

MÉXICO



Fuentes: Second Administrative Level Boundaries Dataset (SALB), que forma parte de la base de datos geográfica de las Naciones Unidas, disponible en: http://www.who.int/whosis/database/gis/salb/salb_home.htm, y la base de datos Digital Chart of the World (DCW), disponible en: <http://www.maproom.psu.edu/dcw/>. Las fronteras y nombres que se incluyen en este mapa tienen el propósito exclusivo de ilustración, y no implican juicio alguno, ni aval o aceptación por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud.

Los Estados Unidos Mexicanos es una república representativa y democrática, compuesta por 32 entidades federativas: 31 estados y un Distrito Federal (la Ciudad de México, capital del país). El Gobierno Federal y los estatales tienen igual jerarquía y sostienen principios de autonomía y de asociación.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

El Gobierno Federal y los estatales cambian cada 6 años y los gobiernos de los municipios lo hacen cada 3 años. Entre 2001 y 2006 gobernó el país un partido político distinto al que había gobernado las siete décadas anteriores. En julio de 2006 se realizaron las elecciones presidenciales, produciéndose un virtual empate entre dos partidos. La escasa diferencia a favor de uno de los partidos prolongó por más de dos meses la decisión del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación (TRIFE) para declararlo oficialmente como ganador, en medio de una crisis política y de protestas masivas.

Determinantes sociales, políticos y económicos

En 2004 la economía mexicana tuvo un crecimiento de 4,2% y en 2005 de 3,0%, mientras que el producto interno bruto (PIB) per cápita creció 1,6% entre 2004 y 2005 y la inflación se mantuvo estable. El PIB per cápita pasó de US\$ 5.110 en 2000 a US\$ 6.230 en 2003 (1). Las remesas enviadas a México han tenido un crecimiento anual mayor de 20% desde 2002 y en 2005 superaron los US\$ 20.000 millones. Ya en 2004 las remesas se aproximaban al 70% de los ingresos por petróleo y al 87% de los ingresos del sector maquilador (2). Las remesas de emigrantes constituyen una fuente de ingresos y de movimiento económico con importante repercusión en poblaciones del interior del país. La población económicamente activa ha mantenido niveles de empleo desde 2001 entre 95% y 96%. En el primer trimestre de 2006 se mantuvo en 96,3% sin diferencias entre hombres y mujeres (3). Seis estados del norte de México, que hacen frontera con los Estados Unidos de América (EUA), reciben cerca de 29% de la inversión extranjera directa, aportan 23% del PIB nacional y concentran cerca de 17% de la población (4). En 2004 el Distrito Federal y el Estado de México aportaron más de 30% del PIB nacional, mientras que estados como Chiapas, Oaxaca, Campeche y Yucatán en conjunto sumaron apenas cerca del 6% (5).

Las tres categorías definidas por el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza (CTMP) son: pobreza alimentaria (hogares cuyo ingreso es insuficiente para satisfacer necesidades básicas

de alimentación); pobreza de capacidades (hogares que no pueden satisfacer las necesidades de alimentación, salud y educación), y pobreza de patrimonio (hogares que no pueden satisfacer necesidades de alimentación, salud, educación, vestimenta, calzado, vivienda y transporte público). La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH 2000) encontró que 24,2% de la población estaba en situación de pobreza alimentaria (42,4% rural y 12,6% urbana); que 31,9% se encontraba en situación de pobreza de capacidades (50,0% rural y 20,2% urbana), y 53,7% en pobreza de patrimonio población (69,3% rural y 43,8% urbana) (6). La ENIGH 2004 mostró una reducción de los niveles de pobreza: la pobreza alimentaria abarcaba 17,3% de la población (27,6% rural y 11,0% urbano); la pobreza de capacidades a 24,6% (35,7% rural y 17,8% urbano) y la de patrimonio a 47,0% (56,9% rural y 41,0% urbana). En términos absolutos significa una reducción de 5,6 millones de personas en pobreza alimentaria entre 2000 y 2004, la mayoría en el ámbito rural. Esta reducción se considera una tendencia positiva, pero no suficiente para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM 1) de reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas en situación de pobreza extrema. El principal programa de gobierno para disminuir la pobreza y favorecer el desarrollo humano es el Programa Oportunidades, donde las madres reciben apoyo monetario para favorecer la nutrición, salud y educación de su familia. En 2005 el programa tenía cinco millones de hogares afiliados, previamente seleccionados en función de sus características socioeconómicas (7).

En 2002, 10% de la población más pobre recibía 1,4% del ingreso nacional, mientras que el 10% más rico concentraba 40,5% (8). Los niveles de pobreza en México siguen siendo elevados para un país con ingresos altos, miembro desde 1994 de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que reúne a los 30 países más industrializados del mundo y que sitúa a la economía de México en noveno lugar (9).

En los últimos 15 años México ha mejorado su posición en el Índice de Desarrollo Humano (IDH), y en 2005 se ubicó en la posición 53 con una puntuación de 0,814 (10) y dentro de la categoría de países de desarrollo humano alto. Sin embargo, al estimar el IDH en unidades subnacionales y municipales se observan grandes diferencias de desarrollo. El Informe de Desarrollo

Humano de México 2004 (11) ubicó a 14 estados con un IDH mayor de 0,800 o de desarrollo humano alto, y a los 18 estados restantes como de desarrollo humano medio. El rango varió de 0,883 en el Distrito Federal a 0,707 en el Estado de Chiapas. Este mismo informe agrupó a los estados de México en cinco regiones, correspondiendo el valor más alto de desarrollo humano a la región del Noreste (IDH: 0,873) que comprende a los estados de Coahuila, Chihuahua, Durango, Nueva León, y Tamaulipas (cuatro de ellos comparten fronteras con los EUA). En el otro extremo se hallan los estados de Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán (IDH: 0,742) ubicados al sur del país. Cuando se mide este índice a escala municipal, las diferencias de valores son aún más marcadas, y van de 0,38 en el municipio de Metlatónoc en el Estado de Guerrero, a 0,91 en la delegación Benito Juárez del Distrito Federal (11).

El índice de marginación del Consejo Nacional de Población (CONAPO) (12) utiliza datos de cantidad de población, nivel de educación, características de la vivienda y del ingreso, que en suma miden las dificultades para el desarrollo tecnológico, así como la exclusión social de grupos de población que no disfrutan de ciertos beneficios o bienes. El informe de CONAPO de 2000 señaló a los estados de Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y Veracruz con muy alta marginación, y el Estado de Chiapas, ubicado en la frontera con Guatemala, tuvo el valor más alto de marginación del país. En Chiapas, 23% de la población mayor de 15 años es analfabeta, 50% de la población del estado no culminó sus estudios primarios, 25% de las viviendas no tiene servicios de agua entubada y 40% tienen piso de tierra (12). Nueve estados federados fueron considerados como de marginación alta: seis con grado de marginación medio; ocho de marginación baja y cuatro con muy baja marginación. El índice de marginación a nivel municipal muestra variaciones aún mayores. Así, de los 2.444 municipios del país, 1.292 municipios tienen marginación alta y muy alta e incluso tienen patrones territoriales históricos definidos y concentración de población indígena. Las brechas, las inequidades y las diferencias de oportunidades entre la población son características de México, en el contexto de una nación pluricultural, multiétnica y multilingüe.

En 1992 la Constitución Mexicana reconoció al Estado Mexicano como pluricultural, aunque no ha tenido repercusiones legales de importancia. A partir del levantamiento armado del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) en 1994, se ha avanzado en el reconocimiento de los pueblos indígenas y de las autonomías asentadas en el sur. Las luchas por el agua, el acceso a la tierra y al trabajo son motivo de demanda de los pueblos indígenas, así como los conflictos políticos y religiosos, y el uso y abuso a los recursos naturales de sus territorios, algunos de los cuales han sido privatizados (13). Existen altos índices de corrupción del sistema político, judicial y policial. La falta de seguridad, los asaltos, secuestros y asesinatos se han extendido a pesar de los esfuerzos del gobierno que no ha podido frenar a la delin-

cuencia organizada y a los carteles del narcotráfico que operan en el país y que causaron 1.500 muertos durante 2005 (14).

La tasa de alfabetización de jóvenes entre 15 y 24 años es universal y la tasa de matriculación en primaria para niños entre 6 y 11 años alcanzó 99,4% en 2004. El 90,5% de las mujeres mayores de 15 años sabía leer y escribir en 2000, y 70,5% de la población mayor de 15 años tenía primaria completa (15). La escolaridad promedio era de 7,7 grados aprobados (7,8 en hombres y 7,3 en mujeres) y los estados con más alto nivel fueron Distrito Federal (9,7) y Nuevo León (8,9), y los más bajos Chiapas (5,6), Oaxaca (5,8) y Guerrero (6,3), coincidentemente estos tres concentran la mayor cantidad de población indígena en el país. Los esfuerzos se centran en las entidades federativas con mayor marginación, pero que también presentan porcentajes de matriculación primaria mayores a 97%. Estos indicadores en poblaciones vulnerables como las poblaciones indígenas, la población campesina o los migrantes muestran brechas históricas en el acceso a la educación, por ejemplo que 40% de la población indígena mayor de 15 años no ha concluido la primaria completa.

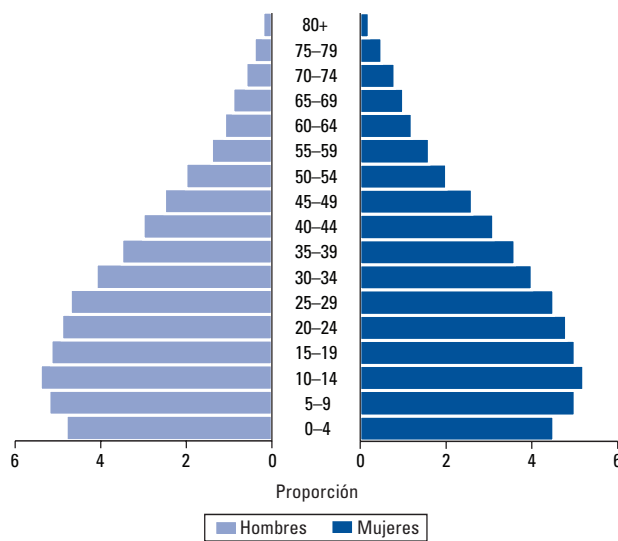
Los problemas ambientales continúan siendo un desafío. La proporción de superficie cubierta por bosques y selva disminuyó entre 1993 y 2002 de 36,6% a 33,4%, con impacto negativo en la conservación de los recursos naturales, el agua y la prevención de los desastres naturales. Como indicador positivo, la proporción de superficie ocupada por áreas naturales protegidas se incrementó de 5,5% en 1995 a 9,1% en 2002 (16).

Demografía, mortalidad y morbilidad

En 2006, la población de México se estimó en 107.525.207 habitantes, 24% de los cuales viven en zonas rurales. La tasa global de fecundidad fue de 2,07 (2,6 en Oaxaca y 1,8 en el DF) y la tasa de crecimiento de 0,99%. La tasa específica de fecundidad por cada 100 mujeres entre los 15 y 19 años se estimó en 4,9, con extremos en el estado de Guerrero (7,1) y el Distrito Federal (1,3). La tasa de mortalidad general fue de 4,5 por 1.000 habitantes (5,0 en hombres y 4,0 en mujeres). Se estima que para 2010 la tasa global de fecundidad disminuirá a 1,97, la tasa de crecimiento será de 0,88% (17) y la población llegará a 111,6 millones. En 1995 la esperanza de vida al nacer era en 1995 de 70 años para los hombres y 75 para las mujeres y en 2006 se estimó en 74 años para los hombres y 78 años para las mujeres (18).

La población adolescente se duplicó en números absolutos en los últimos 30 años. La población de 15 a 29 años era de 30,2 millones en 2004 (28,7% del total) y continúa creciendo (19). La mitad de los jóvenes adolescentes (49,9%) se concentran en apenas siete de las 32 entidades federativas (20). En 2005 la población escolar (menores de 14 años) fue 30% del total y en 2010 disminuirá a 26,7%. Por el contrario, la población en edad productiva (de 15 a 59 años) aumentará de 62,3% a 64,5% para el mismo período y la población mayor de 60 años aumentará de 7,7% a 8,8% (18).

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, México, 2005.



Se estima que entre 2005 y 2025, por el descenso sostenido de la tasa de fecundidad, esta mantendrá una tasa de reemplazo generacional (cada pareja tiene el número de hijos que los reemplazan en la pirámide demográfica) y en 2025 descenderá a 1,85 hijos por mujer. Estos resultados son congruentes con las políticas de población orientadas a satisfacer la demanda de métodos anticonceptivos; para 2006 se estimó que más de 74% de las mujeres unidas en edad fértil usarían algún método anticonceptivo. En consecuencia, la transición demográfica cambiará la pirámide de población, concentrándose en edades productivas y en personas de la tercera edad (Figura 1).

