

Presentación



A finales del año 2010, el Instituto de la Mujer Duranguense nos encomendó, como empresa consultora la realización del “Diagnóstico sobre la Salud de la Población de Durango con Perspectiva de Género”

El despacho consultor Estrategia Local SC se constituye formalmente para contribuir con las Instituciones del sector público y privado a ser más eficientes en sus actividades e incrementar sus capacidades de conocimiento, manejo y gestión de información especializada.

Por ello, tenemos el convencimiento de que el con el apoyo del Instituto Nacional de las Mujeres, el Instituto de la Mujer Duranguense, dirigido atinadamente por la Dra. Fátima del Rosario González Huizar, es la instancia especialmente idónea para conducir la realización de éste diagnóstico y por ende determinar las acciones que en este sentido se consideren necesarias, el presente documento puede ser visto como espacio de encuentro de información destacada de los especialistas de la salud pública en el Estado de Durango.

Creemos que es posible plantearse objetivos específicos como contribuir al desarrollo de conciencia dentro y fuera de la sociedad científica local que nos permita alcanzar una salud óptima para las ciudadanas y los ciudadanos; abrir un espacio de discusión y solución sobre las desigualdades de género en el acceso a la salud y en la sociedad duranguense en general, así como tener presente las diferentes situaciones que hombres y mujeres requieren para el cuidado de la salud.

Si bien algunos de los anteriores informes sobre salud habían contemplado el tema de la Perspectiva de Género y de las desigualdades socioeconómicas, territoriales, ninguno de ellos se había centrado tanto en ellas. En este marco acogimos con entusiasmo la propuesta de realizar éste Diagnóstico tan importante que nos permitiera profundizar en el análisis de la situación de la salud en el Estado de Durango. Pero principalmente que permita diseñar políticas públicas

adecuadas para la erradicación de la diabetes, la obesidad, la violencia y el cáncer de mama o cervicouterino.

Agradecemos su confianza y quedamos eternamente de Ustedes.

Índice

Presentación	1
Índice	3
¿Qué es un diagnóstico?	7
Características del Diagnóstico	7
Introducción	
La Salud como punto de encuentro	8
Salud: Biología y Sociedad	9
El Renacimiento de la Salud Pública	11
Términos de referencia para la elaboración de un Diagnóstico sobre la Salud de la Población en Durango con Perspectiva de Género	
Antecedentes	14
Marco Jurídico Nacional e Internacional	14
Objetivo	15
Descripción de los trabajos a realizar	15
Metodología	16
Parte I: Relaciones con las principales Instituciones encargadas de proveer servicios de Salud en el Estado de Durango	16
Parte II: Investigación documental profunda a través de la consulta de estadísticas, diagnósticos, encuestas, estudios y material informativo en general que permita complementar la información derivada de la interacción con las instituciones de salud de Durango.	17
Parte III: Estructuración y análisis de la información	17
Parte IV: Sociabilización de la información	18
Conclusión	19
Situación Geográfica del Estado de Durango	
Ubicación	20
Extensión Territorial	20
Colindancias	20
Mapa	20
Situación Demográfica	21
Gráfica de Población Total del Estado de Durango	23
Gráfica de Población Total Hombres 2005	24
Gráfica de Población Total Mujeres 2005	25
Gráfica de Relación Hombres – Mujeres 2005	26
Gráfica de Porcentaje de Población 15 a 29 años 2005	27
Gráfica de Porcentaje de Población 15 a 29 años Hombres 2005	28
Gráfica de Porcentaje de Población 15 a 29 años Mujeres 2005	29
Gráfica de Porcentaje de Población de 60 y más años 2005	30
Gráfica de Porcentaje de Población de 60 y más años Hombres 2005	31

Gráfica de Porcentaje de Población de 60 y más años Mujeres 2005	32
Gráfica de Hogares 2005	33
Gráfica de Hogares con Jefe Hombre 2005	34
Gráfica de Hogares con Jefe Mujer 2005	35
Gráfica de Tamaño promedio de los hogares 2005	36
Gráfica de Nacimientos en el Estado de Durango 2008	37
Gráfica de Nacimientos Hombres 2008	38
Gráfica de Nacimientos Mujeres 2008	39
Gráfica de Defunciones Generales 2008	40
Gráfica de Defunciones Generales Hombres 2008	41
Gráfica de Defunciones Generales Mujeres 2008	42
Gráfica de Tasa de Mortalidad Infantil 2000	43
Gráfica de Matrimonios en el Estado de Durango 2008	44
Gráfica de Divorcios en el Estado de Durango 2008	45
Diabetes, Obesidad, Violencia, Cáncer de Mama y Cervicouterino para la Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud	46
Función de la OMS en la Salud Pública	46
Diabetes	47
Datos fundamentales	47
¿Qué es la diabetes?	48
Consecuencias frecuentes de la diabetes	49
Impacto económico de la diabetes	49
Cómo reducir la carga de la diabetes	49
Prevención	50
Diagnóstico y tratamiento	50
Actividades de la OMS para prevenir y controlar la diabetes	51
Obesidad y sobrepeso	51
¿Qué son la obesidad y el sobrepeso?	51
Datos sobre la obesidad y el sobrepeso	52
¿Cuáles son las causas de la obesidad y el sobrepeso	52
¿Cuáles son las repercusiones frecuentes del sobrepeso y la obesidad en la salud?	53
¿Cómo reducir la carga de obesidad y sobrepeso?	53
La estrategia de la OMS para prevenir el sobrepeso y la obesidad	54
Cáncer	55
Datos y cifras	55
Datos sobre el cáncer	56
Factores causales del cáncer	56
¿Cómo es posible reducir la causa de morbilidad por cáncer?	57
Detección precoz	58
Tratamiento y cuidados	58
Respuesta de la OMS	59

Violencia contra la mujer	60
Datos y cifras	60
Alcance del problema	60
Efectos sobre la salud	61
Costos sociales y económicos	62
¿Quiénes están en riesgo?	62
Prevención y respuesta	62
Respuesta de la OMS	63
La Salud en el Plan Nacional de Desarrollo 2007 - 2012	64
El hombre y la mujer en el Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2012	
Igualdad entre mujeres y hombres	83
La Salud en el Plan Estatal de Desarrollo 2005 – 2010	89
El Hombre y la Mujer en el Plan Estatal de Desarrollo 2005 – 2010	92
Descripción de la Base Estadística e Informativa	
Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI	98
Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS	98
Secretaría de Salud	99
Encuesta Nacional de Salud 2006	99
Indicadores básicos de Salud 2005 – 2008	
Situación de Salud en México	100
Rendición de cuentas en Salud 2009	101
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ISSSTE	102
Gráfica de Población Derechohabiente 2005	103
Gráfica de Población No Derechohabiente 2005	104
Gráfica de Derechohabientes en el IMSS 2005	105
Gráfica de Derechohabientes en el ISSSTE 2005	106
Gráfica de Personal Médico 2008	107
Gráfica de Personal Médico en Instituciones de Seguridad Social 2008	108
Gráfica de Derechohabientes en el IMSS 2008	109
Gráfica de Derechohabientes en el ISSSTE 2008	110
Gráfica de Personal Médico en PEMEX, SEDENA y/o SEMAR 2008	111
Gráfica de Personal Médico en Otras Instituciones de Seguridad Social 2008	112
Gráfica de Personal Médico en Instituciones de Asistencia Social 2008	113
Gráfica de Personal Médico en la Secretaría de Salud del Estado 2008	114
Gráfica de Personal Médico en el IMSS – Oportunidades 2008	115
Gráfica de Personal Médico en Otras Instituciones de Asistencia Social 2008	116
Gráfica de Unidades Médicas 2008	117

Gráfica de Familias beneficiadas por el Seguro Popular 2008	118
La diabetes mellitus, la obesidad, el cáncer de mama y cervicouterino y la violencia en el Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS	119
Mujeres PrevenIMSS	119
Promoción de la Salud	119
Prevención, identificación oportuna y control de las Enfermedades	119
Hombres PrevenIMSS	115
Promoción de la Salud	120
Nutrición	120
Identificación oportuna de enfermedades	121
Estadísticas de detección por enfermedad según el IMSS	122
Estadísticas del IMSS sobre defunciones por grupos de edad, sexo Y Padecimiento	124
Información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 referente al Estado de Durango	127
Resultados	128
Programas preventivos	128
Daños a la Salud	132
Factores de riesgo	133
Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud	137
Comparativo de Indicadores Básicos de Salud 2005- 2008	140
Conclusiones	144
Anexo Técnico	
Observaciones sobre el tema de la violencia	148
Material complementario	149
Recomendación y propuesta de investigaciones relacionadas al Diagnóstico de Salud	149

¿Qué es un diagnóstico?

El diagnóstico es la primera y más importante herramienta con la que cuenta un profesional de cualquier área para acercarse a la comprensión y posible tratamiento de las condiciones de un individuo o de una situación. El diagnóstico es el resultado del análisis que se realiza en una primera instancia y que tiene como fin permitir conocer las características específicas de la situación determinada para así poder actuar en consecuencia, sugiriendo tratamiento o no. Ese análisis diagnóstico se basa en la observación de síntomas y comportamientos existentes en el presente o en el pasado.

Características del diagnóstico

- Si es una foto, una imagen
- Es modificable
- Es dinámica

Estamos ante un proceso en el cuál vamos registrando situaciones y variables para que aún respetando su dinámica de movimiento podamos sustraer información de momentos específicos, por lo que es importante ver la semejanza del mismo como una foto del momento, la cuál podemos ver:

- A veces en su conjunto.
- A veces acercando el zoom a algunos puntos.
- Considerarle que es sólo un punto de partida para poder hacer una propuesta de acción, posible, eficaz, evaluable en el tiempo.

Introducción

La Salud como punto de encuentro

La salud es un punto de encuentro en el que confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción. Además de su valor intrínseco, la salud es un medio para la realización personal y colectiva. Constituye, por lo tanto, un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar que es, a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo.



Al igual que la sociedad de la que forma parte, la salud es dinámica. Durante el último medio siglo, el campo de la salud ha vivido el periodo de cambio más intenso en la historia. La magnitud y la velocidad de las transformaciones tienen pocos paralelos. Basta echar una mirada a los niveles de mortalidad, a la diversidad de padecimientos, al crecimiento de la población, al arsenal de la medicina o a la complejidad de las instituciones de atención para cerciorarse de que la salud ha estado experimentando una vasta transición.

El ritmo del cambio se ha acelerado aún más durante los últimos años. En lo social, en lo económico, en lo político y en lo cultural, el mundo vive el derrumbe de viejas certidumbres. Muchas tendencias que hasta hace poco se creían irreversibles siguen caminos insospechados. Muchas verdades que hasta hace poco se creían irrefutables se ven nubladas por la multiplicidad de opciones. Como una lente de aumento, el campo de la salud refleja y magnifica los cambios del fin de milenio. Han quedado atrás los tiempos en que las prioridades eran obvias y el sentido de progreso estaba señalado sin mayores ambigüedades. Hoy la única certidumbre es la de una complejidad creciente. Vivimos una transición de la salud cuya naturaleza es necesario comprender si aspiramos a anticipar los cambios y no sólo reaccionar ante ellos cuando ya hayan sucedido.¹

Las transformaciones ocurren en todas las naciones, pero son especialmente intensas en países de ingresos medios, como México, donde el desarrollo económico ha sido marcado por una desigualdad que ha creado un mosaico de

condiciones de vida. En estos países convergen hoy los problemas del desarrollo y el subdesarrollo, de la concentración urbana y la dispersión rural, de la pobreza y la riqueza. En el choque entre el pasado y el futuro se configura un presente contradictorio y complejo.²

Salud: Biología y Sociedad

El campo de la salud ofrece un puesto de observación para entender los procesos de cambio más generales. La razón es que la salud constituye un espacio para el encuentro entre la naturaleza humana y su organización social. Biología y sociedad se revelan y se reflejan en la salud. Claramente, la salud se expresa en el cuerpo de individuos concretos. Son personas de carne y hueso las que pasan por los procesos vitales de la salud —el nacimiento, el crecimiento, el desarrollo, el equilibrio con el entorno, la enfermedad, el dolor, el sufrimiento, la muerte. Ahí radica la profunda raíz biológica de la salud. Pero estos procesos no ocurren en el vacío, sino que suceden en una matriz social, económica, política y cultural.

Hoy sabemos que la salud de una población depende de una red multicausal de factores biológicos y sociales. El estado del medio ambiente, las formas de organización social, la estructura económica, el nivel de democracia, el grado de urbanización, las condiciones materiales de existencia, la escolaridad, la nutrición, la fecundidad y los estilos de vida son todos determinantes cruciales de la salud, a los cuales el sistema de atención debe dar respuesta. El cuidado de la salud es, por lo tanto, un esfuerzo que va mucho más allá de la mera aplicación de tecnologías médicas.

Lo anterior significa que la salud no puede verse como un ámbito estrictamente técnico. Es cierto que gran parte de las acciones médicas y sanitarias están basadas en descubrimientos científicos y avances tecnológicos. También es cierto que todas las facetas de un programa de salud, desde la planeación hasta la prestación directa de servicios, requieren de conocimientos y habilidades complejas. Sin embargo, no debe olvidarse que, precisamente debido en parte a ese avance científico y tecnológico, los servicios de salud tienen un valor positivo para la mayoría de la gente. Dada la naturaleza de las necesidades de salud, el deseo de obtener servicios suele ser mayor que los recursos para producirlos. Ello obliga, en todos los países del mundo, a contar con mecanismos —explícitos o implícitos— para asignar ese valor escaso que son los servicios de salud.

La salud entra así, de manera directa, a los ámbitos de la economía y de la política. Todas las sociedades contemporáneas han desarrollado un complejo sector dedicado a cuidar de las múltiples facetas de la salud. Hoy por hoy, la mayor parte de los habitantes del orbe entran en contacto —ya sea regular o esporádico— con médicos, enfermeras, técnicos, hospitales, clínicas, centros de salud, farmacias, laboratorios clínicos, compañías de seguros, vacunas, medicamentos, equipos —todo el vasto y diferenciado conjunto de personas, organizaciones y tecnologías que se especializan en el cuidado de la salud. Un número creciente de personas nace, muere y pasa periodos considerables de su vida en instituciones de salud. Al mismo tiempo, los hogares consumen gran cantidad de bienes y servicios asociados a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Quizás sea por este dinamismo que Jacques Attali considera a la educación y la salud como "los dos sectores más críticos de la economía". 3

En esta forma, la atención de la salud ha pasado a ser, en casi todas las sociedades contemporáneas, una actividad económica de la mayor importancia, con amplias repercusiones sobre variables críticas para el resto del aparato de producción y consumo. Al propio tiempo, la salud ha adquirido carácter político, al constituir un punto focal para la movilización de intereses y un tema central para estructurar la oferta de los partidos.

En la base de sus significados económicos y políticos, se encuentra el valor de la salud como elemento central del desarrollo social. En efecto, las condiciones de salud y enfermedad, el goce de prestaciones sociales y el acceso a los servicios constituyen situaciones íntimamente ligadas a la vida cotidiana y a la dinámica familiar. La salud es un indicador del bienestar y de la calidad de vida de una comunidad, así como un elemento indispensable para la reproducción de la vida social. Además, la prestación de servicios de salud constituye uno de los mecanismos de redistribución de la riqueza y es, junto con la educación, un elemento primordial para promover una auténtica igualdad de oportunidades.

Como puede verse, existe una relación recíproca entre los niveles de salud y el grado de desarrollo económico de una sociedad. La salud depende críticamente de la cantidad y distribución de la riqueza a través del acceso a los satisfactores básicos que definen la calidad de la vida. Al propio tiempo, el desarrollo económico no es una entelequia, sino el producto del esfuerzo colectivo de individuos cuyo estado de salud determina la magnitud y eficiencia de dicho

esfuerzo. En consecuencia, la salud representa un gozne donde se articulan la política social, con sus metas de bienestar, y la política económica, con su interés por la producción.

Al lado de estas dimensiones públicas, la salud sigue siendo un ámbito ligado a los procesos vitales más íntimos, donde se construye y se interpreta la experiencia humana. Es también ahí donde se debaten cuestiones éticas que atañen a los valores fundamentales de una sociedad.

El renacimiento de la Salud Pública

La salud es, pues, un proceso multidimensional y dinámico. Sin embargo, el campo de la salud se ha visto limitado por una tendencia a fragmentar el estudio de sus diversos componentes. Ello ha reducido nuestra capacidad para entender la salud como un punto de encuentro. Afortunadamente está surgiendo una nueva visión. Dentro de ella está floreciendo un campo de conocimiento y de acción que se ocupa de estudiar y de transformar las complejas realidades de la salud, tal como ocurren en las poblaciones humanas. Ese campo es la salud pública.

Como saber y como práctica social, la salud pública ha sido históricamente una de las fuerzas vitales que han conducido el progreso colectivo en torno al bienestar. La salud pública desarrolló muchos de los conceptos centrales que orientaron la revolución sanitaria de este siglo, la cual permitió descensos espectaculares en la mortalidad.

A pesar de ello, desde aproximadamente la década de los años cuarenta la salud pública fue desplazada de este papel protagónico por la atención médica dirigida al individuo enfermo. Muchos factores contribuyeron a tal proceso: la incorrecta atribución de las reducciones en la mortalidad a los medicamentos y otras intervenciones médicas específicas (las llamadas balas mágicas);⁴ la expansión de los grandes centros hospitalarios como nuevos espacios de salvación individual; la consolidación de las especialidades médicas como la base del poder profesional; el desarrollo explosivo de la tecnología médica y la aparición de todo un complejo médico-industrial⁵ que hizo de la atención a la salud una atractiva fuente de ganancia económica; la evasión de las expectativas de la población sobre las posibilidades de la medicina moderna y, en consecuencia, el aumento de la demanda por servicios médicos de alta complejidad; la concepción de la atención a la salud como un derecho social y, por lo tanto, la participación

creciente del Estado en el financiamiento y la prestación de los servicios; la creación de toda una mitología médica, expresada en la cultura popular, que confirió a los doctores un elevado prestigio social.

Así pues, la salud pública quedó en gran medida opacada por el modelo curativo e individual de la atención médica. Pero no todo el desgaste de la salud pública provino de afuera. Además, las organizaciones encargadas de la investigación, la enseñanza y la acción en este campo experimentaron una crisis de identidad, de organización y de realización. En muchos países, la salud pública sufrió un progresivo aislamiento, lo mismo de los avances científicos que de los esfuerzos por organizar mejores sistemas de salud. Esto la relegó a un papel secundario tanto en los espacios académicos como en las instancias donde se aplica, generando un círculo vicioso entre aislamiento e irrelevancia. Al igual que las sociedades de las que forman parte, las instituciones de salud pública de todo el mundo experimentaron tensiones que exacerbaban los problemas, pero que también abrieron nuevos ámbitos para la innovación.

En años recientes la salud pública ha empezado a experimentar un verdadero renacimiento. Se han creado nuevas instituciones, se han multiplicado los programas educativos, se ha ampliado la base de conocimientos a través de la investigación interdisciplinaria, se ha intensificado la cooperación internacional para enfrentar la creciente globalización de los problemas de salud.

En gran medida, este renacimiento de la salud pública ha sido alimentado por las limitaciones del modelo curativo individual. En primer lugar, los avances de la ciencia, la tecnología y la organización médicas no han llegado a todos. A pesar de los grandes avances en los niveles de salud, la distribución de este progreso entre y dentro de los países ha acentuado las desigualdades y les ha conferido un carácter cualitativo por encima de su secular naturaleza cuantitativa: hoy los pobres, sobre todo del medio rural, no sólo mueren con mayor frecuencia, sino además lo hacen principalmente por causas que han sido resueltas desde el punto de vista técnico. Los que han logrado escapar a estas causas enfrentan, por ese mismo hecho, un riesgo mayor de enfermar y morir por otros padecimientos que adquieren un carácter emergente. En ambos casos, se va ampliando la brecha entre lo que el progreso ha vuelto alcanzable con nuestros conocimientos y lo que de hecho alcanzamos con nuestras prácticas sociales.

En segundo lugar, el modelo dominante de atención se ha enfrentado a serias limitaciones de organización y financiamiento. Los países desarrollados padecen

una espiral inflacionaria en los costos de la atención médica, que entorpece el funcionamiento general de la economía. Los países pobres deben contender con la típica paradoja del subdesarrollo: la falta de recursos y, al mismo tiempo, el mal aprovechamiento de lo poco que se tiene. Los países de ingresos medios, como México, quedan atrapados entre ambas realidades. Sin haber resuelto del todo los viejos problemas de la cobertura insuficiente, la concentración urbana, el retraso tecnológico y la baja productividad, los sistemas de salud de tales países enfrentan los retos de la expansión rápida de los programas, la diversificación de los recursos humanos, la escalada de los costos, la dependencia científica y tecnológica, la calidad insuficiente y la agudización de las desigualdades en el acceso de los diversos grupos sociales a los servicios.

En la búsqueda de respuestas a la crisis de la atención médica muchos ojos se han vuelto hacia la salud pública. Su perspectiva amplia y su capacidad de integración multidisciplinaria parecen ofrecer soluciones a varios de los problemas de nuestro tiempo. Para que este renacimiento logre responder a las expectativas, será necesario desarrollar un intenso esfuerzo. Hoy más que nunca, las instituciones de salud pública del mundo enfrentan la necesidad de redefinir su misión ante un entorno que se torna cada vez más complejo. Hoy, más que nunca, deben preguntarse por su papel social, por los alcances de su acción y por las bases de su saber. El renacimiento que hoy nos proponemos debe asimilar lo más rico de la tradición intelectual, al propio tiempo que haga posible hablar legítimamente de una nueva salud pública.

Tomada de la Introducción de el libro La Salud de la Población, hacia una nueva salud pública del Dr. Julio Frenk Mora.

Términos de referencia para la elaboración de un Diagnóstico sobre la Salud de la Población en Durango con Perspectiva de Género

Antecedentes

El Estado de Durango de acuerdo a datos de la secretaria de salud, presenta el cuarto lugar en salud en sobrepeso y mientras que por otra parte cuando hablamos de la obesidad de las mujeres, por solo dar un ejemplo, esta cifra aumenta al segundo lugar, incluyendo problemas en la obesidad infantil, la cual también presenta cifras alarmantes, en que al posicionar el tema de obesidad se ha generado una corriente de opinión donde se culpabiliza a las mujeres por la obesidad dado que ellas por cuestiones de cultura, son las que cocinan y administran el tiempo de las y los hijos, pero por otro lado estamos hablando de que en Durango el porcentaje de violencia económica es alto, lo que infiere que ellas no son las únicas responsables de esta situación. Además, de acuerdo con información de la Secretaría de Salud, en la entidad los peores indicadores sociales tienen rostro de mujer y de niños. Entre 2001 y 2005 creció la tasa de mortalidad materna y la de menores de cinco años se triplicó, así como la muerte a causa de enfermedades diarreicas. En el mismo periodo se duplicó la tasa de mortalidad de mujeres por VIH- Sida, sin contar el crecimiento de mortalidad en mujeres por cirrosis hepática y diabetes mellitus y por esto, se detecta la necesidad de generar un diagnóstico, el cual tendría que estar enfocado en encontrar las principales situaciones de deterioro de la salud de mujeres y hombres, poder evidenciar la carga social y finalmente se puedan sugerir estrategias para abordar el problema con sus causas y evitar la propuesta de programas que nuevamente refuercen el estereotipo y rol social de las mujeres en los hogares.

Marco Jurídico Nacional e Internacional de Referencia

Ley de Igualdad entre Mujeres y Hombres del Estado de Durango:

Art. 7,

Art. 16

Artículo 10

Artículo 11. I. II.

Artículo 27. I. II.

Objetivo

Contribuir con el diseño de instrumentos que faciliten la incorporación de la perspectiva de género en la ejecución y planeación de políticas públicas en la administración del Estado de Durango.

Descripción de los trabajos a realizar

El objetivo es determinar las condiciones de salud con PEG, de la población en Durango a fin de encontrar un panorama de la situación, generar líneas de acción en pro de la disminución de asignación de estereotipos de género y condiciones que ponen en peligro la vida de las mujeres. Para ello se deberá trabajar como mínimo con:

- Recuperar información existente sobre encuestas y registros con datos específicos del estado de Durango sobre servicios de salud, infraestructura, población potencial, niveles de consultas, programas preventivos, actores (médicos, medicas, enfermeras, enfermeros etc.).

Con lo anterior como base, se podrán desarrollar diversos puntos sobre los cuales trabajar, en cuanto a los principales problemas de salud entre la población de Durango, sus causas, áreas de oportunidad de los actores involucrados, etc. El objetivo de este diagnóstico en general es generar recomendaciones para prevenir y atender la problemática resultante, tomando en consideración la PEG.

Especificar principales temas de interés, encontrar principales enfermedades de las mujeres de Durango, sus causas y recomendaciones para disminuirlas desde la prevención o la atención, poniendo especial énfasis en los temas de

- Obesidad
- Diabetes
- Cáncer de mama y cervicouterino
- Violencia

Finalmente y para impulsar que los resultados de este diagnóstico sean tomados en cuenta, se llevará a cabo una reunión inicial y una final con personal de la secretaria de salud del gabinete entrante en 2010 a fin de presentar tanto los objetivos al inicio del proceso, como posteriormente los resultados del diagnóstico y generar acuerdos basados en las recomendaciones del documento.

Metodología

De acuerdo a lo establecido por los términos de referencia, para la realización del presente diagnóstico se llevó a cabo una profunda investigación estadística y documental con respecto a los cuatro temas principales que aborda el presente documento, para ello se planteó la necesidad de dividirlo en cuatro partes estructurales con la intención de allegarnos la mayor cantidad de información posible con la mayor exactitud y confiabilidad, pero también ambicionando que dicha información se sociabilice de manera fácil y que dicho documento cumpla también con el objetivo de crear conciencia y hacer difusión del estado de salud en que se encuentra la población de Durango haciendo énfasis en los temas propuestos anteriormente.

El presente Diagnóstico se estructura tal como sigue:

Parte I

Relaciones con las principales Instituciones encargadas de proveer servicios de Salud en el Estado de Durango.

Las principales instituciones públicas encargadas de proporcionar servicios de salud en el país se encuentran también representadas en el Estado de Durango, siendo el IMSS quién tiene el mayor número de derechohabientes y con un aproximado del 60% de la población estatal, pero así también tanto el ISSSTE como la Secretaría de Salud a través de los Servicios de Salud de Durango atienden también a un segmento muy importante de la población, es por ello que posterior a la calendarización de los eventos propios de la realización del presente documento, se planteó la necesidad de realizar una exposición y presentación de los alcances y ambiciones de la realización de este estudio, por lo que se invitó por parte del Instituto de la Mujer Duranguense a la autoridad máxima tanto del IMSS como del ISSSTE y los Servicios de Salud del Estado de Durango con el objeto de conseguir las facilidades técnicas y administrativas para la realización del propio Diagnóstico, principalmente a través de la designación de una persona que sirviera como enlace entre la empresa consultora, responsable de la realización de éste diagnóstico para compartir la mayor cantidad de información posible, generada por sus bitácoras de servicio, registros, encuestas y que sea un reflejo tangible del trabajo que en las materias a discusión realizan.

