

Salud para el desarrollo humano

La salud es una de las principales condiciones para el desarrollo y también uno de los indicadores asociados al crecimiento económico y la pobreza. Se estima que un tercio del crecimiento económico de México en el último cuarto del siglo XX es atribuible al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de mortalidad entre 1970 y 1995.¹ Por otra parte, la salud y la nutrición infantiles influyen de manera decisiva en la capacidad de desarrollo y la productividad del individuo, lo que afecta la percepción de ingresos en la edad adulta. Si a las carencias de salud se suma un escaso o nulo acceso a la educación formal, emerge lo que en la literatura económica se conoce como “la trampa de la pobreza”.²

La salud tiene importancia no sólo por su efecto en el crecimiento de los países, sino también por su impacto en la calidad de vida y el nivel de bienestar de las personas. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), propuestos por la Organización de las Naciones Unidas en el año 2000, incorporaron el fomento a la salud como parte integral del combate a la pobreza y la desigualdad, al fijar las siguientes metas: a) reducir a la mitad la proporción de la población que padece hambre; b) reducir en dos tercios la mortalidad de niños menores de cinco años; c) reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna; d) detener y reducir la propagación del VIH/sida; e) detener y reducir la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves, y f) reducir a la mitad el porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible a agua potable y servicios básicos de saneamiento.³

Más allá de estas metas, la disponibilidad y la calidad de los bienes públicos reflejan la importancia asignada a la creación de condiciones que mejoren la calidad de vida de la sociedad, y también son un indicador del grado de desarrollo de un país.⁴

En 2006 el gasto en salud en México fue equivalente a 6.5% del PIB; 3% fue gasto público y el resto gasto privado.⁵ La inversión en servicios de salud equitativos, eficientes y de buena calidad, tiene un impacto directo sobre el bienestar e influye positivamente sobre la actividad económica, ya que incrementa el capital humano, hace más eficientes las inversiones en educación, mejora la distribución del ingreso y eleva la productividad y la competitividad, lo que da lugar a una mayor igualdad de oportunidades. En contraste, el gasto ineficiente en salud reduce la productividad y la competitividad, genera desigualdad y pobreza, y crea un círculo vicioso que incide negativamente en la calidad de vida de la población.⁶

El presente capítulo examina los retos y acciones públicas en materia de salud y su importancia para la promoción del desarrollo humano en Michoacán.

LOS RETOS DE SALUD EN EL ESTADO

En México, con excepción de la tasa de mortalidad materna, la mayoría de los indicadores de los ODM muestran avances hacia las metas establecidas para el año 2015. Sin embargo, entre regiones y grupos socioeconómicos se observan rezagos

1 Mayer-Foulkes (2001), citado por CMMS (2006).

2 CMMS (2006). Las trampas de pobreza asociadas a deficiencias de salud ocurren porque los niños mal nutridos son más susceptibles de padecer enfermedades y tienen un menor desarrollo cognitivo, lo cual reproduce los bajos niveles de productividad e ingreso cuando llegan a la edad adulta. Lo anterior reproduce el mismo ciclo en la siguiente generación (Lustig, 2007).

3 ONU (2000).

4 CMMS (2006).

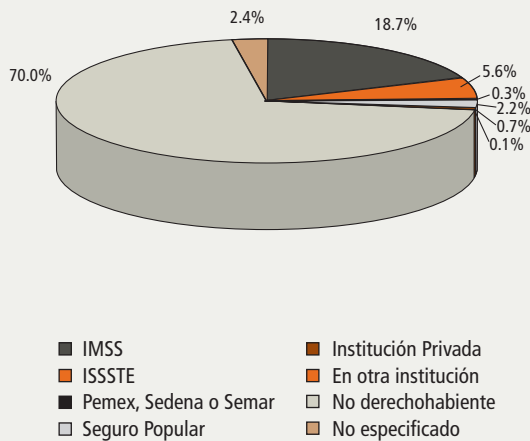
5 Ssa (2007a).

6 Ssa (2001).

Recuadro 2.1 Acceso a servicios de salud

En Michoacán, según datos del INEGI de 2005, poco más de 2.7 millones de habitantes no son derechohabientes, es decir, no tienen acceso a servicios de salud administrados por los diferentes órdenes de gobierno ni a seguros médicos de instituciones privadas, esto representa, como lo indica la gráfica, a 70% de la población. Estos datos contrastan con el hecho de que a nivel nacional ocurre a la inversa, es decir, 70% de la población es considerada como derechohabiente. Además, es importante mencionar que, en el estado, de entre los denominados derechohabientes, sólo el 2.5% tiene seguro médico privado.

Gráfica Porcentaje de la población según condición de derechohabencia. Michoacán, 2005



Fuente: INEGI (2006c y 2006d).

y desigualdades significativos en indicadores básicos de salud como las tasas de mortalidad infantil y materna. Lo anterior lleva a plantear la necesidad de cerrar esas enormes brechas a nivel estatal y municipal.⁷

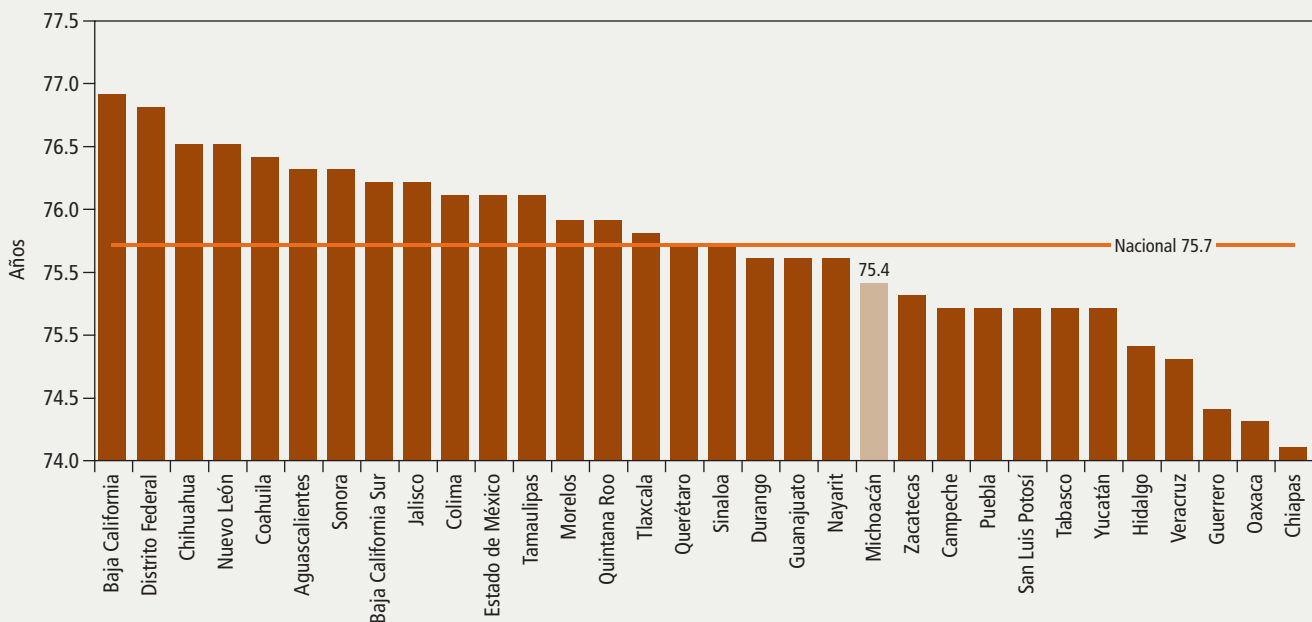
Al tener la salud un efecto directo sobre la productividad y el ingreso, y un efecto indirecto sobre el crecimiento a través del proceso de acumulación de capital humano, la desigualdad en salud entre grupos y regiones afecta de manera importante la productividad agregada y puede generar trampas de pobreza a nivel local.⁸ Así, la reducción de brechas tiene particular relevancia desde el punto de vista económico. Es fundamental, además de analizar el estado y la evolución de los indicadores de salud, diseñar esquemas de evaluación y monitoreo permanentes en la entidad, en las regiones y en los municipios, así como en los distintos grupos socioeconómicos, de tal manera que no sólo se reduzca la brecha de salud en la entidad, sino que ésta pueda escalar posiciones en las clasificaciones nacional e internacional.

A continuación se presenta la situación de la esperanza de vida, la mortalidad y la morbilidad en Michoacán, con datos que ilustran los rezagos y las desigualdades mencionados, los cuales requieren ser atendidos por las políticas públicas de salud, que se examinarán más adelante.

⁷ Lustig (2007).

⁸ CMMS (2006).

Gráfica 2.1 Esperanza de vida al nacer por entidad federativa, 2006



Fuente: Ssa (2007a).

Esperanza de vida

De acuerdo con el informe *Salud: México 2006*,⁹ la esperanza de vida al nacer (EVN) es un indicador que sintetiza distintos aspectos de la línea de vida de los individuos y del conjunto de la sociedad. Entre ellos destacan factores genéticos, sociales, económicos y culturales. La disminución de la mortalidad y de la fecundidad entre la población más joven desempeñan un papel determinante.

En 2007 la EVN de la población mundial fue de 68 años. La de las mujeres fue de 70 años y la de los hombres de 66. La expectativa más alta corresponde a América del Norte con 78 años, le siguen Europa y Oceanía con 75 años; América Latina y el Caribe, con 73; Asia con 68, y África con 53 años.¹⁰ En México este indicador alcanzó 76 años, cinco por debajo de Canadá, país con el nivel más alto, con 80 años. Por otro lado, al observar las diferencias por sexo encontramos que la EVN de los hombres es de 73 años, y de 78 para las mujeres, mientras que en aquel país la EVN de los varones es de 78 años y la de las mujeres de 83.¹¹

En el año 2000 se estimaba que la EVN en México era de 74 años; esto implica que en los últimos siete años se ha logrado incrementar en dos años. Entre 2000 y 2006 las entidades que más incrementaron su EVN fueron Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Hidalgo y Veracruz. Entre las de menor crecimiento se encuentran el Distrito Federal, Baja California y Nuevo León. Michoacán se ubicó en el lugar 12 de la clasificación nacional, con un incremento superior a 1.7 años.¹² Esto se explica porque los estados que reportan menores tasas de crecimiento en el periodo son aquellos donde la EVN es mayor, mientras que las entidades donde la EVM es menor son las que lograron mayores incrementos (ver gráfica 2.1).

Mortalidad

En 2007 la tasa de mortalidad, entendida como el número de defunciones por cada mil habitantes, fue de nueve a nivel mundial. La cifra más alta correspondió a África, con 14. Enseguida se encuentran: Europa, con 11, y Norteamérica, con ocho;¹³ Asia y Oceanía, con siete cada una, y América Latina y el Caribe fue la región con la tasa más baja: seis defunciones por cada mil habitantes.¹⁴

México tiene una tasa de mortalidad de cinco por cada mil habitantes, sólo por arriba de Emiratos Árabes Unidos y Qatar, que tienen una tasa de dos.¹⁵

9 Ssa (2007a).

10 Population Reference Bureau (2007).

11 Population Reference Bureau (2007).

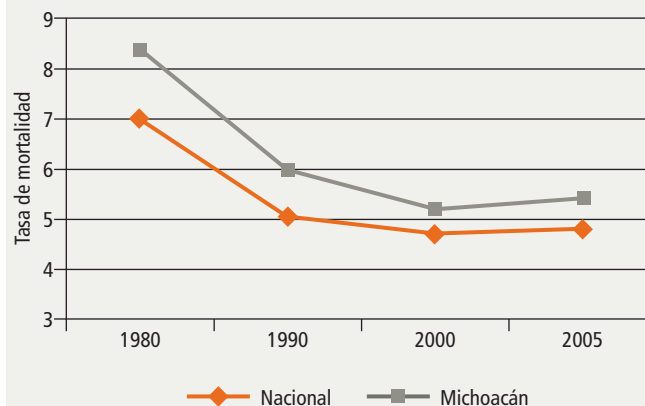
12 Ssa (2007a).