Entre 2005 y 2025 se producirá el “bono demográfico”, donde existirá una relación ventajosa en la razón entre la población en edad productiva (15 a 59) y la población dependiente (menores de 15 años y mayores de 60). Dada la menor carga de población dependiente en las familias mexicanas, se considera que este período representa una oportunidad para favorecer políticas de desarrollo, la generación de empleos, de formación del capital social y humano y sobre todo una oportunidad para disminuir las desigualdades (21). Este período se caracterizará asimismo por un incremento en las demandas de educación en los niveles medio y superior, de acceso a servicios de salud y a la seguridad social, así como a necesidades habitacionales. El índice de dependencia (relación de la población mayor de 64 años y menor de 15 años respecto al grupo comprendido entre ambas edades) se estimó en 2004 en 61,9% (22).

En 2000 la esperanza de vida saludable (EVISA), considerando los extremos entre los estados, era de 55,2 a 63,1 años en

hombres y de 61,0 a 67,3 años en mujeres. Este indicador mide los años de vida que puede vivir una persona sin discapacidad. Las cinco principales causas de pérdida de años saludables son las lesiones perinatales, los choques y atropellamientos, la diabetes, la violencia y las cardiopatías.

Históricamente ocurre una importante migración de mexicanos hacia los EUA. En 2002 se estimó que los residentes en EUA nacidos en México eran 9.503.928 (23). Se estima que en los EUA residen 24 millones de personas de origen mexicano (nacidos en México o hijos de mexicanos), cifra que representa 11,6% de su población total (24). La tasa de migración neta internacional es de -0,38% anual, con predominio en hombres, y se mantendrá constante hasta 2010. Los estados con más emigración de mexicanos hacia EUA son: Jalisco (18%), Michoacán (12%), Guanajuato (8%) y Zacatecas (8%). Un total de 162 municipios son considerados de muy alto grado de migración, de los cuales 30 están ubicados en Oaxaca, 28 en Michoacán y 25 en Jalisco.

En 1980 las dos primeras causas de mortalidad general fueron las enfermedades infecciosas intestinales, y la neumonía e influenza, que juntas representaron 18,3% del total de defunciones registradas. Estas mismas causas en 2004, solo representaron 3,9% (25). El cuadro 1 muestra las 10 primeras causas específicas de mortalidad para 2004, siendo la diabetes la primera causa de defunción, con 13% del total de defunciones y una tasa específica de mortalidad de 59,0 por 100.000 habitantes. No hay cambios significativos entre las principales causas de muerte en los últimos cinco años, aunque el peso de la mortalidad por diabetes continúa incrementándose, ya que en 2000 representó 10,7% del total de defunciones con una tasa de 46,3 por 100.000 habitantes. El subregistro de mortalidad estimado para el período 2000–2005 fue 0,8% (26).

Según los cuatro grandes grupos de causas de mortalidad, las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales representaron 26% del total de las defunciones en 1990 frente a 13,4% en 2004; las enfermedades no transmisibles fueron causa de 57,8% de las defunciones en 1990 y en 2004 de 73,8%; el total de causas externas representó 13,9% en 1990 y 10,8% en 2004, y las causas mal definidas causaron en 1990 2,3% de las defunciones y 2% en 2004 (25). El cuadro 2 presenta la lista 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud, para agrupación de causas de mortalidad, México 2003 (27).

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

La mortalidad infantil fue 36,2 por 1.000 nacidos vivos en 1990, 23,3 en 2000 y 19,7 en 2004. Si esta tendencia se mantiene constante, se alcanzaría el ODM de reducir en dos tercios la mortalidad infantil para 2015. La mortalidad infantil muestra desigualdades entre estados: en 2004 presentó valores extremos

CUADRO 1. Las 10 primeras causas específicas de mortalidad general en México, 2004.

Código CIE-10	Descripción	Defunciones	%	Tasa ^a	Tasa (año 2000)
A00-Y98	Total	472.273	100,0	448,3	433,0
E10-E14	Diabetes mellitus	62.201	13,2	59,0	46,3
I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	50.461	10,7	47,9	43,5
I60-169	Enfermedades cerebrovasculares	26.975	5,7	25,6	25,2
K70, K72.1, K73, K74, K76	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	26.867	5,7	25,5	25,2
J40-J44, J67	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	18.806	4,0	17,9	15,8
P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	16.501	3,5	15,7	19,3
	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	14.312	3,0	13,6	13,7
J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias bajas agudas	14.215	3,0	13,5	14,3
I10-I15	Enfermedades hipertensivas	12.203	2,6	11,6	9,7
N00-N19	Nefritis y nefrosis	10.774	2,3	10,2	9,7

^aTasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Dirección General de Información de la Secretaría de Salud de México.

CUADRO 2. Causas de mortalidad en México, 2003, según la lista 6/67 OPS.

Grupo de causas 6/67	Código CIE-10	Total	Tasa estandarizada ^a
Todas las causas	A00-Y89	470.692	630,4
Signos, síntomas y estados mal definidos	R00-R99	9.941	12,6
Enfermedades transmisibles	A00-B99, G00-G03, J00-J22	33.289	48,4
Tumores	C00-D48	62.891	82,9
Enfermedades del aparato circulatorio	I00-I99	107.570	143,6
Enfermedades originadas en el período perinatal	P00-P96	17.081	35,7
Causas externas	V01-Y89	51.712	35,7
Las demás	Rest of D50-Q99	188.208	256,7

^aTasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Dirección General de Información de la Secretaría de Salud de México.

en Chiapas (26,3 por 1.000 nacidos vivos) y en el Distrito Federal (14,4 por 1.000 nacidos vivos) (22). El 70% de las muertes infantiles ocurrieron por afecciones perinatales o por malformaciones congénitas, habiéndose reducido las causas infecciosas como las diarreas o las infecciones respiratorias (28). Las infecciones respiratorias agudas bajas representan la primera causa de mortalidad en el grupo de edad de 1 a 4 años (10,3% del total) y una tasa de 8,4 por 100.000 habitantes. La cuarta causa de muerte son los accidentes de tráfico de vehículo de motor (29). La mortalidad en menores de 5 años ha disminuido de 44,2 por 1.000 nacidos vivos en 1990 a 24,0 por 1.000 nacidos vivos en 2004. Sin embargo los esfuerzos son mayores en vista de que el descenso sostenido en la década pasada se debió a las estrategias de control de las enfermedades infecciosas. Por ejemplo, 30% de las muertes en meno-

res de 5 años en 1990 se debió a la diarrea y las infecciones respiratorias agudas, porcentaje que fue 15% en 2004 (28).

Entre 1990 y 2003 la tasa por enfermedades diarreicas (EDAS) en menores de 5 años se redujo casi 84% (de 155,1 a 24,9 por 100.000 habitantes), mientras que en el caso de las infecciones respiratorias agudas, la reducción fue de poco más de 70% (de 142,9 a 42,0 por 100.000 habitantes). En la Encuesta Nacional de Salud 2000, la prevalencia de diarrea (al menos un episodio de diarrea en las últimas dos semanas) en menores de 5 años fue 11,5%, y en la encuesta de 2006 este valor se incrementó a 12,9%. A nivel nacional la variación va de 5,9% en Zacatecas a 21,1% en Chiapas (30). La misma encuesta de 2006 indica que 92% de los menores de 1 año han sido amamantados alguna vez y la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses fue del 20%.

Salud de los niños de 5 a 9 años

En 2004 la tasa de mortalidad del grupo de edad de 5 a 9 años fue 3,4 por 100.000 habitantes. Las primeras causas de mortalidad fueron los accidentes, seguidos por los tumores malignos, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, parálisis cerebral, agresiones y homicidios, otros síndromes de enfermedades infecciosas y desnutrición (31). Las principales causas de morbilidad fueron las infecciones de las vías respiratorias, intestinales, vías urinarias, otitis media, amibiasis, varicela, parasitosis, asma y amigdalitis (32).

Salud de los adolescentes (10–14 años y 15–19 años)

En el grupo de 10 a 14 años la primera causa de muerte en 2004 fueron los accidentes de tráfico a vehículo motor (14,6% del total de defunciones) con una tasa específica por edad de 4,64 por 100.000 habitantes. En este grupo de edad los suicidios han aumentado, ya que en 2000 fueron la décima causa de muerte con una tasa de 0,98 por 100.000 habitantes y en 2004 fueron la octava causa específica de mortalidad, con una tasa de 1,33 por 100.000 habitantes (33). En el grupo de edad de 15 a 19 años los accidentes de tráfico con vehículo a motor son también la primera causa de mortalidad en 2004, con 20% del total de defunciones y una tasa de 13,9 por 100.000 habitantes. En segundo lugar se ubican los homicidios, con 10,6% del total de defunciones y con una tasa de 7,2 por 100.000 habitantes. En el grupo de edad de 10 a 19 años, la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico con vehículo de motor se incrementó de 8,62 por 100.000 habitantes en 2000 a 9,24 por 100.000 habitantes en 2004. En este mismo grupo de edad, los homicidios y los suicidios representaron en 2004 la tercera y cuarta causa de muerte, con tasas de mortalidad de 4,22 y 3,12 por 100.000 habitantes respectivamente. En 2000, en el grupo de edad de 10 a 19 años, la tasa de mortalidad por homicidios fue 5,41 por 100.000 habitantes y por suicidios fue 2,69. En este grupo de edad, en 2004 para los homicidios la razón hombre:mujer fue 4:1 y para los suicidios fue 2,5:1 (33).

En el período 2000–2004, el inicio promedio de la vida sexual fue de 15,4 años de edad: 13,8 años en el área rural y 16,7 años en el área urbana. En 2000 se registraron 372.000 embarazos de madres en edades comprendidas entre los 10 y 19 años (17,2% del total nacional de embarazos) y un 10% terminó en abortos. La tasa específica de fecundidad en este grupo de edad fue de 70,1 por 1.000 mujeres. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2006, 29,6% de los adolescentes entre 16 y 19 años refirió haber tenido relaciones sexuales, y 63,5% de los hombres adolescentes refirió haber usado condón y solamente 38% de las mujeres adolescentes informó que su pareja uso condón.

Salud de los adultos (20–59 años)

En 1990 la tasa de mortalidad materna fue 89 por 100.000 nacidos vivos; 72,6 en 2000; 62,4 en 2004 y 63,3 por 100.000 naci-

dos vivos en 2005. En los últimos cinco años la tasa de mortalidad materna no ha continuado su tendencia a la baja sino que se mantiene estable, la cual no sería suficiente para alcanzar la cifra de 22,3 por 100.000 nacidos vivos en 2015, quinto ODM (34). En 12 entidades federativas se concentra 75% del total de las muertes maternas. En 2004, los extremos entre los estados respecto a la mortalidad materna fueron Guerrero con 116,4 por 100.000 nacidos vivos y Nueva León con 13,1 por 100.000 nacidos vivos (22). La Secretaría de Salud (SSA) a través de la Dirección General de Información inició en 2003 una revisión que trajo consigo una mejora substancial del subregistro y que permitió identificar las áreas donde se concentran las muertes maternas, ligadas a los espacios territoriales históricos de población pobre, indígena y con dificultades de acceso a los servicios de salud. En estas regiones cerca de 20% de los partos son atendidos por parteras tradicionales. En los estados con mayor desarrollo económico las muertes maternas son mayoritariamente por causas indirectas y por problemas de salud de la mujer previos al embarazo, mientras que en los estados del sur, muchas de las causas maternas son prevenibles, como las hemorragias o las toxemias. En 2004, 25% de las muertes maternas se debieron a hemorragias, 30% a hipertensión; 6% a complicaciones de aborto y 12% a otras complicaciones del parto (28). La edad promedio de las muertes maternas se estima en los 29 años. Solo 33% de las muertes maternas ocurrieron en mujeres que tenían algún tipo de seguro, principalmente en la modalidad de la seguridad social. Alrededor de 87% de los partos son atendidos en instituciones de salud y 10% aún tienen lugar en la casa (35). De acuerdo a los datos de la Comisión Nacional de Pueblos Indígenas (CNPI), la mortalidad materna es tres veces más alta en las regiones Tarahumara, Huichola y Cora que en el resto del país, y tiene estrecha relación con los altos índices de desnutrición.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2006 encontró con anemia a 20,6% de las mujeres embarazadas frente al 15,5% de las no embarazadas, situación que ha mejorado desde la encuesta de 1999, que arrojó valores de 26,2% y 20,0% respectivamente.