Por ello posterior a la designación de los enlaces de las instituciones se mantuvo constante comunicación con ellos para darle seguimiento a las diversas peticiones de información requerida.

Uno de los temas de principal interés para la realización del Diagnóstico es sin duda el conocimiento de los programas a través de los cuáles se le hace frente a la problemática propia del estudio, conocer sus casos de éxito y sus apreciaciones sobre el mejoramiento de la atención al paciente y un énfasis en las acciones preventivas que disminuyen son duda el costo de la atención y prolongan también la vida del paciente.

Parte II

Investigación documental profunda a través de la consulta de estadísticas, diagnósticos, encuestas, estudios y material informativo en general que permita complementar la información derivada de la interacción con las instituciones de salud de Durango.

Para tal efecto se propone la búsqueda de información relevante de los temas que ocupan la diagnósticos, hoy más que nunca estamos rodeados de información, sin embargo esa misma situación propicia la pérdida del enfoque estadístico e institucional y por ellos solo nos limitaremos a tomar como válida la información generada por las autoridades de salud correspondiente, comenzando por la OMS Organización mundial de la salud y su oficina para Las Américas en la figura de la Organización Panamericana de la Salud con presencia también en nuestro país. Proponemos también la revisión de los Planes de Desarrollo tanto Nacional como Estatal de México y Durango respectivamente esto con el objeto de con los primeros, acceder a un panorama más amplio de las enfermedades que nos ocupan, su descripción y sobre todo conocer los estudios que se realizan actualmente en torno a ellos, con los esquemas tanto nacional como estatal.

Así también la Secretaría de Salud cuenta con un gran acervo estadístico al respecto y documentos que por su vigencia le dan actualidad a los presentados únicamente por el INEGI o por las mismas Cuentas de Salud que los países levantan coordinadamente con la OMS.

La visión internacionalista de la información nos facilita su manejo e independientemente de que el contraste que buscamos es eminentemente de carácter nacional, no nos limita a buscar casos extremos de poblaciones que debido a su índice de población hayan vencido situaciones adversas en el manejo de la obesidad, la diabetes, el cáncer y la violencia.

Parte III

Estructuración y análisis de la información.

La estructuración y ordenamiento de la información es uno de los puntos clave de nuestro Diagnóstico, esto debido a que por su naturaleza desmenuzan una a una las variables y las constantes que la componen, sin embargo respetando la regla proponemos un orden que va de lo general a lo particular en cuanto a los

temas que nos ocupan, esto con la finalidad de quedarnos al final con los elementos más significativos y valiosos de cada tema. Cabe mencionar que esta etapa comprende también el intercambio de información, discusión y debate con especialista en la materia, en este caso médicos con los cuáles la información fue sometida a análisis y opinión lo que nos permitió descartar aquella que fuera reiterativa o que la tendencia numérica ya habría sido reflejada en un elemento anterior, tal como una gráfica o una ilustración.

Previendo dentro del manejo de la información la utilización de datos que estén sustentados por una entidad de valor académico se prevé también la diferenciación de la información no solo por su origen sino aplicando también variables de actualidad y precisión, tal es el caso de los registros de salud presentados por el INEGI, que a pesar de ser válidos y confiables se reflejan por el periodo de su estudio hasta el año 2005 a diferencia de documentos internos de rendición de cuentas de la Secretaría de Salud donde podemos encontrar información sobre ese mismo tema pero clasificada en 2009 o 2010, por poner un ejemplo.

Con lo anterior queremos decir que los datos que presentamos en dicho documento si representan la información oficial que consideramos actual o de una confiabilidad importante como para ser presentando y comentado con Ustedes.

Parte IV

Sociabilización de la información.

Los diferentes gobiernos, ya sean municipales, estatales o el propio gobierno federal, invierten una buena parte de sus recursos en la elaboración de obras bibliográficas que se presten al tratado de diversos temas, ya sean de carácter social o político, técnico o científico pero los gobiernos lo hacen con un solo objetivo, divulgar su información y ponerla a disposición de la población en general, sin embargo por la falta de mayores recursos para su promoción en la mayoría de los casos las instituciones terminan almacenando documentos que pudieran haber sido de gran utilidad. Es por ello que consientes de esta problemática queremos agregar que sin que esto esté especificado en los términos de referencia ni en la solicitud de la elaboración de éste documento por parte del Instituto de la Mujer Duranguense, un video de nuestra producción donde a través de imágenes queremos contribuir a que la gente conozcan lo que son estas enfermedades, sus alcances y sus efectos, deseamos hacer conciencia sobre cómo evitarlos y el riesgo de padecerlos, queremos también que los ciudadanos conozcan las estadísticas y que escuchen un mensaje acerca de cómo cuidar su salud. Es por ello que acompañado de los ejemplares impresos del Diagnóstico, también incluiremos dentro de un CD que contenga tanto el video en mención como la versión electrónica de éste documento.

Conclusión

Con el cumplimiento de las etapas antes mencionadas, estamos seguros que el Diagnóstico sobre la salud de la población en Durango con perspectiva de género será un documento que cumple con su objetivo, ya que tendrá la posibilidad de ser utilizado como una fuente de consulta fidedigna o como un documento informativo que permita a los responsables de la salud o a quienes toman decisiones en el ámbito de gobierno a orientar las políticas públicas para la mejor distribución de los recursos y de los esfuerzos para garantizar que hombres y mujeres duranguenses sufran de algún tipo de cobertura de salud en nuestros Estado.

Situación Geográfica del Estado de Durango

Ubicación

El estado de Durango ocupa el extremo norte de la zona interior de la República Mexicana, constituida por los estados centrales de la confederación.

Su territorio está comprendido entre los paralelos correspondientes a $26^{\circ}48'$, al sur $22^{\circ}19'$ de la latitud norte y entre los meridianos al este $102^{\circ}28'$, al oeste $107^{\circ}11'$ de longitud occidental con relación al meridiano de Greenwich. Sus linderos le dan una forma bastante regular semejante a un triángulo o corazón, dirigido hacia el sur, y solamente por el oriente presenta una saliente pronunciada, en la región de San Juan de Guadalupe. Su mayor longitud de norte a sur es de 520 Km. y de oriente a poniente 480 Km. El trópico de Cáncer ($23^{\circ} 27'$) corta al estado cerca de la Villa del Mezquital, por lo que la porción sur de la Sierra Madre está ya en la zona intertropical, y el meridiano 105° de Greenwich, que es el límite horario, lo atraviesa pasando 40 Km. al poniente de la ciudad de Durango y cortando longitudinalmente al Llano de Guatimapé, para salir por el norte, cercano a Villa Hidalgo.

Extensión Territorial

La superficie de su territorio es de 123,181 Km² y representa el 6.3% de la superficie del país.

Colindancias

El estado de Durango colinda al norte con Chihuahua y Coahuila de Zaragoza; al este con Coahuila de Zaragoza y Zacatecas; al sur con Zacatecas, Nayarit y Sinaloa; al oeste con Sinaloa y Chihuahua.

Mapa



Situación Demográfica

Como bien sabemos, la demografía es el estudio interdisciplinario de las poblaciones humanas. La demografía trata de las características sociales de la población y de su desarrollo a través del tiempo. Los datos demográficos se refieren, entre otros, al análisis de la población por edades, situación familiar, grupos étnicos, actividades económicas y estado civil; las modificaciones de la población, nacimientos, matrimonios y fallecimientos; esperanza de vida, estadísticas sobre migraciones, sus efectos sociales y económicos; grado de delincuencia; niveles de educación y otras estadísticas económicas y sociales, entre otros.

La demografía se encarga de tres partes fundamentales:

1. La medición: Cuantificación de eventos poblacionales.
2. La explicación: Análisis de causas de los efectos.
3. Fenomenología: Explicación de las variables.

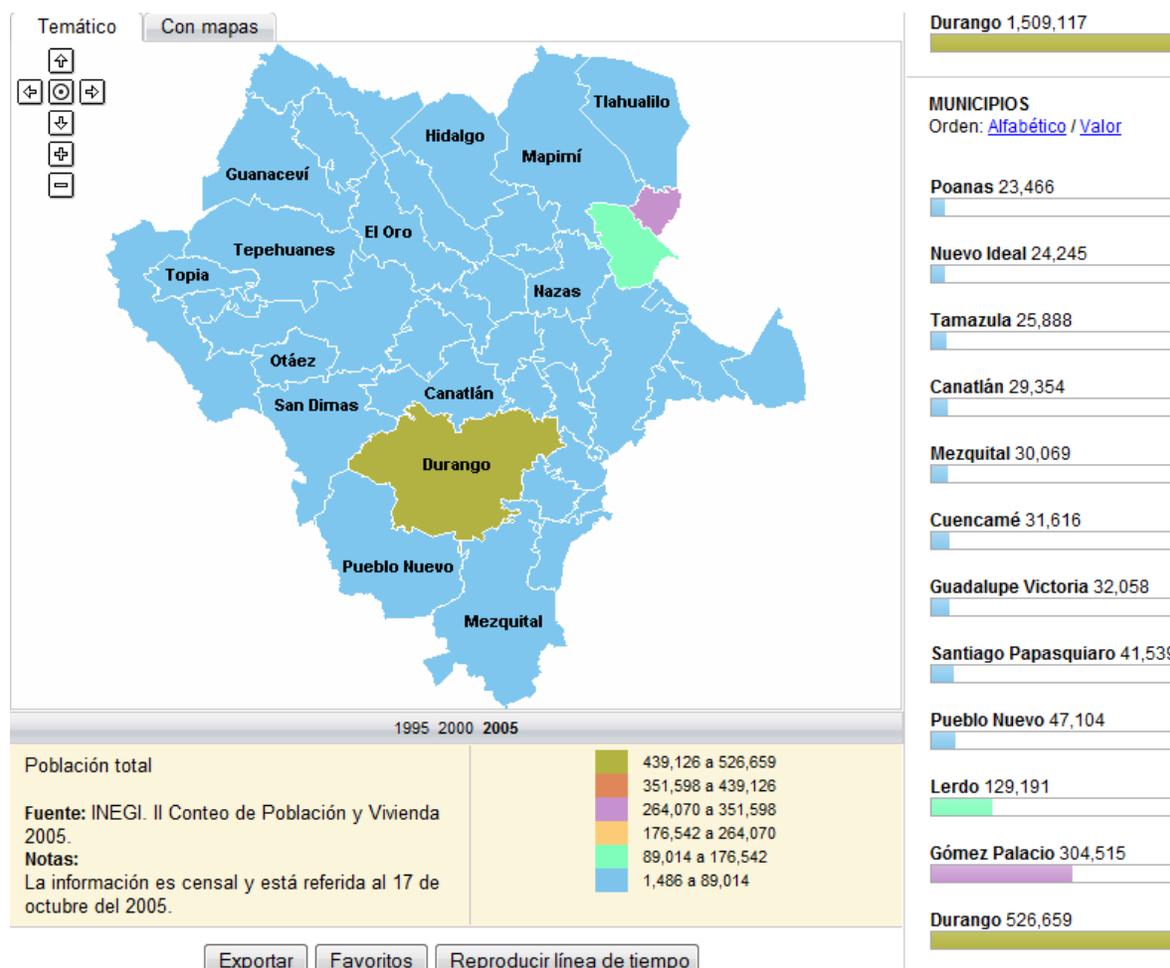
Es por ello que utilizando la fuente informativa oficial, INEGI, entregamos las siguientes gráficas individuales para el estudio que nos ocupa y en el cuál se reflejan las características de la población del Estado de Durango.

Los datos que presentamos a continuación son:

- Población Total del Estado de Durango 2005
- Población Total Hombres 2005
- Población Total Mujeres 2005
- Relación Hombres - Mujeres 2005
- Porcentaje de población de 15 a 29 años 2005
- Porcentaje de población de 15 a 29 años hombre 2005
- Porcentaje de población de 15 a 29 años mujeres
- Porcentaje de población de 60 y más años 2005
- Porcentaje de población de 60 y más años hombres 2005
- Porcentaje de población de 60 y más años mujeres 2005
- Hogares 2005
- Hogares con jefe hombre 2005
- Hogares con jefe mujer 2005
- Tamaño promedio de los hogares 2005

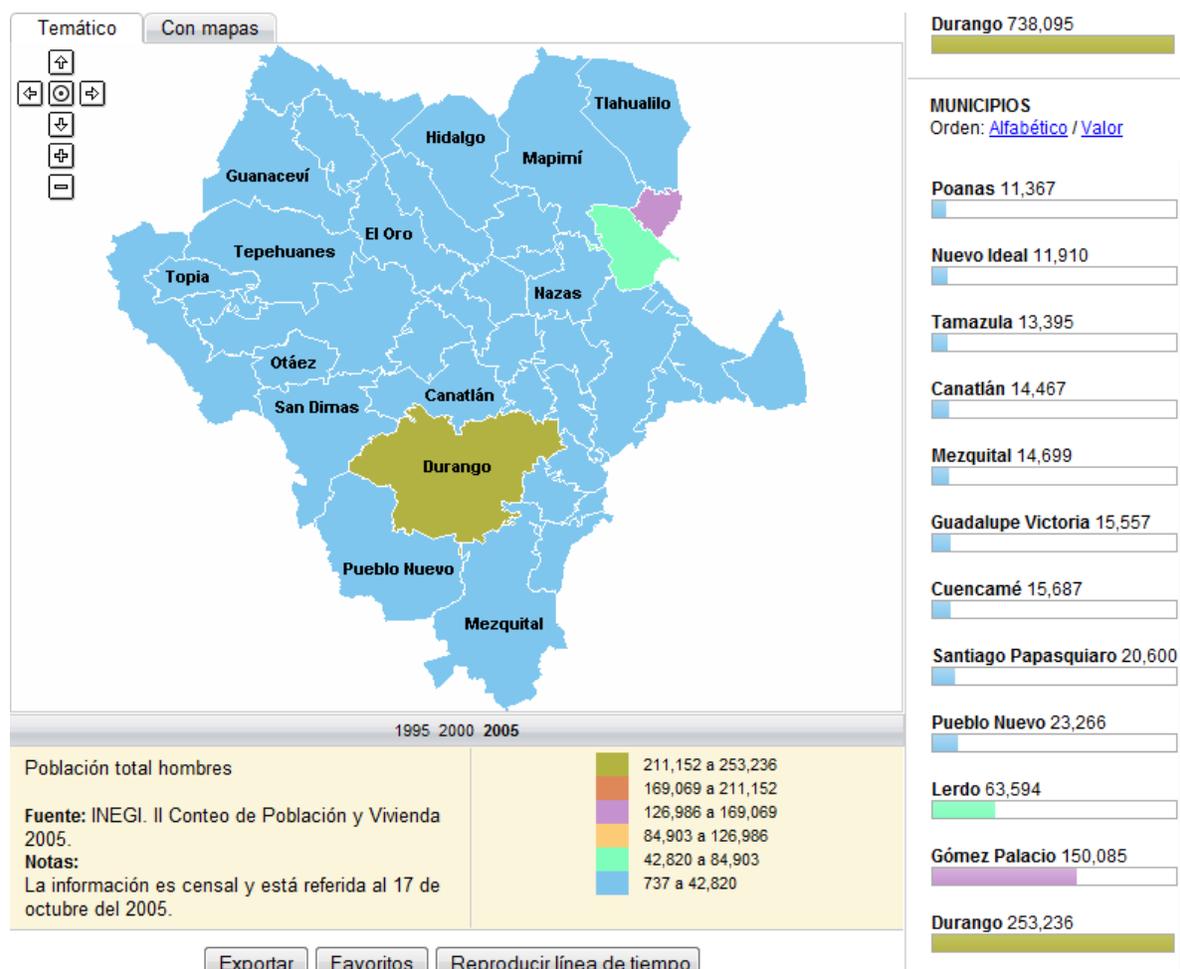
- Nacimientos en el Estado de Durango 2008
- Nacimientos hombres 2008
- Nacimientos mujeres 2008
- Defunciones generales 2008
- Defunciones generales hombres 2008
- Defunciones generales mujeres 2008
- Tasa de mortalidad infantil 2000
- Matrimonios en el Estado de Durango 2008
- Divorcios en el Estado de Durango 2008

Población Total del Estado de Durango 2005



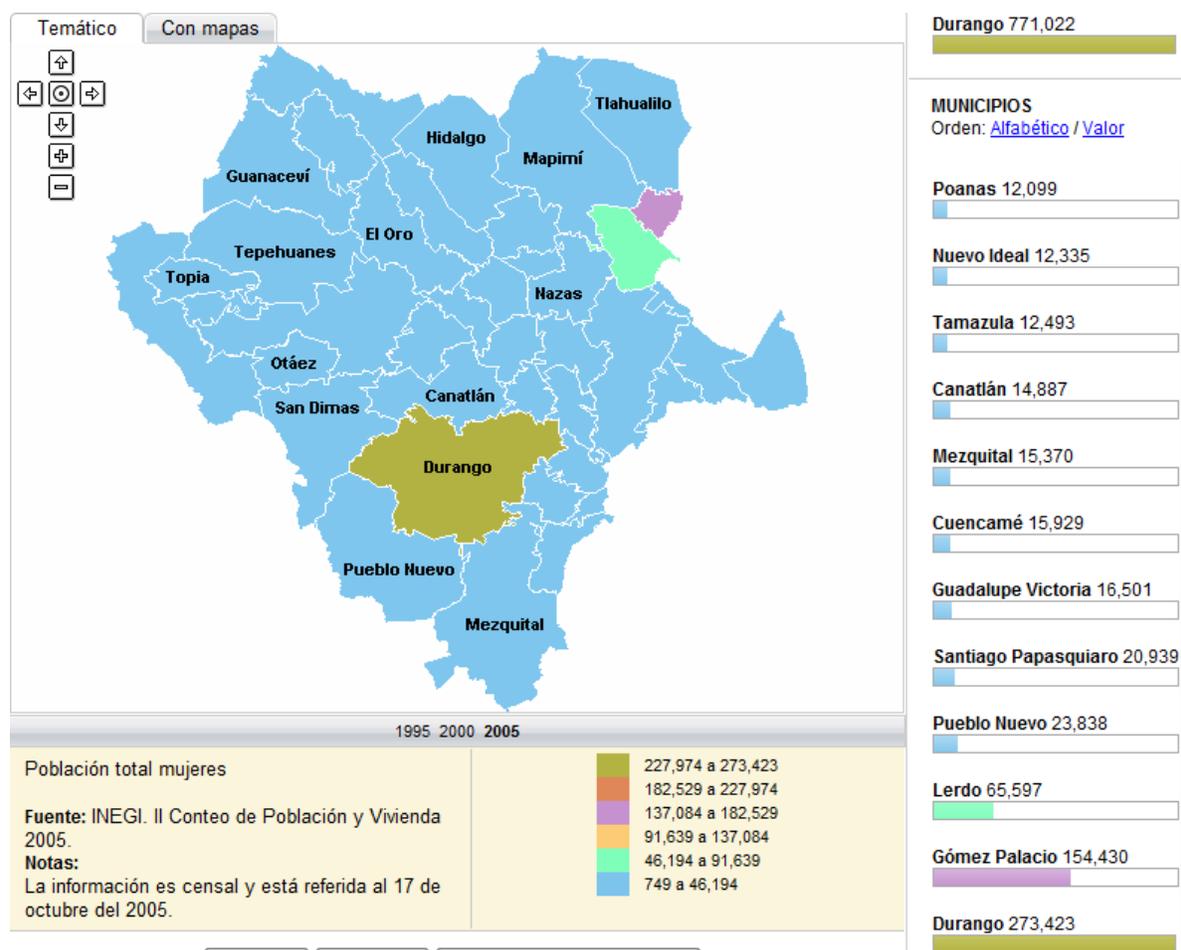
	1995	2000	2005	2010
Estado de Durango	1431748	1448661	1509117	1632860
Durango	464566	491436	526659	582018
Gómez Palacio	257042	273315	304515	328159
Lerdo	105533	112435	129191	141021
Resto de Municipios	604607	571475	548752	581662

Población Total Hombres 2005



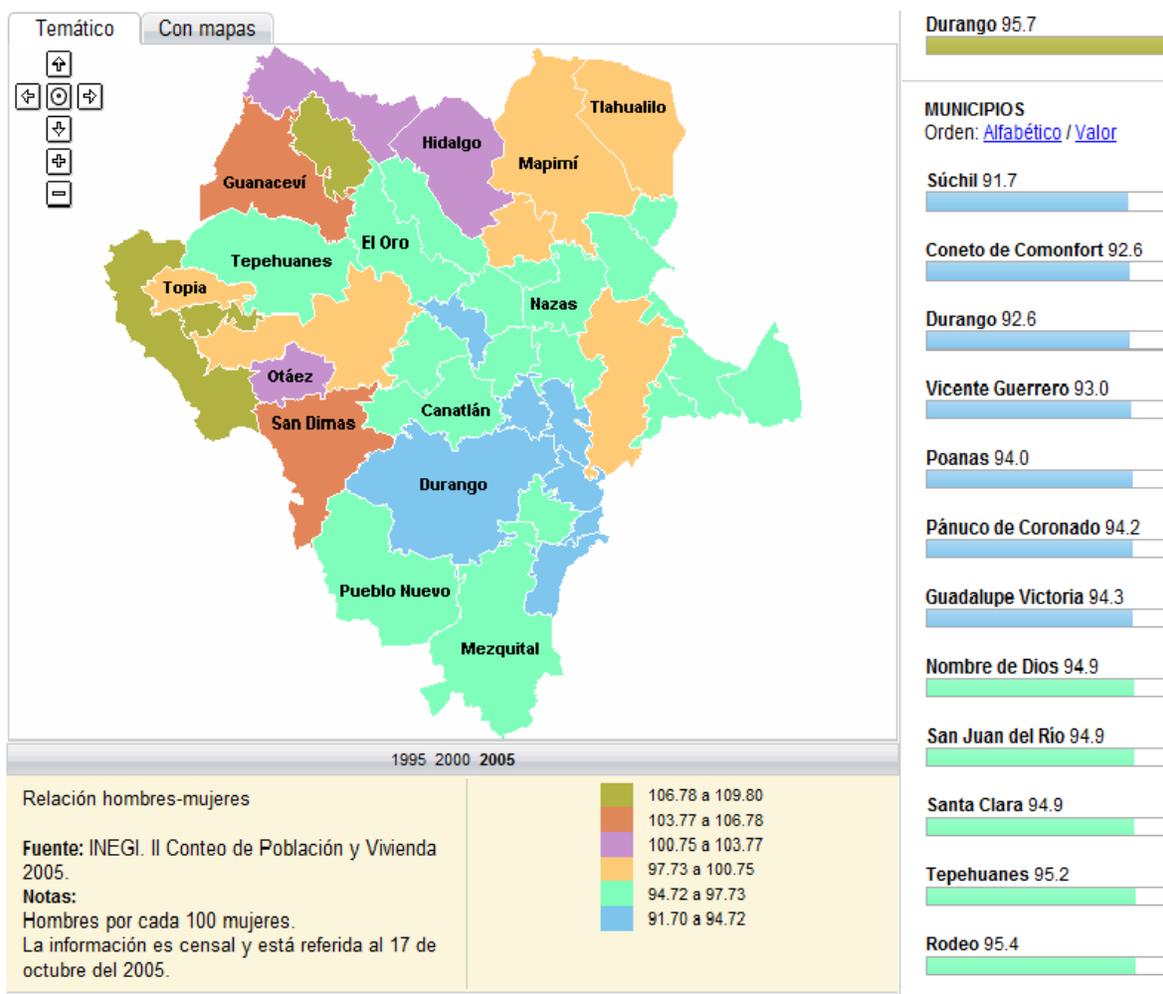
	1995	2000	2005	2010
Estado de Durango	709268	709521	738095	804063
Durango	226184	236869	253236	281622
Gómez Palacio	127052	134647	150085	161873
Lerdo	52358	55546	63594	69740
Resto de Municipios	303674	282459	271180	290828

Población Total Mujeres 2005



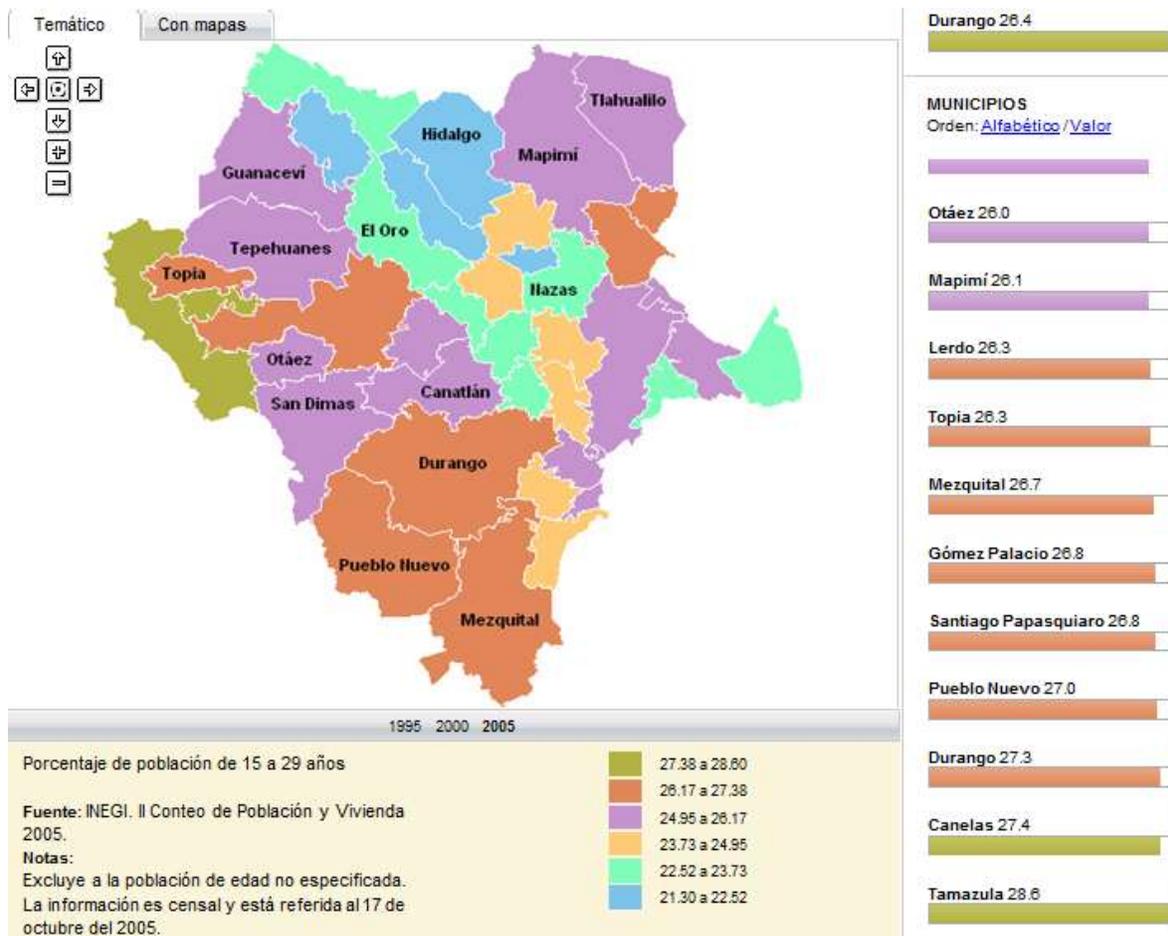
	1995	2000	2005	2010
Estado de Durango	722480	739140	771022	828797
Durango	238382	254567	273423	300396
Gómez Palacio	129990	138668	154430	166286
Lerdo	53175	56889	65597	71281
Resto de Municipios	300933	289016	277572	290834