13 La natalidad en África es la más alta, con 38 por cada mil habitantes, mientras que Europa tiene 10 y Norteamérica 14.

14 Population Reference Bureau (2007).

15 La tasa de natalidad en México es de 21 por cada mil habitantes. En Emiratos Árabes Unidos y Qatar es de 17.

Gráfica 2.2 Tasas de mortalidad nacional y de Michoacán, 1980-2005



Fuente: Conapo (2006a).

Nota: Defunciones por cada 1,000 habitantes.

Entre 1980 y 2005, la tasa de mortalidad en Michoacán se ubicó por encima de la tasa nacional, aunque mostró un patrón de convergencia hacia esta última. En 1980 se reportaban en el estado 8.4 defunciones por cada mil habitantes. Para 2005 esta cifra disminuyó a 5.4 (ver gráfica 2.2).

En 2005 las principales causas de mortalidad en el estado fueron enfermedades del corazón, con una tasa de 76.5 por cada 100 mil habitantes; diabetes mellitus, 67.8; tumores malignos, 61.8, y enfermedad cerebrovascular, 26.9 (ver cuadro 2.1).

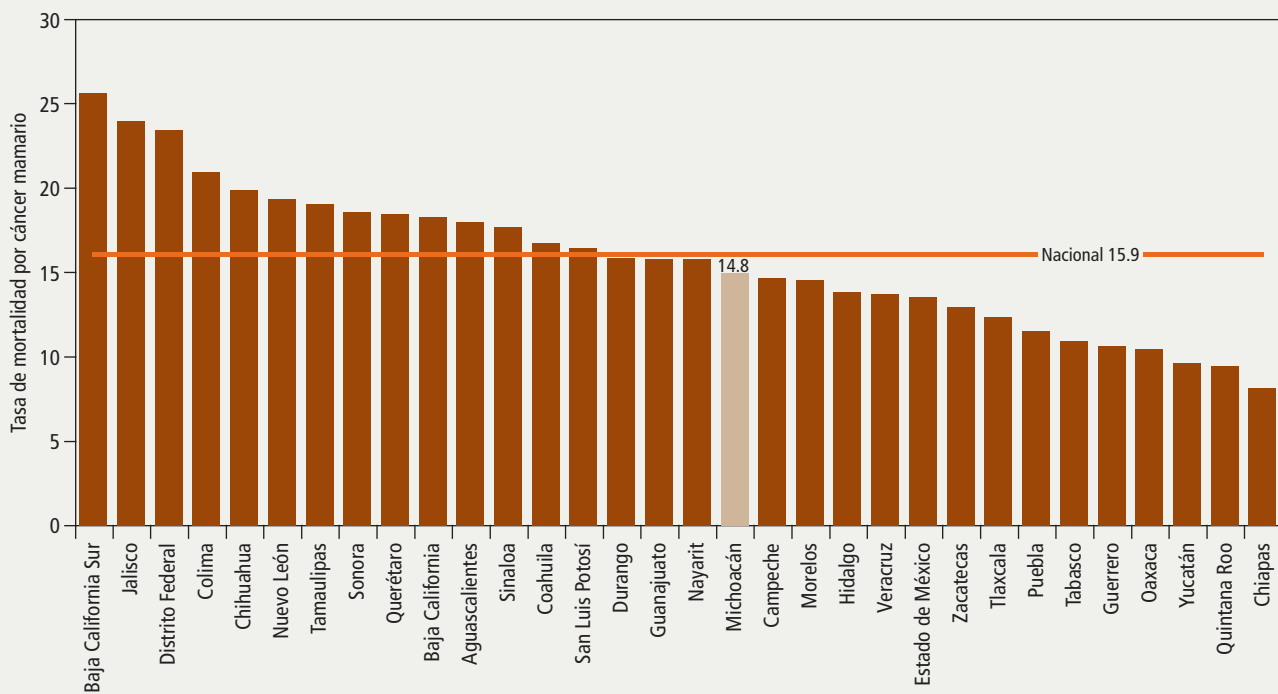
En cuanto a la mortalidad materna o razón de mortalidad materna (RMM), definida como el número de muertes de madres a causa de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio por cada 100 mil nacidos vivos, la Secretaría de Salud reportó que en 2006 las entidades con mayores tasas fueron Guerrero (128.0), Durango (90.7), Chiapas (90.1), Oaxaca (74.2) y Chihuahua (68.8). Michoacán se ubicó en el séptimo lugar nacional, con 68.0.¹⁶ Por otra parte, el Consejo Nacional de Población (Conapo) estima que la mortalidad materna a nivel nacional ha disminuido en años recientes, de 9.6 defunciones por cada diez mil nacimientos en 1980 a 6.2 en el año 2000.¹⁷

En lo que se refiere a la tasa de mortalidad por cáncer de mama (número de muertes por cada 100 mil mujeres de 25 años o más), datos de la Secretaría de Salud muestran que esta es la principal causa de muerte entre las mujeres. Existen varios tipos de cáncer mamario: carcinoma canalicular o de conductos (más de 75% de los casos corresponden a este padecimiento);

16 Ssa (2007a).

17 Conapo (2003).

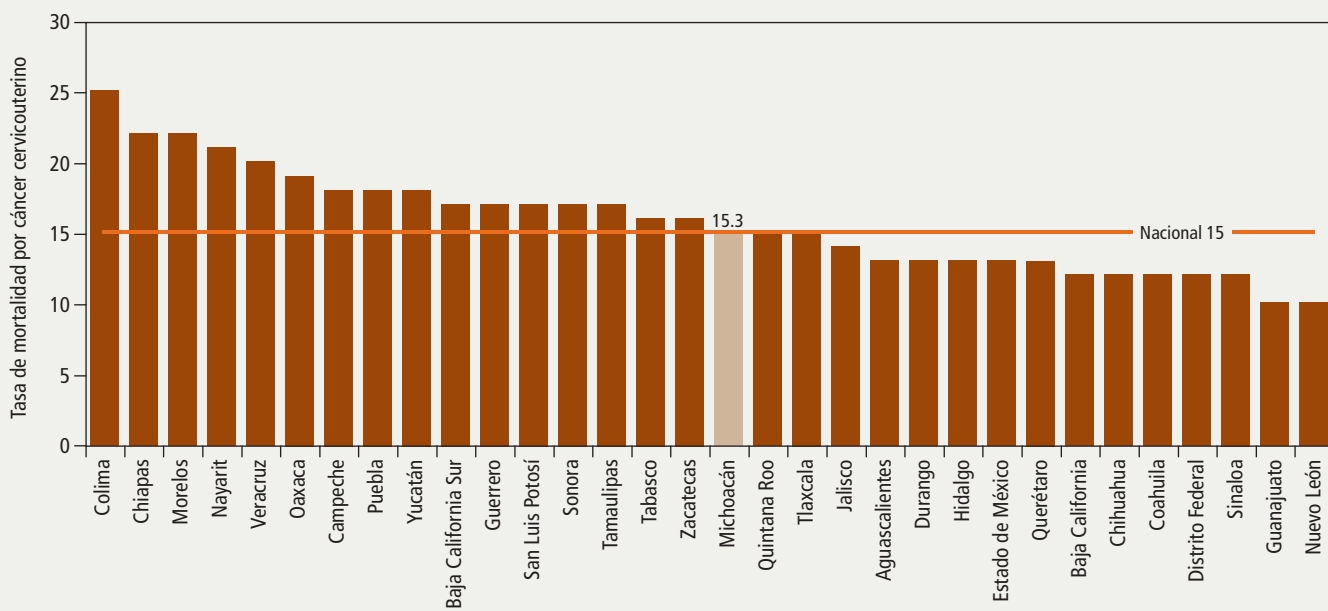
Gráfica 2.3 Tasa observada de mortalidad por cáncer mamario por entidad federativa, 2006



Fuente: Ssa (2007a).

Nota: Tasa de mortalidad observada por cada 100 mil mujeres de 25 y más años.

Gráfica 2.4 Tasa observada de mortalidad por cáncer cervicouterino por entidad federativa, 2006



Fuente: Ssa (2007a).

Nota: Tasa de mortalidad observada por cada 100 mil mujeres de 25 y más años.

carcinoma lobulillar, y aquellos que se desarrollan en piel, grasa, tejido conectivo y otras células de las mamas.¹⁸

En 2006 Michoacán se ubicó en el lugar número 18 en la clasificación nacional de muertes por cáncer mamario, con 14.8 defunciones por cada 100 mil mujeres de 25 años o más. En los primeros lugares se encuentran Baja California Sur (25.5), Jalisco (23.8), Distrito Federal (23.3), Colima (20.8), Chihuahua (19.7); en los últimos están Chiapas (8), Quintana Roo (9.3), Yucatán (9.5), Oaxaca (10.3) y Guerrero (10.5) (ver gráfica 2.3).

La tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino equivale al número de muertes por esta causa por cada 100 mil mujeres de 25 años o más. En México, la tasa por esta afección en 2001 era de 24 defunciones y para 2006 disminuyó a 17. El grupo de edad más afectado por este tipo de cáncer es el de 60 años o más, con una tasa de 43 muertes por cada 100 mil mujeres.¹⁹

Las entidades con mayores tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino en 2006 fueron: Colima (25) y Chiapas (22), mientras que las menores tasas se observaron en Nuevo León (10) y Guanajuato (10). Michoacán ocupó el lugar 17, con 15.3 muertes por cada 100 mil mujeres mayores de 25 años (ver gráfica 2.4).

18 Ssa (2007a).

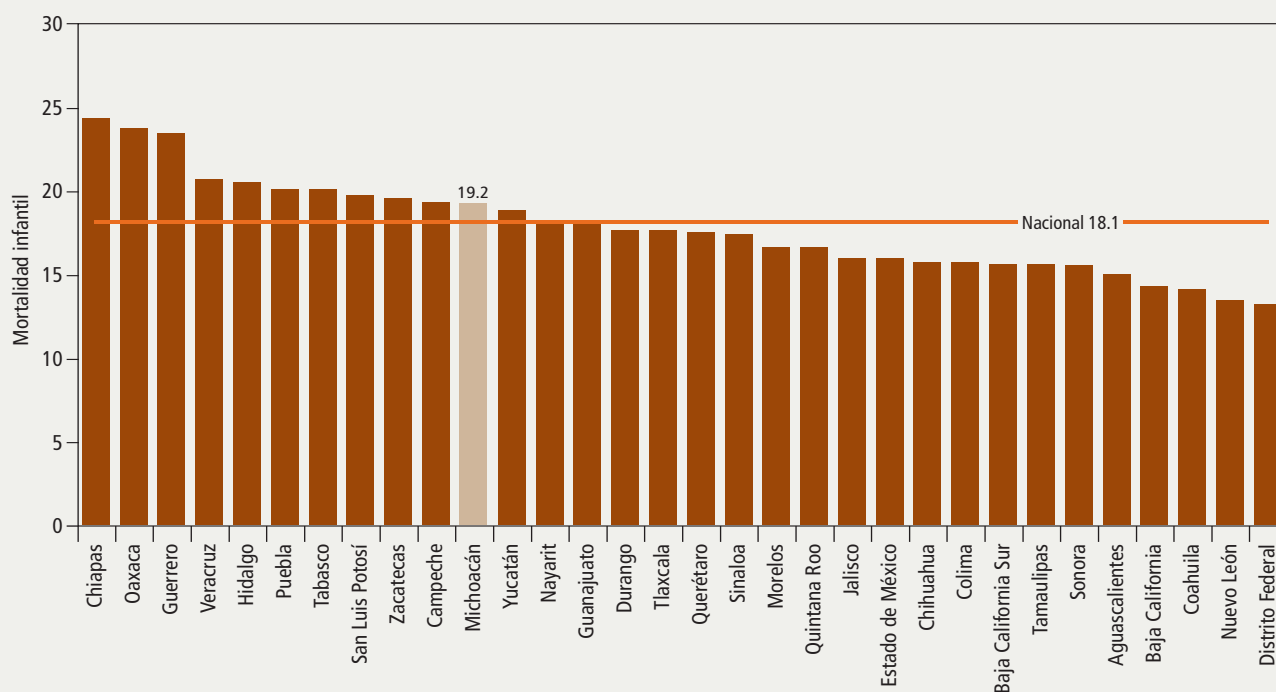
19 Ssa (2007a).