Según CONAPO, se registran alrededor de 600.000 nacimientos anuales en mujeres de 20 a 24 años de edad y alrededor de 300.000 en jóvenes de 15 a 19 años, por lo que 45% de los nacimientos se concentra en mujeres de 15 a 24 años de edad. El 22% de las muertes maternas se registra en mujeres de 20 a 24 años y 13% de las muertes maternas en mujeres de 15 a 19 años (36).

Salud del adulto mayor (60 años y más)

El incremento medio anual de adultos mayores (60 años y más de edad) es de alrededor de 270.000 personas. Las principales causas de muerte en 2000 fueron las enfermedades cardiovasculares para ambos sexos (30% de las muertes de hombres y 33,8% de mujeres); la segunda causa de muerte de los hombres son las neoplasias malignas (14,6%) y en mujeres es la diabetes mellitus

CUADRO 3. Principales causas de mortalidad en personas de 65 años y más, México, 2004.

Código CIE-10	Descripción	Defunciones	%	Tasa ^a	Tasa (año 2000)
A00-Y98	Total	249.267	100,0	4.595,1	4.619,1
I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	37.509	15,0	691,5	686,9
E10-E14	Diabetes mellitus	37.380	15,0	689,1	587,1
I60-I69	Enfermedades cerebrovasculares	20.327	8,2	374,7	404,5
J40-J44. J67	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	16.514	6,6	304,4	295,2
I10-I15	Enfermedades hipertensivas	9.521	3,8	175,5	156,7
K70. K72.1. K73. K74. K76	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	8.966	3,6	165,3	164,6
J10-J18. J20-J22	Infecciones respiratorias bajas agudas	8.161	3,3	150,4	161,5
N00-N19	Nefritis y Nefrosis	6.323	2,5	116,6	120,5
E40-E46	Desnutrición calórica proteica	6.136	2,5	113,1	133,6
C33-C34	Tumor maligno de tráquea. bronquios y pulmón	4.653	1,9	85,8	87,8

^aTasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Dirección General de Información de la Secretaría de Salud de México.

(15,7%). En hombres la diabetes mellitus es la tercera causa de muerte (11,6%) y las neoplasias malignas en las mujeres (13,4%). Las enfermedades digestivas son la cuarta causa de muerte para ambos sexos (10,2 y 7,7% para hombres y mujeres, respectivamente). La quinta causa de muerte son las enfermedades respiratorias, 7,7% para hombres y 5,9% en mujeres. El cuadro 3 muestra las 10 primeras causas de mortalidad en mayores de 65 años durante 2004, y como referencia comparativa se presentan las tasas de 2000.

Salud de la familia

Entre 20% y 22% de los hogares son encabezados por mujeres (37). El número de unidades domésticas encabezadas por mujeres es de 4,6 millones, mientras que en 1990 era de 2,8 millones. Un rasgo relevante de los hogares con jefatura femenina es que la mitad es de bajos ingresos, lo que a menudo contribuye a propiciar la incorporación de los menores de edad a la actividad económica. Las mujeres jefas de hogar constituyen frecuentemente la única persona adulta en el hogar, lo que las obliga a asumir tanto el papel de proveedora, como las tareas del cuidado y la crianza de los hijos y otras del ámbito doméstico, con la consiguiente sobrecarga de trabajo. Las jefas de hogar son generalmente viudas (35,9%), separadas (24,7%) o divorciadas (18,4%). Este tipo de hogar tiene como promedio 3,6 integrantes y en casi la mitad de ellos reside al menos un menor de 15 años de edad. Los hogares formados por personas solas han registrado un aumento significativo en las últimas dos décadas y en la actualidad son casi 1,5 millones (38).

La más reciente encuesta nacional reveló que 25% de las mujeres había sufrido alguna forma de maltrato (39). En Guadalajara la prevalencia de violencia contra la mujer alcanzó 57% en el área urbana y 44% en el área rural. La tasa de mortalidad por homicidios contra mujeres en 2002 fue 2,5 por 100.000 mujeres (40).

Salud de los trabajadores

Los adolescentes forman una parte importante de la población económicamente activa. En 2000 los hombres menores de 19 años que ingresaron al mercado laboral representaron 44% del total de hombres, y en el caso de las mujeres fue 24%. Si bien la tasa de participación en el campo laboral varía de acuerdo a la edad, 8% del total de adolescentes de 12 a 14 años ya se encuentra en el mercado de trabajo.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) atiende anualmente a 370.000 personas por accidentes en el trabajo (41). Los riesgos de accidentes en el trabajo han mejorado, si consideramos que entre 2000 y 2005 la tasa disminuyó de 2,9% a 2,3%. Del mismo modo, las incapacidades permanentes han disminuido en 6,8% y los accidentes de trabajo mortales en 3,1% (42).

Salud de las personas con discapacidad

El censo de población y vivienda de 2000 identificó a 2,2 millones de personas que vivían con alguna discapacidad, la mayoría con limitaciones motrices, en segundo lugar los invidentes o débiles visuales, seguidos de los discapacitados mentales y finalmente las personas con problemas auditivos y del lenguaje. Poco menos de la mitad de este total de discapacitados se halla en el grupo de adultos mayores. Las principales causas de discapacidad se deben a enfermedades previas, seguidas por la edad avanzada, problemas congénitos y lesiones y accidentes (15).

Salud de los grupos étnicos

En términos absolutos, México cuenta con la mayor cantidad de población indígena en las Américas, estimada al 2006 en 13.528.579 personas, que representan 12,6% de la población total. México define como población indígena a las personas ma-

yores de 5 años de edad hablantes de una lengua indígena (HLI); a la población de 0 a 4 años de edad que habita en hogares cuyo jefe o jefa de familia o su cónyuge es hablante de lengua indígena, y a la población que se autoadscribió como indígena (15).

En México, existen al menos 62 lenguas indígenas con 30 variantes dialécticas. Una cuarta parte de los indígenas hablan el Náhuatl, seguido del Maya, Otomí, Tzeltal, Tzotzil, entre otros. Sin embargo, 17 de las 62 lenguas indígenas tienen cada vez menos hablantes y problemas de reproducción ya que cuentan con menos de 500 HLI. Los Estados Mexicanos que concentran proporcionalmente mayor población indígena son: Yucatán (60%), Oaxaca (49%), Quintana Roo (40%) y Chiapas (29%), todos ellos ubicados al sur del país.

Según estimaciones de CONAPO, la mortalidad infantil para la población indígena fue 34,4 por 1.000 nacidos vivos en 2000 y 26,8 por 1.000 nacidos vivos en 2006. El riesgo de morir por causas del embarazo, parto y puerperio es tres veces más alto en una mujer indígena (43). La tasa de analfabetismo en indígenas llega a 44%, mientras que a nivel nacional es 10% (44). La prevalencia de desnutrición infantil en los niños indígenas es 58,3%, y la deficiencia de hierro en mujeres embarazadas indígenas es 60% (44). En Oaxaca el número de médicos por 1.000 habitantes indígenas es 0,13, frente al promedio estatal de 0,94 y nacional de 1,38 médicos por 1.000 habitantes.

La población indígena es predominantemente rural. El 65% habita en localidades con menos de 2.500 habitantes donde persisten factores ancestrales de pobreza, marginación y exclusión social. De los 871 municipios considerados indígenas, 259 (29,7%) aparecen calificados como de marginación muy alta y 363 (41,7%) como de marginación alta (45). En 2000, 36% de las viviendas indígenas no tenían agua entubada y 16,9% no disponía de energía eléctrica, mientras que 43,7% tenían piso de tierra y 62,4% cocinaban con leña (15).

A pesar del desarrollo del sistema de información sanitaria, no ha sido posible incorporar en los registros la variable étnica. Sin embargo, se reconocen los rezagos y la vulnerabilidad en materia de salud en la población indígena, en la que persiste el predominio de las enfermedades transmisibles, alta desnutrición, y presencia de enfermedades prevenibles, así como problemas de alcoholismo, accidentes y violencia (46).

Salud de las poblaciones fronterizas

La frontera común entre EUA y México comprende 3.152 kilómetros. La migración hacia los EUA atrae históricamente a población mexicana y de los países centroamericanos, generando una situación social compleja en los estados de la frontera norte y sur. En su intento por cruzar la frontera norte, en 2005 murieron 516 migrantes, cifra mayor a las registradas en los últimos 10 años (47). Se observa un patrón mixto de enfermedades crónicas y transmisibles, algunas de ellas, como la tuberculosis, hepatitis y VIH/sida, con tasas de incidencia mayores a los promedios na-

cionales (48). Es preocupante el incremento de usuarios de drogas inyectables (UDI) a edades más tempranas, y cada vez más en mujeres, lo que conlleva un mayor riesgo de transmisión de infecciones sexuales (49).

La frontera sur comprende 1.138 kilómetros y se comparte con Guatemala y con Belice. Chiapas es el estado que comparte lazos históricos, culturales, étnicos y ambientales con la región fronteriza de Guatemala. Se estima que el número anual de migrantes ilegales que pasan por la frontera sur es de 120.000 personas, situación que complica la vigilancia epidemiológica ante la posibilidad de ingreso de un nuevo agente o de formas resistentes de enfermedades ya conocidas.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

Más de 99% de los casos de **malaria** son ocasionados por *Plasmodium vivax* y muy pocos casos debidos a *P. falciparum* se registran en Tabasco y Chiapas, estados de la frontera. Los vectores principales son el *Anopheles pseudopunctipennis* y el *An. Albi-manus*. En 2005 se registraron 2.967 casos, lo que representa una reducción de 13% con respecto a 2004 (3.406 casos) y de 60% con respecto a 2000 (7.390 casos). En el 2005, 97% de la transmisión se concentró en los estados de Oaxaca (1.432), Chiapas (852), Sinaloa (208), Chihuahua (181), Durango (114) y Tabasco (97). Se ha eliminado el uso del DDT y cancelado su producción y se ha eliminado el rociado intradomiciliario con insecticidas, con la integración de la participación comunitaria en el control de criaderos del vector.

En 26 entidades federativas (con 629 municipios y 43 millones de habitantes) existen condiciones de riesgo para la transmisión de **dengue**. En 2005 se registraron 17.487 casos de dengue clásico con una tasa de 16,43 por 100.000 habitantes, un aumento de 10 veces en relación a 2000, cuando se registraron 1.714 casos. En 2002 el serotipo predominante fue el DENV-2 (dengue virus tipo 2) y en 2005, por primera vez en los últimos 5 años, se registraron brotes por más de un serotipo, lo que incrementa el riesgo de dengue hemorrágico que ha pasado de 67 casos en 2000 a 4.418 casos en 2005. La letalidad se ha mantenido en menos de 1%. En los últimos 2 años circulan los cuatro serotipos, situación que se deriva de la reintroducción del virus del dengue DENV-1 y DENV-4 desde Centroamérica.

Existen condiciones ecológicas propicias para la proliferación de los triatominos vectores de la enfermedad de **Chagas** y se han descrito 30 especies entre las que destacan 10 por su importancia epidemiológica. En 2000 se registraron 100 casos, 17 agudos y 83 crónicos y en 2005 se registraron 361 casos, 14 agudos y 347 crónicos (17 con cardiopatía, 1 con megacolon y 329 indeterminados).

Se reconocen como posibles responsables de la transmisión de leishmaniasis a cinco especies: *Lutzomia olmeca*, *L. cruciata*, *L. diabolica*, *L. shannoni*, *L. longipalpis*, que varían en importancia de acuerdo a la localización geográfica de la zona endémica, a la especie de parásito que trasmite y la variedad clínica de la enfermedad a la cual ha sido asociada. La forma cutánea localizada es la de mayor frecuencia (99%), en tanto que los casos de leishmaniasis cutánea diseminada y mucocutánea son refractarios al tratamiento en la mayoría de las ocasiones. La forma visceral se ha registrado anualmente en el Estado de Chiapas desde 1990 y esporádicamente en otros estados. En 2000 se registraron 797 casos y en 2005 se registraron 868 casos nuevos, para un incremento de 9% (50).

En cinco municipios indígenas en Los Altos-Chiapas persiste una zona endémica para el **tracoma**. Desde 2001, la SSA y distintas organizaciones estatales, nacionales y de la sociedad civil han dado un impulso especial al Programa de Vigilancia, Prevención y Control del Tracoma, que ha establecido estrategias como la búsqueda activa de casos, casa por casa, la movilización social y educación para la salud, lo que ha permitido el inicio del proceso de certificación de eliminación del tracoma. El municipio de Oxchuc es el más afectado con más de 50% del total de casos, pero la prevalencia más alta de tracoma activo se registra en el municipio de Tenejapa, con 79 casos.

