MÉXICO

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Los Estados Unidos Mexicanos tienen un territorio de 1.967.183 km². El país está integrado por 31 estados y un Distrito Federal, sede del Gobierno. Los poderes constituidos son el ejecutivo, encabezado por el Presidente de la República, el legislativo, compuesto por la Cámara de Diputados y el Senado de la República, y el judicial, regido por la Suprema Corte de Justicia.

En diciembre de 1994 la moneda nacional sufrió una fuerte devaluación, al pasar de 3,1 a 7,5 pesos por dólar, lo que desató la peor recesión económica en varias décadas. De diciembre de 1994 a diciembre de 1995 la inflación aumentó de 7% a 52%. En 1995 el producto interno bruto (PIB) fue de US\$ 246.400 millones y el PIB per cápita fue de \$3.320. En el bienio 1995–1996 los salarios reales disminuyeron 22% y se contrajo el empleo en el sector formal. Las tasas de interés a corto plazo se dispararon, agravando las finanzas de las endeudadas familias y empresas, aunque el salario mínimo tuvo importantes aumentos que mantuvieron su valor real en magnitudes similares en 1995 y 1996.

En 1996 las principales variables macroeconómicas arrojaron saldos positivos y el PIB, estimulado por el auge de las exportaciones, creció 5,1%; la inflación fue de 27,7%, casi la mitad respecto del año crítico de 1995; el tipo de cambio del peso fluctuó levemente en torno de 7,58 por dólar; las tasas de interés a corto plazo descendieron a sus niveles más bajos desde diciembre de 1994; el empleo en el sector formal creció 2,1% con la creación de 583.000 empleos, lo que representó 71% de recuperación respecto del año anterior, al tiempo que la tasa de desempleo abierto se redujo a 10,5% (en 1995 fue de 11,2%). En 1997 los signos de recuperación económica se generalizaron, la economía creció 7% en el primer semestre, la inflación siguió bajando, la cuenta corriente nacional se acercó a una posición de equilibrio y el peso experimentó ligeras fluctuaciones.

El Tratado de Libre Comercio de América del Norte (entre Canadá, Estados Unidos de América y México), que entró en vigor en 1994, abrió nuevos mercados para las exportaciones y atrajo inversiones extranjeras, particularmente a la frontera norte del país, convertida en zona de expansión económica. Para el sector salud, el tratado tiene implicaciones derivadas de la liberación arancelaria para el intercambio de productos médicos y alimentarios, de los cambios de las normas sanitarias y fitosanitarias y de las regulaciones para la protección del ambiente, y del incremento de la movilidad de personas, productos y servicios.

Se estimó que en 1995 el porcentaje de personas que vivían en situación de pobreza, es decir sin ingreso o con ingresos de hasta dos salarios mínimos, fue de 60,4%. Los estados de Oaxaca, Chiapas, Yucatán, Hidalgo y Puebla presentaban la mayor proporción de pobres (entre 70% y 76%) y, coincidentemente, una elevada proporción de población indígena.

Entre 1990 y 1995 el número de viviendas particulares aumentó de 16 millones a 19,3 millones, la cobertura de servicios de agua entubada pasó de 79,4% a 85,7% y la de drenaje se incrementó de 63,6% a 74,9%. El 15,4% de las viviendas tenían piso de tierra en 1995.

De las 105.749 localidades del país, 52,7% se clasificaron de muy alta marginación, 20,9% de alta marginación, 14,7% de marginación media y 6,6% y 5,1% de baja y muy baja marginación, respectivamente. El 16,9% de la población vivía en las localidades de muy alta y alta marginación, 9,0% en las de estrato medio, 8,3% en las de baja marginación y 65,8% en las de muy baja marginación. Hay una gran concentración de muy alta marginación en los estados de Chiapas (73,6% de sus localidades y 36,8% de la población), Guerrero (80,4% y 33,1%) y Oaxaca (71,1% y 34,4%), los tres con importantes grupos de población indígena. La marginación es un fenómeno predominantemente rural: 7 de cada 10 localidades entre 100 y 999 habitantes se ubican en las categorías de muy alta y alta marginación (9.115.601 personas); también parece tener raíces étnicas: de las 13.466 localidades con 40% o más de hablantes de lengua indígena, 12.870 se

ubican en la categoría de muy alta o alta marginación (95,6%).

En 1995 el porcentaje de población alfabetizada era de 89,3% (87,6% en 1990), 91,4% para los hombres y 87,2% para las mujeres. El 71,3% de los hombres había alcanzado algún grado de educación secundaria frente a 65,2% de las mujeres. Hay también marcadas diferencias entre las zonas urbanas y las rurales.

Se estimó para 1997 una población de 94,7 millones, 2,3 millones de nacimientos y cerca de 425.000 defunciones, lo que unido al saldo migratorio negativo de 300.000 personas arroja un crecimiento neto de poco más de 1,5 millones de personas y una tasa anual de crecimiento de 1,62%. Entre 1992 y 1995 la población aumentó 13% pese a la disminución de la tasa de crecimiento natural (1,87% en 1993 y 1,72% en 1995) y el número de hijos por mujer continuó reduciéndose (3,08 en 1992 y 2,73 en 1996). La tasa bruta de natalidad disminuyó de 26,78 por 1.000 habitantes en 1992 a 24,46 por 1.000 en 1996.

Entre 1990 y 1995 el porcentaje de población que vivía en localidades de menos de 2.500 personas (medio rural) disminuyó de 28,7% a 26,5%, mientras que el que habitaba en localidades de más de 500.000 habitantes aumentó de 22,0% a 25,0%. En 1995, de cada 10 mexicanos 6 vivían en ciudades, 3 en zonas rurales y 1 en localidades de transición rural-urbana. La población urbana, es decir residente en localidades de más de 15.000 habitantes, era de 58,4 millones (64%) y la no urbana ascendía a 32,8 millones (36%). Los estados con mayor población urbana eran el Distrito Federal (100%) y Nuevo León (90,6%) y los de mayor población no urbana eran Oaxaca (77,1%) y Chiapas (72,8%). En el área metropolitana de la ciudad de México habitaban 16,8 millones de personas, 18,5% de la población nacional.

La migración interna se estimó en 27,5 millones de personas (32,2% de la población) para 1993, de las cuales 60% pasaron los límites estatales y el restante 40% fue intermunicipal, dentro del mismo estado. La migración laboral de carácter temporal hacia los Estados Unidos de América fue de 792.000 personas en 1993 y de 543.000 en 1995, con predominio de varones (94,5% en 1993 y 94,5% en 1995), en edades económicamente activas (88,3% en 1993 y 89,6% en 1995 entre 12 y 44 años) y de procedencia urbana (57,6% en 1993 y 54,7% en 1995). El saldo neto de la migración permanente a los Estados Unidos se calculó en 1,5 millones de personas entre 1990 y 1995 (de 1980 a 1989 fue de 2,5 millones) y la población mexicana que vive en ese país se estima entre 7,0 y 7,3 millones de personas.

La población menor de 15 años disminuyó de 38,3% en 1990 a 34,7% en 1997 al tiempo que se incrementó la de mayores de 65 años de 4,2% a 4,4% respectivamente. En 1997 la tasa media anual de crecimiento en los grupos de 5 y menos años y de 6 a 14 años fue de -0,5% y 0,1%, respectivamente;

en cambio, ese año la población de 15 a 64 años tuvo un crecimiento de 2,4% y el grupo de 65 y más años uno de 3,9%, lo que ratifica la tendencia al envejecimiento de la población observada desde la década anterior. El índice de dependencia pasó de 104,0 en 1970 a 68,1 en 1994 y se estima que para el 2000 será de 60,1 dependientes por 100 personas de 15 a 64 años. La población de 15 a 24 años de edad alcanzó en 1997 su mayor volumen histórico, tanto en términos absolutos (19,9 millones en 1997) como relativos (21,2%), y su distribución experimentó un gran cambio en las últimas décadas, ya que de ser un grupo mayoritariamente rural (60%) en 1960 pasó a ser predominantemente urbano en 1997 (74%). Aunque la cantidad de jóvenes rurales aumentó en esos 35 años de 3,9 millones a 5,3 millones, con una tasa anual de crecimiento inferior a 1%, el aumento en la población de jóvenes urbanos fue seis veces más rápido (4,9% anual), lo que se tradujo en un incremento de 2,6 a 14,6 millones. En 1995, 46% de los jóvenes participaban en la actividad económica; la participación masculina era el doble (60,8%) que la femenina (30,9%).

La tasa global de fecundidad, que ya venía descendiendo marcadamente desde la década anterior, pasó de 3,08 hijos por mujer en 1992 a 2,73 en 1996 (13,6% de reducción), y los estados con niveles históricos altos de fecundidad tuvieron las reducciones más marcadas: Guerrero pasó de una tasa global de fecundidad de 5,6 hijos en 1980-1984 a una de 3,5 en 1991-1995, Michoacán de 5,4 a 3,4 y Oaxaca de 5,6 a 3,8. La Encuesta Nacional Demográfica de 1994 encontró que las mujeres sin instrucción escolar tenían en promedio 4,1 hijos, en contraste con las que habían aprobado al menos un grado del nivel secundario, que tenían 2,4 hijos, y que las que no participaban en la actividad económica directamente tenían más del doble de hijos que las que participaban (3,2 y 1,4 hijos, respectivamente).

La esperanza de vida al nacer registró pocos cambios entre 1992 y 1996, al pasar de 72,1 a 73,3 años (73,2 a 76,4 años para las mujeres y 68,9 a 70,1 años para los hombres), con una amplitud en 1991-1995 de 65,7 años para los hombres y 72,5 para las mujeres en Oaxaca, y de 70,4 para los hombres y 76,4 para las mujeres en Nuevo León, lo que representa una sobremortalidad de 33% en Oaxaca respecto de Nuevo León.

Mortalidad y morbilidad

La tasa de mortalidad general sigue descendiendo, al pasar de 4,8 defunciones por 1.000 habitantes en 1992 a 4,7 en 1995. Las caídas más pronunciadas se observaron en la mortalidad infantil (18,7 en 1992 y 17,5 en 1995), en el grupo de 1 a 4 años (1,3 en 1992 y 1,2 en 1995) y en los mayores de 65 años (5,3 en 1992 y 5,2 en 1995). El Distrito Federal mostró la

tasa de mortalidad general más alta en 1995 (5,8 por 1.000 habitantes), seguido de Puebla (5,6) y Oaxaca (5,4). El número de defunciones en 1995 fue mayor en los hombres que en las mujeres para los grupos de menores de 1 año (27.237 y 20.718, respectivamente), de 1 a 4 años (5.734 y 4.943) y de 5 a 14 años (4.795 y 3.241), y en los grupos de 15 a 64 años, en el que las muertes masculinas fueron casi el doble que las femeninas (105.913 y 57.247) y a los 65 y más años de edad (97.211 y 100.785, respectivamente). En 1995, el índice de sobremortalidad masculina nacional fue de 129,2 y en todos los estados este indicador superó los 100.