Relación Hombres – Mujeres 2005

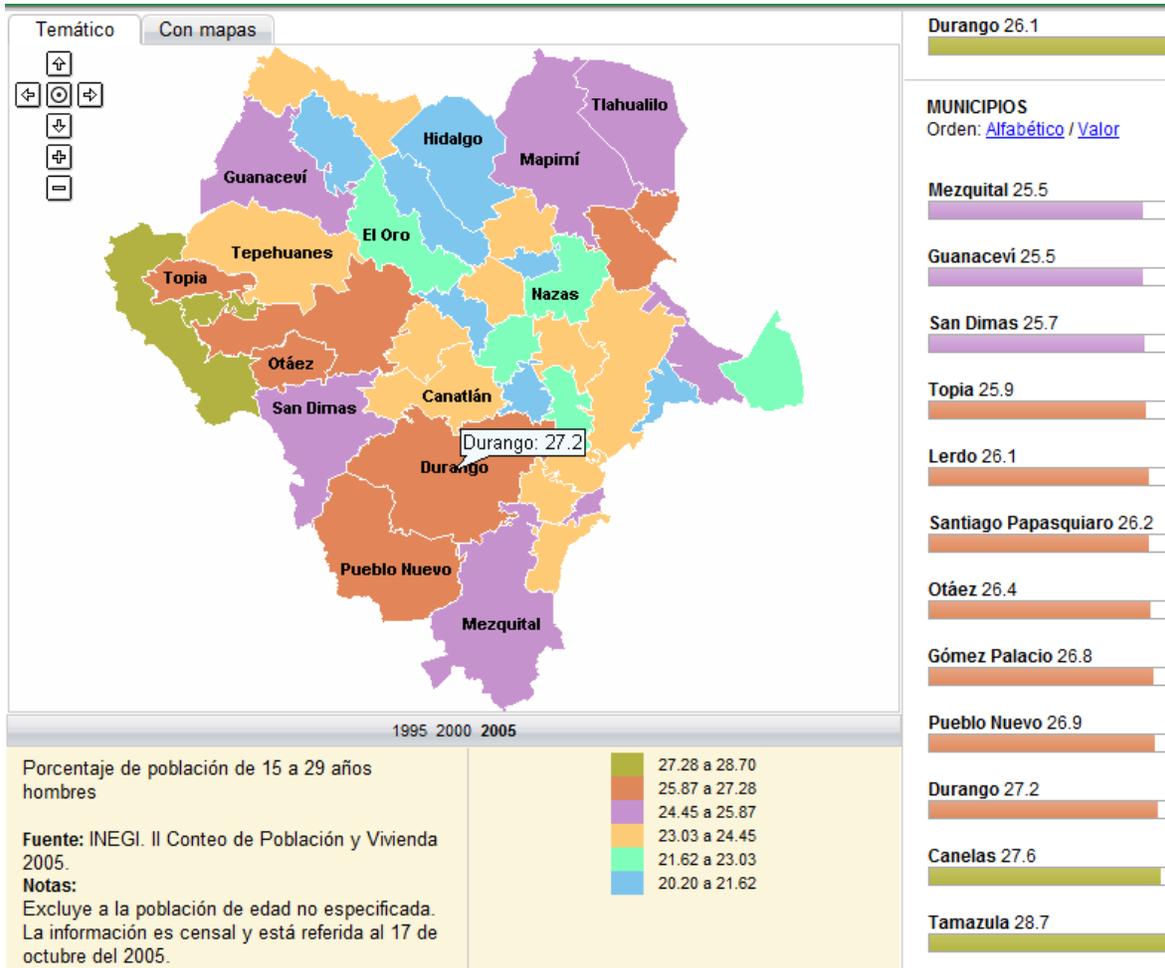


	1995	2000	2005	2010
Estado de Durango	98.2	96	95.7	97
Durango	94.9	93.1	92.6	93.8
Gómez Palacio	97.7	97.1	97.2	97.3
Lerdo	98.5	97.6	97	97.8
Resto de Municipios				

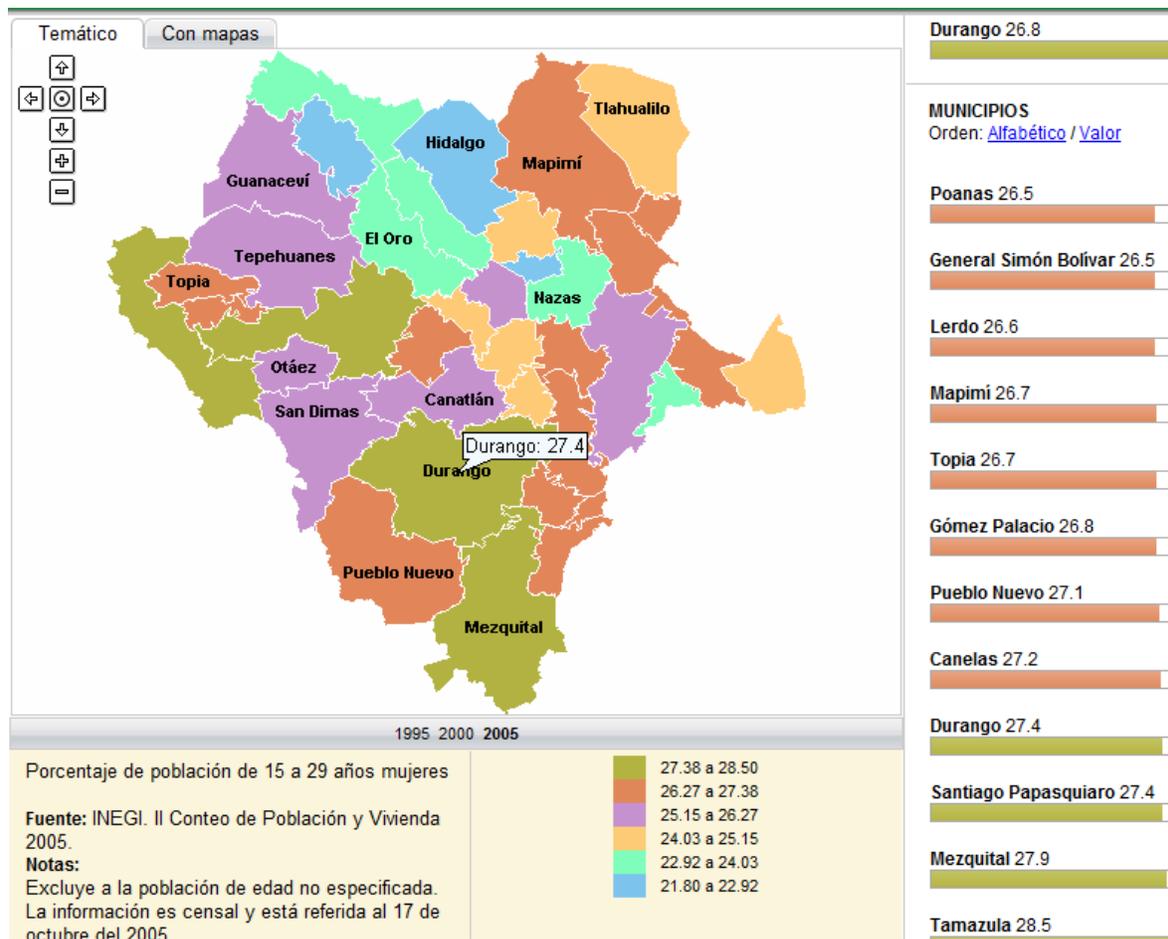
Porcentaje de Población 15 a 29 años 2005



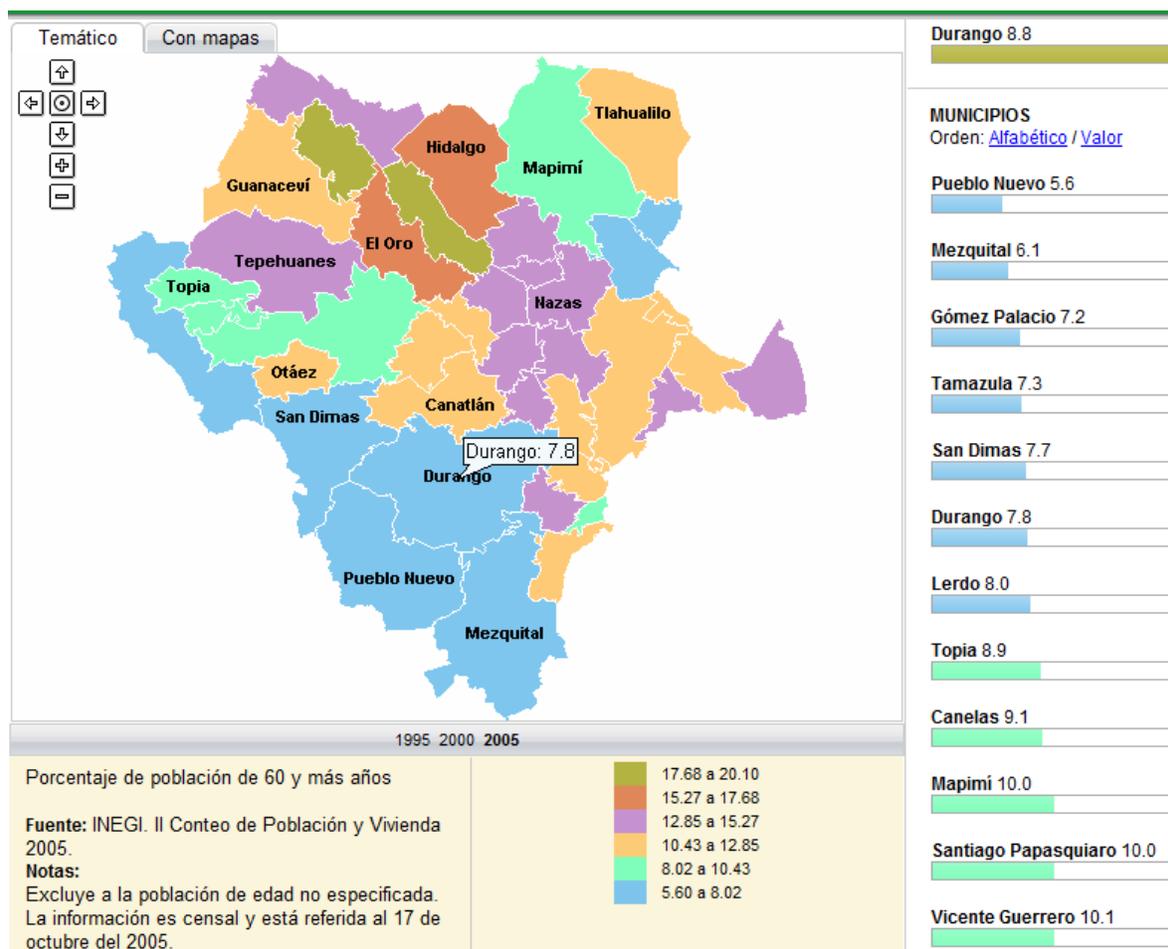
Porcentaje de Población 15 a 29 años Hombres 2005



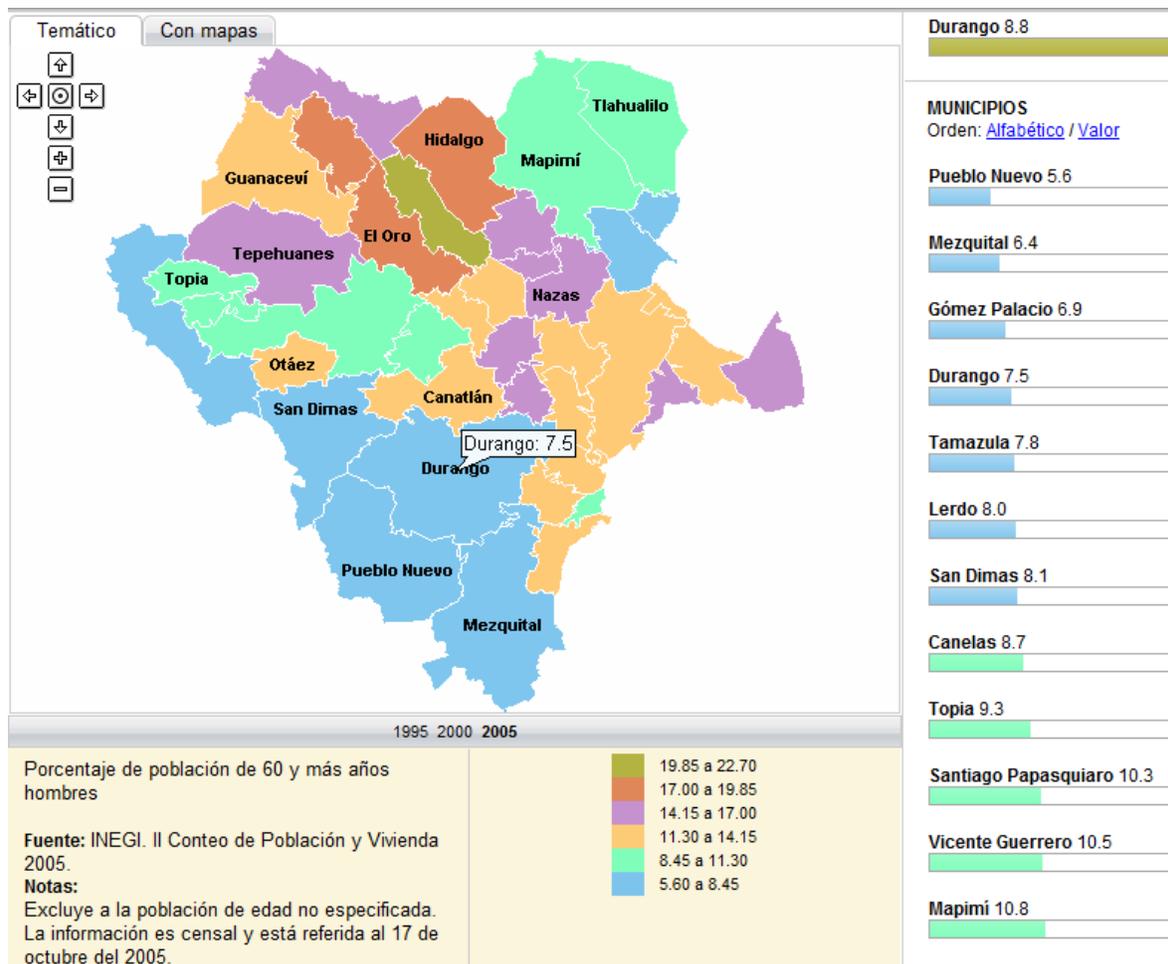
Porcentaje de Población 15 a 29 años Mujeres 2005



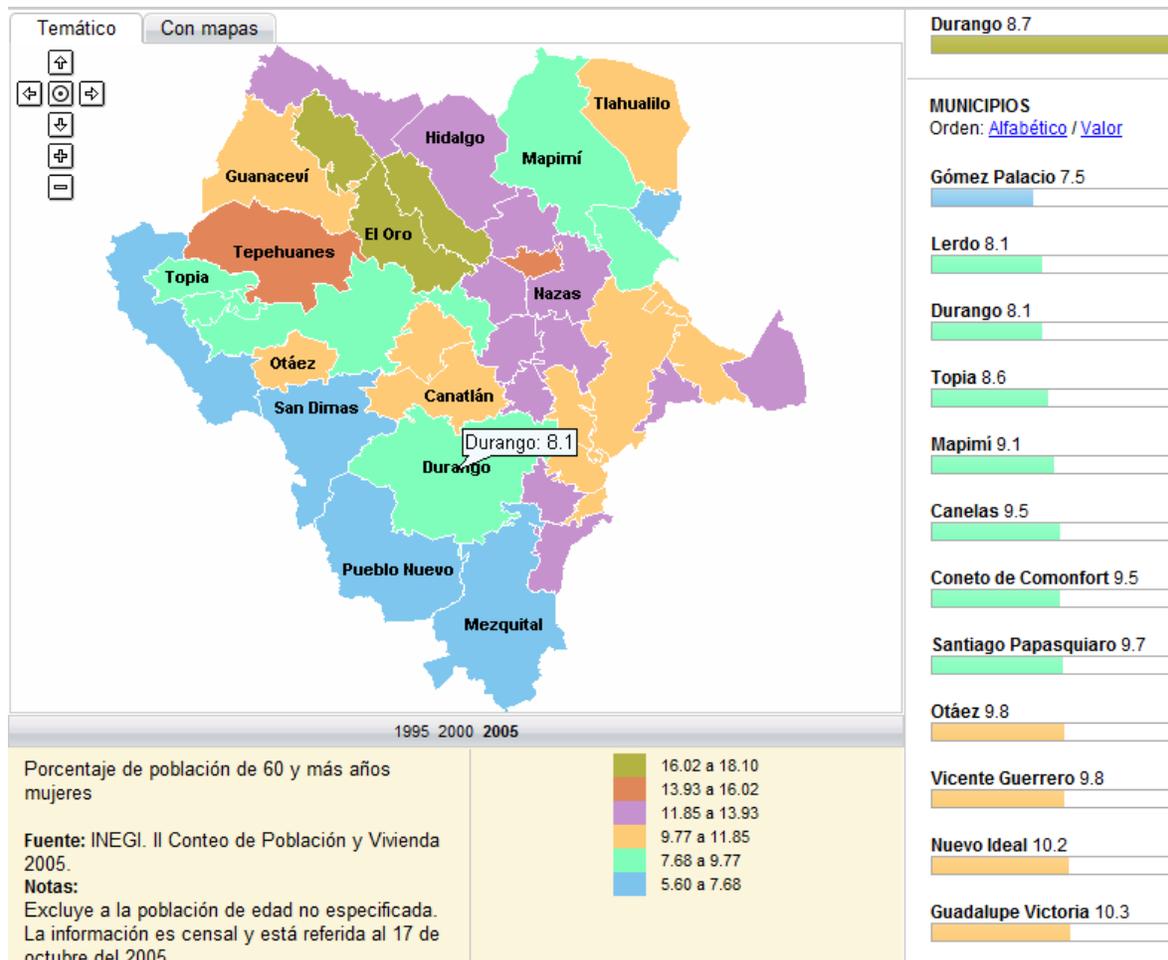
Porcentaje de población de 60 y más años 2005



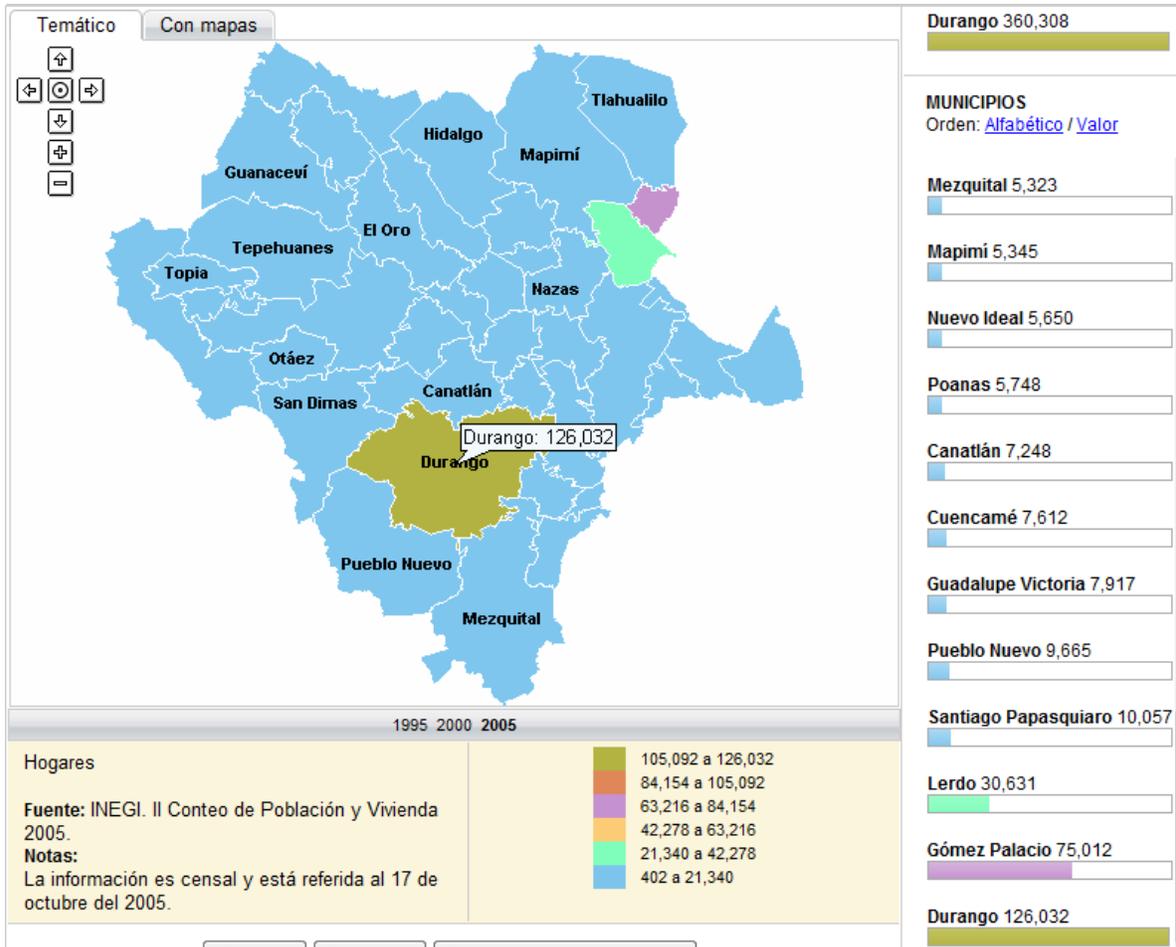
Porcentaje de Población de 60 y más años Hombres 2005



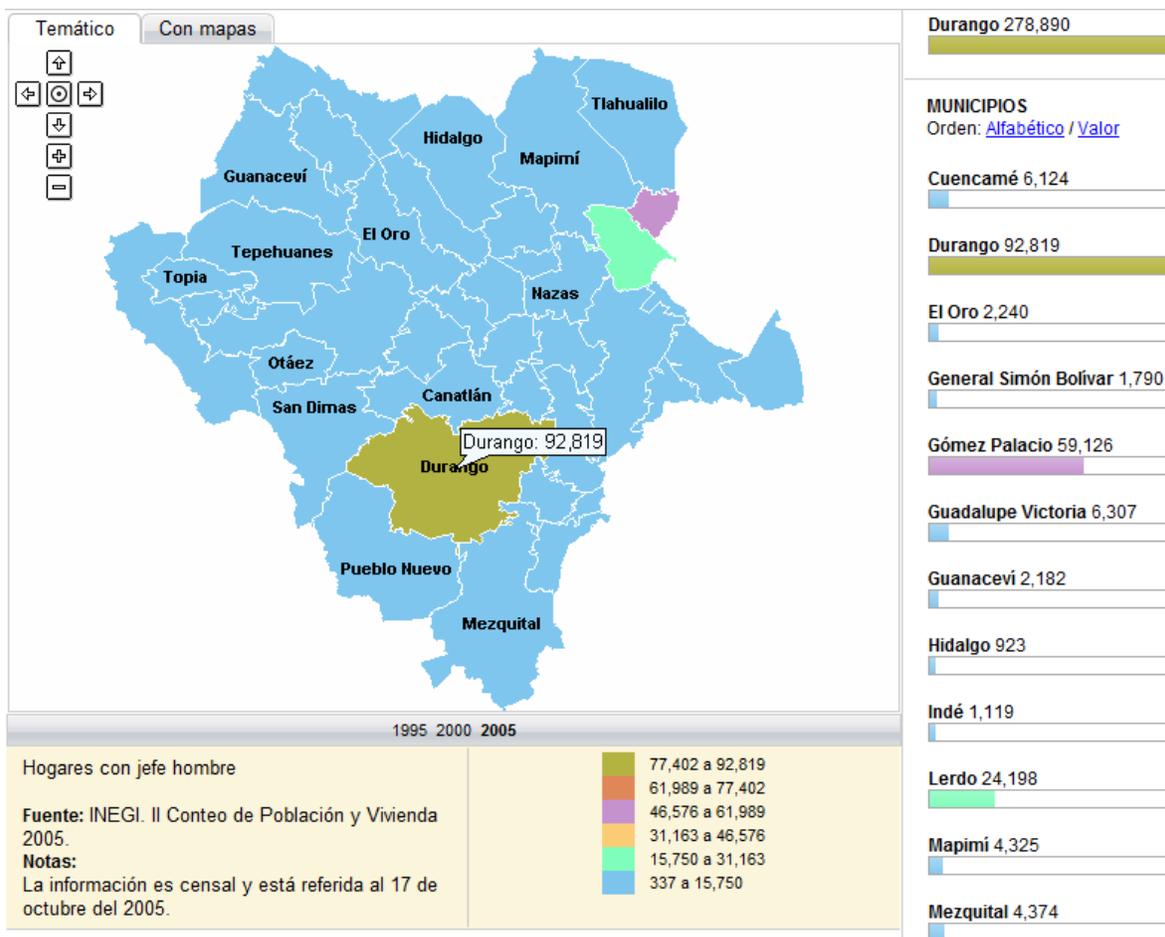
Porcentaje de Población de 60 y más años Mujeres 2005



