setenta se crearon 27 escuelas de medicina en el país, triplicándose el número de estudiantes. Esto dio origen a un grave problema de subempleo y desempleo médico que a la fecha no termina de resolverse. La matrícula descendió en los años ochenta como resultado de políticas explícitas de control, se estabilizó en los años noventa y tiende a crecer nuevamente, de modo que en los próximos años el mercado de trabajo se verá nuevamente presionado. El número de especialistas graduados en años recientes, por el contrario, disminuyó.

La matrícula de las escuelas de enfermería se ha incrementado de manera lenta pero consistente en la última década, hasta alcanzar una cifra aproximada de ocho mil alumnos.

La capacidad de reclutamiento de nuevo personal de salud, sin embargo, sigue siendo insuficiente. En 1999, alrededor de 27 por ciento de los médicos y 43 por ciento de las enfermeras titulados estaban subempleados, desempleados, inactivos o trabajaban en actividades que no tenían que ver con su profesión. Este problema es más agudo entre las mujeres, que presentan una tasa de desempleo tres a cuatro veces mayor que la de los hombres.

En el momento actual las instituciones públicas cuentan con 135 mil médicos y 184 mil enfermeras contratados. En el sector privado se calcula que trabajan alrededor

de 63 mil médicos, lo que en total arroja una tasa de dos médicos por 1000 habitantes. En Argentina, Uruguay y Venezuela esta tasa asciende a 2.7, 3.7 y 2.4, respectivamente.

Esta disponibilidad, que parece satisfactoria, tiene que analizarse a la luz de una distribución muy desigual. Mientras que los estados de México y Chiapas contaban en el año 2000 con 0.8 y 0.9 médicos de instituciones públicas por cada 1 000 habitantes, respectivamente, el Distrito Federal y Baja California Sur contaban con 3.2 y 2.5 respectivamente. Las diferencias por nivel de marginación son todavía más alarmantes. La tasa de médicos por 1000 habitantes en los municipios de muy alta marginación es de 0.7, mientras que en los municipios de muy baja marginación es de casi 2.5. El caso más extremo es el de los municipios indígenas de Oaxaca, que cuentan con sólo 0.13 médicos por 1000 habitantes.

Mientras que el Distrito Federal, Sonora y Baja California Sur contaban con 1.9, 1.1, 1.5 camas por 1000 habitantes, respectivamente, Chiapas y Tlaxcala sólo contaban con 0.4 y 0.5

Recursos materiales

Las instituciones públicas de México contaban con 987 hospitales, 17 348 unidades de consulta externa, 49 913 consultorios, 6 607 salas de expulsión, 77 314 camas y 2 723 quirófanos (cuadro 1.6). Estas cifras representaron tasas de 0.5 consultorios, 0.8 camas y 0.07 salas de expulsión por 1000 habitantes. Las diferencias entre estados y municipios, sin embargo, aquí también son importantes. Mientras que el Distrito Federal, Sonora y Baja California Sur contaban con 1.9, 1.1, 1.5 camas por 1000 habitantes, respectivamente, Chiapas y Tlaxcala sólo contaban con 0.4 y 0.5. En los municipios indígenas de Chiapas, Oaxaca, Puebla y Veracruz se contaba ese mismo año con apenas 0.22, 0.07, 0.19 y 0.11 camas por 1000 habitantes.

Por lo que toca a las unidades privadas de atención, las cifras disponibles más recientes, que corresponden a 1999, indican que había en el país 2 950 hospitales privados, con un total de 31 241 camas. Sólo quince por ciento de estas unidades

Cuadro 1.6

Recursos físicos y humanos del sistema de salud mexicano, 1999

Recursos	Instituciones			Total
	Públicas para no asegurados	Seguridad social	Privada	
Hospitales	509	478	447 ^a	1,434
Camas de hospital	35,616	41,698	16,094 ^a	93,408
Clinicas y centros de salud	13,912	3,436	2,355 ^b	19,703
Médicos contratados ^c	59,200	75,959	27,501 ^d	162,660
Enfermeras contratadas	80,154	104,110	29,365	213,629

^a Sólo se incluyen unidades con más de 15 camas

^b Se incluyen las unidades con menos de 15 camas, que en su conjunto suman 15,147 camas

^c Las cifras de médicos se refieren a 1999, que informaron las instituciones del Sistema Nacional de Salud

^d La cifra de médicos privados incluye sólo los contratados en la unidad médica y que forman parte del personal de la misma, el total de médicos incluyendo los que tienen acuerdo especial en el sector privado es de 62,951

Fuente: SSA, 1999

El costo promedio de las recetas surtidas en las farmacias privadas y en las farmacias de la SSA es de aproximadamente 100 pesos, equivalentes a 2.5 salarios mínimos

contaban con más de 15 camas, y alrededor de 27 por ciento eran clínicas con menos de cinco camas. La gran mayoría se concentraba en las grandes zonas urbanas.

La industria farmacéutica mexicana ocupa el sitio número 15 en el volumen de producción mundial. En 1998 tuvo ventas por cinco mil millones de dólares. Cerca de 80 por ciento de estas ventas se hicieron en el mercado privado y 20 por ciento fueron ventas al gobierno. El 72 por ciento de los medicamentos fueron productos de empresas extranjeras y 28 por ciento de compañías mexicanas. Sólo 15 por ciento de estos productos fueron medicamentos genéricos.

El acceso a estos insumos es muy variable. Los derechohabientes de la seguridad social reciben los medicamentos que requieren sin pago de bolsillo. En las unidades de las instituciones para población no asegurada hay un problema crónico y serio de abasto de medicamentos. En la Encuesta Nacional de Salud de 1994 se menciona que la principal causa de no utilización de los servicios de la SSA fue la no disponibilidad de medicamentos. A esto debe agregarse la barrera económica: una investigación reciente indica que el costo promedio de las recetas surtidas en las farmacias privadas y en las farmacias de la SSA es de aproximadamente 100 pesos, equivalentes a 2.5 salarios mínimos. Además, 55 por ciento de las familias entrevistadas habían consumido algún tipo de fármaco en las dos semanas previas. Este problema espera mitigarse con el Programa de Medicamentos Genéricos Intercambiables.

Conocimiento

Los investigadores de las llamadas ciencias de la vida y de las disciplinas clínicas generan más del 50 por ciento de la producción científica nacional

De acuerdo con datos del CONACYT, el gasto público en investigación en salud representa en nuestro país el 2.3 por ciento del gasto total en ciencia y tecnología, 0.01 por ciento del PIB y 0.45 por ciento del gasto total en salud. Aunque el incremento real en el volumen de recursos destinados a este campo de la ciencia entre 1994 y 1999 fue de 25 por ciento, el país ni siquiera se ha acercado a los estándares mínimos propuestos por los organismos internacionales para los países de ingresos medios. Los países industrializados dedican más del 0.1 por ciento del PIB y más del 1.5 por ciento de su gasto público en salud a la investigación.

Así, no es de sorprender que la tasa de investigadores en el área de la salud por cada 1000 trabajadores activos esté en México muy por debajo de las tasas correspondientes a los otros países de la OCDE. Tampoco es de extrañar que sólo 20 por ciento de los investigadores en esta área se dediquen de tiempo completo a su actividad.

Ciertas cifras inclusive han empeorado. En 1999 el 13 por ciento de los trabajadores activos empleados en el campo de la investigación científica lo hicieron en el ámbito de las ciencias de la salud, lo que representó un pérdida de dos puntos porcentuales con respecto al principio de la década. Asimismo, la contribución relativa de los doctorados en salud respecto del total de doctorados en el país disminuyó de 15.4 a 11 por ciento entre 1990 y 1999.

Llama la atención que, pese a lo escaso de los recursos, los investigadores de las llamadas ciencias de la vida y de las disciplinas clínicas generan más del 50 por ciento de la producción científica nacional, destacando la inmunología y las neurociencias.

Otro problema de la investigación en salud es su concentración sectorial, institucional, geográfica y disciplinaria. La casi totalidad se concentra en el sector público, en cuatro instituciones –CINVESTAV, IMSS, SSA y UNAM– y en centros ubicados en la zona metropolitana de la Ciudad de México. La mayor parte es investigación biomédica y clínica, mientras que la investigación en salud pública, a pesar de su alto impacto y creciente productividad, se encuentra relegada.

Finalmente, debe señalarse que aún queda mucho por hacer en México en materia de creación y fortalecimiento de mecanismos capaces de garantizar la incorporación sistemática de los resultados de investigación a la enseñanza, la práctica clínica y las actividades de salud pública.

Información

Los antecedentes del actual sistema de información en salud se remontan a principios de los años ochenta. En 1983 se creó el Grupo Interinstitucional de Información, con la participación de la SSA, IMSS, ISSSTE y del entonces Sistema Nacional de Desarrollo Integral. Posteriormente se incorporaron otras instituciones del sector, y las instituciones federales responsables de la información pública y de las políticas de población (figura 1.20).

Con la promulgación de la Ley General de Salud en 1984 se creó el Programa Nacional de Información, coordinado por la SSA como cabeza de sector. Este programa contaba inicialmente con tres componentes: estadísticas vitales, estadísticas sociodemográficas, y servicios y recursos. En el momento actual, el Sistema Nacional de Información cuenta con cuatro subsistemas: i) población y cobertura; ii) recursos; iii) servicios otorgados, y iv) daños a la salud.

Aunque ha habido notables avances, puede afirmarse que en México todavía no se cuenta con un verdadero Sistema Nacional de Información en Salud. Lo que existe es

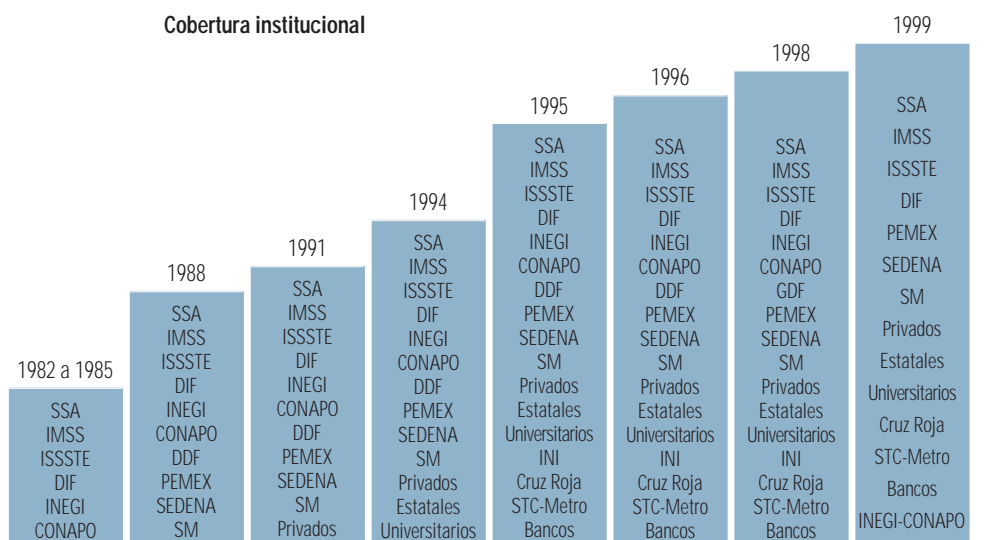


Figura 1.20
El sistema está conformado por un gran número de instituciones prestadoras de servicios de salud, las cuales se han ido integrando paulatinamente

un conjunto de subsistemas estructural y funcionalmente desconectados entre sí, que además generan poca información sobre salud positiva, riesgos y desempeño. El sistema está desvinculado del aparato administrativo de las instituciones de salud y casi no recopila información del sector privado. En algunos casos, la falta de desglose por edad y sexo impide llevar a cabo análisis suficientemente precisos.

De las 78 escuelas que existen en el país, 54 forman parte de la AMFEM, pero sólo se han acreditado 23

Rectoría

Regulación

Las actividades de regulación sanitaria de los productos, bienes y servicios de la economía que tienen un impacto sobre la salud son desempeñadas por la Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario, y sus contrapartes a nivel estatal. Hasta hace pocos años estas actividades todavía se desarrollan en un marco caracterizado por la ausencia de profesionales especializados, una burocratización extrema, poca certidumbre jurídica para los particulares y espacios propicios para la corrupción.

La eliminación gradual de las autorizaciones ha disminuido considerablemente la corrupción y le ha permitido a la SSA pasar del control administrativo en esta materia a la supervisión sustantiva, es decir, a la vigilancia sanitaria de establecimientos, productos y servicios. A esto también ha contribuido la adopción de un modelo de vigilancia que elimina la discrecionalidad en la selección de los establecimiento a través de la selección aleatoria de las visitas. Asimismo, la emisión del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y de cerca de 50 Normas Oficiales Mexicanas en esta materia han propiciado una mayor certeza jurídica.

Un campo, sin embargo, que sufre de rezagos añejos y graves y que requiere de atención es el de la regulación de agroquímicos.

La regulación de la atención a la salud –diseño y seguimiento de las reglas para los distintos actores involucrados en la atención a la salud– ha quedado en buena medida en manos de organismos no gubernamentales.

La acreditación de las escuelas de medicina está en una fase incipiente. De las 78 escuelas que existen en el país, 54 forman parte de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM), pero sólo se han acreditado 23. México cuenta también con más de 300 escuelas y facultades de enfermería, pero sólo cinco de ellas están acreditadas.

Desde 1943 las licencias profesionales de la salud han sido responsabilidad de las instituciones de educación superior y de la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública. En 1994, además, se creó el Centro Nacional para la Evaluación de la Educación, que diseñó el Examen Nacional de Calidad Profesional para diversas profesiones. Este examen se está aplicando ya en varias escuelas de medicina como requisito para graduarse. También existe un mecanismo para la certificación de médicos generales, que coordina el Consejo Nacional de Medicina General.

La certificación de especialistas es controlada por los consejos de las diversas especialidades médicas, que para esta tarea específica funcionan bajo la coordinación

de las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía. Esta certificación está siendo utilizada por instituciones públicas y privadas, así como por las compañías de seguros, en calidad de requisito para la contratación de médicos especialistas.

En 1996 el Colegio Nacional de Enfermeras y la Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería crearon el Sistema Nacional de Acreditación y Certificación de Enfermería. Este sistema de validación, sin embargo, todavía no entra plenamente en funciones.

Otra tarea pendiente en esta área es la regulación de los practicantes de medicinas alternativas –parteras, acupuntura, reflexología, homeopatía, quiropráctica, osteopatía, naturismo, iridología y otras– que, con excepción de los homeópatas, por lo general no pasan por procedimientos formales de capacitación ni por procesos de certificación.

En materia de unidades de salud, en marzo de 1999 se puso en marcha un proceso destinado a la elaboración de un programa nacional de certificación y autorización de funcionamiento de los hospitales, que culminó con la conformación de la Comisión Nacional para la Certificación de Hospitales dependiente del Consejo de Salubridad General. A la fecha se han evaluado y dictaminado 518 hospitales públicos y privados, de los cuales 422 ya obtuvieron autorización de funcionamiento. En el futuro próximo se espera extender el ámbito de competencia de esta comisión a los centros de trasplante de órganos, laboratorios y centros de imagenología.

México cuenta con mecanismos probados para regular y vigilar la seguridad y eficacia de los medicamentos, si bien es necesario actualizarlos continuamente. Un área que requiere atención urgente es la información para los consumidores y prescriptores, promoviendo el uso racional de los medicamentos. También deben fortalecerse los procedimientos de evaluación de medicamentos y tecnologías utilizados por la medicina alternativa.

Otra tarea pendiente es la regulación de los practicantes de medicinas alternativas

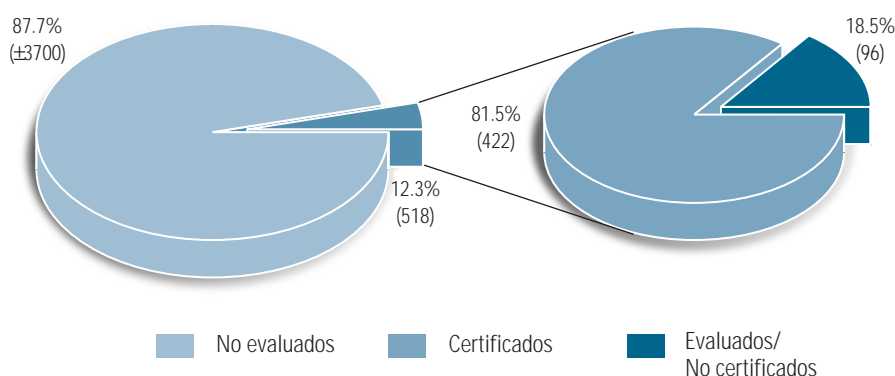


Figura 1.21

Sólo una pequeña proporción de los hospitales en México están certificados

Desde su creación la CONAMED ha atendido más de 22 mil asuntos y su desempeño ha sido aceptable

Evaluación

A pesar de que la SSA y el IMSS han contado con áreas de evaluación, esta cultura todavía no ha podido incorporarse plenamente al funcionamiento del sistema. De hecho, a finales de los años noventa desapareció la Subsecretaría de Planeación de la SSA y con ella la Dirección General de Evaluación y Seguimiento.

No obstante, ha habido algunos esfuerzos recientes que deben reconocerse. Este es el caso del sistema de evaluación del desempeño de los estados, que cuenta con 46 indicadores. Aquí también cabe mencionar las evaluaciones del Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA), del PAC y del PROGRESA.

Protección de los pacientes

Hasta hace poco, en México los pacientes contaban con pocas instancias para presentar quejas sobre los servicios de salud y, en su caso, levantar querellas. Para remediar esta grave laguna jurídica, en 1996 se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), que contribuye a la solución de controversias entre usuarios y proveedores públicos y privados de servicios de salud, a través de procedimientos más simples que las demandas legales. Desde su creación ha atendido más de 22 mil asuntos y su desempeño ha sido aceptable. Será importante evaluar su impacto en la calidad de la atención, medir el nivel de satisfacción de los usuarios con sus servicios, ampliar la participación de las mujeres en su Consejo –que son las mayores usuarias de los servicios de salud y hasta hace poco no estaban representadas en ese cuerpo– y seguir promoviendo la creación de comisiones con funciones semejantes en el nivel estatal.

II. A dónde queremos llegar

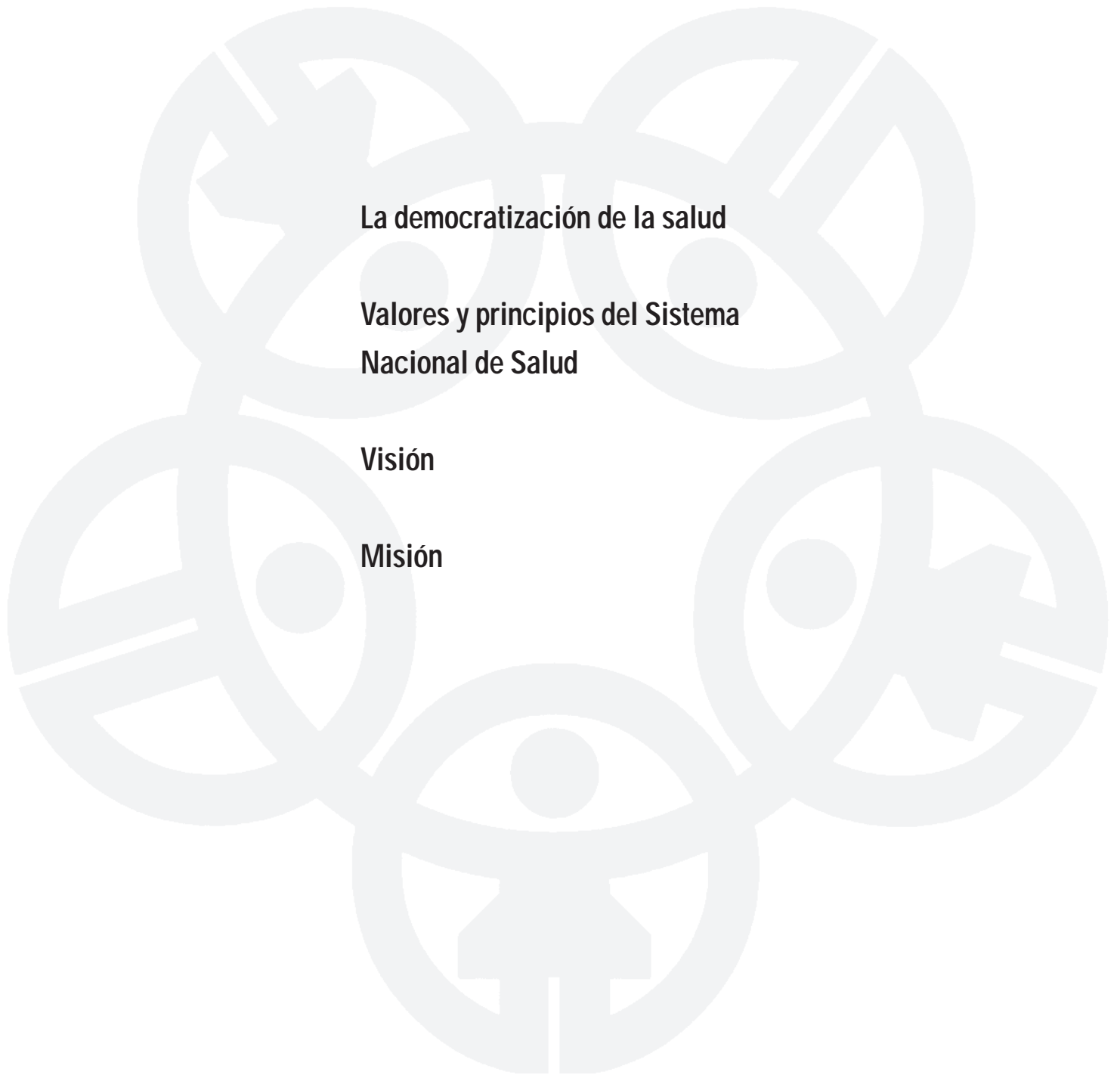
El sistema de salud
que México merece

La democratización de la salud

Valores y principios del Sistema
Nacional de Salud

Visión

Misión







II. A dónde queremos llegar

El sistema de salud que México merece

La democratización de la salud

El futuro de la salud de nuestro pueblo depende en buena medida de la construcción de reglas, vehículos y espacios que propicien la responsabilidad explícita de los funcionarios y estimulen la participación ciudadana. De hecho, el mensaje central del *Programa Nacional de Salud 2001-2006* es que existe un vínculo profundo entre salud y democracia.

El término ciudadano se asocia al ejercicio de derechos y obligaciones que se definen en el marco de una constitución. Estos derechos y obligaciones no son exclusivamente civiles y políticos. Las concepciones modernas de ciudadanía consideran que la libertad, la igualdad ante la ley y el ejercicio de los derechos políticos son nociones ambiguas a menos de que todos los habitantes hayan alcanzado un nivel digno de vida. Puede incluso afirmarse que el desarrollo de la ciudadanía culmina con la implantación de los derechos sociales, los cuales se hacen realidad a través de las actividades de instituciones tales como el sistema educativo y los servicios de salud.

El disfrute de los derechos sociales con frecuencia va precedido del ejercicio de los derechos individuales y políticos. Los mejores ejemplos son las democracias de Europa occidental. En la primera mitad del siglo XX, los ciudadanos de estos países exigieron con éxito a sus autoridades un mayor acceso a los servicios de salud, la educación y la seguridad social. Pero éste no ha sido siempre el caso. Los regímenes autoritarios de Europa oriental del siglo pasado, por ejemplo, pudieron garantizar un acceso equitativo a una cantidad razonable de servicios sociales, pero en ausencia del respeto a los derechos individuales y políticos básicos. Este último modelo resultó insostenible. En realidad lo que se requiere es el refuerzo mutuo de estos derechos.

Los cambios históricos que nuestro país está viviendo nos ofrecen oportunidades para avanzar en ambos sentidos. Podemos aprovechar los nuevos espacios de participación ciudadana para hacer de México un país más próspero y equitativo. Pero al ampliar los ámbitos de prosperidad y reducir las brechas sociales, podremos a la vez contribuir a consolidar nuestra democracia. En el caso específico de la salud, podemos

El mensaje central del *Programa Nacional de Salud 2001-2006* es que existe un vínculo profundo entre salud y democracia

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 conformará un sistema de salud guiado por los valores de justicia, autonomía y corresponsabilidad social

afirmar que al democratizar la atención de la salud, los mexicanos elevaremos nuestros niveles de bienestar y al mismo tiempo estaremos contribuyendo a mejorar la salud de nuestra democracia.

El 2 de julio del año 2000 los mexicanos dimos un gran paso hacia la maduración de nuestros derechos políticos, y al darlo abrimos también, irremediablemente, una nueva agenda para la vida pública de nuestro país: el ejercicio pleno de los derechos sociales. Tras la maduración de la ciudadanía política, es necesario ahora dar el paso definitivo hacia una verdadera *ciudadanía social*.

Valores y principios del Sistema Nacional de Salud

Todos los sistema de salud se diseñan, construyen y desarrollan sobre supuestos éticos: valores, principios o cualidades consideradas como deseables o dignas de perseguirse. Los mexicanos, entonces, debemos empezar por preguntarnos qué valores y principios deseamos que sustenten a nuestro sistema de salud.

En consonancia con su propósito central de democratizar la atención de la salud, el *Programa Nacional de Salud 2001-2006* conformará un sistema de salud guiado por los siguientes valores: justicia, autonomía y corresponsabilidad social.

En un país de contrastes tan profundos, el sistema de salud debe constituirse en una instancia en donde impere la justicia en sus dos acepciones básicas: garantía de un trato semejante ante necesidades semejantes y búsqueda permanente de una mejor distribución de recursos y oportunidades.

Dado el carácter tan íntimo que el proceso salud-enfermedad adquiere en sus manifestaciones individuales, nuestro sistema de salud debe garantizar también la autonomía de las personas, entendida ésta como la libertad para elegir de manera informada lo que a uno más le conviene.

Finalmente, es necesario reconocer que toda libertad tiene límites y, por lo tanto, conlleva responsabilidades. En el caso de las enfermedades infecciosas, por ejemplo, la libertad de los individuos está restringida por la obligación de no contagiar a los demás. Por otra parte, el carácter casi siempre involuntario de las pérdidas de salud impone a los que están sanos la obligación moral de cuidar de los enfermos.

Estos valores, a su vez, tomarán cuerpo en los tres principios rectores del sistema mexicano de salud: ciudadanía, solidaridad y pluralismo.

El principio de ciudadanía reconoce la protección de la salud como un derecho de todos, exige la definición precisa de los beneficios que este derecho implica, y demanda el diseño y puesta en operación de mecanismos para hacerlo valer (rendición de cuentas, instancias para la vigilancia y corrección de las faltas profesionales y administrativas, acceso a la información). La protección de la salud deja de ser una mercancía, un privilegio o un objeto de asistencia para constituirse en un derecho social. Los servicios de salud, así vistos, ayudan a que cada generación entre a la vida con oportunidades similares: a que haya en la sociedad un arranque parejo.

Estos valores tomarán cuerpo en los tres principios rectores del sistema mexicano de salud: ciudadanía, solidaridad y pluralismo

Para poder llevar a la práctica este principio de ciudadanía en el campo de la salud es necesario compartir la responsabilidad de la atención de los grupos más vulnerables. Al principio de ciudadanía se sumará, por lo tanto, como segundo principio rector, la solidaridad: que los que cuentan con mayores recursos se solidaricen con los que menos tienen. Así se dará paso a un sistema de salud en el que la contribución será proporcional a la capacidad de pago, y los beneficios, proporcionales a las necesidades.

Pero la solidaridad no se detendrá allí. Los sanos habrán de solidarizarse con los enfermos y los jóvenes con los niños y los adultos mayores. Como todos habremos de enfermar y envejecer en algún momento, este tipo de solidaridad resulta esencialmente justa, pues implica que la totalidad de los miembros de la sociedad se beneficiarán eventualmente de ella.

Por último, el sistema mexicano de salud debe también ofrecer opciones a los usuarios, sobre todo en el primer nivel de atención. Dado el carácter tan personal de la relación médico-paciente, los usuarios de los servicios deben tener la posibilidad de ejercer su derecho a elegir a quien se hará cargo de su salud y la de su familia. Esta libertad tiene la ventaja adicional de generar una sana competencia que incide positivamente en la calidad de la atención.

Dado el carácter tan personal de la relación médico-paciente, los usuarios de los servicios deben tener la posibilidad de ejercer su derecho a elegir a quien se hará cargo de su salud y la de su familia

Visión

En conformidad con los valores y principios descritos:

El *Programa Nacional de Salud 2001-2006* anticipa la conformación de un sistema de salud universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo.

Las contribuciones al sistema de salud serán proporcionales a la capacidad de pago, y los beneficios se distribuirán atendiendo principalmente a las necesidades de la población

En el año 2025 todo mexicano tendrá acceso a un seguro de salud, independientemente de su capacidad de pago, su nivel de riesgo o su filiación laboral. Este seguro, a su vez, le garantizará el acceso a servicios bajo un modelo integrado de atención a la salud.

En la búsqueda de mejores condiciones de salud para todos los mexicanos, se atenderán de manera preferencial las necesidades de los grupos más vulnerables, con el objetivo explícito de reducir lo más posible las brechas en salud que pudieran existir entre los diferentes subgrupos de la población.

Las contribuciones al sistema de salud serán proporcionales a la capacidad de pago, y los beneficios se distribuirán atendiendo principalmente a las necesidades de la población. Este proceso lo facilitará la acumulación de los recursos financieros en fondos predominantemente públicos. Los seguros privados, en este escenario, jugarán un papel complementario.

Al igual que en casi todos los países desarrollados, habrá una oferta plural de prestadores de servicios de salud, y el usuario, en el primer nivel de atención, tendrá el derecho de elegir al prestador de su preferencia.

En materia de salud las necesidades son siempre mayores que los recursos. En vista de esto, el sistema mexicano de salud promoverá el uso eficiente de estos últimos. Para garantizar esto se contará con mecanismos de planeación, se definirán prioridades y se favorecerá el uso de intervenciones de bajo costo y alta efectividad.

Los servicios públicos y privados que se ofrecerán serán de alta calidad técnica y deberán satisfacer las expectativas de los usuarios. Los habrán de proporcionar prestadores bien capacitados que harán uso de intervenciones basadas en evidencias científicas. Estos servicios, además, se proveerán en ambientes dignos y bajo una cultura institucional que promueva el desarrollo profesional de los prestadores, la satisfacción de los usuarios y el respeto a los derechos humanos, incluyendo el derecho a la información.

Los ciudadanos, de manera individual o en forma organizada, estarán involucrados en todas las decisiones que afecten su salud

El sistema en su conjunto se organizará para anticiparse a las necesidades de salud en todas las esferas en que se requiera: capacitación de recursos humanos, desarrollo de equipamiento e infraestructura, movilización de recursos financieros y concertación intersectorial, entre otras.

La descentralización hasta el nivel municipal será la norma. Los recursos y las decisiones estarán ubicados en las instancias locales de operación de los servicios personales y no personales de salud. Al mismo tiempo, se estimulará la cooperación entre las entidades federativas para el logro de los objetivos compartidos. El financiamiento será solidario en el nivel nacional. El pacto federal se expresará en la rectoría del sistema, que ofrecerá una normatividad común en favor de la equidad, la calidad y la eficiencia. En suma, el sistema de salud estará basado en un *federalismo cooperativo*.

Los ciudadanos, de manera individual o en forma organizada, estarán involucrados en todas las decisiones que afecten su salud: representados en los cuerpos directivos de las unidades de salud; participando en los foros de discusión del sector; sumando inquietudes a las agendas estatales y nacionales de salud; opinando sobre las grandes decisiones de políticas. Además, contarán con acceso a la información pública y con instancias sensibles y eficientes para la presentación de quejas y sugerencias.

El sistema de salud estará estrechamente vinculado a otros sectores afines (desarrollo social, educación, ambiente, seguridad). Con ellos se implantarán de manera creciente políticas integrales dirigidas a mejorar el bienestar de la población.

Por último, el tema de la salud será, como lo es actualmente en los países desarrollados, un tema de alta relevancia en la agenda política. En consecuencia, el sistema nacional de salud será uno de los sectores más analizados pero también más apreciados por la ciudadanía. Las familias mexicanas se podrán sentir orgullosas de un sistema de salud que, con base en la excelencia de sus profesionales y la cobertura universal de la población –principal elemento redistribuidor de oportunidades y ejemplo de cohesión social–, respetará sus derechos, resolverá sus problemas de salud y proporcionará seguridad, buena calidad técnica y trato personalizado.

Misión

Una vez identificados los valores y principios rectores, y teniendo en mente la visión antes descrita, el *Programa Nacional de Salud 2001-2006* asume como misión la siguiente:

Contribuir a un desarrollo humano justo, incluyente y sustentable, mediante la promoción de la salud como objetivo social compartido y el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población, al tiempo que ofrecen oportunidades de avance profesional a los prestadores, en el marco de un financiamiento equitativo, un uso honesto, transparente y eficiente de los recursos, y una amplia participación ciudadana.

III. Qué camino vamos a seguir

Objetivos, estrategias y líneas de acción

Objetivos

Estrategias y líneas de acción

- Vincular a la salud con el desarrollo económico y social
- Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres
- Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades
- Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud
- Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población
- Construir un federalismo cooperativo en materia de salud
- Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud
- Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud
- Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención
- Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud





III. Qué camino vamos a seguir

Objetivos, estrategias y líneas de acción

Objetivos

En concordancia con los objetivos rectores del área de desarrollo social y humano del *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, que buscan mejorar los niveles de bienestar de los mexicanos, la equidad, las capacidades personales, la confianza en las instituciones, la convivencia armónica con la naturaleza y la cohesión social, el *Programa Nacional de Salud 2001-2006* se plantea como objetivos los siguientes:

1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos
2. Abatir las desigualdades en salud
3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud
5. Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 se plantea cinco objetivos en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo

Estrategias y líneas de acción

Estos objetivos habrán de concretarse mediante la implantación de cinco estrategias sustantivas y cinco estrategias instrumentales. Las primeras están directamente relacionadas con los objetivos básicos del sistema, y las segundas influyen en estos objetivos a través del fortalecimiento del sistema de salud. Las estrategias son las siguientes:

1. Vincular la salud con el desarrollo económico y social
2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres
3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades
4. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud
5. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población
6. Construir un federalismo cooperativo en materia de salud

Estos objetivos habrán de concretarse mediante la implantación de cinco estrategias sustantivas y cinco estrategias instrumentales

La mejoría en las condiciones de salud de la población depende de forma importante de la colaboración con otros sectores

7. Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud
8. Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud
9. Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención
10. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud

ESTRATEGIA 1. Vincular a la salud con el desarrollo económico y social

Una de las premisas centrales de este programa es que existe una estrecha relación entre salud y desarrollo económico y social. La salud, de hecho, 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. En otras palabras, las *políticas de salud* deben complementarse con *políticas saludables*.

La inversión en salud incrementa el capital humano y contribuye con ello al desarrollo. Los servicios de salud, además, son ellos mismos un vigoroso sector de la economía.

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

Las acciones que dan cuerpo a esta primera estrategia son consistentes con los siguientes dos propósitos generales: i) promover que todo proyecto de desarrollo tome en consideración sus efectos sobre la salud, para así garantizar el diseño e implantación de políticas saludables, y ii) promover actividades multisectoriales sobre los determinantes de la salud, en especial sobre el crecimiento y distribución de la población, educación –sobre todo de las mujeres–, alimentación, agua potable y saneamiento, vivienda, medio ambiente, seguridad vial, seguridad pública, salud en el trabajo, recreación y deporte.

La inversión en salud incrementa el capital humano y contribuye al desarrollo

1
ESTRATEGIA

Vincular a la salud con el desarrollo económico y social

Líneas de acción

- 1.1. Fortalecer la acción comunitaria en favor de la salud
- 1.2. Promover la educación saludable
- 1.3. Promover la perspectiva de género en el sector salud
- 1.4. Impulsar políticas fiscales saludables
- 1.5. Fortalecer la salud ambiental
- 1.6. Mejorar la salud laboral

Línea de acción 1.1. Fortalecer la acción comunitaria en favor de la salud

La promoción de la salud está orientada a incrementar la conciencia sobre la salud, impulsar estilos de vida saludables y fortalecer la acción comunitaria en favor de la salud. Estas actividades deben desempeñarse brindándole oportunidades a las personas para que ejerzan sus derechos y responsabilidades. El fin último de la promoción de la salud es ayudar al desarrollo de comunidades saludables en las que los diferentes actores participen corresponsablemente en el mantenimiento y mejoramiento de su bienestar.

El Programa de Acción de Comunidades Saludables se define como el conjunto de acciones destinadas a generar y fortalecer actitudes y aptitudes relacionadas con el autocuidado de la salud. La meta de estas actividades podrá alcanzarse siempre y cuando las diversas instituciones –públicas, privadas y sociales– que realizan acciones de promoción de la salud se coordinen alrededor de este objetivo común.

Este programa se justifica en tanto que las principales causas de enfermedad, discapacidad y muerte en nuestro país están vinculadas con múltiples factores –ambientales, económicos, políticos, culturales y sociales– que requieren, por lo mismo, de acciones en múltiples ámbitos.

Bajo el término de “comunidades saludables” se incluyen los municipios, centros de trabajo, escuelas, mercados, centros de reunión y, en general, cualquier lugar en donde un grupo se reúne para actuar en común.

Dentro de las principales actividades de este programa se incluyen: i) la participación de las autoridades municipales, las autoridades sanitarias, las instituciones educativas y los grupos organizados de la sociedad en actividades de promoción de la salud; ii) la capacitación del personal del sector salud en la promoción de la salud, en particular de quienes trabajan en las comunidades rezagadas; iii) la certificación, en coordinación con los responsables de los programas prioritarios de prevención y protección de la salud, de aquellas comunidades que, de acuerdo con los criterios establecidos por los comités respectivos, reúnan los requerimientos para ser consideradas “comunidades saludables”, y iv) el diseño y puesta en operación de un modelo de seguimiento y evaluación de los programas municipales de promoción de la salud

Las metas de este programa para los próximos seis años son las siguientes:

- Capacitar a los responsables de programas y al personal de las 224 jurisdicciones sanitarias del país en actividades de promoción de la salud y en las tareas del Programa de Acción de Comunidades Saludables.
- Apoyar los proyectos de promoción de la salud que favorezcan a por lo menos 40 por ciento de las comunidades de más de 500 habitantes.
- Crear programas municipales de promoción de la salud en por lo menos 80 por ciento de los municipios.
- Certificar como comunidades saludables a cuando menos 25 por ciento de las comunidades de más de 500 habitantes.

El Programa de Acción de Comunidades Saludables se define como el conjunto de acciones destinadas a generar y fortalecer actitudes y aptitudes relacionadas con el autocuidado de la salud

Bajo el término de “comunidades saludables” se incluyen los municipios, centros de trabajo, escuelas, mercados, centros de reunión y, en general, cualquier lugar en donde un grupo se reúne para actuar en común

Línea de acción 1.2. Promover la educación saludable

El recurso más poderoso para alcanzar mejores niveles de salud y promover el desarrollo humano es la educación

El recurso más poderoso para alcanzar mejores niveles de salud y promover el desarrollo humano es la educación. La escuela, en todas sus modalidades, constituye un espacio privilegiado para proporcionar a los niños y jóvenes los conocimientos y habilidades necesarios para la promoción y el cuidado de su salud, la de su familia y la de su comunidad. Permite también la creación y mantenimiento de ambientes de estudio, trabajo y convivencia saludables.

Los programas escolares deben incluir actividades que promuevan la adopción de estilos de vida sanos y eviten conductas de riesgo, como el consumo de tabaco, el consumo de bebidas alcohólicas, el abuso de sustancias adictivas y las relaciones sexuales sin protección. Asimismo, debe proporcionarse información sobre los riesgos biológicos, físicos y químicos del ambiente general y ocupacional, y la forma de contender con ellos.

La educación formal contribuye de manera directa a producir salud. Prácticamente todos los indicadores positivos de salud se relacionan con los niveles educativos. La educación de las mujeres se asocia consistentemente con mejores niveles de salud durante el periodo reproductivo y durante la etapa de crecimiento y desarrollo de los hijos.

El sector educativo representa para la SSA un ámbito prioritario para la acción intersectorial coordinada. El Programa de Acción en Educación Saludable es su expresión más clara e incluye las siguientes actividades:

El sector educativo representa para la SSA un ámbito prioritario para la acción intersectorial coordinada

- Incorporación a los libros de texto de educación primaria y secundaria de contenidos que promuevan la adopción de estilos de vida saludables y el autocuidado de la salud, atendiendo a los diagnósticos epidemiológicos regionales y respetando la diversidad sociocultural del país.
- Capacitación de los responsables de los programas de las 224 jurisdicciones sanitarias del país en las actividades de promoción de la salud familiarizándolos con los objetivos y tareas del Programa de Acción en Educación Saludable.
- En coordinación con la SEP, la orientación al personal docente de los niveles preescolar, primaria y secundaria sobre los objetivos y tareas de este programa.
- En coordinación con la SEP, creación de la Red Nacional y las Redes Estatales de Escuelas Promotoras de la Salud, para consolidar el concepto de “escuela saludable” y definir los criterios para su certificación en colaboración con el Programa de Acción de Comunidades Saludables.

Línea de acción 1.3. Promover la perspectiva de género en el sector salud

El Programa Mujer y Salud (PROMUSA) es una iniciativa destinada a aplicar la perspectiva de género a la salud, para así dar respuesta a las necesidades de la mujer como usuaria de los servicios de salud y como prestadora de estos servicios en el ámbito institucional, comunitario y del hogar. En estos tres espacios las mujeres juegan un papel fundamental.

El PROMUSA es un programa multisectorial de definición y diseño de políticas sin funciones operativas. Pretende incidir en la manera de abordar los problemas de salud de la mujer a todos los niveles: desde la planeación y la asignación presupuestal hasta la prestación de servicios, la seguridad social, la enseñanza, la informática y la investigación, a través de la creación del Consorcio Nacional Mujer y Salud.

Los objetivos del programa son los siguientes: i) crear conciencia sobre las necesidades especiales de salud de las mujeres; ii) reducir las inequidades entre hombres y mujeres en el terreno de la salud; iii) mejorar la calidad de la atención a las necesidades de salud de las mujeres, y iv) fortalecer la protección financiera de las mujeres en materia de salud.

Para lograr sus objetivos el PROMUSA plantea actividades de vinculación entre instituciones e integración intersectorial en tres campos: i) promoción y abogacía; ii) investigación, y iii) cooperación técnica.

Las principales actividades del PROMUSA serán las siguientes:

- Realización de un diagnóstico de la situación que guardan los tres ejes articuladores del programa –mujer, salud y equidad de género– en la planeación, asignación presupuestal, prestación de servicios, seguridad social, enseñanza, informática e investigación.
- Realización de un diagnóstico sobre la formación y el mercado laboral de las profesionales de la salud.
- Sensibilización de funcionarias y funcionarios del sector para que promuevan la equidad de género en sus campos de competencia.
- Oferta de asesoría y capacitación técnica a planificadores y proveedores de salud en la formulación e implantación de políticas y programas con perspectiva de género.
- Fortalecimiento del acceso de las mujeres a los servicios de salud durante todo el ciclo de vida.
- Impulso a programas de prevención de enfermedades, incorporando a las mujeres al proceso de toma de decisiones en la materia.
- Incorporación de las actividades del PROMUSA a todas aquellas líneas de acción del presente programa que están dirigidos a las mujeres como cuidadoras de salud de la familia y promotoras de salud de la comunidad (véase línea de acción 8.1).

Las mujeres como usuarias de los servicios de salud y como prestadoras de estos servicios en el ámbito institucional, comunitario y del hogar juegan un papel fundamental en el sector

El PROMUSA plantea la integración intersectorial y la vinculación entre instituciones en la promoción y abogacía, la investigación y la cooperación técnica

Línea de acción 1.4. Impulsar políticas fiscales saludables

Las políticas fiscales saludables pueden clasificarse en dos grupos: políticas fiscales que promueven la salud y políticas de salud con implicaciones fiscales.

Los objetivos de estas políticas son: i) incrementar la recaudación fiscal a través de la eliminación de algunas excepciones al pago de impuestos que son contrarias a una política de salud efectiva; ii) alinear las políticas fiscales con las políticas de salud mediante el estímulo al prepago por la atención de la salud, la “premiación” de la inversión en prevención y salud pública, y la eliminación de incentivos al consumo de

Vincular la salud con el desarrollo económico requiere alinear las políticas fiscales con las políticas de salud

Se desalentará el gasto médico de bolsillo y se promoverá el prepago

bienes nocivos para la salud o cuyo beneficio para la salud pudiera ser dudoso; iii) incrementar el capital humano en salud con el fin de garantizar que los hogares cuenten con capacidades para mejorar sus ingresos, salir de la pobreza y contribuir al desarrollo económico del país a través del incremento de su productividad laboral, rendimiento escolar y contribución al fisco y a la seguridad social, y iv) alinear el financiamiento de la salud con la recaudación fiscal al promover la formalización de la economía a través del prepago público por la salud y la seguridad social.

Enseguida se presentan las actividades en materia fiscal vinculadas con la salud. Las de políticas de salud con implicaciones fiscales se describirán en aquellas secciones en las que se presentan las acciones de salud con las que están relacionadas.

Las actividades en materia fiscal vinculadas con la salud, que se promoverán en coordinación con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público ante el poder legislativo, son las siguientes:

- El desaliento del gasto médico de bolsillo y la promoción del prepago de seguros de salud. Cabe señalar que el gasto de bolsillo es la forma más ineficaz e inequitativa de financiar los servicios de salud. La política fiscal actual promueve este tipo de financiamiento y no favorece el prepago, ya que permite deducir sin tope máximo los gastos de bolsillo y sólo autoriza la deducibilidad del prepago a personas morales. El prepago promueve una utilización más racional de los servicios de salud, ya que los servicios de salud prepagados operan bajo sistemas de control de costos que favorecen la atención preventiva sobre la curativa y la atención ambulatoria sobre la hospitalaria.
- La promoción de un aumento en la tasa máxima del impuesto al tabaco labrado y la homologación de la tasa del tabaco obscuro, a fin de contar con una tasa única. Se promoverá que los ingresos adicionales en la recaudación se apliquen a programas de prevención y tratamiento de los daños asociados al tabaquismo. El esquema actual de impuestos al tabaco no sólo aplica una tasa relativamente baja para los estándares internacionales, sino que además grava en porcentaje diferente a los distintos tipos de tabaco. Los tabacos oscuros, que consume la población más pobre y que son más nocivos, son los que tienen un trato fiscal preferente. Debe contemplarse además la implantación de una política similar para las bebidas alcohólicas (véase recuadro sobre Políticas Fiscales Saludables).

