

BREVE HISTORIA Y TRANSICIONES DEL SECTOR SALUD

LOS DERECHOS SOCIALES SON HERRAMIENTAS NECESARIAS para dar contenido a la libertad y para asegurar las condiciones materiales que posibilitan su ejercicio, tanto en la esfera privada como en los procedimientos públicos de toma de decisiones. Garantizar a las personas el acceso a los servicios de salud es una condición para el ejercicio de la autonomía individual y, por ende, para una vida digna. Este acceso debe erigirse sobre una base de igualdad sustantiva en la manera y el tipo de servicios de salud.

De acuerdo con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), toda persona tiene derecho a la salud, y ésta debe ser entendida como “el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”. Además, en este ordenamiento se precisa que son los Estados y sus gobiernos partes los que se comprometen a reconocer a la salud como un bien público y a adoptar las medidas necesarias para garantizarla a toda la población sin discriminación alguna, creando condiciones que le aseguren asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad.

A pesar de que la Constitución de 1917 fue pionera al consagrar un conjunto de derechos sociales, el acceso a los servicios de salud para todas las personas en México no quedó plasmado en la Carta Magna sino hasta 1983, y sería en 2004 cuando, a través de modificaciones a la Ley General de Salud, se fijaron las disposiciones para extender la cobertura de los servicios de salud a toda la población. El rezago de más de 80 años indudablemente impactó en la realidad de varias generaciones y de millones de personas en México.

El andamiaje institucional de los servicios de salud se comenzó a construir en 1943 con la fundación del Instituto Mexicano del Se-

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales desarrolló, en la Observación General 14, una serie de elementos esenciales e interrelacionados que dan contenido al derecho a la salud:

- a) **Disponibilidad.** En cuanto a establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. Que incluyan los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.
- b) **Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a toda la población, sin discriminación alguna, en sus cuatro dimensiones superpuestas:
 - i) *No discriminación:* los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.
 - ii) *Accesibilidad física:* los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al *alcance geográfico* de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, niñas y niños, adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/sida. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.
 - iii) *Accesibilidad económica (asequibilidad):* los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de toda la población. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán *basarse en* el principio de la equidad, a fin de *asegurar* que esos servicios, sean públicos o privados, y estén al alcance de todas y todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los ho-

gares más pobres no recaiga una carga desproporcionada en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

- iv) *Acceso a la información*: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

- c) **Aceptabilidad**. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.
- d) **Calidad**. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

guro Social (IMSS) para los y las trabajadoras en general, sostenido por las cuotas obrero-patronales; luego, en 1959, se amplió el espectro de cobertura con la fundación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a fin de beneficiar a los y las funcionarias públicas. Ambos sistemas entregan el ejercicio del derecho a la salud a aquellas personas que por contar con un empleo formal o por ser familiar de una persona beneficiaria tienen acceso a la seguridad social.

En esos años, se crearon también instituciones que, como parte de sus prestaciones, incorporaron servicios de salud específicamente para sus trabajadores y familiares, tales como el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) –coordinado por la Secretaría de la Defensa Nacional y que incluye a la Marina– y los servicios de salud de Petróleos Mexicanos (Pemex).

Con esta formulación que liga empleo formal y derecho a la salud, se crearon dos segmentos poblacionales diferenciados: “mexicanos de primera y mexicanos de segunda. Aquellas personas que tienen un trabajo formal y pueden acceder a los servicios de salud y familias enteras que no tienen garantizado el servicio por no estar relacionados laboralmente” (Chertorivski, 2012).

En la última década muchos han sido los esfuerzos para lograr el acceso de todas las personas al ejercicio de este derecho. En 2000, durante la administración de Vicente Fox, se diseñó e implementó el Programa Nacional de Salud 2001-2006, La Democratización de la Salud en México. Hacia un Sistema Universal de Salud. Tenía como objetivos mejorar las condiciones de salud, abatir las desigualdades en la materia, garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados, asegurar la justicia en el financiamiento, así como fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas.

En 2004, con el objetivo de fortalecer el sistema público de salud y para superar la brecha entre las personas derechohabientes de la seguridad social y aquellas que no lo son, se hizo un nuevo intento por lograr la cobertura universal del acceso a la salud a través del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Se creó con base en la reforma constitucional de 1983, que consagra el derecho de todas las personas, sin importar su condición social, a la cobertura de servicios de salud.

Como parte de este esfuerzo se implementó el Seguro Popular de Salud (SPS) que tiene el objetivo de “otorgar cobertura de servicios de salud, a través de un aseguramiento público y voluntario, para aquellas personas de bajos recursos que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social” (Seguro Popular, 2012a). De acuerdo con el secretario de salud, Salomón Chertorivski, es a partir de este programa “cuando se va dando la igualdad práctica a cada uno de los mexicanos que necesitan una intervención médica”. Si bien con el SPS se amplió la afiliación a los servicios de salud –y tal hecho es de celebrarse– al mismo tiempo se sumó una pieza más al ya fragmentado sistema de salud mexicano.