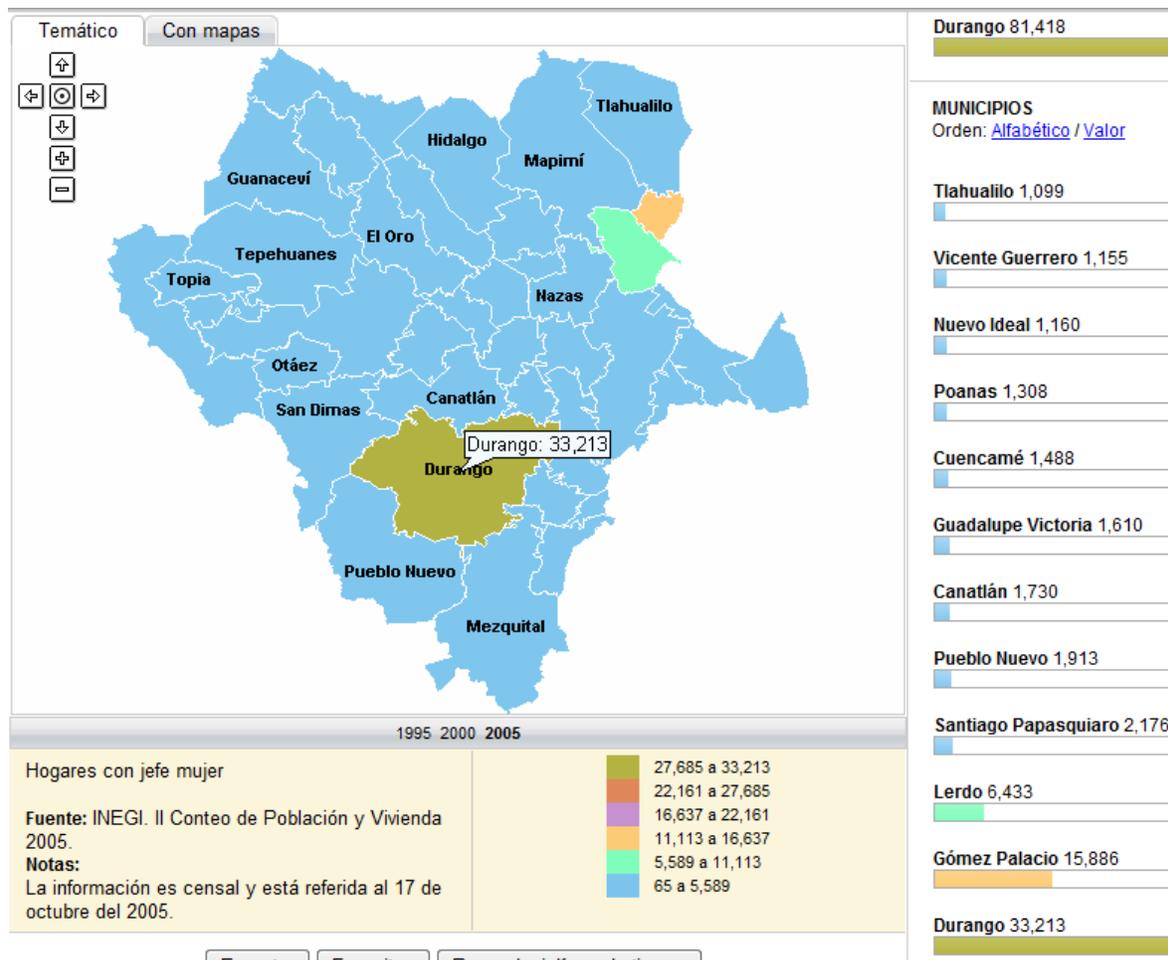
Hogares 2005



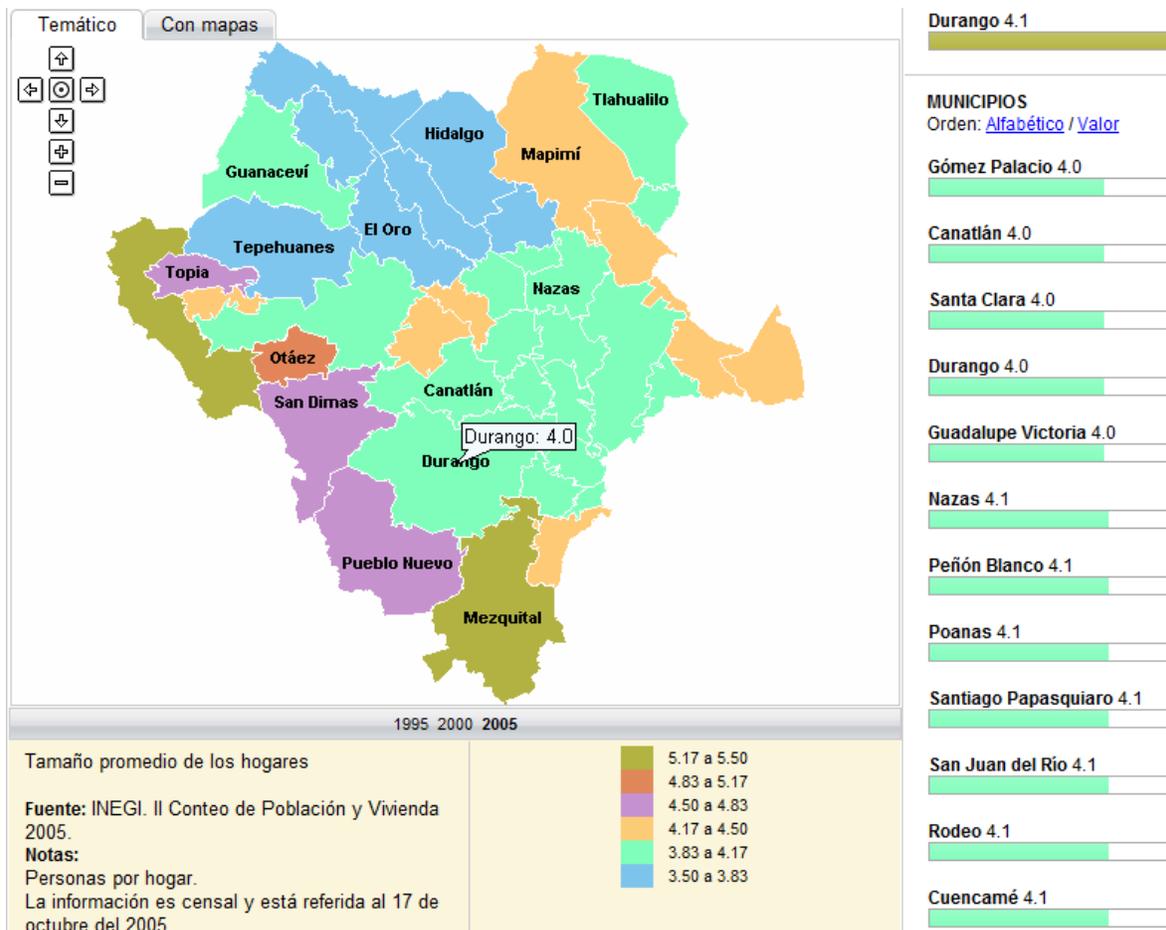
Hogares con Jefe Hombre 2005



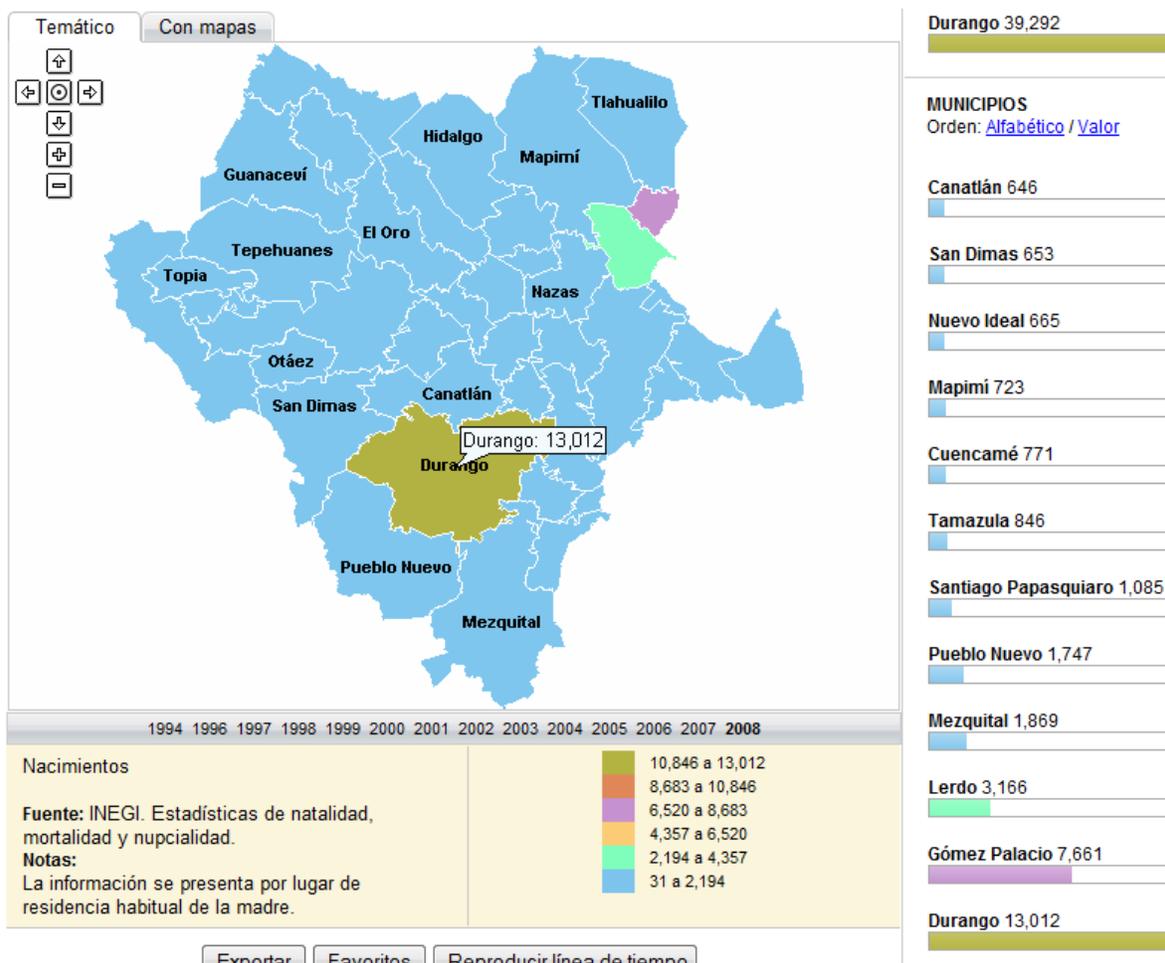
Hogares con Jefe Mujer 2005



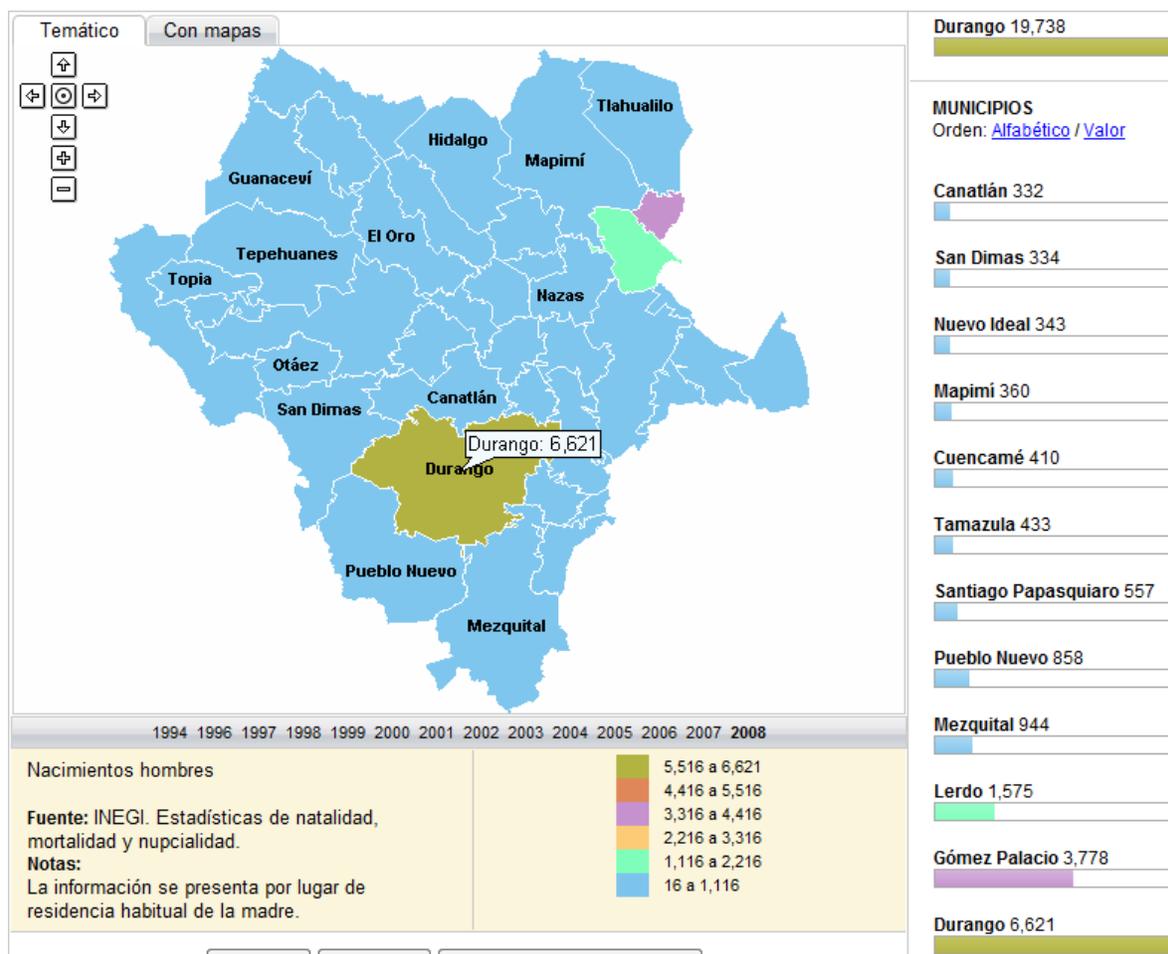
Tamaño promedio de los hogares 2005



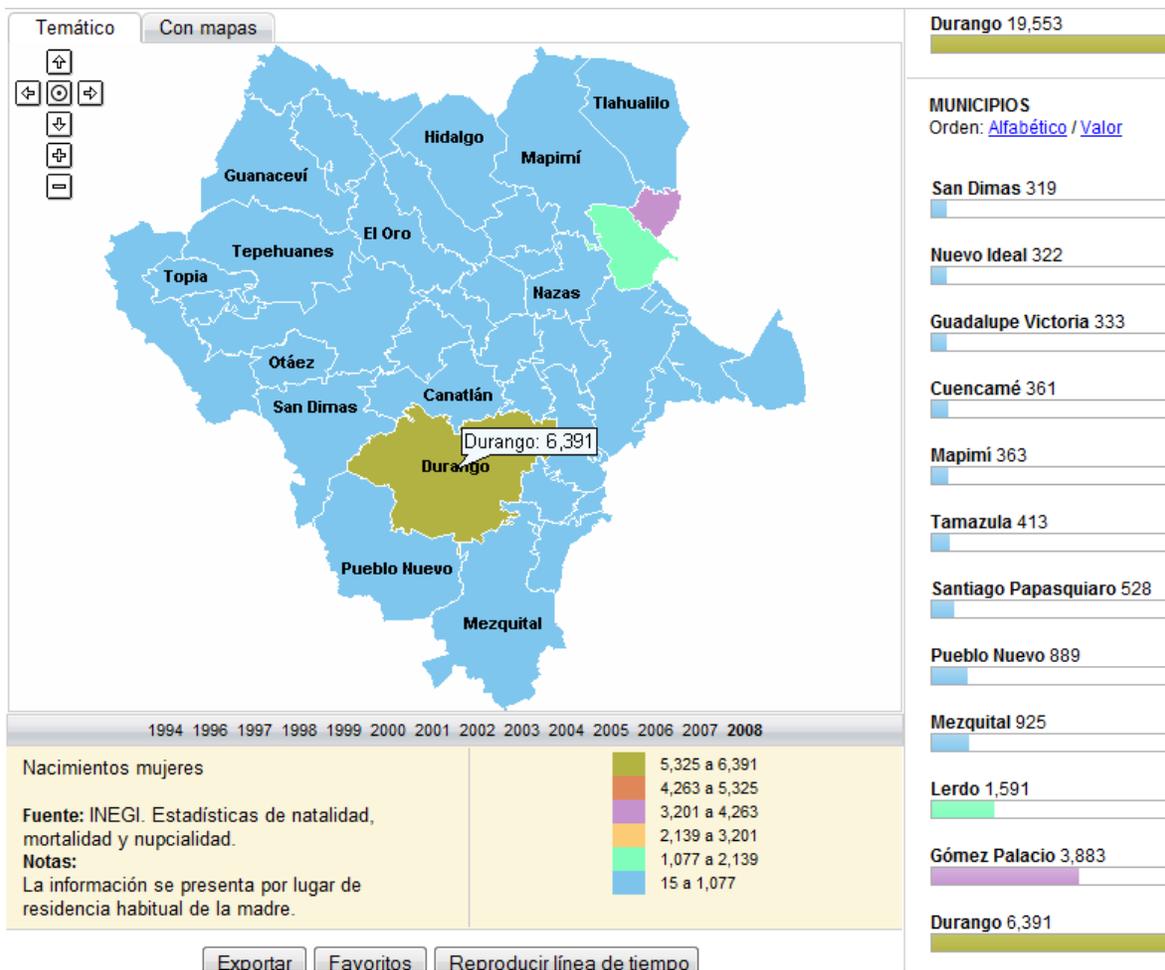
Nacimientos en el Estado de Durango



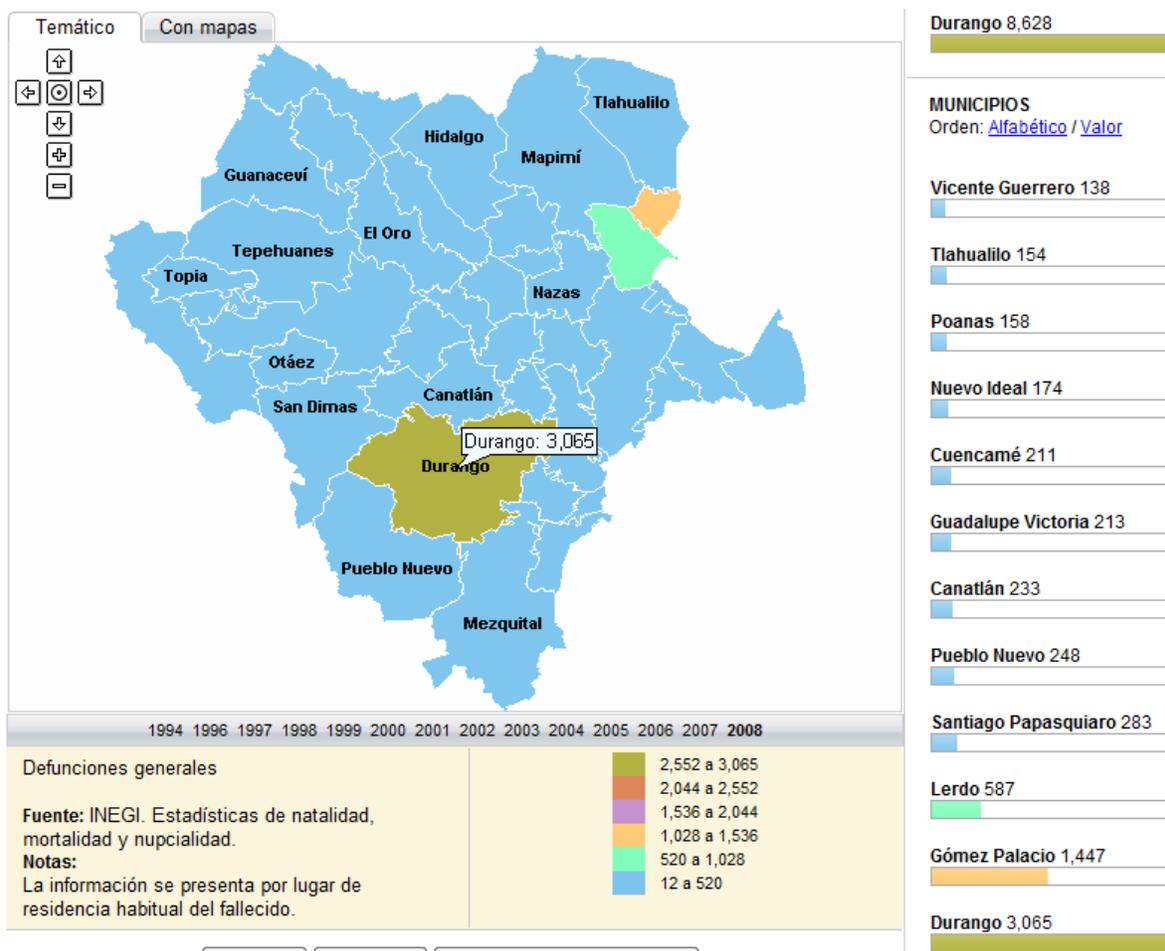
Nacimientos Hombres 2008



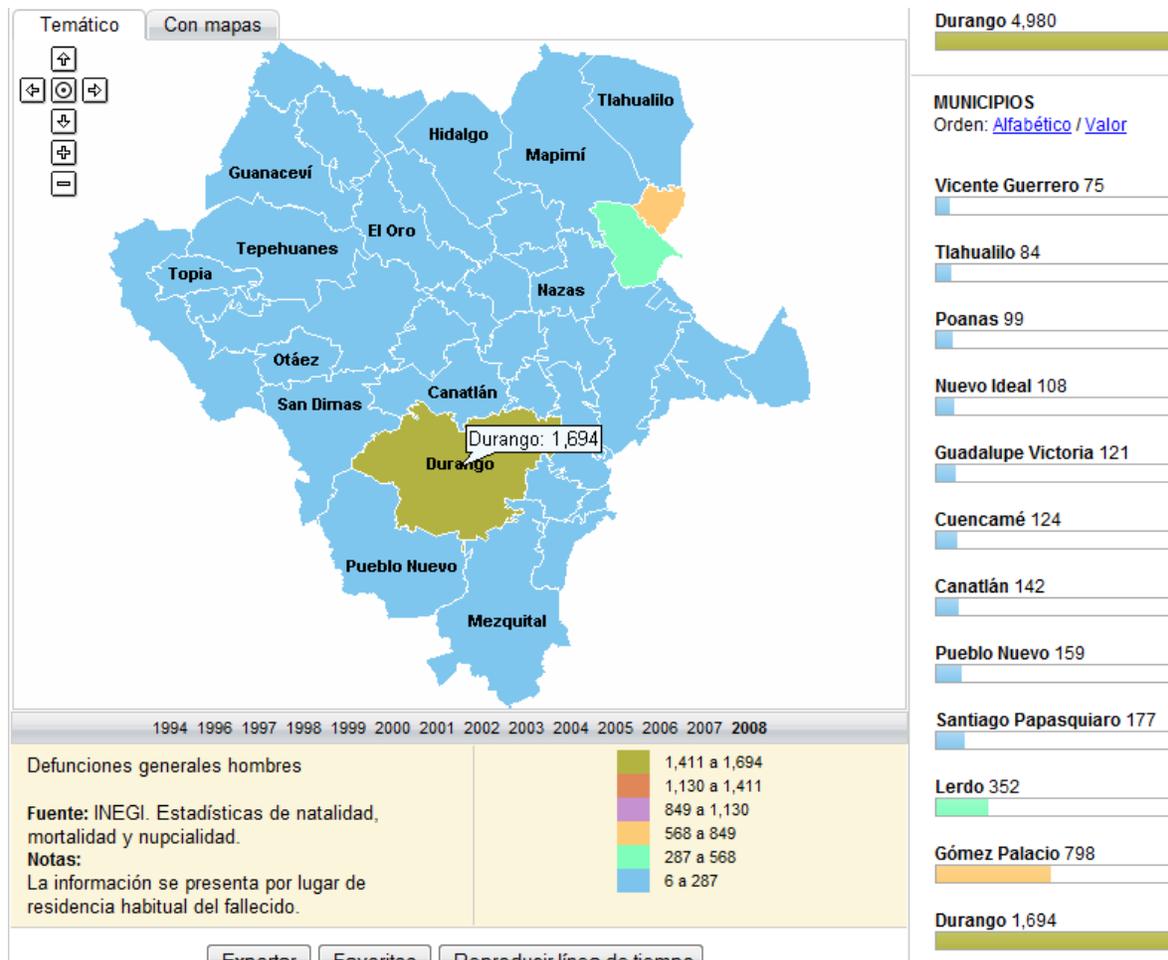
Nacimientos Mujeres 2008



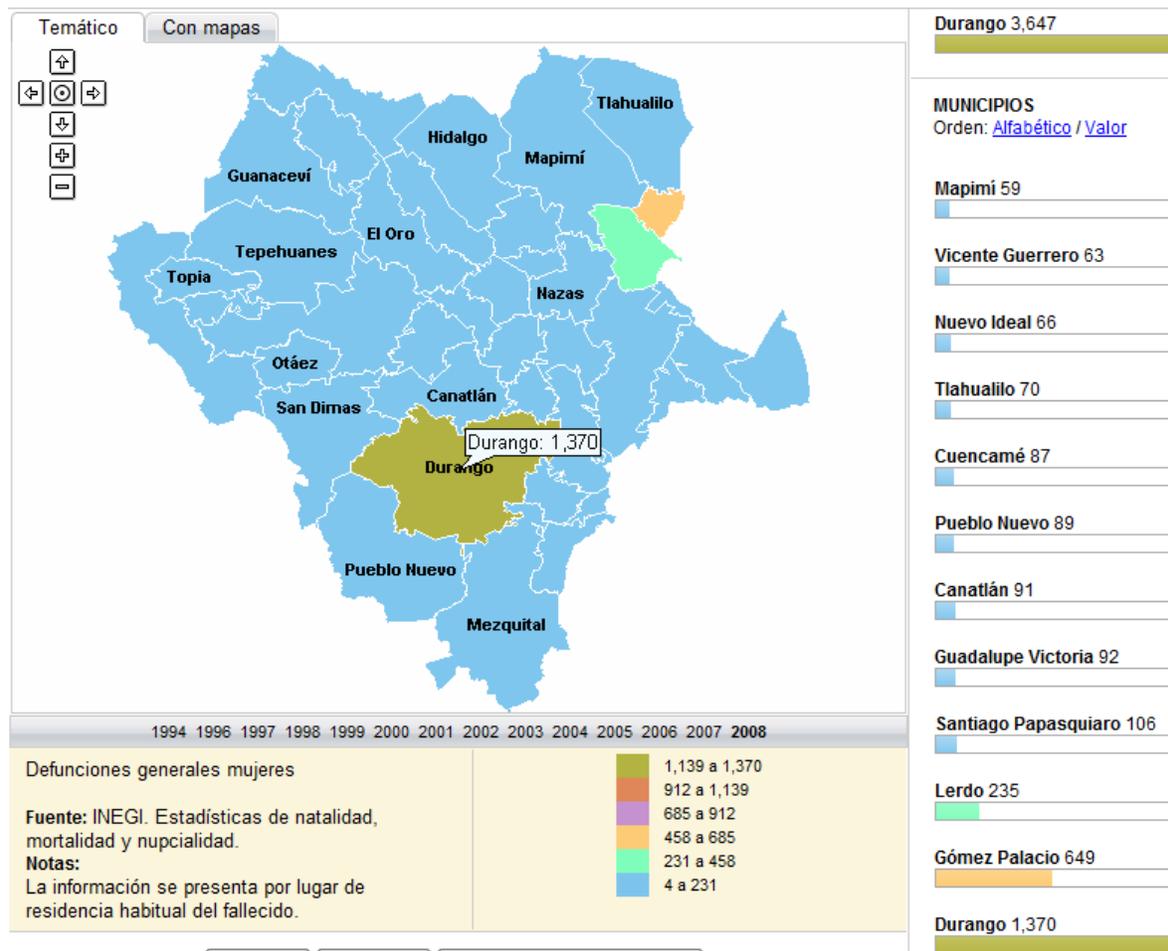
Defunciones Generales 2008



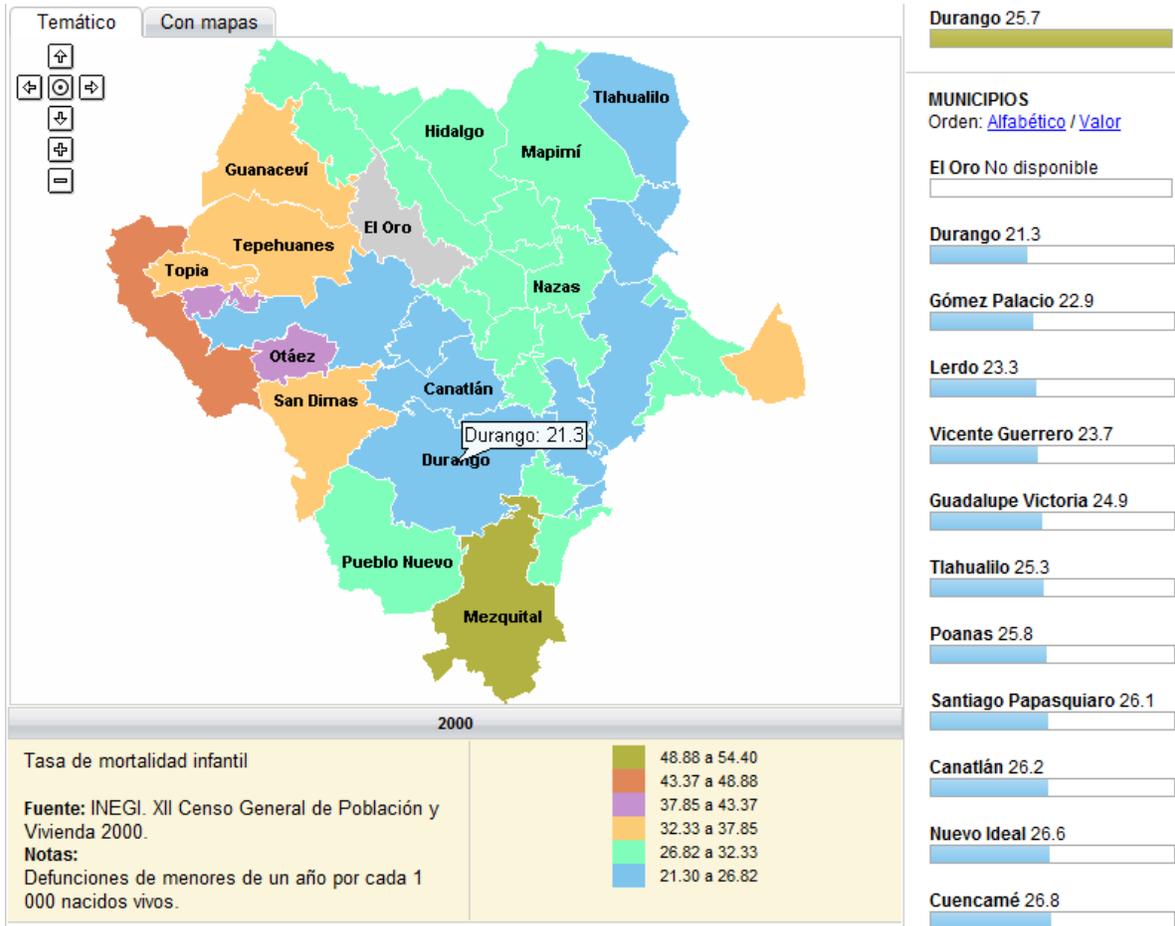
Defunciones Generales Hombres 2008



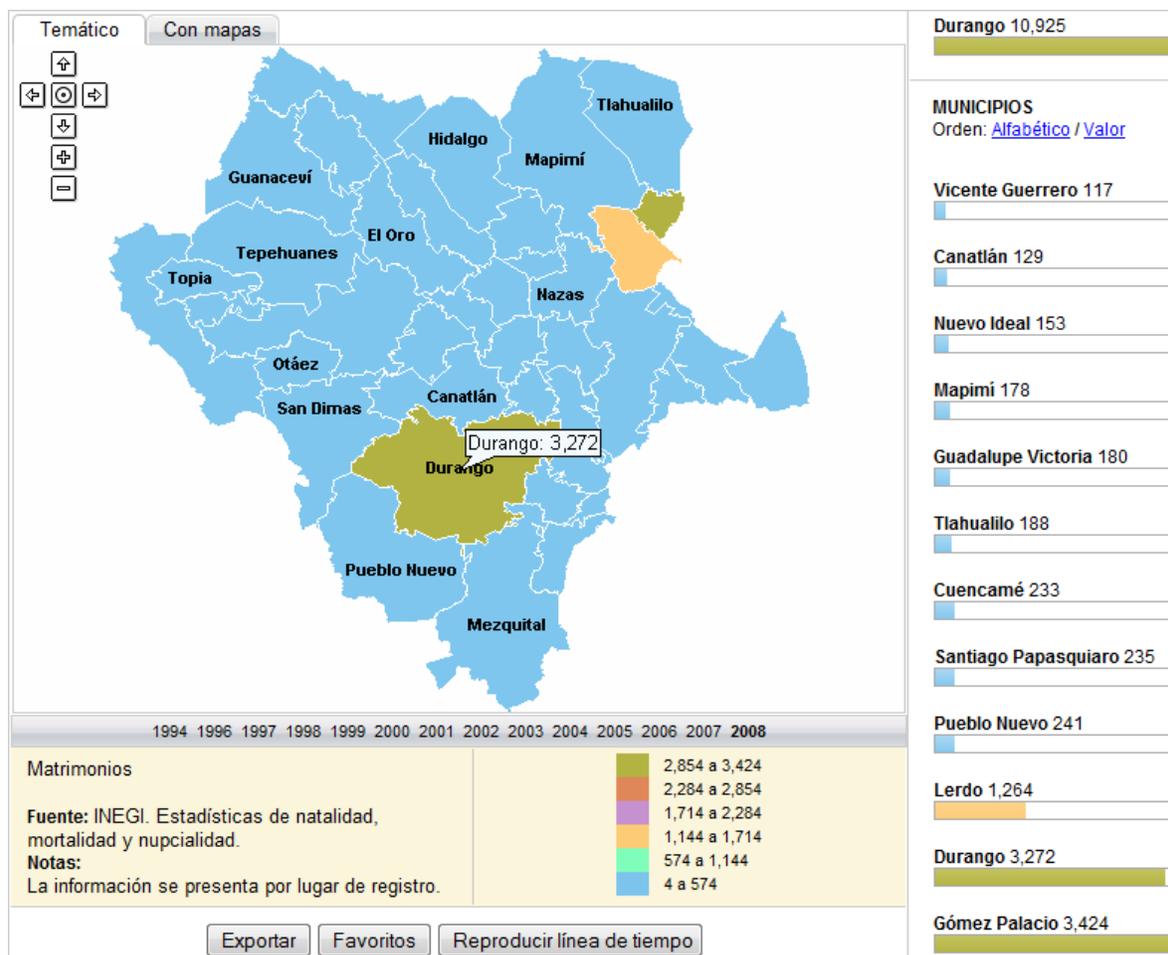
Defunciones Generales Mujeres 2008



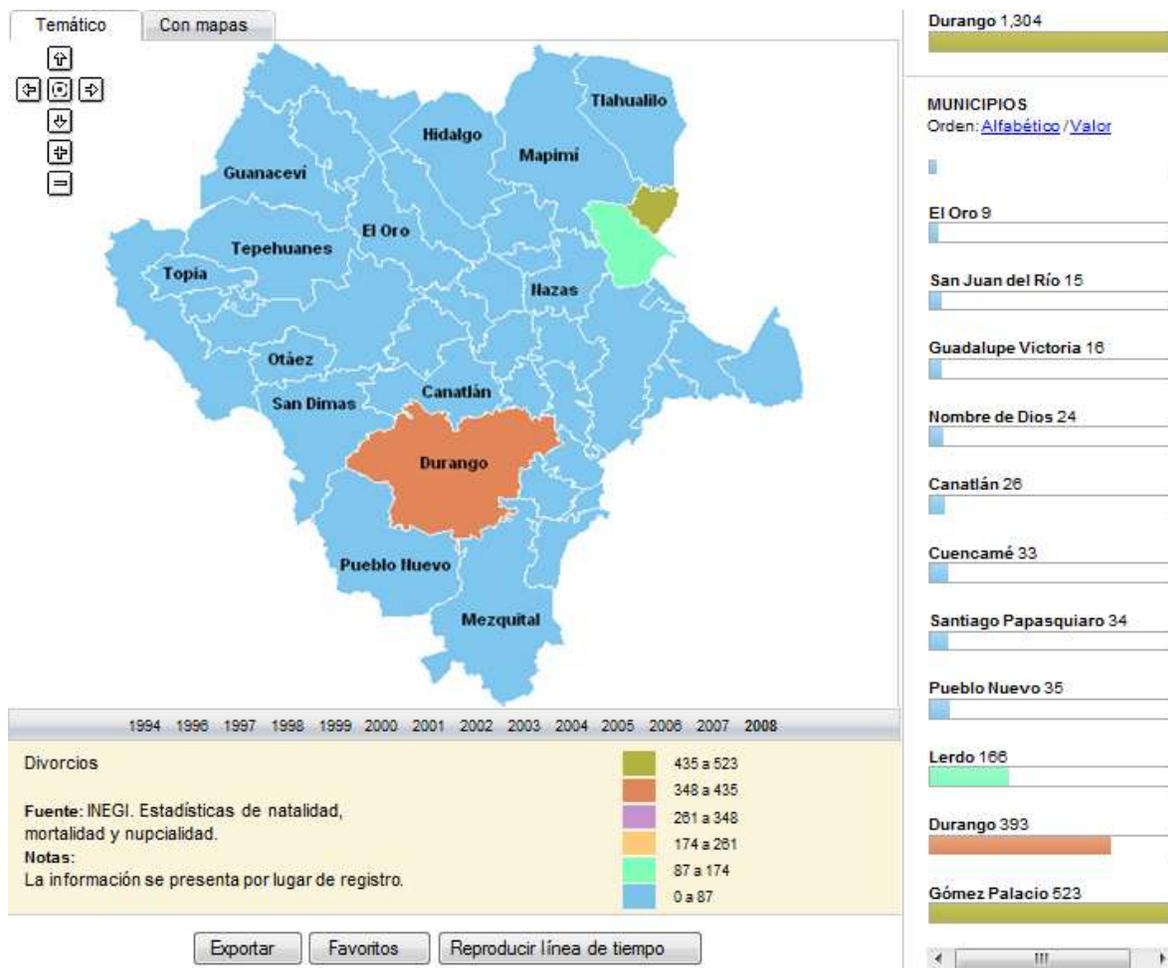
Tasa de Mortalidad Infantil 2000



Matrimonios en el Estado de Durango 2008



Divorcios en el Estado de Durango 2008



Diabetes, Obesidad, Violencia, Cáncer de Mama y Cervicouterino para la Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud



La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas.

Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales

En el siglo XXI, la salud es una responsabilidad compartida, que exige el acceso equitativo a la atención sanitaria y la defensa colectiva frente a amenazas transnacionales.

Función de la OMS en la salud pública

La OMS cumple sus objetivos mediante las siguientes funciones básicas: ofrecer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas; determinar las líneas de investigación y estimular la producción, difusión y aplicación de conocimientos valiosos; establecer normas y promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica; formular opciones de política que aúnen principios éticos y de fundamento científico; prestar apoyo técnico, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera; seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias.

Estas funciones básicas se han descrito en el Undécimo Programa General de Trabajo, que proporciona el marco para el programa de trabajo, el presupuesto, los recursos y los resultados a nivel de toda la organización. Titulado "Contribuir a la salud", el programa abarca el periodo de diez años que va de 2006 a 2015.

Para una mejor conducción y ejecución de sus actividades la Organización Mundial de la Salud se ha constituido en oficinas regionales tales como Oficinas regionales de la OMS tales como:

Región de África
Región de Asia Sudoriental
Región de Europa
Región del Mediterráneo Oriental
Región del Pacífico Occidental
Región de las Américas

Siendo ésta última región la que da origen a la Organización Panamericana de la Salud siendo ésta la responsable de atender y darle seguimiento al tema de la salud en nuestro país y por lo tanto al Estado de Durango.

Como lo mencionamos con anterioridad, la Organización Mundial de la Salud es la máxima autoridad en esa materia para los países que integran la Organización de las Naciones Unidas por lo tanto sus conceptos y apreciaciones sobre las enfermedades y padecimientos de la población mundial se consideran de gran consideración y relevancia, por tanto, en cuanto a los temas que éste diagnóstico abarca, presentamos las siguientes notas descriptivas que son consideradas las definiciones que la OMS tiene con relación a la:

- Diabetes
- Cáncer de mama y cervico uterino
- Obesidad
- Violencia

Diabetes

Datos fundamentales

- En el mundo hay más de 220 millones de personas con diabetes.
- Se calcula que en 2005 fallecieron por diabetes 1,1 millones de personas. [1]
- Cerca del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios.
- Casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años, y un 55% a mujeres.
- La OMS prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030.



- La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco pueden prevenir la diabetes o retrasar su aparición.

¿Qué es la diabetes?

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

- **Diabetes de tipo 1** (también llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia). Se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona.
 - Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita.
- **Diabetes de tipo 2** (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta). Se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.
 - Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse sólo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones.
 - Hasta hace poco, este tipo de diabetes sólo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños.
- **Diabetes gestacional** Es un estado hiperglucémico que aparece o se detecta por vez primera durante el embarazo.
 - Sus síntomas son similares a los de la diabetes de tipo 2, pero suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales, más que porque el paciente refiera síntomas.

El deterioro de la tolerancia a la glucosa y la alteración de la glucemia en ayunas son estados de transición entre la normalidad y la diabetes, y quienes los sufren corren mayor riesgo de progresar hacia la diabetes de tipo 2, aunque esto no es inevitable.

Consecuencias frecuentes de la diabetes

Con el tiempo, la diabetes puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios.

- La diabetes aumenta el riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral (AVC). Un 50% de los pacientes diabéticos mueren de enfermedad cardiovascular (principalmente cardiopatía y AVC).
- La neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementan el riesgo de úlceras de los pies y, en última instancia, amputación.
- La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera, y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. Al cabo de 15 años con diabetes, aproximadamente un 2% de los pacientes se quedan ciegos, y un 10% sufren un deterioro grave de la visión.
- La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal. Un 10 a 20% de los pacientes con diabetes mueren por esta causa.
- La neuropatía diabética se debe a lesión de los nervios a consecuencia de la diabetes, y puede llegar a afectar a un 50% de los pacientes. Aunque puede ocasionar problemas muy diversos, los síntomas frecuentes consisten en hormigueo, dolor, entumecimiento o debilidad en los pies y las manos.
- En los pacientes con diabetes el riesgo de muerte es al menos dos veces mayor que en las personas sin diabetes.

Impacto económico de la diabetes

La diabetes y sus complicaciones tienen un importante impacto económico en quienes la padecen, sus familias, los sistemas de salud y los países. Por ejemplo, la OMS calcula que en 2006-2015 China dejará de percibir unos ingresos nacionales de US\$ 558 000 millones a causa de las cardiopatías, los AVC y la diabetes.

Cómo reducir la carga de la diabetes

Las medidas que se enumeran a continuación deben acompañarse de una dieta saludable, actividad física regular, mantenimiento de un peso corporal normal y evitación del consumo de tabaco.

Prevención

Se ha demostrado que medidas simples relacionadas con el estilo de vida son eficaces para prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición. Para ayudar a prevenir la diabetes de tipo 2 y sus complicaciones se debe:

- Alcanzar y mantener un peso corporal saludable.
- Mantenerse activo físicamente: al menos 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada la mayoría de los días de la semana; para controlar el peso puede ser necesaria una actividad más intensa.
- Consumir una dieta saludable que contenga entre tres y cinco raciones diarias de frutas y hortalizas y una cantidad reducida de azúcar y grasas saturadas.
- Evitar el consumo de tabaco, puesto que aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares.

Diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico se puede establecer tempranamente con análisis de sangre relativamente baratos.

El tratamiento de la diabetes consiste en la reducción de la glucemia y de otros factores de riesgo conocidos que dañan los vasos sanguíneos. Para evitar las complicaciones también es importante dejar de fumar.

Entre las intervenciones que son factibles y económicas en los países en desarrollo se encuentran:

- El control moderado de la glucemia. Los pacientes con diabetes de tipo 1 necesitan insulina, y los pacientes con diabetes de tipo 2 pueden tratarse con medicamentos orales, aunque también pueden necesitar insulina.
- El control de la tensión arterial.
- Los cuidados podológicos.

Otras intervenciones económicas son:

- Las pruebas de detección de retinopatía (causa de ceguera).
- El control de los lípidos de la sangre (regulación de la concentración de colesterol).
- La detección de los signos tempranos de nefropatía relacionada con la diabetes.

Actividades de la OMS para prevenir y controlar la diabetes

El objetivo de la OMS consiste en estimular y apoyar la adopción de medidas eficaces de vigilancia, prevención y control de la diabetes y sus complicaciones, especialmente en países de ingresos bajos y medios. Con este fin, la Organización:

- Formula directrices científicas sobre la prevención de la diabetes.
- Elabora normas y criterios sobre la atención a la diabetes.
- Fomenta la toma de conciencia sobre la epidemia mundial de diabetes, en particular colaborando con la Federación Internacional de la Diabetes en la celebración del Día Mundial de la Diabetes (14 de noviembre).