Cuadro 2.1 Principales causas de mortalidad general. Michoacán, 2005

No. progresivo	Causa	No. de defunciones	Tasa ¹
1	Enfermedades del corazón	3,233	76.5
2	Diabetes mellitus	2,868	67.8
3	Tumores malignos	2,613	61.8
4	Accidentes	1,767	41.8
5	Enfermedad cerebrovascular	1,138	26.9
6	Enfermedades del hígado	843	19.9
7	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	731	17.3
8	Agresiones (homicidios)	687	16.3
9	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	539	12.8
10	Influenza y neumonía	499	11.8
Subtotal		14,918	
Las demás causas		5,596	
Total		20,514	

Fuente: Valenzuela (2007).
1/ Tasa por 100 mil habitantes.

Gráfica 2.5 Mortalidad infantil por entidad federativa, 2006



Fuente: Ssa (2007a).

Nota: Mortalidad infantil se refiere a la probabilidad de morir por cada mil menores de un año.

La mortalidad infantil se define como la probabilidad de morir durante el primer año de vida multiplicada por mil. En México la tasa de mortalidad infantil en 1990 era de 36.2; para 2000 se había reducido a 18.6 y en 2005 se calculaba que era de 16.4 defunciones por cada mil niños menores de un año.²⁰

En 2006 las mayores tasas de mortalidad infantil se registraron en Chiapas (24.3), Oaxaca (23.7), Guerrero (23.4), Veracruz (20.7) e Hidalgo (20.5), mientras que las tasas más bajas se observaron en el Distrito Federal (13.2), Nuevo León (13.4), Coahuila (14.1), Baja California (14.3) y Aguascalientes (15). Michoacán se situó en el lugar número 11 de la clasificación nacional, con una tasa de 19.2 (ver gráfica 2.5).

En 2005 las principales causas de muerte de menores de un año en Michoacán fueron, entre otras: afecciones originadas en el periodo perinatal (539 defunciones), malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (228), accidentes (50), enfermedades intestinales infecciosas (45), y la influenza y la neumonía (40 defunciones) (ver cuadro 2.2).

Perfil epidemiológico

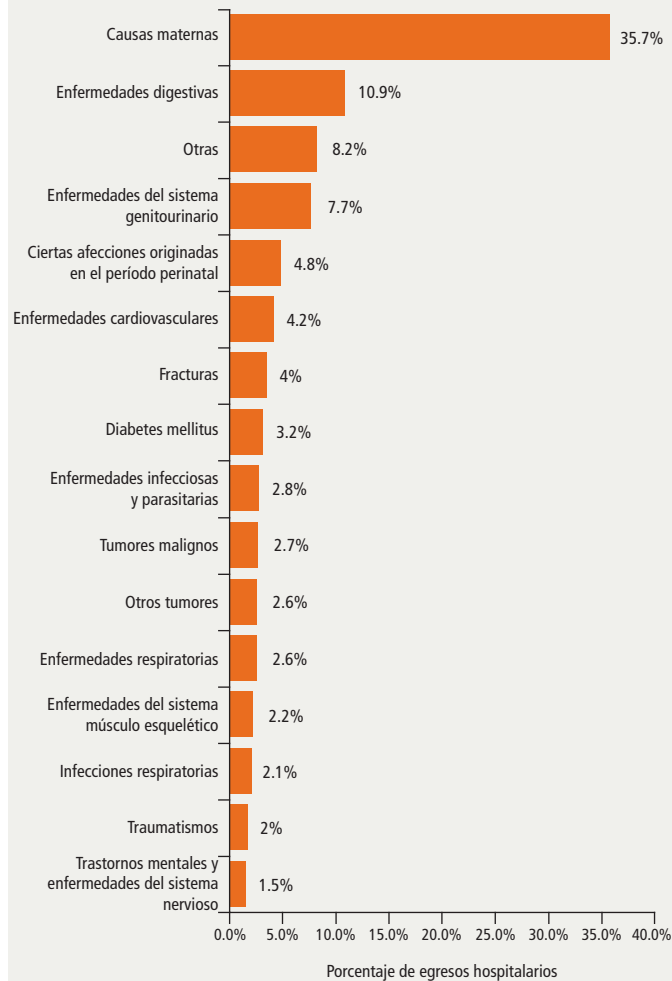
El perfil epidemiológico de México se caracteriza por el predominio de enfermedades como la diabetes, la hipertensión, la

20 Gobierno de la República (2006).

No. Progresivo	Causa	No. de defunciones	Tasa ¹
1	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	539	681.4
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	228	288.2
3	Accidentes	50	63.2
4	Enfermedades intestinales infecciosas	45	56.9
5	Influenza y neumonía	40	50.6
6	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	22	27.8
7	Septicemia	21	26.5
8	Infecciones respiratorias agudas	12	15.2
9	Enfermedades del esófago	7	8.8
10	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	6	7.6
Subtotal		970	
Las demás causas		88	
Total		1058	

Fuente: Valenzuela (2007).
1/ Tasa por cada 100 mil nacidos vivos registrados.

Gráfica 2.6 Porcentaje de egresos hospitalarios según principales causas de enfermedad. Michoacán, 2005



Fuente: Ssa (2007c).

insuficiencia renal crónica, el cáncer y el VIH/sida, así como por lesiones accidentales y violentas.²¹

Disponer de sangre humana segura, rehabilitar a los discapacitados, promover los trasplantes, atender complicaciones de salud mental y disminuir la adicción a tabaco, alcohol y drogas son tareas que requieren atención oportuna y la unión de esfuerzos de autoridades y sociedad.²² El Programa Nacional de Salud 2007-2012 tiene como objetivos promover hábitos saludables de ejercicio y nutrición, diagnosticar a tiempo el sobrepeso, la diabetes y la hipertensión; desalentar el consumo de alcohol, tabaco y sustancias enervantes, y ofrecer intervenciones quirúrgicas y tratamientos clínicos efectivos a fin de atender males emergentes.

21 Investigación y Desarrollo (2007).

22 Investigación y Desarrollo (2007).

En los próximos años, los retos derivados del perfil epidemiológico de México serán principalmente problemas relacionados con el síndrome metabólico, la depresión, la mortalidad materna, la salud de los pueblos indígenas, el VIH/sida y la seguridad vial.²³

En 2005 las principales causas de egresos de hospitales en Michoacán fueron las enfermedades maternas, con 35.7%; trastornos digestivos, 10.9%; enfermedades del sistema genitourinario,

7.7%; padecimientos cardiovasculares, 4.2%, y diabetes mellitus, 3.2% (ver gráfica 2.6).

La morbilidad entre hombres y mujeres varía por sexo. Al analizar por grupo de enfermedades, se observa que entre las mujeres las causas de la mayoría de los egresos hospitalarios son las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, con 58%, mientras que entre los hombres son las enfermedades no transmisibles, con 60% (ver cuadro 2.3).

23 Ssa (2007b).

Cuadro 2.3 Egresos hospitalarios por sexo según causas. Michoacán, 2005

Grupos de causas	Total		Hombres		Mujeres	
	153,776		45,670	30%	108,095	70%
Total general	153,776		45,670	30%	108,095	70%
I. Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	70,692	46.0%	8,214	18.0%	62,478	57.8%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	4,334	2.8%	2,003	4.4%	2,331	2.2%
Infecciones respiratorias	3,264	2.1%	1,768	3.9%	1,496	1.4%
Causas maternas	54,946	35.7%	na	na	54,946	50.8%
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	7,430	4.8%	4,122	9.0%	3,308	3.1%
Deficiencias de la nutrición	718	0.5%	321	0.7%	397	0.4%
II. Enfermedades no transmisibles	64,336	41.8%	27,509	60.2%	36,826	34.1%
Tumores malignos	4,200	2.7%	1,669	3.7%	2,531	2.3%
Otros tumores	4,007	2.6%	741	1.6%	3,266	3.0%
Diabetes mellitus	4,901	3.2%	2,236	4.9%	2,665	2.5%
Enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas (excepto diabetes mellitus)	1,098	0.7%	425	0.9%	673	0.6%
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	2,311	1.5%	1,210	2.6%	1,101	1.0%
Enfermedades de los órganos de los sentidos	1,839	1.2%	809	1.8%	1,030	1.0%
Enfermedades cardiovasculares	6,417	4.2%	2,847	6.2%	3,570	3.3%
Enfermedades respiratorias	3,947	2.6%	2,035	4.5%	1,911	1.8%
Enfermedades digestivas	16,692	10.9%	7,313	16.0%	9,379	8.7%
Enfermedades del sistema genitourinario	11,848	7.7%	4,750	10.4%	7,098	6.6%
Enfermedades de la piel	1,573	1.0%	776	1.7%	797	0.7%
Enfermedades del sistema músculo esquelético	3,412	2.2%	1,539	3.4%	1,873	1.7%
Anomalías congénitas	1,775	1.2%	1,012	2.2%	763	0.7%
Enfermedades de la boca	316	0.2%	147	0.3%	169	0.2%
III. Causas externas de morbilidad y mortalidad	11,696	7.6%	7,289	16.0%	4,406	4.1%
Fracturas	5,493	3.6%	3,305	7.2%	2,188	2.0%
Amputaciones de miembros superior e inferior	120	0.1%	88	0.2%	32	0.0%
Luxaciones, esguinces y desgarros de regiones especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	484	0.3%	285	0.6%	199	0.2%
Traumatismos	2,572	1.7%	1,770	3.9%	802	0.7%
Heridas	1,038	0.7%	815	1.8%	222	0.2%
Quemaduras y corrosiones	437	0.3%	288	0.6%	149	0.1%
Envenenamiento por drogas y sustancias biológicas y efectos tóxicos de sustancias no medicinales	751	0.5%	396	0.9%	355	0.3%
Complicaciones precoces, complicaciones de atención médica y quirúrgica y secuelas de traumatismos y envenenamientos	155	0.1%	80	0.2%	75	0.1%
Los demás traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas	646	0.4%	262	0.6%	384	0.4%
IV. Causas mal definidas	1,625	1.1%	739	1.6%	886	0.8%
V. Otras causas de contacto con los servicios de salud	5,427	3.5%	1,919	4.2%	3,499	3.2%
No especificadas	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

Fuente: Ssa (2007c).