Se busca un aumento del impuesto del tabaco como medida para desalentar su consumo

Línea de acción 1.5. Fortalecer la salud ambiental

La rigurosa protección de la salud poblacional contra los riesgos ambientales, además de ser deseable en sí misma, conduce al incremento de la competitividad y al desarrollo sustentable. En México se han dado pasos importantes en este sentido. Sin embargo, muchos sectores de la población siguen expuestos a contaminantes urbanos, industriales y agroindustriales. Si bien se ha desinfectado el agua de bacterias, todavía no hemos garantizado su potabilidad, entendida ésta como la ausencia de contaminación bacteriana, viral, parasitaria, química y física. Un alto porcentaje de los trabajadores, industriales y agrícolas, siguen expuestos a ambientes inseguros de trabajo. Los criterios de contaminación atmosférica se modifican en ocasiones sin razones convincentes.

Un alto porcentaje de los trabajadores, industriales y agrícolas, siguen expuestos a ambientes inseguros de trabajo

Las autoridades sanitarias enfrentan el reto de adaptar o desarrollar métodos para estimar la exposición humana a los diversos riesgos ambientales, hacer diagnósticos integrales de exposición y priorizar las intervenciones.

Las actividades que habrán de implantarse en este campo en esta administración incluyen:

- Elaboración de diagnósticos de salud ambiental en los niveles federal, estatal y jurisdiccional.
- Medición de la exposición a riesgos ambientales y su impacto en las condiciones de salud tanto de la población general como de la población expuesta, para dar lugar a los Criterios de Calidad Ambiental Protectores de la Salud.
- Diseño, implantación y/o modernización de políticas y acciones regulatorias y no regulatorias para el manejo de riesgos en establecimientos, comunidades y regiones dando lugar a Programas de Acción en Salud Ambiental.
- Creación de un registro nacional de intoxicaciones y un sistema de vigilancia epidemiológica de los efectos de los riesgos ambientales sobre la salud.
- Fortalecimiento de la capacitación de recursos humanos en salud pública ambiental.

Con las medidas que se habrán de implantar se reducirá la prevalencia de niveles de plomo alto en sangre en los niños menores de cinco años en más de un 70%

Estas actividades permitirán alcanzar las siguientes metas:

- Reducir 70 por ciento la prevalencia de niveles de plomo alto en sangre en los niños menores de cinco años.
- Reducir en 30 por ciento la incidencia de enfermedades respiratorias por exposición atmosférica y en 60 por ciento las enfermedades respiratorias por exposiciones intramuros en la infancia.
- Asegurar al 70 por ciento de la población la provisión de agua física, química y microbiológicamente potable.
- Reducir 15 por ciento la exposición promedio de contaminantes atmosféricos en la población general.
- Vigilar el ciclo de vida de 50 por ciento de los agentes químicos manufacturados de uso común en el mercado.

En México ocurre una defunción por accidentes laborales cada seis horas, y una invalidez laboral cada 30 minutos

Línea de acción 1.6. Mejorar la salud laboral

Para mejorar las condiciones de salud de la población es necesario proteger los ambientes de trabajo, tanto de los trabajadores formales como de los informales, mediante medidas preventivas y de promoción de la salud, atención integral de los accidentes laborales, y modernización del marco legal en materia de trabajo.

En México ocurre una defunción por accidentes laborales cada seis horas, y una invalidez laboral cada 30 minutos; los incidentes de trabajo producen 26 000 ausencias diarias. Estas cifras sólo muestran una parte de la magnitud del problema ya que no incluyen los daños en trabajadores agrícolas ni en trabajadores del sector informal.

Frente a esta situación, la presente administración se propone implantar una Política Estratégica de Integración del Trabajo a la Salud Nacional (PETSAN) basada en los siguientes tres componentes:

- Fortalecimiento de la legislación laboral.
- Establecimiento de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional con la participación de la industria, organismos sociales, entidades gubernamentales federales y estatales, y servicios de salud, que entre otras cosas permita la generación periódica de un Diagnóstico de las Condiciones de Salud de los Trabajadores Mexicanos.
- Fortalecimiento de la capacitación –y eventual profesionalización– de recursos humanos y de la investigación especializados en salud en el trabajo.

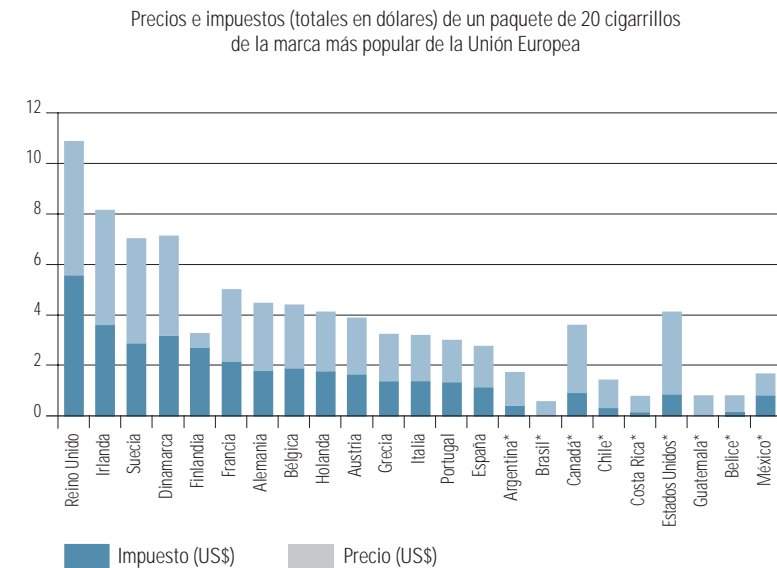
POLÍTICAS FISCALES SALUDABLES: EL CASO DEL TABACO

Un estudio de la OMS y el Banco Mundial mostró que un incremento de 10 por ciento en el precio de los cigarrillos podría motivar a 42 millones de personas, en particular pobres y adolescentes, a dejar de fumar

El tabaco es un “mal” de consumo. De hecho, el tabaquismo se ha convertido en la epidemia más peligrosa en el mundo después del VIH-SIDA. Las cifras sobre los daños a la salud que provoca esta adicción son alarmantes y diversos organismos internacionales se han propuesto conjuntar esfuerzos para abatir el daño del tabaco sobre las poblaciones más vulnerables: los pobres, las mujeres y los adolescentes.

La experiencia internacional indica que los aumentos en el precio del tabaco reducen su demanda. Diversos estudios han demostrado que en los países de ingresos medios y bajos la respuesta de la demanda a un incremento del precio es mayor que en los países de ingresos altos. En los Estados Unidos, por ejemplo, un incremento del precio de 10 por ciento en el paquete de cigarrillos produjo un descenso de la demanda de alrededor de cuatro por ciento (elasticidad de -0.4). En China un aumento similar redujo la demanda en mayor proporción. Los cálculos de elasticidad oscilaron entre -0.6 y -1.0. En estudios realizados en Brasil y Sudáfrica se encontraron resultados similares.

Varias razones explican que la población de los países de ingresos bajos responda en mayor medida a la elevación en los precios de los cigarrillos que la población de los países de ingresos altos. Las poblaciones de los países de menores ingresos son, en su mayoría, más jóvenes, y este grupo de edad resulta más afectado que las personas de edad madura a la variación de los precios. Esto se debe a que sus ingresos son menores, pero también a que su adicción a la nicotina es menos fuerte, su comportamiento está más



* En el caso de los países de América, la referencia es un paquete de 20 cigarrillos de una marca de producción nacional

orientado al presente y son más sensibles a las influencias de sus pares. De diversos estudios se ha podido inferir que cuando los precios suben, no sólo es más probable que dejen de fumar los jóvenes ya fumadores, sino que también disminuyan las posibilidades de que los jóvenes fumadores potenciales adquieran el hábito.

De lo anterior pueden extraerse dos conclusiones básicas:

- que los impuestos constituyen una forma sumamente efectiva de reducir el consumo de tabaco, y
- que el efecto de un aumento impositivo será más marcado en los países de ingreso medio y bajo.

Las metas que se pretenden alcanzar son las siguientes:

- Atender y resolver 65 por ciento de las enfermedades de origen ocupacional.
- Resolver 75 por ciento de los accidentes laborales.
- Incrementar en 40 por ciento el personal certificado médico y no médico en el área.
- Integrar un cuerpo normativo en salud laboral moderno.

Las enfermedades del rezago son los daños a la salud evitables, que generalmente se relacionan con la nutrición insuficiente, las infecciones comunes y la reproducción

ESTRATEGIA 2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres

Bajo el término rezago se ubican los daños a la salud evitables, que generalmente se relacionan con la nutrición insuficiente, las infecciones comunes y la reproducción. La causa fundamental de estos problemas es la pobreza, por lo que su solución definitiva depende de la reducción de la misma. 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 que tienen un costo razonable.

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

Para los problemas del rezago es necesario garantizar el acceso efectivo de la población de alta marginación, tanto rural como urbana, a servicios básicos de salud mediante la focalización de ciertos programas (PROGRESA, Arranque Parejo en la Vida, Programa de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas) en las comunidades y grupos poblacionales más vulnerables.

2

ESTRATEGIA

Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres

Líneas de acción

- 2.1. Garantizar un arranque parejo en la vida
- 2.2. Mejorar la salud y la nutrición de los miembros de los pueblos indígenas
- 2.3. Controlar la tuberculosis
- 2.4. Controlar las enfermedades transmitidas por vector: dengue y paludismo
- 2.5. Disminuir los casos de cáncer cérvico-uterino
- 2.6. Atender otros problemas relacionados con el rezago

Línea de acción 2.1. Garantizar un arranque parejo en la vida

Una mala atención prenatal, un parto no atendido profesionalmente o un déficit nutricional en los primeros años de vida predisponen a la pobreza

La desigualdad se gesta en el seno materno. Una mala atención prenatal, un parto no atendido profesionalmente o un déficit nutricional en los primeros años de vida predisponen a la pobreza. En un niño desnutrido la inversión en educación tendrá un rendimiento muy bajo.

Es indispensable garantizar una atención prenatal adecuada, un nacimiento con un mínimo de riesgos, y una vigilancia estrecha del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas de nuestro país. Esto es lo que significa un arranque parejo en la vida. En esta administración se pondrá en marcha un programa de acción que atenderá de manera prioritaria estas necesidades, en particular en las poblaciones de menores recursos.

Dentro de las actividades de este programa se incluyen:

- Consultas de orientación preconcepcional a mujeres que acuden a servicios de planificación familiar.
- Promoción, durante las consultas prenatales, de la lactancia materna, los métodos de planificación familiar post-evento obstétrico y los cuidados perinatales.
- Dotación a toda embarazada de ácido fólico y sulfato ferroso, y la aplicación de toxoide tetánico y diftérico.
- Inclusión, en el cuidado prenatal, de acciones que reduzcan el contacto dietético, ambiental y ocupacional al plomo, y la dotación suficiente de calcio.
- Atención institucional y por personal capacitado del parto normal y de los partos complicados.
- Atención de urgencias obstétricas.
- Atención integral del recién nacido.
- Seguimiento de la puerpera y del recién nacido, y traslado para su atención especializada en caso de presentarse cualquier complicación.
- Aplicación de las vacunas del esquema básico a todos los niños y la administración de megadosis de vitamina A a los niños que radiquen en áreas de riesgo.
- Capacitación de las madres en la identificación de los signos de alarma de neumonía, deshidratación por diarreas y desnutrición.
- Promoción de la lactancia materna.

Un arranque parejo en la vida supone garantizar una atención prenatal adecuada, un nacimiento con un mínimo de riesgos, y una vigilancia estrecha del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas de nuestro país

Las metas para el año 2006 en este rubro son las siguientes:

- Incrementar en 70 por ciento la cobertura de atención del parto por personal capacitado en las instituciones del sector público.
- Incrementar en 70 por ciento la cobertura de atención prenatal de calidad en las instituciones del sector público.
- Reducir en 35 por ciento la tasa de mortalidad materna con relación a la tasa de 2000.
- Reducir en 20 por ciento la tasa de mortalidad neonatal con relación a la tasa de 2000.
- Reducir en 30 por ciento la tasa de mortalidad en menores de un año con relación a la tasa de 2000.

- Reducir 30 por ciento la tasa de mortalidad en menores de cinco años con relación a la tasa de 2000.
- Reducir las concentraciones de plomo en sangre en recién nacidos a menos de cinco microgramos por decilitro.
- Incrementar a 90 por ciento la cobertura de vacunación con esquema completo y a 95 por ciento por tipo de biológico en la población de un año de edad.
- Incrementar a 90 por ciento la cobertura de vacunación con dosis de refuerzo en los niños de dos años.
- Alcanzar una cobertura de 100 por ciento de vacunación con toxoide tetánico en embarazadas que viven en zonas de riesgo.
- Registrar el peso y talla de todos los niños menores de dos años que acudan a la consulta en las unidades de salud.
- Administrar por lo menos dos megadosis de vitamina A al año a todos los niños de seis meses a dos años de edad que radiquen en áreas de riesgo.
- Incorporar al 100 por ciento de los niños con desnutrición moderada o grave a un programa de recuperación nutricional.
- Otorgar atención integrada a todos los menores de dos años que acudan a consulta por diarrea, infección respiratoria aguda, desnutrición o control de niño sano.

Los indígenas presentan los peores indicadores de salud de todo el país

Línea de acción 2.2. Mejorar la salud y la nutrición de los miembros de los pueblos indígenas

México es el país de América que tiene la población indígena más numerosa. De acuerdo con el INEGI, esta población comprende ocho millones de personas distribuidas en 63 grupos étnicos.

Los indígenas presentan los peores indicadores de salud de todo el país: alta mortalidad general, alta mortalidad infantil, alta mortalidad materna y alta prevalencia de desnutrición. Es una población, además, con elevada fecundidad y periodos intergenésicos cortos.

Con el objetivo de mejorar los niveles de salud y nutrición de estos grupos, y abatir la brecha en salud existente en relación con el resto de la población del país, la presente administración desarrollará el Programa de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas.

Las principales metas de este programa son las siguientes:

- Coordinar las acciones que realizan las instituciones de salud en los municipios indígenas.
- Crear programas locales y regionales de comunicación educativa en salud y nutrición en por lo menos 30 por ciento de los 531 municipios con más de 40 por ciento de población hablante de lengua indígena.
- Capacitar al 80 por ciento de los médicos, 70 por ciento de las enfermeras y 80 por ciento del personal comunitario que trabaja en los municipios indígenas en el manejo de un enfoque transcultural que permita conocer la cosmovisión y concepción del

El Programa de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas tiene como objetivos mejorar los niveles de salud y nutrición de estos grupos, y abatir la brecha en salud existente en relación con el resto de la población del país

La pobreza, el hacinamiento, las enfermedades inmunodepresoras como el VIH-SIDA, la diabetes y las adicciones han favorecido el repunte de la tuberculosis

proceso salud-enfermedad de estas poblaciones, para así proporcionar una mejor atención.

- Crear programas de saneamiento ambiental en por lo menos 60 por ciento de los municipios con más de 40 por ciento de población hablante de alguna lengua indígena. Estos programas se enfocarán a la protección de las fuentes de abastecimiento de agua, mejoramiento de la vivienda, reducción de emisiones por consumo de leña y biomasa, y disposición sanitaria de excretas.
- Reducir el uso de loza vidriada, manufacturada a baja temperatura, para preparar y almacenar alimentos en el hogar, con la finalidad de disminuir los niveles de plomo en sangre y huesos.
- Proporcionar al 100 por ciento de los niños de seis a 24 meses de edad y mujeres embarazadas y en periodo de lactancia suplementación con multivitamínicos y minerales.
- Promover el autocuidado de la salud, la salud reproductiva y la elección informada de los métodos de planificación familiar.

Línea de acción 2.3. Controlar la tuberculosis

La pobreza, el hacinamiento, la nutrición insuficiente, la migración, las enfermedades inmunodepresoras como el VIH-SIDA, la diabetes y las adicciones han favorecido el repunte de la tuberculosis. Los malos manejos terapéuticos y la falta de apego a los tratamientos prescritos han dado origen al surgimiento de resistencias.

Las estrategias de control de la tuberculosis podrán garantizar la cobertura de tratamientos estrictamente supervisados (TAES) en el 100 por ciento de los municipios prioritarios

Las actividades de combate a la tuberculosis están dirigidas a reducir la transmisión del bacilo tuberculoso mediante su detección oportuna, notificación temprana, tratamiento estrictamente supervisado, seguimiento bacteriológico y atención de los casos de farmacoresistencia.

Con la intención de alcanzar estos objetivos la presente administración implantará las siguientes actividades:

- Estratificación de las áreas y grupos de riesgo para intensificar y hacer más eficientes las actividades de prevención, detección, tratamiento y seguimiento de los casos de tuberculosis.
- Integración y fortalecimiento de la Red Sectorial de Laboratorios de Salud Pública.
- Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de la morbilidad y de la mortalidad por tuberculosis.
- Fortalecimiento de las actividades de promoción de la salud en las unidades médicas y comunidades.
- Atención integral y especializada de los casos resistentes de tuberculosis.

Las metas en este rubro serán las siguientes:

- Garantizar la cobertura de tratamientos estrictamente supervisados (TAES) en el 100 por ciento de los municipios prioritarios.

- Garantizar la oferta de tratamiento supervisado en 100 por ciento de los casos diagnosticados.
- Garantizar el estudio epidemiológico del 100 por ciento de los casos detectados.
- Garantizar el estudio y seguimiento del 100 por ciento de los casos resistentes.
- Garantizar el registro de 100 por ciento de los casos de tuberculosis detectados.
- Reducir la mortalidad anual por tuberculosis pulmonar en por lo menos cinco por ciento.
- Crear cinco laboratorios de diagnóstico de farmacorresistencia.

El control del dengue depende de la disminución y eventual eliminación de las larvas del mosquito vector

Línea de acción 2.4. Controlar las enfermedades transmitidas por vector: dengue y paludismo

Dengue

El dengue es un problema infeccioso emergente relacionado con el saneamiento doméstico para el cual no existen vacunas ni medicamentos específicos. Por lo tanto, su control depende de la disminución y eventual eliminación de las larvas del mosquito vector, *Aedes aegypti*, que se reproducen en los criaderos domésticos ubicados en altitudes menores de 2 000 metros sobre el nivel del mar.

Dentro de las actividades a realizar en este campo se contempla:

- Fortalecimiento de las intervenciones, regulares o intensivas, realizadas para controlar al vector.
- Mejoramiento de los sistemas municipales de recolección de basura doméstica y distribución de agua entubada.
- Promoción de la participación de las comunidades en las actividades de descacharrización.
- Fortalecimiento de la capacitación del personal de salud en el manejo clínico de casos.

Las acciones de control del paludismo seguirán orientadas a la curación radical de los enfermos, la eliminación de las etapas larvianas de los principales vectores, y la prevención y el control de brotes

Estas actividades nos permitirán lograr las siguientes metas:

- Mantener la morbilidad por dengue clásico por debajo de 20 por 100 000 habitantes.
- Mantener la letalidad por dengue hemorrágico por debajo de tres por 100 casos.

Paludismo

Entre 1991 y 2000 el paludismo mostró una tendencia descendente en México, con excepción de 1998, año en el que se registraron brotes en Oaxaca y Chiapas. Estos dos estados concentraron 58 por ciento del total de casos detectados en la década.

Las acciones de control han estado orientadas a la curación radical de los enfermos, la eliminación de las etapas larvianas de los principales vectores, y la prevención y el control de brotes. En 1999 se incorporó con éxito a las comunidades a estas actividades de control y se empezaron a promover los conceptos de espacio, comunidad y municipio saludable mediante el desarrollo de actividades de saneamiento ambiental.

El cáncer cérvico-uterino constituye uno de los principales problemas de salud pública del país

México ha sido el único país endémico que ha disminuido en los últimos diez años el uso de insecticidas para control de vectores, además de haber eliminado el uso del DDT. Desde 2000 se utiliza en el país un insecticida piretroide que se aplica mediante técnicas rápidas que hacen más eficiente y económica esta actividad.

Dentro de las metas que se busca alcanzar con las actividades de control en los próximos años se incluyen:

- Concentrar los esfuerzos de control del paludismo en Chiapas, Quintana Roo, Tabasco y Campeche.
- Reducir en 60 por ciento la transmisión del paludismo en los focos persistentes de transmisión en Oaxaca, Sinaloa, Sonora, Chihuahua y Durango.
- Eliminar los focos residuales de transmisión en Michoacán, Jalisco y Nayarit.
- Prevenir y controlar los brotes ocasionados por la migración, con énfasis en los estados de Guerrero, Veracruz y Puebla.

Línea de acción 2.5. Disminuir los casos de cáncer cérvico-uterino

El cáncer cérvico-uterino constituye uno de los principales problemas de salud pública del país. Es la primera causa de mortalidad por cáncer en el grupo de mujeres de 25 años y más.

Las muertes por cáncer cérvico-uterino en un país con los recursos que tiene México son inaceptables, ya que los conocimientos científicos y tecnológicos actuales, así como la historia natural de la enfermedad, permiten no sólo la detección temprana de las lesiones precancerosas sino también el tratamiento curativo.

Las actividades en este campo estarán orientadas a ampliar e intensificar la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino en el grupo de mujeres de 25 a 64 años, particularmente entre las que nunca se han realizado el examen de Papanicolaou, lo que contribuirá a disminuir la mortalidad por este padecimiento.

Las metas en este campo son:

- Alcanzar y mantener en 80 por ciento la cobertura de detección temprana de cáncer cérvico-uterino en el grupo de mujeres de 25 a 64 años de edad, particularmente entre las que nunca se han realizado el examen de Papanicolaou.
- Disminuir en 2006 la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años y más en 15 por ciento respecto a la de 2000.
- Garantizar en 2006 el manejo y tratamiento del 90 por ciento de los casos detectados de displasias y cáncer *in Situ*.
- Garantizar en 2006 el manejo y tratamiento de 80 por ciento de los casos de cáncer invasor.

Con los conocimientos científicos y tecnológicos actuales y el nivel de desarrollo de México, las muertes por CaCu son inaceptables

Línea de acción 2.6. Atender otros problemas relacionados con el rezago

Cólera

El cólera reingresó a México en junio de 1991, después de cien años de ausencia, y tuvo un comportamiento variable hasta 1997, con un incremento de casos en los años noventa. En 1995 se registró el mayor número de casos de la actual epidemia (16 430). Sin embargo, en el año 2000 solo se registraron cinco. La letalidad a partir de 1995 no ha alcanzado el uno por ciento y la última defunción por esta enfermedad ocurrió en octubre de 1997.

No obstante lo anterior, es necesario mantener y fortalecer la vigilancia epidemiológica para evitar un repunte de esta enfermedad. Con este fin se proponen las siguientes actividades:

- Intensificación de la vigilancia de los niveles de cloro residual libre en toda la red de distribución de agua para uso y consumo humano.
- Concientización de las autoridades municipales sobre la importancia de realizar las acciones de desinfección del agua proporcionada en sus comunidades.
- La intensificación de la búsqueda activa de casos sospechosos y mejoría en la oportunidad de la notificación.

No obstante la reducción de la letalidad del cólera, es necesario mantener y fortalecer la vigilancia epidemiológica para evitar un repunte de esta enfermedad

Oncocercosis

La oncocercosis es una enfermedad crónica que puede llegar a ocasionar ceguera en etapas avanzadas. En nuestro país afecta a 25 770 personas que habitan en tres zonas bien definidas en los estados de Chiapas y Oaxaca, donde radican cerca de 200 mil habitantes.

México es el país con mayores avances en la eliminación de la oncocercosis a escala mundial, meta que estableció la Organización Mundial de la Salud en 1991. Desde el establecimiento de la estrategia de eliminación, el número de casos nuevos en nuestro país se ha reducido de más de 1 000 por año a menos de 200 en 2000.

Las actividades que incluirá el programa de oncocercosis son: i) los tratamientos masivos con *mectizan* a la población de alto riesgo (cerca de 180 mil personas); ii) la extirpación sistemática de nódulos entre la población afectada, y iii) la vigilancia epidemiológica.

Para continuar en este camino se propone:

- La eliminación de los casos nuevos en los focos de Oaxaca y del norte de Chiapas.
- La disminución en 30 por ciento cada año de los casos nuevos del foco sur de Chiapas.
- El mantenimiento de una cobertura de 95 por ciento en los tratamientos anuales en las poblaciones seleccionadas.

El Programa de Oncocercosis propone la eliminación de los casos nuevos en los focos de Oaxaca y del norte de Chiapas

La actual administración se ha propuesto la eliminación de la lepra mediante la concentración de acciones de promoción y vigilancia epidemiológica en áreas geográficas y grupos de riesgo

Lepra

Hasta 1990 la prevalencia de lepra en México se mantuvo estable, con 16 000 casos anuales. Ese año dio inicio la poliquimioterapia, que modificó la epidemiología del padecimiento al facilitar la curación clínica de los casos y su negativización bacteriológica, con lo que se interrumpió la transmisión. Gracias a esto, en 1994 México alcanzó la meta internacional de menos de un caso por 10 000 habitantes, con excepción de los estados de Sinaloa y Colima.

La actual administración se ha propuesto la eliminación de la lepra en los seis años mediante las siguientes actividades:

- Concentración de las acciones en áreas geográficas y grupos de riesgo.
- Fortalecimiento de las actividades de promoción de la salud en este ámbito en las unidades médicas y en las comunidades de alto riesgo.
- Fortalecimiento de las actividades de vigilancia epidemiológica.

Rabia

Los casos de rabia humana transmitida por perros y animales silvestres han descendido consistentemente en los últimos años. En el momento actual se registran menos de cinco casos anuales. El número de casos de rabia en perros también ha disminuido y en este momento se registran menos de 250 casos al año. Esto es resultado sobre todo de la vacunación de perros durante las Semanas Nacionales de Salud, que alcanzan coberturas mayores al 90 por ciento. No obstante, es importante mantenerse alerta debido que cada año se registran 115.5 agresiones de animales a humanos por 100 000 habitantes.

Los principales objetivos de las actividades en este rubro son eliminar el riesgo de contraer rabia humana mediante el control de la rabia canina y la atención médica antirrábica oportuna de las personas agredidas.

Las metas específicas para la presente administración son las siguientes:

- Mantener en cero los casos de rabia humana transmitida por perro.
- Mantener en menos de cuatro los casos anuales de rabia humana transmitida por fauna silvestre.
- Reducir progresivamente el número de casos de rabia canina confirmada por laboratorio hasta llegar a menos de 50 casos anuales.

Con estos fines, se propone:

- Mantener la vacunación antirrábica canina en fases intensivas en todo el país.
- Trasladar a la autoridad municipal la responsabilidad y recursos para regular el crecimiento y convivencia con los perros.
- Concertar acciones intersectoriales a escala federal para reducir la población de perros callejeros.

El objetivo de las acciones es eliminar el riesgo de contraer rabia humana mediante el control de la rabia canina y la atención médica antirrábica oportuna de las personas agredidas

- Delegar la vacunación y las acciones de control de perros callejeros a las autoridades públicas en los ámbitos locales.
- Fortalecer la vigilancia, seguimiento y control de los murciélagos hematófagos.

México es un país con alta incidencia y prevalencia de enfermedades bucales

Salud bucal

México es un país con alta incidencia y prevalencia de enfermedades bucales. Destacan dentro de ellas la caries dental y la enfermedad periodontal, que afectan a 90 y 70 por ciento de la población, respectivamente. Para su atención se han diseñado las siguientes actividades:

- Promoción de la salud bucal de la población.
- Fortalecimiento de los programas institucionales a nivel nacional.
- Intensificación de las actividades de salud bucal durante las dos Semanas Nacionales de Salud Bucal.
- Promoción del desarrollo de investigaciones en salud bucal.
- Ampliación de la cobertura del servicio estomatológico a zonas marginadas de difícil acceso aplicando el Tratamiento Restaurativo Atraumático.
- Fortalecimiento de la coordinación entre las áreas relacionadas con el Programa de Fluoruración de la Sal de Mesa.

Con estas actividades se espera ampliar la cobertura a la población y alcanzar las metas de alto impacto, que son:

- Disminuir la prevalencia de caries a los seis años de edad al 50 por ciento.
- Obtener un índice de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados (CPOD) de tres a los 12 años de edad.

Con las actividades de promoción de salud bucal se logrará disminuir la prevalencia de caries a los seis años de edad al 50 por ciento

Atención de Desastres

Históricamente México ha sufrido epidemias, accidentes químicos y desastres naturales que han producido daños a la salud y generado situaciones adicionales de riesgo, como desplazamientos y hacinamientos poblacionales, carencia de agua apta para uso y consumo humano, y falta de saneamiento básico. Estos factores pueden favorecer la aparición de brotes epidémicos.

La ocurrencia de desastres es relativamente común en nuestro país. México, de hecho, está ubicado en el grupo de diez países con mayor número de fenómenos de este tipo y entre los 20 primeros lugares por lo que se refiere al número de víctimas asociadas a estas emergencias. Asimismo, anualmente se registran alrededor de 530 emergencias químicas, la mitad asociadas al transporte y el resto asociadas con actividades del sector público.

La experiencia ha demostrado que durante los desastres, las intervenciones tempranas a través de estrategias preestablecidas (vigilancia epidemiológica, control de

México se encuentra en el grupo de diez países con mayor número de desastres y entre los 20 primeros lugares por lo que se refiere al número de víctimas asociadas a estas emergencias

vectores, control de la calidad del agua, saneamiento básico) evitan el incremento de los factores de riesgo que influyen de manera negativa sobre la salud humana.

Las principales actividades que se desplegarán en este rubro son:

- Provisión de atención médica a la población afectada con el objeto de prevenir, preservar y restaurar la salud.
- Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica para detectar y atender con oportunidad los posibles brotes de enfermedades transmisibles.
- Información y capacitación de la población afectada sobre las medidas básicas de prevención de enfermedades transmisibles.

Estas actividades se realizarán de manera coordinada con todas las instituciones del sector salud y otros sectores de la administración pública y privada, y estarán orientadas a evitar el mayor número posible de daños a la salud en la población afectada y evitar brotes de enfermedades.

PROGRAMA VIGIA

Frente a los riesgos de resurgimiento de las enfermedades prevenibles por vacunación la consigna debe ser "no bajar la guardia"

Los acciones de salud pública han tenido un gran impacto en los niveles de salud de la población mexicana. Entre ellas destacan la vacunación, la prevención y control de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, la planificación familiar, y el control de la lepra, el paludismo, el dengue y el cólera.

México fue el primer país en el continente americano que erradicó la viruela, el mal del pinto, el tifo epidémico y la fiebre amarilla. Los efectos de estos logros de los últimos 20 años se pueden ver en la salud de nuestros niños y niñas. La mortalidad infantil descendió de 53 defunciones por 1000 nacidos vivos registrados en 1980 a 25.9 en 1999. La mortalidad en niños de uno a cuatro años pasó de 3.4 por 1000 a 0.89 en ese mismo período. Estos avances se deben específicamente al descenso de la mortalidad por diarreas e infecciones respiratorias agudas.

Otro logro significativo es el control de las enfermedades prevenibles por vacunación, que eran la principal causa de enfermedad y muerte en los niños hasta hace poco tiempo. En este terreno destacan la erradicación de la poliomielitis desde 1990, la eliminación de la difteria desde 1991 y una importante contracción en el número de casos y defunciones por sarampión, tos ferina y tétanos.

En el rubro de vacunación nuestro país siempre ha estado a la vanguardia y actualmente cuenta con el esquema más completo de América Latina. Además de las vacunas tradicionales, en México se están aplicando biológicos para prevenir la rubéola, la parotiditis y las infecciones por *Haemophilus influenzae*.

Esto se ha conseguido gracias a estrategias como las Semanas Nacionales de Salud, que en forma intensiva complementan las acciones regulares de las unidades de salud y de los programas prioritarios. En la actualidad el país cuenta con un programa de vacunación que atiende, además de los niños, a los adolescentes, adultos y adultos mayores.

Debemos sentirnos orgullosos de estos éxitos, pero también debemos seguir alertas, ya que muchos de estos padecimientos no han sido totalmente controlados, y existen condiciones que facilitan su transmisión. Pero además, las enormes movilizaciones de poblaciones y bienes asociados a la globalización se suman a los mecanismos tradicionales de diseminación de estos padecimientos. En pocas palabras, no debemos "bajar la guardia" en la aplicación de estos programas. Por el contrario, los programas de vacunación y las actividades de vigilancia epidemiológica deben fortalecerse para evitar sorpresas.

Recordemos que recientemente se presentó en Haití y República Dominicana un brote de poliomielitis en niños. Las investigaciones epidemiológicas detectaron muy bajas coberturas de vacunación. Incluso en países más desarrollados, como Canadá, se han detectado cepas salvajes de poliovirus circulantes.

Otro ejemplo son los brotes de sarampión en diversas naciones de Centro y Sudamérica, Irlanda y Alemania. En todos los casos la causa fue el descuido de los programas de inmunización. Lo mismo sucedió con la tos ferina en Rusia y Holanda.

Los desastres naturales también favorecen el repunte de enfermedades como el cólera, el dengue, el paludismo y la leptospirosis. El intenso intercambio comercial relacionado con la globalización también ha facilitado la aparición de epizootias de fiebre aftosa y encefalopatía espongiiforme bovina, así como brotes continentales de salmonelosis.

La vigilancia epidemiológica es la herramienta más efectiva para detectar tempranamente los eventos inusuales. Asimismo, es necesario que la información recabada a través de esta vigilancia se procese oportunamente se envíe a los responsables de los programas de salud pública en los estados, para que éstos actúen oportuna y eficazmente.

Planificación Familiar

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

En el año 2000 el total de usuarias de métodos anticonceptivos en el país ascendió 11.3 millones, lo que representa una prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de 70.8 por ciento del total de mujeres unidas en edad fértil.

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

El propósito de las actividades de planificación familiar es promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los mexicanos tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de población y, a partir de ello, contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados mediante la oferta sistemática de métodos anticonceptivos modernos y la prestación de servicios de buena calidad. Los grupos prioritarios de este programa son las poblaciones rurales y urbano-marginadas, los adolescentes y las comunidades indígenas.

Las metas de este programa para los siguientes seis años son:

- Aumentar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos a 74 por ciento del total de mujeres unidas en edad fértil.
- Disminuir la tasa global de fecundidad a 2.1 hijos por mujer.
- Reducir por lo menos en una tercera parte la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos entre las mujeres unidas en edad fértil.

ESTRATEGIA 3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades

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 de ingresos altos y medios como a los pobres.

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. La discapacidad generada por estos problemas debe atenderse con la participación de otros sectores de la administración pública y la sociedad. Los objetivos, en este caso, además de contribuir a

En el año 2000 el total de usuarias de métodos anticonceptivos en el país ascendió 11.3 millones, lo que representa una prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de 70.8 por ciento del total de mujeres unidas en edad fértil. Sin embargo, el impacto de las acciones en planificación familiar no ha sido homogéneo

Los problemas emergentes asociados a las enfermedades no transmisibles y las lesiones exigen una definición clara de prioridades, la promoción de estilos de vida saludables y mayores esfuerzos para detectar temprana los principales padecimientos de este grupo

3

ESTRATEGIA

Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades

Líneas de acción

- 3.1. Disminuir la prevalencia de diabetes
- 3.2. Controlar las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión
- 3.3. Fortalecer la prevención y tratamiento de la insuficiencia renal crónica
- 3.4. Promover el trasplante como una alternativa accesible
- 3.5. Racionalizar la atención de las lesiones accidentales e intencionales
- 3.6. Disminuir la adicción al tabaco, alcohol y drogas
- 3.7. Atender los problemas de salud mental
- 3.8. Atender las neoplasias malignas
- 3.9. Prevenir y controlar las ITS y el VIH-SIDA
- 3.10. Garantizar la disponibilidad de sangre humana segura
- 3.11. Fortalecer la prevención y rehabilitación de discapacidades

la rehabilitación de los discapacitados, incluyen la oferta de infraestructura y servicios públicos especiales, y la puesta en marcha de programas para suprimir la discriminación de esta población y favorecer su integración social y laboral.

En este frente se propone: i) promover estilos de vida saludables –el ejercicio y la adopción de hábitos nutricios razonables, entre otras cosas; ii) colaborar con otros sectores en la construcción de una nueva cultura vial que atienda de manera prioritaria los accidentes de tráfico; iii) promover el diagnóstico temprano del sobrepeso, la diabetes y la hipertensión; iv) adoptar medidas para desalentar el consumo de alcohol y tabaco; v) diseñar programas para la prevención de los problemas de salud mental y de las adicciones en general; v) desarrollar intervenciones costo-efectivas y protocolos clínicos para atender los daños de los padecimientos emergentes, y vi) fortalecer los programas de rehabilitación e integración laboral y social de los discapacitados.

En México 8.2 por ciento de la población entre 20 y 69 años padece diabetes. Se calcula que en el momento actual hay 4.8 millones de personas diabéticas, de las que sólo 1.4 millones han sido diagnosticadas

Línea de acción 3.1. Disminuir la prevalencia de diabetes

En México 8.2 por ciento de la población de entre 20 y 69 años padece diabetes. Se calcula que en el momento actual hay 4.8 millones de personas diabéticas, de las que sólo 1.4 millones han sido diagnosticadas. Este hecho impide que los individuos acudan a los servicios de salud en búsqueda de tratamiento.

Por tratarse de un padecimiento que requiere de atención durante toda la vida, una gran parte de los diabéticos manifiestan bajo apego al tratamiento, lo que conduce a un deficiente control de la enfermedad. Sólo una pequeña fracción de los afectados acude regularmente a los servicios de salud y de éstos entre 25 y 40 por ciento logran el control metabólico deseado.

Se ha demostrado que la aparición de la diabetes puede retrasarse. Sin embargo, esto requiere del control de ciertos factores de riesgo, como la obesidad y la inactividad física. Distintas evidencias indican que el control de estos factores es más efectivo cuando se realiza en forma grupal, bajo un programa mínimo y con la participación de los propios pacientes y sus familiares.

Las actividades de detección en los próximos años estarán encaminadas a promover estilos de vida saludables, identificar oportunamente a las personas de alto riesgo y detectar de manera temprana los casos de enfermedad. Otra acción fundamental en esta administración será la realización de campañas permanentes de comunicación social y educativa alrededor de la enfermedad y los factores de riesgo relacionados con ella.

Las metas fundamentales de esta administración son:

- Alcanzar el control metabólico del 40 por ciento de los pacientes en tratamiento.
- Desplazar la edad promedio de muerte de los diabéticos de 66.7 años a 69.5 años.
- Realizar, en forma coordinada con todas las instituciones del sector salud, 23 millones de pruebas de detección de diabetes mellitus al año en la población mayor de 20 años, de manera anual o bianual según su edad.
- Establecer 10 000 grupos de autoayuda mutua para diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial, lo que significa la existencia de un grupo en 80 por ciento de las unidades de salud.

Las actividades de detección en los próximos años estarán encaminadas a promover estilos de vida saludables, identificar oportunamente a las personas de alto riesgo y detectar de manera temprana los casos de enfermedad

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

Las enfermedades del corazón constituyen un serio problema de salud pública en México. Hay además otras enfermedades, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las dislipidemias y la obesidad, que constituyen factores que elevan el riesgo de presentación de los padecimientos cardiovasculares, específicamente de las enfermedades isquémicas del corazón y las afecciones cerebrovasculares. Por esta razón el combate contra las enfermedades cardiovasculares debe comprender el desarrollo de intervenciones destinadas a abatir otras condiciones patológicas.

La hipertensión arterial es la enfermedad crónica de mayor prevalencia en México y es uno de los principales factores de riesgo de enfermedad isquémica y cerebrovascular. Más de la cuarta parte de la población adulta sufre hipertensión arterial, y la mitad de ellos no lo sabe. Se calcula que en el momento actual hay 14.4 millones de hipertensos entre la población de 20 a 64 años, de los cuales 8.2 desconocen su condición.

Las actividades que se implantarán para atender este problema están encaminadas a identificar a las personas en riesgo o que ya padecen la enfermedad. Dado que está demostrado que los factores de riesgo pueden controlarse e incluso prevenirse, se propone privilegiar el trabajo preventivo con grupos de autoayuda, en coordinación con los programas de prevención y control de la diabetes mellitus y la obesidad. También será indispensable realizar campañas permanentes de comunicación social y educativa alrededor de la enfermedad y de los factores de riesgo relacionados con ella.

Las principales metas para los próximos seis años en este rubro son:

- En coordinación con todas las instituciones del sector salud, realizar anualmente 27 millones de acciones de detección de los principales factores de riesgo en la población mayor de 20 años, de manera anual o bianual según grupos de edad.

Los factores de riesgo pueden controlarse e incluso prevenirse, por lo que se propone privilegiar el trabajo preventivo con grupos de autoayuda, en coordinación con los programas de prevención y control de la diabetes mellitus y la obesidad

Las nefropatías constituyen la primera causa de egresos hospitalarios y la tercera causa de muerte hospitalaria en el IMSS, por lo que se dará especial énfasis a la implementación de programas de detección temprana de enfermedades renales y el tratamiento de calidad de la IRC

El trasplante de órganos y tejidos no solo resuelve algunas de estas fallas orgánicas o tisulares sino que conserva la vida del sujeto en condiciones casi normales a un costo muy inferior al de otro tipo de tratamientos

- Lograr que 60 por ciento de los hipertensos en tratamiento alcancen cifras de presión arterial controladas.
- Desplazar la edad promedio de muerte por enfermedades del corazón y enfermedades cerebrovasculares de 72.7 a 75 años.

Línea de acción 3.3. Fortalecer la prevención y tratamiento de la insuficiencia renal crónica

La insuficiencia renal crónica (IRC) o falla renal irreversible representa un problema de salud pública de grandes proporciones en los países desarrollados y de importancia creciente en México. Las nefropatías constituyen la primera causa de egresos hospitalarios (3.12%) y la tercera causa de muerte hospitalaria (5%) en el IMSS.

La IRC es la vía final común de una gran variedad de padecimientos. El advenimiento de la terapia sustitutiva para la IRC (hemodiálisis, diálisis peritoneal crónica y trasplante renal) ha mejorado dramáticamente la esperanza de vida de estos pacientes.

Para fortalecer la prevención y tratamiento de la IRC se llevarán a cabo las siguientes actividades:

- Implementación de programas de detección temprana de enfermedades renales.
- Creación del Registro Mexicano de Pacientes en Diálisis.
- Modificación paulatina del balance diálisis peritoneal/hemodiálisis.
- Promoción de la mejoría del tratamiento con base en un registro nacional y una Norma Oficial Mexicana asociados a un sistema de certificación de la calidad y eficiencia de los servicios médicos prestados.
- Creación de la Norma Oficial Mexicana para la diálisis peritoneal.
- Fortalecimiento de la formación de recursos humanos en nefrología, tanto a nivel profesional como técnico.

Línea de acción 3.4 Promover el trasplante como una alternativa accesible

Una parte importante de los casos de enfermedad generan la insuficiencia de algún órgano o sistema que pone en peligro la vida de los pacientes. El trasplante de órganos y tejidos no solo resuelve algunas de estas fallas orgánicas o tisulares sino que conserva la vida del sujeto en condiciones casi normales a un costo muy inferior al de otro tipo de tratamientos, que además no ofrecen la misma calidad de vida.

En el campo de los trasplantes se han realizado en el país importantes avances a nivel nacional. En 1999 se creó el Consejo Nacional de Trasplantes, un órgano rector y supervisor de la SSA que en el corto plazo coordinará los esfuerzos de todos los componentes del Sistema Nacional de Salud destinados a este fin.

En este rubro, las actividades que la presente administración llevará a cabo incluyen:

- Poner en marcha un Programa de Acción en Materia de Trasplantes que incluirá la creación de los instrumentos normativos y los reglamentos correspondientes.

- Construir una cultura de donación altruista de órganos y tejidos que eleve la tasa de donación y trasplante en nuestro país y promueva la donación de fondos para apoyar las fases pre y post trasplante de pacientes con escasos recursos.
- Consolidar la Organización Nacional de Trasplantes que permitirá integrar y vincular de manera congruente a todos los componentes del Sistema Nacional de Salud.
- Establecer un órgano consultivo con carácter intersecretarial que regule, apoye y promueva acciones en materia de trasplantes.

Se promoverá una cultura de donación altruista de órganos y tejidos que eleve la tasa de donación y trasplante en nuestro país y promueva la donación de fondos para apoyar las fases pre y post trasplante de pacientes con escasos recursos

Estas acciones tienen como objetivo incrementar, en particular, el número de trasplantes de riñones y córneas: de 1 342 a 3 500 en el primer caso y de 1 426 a 4 000 en el segundo.

Línea de acción 3.5. Racionalizar la atención de las lesiones accidentales e intencionales

Desde 1970 las lesiones han aparecido entre los primeros lugares de mortalidad en México, y aunque la evolución de su tasa de mortalidad muestra una tendencia al descenso, año con año siguen provocando la muerte de 50 mil personas en promedio. Debido a que la muerte por esta razón se ubica entre la juventud y la edad adulta, y a que las lesiones frecuentemente culminan con la discapacidad de los sobrevivientes, las lesiones constituyen una de las causas más importantes de pérdida de años vida saludable en el país.

Cada año mueren 50 mil personas por lesiones y una gran cantidad culmina en discapacidad

El objetivo general de las actividades en este rubro es disminuir el impacto de este grupo de patologías mediante la promoción de una cultura de la prevención de lesiones, el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica de las lesiones accidentales e intencionales, y el mejoramiento de los servicios dedicados a atender este tipo de problemas.

Dentro de las principales actividades se incluyen las siguientes:

- Prevención de las lesiones accidentales (respetar las señales de tránsito, usar cinturón de seguridad, no conducir vehículos automotores en estado de ebriedad, cuidado en el manejo de materiales y sustancias peligrosas, apoyar a ancianos y discapacitados) e intencionales (evadir condiciones de inseguridad pública, seguir reglas de seguridad personal, detección temprana y corrección de conductas autoagresivas).
- Creación de un Sistema de Atención Médica de Urgencias en las grandes urbes que garantice la atención médica oportuna de las lesiones graves las 24 horas de los 365 días del año.
- Reducción de los tiempos promedio de atención de las lesiones graves en las salas de los servicios de urgencias.
- Búsqueda de acceso inmediato a los servicios de urgencia hospitalaria al 100 por ciento de lesionados graves que lo soliciten, independientemente de su condición de aseguramiento.