Enfermedades inmunoprevenibles

Como resultado de las acciones de vacunación, la **poliomielitis**, la **difteria** y el **tétanos** neonatal se mantienen eliminados. El último caso de difteria se presentó en 1991 y de poliomielitis en 1990. Otras enfermedades como el sarampión, la tos ferina, la parotiditis y la rubéola se encuentran bajo control. El esquema de vacunación de México consta de 11 inmunobiológicos: BCG (antituberculosa) al nacimiento; OPV (antipoliomielítica oral) a los 2, 4 y 6 meses de edad; pentavalente (DTP-HB-Hib) a los 2, 4 y 6 meses; SRP (sarampión, rubéola, parotiditis) a los 12 meses. A partir de 2004 se incorporó una dosis de la vacuna antiinfluenza para niños de 6 a 24 meses. En los adolescentes se aplica una segunda dosis de SR (sarampión y rubéola) así como TD (toxoides tetánico-diftérico) y en los adultos mayores de 65 años, se aplica una dosis anual de vacuna antiinfluenza. Desde 2000 a la fecha las coberturas de vacunación en menores de 1 año se han mantenido por encima de 95% en el esquema básico de vacunación y en el grupo de 1 a 4 años las coberturas son superiores a 96%. Las coberturas de vacunación se han logrado a través de la combinación de dos estrategias: la fase permanente de vacunación y las fases intensivas en las semanas nacionales de salud, las que se realizan tres veces al año.

México mantiene la vigilancia activa de la parálisis flácida aguda y entre 2000 y 2005 se han identificado un promedio de 420 casos anuales. El último caso autóctono de **sarampión** se registró en 1996, pero en 2000 se presentó la primera reintroducción del virus con 30 casos en cuatro estados. Durante 2001 y

2002 no se confirmaron casos de sarampión, pero en 2003 se notificaron 44, en 2004 64 y en 2005 seis. Los genotipos virales aislados en este brote indican que se trata de virus provenientes de otros continentes.

En 2000 se notificaron 11.751 casos de **rubéola**, que disminuyeron a 38 casos en 2005. Los casos de rubéola congénita notificados en 2000 fueron cinco y en 2005 se notificó solo caso. La **parotiditis** disminuyó de 27.911 casos en 2000 a 8.425 en 2004 (reducción de 30%). Ambas enfermedades tuvieron una reducción significativa a raíz de la introducción de la vacuna triple viral (SRP) en 1998 al esquema nacional de vacunación.

Se notificaron 53 casos de **tos ferina** en 2000, 137 en 2004 y 349 en 2005. Los casos de **tétanos** se redujeron de 103 en 2000 a 71 en 2005. Se notificaron 119 casos de **tuberculosis** meníngea en 2000, 147 en 2004 y 199 en 2005.

Luego de la incorporación de la vacuna contra la **infección por *Haemophilus influenzae* tipo b** en 1999, los casos descendieron de 131 en 2000 a 56 casos en 2004 y en 2005 se notificaron 39 casos. A partir de la introducción de la vacuna contra la **hepatitis B** en 1997, el número de casos reportados disminuyó de 835 en 2000 a 687 en 2004; el tamizaje de sangre es del 100% en los bancos de sangre del país.

Enfermedades infecciosas intestinales

Entre 2000 y 2004, las enfermedades transmitidas por alimentos más frecuentes fueron la **paratifoidea** (con un promedio anual de 93 casos por 100.000 habitantes) y la **shigelosis** (que disminuyó de 36,51 casos por 100.000 habitantes en 2000 a 21,19 en 2004). La incidencia de otras infecciones intestinales también disminuyó, con 5.203 casos por 100.000 habitantes en 2000 y 4.535 por 100.000 habitantes en 2004.

Enfermedades crónicas transmisibles

El número de casos notificados de **tuberculosis** respiratoria se mantuvo estable, con un promedio de 12.372 casos anuales en el período de 2000 a 2004. La incidencia acumulada anual de todas las formas de tuberculosis entre 2000 y 2004 fue de 15 por 100.000 habitantes, con unos 16.000 casos notificados por año y más de 3.000 defunciones anuales. El área de mayor riesgo la constituyen los estados de Baja California, Chiapas, Nuevo León, Tamaulipas y Veracruz, que concentran 40% de los casos del país. La forma pulmonar de la enfermedad predominó en 80% de las defunciones reportadas en el período 2000–2004. La incidencia de la tuberculosis meníngea fue de 0,12 por 100.000 habitantes en 2000 y de 0,14 en 2004. La estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) alcanza más de 80% del número de casos diagnosticados. La asociación de la tuberculosis con otros padecimientos como diabetes, desnutrición, alcoholismo y VIH/sida se ha incrementado en el período 2000–2004.

La **lepra** no constituye un problema de salud pública en la mayoría de los estados del país. En 2000 la incidencia fue de 0,42 por 100.000 habitantes y en 2004 de 0,24, cuando se detectaron

252 casos nuevos en 26 estados, pero con 77% de los casos concentrados en los estados de Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Sinaloa y Tamaulipas.

Infecciones respiratorias agudas

Las consultas médicas por enfermedades respiratorias agudas disminuyeron de 29.427 por 100.000 habitantes en 2000 a 24.581 en 2004. La incidencia acumulada de neumonía y bronconeumonías disminuyó de 204 a 172 por 100.000 habitantes en el mismo período y la influenza disminuyó drásticamente de una incidencia de 0,57 por 100.000 habitantes a 0,06. El 90% de los casos se concentran en menores de 44 años y el más afectado es el grupo de 5 a 14 años. La tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias, incluidas las neumonías e influenza, en menores de 5 años disminuyó de 51,6 defunciones por 100.000 menores de 5 años en 2000 a 35,3 en 2004.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

La epidemia VIH/sida se inició en México en 1983, presentó un crecimiento exponencial hasta 1994 y se ha mantenido estable desde ese año. Hasta noviembre de 2005 se han acumulado 98.933 casos de sida, siendo la razón hombre:mujer de 5:1. Las estimaciones para 2006 señalan que 182.000 personas viven con el VIH/sida, de las cuales cerca de 45.000 serían mujeres (razón hombre:mujer 3:1). En la población de 15 a 49 años la prevalencia se estimó en 0,3%, mientras que en distintos grupos de riesgos: 15% en hombres que tienen sexo con otros hombres; 3,5% en mujeres trabajadoras sexuales; 20% en hombres trabajadores sexuales; 6% en usuarios de drogas endovenosas, y 4% en presidiarios (51). Entre 1985 y 2005 se registraron 741 casos de sida en adolescentes de 12 a 17 años (52).

Se ha observado en los últimos años un crecimiento de la epidemia en los estados fronterizos del norte, debido al incremento de población usuaria de drogas endovenosas, tanto hombres como mujeres (53). La situación se agrava por la convergencia de poblaciones móviles, especialmente indígenas. En 2004 se registraron 4.723 defunciones por VIH/sida, que representan la décimo sexta causa de muerte en la población total, con una tasa de mortalidad de 4,5 por cada 100.000 habitantes, y la séptima causa de defunción nacional en la población entre 15 a 64 años (54). La tasa más alta de mortalidad por sida en 2004 fue en el Estado de Baja California (9,8 por 100.000 habitantes) y la más baja en Querétaro (1,7 por 100.000 habitantes). La mortalidad por sida en México comenzó a disminuir desde que se inició el acceso al tratamiento con los antirretrovirales (ARV) en 1997 por la Seguridad Social. En 1999 la SSA inició el acceso a los ARV a población no asegurada, logrando en el 2003 el acceso universal a todo paciente registrado con sida y que alcanzó a 25.082 personas. Las estimaciones de 2005 aseguran que más de 30.000 personas con VIH/sida reciben tratamiento gratuito por el sistema de salud mexicano (51). Entre otras actividades de prevención, en 2005 se lanzó la campaña contra la homofobia, a través de spot

radiales difundidos a nivel nacional. Esta campaña, apoyada por ONUSIDA, busca reducir el estigma y discriminación que sufren los hombres homosexuales y que limita el acceso a servicios de salud y a la adherencia terapéutica. Solamente a 5,4% de las mujeres embarazadas se les realiza la prueba VIH (55) y la prevención de la transmisión vertical no está extendida.

En 2004 se registraron 10.403 casos de infección por el virus del papiloma humano, que representa una tasa de 9,8 por 100.000 habitantes, con la tasa más alta en el Estado de Nayarit (60,4 por 100.000 habitantes). Se registraron 595 casos de gonorrea; 990 de sífilis; 48 de sífilis congénita y 245 de chancro blando (56).

Zoonosis

México es país libre de la **encefalopatía espongiiforme bovina**; no obstante, mantiene una vigilancia activa en todo el país. Desde 1996 a 2005 se muestrearon un total de 9.903 animales. Se mantiene una política restrictiva con países afectados por la enfermedad, así como un control en las importaciones mediante una hoja de requisitos zoonosarios. El país está libre de **fiebre aftosa** desde 1954. En forma conjunta con los EUA se mantiene una Comisión Binacional, que cuenta con un laboratorio de alta seguridad para la vigilancia y prevención de esta y otras enfermedades exóticas. En el período 2003–2005 se procesaron 1.134 muestras dentro del proceso de vigilancia y monitoreo de la enfermedad.

Entre 2000 y 2005 se notificaron 20 defunciones por **rabia** humana, dos de las cuales fueron transmitidas por mordedura de perro y el resto de los casos fueron por animales silvestres. Los perros con rabia reportados en 2000 fueron 244, mientras en el 2004 se presentaron 42 casos. Las dosis de vacuna antirrábica canina se ha incrementado de 13,7 millones de dosis en el 2000 a más de 16 millones en el 2005.

La incidencia de **brucelosis** se ha mantenido estable en el período del 2000 al 2004, con una incidencia de 2,18 a 2,98 casos humanos por 100.000 habitantes. Los estados con más altas notificaciones fueron Coahuila, Nuevo León, Sinaloa y Zacatecas y las principales fuentes de infección fueron la leche y sus productos derivados contaminados, sobre todo de caprinos. El número de casos de **teniasis** ha disminuido y la incidencia de la enfermedad en 2004 fue de 0,37 por 100.000 habitantes, mientras que la **cisticercosis** en humanos se ha mantenido estable y ese mismo año la incidencia fue de 0,39 por 100.000 habitantes; para ambas enfermedades las mayores frecuencias se notificaron en los estados del sur del país.

Aproximadamente 6,5 millones de personas enferman cada año por la acción de algún agente infeccioso o parasitario (57), estimándose que dos tercios de esa cantidad se debió a enfermedades de transmisión alimentaria (ETA), lo que significa más de 4 millones de casos.

En todo el país existen diferentes especies de alacranes. Las especies letales se encuentran principalmente en los estados del centro y costa del pacífico. En el 2000 se registraron 208.444

Bono demográfico: los retos asociados

Con alrededor de 100 millones de habitantes, México ocupa en la actualidad el decimoprimer lugar entre las naciones más pobladas del orbe y se prevé que mantendrá esa misma posición durante varias décadas más. Se estima que entre 2005 y 2025, por el descenso sostenido de la tasa de fecundidad, esta mantendrá una tasa de reemplazo generacional (cada pareja tiene el número de hijos que los reemplazan en la pirámide demográfica) y en 2025 descenderá a 1,85 hijos por mujer. En consecuencia, la transición demográfica cambiará la pirámide de población, concentrándose la población en edades productivas y en personas de la tercera edad.

Entre 2005 y 2025 se producirá el “bono demográfico”, donde existirá una relación ventajosa en la razón entre la población en edad productiva (15 a 59) y la población dependiente (menores de 15 años y mayores de 60). Dada la menor carga de población dependiente en las familias mexicanas, se considera que este período representa una oportunidad para favorecer políticas de desarrollo, la generación de empleos, de formación del capital social y humano y sobre todo una oportunidad para disminuir las desigualdades. Sin embargo, los beneficios del “bono demográfico” no son automáticos. Para capitalizarlos, México se plantea educar a las generaciones jóvenes para desarrollar una fuerza de trabajo mejor calificada, invertir o atraer inversiones que generen más y mejores empleos, y proveer una mínima seguridad económica a las personas mayores. El período se caracterizará asimismo por un incremento de acceso a servicios de salud y a la seguridad social, así como a necesidades habitacionales. El reto de atención a los adultos mayores se configura como muy importante, dado que el incremento medio anual de adultos mayores (60 años y más de edad) en México es de alrededor de 270.000 personas.

eventos de picadura de alacrán, lo que representó una incidencia de 209,3 casos por 100 000 habitantes, y en 2005 se registraron 247.976 eventos con una tasa de 232,9, incremento debido al aumento en la cobertura de notificación de casos (58).