- Realiza tareas de vigilancia de la diabetes y sus factores de riesgo.

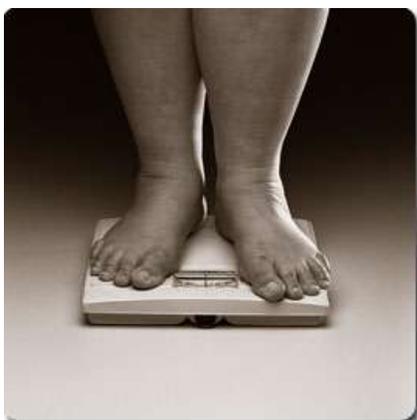
La labor de la OMS en materia de diabetes se complementa con la Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, cuyo centro de atención son las medidas poblacionales para fomentar la dieta saludable y la actividad física regular, reduciendo así el creciente problema del sobrepeso y la obesidad a escala mundial.

[1] La cifra real probablemente sea mucho mayor, porque aunque los pacientes hayan tenido diabetes durante años, la causa de muerte registrada es a menudo la cardiopatía o la insuficiencia renal.

Obesidad y sobrepeso

¿Qué son la obesidad y el sobrepeso?

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.



El índice de masa corporal (IMC) —el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2)— es una indicación simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, tanto a nivel individual como poblacional.

El IMC constituye la medida poblacional más útil del sobrepeso y la obesidad, pues la forma de calcularlo no varía en función del sexo ni de la edad en la población adulta. No obstante, debe

considerarse como una guía aproximativa, pues puede no corresponder al mismo grado de gordura en diferentes individuos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30. Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales, pero hay pruebas de que el riesgo de enfermedades crónicas en la población aumenta progresivamente a partir de un IMC de 21.

Los nuevos Patrones de crecimiento infantil presentados por la OMS en abril de 2006 incluyen tablas del IMC para lactantes y niños de hasta 5 años. No obstante, la medición del sobrepeso y la obesidad en niños de 5 a 14 años es difícil porque no hay una definición normalizada de la obesidad infantil que se aplique en todo el mundo. La OMS está elaborando en la actualidad una referencia internacional del crecimiento de los niños de edad escolar y los adolescentes.

Datos sobre la obesidad y el sobrepeso

Los últimos cálculos de la OMS indican que en 2005 había en todo el mundo:

- Aproximadamente 1600 millones de adultos (mayores de 15 años) con sobrepeso.
- Al menos 400 millones de adultos obesos.

Además, la OMS calcula que en 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad.

En 2005 había en todo el mundo al menos 20 millones de menores de 5 años con sobrepeso.

Aunque antes se consideraba un problema exclusivo de los países de altos ingresos, el sobrepeso y la obesidad están aumentando espectacularmente en los países de ingresos bajos y medios, sobre todo en el medio urbano.

¿Cuáles son las causas de la obesidad y el sobrepeso?

La causa fundamental de la obesidad y el sobrepeso es un desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías. El aumento mundial del sobrepeso y la obesidad es atribuible a varios factores, entre los que se encuentran:

- La modificación mundial de la dieta, con una tendencia al aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes.

- La tendencia a la disminución de la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchos trabajos, a los cambios en los medios de transporte y a la creciente urbanización.

¿Cuáles son las repercusiones frecuentes del sobrepeso y la obesidad en la salud?

El sobrepeso y la obesidad tienen graves consecuencias para la salud. El riesgo aumenta progresivamente a medida que lo hace el IMC. El IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades crónicas, tales como:

- Las enfermedades cardiovasculares (especialmente las cardiopatías y los accidentes vasculares cerebrales), que ya constituyen la principal causa de muerte en todo el mundo, con 17 millones de muertes anuales.
- La diabetes, que se ha transformado rápidamente en una epidemia mundial. La OMS calcula que las muertes por diabetes aumentarán en todo el mundo en más de un 50% en los próximos 10 años.
- Las enfermedades del aparato locomotor, y en particular la artrosis.
- Algunos cánceres, como los de endometrio, mama y colon.

La obesidad infantil se asocia a una mayor probabilidad de muerte prematura y discapacidad en la edad adulta.

Muchos países de ingresos bajos y medios se enfrentan en la actualidad a una doble carga de morbilidad:

- Siguen teniendo el problema de las enfermedades infecciosas y la subnutrición, pero al mismo tiempo están sufriendo un rápido aumento de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas, tales como el sobrepeso y la obesidad, sobre todo en el medio urbano.
- No es raro que la subnutrición y la obesidad coexistan en un mismo país, una misma comunidad e incluso un mismo hogar.
- Esta doble carga de morbilidad es causada por una nutrición inadecuada durante el periodo prenatal, la lactancia y la primera infancia, seguida del consumo de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y con escasos micronutrientes, combinada con la falta de actividad física.

¿Cómo reducir la carga de obesidad y sobrepeso?

La obesidad, el sobrepeso y las enfermedades relacionadas con ellos son en gran medida evitables.

A nivel individual, las personas pueden:

- Lograr un equilibrio energético y un peso normal.
- Reducir la ingesta de calorías procedentes de las grasas y cambiar del consumo de grasas saturadas al de grasas insaturadas.
- Aumentar el consumo de frutas y verduras, legumbres, granos integrales y frutos secos.
- Reducir la ingesta de azúcares.
- Aumentar la actividad física (al menos 30 minutos de actividad física regular, de intensidad moderada, la mayoría de los días). Para reducir el peso puede ser necesaria una mayor actividad.

La puesta en práctica de estas recomendaciones requiere un compromiso político sostenido y la colaboración de muchos interesados, tanto públicos como privados. Los gobiernos, los asociados internacionales, la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado tienen funciones fundamentales que desempeñar en la creación de ambientes sanos y en hacer asequibles y accesibles alternativas dietéticas más saludables. Esto es especialmente importante para los sectores más vulnerables de la sociedad (los pobres y los niños), cuyas opciones con respecto a los alimentos que consumen y a los entornos en los que viven son más limitadas.

Las iniciativas de la industria alimentaria para reducir el tamaño de las raciones y el contenido de grasas, azúcares y sal de los alimentos procesados, incrementar la introducción de alternativas innovadoras, saludables y nutritivas, y reformular las actuales prácticas de mercado podrían acelerar los beneficios sanitarios en todo el mundo.

La estrategia de la OMS para prevenir el sobrepeso y la obesidad

La Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, adoptada por la Asamblea de la Salud en 2004, describe las acciones necesarias para apoyar la adopción de dietas saludables y una actividad física regular. La Estrategia pide a todas las partes interesadas que actúen a nivel mundial, regional y local, y tiene por objetivo lograr una reducción significativa de la prevalencia de las enfermedades crónicas y de sus factores de riesgo comunes, y en particular de las dietas poco saludables y de la inactividad física.

La labor de la OMS en materia de dieta y actividad física es parte del marco general de prevención y control de las enfermedades crónicas que tiene el

Departamento de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, cuyos objetivos estratégicos consisten en: fomentar la promoción de la salud y la prevención y control de las enfermedades crónicas; promover la salud, especialmente entre las poblaciones pobres y desfavorecidas; frenar e invertir las tendencias desfavorables de los factores de riesgo comunes de las enfermedades crónicas, y prevenir las muertes prematuras y las discapacidades evitables debidas a las principales enfermedades crónicas.

Esta labor es complementada por la del Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo, cuyos objetivos estratégicos consisten en fomentar el consumo de dietas saludables y mejorar el estado nutricional de la población a lo largo de toda la vida, especialmente entre los más vulnerables, para lo cual proporciona apoyo a los países para que elaboren y apliquen programas y políticas nacionales intersectoriales de alimentación y nutrición que permitan hacer frente a la doble carga de enfermedades relacionadas con la nutrición y contribuir a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Cáncer

Datos y cifras

- El cáncer es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial; se le atribuyen 7,4 millones de defunciones ocurridas en 2004 (aproximadamente un 13% del total).
- La mayor parte de la mortalidad anual por cáncer obedece a cáncer de pulmón, estómago, hígado, colon y mama.
- La frecuencia de los diversos tipos de cáncer varía según el sexo.
- Aproximadamente el 30% de las defunciones por cáncer son prevenibles.
- El consumo de tabaco es el principal factor singular de riesgo de cáncer.
- El cáncer comienza con una modificación en una sola célula. Ese cambio puede haber sido iniciado por agentes externos o por factores genéticos heredados.
- Las muertes debidas al cáncer a nivel mundial siguen aumentando, se calcula que serán 12 millones para el año 2030.