Recuadro 2.2 Crecimiento poblacional en los municipios, 2000-2005

Durante el quinquenio 2000-2005, cifras oficiales del INEGI (2006) señalan que la población de Michoacán decreció a una tasa media anual de -0.1%. Este decrecimiento de la población puede explicarse por tres causas principales:

- 1) La tasa de fecundidad ha disminuido en todos los grupos de edad, principalmente entre las mujeres de 45 a 49 años, en donde el promedio de hijos pasó de 5.4 a 4.4.
- 2) La tasa de inmigración disminuyó.
- 3) El número de emigrantes fue mayor que el número de inmigrantes.

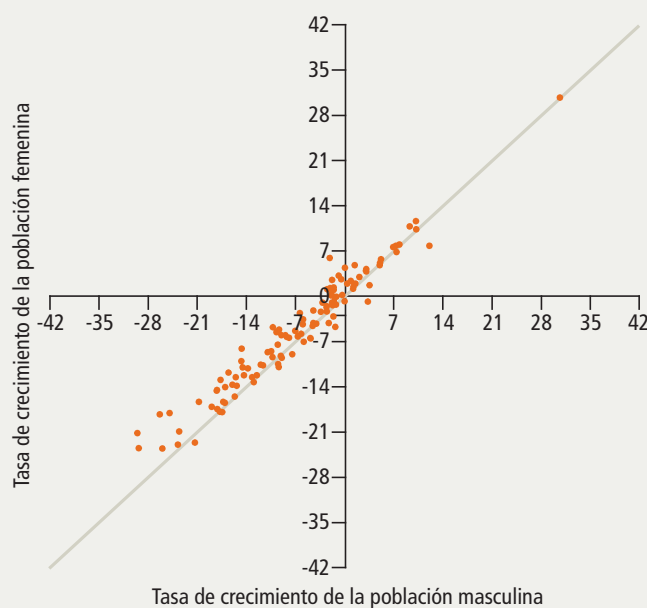
La aportación de cada una de estas causas en el decrecimiento poblacional de la entidad difiere, no obstante, resulta innegable el hecho de que la emigración ha desempeñado un papel determinante en este fenómeno. Esta hipótesis se sustenta, en primer lugar, al comparar las tasas de crecimiento de la población de hombres y mujeres (ver gráfica 1). Si bien ambas muestran una disminución en la mayoría de los municipios del estado, en los hombres se presenta en una magnitud mayor. Esto debido a que su propensión a migrar es

más grande que en el caso de las mujeres. Específicamente, la Gráfica 1 debe leerse de la siguiente manera: los municipios que presentan tasas de crecimiento poblacional idéntica en hombres y mujeres se sitúan en la diagonal; los municipios por encima de la diagonal son aquellos en donde la tasa de crecimiento poblacional de los hombres fue menor que en las mujeres, y el caso contrario para los municipios que se ubican debajo de la diagonal.

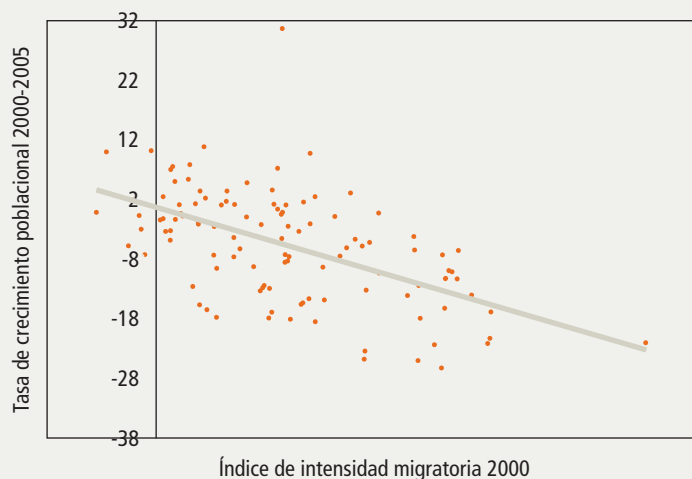
En segundo lugar, si graficamos la relación entre el índice de intensidad migratoria municipal y la tasa de crecimiento poblacional, encontramos una relación claramente inversa entre ambas variables, es decir, conforme aumenta la migración internacional, la tasa de crecimiento de la población disminuye, hasta tomar valores menores que cero en gran parte de los municipios de Michoacán (ver gráfica 2).

Muchos son los factores que han intervenido en la dinámica poblacional del estado, sin embargo, es indiscutible que los flujos migratorios han contribuido, en gran medida, al cambio en la composición etaria, al incrementarse el peso relativo de la población de 60 y más años, y al crecimiento poblacional que reportó tasas negativas en 84 de los 113 municipios que componen a la entidad.

Gráfica 1 Tasa de crecimiento poblacional por sexo en los municipios de Michoacán, 2000-2005



Gráfica 2 Relación entre migración internacional y tasa de crecimiento poblacional en los municipios de Michoacán



Fuente: INEGI (2000a y 2006a) y Conapo (2002).

LA SALUD DE LA POBLACIÓN INDÍGENA Y MIGRANTE

México se caracteriza por una riqueza histórica y cultural y una diversidad poblacional que debe, en gran medida, a su población indígena. No obstante, este sector es uno de los más vulnerables del país, debido a sus condiciones de pobreza y marginación, principalmente por falta o deficiencias en la provisión de servicios públicos como educación, salud e infraestructura, y por la dispersión poblacional. Por ello es necesario que las políticas públicas incorporen programas que fomenten y promuevan el desarrollo de este grupo de población. Para ello es fundamental conocer cuántos son, en dónde se ubican y cuáles son sus prioridades básicas.

Por principio, uno de los indicadores que permite estimar el número de indígenas en el país es la población de cinco años o más que habla lenguas autóctonas. Cifras del INEGI (2007) muestran que en la década de los setenta existían 3 millones, 111 mil 415 personas hablantes de alguna lengua indígena. Este grupo había crecido hasta el año 2000, cuando sumaba 6 millones, 44 mil 547 personas; sin embargo, para 2005 se redujo a 6 millones 11 mil 202 personas, es decir, 33 mil 345 menos.²⁴ La importancia y particularidades de esta población hacen necesario un análisis específico de sus condiciones de salud en el estado.

Otro grupo vulnerable que requiere atención urgente, principalmente de salud, es la población migrante. Según la Secretaría de Salud (2004a), entre los principales problemas que aquejan a los migrantes mexicanos que viajan a Estados Unidos destacan los cambios de ambiente y alimentación, la desintegración familiar, la interrupción de acciones de salud y la falta de acceso a servicios médicos en aquel país. Estas características del perfil de salud de los migrantes los distinguen de los demás grupos.

La presente sección examina algunas características de salud distintivas de los indígenas y los migrantes.

Población indígena

Del total de la población hablante de lenguas indígenas en el país, 9.7% es derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); 2.7% del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); 0.5% recibe servicios médicos de Petróleos Mexicanos (Pemex), de la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena) o de la Secretaría de Marina; 10.8% cuenta con el Seguro Popular; 0.4% está adscrito a alguna institución privada, 0.5% a otras instituciones y 75.6% no tiene derecho a servicios médicos (ver cuadro 2.4).

Coahuila, Nuevo León y Aguascalientes son los estados donde

hay más población indígena derechohabiente del IMSS, mientras que Tabasco, Campeche y Sonora son los que les ofrecen más cobertura por medio del Seguro Popular. Por el contrario, las entidades donde hay menos indígenas afiliados a alguna institución de salud son Guerrero, donde 93.5% de los integrantes de las etnias carece de atención médica; Chiapas, con 90.4% y Oaxaca, con 87.8% (ver cuadro 2.4).

En México las mujeres indígenas de entre 15 y 49 años de edad tienen en promedio 2.8 hijos nacidos vivos, casi un hijo más que el promedio nacional de este grupo de edad. Ello se debe a que inician su reproducción a edades más tempranas y sus niveles de fecundidad son más altos. En 2005, 50 mil 804 mujeres de entre 15 y 19 años hablantes de lengua indígena (15.9% de las mujeres indígenas de esa edad) tenían al menos un hijo nacido vivo (ver cuadro 2.5).

Los estados con mayor número de mujeres menores de 20 años con al menos un hijo nacido vivo son: Chiapas, con 11 mil 283; Oaxaca, con 7 mil 969, y Veracruz, con 4 mil 680, aunque como proporción de este grupo de edad destacan Nayarit, con 30.9%, Sinaloa, 29.6%, y Chihuahua, 27.3%. En Michoacán esta población es de mil 083 personas, es decir, 15.9% de las mujeres en este rango de edad, porcentaje semejante al nacional.

Por otra parte, en el año 2000 se contabilizaron en Michoacán 122 mil habitantes de 5 años o más hablantes de alguna lengua indígena, lo que representaba 3.5% de la población del estado. Las lenguas que predominaban eran la purépecha, con 89.8%, náhuatl, 3.9%; mazahua, 3.6%, y otomí y mixteco, con 0.6% cada una.²⁵ En 2005 la población hablante de lenguas indígenas en el país sumaba 6 millones 11 mil 202 personas, de las cuales 113 mil 166, equivalentes a 1.9%, vivían en Michoacán, donde representan 3.2% de la población estatal. Las lenguas dominantes en esta población eran la purépecha, con 85.7%, el náhuatl, con 3.5%, y el mazahua, con 3.1%.²⁶

En Michoacán la población indígena es más vulnerable a enfermedades, toda vez que existen desigualdades sociales que deterioran sus condiciones de salud. Tal es el caso del VIH/sida: de 1985 a junio de 2004 se registraron 347 casos en la Meseta Purépecha, donde habita el grupo indígena más importante de la entidad. Diversos factores, entre ellos el analfabetismo y la falta de información en áreas rurales con limitado acceso a servicios de salud y educación, contribuyen a la propagación de este tipo de padecimientos.

25 INEGI (2004).

26 INEGI (2006a).

24 INEGI (2007a).

Del total de la población indígena de Michoacán (113 mil 166 personas), 16.2% está afiliado al IMSS, 4.4% al ISSSTE, 0.2% a Pemex; 0.7% al Seguro Popular y 0.3% está asegurado en alguna institución privada, mientras que 78% no tiene derecho a servicios médicos (ver cuadro 2.4).

Salud y población migrante

El Consejo Nacional de Población (Conapo)²⁷ calcula que 55% de la población inmigrante mexicana radicada en Estados Unidos no contaba con servicio médico en 2004, situación originada

27 Conapo (2005).

principalmente por el miedo a ser deportados y por las diferencias lingüísticas y culturales. Mientras, 22.5% de los hijos de inmigrantes mexicanos en Estados Unidos no cuenta con servicios de salud.

