

CAPÍTULO III

SALUD Y DESARROLLO

Uno de los aspectos importantes de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) fue el de la salud, donde se reconoció que toda persona tiene derecho a disfrutar de salud física y mental que redunde en un nivel de vida adecuado para sí misma y para su familia. En consecuencia, la CIPD exhortó a los Estados a adoptar las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad en todos los ámbitos, el acceso universal a los servicios de salud, incluidos los relacionados con la salud reproductiva.

Por otra parte, en 2000 se estableció la *Declaración del Milenio* con ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para su cumplimiento en 2015, mismos que han sido trabajados de forma paralela a los emanados de la CIPD. En el marco de estos eventos, México ha realizado acciones prioritarias en torno a los acuerdos sobre la salud del niño y de la mujer, la maternidad sin riesgos y el VIH/SIDA.

A continuación se presentará el panorama general de la salud en México de 1994 a 2008, además de proporcionar datos prospectivos que permitan vislumbrar las tendencias en los próximos años.

La salud sexual y reproductiva, incluyendo la salud materna perinatal, el cáncer de mama, cáncer cérvico-uterino, y el VIH/SIDA, se analizarán en el Capítulo IV.

III.1 PANORAMA GENERAL

México se caracteriza por una transición demográfica prolongada, a la par de una transición epidemiológica con rezagos, donde persisten las enfermedades infectocontagiosas, las muertes prematuras evitables y una frecuencia cada vez mayor de enfermedades crónico-degenerativas, llamadas también enfermedades no transmisibles, características de la industrialización y de la vida urbana. Entre dichas enfermedades figuran principalmente la diabetes *mellitus* y la hipertensión arterial.

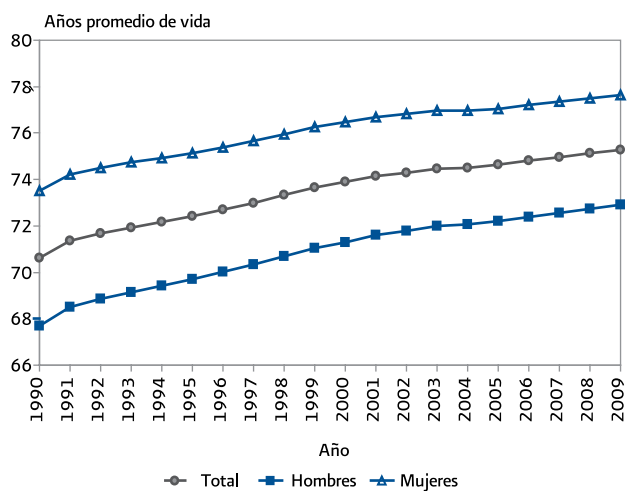
No obstante, las desigualdades que prevalecen entre los diferentes estratos poblacionales de nues-

tro país explican en gran medida el hecho de que en algunas regiones del país, sobre todo rurales, persistan las enfermedades propias del subdesarrollo como son las infecciosas o transmisibles.

III.1.1 ESPERANZA DE VIDA

La esperanza de vida en México ha aumentado diez años en las últimas tres décadas, de tal manera que, de mantenerse constantes las condiciones de mortalidad, la población mexicana vivirá en promedio 75.3 años en 2009, lo que representa 3.1 años más en comparación con 1994. Este indicador muestra diferencias entre sexos, ya que las mujeres continúan siendo más longevas al tener una esperanza de vida de 77.6 años en 2009, en contraste con 72.9 años de los hombres. Sin embargo, a partir de 1994 la brecha entre los sexos ha disminuido 0.8 años, debido al combate de los padecimientos infecto-contagiosos, entre otras causas (véase gráfica III.1).

GRÁFICA III.1. ESPERANZA DE VIDA POR SEXO, México 1990-2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO.

La ganancia anual en la esperanza de vida mantiene una tendencia decreciente: en 1976 fue de 0.52 años, en 1994 pasó a 0.24 años y en 2009 es de 0.16 años. Debido al paulatino envejecimiento poblacional, queda latente la creciente dificultad para mejorar los niveles en la esperanza de vida y en la mortalidad, al enfrentarse a riesgos para la salud que implican necesariamente un aumento en los costos de tratamiento.

Entre 1994 y 2009, todos los estados presentan avances importantes en la esperanza de vida, siendo Chiapas el de mayor aumento con 4.9 años y Coahuila el de menor con 1.8 años.

En 1994 Chiapas, Guerrero y Oaxaca mostraban una esperanza de vida por debajo de los 70 años, en tanto Baja California, el Distrito Federal y Nuevo León eran las entidades con las mayores expectativas. En 2009, Baja California, el Distrito Federal y Quintana Roo tienen las mayores esperanzas de vida, quedando en el extremo opuesto Chiapas, Guerrero y Veracruz.

Es importante destacar la disminución de dos años en la brecha entre las entidades que ocupaban las posiciones extremas, al pasar de 4.7 años en 1994 a 2.7 para 2009 (véase gráfica III.2).

La tasa de mortalidad en el país disminuyó ligeramente entre 1994 y 2009, al pasar de 5.1 defunciones por cada mil habitantes a 4.9. Sin embargo, el fenómeno de la mortalidad se comporta de forma desigual al interior del territorio, al depender de la cantidad y calidad de servicios a los que tengan acceso los habitantes, de los riesgos en la salud presentes en cada región, así como de la asignación y ejercicio de los presupuestos encaminados a mejorar las condiciones de vida de la población. La mayor tasa de mortalidad para 2009 la presenta Veracruz con 5.8 muertes por cada mil habitantes, mientras la mínima es de 3.0 en Quintana Roo.

Asimismo, se espera una tendencia ascendente para este indicador en los próximos años, debido al proceso de envejecimiento de la estructura etaria de la población mexicana (véase Capítulo II).

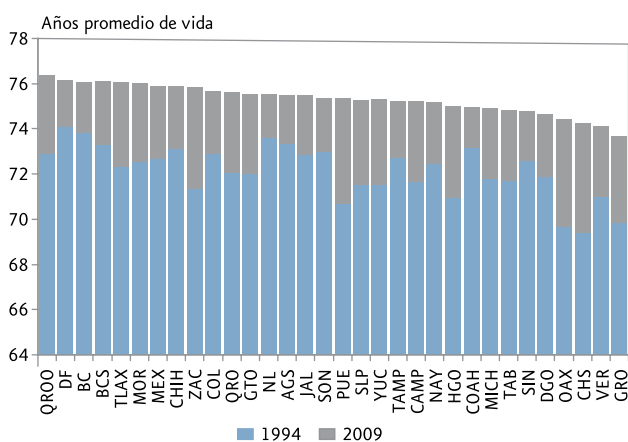
III.1.2.1 MORTALIDAD POR GRUPO DE EDAD

Un avance muy importante en materia de salud ha sido el descenso de la mortalidad en todos los grupos de edad. Hace 50 años, uno de cada 12 niños fallecía antes de cumplir el primer año; de los que sobrevivían, la mitad moría antes de los 35. Actualmente, 98.5% de los recién nacidos sobrevive hasta el primer año de vida.