En noviembre del 2002 se confirmó por primera vez la presencia del **Virus del Nilo Occidental** (VNO) en México, cuando se identificaron equinos seropositivos en dos estados de la frontera norte, Tamaulipas y Coahuila. A partir de entonces se ha reforzado la vigilancia epidemiológica que ha permitido en el 2004 la confirmación de la presencia del VNO en 30 estados y 141 municipios. Durante 2005 se evidenció la presencia del VNO en 28 estados y 135 municipios; se estudiaron 236 casos sospechosos en humanos, pero todos fueron negativos. Se reportó serología positiva en 931 equinos y 152 aves (59).

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La **desnutrición** crónica en los niños menores de 5 años pasó de 17,7% en 1999 a 12,7% en 2006; la desnutrición moderada de 7,5% a 5%, y en estado de emaciación de 2% a 1,6%. Para el mismo período, la prevalencia de baja talla en los niños de 5 a 11 años disminuyó de 16,1% a 10,4% en los hombres y de 16,0% a 9,5% en las mujeres. Sin embargo el sobrepeso y obesidad en niños entre 5 a 11 años de edad aumentó de 18,6% en 1999 (20,2% en niñas y 17,0% en niños) a 26% en 2006 (26,8% en

niñas y 25,9% en niños). En 2006, uno de cada tres adolescentes tiene **sobrepeso** u obesidad y 37,4% de las mujeres mayores de 20 años tiene sobrepeso y 34,5% tiene obesidad (para un total de 71,9%). El 42,5% de los hombres mayores de 20 años tiene sobrepeso y otro 24,2% obesidad (30). En la población de 20 a 49 años, según las encuestas de salud y nutrición de 1988, 1999 y 2006, la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 34,5%, 61,0% y 69,3%, respectivamente. El incremento debe considerarse como resultado de cambios en la alimentación y cambios en los estilos de vida que están ocasionando serios problemas de salud.

La Encuesta de Salud y Nutrición 2006 estimó que 23,7% de los preescolares, 16,6% de los escolares y 11,5% de los adolescentes tienen **anemia**.

La prevalencia de la **diabetes** se estima en 7,5% a nivel nacional en personas mayores de 20 años: 2,8 millones de mexicanos son diabéticos y ya fueron diagnosticados, y cerca de 820.000 personas serían diabéticos sin saberlo aún (60). Hay una mayor prevalencia en mujeres mayores de 50 años. La prevalencia de diabetes aumenta con la edad y se estima que en el grupo de edad de 70 a 77 años una cuarta parte son diabéticos. Hay mayor prevalencia de diabetes en los estados del norte. La diabetes es la primera causa de muerte en las mujeres y segunda en los hombres y consume importantes recursos para la salud.

Enfermedades cardiovasculares

La incidencia de enfermedades cardiovasculares se ha incrementado en el período 2000–2004, principalmente a causa de la

hipertensión arterial, que pasó de una tasa de 401 a 529 por 100.000 habitantes, con un total de 558.139 nuevos casos en 2004. Los casos de enfermedades isquémicas del corazón pasaron de una incidencia de 60 por 100.000 habitantes en 2000 a 62 en 2004. El grupo de edad más afectado fue el de 65 años y más. La mortalidad por enfermedades del corazón se incrementó en el período, con predominio de las enfermedades del aparato circulatorio y de las enfermedades isquémicas del corazón. La tasa de mortalidad en 2000 por enfermedades del aparato circulatorio fue de 96,6 por 100.000 habitantes, mientras que en 2004 fue de 102,1 y la tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón pasó de 43,5 a 48,0 por 100.000 habitantes. Las entidades federativas con mayores tasas fueron Sonora, Chihuahua, Nuevo León y Distrito Federal.

Neoplasias malignas

En 2000 la tasa de mortalidad por neoplasias de todo tipo fue de 57,1 por 100.000 habitantes y en 2004 se incrementó a 61,0 por 100.000. En todo el período la tasa de mortalidad fue mayor en las mujeres que en los hombres. Los tumores con mayores tasas de mortalidad en estos años han sido de tráquea, bronquios y pulmón, estómago, útero, próstata y mama (61).

En 2002 la tasa observada de cáncer cérvico uterino era de 20 por 100.000 en mujeres mayores de 25 años. A pesar de que esta tasa está descendiendo, este tipo de cáncer es la primera causa de muerte en este grupo de edad. Las mujeres que viven en las áreas indígenas tienen 30% más de probabilidad de morir por esta causa. La tasa de mortalidad por cáncer de mama en 2002 fue de 17,74 por 100.000 en mujeres mayores de 25 años de edad y constituye la segunda causa de muerte en este grupo de edad (35).

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

Por la ubicación geográfica, así como por su extensión, México enfrenta fenómenos naturales como huracanes, tanto por el océano Atlántico como por el Pacífico; actividad volcánica; sismos; frentes de frío y de calor; lluvias intensas; inundaciones, deslaves e incendios forestales. El Programa de Prevención de Emergencias y Desastres de la OPS, con información recibida de las autoridades de salud del país para el período 2000–2005, registró 57 eventos clasificados como desastres. El 72% de los eventos (41) fueron clasificados como naturales y 28% (16) como antropogénicos. Los desastres naturales fueron: 14 inundaciones, 7 huracanes, 8 tormentas tropicales, 4 olas de calor, 3 sequías, 2 sismos, 2 erupciones volcánicas y 1 deslave. Los desastres causados por el hombre fueron: 11 accidentes viales por transportes de productos peligrosos, 3 explosiones e incendios en ambientes de aglomeración humana y 2 accidentes industriales. El total de personas afectadas por estos eventos fue de 3.396.106, con 303.800

pérdidas de vivienda y 1.655 personas heridas. Fueron registradas 885 muertes durante el período 2000–2005.

En enero de 2003 se registró un sismo en Colima de magnitud 7,6 en la escala de Richter, que afectó a más de 2.000 viviendas consideradas como inseguras luego de la evaluación de los expertos. Estos sismos son frecuentes como producto de la interacción de las placas Rivera y Cocos (62). En septiembre de 2005 se cumplieron 20 años del terremoto en la ciudad de México, fecha en la cual se recordó a las 10.000 personas fallecidas así como la valerosa respuesta de las instituciones de salud. Se realizaron diversos actos académicos y públicos, señalando las capacidades logradas en materia de protección civil. Solo en 2005, el número estimado de huracanes superó la cifra de la media nacional de siete sistemas tropicales, ya que hubo ocho sistemas tropicales (siete en el Atlántico y uno en el Pacífico), por lo que se considera un año de actividad ciclónica intensa que afectó de manera particular a los estados del sur del país y los próximos al Golfo de México. Los Huracanes Stan y Wilma, entre otros desastres naturales, trajeron pérdidas económicas, desplazamientos de población, colapso de infraestructura física, riesgos de enfermedades transmitidas por vectores, impacto en el turismo, y daños en la agricultura y ganadería, afectando de manera particular a poblaciones indígenas del golfo.

Violencia

Existen discriminación y violencia contra las mujeres, que han causado incluso la muerte. Hay muchos casos de muerte de mujeres que el sistema judicial no ha podido resolver y que permanecen en la impunidad. Entre 1993 y mayo de 2006 se han documentado 430 asesinatos de mujeres en Ciudad Juárez con más de 600 desapariciones (63). Antes de asesinarlas, estas mujeres fueron previamente secuestradas, golpeadas y violadas. Las niñas y las adolescentes, así como las migrantes e indígenas, son víctimas de atropellos a su integridad física, social y mental. Se reconoce la necesidad de mayores esfuerzos para preservar los derechos de las mujeres y lograr la equidad entre géneros, en la educación, los salarios, y la participación política, para poder así cumplir con el ODM 3.

Adicciones

En el 2003, la Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes indicó que la mitad de los estudiantes (51,1%) ha experimentado o probado alguna vez cigarrillos. Uno de cada cinco estudiantes es fumador, sin que existan diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de tabaco por los hombres (19,6%) y por las mujeres (19,1%). Entre las personas no fumadoras, el índice de susceptibilidad de comenzar a fumar es de 25,2%. En las escuelas secundarias las drogas de mayor consumo son los inhalables (4%), la marihuana (2,8%), los tranquilizantes (2,8%) y la cocaína (2,5%). El 15,1% de los hombres y 5% de las mujeres entre 12 y 17 años consumieron alcohol una vez por semana (1). Se estimó que 32 millones de personas entre 12 y 65 años de edad consumen alcohol, con

un per cápita anual de 2,8 litros que llega a ser de 4,5 litros en los hombres de 18 a 65 años, observándose un consumo creciente en las mujeres (64). La Encuesta de Salud y Nutrición 2006 señala que el tabaquismo en los adolescentes de 10 a 19 años es de 7,6%. En los hombres de 16 a 19 años el tabaquismo es de 25,9% y en mujeres de 9,5% (por tabaquismo se entendió al consumo de más de 100 cigarrillos en el curso de su vida). Los adultos hombres fuman tres veces más que las mujeres y se observa un aumento en la proporción de fumadores con respecto a la Encuesta de Salud 2000. El grupo de 20 a 29 años aumentó de 8,4% a 10,7% y el grupo de 50 a 59 años de 9,4% a 10,1% (30).

Contaminación ambiental

En 5% de las tierras de cultivo todavía se utilizan productos nitrogenados como fertilizantes y en 0,14% se utilizan plaguicidas. La tasa de incidencia de intoxicaciones por plaguicidas en los trabajadores de la industria y del campo en el período 2000–2003 se incrementó de 0,3 por 10.000 a 0,4 por 10.000 trabajadores.

De acuerdo con el Programa para Mejorar la Calidad del Aire de la Zona Metropolitana del Valle de México (PROAIRE) 2002–2010, los contaminantes atmosféricos de mayor interés para la salud pública son el ozono (O₃) y las partículas menores a 10 micrómetros (PM 10). Las concentraciones de O₃ se registran en la Zona Metropolitana del Valle del México (ZMVM) y presentan una disminución de 42% durante el período 1990–2004, aunque en 2004 se registran concentraciones que superan los límites de la norma de protección a la salud en seis de cada 10 días. Las concentraciones de plomo en las partículas presentan una disminución consistente de 94% a partir de 1990, presentando niveles de acuerdo con la norma de salud desde 1993 (65).

México tiene una costa marítima de más de 5.000 km de extensión y más de 250 playas. El resultado del monitoreo de la calidad bacteriológica de 2005 demuestra que 17% de las playas no se encuentran aptas para el uso recreativo. Un tercio del territorio está formado por bosque y selva, y se desforestan 700.000 hectáreas por año, lo que ha provocado, junto con los incendios y el cambio en el uso del suelo, que solamente se conserve 55% de las selvas originales (66).

Salud oral

Los resultados de la Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental (1997–2001) realizada a una muestra de 123.293 escolares, indicó un índice CPOD-D (dientes cariados, perdidos, obturados) por debajo de 3 a los 12 años de edad. Se encontraron más dientes cariados (76%), seguidos de dientes obturados (20%) y perdidos (1,6%). La prevalencia de caries dental a los 12 años de edad fue de 58%. Se está implementando el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Patologías Bucles (SIVEPAB), que permite conocer de manera confiable y oportuna el comportamiento de las diferentes enfermedades bucales, incluyendo la fluorosis dental.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

El Plan Nacional de Desarrollo 2001–2006 es el principal instrumento de planeación del Gobierno Federal. El Programa Nacional de Salud (PNS) 2001–2006 está derivado del Plan Nacional de Desarrollo y se basa en cuatro premisas principales: 1) la buena salud es uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para alcanzar una auténtica igualdad de oportunidades; 2) la salud, junto con la educación, es el componente central del capital humano; 3) la salud tiene un potencial estratégico y debe ser considerada como un objetivo social, por lo que se requiere complementar las políticas de salud con políticas saludables, y 4) la protección de la salud es un valor compartido por todas las sociedades, los sistemas ideológicos y todas las organizaciones políticas. La buena salud es pues un valor que puede fortalecer el tejido de la sociedad. Los retos que se propone el PNS son alcanzar equidad, calidad técnica y de trato, y establecer un sistema de protección financiera en salud (43).