De acuerdo con cifras oficiales, en el primer semestre de 2004 se afiliaron al SPS 799 902 familias, con lo que se logró 100 por ciento de cobertura en Colima, 65.2 por ciento en Tabasco, 46.2 por ciento en Sinaloa, 38.3 por ciento en Baja California Sur y 36.9 por ciento en Tamau-

lipas, en relación con las familias no derechohabientes (CESOP, 2005, p. 3). Para finales de 2004, 29 estados ya eran parte del acuerdo y, en los primeros dos meses de 2005, se unieron Durango, Chihuahua y Distrito Federal, con lo que se logró la implementación del plan a escala nacional (Tamez y Eibenschutz, 2008, p. 139).

Es importante mencionar que el Seguro Popular no cubre todas las enfermedades y no todos los tratamientos. Los datos oficiales refieren que las familias aseguradas –en abril de 2012 correspondían a 52.6 millones de personas– pueden acceder a 284 intervenciones de primer y segundo niveles de atención que se encuentran incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes), a atención médica de más de 1 400 enfermedades, así como a los medicamentos correspondientes a los tratamientos prescritos (Seguro Popular, 2012b).

El SPS también ofrece un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos en salud (FPGC), que paga por servicio un número limitado de intervenciones consideradas, en efecto, como catastróficas por los gastos que implica para las personas y familias. En 2004 este Fondo cubría intervenciones por casos de leucemia linfoblástica, cáncer cervicouterino, cuidados neonatales y tratamientos ambulatorios de VIH/sida. Para 2007 se agregaron intervenciones por cáncer de mama, tratamiento antirretroviral de VIH/sida, cataratas y los 10 principales tipos de cáncer en niñas y niños.

SEGURO POPULAR

El Seguro Popular es considerado uno de los mayores avances de la última década. Representa un paso fundamental para lograr la universalización de los servicios de salud en México. De acuerdo con sus datos, en 2011 ya estaban afiliadas 4 millones de personas que pueden acceder a 275 intervenciones de primer y segundo niveles de atención que se encuentran incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes), a la atención médica de más de 1 400 enfermedades, así como a los medicamentos correspondientes a los tratamientos prescritos.

Como complemento al Seguro Popular se creó la estrategia de Embarazo Saludable, a fin de avanzar en la garantía del derecho a la salud de las mujeres embarazadas mediante atención prenatal en el embarazo, atención de parto y puerperio fisiológico, la atención de cesárea y puerperio quirúrgico (Seguro Popular, 2012b). En 2006 se incorporó el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) dentro del Sistema de Protección Social en Salud. Este seguro ofrece atención médica a niñas y niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006, desde que nacen y hasta que cumplen cinco años de edad. Además, garantiza la afiliación inmediata de toda la familia al Sistema de Protección Social en Salud.

Tabla 1. Principales modificaciones en materia de salud (1917-2006)

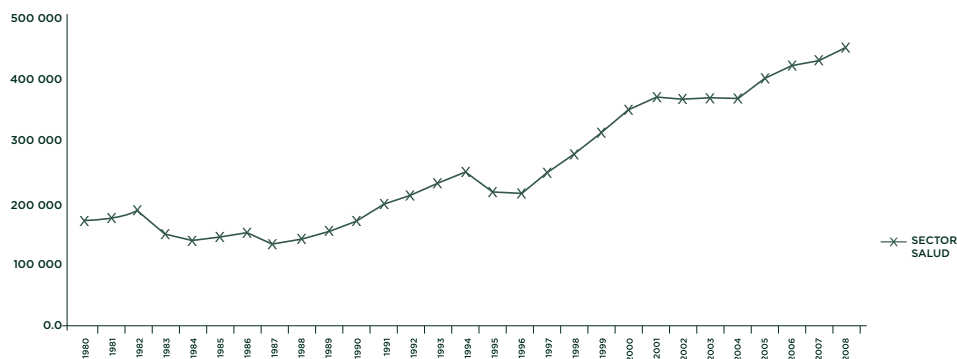
AÑO	MODIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
1917	Constitución mexicana de 1917	Consagró un conjunto de derechos sociales.
1943	Fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social	Representó el primer paso para la construcción del andamiaje institucional que pretende garantizar el acceso a los servicios de salud en el país.
1959	Fundación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Otorgó beneficios sociales a las y los trabajadores del gobierno federal.
1983	Reforma constitucional de 1983	El derecho a la salud fue elevado a rango constitucional: “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”.
2004	Modificaciones a la Ley General de Salud	Se fijaron las disposiciones para extender la cobertura de los servicios de salud a toda la población del país. Se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), que incluye al Seguro Popular.
2006	Seguro Médico para una Nueva Generación	Ofrece atención médica a niñas y niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006, desde que nacen y hasta que cumplen cinco años de edad. Además, garantiza la afiliación inmediata de toda la familia al Sistema de Protección Social en Salud.