La tasa de mortalidad infantil en 1995 fue de 17,5 por 1.000 nacidos vivos, lo que representa una disminución de 26,8% con respecto a la registrada en 1990. Entre 1994 y 1995 se elevó la tasa registrada de mortalidad infantil (17,0 y 17,5 respectivamente). Las autoridades de salud estiman que esto se debió a las correcciones efectuadas al número de recién nacidos, ya que las muertes registradas disminuyeron en ese período, y consideran más confiable la tasa de mortalidad infantil ajustada, que refleja un descenso entre 1994 (26,5) y 1995 (25,9). Este último año, la tasa de mortalidad neonatal precoz (menos de 7 días) fue de 7,7 por 1.000 nacidos vivos y la tardía (7 a 28 días) de 2,3 por 1.000, mientras que la tasa de mortalidad posneonatal fue de 7,5 y la de mortalidad perinatal, de 14,5.

En 1995, la mortalidad materna fue de 5,3 por 10.000 nacidos vivos registrados, más alta que en 1994, cuando alcanzó a 4,8, y en niveles cercanos a 1990, cuando fue de 5,4 por 10.000. El incremento de la mortalidad materna en 1995 se atribuyó al mejor registro de las muertes a partir del uso del nuevo certificado de defunción, que investiga la preexistencia de embarazos en todos los fallecimientos de mujeres en edad fértil. Las tasas de mortalidad materna más elevadas en 1995 fueron las de Puebla (11,2 por 10.000 nacidos vivos), Tlaxcala (9,7) y Oaxaca (9,0).

En general, las causas de muerte más frecuentes siguen siendo las enfermedades cardiovasculares (tasa de 64,1 defunciones por 100.000 habitantes en 1992 y de 69,4 por 100.000 en 1995), seguidas por los tumores malignos (50,4 y 52,6 en los mismos años), los accidentes (44,1 y 38,8) y la diabetes mellitus (32,6 y 36,4). La enfermedad cerebrovascular (CIE 9, 430-438) que ocupaba el sexto puesto en 1992 (tasa de 24,7) pasó al quinto desde 1993 (tasa de 25,5 en 1995) y las afecciones originadas en el período perinatal (CIE 9, 760-779) que en 1992 ocupaban el quinto lugar pasaron al séptimo en 1995 (tasa de 22,4), mientras que la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado se colocaron en sexto lugar en 1995 (tasa de 23,2).

Las defunciones por enfermedades del corazón (CIE 9, 410-414) son más frecuentes en los hombres que en las mujeres, pero la diferencia entre los sexos se ha acortado entre 1992 (tasa de 72,4 por 100.000 habitantes en hombres y 69,7

en mujeres) y 1995 (76,3 y 75,4, respectivamente). En cuanto a los tumores malignos, el predominio de defunciones en mujeres, atribuido al elevado número de muertes por tumor del cuello del útero, se está reduciendo y en 1995 la tasa en mujeres fue de 54,6 y en hombres de 50,6 frente a 53,1 y 46,2 respectivamente en 1992. La tasa de mortalidad por accidentes es más elevada en los hombres que en las mujeres (60,3 y 17,6 respectivamente en 1995) mientras que la de mortalidad por diabetes mellitus es más alta en las mujeres que en los hombres (40,4 y 32,3 respectivamente); lo mismo ocurre con las enfermedades cerebrovasculares (27,1 y 23,9). La edad promedio de muerte por las 10 principales causas de defunción no ha variado sustancialmente entre 1992 y 1995; para las enfermedades del corazón esta fue de 78,7 años en 1992 y 78,8 en 1995, para los tumores malignos, de 61,6 y 61,9, para los accidentes, de 35,6 y 36,6, y para la diabetes mellitus, de 66,3 y 66,2 respectivamente.

Entre las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, las infecciones respiratorias ocuparon el primer lugar en cuanto a demanda de consulta ambulatoria en 1996, con 22,5 millones de casos nuevos (tasa de 24.154,6 casos por 100 habitantes), seguidas por las infecciosas intestinales diarreicas, con 4,05 millones de casos (tasa de 4.355,2) y la amibiasis intestinal, con 1,3 millones de casos (tasa de 1.488,6). En 1995, el sistema de información sobre egresos hospitalarios en el sector público registró 3.619.341 egresos (3.184.007 en 1991), de los cuales 65,6% eran afiliados a la seguridad social y 34,4 población abierta o no asegurada atendida en unidades de la Secretaría de Salud. El 56,6% de los egresos correspondió al grupo de 15 a 44 años, 13,8% al de 45 a 64 años, 11% a mayores de 65 años, 7,6% a menores de 1 año, 5,9% al grupo de 5 a 14 años y 5,1% al de 1 a 4 años. La mayor cantidad de egresos correspondió al sexo femenino (68,9% del total), y el promedio general de estancia fue de 4,0 días por egreso en 1995. Las causas de egreso hospitalario de mayor frecuencia durante 1995 fueron las afecciones obstétricas directas (17% del total), el parto normal (13,6%), los traumatismos y envenenamientos (7,3%), las enfermedades del aparato urinario (4,7%), las enfermedades del aparato circulatorio (4,6%), las fracturas (3,2%), los abortos (3,1%) y los tumores malignos (2,7%), el más frecuente de los cuales es el del cuello del útero (12,1% del total de los tumores malignos), la leucemia (11,2%) y el cáncer de mama (9,4%).

En 1995 se notificaron 88.764 defunciones en hospitales del sector público, 60,2% correspondieron a la población derechohabiente de la seguridad social y 39,8% a la población abierta (53,8% en hombres y 46,2% en mujeres). Las causas de defunción más frecuentes fueron las enfermedades del aparato circulatorio (18,4% del total de muertes), ciertas afecciones originadas en el período perinatal (12,9%), los tumores malignos (9,6%), la diabetes mellitus (9,3%), las enfermedades cerebrovasculares (6,1%), la cirrosis y otras enfermedades

crónicas del hígado (5,3%) y las enfermedades infecciosas y parasitarias (4,8%).

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

La salud de los niños ha seguido mejorando, como lo pone de manifiesto la erradicación de la poliomielitis desde 1991, la reducción drástica de la morbilidad y la mortalidad por sarampión, tos ferina, difteria y tétanos neonatal, el continuo descenso en la mortalidad infantil y de los menores de 5 años, así como de las muertes por enfermedades diarreicas y respiratorias. Estos logros se atribuyen a la conjunción de factores demográficos y socioeconómicos, a lo que se añaden las intervenciones específicas del sector: altas coberturas con esquema completo de vacunación, uso de sales de rehidratación oral y entrega de un paquete básico de servicios a la población sin acceso regular a los servicios de atención médica.

No obstante, la salud de los niños no es homogénea en todo el país. En 1995, la zona central presentaba la tasa de mortalidad infantil más elevada, con 22,3 muertes por 1.000 nacidos vivos, mientras que las zonas norte y sur mostraban tasas de 12,2 y 12,8 respectivamente. Los estados de Puebla (33,2), Tlaxcala (28,7) y México (26,8) presentaban las tasas más elevadas, en contraste con Durango (3,9), Sinaloa (5,9) y Guerrero (8,5), que exhibían las más bajas. En los menores de 5 años, las diferencias entre regiones se repiten: en el centro se observa la mayor tasa, 21,5 por 1.000 nacidos vivos, seguida por el sur (17,3) y el norte (14,6).

El orden de las principales causas de muerte en los menores de 1 año entre 1992 y 1995 no varió, de manera que las más frecuentes siguieron siendo las afecciones del período perinatal, con una tasa de 777,8 defunciones por 100.000 nacidos vivos en 1992 y de 745,4 en 1995, las anomalías congénitas, cuya tasa aumentó de 248,8 por 100.000 en 1992 a 268,4 en 1995, la neumonía e influenza, con 184,2 en 1992 y 127,3 en 1995, las deficiencias de la nutrición, con 61,3 en 1992 y 53,2 en 1995, y los accidentes, con 44,3 en 1992 y 46,0 en 1995.

De acuerdo con los registros de los hospitales públicos, en 1995 los motivos de egreso más frecuentes en los menores de 1 año fueron las afecciones del período perinatal, con 157.454 casos y 57,3% del total de egresos (102.379 casos y 48,5% en 1992), las enfermedades del aparato respiratorio, con 29.054 casos y 10,6% en 1995 (30.299 casos y 14,3% en 1992), las enfermedades infecciosas y parasitarias, con 22.766 casos y 8,3% en 1995 (27.133 casos y 12,8% en 1992), y las anomalías

congénitas, con 20.166 casos y 7,3% en 1995 (16.459 casos y 7,8% en 1992).

En los niños de 1 a 4 años de edad los accidentes siguen siendo la primera causa de muerte, con tasas de 25,1 por 100.000 habitantes en 1992, de 24,3 en 1994 y de 22,8 en 1995, seguidos por la neumonía e influenza (14,7 en 1992, 16,5 en 1994 y 16,4 en 1995), las enfermedades infecciosas intestinales (24,2 en 1992 y 15,4 en 1995), las anomalías congénitas (8,4 en 1992 y 10,4 en 1995) y las deficiencias de la nutrición (7,9 en 1992 y 8 en 1995). En cuanto a la morbilidad, para 1995 los registros de egresos hospitalarios de niños de este mismo grupo de edad muestran que 32,8% del total corresponden a enfermedades respiratorias (31,3% en 1992), 16,6% a enfermedades infecciosas y parasitarias (15,3% en 1992) y 10,7% a traumatismos y envenenamientos (11,4% en 1992).

La salud del escolar

Las principales causas de muerte en 1995 fueron los accidentes, con una tasa de 11,8 por 100.000 habitantes (16,2 en hombres y 7,3 en mujeres), entre los cuales los más frecuentes fueron los de tráfico de vehículos de motor (tasa de 4,9, 6,7 en hombres y 3,1 en mujeres); el segundo lugar lo ocuparon los tumores malignos, con 4,3 por 100.000 (4,6 en hombres y 3,6 en mujeres), el más frecuente fue la leucemia, con 2,3 (2,5 en hombres y 3,6 en mujeres). El tercer lugar correspondió a las anomalías congénitas para las mujeres (2,0) y los homicidios y lesiones infligidas por otra persona para los hombres (2,5). El cuarto lugar lo ocuparon las neumonías e influenza para las mujeres (1,7) y las anomalías congénitas para los hombres (2,0). Comparando las principales causas de muerte en 1995 y en 1992, lo más notable es la disminución de las tasas de muertes por accidentes en 20% (tasa de 14,8 en 1992).