Las autoridades nacionales no han explicitado una política de contención de costos y han enfocado los recursos del sector en el fortalecimiento de los programas de prevención, cuyo objetivo es brindar una mejor calidad de vida a la población, entre ellos el Programa Arranque Parejo en la Vida (APV). Este programa tiene como objetivo atender a niños y niñas menores de 2 años y a mujeres durante el embarazo, parto y puerperio a fin de abatir la mortalidad materna, neonatal e infantil. El Programa de “Atención a la Mujer Embarazada” (AME) fortalece la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

La prestación de servicios de salud de la SSA se descentralizó en dos etapas; una primera en la década de los ochenta y la segunda en la de los noventa. Ambos procesos se dieron como respuesta a la percepción de un sistema burocrático y centralizado en el diseño y la aplicación de políticas de salud. Además se comprobó una ineficiente asignación de los recursos a los estados, y una débil coordinación entre prestadores de servicios de salud a población no asegurada. La descentralización implicó una división más clara de responsabilidades entre autoridades federales y estatales. Las autoridades federales son responsables de establecer los objetivos de la atención a la salud, definir el marco legal para el funcionamiento general del sistema, asegurar la coordinación y la planeación y dar seguimiento a los resultados. Por su parte, las Secretarías Estatales de Salud (SESA) cuentan con amplia flexibilidad operativa y son responsables de legislar sobre la organización y operación de los servicios de salud para la población no asegurada. La coordinación entre autoridad federal y estatal se lleva a cabo a través del Consejo Nacional de Salud (CNS), el cual está integrado por los secretarios de salud de cada estado y es presidido por el secretario federal. El CNS ha desempeñado un papel importante en el fortalecimiento y el logro de una mejor coordinación entre las SESA (67).

El IMSS por su parte también descentralizó sus operaciones y las reformas tendieron a transferir las decisiones administrativas cotidianas a los prestadores de servicios, aunque la administración y control del sistema siguen a cargo de las autoridades centrales. Actualmente el IMSS se divide en 35 delegaciones encuadradas en cuatro regiones, que son responsables de la planeación estratégica y control de las actividades (68).

El sistema de salud en México se concentra básicamente en dos leyes generales actualizadas continuamente por el Estado: la Ley General de Salud y la Ley del Seguro Social. El 1 de enero de 2004 la reforma a la Ley General de Salud creó el Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SPSS), el cual ofrece a todos los mexicanos no asegurados acceso a servicios de salud. También en 2004 se firmó un convenio con la industria tabacalera para apoyar al SPSS a través del Fondo de Gastos Catastróficos. En 2002 se creó la Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), la cual unifica y homogeniza la política de salud en esta materia, con autonomía técnica, administrativa y operativa para la regulación, el control y el fomento sanitarios en materia de establecimientos de salud, de disposición de órganos, tejidos, células de seres humanos y sus componentes, de disposición de sangre, medicamentos, sustancias tóxicas o peligrosas para la salud, estupefacientes y psicotrópicos, productos biotecnológicos, materias primas y aditivos, así como los establecimientos dedicados al proceso o almacenamiento de estos, fuentes de radiación ionizante para uso médico, efectos nocivos de los factores ambientales en la salud humana, sanidad internacional y en general, los requisitos de condición sanitaria que deben cubrir los procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios o actividades relacionados con las materias anteriormente descritas (69).

Estrategias y programas de salud

El Programa Nacional de Salud 2001–2006 integra los distintos esfuerzos para: i) generar condiciones e intervenciones para incidir de manera efectiva en los determinantes de la salud; ii) lograr mejores niveles de salud y bienestar de la población, y iii) fomentar la incorporación de salud en los planes y programas nacionales de desarrollo. Estas premisas se despliegan en 10 prioridades que abarcan las principales estrategias de salud. Estas son (43): 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; 7) fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud; 8) avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS); 9) ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención, y 10) fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.

El 1 de enero del 2004 se aprobó la reforma a la Ley General de Salud, la cual da sustento jurídico al SPSS. El SPSS, con base en su instrumento operativo fundamental, el Seguro Popular, brinda protección financiera a la población que carece de seguridad social en materia de salud, incorporándola a un esquema con criterios de aseguramiento público.

La cobertura del Seguro Popular llegó en 2004 a 1,6 millones de familias. Se estimó que la afiliación para 2005 avanzó a 3,6 millones de familias en las 32 entidades federativas o más de 12 millones de personas. En el Seguro Popular, 40% de las familias afiliadas pertenecen al Programa Oportunidades, 75% son familias encabezadas por mujeres y 93% están exentas de toda cuota. El Seguro Popular ofrece actualmente 154 intervenciones de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Para el ejercicio 2005, el SPSS contó con un presupuesto inicial de \$ 8.595,7 millones (equivalente a US\$ 771 millones), 86,5% mayor en términos reales que el presupuesto de 2004.

En febrero de 2006 se inició el Sistema de Seguridad Social Popular (SISSP) (70), cuyo articulador es el Consejo Nacional de Protección Social, y que garantiza servicios de atención médica, pensiones y jubilación, y vivienda a la población más pobre y se considera un mecanismo de equidad y combate efectivo a la marginación. El SISSP funciona como un organismo intersecretarial encabezado por el Presidente de la República. Este nuevo sistema de seguridad social ofrece a la población beneficiaria un Sistema de Ahorro para el Retiro, a través del Programa Oportunidades, subsidios de vivienda otorgados por la Comisión Nacional de Fomento, y servicios médicos proporcionados por el Seguro Popular.

Organización del sistema de salud

El sistema de salud mexicano se caracteriza por su segmentación, tanto en el financiamiento como en el acceso a los servicios. Esta falta de integración institucional es fuente de desigualdades en los beneficios que recibe la población, ya que los distintos prestadores reciben diferentes presupuestos y tienen capacidades de atención y calidad desiguales.

El sector público se caracteriza por la presencia de varios aseguradores y prestadores de servicios integrados de manera vertical, que atienden a distintos tipos de población, mantienen poco contacto entre sí y que difieren en el tipo de financiamiento y en la organización de la prestación de los servicios; esto último es causa de ineficiencias en el ejercicio del gasto público. También se cuenta con un amplio sector privado lucrativo de servicios de salud; las personas con capacidad de pago pueden hacer uso de estos servicios, pagando al recibirlos (43).

En 2005 las instituciones de seguridad social cubrían a 55 millones de trabajadores asalariados del sector formal, lo que representa una disminución de 2,56% con respecto a 2000, debido a una variación en la tasa de desempleo en el período de 2,2% en 2000 a 3,75% en 2005.

El IMSS es el mayor asegurador con 44,5 millones de asegurados, seguido del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con 10,6 millones. Le siguen Petróleos Mexicanos (PEMEX) con 700.000 personas aseguradas y las Fuerzas Armadas, la Secretaría de Marina y varios seguros para trabajadores estatales 600.000. Adicionalmente el IMSS también ofrece un seguro de salud familiar para personas con capacidad de pago que desean adquirirlo, mediante el pago de una cuota anual.

Los trabajadores informales, la población rural no asegurada y los desempleados sumaron 45 millones en 2005. Estos son atendidos por la SSA y las SESA, que comprenden hospitales y clínicas públicas. Existen grandes diferencias entre estados en términos de disponibilidad de recursos per cápita para prestar servicios de salud y problemas de acceso en las zonas rurales.

También existen instituciones privadas no lucrativas, como la Cruz Roja Mexicana y numerosas organizaciones no gubernamentales (ONG), que brindan atención médica con poco peso en los servicios integrales de salud, pero con un importante papel en temas como el VIH/sida y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Servicios de salud pública

La principal estrategia para abordar problemas de salud, educación y alimentación en las áreas rurales es el Programa Oportunidades, que incluye intervenciones integrales de mejoramiento de la salud y nutrición de la familia, con especial énfasis en los grupos vulnerables, y proporciona de manera gratuita un paquete esencial de servicios de salud (71).

Paralelamente, los Programas Nacionales de Salud, de Ambiente y de Desarrollo Social plantean líneas de trabajo que convergen en la promoción de un desarrollo sostenible con entornos más saludables y el desarrollo de planes de acción que ayuden a superar rezagos y desigualdades en este campo.

Desde 1999, la Red Toxicológica Mexicana (RETOMEX) para el registro nacional de intoxicaciones y la vigilancia epidemiológica de riesgos ambientales sobre la salud está funcionando con la colaboración técnica de la OPS/OMS. Se requiere mejor articulación entre los actores nacionales y estatales para su consolidación.

México tiene una participación activa en diversos mercados alimentarios del mundo, especialmente los de EUA y Canadá en el marco del Tratado de Libre Comercio (TLC). Los esfuerzos de los últimos años se han orientado a fortalecer la normatividad vigente y la interacción entre los sectores de salud y agricultura, para atender en forma integral los requerimientos de inocuidad de los alimentos desde la producción primaria, importación/exportación de los mismos y hasta el consumo, reconociéndose la necesidad de aumentar la producción limpia de alimentos para satisfacer las necesidades de consumo y aprovechar las oportuni-

dades del mercado internacional, en el marco de los acuerdos comerciales que el país ha firmado.

En el tema de la inocuidad de los alimentos, la tendencia de la normatividad sanitaria plantea como prioridad de acción contribuir a la prevención y control de enfermedades transmitidas por alimentos, incluyendo la producción de alimentos inocuos. Con base en esta realidad, varias secretarías de estado, gobiernos estatales y municipales, así como organizaciones de la sociedad civil, convergen en la aplicación de programas y acciones diversas, mayormente enfocadas a atender las carencias y el déficit nutricionales en cuatro áreas principales: la producción de alimentos, la promoción de mejores hábitos alimentarios, la vigilancia de la nutrición y la dotación complementaria de alimentos y micronutrientes para grupos específicos de población. Sin embargo, se requiere mayor articulación entre los programas y acciones desarrolladas por las instituciones y los gobiernos subnacionales y existen duplicidades o vacíos que es importante corregir para lograr mayor eficacia e impacto.

Se ha logrado el ODM de reducir en 50% la carencia de agua en las viviendas: el acceso de agua entubada en la vivienda o dentro del predio aumentó de 75,4% en 1990 a 89,5% en 2004, pero existen importantes brechas entre los estados (70,5% en Guerrero y 98,7% en Veracruz, Aguascalientes) y a nivel rural la cobertura llega a 70,5% (72). El 89,4% de la población cuenta con drenaje y servicios sanitarios, pero con variaciones importantes: en Guerrero solamente 64,7% y en el Distrito Federal 99,6%. El 95,0% de la población del país tiene servicios de energía eléctrica y 14,5% tiene el piso de tierra en la vivienda. Este último indicador es 40% en Chiapas, Oaxaca y Guerrero (22).

En cuanto a la preparación en caso de desastres, se estimó que en 2006 habría 30 huracanes, cinco de los cuales podrían ser muy intensos, por lo que se planearon 27.000 albergues y la disponibilidad de 30.000 brigadistas a nivel nacional. Un alto grado de participación ciudadana demuestra la madurez de la población y sus instituciones de protección civil. Todos estos fenómenos son constantemente monitoreados por el sistema nacional de protección civil. Cuando los municipios son afectados por algún desastre natural que supera su capacidad de respuesta, se activa el Fondo de Desastres Naturales (FONDEM), para la atención de los efectos no previsibles (73).

En el 2003 se creó el Comité Nacional para la Seguridad en Salud, máxima instancia nacional que tiene como función principal ejecutar acciones de prevención ante urgencias epidemiológicas y desastres que comprenden: aquellos de carácter hospitalario; como consecuencia de bioterrorismo; los producidos por desastres naturales; por brotes de enfermedades infecciosas; o brotes por exposición a otros agentes (74). La Dirección de Urgencias Epidemiológicas y Desastres de la SSA coordina con todas las instituciones que intervienen en la respuesta y mitigación de los desastres naturales (Sistema Nacional de Protección Civil, la Seguridad Social, Cruz Roja Mexicana, Agencias del Sis-

tema de Naciones Unidas, órganos de Defensa Nacional y organizaciones no gubernamentales).

La SSA, a través del Comité Nacional para la Seguridad en Salud, tiene establecido un plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de influenza, que tiene como principal objetivo reducir al máximo el impacto negativo en la salud de la población. El plan de prevención asegura la coordinación entre las diferentes instituciones del país y con los niveles estatales y jurisdiccionales, asegurando la protección al personal de salud para una respuesta rápida y eficaz. Ante la eventualidad de la pandemia, se están fortaleciendo los sistemas de vigilancia epidemiológica y la red de laboratorios en salud pública, e identificando a grupos prioritarios de la población donde se concentrarían las actividades de vacunación y medicación con antivirales, para lo cual se dispuso de la compra y reserva estratégica de medicamentos e insumos. El plan está articulado con planes de trabajo conjunto entre los países de la Región (75).

Servicios de atención a las personas

Actualmente el Sistema Nacional de Salud cuenta con tres niveles de servicios personales de salud. El primer nivel lleva a cabo acciones principalmente encaminadas a la promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria a la morbilidad más frecuente brindada por médicos generales y personal de enfermería, con el apoyo de la comunidad. La característica principal del segundo nivel de atención es el área de atención ambulatoria y hospitalización, así como de urgencias. Brinda atención de las especialidades básicas en hospitales generales o de especialidad y cuenta con servicios de apoyo diagnóstico de imaginología y laboratorio. La atención que se brinda en el tercer nivel es especializada, de mayor complejidad y aunada a actividades de investigación clínica y básica y en este grupo se encuentran los 12 Institutos Nacionales de Salud.