FUENTE: Elaboración propia.

COMPORTAMIENTO DEL PRESUPUESTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

El aumento en gasto en materia de salud ha sido una tendencia en los últimos años, tal como se puede observar en el siguiente gráfico:

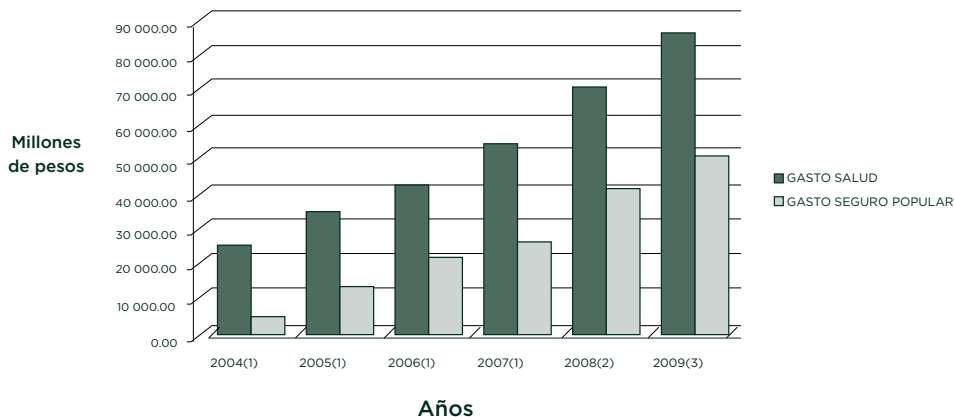
Gráfico 1. Tendencia del gasto en salud (1980-2008)
[Millones de pesos de 2008]



FUENTE: Elaborado por el Centro de Estudios de las Finanzas Públicas de la H. Cámara de Diputados, con cifras de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

El aumento en el gasto de salud en la última década, se debe, en gran medida, al Seguro Popular, como se observa a continuación (Durán, 2009, p. 427).

Gráfico 2. Crecimiento del gasto en salud en pesos mexicanos constantes (2004-2009)



FUENTE: Cuentas Públicas de la Federación (2004-2007); Presupuesto de Egresos de la Federación, Gasto Programable (2008-2009). Pesos constantes (utilizando 3% de inflación con el año de base de 2004).

Sin embargo, este crecimiento está lejos de ser el que demanda la población. La Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa a México en el lugar 144, en una lista de 189 países, en equidad en la contribución financiera a la salud (2010). Nuestro país canaliza sólo 5.9 por ciento del producto interno bruto (PIB) a la salud, mientras que Canadá destina 10.1 por ciento y Estados Unidos 15.7 por ciento. En América Latina, Costa Rica destina 8.1 por ciento de su PIB en salud, Brasil, 8.4 por ciento, y Uruguay, 8 por ciento. Mientras los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) gastan en promedio 2 894 dólares per cápita en salud, en México se gastan 823 dólares.

Por otra parte, la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud (2006) señala que es persistente el alto nivel del llamado “gasto de bolsillo” en salud (recursos que las familias destinan de su peculio para enfrentar enfermedades), lo que genera que con frecuencia se incurra en gastos catastróficos o empobrecedores, los cuales, por ejemplo, en 2004 alcanzaron a 15.9 por ciento de los hogares mexicanos.

MAYOR INVERSIÓN

De acuerdo con el secretario de salud, Salomón Chertorivski, “aunque ha habido mayores recursos invertidos, la afiliación no es nada más meter nombres en una lista; la afiliación representa recursos que se han invertido por cada una de las personas que están en esa lista y en ese sentido podemos ver un incremento natural de cerca de 1 por ciento del PIB de 2010 a 2011, y cerca de 2 puntos porcentuales de inversión pública, debido a que ha disminuido la inversión privada, el gasto de bolsillo, el gasto catastrófico de las familias. Esa inversión ha repercutido en mayor número de unidades médicas, de camas (crece en alrededor de 10 por ciento), de quirófanos, consultorios, 46 000 enfermeras más, 25 000 médicos adicionales, nada más en 5 años. Eso representa por supuesto una mayor igualdad en posibilidades de acceso a los servicios, representa verdaderamente que el dinero siguió a las personas en posibilidades de acceso”.