En los niños de 5 a 14 años los datos de morbilidad muestran que en 1995 los traumatismos y envenenamientos constituyeron 20,5% de las hospitalizaciones para esa edad, seguidos por las enfermedades del aparato respiratorio, con 17,1%, las enfermedades del aparato digestivo, con 13,1%, y las enfermedades del aparato genitourinario, con 7,4% del total de los egresos. El orden de las causas de egreso no ha variado entre 1992 y 1995 y la frecuencia es bastante aproximada en todos esos años.

En 1995 se contaron 14.324 menores viviendo en las calles que son atendidos por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) mediante una estrategia de corresponsabilidad de los niños, la familia y la comunidad, que incluye un estímulo económico, la entrega de una despena básica y revisiones médicas preventivas, al menos tres veces al año. Alrededor de 60 organizaciones no gubernamentales

trabajan con estos niños y se ignora la cantidad precisa de menores a los que atienden.

La salud del adolescente

La mayoría de las muertes en jóvenes entre los 15 y los 24 años de edad son por lesiones; 61,6% tuvieron esta causa en 1995 (63,3% en 1991), 32,1% se debieron a enfermedades no transmisibles (29,3% en 1991) y 6,2% a enfermedades transmisibles (7,4% en 1991).

El análisis del comportamiento reproductivo en los jóvenes muestra que la edad promedio de la primera unión matrimonial (19 años) y la edad media de nacimiento del primer hijo (21 años) no ha variado en los últimos cinco años. El 16% de los nacimientos de 1996 correspondieron a madres adolescentes. La prevalencia del uso de anticonceptivos en adolescentes con vida sexual activa, que experimentó un gran aumento entre 1986 y 1992, se mantuvo desde entonces en alrededor de 36%, lejos del 60% trazado como meta para el 2000. Una encuesta sobre planificación familiar realizada en nueve estados encontró que 92% de los jóvenes entrevistados estaban de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos, fracción que se incrementó a 94% entre quienes tenían escolaridad secundaria o más y fue de 87% entre los que poseían nivel primario o menos. De acuerdo con el lugar de residencia, la frecuencia relativa variaba entre 87% en la zona rural y 93,7% en la urbana.

Un problema de creciente importancia en este grupo es el consumo de alcohol y drogas. Encuestas realizadas en el Distrito Federal reflejan que ha crecido la cantidad de jóvenes de 12 a 18 años que han consumido alcohol alguna vez (55,8% en 1986, 65,5% en 1991 y 73,8% en 1994). El sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones, de la Secretaría de Salud, informó que el perfil característico del consumidor de drogas es el de un varón de 15 a 19 años de edad, sobre todo soltero y con baja escolaridad, que la marihuana y los inhalantes son las drogas más recurrentes en adolescentes, y que su consumo alcanzó a 4% en los últimos años.

La salud del adulto

Entre 1991 y 1995 la tasa de mortalidad en personas de 15 a 64 años de edad descendió de 301,2 por 100.000 habitantes a 296,9 por 100.000. La principal causa de muerte fueron los accidentes, cuya tasa descendió de 50,7 por 100.000 habitantes en 1991 a 42,7 por 100.000 en 1995 (los más frecuentes fueron los de vehículo de motor, con 40% del total y causantes de 43,5% de las muertes); les siguen los tumores malignos, con 37,3 y 39,3 por 100.000 respectivamente; en tercer lugar se encuentran las enfermedades del corazón, con

29,5 y 31,4 por 100.000 respectivamente; en cuarto lugar las cirrosis y otras enfermedades del hígado, con 26,5 y 27,2 por 100.000 respectivamente. Las muertes por homicidios y lesiones causadas por otras personas pasaron del quinto lugar en 1991 (25,9) al sexto en 1995 (25,3) y las ocasionadas por el sida, que en 1991 ocupaban el doceavo lugar, con una tasa de 3,8 por 100.000, ascendieron al noveno lugar en 1995, con una tasa de 7,0 por 100.000.

De acuerdo con registros hospitalarios, en 1995 la causa más frecuente de egreso en la población de 15 a 44 años de edad fueron las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, que representaron 60% del total de los egresos en 1995 (65,4% en 1992), seguidas por los problemas del aparato digestivo (7,3% en 1995 y 5,7% en 1992) y las enfermedades del aparato genitourinario, con 6,5% (5,3 en 1992), y los traumatismos y envenenamientos con 6,2% (5,1 en 1992). Para el grupo de 45 a 64 años las causas de egreso más frecuentes en 1995 fueron las enfermedades del aparato genitourinario, con 18,3% (17,1% en 1992), las enfermedades del aparato digestivo, con 17,5% (17,4% en 1992), las enfermedades del aparato circulatorio, con 11,7% (10,8% en 1992) y los tumores, con 10,7% (10,8 en 1992).

La mayor información sobre la salud de la mujer corresponde al proceso reproductivo. En 1995 se produjeron 1.454 muertes maternas (1.477 en 1990), 87,1% se debieron a causas obstétricas directas (92,1% en 1990) desglosadas en 28% por toxemia del embarazo, 23,6% por hemorragias del embarazo y el parto, 11,6% por complicaciones del puerperio, 1% por parto obstruido, 1% por infecciones del aparato genitourinario y 21,6% por las demás causas directas. La cobertura del programa nacional de planificación familiar aumentó entre 1987 y 1996 de 52,7% a 66,5% de las mujeres en edad fértil, y los mayores incrementos fueron en las mujeres sin instrucción primaria completa, en las que la cobertura pasó de 23,7 en 1987 a 48,4% en 1995. La distribución de usuarias según el método utilizado fue: oclusión tubárica bilateral (41,3%), dispositivo intrauterino (21,9%), métodos tradicionales (13,4%), anticonceptivos orales (12,7%), inyecciones (4,6%), locales (5,1%) y vasectomía (0,9%). La Secretaría de Salud informa diferencias entre estados en el uso de anticonceptivo por las mujeres, pues mientras en Baja California Sur, Nuevo León, Distrito Federal, Baja California, Coahuila y el estado de México la prevalencia fue superior a 75%, en Guerrero, Chiapas y Oaxaca este indicador no superó 56%.

La cobertura de la atención prenatal por un agente de salud aumentó y el promedio de consultas prenatales por mujer embarazada pasó de 2,2 en 1990 a 2,8 en 1996. Una encuesta realizada en 1995 encontró que el personal médico participó en la atención de 86,1% de los embarazos ocurridos entre 1993 y 1995, lo que representa un incremento de más de la mitad en los últimos 20 años, y el porcentaje de partos

atendidos en hospitales públicos aumentó de 54,3% a 65,8% entre 1990 y 1995.

El cáncer del cuello del útero y el de la glándula mamaria constituyen problemas de salud pública que demandan acciones urgentes y más efectivas. La mortalidad por cáncer cervicouterino pasó de 10,2 por 100.000 mujeres en 1990 a 9,5 por 100.000 en 1995 y la mortalidad por cáncer mamario pasó de 5,3 a 6,6. Un estudio muestral en mujeres de 15 a 49 años de la ciudad de México halló que 65,0% de las entrevistadas se había practicado el examen citológico vaginal de Papanicolaou, en contraste con 30,2% en una zona rural del estado de Oaxaca también estudiada, y los principales factores identificados como predictores para la realización de este examen se asociaron con elementos socioeconómicos y de riesgo reproductivo.

La salud del adulto mayor

La transición demográfica que experimentó el país en las últimas décadas incrementó la población mayor de 65 años en términos absolutos y relativos, imponiendo al sistema de salud nuevos retos, derivados de las necesidades de salud de este grupo. La proporción de personas mayores de 65 años hospitalizadas aumentó en forma sostenida: en 1991 constituían 7,2%, en 1993, 8,2%, y en 1995, 11,0% del total de egresos hospitalarios en el sistema público. Las causas de hospitalización más frecuentes en 1995 eran las enfermedades del aparato circulatorio (17,8% del total de egresos en esta edad), las enfermedades del aparato genitourinario (16,0%), las enfermedades del aparato digestivo (13,8%) y las enfermedades del aparato respiratorio (9,5%).

En 1995, las principales causas de muerte en los mayores de 65 años fueron las enfermedades del corazón (tasa de 1.188 por 100.000 personas), los tumores malignos (655,3 por 100.000), de los que los más frecuentes fueron los de la tráquea, los bronquios y el pulmón (101,0 por 100.000), el estómago (75,4) y la próstata (71,0); les siguen la diabetes mellitus (501,9), la enfermedad cerebrovascular (449,4), la neumonía e influenza (224,6), las deficiencias de la nutrición (163,9), y la bronquitis crónica, asma y enfisema (163,8).

La salud de los indígenas

En 1995, la población indígena, entendida como todos los hablantes de lengua indígena y los miembros de hogares en los que el jefe o su cónyuge lo son, se calculó en 9,17 millones de personas, con una tasa media de crecimiento de 1,23% con respecto a 1990, casi la mitad del resto de la población (2,13%). La esperanza de vida al nacer de los indígenas se estimó para 1995 en 69,5 años (67,6 para los hombres y 71,5

para las mujeres), inferior en más de 3 años a la del resto de la población, diferencia que equivale a un nivel de mortalidad 30% superior, más marcado en las mujeres (36%) que en los hombres (25%). La tasa de mortalidad infantil era casi el doble que en el resto de los habitantes (54 frente a 29 muertes por 1.000 nacidos vivos). El promedio de hijos en las mujeres indígenas fue de 4,1, frente a 2,9 en las no indígenas.

En 1995, los años potenciales de vida perdidos (APVP) per cápita por los tres principales grupos de causas de muerte mostró una mortalidad prematura de 19,0 años para los hombres frente a 15,3 en los no indígenas y de 15,4 para las mujeres frente a 11,2 en las no indígenas. La brecha de APVP entre indígenas y no indígenas por enfermedades transmisibles y perinatales fue de 2,5 años en los hombres y de 2,6 en las mujeres; por enfermedades no transmisibles fue de 0,8 años en los hombres y de 1,6 en las mujeres; finalmente, por accidentes y lesiones fue de 0,4 en los hombres y no hay diferencias en las mujeres. Entre los pueblos indígenas hay diferencias aún insuficientemente explicadas; se encuentra un nivel más bajo de mortalidad infantil en las mujeres hablantes de chontal (33 por 1.000 nacidos vivos), maya (36), chinanteco (40) y zapoteco (40), en comparación con las que hablan chatino (77), popoluca (79), tarahumara (79), tepehunán (80), tzotzil (81) y tojolabal (87). También se observan diferencias en el número de hijos, con extremos de 3,7 hijos en los chontales y 4,5 hijos en los tojolabales.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. La malaria sigue siendo endémica, aun cuando el número de casos disminuyó más de la mitad entre 1992 y 1996 (18,6 y 6,8 casos por 100.000 habitantes, respectivamente). El último brote epidémico fue en la década de 1980; en 1985 se registraron la mayor cantidad de casos (134.000). En 1996 se notificaron 6.293 casos y los estados con mayor incidencia fueron Sinaloa, con una tasa de 109,3 por 100.000 en 1992 y 63,5 en 1996 y Chiapas, con 107,7 por 100.000 en 1992 y 42,7 en 1996. Los casos de infección por *Plasmodium falciparum* fueron 69 en 1995 y 60 en 1996, todos en los estados de Chiapas y Tabasco.