Las actividades de prevención de lesiones y el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica reducirán en 17 por ciento la tasa de mortalidad por accidentes en general

- Unificación del sistema de comunicación de las unidades móviles de atención pre-hospitalaria y de las unidades hospitalarias en materia de atención de lesiones accidentales e intencionales.
- Creación de programas permanentes de capacitación de personal médico, paramédico y afines en la atención médica de urgencias.

Las metas de esta administración para este rubro son las siguientes:

- Reducir 17 por ciento la tasa de mortalidad por accidentes en general.
- Reducir 25 por ciento la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico.
- Reducir 13 por ciento la tasa de mortalidad por accidentes en el hogar.

Línea de acción 3.6. Disminuir la adicción al tabaco, alcohol y drogas

La urbanización y la industrialización experimentadas por el país en las últimas décadas han provocado un notable incremento en el uso de sustancias que alteran la mente (alcohol, tabaco y otras drogas), con repercusiones en la salud individual, la dinámica familiar y la convivencia social. El incremento en el número de personas que usan y abusan de estos productos se ha reflejado, a su vez, en mayores índices de mortalidad entre la población en edad productiva y en una mayor frecuencia de conductas violentas en el hogar y las vías públicas.

La estrategia de combate a las adicciones debe incluir acciones en materia de: educación, prevención, tratamiento, control de la publicidad, prohibiciones de venta de cigarrillos a menores, restricciones de los espacios públicos a fumadores, y modificaciones fiscales para elevar los impuestos al tabaco y al alcohol para desalentar su consumo.

Las actividades que se llevarán a cabo en este campo incluyen:

- Cumplimiento del marco normativo para el control de las adicciones, para disminuir la disponibilidad de las sustancias adictivas y limitar su oferta, sobre todo entre los adolescentes.
- Establecimiento de un código de conducta global en materia de publicidad, gravámenes y comercialización de tabaco y alcohol.
- La asignación a las entidades federativas de mayores elementos para atender los problemas de adicciones mediante la descentralización de recursos y la dotación de herramientas normativas y apoyo técnico.
- Fomento de una mayor inversión de otras dependencias del Ejecutivo Federal en el combate a las adicciones, en especial de aquellas que forman parte del Consejo Nacional contra las Adicciones, para impulsar estilos de vida saludables tendientes a desalentar el consumo de sustancias adictivas entre los jóvenes y retardar la edad de inicio de su consumo.

La estrategia de combate a las adicciones incluye acciones en materia de: educación, prevención, tratamiento, control de la publicidad, prohibiciones de venta de cigarrillos a menores, restricciones de los espacios públicos a fumadores, y modificaciones fiscales para elevar los impuestos al tabaco y al alcohol para desalentar su consumo

- Promoción de la participación de organizaciones sociales, privadas y gubernamentales en el financiamiento y apoyo de los programas contra las adicciones por medio de la creación de fideicomisos para la realización de proyectos prioritarios de investigación y demostración.

Dentro de las metas en esta materia se incluyen:

- Reducir el consumo de tabaco del 9.2 a 7.9 por ciento en el grupo poblacional de 10 a 16 años.
- Crear por lo menos 100 clínicas de tabaquismo en las instituciones de salud.
- Asegurar el cumplimiento de la NOM 028-SSA2-199 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
- Reglamentar la protección de los no fumadores en todas las entidades federativas
- Aumentar la percepción de riesgo sobre el consumo excesivo de alcohol del 10 al 20 por ciento entre la población de jóvenes del país.

Se estima que por lo menos una quinta parte de la población mexicana sufrirá en el curso de su vida de algún trastorno mental

Línea de acción 3.7. Atender los problemas de salud mental

Los padecimientos mentales constituyen una de las principales causas de pérdida de años de vida saludable en nuestro país. Se estima que por lo menos una quinta parte de la población mexicana sufrirá en el curso de su vida de algún trastorno mental: cuatro millones de adultos presentarán depresión; medio millón sufrirán esquizofrenia; medio millón padecerá epilepsia, y la demencia la padecerán diez por ciento de los mayores de 65 años. En unos años la demanda de servicios de salud mental en México constituirá una de las principales presiones para el sistema de salud.

Dentro de las actividades que se habrán de desarrollar en esta administración en este terreno se incluyen:

- Actualización y fortalecimiento de los modelos de atención a la salud mental.
- Establecimiento de programas de acción para la atención integral de la depresión, esquizofrenia, epilepsia, demencias, trastornos por déficit de atención y del desarrollo infantil, así como para la atención psicológica en casos de desastre.
- Incremento de la oferta de servicios ambulatorios a la población que sufre estos padecimientos.
- Desarrollo de una intensa labor de capacitación en salud mental en las escuelas de medicina, programas de posgrado y entre los profesionales activos.
- Fortalecimiento del abasto, disponibilidad y acceso a los medicamentos necesarios para la atención de los problemas prioritarios de salud mental.
- Creación de redes comunitarias en apoyo a la atención de la salud mental
- Realización de la primera Encuesta Nacional de Salud Mental.

Anticipando la demanda de servicios de salud mental, se fortalecerán los modelos de atención y se incrementará en 20 por ciento la capacidad de atención a la salud mental

Las metas que se pretenden alcanzar en este rubro son las siguientes:

- Incrementar en 20 por ciento los servicios proporcionados a la población con padecimientos mentales.
- Ampliar en un 20 por ciento la capacidad y los recursos para la atención de salud mental.
- Mantener bajo control epidemiológico las tasas de suicidio consumado.

Línea de acción 3.8. Atender las neoplasias malignas

Como consecuencia del envejecimiento de la población y de la adopción de hábitos poco saludables, la mayoría de los tumores malignos muestran una tendencia ascendente. Por esta razón las intervenciones dirigidas a su combate deben encaminarse a la promoción de estilos de vida más sanos, la prevención de riesgos específicos entre los sectores de la población más expuestos, la detección oportuna de casos y la atención temprana de los enfermos.

Las intervenciones dirigidas al combate del cáncer deben encaminarse a la promoción de estilos de vida más sanos, la prevención de riesgos específicos entre los sectores de la población más expuestos, la detección oportuna de casos y la atención temprana de los enfermos

Las acciones que serán desplegadas en este campo incluyen:

- Realización de campañas permanentes de comunicación social y educativa para la prevención de la aparición de conductas y hábitos de riesgo de cáncer, enfocadas a la población en general, pero en especial a los niños y adolescentes.
- Detección temprana de cáncer para incorporar a los pacientes al tratamiento, así como la identificación de las personas con factores de riesgo y sintomatología sospechosa.

Las metas que se pretenden alcanzar para el año 2006 son las siguientes:

- Evitar que la tasa de mortalidad por cáncer de mama supere las 17 defunciones por 100 000 mujeres de 25 años y más.
- Establecer en todas las instituciones de salud protocolos obligatorios de tratamiento para cáncer de acuerdo al estadio clínico de la enfermedad.
- Garantizar el tratamiento de 90 por ciento de los casos detectados de cáncer.
- Aplicar un millón de encuestas anuales dirigidas a la detección de factores de riesgo para neoplasias malignas.

Línea de acción 3.9. Prevenir y controlar las ITS y el VIH-SIDA

El VIH-SIDA es un problema complejo que no sólo tiene que ver con la salud y la educación. Para detener su crecimiento es necesario incorporar a las campañas de control al mayor número de actores.

En México la epidemia todavía está concentrada en algunos grupos, lo que facilita su control. Una epidemia concentrada requiere de estrategias enfocadas hacia los grupos con prácticas de más alto riesgo y vulnerabilidad. En nuestro caso estos grupos son los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), las trabajadoras y

trabajadores del sexo comercial, los usuarios de drogas inyectables (UDI) y las poblaciones móviles.

La promoción de la salud sexual, el autocuidado y la prevención siguen siendo las formas más eficaces para evitar las infecciones de transmisión sexual (ITS) en general y de VIH-SIDA en particular.

Las metas que se ha planteado la presente administración en este rubro son las siguientes:

- Reducir 15 por ciento la prevalencia de ITS y VIH-SIDA en jóvenes de 15 a 24 años de edad.
- Reducir 25 por ciento la mortalidad por SIDA en la población de 25 a 44 años de edad.
- Garantizar que 100 por ciento de las personas con VIH-SIDA y otras ITS tengan acceso a servicios de atención integrales y al tratamiento antirretroviral.
- Garantizar que 100 por ciento de los órganos, tejidos y células hematopoyéticas para trasplantes se apeguen a las normas de tamizaje de sangre y hemoderivados.
- Reducir 100 por ciento las violaciones a la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control del VIH-SIDA en todas las entidades del sector público y privado.

La promoción de la salud sexual, el autocuidado y la prevención siguen siendo las formas más eficaces para evitar las infecciones de transmisión sexual (ITS) en general y de VIH-SIDA en particular

Para cumplir con estas metas se propone:

- Orientar las estrategias educativas a las poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad.
- Promover el uso del condón en poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad.
- Interrumpir la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis, asegurando el acceso a la información, pruebas de detección y tratamiento.
- Ampliar el acceso a servicios integrales de detección, tratamiento y seguimiento adecuados para las ITS y VIH-SIDA.
- Fortalecer y ampliar los esfuerzos de negociación de la SSA con las empresas farmacéuticas con el fin de lograr descuentos significativos en los precios de los medicamentos antirretrovirales.
- Establecer mecanismos de sanción a los individuos, empresas o instituciones que violen las disposiciones contenidas en la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control del VIH-SIDA.
- Desarrollar campañas contra la discriminación de las personas afectadas por el VIH-SIDA y aquellas que pertenecen a los grupos sociales con mayor riesgo de adquirir la infección.

Línea de acción 3.10. Garantizar la disponibilidad de sangre humana segura

El Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (CNTS) tiene como misión garantizar un abasto suficiente y seguro de sangre y sus derivados conforme a lo establecido en la legislación sanitaria.

El 2.3 por ciento de la población mexicana sufre de alguna discapacidad grave

Con el fin de poder cumplir con sus propósitos, el CNTS llevará cabo las siguientes actividades en el periodo 2001-2006:

- Estudio y análisis del 100 por ciento de las unidades de sangre captadas.
- Prevención de las posibles complicaciones debidas a la transfusión de sangre.
- Creación de una base de datos fidedigna y permanentemente actualizada que incluya donadores de fenotipo poco común.
- Validación de 180 000 plasmas y su envío a la industria procesadora de hemoderivados.
- Actualización de la legislación, normatividad y su reglamentación respectiva.
- Fortalecimiento de la capacitación en el ámbito de la medicina transfusional en todo el país.
- Organización de campañas de donación altruista de sangre en todo el país.

Línea de acción 3.11. Fortalecer la prevención y rehabilitación de las discapacidades

La prevención de las discapacidades debe comenzar en las etapas iniciales de la enfermedad, el accidente o el defecto al nacimiento. Se orienta a evitar o aminorar las deficiencias y limitaciones físicas y mentales que resultan de estos acontecimientos.

La discapacidad es un problema de salud pública que en los últimos años se ha incrementado considerablemente. De acuerdo con la encuesta aplicada durante el censo del 2000, 2.3 por ciento de la población mexicana sufre de alguna discapacidad grave. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, en un estudio realizado en 1997, encontró que más de dos millones de niños en edad escolar sufrían de alguna discapacidad leve, moderada y grave.

La atención adecuada y oportuna evita desajustes psico-sociales, problemas de desintegración familiar, analfabetismo, desempleo, mendicidad y una pérdida económica que se ha calculado en 75 mil millones de pesos anuales

Si la población discapacitada no es atendida adecuadamente padece desajustes psico-sociales, problemas de desintegración familiar, analfabetismo, desempleo, mendicidad y una pérdida económica que se ha calculado en 75 mil millones de pesos anuales.

Entre las metas que se ha planteado esta administración en este rubro se incluyen:

- Implantar y desarrollar un Programa de Prevención y Rehabilitación de Discapacitados.
- Diseñar e implantar una campaña de prevención de discapacidades.
- Crear un Sistema Nacional de Registro de Discapacidades.
- Realizar anualmente la detección temprana (en los tres primeros meses de vida) de 10 000 casos de parálisis cerebral infantil, 1 000 casos de hipotiroidismo congénito, 2 500 casos de mielomeningocele, 2 400 casos de sordera congénita, 2 600 casos de pie equino varo congénito y 3 000 casos de luxación congénita de la cadera.
- Rehabilitar dentro de las primeras cuatro semanas de la enfermedad o lesión discapacitante a 20 mil casos de traumatismo craneoencefálico, 40 mil casos de enfermedad vascular cerebral, 120 mil casos de fracturas graves y dos mil casos de lesiones medulares.

PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL ENFERMO CRÓNICO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

El IMSS está tratando en el hogar a enfermos con complicaciones de diabetes, secuelas de hipertensión, padecimientos del corazón, cirrosis hepática y enfermedades reumáticas

Con el fin de proporcionar atención médica ambulatoria y extender los servicios hospitalarios, en 1990 el IMSS puso en operación el Programa de Atención Domiciliaria del Enfermo Crónico (ADEC). Este programa se basa en la integración temprana del enfermo crónico a su núcleo familiar, la realización de procedimientos básicos de atención en el hogar y la participación activa de los familiares en el cuidado del paciente.

La atención domiciliaria del enfermo crónico ha mostrado ser benéfica para los pacientes al favorecer el compromiso de la familia, mejorar la relación con el médico y facilitar la realización de acciones focalizadas de educación para la salud en el ambiente en el que se llevarán a cabo.

El programa está dirigido a los pacientes con padecimientos crónico-degenerativos, la mayoría adultos mayores. En el IMSS, las personas de 65 años o más constituyen aproximadamente 3.5 millones de los derechohabientes, lo que equivale a 7.5 por ciento de la población adscrita total.

Las enfermedades más frecuentes que deben ser atendidas a través de este programa son las complicaciones de la diabetes mellitus, las secuelas de la presión alta (trombosis o hemorragia cerebral), los padecimientos del corazón, la cirrosis hepática y las enfermedades reumáticas y otros padecimientos osteoarticulares.

A diferencia de la atención que brinda el médico familiar en el domicilio del paciente, el Programa ADEC se caracteriza por atender enfermos cuyas condiciones clínicas requieren de servicios hospitalarios en forma frecuente. La labor del equipo de salud del ADEC consiste en proporcionar atención médica, recetas y materiales para la curación del paciente; enseñar al paciente y sus familiares el adecuado manejo del problema (por ejemplo, movilizaciones corporales para evitar ulceraciones de miembros, aspiración de secreciones, curaciones, etc.); tomar muestras para laboratorio; asesorar sobre los servicios que proporciona el IMSS, y decidir cuándo el paciente debe ingresar

al hospital o continuar su control por el médico familiar.

En la actualidad el programa se encuentra funcionando en 125 hospitales generales de zona de más de 100 camas, con un equipo de salud integrado por un médico, una enfermera general, una trabajadora social y un oficial de transporte. Cada equipo cuenta con un vehículo. A la fecha los niveles de satisfacción obtenidos son muy altos, tanto entre los pacientes y familiares como entre el personal que presta los servicios, por lo que constituye un ejemplo de organización de servicios ambulatorios de excelencia.

En el futuro inmediato se buscará incorporar a este programa también a pacientes con padecimientos agudos y subagudos; ampliarlo a hospitales generales de zona de más de 50 camas, con lo que se cubrirán más de 200 hospitales, e incorporar dietistas, psicólogos y/o especialistas en rehabilitación al equipo básico, según lo requiera cada caso.

- Promover y realizar la certificación anual de 100 servicios de rehabilitación médica y de 500 técnicos en rehabilitación.
- Establecer un servicio de rehabilitación médica hospitalaria por cada entidad federativa.
- Gestionar el apoyo financiero a 20 000 personas con discapacidad para la adquisición de prótesis, órtesis y ayudas técnicas.
- Instalar la Comisión de Prevención y Rehabilitación de Discapacidades en el marco del Consejo Nacional Consultivo para la Integración Social de Personas con Discapacidad.
- Promover la participación de la Comisión y del Consejo Consultivo en los órganos directivos de las instituciones del sector salud, las instituciones académicas, y los organismos y representaciones de la sociedad civil, para atender los factores causales de las discapacidades y promover la mejora en los servicios.

La calidad debe entenderse como el grado en que los servicios mejoran la salud de manera congruente con las normas profesionales y los valores de los pacientes

ESTRATEGIA 4. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud

La calidad debe entenderse como el grado en que los servicios mejoran la salud de manera congruente con las normas profesionales y los valores de los pacientes. La calidad tiene dos dimensiones: la técnica y la interpersonal. La primera busca alcanzar los mayores beneficios con los menores riesgos, al prestar los servicios de salud de acuerdo

Los lineamientos de un código de ética permiten a los profesionales de la salud conocer los fines, características y límites de su actividad profesional, y los derechos y expectativas de los usuarios de los servicios

con las mejores normas de la práctica profesional. La dimensión interpersonal, que se ha dado en llamar “calidez” de la atención, supone el respeto al paciente como ser humano y la búsqueda de su satisfacción plena.

Como se señaló antes, uno de los principales retos de las organizaciones de atención a la salud y una de las principales preocupaciones de los usuarios de los servicios, es la calidad de la atención. Si los servicios de salud se ofrecen con calidad podrán satisfacerse las necesidades de los usuarios y cumplirse uno de los propósitos del sistema.

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios se propone: i) mejorar la calidad de los servicios de salud abatiendo las desigualdades entre entidades, instituciones y niveles de atención; ii) garantizar un trato digno a los usuarios, proporcionándoles información completa y atención oportuna, y iii) ofrecer mayores oportunidades de realización profesional a los médicos, enfermeras y todos aquellos trabajadores de la salud que participan en los procesos de atención. Un componente fundamental de esta cruzada es lograr que las mejoras en la calidad de la atención sean claramente percibidas por la población.

Línea de acción 4.1. Definir códigos de ética para los profesionales de la salud

Los códigos de ética de los profesionales de la salud constituyen lineamientos de comportamiento que buscan garantizar un desempeño efectivo y honesto, y un trato digno a los pacientes. Gracias a los lineamientos de un código de este tipo, el trabajador de la salud puede conocer los fines, características y límites de su actividad profesional, y los derechos y expectativas de los usuarios de los servicios. Además, constituye una herramienta y un estándar muy valioso para garantizar la autovigilancia del desempeño.

Dentro de las actividades que se habrán de implantar en este rubro destacan:

- La generación de códigos de ética por tipo de profesional de la salud.
- La difusión de dichos códigos en las instituciones prestadoras de servicios, los colegios profesionales y los centros de capacitación.

4

ESTRATEGIA

Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud

Líneas de acción

- 4.1. Definir códigos de ética para los profesionales de la salud
- 4.2. Definir y hacer explícitos los derechos de los usuarios de los servicios de salud y de los prestadores de servicios médicos
- 4.3. Establecer un sistema de seguimiento y respuesta a quejas y sugerencias
- 4.4. Establecer sistemas de reconocimiento del buen desempeño
- 4.5. Desarrollar un sistema de información por productos hospitalarios y tarjetas de indicadores
- 4.6. Promover el uso de guías clínicas
- 4.7. Promover la certificación de los profesionales y establecimientos de salud
- 4.8. Reforzar el arbitraje médico

- La difusión del contenido básico de los códigos de ética a través de los medios masivos de comunicación.

Línea de acción 4.2. Definir y hacer explícitos los derechos de los usuarios de los servicios de salud y de los prestadores de servicios médicos

La atención de la salud supone el ejercicio de ciertos derechos por parte de los pacientes. Destacan el derecho a servicios integrales de salud; el derecho a recibir información sobre su padecimiento, los riesgos asociados a él o su tratamiento; el derecho a la información sobre las características generales de las unidades en las que recibe atención y de los profesionales que laboran en ellas, y el derecho al manejo confidencial de la información que se genera en la relación médico-paciente.

Estos derechos deben definirse de manera precisa, difundirse entre los usuarios de los servicios de salud, y acompañarse de mecanismos que permitan hacerlos efectivos en caso de no poderse ejercer.

Dentro de las principales actividades que habrán de desarrollarse en relación con el ejercicio de los derechos de los usuarios se incluyen:

- El diseño y difusión de una “carta” de los derechos de los usuarios de los servicios de salud.
- La promoción de una cultura del “consentimiento informado” en las instituciones de salud, tanto públicas como privadas.

Línea de acción 4.3. Establecer un sistema de seguimiento y respuesta a quejas y sugerencias

Uno de los instrumentos fundamentales para hacer valer los derechos de los usuarios y promover la calidad de la atención son los sistemas de quejas y sugerencias. Este tipo de instrumentos proporciona al sistema de salud información básica sobre las condiciones de la infraestructura, la disponibilidad de recursos materiales, y la actitud y calidad técnica de los prestadores de los servicios. Estos instrumentos, cuando funcionan de manera eficiente, ayudan a generar una relación de confianza con los usuarios.

El diseño y el fortalecimiento de estos mecanismos debe partir de dos supuestos básicos: i) que toda reclamación es una oportunidad para mejorar la calidad de la atención, y ii) que toda reclamación constituye un acto legítimo de participación ciudadana.

Dentro de las actividades a desarrollar en este rubro en esta administración se incluyen:

- Fortalecimiento de los sistemas de quejas mediante: i) la ampliación de los canales para la recepción de quejas –incluyendo sobretodo los medios electrónicos– y el rediseño de los existentes (buzones, módulos de atención personalizada).
- Seguimiento estrecho de la oportunidad y pertinencia de las respuestas a las quejas y sugerencias.

Los derechos de los pacientes habrán de definirse de manera precisa y acompañarse de mecanismos que permitan hacerlos efectivos

Como uno de los instrumentos fundamentales para hacer valer los derechos de los usuarios y promover la calidad de la atención, se fortalecerán los sistemas de quejas y sugerencias

Línea de acción 4.4. Establecer sistemas de reconocimiento del buen desempeño

El diseño de incentivos adecuados es una condición necesaria para mejorar el desempeño de las organizaciones y de los profesionales de la salud. Además de las recompensas materiales, la conducta humana es influida poderosamente por los valores. En consecuencia, ninguna estrategia de desarrollo de las organizaciones puede estar completa si no incluye la creación de una cultura que promueva los valores deseados. Así, las estrategias de mejoría de la calidad deben hacer énfasis en los logros y reconocer de manera explícita el buen desempeño. Este último debe ser visto como un proceso continuo que involucra a todos los actores que intervienen en él.

Dentro de las actividades que la presente administración desarrollará en esta área se incluyen:

La implantación de modelos de incentivos y sistemas de información de seguimiento es una acción necesaria para mejorar el desempeño de las organizaciones y de los profesionales de la salud

- Diseño e implantación secuencial de modelos de incentivos al desempeño técnicamente sólidos y económicamente factibles para las instituciones públicas de salud.
- Desarrollo de sistemas de información para el seguimiento del desempeño y la generación de incentivos.

Línea de acción 4.5. Desarrollar un sistema de información por productos hospitalarios y tarjetas de indicadores

Toda intervención para resolver una demanda de atención médica conlleva el empleo de recursos que representan un costo, por lo que se deben analizar los procedimientos para racionalizar los insumos, procesos y productos que se obtienen.

Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) son los instrumentos más comunes para clasificar pacientes y gestionar productos hospitalarios. Esta técnica agrupa a los pacientes alrededor de diagnósticos que comparten un mismo tipo de insumos y procedimientos, lo que facilita el cálculo de costos y productividad, la evaluación de la calidad y la comparación del desempeño administrativo de las unidades de salud. Los GRD también facilitan la estandarización de la información, lo que a su vez simplifica la compra de insumos, la evaluación del desempeño, la supervisión de los prestadores y el seguimiento regulatorio (véase línea de acción 6.1).

Dentro de las actividades que se desarrollarán en este rubro se incluyen:

- Generación de “Guías de Práctica Clínica” (véase más adelante).
- Modernización de los sistemas de información y registro en las unidades de salud.
- Desarrollo de sistemas de costos unitarios para la contabilidad hospitalaria, los centros de salud y las unidades de medicina familiar.
- Capacitación de codificadores, médicos, enfermeras y personal técnico y administrativo en la clasificación del producto hospitalario.
- Desarrollo de mecanismos para la clasificación de pacientes ambulatorios.

Línea de acción 4.6. Promover el uso de guías clínicas

Aunque existe poca información sobre la variabilidad en las prácticas clínicas en México, en general se acepta que esta variabilidad es amplia, lo que en términos generales no es deseable. También hay problemas de sobre-utilización, sub-utilización o mala utilización de los recursos.

Las guías clínicas adoptadas por consenso y basadas en evidencias científicas promoverán un uso racional de los recursos clínicos

Con el fin de promover un uso racional de los recursos clínicos, se propone la promoción y adopción de guías clínicas adoptadas por consenso y basadas en las evidencias científicas.

Entre las principales actividades a desarrollar en este rubro se encuentran:

- Diseño y promoción de uso de guías clínicas basadas en evidencias científicas.
- Diseño y uso de indicadores explícitos de calidad técnica que favorecerán el uso racional de los recursos y la infraestructura.

Línea de acción 4.7. Promover la certificación de los profesionales y establecimientos de salud

Una adecuada atención requiere de profesionales capacitados y unidades de atención que cumplan con ciertos estándares. Para garantizar estas dos condiciones se han establecido procedimientos de certificación de los profesionales de la salud y de las unidades de atención.

Los procesos de certificación de los médicos especialistas funcionan razonablemente bien no así los procesos de certificación de los médicos generales y de otros profesionales de la salud. La certificación de las unidades de atención todavía no se ha extendido lo suficiente, como lo demuestra el hecho de que menos del 10 por ciento de los hospitales públicos y privados han sido certificados.

Se fortalecerán los procedimientos de certificación de los profesionales de la salud y de las unidades de atención

Con el fin de fortalecer estas áreas, la presente administración llevará a cabo las siguientes actividades:

- Fortalecimiento de los procesos de certificación y recertificación de los médicos especialistas.
- Promoción de la certificación y recertificación de los médicos generales.
- Promoción de la certificación de otros profesionales de la salud (enfermeras, odontólogos).
- Promoción de políticas de contratación en los sectores público y privado que estimulen la certificación de los profesionales de la salud.
- Ampliación de la certificación de las unidades de atención y la extensión de este procedimiento a los proveedores de otros servicios (laboratorios, gabinetes, unidades de cirugía de corta estancia, ambulancias).
- Promoción de políticas de contratación de servicios de salud que estimulen la certificación de las unidades, laboratorios y gabinetes.

Línea de acción 4.8. Reforzar el arbitraje médico

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) se creó para tutelar el derecho a la protección de la salud y mejorar la calidad de los servicios que se proporcionan a la población. Estos objetivos se cumplen a través de la resolución de las controversias que surgen entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud a nivel nacional.

En sus cinco años de operación, la CONAMED ha ido conformando un modelo de atención que, sin perjuicio de la actuación de las instancias jurisdiccionales, ha permitido a los usuarios y prestadores dilucidar en forma gratuita, voluntaria y de buena fe los conflictos generados en la prestación de dichos servicios.

A pesar de la difusión que han tenido las actividades de la CONAMED, un porcentaje importante de la sociedad todavía desconoce los servicios que presta. A

CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS Y DE PROFESIONALES DE LA SALUD

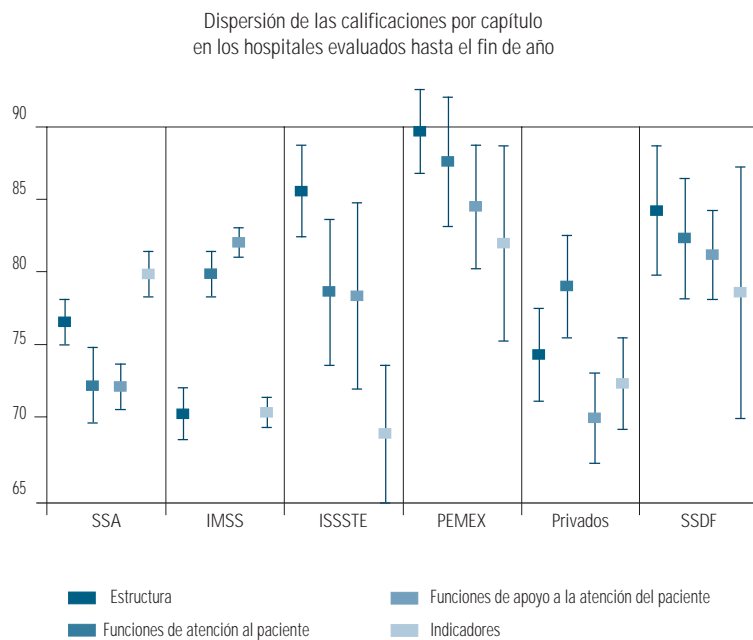
Los programas de certificación de la práctica profesional y de las unidades de salud mejoran el cuidado de los pacientes, incrementan la confianza de la comunidad en las instituciones y fortalecen la capacitación del personal de salud.

El tema de la certificación de los profesionales de la salud lo introdujeron en México los consejos médicos de certificación de especialidades hace 38 años. En aquella época estos consejos se dieron a la tarea de verificar periódicamente los conocimientos de los médicos especialistas con la finalidad de garantizar la homogeneidad académica de sus agremiados.

Con el consentimiento de las autoridades de salud y bajo la vigilancia de la Academia Nacional de Medicina, los procedimientos de certificación se han extendido paulatinamente a los médicos generales, dejando atrás el sello gremialista y dando lugar a una verdadera verificación externa de la calidad. Paralelamente, otros profesionales de la salud –enfermeras, psicólogos y dentistas, entre otros– han empezado a adoptar esquemas similares de certificación a través de sus propios colegios y asociaciones.

La diversidad formativa que resulta de la existencia de múltiples programas académicos contribuye a fomentar una práctica profesional heterogénea. Por esta razón es necesario verificar los estándares de calidad de la práctica profesional desde la formación de los recursos humanos. Buscando fortalecer la calidad de la educación médica en México, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina desarrolló recientemente un programa formal de acreditación para las escuelas y facultades de medicina del país.

El Programa de Certificación de Hospitales, por su parte, dio inicio formalmente en el país en abril de 1999. Para diciembre del 2000 se habían inscrito al programa 722 hospitales, de los cuales se evaluaron alrededor de 500, entre públicos y privados. A la fecha, el total de camas censables certificadas asciende a 39 189 y de no censables, a 12 258. El Instituto Mexicano del Seguro Social



Fuente: SSA, 1999

ha sido la institución que más ha participado en este proceso, contribuyendo con casi la mitad de las camas actualmente certificadas.

En esta primera etapa, el programa de certificación de hospitales fue acogido con entusiasmo por la mayoría de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y los principales y más prestigiados hospitales mexicanos. No obstante, la participación aún es relativamente baja, por lo que deberán hacerse esfuerzos para incrementar el número de instituciones evaluadas y cer-

tificadas, en especial difundiendo adecuadamente los beneficios que el proceso provoca en la práctica médica y el bienestar de los pacientes.

Dada la importancia que tienen las unidades de diagnóstico (gabinetes, laboratorios clínicos y de patología, unidades de imagenología) y otros servicios (ambulancias) en el proceso de atención a la salud, recientemente se iniciaron acciones orientadas a establecer programas de certificación en estas áreas similares al diseñado para los hospitales.

nivel estatal, sólo 17 entidades cuentan con comisiones de este tipo. El resto de los estados tiene como única opción en esta materia a la Comisión Nacional.

Con el fin de consolidar sus actividades, la CONAMED se ha propuesto para los próximos seis años los siguientes objetivos: i) consolidar el modelo de atención de inconformidades y constituirse en el Centro Nacional de Referencia; ii) lograr una óptima resolución de conflictos con eficiencia y satisfacción de los usuarios; iii) influir en la mejoría de la práctica de la medicina a través de la emisión de recomendaciones, y iv) proyectar en los contextos nacional e internacional el modelo CONAMED y obtener el reconocimiento social.

Las metas para el periodo 2001-2006 incluyen:

- Mantener la eficiencia global en la resolución de los asuntos en 85 por ciento.
- Implantar un modelo único de atención de inconformidades a nivel nacional.
- Obtener como institución la certificación ISO 9001/2001.
- Promover la creación de comisiones de arbitraje médico en todas las entidades federativas.
- Difundir las funciones y actividades de la CONAMED en los ámbitos nacional e internacional.
- Vincular la emisión de recomendaciones con el ejercicio profesional de la práctica de la medicina.
- Participar en los programas de pre y posgrado de medicina para prevenir la mala práctica de la profesión.

La CONAMED se propone consolidar el modelo de atención de inconformidades, lograr una óptima resolución de conflictos y mejorar la práctica de la medicina a través de recomendaciones

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

La salud tiene siempre un elemento de incertidumbre. Nadie sabe cuándo va a enfermar. Si estos acontecimientos impredecibles se enfrentan sin un seguro de salud o sin ahorros suficientes, se corre el peligro de incurrir en gastos catastróficos. Pagar del bolsillo en el momento mismo en que se necesita la atención es la peor forma de financiar los servicios de salud, debido a la incapacidad para tomar decisiones bien informadas y a la imposibilidad de generar recursos por efecto de la misma enfermedad. No obstante, más de la mitad del gasto total en salud en México es gasto de bolsillo.

La transición del país hacia una economía moderna con instituciones sólidas requiere de un sistema de salud financieramente más justo y que proteja a la población contra pagos excesivos y potencialmente catastróficos. Esto puede lograrse invirtiendo *anticipadamente* en servicios de salud.

Para fortalecer el aseguramiento y desalentar el pago de bolsillo en México, el *Programa Nacional de Salud 2001-2006* se propone actuar en tres frentes:

1. La consolidación de la protección básica de todos los mexicanos y la creación de un seguro de salud popular universal, equitativo y que garantice calidad en los servicios cubiertos.

Pagar del bolsillo en el momento mismo en que se necesita la atención es la peor forma de financiar los servicios de salud. No obstante, más de la mitad del gasto total en salud en México es gasto de bolsillo

5

ESTRATEGIA

Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población

Líneas de acción

- 5.1. Consolidar la protección básica y promover un seguro de salud popular
- 5.2. Promover y ampliar la afiliación al seguro social
- 5.3. Ordenar y regular el prepago privado
- 5.4. Articular el marco de aseguramiento en salud

- 2. La ampliación de la afiliación al seguro social.
- 3. El reordenamiento y la regulación de los seguros privados como medida complementaria de las dos anteriores.

Estas tres formas de prepago pueden garantizarle a todo mexicano en los próximos años protección financiera en materia de salud y acceso a servicios de salud integrales y de calidad. El concepto de *población abierta* podrá entonces desecharse ya que todos los mexicanos tendrán la categoría de derechohabiente.

El seguro popular consiste en un prepago subsidiado con fondos públicos, dirigido a la población de bajos recursos que actualmente carece de aseguramiento. Los seguros sociales, financiados principalmente a través de cuotas obrero-patronales y aportaciones del gobierno, comprenden a las instituciones creadas *ex profeso* para ello, como el IMSS o el ISSSTE. Los seguros privados se financian voluntariamente con gasto de las familias y empresas, y en este esquema se asumen como mecanismos complementarios al aseguramiento público.

Línea de acción 5.1. Consolidar la protección básica y promover un seguro de salud popular

Los programas para ampliar la cobertura de servicios de salud a poblaciones marginadas, como el PROGRESA, el Programa de Ampliación de Cobertura y el IMSS-Solidaridad, se han centrado en la provisión de intervenciones básicas. Estos programas ofrecen servicios preventivos y curativos para las llamadas enfermedades del rezago, pero todavía no incluyen servicios para padecimientos complejos que pudieran requerir, por ejemplo, de atención hospitalaria. Para consolidar esta protección básica es necesario avanzar en el doble frente de la cobertura geográfica y la integralidad de la atención. Por un lado habrá que redoblar los esfuerzos para llegar a todas aquellas comunidades marginadas del país que aún carecen de atención. Simultáneamente habrá que fortalecer la oferta de mejores servicios de primer nivel y los mecanismos de referencia de pacientes para ampliar la gama de servicios dirigidos a las poblaciones marginadas dentro del nuevo Modelo Integrado de Atención a la Salud (véase Estrategia 8).

Si bien la protección básica representa un avance importante, el objetivo último es incorporar a la totalidad de la población a un esquema de aseguramiento estructurado.

Si bien la protección básica representa un avance importante, el objetivo último es incorporar a la totalidad de la población a un esquema de aseguramiento estructurado

Para ello se promoverá un seguro popular que, como una de las opciones, permitirá a los hogares de bajos ingresos acceder al Seguro de Salud de la Familia del IMSS mediante un subsidio escalonado según la capacidad de pago del hogar. Este subsidio, en determinados casos, podría llegar a cubrir casi la totalidad de la cuota familiar.

La identificación de los hogares pobres se hará con base en los padrones de los programas sociales a cargo de SEDESOL. La SSA será la encargada de coordinar el esfuerzo de promoción de este seguro en el que también participarán los servicios estatales de salud y las instituciones de seguridad social.

La implantación de este esquema de aseguramiento será gradual y los avances dependerán de la disponibilidad de recursos en los presupuestos anuales a partir de 2002. Otros factores importantes a considerar en el proceso de implantación son la existencia de infraestructura hospitalaria suficiente y la existencia de poblaciones organizadas con capacidad de contribuir parcial y voluntariamente al costo subsidiado de la prima del seguro popular.

Dentro de las principales metas de esta acción se incluyen:

- Extender paulatinamente la cobertura del seguro popular para garantizar que en 2006 esté cubierta con este esquema toda la población que no cuente con capacidad económica para adquirir un seguro médico privado y no esté afiliada a alguna institución de seguridad social. Para cumplir con esta meta se requerirá de un esfuerzo adicional de los estados y municipios, que deberán seguir extendiendo la oferta de servicios en el marco de la federalización del sistema de salud.
- Esta forma de aseguramiento permitirá reducir los gastos catastróficos en salud. Se estima que en 2006 los gastos de este tipo se habrán reducido en 75 por ciento, sobre todo en los hogares no asegurados de bajos ingresos. Al reducir significativamente los pagos de bolsillo y sustituirlos gradualmente por prepagos de salud, las familias podrían liberar recursos para atender otras necesidades básicas.

La implantación de este esquema de aseguramiento será gradual y los avances dependerán de la disponibilidad de recursos, la existencia de infraestructura hospitalaria suficiente y la existencia de poblaciones organizadas con capacidad de contribuir parcial y voluntariamente al costo subsidiado de la prima del seguro popular

Las modificaciones a la Ley del Seguro Social en 1995 incrementaron la cobertura sobre bases financieras más saludables

Línea de acción 5.2. Promover y ampliar la afiliación al seguro social

En los años ochenta la seguridad social empezó a perder terreno en materia de aseguramiento de la población trabajadora. Dos factores estructurales explicaban este hecho: la alta carga impositiva de las cuotas obrera-patronales sobre la nómina, que desalentaba la creación de empleos asalariados formales, y el acelerado crecimiento del sector terciario de la economía (principalmente comercio y servicios), que generaba fuentes de empleo atomizadas, y por lo tanto difíciles de fiscalizar, y modalidades de remuneración no asalariadas, no sujetas al régimen obligatorio de la Ley del Seguro Social.

A principios de los noventa se hizo evidente que la situación del IMSS era financieramente insostenible en el mediano y largo plazos. Con el propósito de incrementar la cobertura sobre bases más sólidas se introdujeron modificaciones a la legislación que rige al IMSS. Estas modificaciones, aprobadas por el Congreso de la Unión en 1995, respondían al diagnóstico de dos maneras: al reducir la carga fiscal sobre la nómina y al

diseñar instrumentos de afiliación más flexibles y autofinanciables para ofrecer aseguramiento a los numerosos grupos sociales que no contaban con la posibilidad de integrarse a los beneficios que la institución proporciona.

El incremento en las aportaciones del Estado en casi siete veces se tradujo en una disminución de alrededor del 33 por ciento en las contribuciones de los trabajadores y las empresas al Seguro de Enfermedades y Maternidad, lo que fomentó la generación de empleos y el incremento en el ingreso disponible del trabajador. Paralelamente se acordó la creación del Seguro de Salud para la Familia (SSF) para que cualquier trabajador no asegurado pudiera establecer un contrato con el IMSS con el fin de que él y su familia tuvieran derecho a las prestaciones médicas que el Instituto otorga. En la actualidad el IMSS es la única institución pública que tiene un seguro de afiliación voluntaria con estas características.

Con el fin de ampliar las afiliaciones al seguro social, la presente administración llevará a cabo las siguientes actividades:

En los próximos seis años se dará impulso a los esquemas voluntario y obligatorio de afiliación al IMSS

- Promoción del crecimiento de la cobertura medio punto porcentual cada año sobre la base de la población total del país.
- Promoción de los esquemas voluntarios de afiliación a la seguridad social dirigidos a trabajadores no asalariados y a las familias con capacidad de pago.

Línea de acción 5.3 Ordenar y regular el prepago privado

La promoción del prepago privado entre los segmentos de la población con capacidad económica suficiente es otra acción dirigida a la protección financiera de las familias. Esta acción se constituirá en complemento del seguro popular y de la seguridad social.

Si bien los seguros de gastos médicos mayores cuentan con redes de prestadores de servicios, esto obedece no tanto a la finalidad de articular de manera eficiente la prestación sino a la búsqueda de ahorros. Esta situación debe evolucionar. La promoción de la cultura del aseguramiento se enfocará en los planes integrales de salud, que cubren una gama más amplia de servicios, incluyendo servicios preventivos.

Entre 1998 y 1999 las autoridades de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y la SSA definieron un marco jurídico que dio origen a las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), mismas que en los próximos años constituirán una opción atractiva de prepago privado en el país.

Para los próximos años se proponen las siguientes actividades en esta materia:

- La introducción en el corto plazo de la articulación de servicios de salud dentro del marco normativo de la SSA para así poder supervisar la operación de todos los planes integrales de salud, independientemente de que las empresas que los ofrezcan incurran en riesgo financiero (como lo hacen las ISES) o únicamente se dediquen a la articulación de servicios. De esta manera se ordenará el mercado de prepago privado, garantizando a los usuarios un nivel de calidad mínimo en la administración de servicios de salud.

PAGO ANTICIPADO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD

El prepago disminuye el riesgo de enfrentar gastos catastróficos

La promoción del prepago privado entre los segmentos de la población con ingresos medios y altos, como complemento del aseguramiento social es otra de las acciones vinculadas a la protección financiera de las familias.

Cuando una familia opta por recibir atención médica privada, el prepago le ofrece la ventaja de disminuir su riesgo de enfrentarse a gastos catastróficos, como sucede con cualquier tipo de seguro. En asuntos de salud la opción de pagar antes de enfrentar el problema de salud resulta extraordinariamente benéfica en la medida en que cuando la enfermedad es grave no sólo puede ser costosa, sino que puede dejar al enfermo sin la posibilidad de continuar percibiendo ingresos económicos.

No obstante, en la actualidad sólo dos por ciento del gasto total en salud se realiza mediante esta forma de aseguramiento, primordialmente a través de la compra de seguros de gastos médicos mayores (SGMM). Dentro de las razones que explican la baja difusión del prepago se encuentran: i) la escasa cultura del aseguramiento en el país; ii) los altos costos de los SGMM derivados de una población selecta; iii) el hecho de que estos seguros no cubren todas las necesidades de atención, lo que implica pagos adicionales (usualmente en

consultas y medicamentos), y iv) el que los trámites para hacer uso de los servicios sean complejos y los pagos de las primas no sean deducibles de impuestos.

El fomento del prepago privado puede extender la cultura del aseguramiento y reducir las primas al ampliar la base de asegurados, en especial de aquellos seguros que cubren de manera amplia las necesidades de salud y otorgan una atención integral con acciones preventivas, diagnósticas, curativas y de rehabilitación, prestadas en forma articulada y eficiente. Entre los beneficios directos de este tipo de planes están:

- la reducción de la frecuencia del pago directo de bolsillo (lo que disminuye el riesgo de gastos catastróficos);
- la libre elección de prestadores de servicios por parte del paciente;
- la mejoría en el nivel de salud de los asegurados (ya que la atención se ofrece sin segmentaciones, haciendo uso eficiente de los mecanismos de referencia y contrarreferencia, y prestando atención temprana a padecimientos que en fases tardías requieren de atención más sofisticada), y

- el aumento de los recursos de las instituciones públicas para atender las necesidades de la población que no puede realizar un prepago privado (por efecto de la disminución de la demanda de servicios públicos por aquellos que optaran por el sistema de prepago privado).

Existen diferentes estrategias para promover la cultura del prepago, pero la más efectiva es la difusión de las ventajas que proporciona la agregación de fondos y riesgos. Otra estrategia puede ser la deducibilidad de los seguros de salud. Esto permitiría hacer compatible las políticas de salud con una política fiscal saludable.

Paralelamente, las autoridades del país deberán actualizar la regulación de estas formas de financiamiento y atención de la salud para garantizar su viabilidad financiera, impedir la selección de riesgos y evitar aquellas prácticas dirigidas al control de costos que pudieran afectar de manera negativa la calidad y oportunidad de la atención. En particular la SSA habrá de desarrollar mecanismos regulatorios que eviten la interferencia injustificada en la relación médico paciente.

- El fortalecimiento del papel regulatorio de la SSA en la supervisión de las ISES para que la administración de la salud no sea vista sólo como un negocio financiero, sino también como un vehículo para garantizar mejores servicios de salud, cada vez más accesibles en precio y con una oferta de servicios acorde con el perfil epidemiológico de los mexicanos.
- Fomento de los esquemas de prepago privado mediante la deducibilidad de los seguros de salud. El objetivo es promover la cultura del aseguramiento y, en particular, la adquisición de seguros de salud que ofrecen servicios integrales (véase línea de acción 1.4).

El Programa de Acción para la Protección Financiera en Salud contempla la oferta gradual de alguna modalidad de seguro de salud a todos los hogares del país, sin importar su condición laboral, ubicación geográfica o capacidad de pago

Línea de acción 5.4. Articular el marco de aseguramiento en salud

El Programa de Acción para la Protección Financiera en Salud contempla la oferta gradual de alguna modalidad de seguro de salud a todos los hogares del país, sin importar su condición laboral, ubicación geográfica o capacidad de pago. En los primeros dos años se concentrará en las familias urbanas con énfasis en los hogares de más bajos ingresos. A partir del segundo año el programa empezará a extenderse a la población rural con el reto de alcanzar una cobertura total para finales del año 2006.