Entrevista a Salomón Chertorivski, secretario de salud (2012)

TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA Y EPIDEMIOLOGICA

El mejoramiento de las condiciones generales de vida (saneamiento básico, acceso a servicios de salud y educación, entre otros), así como las transformaciones demográficas (reducción de la fecundidad y mortalidad) que se han experimentado en México durante los años recientes, han contribuido a la configuración de un nuevo panorama de salud, cuyo reflejo más claro es el aumento en la esperanza de vida. En 2010 se estimó en 78 años para las mujeres y 73 años para los hombres, en promedio 75.5 años; para el año 2050 se prevé que alcance un nivel promedio de 82 años, lo que obliga a revisar y diseñar las estrategias de salud acordes con esta nueva panorámica demográfica de la sociedad mexicana.

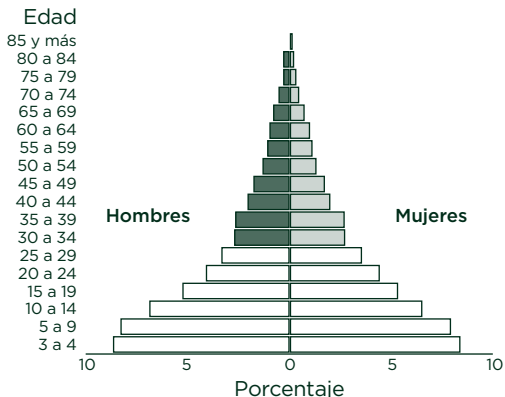
Por otra parte, reconocer los nuevos retos epidemiológicos asociados con los contextos de pobreza, e incluso con una mirada de género, implica prever una política de salud que impida el avance de la discriminación en este ámbito fundamental.

Transición demográfica

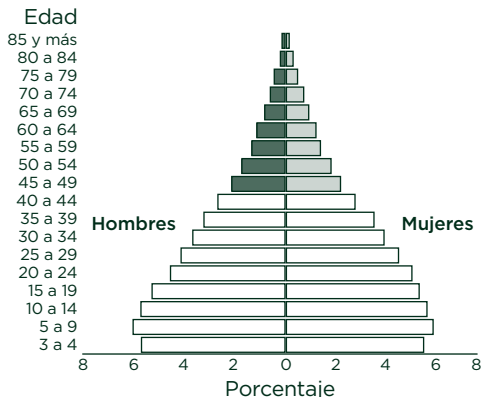
Al proceso de transformación en la estructura etaria (por edad) de la población contribuyen tanto la disminución de la natalidad o, más específicamente, la fecundidad, así como el incremento de la esperanza de vida, que es resultado de la reducción de la mortalidad. La evolución demográfica de la mortalidad y la fecundidad en una sociedad se produce como resultado del avance de la ciencia y la tecnología, así como de transformaciones institucionales que afectan conocimientos, actitudes y prácticas de las personas. La caída de la fecundidad, sumada al aumento de la esperanza de vida, han producido un envejecimiento poblacional que cada vez será más amplio, en relación con el resto de la demografía.

Gráfico 3. Pirámides de población de México (1970-2030)¹

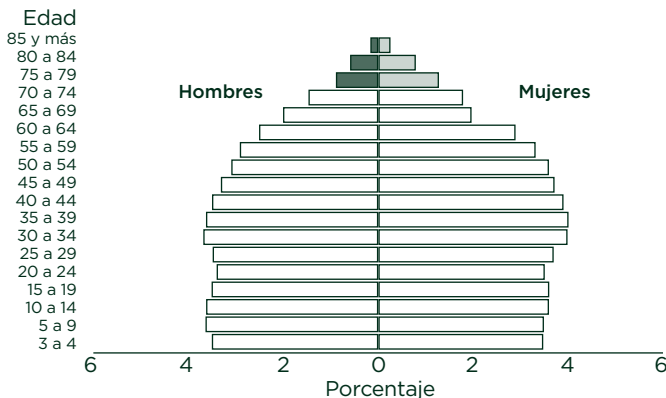
Distribución por edad, México, 1979



Distribución por edad, México, 2000



Distribución por edad, México, 2030



Con el paso del tiempo, la distribución por edad muestra el resultado del proceso de transición demográfica que, al llegar a su tercera fase –caracterizada por una combinación de baja fecundidad y baja mortalidad–, produce una reducción en la base de la pirámide poblacional. De esta manera, las niñas y niños menores de 14 años reducen su pre-

¹ Consejo Nacional de Población (Conapo).

sencia en el total de la población y la incrementan las personas adultas mayores. Dicho de otra forma, en 1970 había 48.2 millones de habitantes en México, de los cuales sólo 1.8 millones tenían 65 años o más, lo que representaba 4 por ciento de la población. En 2010, esta proporción aumentó a 6.3 por ciento y, para 2050, se estima que habrá más de 25.8 millones de personas de 65 años o más, lo que representará 21 por ciento de la población total (INEGI, 2011).