Hubo un pico epidémico de dengue en 1980, con cerca de 51.000 casos; en años posteriores el número de casos disminuyó en forma irregular, con 14.396 casos de dengue clásico y 355 del tipo hemorrágico en 1995 y 20.056 y 884 respectivamente en 1996. En este último año, más de 60% de los casos se presentaron en el grupo de 15 a 44 años de edad y 78% de los afectados habitaban en seis estados del país: Veracruz (26,6% de los casos), Tamaulipas (23,3%), Colima (10,3%), Sonora y Tabasco (6,7% cada uno) y Nuevo León (5,1%). En

1994 se aisló el serotipo 3 de dengue y actualmente circulan los cuatro serotipos. Ese mismo año se encontró *Aedes albopictus* en los estados del norte, lindante con Texas. La tasa de incidencia del dengue hemorrágico aumentó de 0,03 por 100.000 habitantes en 1994 (30 casos) a 0,39 en 1995 y a 0,95 en 1996, año en que la mayor cantidad de casos se notificaron en Veracruz (358), Tamaulipas (198) y Nuevo León (85).

Entre 1992 y 1996 la oncocercosis mostró un comportamiento estacionario, con 24.870 casos en 1992, 26.029 en 1995 y 25.889 en 1996, y las autoridades de salud estiman que el uso de ivermectina desde 1989 ha ayudado a contener la diseminación de la enfermedad. La zona endémica abarca 16.900 km² de los estados de Oaxaca y Chiapas al sudeste del país, y la población en riesgo se calcula en 280.000 personas distribuidas en 947 localidades.

Los casos de leishmaniasis aumentaron de 502 en 1992 a 1.579 en 1995 y a 1.025 en 1996. Existe un subregistro no bien calculado.

La tripanosomiasis está aumentando en frecuencia y virulencia. El Instituto Nacional de Cardiología estima que la cardiopatía chagásica aumentó y que 15 millones de personas se encuentran en riesgo de infección, y calcula en 500 el número potencial anual de estas cardiopatías. Las defunciones por esta causa pasaron de 11 en 1992 a 18 en 1995 y la prevalencia serológica en bancos de sangre fue de 0,8% en 1995. El tamizaje rutinario de enfermedad de Chagas y de oncocercosis en la sangre donada se realiza solo en los sitios endémicos del país. El alacranismo afecta a 16 estados y en 1992 se registraron 48.465 casos, que se incrementaron a 83.672 en 1995 y a 108.359 en 1996. Se estima que mueren más de 300 personas anualmente por esta causa.

Enfermedades inmunoprevenibles. La cobertura de vacunación con esquema completo pasó de 75,3% en 1993 a 88,2% en 1996 en los menores de 1 año y de 90,1% a 95,8% en los niños de 1 a 4 años. La poliomielitis se erradicó desde 1991 y no hay indicios de que el poliovirus silvestre circule en el país. Los casos de sarampión se redujeron en forma significativa, al pasar de 27.790 en 1990 a 12 en 1995, y las defunciones por esta causa pasaron de 5.899 en 1990 a 2 en 1995. El tétanos tuvo un comportamiento descendente, con una incidencia de 0,23 casos por 100.000 habitantes en 1992 y 0,14 por 100.000 en 1995. El tétanos neonatal mostró una tendencia descendente, con 137 casos en 1992 (tasa de 0,16 casos por 100.000 habitantes) y 67 en 1995 (0,07 por 100.000). Se notificaron casos aislados de tos ferina, con una tasa de 0,16 casos por 100.000 habitantes en 1992 y 0,21 por 100.000 en 1996. En los últimos años no se notificaron casos de difteria.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. La tasa de enfermedades diarreicas (incluido el cólera) au-

mentó en los últimos años de 3.653,1 casos por 100.000 habitantes en 1993 a 5.842,5 por 100.000 en 1995. Las hospitalizaciones por esta causa mostraron una tendencia decreciente, con 202,8 egresos por 100.000 habitantes en 1992 y 102,2 por 100.000 en 1995.

La mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales disminuyó de 22,0 por 100.000 habitantes en 1991 a 10,5 por 100.000 en 1995 y mostró igual tendencia en los menores de 5 años, al pasar de 91,8 a 77,8. Los estados con tasas más altas en 1995 fueron Tlaxcala (177,0), Puebla (164,3), México (135,4) y Querétaro (113,0), y los menores de 1 año fueron el grupo más vulnerable, con 70,5% y 80,2% de las defunciones en los menores de 5 años en 1990 y 1995 respectivamente. Los hombres presentaron una tasa de mortalidad más alta que las mujeres. La reducción de la mortalidad en los menores de 5 años se atribuye al incremento de la terapia de hidratación oral en el hogar, utilizada en más de 80% de los casos en 1995.

El cólera mantuvo una tendencia no uniforme, con una tasa de mortalidad por 100.000 habitantes de 6,19 casos en 1993, 4,3 en 1994, 17,94 en 1995 y 1,16 en 1996. La letalidad pasó de 1,2% en 1992 a 0,9% en 1995 y a 0,5% en 1996. Solo cuatro estados no comunicaron casos de cólera en 1996 (Baja California y Baja California Sur, Zacatecas y Sinaloa) y los más afectados fueron Yucatán (2.690 casos), Veracruz (1.803), Campeche (1.719) y Tabasco (1.361).

Infecciones respiratorias agudas. La tasa de incidencia de infecciones respiratorias agudas en la población general se duplicó entre 1991 y 1995, al pasar de 13.731,0 a 29.009,6 casos por 100.000 habitantes (26.574.579 en 1995); en 1995, las tasas más elevadas se encontraron en el Distrito Federal, con 81.101,8 (6.540.846 enfermos), Campeche, con 55.245,4 (347.815 enfermos) y Baja California Sur, con 43.874,5 (168.678 enfermos).

La mortalidad por infecciones respiratorias, incluidas la neumonía y la influenza, mostró una tendencia decreciente, con una tasa de 26,0 por 100.000 habitantes en 1991 y 23,7 por 100.000 en 1995, año en que el mayor porcentaje de defunciones (42,1%) correspondió a los mayores de 65 años y a los menores de 1 año (32%). Al totalizar las defunciones en los menores de 5 años, esta proporción alcanzó 39,8%. Entre 1990 y 1995 la mortalidad por estas causas en los menores de 5 años disminuyó 32,8% y los estados con mayor tasa de mortalidad fueron Tlaxcala (177,0), Puebla (164,3), México (135,4) y Querétaro (113,0). Una alta proporción de las muertes suceden en el hogar (30%), por lo que se ha instrumentado una estrategia de capacitación a las madres para que aprendan a identificar los signos de alarma y acudan a los centros de salud.

En 1995 se había capacitado a cerca de 3,5 millones de madres y en 1996, a más de 5 millones.

Rabia y otras zoonosis. La principal zoonosis en México es la rabia, enfermedad que mantiene la tendencia a la reducción observada desde fines del decenio anterior. Las defunciones para cada uno de los años entre 1992 y 1996 fueron 35, 29, 25, 31 y 22; se notificó también un descenso en los casos de rabia canina (59,2%), que pasaron de 2.106 en 1992 a 859 en 1996. En ese período se vacunó a más de 10 millones de perros por año y aun cuando estos siguen siendo la principal fuente de infección rábica para el hombre, también es importante la transmisión de la enfermedad por quirópteros y otras especies silvestres.

Se notificaron 5.958 casos de brucelosis en 1992 y 3.362 en 1996. Se entiende que existe subregistro en las cifras de los últimos tres años y se calcula que la tasa anual de los últimos cinco años osciló entre 5 y 6 casos por 100.000 habitantes. Se determinó que dos tercios de los enfermos (66,4%) se infestaron por consumo de leche bronca (sin pasteurizar), queso fresco y otros productos lácteos, y que los caprinos eran la principal fuente de contaminación de los humanos. La tasa de mortalidad por brucelosis disminuyó de 0,04 por 100.000 habitantes en 1992 a 0,01 en 1996.

En cuanto al complejo teniasis-cisticercosis, el comportamiento de la forma adulta (teniasis) en los últimos años disminuyó de poco más de 14.000 casos en 1992 (tasa de 17,2 por 100.000 habitantes) a 3.362 en 1996 (3,8), y si bien su distribución es nacional, en cinco estados del centro sur (Hidalgo, Chiapas, Michoacán, Jalisco y Tabasco) se concentra poco más de un tercio (37%) del total de casos de 1996. La cisticercosis se registra con frecuencias de morbimortalidad en humanos muy similares en los últimos años, con 586 casos en 1990 (261 muertes) y 601 en 1996 (293 muertes). Se identificó mediante estudios que la seroprevalencia nacional es de 1% y que la cisticercosis porcina predomina sobre la bovina.

La leptospirosis es una enfermedad de baja prevalencia. Un análisis serológico de 5.122 muestras de pacientes con diagnóstico presuntivo de esta enfermedad realizado entre 1992 y 1996 resultó positivo para 32% y los serovares más frecuentes fueron *canicola*, *pomona* e *icterohaemorrhagiae*.

La encefalitis equina venezolana se comprobó mediante aislamiento viral en brotes equinos en 1993 (Chiapas) y 1996 (Oaxaca y Tamaulipas), sin verificación similar en casos humanos.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Las estadísticas sobre las enfermedades de transmisión sexual en México se registran en el primer nivel de atención; se acepta que existe subregistro. El registro de sida es más riguroso. La mayor frecuencia de enfermedades de transmisión sexual en 1996 correspondió a la candidiasis urogenital, con una tasa de 136,4 casos por 100.000 habitantes, y a la tricomoniasis urogenital, con 108,8 por 100.000. La incidencia de sífilis se redujo, al pasar su tasa de 2,20 en 1993 a 1,51 en 1996 (1.414 casos);

igual tendencia mostró la infección gonocócica, cuya tasa se redujo de 23,39 en 1993 a 13,57 en 1996 (12.697 casos).

Hay pocos datos sobre prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual. Un estudio de 1995 en trabajadoras sexuales de la ciudad de México encontró una frecuencia de sífilis (RPR/FTA-ABs) de 6,4%, de herpes genital (anticuerpos anti HV-2) de 65,1%, de VIH (prueba Western blot) de 0,6%, de hepatitis B (anti-HBc) de 3%, de gonorrea (cultivo) de 3,7% y de infecciones por clamidias (cultivo) de 11,1% del total.