En general, puede notarse la pérdida del predominio de las enfermedades transmisibles en todos los grupos de edad, tanto para los hombres como para las mujeres. Las enfermedades infecciosas y parasitarias y las infecciones respiratorias cedieron paso a los accidentes, los tumores malignos, lesiones intencionales y enfermedades cardiovasculares tanto en los preescolares (1 a 4 años) y escolares (5 a 14 años), como en los adolescentes y jóvenes (15 a 24 años) y en los adultos jóvenes (25 a 44 años).

En tanto, entre los adultos maduros (45 a 59 años) y adultos mayores (60 años o más) las enfermedades no transmisibles terminaron de concentrar las principales causas de muerte entre 1990 y 2005

GRÁFICA III.2. ESPERANZA DE VIDA POR ENTIDAD FEDERATIVA, MÉXICO 1994 Y 2009

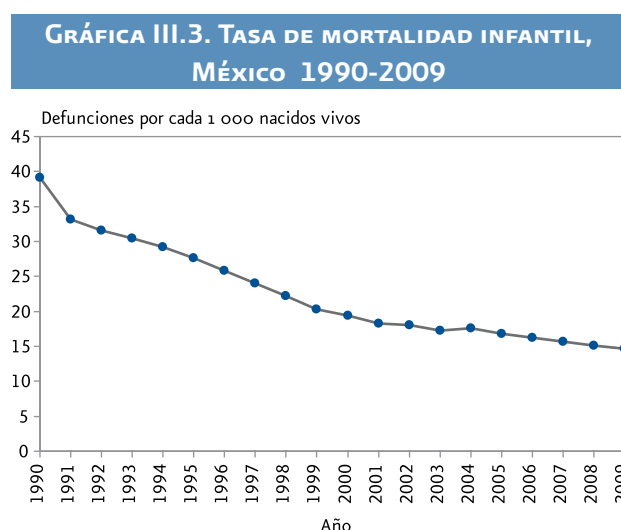


Fuente: Estimaciones del CONAPO.

en hombres y mujeres. Las enfermedades digestivas casi desaparecieron, mientras que las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y la diabetes *mellitus* aumentaron.

III.1.2.2 MORTALIDAD INFANTIL

La disminución de la tasa de mortalidad infantil (TMI) es uno de los factores directamente relacionados con el aumento en la esperanza de vida. La TMI pasó de 29.2 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos en 1994 a 14.7 en 2009 (véase gráfica III.3). De igual manera que con la esperanza de vida, las reducciones de la mortalidad infantil son cada vez menores; en 1994 se tuvo una reducción de 1.3 y en 2009 será de 0.51.



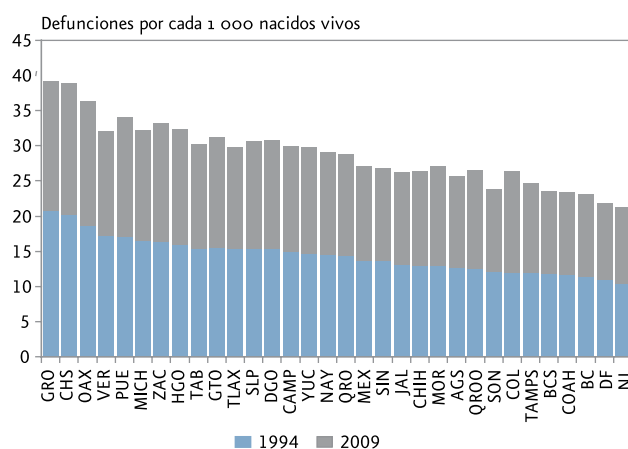
Fuente: Estimaciones del CONAPO.

En promedio, entre 1994 y 2009 todas las entidades federativas lograron disminuir a la mitad su mortalidad infantil (véase gráfica III.4). Chiapas, Guerrero y Oaxaca muestran los mayores niveles de mortalidad infantil para estos años, mientras que en el otro extremo están Baja California, el Distrito Federal y Nuevo León.

Los más bajos niveles de mortalidad de menores de un año se dan en las entidades fronterizas con Estados Unidos, en la costa del Pacífico a partir de Colima hacia el norte, en algunas entidades del centro del país (Aguascalientes y Querétaro), en el Distrito Federal y sus dos entidades vecinas (Estado México y Morelos) y en la Península de Yucatán.

Aunque con tasas intermedias no tan elevadas como en el pasado, todavía hay algunas entidades con atrasos en el control de la mortalidad infantil. Cinco entidades poseen tasas superiores a 17 muertes por cada mil nacidos vivos: Guerrero (20.7), Chiapas (20.2), Oaxaca (18.6), Veracruz (17.3) y Puebla (17.1).

GRÁFICA III.4. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR ENTIDAD FEDERATIVA, MÉXICO 1994 Y 2009



Fuente: Estimaciones del CONAPO.

III.1.2.3 MORTALIDAD EN ADOLESCENTES

Durante la adolescencia y la juventud transcurren los años más saludables de la vida, de ahí que la mortalidad en estas etapas se encuentra estrechamente asociada a comportamientos de riesgo. Entre las principales causas de muerte de este grupo de la población se encuentran los accidentes y las lesiones intencionales y de éstas últimas destacan los homicidios y los suicidios.

Por otra parte, inquieta de manera particular el aumento observado en las muertes provocadas por padecimientos que implican tratamientos de muy alto costo, como el cáncer y el VIH/SIDA.

La mortalidad en esta fase del ciclo vital también muestra un comportamiento diferenciado con respecto al sexo de los individuos. Por cada muerte femenina ocurren, en promedio, 2.4 defunciones masculinas. Estas diferencias pueden explicarse a partir de disposiciones biológicas y culturales distintas, pues las mujeres son físicamente más resistentes y menos propensas a involucrarse en situaciones de riesgo.

En 2005 las principales causas de muerte de los hombres entre 15 y 24 años de edad eran los accidentes (40.52% de las defunciones totales de hom-

bres en este grupo de edad), seguidas de las lesiones intencionales (22.65%). La primera causa de mortalidad entre mujeres también son los accidentes, pero en una proporción menor (20.95%); le siguen los tumores malignos (12.09%). Llama la atención que, a pesar de los avances logrados en esta materia, la mortalidad por razones asociadas a la maternidad es la cuarta causa de muerte entre las adolescentes y las jóvenes mexicanas (véase cuadro III.1).