El rango de edad y el periodo de residencia en Estados Unidos también influyen en el acceso a los servicios de salud. Conforme aumentan la edad y los años de residencia, también se incrementa la tasa de cobertura médica. Por ejemplo, sólo 24% de la población inmigrante de 18 a 29 años con 10 o menos años de estadía en ese país cuenta con seguridad médica, mientras que en el mismo grupo de edad con 11 o más años de residencia la

Cuadro 2.4 Porcentaje de la población de cinco años o más hablante de lenguas indígenas según condición de derechohabencia, 2005

Estado	IMSS	ISSSTE	PEMEX	Seguro popular	Institución privada	Otras Instituciones ¹	No tiene derecho	No especificado
Nacional	9.7	2.7	0.5	10.8	0.4	0.5	75.6	0.3
Aguascalientes	44.5	7.4	1.9	13.9	1.8	0.1	32.2	0
Baja California	27.1	2.6	0.8	9.6	1.7	0.7	57.8	0.1
Baja California Sur	30.3	3.3	1.7	5.2	0.8	0.5	58.8	0.5
Campeche	12.4	7.8	0.9	31.2	0.2	0	48.2	0
Coahuila	56	5.9	2.3	1.4	2.3	0.9	32.8	0.1
Colima	31.5	4.4	5.1	19	0.7	0.6	40	0.6
Chiapas	2.5	1.2	0.1	4.4	0.2	1.3	90.4	1.2
Chihuahua	17.1	1.8	0.2	6	0.6	0.3	74.1	0
Distrito Federal	23.7	7.3	1.2	2.7	2.9	0.1	62.8	0
Durango	8.4	3.9	0.9	1.7	1.7	0	83.5	0
Guanajuato	26.3	5.1	1.5	15.8	1.3	0.1	50.5	0.1
Guerrero	1	2.4	0.1	2.3	0.5	0.1	93.5	0.1
Hidalgo	6.4	3.7	0.2	12.5	0.3	0.8	76.1	0.8
Jalisco	24.3	2.6	1	3.9	3.4	0.1	65.2	0
Estado de México	14.2	2.3	1.2	11.9	1	1.4	68.1	0.1
Michoacán	16.2	4.4	0.2	0.7	0.3	0	78.3	0
Morelos	11.8	3.9	0.6	12	0.8	0	71.1	0
Nayarit	9.5	3.1	0.2	5.5	0.1	0	81.6	0
Nuevo León	48.4	1.3	0.7	1.7	3.4	0.6	44.6	0
Oaxaca	5.6	3.1	0.7	2.7	0.1	0.1	87.8	0.1
Puebla	5.9	1.4	0.2	21.8	0.2	0.2	70.4	0
Querétaro	11	2.7	0.5	21.3	0.7	0	64	0
Quintana Roo	24.3	5	0.3	7.1	0.5	0.1	62.9	0.1
San Luis Potosí	6.7	2.1	0.2	26.4	0.2	0.7	63.9	0.7
Sinaloa	36.8	3.7	1.1	10.6	1.3	0	47.3	0
Sonora	24.3	4.2	0.5	29.6	0.8	1.3	40.2	0
Tabasco	5.7	4.7	1.3	52	0.6	3.4	32.7	0
Tamaulipas	38.3	3.1	2.4	12.5	1.6	0.3	42.2	0.2
Tlaxcala	15.7	3.4	0.5	2.4	0.2	0.1	77.8	0.1
Veracruz	5.9	2.3	0.9	20	0.2	0.2	70.6	0.2
Yucatán	25.1	2.9	0.2	13.5	0.3	0.2	58	0.1
Zacatecas	18	5.4	3.5	5.5	0.3	0.2	67.9	0.2

Fuente: INEGI (2004).

Nota: La suma de los porcentajes de las distintas instituciones de salud puede ser mayor a 100%, por la población que tiene derecho a este servicio en más de una institución.

1/ La categoría "otras instituciones" incluye a las instituciones de seguridad social de los gobiernos estatales y a otro tipo de instituciones, públicas y privadas.

proporción asciende a 43%. Lo mismo sucede con las personas de 65 años o más: el acceso a servicios médicos varía entre 61% y 92%, según el periodo de residencia.

Respecto al acceso a seguridad médica por sexo, las diferencias son pequeñas, aunque favorables para las mujeres. Entre los inmigrantes con diez o menos años de residencia, la tasa de cobertura de los hombres es de 27% y la de las mujeres de 34%. A medida que la población migrante tiene acceso a mayores niveles de escolaridad, enfrenta menos dificultades para obtener servicios médicos. En este fenómeno influye la inserción al mercado laboral, pues cuando los migrantes logran desempeñar

actividades laborales que requieren más capacitación pueden acceder a mayores niveles de salud.

Otros problemas de salud que enfrentan los migrantes son la ausencia de un sistema de vigilancia epidemiológica binacional, falta de información y, en consecuencia, de prevención y tratamiento de enfermedades crónicas y emergentes. Esto ha originado que tanto en México como en Estados Unidos se busquen mecanismos para informar sobre estos padecimientos y tratarlos.²⁸

Un aspecto no menos importante es la depresión que sufren mujeres, ancianos, jóvenes y niños por la ausencia de un miembro de la familia, lo que con frecuencia deriva en problemas de violencia por drogadicción y alcoholismo en las comunidades. La solución debe incluir el equipamiento de las clínicas de salud en las comunidades de origen, así como un nuevo esquema educativo que tome en cuenta la situación de estos familiares.

Los problemas de salud de los migrantes han hecho necesario buscar alternativas para facilitar el acceso a los sistemas de atención médica tanto en el país de origen como en el país anfitrión. La Secretaría de Salud puso en marcha el programa “Vete sano, regresa sano”, a cargo del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (Censia), cuyo propósito fundamental es brindar información, atención preventiva y servicios médicos a los mexicanos que emigran.²⁹ Este programa se aplicó en Michoacán a partir de 2003 con la participación del sector salud estatal, los ayuntamientos, las jurisdicciones sanitarias, la Cogamim (Coordinación General para la Atención Integral del Migrante Michoacano), Mexfam (Fundación Mexicana para la Planeación Familiar), el Coespo (Consejo Estatal de Población) y la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

El objetivo del programa “Vete sano, regresa sano” es proteger a la población migrante con información, atención preventiva y sobre el cuidado de la salud en las comunidades de origen. Las actividades han consistido en campañas de difusión y promoción de la salud y el uso de la cartilla de salubridad para registrar el estado de salud de los migrantes y de sus familiares en México y en Estados Unidos. También se han impartido talleres de capacitación para informar sobre medidas básicas de prevención de enfermedades, lo que contribuye a reducir los factores de riesgo en las comunidades de origen.³⁰

Cuadro 2.5 Población femenina de 15 a 19 años hablante de lengua indígena con al menos un hijo nacido vivo, 2005

Entidad	Población femenina de 15 a 19 años	Con al menos un hijo nacido vivo	
		Población	Porcentaje
Nacional	319,665	50,804	15.9
Aguascalientes	131	19	14.5
Baja California	1,746	371	21.2
Baja California Sur	364	98	26.9
Campeche	3,593	450	12.5
Coahuila	254	28	11
Colima	159	33	20.8
Chiapas	66,903	11,283	16.9
Chihuahua	5,639	1,540	27.3
Distrito Federal	5,882	815	13.9
Durango	1,931	347	18
Guanajuato	502	68	13.5
Guerrero	23,894	4,571	19.1
Hidalgo	15,689	2,499	15.9
Jalisco	2,911	541	18.6
México	9,742	1,509	15.5
Michoacán	6,830	1,083	15.9
Morelos	991	203	20.5
Nayarit	2,615	809	30.9
Nuevo León	2,973	413	13.9
Oaxaca	58,285	7,969	13.7
Puebla	27,873	4,235	15.2
Querétaro	1,321	190	14.4
Quintana Roo	7,004	1,110	15.8
San Luis Potosí	12,585	2,117	16.8
Sinaloa	1,608	476	29.6
Sonora	1,521	364	23.9
Tabasco	2,731	234	8.6
Tamaulipas	980	159	16.2
Tlaxcala	698	118	16.9
Veracruz	30,689	4,680	15.2
Yucatán	21,406	2,420	11.3
Zacatecas	215	52	24.2

Fuente: INEGI (2006a).

28 Ssa (2004).

29 Ssa (2004).

30 Ssa (2007d).

POLÍTICAS DE SALUD EN MICHOACÁN

Durante la década de los noventa Michoacán fue una de las entidades federativas con mayores tasas de fecundidad, por lo que se aplicaron políticas para la atención del crecimiento demográfico. Además, como parte de las acciones para ampliar la cobertura de servicios en el estado, se construyeron, rehabilitaron y equiparon unidades de salud. Se promovió la educación, se mejoró la calidad de los servicios y la capacitación del personal, así como la atención en las comunidades, la prevención y detección del paludismo, la atención de problemas de salud mental y adicciones, el tratamiento de enfermedades congénitas y crónicas degenerativas y el acopio de estadísticas estatales y municipales. Todas estas medidas para reducir la morbilidad y la mortalidad en el estado coincidieron con las políticas nacionales cuyo objetivo era consolidar el sistema de salud y la calidad de la atención.³¹

Los resultados de la política de salud de la más reciente administración estatal pueden ilustrarse de modo enunciativo a partir de la revisión de los informes de gobierno (ver recuadro 2.3).

Por iniciativa del gobierno estatal se puso en marcha el programa “Atención a niños y niñas con cáncer” y se construyó una casa-albergue donde se les proporcionó atención, medicamentos gratuitos y estudios de alta especialidad. Entre 2000 y 2005 el cáncer fue la segunda causa de mortalidad entre niños en edad escolar en México. En Michoacán los tumores malignos

31 Conapo (2001).

son una de las primeras causas de mortalidad en esta etapa del desarrollo.³²

Otros programas impulsados por el gobierno estatal fueron “Gratuidad en la atención del adulto mayor de 65 años”, que incluyó dotación de medicamentos, protección de la salud, prevención de enfermedades crónicas degenerativas y otras medidas para elevar la calidad de vida de este sector de la población. Mientras, a través del programa de operación de cataratas, se buscó abatir este problema que, en diferentes grados, afecta a más de la mitad de los adultos mayores.³³

Gasto público destinado a la salud en Michoacán

En 2006 México destinó el equivalente a 6.5% del producto interno bruto a salud;³⁴ El gasto público fue equivalente a 3% del PIB y el privado a 3.5%. El gasto público que se destina al ramo 12 es para los presupuestos que ejercen IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena y Semar, y el ramo 33 está destinado a la Secretaría de Salud, así como a las entidades federativas, mientras que el gasto privado en salud se compone por los gastos de bolsillo (pagos directos de las familias) y el pago de primas de seguros médicos privados (Secretaría de Salud, 2007a: 167). El gasto total en salud

32 Ssa (2007c).

33 Gobierno del Estado de Michoacán (2003b, 2004, 2005 y 2006).

34 El Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (Sicuentas) define el gasto total en salud como todas las erogaciones derivadas de las actividades cuyo objeto esencial es el restablecimiento, mejoramiento y protección de la salud en el país o entidad federativa, por periodo definido.