Dentro de las actividades de coordinación y articulación del marco de aseguramiento se incluyen:

GASTOS CATASTRÓFICOS EN SALUD

En las familias de bajos ingresos, una simple infección de oído o la atención de un parto normal pueden dar lugar a gastos catastróficos

Toda familia, pobre o rica, puede enfrentar en cualquier momento la enfermedad de alguno de sus miembros. A menudo esto implica realizar gastos que podrían poner en riesgo su patrimonio.

Cuando la familia se ve obligada a pagar directamente el costo de los servicios médicos su capacidad para cubrir otras necesidades básicas, como la alimentación, la educación o la vivienda, puede verse súbitamente mermada. Para las familias de ingresos relativamente altos la decisión puede implicar vender sus bienes o gastar sus ahorros para cubrir el costo de tratamientos costosos. Pero en el caso de las familias pobres esta situación implica la posibilidad de arruinarse materialmente y perder el patrimonio de toda una vida. Lo más lamentable es que estas situaciones generalmente se presentan en casos de enfermedades

que podrían combatirse o incluso curarse con intervenciones a las que es fácil acceder cuando se cuenta con un seguro de salud, público o privado.

Se ha estimado que, al año, entre dos y tres millones de familias sufren gastos catastróficos por motivos de salud. La mayoría de estas familias tienen un ingreso menor a dos salarios mínimos y casi ninguna cuenta con seguridad social. Estas familias se arruinan después de cubrir gastos que podrían considerarse relativamente modestos.

De acuerdo con el último Censo Nacional de Población y Vivienda, 55 por ciento de la población mexicana recibe ingresos inferiores a dos salarios mínimos. Después de cubrir sus necesidades básicas, en especial la compra de alimento, el ingreso disponible es casi nulo. En estas familias, un gasto catastrófico puede originarse en una situación tan

simple como la indicación de antibióticos para un niño con infección de oído o la atención de un parto normal. Cubrir la prescripción en el primer caso costaría entre 200 y 800 pesos, y la atención del parto entre 1000 y 1500 pesos. Un gasto de esta magnitud puede ser desproporcionado para una familia que vive con un salario mínimo, porque los montos que deben cubrir representan entre 25 y 75 por ciento de sus ingresos totales disponibles en un mes después de la compra de alimentos. A estos gastos deben sumarse las pérdidas de ingresos que provoca la enfermedad, ya que cuando el padecimiento es grave el enfermo –o el padre o la madre del enfermo– tiene que dejar el trabajo. En ausencia de seguridad social, la desprotección financiera en salud se convierte en un problema de ética social y de salud pública.

El federalismo cooperativo en salud busca llevar las decisiones y los recursos a donde suceden las cosas, acercar los servicios a los ciudadanos y lograr una distribución más equitativa de oportunidades entre los distintos niveles de gobierno

- La vinculación directa de las aportaciones provenientes de impuestos generales que el Estado otorga para la salud con las necesidades de cada ciudadano o familia mexicana, sin importar la institución o dependencia, pública, social o privada, que presta el servicio.
- La vinculación de los recursos con la demanda y no con la oferta de servicios. La portabilidad de beneficios y derechos, propiciará que los recursos sigan al paciente y sus necesidades para con ello reducir las duplicidades y el doble pago de coberturas.
- La ampliación de la solidaridad del sistema mediante la articulación de planes de aseguramiento y la diversificación de riesgos entre grupos de población cada vez más grandes. La regulación del aseguramiento se enfocará a la promoción de planes anticipatorios del daño, a la detección y atención temprana de enfermedades crónico-degenerativas, a la promoción de planes integrales que sustituyan en lo posible el gasto de bolsillo por el prepago, y a la protección de los derechos de los ciudadanos asegurados mediante la diseminación de información y la participación ciudadana en las instancias de decisión (véase Estrategia 9).

ESTRATEGIA 6. Construir un federalismo cooperativo en materia de salud

Consolidar el federalismo es una prioridad del *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*. Con esto se busca llevar las decisiones y los recursos a donde suceden las cosas, acercar los servicios a los ciudadanos y lograr una distribución más equitativa de oportunidades entre los distintos niveles de gobierno.

En las últimas dos décadas, México realizó un notable avance en materia de federalización. No obstante, todavía existe una amplia agenda de pendientes en este rubro que incluye desde temas de financiamiento y rectoría hasta asuntos operativos y de coordinación. Para atender esta agenda se propone fortalecer el federalismo bajo un enfoque de cooperación que preserve los principios de solidaridad y corresponsabilidad.

Desde la perspectiva de la salud, el federalismo cooperativo busca articular un sistema que dé fuerza y solidez a la Federación en un marco de respeto a las atribuciones de los diferentes niveles de gobierno y mediante un proceso de revisión dinámica en la que la distribución equilibrada de facultades responda a las necesidades cambiantes del Sistema Nacional de Salud. Esto supone establecer arreglos de cooperación entre las entidades y la Federación.

Las líneas de acción que se proponen van dirigidas a uno o más de los cuatro niveles de gobierno en el que se enmarca el federalismo cooperativo: federal, estatal, municipal y regional.

El tema del financiamiento se aborda desde una perspectiva federal, ya que solo así puede garantizarse una contribución proporcional a la capacidad de pago y una redistribución proporcional a las necesidades de salud. Adicionalmente se considera el financiamiento de los servicios otorgados por los organismos descentralizados, cuyo ámbito de acción es regional. La descentralización de la SSA y la desconcentración de las instituciones de seguridad social buscan consolidar y extender la distribución de facultades y recursos en el nivel estatal. Las acciones de cooperación interestatal en el ámbito regional se dirigen a los servicios de alta especialidad y de salud pública. La necesidad de enfrentar riesgos que rebasan las fronteras estatales y aprovechar economías de escala requiere que éstos operen bajo esquemas de colaboración horizontal. Finalmente, se propone llevar la prestación de servicios hasta el plano municipal, siempre en función de la capacidad económica y organizativa de los gobiernos municipales.

La definición e implantación de una nueva fórmula para asignar recursos para la población no asegurada tiene como objetivo la equidad en el financiamiento

Línea de acción 6.1. Establecer nuevos mecanismos para la asignación equitativa de recursos

Las desigualdades en la distribución de los recursos para la salud entre instituciones, grupos de población, niveles de atención y estados exigen la revisión de los criterios y

6

ESTRATEGIA

Construir un federalismo cooperativo en materia de salud

Líneas de acción

- 6.1. Establecer nuevos mecanismos para la asignación equitativa de recursos
- 6.2. Culminar la descentralización de la SSA
- 6.3. Consolidar la desconcentración de los servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social
- 6.4. Fortalecer la cooperación interestatal en servicios de salud pública y servicios de especialidad
- 6.5. Reforzar el papel coordinador del Consejo Nacional de Salud
- 6.6. Municipalizar los servicios de salud

mecanismos para distribuir los recursos públicos, así como del análisis de alternativas de presupuestación que garanticen una mejor correspondencia entre recursos y necesidades de salud. Las reglas claras dan, además, mayor certidumbre a quienes manejan los recursos y prestan los servicios en los niveles regional, estatal y municipal, y facilitan las actividades de planeación y evaluación del gasto.

En esta materia, la presente administración llevará a cabo las siguientes actividades:

- Definición de una nueva fórmula de captación ajustada para asignar recursos para la población no asegurada. Para ello se propondrá la revisión de los lineamientos de la Ley de Coordinación Fiscal para distribuir los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) para población no asegurada entre los estados, en particular el componente que se asigna a través de una fórmula cuyo objetivo principal es fomentar la equidad en el financiamiento. El diseño y uso de esta fórmula representó un paso adelante en la federalización de la atención a la salud. Sin embargo, su uso se limita a la distribución de los recursos remanentes, es decir, los recursos que quedan una vez asignado el gasto de personal y operación. Como parte del rediseño de esta fórmula se evaluará su impacto a través del tiempo y la posible inclusión de otras variables que la complementen o le den mayor solidez. En particular se analizarán alternativas que permitan medir las diferencias entre entidades en lo que se refiere a necesidades de salud, esfuerzo estatal (aportaciones) y desempeño. Al considerar el desempeño de los servicios se promoverá una mayor eficiencia en el uso de los recursos. Sin embargo, será importante garantizar que la promoción de la eficiencia no distorsione el impacto de las variables utilizadas para promover la equidad.
- Diseño de una política de aplicación de la fórmula que considere una fase de transición gradual hacia la equidad presupuestal. Esta será acordada con los estados a través del Consejo Nacional de Salud. En particular se propone incrementar la porción del presupuesto asignado de acuerdo a criterios de equidad.
- Definición de criterios explícitos para la asignación del presupuesto global de inversión que reflejen las necesidades de expansión de la infraestructura en correspondencia con la demanda de servicios. Estos criterios deberán ser consistentes con los criterios de equidad utilizados para la asignación de los recursos operativos.
- Utilización de mecanismos de presupuestación o pago en las instituciones descentralizadas cuyo ámbito de operación es regional consistentes con la demanda observada de servicios, tanto en la SSA como en otras instituciones públicas.
- Utilización de información sobre el volumen y complejidad de la actividad hospitalaria para estimar los costos de atención en las unidades hospitalarias. Esto requiere la implantación de sistemas de información del producto hospitalario, como los GRD. El instrumento idóneo para llevar a la práctica en el ámbito regional mecanismos de presupuestación o pago por servicios es la gestión por contrato, a la que se hace referencia en la estrategia “Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud”.

Se promoverá la utilización de mecanismos de presupuestación o pago en las instituciones descentralizadas cuyo ámbito de operación es regional consistentes con la demanda observada de servicios

- Implantación de mecanismos de presupuestación acompañados de un mínimo de definiciones, criterios y sistemas de programación, presupuestación y registro del gasto que sean homogéneos y permitan consolidar la información de gasto a escala nacional. Esta acción apoyará la implantación del Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud así como las actividades de evaluación del desempeño y de planeación (véanse líneas de acción 7.7 y 7.8).
- Promoción al interior de los Organismos Públicos Descentralizados de Servicios de Salud (OPD) y otros organismos descentralizados (Institutos Nacionales y de Seguridad Social) de una asignación de recursos más objetiva y transparente, que busque reducir la inequidad entre delegaciones, comunidades y municipios, y que preserve el principio de solidaridad.

Desde los años ochenta se ha avanzado en la transferencia de recursos operativos, actividades sustantivas y recursos financieros

Línea de acción 6.2. Culminar la descentralización de la SSA

El proceso de federalización en la SSA da inicio en los años ochenta, cuando se ponen en marcha las estrategias de descentralización de los servicios de salud para población abierta. En los años noventa, a través de la firma del Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud y de los Acuerdos de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud de las entidades federativas se reforzó el pacto federal en esta materia con la creación de los OPD, que cuentan con personalidad jurídica, patrimonio y órganos de gobierno propios. La Ley de los Institutos Nacionales de Salud, por su parte, emitida en 2000, ha dotado a estos organismos de un marco legal más acorde con sus actividades y les ha proporcionado mayor autonomía de gestión.

Los asuntos pendientes de la descentralización tendrán que atenderse en los primeros años de esta administración

Como resultado de estos esfuerzos se ha avanzado en la transferencia de recursos operativos, actividades sustantivas y recursos financieros. Con la descentralización de los recursos operativos se transfirieron a los estados bienes muebles e inmuebles mediante acuerdos firmados por las dependencias federales involucradas en el proceso, los gobiernos estatales y los representantes sindicales. En materia de recursos humanos, además, se entregaron a los estados plazas que dependían directamente de la SSA en el nivel federal y se homologaron plazas estatales. En el componente sustantivo, se descentralizaron los procesos de programación, supervisión y evaluación en materia de salubridad general, así como diversas actividades de regulación y fomento sanitario. Finalmente, en materia financiera, se transfirió el presupuesto autorizado correspondiente a servicios personales, gasto de operación y gasto de inversión.

Sin embargo, todavía quedan asuntos pendientes. Con el fin de atenderlos, se llevarán a cabo las siguientes actividades:

- Incorporación de elementos de equidad, rendición de cuentas y evaluación en la asignación presupuestal, con base en los Acuerdos de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud planteados en el artículo 9 de la Ley General de Salud.
- Finiquito de la cesión de bienes muebles e inmuebles.
- Descentralización de la nómina y el recurso de pago a los trabajadores.

- Transferencia a los estados del PAC en todos sus componentes.
- Culminación de la transmisión de funciones y atribuciones en materia de regulación sanitaria estatal.
- Conclusión de la transferencia de los procesos administrativos a las entidades federativas.
- Transferencia de las instalaciones de atención médica que aún tengan dependencia directa de la SSA al Gobierno del Distrito Federal.
- Fortalecimiento del proceso de autonomía y asignación de recursos de los Institutos Nacionales de Salud como centros de referencia y excelencia docente e investigación para todo el país.
- Desconcentración de las funciones administrativas y de salud pública al nivel jurisdiccional, vinculándolas con los municipios.

Línea de acción 6.3. Consolidar la desconcentración de los servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social

Como parte de una estrategia de modernización y fortalecimiento, en 1995 el IMSS modificó su estructura orgánica mediante la definición de cuatro diferentes niveles de operación: central, regional, delegacional y la unidad de atención.

Bajo el principio de autonomía de gestión, en 1998 dio inicio un programa de desconcentración presupuestal y de procesos y facultades cuyo eje ha sido la constitución de siete direcciones regionales que agrupan a las 37 delegaciones, y el inicio de la conformación de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD). Los objetivos de este programa son los siguientes: i) resolver en forma expedita los problemas que se presentan cotidianamente en las unidades de servicio; ii) facultar la toma de decisiones en el nivel local evitando elementos innecesarios de control; iii) favorecer el desarrollo directivo; iv) separar el financiamiento de la provisión de servicios, y v) mejorar la calidad y oportunidad de la atención a la salud.

En la presente administración el IMSS buscará definir, mediante acuerdos presupuestales y de gestión, los compromisos y facultades explícitos y formales de las diversas instancias normativas y operativas en los cuatro niveles ya señalados. La creación de nuevos modelos presupuestales que toman en cuenta elementos de equidad en la asignación de recursos servirán de apoyo para este cambio de modelo organizacional.

Actualmente los presupuestos que se negocian con las delegaciones, con algunas AMGD y con los hospitales de tercer nivel tienen como objetivo:

- acercar la toma de decisiones a la problemática de la prestación de los servicios de salud;
- adecuar la asignación de recursos a las necesidades locales;
- otorgar mayor certidumbre sobre las posibilidades presupuestales y financieras de la región y sus delegaciones;
- mejorar el conocimiento de la operación presupuestal y financiera de los servicios que prestan las unidades operativas;

El IMSS busca definir, mediante acuerdos presupuestales y de gestión, los compromisos y facultades explícitos y formales de las distintas instancias normativas y operativas en los niveles central, regional, delegacional y de atención

- desarrollar la función de planeación para la cobertura de los servicios a nivel regional y delegacional;
- fortalecer los sistemas de información, así como los procedimientos para solicitar información y desarrollar acciones de evaluación y control, y
- apoyar la gestión médica, social y administrativa a partir de las metas de calidad en los diversos ámbitos delegacionales.

Con el propósito de consolidar el proceso de desconcentración del IMSS, se llevarán a cabo las siguientes actividades:

- Elaboración de la normatividad para la ampliación de la autonomía técnica presupuestal y de gestión de las delegaciones, AMGD y hospitales de tercer nivel.
- Desarrollo de acciones de control, seguimiento y evaluación correspondientes al proceso de desconcentración.

ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL A LAS ENTIDADES FEDERATIVAS: LECCIONES DE LA DESCENTRALIZACIÓN

La asignación presupuestal sigue basada fundamentalmente en el gasto histórico, que no necesariamente refleja las necesidades de salud de la población ni garantiza la redistribución de los recursos entre entidades

Entre 1995 y 2000 se dieron enormes avances en la descentralización de los servicios de salud dirigidos a la población no asegurada: la toma de decisiones y el control de los recursos humanos, materiales y financieros de la SSA pasó a manos de las entidades federativas.

En el momento actual, los recursos federales asignados a los estados se transfieren mediante un fondo específico denominado Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) ubicado en el Ramo 33 del Presupuesto de Egresos de la Federación. La SSA distribuye los recursos según los lineamientos establecidos en la Ley de Coordinación Fiscal, que establece que esta distribución debe considerar, en términos generales:

- el inventario de infraestructura médica y las plantillas de personal;
- las previsiones para el pago de servicios personales;
- el gasto de operación e inversión, y
- los recursos destinados expresamente a promover la equidad en los servicios de salud.

Los primeros tres componentes se determinan básicamente a partir del presupuesto asignado en el ejercicio fiscal inmediato anterior y el número de plazas existente, más los ajustes o incrementos que se autoricen cada año en el nivel federal. Esto significa que la asignación presupuestal sigue basada fundamentalmente en el gasto histórico, que no necesariamente refleja las necesidades de salud de la población ni garantiza de manera explícita la redistribución del gasto entre entidades.

Los recursos del cuarto componente se distribuyen mediante una fórmula que toma en cuenta las necesidades de salud de los estados. Esta fórmula tiene como objetivo explícito reducir las desigualdades en el gasto, ya que otorga recursos adicionales a aquellos estados que presentan "rezagos" o "déficits" presupuestales con respecto a un "gasto mínimo aceptable". Este gasto mínimo depende, a su vez, del volumen de la población no asegurada en cada estado y de un gasto mínimo per cápita ajustado por dos variables que sirven para aquilatar las necesidades de salud locales: la razón de mortalidad estandarizada y el índice estandarizado de marginación.

Este mecanismo de asignación presupuestal, sin embargo, se usa únicamente para distribuir los remanentes del FASSA, es decir, los recursos excedentes después de cubrir sueldos, salarios y gastos de operación e inversión. Si bien este monto, en principio, promueve la equidad al beneficiar sólo a los estados en situación de "déficit presupuestal", en la práctica representa una fracción mínima del total distribuido mediante el FASSA. De seguirse utilizando esta fórmula para distribuir los recursos, las diferencias entre los estados tardarán décadas en desaparecer.

Los mecanismos de asignación actual, además, no contemplan ciertos aspectos metodológicos relevantes, como los criterios para establecer el gasto mínimo per cápita que sirve como punto de partida. Por otra parte, las necesidades de salud que se reflejan en las variables usadas son aquellas que tienen impacto sobre la tasa de mortalidad y se relacionan con la pobreza y el rezago en salud.

Sin embargo, hay necesidades de salud que podrían estar subrepresentadas, como algunos padecimientos emergentes que producen más discapacidad que mortalidad. La fórmula tampoco considera la contribución del gasto estatal a los servicios de salud, que es un elemento fundamental en el combate a las desigualdades entre estados.

La transferencia de recursos hacia las entidades federativas y el consecuente cambio de responsabilidad en la operación de los programas de salud ha carecido, asimismo, de instrumentos para evaluar la operación descentralizada de los servicios. Esto se explica, en parte, por la existencia de sistemas de programación-presupuestación diferentes entre los gobiernos federal y estatales. En estas condiciones resulta difícil establecer un vínculo entre el presupuesto asignado y el adecuado ejercicio del gasto.

Si bien la fórmula actual de asignación de recursos constituyó un gran avance, aún no es suficiente para reducir las desigualdades entre las entidades federativas. Para garantizar que las diferencias se cierren será necesario distribuir un mayor porcentaje del presupuesto con base en criterios de equidad. Por esto es importante que la fórmula se re-evalúe y valide metodológicamente, a fin de que refleje con mayor precisión las necesidades de salud en cada estado y genere los incentivos adecuados para promover la equidad, sin menoscabo de otros objetivos del sistema de salud. No obstante, tampoco es suficiente contar con una fórmula metodológicamente bien fundamentada. Es necesario también que la fórmula cuente con legitimidad, consenso y aceptación en los estados.

Línea de acción 6.4. Fortalecer la cooperación interestatal en servicios de salud pública y servicios de especialidad

No todas las entidades federativas cuentan con infraestructura de alta complejidad. Asimismo, la racionalidad en la aplicación de los recursos presupuestales no justifica la creación de unidades de este tipo cuando se anticipa una baja demanda. Más aún, en el caso de los padecimientos de alta complejidad se requiere de la atención concentrada de un número suficiente de casos a fin de desarrollar la experiencia y habilidades clínicas necesarias para su manejo.

Por otra parte, el uso de los servicios de primer nivel de atención o de mayor complejidad por habitantes de estados circunvecinos es una práctica habitual, condicionada por la cercanía geográfica y los flujos de población relacionados con la actividad comercial y económica de las diversas regiones. Asimismo, la atención necesaria para realizar actividades de salud pública rebasa en muchos casos las fronteras territoriales.

Por estas razones, se requiere de un esfuerzo conjunto que integre algunos servicios e intervenciones en un ámbito regional. Con este fin, la presente administración llevará a cabo las siguientes actividades:

La necesidad de compartir infraestructura de alta complejidad requiere de un esfuerzo conjunto que integre servicios e intervenciones en el ámbito regional

- Diseño e instrumentación de acuerdos de coordinación interestatal dirigidos a núcleos demográficos que involucran a dos o más estados en los siguientes ámbitos: vigilancia epidemiológica, urgencias epidemiológicas y desastres, adquisición de insumos mediante compras consolidadas, apoyo logístico para la dotación de suministros a regiones colindantes, asesoría e intercambio de experiencias en áreas administrativas y programas sustantivos, referencia y atención de pacientes que requieren atención médica de alta especialidad, y capacitación y asesoría en atención médica especializada.
- En el caso específico de los laboratorios de salud pública, se propone la creación de laboratorios regionales en por lo menos cinco puntos del país. Estos centros, además de ser la primera instancia de referencia, procesarán pruebas que en la actualidad no realizan los laboratorios estatales. El nivel federal brindará todo el apoyo, capacitación y asesoría para el mejor desempeño de sus funciones.
- Traspaso de recursos entre entidades de acuerdo con los compromisos, acciones y atención otorgados. Los acuerdos de gestión, así como el establecimiento de mecanismos de presupuestación o pago por nivel de atención (véanse las líneas de acción 6.1 y 8.4) servirán como instrumentos para sustentar la cooperación interestatal.

Línea de acción 6.5. Reforzar el papel coordinador del Consejo Nacional de Salud

El Consejo Nacional de Salud (CNS), que incorpora a los titulares de las secretarías de salud de los estados y del Distrito Federal, se creó en 1986 con el propósito de fortalecer la coordinación de los servicios de salud entre las entidades federativas y la SSA bajo el nuevo esquema de descentralización. Su propósito fundamental es apoyar el cumpli-

miento del Programa Nacional de Salud, la consolidación del Sistema Nacional de Salud y la federalización plena de los servicios de salud. Además de ser un foro para el diálogo en materia de salud, el CNS es el espacio donde se definen las prioridades y las grandes políticas, y se generan los acuerdos y consensos entre los miembros de la Federación.

Si bien el Consejo ha jugado un papel importante en la descentralización de los servicios de salud para población no asegurada, es necesario reforzar sus funciones para incorporarlo a la discusión de nuevas alternativas de organización, financiamiento y prestación de los servicios de salud, garantizando un verdadero federalismo cooperativo. De hecho, el principal objetivo de esta acción es constituir al CNS en un órgano colegiado de las autoridades sanitarias del país en el que se definan, coordinen y evalúen las políticas y programas estratégicos de salud, respetando la soberanía de los gobiernos estatales y municipales. Para ello se llevarán a cabo las siguientes actividades:

- Fortalecimiento de las recomendaciones emitidas en el seno del CNS.
- Establecimiento en el CNS de comisiones y grupos de trabajo para el estudio de problemas que influyen en la operación descentralizada de los servicios, a fin de emitir las recomendaciones necesarias.
- Promoción de acuerdos explícitos de cooperación interestatal en el desarrollo de programas y servicios en el ámbito regional, incorporando elementos que garanticen la viabilidad financiera de los acuerdos así como la clara definición de compromisos y responsabilidades.
- Promoción de la rendición de cuentas en los congresos locales, ante la ciudadanía y ante el propio CNS.

Línea de acción 6.6. Municipalizar los servicios de salud

La descentralización y desconcentración están guiadas por el principio de subsidiaridad, que indica que todo aquello que puede asumir un órgano de gobierno no debe ser asumido por sus autoridades superiores. Este principio encuentra su legitimación en el mayor conocimiento de la realidad que supone brindar los servicios a los ciudadanos bajo una perspectiva local. El fortalecimiento de los gobiernos locales, además, es consustancial a la construcción democrática ya que le asigna a los municipios un papel protagónico en la definición, operación y evaluación de políticas sociales.

La Ley General de Salud, en su artículo 13, señala que a los gobiernos de las entidades federativas les corresponde formular y desarrollar programas locales de salud en el marco del sistema estatal de salud. El municipio constituye la instancia natural para procesar efectivamente las demandas más inmediatas de la sociedad local.

La propuesta de esta administración es potenciar el papel y compromiso de los municipios no sólo en las acciones tradicionales de salud pública, el control de instalaciones o el saneamiento ambiental, sino también en la determinación de prioridades, la formulación y ejecución de los programas de salud en su ámbito territorial, la participación en los órganos de decisión de nivel estatal, la gestión directa de los servicios de atención de primer nivel, y las decisiones sobre construcción y ubicación de unidades médicas nuevas o la ampliación de las existentes.

El propósito fundamental del Consejo Nacional de Salud es apoyar el cumplimiento del Programa Nacional de Salud, la consolidación del Sistema Nacional de Salud y la federalización plena de los servicios de salud

Es necesario constituir al CNS en un órgano colegiado de las autoridades sanitarias del país en el que se definan, coordinen y evalúen las políticas y programas estratégicos de salud

Se propone potenciar el papel y compromiso de los municipios en la determinación de prioridades, la formulación y ejecución de los programas de salud en su ámbito territorial y la participación en los órganos de decisión de nivel estatal

Dado el reducido tamaño de algunos municipios y la escala de operación que se requiere para cumplir con algunas de las tareas que han de asumir, en muchos casos se promoverá la agrupación de municipios, la gestión mancomunada de los servicios o incluso la operación bajo el marco de la jurisdicción.

Este proceso de municipalización será progresivo y sin menoscabo de la coordinación y autoridad de las entidades federativas y las jurisdicciones sanitarias. Se efectuará de acuerdo con los contenidos, plazos, fórmulas de financiamiento y coordinación que determinen las entidades federativas. Para su diseño y puesta en marcha el CNS creará un grupo de trabajo *ad hoc* que emitirá recomendaciones sobre los siguientes aspectos:

- Balance y restricciones de las experiencias de municipalización de servicios de salud en los diferentes estados.
- Competencias susceptibles de ser asumidas en el nivel municipal y papel de la jurisdicción.
- Implicaciones legales, institucionales y en materia de recursos humanos, materiales y financieros de llevar nuevas responsabilidades al nivel municipal.

ESTRATEGIA 7. Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud

La Ley General de Salud le confiere a la SSA las funciones de rectoría sobre todo el sector, que comprende a todos los actores e instituciones, públicos o privados, federales o estatales que desempeñan actividades relacionadas directamente con la salud. Esto incluye la responsabilidad de conducir la política nacional en la materia y coordinar los programas de salud de las diferentes dependencias y entidades.

La función de rectoría ha evolucionado y hoy implica la separación de funciones y el abandono, por parte del Estado, de la prestación directa de servicios. Supone sobre todo la definición y conducción de las políticas de salud, la planeación estratégica, la regulación de bienes, servicios e insumos, la generación y el análisis de la información, y la evaluación del desempeño.

7
ESTRATEGIA

Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud

Líneas de acción

- 7.1. Fortalecer el papel coordinador del Consejo de Salubridad General
- 7.2. Fortalecer la coordinación intra e intersectorial
- 7.3. Promover la cooperación internacional
- 7.4. Reforzar la política de acceso y consumo razonado de medicamentos
- 7.5. Proteger a la población contra riesgos sanitarios
- 7.6. Fortalecer el Sistema Nacional de Información en Salud
- 7.7. Crear un Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud
- 7.8. Fortalecer la capacidad de evaluación del Sistema Nacional de Salud

La presente administración se propone fortalecer la función rectora de la SSA mediante la consolidación de su papel como instancia encargada del diseño e instrumentación de las políticas nacionales de salud, la coordinación de las actividades regulatorias, la representación internacional, la generación de información sectorial y la evaluación del desempeño.

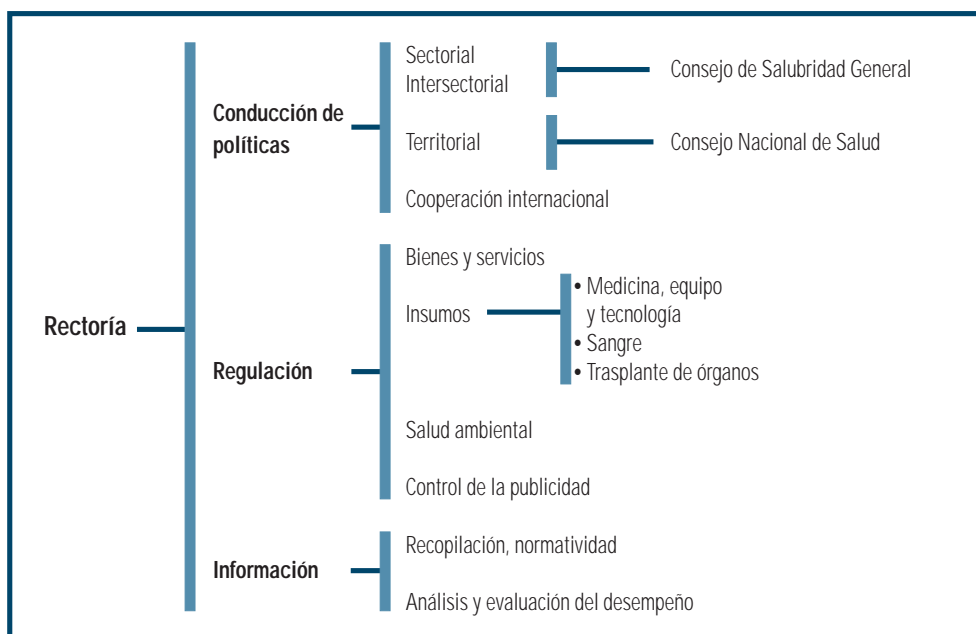
Línea de acción 7.1. Fortalecer el papel coordinador del Consejo de Salubridad General

El Consejo de Salubridad General (CSG) es un órgano constitucional que depende del Presidente de la República. Está presidido por el Secretario de Salud y se integra con un secretario y 13 vocales titulares especializados en diversas ramas sanitarias designados por el titular del Ejecutivo Federal. Su función primordial es la de funcionar como foro de análisis y decisión de temas sanitarios de importancia coyuntural o estratégica que obligan al Ejecutivo Federal a la consulta con expertos.

La función primordial del CSG es la de funcionar como foro de análisis y decisión de temas sanitarios de importancia coyuntural o estratégica

Como parte de su fortalecimiento, en la presente administración se diseñará un nuevo reglamento para el Consejo que contempla como uno de sus temas principales la creación de una Junta Ejecutiva para este órgano colegiado conformada por los titulares de la SSA, IMSS e ISSSTE que definirá políticas, estrategias y acciones conjuntas para el seguimiento y cumplimiento de las metas del *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. Esta Junta Ejecutiva contará con el auxilio de diversos comités y grupos de trabajo.

La relevancia de las funciones de la Junta Ejecutiva y de sus comités hará de ella el principal instrumento del CGS en el establecimiento de las directrices de las políticas de salud en nuestro país haciendo realidad la efectiva coordinación entre las instituciones de salud.



Actividades de rectoría de la Secretaría de Salud

Línea de acción 7.2. Fortalecer la coordinación intra e intersectorial

El trabajo coordinado entre las diversas instituciones de salud y los diversos sectores relacionados con la salud permite operar los programas de manera más eficiente en el nivel local. Por ello se propone no sólo continuar con el trabajo de coordinación de los siguientes órganos, sino reforzarlos y buscar la operación de algunos más para construir espacios de trabajo para los programas de acción derivados de este *Programa Nacional de Salud 2001-2006*:

- Consejo Nacional contra las Adicciones
- Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CONASIDA)
- Comisión Nacional de Bioética
- Comisión Nacional del Genoma Humano
- Comisión Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
- Comisión Intersectorial de Formación de Recursos para la Salud
- Comisión Intersectorial de Investigación en Salud
- Comité Nacional de Salud Bucal
- Comité Nacional para la Atención del Envejecimiento
- Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica
- Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva

Se propone reforzar los órganos de trabajo sectorial para facilitar el trabajo de las diferentes instancias dentro del sector salud y otros sectores, y los distintos niveles de gobierno

Estos órganos deberán participar activamente en la elaboración y ejecución de los programas de acción que correspondan a su ámbito; constituir el enlace oficial para facilitar el trabajo de diferentes instancias dentro del sector salud y otros sectores, y de las autoridades federales, estatales y municipales; colaborar con el CSG y con el CNS para conjuntar esfuerzos, de manera que sirvan como apoyo para instrumentar sus recomendaciones, y emitir lineamientos y normas que respondan al marco regulatorio establecido.

Línea de acción 7.3. Promover la cooperación internacional

En un mundo cada vez más globalizado, las fronteras entre las políticas nacionales e internacionales de salud son cada día más tenues. México, en particular, ha abierto en los últimos años sus fronteras al comercio y se ha incorporado a diversos bloques comerciales. Esto, aunado a la revolución de las comunicaciones y a la intensificación de los flujos migratorios, tiene enormes impactos en la salud. El gobierno de México, además, como miembro de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, ha adquirido compromisos internacionales muy diversos. Actualmente están vigentes 23 convenios internacionales en aspectos tan diversos como VIH-SIDA, salud de las mujeres, tuberculosis y trasplante de órganos y tejidos, entre otros.

De particular relevancia son los programas de salud fronteriza México-Estados Unidos, que contemplan, entre otras cosas, el diseño de la Cartilla Binacional de Salud que permitirá apoyar el control de enfermedades en ambos lados de la frontera.

Asimismo, los intercambios técnicos y académicos son de vital importancia tanto para reforzar la formación de recursos humanos, como para enriquecer el debate y la definición de políticas en materia de salud a partir de las experiencias internacionales.

En este ámbito la actual administración desarrollará las siguientes actividades:

- Seguimiento de los compromisos internacionales adquiridos en materia de salud.
- Fortalecimiento de la presencia de México en los organismos multinacionales de salud, en particular en la OMS, la Organización Panamericana de la Salud, UNICEF, el Fondo de Naciones Unidas para Población, y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Incremento de la presencia de México en materia de salud en organismos de cooperación multilateral como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, la Organización de Estados Americanos, la Comisión de Cooperación Ambiental de Norte América, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de las Naciones Unidas, la Comisión Interamericana de Mujeres y la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, entre otros.
- Consolidación de las relaciones con organismos de cooperación internacional de otras naciones.
- Evaluación de alternativas para garantizar la atención permanente de las necesidades de salud de los migrantes mexicanos en Estados Unidos.
- Fortalecimiento de vínculos de colaboración y cooperación con los países limítrofes de México: Estados Unidos, Guatemala y Belice.

La actual administración promoverá el seguimiento de los compromisos internacionales y el fortalecimiento de la presencia de México en los organismos multinacionales

Línea de acción 7.4. Reforzar la política de acceso y consumo razonado de medicamentos

Los medicamentos son un componente esencial de la atención de la salud. Sin embargo, para que puedan cumplir adecuadamente con su papel, es necesario garantizar su efectividad y seguridad, su abasto suficiente y oportuno, su prescripción racional, y su venta en las presentaciones adecuadas y a un costo razonable.

Con el fin de cumplir con estos requerimientos, la presente administración realizará las siguientes actividades en materia de medicamentos:

- Revisión de los mecanismos de elaboración del Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel y del Catálogo de Insumos para el segundo y tercer niveles de atención, con el fin de fortalecer su papel de referencia común para todas las instituciones del sector salud. En particular se trabajará en la elaboración de una lista de medicamentos e insumos esenciales para el primer nivel de atención bajo los siguientes criterios: ser de alta efectividad demostrada y bajo costo; estar indicados para los padecimientos agudos de más alta incidencia entre la población pobre; estar indicados

La SSA promoverá una política de medicamentos que garantice su efectividad y seguridad, su abasto suficiente y oportuno, su prescripción racional y su venta en las presentaciones adecuadas y a un costo razonable

para los padecimientos crónicos de más alta prevalencia en el país; ser fundamentales para los programas prioritarios de salud pública, y tener la posibilidad de comercializarse preferentemente como genéricos intercambiables (GI).

- Promoción del diseño y operación de sistemas eficientes de abasto de los medicamentos esenciales y del surtimiento de recetas en las unidades médicas de primer nivel de las instituciones públicas de salud. La meta es que en el año 2006, 90 por ciento de las unidades médicas de primer nivel de atención de las instituciones públicas cuenten con un abasto permanente de al menos 80 por ciento de los productos incluidos en la lista de medicamentos esenciales.
- Concertación de acciones con la industria farmacéutica, los distribuidores de medicamentos y las farmacias para asegurar el abasto suficiente y oportuno de los medicamentos esenciales en todas las farmacias del sector privado.
- Fomento del consumo de medicamentos GI, introduciendo los incentivos adecuados para los fabricantes; promoviendo su inclusión en las guías de prescripción actualmente disponibles en farmacias y su compra por las instituciones públicas de salud, y garantizando el cumplimiento de la regulación en materia de prescripción por nombre genérico.
- Por lo que respecta al marco jurídico existente en materia de regulación de la promoción y venta de medicamentos al público, se propone el fortalecimiento de las actividades de vigilancia y control de los expendios de medicamentos.
- Elaboración de guías de prescripción razonada que incorporen además de los datos usualmente contenidos en las publicaciones técnicas disponibles en México, información relevante de medicina basada en evidencia y de costos. El uso de estas guías deberá estar vinculado al uso de las guías clínicas para la práctica médica.
- Capacitación del personal de salud y de farmacias sobre las ventajas del uso racional de medicamentos.
- Implantación de mecanismos para hacer efectivo el derecho de los pacientes a la información.
- Promoción de las evaluaciones de costo-efectividad de los nuevos medicamentos como criterio para informar las compras de las instituciones públicas de salud.

Línea de acción 7.5. Proteger a la población contra riesgos sanitarios

El Estado tiene la responsabilidad de proteger a la sociedad contra riesgos a la salud ocasionados por el uso y consumo de alimentos, bebidas, medicamentos, equipos médicos, productos de perfumería, belleza y aseo, nutrientes vegetales, plaguicidas y otros productos y sustancias. También está encargado de la prevención y control de los efectos nocivos de los factores ambientales sobre la salud.

Para cumplir con estas responsabilidades, la Ley General de Salud confirió a la SSA, entre otras atribuciones, el ejercicio del control sanitario sobre el proceso, uso, importación, exportación, aplicación, disposición final y publicidad de los productos antes mencionados, así como sobre los establecimientos respectivos.

En la actualidad, el ejercicio de estas funciones está fraccionado por especialidades que desempeñan diversas unidades administrativas centrales, que han dado origen a políticas, estrategias y actividades administrativas muy diversas.

Adicionalmente, ante la creciente aparición de nuevos productos en el mercado cuya seguridad debe garantizarse, es necesario diseñar nuevas medidas y acciones para detectar y prevenir oportunamente los riesgos y daños a la salud que pudieran originar. La inversión en protección contra riesgos a la salud, además, es consistente con los principios de desarrollo sustentable.

Por estos motivos, la presente administración adoptará las siguientes medidas en esta materia:

- Integración del ejercicio de la totalidad de las funciones de control sanitario en un solo órgano que dé unidad y homogeneidad a las políticas que en esta materia se definan y que cuente con autonomía técnica, administrativa y operativa suficiente.
- Creación de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios como órgano desconcentrado de la SSA encargado de la regulación, control y fomento sanitarios.

Para proteger a la población contra riesgos sanitarios se integrará el ejercicio de la totalidad de las funciones de control sanitario en un sólo órgano que dé unidad y homogeneidad a las políticas en esta materia

Esta comisión tendrá como funciones básicas las siguientes:

- Instrumentar la política nacional en materia de protección contra riesgos sanitarios.
- Mejorar la regulación y el control sanitarios.
- Ejercer el control y vigilancia sanitarios, y la evaluación de riesgos a la salud derivados de los productos, actividades y establecimientos materia de su competencia.
- Ejercer las atribuciones que actualmente tiene la SSA en materia de efectos del ambiente en la salud, residuos peligrosos, saneamiento básico y accidentes que involucren sustancia tóxicas, peligrosas o radiaciones.

La Comisión contará con un órgano auxiliar de consulta y opinión denominado Consejo Consultivo Mixto, compuesto por representantes de agrupaciones, asociaciones, cámaras o empresas del sector privado, social, productivo y de servicios relacionados directamente con las actividades objeto de la Comisión, así como por personas que se distinguen por sus méritos académicos o científicos en áreas relacionadas. Su función fundamental será conocer y opinar sobre las políticas regulatorias y de fomento que determine o implante la Comisión, así como sobre las prioridades en la normalización y la simplificación de trámites y procedimientos.

Línea de acción 7.6. Fortalecer el Sistema Nacional de Información en Salud

La generación de información en salud en México ha tratado de responder a los cambios en los perfiles demográfico y epidemiológico, y a las transformaciones de nuestras instituciones de atención a la salud. En este proceso ha sido incorporado a su arsenal

La generación de información en salud en México debe responder a los cambios en los perfiles demográfico y epidemiológico, y a las transformaciones de nuestras instituciones de atención a la salud

tradicional de instrumentos nuevas metodologías y nuevos indicadores. Así, se ha transitado de una multiplicidad de sistemas institucionales de información a un Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) que confronta, de manera regular, las fuentes de información y establece equivalencias entre los diversos datos originados dentro y fuera del sector. Esto ha permitido apoyar de manera creciente las actividades de planeación y la toma de decisiones.

La instancia operativa que ha conducido la conformación del SINAIS es el Grupo Interinstitucional de Información en Salud, que está constituido por representantes de todas las instituciones públicas de salud y de las agencias federales encargadas de la generación y recopilación de éste y otro tipo de información (INEGI, CONAPO, entre otras). En fechas recientes se han incorporado también a este grupo a representantes de diversas instituciones del sector privado.

Mención especial merece también el Sistema Único de Información y Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), que recoge información periódica sobre una gran variedad de enfermedades transmisibles y sobre ciertos padecimientos no transmisibles. Este sistema proporciona información muy útil para la operación regular de los servicios y para el control de brotes y epidemias.

Para generar información homogénea se han tenido que conciliar al menos ocho sistemas institucionales de información y diversos subsistemas, cada uno de los cuales tienen formatos de captación que responden a marcos conceptuales diferentes, que a su vez responden a los propósitos y alcances de cada institución. Un ejemplo muy claro son algunas instituciones privadas que no utilizan las clasificaciones de enfermedades aceptadas internacionalmente. Asimismo, la infraestructura tecnológica y el desarrollo técnico de los recursos humanos en estas áreas no son los mismos en todas las instituciones. Esto, por supuesto, ha repercutido en la disponibilidad, oportunidad, compatibilidad y calidad de la información.

Por otro lado, la información de carácter administrativo, útil para la planeación y operación de los servicios, se ha ido incorporando de manera muy lenta a los sistemas institucionales de información en salud y de manera todavía más lenta al sistema sectorial.

La consolidación del SINAIS, por lo tanto, depende de tres factores: i) la armonización progresiva de los sistemas institucionales; ii) la incorporación paulatina de la información administrativa a los sistemas institucionales y al sistema sectorial y iii) la incorporación efectiva de la información del sector privado.

Dentro de las estrategias centrales en este rubro destaca la profesionalización de los recursos humanos en el área de información mediante el diseño de programas de capacitación y educación continua, y de estructuras de incentivos que minimicen la movilidad laboral y promuevan la excelencia.

Dentro de las acciones que habrán de llevarse a cabo en esta administración en este rubro se incluyen las siguientes:

- Fortalecimiento y armonización de la red informática del SINAIS.
- Consolidación hasta el nivel jurisdiccional y delegacional de la automatización de los reportes periódicos de la información en salud.
- Evaluación de la incorporación paulatina de la información administrativa a los sistemas institucionales de información en salud y al SINAIS.

La consolidación del SINAIS depende la armonización de los sistemas institucionales, la incorporación paulatina de la información administrativa a los sistemas institucionales y al sistema sectorial y la incorporación efectiva de la información del sector privado

- Finalización de la elaboración, análisis y revisión de la Norma Oficial Mexicana de Información en Salud.
- Automatización de la codificación de la Causa Básica del Certificado de Defunción.
- Creación de un servicio civil de carrera en el área de información en salud de las instituciones públicas.
- Fortalecimiento del sistema de comunicación de resultados de los Sistemas Nacional de Información en Salud y de Evaluación del Desempeño.
- Integración del SINAIS al Centro de Análisis e Información de la Presidencia de la República.
- Incorporación de la perspectiva de género en la definición de indicadores y la desagregación de la información que se genere por edad y sexo.

Se creará un sistema de cuentas nacionales y estatales de salud que apoyará el financiamiento y la asignación de recursos

Línea de acción 7.7. Crear un Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud

Otro reto pendiente es el desarrollo de un sistema de información financiera que permita captar no sólo los recursos gastados sino también los flujos al interior de las instituciones del sector para así conformar un sistema de cuentas nacionales y estatales de salud que permita apoyar la toma de decisiones en materia de financiamiento y asignación del gasto. Este sistema debería permitir desagregar la información de gasto no solo por fuente, fondo y proveedor, sino también por tipo y nivel de atención, grupos de edad y sexo, y tipos de padecimientos, entre otras variables.

Para atender este reto, la presente administración llevará a cabo las siguientes actividades:

- Creación dentro del SINAIS de un sistema de cuentas nacionales de salud.
- Creación, en todas las entidades federativas, de sistemas de cuentas estatales de salud.
- Uso del sistema de cuentas nacionales y estatales de salud como mecanismo de apoyo en materia de financiamiento y asignación de recursos.

La evaluación del desempeño del sistema de salud es uno de los principales instrumentos de la SSA para cumplir con sus funciones de rectoría

Línea de acción 7.8. Fortalecer la capacidad de evaluación del Sistema Nacional de Salud

La evaluación del desempeño del sistema de salud es uno de los principales instrumentos de la SSA para cumplir con sus funciones de rectoría. Además de evaluar el cumplimiento de los objetivos del sistema constituye un mecanismo básico de rendición de cuentas.