Entre las cinco principales causas de muerte de hombres y mujeres en 2005 aparece sólo una enfermedad transmisible: las infecciosas y parasitarias que aportan 5.05% del total de defunciones en los hombres y 6.38% de las defunciones en las mujeres.

Como es posible apreciar, la situación particular de los adolescentes y jóvenes presenta situaciones

CUADRO III.1. CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE POR SEXO DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES, 1980-2005

ORDEN	ADOLESCENTES Y JÓVENES (15 A 24 AÑOS)					
	HOMBRES			MUJERES		
	1980	1990	2005	1980	1990	2005
1	ACCIDENTES 50.36%	ACCIDENTES 43.17%	ACCIDENTES 40.52%	ACCIDENTES 21.24%	ACCIDENTES 20.06%	ACCIDENTES 20.95%
2	LESIONES INTENCIONALES 16.23%	LESIONES INTENCIONALES 25.25%	LESIONES INTENCIONALES 22.65%	INFECCIOSAS Y PARASITARIAS 13.35%	INFECCIOSAS Y PARASITARIAS 14.39%	TUMORES MALIGNOS 12.09%
3	INFECCIOSAS Y PARASITARIAS 5.19%	INFECCIOSAS Y PARASITARIAS 6.27%	TUMORES MALIGNOS 6.84%	CARDIOVASCULARES 10.69%	CAUSAS MATERNAS 8.62%	LESIONES INTENCIONALES 11.11%
4	CARDIOVASCULARES 5.02%	TUMORES MALIGNOS 4.50%	INFECCIOSAS Y PARASITARIAS 5.05%	CAUSAS MATERNAS 9.90%	CARDIOVASCULARES 8.55%	CAUSAS MATERNAS 8.55%
5	TUMORES MALIGNOS 2.44%	CARDIOVASCULARES 3.33%	TRASTORNOS MENTALES Y ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO 4.64%	TUMORES MALIGNOS 5.03%	TUMORES MALIGNOS 7.55%	INFECCIOSAS Y PARASITARIAS 6.38%

Fuente: García López, Juan Enrique y Gloria Hernández, Laura Elena 2006, "Mortalidad por causas y ganancias de vida en los últimos veinticinco años", CONAPO, Cuadro 1.

contrastantes pues, por un lado, pertenecen a generaciones que se han visto directamente beneficiadas con los avances en materia de salud y, por otro lado, en ellos se refleja la persistencia de comportamientos que representan riesgos importantes para su desarrollo.

III.1.2.4 MORTALIDAD INDÍGENA

La población indígena cuenta con grandes rezagos respecto al acceso a los servicios a la salud: uno de cada tres indígenas en áreas rurales, es decir, cerca de 1.5 millones de personas, se encuentra en una situación de extrema vulnerabilidad en sus condiciones de salud en razón de su aislamiento geográfico, enorme dispersión y lejanía a una atención médica calificada (García y Gloria, 2006). Estas condiciones hacen sumamente difícil y costoso proporcionarles los recursos de salud que precisa esta población.

Además, la mortalidad infantil entre los hablantes de lengua indígena es 50% mayor que en los no hablantes de lengua indígena, tanto para hombres como para mujeres. La tasa de mortalidad de menores de un año para hombres indígenas fue de 325.50 por diez mil personas, en tanto para los no indígenas fue de 206.80; en el caso de las mujeres, ambas cifras fueron de 256.80 y 161.70, respectivamente.

La marginación en que se encuentra la población indígena se refleja también en el mayor riesgo de morir por causas evitables, en comparación con la población no indígena. Entre las niñas de 1 a 4 años, la principal causa de muerte son las enfermedades infecciosas y parasitarias (35.1 defunciones por cada cien mil mujeres indígenas), mientras que entre las niñas no indígenas, la primera causa de mortalidad son los accidentes.

Entre la población indígena de mujeres adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años, la primera causa de muerte son los padecimientos asociados a la maternidad (6 defunciones de cada 100 mil mujeres indígenas), mientras que estas enfermedades se reducen a 2.5 decesos por cada 100 mil mujeres no

indígenas. Para éstas, la primera causa de muerte son los accidentes (García y Gloria, 2006).

III.1.3 TASA DE AÑOS DE VIDA SALUDABLES PERDIDOS

Otro indicador que se usa para medir el nivel de salud de la población es la Tasa de Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA),¹ la cual detecta en qué grupos de padecimientos se concentra la morbilidad de una población, es decir, qué enfermedades restan mayor tiempo de vida saludable. En 2005, el valor de esta tasa fue de 163 AVISA por cada mil habitantes para los hombres y de 130.2 para las mujeres; la mayor tasa se observó en Oaxaca con 246.1 AVISA en los hombres y 192.4 en las mujeres; las menores tasas correspondieron a Nuevo León en los hombres, con niveles de 120.6 AVISA, y a Baja California en las mujeres, con 95 (SSA, 2007b).

Si se desagrega por causas, se observa que predominan las enfermedades no transmisibles. Del total nacional de AVISA, este grupo de enfermedades concentra 106.3 en los hombres y 100.1 en las mujeres; las enfermedades transmisibles presentan 25.8 y 22.1 AVISA, respectivamente; y las causas externas, es decir, accidentes y lesiones, 30.9 y 7.9 AVISA, respectivamente.

Existen algunos patrones definidos. En todas las entidades predominan las enfermedades no transmisibles en la tasa de AVISA, y en la mayoría es más grande la tasa en los hombres que en las mujeres, excepto en 10 entidades; las tasas de AVISA son especialmente elevadas en los estados con mayores rezagos de salud, sobre todo en enfermedades transmisibles, tanto en hombres como en mujeres, por ejemplo en Chiapas, Oaxaca y Guerrero.

¹ Se mide cuantificando el tiempo que una población determinada ha estado sujeta a enfermedades y lo representa en años por ser una unidad de medida fácil de entender.

Son notables los altos niveles de la tasa de AVISA en el grupo de causas externas para hombres en algunas entidades como Guerrero, Michoacán y Zacatecas, donde se observaron tasas casi 50% superiores al promedio nacional, con 45.1, 43.3 y 41.8 AVISA por cada mil habitantes, respectivamente.

III.1.4 SERVICIOS MÉDICOS

Es importante analizar algunos indicadores que dan cuenta del nivel de atención y la cobertura de los servicios médicos e identificar en dónde se presentan los mayores rezagos y los mayores avances en materia de salud.

Durante 2005 el país registró por cada mil habitantes poco más de una cama censable, menos de un consultorio, casi dos médicos y poco más de dos enfermeras. Asimismo, se observa una desigualdad en el personal de salud entre instituciones: Petróleos Mexicanos (PEMEX) tuvo un promedio de tres médicos por cada mil derechohabientes, mientras que la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) tuvieron menos de dos en 2005.