Recuadro 2.3 Resultados de la política de salud estatal 2003-2008 y del Programa Nacional de Salud 2001-2006

Estrategia del PNS 2001-2006	Resultados de la política de salud estatal 2003-2005
1. Vincular la salud con el desarrollo económico y social	<p>Se conformaron comités locales de salud y consejos municipales que se integraron a la red nacional de municipios saludables, dentro del programa “Municipios saludables”. Se apoyaron proyectos de salud municipales. Asimismo, se inició y llevó a cabo el programa “Salud comunitaria” y fueron certificadas comunidades saludables.</p> <p>Se integraron niños, niñas y escuelas al programa “Club de la salud del niño” en escuelas, con la colaboración de los sectores público y privado.</p> <p>Asimismo, como parte de las acciones para favorecer el enfoque de género, se llevaron a cabo los programas “Mujer y salud” y “Mujer, salud y desarrollo”, que buscan disminuir la brecha en la atención en salud al género femenino.</p> <p>También se realizaron cursos-taller y foros contra la violencia a la mujer y se operó el programa “Prevención y atención de la violencia familiar”.</p>
2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres	<p>Dentro de los programas “Vigilancia epidemiológica” y “Enfermedades transmitidas por vector”, se llevaron a cabo acciones como vigilancia epidemiológica, rociamiento de viviendas y toma de muestras de sangre para continuar con la tendencia descendente en el paludismo. Con respecto al dengue clásico y hemorrágico, se considera un desafío para la salud pública y un problema emergente, por lo que se llevan a cabo acciones de saneamiento básico ambiental. Por otra parte, Michoacán se ha mantenido libre de cólera, se han llevado a cabo estudios de muestras de agua y otros como el cloro residual. Asimismo, Michoacán tiene seis años sin defunciones por rabia humana y se cuenta con un programa permanente de calidad de los alimentos.</p> <p>Se instrumentó el programa “Inicio saludable, arranque parejo en la vida” para proporcionar atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, y a los niños desde su nacimiento hasta los dos años. Asimismo se promovió la capacitación de parteras.</p> <p>Con respecto a la medicina preventiva, se realizaron campañas de vacunación, logrando la erradicación de poliomielitis, eliminación del sarampión y difteria y coberturas hasta de 99% en niños para el esquema básico de vacunación. Asimismo, se pusieron en marcha las estrategias de “Prevención y promoción en la línea de la vida”, conjunto de acciones de acuerdo a la edad y sexo de la población.</p>

Recuadro 2.3 Resultados de la política de salud estatal 2003-2008 y del Programa Nacional de Salud 2001-2006 (Continuación)

Estrategia del PNS 2001-2006	Resultados de la política de salud estatal 2003-2005
2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres	<p>Se implementaron acciones para el control de las infecciones respiratorias agudas y la prevención de enfermedades diarreicas agudas en el marco del programa "Atención a la salud del niño".</p> <p>Se realizaron detecciones de cáncer cervicouterino y de mama, en el marco del programa "Cáncer cervicouterino y mamario". Así como la atención de mujeres en período de climaterio y menopausia.</p> <p>Se aplicó el programa "Salud y nutrición para los pueblos indígenas" para el que se capacitó al personal con un enfoque intercultural. Se desarrollaron acciones como saneamiento ambiental, control nutricional, ferias de la planta medicinal y atención a las mujeres embarazadas.</p> <p>Se efectuaron acciones especiales dirigidas a los migrantes como el programa "Vete sano, regresa sano", la institucionalización de la cartilla de salud para migrantes y el programa "Jornaleros agrícolas", así como cursos de sensibilización para el personal de salud.</p> <p>El DIF estatal realizó acciones de asistencia alimentaria, promoción del desarrollo familiar comunitario, protección y asistencia a la población en desamparo, atención a problemas de violencia familiar, asistencia a personas con discapacidad y protección a la infancia.</p> <p>Se realizaron campañas de vacunación, detección de osteoporosis, jornadas quirúrgicas y oftalmológicas, asistencia a personas con discapacidad psíquica o motora.</p> <p>En materia de salud reproductiva y sexual, se dirigieron acciones a los adolescentes, promoviendo el uso de métodos de planificación familiar, el desarrollo integral y el deporte, así como consultas para evitar embarazos no deseados.</p> <p>Se llevaron a cabo programas de "Promoción de la salud bucal".</p> <p>Se atendieron localidades afectadas por desastres naturales, especialmente los causados por lluvias y granizadas.</p>
3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades	<p>Con respecto a las enfermedades crónico degenerativas, se realizaron detecciones de diabetes mellitus, hipertensión arterial y se promovieron estilos de vida saludable e identificación de personas de alto riesgo. Así como el control de enfermedades cardiovasculares.</p> <p>Se realizaron acciones para la prevención de las adicciones, como la puesta en marcha de la clínica de tabaquismo, jornadas como el "Día michoacano sin fumar", promoción de una vida más saludable entre los niños y jóvenes, así como la creación del Centro Estatal de Rehabilitación en Salud Mental y Adicciones, y la "Semana nacional compartiendo esfuerzos" con alcohólicos anónimos.</p> <p>Se establecieron programas de detección y control de ITS y VIH/sida.</p> <p>Se han realizado acciones para certificar la calidad de la sangre, realizando estudios para detección de patógenos.</p> <p>Se instaló el Consejo Michoacano para la Integración Social de las Personas con Discapacidad.</p> <p>Se efectuaron pruebas para la detección y prevención de hipotiroidismo congénito.</p>
4. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud	<p>Con respecto a la calidad de los servicios de salud, se instrumentó el programa "Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud". Asimismo, la Comisión Estatal de Arbitraje Médico (Coesamm) integró expedientes de quejas, orientaciones y asesorías en esta materia. Además, realizó cursos-taller de inducción al ejercicio profesional en áreas de la salud y el cumplimiento de la NOM 168 correspondiente al expediente clínico.</p> <p>A partir de 2005, se instaló el Consejo Estatal de Aval Ciudadano y comités locales.</p> <p>Se certificaron hospitales y se acreditaron centros de salud.</p>
5. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población	<p>Para extender la cobertura de los servicios de salud se ejecutaron acciones como: "Programa de desarrollo humano oportunidades", "Programa de calidad equidad y desarrollo", así como los programas de "Ampliación de cobertura" y "Salud rural", que ampliaron y fortalecieron el paquete básico de servicios de salud.</p>
6. Construir un federalismo cooperativo en materia de salud	<p>Se promovió la participación de los municipios en las actividades y obras de infraestructura relacionadas con la salud.</p>
7. Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud	<p>Se canalizaron recursos extraordinarios para reforzar el abasto de insumos médicos en la SSM.</p> <p>Se firmó un convenio con la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos para fortalecer el diagnóstico, control y vigilancia de la tuberculosis.</p> <p>Se tuvieron jornadas quirúrgicas sobre patologías visuales, en conjunto con el gobierno de Cuba.</p> <p>Se apoyó la repatriación de enfermos carentes de documentación legal.</p>
8. Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud (Midas)	<p>Se reorientaron acciones de salud, con énfasis en los medios familiar y comunitario, a través de programas extrainstitucionales.</p>
9. Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención	<p>Se creó el Comité Estatal de Innovación y Calidad.</p> <p>A partir de 2005, se instaló el "Consejo Estatal de Aval Ciudadano" y comités locales.</p>
10. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud	<p>Se fortaleció la infraestructura física y el equipamiento de unidades de salud.</p> <p>Se firmaron convenios de cooperación en salud comunitaria entre el gobierno estatal y la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.</p>

Fuente: Valenzuela (2007).

como porcentaje del PIB en el periodo 2000-2006 mostró un incremento de un punto porcentual.³⁵ (Ver gráfica 2.7).

El gasto público en salud difiere entre entidades federativas. Por ejemplo, en 2001 Michoacán tuvo un gasto equivalente a 3.1% de su PIB, y para 2005 este monto se incrementó ligeramente, a 3.4%, aunque representó 19% del gasto público total del estado. En este último año, las entidades que reportaron más gasto público en salud fueron Tabasco, Nayarit y Chiapas (ver gráfica 2.8).

35 Ssa (2007a).



Los estados que en 2006 destinaron la mayor parte de su gasto programable a la salud fueron Jalisco (33.6%), Tabasco (30.3%) y el estado de México (29.6%), y los que menos gastaron en ese rubro fueron Campeche (7.5%), Distrito Federal (9.9%) y Colima (12.8%).³⁶

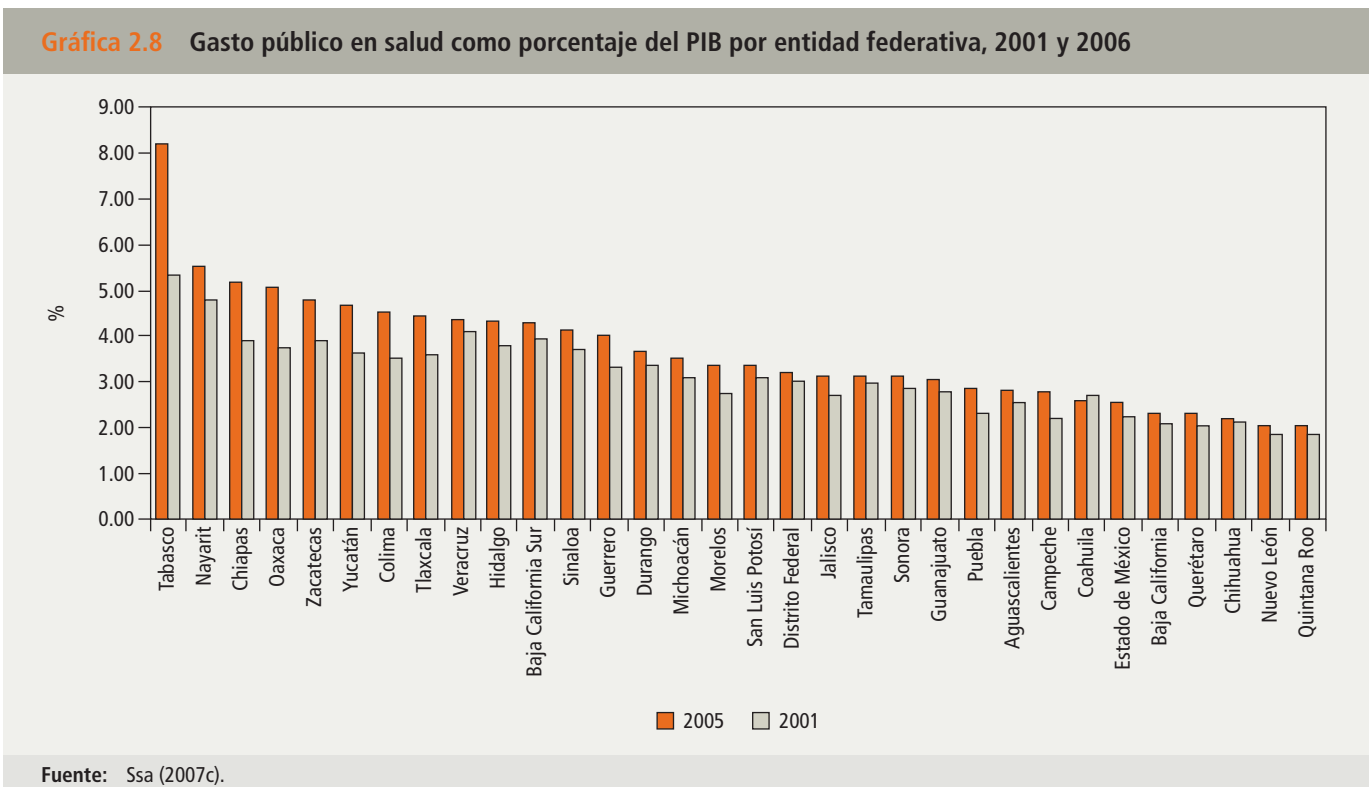
En 2002, 93% del gasto privado en salud en México fue gasto de bolsillo, seguido por los gastos en seguros privados, con 5.4%, y las cuotas de recuperación o pagos realizados a las instituciones que atienden a la población no asegurada con 1.3%. En el mismo año, el gasto de bolsillo en Michoacán fue de 97.9%, en seguros privados de 0.5% y en cuotas de recuperación de 1.6%. Los principales componentes del gasto de bolsillo fueron medicamentos, atención ambulatoria y hospitalización.³⁷

Michoacán fue en 2002 una de las entidades federativas cuya población incurrió en más gastos catastróficos en salud. Los afectados destinaron más de 30% de su capacidad de pago a gastos en salud. A nivel nacional, 900 mil hogares, equivalentes a 3.9% del total, incurrieron en gastos catastróficos por motivos de salud en el último trimestre de 2002. Michoacán tuvo una participación de 6.7% en este rubro.