La dinámica del cambio demográfico se observa no sólo por el incremento en la participación porcentual de los grupos de edad avanzada sino a través de la modificación en las tasas de crecimiento medio anual de cada grupo etario. Lo más relevante es la significativa disminución de las tasas de crecimiento de los grupos más jóvenes que, incluso, llegan a ser negativas para los menores de 30 años en el periodo más reciente.

Es necesario considerar la dimensión demográfica de la sociedad mexicana para comprender las necesidades más importantes en materia de salud. El esperado aumento de personas adultas mayores en la pirámide poblacional implica pensar en una reestructuración de la inversión y en la planeación de los programas sanitarios necesarios que soporten este crecimiento (Salgado de Synder, 2005, p. 295), y que prevengan y no reproduzcan la discriminación.

El envejecimiento de la población hará crecer de forma drástica la necesidad de atención médica especializada en las próximas décadas, en medio de una sociedad polarizada económicamente y con altos índices de pobreza, en donde además a las personas de 60 años y más no se les contrata o se les despide de sus trabajos por estigmas y discriminación.²

² En abril de 2002 se llevó a cabo la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en la cual se adoptó la Declaración Política de Madrid sobre el Envejecimiento 2002. En la Declaración se instituyó un Plan de Acción Internacional para responder a las oportunidades que ofrece y los retos que plantea el envejecimiento de la población en el siglo XXI; en el Plan se promueve el desarrollo de una sociedad para todas las edades, y se compromete a los Estados Partes a eliminar todas las formas de discriminación, entre otras, aquella por motivos de edad. A partir del Plan, la actuación de los Estados debe ir en tres direcciones prioritarias: a) las personas de edad y el desarrollo; b) la promoción de la salud y el bienestar en la vejez, y c) el logro de entornos emancipadores y propicios.

Según la Enadis 2010, 37.3 por ciento de las personas mayores de 60 años describe como uno de sus problemas principales lo relacionado con las enfermedades, el acceso a servicios de salud y los medicamentos; consideran los problemas de salud y de discapacidad como los más importantes luego de los problemas laborales para su grupo etario.

Para observar el efecto de los cambios en la estructura por edad, puede subdividirse en la relación de dependencia infantil y la relación de dependencia de la vejez. Hasta ahora, las modificaciones en la relación de dependencia se han producido como resultado de las disminuciones en la proporción de la población infantil; sin embargo, a pesar de que esta reducción se mantenga, hasta llegar a 48.3 para el año 2030, se incrementará en la parte que corresponde a la población de 65 años o más, que representará 17.5 individuos en este grupo, por cada 100 entre 15 y 64 años de edad, según las proyecciones de población.

En otras palabras, el bono demográfico que representa un segmento mayoritario de la población en edad productiva irá disminuyendo con el tiempo. Como se aprecia en la tabla siguiente, la curva de dependencia de las personas adultas mayores se incrementará sustancialmente a partir de 2020, mismo año en el que comenzará la disminución de la dependencia infantil.

Tabla 2. Tasas de dependencia en México (1950-2100)

TASA DE DEPENDENCIA	1950	1960	1980	2000	2005	2010	2015	2020	2040	2060	2080	2100
Tasa de dependencia infantil	120.2	134.3	136.3	84.5	76.5	70.6	63.2	58	42.4	37.1	38.5	41.6
Tasa de dependencia de las personas mayores	7.9	7.9	9.5	10.3	10.8	11.6	12.3	14.3	27.5	42.3	56.8	61.7
Tasa total de dependencia	128.1	94.8	145.8	94.8	87.3	82.1	75.5	72.3	70	79.4	95.3	102.7

FUENTE: World Population Prospects. The 2010 Revision. Volume II: *Demographic Profiles*. ONU.

El hecho de que en el pasado el mayor peso de la dependencia se concentrara en la población infantil, implicaba una demanda de recursos para los servicios requeridos por estos grupos de edad. Sin embargo, el cambio cualitativo en la relación de dependencia hacia personas adultas mayores, implicará una demanda creciente de atención en materia de salud y cuidados personales, con la mayor carga financiera que ello implica. Ciertamente es que el envejecimiento de la población no sólo plantea problemas en el ámbito de la salud, sino también en otros que resultan clave para la no discriminación, como el acceso a pensiones y jubilaciones y, en general, a la protección social en su sentido extenso.