Cáncer es un término genérico para un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Otros términos utilizados son neoplasias y tumores malignos. Una de las características que define el cáncer es la

generación rápida de células anormales que crecen más allá de sus límites normales y pueden invadir zonas adyacentes del organismo o diseminarse a otros órganos en un proceso que da lugar a la formación de las llamadas metástasis.

Datos sobre el cáncer

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. Se le atribuyen 7,9 millones de defunciones (o aproximadamente el 13% de las defunciones mundiales) ocurridas en 2007. Los principales tipos de cáncer que contribuyen a la mortalidad general anual por cáncer son los siguientes:

- pulmón (1,4 millones de defunciones)
- estómago (866 000 defunciones)
- hígado (653 000 defunciones)
- colon (677 000 defunciones)
- mama (548 999 defunciones)

Aproximadamente el 72% de las defunciones por cáncer ocurridas en 2007 se registraron en países de ingresos bajos y medianos. Se prevé que el número de defunciones anuales mundiales por cáncer seguirá aumentando y llegará a unos 12 millones en 2030.

Los tipos de cáncer más frecuentes a nivel mundial (ordenados según el número de defunciones mundiales) son los siguientes:

- Entre hombres: de pulmón, estómago, hígado, colon-recto, esófago y próstata
- Entre mujeres: de mama, pulmón, estómago, colon-recto y cuello uterino.

Factores causales del Cáncer

El cáncer comienza en una célula. La transformación de una célula normal en una tumoral es un proceso que abarca varias fases y suele consistir en una progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Esas modificaciones son resultado de la interacción entre los factores genéticos de una persona y tres categorías de agentes exteriores, a saber:

- carcinógenos físicos, como la luz ultravioleta y la radiación ionizante
- carcinógenos químicos, como el asbesto y el humo del tabaco
- carcinógenos biológicos, como las infecciones causadas por determinados virus, bacterias o parásitos.

El envejecimiento es otro factor fundamental en el desarrollo de cáncer. La incidencia de cáncer aumenta espectacularmente con la edad, muy probablemente porque con la edad aumenta la acumulación de factores de riesgo de tipos específicos de cáncer. La acumulación general de factores de riesgo se combina con la tendencia de los mecanismos de reparación celular a perder eficacia con la edad.

El consumo de tabaco, el consumo de alcohol, la ingesta insuficiente de frutas y hortalizas, las infecciones por virus de la hepatitis B, de la hepatitis C y por virus del papiloma humano son los principales factores de riesgo de cáncer en los países de ingresos bajos y medianos. El cáncer cervicouterino causado por VPH es una de las principales causas de defunción por cáncer entre las mujeres en países de bajos ingresos.

En los países de ingresos elevados, el consumo de tabaco y alcohol, el exceso de peso y la obesidad son causas muy importantes de cáncer.

¿Cómo es posible reducir la carga de morbilidad por cáncer?

Se dispone de amplios conocimientos acerca de las causas de cáncer y las intervenciones encaminadas a prevenir y tratar la enfermedad. Es posible reducir y controlar el cáncer aplicando estrategias basadas en datos probatorios destinadas a la prevención del cáncer así como a la detección precoz y al tratamiento de los pacientes con cáncer.

Es posible prevenir aproximadamente el 30% de los casos de cáncer mediante la modificación o la prevención de los principales factores de riesgo, según un estudio realizado en 2005 por colaboradores internacionales en la esfera de la oncología.

Factores de riesgo de cáncer:

- consumo de tabaco
- exceso de peso u obesidad
- consumo insuficiente de frutas y hortalizas
- inactividad física
- consumo de alcohol
- Enfermedades de transmisión sexual tales como el VIH y el VPH
- contaminación del aire urbano
- presencia de humo en ambientes interiores debida a la utilización doméstica de combustibles sólidos

Estrategias de prevención:

- intensificar la prevención de los factores de riesgo enumerados más arriba
- vacunar contra el virus del papiloma humano (VPH) y contra el virus de la hepatitis B (VHB)
- controlar los riesgos ocupacionales
- reducir la exposición a la radiación solar

Detección precoz:

Aproximadamente la tercera parte de la carga de morbilidad por cáncer se podría reducir si los casos se detectaran y trataran precozmente. La detección precoz del cáncer está fundamentada por la observación de que el tratamiento resulta más eficaz si el cáncer ha sido detectado tempranamente. El objetivo es detectar el cáncer cuando está localizado (antes de la metástasis). Las actividades de detección precoz constan de dos elementos:

- Educación para ayudar a las personas a reconocer los signos precoces de cáncer y solicitar rápidamente atención médica; los síntomas pueden ser inflamación, dolor, indigestión persistente, tos persistente, o pérdida de sangre por orificios corporales.
- Programas de detección precoz del cáncer o de las lesiones precancerosas antes de que se manifiesten signos reconocibles, por ejemplo mediante mamografías para el cáncer de mama y citología (prueba de Papanicolau) para el cáncer cervicouterino.

Tratamiento y cuidados:

- El tratamiento tiene por objeto curar a los pacientes, prolongarles la vida y mejorar la calidad de ésta. Algunos de los tipos más frecuentes de cáncer, como los de mama, de cuello del útero y de colon-recto, arrojan tasas elevadas de curación si son detectados precozmente y tratados de acuerdo con las prácticas óptimas. Los principales métodos de tratamiento son cirugía, radioterapia y quimioterapia. Para un tratamiento adecuado es fundamental contar con un diagnóstico exacto obtenido por imaginología (ultrasonido, endoscopia o radiografía) e investigaciones de laboratorio (de anatomía patológica).
- Mediante cuidados paliativos es posible aliviar el dolor y otros problemas en más del 90% de los pacientes de cáncer. Existen maneras eficaces de dispensar cuidados paliativos a los pacientes y sus familiares en entornos de bajos recursos.

Respuesta de la OMS

En 2007 la OMS puso en marcha a nivel de toda la Organización su Plan de Acción contra el Cáncer, cuyos objetivos son los siguientes:

- prevenir lo prevenible
- curar lo curable
- dispensar cuidados paliativos a todos los pacientes de cáncer
- gestionar y vigilar los resultados.

Un objetivo clave del plan consiste en ayudar a los Estados Miembros a establecer programas nacionales de lucha contra el cáncer:

- que estén centrados en las personas
- que promuevan la equidad (prestando atención a las personas marginalizadas)
- que consigan adhesión (participación de los interesados)
- que abarquen alianzas y enfoques multisectoriales (con la participación de los sectores tanto público como privado)
- que sean sostenibles (que pasen a ser autosustentables en el largo plazo)
- que estén integrados con actividades de salud pública conexas
- que apliquen un método progresivo basado en la fijación de prioridades
- que sigan prácticas basadas en datos probatorios.

La OMS, otras organizaciones de las Naciones Unidas y asociados colaboran en la prevención y el control del cáncer a nivel internacional con los siguientes objetivos:

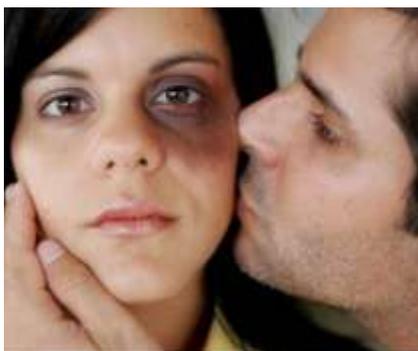
- Promover el compromiso político con la prevención y el control del cáncer.
- Generar conocimientos nuevos y difundir los existentes para facilitar la aplicación de métodos de control del cáncer basados en datos probatorios.
- Elaborar normas e instrumentos que sirvan de orientación en la planificación y la aplicación de intervenciones de prevención, detección precoz, tratamiento y dispensa de cuidados.
- Facilitar el establecimiento de amplias redes de asociados en el control del cáncer a nivel mundial, regional y nacional.
- Fortalecer los sistemas de salud a nivel regional y local.
- Prestar asistencia técnica para transferir rápida y eficazmente a los países en desarrollo intervenciones que conlleven prácticas óptimas.

Violencia contra la mujer

Datos y cifras

- La violencia contra la mujer constituye un importante problema de salud pública y una violación de los derechos humanos.
- La falta de acceso a la educación y a oportunidades y el bajo estatus social en la comunidad son factores relacionados con la violencia contra la mujer.
- La violencia de pareja es una de las formas más comunes de violencia contra la mujer.
- Muchos problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva y de salud materna se deben a la violencia contra la mujer.
- Muchas mujeres no buscan ayuda ni informan sobre sus experiencias cuando son víctimas de la violencia.

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada.



Hay muchas formas de violencia contra la mujer, incluidos el abuso sexual, físico o emocional por la pareja; el abuso físico o sexual por familiares u otras personas; el acoso y el abuso sexual por figuras de autoridad (como profesores, funcionarios de policía o empleadores); el tráfico para trabajos forzados o explotación sexual; y prácticas tradicionales tales como los matrimonios forzados o infantiles; la violencia relacionada con la dote; y los homicidios por honor, en que se sacrifica a la mujer para proteger el honor familiar. Los abusos sexuales sistemáticos en las situaciones de conflicto son otra forma de violencia contra la mujer.

Alcance del problema

- En un estudio realizado por la OMS en diez países acerca de la salud de la mujer y la violencia doméstica
 - Entre un 15% y un 71% de las mujeres declararon que habían sufrido violencia física o sexual perpetrada por el marido o la pareja.
 - Muchas mujeres declararon que su primera experiencia sexual no había sido consentida (24% en el Perú rural, 28% en Tanzania, 30% en el Bangladesh rural, y 40% en Sudáfrica).

- Entre un 4% y un 12% de las mujeres refirieron haber sufrido malos tratos físicos durante el embarazo.
- Cada año, unas 5000 mujeres son asesinadas por miembros de su familia en defensa de su honor en todo el mundo.
- El tráfico de mujeres y niñas para trabajos forzados y explotación sexual es un fenómeno generalizado que suele afectar a las más vulnerables.
- Los matrimonios forzados y los matrimonios infantiles suponen una violación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas, pero son una práctica extendida en numerosos países de Asia, Oriente Medio y el África subsahariana.
- En todo el mundo, hasta una de cada cinco mujeres y uno de cada 10 hombres refieren haber sufrido abusos sexuales en su infancia. Esos niños tienen muchas más probabilidades de verse implicados en otras formas de abuso más adelante en la vida.

Efectos sobre la salud

Las repercusiones en la salud pueden ser un resultado directo de la violencia o un efecto a largo plazo de la misma.

- **Traumatismos:** los abusos físicos y sexuales infligidos por la pareja conllevan traumatismos muy a menudo. La violencia de pareja es la principal causa de traumatismos no mortales entre las mujeres en los Estados Unidos.
- **Muertes:** las defunciones por violencia contra la mujer comprenden los asesinatos por honor (cometidos por familiares por razones culturales); el suicidio; el infanticidio femenino (asesinato de niñas lactantes); y las defunciones maternas por abortos inseguros.
- **Salud sexual y reproductiva:** la violencia contra la mujer se asocia a infecciones de transmisión sexual, como la infección por VIH/SIDA, los embarazos no deseados, problemas ginecológicos, abortos provocados, y problemas durante el embarazo, como el aborto espontáneo, un peso bajo al nacer y la muerte fetal.
- **Comportamientos de riesgo:** los abusos sexuales durante la infancia se asocian a tasas más altas de prácticas sexuales de riesgo (como la precocidad de la primera experiencia sexual, la promiscuidad y las relaciones sexuales sin protección), el uso de sustancias y una mayor victimización. Cada uno de esos comportamientos aumenta el riesgo de sufrir problemas de salud.
- **Salud mental:** la violencia y los abusos aumentan el riesgo de depresión, trastorno de estrés postraumático, insomnio, trastornos de los hábitos alimentarios y sufrimiento emocional.

- **Salud física:** los abusos pueden dar lugar a muchos problemas de salud, incluidas cefaleas, lumbalgias, dolores abdominales, fibromialgia, trastornos gastrointestinales, una movilidad limitada, y una mala salud general.

Costos sociales y económicos

Los costos sociales y económicos de la violencia contra la mujer son enormes y repercuten en toda la sociedad. Las mujeres pueden llegar a encontrarse aisladas e incapacitadas para trabajar, perder su sueldo, dejar de participar en actividades cotidianas y ver menguadas sus fuerzas para cuidar de sí mismas y de sus hijos.

¿Quiénes están en riesgo?

Aunque los factores de riesgo varían, hay algunos rasgos que hacen más probable la violencia. Los factores de riesgo potenciales pueden clasificarse del siguiente modo:

- **Individuales:** entre los rasgos personales asociados a un mayor riesgo de violencia cabe citar los siguientes: la juventud, un estatus socioeconómico bajo, una historia de maltrato y de uso de sustancias, y, en el caso de la violencia de pareja, el tipo de compañero elegido. Los rasgos de la pareja que entrañan riesgo para las mujeres son el consumo de alcohol y drogas, un bajo nivel educativo, una actitud negativa hacia las mujeres, y el hecho de haber presenciado actos de violencia doméstica contra mujeres o de haber sufrido malos tratos de niño.
- **Familia y parientes:** en el seno de las familias, el riesgo de violencia aumenta con los conflictos conyugales, la dominación masculina, las dificultades económicas y las desavenencias familiares.
- **Comunidad:** dentro de las comunidades, el riesgo es mayor allí donde hay desigualdad por razón de género o falta de cohesión comunitaria o recursos.
- **Sociedad:** a un nivel más general, el riesgo más elevado se da en las sociedades con normas tradicionales sobre el género o con falta de autonomía de las mujeres, allí donde se aplica una legislación restrictiva a la propiedad y la herencia de bienes, y en los casos de desintegración social por conflictos o desastres.

Prevención y respuesta

Se requiere un mayor trabajo de evaluación para determinar la eficacia de las medidas de prevención de la violencia. Algunas de las intervenciones con resultados más prometedores son el fomento del nivel educativo y las oportunidades de las mujeres y niñas, la mejora de su autoestima y sus aptitudes

de negociación, y la reducción de las inequidades por razón de género en las comunidades.

Otros esfuerzos que se han revelado eficaces son actividades emprendidas con los adolescentes para reducir la violencia en sus citas; programas de apoyo para los niños que han presenciado actos de violencia de pareja; campañas masivas de educación del público; y medidas de colaboración con hombres y niños para cambiar las actitudes sobre las inequidades por razón de género y la aceptabilidad de la violencia.

La defensa de las víctimas, una mayor sensibilización sobre la violencia y sus consecuencias entre los trabajadores sanitarios, y un más amplio conocimiento de los recursos disponibles para las mujeres maltratadas (como asistencia jurídica, alojamiento y cuidado de los niños) pueden mitigar las consecuencias de la violencia.

Respuesta de la OMS

La OMS y sus asociados colaboran para reducir la violencia contra la mujer mediante iniciativas que ayudan a identificar y cuantificar el problema y responder al mismo, entre ellas:

- **El acopio de datos probatorios** sobre el alcance y los distintos tipos de violencia en diferentes entornos. Esta medida es fundamental para comprender la magnitud y la naturaleza del problema a nivel mundial.
- **La elaboración de orientaciones** para los Estados Miembros y los profesionales de la salud a fin de prevenir la violencia y reforzar las respuestas del sector de la salud a ese fenómeno.
- **La difusión** de información a los países y el apoyo a los esfuerzos nacionales tendentes a impulsar los derechos de las mujeres y prevenir la violencia
- **La colaboración** con organismos y organizaciones internacionales para disuadir de ejercer violencia contra la mujer a nivel mundial.

La Salud en el Plan Nacional de Desarrollo 2007 - 2012

En los últimos 50 años se produjo en México un descenso muy importante de la mortalidad en todos los grupos de edad. Este descenso se acompañó de un cambio igualmente significativo en las principales causas de discapacidad y muerte. Hoy en el país predominan como causas de daño a la salud las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Estos padecimientos son más difíciles de tratar y más costosos que las infecciones comunes, los problemas reproductivos y las enfermedades relacionadas con la desnutrición, en la primera mitad del siglo XX fueron las principales causas de muerte.

Esta transición está íntimamente asociada al envejecimiento de la población y al reciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables, dentro de los que destacan el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la mala nutrición, el consumo de drogas y las prácticas sexuales inseguras.

Durante los últimos años, se han registrado en el mundo importantes adelantos en materia de salud y México no ha sido la excepción. Un ejemplo de ello en el país es la aplicación universal de vacunas. Otros ejemplos son la disminución en los índices de desnutrición, la reducción de enfermedades infecciosas y el aumento en la cobertura de los servicios públicos de salud. La tabla anterior muestra la evolución de los principales indicadores de salud en la última década.

Como se puede apreciar, en los cinco indicadores se presentan avances positivos. Baste mencionar que la mortalidad por deficiencias nutricionales en niños menores de cinco años ha caído de casi 25 por cada 100 mil niños en 1995 a tan sólo ocho en 2006. La mortalidad infantil, de poco más de 27 por cada mil nacimientos estimados en 1995, se ha reducido a 18 por el mismo número de nacimientos estimados en 2006.

Sin embargo, existen importantes desafíos por superar derivados principalmente de la transición demográfica y de la desigualdad económica. Las muertes por enfermedades no transmisibles, los padecimientos asociados a una larga vida –como la diabetes y la hipertensión–, así como las lesiones por accidentes o violencia, representan hoy el 85% de todas las muertes que se registran en México. Estos padecimientos son complejos y de tratamiento costoso.

El otro 15% corresponde a las muertes por enfermedades asociadas con la pobreza, como las infecciosas, la desnutrición y las que tienen que ver con la reproducción, mismas que hace 50 años eran las más frecuentes en el conjunto de la población y que ahora afectan sobre todo a quienes viven en situaciones precarias. Las personas más pobres tienen mayor riesgo de morir a edades más tempranas que el resto de la población. Como puede apreciarse, la salud de la sociedad mexicana refleja las desigualdades sociales y económicas del país.

Esta desigualdad, expresada en la dimensión de la salud de las personas, puede observarse también entre regiones. Por ejemplo, en 2006 la tasa de mortalidad infantil en Nuevo León fue de 10.2 fallecimientos por cada mil niños nacidos, mientras que en Guerrero fue cercana a 25. En 2005, el porcentaje de muertes en menores de cinco años causadas por enfermedades infecciosas fue de 5.1% en Aguascalientes, mientras que llegó a representar 24% en Chiapas durante el mismo año.

En los sectores más rezagados socialmente conviven al mismo tiempo las llamadas enfermedades del subdesarrollo y las del desarrollo, lo que complica todavía más las soluciones. Sencillamente, la infraestructura para el tratamiento de las enfermedades asociadas a comunidades económicamente desfavorecidas es muy distinta a la que atendería enfermedades características de personas con niveles de vida apreciables.

Tomar en cuenta la dimensión demográfica de la sociedad mexicana es importante para comprender las necesidades más importantes en materia de salud. Para empezar, hay que considerar que la estructura de la población por edades ha variado mucho en las últimas décadas, lo cual plantea desafíos adicionales al sistema de salud, es decir, que no estaban necesariamente previstos por la oferta presente de servicios de salud.

Destacadamente, cada vez hay menos niños y más adultos. En 1970, de cada 100 mexicanos 19 eran niños de cinco años o menos. Ahora son solamente 9 de cada 100. Por contraste, la población en edad de trabajar se triplicó entre 1960 y 2000. Actualmente ésta representa el 65% de toda la población mexicana. Este dato distingue justamente nuestra transición demográfica, pues prácticamente dos terceras partes de la población son muy probablemente perceptores de ingresos por ubicarse en edades productivas.

Pero es necesario advertir que, por otra parte, la población de adultos mayores crece considerablemente y con ello poco a poco disminuye la base social de personas que aportan recursos al conjunto social. En otras palabras, el bono demográfico que representa un segmento mayoritario de la población en edad productiva se irá disminuyendo, indefectiblemente, con el tiempo. Se augura que en menos de 25 años el sector de adultos mayores pasará de 6 a 15.6 millones de personas, de manera que para el año 2030 representará 12% de la población nacional.

Los problemas de salud de adultos y adultos mayores serán, por lo tanto, el componente que más atención demande.

En promedio, la esperanza de vida aumentó de 51.7 a 75.7 años en cinco décadas. Ello representa un logro importante del sistema nacional de salud. No obstante, la desigualdad que presenta la esperanza de vida entre las regiones y entre los sectores de población es dramática. Existen marcadas diferencias en los servicios de salud públicos entre los estados de la República. Mientras que el Distrito Federal cuenta con tres médicos y cinco enfermeras por cada mil habitantes, el Estado de México, Chiapas y Puebla tienen menos de un médico y una enfermera por cada mil. Estas disparidades entre regiones en materia de salud son inaceptables bajo un criterio elemental de justicia y son expresión de inequidad en desarrollo humano: en Oaxaca, Guerrero y Chiapas la esperanza de vida es casi 10 años más baja que en Baja California Sur, Nuevo León o el Distrito Federal.

Asimismo, en las zonas con menos de 5% de población indígena, la esperanza de vida promedia 78 años, y donde esta proporción es superior a 75%, se reduce a 66 años.

La pobreza, la desnutrición y la insalubridad que afectan a la población de menos recursos económicos, se relacionan con 3 y 2% de las muertes de mujeres y hombres, respectivamente, en ese sector de la sociedad. Si bien la proporción es reducida en comparación con otras causas de muerte, lo más doloroso es que se trata de muertes que pueden evitarse con un poco más de inversión en servicios públicos y capacitación a la población.

La posibilidad de enfermar es más grande entre las personas que habitan en municipios marginados. Esta proporción es de 1.7 veces mayor en los hombres y

de 1.5 en las mujeres. Ello representa un obstáculo evidente al desarrollo humano de las personas que viven en dichos municipios.

Las acciones de combate a la pobreza han contribuido a disminuir la desnutrición y, con ella, la baja talla de los niños al nacer. Sin embargo, el número absoluto de estos niños, más de 1.2 millones, sigue siendo de una magnitud muy preocupante. Sencillamente, esta desventaja a una edad tan temprana resulta inaceptable, debido a sus efectos negativos en el desarrollo de esos mexicanos.

En México, el cuadro más frecuente de enfermedades contagiosas sigue siendo expresión de la falta de una cultura elemental de la salud en muchas de nuestras comunidades. Los padecimientos transmisibles más frecuentes en nuestro país son, en orden de importancia, infecciones respiratorias, diarrea, tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual.

Un avance muy importante en materia de salud ha sido el descenso de la mortalidad en todos los grupos de edad. Por ejemplo, hace 50 años, uno de cada 12 niños fallecía antes de cumplir el primer año, y de los que sobrevivían, la mitad moría antes de los 35. Hoy, la sobrevivencia hasta el primer año es de 98.5% de los recién nacidos.

Por lo que hace a las causas de muerte, la obesidad, los malos hábitos en la alimentación y la falta de ejercicio se relacionan con las enfermedades del corazón y la diabetes, que a su vez son responsables del 32% de las muertes de mujeres y del 20% en los hombres.

El sexo sin protección se asocia, de manera muy importante, al cáncer de cuello del útero en las mujeres, y a la infección del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, VIH-SIDA, entre los hombres. La tasa de mortalidad por SIDA en 2005 fue de 16.6 por mil en los hombres, y de 3.1 por mil en las mujeres.

Si bien los casos nuevos de SIDA se dan más frecuentemente entre los hombres, el porcentaje que representan las mujeres se ha ido incrementando con los años, de modo que en 2005 eran ya uno de cada cinco casos.

El virus del papiloma humano es el mayor causante de infecciones de transmisión sexual en los últimos años. El riesgo se incrementa debido a que un

gran número de mujeres no ejerce de manera informada y protegida su sexualidad.

México cuenta con 4,203 hospitales, de los cuales 1,121 son públicos y 3,082, privados. El sector público cuenta con un promedio de 0.74 camas por cada mil habitantes, inferior al valor sugerido por la Organización Mundial de la Salud, que es de una cama por cada mil habitantes. Las instituciones de seguridad social tienen una tasa de 0.87 camas, contra 0.63 de las instituciones que atienden a la población sin seguridad social.

Claramente, en nuestro país aún existe un significativo déficit de camas hospitalarias por cada mil habitantes.

En el orden más general de la vida social, el acceso a servicios de salud no alcanza aún a toda la población, y pagar por servicios privados resulta muy difícil para la mayoría. Entre 2000 y 2005 se aprecia una disminución de la población no derechohabiente debido, principalmente, a la elevada afiliación al Seguro Popular, que es un seguro médico voluntario dirigido a evitar el empobrecimiento de las familias por gastos emergentes de salud.

Sin embargo, es justo reconocer que persisten grandes desigualdades en la calidad de los servicios de salud de que disfrutan los mexicanos.

La falta de infraestructura moderna y la insuficiencia de insumos no generan los mismos efectos en la prestación de los servicios de salud de las diferentes dependencias puede llegar en algunas ocasiones hasta el 20%.

En cuanto a la cantidad de personal capacitado disponible en el sector salud, México tiene 1.85 médicos por cada mil habitantes, cifra inferior al promedio internacional deseable, que es de tres médicos. Cabe señalar que además de este indicador debe también atender la distribución geográfica de médicos.

La desigualdad se observa también entre instituciones. PEMEX, por ejemplo, tiene un promedio de tres médicos por cada mil derechohabientes, mientras que la Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE tienen menos de dos. Ello refleja que existen diferencias entre los servicios de salud que reciben derechohabientes del sector paraestatal.

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 apenas lograron 61.2%.

La cobertura efectiva también es desigual. En conjunto, el Distrito Federal registra la mayor cobertura de servicios, que alcanza a 65.1% de la población, en tanto que Chiapas tiene un alcance de 54%.

Es evidente que la modernización de los servicios de salud requiere grandes inversiones para lograr los estándares deseables. México destina 6.5% de su producto interno bruto al rubro de la salud, cifra menor al promedio internacional.

El aumento de recursos financieros no basta para elevar la calidad de los servicios de salud. Se requiere del compromiso de sus médicos y enfermeras para brindar una atención más responsable, eficiente y amable. Si bien no es sólo en los servicios públicos donde se da un trato con frecuencia poco amigable, sí es en ellos donde se registra el mayor número de quejas de los usuarios en ese sentido.

El esfuerzo del Estado mexicano por hacer accesibles los servicios de salud a más personas, si bien se ha reflejado en una infraestructura hospitalaria y de servicios médicos de grandes dimensiones, se enfrenta al doble desafío de atender las llamadas enfermedades del subdesarrollo, como son la desnutrición y las infecciones que afectan principalmente a la población marginada, y padecimientos propios de países desarrollados, como el cáncer, la obesidad, las cardiopatías y la diabetes.