La evaluación del desempeño tiene como fin medir la magnitud de los cambios en los productos sustantivos del sistema: i) el nivel y la distribución de las condiciones de salud de la población; ii) el nivel y distribución del trato adecuado y iii) la protección financiera. Esta información permite ajustar políticas, hacer más eficiente la gestión de los programas y hacer más justa y racional la asignación de los recursos.

PRESCRIPCIÓN INJUSTIFICADA DE MEDICAMENTOS Y AUTOMEDICACIÓN

Uno de cada cuatro mexicanos que compra medicamentos sin receta los adquiere en forma combinada y en presentaciones de eficacia y seguridad dudosas

Aunque la mayoría de los sistemas de salud actualmente enfrentan problemas para disponer de medicamentos baratos, suficientes y de buena calidad, es indudable que también es un reto lograr que los medicamentos disponibles sean utilizados en forma racional. De hecho, los dos principales problemas relacionados con el uso incorrecto de los medicamentos en México son la prescripción injustificada y la automedicación.

La *prescripción injustificada* se refiere a la indicación indebida de medicamentos por parte de un profesional de la salud. Este problema es relativamente frecuente, sobre todo en el uso de antibióticos para el tratamiento de problemas relativamente benignos, de corta duración y autolimitantes, como algunas diarreas e infecciones respiratorias agudas.

La prescripción injustificada incrementa el riesgo de los pacientes y propicia la aparición de tolerancia y resistencia a los medicamentos. Además, el hecho de que uno de cada cinco pacientes atendidos por profesionales reciba entre tres y cinco medicamentos simultáneamente, incrementa el riesgo de presentación de interacciones medicamentosas y reacciones adversas.

Una consecuencia de la prescripción injustificada que casi nunca se considera es el incremento de los costos de la atención. Se sabe que 93 por ciento de los usuarios de los servicios de salud reciben prescripción medicamentosa y que alrededor

de la mitad pagan directamente de su bolsillo el costo de las medicinas prescritas. Este pago es más frecuente conforme la población es más pobre, no asegurada y vive en las zonas rurales del país. Es probable que la población en peores condiciones socioeconómicas pague más frecuentemente por sus medicamentos debido a que en este grupo la proporción de asegurados es baja. De cualquier manera, la prescripción injustificada de medicamentos es más perjudicial entre las personas de bajos recursos, no sólo porque es biológicamente dañina, sino porque les obliga a hacer un gasto innecesario.

A pesar de que el costo promedio de una receta oscila entre 120 y 200 pesos, los médicos pocas veces consideran los costos de los medicamentos que prescriben y por este motivo adicional es un deber de las instituciones públicas fomentar su uso racional.

Entre las causas de prescripción injustificada se encuentran, la presión de los pacientes para obtener una receta, la inexistencia de normas técnicas de prescripción y la presencia de compañías que promueven el uso de sus medicamentos obsequiando muestras. Para abatir este problema es necesario insistir en su importancia durante la formación del médico y fortalecer la aplicación de normas técnicas, cuando están disponibles, o su creación, si no existen.

La *automedicación*, por su parte, se refiere al consumo de medicinas que no fueron indicadas por un profesional como resultado de un diagnóstico médico. Según la Encuesta Nacional de Salud 2000, en México dos de cada tres compradores en farmacias privadas lo hacen sin receta médica. Los tres grupos de medicinas que más se consumen sin receta médica son los antimicrobianos, los analgésicos y las vitaminas. Uno de cada cuatro mexicanos que compra medicamentos sin receta los adquiere en forma combinada y en presentaciones de eficacia y seguridad dudosas. Estos porcentajes son similares a los informados en otros estudios en México y otros países en vías de desarrollo.

Es necesario señalar que la automedicación es resultado de la falta de acceso regular a servicios de salud, baja disponibilidad de medicamentos esenciales en las unidades públicas y carencia de información médica constante y confiable. Aun así, es indispensable realizar estudios que permitan identificar la magnitud del problema en el país y su distribución regional y por condición social y económica, a fin de adoptar medidas regulatorias encaminadas a disminuir el riesgo en los consumidores y el dispendio de recursos. La creación de reglamentos que regulen la promoción y comercialización de los medicamentos, la capacitación de los dependientes de farmacias y la educación para la salud de los consumidores son estrategias que deben armonizarse y complementarse.

Pero además de evaluar el desempeño en la consecución de estos tres objetivos, el sistema de evaluación tiene también la obligación de dar seguimiento y evaluar los programas prioritarios de la administración.

Para llevar a cabo adecuadamente estas funciones, es necesario fortalecer el sistema nacional de información en salud, crear un sistema nacional y estandarizado de indicadores de evaluación, y capacitar a los recursos humanos responsables de esta función en el nivel central y las entidades federativas.

Dentro de las actividades que se realizarán en esta materia en esta administración se incluyen las siguientes:

- Consolidación, con la participación de los miembros del CNS, de un sistema de indicadores de resultado destinados a evaluar de manera agregada el desempeño del sistema de salud en los niveles nacional y estatal.
- Fortalecimiento del SINAIS en aquellos rubros que permitan generar los insumos necesarios para evaluar los sistemas nacional y estatales de salud.

Para llevar a cabo la evaluación es necesario fortalecer el sistema nacional de información en salud, crear un sistema nacional y estandarizado de indicadores de evaluación, y capacitar a los recursos humanos responsables de esta función

- Fortalecimiento de la vinculación de las áreas federales y estatales encargadas de actividades de evaluación.
- Creación de un sistema de diseminación de los resultados de las actividades de evaluación que permitan una adecuada rendición de cuentas y apoyen las actividades de planeación y la toma de decisiones.

ESTRATEGIA 8. Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud

La atención a la salud en prácticamente todo el mundo ha pasado de privilegiar el acto clínico curativo, hospitalario, especializado e institucional a promover cada día más la salud preventiva en el medio familiar y en la comunidad. Por otro lado, los esfuerzos por mejorar la respuesta del sistema y la satisfacción de los pacientes con los servicios de salud han acercado la toma de decisiones y el manejo de los recursos al ámbito local y le han otorgado a los usuarios mayor capacidad de decisión.

A tono con esta transición, la presente administración propone la adopción de un nuevo Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS). Se trata de un modelo comunitario, de atención integral, basado en compromisos, orientado al usuario y articulador del cuidado profesional con el autocuidado. Un modelo que, retomando los éxitos de cobertura alcanzados, restablezca la continuidad de la atención.

Las líneas de acción que se presentan a continuación se dividen en dos grupos: líneas de acción dirigidas a reorganizar los espacios de la atención y líneas de acción destinadas a articular la prestación de servicios.

Línea de acción 8.1. Reorientar las acciones de salud al medio familiar y comunitario

Los sistemas tradicionales de salud se caracterizan, entre otras cosas, por su rigidez organizativa y por la desatención de las necesidades de salud que no llegan a las instituciones de salud. En la práctica esto significa que el sistema descarga una gran

El MIDAS es un modelo comunitario, de atención integral basado en compromisos, orientado al usuario y articulador del cuidado profesional con el autocuidado

8
ESTRATEGIA

Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS)

Líneas de acción

- 8.1. Reorientar las acciones de salud al medio familiar y comunitario
- 8.2. Fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel de atención
- 8.3. Promover la autonomía de gestión hospitalaria y la gestión por contrato
- 8.4. Crear mecanismos de compensación entre el gobierno federal y las entidades federativas
- 8.5. Optimizar la capacidad instalada
- 8.6. Crear redes virtuales para la prestación de servicios de salud

La SSA impulsará iniciativas destinadas a proporcionar servicios de atención a la salud en estrecho contacto con los medios familiar y comunitario

parte de la atención de las personas enfermas y de los adultos mayores sobre los ámbitos doméstico y comunitario, en particular sobre las mujeres, quienes cumplen un papel fundamental como cuidadoras informales.

Por otra parte, la combinación de autocuidado, atención comunitaria y cuidados profesionales ha demostrado ser una alternativa eficiente de producción de servicios de salud.

Frente a estos hechos, la SSA impulsará diversas iniciativas destinadas a proporcionar servicios de atención a la salud en estrecho contacto con los medios familiar y comunitario. Estas iniciativas requieren de la cooperación interinstitucional y de fórmulas de colaboración con los grupos de autoayuda y las organizaciones no gubernamentales (ONG). Dentro de estas iniciativas se incluyen:

- Concientización de la ciudadanía sobre el derecho y la obligación de los pacientes a intervenir activamente en su propia atención, desde las etapas preventivas hasta la rehabilitación.
- Creación de servicios de enfermería comunitaria y domiciliaria.
- Fortalecimiento de las unidades médicas de atención y seguimiento domiciliario de los pacientes terminales.
- Fortalecimiento de los servicios ambulatorios en los hospitales y de los centros de día.
- Fomento de la participación de las ONG en las actividades de promoción de conductas saludables.
- Creación de mecanismos de apoyo para la atención y el cuidado familiar y comunitario de los enfermos mentales, los enfermos crónicos, los adultos mayores y los discapacitados.

Si bien un altísimo porcentaje de las necesidades de salud pueden resolverse en el primer nivel de atención, los usuarios de los servicios públicos de salud tienden a recurrir a los servicios de urgencias y a los servicios de consulta externa de los hospitales

Línea de acción 8.2. Fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención

Un altísimo porcentaje de las necesidades de salud pueden resolverse en el primer nivel de atención. No obstante esto, los usuarios de los servicios públicos de salud tienden a recurrir con frecuencia a los servicios de urgencias y a los servicios de consulta externa de los hospitales. La razón de esto es la falta de capacidad resolutoria de las unidades de salud de primer nivel que, a su vez, se debe a la escasez de medicamentos e insumos básicos, a problemas de capacitación del personal de salud y a diversas barreras organizativas (horarios mal planeados, largos tiempos de espera, trato inadecuado).

Para fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de las instituciones públicas, la presente administración implantará las siguientes actividades:

- Mejoramiento del abasto de medicamentos e insumos esenciales en las unidades y farmacias de primer nivel.

- Capacitación del personal activo en la atención de los padecimientos que constituyen los principales motivos de consulta, incluyendo a las enfermedades emergentes (diabetes, hipertensión, depresión) y las lesiones.
- Revisión de la estructura organizativa de las unidades de primer nivel para adaptar los horarios de consulta y la organización de las actividades de preconsulta a las necesidades de los usuarios.
- Actualización de los sistemas de referencia y contrarreferencia.

Para fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel se mejorará el abasto de medicamentos, la capacitación del personal, y los sistemas de referencia y contrarreferencia

Línea de acción 8.3. Promover la autonomía de gestión hospitalaria y la gestión por contrato

El control centralizado de las unidades de salud incide de manera negativa en la calidad y la eficiencia de la atención a la salud. Los servicios que funcionan bajo estas condiciones responden con lentitud y de manera poco precisa a las necesidades de los pacientes y de los proveedores directos de la atención, y a los cambios en la demanda de servicios.

Por otro lado, la asignación de recursos a los prestadores de servicios de salud sobre bases históricas tiende a ser inequitativa e ineficiente y a perpetuar la inequidad y la ineficiencia. Esta forma de asignación, además, tradicionalmente no está asociada a mecanismos explícitos de rendición de cuentas y a procesos de evaluación del desempeño.

Con el fin de superar las limitaciones asociadas a estas formas de organización de los servicios de salud, el MIDAS contempla promover como alternativas la autonomía hospitalaria y la asignación de recursos a los hospitales sobre la base de acuerdos de gestión, que son instrumentos contractuales que comprometen a los prestadores de servicios a cumplir con determinadas metas de cobertura y calidad a cambio de una cantidad determinada de recursos. La autonomía y los acuerdos de gestión estimulan la responsabilidad institucional y generan incentivos para mejorar la calidad y la productividad de los servicios.

La autonomía y los acuerdos de gestión estimulan la responsabilidad institucional y generan incentivos para mejorar la calidad y la productividad de los servicios

En este rubro, la actual administración llevará a cabo las siguientes actividades:

- Transición gradual de la asignación de recursos sobre una base histórica a una asignación presupuestal basada en acuerdos de gestión en los que se definan la población que habrá de cubrirse, los parámetros de asignación per cápita, el paquete de beneficios, las partidas presupuestales que tendrán un manejo desconcentrado y las metas tanto de cobertura como de calidad.
- Incorporación a los acuerdos de gestión de apartados que detallen las características de los servicios que habrán de ofrecerse y de los recursos humanos que habrán de prestarlos; los programas de calidad; los mecanismos para proteger los derechos de los usuarios, y los procedimientos de revisión y modificación de los acuerdos.

Los mecanismos de compensación deben ser vistos como una estrategia para promover la pluralidad en la prestación y compensar a los prestadores que ofrezcan los mejores servicios al menor costo

Línea de acción 8.4. Crear mecanismos de compensación entre el gobierno federal y las entidades federativas

En la medida en que la atención a la salud se constituya en un derecho ciudadano, los mexicanos podrán utilizar los servicios de salud de acuerdo con su percepción de la calidad y accesibilidad (geográfica, cultural) de los mismos.

En este marco, los mecanismos de compensación deben ser vistos como una estrategia para fortalecer la separación del financiamiento y la prestación, romper barreras organizacionales y geográficas, y recompensar a los prestadores que ofrezcan los mejores servicios al menor costo. Dicho de manera simple, los mecanismos de compensación tienen como objetivo asegurar que los recursos sigan al paciente, quien en estas condiciones tendrá la posibilidad de elegir al proveedor primario de su preferencia.

Esta dinámica permitirá una utilización más eficiente tanto de los recursos económicos –ya que se evitarían los pagos dobles– como de la capacidad instalada. Los acuerdos de compensación, de hecho, podrán establecerse entre entidades, municipios o instituciones y promoverán la utilización plena de la capacidad instalada al fomentar la oferta de capacidad excedente a partir de arreglos en los que se identifiquen los mecanismos de traspaso de costos.

Dentro de las actividades que se desarrollarán en este rubro se incluyen:

- Adecuación del marco jurídico de las instituciones prestadoras de servicios de salud para facilitar su integración funcional mediante la oferta de la capacidad excedente.
- Desarrollo de mecanismos y parámetros comunes de costeo, programación y control presupuestal para facilitar la interacción administrativa de las instituciones prestadoras de servicios.
- Promoción de acuerdos de colaboración y transferencia de recursos entre entidades federativas e instituciones del sector.
- Creación de un fondo especial de compensación entre unidades prestadoras de servicios de las diversas instituciones y entidades federativas.

El sistema de salud enfrenta una serie de rigideces relacionados con diversas barreras que impiden la utilización racional de los servicios de salud

Línea de acción 8.5. Optimizar la capacidad instalada

El sistema de salud enfrenta una serie de problemas relacionados con diversas barreras que impiden la utilización racional de los servicios de salud. Estas barreras están asociadas a culturas organizacionales cerradas que han dado origen a situaciones en las que el dispendio y la duplicación coexisten con la carencia.

Las diferencias en las tasas anuales de ocupación hospitalaria entre entidades e instituciones es uno de los mejores ejemplos de las consecuencias de la falta de interacción. Mientras que en la SSA la tasa de ocupación hospitalaria es de 62 por ciento, en el IMSS es de 84 por ciento. Esta situación obligaría en un futuro cercano a explorar

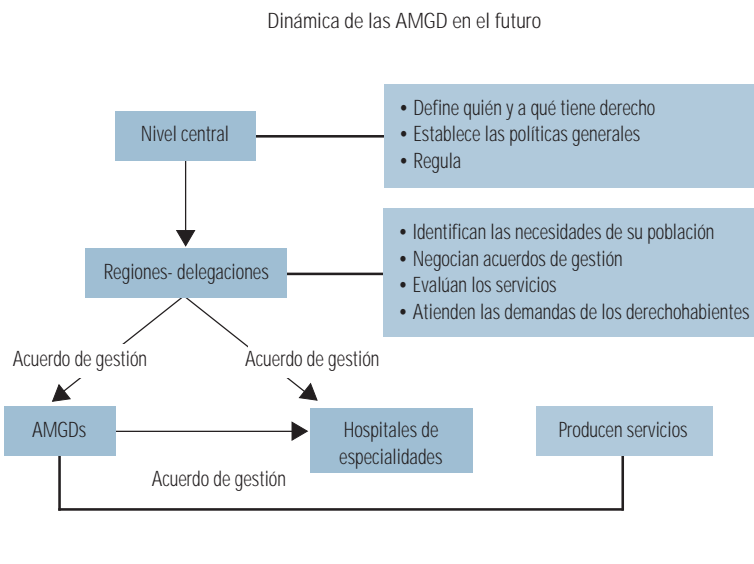
PROGRAMA DE DESCONCENTRACIÓN DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL: ÁREAS MÉDICAS DE GESTIÓN DESCONCENTRADA

El modelo de áreas médicas de gestión desconcentrada del IMSS expresa plenamente la intención de este organismo de mejorar la salud de sus derechohabientes ofreciéndoles servicios integrados, costo-efectivos, predominantemente anticipatorios y de alta capacidad resolutive

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) inició su programa de desconcentración entre 1995 y 1997, con la creación de siete direcciones regionales y 37 delegaciones en el país. Entre 1999 y 2000 acordó transferir la responsabilidad de las áreas operativas a sus delegaciones a través de la creación de 139 entidades que funcionarían como proveedoras de servicios de salud, a las que se denominó Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD). El financiamiento de los servicios correría a cargo de cada una de las 37 delegaciones desconcentradas. La firma de acuerdos de gestión entre cada delegación y las correspondientes AMGD formalizarían el proceso de desconcentración del IMSS hasta sus últimas unidades.

El modelo de AMGD del IMSS –cuyo pilar es la desconcentración administrativa, financiera y médica– expresa plenamente la intención de este organismo de mejorar la salud de sus derechohabientes ofreciéndoles servicios integrados, costo-efectivos, predominantemente anticipatorios y de alta capacidad resolutive (véase figura). Dentro de las principales características de un AMGD se incluyen:

- Ser responsable de una área geográfica con entre 150 y 200 mil derechohabientes con rasgos demográficos y epidemiológicos comunes.
- Estar integrada por un hospital general de zona o regional, hospitales generales, unidades de medicina familiar y servicios de prestaciones sociales y de salud comunitaria ubicados en su área de influencia.
- Gozar de autonomía de gestión en el manejo de los recursos.
- Ser responsable del cuidado de la salud en la zona que le corresponde, proporcionando atención integral y vinculando las prestaciones sociales con las acciones hospitalarias, de salud comunitaria y de medicina de familia.
- Tener capacidad resolutive de por lo menos 90 por ciento de las demandas generadas en su ámbito de competencia.



- Constituir un campo clínico idóneo para las labores formativas y la educación médica de posgrado.

El "acuerdo de gestión", instrumento que formaliza la autonomía relativa del área bajo responsabilidad del AMGD, es un instrumento que permite separar el financiamiento y la prestación de los servicios e impulsar la desconcentración. En particular, estos acuerdos definen los ámbitos de decisión sobre los recursos, las modalidades de la atención, las metas en prestaciones sociales y salud, y los compromisos que para ello establecen los organismos que financian (delegaciones) y prestan los servicios (AMGD).

La desconcentración ha sido parcial, ya que los recursos siguen centralizados en las delega-

ciones. Durante el año 2000 el IMSS desarrolló acciones para concluir este proceso. Se ha identificado la necesidad de redefinir el tamaño y conciliar las facultades administrativas, médicas y financieras a transferir a la AMGD; precisar operativamente el papel de la delegación, región y nivel central como compradores/financiadores; mejorar la administración de los procesos diseñando esquemas de comparación del desempeño y generalización sistemática de avances, y desconcentrar efectivamente las funciones y recursos sin perder el control y la eficiencia de la institución.

En el futuro próximo la estrategia de desconcentración del IMSS seguirá teniendo prioridad a través del Programa de Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada. Se espera que para 2006 estas áreas cuenten con completa autonomía de gestión.

las posibilidades de utilización de la capacidad instalada excedente antes que realizar nuevas inversiones en infraestructura.

Una situación similar se vive con los equipos. Hay estados e instituciones que cuentan con equipos subutilizados y estados e instituciones que no se dan abasto con los equipos disponibles. En estas condiciones, cualquier propuesta de compra o renovación de equipo debe hacerse a la luz de la capacidad del equipo disponible. La incorporación de nueva tecnología deberá evaluarse asimismo en función de su costo-efectividad y de su utilidad en la resolución de problemas prioritarios.

Se promoverá un marco regulatorio que promueva la racionalización de la capacidad instalada y una mayor interacción entre instituciones y entidades para la oferta de servicios excedentes

Con los recursos humanos sucede lo mismo y antes que contratar a nuevos especialistas, por ejemplo, se deberá evaluar la disponibilidad de ese tipo de recursos en las entidades o unidades vecinas.

Dentro de las actividades que se habrán de desarrollar en este rubro se incluyen:

- Desarrollo de un marco regulatorio que promueva la racionalización de la capacidad instalada y una mayor interacción entre instituciones y entidades para la oferta de servicios excedentes.
- Evaluación en todos los hospitales del sector público de su capacidad instalada por servicio y el diseño de mecanismos para ofertar eficazmente la capacidad excedente.
- Diseño de incentivos relacionados con la oferta de capacidad excedente que beneficien a la institución, a la unidad médica y a los trabajadores.
- Diseño de mecanismos de pago cruzado entre las instituciones y entidades que permitan las transferencias de recursos.
- Diseño y establecimiento de un sistema de precios contables homogéneo que facilite la transferencia de costos.

MODELO DE MEDICINA DE FAMILIA DEL IMSS

El nuevo modelo de medicina de familia del IMSS se fundamenta en la atención médica continua, la atención integral, la capacidad resolutive, la libre elección del médico por el asegurado y el buen desempeño

Entre las dificultades que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha identificado como prioridad se encuentran algunas relacionadas con la atención de primer contacto. El diagnóstico elaborado destaca la existencia de: i) trabajo excesivamente individualizado; ii) atención rígida, departamentalizada y preferentemente enfocada al tratamiento del daño; iii) falta de incentivos al desempeño individual y colectivo capaces de propiciar oportunidad, calidad y calidez en la prestación del servicio; iv) capacidad resolutive limitada; v) referencias injustificadas al segundo nivel; vi) irregularidad de las actividades formativas, en especial las de educación continua; vii) insatisfacción de los prestadores de servicios; viii) falta de servicios en las unidades de medicina familiar durante los fines de semana y días festivos, y ix) poca libertad del asegurado para elegir al médico que atienda a su familia, lo que no contribuye a una adecuada relación médico-derechohabiente-familia. En respuesta a esta problemática y en consonancia con las nuevas condiciones demográficas, epidemiológicas, sociales y tecnológicas del país, el IMSS desarrolló un nuevo *Modelo de Medicina de Familia*.

Este modelo busca fortalecer la reorganización de los servicios de salud en las unidades de medicina familiar a través de la realización de acti-

vidades preventivas, anticipatorias, curativas y de rehabilitación temprana; el incremento de la capacidad resolutive; la integración de procesos; la instrumentación de formas de remuneración relacionadas con el desempeño, y la incorporación de esquemas de competitividad y eficiencia que permitan brindar la calidad y oportunidad en el servicio que demanda la población derechohabiente.

El modelo se sustenta en un sistema integrado de cinco equipos básicos y un equipo de apoyo. El equipo básico está integrado por un médico de familia y una asistente médica, mientras que el equipo de apoyo cuenta con una enfermera especialista en atención primaria a la salud, dos auxiliares de enfermería y una trabajadora social. Todos ellos son coordinados por un jefe de módulo de medicina de familia.

La operación del modelo se fundamenta en cinco premisas: i) la atención médica continua; ii) la atención integral; iii) la capacidad resolutive; iv) la libre elección del médico por el asegurado, y v) el buen desempeño.

La identificación de las necesidades de salud de la población se realizará mediante el diagnóstico de salud familiar y el análisis epidemiológico de la población atendida por la unidad médica. El diagnóstico de salud será actualizado anualmente. La información permitirá identificar los logros y las

necesidades de salud y servirá de fundamento para elaborar los programas de trabajo por médico, módulo y unidad médica. De esta forma será posible priorizar los problemas de salud, definir las tareas y asignar los recursos.

También se ha propuesto un programa de educación continua que tiene como elemento central el concepto de Centro Docente Asistencial (CDA) como modelo educativo sostenible. Se entiende como CDA a una unidad de medicina familiar en la cual los médicos adscritos otorgan atención de excelencia a sus pacientes en padecimientos seleccionados y al mismo tiempo realizan actividades de educación continua con médicos de otras unidades de medicina familiar. Además, hay interacción permanente con otros especialistas de los hospitales de referencia, de quienes se recibe asesoría con enfoque de atención integral.

La magnitud de los cambios propuestos, que abarcan modificaciones a la estructura y procesos de provisión de atención, así como la implantación de mecanismos de reconocimiento y retribución al buen desempeño del personal, justifica la realización de diversos estudios de evaluación del modelo. La meta de la institución será desarrollar un modelo de atención sostenible y capaz de contribuir significativamente a la mejoría de la salud de la población del país.

Línea de acción 8.6. Crear redes virtuales para la prestación de servicios de salud

Las oportunidades que ofrece la revolución tecnológica son cada día mayores. En el campo de la salud, las telecomunicaciones ofrecen la posibilidad de resolver problemas en la continuidad de la atención y superar barreras geográficas que a la fecha habían sido infranqueables.

El MIDAS contempla la creación de redes virtuales de prestación de servicios de salud que harán más eficiente la referencia y contrarreferencia de pacientes, garantizando la continuidad de la atención; evitarán la duplicación de estudios, y ampliarán la oferta de servicios, entre otras cosas.

La integración virtual de servicios significa la utilización de los avances tecnológicos en materia de comunicación para compartir información de manera rápida, y apoyar el diagnóstico y tratamiento con tecnología especializada que expanda la capacidad resolutoria de los servicios locales. La integración virtual de servicios le permitirá a los prestadores organizarse en redes integradas que rebasarán las barreras geográficas y evitarán el traslado de pacientes, aproximando así los servicios a los usuarios. La atención especializada será una realidad a la que se podrá acceder localmente. Las redes virtuales, en resumen, facilitarán la oferta de servicios pertinentes y oportunos.

Dentro de las actividades que se desarrollarán para promover la creación de redes virtuales de atención, se incluyen (véase línea de acción 10.6):

- Diseño de planes de fortalecimiento de la infraestructura de comunicaciones del sector salud.
- Introducción paulatina de sistemas computarizados para el manejo integral de los pacientes en todos los hospitales del sector.
- Diseño de experiencias piloto de redes virtuales en ámbitos geográficos relativamente grandes que incluyan diversos niveles de atención.
- Creación de unidades virtuales de admisión que cuenten con información centralizada sobre camas disponibles por especialidad, que permitirán reducir tanto la capacidad ociosa como la saturación hospitalaria.

El MIDAS contempla la creación de redes virtuales de prestación que harán más eficiente la referencia y contrarreferencia de pacientes, garantizando la continuidad de la atención; evitarán la duplicación de estudios, y ampliarán la oferta de servicios

ESTRATEGIA 9. Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención

El desarrollo democrático de México debe sustentarse en el ejercicio de los derechos ciudadanos y el reconocimiento de la riqueza de la sociedad civil. En el plano de las políticas sociales esto debe traducirse en políticas de inclusión y mecanismos e instancias de participación.

Un sistema de salud efectivo y eficiente requiere de ciudadanos y grupos organizados interesados en incorporar temas a su agenda y participar en el diseño, implantación y evaluación de sus políticas y programas; ciudadanos y grupos que se

9

ESTRATEGIA

Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención

Líneas de acción

- 9.1. Ampliar la participación de los ciudadanos en los órganos de decisión
- 9.2. Ampliar la libertad de elección en el primer nivel de atención
- 9.3. Garantizar la atención a los grupos de autoayuda y grupos representantes de la sociedad civil
- 9.4. Propiciar la rendición de cuentas haciendo accesible la información pública a los ciudadanos

Para integrar a la ciudadanía a los procesos relacionados con la atención de su salud es necesario crear canales institucionales para incorporar los diagnósticos, propuestas y opiniones de la población a la agenda pública

constituyan en parte de su soporte técnico, que le den legitimidad a sus iniciativas y cuerpo al nuevo pacto que la sociedad estableció con sus instituciones públicas.

Para hacer esto realidad, los ciudadanos y sus representantes deben tener acceso a información relevante; contar con foros para dar a conocer sus opiniones y propuestas; participar en la toma de decisiones en todos los niveles del sistema, y contar con mecanismos para presentar quejas y sugerencias, a las que se deberá responder con oportunidad y eficiencia. El sistema debe ofrecer, asimismo, opciones a los usuarios en el primer nivel de atención. Dado el carácter tan íntimo de la relación médico-paciente, los usuarios deben contar con la posibilidad de ejercer el derecho a elegir al prestador que se hará cargo de su salud y la salud de su familia. Esta libertad tiene la ventaja adicional de que genera una sana competencia que influye positivamente en la calidad de la atención.

Las actividades incluidas en esta estrategia van dirigidas específicamente a ampliar la participación de los ciudadanos en los órganos de decisión del sistema de salud; la promoción de la posibilidad de elegir al prestador en el primer nivel de atención; establecimiento de mecanismos que promuevan la incorporación de los grupos de autoayuda y las ONG a las discusiones y decisiones de políticas, y a la creación de instrumentos que hagan accesible la información de salud a todos los ciudadanos para así propiciar una clara y continua rendición de cuentas.

Línea de acción 9.1. Ampliar la participación de los ciudadanos en los órganos de decisión

El interés por ciudadanizar la atención de la salud es múltiple. Los ciudadanos, de manera individual o en forma organizada, exigen cada día con mayor fuerza el reconocimiento de sus opiniones y demandas, y la participación en la solución de los problemas de salud de carácter local, estatal y nacional. Las autoridades, por su parte, requieren de propuestas informadas y consensadas.

Para integrar a la ciudadanía a todos los procesos relacionados con la atención de su salud es necesario, entre otras cosas, crear canales institucionales para incorporar los diagnósticos, propuestas y opiniones de la población a la agenda pública. Estos canales deben recoger las inquietudes ciudadanas y llevarlas a las instancias de discusión y decisión de nivel municipal, estatal y nacional, dependiendo del caso.

Para ampliar la participación ciudadana en las instancias de discusión y decisión, se propone:

- Creación de Asambleas Municipales y Estatales de Salud, que a su vez darán origen a una Asamblea Nacional Ciudadana de la Salud para el intercambio periódico de ideas y experiencias entre autoridades y ciudadanos.
- Utilización de estas asambleas también como espacios para la rendición de cuentas sobre el uso de los recursos públicos para la salud y el avance de las políticas y programas del sector.

Línea de acción 9.2. Ampliar la libertad de elección en el primer nivel de atención

Los ciudadanos tradicionalmente cuentan con tres mecanismos para manifestar sus preferencias: la voz, el voto y la selección del bien o servicio de su preferencia. En el campo de la salud esta última posibilidad se concreta en la elección del prestador en el primer nivel de atención.

La presente administración promoverá la implantación responsable, gradual y ordenada de la elección del proveedor primario de atención en todas las instituciones públicas. Con este fin, llevará a cabo las siguientes actividades:

- Promoción del diseño de modalidades propias de libre elección del médico de familia en cada institución pública de salud.
- La creación de bases de datos para la identificación de los pacientes que conforman la lista de cada médico para con ella evaluar la posibilidad de cambiar de médico de familia de acuerdo con las disposiciones que emita cada institución.

Línea de acción 9.3. Garantizar la atención a los grupos de autoayuda y grupos representantes de la sociedad civil

La consolidación del nuevo pacto político entre gobierno y sociedad se plasma en la consecución de consensos para la implantación de políticas y programas. En este proceso uno de los principales actores son las ONG, que desarrollan, al margen del gobierno, diagnósticos, actividades y programas dirigidos a atender diversos tipos de problemas. Estas organizaciones, además, frecuentemente funcionan como grupos de presión que favorecen la incorporación de temas a las agendas públicas, y la movilización de recursos hacia actividades, programas y políticas relacionadas con su ámbito de interés.

En el campo de la salud, muchas de las ONG son organizaciones de autoayuda, que además de responsabilizarse del manejo de la salud de sus miembros, buscan incrementar la conciencia pública sobre los problemas que motivaron su creación y convencer a las autoridades de la necesidad de dedicar mayores recursos a atenderlos. Dos de las características centrales de estas organizaciones son su enorme compromiso

La presente administración promoverá la implantación responsable, gradual y ordenada de la elección del proveedor primario de atención en todas las instituciones públicas

La presente administración se propone consolidar sus vínculos con las ONG y colaborar con ellas en el diseño y gestión de programas específicos de salud

con los problemas de salud que motivaron su conformación y su profundo conocimiento tanto de estos problemas como de las alternativas para atenderlos.

La presente administración se propone consolidar sus vínculos con estas organizaciones con diversos propósitos: i) fortalecer el diálogo con los grupos ciudadanos; ii) enriquecer la información disponible sobre los problemas de salud que preocupan a los mexicanos, y iii) enriquecer las alternativas para atender diversos problemas de salud en colaboración con grupos organizados de la sociedad. Todo esto redundará en un mejor desempeño del sistema de salud.

Las acciones que se implantarán en este rubro son las siguientes:

- Fomento del diálogo con las ONG dedicadas a la salud.
- Creación de foros y espacios para mantener un diálogo permanente con la sociedad civil organizada que trabaja en el sector salud.
- Promoción de colaboraciones entre las instituciones públicas de salud y las organizaciones de la sociedad civil para el diseño y gestión de programas específicos de salud.
- Fortalecimiento del apoyo para estas instituciones para garantizar su sostenibilidad económica y su profesionalización, con estricto respeto a su independencia e ideario.

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES: NUEVOS AGENTES SOCIALES DE LA SALUD

En México existen alrededor de 450 organizaciones no gubernamentales que realizan alguna actividad relacionada con la salud

A finales de los años setenta, la crisis económica que afectó a los países en desarrollo provocó una reducción muy importante del gasto gubernamental, lo que influyó negativamente en la cobertura y calidad de los programas y servicios públicos. Esto llevó a la población a constituir organizaciones propias que les ayudaran a resolver sus problemas al margen del Estado. Una de las vías utilizadas fue la creación de organizaciones no gubernamentales (ONG).

Si bien no hay consenso sobre la definición de ONG, en general se acepta que son agrupaciones voluntarias que buscan alcanzar metas sociales. Dentro de sus características comunes se incluyen: el estar formalmente constituidas; no tener fines de lucro; ser organismos privados independientes de los gobiernos, aunque reciban su apoyo; contar con estructuras de gobierno propias, y contar con un alto grado de componentes voluntarios.

El papel de las ONG en materia de salud ha sido particularmente relevante. En primer lugar porque en la mayoría de los casos conocen la situación de las poblaciones a las que atienden y, en segundo término, porque tienden a concentrar sus recursos en un número bien definido de acciones. Otra de las ventajas de las ONG es que gran parte de las personas que trabajan en ellas lo hacen

porque tienen un interés personal en los objetivos de la organización.

Sin embargo, estas organizaciones también tienen limitaciones: su área de influencia es limitada; difícilmente pueden desarrollar economías de escala; cuentan con un flujo de fondos muy variable, lo que puede hacerlas ineficientes o poco sustentables, y su sistema de rendición de cuentas es informal.

En los últimos diez años, el número de ONG y de organizaciones con intereses en el campo de la salud en México se ha incrementado de manera considerable. Actualmente existen alrededor de 450 organizaciones de este tipo que realizan alguna actividad vinculada con la salud. La mayoría han logrado algún impacto en sus espacios de interés. En algunos casos, sin embargo, la participación de estas agrupaciones ha sido fundamental en el diseño e implantación de modelos novedosos de atención de diversos problemas de salud. Este es el caso de los organismos dedicados a la salud mental y la salud reproductiva. En algunos padecimientos específicos, como el alcoholismo y el VIH-SIDA, las ONG se han constituido en un complemento insustituible para la atención integral de los pacientes y la defensa de sus intereses.

Un ejemplo particularmente exitoso de ONG es Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano

en América Latina (CIDHAL), un grupo pionero en la generación de propuestas alternativas sobre salud de la mujer. Inicialmente fue un centro de documentación. En 1979 empezó a proporcionar atención médica. A partir de 1990 focalizó sus acciones en el campo de la violencia doméstica, los derechos reproductivos y la menopausia.

Uno de los programas más exitosos de CIDHAL es el de detección oportuna del cáncer cervicouterino. Su evaluación muestra ventajas sobre otras formas de prestación de servicios por cuatro razones: i) ha tenido un impacto importante en los grupos de mayor riesgo: en 1998, 25 por ciento de las mujeres que participaron en este programa se realizaron la prueba de Papanicolaou por vez primera; ii) 95 por ciento de las usuarias reportaron estar satisfechas con la atención recibida; iii) la calidad e interpretación de las tomas fue muy alta, comparada con el *estándar de oro* nacional, y iv) el costo del programa fue bajo.

Si bien no todas las organizaciones involucradas en actividades relacionadas con la atención a la salud presentan ventajas tan claras como las comentadas, casi todas han logrado impactos positivos en las condiciones de salud de los sectores con los que trabajan. Por esta razón es muy importante fortalecer su colaboración con el gobierno y con otros sectores de la sociedad.

Línea de acción 9.4. Propiciar la rendición de cuentas haciendo accesible la información pública a los ciudadanos

La falta de transparencia en las acciones públicas genera desconfianza entre la ciudadanía. Por esta razón es necesario contar con mecanismos de vigilancia que garanticen un uso adecuado de los recursos y un buen desempeño de las instituciones públicas.

La rendición de cuentas ante la ciudadanía exige, entre otras cosas, de un acceso regular a información relevante y de evaluaciones periódicas de las políticas y programas del sector.

En este rubro, la presente administración llevará a cabo las siguientes actividades:

- Fortalecimiento del acceso regular de todos los ciudadanos a la información pública a través de su disseminación en publicaciones, discos compactos y sitios de las instituciones públicas en la Internet.
- Publicación y difusión de informes periódicos sobre el desempeño de las unidades y programas de salud.
- Publicación y difusión de los resultados de las evaluaciones del desempeño de los sistemas nacional y estatales de salud, y de los programas prioritarios.

La rendición de cuentas ante la ciudadanía exige un acceso regular a información relevante y evaluaciones periódicas de las políticas y programas del sector

ESTRATEGIA 10. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud

La producción de servicios de salud se caracteriza por el empleo intensivo de una amplia gama de recursos humanos y materiales, información y conocimiento. En la medida en que estos recursos se generen y distribuyan de manera racional y equitativa se garantizará una prestación de servicios de salud equitativa y de calidad.

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

En la medida en que los recursos humanos, materiales, de información y conocimiento se generen y distribuyan de manera racional y equitativa se garantizará una prestación de servicios de salud equitativa y de calidad

10
ESTRATEGIA

Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud

Líneas de acción

- 10.1. Fortalecer la calidad de la educación de los profesionales de la salud
- 10.2. Fortalecer la capacitación de los recursos humanos para la salud
- 10.3. Diseñar y promover un servicio civil de carrera en el sector salud
- 10.4. Fortalecer la investigación y el desarrollo tecnológico en salud
- 10.5. Diseñar planes maestros de infraestructura y equipamiento en salud
- 10.6. Telemedicina: invertir en redes
- 10.7. Utilizar los avances de la Internet y el proyecto e-Salud para mejorar y hacer más eficiente la práctica médica

Es necesario incorporar al diseño de las políticas de salud la idea de que la inversión en capital humano, conocimiento e infraestructura tiene una importancia estratégica

hay escasez. Asimismo, los centros generadores de conocimiento se concentran en unas cuantas instituciones ubicadas en su gran mayoría en las tres grandes ciudades del país.

Estos problemas son resultado de una falta de planeación y una falta de coordinación entre las instancias generadores de recursos, por un lado, y los tomadores de decisiones y los prestadores de servicios, por el otro.

El objetivo de las acciones que se incluyen en esta estrategia es incorporar al diseño de las políticas de salud la idea de que la inversión en capital humano, conocimiento e infraestructura tiene una importancia estratégica. La sugerencia fundamental es planear el desarrollo de estos recursos haciendo uso de criterios explícitos y tomando en cuenta las necesidades concretas de salud. En este sentido se retomará y profundizará el trabajo de instancias tales como la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos, la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud y el Comité de Colaboración Sectorial.

Línea de acción 10.1. Fortalecer la calidad de la educación de los profesionales de la salud

Para ofrecer servicios de calidad es necesario contar con profesionales de la salud bien formados. En nuestro país, sin embargo, la heterogeneidad en este rubro es la regla. Esto se debe en buena medida a la carencia de mecanismos para controlar la apertura y vigilar el desarrollo de los centros de enseñanza en ciencias de la salud.

Con el fin de elevar la calidad de la educación de los recursos humanos para la salud, se llevarán a cabo las siguientes actividades:

- Generación de un diagnóstico exhaustivo sobre la calidad de la educación de los profesionales de la salud.
- A través de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud y en colaboración con el sector educativo, la instrumentación de una estrategia para elevar la calidad de la educación de los profesionales de la salud.
- Identificación de prioridades en la formación de profesionales de la salud.
- A través de la AMFEM, la promoción de la certificación y rectificación de todas las escuelas y facultades de medicina del país.
- Promoción de la certificación y recertificación de todas las escuelas y facultades de enfermería y odontología en México.

Línea de acción 10.2. Fortalecer la capacitación de los recursos humanos para la salud

Los sistemas modernos de salud requieren de la capacitación continua de su personal. Esto lo exigen tanto los cambios en el perfil epidemiológico de los países y los avances tecnológicos de la medicina clínica, como las constantes reformas de los sistemas de salud.

La capacitación de los recursos humanos para la salud involucra el fortalecimiento de las habilidades gerenciales de los directivos de los servicios de salud; la

capacitación de todo el personal de salud en métodos de garantía de calidad, y el fortalecimiento de los programas de educación continua de los profesionales de la salud en las áreas específicas de su competencia, sean éstas médicas, de enfermería, técnicas o administrativas. Esta capacitación requiere, además, de la participación tanto de instituciones del sector salud como de las instituciones del sector educativo de nivel técnico y profesional.

La presente administración se propone llevar a cabo, en esta materia, las siguientes actividades:

- Generación de un diagnóstico de las habilidades gerenciales de los mandos medios y superiores de las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Establecimiento de un Programa de Capacitación Gerencial para Directivos de los diferentes niveles de las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- En coordinación con los colegios y asociaciones correspondientes, la creación de un Programa de Capacitación Técnica para Médicos, Enfermeras, Técnicos y Personal Administrativo.
- En colaboración con la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, el fortalecimiento y la modernización de los programas de educación continua de las instituciones públicas de salud.
- Diseño de un sistema de acreditación de eventos académicos periódicos (cursos, congresos) que se utilice en la contratación y promoción del personal de salud en las instituciones públicas y privadas.

La capacitación de los recursos humanos para la salud involucra el fortalecimiento de las habilidades gerenciales de los directivos, la capacitación de todo el personal de salud en métodos de garantía de calidad y el fortalecimiento de la educación continua

Línea de acción 10.3. Diseñar y promover un servicio civil de carrera en el sector salud

El sector salud en México es uno de los principales empleadores de recursos humanos. Su experiencia en este rubro se remonta a los años cuarenta del siglo pasado. No obstante esto, todavía no se ha podido constituir en el sector un servicio civil de carrera. Este servicio permitiría mejorar de manera continua y racional las habilidades de los profesionales de la salud que trabajan en el sector público; construir un sistema de incentivos que garantice un adecuado nivel de remuneración y un máximo de satisfacción de los profesionales de la salud con su entorno laboral, y diseñar un sistema racional de promociones.

Un servicio civil de carrera permitirá mejorar las habilidades de los profesionales de la salud, construir un sistema de incentivos que garantice un elevado nivel de remuneración y diseñar un sistema racional de promociones

En esta materia, la presente administración llevará a cabo las siguientes actividades:

- Estudio de los modelos exitosos de servicio civil de carrera, en particular las experiencias de la Secretaría de Relaciones Exteriores y del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- Puesta en marcha, en colaboración con los sindicatos del sector, de una experiencia piloto de servicio civil de carrera en aquellas áreas cuya continuidad no puede ponerse en riesgo con los cambios de administración (información, vigilancia epidemiológica).

Para propiciar que la investigación influya en la práctica médica es necesario vincular la agenda de investigación con las prioridades de la industria

Línea de acción 10.4. Fortalecer la investigación y el desarrollo tecnológico en salud

Para que los productos de la investigación científica influyan en la práctica médica, en la operación de los programas de salud pública o en la organización de los servicios de salud es necesario un vínculo estrecho entre la agenda de investigación, la agenda de la industria y las necesidades del sector. También es necesario contar con recursos suficientes y con los incentivos adecuados para producir investigación de excelencia.

Con estos fines en mente, la presente administración se propone mejorar las condiciones estructurales en que se desarrolla la investigación en salud en nuestro país y fortalecer los vínculos de los centros académicos con la toma de decisiones y con la industria. Las acciones que habrán de emprenderse en esta materia incluyen:

- Mejoramiento de la remuneración de los investigadores del sector salud.
- Definición de prioridades de investigación y desarrollo tecnológico en salud a través de esquemas participativos y plurales.
- Creación de un sistema nacional de información sobre investigación científica y desarrollo tecnológico en salud.
- Vinculación de la investigación en salud con la industria.
- Divulgación entre la población general de los resultados de la investigación en salud.

Mejoramiento de la remuneración de los investigadores del sector salud

Es sabido que los investigadores del sector salud, y en especial los investigadores de la SSA, perciben ingresos menores a los de los investigadores de las instituciones de educación superior. En ocasiones esto los conduce a buscar ingresos adicionales fuera de sus centros regulares de trabajo.

Aunado a lo anterior hay una fuga interna y externa de cerebros. Cada día es más común que, por falta de incentivos, los profesionales formados en el campo de la investigación terminen realizando actividades que poco tienen que ver con su formación o que busquen empleo en el extranjero.

Ambas situaciones confluyen en la conformación de una plantilla de investigadores de tiempo parcial cuya formación profesional con frecuencia no alcanza los grados de maestría o doctorado.

Frente a esta situación, la actual administración llevará a cabo las siguientes actividades:

- Homologación de la remuneración de los investigadores del sector salud con la de los investigadores de las instituciones de educación superior.
- Mejoramiento del entorno laboral de los investigadores con miras a favorecer el desarrollo de investigación de excelencia.
- El fortalecimiento de los programas de incentivos a la investigación.