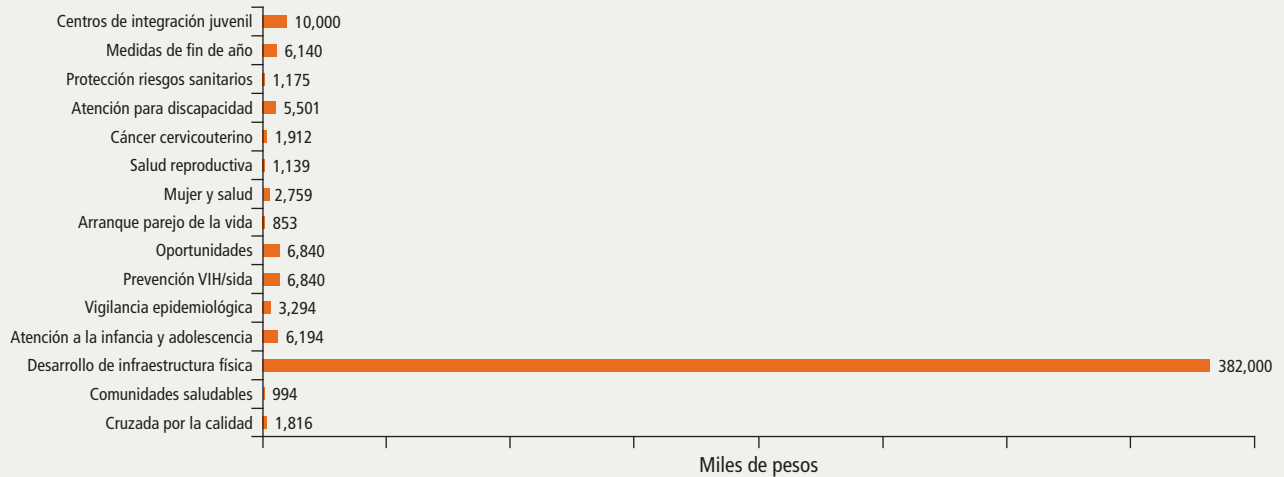
Los gastos realizados como parte de los programas especiales de salud en Michoacán, entre ellos la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, Comunidades Saludables

36 Ssa (2007a).

37 Ssa (2007e).

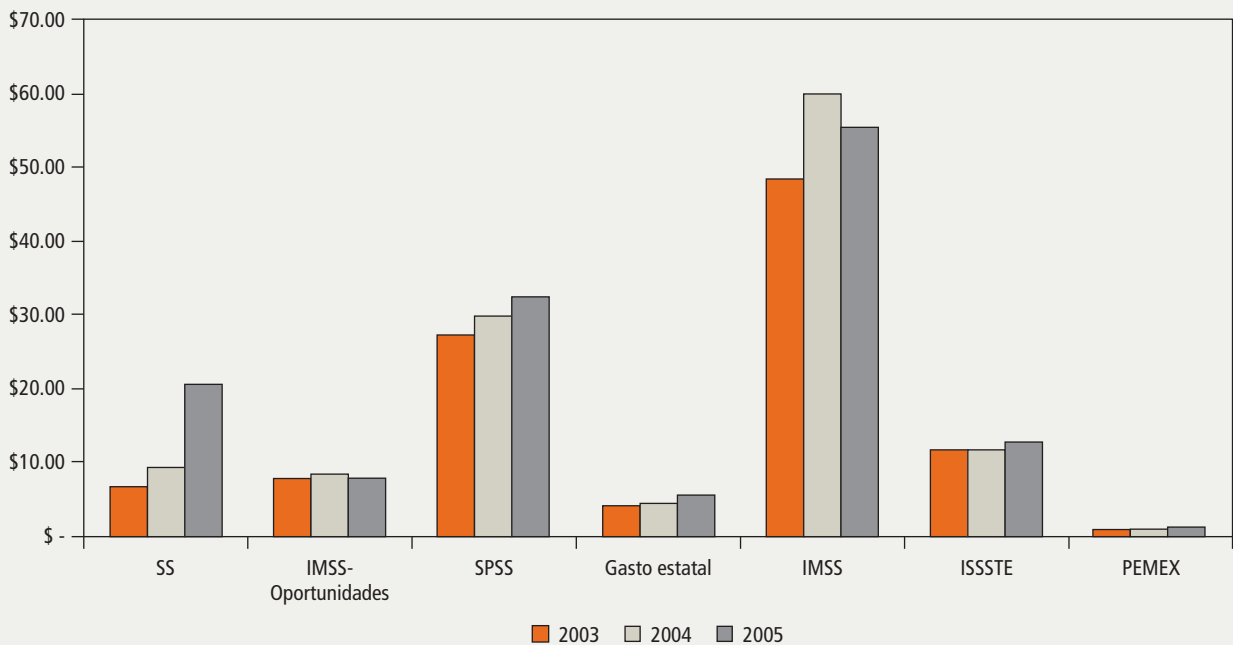


Gráfica 2.9 Gasto en programas especiales de salud. Michoacán, 2005



Fuente: Ssa (2007c).

Gráfica 2.10 Gasto público per cápita por instituciones. Michoacán, 2003-2005



Fuente: Ssa (2007c).

Nota: El gasto se refiere a pesos constantes de 2005.

y Desarrollo de la Infraestructura, entre otros, sumaron 438 millones 458 mil 400 pesos en 2005; un alto porcentaje de esos recursos se canalizó a desarrollo de infraestructura y a los Centros de Integración Juvenil (ver gráfica 2.9).

En cuanto a la cobertura efectiva del sistema de salud y el gasto público per cápita, la entidad alcanzó en 2005 una de las

tasas de eficiencia más altas del país, con un gasto por habitante de alrededor de 1,400 pesos y una cobertura cercana a 60%.³⁸ El gasto per cápita por instituciones públicas se muestra en la gráfica 2.10.

³⁸ Ssa (2007e).

Michoacán y los Objetivos de Desarrollo del Milenio

En la Cumbre del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas, celebrada en septiembre del año 2000, se emitió la Declaración del Milenio, aprobada por la Asamblea General y firmada por 189 países. Con esta base se plantearon los ocho Objetivos del Milenio (ODM): reducir a la mitad la pobreza extrema y el hambre; lograr la enseñanza primaria universal; potenciar el papel de la mujer y promover la igualdad entre el hombre y la mujer; reducir en dos tercios la mortalidad de niños menores de cinco años; reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna; reducir la propagación de enfermedades, especialmente la del VIH/sida y el paludismo; garantizar la sustentabilidad del medio ambiente; y crear una asociación mundial para fomentar el desarrollo. Los ODM fueron ratificados en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sostenible que se llevó a cabo en Johannesburgo (Sudáfrica) en septiembre de 2002. Ahí se establecieron metas adicionales relacionadas con el acceso al agua potable y en materia de sanidad y salud. También se enfatizó la importancia de la participación del sector privado, la sociedad civil y las organizaciones gubernamentales.³⁹

39 Ver ONU (2000) y CMMS (2006).

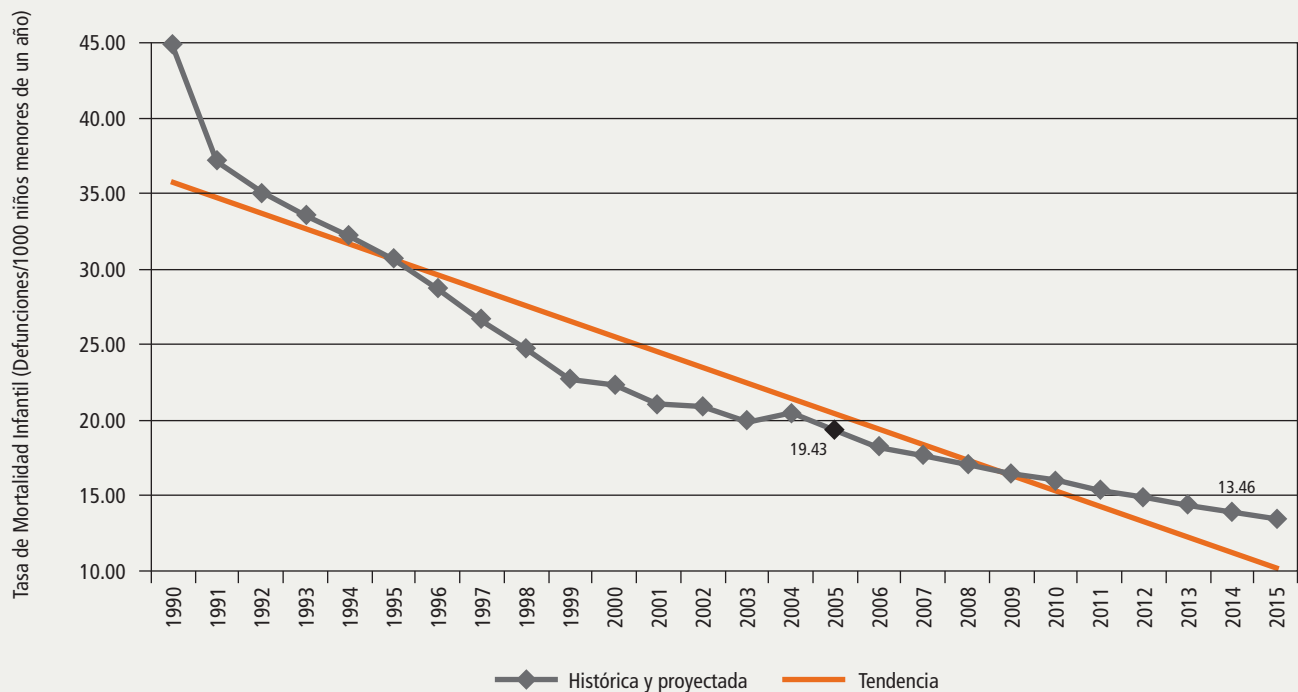
Considerando los avances del país hacia los ODM y las desigualdades persistentes, estos objetivos deben ajustarse a nivel estatal. Así, es deseable que entre 1990 y 2015 cada entidad disminuya en dos tercios la mortalidad de niños menores de cinco años. Para Michoacán este indicador era de 48.6 en 1990 y para 2004 se redujo a 26.0, lo que muestra un avance de 70%. De mantenerse esta tendencia, en 2015 el estado alcanzará su meta de 16 muertes y el promedio nacional será de 15 (en 1990 la tasa era de 44.9 y para 2003 se redujo a 25.1).⁴⁰

La mortalidad de menores de un año se ha convertido en un tema de extrema importancia mundial. Michoacán se ha fijado como meta prioritaria abatir este fenómeno. Con base en la tendencia que muestran los datos existentes para el periodo 1990-2005, la entidad podría alcanzar la meta prevista en los ODM (ver gráfica 2.11).