Por otra parte, al iniciar el siglo XXI se ha alcanzado una fecundidad cercana al nivel de reemplazo generacional, es decir, con un promedio alrededor de dos hijos por pareja. Sin embargo, los datos muestran las grandes diferencias en el número de hijos dependiendo del sector socioeconómico al que se pertenece. Hay un mayor número de hijas o hijos en los sectores más desaventajados, lo que implica que se estén reproduciendo condiciones de marginación y pobreza. Esto obliga a hacer hincapié en la necesidad tanto de atender las condiciones de acceso a la salud por parte de las mujeres en edad reproductiva como de asegurar su permanencia en la escuela y su adecuada incorporación al mercado de trabajo.

Transición epidemiológica

Los cambios en la estructura social no sólo han sido de carácter demográfico. También el comportamiento de las enfermedades y los padecimientos se ha transformado. Por ejemplo, en el último medio siglo el país verificó un cambio sustantivo en la estructura de la mortalidad general: en 1960, casi un tercio de las defunciones se debían a enfermedades infectocontagiosas como diarrea, enteritis, neumonía e influenza. En la actualidad (de acuerdo con la clasificación de enfermedades utilizada en la estimación de la carga global de la enfermedad, GBD, por sus siglas en inglés), el mayor peso porcentual (75.4) de las muertes se debe a enfermedades no transmisibles (grupo II de la siguiente gráfica) (Murayama, 2012).

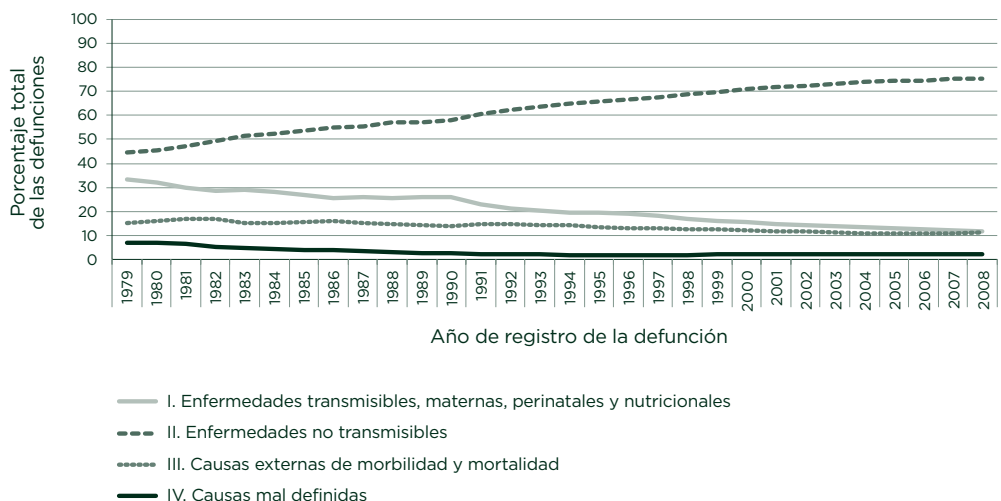
Tabla 3. Causas de muerte por grupo

GRUPO	ENFERMEDADES
Grupo I	Muertes por enfermedades transmisibles (diarrea y enteritis, neumonía e influenza), maternas, perinatales y de las deficiencias nutricionales.
Grupo II	Muertes por enfermedades no transmisibles (enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebrovascular, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado)
Grupo III	Muertes por causas externas de morbilidad y mortalidad.

FUENTE: elaboración propia con información de Murayama, 2011.

En el siguiente gráfico, al observar la evolución de la mortalidad se puede notar cómo desde 1979 ha aumentado la proporción de las enfermedades no transmisibles –cuando constituían 44 por ciento del total de las muertes registradas en ese año– para llegar a ser la causa de 75.3 por ciento del total de las muertes registradas en 2008.

Gráfico 4. Principales causas de muerte en México (1979-2008)



FUENTE: Murayama, 2012.

En contraste, las enfermedades transmisibles maternas, perinatales y de las deficiencias nutricionales han disminuido en dos terceras partes pasando de 33.5 por ciento en 1979 a 11.6 por ciento en 2008, para ubicarse en una posición similar a la de las causas externas de morbilidad y mortalidad, con proporciones de alrededor de 11.2 por ciento en 2008. Asimismo, las causas de mortalidad mal definidas o causas inespecíficas han disminuido de 6.9 por ciento en 1979 a 2.0 por ciento en 2008, para ubicarse en una posición similar a la de las causas externas de morbilidad y mortalidad, con proporciones de alrededor de 11.2 por ciento en 2008.