Hasta el 1 de enero de 1997, el sida había acumulado 29.962 casos, de los cuales 16.636 habían fallecido (55,5%), 11.208 continuaban vivos (37,4%) y se desconocía la evolución de 2.118 enfermos (7,1%). Un total de 25.771 casos correspondían a hombres y 4.191 a mujeres. El 83,2% de los enfermos tenían de 20 a 49 años (30,0% de 20 a 29 años, 36,0% de 30 a 39 años y 17,2% de 40 a 49 años). Los menores de 14 años representaban 2,7% del total. La vía de transmisión se informó en 71,7% de los casos: 86,5% se infectaron por transmisión sexual y 13,5% por transfusión sanguínea. El 55,3% de los casos informados (16.431) se concentraron en los tres estados más poblados: el Distrito Federal, Estado de México y Jalisco.

La tasa general de incidencia de sida osciló de 3,7 por 100.000 habitantes en 1991 (3.155 casos nuevos) a 5,7 en 1993 (5.058 casos nuevos) y a 4,8 en 1995 (4.310 casos nuevos), y la razón de masculinidad esos años fue de 5:1, 6:1 y 7:1, respectivamente. El 98% de los casos acumulados en hombres (25.771) correspondieron a adultos que pertenecían a las categorías siguientes: homosexual 27,3% (7.007 casos), bisexual 18,9% (4.883), heterosexual 17,6% (4.542), por transfusión 3,7% (959), hemofílico 1,0% (254), drogadicto intravenoso 0,7% (177), donante remunerado 1,2% (315), homosexual/drogadicto intravenoso 0,8% (202), exposición ocupacional 0,0% (4), perinatal 0,8% (201) y no documentada 28,0% (7.227). Al revisar los casos acumulados hasta finales de 1991, 1995 y 1996, se observa una tendencia al aumento de los casos adquiridos por vía sexual, que representaron 87%, 94% y 95,7% del total, respectivamente. Al inicio de la epidemia, los casos en mujeres se asociaron con transfusiones de sangre contaminada y posteriormente esta frecuencia disminuyó, y los casos acumulados por esta causa pasaron de 59,4% a finales de 1991, a 26,1% en 1995 y a 21,2% en 1996, al tiempo que la transmisión por vía sexual se incrementó de 40,6% en 1991 a 76,8% en 1996.

Los casos acumulados en los menores de 14 años eran 795 hasta fines de 1996 (62,8% en hombres y 37,2% en mujeres); la infección se produjo por transfusión de sangre contaminada en 37,6% de los casos, por transmisión sexual en 3,3% y por la vía perinatal en 59,1%. En 1991 se notificaron 85 casos pediátricos de sida y en 1996, 89 casos. La transmisión por vía perinatal se redujo de 51 a 27 casos en esos años.

Enfermedades crónicas transmisibles. La tuberculosis ocupa el lugar 15 entre las causas generales de muerte. La tasa de mortalidad por esta causa disminuyó de 7,6 a 5,1 por 100.000 habitantes entre 1990 y 1995. En 1995 produjo 4.648 muertes, de las cuales la tuberculosis pulmonar fue responsable de 87%, la meníngea de 4% y otras formas, del restante 9%.

La tasa de morbilidad por tuberculosis varió levemente de 17,3 por 100.000 habitantes en 1990 a 17,5 en 1996, con un promedio anual de unos 16.000 casos. Predominó la forma pulmonar, con 87% de los casos, y las formas meníngeas solo representaron 1% de los casos. En 1996, 85% de los casos nuevos ocurrieron en mayores de 15 años; 531 enfermos presentaron resistencia a medicamentos (45% de ellos con polifarmacoresistencia); 76% (3.372 casos) se curaron y 509 (11%) abandonaron el tratamiento.

La lepra mostró una franca tendencia al descenso y la tasa de prevalencia de 1990, 1992 y 1996 fue de 2,1, 2,0 y 0,4 casos por 10.000 habitantes, respectivamente.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. La Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) de 1988, última disponible, señaló que 41,9% de los niños menores de 5 años presentaban algún tipo de desnutrición para el indicador peso para la edad y que, de acuerdo con los criterios de Waterlow de peso para la talla y talla para la edad, 29,2% de los niños presentaban algún tipo de desnutrición. La ENEC 1993 informó que 21,5% de la población entre 20 y 69 años de edad presentaba un índice de masa corporal mayor que 30, y que la mayor prevalencia de obesidad (más de 25% de su población) se registraba en los estados del norte de México (Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, Sonora, Sinaloa, Tamaulipas y Zacatecas).

No hay información disponible sobre la frecuencia de anemia en las mujeres y en los menores de 5 años; sin embargo, se registra entre las 20 principales causas de muerte en los menores de 5 años, y entre 1992 y 1995 la tasa de mortalidad por esta causa aumentó en los menores de 1 año de 6,3 defunciones por 100.000 nacidos vivos a 7,9, y en los niños de 1 a 4 años también aumentó de 1,7 a 2,2 por 100.000. En 1995, los estados con mayores tasas de mortalidad por deficiencias de la nutrición en los menores de 1 año fueron Puebla (142,3 defunciones por 100.000 habitantes) y Tlaxcala (128,8).

En 1995, de 764.618 nacimientos vivos, pesados y registrados, 91,9% tenían 2.500 gramos o más. La información es incompleta porque no todas las instituciones consignan este dato.

Las deficiencias de yodo se identificaron por medio de dos encuestas, la primera en 1991 en el estado de Hidalgo, donde se estudió a unos 3.000 escolares y se determinó una prevalencia de 6% de bocio. En la segunda, realizada en 1994 en varias zonas del país, se identificó una prevalencia de bocio de 3%. Actualmente, la sal de consumo humano que se expende en el país está yodada y los exámenes de muestras en los mercados durante 1996 dieron como resultados que 92% estaba efectivamente yodada.

La ENN de 1988 informó que en el Distrito Federal y el área metropolitana, 37% de los menores de 5 años consumían dosis de vitamina A inferiores a las recomendadas; en las zonas marginadas del país este porcentaje llegó a 53%.

Enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades no transmisibles. La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) de 1993, última disponible, consigna en la población mayor de 20 años una prevalencia de hipertensión arterial de 23,6%, de diabetes mellitus de 7,2% y de hipercolesterolemia de 8,9% (cuando los niveles eran iguales o mayores que 240 (g/dl)). La prevalencia aumentaba con la edad para los tres padecimientos y en el grupo de 65 a 69 años se concentraba la mayor prevalencia entre el total de enfermos para la hipertensión arterial y la diabetes mellitus (58,5% y 26,1%, respectivamente); para la hipercolesterolemia, el grupo de 60 a 64 años aportaba 17,4% de los casos. La distribución por sexo era similar para la diabetes mellitus (7,2% en cada uno) y ligeramente mayor en los hombres para la hipertensión (28,5%) y la hipercolesterolemia (10%).

La incidencia de hipertensión arterial en los servicios públicos de salud está aumentando. En 1996 se notificaron 403.582 casos, con una tasa de 433,1 por 100.000 habitantes (268.365 casos y tasa de 297,6 por 100.000 en 1994). Igual tendencia muestra la diabetes mellitus (249.774 casos y 268,1 en 1996 y 184.130 casos y 204,2 en 1994).

La mortalidad por enfermedades crónicas muestra una franca tendencia al aumento. En 1992 la enfermedad cardiovascular registró 55.606 defunciones (tasa de 64,1 por 100.000 habitantes) y en 1995, 63.609 defunciones (69,4). La diabetes mellitus registró 28.304 defunciones (32,6) en 1992 y 33.316 en 1995 (36,4). Las muertes por cirrosis hepática se incrementaron de 19.105 en 1992 (22,0) a 21.245 en 1995 (23,2).

Tumores malignos. Los tumores malignos ocupan el segundo lugar como causa de mortalidad general. La tasa de mortalidad por esta causa aumentó 4% entre 1992 y 1995 (52,6 defunciones por 100.000 habitantes). En 1995 las localizaciones más frecuentes fueron la tráquea, bronquios y pulmón (tasa de 6,5 por 100.000 habitantes), el estómago (5,1) y el cuello del útero (4,8). En los menores de 1 año ocuparon el lugar 17 como causa de muerte (tasa de 2,9 por 100.000 naci-

dos vivos), en el grupo de 1 a 4 años ocuparon el sexto lugar (5,3) y en los escolares (4,3) y en las edades productivas (39,3) y posproductivas (655,3) el segundo. Al comparar con 1992, se advierte que la tasa de mortalidad se incrementó en los preescolares (tasa de 4,9 en 1992) y en las personas en edades productivas (38,0 en 1992), y se mantuvo prácticamente igual en los menores de 1 año y en los escolares, disminuyendo en el grupo de edad posproductiva (671 en 1992).

Si bien no hay un registro poblacional que documente los casos nuevos de neoplasias, desde 1993 se estableció un Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas, que cubre esa función y cuyo informante básico es el anatomopatólogo. En 1993 este registro contabilizó 40.924 casos nuevos de neoplasias malignas, de las cuales 66% ocurrieron en mujeres y sus localizaciones principales fueron el cuello del útero (23,5%) y la mama femenina (12,6%), y poco más de 50% se diagnosticaron en la población de 50 y más años de edad. En 1994 se notificaron 62.725 casos nuevos de neoplasias malignas, de las cuales 64,7% ocurrieron en mujeres y 18% en personas de 60 y más años. Las localizaciones con mayor prevalencia fueron el cuello del útero (23,2%), la mama femenina (10,2%) y la glándula prostática (4,9%).

Accidentes y violencia. La tasa de mortalidad por accidentes y distintas causas de violencia pasó de 44,1 defunciones por 100.000 habitantes en 1992 a 38,8 por 100.000 en 1995. En los niños de 0 a 14 descendió 13,3% en 1995 respecto de 1990; sin embargo, en ese último año los accidentes ocupaban el quinto lugar como causa de muerte y en 1995 pasaron al tercero. En los menores de 1 año, en 1995 la mortalidad por estas causas fue de 0,5 por 1.000 nacidos vivos y ocupaban el sexto lugar como causa de muerte, mientras que en el grupo de 1 a 14 años fue de 15,0 por 100.000 personas de esa edad, lo que representa una reducción de 6,5% respecto de la tasa de 1990, y ocupaban el primer lugar como causa de muerte.

Los accidentes más frecuentes en infantes, preescolares y escolares fueron los de tráfico, seguidos por el ahogamiento y sumersión, y por las caídas accidentales, excepto en los menores de 1 año, para los que el segundo lugar corresponde a los envenenamientos accidentales. En cuanto al origen de las lesiones por accidentes, el primer lugar en niños de 0 a 14 años lo ocupan los accidentes en el hogar, que mostraron una tendencia ascendente entre 1991 y 1995, seguidos por los accidentes y lesiones en la vía pública, y por los accidentes en la escuela. En la población de 65 y más años, la tasa de mortalidad por lesiones y accidentes también descendió de 172,6 defunciones por 100.000 habitantes de esta edad en 1992 a 153,2 en 1995.