Hacer frente a esta doble problemática representa un reto muy complejo, que para ser atendido adecuadamente requiere de la unión de recursos y compromisos entre la sociedad y los tres órdenes de gobierno. Esta suma de esfuerzos resulta indispensable para moderar las inequidades y acelerar el camino hacia la igualdad de oportunidades para los mexicanos, lo que es esencial para un progreso y una prosperidad compartidos.

Objetivo 4

Mejorar las condiciones de salud de la población.

Gran parte de las enfermedades y riesgos para la salud que más frecuentemente padecen los niños, los jóvenes, las mujeres y los adultos mayores pueden evitarse mediante acciones de prevención oportuna y adecuada.

Éstas son las estrategias que plantea el Gobierno Federal para conseguirlo:

ESTRATEGIA 4.1 Fortalecer los programas de protección contra riesgos sanitarios.

El propósito de esta estrategia es fortalecer los servicios no personales de salud, al reorientar las acciones hacia la protección contra riesgos sanitarios a los que está expuesta la población.

La protección contra los riesgos a la salud de la población distingue entre los riesgos que individualmente se asumen en forma voluntaria, tales como los relacionados con el estilo de vida, y los riesgos involuntarios, como el tener contacto con medios (alimentos y agua que se consumen, aire que se inhala, suelo que se toca), tecnologías o condiciones inapropiadas.

Para proteger a la población contra los riesgos sanitarios se fortalecerán las acciones de fomento, promoción, trabajo comunitario, políticas fiscales y otras no regulatorias, así como las regulatorias que abarcan, entre otras, el desarrollo de acciones de verificación, control y emisión de autorizaciones.

ESTRATEGIA 4.2 Promover la participación activa de la sociedad organizada y la industria en el mejoramiento de la salud de los mexicanos.

La participación social y la acción comunitaria son fundamentales en las acciones del sector salud. Sin embargo, se estima en general que la participación social ha carecido de bases sólidas para la organización y acción comunitaria, así como de la capacitación en materia de promoción de la salud en el nivel local. Adicionalmente, es importante señalar que no existe la cantidad suficiente de promotores de la salud en los núcleos básicos y que es necesaria la actualización de los lineamientos que permitan el buen gobierno, así como la mayor participación y compromiso de todos los actores participantes.

Por ello, se construirá una base social para ejercer la rectoría en participación social y promover la salud de los mexicanos. En este sentido, se fortalecerá la

participación municipal, se orientará la participación comunitaria, se estimulará la participación social para proteger a la población vulnerable y se elaborarán los lineamientos, manuales y guías metodológicas para la capacitación en materia de promoción de la salud.

ESTRATEGIA 4.3 Integrar sectorialmente las acciones de prevención de enfermedades.

Las acciones de prevención en salud destacan por ser costo-efectivas al mejorar la salud y calidad de vida de la población, mientras que se evitan altos costos de tratamiento en el futuro. Sin embargo, actualmente estas acciones se llevan a cabo sin una efectiva coordinación entre las distintas instituciones públicas de salud y con un financiamiento dispar.

Para incrementar la efectividad de las políticas de prevención en salud, es necesario ordenar las acciones de prevención de enfermedades de todas las instituciones públicas de salud bajo una estrategia coordinada por la Secretaría de Salud y con prioridades claramente establecidas. Esta estrategia debe incluir a las instituciones de los distintos órdenes de gobierno y no sólo a las correspondientes al orden federal.

Objetivo 5

Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.

Junto con el mayor alcance de los servicios de salud y el mejoramiento de su infraestructura y equipamiento, es fundamental la superación profesional y la sensibilización de quienes atienden al público usuario. Lograr que los mexicanos cuenten con servicios de salud eficientes y de alta calidad, ofrecidos con calidez y profesionalismo, es el propósito de las siguientes estrategias:

ESTRATEGIA 5.1 Implantar un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica con énfasis en el abasto oportuno de medicamentos.

Para mejorar los servicios de salud se implementará el Sistema Integral de Calidad en Salud que situará a la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud. Este sistema integral desplegará una estrategia de calidad total, mejora continua y adopción de modelos de excelencia, que desarrollará la

calidad técnica y la calidad percibida de los servicios de salud, y los evaluará mediante indicadores que consideren dichos atributos.

Las acciones se dirigirán a las tres dimensiones de la calidad: por una parte, se enfocarán hacia los ciudadanos y hacia los profesionales de la salud, proponiendo la mejora de la calidad como el eje de atención. Por otra parte, se dirigirán hacia las organizaciones a través de estrategias de la calidad para la gestión de los servicios de salud, cuya finalidad es conducir transformaciones que favorezcan la innovación.

Por otro lado, para contar con un abasto oportuno y eficiente de medicamentos se implementará una política integral que busque: 1) fortalecer la cadena de abasto de medicamentos; 2) garantizar la oferta oportuna y promover la participación del mercado de medicamentos genéricos; 3) evitar precios excesivos de medicamentos bajo patente; 4) optimizar el gasto en medicamentos en las instituciones públicas de salud; 5) garantizar la seguridad y eficacia de los medicamentos, e 7) institucionalizar los procesos de análisis, diseño y evaluación de la política farmacéutica.

ESTRATEGIA 5.2 Mejorar la planeación, la organización, el desarrollo y los mecanismos de rendición de cuentas de los servicios de salud para un mejor desempeño del Sistema Nacional de Salud como un todo.

Se implementará un Sistema Integral de Evaluación y Seguimiento para fortalecer la rendición de cuentas y mejorar el desempeño del Sistema Nacional de Salud. El sistema generará evidencia sobre la forma en que se realizan las funciones básicas, aplicará métodos y criterios homogéneos para evaluar los servicios de salud, establecerá comparaciones de los resultados obtenidos por las instituciones públicas de salud en el ámbito nacional y estatal como parte del proceso de mejora, incorporará actualizaciones y adecuaciones derivados de los procesos de planeación y ejecución de las políticas, programas y servicios de salud, integrará los conocimientos y experiencias de los prestadores y de los usuarios de los servicios, y asegurará la rendición de cuentas del sector salud.

ESTRATEGIA 5.3 Asegurar recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías de la salud suficientes, oportunas y acordes con las necesidades de salud de la población.

Se fortalecerá la capacitación profesional de avanzada entre el personal médico, enfatizando la investigación y la actualización sobre los adelantos e innovaciones más recientes de la medicina en sus diferentes especialidades. Esto es muy importante para evitar las evaluaciones clínicas esquemáticas y rutinarias que conducen a diagnósticos superficiales en perjuicio de la salud e incluso de la vida de los pacientes. Se procurarán inversiones suficientes para modernizar las instalaciones, mejorar su mantenimiento y renovar o sustituir los equipos obsoletos.

Asimismo, las características de esta vertiente de política incluyen la edificación de más hospitales regionales y, en general, la ampliación de la infraestructura de salud y sus equipos en las ciudades y el campo, y la mejoría y el mantenimiento de las instalaciones que ya funcionan.

En el sector salud se requiere de personal sanitario que contribuya, en cantidad y conocimientos, a atender las enfermedades de las distintas regiones del país. La Comisión Nacional para la Reglamentación de la Contratación de Recursos Humanos en las Entidades Federativas, creada en 2006, de la cual se desprenden 32 subcomisiones estatales, coadyuvará con esta estrategia.

En materia de infraestructura física en salud se consolidará la red de servicios de atención a la salud, priorizando la red de hospitales regionales de alta especialidad y las unidades de especialidades médicas. Asimismo, se implementará un programa nacional de conservación y mantenimiento de la infraestructura en salud, así como el desarrollo de infraestructura para especialidades médicas. Para impulsar esta estrategia se incentivará la inversión de asociaciones público-privadas.

Para mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios se aprovechará la tecnología en la utilización eficiente del equipo médico y de toda la infraestructura de servicios en general. Asimismo, se impulsará la formación y desarrollo de recursos humanos en la aplicación de un sistema de evaluación del desempeño, soportado en el acceso a la información científica y operativa.

La tecnología tiene importancia estratégica para ampliar la cobertura de servicios a la población sin posibilidades económicas, así como para promover el uso y disponibilidad de instrumentos que apoyen el pago por adelantado de

servicios de salud, para asegurar su financiamiento y evitar el empobrecimiento de la población al enfrentar el pago de servicios.

No se trata sólo de incorporar novedosas tecnologías; el objetivo es lograr que el Estado sea un regulador y promotor responsable del potencial de las tecnologías de la información y las comunicaciones en aplicaciones médicas.

Objetivo 6

Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.

El propósito es abatir los rezagos en la atención a la salud de la población en condiciones de pobreza, así como prevenir las enfermedades y superar los principales obstáculos para una vida sana, con acciones dirigidas a los lugares donde más se necesitan.

Las estrategias para lograrlo son las siguientes:

ESTRATEGIA 6.1 Promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal, así como la prevención contra enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, y otras enfermedades asociadas al rezago social que persiste en la sociedad.

Para avanzar en salud reproductiva se emprenderá una estrategia integral que identifique y privilegie a los grupos con mayor rezago, que asegure la disponibilidad de insumos de calidad para la prestación de los servicios de salud de planificación familiar y anticoncepción, que fortalezca la competencia técnica del personal de salud, que eduque a cada segmento de la población, que cuente con mecanismos de supervisión y evaluación sistemática, y que instrumente un modelo interinstitucional de atención básica en salud sexual y reproductiva para la población adolescente.

En las comunidades marginadas, las mujeres constituyen uno de los sectores con mayores riesgos para su salud por su función biológica en la reproducción y por su preeminencia en el cuidado de las familias. Por ello se diseñarán acciones de difusión y promoción para las madres de familia, de modo que se estimulen hábitos saludables en los lugares donde viven. Por otra parte, la mortalidad materna, así como la morbilidad asociada a sus factores determinantes, constituye

un grave problema de salud pública que revela algunas de las más profundas inequidades en las condiciones de vida. Por ello, para reducir la mortalidad materna e infantil se aplicarán medidas preventivas, como una buena alimentación, la vigilancia de posibles factores de riesgo, un ambiente higiénico al momento de dar a luz, así como acceso a atención rápida y eficaz en casos de urgencia.

Los abortos provocados también constituyen otro factor de riesgo importante que puede menoscabar la salud de la mujer. Los sistemas de salud proveerán una atención adecuada para evitar que los embarazos deriven en complicaciones, enfermedades, discapacidades permanentes o en la muerte de la madre o del niño.

Los grandes retos nacionales para mejorar la salud perinatal se presentan en la necesidad de establecerla como prioridad en la agenda nacional, al mismo nivel que hoy se encuentra la salud materna.

Por ello, se creará un Sistema Nacional de Información de Salud Perinatal, con indicadores precisos, que permita conocer la verdadera situación del recién nacido en México.

ESTRATEGIA 6.2 Ampliar la cobertura de servicios de salud a través de unidades móviles y el impulso de la telemedicina.

Para atender la salud de la población que habita en localidades pobres alejadas y dispersas que carecen de unidades médicas o de ciertos servicios médicos, se pondrán en operación equipos itinerantes de salud, asimismo, se reorganizarán e integrarán los espacios de atención (hogar, comunidad y unidades médicas ambulatorias y hospitalarias) mediante estándares compartidos y confiables que garanticen la continuidad de la atención, y a través del establecimiento de redes de telemedicina.

Esta estrategia articula los esfuerzos desarrollados por distintas instituciones de salud para favorecer la disponibilidad de los servicios a nivel comunitario y familiar en localidades cuyas características geográficas y sociodemográficas impiden o dificultan el acceso a la red de servicios de salud.

Con esta estrategia se busca que la mayor capacidad resolutive de los problemas básicos de salud se encuentre disponible y al alcance de todas las personas, sin que éstas tengan que realizar grandes desplazamientos, trámites complicados o pasar por múltiples filtros. Esta estrategia combina la atención ambulatoria especializada a nivel comunitario, la telemedicina y la creación de nuevas unidades de atención a la salud.

Para implementar esta estrategia se requiere mejorar la conectividad y el acceso a través del uso de infraestructura de telecomunicaciones adecuada, establecer redes de telecomunicaciones confiables y robustas, facilitar el uso de los recursos de telecomunicaciones existentes, lograr la intervención del sector privado para invertir y participar en el mejoramiento de infraestructura para el sector salud, instalar unidades de telemedicina y crear centros virtuales de teleconsulta a nivel nacional en coordinación con las secretarías de salud estatales.

ESTRATEGIA 6.3 Fortalecer las políticas de combate contra las adicciones causadas por el consumo de alcohol, tabaco y drogas. La tendencia en el incremento del consumo de drogas ha generado una demanda creciente de servicios especializados para la atención de problemas de adicciones; sin embargo, nuestro país aún carece de una red articulada, eficiente y suficiente de servicios ambulatorios y residenciales.

Es necesario desarrollar un sistema integral para el tratamiento de las adicciones mediante el establecimiento de una red de servicios especializados, que sumará los esfuerzos de los diferentes sistemas de atención incluyendo a las organizaciones de la sociedad civil, a los servicios de desintoxicación en hospitales generales o centros de salud de referencia y a las unidades que brinden tratamiento de complicaciones médicas en los servicios de salud.

Asimismo, se deben impulsar programas de detección temprana, intervención y referencia a servicios especializados, así como a programas residenciales para los casos de dependencia severa, y a programas orientados a lograr y mantener la abstinencia con el apoyo familiar.

Objetivo 7

Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal.

Para una familia que no cuenta con algún tipo de seguro médico, la atención que acarrea la enfermedad grave de uno de sus miembros puede significar la pérdida de su patrimonio para pagar el tratamiento y los medicamentos.

Se buscará avanzar sustancialmente en la cobertura de salud para todos los mexicanos, de modo que el usuario pueda acceder a los servicios necesarios para recuperar su salud, sin afectar irremediablemente su presupuesto.

En este rubro se plantea el acceso de la población con mayores carencias a los servicios públicos de salud promoviendo su incorporación al Seguro Popular, a los programas para no asegurados de que disponen la Secretaría de Salud y el IMSS. Asimismo, se establece la necesidad de avanzar en la construcción de un sistema integrado de salud para facilitar la portabilidad de los derechos a la atención médica.

ESTRATEGIA 7.1 Consolidar un sistema integrado de salud para garantizar el acceso universal a servicios de alta calidad y proteger a todos los mexicanos de los gastos causados por la enfermedad.

Para lograr una protección social en salud que beneficie por igual a todos los mexicanos, es necesario implementar una estrategia que permita superar la actual segmentación del sistema que se acerque cada vez más a la universalización de los demás. Esto permitirá proveer beneficios similares en las instituciones de salud, homogeneizar los niveles de calidad y establecer reglas que permitan la portabilidad geográfica e institucional de los beneficios. Para ello, se requieren una serie de reformas graduales que atiendan la realidad jurídica, laboral, económica y política.

ESTRATEGIA 7.2 Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a intervenciones esenciales de atención médica, empezando por los niños.

La finalidad de esta estrategia es lograr que el acceso universal a servicios de salud de calidad sea una política sustentable. Para garantizar la cobertura efectiva en el control de las principales causas de daño a la salud y la atención sin excepciones a todos los pacientes, es necesario propiciar la sustentabilidad financiera del sistema de salud y seguridad social. Se debe cuidar responsablemente el presupuesto, identificar los gastos administrativos que no

sean prioritarios y reorientar estos recursos hacia el abasto de medicinas y la cobertura de servicios hospitalarios.

La reforma a la Ley General de Salud en 2003 creó el Sistema de Protección Social en Salud estableciendo la incorporación voluntaria y paulatina al mismo de todas aquellas familias que no son derechohabientes de la seguridad social para alcanzar el aseguramiento universal en salud en 2010. Por lo tanto, el reto actual es fortalecer este sistema para garantizar cobertura universal, atención primaria y de alta especialidad, con calidad y seguridad para el paciente.

La cobertura universal de los servicios de salud es un objetivo que puede tardar varios años en conseguirse. Pero hay que empezar por donde más se necesita. Los niños son el futuro de nuestro país; garantizar desde ahora su desarrollo saludable es compromiso del Gobierno de la República.

Por eso se ha garantizado la cobertura completa y de por vida en servicios de salud a los niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006, a través del Seguro Médico para una Nueva Generación, que es una nueva vertiente del Seguro Popular que se impulsará prioritariamente.

A través del Seguro Médico para una Nueva Generación, todos los niños tendrán derecho a un seguro médico que cubra 100% 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.

Con éste y otros programas los recién nacidos estarán protegidos de los principales padecimientos que se presentan en los primeros cinco años de vida, sobre todo en el primer mes, que es cuando ocurre el mayor número de muertes en la infancia. De esta manera, para 2012 esperamos disminuir la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años a no más de 20 defunciones por cada mil nacidos vivos.

ESTRATEGIA 7.3 Consolidar el financiamiento de los servicios de alta especialidad con un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos.

La estrategia se orienta a garantizar a los mexicanos el acceso universal a los servicios de salud sin mermas significativas a su patrimonio personal,

independientemente de su lugar de residencia, género, ocupación, edad o grupo socioeconómico.

Por ello, para incrementar la eficiencia con la que el sector público presta los servicios de salud de alta especialidad, se establecerá un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos que permita la mancomunación de riesgos para todas las instituciones públicas de salud y, por lo tanto, la minimización de los costos asociados a dichos servicios. La unificación del financiamiento en materia de gastos catastróficos eliminará también las consecuencias de la selección adversa que actualmente castiga a los prestadores que ofrecen el mejor servicio y la cobertura más amplia al ser preferidos por los asegurados con mayor riesgo.

ESTRATEGIA 7.4 Promover la concurrencia equitativa entre órdenes de gobierno para las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud.

La protección contra riesgos sanitarios y la promoción de la salud son dos claros ejemplos de bienes públicos en salud que, por su propia naturaleza, tienden a ser generados en un nivel inferior al socialmente óptimo cuando su producción se deja a las fuerzas del mercado. Por esta razón, es parte insoslayable del quehacer público el garantizar la suficiencia y la adecuada distribución de estos bienes de salud entre toda la población.

Algunos elementos de la protección contra riesgos sanitarios y la promoción de la salud pueden ser caracterizados como bienes públicos nacionales y, por lo tanto, los mecanismos para su provisión eficiente quedan primordialmente en manos del Gobierno Federal. Sin embargo, otros elementos o procesos tienen un alcance local o regional y dependen considerablemente de los niveles de esfuerzo de las autoridades locales, de la capacidad económica de la población en cada localidad o región y de los arreglos institucionales que canalizan recursos entre distintos niveles de gobierno o entre distintas jurisdicciones.

La provisión eficiente de la protección contra riesgos sanitarios y la promoción de la salud requieren de una adecuación principalmente en dos vías: la revisión y actualización del marco regulatorio para establecer claramente las responsabilidades ejecutivas y administrativas de cada orden de gobierno, y la revisión y, en su caso, modificación de los mecanismos de asignación de recursos federales y federalizados para incorporar los incentivos que garanticen la

generación suficiente de estos bienes de salud, tomando en cuenta los niveles de esfuerzo y capacidad fiscales de las distintas localidades y regiones.

Objetivo 8

Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en el país.

La prevención de enfermedades, epidemias y riesgos en el trabajo es un componente de la mayor importancia para los propósitos nacionales de crecimiento económico y superación de la pobreza. El sentido de esta estrategia es contribuir a que más personas vean ampliadas sus oportunidades mediante el mejoramiento de su salud.

ESTRATEGIA 8.1 Consolidar la investigación en salud y el conocimiento en ciencias médicas vinculadas a la generación de patentes y al desarrollo de la industrial nacional. México cuenta con los recursos y activos necesarios para generar investigación y conocimiento en ciencias de la salud. Sin embargo, la creación de nuevo conocimiento rara vez alcanza a materializarse en bienes comerciables y generadores de ingreso para sus autores y para el país en su conjunto.

Para que la investigación en ciencias de la salud se convierta en un motor generador de empleos en el país, se establecerá una agenda nacional que incentive dicha investigación, particularmente en el área biotecnológica, pero que también facilite y estimule el registro de patentes de nuevos procesos y productos, e impulse la comercialización e industrialización de los mismos.

ESTRATEGIA 8.2 Garantizar un blindaje efectivo contra amenazas epidemiológicas y una respuesta oportuna a desastres para mitigar el daño al comercio, la industria y el desarrollo regional.

La instalación y mejoramiento de laboratorios de bioseguridad y unidades de inteligencia para emergencias de salud que permitan detectar oportunamente contingencias potencialmente dañinas para la población, permitirán fortalecer la alerta ante cualquier amenaza epidemiológica que pudiera poner en riesgo la seguridad nacional, la planta laboral y las actividades productivas.

El proceso de globalización económica ha significado un incremento en la intensidad del intercambio tanto de bienes y servicios, como en el tránsito de personas. Este tránsito incrementa considerablemente la exposición de la población en territorio nacional ante riesgos epidemiológicos de origen externo como el Síndrome Agudo Respiratorio Severo o la amenaza de la gripe aviar.

Asimismo, los desastres naturales provocados por fenómenos como El Niño o las temporadas de huracanes ocasionan inundaciones que generan las condiciones propicias para la propagación de enfermedades transmitidas por vectores como el dengue o el Virus del Oeste del Nilo.

Estos riesgos epidemiológicos representan amenazas latentes sobre las condiciones de estabilidad y seguridad que requieren el comercio, la industria y el desarrollo regional para prosperar. Por ello, se establecerá un blindaje efectivo ante estas amenazas que permita consolidar una estructura eficiente y eficaz de notificación inmediata, y de respuesta para mitigar los posibles daños y reducir al mínimo la morbilidad en primera instancia, así como las afectaciones sobre la estructura económica y social. Asimismo, se instalarán y mejorarán los laboratorios de bioseguridad y unidades de inteligencia para emergencias sanitarias. Todo esto tendrá como propósito principal proteger la vida, la integridad física y la salud de las personas.

ESTRATEGIA 8.3 Promover la productividad laboral mediante entornos de trabajo saludables, la prevención y el control de enfermedades discapacitantes y el combate a las adicciones.

Los accidentes en el lugar de trabajo son fuente importante de incapacidad laboral, ya sea temporal o permanente, lo que genera pérdidas considerables en el ingreso de los trabajadores o sus empleadores. Asimismo, algunos padecimientos se destacan por sus efectos negativos sobre la capacidad de las personas para realizar sus actividades laborales. En México, tan sólo en el mercado formal que cotiza en el IMSS, se estima que en promedio cada trabajador pierde alrededor de tres días al año por incapacidad, ya sea por accidentes de trabajo o por enfermedad, sin incluir la maternidad. Por otra parte, el abuso en el consumo del alcohol y la dependencia al mismo constituyen otra fuente significativa de ausentismo laboral, no sólo por sus efectos directos sobre las actividades laborales, sino también por sus efectos indirectos al incrementar el riesgo de accidentes dentro o fuera del lugar de trabajo.

Por ello, se instrumentarán medidas para reducir los riesgos en el trabajo y para promover entre los trabajadores estilos de vida saludables a través de la educación sobre la prevención y el autocuidado de la salud. Por otra parte, se fortalecerán los instrumentos para el diagnóstico oportuno y el tratamiento de las enfermedades crónicas y los trastornos depresivos, así como el combate a las adicciones.

De esta forma, con trabajadores más sanos y mejor protegidos contra riesgos laborales, se darán mejores condiciones para el crecimiento económico, la productividad y la generación de empleos mejor remunerados.

El Hombre y la Mujer en el Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2012

Igualdad entre mujeres y hombres



Durante la mayor parte del siglo XX se fue transformando el papel de la mujer en la sociedad mexicana. Las mujeres comenzaron a participar activamente en áreas de desempeño laboral y profesional en las que no habían incursionado. Pero ni las leyes, ni las convenciones sociales, ni la sociedad en general reconocieron debidamente el papel fundamental que la mujer empezaba a desempeñar cada vez más destacadamente. Muchas mujeres empezaron a cumplir un doble papel en el espacio vital de la sociedad mexicana: como madres al frente de las necesidades de sus hijos y como proveedoras de sus hogares, en conjunción con sus maridos o sin ellos.

Las mujeres tienen amplias responsabilidades, empezando por las que asumen tanto en la familia como cada vez más en todos los ámbitos de la vida social. La discriminación y los obstáculos al desarrollo de las mujeres han estado tan presentes a lo largo de la historia, que su esfuerzo, su tenacidad y su capacidad para superarlos representan un gran ejemplo y han sido un factor importante para el desarrollo de la nación.

Por ello, es tiempo de afirmar clara y distintamente que la mujer mexicana tiene un papel central en el proceso social del Desarrollo Humano Sustentable; esto quiere decir que, al participar activamente en diferentes esferas de la vida como lo hace hoy en día, comparte generosamente todo su tiempo y esfuerzo con la familia y con su comunidad.

A partir de ello es posible que los hijos se formen y se desarrollen, así como también es posible que el trabajo, la política y la cultura prosperen en la vida social del país.

Es doblemente injusto, por lo tanto, que las mujeres sigan sufriendo desigualdad, discriminación, violencia y maltrato. Es necesario que sociedad y gobierno asuman la obligación de terminar con esta situación y lograr la igualdad

efectiva entre los géneros. Sin duda alguna, la sociedad mexicana sólo se humanizará plenamente en la medida en que mujeres y hombres actúen y decidan libre y responsablemente en todos los ámbitos de la vida, desde la esfera familiar hasta las esferas laboral y pública.

Es por eso que el Gobierno de la República se compromete a promover acciones para fomentar una vida sin violencia ni discriminación, así como una auténtica cultura de la igualdad. Este último tipo de acciones se llevan a cabo para promover la igualdad que actualmente no existe en México. Asimismo, el gobierno participará activamente en la implantación de políticas públicas encaminadas a defender la integridad, la dignidad y los derechos de todas las mexicanas. Es bajo esta inteligencia que se incorpora la perspectiva de género de manera transversal en cada uno de los ejes que conforman el presente Plan.

Objetivo 16

Eliminar cualquier discriminación por motivos de género y garantizar la igualdad de oportunidades para que las mujeres y los hombres alcancen su pleno desarrollo y ejerzan sus derechos por igual.

Es todavía mucho lo que pueden hacer las políticas públicas para contribuir a un avance significativo en la igualdad entre mujeres y hombres. Propiciar la suma de esfuerzos entre gobierno y sociedad para ampliar este margen de acción, de manera que alcance a más personas y regiones, es el sentido de las estrategias siguientes:

ESTRATEGIA 16.1 Construir políticas públicas con perspectiva de género de manera transversal en toda la Administración Pública Federal, y trabajar desde el Ejecutivo Federal, en el ámbito de sus atribuciones, para que esta transversalidad sea posible también en los gobiernos estatales y municipales.