La conformación de una plantilla de investigadores de tiempo completo obliga a mejorar las remuneraciones y a fortalecer los incentivos a la investigación

Definición de las prioridades de investigación y desarrollo tecnológico en salud a través de esquemas participativos y plurales

Al igual que en otros campos, no existen recursos suficientes para satisfacer todas las demandas y necesidades de investigación. Por lo tanto, es indispensable garantizar una utilización más eficiente de los recursos disponibles mediante una cuidadosa definición de prioridades. Esta tarea debe basarse en un diagnóstico objetivo de las necesidades y oportunidades y un amplio ejercicio de consenso en el que participen todos los sectores involucrados en la generación de conocimiento y tecnología. Dentro de las actividades que la presente administración se propone realizar en esta materia se incluyen:

- Reactivación de la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud.
- Conformación de un comité intersectorial e interinstitucional que defina las prioridades de investigación científica y desarrollo tecnológico para el periodo 2001-2006.
- Apoyo a proyectos de investigación y desarrollo tecnológico en salud que se realicen con base en convenios de colaboración interinstitucional y público-privada.

Es indispensable garantizar una utilización más eficiente de los recursos para la investigación mediante una definición de prioridades. Esta tarea debe basarse en un diagnóstico objetivo de las necesidades y oportunidades

Creación del sistema nacional de información sobre investigación científica y desarrollo tecnológico en salud

La información sobre el estado actual de la investigación en salud es muy limitada y está dispersa. Esto dificulta cualquier esfuerzo por identificar fortalezas e insuficiencias de la investigación y, en consecuencia, cualquier intento por atender de manera más racional las necesidades en esta materia. Para subsanar estas limitaciones, la presente administración propondrá:

- Registro y la actualización periódica de la información sobre investigación en salud y desarrollo tecnológico que se realiza en el país. El registro tendrá un carácter público y nacional, y será de tipo electrónico.

Vinculación de la investigación en salud con la industria

La relación entre los investigadores del área de la salud y la industria ha estado dominada por los intereses de esta última. Por otro lado, un porcentaje importante de los investigadores de las instituciones públicas suelen limitarse a la ejecución de estudios motivados por la adquisición de nuevos conocimientos y tienen poco interés en aplicar sus hallazgos para crear nuevas tecnologías o mejorar las existentes.

Esta situación podría modificarse mediante el diseño de estrategias de cooperación y conciliación de intereses. La propuesta central a este respecto consiste en apoyar la creatividad y el trabajo de los investigadores con recursos de la industria para la producción de fármacos u otras tecnologías en las que ambas partes encuentren un interés común. En este rubro se propone:

- Firma de convenios de colaboración entre los centros o grupos de investigación en salud que existen en el país y la industria para allegar mayores recursos a los investigadores y potencializar el impacto de sus hallazgos.

La relación entre los investigadores del área de la salud y la industria podría mejorarse mediante el diseño de estrategias de cooperación y conciliación de intereses

La disseminación de los resultados de investigación fomenta el autocuidado de la salud, enriquece la relación de los usuarios con los proveedores e incrementa el interés de los futuros profesionistas en las actividades científicas

- Promoción del registro de patentes por parte de los investigadores que laboran en proyectos con potencial de desarrollo tecnológico en salud.

Divulgación entre la población general de los resultados de la investigación en salud

La disseminación de los resultados de investigación en salud fomenta el autocuidado de la salud, enriquece la relación de los usuarios con los proveedores de los servicios e incrementa el interés de los futuros profesionistas en las actividades científicas.

Sin embargo, en México sólo una pequeña proporción de la población general está informada sobre los resultados de la investigación en salud. Adicionalmente, el conocimiento que se divulga está poco adaptado al público al que va dirigido.

Para avanzar en este rubro, la presente administración se propone:

- Disseminación de los resultados de la investigación en salud entre la población general a través de los medios de comunicación de masas (radio, televisión y prensa).
- Promoción de la capacitación y la especialización en salud de los comunicadores y periodistas.

Línea de acción 10.5. Diseñar planes maestros de infraestructura y equipamiento en salud

Los bienes muebles e inmuebles, los insumos y equipos, y la infraestructura informática y de telecomunicaciones conforman el ambiente para la producción de los servicios de salud. Sin ellos no se podría producir salud con calidad y eficiencia. La infraestructura del sector público de la salud, sin embargo, presenta problemas de insuficiencia, pobre mantenimiento, obsolescencia, y descuido en aspectos de imagen, señalización y mobiliario. La población misma se queja con frecuencia de las condiciones de los servicios de salud.

Esta misma infraestructura constituye el ambiente de trabajo de miles de hombres y mujeres que requieren de ciertas comodidades y recursos para desarrollar de manera efectiva y eficiente sus actividades productivas.

Para garantizar que la inversión en infraestructura genere mejores condiciones para la prestación de servicios de salud, la presente administración llevará a cabo las siguientes actividades:

- Levantamiento de un inventario exhaustivo de la infraestructura del sector en colaboración con el CSG y el Grupo de Trabajo de Infraestructura en Salud del CNS.
- Diseño de criterios para la inversión en bienes muebles e inmuebles en el sector público.
- El diseño de Planes Maestros de Infraestructura y Equipamiento de Salud para promover una mejor planeación del gasto de inversión en infraestructura a escala sectorial.

Línea de acción 10.6. Telemedicina: invertir en redes

Las nuevas tecnologías de información y telecomunicaciones se han constituido en un apoyo invaluable de la prestación de servicios de salud. Mediante las telecomunicaciones e informática es posible ahora transmitir información, audio e imágenes a distancia en tiempo real y de forma interactiva. Esto permite crear vínculos entre prestadores de servicios de unidades separadas entre sí que facilitan el diagnóstico, tratamiento, control y, en caso necesario, traslado de los pacientes. Las telecomunicaciones, además, repre-

BIODIVERSIDAD Y BIOTECNOLOGÍA

Si la biodiversidad del país se utiliza de manera inteligente, respetuosa y sustentable, puede servir de apoyo indefinido para la solución de muchos de los actuales problemas del país, sobre todo a través del desarrollo de biotecnología de excelencia

México es una de las regiones con mayor diversidad biológica del planeta. Existen especies de animales, plantas y microorganismos que no se encuentran en otras partes del mundo y que forman una de las mayores riquezas de la Nación. Esta riqueza, además, es una riqueza renovable. Si esta biodiversidad se utiliza de manera inteligente, respetuosa y sustentable, puede servir de apoyo indefinido para la solución de muchos de los actuales problemas del país, sobre todo a través del desarrollo de biotecnología de excelencia. El fortalecimiento de este campo científico puede hacer de México uno de los líderes mundiales en la generación de productos biológicos con alto valor agregado.

En el caso de la biotecnología aplicada a la salud pública, las áreas estratégicas de desarrollo en nuestro país son las siguientes:

Producción de proteínas de interés terapéutico

Mediante la ingeniería genética es posible i) producir proteínas humanas de reemplazo en gran escala; ii) desarrollar fármacos nuevos que no podrían obtenerse de otra manera; iii) desarrollar medicamentos más precisos y eficaces, con menos efectos colaterales, y iv) eliminar los riesgos de contaminación con patógenos infecciosos al evitar el uso de tejidos humanos o animales como fuente de productos terapéuticos.

Investigación y producción de vacunas

La elevada prevalencia y los costos asociados a las enfermedades infecciosas ponen de relieve la necesidad de reforzar la investigación en este campo utilizando los nuevos enfoques que ofrece la biotecnología moderna para prevenir enfermedades que representan todavía un problema de salud pública para México. Destacan dentro de ellas la hepatitis, tuberculosis, gastroenteritis virales, enfermedades respiratorias, paludismo, fiebre tifoidea y amibiasis.

Mejoría de los instrumentos diagnósticos

Es necesario diseñar pruebas costo-efectivas para el diagnóstico y vigilancia de enfermedades infecciosas, así como métodos para el diagnóstico oportuno de neoplasias malignas en estadios iniciales, especialmente para cánceres como el cérvico-uterino, de próstata y mama, entre otros. Por otra parte, es necesario abordar problemas relacionados con la contaminación ambiental y el ambiente laboral como ocurre con las intoxicaciones por metales y compuestos orgánicos volátiles. Otra área relevante dentro del diagnóstico es la detección de patógenos en alimentos, en particular en aquellos que se consumen de manera cruda, como los vegetales y las frutas.

Diseño y producción de fármacos

También es fundamental la producción de moléculas con potencial farmacológico. La utilización inteligente de la biodiversidad debiera considerarse prioritaria en la producción de insulina y heparinas de bajo peso molecular, útiles en la prevención de infarto agudo del miocardio y enfermedad vascular cerebral, y en el tratamiento de la diabetes mellitus, tres de las principales causas de mortalidad en México. Asimismo, debe evaluarse cuidadosamente la importación actual de las proteínas, a fin de determinar su utilidad desde una perspectiva de costo-beneficio y opciones que aseguren el uso óptimo y eficiente de los recursos del sector salud.

Medicina molecular y celular

La ciencia proteómica y la terapia génica están ofreciendo la posibilidad de corregir desórdenes genéticos heredados, enfermedades infecciosas como el SIDA o efectos tóxicos colaterales, como los que produce la quimioterapia para padecimientos cancerosos. La terapia celular promete ser útil en el tratamiento de diversas enfermedades degenerativas, infecciosas y traumáticas. Por estos motivos resulta indispensable el desarrollo en el país de estas nuevas áreas de la ciencia, a fin de

implantar nuevas y mejores formas de detección temprana de estas enfermedades y de los tratamientos oportunos correspondientes.

Medicina genómica

La ciencia genómica es la disciplina que permite la caracterización global y simultánea de la estructura y función de los genes de un ser vivo (genoma). En el caso del genoma humano, esta ciencia ofrece la oportunidad de descubrir los genes que están asociados a las enfermedades monogénicas y las bases de los desórdenes multigénicos.

El esclarecimiento del genoma humano ha puesto de manifiesto que los seres humanos compartimos 99.9 por ciento de nuestro genoma. El 0.1 por ciento restante varía entre los individuos y es el que confiere susceptibilidad o resistencia a las enfermedades comunes.

Las promesas que ofrece el esclarecimiento del genoma humano en el combate a las enfermedades y la generación de fármacos adecuados a las necesidades individuales han generado enormes expectativas en gobiernos, organismos internacionales, la comunidad científica y la industria de la salud. También hay voces que anticipan un uso inadecuado de la tecnología que pudiera producir este conocimiento.

La Universidad Nacional Autónoma de México, la SSA, la Fundación Mexicana para la Salud y el CONACYT, después de realizar un estudio de factibilidad, decidieron crear un centro de medicina genómica en nuestro país, cuya operación arrancará en 2003. El Centro de Medicina Genómica tiene como misión aplicar el conocimiento derivado del esclarecimiento del genoma humano para mejorar la salud de los mexicanos mediante el diseño de intervenciones costo-efectivas de prevención, tratamiento y rehabilitación. Asimismo, el Centro impulsará el desarrollo de recursos humanos de alto nivel, la innovación tecnológica y la difusión del conocimiento sobre medicina genómica.

Con la promoción de la telemedicina se podrá ampliar la cobertura de los servicios y realizar actividades de capacitación a distancia

sentan uno de los instrumentos para establecer redes virtuales para la prestación de servicios de salud. Los servicios de telemedicina, de hecho, son particularmente útiles para ampliar la cobertura de los servicios y responder a las demandas de atención de las poblaciones marginadas.

Esta misma infraestructura de comunicaciones permite asimismo realizar actividades de capacitación a distancia y de promoción y prevención de la salud, y facilita la captación remota de los datos que requieren los sistemas de información en salud.

Por estas razones, la presente administración se propone:

- Fortalecimiento de la infraestructura informática y de telecomunicaciones del sector público de la salud.
- Instrumentación de un proyecto piloto de capacitación a distancia tomando como punto de partida la experiencia que en este sentido tiene el ISSSTE.
- Puesta en marcha de un programa de mantenimiento de la infraestructura de telecomunicaciones que garantice un funcionamiento adecuado del sistema.

Línea de acción 10.7. Utilizar los avances de la Internet y el proyecto e-Salud para mejorar y hacer más eficiente la práctica médica

El proyecto e-Salud propone soluciones con tecnología Web para mejorar el intercambio de información y hacer más eficiente la práctica médica

En concordancia con las propuestas de la línea anterior se considera indispensable incorporar a los planes de inversión la tecnología de Internet. Mediante una mayor inversión en la Internet en el sector salud se busca: i) agilizar y simplificar los trámites administrativos relacionados con la atención al público; ii) poner a disposición de la ciudadanía la información pública en salud y fortalecer los mecanismos para facilitar el intercambio de información entre instituciones; iii) desarrollar e implantar bases de datos con tecnología Web para facilitar el acceso y consulta remota de datos en beneficio de las instituciones de salud, la comunidad académica y la sociedad en general; iv) apoyar la comunicación interna y externa de las instituciones de salud, mediante mecanismos tales como los foros de opinión y consulta, y los servicios de correo y *chat*, entre otros, y v) agilizar los flujos de información.

Con estos fines se propone:

- Incorporación a la agenda del Grupo de Trabajo de Infraestructura en Salud del Consejo Nacional de Salud, la revisión de los proyectos de Internet.
- Consolidación del acceso a Internet de todas las delegaciones y jurisdicciones y todas las áreas directivas del sector público de la salud.
- Diseño de plataformas comunes para incorporar bases de datos y sistemas de intercambio de información a las páginas Web de las instituciones públicas de salud.
- Diseño y publicación de formularios en páginas Web que faciliten la captación remota de datos desde los niveles operativos con el fin de apoyar la operación de los sistemas de información en salud y el levantamiento de encuestas.

IV. Cómo medimos los avances

La rendición de cuentas como parte del proceso democrático

Medición de resultados y evaluación del desempeño

- Evaluación del desempeño del sistema
- Evaluación de programas y servicios
- Sistema Nacional de Indicadores

Rendición de cuentas

- Informes al Congreso de la Unión
- Seguimiento por el Consejo de Salubridad General y el Consejo Nacional de Salud
- Asamblea Nacional de Salud
- Opinión ciudadana





IV. Cómo medimos los avances

La rendición de cuentas como parte del proceso democrático

México está transitando hacia una nueva cultura ciudadana. Las instituciones públicas están cada día más obligadas a informar a la sociedad sobre la marcha y resultado de sus actividades. Los ciudadanos exigen explicaciones y hacen uso de mecanismos muy diversos para hacer llegar a la autoridad sus inquietudes y propuestas. El común denominador es la necesidad de establecer sistemas claros y permanentes de vigilancia del desempeño de los servidores públicos.

La rendición de cuentas es el proceso a través del cual las instituciones de gobierno dan a conocer a los ciudadanos las decisiones que toman durante el ejercicio de sus funciones, la forma en que asignan los recursos disponibles y el impacto que ambos procesos tienen en la vida de los municipios, los estados o el país en su conjunto. Dar cuenta de lo hecho implica, por lo tanto, la existencia de procedimientos explícitos, públicos y detallados cuyo objetivo último es proteger los derechos de los ciudadanos contra los posibles agravios de las instituciones del Estado. En el fondo, la rendición de cuentas se basa en la idea de que las personas tienen derecho a conocer los principios y razonamientos que están detrás de las decisiones que afectan su bienestar básico.

En este capítulo se presentan los mecanismos que se utilizarán para informar a los ciudadanos y a sus representantes sobre la marcha del *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. En la primera parte se describen los instrumentos que se utilizarán para evaluar el desempeño tanto de los servicios y programas, como de los sistemas estatales y nacional de salud. En la segunda parte se hace mención de los procedimientos que se utilizarán para informar de manera regular al Congreso de la Unión y a otras instancias de la sociedad sobre el desarrollo y resultados de las actividades de esta administración.

Medición de resultados y evaluación del desempeño

El objetivo fundamental de un sistema de salud es mejorar las condiciones de salud de la población a la que atiende. Esto se logra mediante la provisión de servicios de salud efectivos y respetuosos de la dignidad y expectativas de los usuarios. El éxito de estos servicios en la consecución de dicho objetivo puede y debe evaluarse.

Las instituciones públicas están cada día más obligadas a informar a la sociedad sobre la marcha y resultado de sus actividades

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 contempla la puesta en marcha de un esquema de evaluación que hará énfasis en los resultados y tendrá carácter comparativo

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 contempla la puesta en marcha de un esquema de evaluación que: i) hará énfasis en los resultados; ii) tendrá carácter comparativo; iii) se aplicará en los niveles municipal, estatal y nacional, y iv) será utilizado para el ajuste permanente de las políticas y programas de salud.

Este esquema de evaluación utilizará dos tipos de indicadores: i) indicadores agregados para medir el impacto del sistema sobre las condiciones de salud de la población, la calidad de los servicios y el grado de protección financiera con la que cuentan los ciudadanos, y ii) indicadores de metas intermedias, procesos y recursos para medir el desempeño de los programas y servicios. Este esquema tomará en consideración la magnitud de cambio de los indicadores en el periodo evaluado y la reducción de las inequidades en las distintas entidades federativas. Además de detectar errores e ineficiencias, la evaluación permitirá detectar buenas prácticas y promover su generalización hacia todos los prestadores, a fin de mejorar la implantación de las políticas y la gestión de los programas y servicios.

El esquema integral de evaluación contará con tres componentes:

- Evaluación del desempeño
- Evaluación de programas y servicios
- Sistema Nacional de Indicadores

Las instancias encargadas de definir los criterios de operación de este esquema serán el Consejo de Salubridad General y el Consejo Nacional de Salud

Las instancias encargadas de definir los criterios de operación de este esquema serán el Consejo de Salubridad General (CSG) –órgano dependiente de la Presidencia de la República encargado de la coordinación intersectorial en materia de salud– y el Consejo Nacional de Salud (CNS) –órgano de carácter federal encargado de la coordinación territorial de las políticas de salud–. Se propone que en estos foros se concilien los criterios de evaluación, se presenten los resultados de las evaluaciones y, en función de los mismos, se generen propuestas de revisión de las políticas y los programas.

Evaluación del desempeño del sistema

La evaluación del desempeño del sistema de salud es una de las principales responsabilidades de la SSA como instancia rectora del sector. Este proceso, como ya se señaló, implica medir el grado en el que se están alcanzando los objetivos del sistema de salud.

De acuerdo con la OMS, los objetivos básicos de los sistemas de salud son tres: i) mejorar la salud de la población, ii) ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud y iii) garantizar seguridad financiera en materia de salud.

La razón de ser de todo sistema de salud es mejorar la salud. Esto implica alcanzar el mejor nivel posible de salud para toda la población durante todo el ciclo de vida, lo que a su vez supone contar con un sistema de salud *efectivo*. Sin embargo, en ocasiones se puede proteger o mejorar la salud promedio de la población atendiendo de manera desproporcionada las necesidades de ciertos grupos privilegiados. Esto no es deseable. El sistema de salud, por lo tanto, tiene también la responsabilidad de reducir las desigual-

dades, mejorando preferentemente la salud de aquellos que están en peores condiciones. En este sentido el sistema de salud debe ser también *equitativo*.

El indicador sintético que mejor mide las mejoras en las condiciones de salud es la esperanza de vida saludable (EVISA). Además de este indicador, es recomendable utilizar como medidas de logro la esperanza de vida al nacer, la supervivencia de los menores de cinco años, la mortalidad de adultos y la mortalidad materna. En todos estos casos el indicador debe dar cuenta tanto del nivel promedio alcanzado por la población como de su distribución entre los distintos grupos de la sociedad; es decir, debe mostrar el grado de desigualdad que existe.

Garantizar un trato adecuado significa ofrecer servicios de salud efectivos en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información. Esto es válido tanto para los servicios curativos como para los servicios ofrecidos a través de campañas preventivas o de promoción de la salud. El trato digno también supone la posibilidad de elegir al médico tratante o la clínica de primer contacto en la que se desea recibir la atención, disponer de servicios generales presentables en las unidades de salud, esperar tiempos razonables por una consulta o una intervención, y tener acceso a redes de apoyo social, sobre todo durante las estancias hospitalarias.

Dentro de los mejores indicadores para medir el trato digno en el caso de los servicios personales se encuentran los tiempos de espera y el grado de respeto a los pacientes (percibido por ellos mismos y sus familiares), así como la presencia de comodidades básicas (salas de espera cómodas, sanitarios limpios) en los servicios de atención a la salud. Para los servicios no personales de salud todavía no se cuenta con indicadores precisos de evaluación y será un reto construirlos en el futuro inmediato.

Finalmente, la protección financiera implica la existencia de esquemas de financiamiento de los servicios de salud que sean justos –es decir, que el que menos tenga pague menos– y protejan a la población contra gastos desproporcionados. La justicia en el financiamiento se mide evaluando el grado de progresividad del gasto en salud y calculando el porcentaje de hogares que cada año incurrir en gastos catastróficos por atender su salud.

Estos tres tipos de indicadores son los que la SSA se propone utilizar para evaluar el desempeño tanto del sistema nacional como de los sistemas de salud de las 31 entidades federativas y el Distrito Federal.

Evaluación de programas y servicios

La evaluación de los objetivos finales de un sistema es un proceso extraordinariamente importante. Sin embargo, sólo la evaluación de los llamados objetivos intermedios permite identificar los espacios en los que es necesario hacer correcciones. A la evaluación de los objetivos intermedios de un sistema se le ha denominado evaluación de programas y servicios de salud, que es la forma más convencional de evaluación de los sistemas de salud, y se lleva a cabo asignándole un valor a los cambios que dichos programas y servicios producen en las esferas de su competencia. Estos cambios se registran en indicadores de estructura, proceso y resultado.

El indicador sintético que mejor mide las mejoras en las condiciones de salud es la esperanza de vida saludable

Dentro de los mejores indicadores para medir el trato digno en el caso de los servicios personales se encuentran los tiempos de espera y el grado de respeto a los pacientes

La evaluación de programas y servicios constituye un excelente instrumento de comunicación de resultados a la población general. Su importancia radica en la certeza que existe sobre el enorme impacto en las condiciones de salud que tienen algunas intervenciones personales llamadas *decisivas*—determinadas cirugías, las cesáreas apropiadamente indicadas y las terapias sustitutivas— y muchas de las intervenciones de salud pública. Ambos tipos de acciones tienen tal efecto benéfico que conocer en forma precisa su volumen, costo y distribución resulta importante para garantizar una adecuada operación de los servicios.

Como muestra la figura 4.1, mediante la evaluación de los programas y servicios pueden identificarse, asimismo, las formas precisas en que interactúan los distintos niveles de servicios relacionados con la salud. El segmento más identificado con los sistemas de salud son los servicios personales, que se caracterizan por otorgarse en forma individual y sobre todo a enfermos. Los servicios no personales, que constituyen una parte fundamental de los sistemas de salud, se identifican menos con los sistemas de salud, dado que se dirigen a la población concebida como un grupo y en la mayoría de los casos a la población sana. Finalmente, se encuentran las acciones intersectoriales, es decir, aquellas que se realizan en colaboración con otros sectores —educación, vivienda, comunicaciones y transportes— y que influyen en las condiciones de salud. En muchos casos, la actividad de la autoridad sanitaria en la implantación de estas acciones se limita a promover el diseño y puesta en marcha de políticas saludables.

La mayoría de las actividades que actualmente son materia de la evaluación de programas y servicios se encuentran en los primeros dos espacios y en especial en el espacio de los servicios personales. No obstante, la tendencia mundial indica que poco

El segmento más identificado con los sistemas de salud son los servicios personales, que se caracterizan por otorgarse en forma individual y sobre todo a enfermos

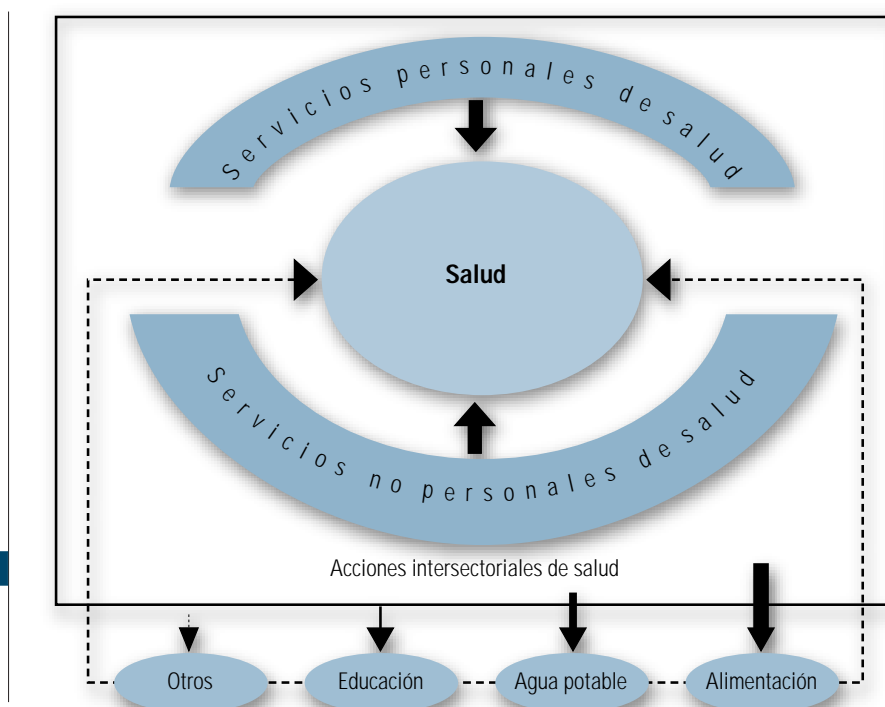


Figura 4.1

Interacción de los distintos servicios relacionados con la salud

a poco será necesario incorporar a los procesos de evaluación al resto de las actividades que influyen en la salud.

La evaluación de los objetivos intermedios del sistema se justifica en tres situaciones: i) cuando se desea identificar de manera precisa la contribución de cada componente del sistema al logro de los objetivos esenciales; ii) cuando obligadamente debemos contar con indicadores intermedios para construir los indicadores que dan cuenta del alcance de los objetivos esenciales y iii) cuando no es posible evaluar el logro de los objetivos esenciales del sistema y en su lugar deben utilizarse indicadores intermedios para conocer, aunque sea de manera aproximada, el desempeño global.

Desde hace varios años se han utilizado en México, para el seguimiento de los objetivos intermedios del sistema, 46 indicadores avalados por el CNS. Este sistema de indicadores servirá de base para la evaluación de los programas y servicios prioritarios del *Programa Nacional de Salud 2001-2006*.

Sistema Nacional de Indicadores

Tanto la evaluación del desempeño como la evaluación de programas y servicios implican la medición periódica de indicadores seleccionados y estandarizados a escala sistémica y programática. Actualmente los sistemas de salud de todo el mundo cuentan con miles de indicadores acerca de centenas de procesos y resultados, que imponen enormes presiones a los sistemas de información. Cuando los recursos humanos y financieros son limitados y los problemas de salud numerosos, los procedimientos de recopilación, clasificación y procesamiento de datos con los que se construyen los indicadores pueden representar una pesada carga que, lejos de apoyar la toma de decisiones, interfiere con ella y obstaculiza la consecución de las metas del sistema. Esto no sólo se debe al uso ineficiente de los recursos, sino también a la dificultad que enfrentan los administradores para discernir entre una enorme cantidad de datos. De ahí que exista consenso en la ventaja que tiene alcanzar un equilibrio entre tres factores que intervienen en el proceso de selección, confección y uso de los indicadores sanitarios:

- *Cobertura*. Los indicadores deben abarcar sólo aquellas esferas de acción que pueden influir en el resultado y ser modificadas mediante la evaluación.
- *Capacidad del sistema*. Los indicadores deben ser sólo aquellos que el sistema puede producir oportuna y exhaustivamente a un costo aceptable para la sociedad.
- *Capacidad de los administradores*. Los indicadores deben ser sólo aquellos que los administradores del sistema sean capaces de utilizar en la toma de decisiones.

Las evaluaciones del desempeño y de programas y servicios, por lo tanto, requieren de un sistema de información oportuno, exhaustivo, confiable y sostenible. De hecho, la existencia de un sistema nacional de información en salud, único y universal, constituye la mejor garantía de éxito de los sistemas de evaluación.

La creación de un conjunto mínimo de indicadores basado en los que actualmente avala el CNS será estratégica. En el caso de la evaluación del desempeño, se buscará

Tanto la evaluación del desempeño como la evaluación de programas y servicios implican la medición periódica de indicadores seleccionados y estandarizados a escala sistémica y programática

Algunos de los indicadores de desempeño y resultado del sector salud formarán parte del Sistema Nacional de Indicadores del *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*

que el país se convierta en líder mundial en este tema, adaptando a las condiciones del país las recomendaciones que la OMS ha emitido en este sentido. El Sistema Nacional de Indicadores se convertirá así en un puente que vinculará la experiencia técnica de la SSA con su responsabilidad política y social.

Finalmente, cabe señalar que algunos de los indicadores de desempeño y resultado del sector salud formarán parte del Sistema Nacional de Indicadores del *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*. Los indicadores de este sistema tienen las características de ser: a) de resultado; b) susceptibles de reportarse anualmente; c) comparables internacionalmente; d) verificables por terceros independientes; e) socialmente relevantes; f) de cobertura amplia, y g) fácilmente comunicables a la sociedad (cuadro 4.1).

Rendición de cuentas

La rendición de cuentas sobre las acciones del sistema de salud tiene múltiples objetivos. Además de generar información para la ciudadanía, puede ser un medio eficaz para mejorar la toma de decisiones, identificar nuevos desafíos, promover el diálogo acerca de las políticas nacionales de salud y contribuir a poner a la salud en el centro de los debates nacionales, proporcionando información oportuna y confiable sobre un aspecto central del bienestar de los ciudadanos.

Cuadro 4.1

Indicadores sectoriales estratégicos de desempeño y resultados

Indicador	Unidad de Medida
Índice de desempeño global del sistema de salud ¹	Medida del logro del sistema de salud en los aspectos de condiciones de salud, trato adecuado y protección financiera, en relación con el nivel de gasto efectuado.
Esperanza de vida saludable ¹	Tiempo en años que en promedio pueden vivir los hombres y mujeres sin padecer enfermedades graves o discapacitantes.
Índice de desigualdad en salud ¹	Desigualdad en la supervivencia en menores de cinco años entre diferentes grupos poblacionales.
Índice de trato adecuado ¹	Capacidad de respuesta del sistema de salud con respecto a dignidad, autonomía, confidencialidad, atención pronta, calidad, acceso a redes de apoyo y elección de proveedor.
Protección financiera ¹	Porcentaje de familias que tuvieron gastos catastróficos por motivos de salud en el año.
Mortalidad materna ²	Riesgo que tiene de morir una mujer por complicaciones del embarazo, parto y/o puerperio por cada 100 000 nacidos vivos registrados.
Mortalidad en menores de cinco años de edad ^{2,*}	Riesgo de morir durante los primeros cuatro años de vida por cada 1000 nacidos vivos.
Mortalidad en adultos [*]	Riesgo de morir de los adultos de 15 a 59 años por cada 1000 sobrevivientes a los 15 años.
Mortalidad por accidentes de tráfico ^{**}	Riesgo de morir por un accidente de tráfico por cada millón de vehículos/kilómetro.
Consumo de tabaco en adolescentes	Tasa de fumadores por cada 1000 habitantes de 12 a 18 años.

¹ Propuesto por la OMS
² Compromiso suscrito por México en la Cumbre del Milenio
^{*} Información proporcionada por CONAPO
^{**} Información proporcionada por INEGI

El Ejecutivo Federal rendirá cuentas sobre el desempeño del sistema de salud: a los ciudadanos, mediante la presentación de informes públicos a la Asamblea Nacional de Salud; al Poder Legislativo, a través de presentaciones en las Comisiones de Salud y Seguridad Social de las cámaras de Diputados y Senadores, y al sector salud y la Federación, mediante la presentación de informes al CSG y al CNS.

El Ejecutivo Federal rendirá cuentas sobre el desempeño del sistema de salud: a los ciudadanos, al Poder Legislativo y al sector salud

Los medios masivos de comunicación, las instituciones académicas y otras organizaciones sociales, como las ONG, recibirán información sobre el sistema nacional de salud a libre demanda y únicamente con las restricciones que implican la protección de la confidencialidad de los usuarios y el respeto de la vida privada.

Informes al Congreso de la Unión

La democracia supone la rendición regular de cuentas por parte del Poder Ejecutivo al Poder Legislativo. El espacio para este ejercicio es el Congreso de la Unión. Con carácter periódico y a solicitud expresa, el C. Secretario de Salud rendirá cuentas a las Cámaras de Diputados y Senadores a través de sus respectivas Comisiones de Salud y Seguridad Social mediante un Informe de Avances del *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. En este informe se dará cuenta del grado de avance de las estrategias y acciones de dicho programa, del grado de cumplimiento de sus metas, y de las medidas correctivas o complementarias que haya sido necesario adoptar en su periodo de vigencia.

Seguimiento por el Consejo de Salubridad General y el Consejo Nacional de Salud

El CSG es un órgano que depende directamente de la Presidencia de la República y tiene como mandato constitucional participar en el diseño de las políticas de Estado en materia de salud, con énfasis en la cooperación y acción intersectorial. El CNS es un órgano involucrado en la planeación, programación y evaluación de los servicios de salud. Es una instancia de alto nivel en donde las autoridades de salud analizan y definen las políticas de salud nacionales y coordinan las acciones respectivas entre la Federación y los estados.

La acción ciudadana, individual o colectiva, enriquece la acción pública: democratiza las decisiones, legitima la definición de prioridades y mejora la asignación de recursos

El titular de la SSA presentará un informe anual de Avance del *Programa Nacional de Salud 2001-2006* ante el CSG y CNS. Las recomendaciones y observaciones que se produzcan en las discusiones de estos informes se incorporarán al Informe de Avance del *Programa Nacional de Salud 2001-2006* que se presentará ante el Congreso.

Asamblea Nacional de Salud

En los programas IMSS-Solidaridad, PASSPA y Progresá se dieron experiencias de participación social que deben recuperarse y fortalecerse. La acción ciudadana, individual o colectiva, enriquece la acción pública: democratiza las decisiones, legitima la definición de prioridades y mejora la asignación de recursos. En esta administración la participación

La presente administración incorporará a sus herramientas de gestión encuestas de percepción que se aplicarán de manera periódica

social se promoverá en todos los niveles de gobierno (nacional, estatal y municipal) y en todas las instancias de decisión pública en materia de salud (instituciones y unidades de salud). Como foro de participación organizada se propone la creación de una Asamblea Nacional de Salud que se reunirá anualmente. La asamblea funcionará como un espacio para la rendición de cuentas, y como foro para el intercambio y la discusión de ideas y experiencias.

Por su parte, el Consejo Ciudadano de Seguimiento del *Programa Nacional de Salud 2001-2006* conocerá con detalle las acciones llevadas a cabo por el sistema de salud para la consecución de sus objetivos y el alcance de sus metas, y propondrá mecanismos para evaluarlas. La SSA dotará a este Consejo de todas las facilidades para el cumplimiento de su cometido.

Opinión ciudadana

La medición de la opinión de los ciudadanos sobre asuntos de interés público es ya una práctica habitual. Las encuestas de opinión permiten conocer, por ejemplo, el grado de satisfacción de los usuarios con los servicios públicos.

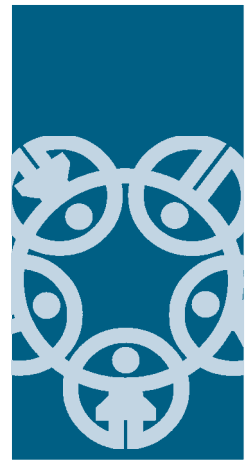
Con la intención de atender mejor las inquietudes de los usuarios de los servicios de salud, la presente administración incorporará a sus herramientas de gestión encuestas de percepción que se aplicarán de manera periódica. Los resultados de estas encuestas se difundirán de manera masiva por medios impresos y electrónicos.

Agradecimientos





Agradecimientos



Se agradece en primer término la participación de todas las instituciones públicas del sector salud en la elaboración del *Programa Nacional de Salud 2001-2006*: a los funcionarios de la Secretaría de Salud y las instituciones respectivas en cada entidad federativa, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, la Dirección General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional, la Dirección General de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina y los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos. También se agradece la participación del Consejo de Salubridad General, el Consejo Nacional de Salud, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, el Consejo Nacional contra las Adicciones y los Institutos Nacionales de Salud.

Se agradece, asimismo, la colaboración de las siguientes instituciones públicas: Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Instituto Nacional de las Mujeres, Secretaría de Desarrollo Social, Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Las siguientes instituciones académicas, profesionales, privadas y de la sociedad civil también participaron en la elaboración y/o revisión de este programa: Academia Nacional de Medicina, Academia Mexicana de Cirugía, Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, Asociación Mexicana de Hospitales, Asociación Nacional de Hospitales Privados, Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica, Consejo Coordinador Empresarial, Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica, Fundación Mexicana para la Salud, Population Council, Universidad Iberoamericana.

Se agradecen las propuestas del Seminario sobre Género y Salud, celebrado del 7 al 9 de marzo de 2001 en el que participaron las siguientes organizaciones: Afluentes, A.C., Causa Ciudadana, Centro de Análisis e Investigación, A.C., Centro de Estudios de la Mujer y la Familia, A.C., Centro de Investigación y Docencia Económica, Centro de Investigación y Estudios en Antropología Social, Centro Interdisciplinario de Mujeres para la Atención de la Salud, A.C., Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias-UNAM, Colectivo Mexicano de Acción por la Niñez, El Colegio de México, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de

Población, Fundación Mexicana para la Planificación Familiar, A.C., Grupo de Información en Reproducción Elegida, Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos, Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, A.C., Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Instituto Nacional de las Mujeres, Letra S (suplemento de *La Jornada*) Organización Internacional del Trabajo, Organización Panamericana de la Salud, Population Council, Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, Programa Universitario de Estudios de Género-UNAM, Universidad de Manchester, Universidad de Quebec, Universidad de Toronto, Universidad Nacional Autónoma de México, UNIFEM.

Más que nada, es preciso agradecer a los cerca de 15 mil ciudadanos que participaron en los Foros de Consulta Popular y a los más de 22 mil que hicieron llegar propuestas para enriquecer este *Programa Nacional*.

Por último, a continuación se presenta una lista de todas aquellas personas que colaboraron de diversas maneras en las distintas fases de elaboración del *Programa Nacional de Salud 2001-2006*:

Jesús Lorenzo Aarún Ramé
Alberto Aguilar Salinas
Héctor Aguirre Gas
Héctor Aguirre Sáenz
Celina Alvear Sevilla
Ana Teresa Aranda Orozco
Víctor Arriaga Weiss
Carlos Alberto Astorga
Mauricio Bailón González
Ma. de los Angeles Barbosa Vivanco
Simón Barquera
Mariana Barraza Lloréns
Guido Belsasso
Bernardo Bidart Ramos
Francisco Bolívar Zapata
Miguel Angel Brambila Raigosa
Javier Cabral Soto
Fernando Calvo
Celso Campos Vázquez
Pedro Canul Rodríguez
Jorge Carmona Ruvalcaba
Mariano Carreño Carlón
Xóchitl Castañeda Camey
Roberto Castañón Romo
Bertha Castaños Muñoz
Javier Castellanos Coutiño
Martha Elena Celis Téllez
Raúl Contreras Bustamante
Enrique Corral Corral

Carlos Cruz Rivero
Fernando Chacón Sosa
Jesús Chávez Mayol
Agustín Dávalos Flores
María Eugenia de León May
Magdalena Delgado Bernal
Mauricio Di Silvio López
Luis Rubén Durán Fontes
Eduardo Escalante Macín
Patricia Espinosa Torres
Angel René Estrada Arévalo
Rafael Fajer García
Alejandro Fernández Várela
Carlos Flores Alcocer
Víctor Hugo Flores Higuera
Rubén Galavis Tristán
Augusto A. García Besné Bueno
Francisco Garrido Latorre
Héctor Gómez Dantés
Octavio Gómez Dantés
Jesica Gómez Jauregui
Miguel Angel González Block
Rosa Ma. González de Sarabia
Salvador González Gutiérrez
Eduardo González Pier
Benjamín González Roaro
Carlos Gracia Nava
Alejandro Guarneros Chumacero
Gonzalo Gutiérrez Trujillo

Luis Miguel Gutiérrez
 Roberto Ham
 Antonio Heras Gómez
 Juan Eugenio Hernández Avila
 Mauricio Hernández Avila
 Bernardo Hernández Prado
 Juan Hernández Sentor
 Martha Híjar Medina
 Carlos Hurtado López
 Luis Guillermo Ibarra Ibarra
 Eduardo Jaramillo Navarrete
 Mercedes Juan López
 Felicia Knaul
 Pablo Kuri Morales
 Ana Langer Glass
 Asa Cristina Laurell
 Armando León Bernal
 Santiago Levy Algazi
 René Leyva Flores
 Miguel Angel Lezana Fernández
 Nicolás Licona Spinola
 Alberto Lifshitz y Guensber
 Jesús Limonchi Gómez
 Gustavo Lomelín Cornejo
 Malaquías López Cervantes
 Sergio López Moreno
 Rafael Lozano Ascencio
 Cuauhtémoc Mancha Moctezuma
 Antonio Marín López
 Gabriel Martínez González
 Federico Medina Ascencio
 Juan Pablo Méndez
 Juan Manuel Micher Camarena
 Gonzalo Moctezuma Barragán
 Héctor Moreira
 Arturo Muñoz Gómez
 Onofre Muñoz Hernández
 Verónica Muñoz Parra
 Gustavo Nigenda
 Raúl Noriega Hernández
 Carlos Oropeza Abúndez
 Verónica Ortiz Ortega
 Mauricio Ortiz Robles
 Guillermo Ortiz Solalinde
 Raúl Osuna Peralta
 Luis Padilla Sánchez
 Arturo Pérez Estrada
 Samuel Ponce de León Rosales
 María de Lourdes Quintanilla Rodríguez
 Gilberto Ramírez Cuadra
 Teresita Ramírez Sánchez
 Sigfrido Rangel Frausto
 Blanca Rico Galindo
 Enrique Ríos Espinoza
 Juan Rivera Dommarco
 Lilia Rivero Rodríguez
 Héctor Robledo Galván
 Miguel Angel Rodríguez Díaz Ponce
 Rodolfo Rojas Rubí
 Miguel B. Romero Téllez
 Javier Rosado Muñoz
 Roman Rosales Avilés
 Enrique Ruelas Barajas
 Cuauhtémoc Ruíz Matus
 Felipe Ruíz Reyes
 Cristóbal Ruíz Gaytán López
 Gloria Saldaña Uranga
 José Eduardo San Esteban Sosa
 José Ignacio Santos Preciado
 Carlos Santos Burgoa Zarnecky
 José Sarukhán Kermes
 Jaime Sepúlveda Amor
 Guillermo Soberón Acevedo
 Guillermo Alberto Solomón Santibañez
 Luis Ignacio Solórzano Flores
 Roberto Tapia Conyer
 José Antonio Tapia Cruz
 Carlos Tena Tamayo
 Javier Torres López
 Christian Torres Ortiz
 Alfonso Trujillo Plaisant
 Misael Uribe Esquivel
 Patricia Uribe Zúñiga
 Cuauhtémoc Valdés Olmedo
 Alfredo Vargas Flores
 César Vargas Martínez
 Eduardo Vázquez Vela
 Vitelio Velasco Murillo
 Oscar Velázquez Monroy
 Agustín Vélez Barajas
 Esther Vicente González
 Jesús Zacarías Villarreal Pérez
 Miguel Villaseñor Miranda
 Marcia Wiechers de la Lama
 Patricia Yañez Alarcón
 Beatriz Zurita Garza

Bibliografía





Bibliografía



En seguida se presenta una lista de los documentos institucionales que se consultaron para la elaboración del *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. Los trabajos de autores individuales se omitieron debido a que una cantidad importante de los textos recibidos por el equipo encargado de la redacción final de este programa no se acompañaban de una lista exhaustiva de referencias. Para evitar injusticias con aquellos autores que contribuyeron con sus ideas a este documento pero cuyos trabajos no estaban disponibles, se optó por prescindir de las referencias personales.

- BANCO Nacional de México. México social. 11a. edición. México, D.F.: División de Estudios Económicos y Sociales, BANAMEX, 1998.
- CAJA Costarricense de Seguro Social. Plan Estratégico Cooperativo 2000. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social, 2000.
- CONSEJERÍA de Salud de la Comunidad de Madrid. Plan de Salud 1995. Madrid, España: Editorial SOMOS, 1995.
- CONSEJO Nacional de Población. Proyecciones de la población de México 1996-2005. México, D.F.: CONAPO, 1998.
- CONSEJO Nacional de Población. La situación demográfica de México 2000. México, Consejo Nacional de Población. Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico sociodemográfico. México, D.F.: CONAPO.
- CONSEJO Nacional de Vacunación. Programa de Atención a la Salud del Niño. Manual de procedimientos técnicos. México, D.F.: CONAVA, SSA, 1998.
- CONSEJO Nacional de Vacunación. Programa de Vacunación Universal 1995-2000. México, D.F.: CONAVA, 1998.
- CONSTITUCIÓN Política de los Estados Unidos Mexicanos. 133ª edición. México, D.F.: Editorial Porrúa, 2000.
- DEPARTAMENT de Sanitat i Seguretat Social. Plan de Salud de Catalunya, 1991-2001. Barcelona, España: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2000.
- INSTITUTO Mexicano de la Juventud. Encuesta Nacional de la Juventud 2000. México, D.F.: IMJ, 2000.