En 2005, el promedio de consultas diarias por médico general en instituciones del sector público ascendió a 18 y las consultas diarias por médico especialista a 2.4. En cuanto al indicador de consultas por mil habitantes, las entidades con los mayores niveles de marginación se encuentran muy cerca de la media, que es de 2 518.9 durante 2005. El mayor nivel lo tuvo Yucatán con 3 386.1 consultas por mil habitantes y el menor nivel el Estado de México con 1 862.9.

Respecto a los niveles de vacunación, del total de la población mexicana de un año de edad, el 95.2% tuvo en 2005 el esquema completo de vacunación. El porcentaje de niños menores de un año con cober-

tura de la Sabin (vacuna para prevenir la poliomielitis) fue de 72.3%; con pentavalente (para prevenir la difteria, tos ferina, tétanos, influenza tipo b y hepatitis B) fue de 72.1%; y con BCG (para prevenir tuberculosis) fue de 98.3%.

En el caso de la Sabin, se tuvo cobertura total en Campeche. En la mayoría de las entidades los porcentajes estuvieron por encima de 90%. En la BCG y pentavalente también se tuvo cobertura total en Campeche, con las proporciones más bajas en Jalisco con 91.8% en el caso de la primera vacuna, y Quintana Roo con 56.2% en la segunda vacuna. Chiapas, Guerrero y Oaxaca se encontraron por encima de la media nacional en Sabin y pentavalente. Las medidas tomadas en ampliar la cobertura de vacunación han coadyuvado a que la tasa de mortalidad infantil disminuya.

Con relación a la vacunación de personas mayores, se consiguió que 43.2% de la población de 60 años y más fuera vacunada contra la influenza en 2005. La entidad con la proporción más elevada fue Yucatán con 56.7% y Jalisco tuvo la proporción más baja con 28.7%.

III.1.5 VIOLENCIA DE GÉNERO

Desde 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud reconoció a la violencia como un problema de salud pública. Las consecuencias más visibles e inmediatas de la violencia sobre la salud son las lesiones físicas que producen incapacidad transitoria o permanente y, en ocasiones, la muerte. Sin embargo, las formas de violencia crónica de "baja intensidad" y larga duración también producen efectos sobre la salud que son mucho más difíciles de reconocer, pero que generan una gran cantidad de años de vida saludable perdidos en amplios sectores de la población, entre los que se encuentran de manera significativa las mujeres.

La violencia contra las mujeres adopta con mucha mayor frecuencia modalidades de gran impacto a la salud emocional y psicológica de quienes la reciben, además de la reiteración por lapsos largos de lesiones físicas de severidad creciente que se repiten periódicamente y el deterioro progresivo del estado físico asociado a trastornos de ansiedad y depresión altamente relacionados con la violencia. Todas estas consecuencias tienen como problema de fondo la persistencia de la violencia y generan grandes costos de atención al sistema de salud.

En México, la violencia de género se ha visibilizado como un gran problema en los últimos años y el ejemplo más extremo lo representa el feminicidio, fenómeno que ha ocurrido no sólo en sitios icónicos como Ciudad Juárez, sino en entidades como Chiapas, Coahuila, Distrito Federal, Estado de México, Morelos, Oaxaca y Sonora.

El problema de la violencia de género cada vez se hace más visible. Sin embargo, al ser una preocupación relativamente reciente no se cuenta con muchas fuentes que arrojen resultados sobre la situación actual de este fenómeno; la mayoría de éstas son encuestas levantadas en los últimos años.

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2006 señala que a nivel nacional en el ámbito privado el 35% de las mujeres casadas o unidas habían presentado algún incidente de violencia de pareja en los últimos 12 meses; 26.6% de tipo emocional, 20.1% de tipo económica, 10.2% física y 6% sexual.

Por su parte, la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM) 2006 revela que la prevalencia general de violencia de pareja de los últimos 12 meses fue de 33.3% entre las encuestadas, representando un incremento de 10 puntos porcentuales con respecto a 2003. La violencia psicológica alcanzó 28.5%, seguida de la violencia física con 16.5%, sexual con 12.7% y 4.4% con violencia económica.

III.2 POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE SALUD

Los cambios demográficos experimentados por México en las décadas recientes, caracterizados por el descenso acelerado de la fecundidad y el aumento sistemático de la esperanza de vida (véase Capítulo II), están estrechamente vinculados con las mejoras en los niveles de salud de la población, la ampliación del acceso y la calidad de los servicios en la materia y, en general, con un mejoramiento significativo en las condiciones de vida de los mexicanos.

La Declaración Universal de Derechos Humanos establece en su Artículo 25.1 que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado”; la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y el Protocolo de San Salvador son instrumentos regionales que establecen el derecho a la salud “entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”.

En la misma línea se inscriben el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, así como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, por lo que los Estados se comprometieron a poner en marcha medidas encaminadas a mejorar las condiciones que aseguren a todos la prevención y la asistencia médica en su territorio.

En el ámbito nacional, el derecho a la protección de la salud emana de la Constitución Política que en su Artículo 4 establece la obligación del Estado de proveerlo a sus ciudadanos. De igual manera, la Ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona. La Ley Federal del Trabajo establece que todo trabajador debe contar con las condiciones necesarias que protejan su salud en el campo laboral.

Asimismo, existen mecanismos de protección para garantizar el acceso a los servicios de salud sin discriminación alguna. Así lo especifica la Constitución Política en su Artículo 1 y la Ley Federal para

Prevenir y Erradicar la Discriminación en su Artículo 9. Por lo tanto, todos los miembros de la sociedad gozan de los mismos derechos, sin importar las diferencias de sexo, religión, pertenencia étnica, clase social y lugar de residencia, entre otras.

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012 señala como uno de los objetivos nacionales reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades, a fin de que todos los mexicanos mejoren significativamente su calidad de vida y tengan garantizados alimentación, salud, educación, vivienda digna y un medio ambiente adecuado para su desarrollo, como lo estipula la Constitución.

Por su parte, *Vivir Mejor*, la estrategia de política social del Gobierno Federal implementada en 2008 (véase Capítulo I), tiene entre sus objetivos “permitir a las personas y familias una participación social plena, libre y equitativa, al desarrollar y potenciar sus capacidades básicas”; a través del fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como del incremento en la cobertura y calidad de los servicios de salud que garanticen el acceso a toda la población y, en especial, a los mexicanos en situación de pobreza.

El *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, que se desprende del PND 2007-2012, establece 74 líneas de acción a través de diez estrategias para cumplirse al 2012, con cinco objetivos principales:

- 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.