El DIF informó que en 1995 se recibieron poco más de 15.000 denuncias de maltrato infantil. La forma más frecuente es el maltrato físico, seguido del maltrato emocional

y, en tercer lugar, el abuso sexual. Otro problema documentado en los últimos años es la violencia contra las mujeres, que es objeto de investigaciones y trabajos por parte de distintas organizaciones, gubernamentales y no gubernamentales. Un estudio realizado en el Distrito Federal sobre las denuncias de violencia sexual en el primer semestre de 1996 encontró que 54% de estas correspondieron a violaciones, 8,0% a intentos de violación, 33% a abusos sexuales y 5,0% a estupro. Asimismo, diversos estudios en localidades específicas documentaron importantes frecuencias de maltrato doméstico y violencia familiar contra la mujer, así como violaciones y violencia (verbal y física) a embarazadas por sus parejas.

Trastornos del comportamiento (tabaquismo, alcohol y drogas). La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de 1993 revela que 25,1% de los encuestados de 12 a 65 años de edad se identificaron como fumadores, 20,3% como ex fumadores y 54,6% como no fumadores. La prevalencia por sexo de fumadores fue de 38% en los hombres y 14% en las mujeres; entre los ex fumadores, la proporción de hombres también fue mayor (25% frente a 17%), y en el grupo de no fumadores fue de 37% y 70% respectivamente. El grupo de edad con más fumadores es el de 16 a 20 años (50%), y la mayor prevalencia de consumo se observó en el área metropolitana de la ciudad de México, con 30%.

La ENEC encontró que 33,4% de la población de 20 a 69 años de edad eran fumadores activos, 52,6% eran no fumadores y 14%, ex fumadores. El Distrito Federal concentraba la mayor cantidad de fumadores (43,9% del total de los encuestados). Esta encuesta determinó también que 66% de la población urbana entre 12 y 65 años consumía alcohol (77,2% de los hombres y 57,5% de las mujeres), entre ellos, 41,6% lo hacían ocasionalmente pero en cantidades altas (cinco o más copas por ocasión). La población abstemia identificada fue de 25% de los encuestados; 8% se consideraron ex bebedores y las regiones con mayor frecuencia de consumo fueron la zona occidental del país y el Distrito Federal, con 78,3% y 73,4%, respectivamente.

En cuanto al consumo de drogas, 3,9% de la población de 12 a 65 años de edad declararon haber consumido drogas ilegales alguna vez en su vida (ENA 1993). Entre las drogas no médicas utilizadas con mayor frecuencia en los 30 días anteriores a la encuesta están la marihuana (0,2%) y la cocaína (0,1%). El 3,3% de los entrevistados manifestó haber consumido marihuana alguna vez en su vida, 0,5% cocaína y otro 0,5%, algún inhalable. El 60% de los consumidores de 19 a 34 años, en su mayoría hombres, informaron haber utilizado una droga ilegal alguna vez en su vida. Resultados de estudios dados a conocer en 1997 por la Secretaría de Salud señalan que el consumo de drogas está aumentando en el país y que el mayor crecimiento en comparación con 1986 se registra en la

cocaína, aun cuando la marihuana sigue siendo la más consumida. El consumo de drogas ya no se asocia exclusivamente con los sectores de ingresos altos. Los Centros de Integración Juvenil, que son asociaciones civiles no gubernamentales sin fines de lucro, comunicaron haber tratado a más de 37.000 menores y haber dado más de 5 millones de orientaciones preventivas entre 1991 y 1995.

Salud oral. No hay datos recientes sobre enfermedades bucodentales. Estimaciones de 1990 ubican el índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados) a los 12 años de edad en 5,3, lo que caracteriza al país como de grave prevalencia de caries dental.

Exposición ambiental y efectos para la salud. Para 1995 se calculó que 62,8 millones de personas (96%) en las localidades urbanas tenían cobertura de agua potable y 2,6 millones carecían de este servicio, mientras que en las localidades rurales 13,7 millones de personas (52,5%) disfrutaban de este beneficio y el déficit de cobertura alcanzaba a 12,5 millones de personas. La cobertura de alcantarillado en las zonas urbanas alcanzaba a 55,9 millones de personas (85,5%) y 9,5 millones no tenían este servicio, mientras que en las zonas rurales la cobertura promedio era de 5,5 millones (20,9%) y 20,7 millones de personas carecían de este servicio. Se estima en 83.585 toneladas diarias la generación de basura, con una recolección de 70%; solo 17% se dispone en rellenos sanitarios. Resulta insuficiente el reciclaje de la basura.

Otro problema de salud ambiental es la exposición de la población del Distrito Federal a la contaminación por plomo. La concentración de plomo en sangre disminuyó de 17 µg/dl en 1992 a 9 µg/dl en 1996, debido principalmente a la introducción de la gasolina sin plomo y al control de su contenido en las pinturas. El uso de ollas de barro vidriado es la principal fuente de contaminación.

En la ciudad de México, los niveles de ozono y de partículas suspendidas son problemas graves. En 1995, el nivel de ozono estuvo 324 días por encima de 100 IMECAS (escala desarrollada para clasificar y comunicar al público los niveles de contaminación del aire en el valle de México y en la que los 100 puntos constituyen el límite satisfactorio), incluidos seis días en que rebasaron los 250 IMECAS. Las partículas suspendidas totales excedieron la norma en 46,9% en 1992 y en 15,6% en 1995; para las partículas de fracción respirable la proporción de excesos a la norma fue de 8,3% en 1992 y de 12,6% en 1995. Los niveles de dióxido de nitrógeno se estudiaron en la ciudad de México, con medias de 0,037 ppm, en Guadalajara, con 0,032 ppm, en Monterrey, con 0,019 ppm, y en Cuernavaca, con 0,023 ppm. A este contaminante se atribuye el incremento del asma en la población infantil y la reducción en los valores espirométricos de niños sanos de la ciudad de México.

Enfermedades transmitidas por alimentos. Las más frecuentes son la paratifoidea y otras salmonelosis, con 95.383 casos en 1992 (tasa de 109,9 por 100.000 habitantes) y 151.895 en 1996 (163,0 por 100.000), la intoxicación alimentaria bacteriana, con 49.598 casos en 1992 (57,2) y 48.267 en 1996 (51,8), la shigelosis, con 12.242 casos en 1992 (14,1) y 32.256 en 1996 (34,6), y la fiebre tifoidea, con 10.440 casos en 1992 (12,0) y 9.149 en 1996 (9,8). Otras enfermedades de este origen menos frecuentemente notificadas son la teniasis (9.495 casos en 1992 y 4.649 en 1996), la brucelosis (4.012 en 1992 y 5.324 en 1996) y la cisticercosis (691 en 1992 y 1.157 en 1996).

Entre 1992 y 1996 el sistema de vigilancia epidemiológica nacional notificó 244 brotes de enfermedades de transmisión alimentaria, con un total de 12.596 casos y 98 muertos. En 99 brotes (40,6%) se identificó la causa, encontrándose que 75,7% fueron provocados por agentes bacterianos (*Salmonella enteritidis*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*); 8,1% por toxinas (*Clostridium botulinum* principalmente), 4,1% por virus y químicos, y 4,0% por parásitos. En los restantes no se identificó el agente causal.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La política global de Gobierno, expresada en el Plan Nacional de Desarrollo 1995–2000, en el campo social se propone combatir la inequidad entre personas, géneros, sectores productivos y regiones geográficas, para permitir que el progreso económico se traduzca en mejoras sociales para toda la población. Las principales políticas de salud se vinculan con la reorganización del sistema para ampliar la cobertura y prestar servicios eficientes y de calidad a la población, y con la atención a los trastornos derivados de los problemas epidemiológicos y demográficos actuales. Para atender al primero de estos objetivos, en 1995 se puso en marcha el Programa de Reforma del Sector Salud y para el segundo, la Secretaría de Salud definió en 1997 las funciones prioritarias en relación con la prevención y control de enfermedades, basadas en el desarrollo de programas, líneas estratégicas y mecanismos de apoyo, cuya operación está a cargo de los servicios estatales de salud.

La reforma del sector salud

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995–2000 establece la libre elección por los derechohabientes de la seguridad social del médico que los atenderá en los servicios de salud; la creación de un seguro familiar en el Instituto Mexi-

cano del Seguro Social (IMSS) para la afiliación voluntaria de personas con capacidad de pago; la transferencia a las entidades federativas de los servicios de salud para la atención de la población abierta; el incremento de la participación municipal en salud mediante el programa de municipios saludables; la ampliación de la cobertura por medio de un paquete básico para personas sin acceso a los servicios de salud; la reorganización del sistema, de modo que la Secretaría de Salud ejerza el papel rector y normativo, la atención de salud a la población abierta sea integrada y coordinada y el IMSS separe las funciones de financiamiento y de provisión de servicios para introducir la competencia entre prestadores de servicios y brindar mayor transparencia al sistema de seguros de salud.

La descentralización de los servicios de salud se llevó a cabo en el marco del denominado Nuevo Federalismo y en agosto de 1996 se firmó el acuerdo nacional que transfiere del nivel central a los estados 121.000 plazas, 7.370 bienes inmuebles y 8.495 millones de pesos (más de US\$ 1.100 millones). La federación mantiene las facultades de establecer las normas de salubridad y regular los servicios y el control sanitario de productos y establecimientos y servicios descentralizados, y controla la certificación de profesionales y la acreditación de unidades de salud, la generación de estadísticas nacionales y la representación internacional del sector. Las direcciones estatales y municipios adquieren responsabilidades compartidas en cuanto a la organización, operación y vigilancia de los servicios de salud públicos y privados, el control sanitario de los servicios a la población y el desarrollo de las tareas de promoción, fomento y orientación para la salud.

En 1996, la Secretaría de Salud puso en marcha el programa de ampliación de cobertura (PAC), basado en la prestación de un paquete básico de servicios de salud (PABSS) para la población con acceso nulo o limitado a los servicios médicos en la zona rural, que en 1997 llegó a cubrir a 6 millones de personas en 18 estados. Por su parte, en julio de 1997 el IMSS introdujo el seguro familiar de salud para los que se afilien voluntariamente mediante el pago de una cuota de MNS 180, complementada con un aporte del Gobierno (el cambio promedio en noviembre de 1997 fue US\$ 1 = MNS 8,28). Este seguro ofrece prácticamente las mismas prestaciones que el régimen ordinario.

La Secretaría de Salud ha dado impulso al movimiento de municipios saludables con objeto de extenderlo y para que las iniciativas de salud realizadas desde las presidencias municipales o alcaldías reciban el apoyo técnico que requieran. A fines de 1997 estaban incorporados a este programa 860 municipios, 35% de los municipios del país, de los cuales 535 estaban incorporados a la red nacional de municipios por la salud.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

La organización del sistema de salud aún está estrechamente vinculada con las formas de producción, de modo tal que los empleados del sector privado y los trabajadores por cuenta propia están cubiertos por el IMSS, que se financia con las contribuciones tripartitas o bipartitas de empleados, patrones y el Gobierno federal; los trabajadores del sector público están cubiertos por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y otros institutos como el de las fuerzas armadas, del petróleo y de la universidad nacional, que se financian con las contribuciones de los empleados y del Gobierno; un segmento de población aún no bien cuantificado se atiende en forma privada, y el resto (más de 40 millones de personas), en los establecimientos de la Secretaría de Salud y en un régimen denominado IMSS-Solidaridad, que opera esa institución en determinadas regiones del país. El 51% de la población tenía seguro médico (la seguridad social en la mayoría de los casos) en 1995. Unos 10 millones de habitantes no tenían acceso regular a los servicios de salud en 1995.