- INSTITUTO Mexicano del Seguro Social. Anuario estadístico de servicios médicos. México, D.F.: IMSS, 1980-1998.
- INSTITUTO Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. Aguascalientes, México: INEGI, 1997.
- INSTITUTO Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Niños menores de cinco años. Cuernavaca, Morelos: INSP, 2000.
- IMSS- Solidaridad. Estrategia del IMSS-Solidaridad de educación para la salud sexual y reproductiva de adolescentes, jóvenes y adultos. México, D.F.: IMSS-Solidaridad, 2000.
- INSTITUTO de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. Anuario estadístico. México, D.F.: ISSSTE, 1980-1998.
- LEY Federal de Entidades Paraestatales. Agenda de la Administración Pública Federal 2001. 4ª edición . México, D.F.: Ediciones Fiscales ISEF, 2001.
- LEY General de Salud. 16ª edición actualizada. México, D.F.: Editorial Porrúa, 2000.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. Programa de Tuberculosis. Informe de los Progresos Realizados. Ginebra: OMS, 1994.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. Guía para la evaluación de un Programa Nacional de Tuberculosis. Ginebra: OMS, 1998.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. Estimación de la mortalidad mundial por todas las causas y diversas regiones. Ginebra: OMS, 1999.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. ¿Qué ocurre con los muchachos?. Una revisión bibliográfica sobre la salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes. Ginebra: Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente, OMS, 2000.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. Estimaciones de diabetes en el mundo 1995-2025. Ginebra: OMS, 2000.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS, 2000.
- ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos de salud 1999. Ginebra: OPS/OMS, 1999.
- ORGANIZATION for Economic Cooperation and Development. New directions in health care policy. Paris: OECD, 1997.
- ORGANIZATION for Economic Cooperation and Development. A system of health accounts. Paris: OECD, 2000.
- PODER Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. México, D.F.: Presidencia de la República, 2001.
- SECRETARÍA de Gobernación, Coordinación General de Protección Civil, Dirección General de Protección Civil. Manual de Organización y Operación del Sistema Nacional de Protección Civil. México, D.F.: SG, 1998.
- SECRETARÍA de Salud. Anuario estadístico 1990-1992. México, D.F.: Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, SSA, 1991-1993.
- SECRETARÍA de Salud. Anuario estadístico 1993-1998. México, D.F.: Dirección General de Estadística e Informática, SSA, 1994-1999.
- SISTEMA Nacional de Salud. Boletín de información estadística. México, D.F.: Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, SSA, 1991-1993.

- SISTEMA Nacional de Salud. Boletín de información estadística. México, D.F.: Dirección General de Estadística e Informática, SSA, 1994-1999.
- SECRETARÍA de Salud. Compendio histórico. Estadísticas vitales 1893-1993 EUM. México, D.F.: Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, SSA, 1993.
- SECRETARÍA de Salud. Descentralización de los servicios de salud en las entidades federativas. Memoria 1995- 2000. México, D.F.: SSA, 2001.
- SECRETARÍA de Salud. Estadísticas vitales 1985-1992. México, D.F.: Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, SSA, 1986-1993.
- SECRETARÍA de Salud. Estadísticas vitales 1993-1998. México, D.F.: Dirección General de Estadística e Informática, SSA, 1994-1999.
- SECRETARÍA de Salud. Guía de prevención y tratamiento para la exposición ocupacional al VIH. 2ª edición. México, D.F.: CONASIDA, 2000.
- SECRETARÍA de Salud. Guía para el manejo de la mujer embarazada con infección por VIH. 3ª edición. México, D.F.: CONASIDA, 2000.
- SECRETARÍA de Salud. Mortalidad 1990-1992. México, D.F.: Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, SSA, 1991-1993.
- SECRETARÍA de Salud. Mortalidad 1993-1998. México, D.F.: Dirección General de Estadística e Informática, SSA, 1994-1999.
- SECRETARÍA de Salud. Normas Oficiales Mexicanas en Materia de Salud. México, D.F.: SSA, 1990-2000.
- SECRETARÍA de Salud. Programa de Fortalecimiento para la Prevención y Control del VIH/SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual 1997-2000. México, D.F.: CONASIDA, 1997.
- SECRETARÍA de Salud. Sistema de Información en Salud para Población Abierta. SISPA, 2000. México, D.F.: SSA, 2001.
- SECRETARÍA de Salud. Prioridades en prevención y control de enfermedades. México, D.F.: Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, SSA, junio 1997.
- SECRETARÍA de Salud. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. México, D.F.: INNSZ, SSA, 1993.
- SERVICIO Vasco de Salud/ Osakidetza. Estrategias de cambio para la sanidad vasca. Vitoria-Gasteiz, España: Osasuna. Zainduz. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1993.

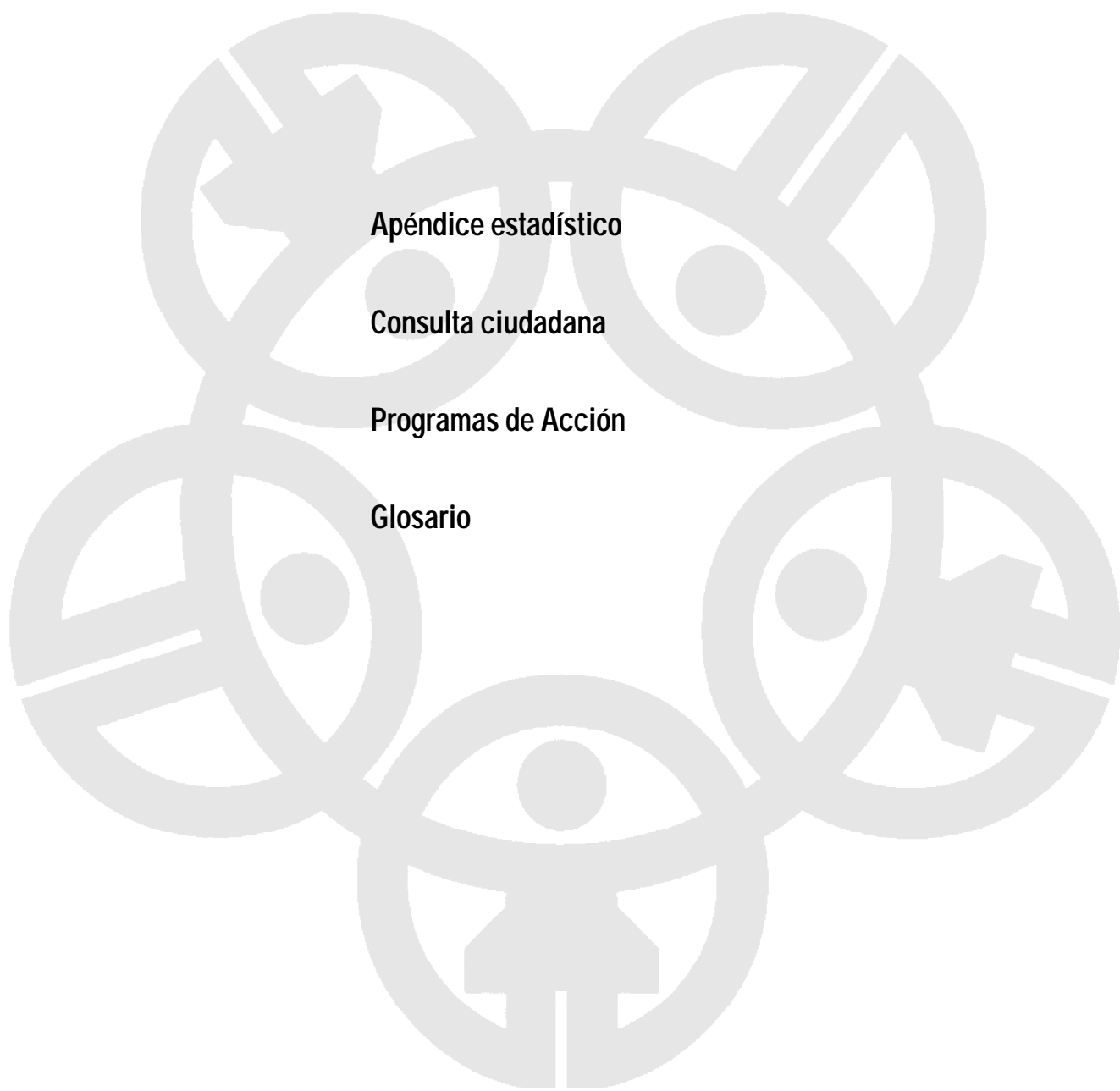
Apéndices

Apéndice estadístico

Consulta ciudadana

Programas de Acción

Glosario





Apéndice estadístico

Cuadro A.1
Características de la población en México por entidad federativa, 2000

Entidad federativa	Población (miles)*			% Grupos de edad (años)1/			Mujeres en edad fértil * 2/ miles	Índice de dependencia 3/	Crecimiento total **	Tasa de natalidad **4/	Tasa global de fecundidad **5/	Mortalidad ajustada por edad ***4/
	Total	Hombres	Mujeres	0 - 14	15 - 64	65 y +						
Nacional	97483.4	47592.3	49891.2	33.4	59.6	4.9	26043.6	64.3	1.4	21.7	2.4	4.0
Aguascalientes	944.3	456.5	487.8	36.2	58.7	4.4	256.2	69.1	2.5	23.8	2.6	3.9
Baja California	2487.4	1252.6	1234.8	30.4	57.8	3.5	627.5	58.6	2.5	20.3	2.2	4.7
Baja California Sur	424.0	216.3	207.8	31.8	63.3	3.9	115.5	56.4	1.4	19.2	2.1	4.0
Campeche	690.7	344.3	346.4	35.0	59.7	4.5	182.7	66.3	1.9	20.9	2.3	3.5
Coahuila	2298.1	1140.2	1157.9	32.4	61.7	4.7	619.9	60.1	1.3	21.1	2.4	3.5
Colima	542.6	268.2	274.4	30.9	58.3	4.9	140.7	61.5	2.2	19.7	2.1	3.8
Chiapas	3920.9	1941.9	1979.0	38.0	54.6	3.6	968.1	76.2	1.5	26.0	2.9	4.1
Chihuahua	3052.9	1520.0	1532.9	32.2	60.1	4.5	797.1	61.2	1.7	20.1	2.2	4.5
Distrito Federal	8605.2	4110.5	4494.8	26.1	66.6	5.8	2546.6	48.0	0.4	17.2	1.8	4.1
Durango	1448.7	709.5	739.1	35.8	57.9	5.2	373.4	70.9	1.0	23.1	2.7	3.3
Guanajuato	4663.0	2233.3	2429.7	36.6	57.4	5.0	1249.2	72.5	1.7	24.4	2.8	4.1
Guerrero	3079.6	1491.3	1588.4	38.9	54.6	5.1	762.6	80.6	1.4	25.5	3.0	3.1
Hidalgo	2235.6	1082.0	1153.6	35.5	58.4	5.3	592.7	69.7	1.4	22.7	2.6	3.9
Jalisco	6322.0	3070.2	3251.8	33.7	59.8	5.3	1703.6	65.3	1.4	22.0	2.5	4.1
México	13096.7	6407.2	6689.5	31.9	59.7	3.6	3550.0	59.5	2.1	20.7	2.2	4.2
Michoacán	3985.7	1911.1	2074.6	36.2	56.6	5.8	1038.4	74.2	1.4	24.1	2.8	3.7
Morelos	1555.3	750.8	804.5	32.2	58.6	5.4	414.4	64.1	1.9	19.5	2.1	3.7
Nayarit	920.2	456.1	464.1	34.3	59.3	5.9	237.6	67.8	1.1	21.2	2.4	3.4
Nuevo León	3834.1	1907.9	1926.2	29.7	64.4	4.8	1069.7	53.5	1.5	19.3	2.1	3.6
Oaxaca	3438.8	1657.4	1781.4	37.8	55.7	5.9	860.5	78.3	1.1	24.3	2.9	4.3
Puebla	5076.7	2448.8	2627.9	35.5	56.2	5.2	1298.7	72.4	1.6	25.7	3.0	4.8
Querétaro	1404.3	681.0	723.3	35.8	58.9	4.1	383.8	67.7	2.3	23.4	2.5	4.3
Quintana Roo	875.0	448.3	426.7	34.4	61.6	2.3	238.7	59.7	2.9	23.3	2.4	3.8
San Luis Potosí	2299.4	1120.8	1178.5	36.4	57.1	5.6	587.2	73.6	1.5	24.6	2.9	3.7
Sinaloa	2536.8	1264.1	1272.7	33.8	60.7	4.9	671.3	63.6	0.5	18.9	2.1	3.5
Sonora	2217.0	1110.6	1106.4	32.4	62.1	4.8	594.8	59.9	1.4	19.1	2.1	4.2
Tabasco	1891.8	934.5	957.3	35.5	59.9	3.9	515.1	65.8	1.7	23.7	2.6	4.1
Tamaulipas	2753.2	1359.9	1393.3	31.3	62.6	5.0	757.5	57.9	1.5	19.5	2.1	3.6
Tlaxcala	962.6	469.9	492.7	34.8	59.3	5.2	260.3	67.4	1.9	21.5	2.3	4.3
Veracruz	6909.0	3355.2	3553.8	33.8	59.8	5.4	1839.4	65.6	0.7	20.2	2.3	3.9
Yucatán	1658.2	818.2	840.0	32.7	60.6	5.9	438.9	63.7	1.4	19.5	2.2	3.8
Zacatecas	1353.6	653.6	700.0	36.3	56.8	6.2	351.3	74.8	1.2	23.6	2.7	3.6

1/ No incluye edad no especificada

2/ Mujeres de 15 a 49 años

3/ Se refiere a la población en edad inactiva (menos de 15 y 65 y más años) entre la población en edad productiva (15 a 64 años)

4/ Tasa por 1 000 habitantes

5/ Expresa el número de hijos que en promedio cada mujer tendría durante su vida reproductiva de mantenerse los niveles actuales de la fecundidad por grupo de edad

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

** CONAPO, Proyecciones de la población de México, 1996-2050, diciembre 1998

*** SSA/DGEI, Indicadores de Resultado

Cuadro A.2
Características de la vivienda en México por entidad federativa, 2000 *

Entidad federativa	Sin agua potable %	Sin servicio de drenaje %	Con piso de tierra %	Que cocina con leña o carbón %	Con material no durable en techos 1/ %	Con material no durable en muros 1/ %
Nacional	15.7	21.9	13.2	17.2	21.1	36.1
Aguascalientes	3.3	5.1	3.0	2.2	11.9	6.2
Baja California	10.6	18.1	4.2	0.8	32.7	65.8
Baja California Sur	12.9	19.4	10.0	4.6	18.2	42.0
Campeche	19.9	36.2	14.0	31.6	31.5	57.3
Coahuila	6.5	16.5	4.4	2.7	21.4	22.6
Colima	6.0	6.8	11.4	9.7	10.1	39.2
Chiapas	32.0	37.7	37.9	53.4	48.4	76.8
Chihuahua	8.0	14.8	6.1	8.8	32.5	50.5
Distrito Federal	3.1	1.8	1.2	0.2	2.5	13.3
Durango	10.0	26.5	12.2	15.2	44.3	30.5
Guanajuato	11.7	23.7	9.9	12.4	12.3	29.1
Guerrero	40.1	46.4	36.2	44.0	49.0	63.4
Hidalgo	20.4	34.3	17.9	31.5	17.6	38.2
Jalisco	10.8	8.3	6.6	5.8	12.8	15.4
México	10.1	13.7	6.4	8.1	9.7	25.5
Michoacán	17.4	25.3	18.0	22.1	30.8	44.9
Morelos	13.9	15.0	13.2	9.9	17.4	33.4
Nayarit	15.2	19.8	11.8	13.3	15.3	32.9
Nuevo León	6.5	9.2	3.3	2.7	6.7	14.7
Oaxaca	34.5	54.4	39.2	55.1	47.9	67.2
Puebla	22.7	34.4	22.1	30.8	22.2	38.7
Querétaro	11.8	24.3	9.2	14.2	7.7	27.8
Quintana Roo	10.0	16.3	9.9	17.0	26.0	34.7
San Luis Potosí	23.9	37.9	21.5	29.0	30.1	33.4
Sinaloa	15.1	25.7	13.7	11.5	12.0	17.0
Sonora	8.4	20.8	12.3	6.4	19.5	40.9
Tabasco	30.7	14.6	12.7	31.2	22.0	70.5
Tamaulipas	9.7	25.7	8.5	6.4	24.1	34.9
Tlaxcala	9.8	17.8	8.7	15.1	19.4	22.1
Veracruz	33.9	32.2	26.2	32.7	30.2	61.1
Yucatán	10.4	41.6	5.5	37.0	15.5	32.1
Zacatecas	16.4	29.8	8.5	12.4	48.8	25.5

1/ Material de desecho, lámina de cartón, lámina de asbesto y metálica, carrizo, bambú y palma, barro y bajareque, madera y adobe.

* Para el cálculo se excluyeron 425, 724 viviendas sin información de ocupantes

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

Cuadro A.3
Aspectos socioeconómicos de la población en México, 2000

Entidad federativa	Población de 5 años y + lengua indígena %	Población con discapacidad %	Población de 15 años y + analfabeta %	Promedio de escolaridad (años)	Población con seguridad social %	Población económicamente activa ocupada %	Hogares con ingreso 2 SM %
Nacional	7.1	1.8	9.5	7.5	40.1	34.6	30.3
Aguascalientes	0.2	1.8	4.8	8.0	55.4	35.1	31.0
Baja California	1.9	1.4	3.5	8.3	51.2	36.4	18.0
Baja California Sur	1.4	1.6	4.2	8.3	58.9	39.9	26.8
Campeche	15.5	2.3	11.8	7.0	38.4	35.2	28.6
Coahuila	0.2	2.0	3.9	8.4	69.7	35.8	27.2
Colima	0.6	2.4	7.2	7.7	45.6	36.8	31.8
Chiapas	24.6	1.3	22.9	5.3	17.6	30.8	20.3
Chihuahua	3.2	1.8	4.8	7.7	56.2	36.6	29.3
Distrito Federal	1.8	1.9	2.9	9.7	51.3	41.6	31.8
Durango	2.0	2.2	5.4	7.3	48.9	30.6	32.6
Guanajuato	0.3	1.9	12.0	6.3	33.9	31.3	30.9
Guerrero	13.9	1.7	21.5	6.1	20.3	28.8	30.3
Hidalgo	17.2	2.1	14.9	6.7	29.1	32.6	31.6
Jalisco	0.7	2.2	6.4	7.6	44.3	37.4	27.2
México	3.3	1.4	6.4	8.0	39.7	34.1	35.7
Michoacán	3.5	2.1	13.9	6.2	26.2	30.8	31.6
Morelos	2.3	1.9	9.2	7.8	34.2	35.4	34.9
Nayarit	4.6	2.3	9.0	7.3	40.5	34.6	31.9
Nuevo León	0.5	1.8	3.3	8.9	65.9	38.5	23.0
Oaxaca	37.1	1.9	21.5	5.6	22.6	31.0	24.0
Puebla	13.0	1.6	14.6	6.7	24.9	32.8	30.9
Querétaro	2.1	1.6	9.8	7.5	45.4	34.2	29.3
Quintana Roo	23.0	1.4	7.5	7.8	46.2	39.9	24.4
San Luis Potosí	11.7	2.1	11.3	6.9	37.4	31.1	29.8
Sinaloa	2.2	1.9	8.0	7.7	53.0	34.7	36.9
Sonora	2.8	1.9	4.4	8.2	56.4	36.6	32.0
Tabasco	3.7	2.0	9.7	7.1	29.4	31.7	24.7
Tamaulipas	0.7	1.9	5.1	8.1	51.2	36.8	34.6
Tlaxcala	3.1	1.3	7.8	7.6	29.8	34.1	36.0
Veracruz	10.4	2.0	14.9	6.4	30.7	34.0	32.3
Yucatán	37.3	2.9	12.3	6.8	45.1	37.3	34.7
Zacatecas	0.2	2.4	8.0	6.5	32.4	26.1	32.3

SM= salarios mínimos

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

Cuadro A.4
Esperanza de vida, probabilidad de morir y esperanza de vida saludable, 1998 y 2000

Entidad federativa	2000		2000		2000		2000		1998	
	Esperanza de vida al nacer años * 1/		Esperanza de vida a los 40 años años * 1/		Probabilidad de morir entre 0 y 5 2/		Probabilidad de morir entre 15 y 59 3/		Esperanza de vida en condiciones de buena salud (EVISA)** años	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Nacional	73.1	77.6	38.0	40.6	31.5	25.1	157.5	90.8	61.1	66.9
Aguascalientes	74.2	78.5	38.7	41.2	27.6	21.4	146.0	83.6	61.5	65.2
Baja California	74.3	78.4	38.7	41.2	27.5	21.7	145.4	84.3	60.3	66.0
Baja California Sur	74.0	78.6	38.6	41.2	27.9	21.6	147.3	83.5	61.9	66.0
Campeche	72.5	76.9	37.7	40.4	34.3	27.9	161.6	94.6	61.0	65.9
Coahuila	73.9	78.5	38.6	41.1	28.4	21.7	148.8	83.8	62.2	65.9
Colima	74.2	78.6	38.7	41.2	27.5	21.4	146.3	83.4	62.3	66.3
Chiapas	70.0	74.8	36.5	39.4	46.1	39.0	182.8	108.6	56.7	62.3
Chihuahua	73.6	77.9	38.3	40.9	29.8	23.6	151.5	87.7	61.0	66.4
Distrito Federal	75.1	79.4	39.2	41.7	24.6	18.6	137.9	77.7	61.5	65.2
Durango	72.5	77.2	37.8	40.5	33.8	27.1	161.3	93.1	61.0	66.3
Guanajuato	73.0	77.2	37.9	40.6	32.4	26.5	157.1	92.9	61.3	66.1
Guerrero	70.8	75.7	36.9	39.8	41.6	34.2	176.5	102.7	55.2	61.1
Hidalgo	71.9	76.5	37.4	40.2	36.8	30.0	167.0	97.6	61.0	65.7
Jalisco	74.1	78.5	38.6	41.2	27.9	21.6	146.9	83.9	62.2	66.8
México	74.1	78.5	38.7	41.2	27.7	21.5	146.4	83.6	62.8	67.4
Michoacán	72.7	76.8	37.7	40.4	33.6	27.9	159.4	95.2	61.0	66.0
Morelos	73.5	78.2	38.4	41.0	29.7	22.9	152.4	85.9	60.6	66.1
Nayarit	72.8	77.6	38.0	40.6	32.3	25.3	158.3	90.2	60.6	65.8
Nuevo León	74.7	78.8	38.9	41.5	26.0	20.2	141.3	81.5	63.1	67.1
Oaxaca	70.2	74.8	36.5	39.5	45.6	38.8	181.6	108.7	56.6	63.3
Puebla	71.6	76.6	37.3	40.1	37.5	30.1	169.2	97.2	59.3	65.4
Querétaro	73.1	77.5	38.0	40.7	31.8	25.6	156.2	91.1	58.7	64.4
Quintana Roo	73.7	77.7	38.3	40.9	29.9	24.4	150.8	89.6	63.1	66.2
San Luis Potosí	72.0	76.5	37.4	40.2	36.5	30.0	166.1	97.8	60.3	65.4
Sinaloa	72.9	77.9	38.1	40.7	31.8	24.3	158.0	88.0	61.3	66.9
Sonora	73.6	78.5	38.5	41.1	29.0	21.9	151.0	83.9	61.4	66.7
Tabasco	72.8	77.2	37.8	40.5	33.0	26.6	159.1	92.7	58.3	63.3
Tamaulipas	73.5	77.6	38.2	40.8	30.3	24.8	152.0	90.3	62.0	66.8
Tlaxcala	73.4	77.5	38.1	40.8	30.9	25.1	153.5	90.7	61.7	65.8
Veracruz	71.7	76.3	37.3	40.1	37.8	31.2	169.0	99.2	59.7	65.4
Yucatán	72.1	76.6	37.5	40.2	36.0	29.4	165.3	96.9	60.4	64.9
Zacatecas	72.1	76.7	37.5	40.3	35.6	29.0	164.7	96.3	59.7	64.2

1/ Indicadores de Resultado

2/ Por mil nacidos vivos

3/ Por mil sobrevivientes a los 15 años de edad

H = hombres

M = mujeres

Fuente: * CONAPO, Proyecciones de la población de México, 1996 - 2050, diciembre 1998

** SSA/DGIED, 1998

Cuadro A.5
Mortalidad por enfermedades transmisibles, no transmisibles y lesiones, según sexo y entidad federativa
de residencia habitual del fallecido, 1999

Entidad federativa	Transmisibles, nutricionales y de la reproducción 1/			No transmisibles 2/			Lesiones 3/		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Nacional 4/	72.5	79.9	65.2	314.6	329.9	299.5	55.6	90.0	21.7
Aguascalientes	56.1	60.3	51.9	300.3	312.5	288.1	44.8	70.4	19.9
Baja California	78.2	96.7	59.4	316.1	354.8	276.7	84.0	141.4	25.8
Baja California Sur	57.1	57.3	56.9	303.4	342.0	263.0	52.6	83.8	20.0
Campeche	48.5	55.0	41.9	243.3	265.1	220.9	57.1	90.7	22.4
Coahuila	42.3	47.2	37.3	322.0	335.7	308.1	41.7	66.9	16.1
Colima	60.4	68.0	52.9	322.0	346.7	297.2	52.7	85.7	20.1
Chiapas	87.0	94.0	80.0	213.6	220.7	206.5	58.4	94.0	22.3
Chihuahua	69.6	78.8	60.2	359.3	384.2	334.4	74.3	122.6	25.9
Distrito Federal	70.4	78.4	62.7	411.7	411.4	411.9	46.0	72.8	20.8
Durango	36.5	41.9	31.1	288.9	312.9	265.2	54.4	92.0	17.4
Guanajuato	81.7	89.3	74.4	313.3	329.3	297.9	49.5	80.1	20.3
Guerrero	61.5	68.7	54.5	200.7	210.7	190.9	68.7	114.0	24.3
Hidalgo	69.7	72.2	67.3	308.0	324.2	291.9	53.8	85.3	22.3
Jalisco	70.6	78.6	62.8	355.6	367.9	343.6	56.4	87.3	26.4
México	82.0	91.9	72.3	275.3	285.6	264.9	50.1	81.2	19.3
Michoacán	57.2	59.8	54.8	308.8	319.2	298.4	66.6	109.2	25.0
Morelos	65.8	69.2	62.6	308.3	323.9	293.2	58.6	95.7	22.8
Nayarit	57.9	64.0	51.9	308.6	331.2	285.7	55.5	90.3	20.5
Nuevo León	46.3	53.2	39.4	323.4	334.4	312.2	39.7	63.1	16.1
Oaxaca	111.5	116.0	107.2	301.6	322.4	281.3	66.9	110.9	23.8
Puebla	118.1	127.3	109.2	338.4	360.8	316.6	56.8	87.2	27.4
Querétaro	71.1	76.2	65.9	288.5	303.6	273.2	52.1	83.9	20.5
Quintana Roo	54.8	64.8	44.4	173.7	196.0	150.0	61.4	98.5	22.5
San Luis Potosí	69.8	74.6	65.0	299.9	312.2	287.6	49.8	77.4	22.3
Sinaloa	43.7	47.9	39.4	294.0	319.6	268.0	66.5	111.0	21.4
Sonora	57.7	69.7	45.4	359.2	393.4	324.3	61.5	102.0	20.1
Tabasco	60.7	68.7	52.8	244.9	262.2	227.6	67.4	114.0	20.8
Tamaulipas	48.5	51.5	45.5	323.1	339.6	306.4	51.9	83.9	19.7
Tlaxcala	99.2	104.2	94.1	301.2	308.8	293.2	55.5	87.8	23.5
Veracruz	75.8	84.1	67.6	333.4	356.5	310.8	44.9	73.1	17.2
Yucatán	74.1	82.9	65.2	347.1	360.8	333.5	40.9	66.3	15.6
Zacatecas	60.5	64.0	56.9	317.3	334.3	300.7	51.8	88.0	16.7

1/ Incluye enfermedades infecciosas y parasitarias, muertes maternas, perinatales y deficiencias nutricionales

A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, O00-O99, P00-P96, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D64 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión)

2/ C00-D48, D65-D89, E03-E34, E51-F99, G06-H61, H68-I99, J30-N64, N75-M99, Q00-Q99 (CIE, 10ª revisión)

3/ V01-Y89 (CIE, 10ª revisión)

4/ El total incluye extranjeros

Tasas por 100,000 habitantes

T = total; H = hombres; M = mujeres

Fuente: INEGI/SSA, Mortalidad 1999

Cuadro A.6
Mortalidad por enfermedades transmisibles, perinatales y deficiencias
de la nutrición según entidad federativa de residencia habitual del fallecido, 1999

Entidad federativa	Enfermedades infecciosas intestinales A00-A09*		Infecciones respiratorias agudas 1/ J00-J22*		Tuberculosis pulmonar A15-A16*		SIDA B20-B24*		Ciertas afecciones perinatales P00-P96, A33*		Deficiencias de la nutrición E40-E64*		Anemias D50-D64*	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
	Nacional 2/	5,622	6.6	16,674	19.7	3,229	4.4	4,204	4.4	19,268	21.2	9,776	11.4	3,581
Aguascalientes	36	4.2	386	10.2	19	2.7	26	3.1	209	21.0	67	8.3	21	3.2
Baja California	70	3.9	946	21.7	163	8.7	234	9.4	540	26.7	130	7.5	41	2.2
Baja California Sur	13	4.2	132	15.3	10	3.4	15	3.9	70	21.0	35	11.3	5	1.7
Campeche	19	3.3	185	12.7	13	2.4	20	3.0	118	18.6	41	8.1	17	3.3
Coahuila	54	2.7	740	8.4	106	6.3	48	1.9	262	11.8	137	7.2	57	2.9
Colima	23	5.1	191	10.8	27	6.5	33	6.5	82	18.3	49	8.6	17	3.4
Chiapas	597	19.2	1,357	25.9	310	12.3	115	3.1	783	17.8	336	12.0	199	7.5
Chihuahua	149	5.8	1,414	21.1	118	5.1	112	3.5	659	24.9	204	7.7	5	2.2
Distrito Federal	328	4.4	4,339	21.7	121	1.6	689	7.2	1,660	26.0	586	6.5	173	2.0
Durango	35	2.6	563	11.0	59	5.2	38	2.6	60	4.0	78	5.8	43	3.2
Guanajuato	391	8.7	2,282	18.7	72	2.2	113	2.6	1,253	25.5	632	13.6	236	5.5
Guerrero	202	7.4	820	12.1	125	5.7	145	5.2	431	13.0	307	11.7	136	5.5
Hidalgo	98	4.7	946	18.8	72	4.3	37	1.7	432	19.1	274	13.2	109	5.7
Jalisco	256	4.2	3,285	18.9	140	2.7	394	6.6	1,198	19.8	676	10.3	153	2.6
México	831	8.2	5,829	32.7	187	2.2	481	3.7	3,407	30.0	1,125	12.7	261	2.9
Michoacán	184	4.6	1,858	13.8	66	2.1	103	2.7	556	13.1	390	9.5	187	5.1
Morelos	80	6.1	542	13.1	33	2.8	116	7.5	245	18.9	180	12.8	57	4.5
Nayarit	36	4.1	422	13.6	43	5.6	40	4.7	106	12.2	85	8.1	26	3.0
Nuevo León	69	2.2	1,353	12.8	175	5.8	154	3.8	457	14.5	166	5.0	39	1.2
Oaxaca	516	15.7	1,536	24.8	211	7.9	113	3.3	661	18.1	867	26.3	366	11.6
Puebla	467	9.6	2,827	31.4	141	3.7	211	4.7	1,773	32.1	938	20.6	362	8.5
Querétaro	81	6.9	507	12.9	45	5.5	26	2.1	348	25.4	170	15.5	41	4.0
Quintana Roo	27	4.7	131	11.3	18	4.3	52	5.7	181	22.8	34	8.6	21	5.1
San Luis Potosí	143	6.4	1,013	15.8	95	5.3	54	2.4	414	16.5	262	11.4	94	4.5
Sinaloa	80	3.7	872	11.1	112	5.7	75	3.0	147	7.3	154	6.5	58	2.7
Sonora	98	5.5	942	14.1	111	6.3	46	2.0	345	18.8	190	10.4	65	3.8
Tabasco	58	3.8	528	13.1	67	6.1	87	5.0	403	21.0	127	9.7	73	5.8
Tamaulipas	58	2.6	903	9.6	107	4.8	79	2.7	370	16.3	167	7.1	56	2.4
Tlaxcala	69	7.9	498	28.9	11	1.8	26	3.1	303	33.4	155	16.9	51	5.9
Veracruz	365	5.7	2,825	15.8	382	6.7	395	5.6	1,245	19.7	857	13.4	428	7.0
Yucatán	101	6.6	697	14.5	44	3.3	82	4.9	295	21.7	217	12.7	87	5.0
Zacatecas	84	5.9	715	14.6	23	2.3	22	1.8	249	17.5	137	8.6	43	3.2

1/ Incluye neumonía e influenza

2/ El total incluye extranjeros

Tasas por 100,000 habitantes estandarizada por el método directo con la población mundial estándar. World Health Statistics Annual. OMS, XXVI, 1996

*Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión

Fuente: INEGI/SSA, Mortalidad 1999

Cuadro A.7
Mortalidad por enfermedades crónicas, según entidad federativa de residencia habitual del fallecido, 1999

Entidad federativa	Enfermedad isquémica del corazón I20-I25*		Cáncer pulmonar C33-C34*		Cáncer del estómago C16*		Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado K70, K73, K74, K76*		Enfermedad pulmonar obstructiva J44*		Malformaciones congénitas Q00-Q99*	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Nacional 1/	44,070	59.8	6,377	9.6	4,974	7.1	24,716	35.4	11,319	14.8	9,714	10.6
Aguascalientes	319	48.2	79	13.1	50	8.1	126	19.7	187	26.7	116	11.8
Baja California	1,374	95.0	203	14.5	83	5.8	467	29.5	212	14.2	256	12.7
Baja California Sur	204	77.4	56	23.8	18	6.6	70	26.2	40	13.8	43	12.9
Campeche	270	58.2	31	7.3	50	10.5	189	41.2	46	10.0	50	7.9
Coahuila	1,305	76.3	250	15.4	99	5.8	382	23.2	282	15.8	153	6.7
Colima	281	64.7	43	11.6	13	3.7	123	31.2	85	17.3	53	12.2
Chiapas	1,000	44.8	140	6.7	274	12.5	878	37.7	169	7.6	276	6.3
Chihuahua	2,014	91.9	297	14.3	152	6.9	538	23.6	448	19.7	288	10.5
Distrito Federal	6,060	72.7	621	8.5	507	6.6	2,413	32.6	1,276	14.9	951	14.3
Durango	718	63.3	117	10.9	65	5.7	180	16.5	198	16.4	47	3.2
Guanajuato	1,734	47.0	255	7.9	205	6.0	1,009	31.2	667	16.7	597	12.3
Guerrero	784	35.1	132	6.5	181	8.8	449	21.9	197	8.1	179	5.5
Hidalgo	733	39.9	67	4.3	107	6.5	959	60.2	209	11.3	202	8.8
Jalisco	3,360	62.0	597	12.9	336	6.7	1,387	29.2	1,213	21.5	639	10.5
México	4,066	54.0	455	6.3	459	6.0	4,202	51.6	1,311	17.7	1,542	13.4
Michoacán	1,534	45.0	278	8.8	224	7.0	706	23.9	554	14.4	301	7.3
Morelos	721	56.3	67	5.5	88	7.4	386	32.9	173	13.3	132	10.0
Nayarit	497	61.8	113	14.9	42	5.4	144	19.9	174	18.7	49	5.3
Nuevo León	2,374	83.3	431	16.2	178	6.3	569	20.4	540	18.1	344	10.7
Oaxaca	1,051	35.4	97	3.7	237	9.0	1,141	44.4	195	6.5	372	10.2
Puebla	1,566	39.6	142	4.1	255	7.3	2,303	66.6	386	9.7	708	12.9
Querétaro	417	45.8	52	6.8	53	5.8	467	53.1	173	19.5	201	14.6
Quintana Roo	197	65.7	27	8.6	23	7.5	149	36.3	34	11.7	82	10.9
San Luis Potosí	975	50.4	150	8.7	121	6.7	370	22.0	305	14.8	228	9.1
Sinaloa	1,360	69.9	361	20.7	133	7.2	282	15.6	320	15.5	117	5.6
Sonora	1,600	96.8	320	21.1	140	8.8	345	20.9	356	20.9	215	11.4
Tabasco	638	58.9	93	9.8	88	8.5	281	25.6	135	13.0	213	11.2
Tamaulipas	1,695	80.7	273	14.2	114	5.7	453	22.4	303	13.8	220	9.5
Tlaxcala	231	29.1	20	2.9	38	5.3	294	45.0	91	11.1	112	12.2
Veracruz	3,129	55.1	368	7.1	414	7.9	2,666	49.7	633	10.9	741	11.4
Yucatán	932	58.1	75	5.3	129	9.5	599	45.4	126	7.2	174	12.5
Zacatecas	626	50.0	108	9.6	80	6.9	136	13.2	261	18.9	104	7.2

1/ El total incluye extranjeros

Tasas por 100,000 habitantes estandarizada por el método directo con la población mundial estándar. World Health Statistics Annual. OMS, XXVI, 1996

*Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión

Fuente: INEGI/SSA, Mortalidad 1999

Cuadro A.8
Mortalidad por lesiones, según entidad federativa de residencia habitual del fallecido, 1999

Entidad federativa	Total lesiones V01-Y98*		Accidentes V01-X59*				Homicidios X85-Y09*		Suicidios X60-X84*		Las demás lesiones Y10-Y98*	
			Tráfico vehículo de motor 1/		Los demás accidentes							
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Nacional 2/	54,559	59.4	11,659	12.6	23,557	26.6	12,249	12.7	3,339	3.4	3,755	4.2
Aguascalientes	432	48.9	59	6.4	309	36.0	22	2.1	34	3.6	8	0.8
Baja California	1,958	83.0	223	9.4	1,013	45.3	595	23.1	102	4.2	25	1.0
Baja California Sur	210	54.9	85	22.6	69	19.8	34	7.0	16	4.3	6	1.2
Campeche	398	63.2	98	15.5	159	25.8	74	12.0	45	6.8	22	3.2
Coahuila	980	43.8	321	14.7	387	17.7	154	6.1	84	3.7	34	1.6
Colima	281	53.6	64	11.8	135	26.2	52	9.4	22	4.5	8	1.7
Chiapas	2,332	68.3	302	8.7	1,234	36.9	590	16.8	93	2.5	113	3.4
Chihuahua	2,238	75.5	474	16.4	999	34.5	540	17.1	212	7.0	13	0.4
Distrito Federal	4,033	46.3	576	6.4	1,584	19.3	899	9.5	314	3.3	660	7.8
Durango	827	57.8	168	11.8	391	27.8	217	14.6	38	2.7	13	0.9
Guanajuato	2,382	54.3	794	18.2	1,034	23.8	250	5.5	153	3.3	151	3.5
Guerrero	2,153	79.4	400	14.7	673	25.9	944	34.0	67	2.3	69	2.4
Hidalgo	1,227	60.2	210	10.1	712	35.3	134	6.4	49	2.2	122	6.2
Jalisco	3,623	58.9	866	14.3	1,700	28.0	548	8.8	320	4.9	189	3.0
México	6,425	55.4	1,595	13.6	2,109	20.4	2,237	17.6	227	1.7	257	2.3
Michoacán	2,784	72.6	585	15.1	1,042	27.6	671	17.6	118	2.9	368	9.3
Morelos	914	59.8	203	13.1	323	22.6	310	19.1	41	2.5	37	2.5
Nayarit	527	57.3	135	14.6	208	22.8	126	13.5	29	3.1	29	3.3
Nuevo León	1,511	41.2	166	4.4	1,074	29.7	101	2.6	129	3.4	41	1.2
Oaxaca	2,371	74.0	466	14.5	932	28.9	796	25.4	68	2.0	109	3.3
Puebla	2,874	63.1	454	9.9	1,712	37.7	442	9.6	123	2.5	143	3.4
Querétaro	721	60.2	194	16.1	300	26.4	97	7.5	36	2.5	94	7.8
Quintana Roo	487	68.9	134	18.2	175	27.7	83	11.0	52	5.9	43	6.1
San Luis Potosí	1,186	55.1	216	10.1	549	25.6	278	12.5	91	4.2	52	2.6
Sinaloa	1,655	68.7	455	19.3	522	22.8	546	21.5	72	2.8	60	2.4
Sonora	1,363	63.6	401	18.5	501	24.9	275	11.6	131	6.0	55	2.7
Tabasco	1,283	78.2	140	8.2	653	41.0	156	9.1	159	9.6	175	10.3
Tamaulipas	1,402	52.3	467	17.4	449	17.8	270	9.1	129	4.9	87	3.1
Tlaxcala	539	60.3	161	18.1	248	28.8	81	8.5	19	1.7	30	3.1
Veracruz	3,169	47.8	507	7.4	1,377	21.2	454	6.9	200	2.9	631	9.3
Yucatán	676	42.0	182	11.2	306	19.2	36	2.1	99	5.9	53	3.6
Zacatecas	741	55.3	266	19.9	337	25.1	93	7.0	41	2.8	4	0.4

1/ Códigos CIE-10: V02-V04 (4o. carácter .1), V09.2,V09.3,V12-V14 (4o. car. .3-.9), V19.4-V19.9,V20-V28 (4o. car. .3-.9), V29.4-V29.9, V30-V39 (4o. car. .4-.9), V40-V49 (4o. car.4-.9), V50-V59 (4o. car. .4-.9), V60-V69 (4o. car. .4-.9), V70-V79 (4o. car. .4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83.0-V83.4, V84.0-V84.4, V85.0-V85.4, V86.0-V86.4, V87.0-V87.8, V89.2, V89.9

2/ El total incluye extranjeros

Tasas por 100,000 habitantes estandarizada por el método directo con la población mundial estándar. World Health Statistics Annual. OMS, XXVI, 1996.

*Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión

Fuente: INEGI/SSA, Mortalidad 1999

Cuadro A.9
Indicadores Básicos del Sistema Nacional de Salud. Principales recursos por diez mil habitantes, 1999

Entidad federativa	Unidades médicas	Camas censables	Consultorios	Médicos en contacto con pacientes	Enfermeras	Odontólogos	Gineco-obstetras 1/	Pediatras 2/	Gasto público ejercido per cápita 3/
Nacional	1.9	7.9	5.1	11.7	18.8	0.9	2.3	1.9	1214.8
Aguascalientes	1.2	8.3	4.5	15.4	21.8	0.9	3.2	3.3	1321.0
Baja California	1.0	6.6	3.9	11.4	18.0	0.9	2.5	2.5	1302.7
Baja California Sur	4.1	15.3	9.5	22.7	35.1	1.6	5.0	4.1	2299.2
Campeche	4.0	9.6	8.0	15.7	20.6	1.0	3.5	2.3	1386.6
Coahuila	1.7	10.4	5.6	13.5	25.9	0.9	3.4	2.8	1443.7
Colima	3.0	8.6	7.2	15.8	23.7	1.1	4.1	2.7	1579.7
Chiapas	2.6	4.4	4.8	8.8	11.5	0.8	1.3	0.7	604.5
Chihuahua	1.9	7.7	4.8	10.3	17.7	0.6	2.1	1.8	1201.0
Distrito Federal	0.9	18.9	8.9	25.7	46.5	2.0	4.4	6.2	4314.2
Durango	3.1	8.1	6.0	13.0	20.7	0.7	2.6	2.1	1123.4
Guanajuato	1.3	5.2	3.3	8.1	12.3	0.5	1.5	1.1	692.2
Guerrero	3.2	5.0	5.6	9.7	13.8	0.7	2.0	1.1	685.8
Hidalgo	3.1	6.0	5.2	10.0	14.6	0.7	1.5	0.9	793.6
Jalisco	1.6	9.3	4.8	11.4	19.0	0.9	2.4	1.8	1002.7
México	1.0	5.6	3.5	7.5	11.2	0.7	1.6	1.3	611.5
Michoacán	2.1	4.9	4.1	8.9	11.6	0.8	1.7	0.9	622.9
Morelos	1.8	5.3	4.4	10.6	17.0	0.9	2.5	2.3	979.6
Nayarit	3.7	7.6	6.4	13.3	20.6	1.0	2.6	1.7	1125.8
Nuevo León	1.5	10.0	5.7	12.3	24.3	0.8	2.5	2.7	1465.3
Oaxaca	3.3	4.9	4.9	8.6	12.3	0.7	1.2	0.6	608.2
Puebla	1.9	6.3	4.1	8.2	13.1	0.8	1.2	1.0	664.0
Querétaro	2.1	5.5	4.4	11.9	17.4	0.8	2.8	2.1	928.8
Quintana Roo	2.5	6.5	5.8	13.0	19.9	0.9	3.3	2.7	1392.7
San Luis Potosí	2.3	5.9	4.4	9.2	15.0	0.7	1.9	1.1	803.9
Sinaloa	1.9	7.8	5.1	11.6	19.7	0.7	2.4	1.7	1069.0
Sonora	1.8	10.8	5.9	13.7	23.2	0.8	3.1	2.7	1299.9
Tabasco	3.2	7.1	6.5	15.2	20.8	1.6	2.7	1.9	1020.2
Tamaulipas	1.8	10.0	5.5	13.5	21.6	0.8	3.2	3.0	1240.2
Tlaxcala	2.1	4.7	4.2	9.5	13.6	0.9	1.7	1.3	790.7
Veracruz	2.0	6.1	4.9	10.1	14.2	0.7	1.9	1.5	882.7
Yucatán	1.9	8.9	4.9	12.9	20.4	0.8	2.6	2.4	1290.0
Zacatecas	2.7	4.9	4.9	9.7	13.8	0.7	1.9	1.1	759.3

1/ Se tomó como denominador mujeres en edad fértil

2/ Se tomó como denominador la población menor de 15 años

3/ Se refiere al presupuesto ejercido en salud por la SSA, IMSS-Solidaridad, IMSS, ISSSTE y PEMEX a precios corrientes

Para el cálculo se utilizaron las Proyecciones de Población de México 1996 - 2050 del CONAPO

Fuente: SSA/DGIED, Boletín de Información Estadística No. 19, 1999

Cuadro A.10

Indicadores básicos del Sistema Nacional de Salud. Principales servicios otorgados por habitante, 1999

Entidad federativa	Por mil habitantes		% Embarazadas captadas primer trimestre	% Partos atendidos en establecimientos médicos 1/	Coberturas de vacunación Niños de un año		
	Consultas	Egresos			Sabin	DPT /HB/Hib	BCG
Nacional	2361.5	43.8	33.6	80.2	95.7	95.6	99.4
Aguascalientes	2410.9	57.7	34.5	100.0	98.6	98.6	99.8
Baja California	2083.1	45.5	35.9	100.0	84.7	84.1	99.5
Baja California Sur	3838.2	74.8	35.9	100.0	94.1	94.1	99.3
Campeche	2964.2	50.8	39.7	83.1	100.0	100.0	100.0
Coahuila	3202.5	68.5	37.4	100.0	98.3	98.3	99.9
Colima	2872.9	62.9	35.1	100.0	99.2	99.2	99.9
Chiapas	1741.3	30.2	30.4	45.9	91.0	90.7	99.2
Chihuahua	2334.3	48.0	37.1	98.8	90.2	90.0	98.7
Distrito Federal	3564.9	78.4	32.1	100.0	77.1	76.9	97.0
Durango	2843.8	54.1	37.2	82.6	95.7	95.7	99.5
Guanajuato	1735.8	36.9	34.5	78.9	95.0	94.8	99.4
Guerrero	2091.1	27.7	27.6	46.2	98.9	98.9	99.9
Hidalgo	2289.5	37.7	30.9	70.7	99.9	99.9	100.0
Jalisco	2092.7	43.7	41.0	76.4	97.3	97.3	99.9
México	1846.9	23.8	27.9	65.9	95.8	95.6	98.8
Michoacán	1964.7	33.9	32.2	69.4	98.3	98.3	99.8
Morelos	2229.2	40.9	31.1	82.3	99.2	99.1	99.9
Nayarit	2838.8	54.4	34.3	86.3	99.9	99.9	100.0
Nuevo León	3119.2	58.4	38.5	100.0	99.5	99.5	99.4
Oaxaca	1758.4	29.2	28.3	50.9	97.8	97.5	99.8
Puebla	1725.1	30.6	33.6	56.6	97.8	97.8	99.8
Querétaro	2188.8	37.5	29.6	93.8	99.2	99.2	99.9
Quintana Roo	2647.8	45.7	32.4	91.5	98.4	98.4	99.9
San Luis Potosí	2099.8	35.4	37.3	69.2	99.7	99.6	100.0
Sinaloa	2961.3	53.6	32.4	100.0	96.6	99.6	99.9
Sonora	2789.5	62.3	42.4	100.0	97.6	97.6	99.8
Tabasco	2980.4	48.4	39.7	64.7	99.9	99.9	99.9
Tamaulipas	3025.3	60.8	31.0	100.0	99.6	99.6	99.9
Tlaxcala	2183.3	36.7	28.9	86.6	99.5	99.5	99.9
Veracruz	2194.7	39.4	32.3	66.7	99.3	99.2	99.9
Yucatán	3346.2	51.8	38.2	98.2	99.7	99.5	99.8
Zacatecas	2227.3	46.5	42.8	80.2	99.8	99.8	99.9

1/ Incluye partos atendidos en hospitales del sector público y privado
Para el cálculo se utilizaron las Proyecciones de Población de México 1996 - 2050 del CONAPO

Fuente: SSA/DGIED, Boletín de Información Estadística No. 19, 1999

Cuadro A.11
Indicadores de resultado. Salud reproductiva, 1999

Entidad federativa	Nacimientos por cesárea** %	Consultas prenatales por embarazada** %	Usuarías activas por 1000 MEFUs**	Mortalidad *		
				Materna 1/ 000-099***	por cáncer cérvicouterino 1/ C53***	por cáncer mamario 2/ C50***
Nacional	31.4	4.1	70.1	5.1	19.8	14.8
Aguascalientes	31.6	4.1	66.3	5.9	15.7	14.3
Baja California	33.7	4.3	75.2	2.8	14.4	18.8
Baja California Sur	34.5	4.3	78.0	1.9	18.0	10.6
Campeche	32.2	4.9	73.4	3.6	22.7	8.4
Coahuila	30.5	4.6	77.0	2.8	14.9	22.6
Colima	37.5	5.2	75.2	2.3	22.7	11.7
Chiapas	26.5	3.7	56.1	7.0	23.0	9.5
Chihuahua	29.6	4.9	75.6	3.8	18.8	19.7
Distrito Federal	37.9	4.3	78.7	6.6	14.7	21.5
Durango	28.3	4.3	69.4	3.3	20.8	12.9
Guanajuato	29.9	4.0	57.8	4.4	18.0	12.6
Guerrero	24.4	2.9	50.5	7.0	20.7	7.4
Hidalgo	27.2	4.0	65.4	5.4	14.5	12.3
Jalisco	30.8	4.8	68.9	3.5	20.8	18.7
México	28.0	3.5	76.8	6.9	16.4	12.6
Michoacán	27.0	3.4	63.3	4.3	22.6	13.7
Morelos	34.5	3.9	75.2	4.5	25.6	12.2
Nayarit	26.0	4.3	75.5	4.3	26.8	16.7
Nuevo León	44.1	4.8	74.8	3.0	13.4	22.2
Oaxaca	29.1	4.0	57.5	5.8	27.7	7.3
Puebla	28.4	4.4	61.8	4.5	25.6	10.3
Querétaro	31.1	4.4	63.4	4.4	14.4	15.7
Quintana Roo	33.0	4.3	71.8	5.1	20.7	4.7
San Luis Potosí	23.5	4.4	63.3	5.1	22.5	14.8
Sinaloa	33.6	3.9	78.6	2.7	20.6	13.4
Sonora	31.7	3.8	77.3	3.0	18.0	20.4
Tabasco	34.6	3.7	70.7	6.6	26.8	9.4
Tamaulipas	34.0	4.1	74.0	5.3	19.0	15.9
Tlaxcala	28.2	3.8	74.5	6.5	24.1	14.5
Veracruz	30.6	4.4	72.2	5.8	25.5	10.7
Yucatán	34.6	4.8	72.2	3.8	32.0	7.7
Zacatecas	22.9	4.6	70.5	3.6	11.7	19.3

1/ tasas por 10,000 nacidos vivos registrados

2/ tasas por 100,000 mujeres de 25 y más años

*** Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión

** MEFUs= Mujeres en edad fértil unidas

Fuente: *SSA/DGIED, Indicadores de resultado, 1999

**SSA/DGIED, Boletín de Información Estadística No. 19, 1999.

Cuadro A.12
Indicadores de resultado. Salud del niño, 1999

Entidad federativa	Mortalidad deficiencias de nutrición <5 1/ E-40-E64*	Coberturas de vacunación		Casos nuevos			Mortalidad 1/	
		Esquema completo un año %	1 a 4 años %	Sarampión B05*	TB meningea <5años A17.0*	Tétanos neonatal A33*	Enfermedad diarreica<5 años A00-A09*	Por IRAS** J00-J22*
Nacional	13.9	92.0	97.2	0	25	15	25.3	47.3
Aguascalientes	5.0	96.4	98.8	0	0	0	14.3	15.9
Baja California	7.0	74.8	89.9	0	0	0	17.7	67.6
Baja California Sur	7.5	87.1	96.1	0	0	0	20.0	22.5
Campeche	2.6	100.0	100.0	0	0	0	13.1	23.6
Coahuila	1.9	95.9	98.9	0	0	0	7.1	13.9
Colima	5.6	98.5	99.5	0	0	0	20.5	11.2
Chiapas	18.0	84.3	94.7	0	3	4	43.5	40.4
Chihuahua	12.0	82.3	93.8	0	8	0	27.4	41.8
Distrito Federal	8.9	61.7	85.9	0	0	0	16.3	47.8
Durango	1.7	93.1	97.7	0	1	1	5.5	9.4
Guanajuato	15.4	91.1	96.9	0	0	0	38.0	51.0
Guerrero	11.8	97.0	99.1	0	0	2	19.8	20.3
Hidalgo	8.5	99.4	99.8	0	0	0	19.9	38.0
Jalisco	9.1	94.7	98.3	0	1	0	18.2	22.0
México	21.4	90.8	97.3	0	3	0	39.6	113.1
Michoacán	10.6	97.1	99.1	0	1	1	18.4	24.9
Morelos	9.6	98.1	99.4	0	1	1	27.0	16.7
Nayarit	5.7	99.7	99.9	0	0	1	8.6	12.4
Nuevo León	2.1	97.8	99.2	0	0	1	7.9	10.3
Oaxaca	28.6	94.8	98.4	0	0	0	39.8	49.2
Puebla	32.2	95.6	97.9	0	0	0	39.9	104.5
Querétaro	14.6	97.8	99.3	0	0	0	26.7	42.6
Quintana Roo	11.6	96.9	99.0	0	0	0	17.9	17.9
San Luis Potosí	12.6	99.3	99.8	0	2	2	23.6	37.8
Sinaloa	3.3	98.9	99.6	0	2	0	9.1	13.3
Sonora	11.4	94.1	98.1	0	0	0	20.9	22.3
Tabasco	10.8	99.5	99.8	0	0	0	16.9	26.9
Tamaulipas	4.0	98.5	99.5	0	2	0	9.6	16.2
Tlaxcala	34.0	99.0	99.7	0	0	0	42.2	114.8
Veracruz	15.6	98.2	99.4	0	1	2	24.4	37.1
Yucatán	17.2	99.0	99.6	0	0	0	22.1	22.1
Zacatecas	8.2	99.6	99.9	0	0	0	18.7	27.5

1/ tasas por 100.000 niños menores de 5 años

*Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión

** Infecciones respiratorias agudas

Fuente:SSA/DGIED, Indicadores de resultado, 1999

Cuadro A.13
Indicadores de resultado. Accidentes y micobacteriosis, 1999

Entidad federativa	Mortalidad accidentes 1/ V01-X59*	Morbilidad tuberculosis pulmonar 2/ A15-A16*	% casos nuevos TB con tratamiento completo supervisado	Morbilidad Gonorrea 1/ A54.0-A54.2*	% Casos nuevos		Morbilidad	
					Sífilis congénita A50*	SIDA debidos transfusión y hemofilia B20-B24*	SIDA según fecha de DX B20-B24*	Por IRAS < de 5 años **
Nacional	36.4	24.7	79.1	15.5	66.0	0.0	1.1	47.3
Aguascalientes	38.5	18.2	64.9	4.5	0.0	8.7	1.6	15.9
Baja California	53.4	47.2	43.4	26.7	6.0	0.0	0.0	67.6
Baja California Sur	38.6	22.2	67.4	21.0	0.0	0.0	1.5	22.5
Campeche	37.7	19.7	77.2	12.3	3.0	0.0	4.0	23.6
Coahuila	30.5	27.0	85.5	10.2	2.0	0.0	1.7	13.9
Colima	38.4	30.3	104.2	18.2	0.0	0.0	3.2	11.2
Chiapas	38.9	57.4	80.0	38.7	5.0	1.9	0.5	40.4
Chihuahua	49.0	25.3	67.1	7.4	7.0	2.1	1.2	41.8
Distrito Federal	25.1	10.0	106.9	14.1	0.0	0.5	0.3	47.8
Durango	36.8	29.4	52.3	44.1	1.0	0.0	0.6	9.4
Guanajuato	38.7	8.4	99.4	4.8	0.0	1.5	0.1	51.0
Guerrero	34.7	47.7	102.8	33.6	2.0	0.7	0.0	20.3
Hidalgo	40.8	26.2	92.9	11.1	0.0	2.3	1.2	38.0
Jalisco	40.5	19.9	66.4	9.9	0.0	1.2	1.1	22.0
México	29.2	8.5	84.8	8.0	2.0	0.8	0.6	113.1
Michoacán	39.4	14.7	78.4	17.5	0.0	1.3	2.3	24.9
Morelos	34.1	20.7	69.7	23.5	0.0	1.3	1.7	16.7
Nayarit	37.1	39.9	76.1	38.6	2.0	1.4	3.5	12.4
Nuevo León	32.8	35.6	56.9	8.0	8.0	0.6	0.7	10.3
Oaxaca	39.9	40.2	67.9	22.8	1.0	1.2	0.6	49.2
Puebla	43.2	18.5	80.4	21.0	3.0	1.3	2.6	104.5
Querétaro	36.4	13.8	78.9	4.6	0.0	0.0	0.4	42.6
Quintana Roo	39.6	24.7	45.5	22.7	0.0	0.0	0.0	17.9
San Luis Potosí	32.8	24.4	100.5	5.0	2.0	0.0	0.9	37.8
Sinaloa	40.0	38.9	78.8	12.7	5.0	1.6	0.2	13.3
Sonora	41.5	29.9	64.2	15.9	2.0	1.3	1.4	22.3
Tabasco	42.1	36.7	80.2	32.8	9.0	0.0	0.8	26.9
Tamaulipas	34.4	47.7	64.7	21.4	0.0	0.0	2.0	16.2
Tlaxcala	43.0	6.5	68.4	15.0	0.0	2.1	2.3	114.8
Veracruz	27.4	41.3	91.3	10.4	4.0	0.0	2.2	37.1
Yucatán	30.3	13.9	63.4	11.4	0.0	0.0	2.9	22.1
Zacatecas	42.1	7.8	76.4	12.1	1.0	0.0	0.6	27.5

1/ tasas por 100,000 habitantes.

2/ tasas por 100,000 habitantes mayores de 15 años

** J00-J01, J02.8-J02.9, J03.8-J06, J20-J21, J10-J11, J12-J18 excepto J18.2

* Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión

IRAS: infecciones respiratorias agudas

Fuente: SSA/DGIED, Indicadores de resultado, 1999

Cuadro A.14
Indicadores de resultado. Zoonosis y enfermedades transmitidas por vector, 1999

Entidad federativa	Casos nuevos			Morbilidad dengue clásico 1/ A90*	Letalidad dengue hemorrágico A91, A92.0*	Casos nuevos oncocercosis B73*
	Rabia humana transmitida por perro A82*	Paludismo B51*	Paludismo <i>P. falciparum</i> B50*			
Nacional	3	6418	16	23.4	4.6	274
Aguascalientes	0	0	0	0.0	0.0	0
Baja California	0	0	0	0.0	0.0	0
Baja California Sur	0	0	0	0.0	0.0	0
Campeche	0	44	0	0.0	0.0	0
Coahuila	0	0	0	45.7	0.0	0
Colima	0	2	0	5.6	0.0	0
Chiapas	0	1367	9	19.4	0.0	274
Chihuahua	0	126	0	0.0	0.0	0
Distrito Federal	0	0	0	0.0	0.0	0
Durango	0	34	0	0.3	0.0	0
Guanajuato	0	0	0	0.0	0.0	0
Guerrero	1	221	0	2.0	0.0	0
Hidalgo	0	2	0	0.3	0.0	0
Jalisco	0	12	0	0.8	0.0	0
México	0	0	0	0.0	0.0	0
Michoacán	0	196	0	0.1	0.0	0
Morelos	0	0	0	7.2	0.0	0
Nayarit	0	166	0	2.7	0.0	0
Nuevo León	0	1	0	301.3	8.6	0
Oaxaca	1	3238	0	6.7	0.0	0
Puebla	1	0	0	2.5	0.0	0
Querétaro	0	0	0	0.0	0.0	0
Quintana Roo	0	160	1	3.5	0.0	0
San Luis Potosí	0	0	0	4.5	0.0	0
Sinaloa	0	421	0	10.7	0.0	0
Sonora	0	28	0	24.3	0.0	0
Tabasco	0	331	5	23.0	0.0	0
Tamaulipas	0	0	0	195.1	7.8	0
Tlaxcala	0	0	0	0.0	0.0	0
Veracruz	0	37	1	32.7	9.1	0
Yucatán	0	32	0	2.5	0.0	0
Zacatecas	0	0	0	0.0	0.0	0

1/ tasas por 100.000 habitantes

*Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión

Fuente: SSA/DGIED, Indicadores de resultado, 1999

Cuadro A.15
Indicadores de resultado. Atención a la salud del adulto y del anciano, 1999

Entidad federativa	Mortalidad enfermedades del corazón* 1/ 100-152 3/	Casos nuevos hipertensión arterial X hab.1/ 2/ ** 110-115 3/	Mortalidad enfermedades cerebrovasculares* 1/ 160-169 3/	Casos nuevos diabetes mellitus X hab.1/ 2/ ** E10-E14 3/	Mortalidad diabetes mellitus * 1/ E10-E14 3/	Letalidad por cólera* A00 3/	Casos nuevos cólera* A00 3/
Nacional	70.6	413.4	26.3	290.2	46.5	0.0	9
Aguascalientes	58.1	524.2	25.4	348.1	49.6	0.0	0
Baja California	81.0	575.2	26.5	365.6	49.4	0.0	0
Baja California Sur	76.9	707.5	24.3	464.0	41.8	0.0	0
Campeche	52.8	264.5	20.8	288.3	31.6	0.0	0
Coahuila	77.5	557.9	27.2	407.8	56.3	0.0	0
Colima	79.0	192.0	26.8	174.2	45.2	0.0	0
Chiapas	42.0	279.3	17.0	200.9	23.6	0.0	0
Chihuahua	98.6	659.9	29.8	359.5	47.4	0.0	0
Distrito Federal	100.3	652.1	32.4	464.9	72.0	0.0	1
Durango	70.4	749.4	23.4	432.5	43.4	0.0	0
Guanajuato	65.4	295.9	26.8	234.0	52.6	0.0	0
Guerrero	41.5	413.2	18.9	314.1	29.0	0.0	0
Hidalgo	59.8	308.1	27.7	198.5	39.4	0.0	3
Jalisco	80.9	399.2	29.9	246.1	53.1	0.0	0
México	53.3	286.6	20.0	212.7	46.6	0.0	0
Michoacán	68.5	481.2	27.8	343.3	44.6	0.0	0
Morelos	68.8	643.8	24.3	491.2	48.2	0.0	1
Nayarit	79.0	539.0	25.4	354.1	40.8	0.0	0
Nuevo León	85.2	263.2	27.3	241.1	44.6	0.0	1
Oaxaca	64.7	235.0	28.5	178.4	32.0	0.0	0
Puebla	61.4	298.3	25.9	241.4	48.1	0.0	0
Querétaro	51.3	379.4	23.0	238.9	40.8	0.0	0
Quintana Roo	38.8	317.7	12.4	277.2	20.3	0.0	0
San Luis Potosí	68.6	433.5	28.0	297.6	35.6	0.0	0
Sinaloa	77.8	579.2	23.9	302.8	38.9	0.0	0
Sonora	99.1	507.8	25.6	302.4	49.4	0.0	0
Tabasco	57.0	426.6	21.0	345.7	36.3	0.0	0
Tamaulipas	82.9	692.3	27.5	499.0	53.2	0.0	3
Tlaxcala	54.6	237.4	22.0	191.7	50.1	0.0	0
Veracruz	69.1	263.6	32.1	209.0	45.5	0.0	0
Yucatán	75.5	389.1	38.8	267.9	37.3	0.0	0
Zacatecas	74.4	389.4	32.1	183.5	38.4	0.0	0

1/ tasas por 100,000 habitantes

2/ Para este documento estos indicadores se calcularon sectorialmente

3/ Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión

Fuente: *SSA/DGIED, Indicadores de resultado, 1999

**SSA/DGE, Sistema único para la vigilancia epidemiológica (SUIVE)

Cuadro A.16
Indicadores de resultado. Servicios de salud 1/, 1999

Entidad federativa	Consultas diarias por médico	Porcentaje ocupación hospitalaria	Promedio días estancia	Intervenciones quirúrgicas diarias por quirófano
Nacional	8.0	68.1	4.3	2.8
Aguascalientes	6.2	78.4	3.6	3.2
Baja California	7.3	74.6	4.0	3.4
Baja California Sur	6.7	48.5	3.5	1.7
Campeche	7.5	50.4	3.5	2.0
Coahuila	9.4	73.7	4.0	2.7
Colima	7.2	65.5	3.1	4.3
Chiapas	7.8	64.6	3.1	2.5
Chihuahua	9.0	71.3	4.0	3.2
Distrito Federal	5.5	69.2	6.0	2.3
Durango	8.7	77.9	4.0	3.3
Guanajuato	8.5	73.1	3.5	4.1
Guerrero	8.6	58.4	3.4	2.4
Hidalgo	9.1	79.7	4.2	2.9
Jalisco	7.3	53.1	4.1	2.0
México	9.8	60.9	4.6	3.4
Michoacán	8.7	70.3	3.5	2.7
Morelos	8.4	81.9	3.4	3.8
Nayarit	8.5	61.6	3.0	2.6
Nuevo León	10.0	82.3	4.9	3.8
Oaxaca	8.1	63.1	3.8	2.6
Puebla	8.3	61.8	4.4	2.2
Querétaro	7.3	72.2	3.5	4.3
Quintana Roo	8.1	63.1	3.1	2.6
San Luis Potosí	9.1	59.6	3.6	3.1
Sinaloa	10.1	76.1	3.8	2.9
Sonora	8.1	71.3	3.9	2.4
Tabasco	7.8	78.5	3.6	2.8
Tamaulipas	8.9	67.6	3.8	2.7
Tlaxcala	9.2	60.3	2.8	3.8
Veracruz	8.6	68.4	3.9	2.8
Yucatán	10.3	84.2	5.2	3.3
Zacatecas	9.1	77.5	2.8	2.7

1/ Para este documento los indicadores se calcularon para todas las instituciones públicas de salud

Fuente:SSA/DGIED,Boletín de Información Estadística No. 19, 1999

Consulta ciudadana

Foros estatales celebrados

Entidades	Número de foros	Número de ponencias	Número de asistentes
Aguascalientes	8	99	465
Baja California	6	43	600
Baja California Sur	5	49	183
Campeche	2	62	789
Coahuila	3	126	667
Colima	1	18	110
Chiapas	14	107	1005
Chihuahua	3	38	248
Distrito Federal	1	37	349
Durango	1	34	79
Guanajuato	1	63	480
Guerrero	1	98	738
Hidalgo	3	136	577
Jalisco	10	155	399
México	11	731	786
Michoacán	8	716	1393
Morelos	3	43	301
Nuevo León	4	23	304
Oaxaca	7	116	1012
Puebla	6	48	707
Querétaro	7	66	83
Quintana Roo	2	21	186
San Luis Potosí	6	5	1170
Sinaloa	1	66	190
Sonora	7	269	621
Tabasco	6	109	284
Tamaulipas	3	16	113
Tlaxcala	3	44	130
Veracruz	2	24	136
Yucatán	1	7	350
Zacatecas	7	87	619
Total	143	3,456	15,074

Foros estatales: conclusiones

Entidad federativa	No. de foros	Conclusiones principales
Aguascalientes	8	<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar el gasto para la salud mental, reducir la inequidad entre estados y municipios. Crear un Instituto Regional de Medicina. • Mejorar la capacitación. • Favorecer la participación comunitaria y atender demandas de grupos organizados.
Baja California	6	<ul style="list-style-type: none"> • Destinar recursos para la prevención de las adicciones. • Capacitación al personal para identificar la depresión. • Reformar la Constitución para otorgar atribuciones a los municipios en materia de salud.
Baja California Sur	5	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer programas, campañas y recursos contra las adicciones. • Fortalecer la atención prehospitalaria de los accidentados. • Reorientar el presupuesto para privilegiar el primer nivel de atención.
Campeche	2	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuar los servicios de salud a las necesidades de la población y al perfil epidemiológico. • Evaluar mediante encuesta de satisfacción, la calidad de los servicios. • Promover la inversión en salud (6% del PIB) para que existan recursos para los ayuntamientos.
Coahuila	3	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la calidad de la atención, fortaleciendo y ampliando la infraestructura. • Fortalecer las campañas de prevención de VIH/SIDA. • Impulsar campañas para prevenir la farmacodependencia en educación.
Colima	1	<ul style="list-style-type: none"> • Elevar la calidad de los servicios de salud a través de redes estatales, para el segundo nivel, sin importar su derechohabencia. • Lograr la equidad, descentralizando hasta nivel local de salud. • Se requiere se asigne mayor presupuesto del Gobierno Federal, privilegiando el primer nivel de atención.
Chiapas	14	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr un servicio eficiente y de calidad en la prestación de los servicios de salud. • Destinar mayor presupuesto para la atención a la salud. • Lograr una cobertura del 100% con el Paquete Básico de Servicios de Salud.
Chihuahua	3	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la educación médica, investigación y desarrollo en materia de salud. • Favorecer el trato digno a la consulta y atención a la discapacidad. • Mejorar la administración de los programas y hospitales públicos.
Distrito Federal	1	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar las condiciones de la prestación de servicios de salud y desarrollar el servicio civil de carrera. • Fortalecer y ampliar las instituciones públicas para lograr la fusión en un Servicio Único de Salud. • Asignar a salud una proporción del PIB semejante a otros países.
Durango	1	<ul style="list-style-type: none"> • Destinar mayores recursos financieros para orientarse a la calidad del servicio. • Favorecer la capacitación del recurso humano. • Apoyar los programas que atienden problemas de salud en aumento: Diabetes y depresión.
Guanajuato	1	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la capacitación del recurso humano. • Mejorar la infraestructura en salud. • Desarrollar una cultura entre los prestadores de servicios que permita tratar dignamente a todos los pacientes.
Guerrero	1	<ul style="list-style-type: none"> • Crear mecanismos para lograr una plena cobertura, por medio de una red de atención médica domiciliaria. • Creación de un seguro universal de salud. • Crear un organismo dentro de la SSA para diseñar una nueva política de salud, orientada a grupos indígenas.
Hidalgo	3	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar la infraestructura en salud y fortalecer la atención a la población rural y urbana marginada. • Asegurar la atención prenatal y fortalecer el uso de la cartilla y carnet perinatal. • Que la inversión sea acorde a las características de la región y destinar mayor presupuesto a medicamentos e insumos.
Jalisco	10	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar el PIB destinado a salud y enfoque de riesgo. • Fortalecer la infraestructura e incentivar al personal de zonas rurales. • Involucrar a las autoridades municipales en los programas de salud.
México	11	<ul style="list-style-type: none"> • Estructurar un cambio hacia la calidad, fortalecer la infraestructura. • Fortalecer las campañas de prevención a las adicciones. • Capacitar al médico en la elaboración del expediente clínico.
Michoacán	8	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la creación de Municipios Saludables y mejorar el programa Mujer y Salud. • Unificación de un Modelo de atención para población no asegurada. • Respetar los derechos de los usuarios y mejorar la relación medico/paciente.

(continúa)

(continuación)

Entidad federativa	No. de foros	Conclusiones principales
Morelos	3	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar Protección financiera ajustando cuotas de recuperación. • Diseñar e implementar esquemas para la cultura de prevención. • Buscar fuentes de financiamiento para elevar la calidad y equidad.
Nuevo León	4	<ul style="list-style-type: none"> • Crear equipos interdisciplinarios en el sistema formal de educación para atender la salud de los niños y jóvenes. • Institucionalización de un programa de educación para la salud. • Crear propuestas de atención extrahospitalaria para pacientes geriátricos y oncológicos.
Oaxaca	7	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la atención médica a los indígenas respetando su cultura. • Apoyar los programas de prevención de enfermedades transmitidas por vector. • Fortalecer y ampliar la infraestructura del primer nivel de atención.
Puebla	6	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la calidad de la atención. • Fortalecer la vinculación intersectorial con la salud municipal. • Desarrollar proyectos para la salud de los escolares.
Querétaro	7	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la participación de las autoridades locales: Comunidades Saludables. • Fortalecer estrategias como el PAC y PROGRESA, y nuevas alternativas en la seguridad social para incorporar a un mayor número de la población. • Mejorar la infraestructura de hospitales y equipos.
Quintana Roo	2	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer las campañas de cáncer cérvico – uterino y mamario. • Favorecer la capacitación de los recursos humanos que atienden al paciente. • Vincular la coordinación entre el Sector Salud y los municipios.
San Luis Potosí	6	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso gratuito a medicamentos y a los servicios de salud. • Fortalecer los servicios médicos en zonas indígenas. • Crear acciones que impacten el manejo de la violencia.
Sinaloa	1	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar al prestador de servicios en cuanto a calidad. • Mejorar la interacción entre las instituciones pública y privadas. • Sensibilizar al usuario para que participe en los programas preventivos.
Sonora	7	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la coordinación intersectorial para favorecer las acciones de salud. • Mejorar la participación social para el autocuidado de la salud. • Favorecer acciones dirigidas al desarrollo integral de las mujeres.
Tabasco	6	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de centros regionales para la atención integral del parto. • Impulsar a la investigación sobre factores causales del suicidio. • Capacitar a prestadores de servicios.
Tamaulipas	3	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un seguro de salud cuatripartita (paciente, gobierno federal, estatal y municipal) • Disponer de infraestructura y recursos para un programa de calidad. • Elaborar paquetes básico acordes a la población en los tres niveles de atención.
Tlaxcala	3	<ul style="list-style-type: none"> • Generar programas incluyentes para las comunidades: Comunidades Saludables. • Reorientar el programa de planificación familiar principalmente en zonas indígenas. • Capacitar al personal para mejorar la calidad del servicio.
Veracruz	2	<ul style="list-style-type: none"> • Unificar la seguridad social de las dependencias del Sector Salud. • Invertir más en salud. • Generar conciencia para un sistema único de salud.
Yucatán	1	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un programa de capacitación acorde a las necesidades del personal. • Incorporar médicos privados a través de organismos a la investigación. • Diseñar un modelo de atención integral multiprofesional e interdisciplinario de organización en salud.
Zacatecas	7	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar a los niños con malformaciones susceptibles a mejorar con cirugía, prótesis y rehabilitación. • Fortalecer las acciones de saneamiento básico. • Ampliar la cobertura para la atención de especialidades.

Aportaciones por estrategia

Estrategias	Sugerencias
Vincular la salud con el desarrollo económico y social	3,109
Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres	3,478
Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades	7,156
Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud	5,679
Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población	1,970
Construir un federalismo cooperativo en materia de salud	348
Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud	365
Avanzar hacia un Marco Integrado de Atención a la Salud (MIDAS)	88
Ampliar la participación ciudadana y la libre elección en el primer nivel de atención	197
Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud	560
Total de sugerencias	22,950

Foros federales celebrados

Nombre del foro	Entidades	Nº. Ponencias	Nº. Asistentes
Retos emergentes	Campeche, Campeche	42	493 *
Rezagos en salud	Campeche, Campeche	58	
Mujer y salud	Campeche, Campeche	20	
Retos emergentes	Hermosillo, Sonora	83	1,200 *
Rezagos en salud	Hermosillo, Sonora	65	
Mujer y salud	Hermosillo, Sonora	35	
Salud mental y adicciones	León, Guanajuato	16	94
Salud mental y adicciones	México, D.F.	23	192
Enseñanza e investigación en salud	México, D.F.	156	842
Calidad	México, D.F.	17	400
Calidad	México, D.F.	8	200
Protección financiera	México, D.F.	17	232
Salud mental Adicciones	Monterrey, Nuevo León	21	188
Salud mental y adicciones	Tijuana, Baja California	21	350
Retos emergentes	Tlaxcala, Tlaxcala	20	300 *
Rezagos en salud	Tlaxcala, Tlaxcala	17	
Mujer y salud	Tlaxcala, Tlaxcala	12	
Salud mental y adicciones	Veracruz, Veracruz	20	245
Total		651	4,736

* En estos casos los participantes asistieron a los tres foros

Foros federales: conclusiones

Nombre del foro	Lugar de celebración	Número de ponencias	Conclusiones principales
Calidad	México, D.F.	17	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer calidad y equidad en el sistema nacional de salud tomando como ejemplo a otros países, solicitando la participación de sindicatos, médicos y personal auxiliar • Asegurar que las instituciones cumplan con estándares de calidad y que los médicos permanezcan capacitados. La sociedad debe exigir el acreditación de programas y la certificación de profesionales • Usar la telemedicina para facilitar la capacitación a distancia, la racionalización de tecnología y proporcionar atención médica especializada
Calidad	México, D.F.	8	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación para el personal, especialmente de carácter directivo y motivacional • Involucramiento de los directivos con la rendición de cuentas puntual y avanzar en un modelo de Dirección de Calidad • Establecer un Premio Nacional de Calidad de los Servicios de Salud con carácter obligatorio para el sector salud y optativo al sector privado
Enseñanza– Investigación en salud	México, D.F.	156	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuar la matrícula de las escuelas y facultades de medicina a las necesidades de médicos y a los campos clínicos, disponibles para la enseñanza • Realizar investigación colaborativa y multicéntrica • Dar a conocer a la población los resultados de las investigaciones en salud, que se realizan en el país
Retos Emergentes en Salud Equidad	Hermosillo, Sonora	83	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar estrategias permanentes que garantice el tratamiento de tuberculosis y SIDA, ampliando el cuadro básico de fármacos • Implementar estrategias encaminadas a estilos de vida saludables • Reforzar la vigilancia epidemiológica, mejorar los sistemas de información y diseñar sistemas de alerta
Rezagos en Salud Equidad	Hermosillo, Sonora	65	<ul style="list-style-type: none"> • Que la atención médica pública como privada sea de calidad y con criterios costo efectividad • Promover la inversión en salud (6% del PIB) para que existan recursos para los ayuntamientos en salud pública
Mujer y Salud Equidad	Hermosillo, Sonora	35	<ul style="list-style-type: none"> • Crear una instancia gubernamental para diseñar políticas públicas en el tema de violencia para su prevención y atención • Capacitar al personal de salud sobre violencia (intrafamiliar, doméstica y sexual) • Garantizar el derecho de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, aumentando las opciones anticonceptivas en el hombre
Retos Emergentes de Salud Equidad	Campeche, Campeche	42	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar los programas educativos y de difusión referentes a las formas de contagio, transmisión y combate al VIH/SIDA • Instrumentar una cultura de prevención de enfermedades crónicas degenerativas • Fortalecer los programas de salud ambiental para la preservación de ecosistemas
Rezagos en Salud Equidad	Campeche, Campeche	58	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsar las acciones de salud y asistencia social en beneficio de grupos indígenas y otros núcleos de población vulnerables • Ampliar la superación profesional e intelectual del personal de salud para conformar un nuevo perfil del trabajador de la salud • Manejar con criterio universalista y de equidad las acciones de salud para la atención a personas con capacidades diferentes
Mujer y Salud Equidad	Campeche, Campeche	20	<ul style="list-style-type: none"> • Crear dentro de la Secretaría de Salud una instancia especializada en violencia para hacer cumplir la Norma Oficial Mexicana sobre violencia intrafamiliar • Fomentar una cultura de salud reproductiva que dignifique a la mujer y promueva el uso de métodos definitivos en la pareja
Retos Emergentes en Salud Equidad	Tlaxcala, Tlaxcala	20	<ul style="list-style-type: none"> • Enfocar los instrumentos de políticas públicas en salud al desarrollo de una cultura de prevención a la salud • Prioridad a la prevención primaria de los enfermos de diabetes y SIDA, combatiendo su crecimiento exponencial • Fortalecer los esfuerzos preventivos para atenuar el impacto de los desastres, siniestros y accidentes
Rezagos de Salud Equidad	Tlaxcala, Tlaxcala	17	<ul style="list-style-type: none"> • Replantear fórmulas de asignación de recursos financieros a entidades federativas, para que las diferencias entre necesidades de salud y recursos asignados se reduzca • Identificar municipios de alto riesgo a fin de canalizar mayores recursos

(continúa)

(continuación)

Nombre del foro	Lugar de celebración	Número de ponencias	Conclusiones principales
Mujer y Salud Equidad	Tlaxcala, Tlaxcala	12	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporar la anticoncepción de emergencia en la Norma Oficial de Planificación Familiar • Diseñar en conjunto con la sociedad civil modelos de atención integral a las víctimas de violencia sexual • Capacitar al personal de salud en aspectos sustantivos de la ACE (Anticoncepción de Emergencia)
Protección financiera	México, D.F.	17	<ul style="list-style-type: none"> • El programa de Seguro Social para todos ha despertado gran interés. Sin embargo existen inquietudes relacionadas con los mecanismos de operación • Sentar las bases para la regulación en las ISES y encontrar caminos para resolver disputas entre médicos, aseguradoras y hospitales • Realizar una reestructuración a fondo del sistema de salud que permita introducir competencia, incrementar la calidad, evitar la duplicidad de pago por la salud y homologar recursos destinados a diferentes instituciones públicas
Salud mental Adicciones	Tijuana, Baja California	21	<ul style="list-style-type: none"> • Destinar mayores recursos para sistemas de vigilancia epidemiológica • Intensificar la prevención de las adicciones en las escuelas • Se requiere mayor inversión pública y privada en infraestructura para la atención de personas con problemas de drogadicción y comorbilidad.
Salud mental Adicciones	Veracruz, Veracruz	20	<ul style="list-style-type: none"> • Disponer de estudios e investigaciones para conocer el impacto de las intervenciones • Utilizar modelos preventivos de mayor eficacia en el ámbito educativo • Disponer de centros regionales de tratamiento vinculados a los sistemas estatales de salud
Salud mental Adicciones	Monterrey, Nuevo León	21	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir la demanda de drogas y su consecuencia en la tasa de adicciones • Fomentar en la educación formal la prevención de la violencia familiar • Realizar una campaña nacional, educativa, para atender la depresión
Salud mental Adicciones	León, Guanajuato	16	<ul style="list-style-type: none"> • Ciudadanizar las acciones para reducir la demanda de droga • Fomentar la salud mental infantil, estableciendo la definición de "niño en riesgo" • Establecer redes estatales para la atención ambulatoria de salud mental
Salud mental Adicciones	México, D.F.	23	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un instituto para la salud mental de la familia • Desarrollar mayores investigaciones en materia de salud mental • Incorporar en la currícula escolar básica la prevención a las adicciones y la prevención de la violencia familiar

Otras aportaciones

Fundación Mexicana para la Salud	• Hacia un México más saludable. Una visión del sector privado, 1a. edición, Economía y Salud, 2000.
Seminario Género y Políticas de Salud 7-9 de marzo, 2001	• Género y Políticas de Salud en México

Programas de Acción

Para llevar a efecto las estrategias y líneas de acción contenidas en este Programa Nacional de Salud 2001-2006, se instrumentarán los siguientes Programas de Acción:

Estrategia

Vincular a la salud con el desarrollo económico y social

- Comunidades Saludables
- Educación Saludable
- Migrantes "Vete Sano y Regresa Sano"
- Mujer y Salud (PROMUSA)
- Salud Ambiental

Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres

- "Arranque Parejo en la Vida"
- Brucelosis
- Cáncer Cérvico-Uterino
- Cólera
- Enfermedades Transmitidas por Vectores
- Infancia y Adolescencia
- Rabia
- Salud Bucal
- Salud Reproductiva
- Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas
- Tuberculosis
- Urgencias Epidemiológicas y Desastres

Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades

- Adicciones
- Atención al Envejecimiento
- Cáncer de Mama
- Cáncer de Próstata
- Diabetes Mellitus
- Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial
- Accidentes
- Rehabilitación
- Salud Mental
- Transfusión Sanguínea
- Trasplantes
- VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud

- Consolidación del Arbitraje Médico
 - Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud
-

Programa Nacional de Salud 2001-2006

Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población

- Protección Financiera

Construir un federalismo cooperativo en materia de salud

- Hospital Universal

Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud

- Evaluación del Desempeño
- Protección contra Riesgos Sanitarios
- Sistema Nacional de Información en Salud
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)

Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud

- Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS)

Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud

- Capacitación Gerencial
 - Enseñanza: Formación y Capacitación del Personal de Salud
 - Inversión
 - Investigación en Salud
 - Servicio Civil de Carrera para Profesionales de la Salud
-

Glosario

Acuerdos de gestión: Instrumentos contractuales de carácter especial que regulan las relaciones con los prestadores para la contratación de servicios de salud para una determinada población dentro del marco de la gestión desconcentrada de servicios. En ellos se detallan las actividades motivo de contrato; la cobertura que deben de cumplir las organizaciones de salud participantes, y los mecanismos para su auditoría, supervisión y evaluación.

Años de vida saludable (AVISA): Indicador compuesto que evalúa el número de años que una persona vive sin presentar ningún tipo de merma en su salud. Resulta de sumar los años perdidos por muerte prematura con los años vividos con discapacidad, que se restan de los años que podría vivir ese individuo en un tiempo y lugar determinado.

Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD): Estructura organizacional implementada por el IMSS en 1999 con el fin de desconcentrar sus funciones administrativas, financieras y médicas en áreas geográficas con rangos de población entre 150 mil y 200 mil derechohabientes, con características demográficas y epidemiológicas similares. Su

objetivo es integrar la capacidad de respuesta institucional a partir de áreas que funcionen como un “sistema integrado de salud”, articulando, con base en un plan de salud local, las acciones de las unidades de medicina familiar, salud en el trabajo, los servicios de prestaciones sociales y salud comunitaria de la zona y la atención especializada del hospital general de zona o regional.

Arranque parejo en la vida: Estrategia que persigue que todo mexicano cuente, desde el principio de su vida, con las condiciones básicas en materia de salud que le garanticen la igualdad de oportunidades. Esta estrategia integra de manera sistemática acciones de promoción de la salud, planificación familiar, atención institucional prenatal, del parto y del puerperio, vigilancia estrecha del crecimiento hasta los dos años de vida, vacunación con esquema completo, administración de suplementos alimenticios y micronutrientes, y atención de especialidad en los casos que lo ameriten.

Calidad de los servicios de salud: Se refiere al grado en que los servicios mejoran la salud de los individuos de manera congruente con las normas profesionales y responden de manera ade-

cuada a las expectativas y valores de los pacientes. Las dimensiones de la calidad son: i) la técnica y ii) la interpersonal.

Dimensión técnica de la calidad de los servicios: Atributo del proceso de prestación de los servicios que consiste en ofrecer a los individuos los mayores beneficios con los menores riesgos, a partir del empleo de las mejores normas de la práctica profesional.

Dimensión interpersonal de la calidad de los servicios: Atributo de los servicios de salud relacionados con lo que se ha dado en llamar “calidez” de la atención. Sus elementos son el respeto al paciente como ser humano integral, el respeto a su autonomía y la búsqueda de su satisfacción plena.

Capitación: Mecanismo de pago y asignación presupuestal que utiliza como parámetro una cuota por persona dentro de un grupo determinado (personas inscritas o registradas). También se conoce como pago por persona, pago capitado, pago per cápita o, literalmente, pago por cabeza.

Capital humano: Destrezas, conocimientos y orientación de una persona que pueden incrementarse invirtiendo en educación, capacitación o experiencia.

Cuota de recuperación: Forma de financiamiento de los servicios de salud para población abierta que consiste en el cobro directo y al momento de la prestación del servicio que se hace a los pacientes por la atención médica recibida en hospitales o centros de salud de las instituciones públicas.

Elasticidad de la demanda: Respuesta de la demanda a un incremento del precio en un bien o servicio.

Equidad: Justicia en la asignación de recursos o tratamientos entre individuos o

grupos. En políticas de salud, equidad usualmente se refiere al acceso universal a una atención a la salud razonable y una justa distribución de la carga financiera en el financiamiento de la atención a la salud entre grupos de diferentes ingresos.

Esperanza de Vida Saludable (EVISA): Indicador compuesto que mide el número de años en buena salud que, en promedio, una persona puede esperar vivir en una sociedad determinada. Su construcción permite relacionar los datos de mortalidad con las causas de discapacidad.

Federalismo cooperativo en materia de salud: Estrategia que busca articular los arreglos de cooperación entre estados y municipios en un marco de respeto a las atribuciones de los distintos niveles de gobierno.

Financiamiento de los servicios de salud: Proceso de movilización de recursos financieros desde sus fuentes (hogares, empresas, gobierno o fuentes externas) hacia fondos que acumulan recursos y agregan riesgos (fondos de seguridad social, presupuestos públicos) para posteriormente distribuirlos en la producción o compra de servicios de salud.

Gasto de bolsillo: Pago que hacen los hogares por los servicios de salud al momento de recibirlos. El gasto de bolsillo como pago directo tiene como límite máximo el ingreso percibido por los hogares, que puede incluir los ahorros o hasta los recursos producto de la venta del patrimonio.

Gasto catastrófico: Gasto de bolsillo destinado a financiar la atención a la salud que supera al ingreso percibido por el hogar descontando el gasto destinado a cubrir alimentación y vivienda.

Grupos Relacionados por el Diagnóstico:

Instrumentos para clasificar a los pacientes de acuerdo con su diagnóstico. Los procedimientos hospitalarios que se incluyen en un mismo grupo utilizan insumos similares. Estos instrumentos permiten calcular los costos de atención e identificar los productos hospitalarios involucrados, y por lo mismo facilitan la comparación del desempeño entre unidades de salud.

Incentivos: Bonificación, monetaria o no monetaria, que se da al empleado como estímulo para el mejoramiento o incremento de la productividad de su trabajo.

Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS): Marco bajo el cual se estructura el sistema de atención a la salud a fin de responder a los nuevos retos y demandas. Se trata de un modelo comunitario, integral, basado en compromisos de gestión, orientado al usuario y dirigido a articular la relación entre proveedores de servicios.

Padecimientos emergentes: Padecimientos cuya frecuencia se incrementa a grado tal que logran desplazar a los que antes ocupaban los primeros sitios en la lista de causas de muerte. Este desplazamiento puede ser directo, como en el caso de las epidemias nuevas (VIH-SIDA) y los problemas en ascenso (diabetes mellitus), o indirecto, como sucede con algunos tumores malignos y ciertas enfermedades cardiovasculares, que mantienen tasas estables al tiempo que la mortalidad por problemas transmisibles pierde importancia.

Prestación directa de servicios de salud: Acciones desarrolladas específicamente para atender la salud de la población, las cuales son producidas y

proporcionadas directamente por un proveedor.

Protección financiera: Estrategia del sistema de salud que busca garantizar la seguridad financiera de la población a través de la promoción del pago anticipado por la atención de la salud, el establecimiento de un financiamiento justo de la atención, y la prevención de gastos excesivos y potencialmente catastróficos debidos a la búsqueda y resolución de las necesidades de salud.

Rectoría: Función del sistema de salud que incluye el diseño de políticas; la coordinación intra e intersectorial; la planeación estratégica; el diseño y monitoreo de las reglas para todos los actores del sistema (regulación sanitaria y de la atención a la salud); la generación y coordinación normativa de la información; la evaluación del desempeño, y la representación internacional.

Regulación de la atención a la salud: Diseño y monitoreo de las reglas de funcionamiento de todos los actores involucrados en la atención de la salud. Incluye la regulación de los profesionales de la salud, las unidades de atención, los laboratorios y gabinetes, y la tecnología.

Regulación sanitaria: Diseño y monitoreo de las reglas para la vigilancia y control sanitario de los bienes y servicios de salud, la publicidad, la salud ambiental y ocupacional, y en general de las actividades de la economía que tienen un impacto sobre la salud.

Rezago en salud: Conjunto de padecimientos evitables con intervenciones efectivas y de bajo costo. Destacan dentro de éstos la desnutrición, las infecciones comunes y los padecimientos relacionados con la reproducción.