Por lo que respecta a la mortalidad materna, en 2000 la tasa nacional promedio fue de 72.6 y para 2004 se redujo a 62.4. En Michoacán las cifras para estos mismos años fueron 57.4 y 48.3, respectivamente, lo que muestra un avance hacia las metas

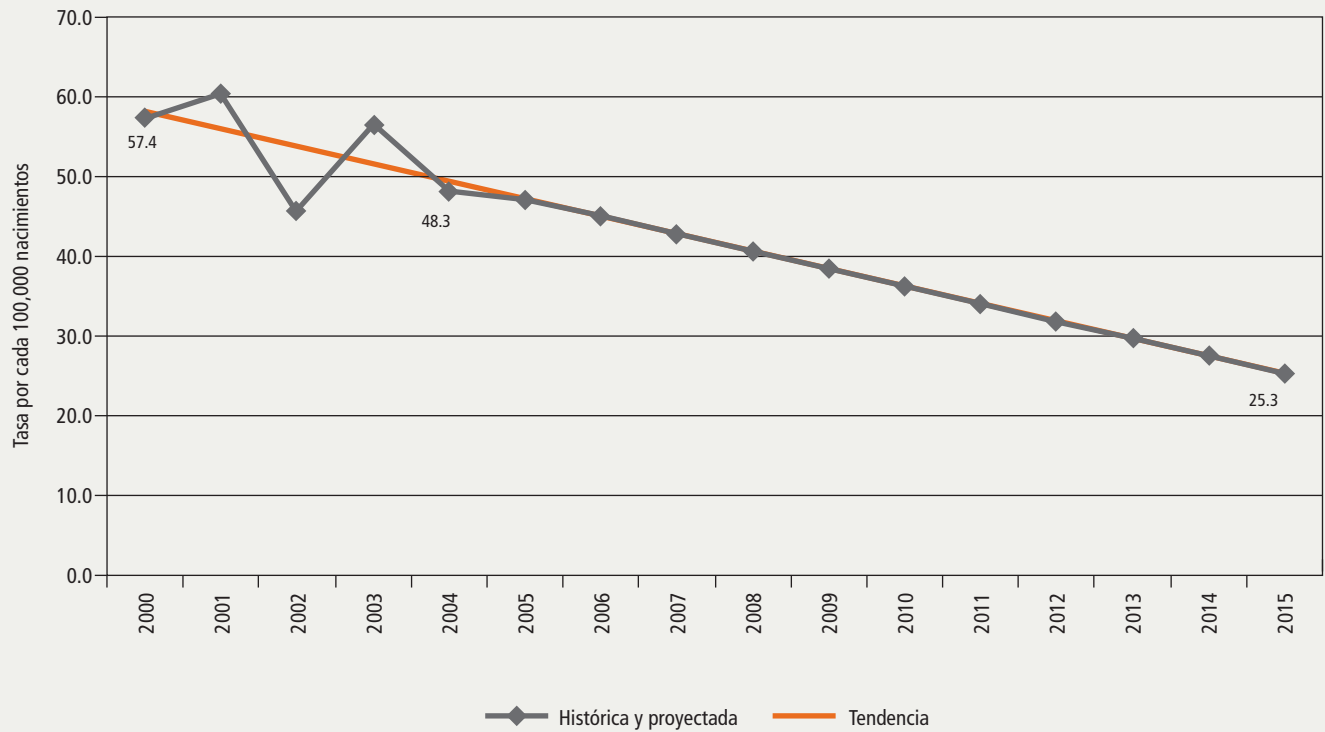
40 Estas tasas se refieren a número de muertes de niños menores a cinco años por cada 1,000 nacidos vivos. Ver CMMS (2006).

Gráfica 2.11 Mortalidad infantil histórica y proyectada. Michoacán, 1990-2015



Fuente: Cálculos de César L. Navarro Chávez con base en Conapo (2007a); Conapo (2007b) y Ssa (2007c).

Gráfica 2.12 Mortalidad materna histórica y proyectada. Michoacán, 2000-2015



Fuente: Cálculos de César L. Navarro Chávez con base en Ssa (2007c).

fijadas para 2015.⁴¹ (Ver gráfica 2.12). Sin embargo, es necesario acelerar la reducción de la mortalidad materna, pues el ritmo actual es insuficiente para lograr el objetivo propuesto.

También es necesario detener y empezar a reducir la propagación del VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades graves. En el año 2000 había 38 casos confirmados de VIH/sida en la entidad y para 2004 la cifra se incrementó a 129, un crecimiento de 239.5%. Esta tasa es menor a la nacional, que aumentó 275.6% en el mismo periodo. La tasa de mortalidad por VIH/sida tuvo un crecimiento de 175% en el periodo 1990-2005. La tendencia muestra que este problema continuará agravándose en la entidad hacia 2015 (ver gráfica 2.13).

Entre los ODM en materia de salud sobresale la reducción de enfermedades graves como el paludismo. En el año 2000 se confirmaron 138 casos en la entidad, y la cifra disminuyó significativamente para 2004, a sólo siete casos. En este rubro se alcanzó la meta establecida para 2015.⁴²

Desafíos para la política de salud en Michoacán

Los problemas financieros del sector salud son uno de los grandes desafíos de México y particularmente de Michoacán. Esto se debe en parte al aumento de los costos de la atención. Más importante aún es el hecho de que 52% de los gastos totales en salud se cubren directamente con recursos de las familias. En contraste, por ejemplo, en Colombia este gasto representa 25% del total y en Gran Bretaña apenas alcanza 3%. Las cifras más conservadoras indican que cada año alrededor de dos millones de hogares mexicanos se ven obligados a utilizar más de 30% de su ingreso disponible en la atención de sus necesidades de salud. Estos gastos, que representan desembolsos altamente significativos como proporción del ingreso de las personas, son una causa frecuente de empobrecimiento.⁴³

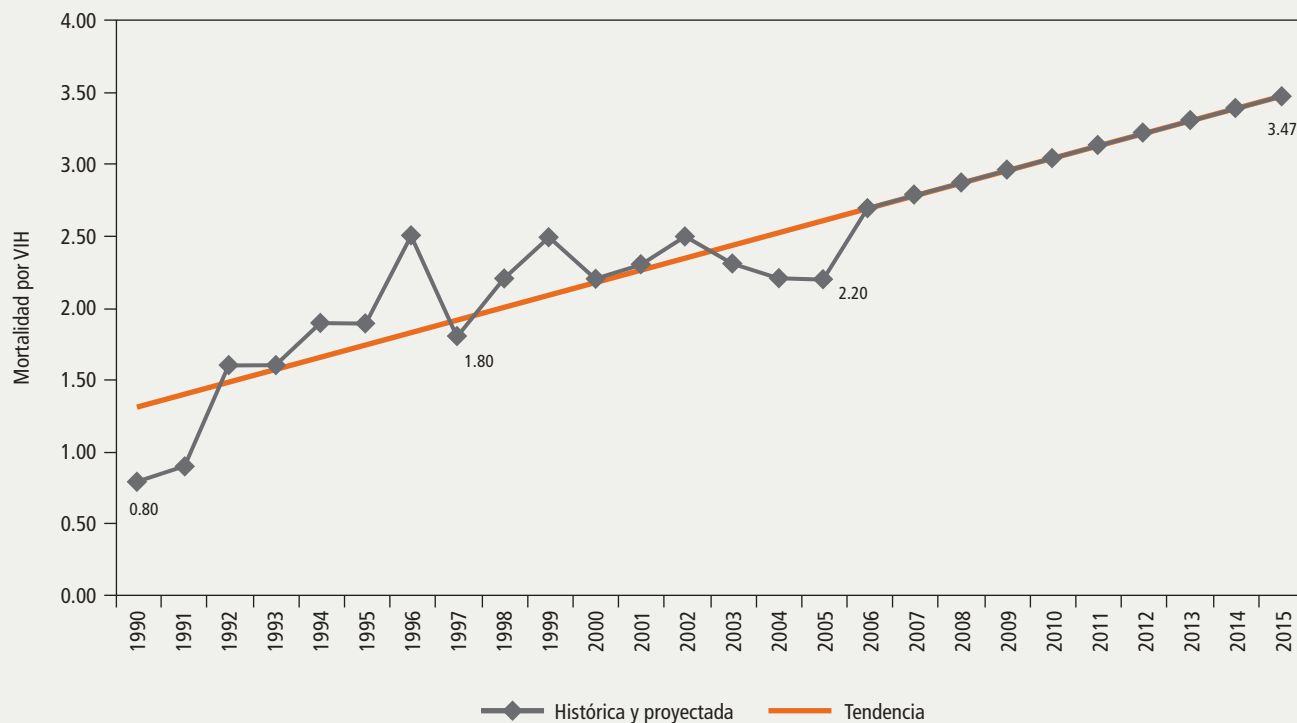
Otro pendiente es mejorar la calidad de la atención médica. Los largos tiempos de espera en la atención ambulatoria constituyen una causa frecuente de queja y desalientan el uso de los servicios públicos. En las unidades de primer nivel es común observar problemas de abasto de medicamentos, mientras que en los hospitales el equipamiento es a menudo insuficiente y

41 Esta tasa se refiere al número de muertes por cada 100 mil nacidos vivos. CMMS (2006).

42 Ssa (2007c).

43 Ssa (2001).

Gráfica 2.13 Mortalidad por VIH/sida, histórica y proyectada. Michoacán, 1990-2015



Fuente: Cálculos de César L. Navarro Chávez con base en INEGI (2007b).

Nota: Tasa por cada 100 mil habitantes.

obsoleto. También es frecuente observar un uso deficiente de los expedientes clínicos.⁴⁴

En general, los pendientes y desafíos del sector salud en Michoacán corresponden con los del país y están entre las prioridades del Programa Nacional de Salud 2007-2012,⁴⁵ que ha definido los siguientes objetivos:

- Mejorar las condiciones de salud de la población;
- Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas;
- Prestar servicios de salud con calidad y seguridad;
- Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y
- Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

El cumplimiento de estos objetivos debe reconocer el rezago que muestran los principales indicadores de salud de Michoacán.

⁴⁴ Ssa (2001).

⁴⁵ Ssa (2007a).

CONCLUSIONES

La salud es uno de los elementos constitutivos del desarrollo humano. Más allá de su valor intrínseco, la inversión en salud promueve la eficiencia de los recursos humanos y, por consiguiente, el crecimiento económico. En general, los indicadores de salud en Michoacán muestran un mejoramiento de las condiciones de vida de la población, fundamentalmente en los municipios de mayor rezago social, lo que ha incidido de manera positiva en el índice de desarrollo humano de la entidad. Sin embargo, indicadores como la mortalidad en general y las muertes por VIH/sida demuestran que no sólo se requiere intensificar las políticas de salud en la entidad, sino también focalizarlas en ciertos sectores y segmentos de la población.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en materia de salud son una guía para mejorar en el estado indicadores de salud como la mortalidad infantil y la salud materna. No obstante, combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades plantea un reto de grandes dimensiones, por lo que es necesario incrementar el trabajo tanto del sector público como del privado y el social, así como la inversión, de tal forma que el estado pueda enfrentar

los problemas de salud propios de una sociedad estrechamente relacionada con el exterior.

Las políticas públicas estatales y federales, así como las acciones de la sociedad en conjunto, deben tener como objetivo la eliminación de las llamadas “trampas de la pobreza”, es decir, los descensos en esperanza de vida, salud y nutrición que inciden negativamente en los niveles de desarrollo cognitivo, productividad e ingreso del individuo.

Es necesario establecer mecanismos de colaboración México-Estados Unidos que incluyan a las organizaciones de migrantes michoacanos para mejorar las condiciones de salud en localidades y municipios de Michoacán, y en localidades, condados y estados del país vecino donde radica la fuerza laboral de la entidad.

La población indígena en el estado es numerosa; sin embargo, debido a la marginación es muy vulnerable a enfermedades. Por ello es necesario ampliar los esfuerzos para apoyar a este sector de la población.

El gasto público destinado a la salud se ha incrementado en la entidad, pero la participación del gasto privado sigue siendo mayoritaria. Pese a los incrementos del gasto público, la cobertura y la calidad de los servicios siguen siendo insuficientes para cubrir las demandas de la sociedad michoacana. En particular, debe garantizarse la cobertura a pesar de las fluctuaciones de la economía.

Mejorar la calidad de los servicios de salud, reducir los tiempos de espera en atención ambulatoria, resolver las carencias de medicamentos y equipo, y la insuficiencia de la infraestructura, son pendientes importantes en la entidad.

El trabajo de todos los actores de la sociedad michoacana es fundamental para fortalecer un enfoque basado en la salud preventiva, a fin de evitar las enfermedades y el sufrimiento y los gastos catastróficos ocasionados por enfermedades no previstas o no atendidas a tiempo, las cuales tienen efectos devastadores para el desarrollo familiar.