Legislación sanitaria

El ordenamiento jurídico del sector se basa principalmente en dos leyes generales, actualizadas periódicamente a iniciativa del Gobierno: la Ley General de Salud y la Ley del Seguro Social. En 1997 entraron en vigor un conjunto de modificaciones a la Ley del Seguro Social que renovaron esquemas y prácticas de los regímenes de pensiones y de salud, entre ellas la reducción del aporte patronal y el aumento del gubernamental, el desarrollo del seguro de salud familiar para los que deseen afiliarse voluntariamente, y la opción de reversión de cuotas para los empleados de un mismo centro de trabajo que prefieran ser atendidos por otros prestadores, en la que el IMSS conserva la función recaudadora. Ese año se introdujeron también 52 reformas a la Ley General de Salud encaminadas a hacer más efectiva la desregulación sanitaria, introducir una nueva clasificación de los medicamentos y desarrollar el uso de genéricos en el mercado privado, precisar mejor la competencia de la Secretaría de Salud en el control de células humanas, mejorar la vigilancia de productos biotecnológicos y otorgar facultades a la Secretaría de Salud para determinar las leyendas de los envases de productos alcohólicos y de cigarrillos.

Las acciones de regulación sanitaria en los últimos cuatro años se orientaron hacia la prevención y control de enfermedades, especialmente en el primer nivel de atención (diabetes

mellitus, cáncer del útero y de la mama, tuberculosis, VIH/sida, rabia); la normalización de los servicios a grupos especiales de población (la mujer en el embarazo, el parto y el puerperio, crecimiento y desarrollo de niños y adolescentes, servicios de planificación familiar y atención psiquiátrica); la descentralización (delegación de facultades a los estados en materia de salud pública, disposición de sangre y emisión de autorizaciones y licencias sanitarias), y las nuevas estructuras y órganos de la Secretaría de Salud (integración de patronatos en hospitales, institutos y jurisdicciones sanitarias, integración del Consejo Nacional de Salud y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico).

En 1996 se impulsó la desregulación del sector. Este mismo año se creó por decreto presidencial la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), órgano con autonomía técnica para mediar en casos de quejas por irregularidades en la prestación o por no haber recibido la atención requerida.

Servicios de salud y recursos

El sector público está compuesto por la Secretaría de Salud y la seguridad social, que poseen por separado unidades de atención en todos los niveles de complejidad, articuladas en redes con reglamentos, controles y procedimientos propios. La Secretaría de Salud dirige y coordina el sector salud, realiza en los ámbitos federal y estatal acciones de intercambio de información, reuniones y otras actividades acordadas entre las instituciones, organiza y presta servicios médicos con arreglo al Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta (MASPA) en vigor desde 1995, y define las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. La coordinación de estas actividades está a cargo de las jurisdicciones sanitarias, que son los órganos técnico-administrativos responsables de la planeación, dirección y control de los servicios de salud de la población en el nivel local.

Para ampliar la cobertura, se brinda un Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS) que consta de 75 acciones de salud agrupadas en 12 intervenciones básicas: saneamiento básico en el nivel familiar; manejo efectivo de casos de diarrea en el hogar; tratamientos antiparasitarios a las familias; identificación de signos de alarma de infecciones respiratorias agudas y referencia a unidades de atención médica; prevención y control de tuberculosis pulmonar; prevención y control de hipertensión arterial y diabetes mellitus; inmunizaciones; vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño; distribución de métodos anticonceptivos; atención prenatal, del parto y del puerperio; prestación de primeros auxilios y formación de comités de salud.

Las unidades de consulta externa para la población abierta aumentaron de 10.443 en 1993 a 14.978 en 1997, y la red de

hospitales creció de 329 a 372 en el mismo período. La Secretaría de Salud cuenta con 11 institutos nacionales de salud en la capital que funcionan en forma descentralizada y brindan atención de tercer nivel a pacientes referidos de todo el territorio nacional. Los institutos de la seguridad social atienden a sus afiliados por medio de sus propias redes de servicio; las unidades de consulta externa crecieron de 3.029 en 1993 a 3.208 en 1997 y los hospitales pasaron de 422 a 438. La práctica de la medicina tradicional, que aún no ha sido debidamente cuantificada, está muy extendida, particularmente en las zonas con alta concentración de pueblos indígenas y de medicina homeopática.

El volumen de prestaciones públicas mantiene una tendencia creciente. Las consultas médicas totales pasaron de 160 a 190 millones entre 1993 y 1996, las hospitalizaciones de 3,6 a 3,8 millones y los servicios auxiliares de diagnóstico de 123 a 137 millones. Se registran aumentos tanto en la atención a la población abierta como en la de los afiliados a la seguridad social.

Debido a que la seguridad social y la Secretaría de Salud prestan los servicios según sus propios modelos y esquemas de atención, en la práctica se producen la superposición de coberturas en determinadas regiones y no hay criterios compartidos en los procedimientos técnicos y administrativos. La situación es diferente en el campo de la información, en el que se observa la aplicación de criterios comunes y la consolidación de los datos de las distintas instituciones en estadísticas nacionales de salud. En 1995 se integró el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica, que opera un sistema único de información en la materia.

La medicina privada creció en los últimos años al margen de las políticas oficiales. Para 1995 se calculó que la oferta privada de bienes y servicios era responsable de la mitad del gasto total en salud, 30% de las camas censables, 34% de los médicos ocupados y 32% de las consultas médicas realizadas. La cobertura de los seguros médicos privados es limitada y persiste un modelo tradicional de cobro directo por servicios prestados según una tasa de mercado. Para los próximos años se prevé una dinamización del sector privado debido a la aplicación de la práctica de reversión de cuotas que será instrumentada por el IMSS y al aumento de las compañías aseguradoras privadas.

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud. Constituye una línea estratégica dentro de las funciones prioritarias para la prevención y control de enfermedades definidas por la Secretaría de Salud. Las estrategias de trabajo son la educación para la salud, la parti-

cipación social y la comunicación educativa. Se aplican en seis componentes: salud familiar, salud integral del escolar, salud integral de los adolescentes, municipios saludables, ejercicios para el cuidado de la salud y desarrollo de contenidos educativos. Para todos ellos se recomiendan enfoques y actividades que habrán de ser instrumentados por los servicios de salud en los niveles operativos, en alianza estratégica con instituciones y grupos interesados en la promoción de la salud. Un componente clave es la estrategia de los municipios saludables, que ha propiciado el liderazgo político local de los presidentes municipales y la participación organizada de la sociedad en la definición de prioridades, y la ejecución de programas locales que generalmente tienen un enfoque de promoción de la salud. Otro proyecto en marcha desde 1996 es el llamado “de corazón a corazón”, que integra iniciativas del sector empresarial privado, la Organización Panamericana de la Salud y la Secretaría de Salud, bajo la conducción de la autoridad nacional de salud, y que está realizando una importante campaña de comunicación social para la reducción del tabaquismo y el sedentarismo y la promoción de hábitos nutricionales saludables. Recientemente el país se ha incorporado a la estrategia de escuelas saludables, orientada a transformar ambientes, condiciones y modos de vida.

Programas de prevención y control de enfermedades.

Las instituciones públicas de salud, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, llevaron a cabo programas sistemáticos de prevención y control de las principales enfermedades, con modelos de intervención que combinaban actividades sistemáticas realizadas por los servicios de salud y campañas limitadas con objetivos definidos de control de factores de riesgos o eliminación de agentes causantes de enfermedades específicas. En 1997 la Secretaría de Salud estableció un nuevo modelo de prioridades en prevención y control de enfermedades, en el que el carácter de normalización, seguimiento y evaluación del nivel federal se refuerza, combinado con la ejecución autónoma por los servicios estatales de salud de los programas en el marco de la descentralización institucional. Se definieron así 10 programas sustantivos, de impacto directo en el estado de salud de grupos específicos de población: salud reproductiva; atención a la salud del niño; atención a la salud del adulto y del anciano; enfermedades transmitidas por vectores; zoonosis; micobacteriosis; cólera; urgencias epidemiológicas y desastres; VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual, y adicciones. Para cada uno de ellos se establecieron los objetivos generales, los componentes y estrategias, las metas de impacto y las actividades para desarrollar; asimismo, se definieron dos líneas estratégicas (promoción de la salud e investigación en servicios de salud) como herramientas de refuerzo para los programas sustantivos y tres mecanismos de apoyo (vigilancia epidemiológica, información estadística

y supervisión integral) que aportan información sobre el desarrollo de los programas sustantivos.

Sistemas de vigilancia epidemiológica. El sistema de vigilancia epidemiológica del país se perfeccionó e integró a las diferentes instituciones del sector público a partir de 1996. Se puso en funcionamiento el sistema único de información para la vigilancia epidemiológica (SUIVE), que genera información de los servicios de salud en sus diferentes niveles técnico-administrativos, respaldada por un paquete automatizado (SUAVE) para la captura, concentración y análisis de la información obtenida. Por medio del SUAVE se notifican los casos nuevos de enfermedades, las 20 principales causas de enfermedad, los informes de control de unidades, el control de notificación semanal, catálogos, gráficos y mapas, todos por grupos de edad e institución.

Existe un registro de la morbilidad cuya información procede del Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica y de los informes de egresos hospitalarios de las instituciones de salud. La información sobre la mortalidad se construye sobre la base del certificado de defunción, que es el instrumento legal obligatorio para la certificación de las muertes. Desde comienzos de 1998 todas las instituciones de salud del país comenzaron a aplicar la CIE-10 en sus registros estadísticos.

Calidad del ambiente, servicios de agua potable y de alcantarillado, y seguridad química. La Comisión Nacional del Agua, en estrecha colaboración con la Secretaría de Salud, ejecuta un programa nacional de agua limpia para conocer la calidad del agua de consumo humano mediante la vigilancia de contaminantes y de los niveles de cloro residual, y busca soluciones a la contaminación. En el área metropolitana de la ciudad de México se está ejecutando un programa multimillonario de inversión para el mejoramiento del servicio de alcantarillado y de plantas de tratamiento de aguas residuales. En 1997 se concluyó el análisis sectorial de residuos sólidos en el área metropolitana del valle de México, que brindó una amplia información sobre las necesidades en materia de proyectos y de inversiones.