III.2.1 DERECHOHABIANCIA

A nivel nacional, las personas de 65 años y más que no trabajan y no reciben pensión constituían el 80% de la población en 1992; para 2006 este porcentaje disminuyó a 71.5. Los jefes de hogar sin derechohabiancia, es decir, sin afiliación a una institución pública para recibir seguridad social, ya sea por vía del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA) o la Secretaría de Marina Armada de México (SEMAR), pasaron de 69.3% en 1992 a 71% en 2006 (CONEVAL, 2008).

Por su parte, la situación de derechohabiancia formal para el 20% más pobre de la población es más precaria ya que 89.8% de los jefes no tenían derechohabiancia en 2006. Sin embargo, si se incluye el conjunto de programas sociales que van dirigidos, en general, a la población que no cuenta con derechohabiancia formal, el panorama de apoyo a la población cambió de forma importante entre 1992 y 2006 (*Ibid.*).

En 2003 se publicó la Ley General de Salud y en 2004 se creó el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), estableciendo la incorporación, voluntaria y paulatina al mismo tiempo, de todas aquellas familias que no son derechohabiantes de la seguridad social. Los beneficiarios del Seguro Popular tienen el derecho a recibir el tratamiento de las enfermedades incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), el cual cubre 100% de los servicios médicos que se prestan en los Centros de Salud (1er. nivel) y 95% de las acciones hospitalarias (2º nivel) y los medicamentos asociados.

Asimismo, tienen derecho a recibir los tratamientos incluidos en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos para Cuidados Intensivos Neonatales, Tratamiento Antirretroviral del VIH/SIDA, y tratamientos para combatir el Cáncer Cérvico-Uterino y

el Cáncer de Mama, entre otros. La póliza del Seguro Popular cubre hasta ahora 266 intervenciones o servicios médicos y garantiza el surtimiento de 312 claves de medicamentos asociados al paquete de servicios.

Este proceso inició en las zonas más marginadas del país y más de 90% de los beneficiarios no pagó cuota alguna para afiliarse. Al cierre de 2007, 7.3 millones de familias, es decir, 21.9 millones de personas, quedaron afiliadas. Para 2010 se espera cubrir a toda la población sin seguridad social en materia de salud, equivalente a 13.9 millones de familias.

Como complemento de este programa, en 2006 surgió el Seguro Médico para una Nueva Generación que garantiza la cobertura completa y de por vida en servicios de salud a los niños nacidos a partir del 1° de diciembre de 2006. De esta forma, todos los niños tienen derecho a un seguro médico que cubre casi la totalidad de los servicios médicos que se prestan en los centros de salud de primer nivel y 95% de las acciones hospitalarias, así como los medicamentos asociados, consultas y tratamientos. Al cierre de 2008 se tenían 1.8 millones de niños afiliados, de los cuales 70% corresponde a familias que no se encontraban afiliadas al Seguro Popular.

Adicionalmente, en 2008 se estableció la estrategia denominada *Embarazo Saludable*, a través de la cual se garantiza la afiliación al Seguro Popular de todas aquellas familias que cuenten con una mujer embarazada.

En tanto, el *Programa Oportunidades* opera a nivel nacional en los municipios de mayor marginación, para beneficio de cinco millones de familias, es decir, 25 millones de mexicanos. Dicho programa contempla apoyos para educación, salud y nutrición (véase Capítulo I).

En materia de salud se pueden destacar los siguientes impactos del programa:

- Cinco millones de mujeres mejoran el consumo, la nutrición y salud de sus familias, tienen mejor atención médica y detectan tempranamente enfermedades.
- Más de medio millón de mujeres embarazadas y en lactancia estuvieron en control médico y nutricional durante 2008.
- A mediano plazo, la intervención del programa reduce entre 2 y 6% la probabilidad de muerte infantil y de 11% la muerte materna.
- Uno de cada cuatro niños mexicanos mejoran su nutrición y salud y aumentan su peso y talla.

Por su parte, el *Programa IMSS-Oportunidades* tiene por objeto proporcionar servicios de salud integrales de primer y segundo nivel, oportunos y de calidad a la población abierta que no tiene acceso regular a los servicios de salud de zonas rurales marginadas. El apoyo del programa en las comunidades es en especie por medio de servicios integrales de salud preventiva y curativa, así como de tipo comunitario para impulsar el desarrollo familiar y de la población. Actualmente, administra 70 hospitales en 17 estados del país y 3 549 clínicas en las zonas rurales de México.

En 1992 no existían *Oportunidades* ni el Seguro Popular, por lo tanto el conjunto de la seguridad social se reducía a las instituciones formales como la SSA, SEDENA, IMSS, ISSSTE y PEMEX. De esta forma, dentro del 20% de las familias más pobres en 1992, el 89.1% de los hogares no tenían derechohabencia ni los programas sociales antes mencionados. Sin embargo, para 2006, este porcentaje se redujo a 38.3%. Para la población en general el cambio fue de 69.3% a 50.1% de familias sin derechohabencia (CONEVAL, 2008).

Si bien *Oportunidades* y el *Seguro Popular* brindan o fortalecen apoyos en salud o en efectivo a la población en pobreza y que carece de protección formal, sus servicios no cuentan con todos los componentes de seguridad social que se ofrecen en el IMSS o ISSSTE, por lo tanto, en la medida que brindan una protección incompleta no deben ser considerados como un sustituto perfecto de la seguridad social.

III.2.2 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Al inicio de la presente administración existían aproximadamente 20 mil localidades en el territorio nacional, cuyas características geográficas y sociodemográficas impiden o dificultan el acceso a la red de servicios de salud.

Al respecto, se ha ampliado la cobertura de servicios de salud a través de unidades médicas móviles, equipos de salud itinerantes y el impulso de la telemedicina para favorecer la disponibilidad de los servicios a nivel comunitario y familiar.

En 2007 y 2008, la SSA orientó recursos, para la adquisición de 610 unidades médicas móviles bajo diversas tipologías, a fin de ampliar la cobertura de servicios de salud en 2009 en más de 13 mil localidades. Asimismo, las *Caravanas de la Salud* ofrecen en regiones marginadas, aisladas y de bajo desarrollo humano un paquete garantizado de servicios de promoción y prevención, de manera gratuita, conforme a la Estrategia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud para evitar o retrasar las enfermedades que exigen prevención, así como atención de largo plazo. También ofrecen un paquete de 74 intervenciones incluidas en el CAUSES. Cada unidad médica móvil cuenta con un médico, una enfermera y un odontólogo titulados.

Al cierre de 2008, por medio del CAUSES, operaron 842 unidades móviles en 9 241 localidades ubicadas en 597 municipios. Se benefició a un total de 2.4 millones de personas y se implementaron 4.7 millones de acciones de promoción y prevención, así como de atención médica ambulatoria.