Existen más de 4.000 hospitales en México (o un hospital cada 100.000 habitantes) (76, 77) y 1.047 pertenecen al sector público (86,8% son generales y 13,2% de especialidad).

En 2004 se contó con 19.695 unidades de salud, 80,8% para la SSA, IMMS y Programa Oportunidades y 19,2% para la población asegurada. Del total de unidades de salud, 94,31% corresponden a consulta externa y 5,69% a hospitalización (78).

El número de consultas externas en las instituciones públicas otorgadas a la población asegurada y no asegurada ha aumentado de 231 millones en 2000 a 250 millones en 2004. El 54,18% de las consultas fue para la población asegurada y 45,82% para la población no asegurada, y la mayor cantidad de consultas fue para el IMSS (41,19%), seguido de la SSA (38,56%), el ISSSTE (9,26%) y el IMSS-Oportunidades, PEMEX, SEDENA y SEMAR (10,99% restante).

En 2004 se otorgaron 37,7 millones de consultas de especialidad en las instituciones del Sistema Nacional. El Distrito Federal

es la entidad con mayor cantidad de consultas en ambos tipos y los estados de Tlaxcala y Baja California Sur en último lugar. Con relación al año 2000, las consultas de urgencias se han incrementado en 1,2% (25,5 millones) en 2004 y las de odontología en 6,3% (12,7 millones) (79).

En 2004 se registraron 3 millones de intervenciones quirúrgicas, 2,7% más que en 2003. Los partos se mantienen en una cifra similar desde 2002, cercana a un millón. En 2004 los egresos hospitalarios y días-paciente sumaron 4.719 y 20.613 respectivamente.

En 2004 se contaba con 77.705 camas censables, 54.113 consultorios y 2.626 quirófanos y se contaba con 2.085 laboratorios de análisis clínicos y 1.888 gabinetes de radiología (80). El mayor porcentaje de camas censables se encuentra en el sector público en los hospitales de los SESA, seguido por el IMSS y en menor porcentaje PEMEX. A nivel estatal, el Estado de Durango presenta la mayor disponibilidad de camas totales para la población que atiende la SSA y la menor disponibilidad se encuentra en Baja California Sur, con menos de una cama por cada 2.000 habitantes. El Distrito Federal tiene la mayor disponibilidad de camas censables y de camas totales y el estado de México la menor (28, 77).

En 2004 el Programa Arranque Parejo en la Vida brindó 11 millones de consultas de planificación familiar, 69,36% para la población no asegurada y 28,37% para la asegurada. Estas acciones permitieron que 10.352 usuarias permanecieran activas en el uso de métodos de planificación familiar y fomentaron que 2,2 millones de usuarias fueran de nuevo ingreso (78).

En 2004 se efectuaron un total de 257.039.893 estudios de laboratorio clínico (87,82%), de radiología (7,68%), otros estudios (2,83%) y anatomía patológica (1,67%) (81). En 2004, los Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) otorgaron 2,5 millones de sesiones de terapia de rehabilitación, 1.101.312 consultas y 32.463 ayudas funcionales (prótesis).

Los bancos de sangre integran una red encabezada por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, que cuenta con 31 centros estatales y en total engloba a 598 bancos de sangre, los cuales reciben al año 1,3 millones de donaciones. El 96% fueron donaciones de reposición y 4% donaciones altruistas, las que aumentaron 3,87% respecto a 2003 (82). En 2005 se logró reducir el contagio de VIH/sida asociado a las transfusiones sanguíneas.

En 2003 se instauró el Banco de Sangre de Cordón Umbilical, que se encarga de la captación, procesamiento, estudio, almacenamiento, selección y liberación de las células progenitoras hematopoyéticas para trasplante alogénico y/o autólogo obtenidas a partir de la sangre del cordón umbilical.

Los servicios médicos, ambulatorios, hospitalarios y urgencias y especializados han aumentado su número de unidades, recursos materiales y financiamiento, con un impacto positivo directo en la cantidad de servicios brindados, como consultas, estudios, donaciones, número de inmunizaciones y facilidades para las entidades federativas. También ha permitido la creación de pro-

gramas dirigidos a la prevención, detección y tratamiento oportuno, principalmente a los grupos vulnerables.

México ha legalizado la práctica de la medicina tradicional a partir de 2005 y la define como: “El conjunto de sistemas de atención a la salud que tiene sus raíces en conocimientos profundos sobre la salud y la enfermedad que los diferentes pueblos indígenas y rurales han acumulado a través de su historia, fundamentados en una interpretación del mundo, de la salud y enfermedad de origen indígena prehispánico, que ha incorporado elementos provenientes de otras culturas, como la medicina antigua española, la medicina africana y de la medicina occidental institucional” (83). Se destaca el alto número de terapeutas como parteras, curanderos, hueseros y hierberos, así como su variada flora curativa. La medicina tradicional tiene el reconocimiento social que la convierte en un recurso fundamental para la salud de millones de personas. La dependencia de la tradición oral, la depredación de áreas naturales en las que obtiene gran parte de sus recursos, la exposición a la biopiratería y a la explotación de los saberes tradicionales son problemas que afectan la práctica y el desarrollo de la medicina tradicional. En Puebla, Chiapas y Oaxaca se orienta la atención médica hospitalaria con una estrategia de atención mixta, combinando medicina alópata y tradicional con incorporación de un enfoque intercultural en la atención a la salud.

Promoción de la salud

Durante 2004, en 29 entidades federativas, 466 organizaciones civiles constituidas como Avales Ciudadanos apoyaron la mejora de la calidad en la prestación de los servicios de salud. Los avales ciudadanos son organizaciones de la sociedad civil que, sin más compromiso que servir, reciben capacitación y avalan o no los resultados de los indicadores de trato digno en centros de salud y en hospitales (84). El programa tiene como objetivo vincular a la población en el proceso de evaluación de la calidad de los servicios de salud a través de su participación activa, avalando los procesos y resultados de monitoreo de indicadores de trato digno en los servicios médicos, lo que contribuye a dar transparencia y confiabilidad a la sociedad (85).

La SSA coordina las campañas de promoción de la salud, que tienen al movimiento de municipios por la salud como uno de sus ejes más relevantes. En 2004 un total de 1.794 municipios estaban incorporados a este movimiento e integrados en una red nacional y 30 redes estatales.

Suministros de salud

El gobierno federal y los gobiernos estatales y la seguridad social destinan fondos para la adquisición de fármacos para los pacientes del sector público incluidos en el cuadro básico establecido del Consejo de Salubridad General. El catálogo está constituido por 776 medicamentos genéricos que se han determinado como eficaces, seguros, de calidad y accesibles. La oferta

de estos productos está dominada por empresas nacionales y representan 80% de las adquisiciones públicas, y el volumen de ventas en el mercado privado representa 20%. En el sector público el IMSS y el ISSSTE representan 80,3% y 14,2% respectivamente de la adquisición pública de fármacos, y los sistemas federales y estatales representan 5,4%. El sector público solo debe adquirir medicamentos que se incluyen en la lista de genéricos intercambiables bioequivalentes (86).

Se ha establecido un marco regulativo y un padrón de medicamentos para garantizar que los productores cumplan con las normas de eficacia, seguridad y calidad. Coexisten dos tipos de medicamentos genéricos: intercambiables (GI), que incluyen aquellos productos donde la “sustituibilidad” o posibilidad de sustitución está demostrada por un conjunto de pruebas clínicas, y los llamados “productos copia”, que incluyen medicamentos que carecen de pruebas de seguridad y eficacia.

A fin de estimular el mercado de los genéricos intercambiables, el Consejo de Salubridad General exige desde 2002 que todas las instituciones públicas de salud adquieran medicamentos GI, cuando estén disponibles en el mercado mexicano en lugar de productos “copia”. A partir de esta decisión, la inclusión de fármacos en los GI ha aumentado de 963 a 2.606 productos.

Recursos humanos

México cuenta con 78 escuelas de medicina, de las cuales 54 forman parte de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM). En 2003, la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) registró 36 programas de postgrado de Salud Pública (87). Entre 2000 y 2002 los ingresos en enfermería aumentaron 21,1% y los ingresos a medicina 26,3%.

Los recursos humanos médicos y de enfermería son empleados fundamentalmente como trabajadores asalariados en todas las instituciones públicas, lo que no favorece la eficiencia. Por otra parte, una gran proporción de médicos ejerce la práctica privada sustentada por pago de bolsillo.

Los recursos humanos en salud que trabajan en el sector público se distribuyen de la siguiente forma: el personal médico suma 143.605, de los cuales 85% tiene contacto directo con el paciente y de estos 45% trabaja en los servicios a población abierta y 55% en la seguridad social. Las enfermeras suman 192.828, con 43% que trabaja en los servicios a población abierta y 57% en la seguridad social (88).

En los últimos 10 años aumentaron los profesionales y técnicos de la salud contratados por las instituciones públicas; el número de médicos pasó de 0,3 por 1.000 habitantes en 1993 a 1,20 en 1997 y a 1,14 en el 2002 (89), cifra inferior al promedio de América Latina, que en 2000 era de 1,79 por 1.000 habitantes.

La distribución de los recursos humanos es desigual en los distintos estados. En el DF sobrepasa 2,5 por 1.000 habitantes, mien-

tras que en los estados de San Luis Potosí, Chihuahua, Michoacán, Oaxaca, Guanajuato, Baja California Sur, Puebla, Chiapas y de México no alcanzan 1,0 por 1.000 habitantes. Casi 45% de los médicos a nivel nacional son especialistas y en varios estados más de 50% de los médicos lo son. La SSA es la institución con mayor número de médicos contratados (56.113), seguida por el IMSS (55.842), el ISSSTE (15.574) y el IMSS-Oportunidades (5.541). Las instituciones de educación superior, públicas y privadas, definen de manera poco coordinada y sin mayor planificación sus políticas de formación, inclusive los contenidos y prácticas de formación y por ende, el perfil de sus egresados (90). El personal de enfermería sobrepasa los 190.000 efectivos: el IMSS contrata la mayor cantidad (79.715), seguido por la SSA (74.475), el ISSSTE (19.899) y el IMSS-Oportunidades (6.847) (91).

Las mujeres son mayoría en la fuerza de trabajo que participa en la prestación de servicios de salud. La profesión médica incorpora crecientemente a las mujeres, quienes han pasado de representar 19% de los médicos en 1970 a ser la mitad de los egresados en 1999. Sin embargo los médicos titulados hombres son el doble que las mujeres. La enfermería se encuentra casi totalmente dominada por las mujeres (95%). El 64% de las enfermeras son de nivel técnico, 34% de nivel licenciatura y 2% tienen nivel de postgrado (92).

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

La convocatoria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) del segundo semestre del 2005 lista las siguientes demandas específicas en investigación en salud: cáncer de mama, desarrollo de sistemas de salud, hipertensión arterial, infecciones emergentes (tuberculosis y VIH/sida), insuficiencia renal crónica, y obesidad (93).

El porcentaje de investigadores incorporados al Sistema Nacional de Investigadores (SNI) creció en todos los Institutos Nacionales de Salud, los hospitales desconcentrados de la SSA y en el IMSS. En 2004 sobresalieron en su desempeño los Institutos Nacionales de Neurología y Neurocirugía, Enfermedades Respiratorias y Cardiología.

Ha habido avances en Telemedicina y se instalaron 1.025 centros de salud, con acceso a contenidos electrónicos e Internet (2005). En 18 unidades médicas en los estados de Puebla, Guerrero, Nuevo León y Oaxaca se cuenta con equipo profesional para la aplicación de la telemedicina y en ocho entidades federativas se proporcionan servicios de telemedicina y teleeducación (94).

El Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (CENETEC) ha desarrollado el Banco de Información de Tecnologías en Salud (BITS), que brinda información tecnológica en términos de eficacia, seguridad, costo-efectividad y normatividad para facilitar la toma de decisiones en la adquisición y utilización de equipo médico (95).

Gasto y financiamiento sectorial

Los servicios de salud están financiados por distintas fuentes. La seguridad social está financiada por cuotas obrero-patronales, y los servicios a población abierta por dos grandes fondos: los generados por el gobierno federal y los que provienen de las entidades federativas. El financiamiento privado proviene principalmente del gasto de bolsillo o por los seguros privados (96). En México se estima que solo 4% de la población cuenta con cobertura de seguros privados y la mitad de esos seguros son patrocinados por empleadores, quienes tienen la posibilidad de deducir el costo de las primas de su ingreso gravable. Los compradores de seguros privados pertenecen fundamentalmente al segmento de la población de altos ingresos.