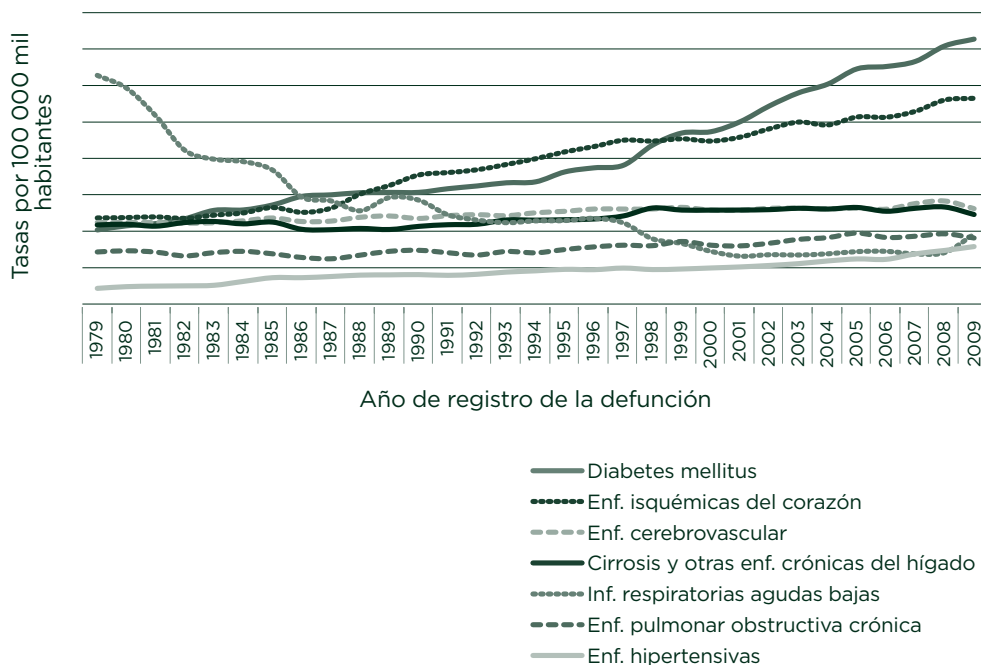
En 2009, la segunda causa de muerte en el país fueron las enfermedades isquémicas del corazón (56.5 por ciento), seguidas por la enfermedad cerebrovascular (26.2 por ciento), la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (24.6 por ciento), infecciones respiratorias agudas (19.2 por ciento), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (18.2 por ciento), enfermedades hipertensivas (15.87 por ciento), homicidios (13.5%), nefritis y nefrosis (13.1 por ciento), accidentes de vehículo de motor (9.8 por ciento), asfixia y trauma al nacimiento (6.7 por ciento) y enfermedades infecciosas intestinales (3.0 por ciento).

Sin duda, que las políticas sanitarias han tenido fuerte influencia en las transformaciones epidemiológicas, lo cual es importante reconocer. Sin embargo, persisten varios e importantes focos rojos. Tal es el caso de la diabetes mellitus, primera causa de muerte desde finales de la primera década del siglo XXI.

CAMBIO EPIDEMIOLÓGICO

En 1960 casi un tercio de las defunciones se debían a enfermedades infectocontagiosas, como diarrea y enteritis, neumonía e influenza. A finales de la década de los ochenta se logró terminar con esta tendencia y, en la actualidad, las principales causas de los decesos son enfermedades crónico degenerativas, como la diabetes mellitus, las isquémicas del corazón y los problemas cerebrovasculares. Con esto se considera que el país ya está en una etapa avanzada en la transición epidemiológica.

Gráfico 5. Tasa bruta de mortalidad de las principales causas de muerte (1979-2009)



FUENTE: Murayama, 2012 con datos del Informe México sobre los Determinantes

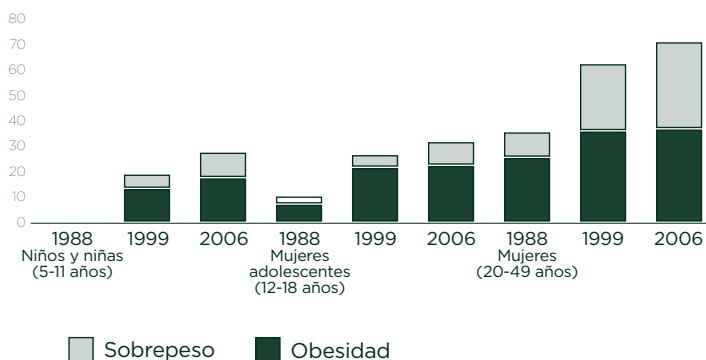
Como se aprecia en el gráfico anterior, a lo largo de estos 30 años (1979-2009) la diabetes y las enfermedades isquémicas del corazón han abierto una importante brecha con respecto al resto de las causas de mortalidad.

La transición epidemiológica representa un reto para los programas y catálogos de servicios de cada una de las instituciones de salud, sobre todo si se valoran o justifican a partir de los principios de no discriminación inscritos en la Carta Magna y la legislación en esta misma materia. Sin embargo, no se está respondiendo adecuadamente en todos los casos. Por ejemplo, hasta hace muy poco, salvo esfuerzos aislados, no existían programas y políticas coherentes de prevención de obesidad, a pesar de la magnitud del problema en el ámbito nacional.