Por su parte, el ISSSTE es pionero en otorgar atención médica a distancia a través del *Programa de Telemedicina*, en la actualidad con más de 180 equipos en funciones, considerando los que operan vía satelital y vía IP (*Internet Protocol*). Sólo en 2008 brindó más de 26 mil teleconsultas.

III.2.3 CALIDAD DE LOS SERVICIOS

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 permitió la creación de mecanismos que coadyuvaran a la mejora de la salud de la población, por lo que se implementó el Sistema Integral de Calidad en Salud que pone en la agenda la calidad en el Sistema Nacional de Salud. El propósito es asegurar recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías de la salud suficientes, oportunas y acordes con las necesidades de salud de la población.

Asimismo, se implementó un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica con énfasis en el abasto oportuno de medicamentos. De esta manera, el abasto de medicamentos ha mejorado en las unidades de atención ambulatoria, no así en los hospitales. Mientras que en las unidades de IMSS-Oportunidades ha sido posible surtir hasta 94.3% de las recetas expedidas por sus médicos, los servicios estatales de salud lograron 86.1% para 2008.

En cuanto a la potenciación de la capacidad de producción de medicamentos genéricos, se han llevado a cabo estrategias para promover e incentivar la investigación en salud y facilitar el registro y comercialización de patentes, que redunde en medicamentos de precios accesibles.

Por otro lado, se emprendieron algunos programas de capacitación al personal médico y homologación de los servicios entre las distintas instituciones de salud pública, con objeto de utilizar de manera más eficiente los recursos y evitar el innecesario y costoso uso de servicios médicos de atención secundaria y terciaria.

También se creó en 2006 la Comisión Nacional para la Reglamentación de la Contratación de Recursos Humanos en las Entidades Federativas con el fin de reclutar al personal sanitario que contribuya a atender las enfermedades de las distintas regiones del país.

Por su parte, el *Programa Arranque Parejo en la Vida* establece los lineamientos para fortalecer la rectoría y la prestación de servicios que orienten los esfuerzos de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud y de los diferentes niveles de gobierno, con el fin de ampliar las capacidades y oportunidades de las mujeres para ejercer su derecho a cursar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones, así como para prevenir la discapacidad por defectos al nacimiento y proteger el derecho a la salud del recién nacido.

El programa inició su operación en 2001 en siete entidades federativas: Aguascalientes, Campeche, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Tabasco y Veracruz, focalizando las acciones en 151 municipios de 38 jurisdicciones sanitarias. Actualmente, tiene especial énfasis en las entidades federativas y municipios con el menor Índice de Desarrollo Humano.

Cabe señalar que también se desarrollaron programas para la atención de la brucelosis, el cáncer cérvico-uterino, el cólera, la tuberculosis, las enfermedades transmitidas por vectores² y la rabia. Asimismo, se pusieron en marcha programas para atender a la infancia y adolescencia, la salud bucal, la salud reproductiva, la salud y nutrición de los pueblos indígenas, y para urgencias epidemiológicas y desastres.

III.2.4 PREVENCIÓN

A través de la Alianza por un México Sano se puso en marcha en 2007 la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, cuyo objetivo general es disminuir, mediante medidas anticipatorias, el impacto de las enfermedades y lesiones.

² Aquellas enfermedades transmitidas por artópodros (insectos, ácaros, etc.), que actúan como portadores o vectores de microorganismos; como por ejemplo el paludismo, dengue, *leishmaniasis*, *oncocercosis* y Chagas. Se hallan presentes sobre todo en zonas de clima tórrido.

Otro programa nuevo es *PREVENIMSS*, ejecutado por el IMSS e *IMSS-Oportunidades*, como parte de la estrategia de *Programas Integrados de Salud*. El programa está dirigido a la población en general y hace referencia a las acciones de carácter preventivo para mejorar la salud. Su misión es incidir en:

- Promoción de la salud
- Nutrición
- Prevención y control de enfermedades
- Identificación oportuna de enfermedades
- Sexualidad

Más recientemente, con lineamientos similares, se estableció el programa homólogo en el ISSSTE llamado *PREVENISSSTE*.

En materia de reforzamiento de las acciones de información, educación y comunicación sobre aspectos de salud y nutrición, se pusieron en marcha spots de radio y televisión, así como mensajes en medios impresos, donde se informó a la población sobre las ventajas de una vida sana, ligada especialmente a la alimentación y al ejercicio. Además, los programas *PREVENIMSS* y *PREVENISSSTE* han apoyado este cometido entre sus derechohabientes.

Las campañas contra el cáncer cérvico-uterino (mediante el *Papanicolaou*), de mama (mastografía), de próstata (con revisiones periódicas) y de pulmón (mediante campañas contra el tabaco), realizadas por diversas instituciones públicas en el país han favorecido la detección temprana y la curación de estos padecimientos.

Se creó el Sistema Nacional de Información de Salud Perinatal con el propósito de establecer como prioridad a la salud perinatal en la agenda nacional, al mismo nivel que hoy se encuentra la salud materna.

Por su parte, la cobertura de vacunación en menores de 1 año en 2005 fue de 95.2%, mientras que la cobertura en niños de 1 a 4 años de edad fue de 98.2%. Además, los estudios de cobertura efectiva muestran no sólo niveles muy altos de cobertura para las vacunas contra el sarampión (92.1%), BCG

(97.7%) y DPT (85.6%), sino también diferencias muy pequeñas entre las entidades federativas. Estos logros son un resultado claro de la consolidación del *Programa de Vacunación Universal* implementado en 1991. A partir de 2001 se tiene cobertura para la población menor de 20 años.

III.2.5 REFORMAS AL SISTEMA DE PENSIONES

El IMSS e ISSSTE emprendieron reformas en sus sistemas de pensiones que permitirán una recaudación más eficiente de los recursos y una asignación acorde a ello. Estas reformas van encaminadas a que el sistema de pensiones sea autosustentable y, por lo tanto, consume menos recursos, los cuales podrán destinarse a la mejora y ampliación de los servicios de salud que ambas instituciones tienen a su cargo.

Esto se deriva de que los anteriores sistemas de pensiones de ambas instituciones fueron diseñados con base en la estructura demográfica que vivía el país antes de la década de los ochenta. Dado el menor número de pensionados, la carga financiera que representaban para las personas económicamente activas que estaban en ese momento aportando a ese sistema era menor a la actual.

Sin embargo, la población pensionada ha aumentado considerablemente conforme el proceso de envejecimiento que está experimentando el país, aunado al incremento de la esperanza de vida. En síntesis, el anterior sistema de pensiones no fue diseñado para recaudar fondos para una población cada vez más longeva.