El sector salud se caracteriza por su nivel relativamente bajo de gasto público, encontrándose todavía por debajo del promedio latinoamericano, de 7% del PIB, equivalente a \$ 76.455,9 millones 2005 (US\$ 6.863 millones). No obstante, en los últimos años el gasto en salud aumentó de 5,6% del PIB en 2000 a 6,3% en 2004, para una tasa de crecimiento de 13% (28).

Del total del gasto público, 37,2% fue ejercido por las instituciones que cubren a población no asegurada, a través de la SSA y de los Institutos de Salud en las entidades federativas, que reciben recursos del Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud (FASSA); el restante 62,8% lo erogaron las instituciones que dan atención a población asegurada, como la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), PEMEX, IMSS e ISSSTE, así como la Secretaría de Marina.

Cooperación técnica y financiera en salud

En 2000, México suscribió con otros 189 países la Declaración del Milenio, que implica el compromiso de generar e impulsar programas y acciones regionales y locales encaminadas a erradicar la pobreza y el hambre, mejorar la educación, la equidad de género, el sostenimiento ambiental, incrementar la salud y fomentar una asociación global para el desarrollo (34).

En el trabajo de cooperación técnica y para los próximos cinco años, se han definido cinco áreas (que contienen 18 prioridades y 45 líneas de acción). Esta propuesta de elementos ordenadores del trabajo se estableció con base en la realidad identificada a lo largo del ejercicio de Estrategia de Cooperación en el País (ECP/CCS).

El Banco Mundial tiene activo el proyecto Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud con un monto original de US\$ 350 millones (97). Con este programa se promueve la equidad en el acceso a los servicios de salud en áreas rurales y urbanas subatendidas; se aumenta el acceso y la calidad de los servicios de salud para las poblaciones indígenas y las personas con menores índices de bienestar; se respalda el desarrollo institucional y se desarrollan modelos innovadores de atención y salud preventiva para poblaciones vulnerables.

Referencias

1. México, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Producto nacional bruto per cápita, países seleccionados, 2005. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=inte12&c=5110>.
2. México, Consejo Nacional de Población. En base a la información del Banco de México. Disponible en: <http://www.banxico.org.mx>.
3. México, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Disponible en: www.inegi.gob.mx.
4. México, Comisión para Asuntos de la Frontera Norte. Programa de Desarrollo Regional 2001–2006. Disponible en: <http://fronteranorte.presidencia.gob.mx>.
5. México, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Sistema de Cuentas Nacionales de México. Disponible en: www.inegi.gob.mx.
6. México, Secretaría de Desarrollo Social; agosto 2002. Disponible en: <http://www.sedesol.gob.mx/ofsec/prensa/index.htm>.
7. México, Secretaría de Desarrollo Social. Disponible en: www.oportunidades.gob.mx.
8. Székely M. Veinte años de desigualdad en México. En: Cuadernos de Desarrollo Humano. Secretaría de Desarrollo Social; 2005.
9. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD Factbook 2006. Economic, environmental and social statistics. OECD; 2006.
10. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Índice de desarrollo humano 2005. Disponible en: <http://hdr.undp.org/reports/global/2005/espanol/>.
11. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre el desarrollo humano. México; 2004.
12. México, Consejo Nacional de Población. Índice de marginación; 2000. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx>.
13. Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos en México. Diagnóstico de la situación de los derechos humanos en México; 2003.
14. Cervallas D. El narcotráfico se ensaña y acalla. Tierra Viva América Latina; 10 de febrero de 2006. Disponible en: <http://www.ipsterraviva.net/LA/viewstory.asp?idnews=413>.
15. México, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda, México, DF; 2000.
16. México, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Cartografía de usos de suelo y vegetación. Serie II y III. Disponible en: www.inegi.gob.mx.
17. México, Secretaría de Salud. Estadísticas. Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx/htdocs/estadisticas>.
18. México, Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la población de México 2000–2050. Primera edición. CONAPO; 2002.
19. México, Consejo Nacional de Población. 11 de julio, Día Mundial de la Población. México, DF; 2004.
20. México, Secretaría de Salud. Programa de Acción: programa de atención a la salud de la adolescencia; 2002.
21. México, Consejo Nacional de Población. Informe de ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. 1994–2003. México, DF: CONAPO; 2004.
22. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos de salud 2004. En base al XII Censo General de Población y Vivienda 2000. OPS; SSA.
23. United States of America, Embassy in Mexico. The foreign-born population in the United States; March 1997. Disponible en: <http://www.usembassy-mexico.gov/ecensus.pdf>.
24. United States of America, Census Bureau. Data profiles; 2002.
25. México, Secretaría de Salud, Dirección General de Información.
26. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos. Washington, DC: OPS; 2005.
27. Organización Panamericana de la Salud. Estadísticas de salud de las Américas; 2006.
28. México, Secretaría de Salud. Salud: México 2004. Informe para la rendición de cuentas. México, DF: SSA; 2005. Disponible en: www.salud.gob.mx.
29. México, Secretaría de Salud, Dirección General de Información. Tablas de mortalidad; 2004.
30. México, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca; 2006.
31. México, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Estadísticas de mortalidad. Porcentaje de defunciones de 5 a 14 años por sexo y principales causas 1990–2004. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/>.
32. México, Secretaría de Salud, Dirección General Adjunta de Epidemiología. Anuarios de morbilidad 2004. Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/infoepi/index.htm>.
33. México, Secretaría de Salud, Dirección General de Información. Lista 165. [Cálculos a partir de cubos de mortalidad de la Organización Panamericana de la Salud-México]. Disponible en: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>.
34. México, Gobierno de la República. Los objetivos de desarrollo del milenio en México. Informe de avance; 2005.
35. México, Secretaría de Salud. Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas. México, DF: SSA; 2003.
36. Magally S. Pide CONAPO revisar programas de salud reproductiva. Alta mortalidad materna entre mujeres jóvenes. CIMAC Noticias. México, DF; 28 de marzo de 2005. Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com/noticias/05mar/05032801.html>.
37. México, Consejo Nacional de Población. El impacto de la transición demográfica en los hogares y las familias. Dispo-

- nible en: http://www.conapo.gob.mx/prensa/carpetas/carpeta2002_11.htm.
38. México, Consejo Nacional de Población. 4 de cada 10 de los hogares son vulnerables. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/prensa/carpetas/carpeta/marzo_03_2002_11.htm
 39. México, Secretaría de Salud, Programa de Mujer y Salud. Violencia familiar. México, DF; 2002.
 40. México, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. México, DF; 2003.
 41. Organización Internacional de Trabajo. Perfil nacional de seguridad y salud en el trabajo. [Documento no publicado]; 2006.
 42. México, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Dirección General de Seguridad y Salud en el Trabajo.
 43. México, Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001–2006.
 44. Programa Nacional de los Pueblos Indígenas, 2001–2006. Disponible en: <http://indigenas.presidencia.gob.mx>.
 45. México, Consejo Nacional de Población. Concepto y dimensiones de la marginación. En: Índices de marginación 2000. CONAPO; 2000: 11.
 46. México, Secretaría de Salud, Programa de Acción.
 47. Radio Nuevitás. Noticias internacionales. Disponible en: http://www.radionuevitás.co.cu/nuevas_noticias/Internacionales_150406_03.asp.
 48. Comisión para Asuntos de la Frontera Norte. XI Salud. Frontera Saludable 2001–2006. Disponible en: <http://fronteranorte.presidencia.gob.mx>.
 49. México, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA; Consejo Nacional contra las Adicciones. El consumo de drogas inyectadas y la epidemia de VIH/SIDA en México. CENSIDA; CONADIC; 2003.
 50. México, Secretaría de Salud, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica; 2004.
 51. México, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA; Secretaría de Salud. El SIDA en cifras 2005. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/conasida/>.
 52. México, Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Registro nacional de casos de SIDA. Datos al 31 de diciembre del 2005.
 53. México, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA; Secretaría de Salud. Dos décadas de la epidemia de SIDA en México. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/conasida/>.
 54. México, Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. Principales causas de mortalidad 2004. SSA; SINAIS.
 55. México, CONASIDA, Comité de Monitoreo y Evaluación. Boletín del grupo de información sectorial de VIH/SIDA; diciembre 2004.
 56. México, Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología.
 57. México, Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; 2003.
 58. México, Secretaría de Salud, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica; 2004.
 59. México, Secretaría de Salud, Dirección General Adjunta de Epidemiología; 2000 y 2005.
 60. México, Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2000. Vol 2. La salud en los adultos. 2003.
 61. México, Secretaría de Salud. Registro histopatológico de neoplasias malignas. Compendio de cáncer; 2003.
 62. México, Secretaría de Gobernación. El sismo de Tecomán, Colima.
 63. México, Mujeres de Juárez. Disponible en: <http://www.mujeresdejuarez.org>.
 64. México, Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2002.
 65. México, Secretaría del Medio Ambiente del GDF, Sistema de Monitoreo Atmosférico. Informe del estado de la calidad del aire y tendencias 2004.
 66. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Informe anual 2004.
 67. México, Secretaría de Salud, Consejo Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cns/>.
 68. México, Instituto Mexicano del Seguro Social. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx>.
 69. México, Secretaría de Salud, Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Disponible en: <http://www.cofepris.gob.mx/mj/mj.htm>.
 70. Comunicado de prensa N° 2006-103 del 22 de febrero de 2006. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/>.
 71. México, Secretaría de Desarrollo Social. Programa Institucional Oportunidades 2002–2006. México, DF; 2003.
 72. México, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Censo General de Población y Vivienda 1990 y 2000.
 73. México, Sistema Nacional de Protección Social. Disponible en: <http://www.proteccioncivil.gob.mx>.
 74. Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional para la Seguridad en Salud; 22 de septiembre de 2003.
 75. México, Secretaría de Salud. Plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de influenza, 2006. Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/pandemia/anexoa.pdf>.
 76. México, Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud; 2004.
 77. México, Secretaría de Salud. Observatorio del Desempeño Hospitalario; 2004.
 78. Quinto Informe de Gobierno del Presidente de los Estados Unidos Mexicanos Vicente Fox Quesada; 1 de septiembre de 2005. Disponible en: <http://quinto.informe.fox.presidencia.gob.mx/>.

79. México, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Consultas externas otorgadas en instituciones del Sistema Nacional de Salud según tipo de consulta, 1995 a 2005. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=msal26&c=6074>.
80. México, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Recursos materiales seleccionados en instituciones del Sistema Nacional de Salud, 1995 a 2005. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=msal26&c=6069>.
81. México, Sistema Nacional de Información en Salud. Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx>.
82. México, Secretaría de Salud. Datos sobre donaciones de sangre. Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx/unidades/cnts>.
83. México, Secretaría de Salud, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural.
84. México, Secretaría de Salud. Quinto informe de labores.
85. Hospital General de México. Información sobre el aval ciudadano. Disponible en: http://hgm.salud.gob.mx/Aval_Ciudad/pdf/acta_avalciu.pdf.
86. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Estudios sobre los sistemas de salud en México.
87. México, Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior. Anuario estadístico 2003. Población escolar de posgrado. Disponible en: http://www.anuies.mx/servicios/e_educacion/docs/pep_peeiep03.pdf.
88. México, Observatorio de Recursos Humanos para la Salud. Disponible en: <http://dgces.salud.gob.mx/observatorio/indexInv.html>.
89. México, Secretaría de Salud. Boletín de información estadística: recursos y servicios, 2002.
90. Ruiz JA, Molina J, Nigenda G. Médicos y mercado de trabajo en México. En: *Calidoscopio de la Salud*. México, DF: Fundación Mexicana para la Salud; 2003.
91. México, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática; Secretaría de Salud. Encuesta de unidades médicas privadas con servicios de hospitalización; 2002.
92. Ramírez MA, Méndez O, Nigenda G, Vargas MM. Recursos humanos en los servicios de salud: una perspectiva de género. Fundación Mexicana para la Salud; 2002. Disponible en: <http://www.funsalud.org.mx/casesalud/sintesis,%20etc/Recursos%20humanos.pdf>.
93. México, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Disponible en: http://www.conacyt.mx/fondos/ssaimss/2005-02/resultados_pertinencia-2.htm.
94. México, Instituto Nacional de Salud Pública. Elevar calidad de los servicios, prioridad de la reforma en salud. México, DF: Secretaría de Salud; 6 de marzo de 2006; Sección: Prensa. Disponible en: <http://www.insp.mx/Portal/Noticias/Marzo06/noticia080306.html>.
95. México, Secretaría de Salud, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Disponible en: http://www.salud.gob.mx:8080/JSPCenetec/web_consulta/html/institucion/terminos.html.
96. México, Secretaría de Salud. Manual del Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud en México. 2004.
97. Banco Mundial. Disponible en: <http://www.bancomundial.org.mx/bancomundial/SitioBM.nsf/vwCatProy/DC4D9605040A07306256E7E0068CB59?OpenDocument&pag=2.3&nivel=2>.