OBSIDAD

La obesidad, que se asocia a la diabetes y a las enfermedades del corazón, se ha convertido en un problema prioritario. En las niñas adolescentes el sobrepeso y la obesidad se triplicó entre 1988 y 2006 y se duplicó en mujeres de 18 a 49 años en el mismo periodo.

Gráfico 6. Sobrepeso y obesidad en niños y niñas de 5 a 11 años, adolescentes del sexo femenino de 12 a 18 años y mujeres de 20 a 49 años (1988-2006)

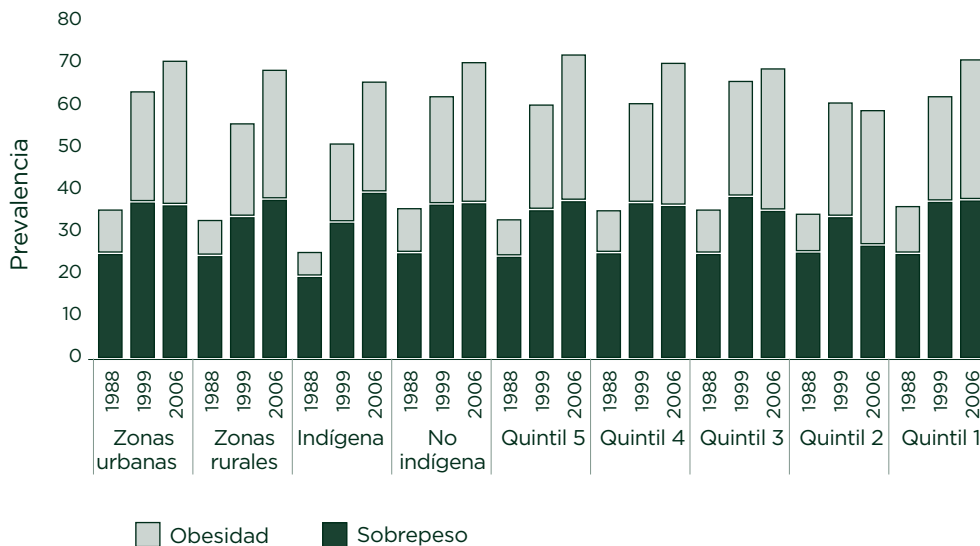


FUENTE: Murayama, 2012.

De acuerdo con Ciro Murayama, a pesar de no existir evidencia de que en México la prevalencia de obesidad sea mayor entre la población pobre, su crecimiento en dicha población es muy elevado. Ahora bien, los mayores aumentos en obesidad en los distintos grupos de edad se observan en la población indígena, los quintiles³ 5 y/o 4 y en zonas rurales. Este incremento en obesidad de la población en situación de pobreza y vulnerabilidad social multiplica el riesgo de padecer enfermedades crónicas y muerte prematura. Aunado a ello, atender los padecimientos que resultan de esta condición puede llevar a gastos de bolsillo en salud capaces de reducir drásticamente la riqueza acumulada por la familia, lo que contribuye a mayor pobreza y desigualdad.

³ Quintil: que divide a la población en 5 particiones de 20 por ciento cada una.

Gráfico 7. Prevalencias de sobrepeso y obesidad en mujeres de 20-49 años en 1988, 1999 y 2006 por diversos subgrupos de población



FUENTE: Murayama, 2012.

OBESIDAD EN MÉXICO

La obesidad afecta en general a toda la población y entre sus consecuencias se encuentran altos niveles de diabetes y enfermedades del corazón (Conapo, 2008, p. 22). De acuerdo con cifras de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006), 70 por ciento de las personas adultas mayores y 4.5 millones de niñas y niños entre 5 y 11 años están excedidos de peso. De las mujeres, 37.4 por ciento presentan sobrepeso y 34.5 por ciento obesidad, mientras que 42.5 por ciento de los hombres presentan sobrepeso y 24.2 por ciento son obesos.

Por otra parte, la mala nutrición –que entraña, entre otros problemas, desigualdad en el acceso en cantidad y calidad adecuada a los alimentos– se está convirtiendo en una causa directa del deterioro de la salud poblacional. Esto ha generado una nueva pandemia, la de la obesidad, que implicará la necesidad de mayores servicios de salud para la población enferma y, a la vez, potenciará los riesgos de exclusión y discriminación relacionada con la apariencia física y a diversos padecimientos que se asumen justificadamente como más costosos. Este tema se analiza, desde una perspectiva similar, en el estudio de este mismo reporte sobre el derecho al consumo y la alimentación.