Se ejecuta un programa multisectorial de mejoramiento de la calidad del aire en el área metropolitana del valle de México, cuyo propósito general es la protección de la salud mediante el abatimiento gradual y permanente de los niveles de contaminación atmosférica. Entre otras medidas, el programa comprende la vigilancia permanente de los agentes contaminantes, el control semestral obligatorio de las emisiones de los vehículos automotores, el control de las emisiones de industrias, gasolineras y otros establecimientos, el cierre de fábricas, y la restricción de la circulación de automóviles en caso de contingencias ambientales. Se estudió la situación ambiental en otras grandes urbes como Guadalajara y Mon-

terrey y se preparan programas similares de mejoramiento de la calidad del aire.

Todos los trámites para las autorizaciones de uso de sustancias químicas se realizan en la Dirección General de Salud Ambiental de la Secretaría de Salud y existe una Comisión Intersecretarial para el Control del Proceso y Uso de Plaguicidas, Fertilizantes y Sustancias Tóxicas (CICLOPLAFEST) que coordina las actividades de regulación y control, incluidos los aspectos de comercialización, ambiente y salud.

Protección y control de los alimentos y programas de ayuda alimentaria. Sobre la base de estudios básicos realizados, la Secretaría de Salud inició en 1996 la modernización del fomento sanitario y del control de los alimentos, buscando mayor eficiencia en la garantía total e integral de los alimentos en la cadena de producción, distribución y consumo.

Existe un programa de vigilancia de la yodación de la sal en el mercado, que en 1996 informó 92% de muestras de sal correctamente yodada. La fluoruración de la sal de consumo doméstico data de 1994, y su distribución está limitada a las regiones en las que el agua no posee flúor. Se suministran dosis semestrales de vitamina A a los niños de 6 meses a 4 años en 1.318 municipios de alto riesgo.

Hay programas de ayuda alimentaria a familias pobres, entre los cuales se destaca, por su extensión, el PROGRESA, que en 1997 se ejecutó en 524 municipios de 22 estados con una cobertura de 400.000 familias. El programa proveyó suplemento nutricional a embarazadas y mujeres lactantes, apoyo monetario a las madres para el mejoramiento de la alimentación y el bienestar del hogar, capacitación para la higiene y el cuidado de la salud familiar, y un paquete básico de servicios de salud. El Instituto Nacional Indigenista, con el respaldo de las secretarías del Gobierno, desarrolla programas con acciones de salud, alimentación, educación y saneamiento básico para la atención de 59 grupos étnicos ubicados en 1.000 municipios y 9.500 localidades.

Insumos para la salud

La Secretaría de Salud es responsable de supervisar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos que se producen y venden en el país y de reglamentar su comercialización. Ejerce el control y vigilancia sanitaria fundamentalmente por medio de la expedición de licencias y registros sanitarios y la verificación, control analítico y evaluación de los medicamentos. La industria farmacéutica nacional experimentó un auge importante y está integrada por más de 140 empresas, incluida la cámara nacional que provee más de 95% de los medicamentos requeridos en el país, además de exportar.

Las modificaciones de 1996 a la regulación simplificaron los trámites de registro y se estableció un acuerdo de coope-

ración técnica entre la Organización Panamericana de la Salud y la Secretaría de Salud para la certificación del registro de medicamentos; además, se incorporó a la Ley General de Salud la obligación de identificar a los medicamentos con su nombre genérico. Se estableció un cuadro básico esencial para el primer nivel de atención de 50 medicamentos genéricos, que debe estar disponible en todas las unidades médicas, junto con ocho vacunas y otros dos insumos. Otras iniciativas son la definición del cuadro único de medicamentos alopáticos, herbolarios y homeopáticos y la elaboración de un catálogo con los fármacos recomendados para el segundo y tercer nivel de atención. En 1994 se publicaron la sexta edición de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (la anterior era de 1988) y los suplementos de 1995 y de 1997, que actualizan las especificaciones para la manufactura de los medicamentos que se comercializan en el país.

Recursos humanos

Los trabajadores públicos del sector salud eran 421.581 en 1993 y 463.611 en 1997, el aumento fue de 14,5% en la atención a la población abierta (174.942 trabajadores) y de 7,4% en las instituciones de seguridad social (288.669 trabajadores). Las proporciones de aumento fueron muy similares para el personal médico (102.125 en 1993 y 116.047 en 1997), el personal de enfermería (146.802 y 161.303) y el personal paramédico (175.895 y 190.877). En 1996 la Secretaría de Salud informó que trabajaban en la medicina privada 110.804 personas, de las cuales 51,4% eran profesionales y 24% personal de enfermería, y que de los 178.520 médicos del sector 2,8% eran médicos generales, 47,9% especialistas, 5% odontólogos, y el resto eran residentes, pasantes y otros.

En 1996, 7.556 egresados (11% más que el año anterior) de las 57 escuelas de medicina realizaron el servicio social en el Sistema Nacional de Salud. Se exceptúan los graduados de la Escuela Médico Militar, la Escuela Naval y el Colegio del Aire, que realizan su servicio social en la propia institución. Existen 70 especialidades médicas aprobadas, con una matrícula de 4.400 estudiantes en el ciclo 1996–1997. La programación estimada para 1997–1998 es de 5.345 estudiantes de posgrado en el sistema de salud.

Gasto y financiamiento sectorial

Los datos del sistema de cuentas nacionales para el gasto total en salud muestran que este se elevó hasta 1994, último año del que se dispone de cifras, y que las estimaciones para 1995 y 1996 hechas con base en el presupuesto total asignado a salud mantuvieron esta tendencia. Para 1994, el gasto total del Sistema Nacional de Salud se estimó entre US\$ 19,7 y 27,3

millones de dólares, estimación alta y baja, respectivamente con base en un cambio promedio anual de 3,4 pesos por dólar, y el gasto en salud como porcentaje del PIB para 1992, 1993 y 1994 alcanzó valores de 5,1%, 5,6% y 6,1%, respectivamente, calculados considerando un promedio de las cifras altas y bajas del gasto nacional en salud. El análisis del gasto según la fuente muestra que los hogares son los que más aportan, con 49% del total del gasto en el período 1992–1996, en contraste con los empleadores, que contribuyen con 29% y, finalmente, el Gobierno federal, que aporta 22% del total del gasto.

El 68% del presupuesto total asignado a la salud se destinó a la atención curativa (incluye la hospitalización), 15% a la administración, la política y la planeación, 7% a la atención preventiva, 6% a infraestructura y 4% a otros rubros. Entre 1992 y 1994 la remuneración de personal captó casi la mitad del presupuesto de las instituciones de mayor volumen de prestaciones: el IMSS con 48% y la Secretaría de Salud con 50%; sin embargo, en el ISSSTE este concepto alcanzó solo 21%, mientras que los gastos de operación fueron lo más relevante (51% del gasto total). En el IMSS, los gastos de operación representaron 35% del total, el segundo en orden de magnitud, mientras que en la Secretaría de Salud este concepto representó 3% del total del gasto para el mismo período.

En cuanto al gasto privado, predomina el destinado a la atención curativa y su distribución muestra que los honorarios consumen 35% del total, la compra de medicamentos 27% y las hospitalizaciones 20%. El llamado gasto privado de bolsillo tuvo un comportamiento regresivo en todos los conceptos, ya que cada año pasó a representar una proporción mayor respecto del ingreso. El gasto en salud per cápita para 1995, estimado sobre la base del presupuesto ejercido por las instituciones públicas y la población total, fue de 499 pesos. Los valores absolutos del gasto privado difieren, en promedio, 10 veces entre los hogares urbanos de menores y mayores ingresos (US\$ 75 y \$750 por trimestre); en las zonas rurales esta diferencia llega a ser de 20 veces (\$65 y \$1.294). En las zonas urbana y rural, el sistema de cuentas nacionales en salud informa que los montos de los distintos conceptos de gasto son similares.

El análisis de los recursos empleados de 1992 a 1994 por el sistema de cuentas nacionales mediante los llamados fondos concentrados y fondos utilizados por las distintas instituciones muestra que los montos utilizados por las instituciones de la seguridad social, los de las empresas privadas y los de los establecimientos que atienden a la población abierta se incrementaron. La seguridad social manejó la mayor proporción de recursos (43%), seguida de las empresas privadas (42%). Las instituciones que atienden a la población abierta

(de fuente gubernamental mayoritariamente) utilizaron 13% del total de recursos. El seguro médico privado representó un fondo creciente aún muy alejado de los otros (apenas 2% del total). La participación de los gobiernos estatales se elevó a 3,7% entre 1992 y 1994 y se acepta que probablemente esté subestimada. Se calcula un crecimiento más marcado luego de 1996, dada la política de descentralización imperante.

El presupuesto en salud mantuvo un ritmo de crecimiento; el de la Secretaría de Salud pasó de MNS 8.893 millones en 1996 a MNS 14.064 millones en 1997, lo que representa un incremento de 58% (el cambio promedio en 1996 fue US\$ 1 = MNS 7,60). Es de destacar también el crecimiento del presupuesto estatal destinado a la seguridad social a partir de la reforma del sector y de la modificación de la Ley General de Seguridad Social de 1997, que incrementó los aportes estatales en más de 8 veces, al pasar de MNS 2.641 millones a MNS 21.379 millones entre 1996 y 1997, y elevó el aporte del Estado en los ingresos totales de la institución de 4,5% a 28,5%. En el campo de la enfermedad y maternidad, la transferencia estatal pasó de 5% a 37%, en sustitución de las cuotas obrero-patronales. Los datos sobre los recursos y gastos en salud de la Secretaría de Defensa Nacional y de la Secretaría de Marina se consideran confidenciales, de modo que no están disponibles.

Cooperación técnica y financiera externa

La Secretaría de Salud trabaja en la diversificación de la cooperación internacional en salud. Así, en 1996 se firmaron convenios de cooperación con los gobiernos de Cuba y Guatemala y se iniciaron negociaciones con Alemania, Bélgica, Japón, los Países Bajos y los países de la cuenca del Pacífico. Con América Central la relación de cooperación incluye el envío de expertos mexicanos, becas en instituciones del país y programas sanitarios en la frontera.

El volumen de ayuda financiera externa recibida para salud descendió notablemente en 1995 (US\$ 4 millones) con respecto a 1990 (\$493 millones), a 1991 (\$190 millones) y a 1992 (\$7,8 millones) debido a la ausencia de grandes proyectos con bancos de crédito internacionales. En 1996 se contó con un crédito del Banco Mundial de \$310 millones para cinco años, de los cuales ese año se ejecutaron 60 millones.

Las aportaciones financieras de México a organismos internacionales y a programas bilaterales de salud, en conjunto, pasaron de US\$ 25 millones en 1992 a \$8 millones cada año entre 1992 y 1995 y a 6,5 millones en 1996. Estos descensos se produjeron especialmente en los programas bilaterales de cooperación que pasaron de US\$ 17 millones en 1992 a menos de \$1 millón en 1996.