III.2.6 VIOLENCIA DE GÉNERO

A pesar de que México cuenta con una serie de instrumentos legales y normativos que comprometen al gobierno en la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género y que en buena parte de las en-

tidades federativas la violencia familiar, sexual y de género constituyen hechos delictivos, hasta 2001, el Sistema Nacional de Salud no tenía instrumentos programáticos y herramientas técnicas que permitieran dar un abordaje organizado y sistemático a la atención de este problema.

En 2001, por primera vez en el Sistema Nacional de Salud se incorporó una línea de acción dedicada a promover la perspectiva de género, de la cual se derivó el *Programa de Acción Mujer y Salud 2002-2006*, que reconocía explícitamente la violencia familiar, sexual y de género como un problema de salud de las mujeres. Planteaba como meta lograr la aplicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, para el 2006, en el 75% de las unidades de atención a la salud

A partir de 2002, se comenzaron a desarrollar acciones para enfrentar la violencia contra las mujeres en las instituciones de atención a la salud. Inicialmente fue necesario documentar la magnitud, distribución e impacto de dicha problemática, debido a que las mujeres que viven violencia como parte de sus circunstancias de vida, rara vez acuden a los servicios para recibir atención por las mismas consecuencias de la violencia.

Se reconoció la necesidad de que el personal operativo y de nivel intermedio en las instituciones de salud tuviera herramientas técnicas que le ayudaran a cumplir con las obligaciones que establecía la Norma Oficial Mexicana 190. Se elaboró el Modelo Integrado Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR). Este modelo recogió las experiencias exitosas en tanto de las instituciones de seguridad social, como de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y se probó en cinco entidades federativas para ajustarlo antes de su generalización a todo el país.

Para 2005, mediante la firma de convenios de colaboración, se logró generalizar la operación del modelo en las 32 secretarías estatales de salud. Desde 2006 se logró la cobertura del programa en las

32 entidades federativas y actualmente se encuentra en proceso de consolidación y mejora continua de la calidad. El modelo funciona a partir de la prevención de la violencia y la promoción del derecho a una vida sin violencia en todas las unidades de salud, así como de la detección oportuna de casos, la evaluación del riesgo y su referencia a servicios especializados; para esto se ha capacitado al personal de los servicios de salud en la detección, referencia y registro de mujeres en situación de violencia.

Como segundo nivel de atención se establecieron servicios especializados para las mujeres que viven en violencia severa. En estos centros se proporcionan servicios de apoyo psicoemocional, orientación, evaluación de riesgo, atención médica especializada, referencia y seguimiento de las usuarias. Desde 2006 la atención médica y psicológica especializada forma parte del CAUSES del *Seguro Popular*, como acción preventiva que incluye la atención psicológica, médica, de trabajo social y enfermería.

El tercer nivel de atención lo constituyen unidades de atención que no forman parte del sistema de salud pero que son fundamentales para preservar la vida de las mujeres, sus hijos e hijas que viven en violencia extrema. Estos refugios para mujeres víctimas de violencia generalmente son administrados por OSC con las que se establecen convenios de concertación de acciones y transferencia de subsidios para la prestación de dichos servicios (véase Capítulo XIII).

En el periodo 2002-2008 se capacitó a alrededor de 123 mil prestadores de servicios en la detección, referencia y registro de mujeres en situación de violencia en los Servicios Estatales de Salud.

Por otra parte, este proceso fue acompañado por el crecimiento de servicios y centros especializados para la atención de la violencia de género, el cual se incrementó de 18 en 2002 a 231 en 2008.

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Violencia contra las Mujeres (ENVIM) 2006, la prevalencia de violencia de pareja ha permanecido estable, a pesar de que la prevalencia general de violencia se incrementó de 22 a 33% entre las mujeres unidas de 15 años o más. La distribución según el tipo de violencia, identifica que aumentó principalmente la violencia psicológica de 19.6 a 28.5%, la violencia física de 9.8 a 16.5% y la violencia sexual de 7 a 12.7%.

Según las interpretaciones de los expertos en la materia, estas variaciones obedecen a que el tema de la violencia contra las mujeres se ha posicionado en la agenda nacional, además de que las mujeres lo reconocen con más facilidad (véase cuadro III.2), lo que no necesariamente significa que haya un incremento de la violencia, sino que aumentó, por un lado, la disponibilidad de servicios y, por otro, el reconocimiento del proceso y la legitimidad social para atenderlo.

El proceso de capacitación de la Norma Oficial Mexicana 190 debe continuar fortaleciéndose, debi-

CUADRO III.2. MUJERES ATENDIDAS POR VIOLENCIA, 2002-2008

Años	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
TOTAL	3 249	10 672	23 615	34 257	67 590	105 071	149 789	394 243
EN SERVICIOS ESENCIALES DE SALUD Y ESPECIALIZADOS	3 249	10 672	3 672	10 732	36 617	48 632	82 822	196 396
EN SERVICIOS ESPECIALIZADOS			19 943	23 525	30 973	56 439	66 967	197 847

Fuente: Programa de Prevención y Atención de la Violencia en el periodo 2002-2007.

do a que frecuentemente los prestadores de servicios no reportan los casos detectados y atendidos porque relacionan esta actividad con la obligación legal de dar aviso al Ministerio Público y perciben que se involucrarán en un “asunto legal” que les implicará problemas, para lo cual no contarán con apoyo institucional. Lo anterior afecta sensiblemente al sistema de información y al subregistro de la violencia contra las mujeres.

III.3 PERSPECTIVAS Y RETOS

La mayor eficiencia de los programas, la más amplia cobertura geográfica de los servicios de salud y su mayor penetración en los distintos grupos sociales, así como la mayor aceptación y práctica de la medicina preventiva, se refleja en una importante reducción en el riesgo de morir por causas evitables (infecciosas, parasitarias, del periodo perinatal y maternas). De hecho, el peso de las enfermedades de tipo infeccioso en la mortalidad se ha reducido de manera considerable: sólo una de las diez principales causas de muerte en México es de ese tipo (neumonía e influenza).

Asimismo, las muertes ligadas a la reproducción han disminuido significativamente. En contraste, los padecimientos del corazón, junto con las neoplasias malignas, la diabetes *mellitus* y las enfermedades cerebro-vasculares se convirtieron en las causas de mortalidad más importantes.

Con respecto a las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), para 2005 los países debían tener una esperanza de vida al nacer superior a los 70 años y para 2015 mayor a los 75 años. En México, las 32 entidades federativas cumplieron con la primera meta. En cuanto a la segunda meta, 24 entidades ya la alcanzaron en 2009 y las ocho entidades restantes la habrán cumplido para 2015. En 2009 la esperanza de vida al nacer alcanzará los 75.3 años.

También se logró que la esperanza de vida al nacer por sexo superara la meta de 2005. Sin embargo, la segunda meta sólo se cumplirá para las mujeres; en el caso de los hombres, la primera entidad en superar los 75 años en la esperanza de vida será Quintana Roo en 2016 y la última entidad en cumplirla será Guerrero en 2028 (CONAPO, 2008b).

Se ha logrado ubicar a la mortalidad infantil por debajo de 50 muertes por mil nacidos vivos. En 2009 esta tasa es de 14.7, cifra con la cual se ha cumplido también la meta de 2015, que pedía una tasa por debajo de 35 muertes por mil nacidos vivos, lo que no significa que se disminuyan esfuerzos para seguir combatiendo la mortalidad, pues las diferencias regionales siguen siendo acuciantes.

Aunque las metas de la mortalidad infantil de la CIPD establecidas para 2015 ya se alcanzaron anticipadamente, la meta de los ODM fue más ambiciosa al plantear que el país tiene que alcanzar una tasa de mortalidad infantil de 12.1 muertes por mil nacidos vivos en 2015; de acuerdo con las proyecciones elaboradas por el CONAPO esta tasa será de 11.9 en ese año; si esta proyección resultara cierta se habrá cumplido con la meta por escaso margen.

Los avances en el combate a la mortalidad de menores de cinco años han sido igualmente positivos. Para 2005, con base en las proyecciones del CONAPO, se estimó una tasa de 19.6 muertes por mil nacidos vivos; se planteó que la meta para este año estuviera por debajo de 60 muertes por mil nacidos vivos. De hecho, el país ya cumplió incluso con la meta de 2015, la cual establece una tasa por debajo de 45 muertes.

La población de las localidades rurales, indígenas y urbano marginadas constituye el grupo de atención prioritaria, por registrar los niveles más elevados de mortalidad infantil por causas prevenibles, como las infecciones respiratorias agudas y las infecciones gastrointestinales, dos de las principales causas de muerte entre la población infantil.

El *Programa Nacional de Salud 2007-2012* se estableció como meta para 2012 disminuir 40% la

mortalidad infantil en los cien municipios con menor índice de desarrollo humano. Asimismo, se propuso reducir en 20% la prevalencia de desnutrición en menores de cinco años en estos mismos 100 municipios.

Por lo que respecta al *Programa IMSS-Oportunidades*, que atiende a más de 10.2 millones de personas que residen en más de 17 mil localidades, de las cuales 96% tiene menos de 2 500 habitantes, se necesita ampliar y focalizar más los recursos para que sigan beneficiando a los grupos más vulnerables.

A la par del envejecimiento y otros problemas emergentes, la política de salud enfrenta el reto de abatir los rezagos en salud que padecen millones de mexicanos que se encuentran en condiciones de pobreza y marginación social. En estos grupos predomina un perfil epidemiológico que tiene como rasgos principales tanto una elevada mortalidad infantil y general, como patrones de enfermedad y muerte asociados a la desnutrición y las enfermedades infecciosas y parasitarias.

No ha sido posible igualar los niveles de mortalidad de lactantes y de niños menores de cinco años al promedio nacional. En ambos casos se ha conseguido disminuir los niveles de la mortalidad, pero no se ha logrado reducir de manera considerable las diferencias entre entidades federativas. Queda pendiente poner mayor énfasis en la mortalidad infantil y de menores de cinco años en entidades rezagadas.

Otro gran reto lo constituye alcanzar la vacunación universal de los niños, tanto de los menores de un año como de los menores de cinco, debido al rezago que presentan algunas entidades federativas por debajo del 80% en algunas vacunas. De la misma manera, es importante continuar con la aplicación de la vacuna contra la influenza en personas de 60 años o más.

Ante la transición epidemiológica del país, es preciso seguir adecuando las instituciones, capacitando al personal de salud y a la población en general para enfrentarla. Las enfermedades no transmisibles ya

han comenzado a ser la principal causa de muerte, por lo cual la medicina preventiva deberá ocupar mayores espacios y recursos con el fin de evitar, en la medida de lo posible, que dichos padecimientos se expandan demasiado; el ahorro de recursos es algo deseable dados los altos costos de los tratamientos de este tipo de enfermedades.

También es de suma importancia frenar el avance de la morbilidad y mortalidad por causas violentas. Las muertes y tratamientos médicos por estas causas son una pérdida en todos los sentidos, ya que pueden evitarse; algunas entidades del país se han convertido en focos rojos al poseer elevados niveles de muertes violentas. Por esto mismo, el *Programa Nacional de Salud 2007-2012* se ha establecido la meta de reducir 15% el número de muertes por accidentes de tránsito de vehículos de motor en población de 15 a 29 años de edad.

Por otro lado, se requiere mantener y ampliar los servicios de refugio para las mujeres y sus hijos e hijas que viven en violencia extrema. La mayor parte de los servicios de este tipo los proporcionan diversas OSC, que en su mayoría reciben apoyos o subsidios del gobierno federal, los gobiernos estatales y otras fuentes de financiamiento. La disponibilidad de estos servicios es una pieza fundamental como parte integral del Modelo de Atención a la Violencia contra las Mujeres.

En los casos más severos de violencia de género la posibilidad de contar con estos servicios oportunamente, a través de un sistema de detección y referencia eficiente, confidencial y seguro, representa la diferencia entre la vida y la muerte para las víctimas. El Artículo 52 de la propia Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia establece como parte de los derechos de las víctimas contar con un refugio mientras lo necesiten, por lo que es imperativo institucionalizar los mecanismos para garantizar la disponibilidad y calidad de los servicios que se prestan en estos refugios.

Es preciso continuar ampliando la cobertura de atención a la violencia a través de servicios especiali-

zados para lograr alcanzar la línea de acción establecida en el *Programa Nacional de Salud 2007-2012* de reducir la prevalencia de daños a la salud causados por violencia.

Asimismo, se requiere fortalecer las estrategias de prevención y promoción del derecho a una vida sin violencia. Es muy importante el avance en la investigación sobre la violencia familiar y de género, su impacto sobre la salud de diversos grupos de la población, los determinantes sociales más importantes de este problema y las estrategias preventivas y de atención más efectivas para su abordaje desde distintos espacios sociales.

Uno de los retos relevantes en este campo es la adaptación de las estrategias preventivas y de atención a poblaciones especialmente vulnerables como son las mujeres indígenas, quienes viven simultáneamente múltiples formas de desventaja y suelen tener mucha menor autonomía para ejercer sus derechos y menos acceso a los servicios de atención a la violencia.

Finalmente, aunque los progresos en la calidad de las fuentes de información son innegables, es preciso continuar avanzando en su perfeccionamiento. Los esfuerzos dirigidos hacia la correcta captación de la mortalidad materna, por ejemplo, han permitido medir de manera más exacta este importante problema de salud pública en la población mexicana. Datos más precisos significan toma de decisiones también más precisas.