Como un primer paso para lograr la equidad entre mujeres y hombres, los tres órdenes de gobierno han firmado un acuerdo mediante el cual se comprometen a asumir el principio de igualdad como eje rector de sus planes y acciones.

De esta forma, se busca crear las condiciones para que todas las personas tengan las mismas oportunidades de desarrollar su potencial y se conviertan en artífices de su propio bienestar.

Para ello, se generarán canales permanentes de consulta, participación, seguimiento y rendición de cuentas, con el propósito de propiciar la igualdad entre

los géneros. El primer paso es garantizar la igualdad en el acceso a los servicios de salud y educativos, a la vivienda, al desarrollo sustentable, al empleo bien remunerado y el derecho a una vida libre de violencia.

ESTRATEGIA 16.2. Desarrollar actividades de difusión y divulgación sobre la importancia de la igualdad entre mujeres y hombres, promoviendo la eliminación de estereotipos establecidos en función del género.

Para cumplir esta estrategia se deberán impulsar acciones orientadas a crear una nueva cultura en la que, desde el seno familiar, se otorgue el mismo valor a las mujeres y a los hombres. Se promoverá la erradicación de las prácticas discriminatorias hacia las mujeres, por las que desde la niñez se les asigna un papel de inferioridad y subordinación en todas las esferas de la vida cotidiana. Se trata de que a partir de la infancia los niños y las niñas aprendan que tienen los mismos derechos y que ellos tienen las mismas capacidades y obligaciones para realizar tareas domésticas que tradicionalmente se han reservado a las mujeres.

Se fortalecerán las instituciones públicas y se respaldará a las privadas que apoyan a las mujeres que sufren violencia en cualquiera de sus manifestaciones, y que tienen como propósito eliminar esta práctica que afecta la integridad y la dignidad femeninas.

ESTRATEGIA 16.3. Implementar acciones para elevar la inscripción de niñas en las escuelas y asegurar su permanencia en éstas.

Con base en los diversos programas de apoyo al fortalecimiento de capacidades entre la población en desventaja, se fomentará que todas las niñas y adolescentes asistan a la escuela, pero que además puedan terminar sus estudios sin interrupciones y conforme a sus vocaciones.

Se apoyará a las familias para que las mujeres tengan las mismas oportunidades de superación que los hombres y se pondrá especial énfasis en promover su acceso a la educación media superior y superior.

ESTRATEGIA 16.4. Promover una cultura de prevención a las enfermedades de la mujer y garantizar el acceso a servicios de calidad para la atención de las mismas.

Muchas de las enfermedades que provocan la muerte en mujeres –como el cáncer cervicouterino y el cáncer de mama, que ocasionan la tercera parte de las defunciones– se pueden prevenir si se detectan a tiempo. Se fortalecerán las

acciones y campañas que fomentan la cultura de la prevención, mediante la realización de exámenes y consultas médicas periódicas. Las Caravanas de la Salud serán uno de los instrumentos utilizados para facilitar la atención a las mujeres que viven en las comunidades más alejadas.

Las mujeres que no estén afiliadas a alguna institución de salud y se encuentren afectadas por alguna enfermedad cuyo tratamiento tenga un costo muy elevado, podrán recibir apoyo del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. Esto les garantizará una atención de calidad sin menoscabo de su patrimonio.

ESTRATEGIA 16.5 Combatir la discriminación hacia las mujeres en el ámbito laboral.

Para fortalecer la igualdad de oportunidades laborales, se garantizará la aplicación de las leyes que ya existen y se promoverá la actualización de las que aún lo necesitan, para asegurar que el embarazo y la maternidad no sean impedimento para obtener o conservar un empleo; para que, a trabajo igual, el pago sea igual, trátase de mujeres o de hombres, y desde luego para terminar con las prácticas de discriminación y acoso que con frecuencia padecen las mujeres.

ESTRATEGIA 16.6. Facilitar la integración de la mujer al mercado laboral mediante la expansión del sistema nacional de guarderías y estancias infantiles.

Está en marcha el Programa de Guarderías y Estancias Infantiles para facilitar a las mamás el desempeño en su trabajo, sabiendo que sus hijos menores están bien cuidados. El programa ayuda por igual a las mamás que tienen un empleo y a señoras que tienen un lugar adecuado para instalar una pequeña guardería, en la que puedan atender a 15 o 20 niños. Con frecuencia son señoras cuyos hijos ya no viven con ellas, por lo que cuentan con espacio suficiente para una empresa de este tipo, además de que poseen la experiencia y el conocimiento necesarios para llevarla a cabo.

A quienes desean prestar este servicio se les apoyará económicamente con un préstamo para que arreglen su casa, pongan un baño limpio para los niños, separen la operación de la estancia del acceso a la cocina y a las actividades diarias de su familia, y que la equipen con el mobiliario necesario y otros materiales.

Asimismo, se les ofrecerá capacitación y asistencia técnica para operar la estancia con seguridad física y psicológica.

A las mamás que requieren un lugar donde dejar a sus hijos menores, o a los dos padres cuando ambos trabajan, o al papá cuando está sólo, se les apoyará, después de un estudio socioeconómico, con una cuota de hasta 700 pesos mensuales por niño para que paguen la estancia, y puedan elegir la estancia que más sea de su agrado.

De manera complementaria, se promoverán reformas a las leyes laborales para facilitar que el hombre pueda compartir la responsabilidad del cuidado de los hijos.

ESTRATEGIA 16.7. Dar especial atención a las mujeres en pobreza.

Se enfocarán acciones y recursos con el propósito de que las mujeres que viven en las zonas con mayor atraso social tengan mejores oportunidades de acceso a la educación, la salud y la vivienda. Asimismo, se impulsarán proyectos que les permitan detonar sus propias capacidades para el trabajo.

Se promoverán facilidades para que las mujeres puedan hacerse de un patrimonio propio mediante el acceso a créditos con tasas preferenciales, ya sea para la adquisición o mejoramiento de viviendas, o para emprender negocios con los cuales puedan mejorar sus ingresos.

ESTRATEGIA 16.8. Estrechar los vínculos entre los programas para la erradicación de la pobreza y los programas para la igualdad de oportunidades y la no discriminación de la mujer.

Entre la población en condiciones de pobreza, las mujeres tienen todavía menos oportunidades que los hombres. Sufren discriminación y, con mucha frecuencia, son víctimas de violencia dentro y fuera de sus familias. Por eso, se dará preferencia a las mujeres en todos los programas contra la pobreza y en favor de la igualdad de oportunidades.

Se adoptarán medidas para que las mujeres reciban un poco más que los varones, con el fin de acelerar la eliminación de disparidades en el acceso a servicios públicos.

ESTRATEGIA 16.9 Promover la participación política de la mujer.

Si bien las mujeres han elevado su participación política, sobre todo en la gestoría de obras y servicios para sus localidades, muchos espacios de decisión siguen acaparados por los hombres. Para la realización de esta estrategia se propondrán mecanismos de operación en las instituciones públicas que permitan a

las mujeres participar en condiciones de igualdad con los hombres en la toma de decisiones políticas y socioeconómicas.

La Salud en el Plan Estatal de Desarrollo 2005 – 2010

La salud de una persona es un proceso altamente complejo y en evolución continua de ahí que el encauzar los esfuerzos, recursos, expectativas y posibilidades dentro del ámbito de la salud demanda al Gobierno diseñar estrategias acordes que nos permita instrumentar, implementar y evaluar políticas públicas para desarrollar un sistema de salud integral, de calidad, con un alto sentido social y humano, vanguardista, que de respuesta a las necesidades de la población duranguense.

En el Estado, corresponde a los Servicios de Salud de Durango y al Programa IMSS-Oportunidades, brindar la atención requerida a la población no asegurada, que representa el 55.3% del total; el 44.7% restante es población asegurada, que es atendida a través del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) bajo el Régimen Ordinario y por el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

La prestación de los servicios se brinda en tres niveles de atención; cada uno de ellos tiene una infraestructura definida, la cual fortalece los servicios integrales de salud de la población.

El primer nivel de atención, está conformado por 183 Centros de Salud de los Servicios Estatales, 162 del Instituto Mexicano del Seguro Social, bajo el esquema de Oportunidades; 29 Unidades de Medicina Familiar del IMSS Régimen Ordinario y 40 Unidades de Medicina Familiar del ISSSTE, mediante las cuales se llevan a cabo las actividades de promoción, prevención, curativas y de rehabilitación.

Para complementar la prestación de servicios de salud a la población abierta, operan en la entidad por parte de los Servicios de Salud de Durango, 5 unidades médico dentales móviles y 31 equipos de salud itinerantes, dando un total de 36 brigadas móviles, las cuales atienden a las localidades de difícil acceso y con mayor grado de marginación.

El segundo nivel, está constituido por 6 Hospitales Generales y 2 Hospitales Integrales, bajo la responsabilidad de los Servicios de Salud de Durango; el IMSS-Oportunidades cuenta con 3 Hospitales Regionales de Zona; el IMSS Régimen Ordinario con 4 Hospitales y el ISSSTE con 2 Hospitales Generales.

El Tercer nivel de atención brinda servicios médicos de especialidades; para ello, se cuenta con 1 Hospital Psiquiátrico y 1 Centro Estatal de Cancerología, además de prestarse atención especial a trastornos y afecciones cardíacas y de diabetes mellitus, en áreas específicas del Hospital General de los Servicios Estatales de Salud, en la ciudad de Durango.

Las principales causas de morbilidad en los duranguenses, son las infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales, infecciones en vías urinarias, úlceras, gastritis y/o duodenitis, amibiasis intestinal, diabetes mellitus, hipertensión arterial, otitis media aguda y desnutrición leve.

Las cinco principales causas de muerte en el estado, posicionan a las enfermedades del corazón en primer lugar, seguidas por los tumores malignos, la diabetes mellitus, los accidentes y las enfermedades cerebrovasculares.

Objetivo 1

Acceso equitativo a servicios de salud

Aplicar programas enfocados a la promoción de la salud, medicina preventiva y salud pública

- * Impulsar campañas de información, reforzar la aplicación de medidas preventivas entre la población y continuar con la detección y cuidado en zonas de alto riesgo.
- * Impulsar y fortalecer la medicina preventiva.
- * Realizar programas y campañas de información, combate y prevención de adicciones.

Ampliar la cobertura de salud en el estado

- * Ampliar y fortalecer la infraestructura hospitalaria y del equipamiento médico.
- * Garantizar el abasto suficiente y oportuno de los insumos y medicamentos a las instituciones del sector salud.

- * Impulsar el seguro popular de salud integral para la población que no cuenta con sistemas de seguridad social.
- * Constituir y operar brigadas de salud itinerantes y permanentes, en zonas rurales y de alta marginación.
- * Establecer una coordinación interinstitucional, para resolver, desde su origen, el problema de salud pública
- * Fortalecer los instrumentos de coordinación interinstitucional con el IMSS y el ISSSTE, a fin de contribuir a que dichas instituciones brinden un mejor servicio a los derechohabientes.
- * Promover la descentralización de los servicios para brindar una mejor atención y hacer un uso más eficiente de los recursos.
- * Redefinir prioridades de atención, en función de la dotación de recursos y las ventajas competitivas de cada institución de salud.
- * Revisar el marco regulatorio para reasignar atribuciones y responsabilidades de normas sanitarias, de salud ambiental y laboral y facilitar los procesos de modernización del sector.
- * Reforzar las acciones de vigilancia, capacitación en el manejo y control de la calidad del agua, con el fin de evitar el cólera.

El Hombre y la Mujer en el Plan Estatal de Desarrollo 2005 - 2010

En materia de política de género, se enfrenta el reto de incidir en las estructuras administrativas y sociales, a través de acciones específicas que permitan consolidar avances en la participación de las mujeres y en la relación entre hombres y mujeres; avances, que aún cuando puedan considerarse reducidos, ambiguos o ambivalentes, constituyen logros que permiten reconocer que los esfuerzos por el reconocimiento de los derechos de la población femenina, no son un debate estéril y que hoy, más que nunca, se requiere arraigar lo que en las últimas décadas representan los frutos más tangibles de la lucha, que durante siglos, han protagonizado las mujeres por alcanzar igualdad de oportunidades. Las mujeres de Durango serán respaldadas hoy, más que en ningún otro tiempo, por las estructuras de gobierno.

La planeación con perspectiva de género, como eje de la política que propone la actual administración, plantea soluciones que conllevan un cambio de actitudes para la transformación social, lo cual, la hace sumamente compleja. Como herramienta de análisis, permite identificar lo que impide a la mujer desarrollar todas sus potencialidades; lo que limita el reconocimiento de sus aportaciones y la valoración de su papel dentro de la sociedad para el diseño de acciones concretas que favorezcan ampliar sus oportunidades y reduzcan, hasta desaparecer, la brecha existente entre hombres y mujeres. La planeación con perspectiva de género promueve el cambio de comportamientos, mitos y creencias, y se orienta hacia un reordenamiento social que fortalece la igualdad, propiciando una sociedad más democrática y más justa; una sociedad que otorga con equidad los beneficios y responsabilidades para hombres y mujeres, así como igualdad de oportunidades, reconocimiento y respeto de las diferencias, como principio básico de justicia social.

Es momento de asumir el compromiso que se tiene, de transformar en acciones los discursos; de remplazar la participación en corresponsabilidad a los esfuerzos encaminados a favorecer a las mujeres y, por ende, a la sociedad que construimos hoy para las generaciones futuras. El reto es, sin duda, el trabajo coordinado y concertado, que se traduce en la unión de esfuerzos para consolidar un objetivo común: calidad de vida de las mujeres y los hombres de Durango.

Objetivo 7

Atención, equidad y participación de la mujer

- * Impulsar el diseño de políticas institucionales con perspectiva de género en la administración pública
- * Diseñar instrumentos y metodologías que faciliten la incorporación de la perspectiva de género en la planeación y ejecución de políticas públicas de la administración gubernamental, así como definir y operar los instrumentos de evaluación de avances y resultados.
- * Promover la generación de información desagregada por sexo, así como el desarrollo de la integración, recopilación y sistematización de información estadística, que apoye la elaboración y ejecución de políticas públicas con perspectiva de género y la toma de decisiones.
- * Fomentar la creación de instancias para la atención de la mujer y con enlace en los municipios de la entidad.
- * Desarrollar la elaboración y aprobación de presupuestos estatales y municipales, con perspectiva de género.
- * Promover la elaboración de diagnósticos de la situación de la mujer en las áreas de educación, salud, pobreza, violencia, participación en la toma de decisiones, imagen de la mujer, derechos y desarrollo económico enfatizando las condiciones y características de mujeres de grupos vulnerables en función de edad, etnia, discapacidad, entre otros.
- * Implementar acciones y programas de capacitación en género que contribuyan al desarrollo de capacidades que faciliten la incorporación de la perspectiva de género de las esferas e instancias de la administración pública estatal y municipal.
- * Concertar con los municipios y dependencias de la administración pública los mecanismos para implementar la incorporación de la perspectiva de género.
- * Diseñar e implementar instrumentos de evaluación del avance de la incorporación de la perspectiva de género en la planeación y ejecución de políticas

públicas de la administración pública estatal y municipal y su impacto en la situación de las mujeres.

* un acceso equitativo y no discriminatorio de las mujeres en todos los niveles educativos, tipos y modalidades, impulsando una educación que fomente la equidad de género

* Fomentar, mediante acciones afirmativas, una mayor participación de las mujeres en los niveles educativos superior y de postgrado.

* Impulsar una política educativa que priorice la atención a mujeres en situaciones de vulnerabilidad o marginación.

* Promover el diseño de materiales educativos orientados hacia la formación de una cultura de equidad, género y respeto a los valores de la cultura de equidad, género y respeto a los valores de la persona y la familia, que revaloren la democracia y las relaciones de convivencia equitativa en la familia y en la sociedad.

* Promover el acceso de las mujeres a un sistema de salud eficiente, suficiente y de calidad

* Coadyuvar con las instancias del sector salud, en la difusión amplia del autocuidado de la salud entre las mujeres y el fomento de una cultura de prevención de enfermedades.

* Impulsar la atención a la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres, garantizando el ejercicio pleno de su derecho a la salud.

* Promover la ejecución de programas compensatorios de salud para la mujer en situación de vulnerabilidad o marginalidad.

* Impulsar campañas de difusión y sensibilización en planificación familiar, salud sexual y reproductiva, dirigidas a hombres y mujeres jóvenes.

* Alentar la atención integral de salud de las mujeres en todas las etapas de su ciclo de vida.

- * Promover el desarrollo de programas orientados a superar las condiciones de pobreza que enfrentan las mujeres
- * Promover la vinculación de programas sociales impulsados por los gobiernos federal, estatal y municipal con mujeres en situación de pobreza.
- * Impulsar el incremento en el acceso y calidad de los servicios públicos y sociales para las poblaciones indígenas, rurales y urbanas marginadas.
- * Impulsar el fortalecimiento de programas de acceso al financiamiento para proyectos productivos de mujeres en situación de pobreza.
- * Promover la ampliación de programas de apoyo a mujeres jefas de hogar.
- * Impulsar acciones que contribuyan a disminuir la carga de trabajo doméstico y extradoméstico de las mujeres en condiciones de marginación.
- * Prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres
- * Promover la incorporación de la perspectiva de género, en el diseño y ejecución de los programas de atención, prevención y sanción de la violencia.
- * Promover la ampliación de los programas de atención a mujeres víctimas de violencia, así como de rehabilitación de los agresores.
- * Coadyuvar en las acciones propuestas por el Programa Estatal de Prevención de la Violencia Familiar.
- * Promover campañas encaminadas a consolidar una cultura de la denuncia y difundir información de los derechos de las víctimas de violencia, las instancias que brindan apoyo y los mecanismos de atención.
- * Promover la participación de organizaciones y asociaciones no gubernamentales, para la creación de albergues temporales para mujeres víctimas de violencia.

- * Impulsar el apoyo a la investigación, sobre las causas y consecuencias de la violencia de género, así como en modelos alternativos de atención. Fomentar la igualdad de oportunidades económicas entre hombres y mujeres, así como el reconocimiento de su actividad y capacidad productiva
- * Promover el acceso y participación de las mujeres en las estructuras de poder y toma de decisiones, en igualdad de condiciones que los hombres.
- * Diseñar y ejecutar programas de capacitación que fomentan y potencien las capacidades de liderazgo y dirección de las mujeres.
- * Impulsar un servicio civil de carrera que garantice igualdad de oportunidades para hombres y mujeres.
- * Promover la profesionalización del personal femenino de la Administración Pública.
- * Fomentar una imagen de la mujer libre de estereotipos y prejuicios discriminatorios en todos los ámbitos de la actividad humana.
- * Diseñar y difundir campañas permanentes en los medios de comunicación que valoren plenamente la imagen y los derechos de la mujer, erradicando estereotipos negativos y devaluatorios de la mujer y que fortalezcan la equidad, el respeto y la tolerancia como principio en las relaciones familiares y sociales.
- * Promover que dentro de los diversos medios de comunicación se abran espacios para tratar y discutir los temas de interés para la mujer, tendientes a la difusión de sus actividades, derechos y proyectos de desarrollo como sector femenino.
- * Fomentar el análisis de la imagen de la mujer en los contenidos emitidos por los medios de comunicación.
- * Impulsar un marco jurídico e institucional que promueva y garantice el pleno ejercicio de derechos para las mujeres.

- * Coadyuvar con las Instancias correspondientes para que las mujeres ejerzan plenamente los derechos plasmados en los instrumentos jurídicos estatales, nacionales e internacionales.
- * Promover una amplia revisión de los procedimientos de procuración de justicia que propicie que las mujeres involucradas o sujetas a algún proceso no carezcan de la asistencia, asesoría y del respeto a sus derechos y a su dignidad.
- * Establecer mecanismos de evaluación, para determinar el grado de respeto al principio de no discriminación de los derechos de las mujeres dentro de los organismos públicos de persecución y sanción de los delitos.
- * Fomentar la igualdad de oportunidades económicas entre hombres y mujeres así como el reconocimiento de su actividad y capacidad productiva.
- * Concertar con los sectores social, público y privado acciones orientadas a eliminar las prácticas discriminatorias hacia las mujeres, por sexo, edad, estado civil, gravidez y segregación laboral.
- * Impulsar el fortalecimiento y ampliación de programas de apoyo a proyectos productivos para mujeres, que involucren capacitación, asistencia técnica y uso y apropiación de tecnologías.
- * Promover mecanismos de acceso a crédito y fuentes de financiamiento, que favorezcan el acceso a oportunidades productivas y de generación de ingreso de las mujeres, así como gestionar fuentes alternativas de financiamiento para el apoyo de empresas de mujeres.
Impulsar y promover la valoración del trabajo doméstico de las mujeres, así como el derecho de hombres y mujeres a la distribución equitativa de las tareas del hogar y cuidado de los hijos.
- * Promover, que dentro de los diversos medios de comunicación, se abran espacios para tratar y discutir los temas de interés para la mujer, tendentes a la difusión de sus actividades, derechos y proyectos de desarrollo como sector femenino.

Descripción de la Base estadística e informativa

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI

- <http://www.inegi.org.mx/>
- México en Cifras, información nacional, por entidades federativas y sus municipios.
- El Instituto genera estadística básica, la cual obtiene de tres tipos de fuentes: censos, encuestas y registros administrativos, así como estadística derivada, mediante la cual produce indicadores demográficos, sociales y económicos, además de contabilidad nacional.

2. Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS

- <http://www.imss.gob.mx/>
- Memoria Estadística 2009

El Instituto Mexicano del Seguro Social ofrece una amplia variedad de servicios ambulatorios y hospitalarios que contribuyen al bienestar y desarrollo de las familias derechohabientes. Como complemento a los servicios de salud, se otorgan las prestaciones económicas que protegen los medios de subsistencia de los trabajadores y sus familiares ante la ocurrencia de algún riesgo contemplado en la Ley del Seguro Social; así como los servicios de guardería; el fomento a la salud y la prevención de enfermedades y accidentes. También se brindan prestaciones sociales a través de tiendas, centros vacacionales y velatorios.

Con sus acciones, el IMSS da cumplimiento a la Ley del Seguro Social, y se constituye como el instrumento básico de la Seguridad Social en México.

En atención al Reglamento Interior del IMSS vigente, la Dirección de Finanzas presenta y pone a disposición del público la Memoria Estadística 2009, cuyo contenido refleja los avances logrados por el Instituto y que fue realizada con el apoyo de las Direcciones de Prestaciones Médicas, Prestaciones Económicas y Sociales, Incorporación y Recaudación, Administración y Evaluación de Delegaciones, áreas de la propia Dirección de Finanzas, así como de la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades.

Para esta versión, destaca la incorporación de la información de asegurados por grupos de edad y género; además se han actualizado cifras relevantes del quehacer Institucional.

3. Secretaría de Salud

- <http://portal.salud.gob.mx/>
- ENSANUT 2006
- Indicadores Básicos de Salud 2005 – 2008
- Rendición de Cuentas en Salud 2009

Encuesta Nacional de Salud 2006

A partir de la década de los ochenta, la Secretaría de Salud inició la operación de un esquema institucional para la elaboración sistemática de encuestas con aplicación nacional para conocer, de la manera más objetiva posible, el comportamiento de diversas variables y determinantes de la salud. Desde entonces se han llevado a cabo más de 20 ejercicios probabilísticos respecto de las condiciones de salud y nutrición, o sobre diversos temas epidemiológicos. Estos ejercicios culminan en la integración de bases de datos organizados e información relevante que permite identificar tendencias, así como evaluar el impacto y los resultados de las intervenciones, programas y acciones de salud.

Las encuestas nacionales de salud son una herramienta sustantiva para generar información basada en evidencia científica que contribuya a proponer y mejorar las políticas públicas de salud.

Aplicadas de forma continua, estas encuestas constituyen sistemas de vigilancia epidemiológica que dan cuenta de eventos mórbidos y no mórbidos relacionados con la salud poblacional. Los datos que arrojan permiten identificar la utilidad y el impacto de estrategias públicas en salud y posibilitan compartir los resultados de los programas de salud a nivel local, estatal y nacional, así como compararlos con los de otros países y regiones.

En México, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), en colaboración con diversas instituciones académicas y gubernamentales, es un referente indispensable para caracterizar la frecuencia y prevalencia de diversos factores de exposición en todos los grupos poblacionales. A este respecto, luego de haber publicado los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006), para nosotros representa una gran satisfacción presentar la edición de la ENSANUT 2006 por entidad federativa (ENSANUTEF 2006); además de los 32 tomos que la constituyen, la base de datos correspondiente estará disponible para consulta de la comunidad académica nacional e

internacional en el sitio electrónico del Instituto (www.insp.mx) a partir de noviembre de 2007.

Instrumentos como la ENSANUTEF 2006 rinden diversos frutos en pro del bienestar de la sociedad. Por un lado, hacer frente a los requerimientos de salud de la población con recursos limitados es una tendencia creciente a nivel internacional, que exige el establecimiento de prioridades de forma responsable. Al mismo tiempo, se generan demandas más específicas, como mejorar la seguridad en la práctica de la atención médica y la inclusión de un consentimiento público informado en el proceso de toma de decisiones.

Por otro lado, si se considera que las políticas nacionales de salud deben implementarse en función de la evaluación de su impacto y se toma en cuenta la disponibilidad de recursos humanos, financieros y de infraestructura, surge como prioridad la evaluación, basada en evidencia científica, de las acciones llevadas a cabo. Este curso de acción permite el óptimo ejercicio de los recursos y una rendición de cuentas transparente por parte de los tomadores de decisiones.

Las intervenciones elegidas por los responsables de la salud pública deben orientarse a maximizar la salud de la población general, reducir inequidades en los grupos marginados o vulnerables y a dar respuesta a situaciones de emergencia, pero se necesita de instrumentos como las encuestas nacionales para contener la influencia de criterios no científico en la toma de decisiones, como aquéllos de índole histórica o política, o los que obedecen a la intuición.

La mejora de los servicios de salud en México debe incluir la rendición de cuentas que acredite, de forma rutinaria, la base científica de las decisiones tomadas. Los profesionales de la salud que justifiquen de esta manera sus acciones en los ámbitos local y regional estarán respondiendo en forma organizada a la gran encomienda que les ha sido conferida.

Indicadores Básicos de Salud 2005 – 2008

Situación de salud en México

La Secretaría de Salud en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud, a través del se complace en presentar el documento Situación de salud en México. Indicadores básicos 2000-2008.

La selección de indicadores básicos son el producto de una identificación de la información de salud disponible, agrupados en 5 grandes categorías: indicadores

demográficos; sociales, y económicos; de recursos, acceso y cobertura; así como morbilidad y mortalidad. El conjunto de indicadores se presentan desagregados para cada uno de los Estados de la República Mexicana.

Las desigualdades en la salud están determinadas por factores socioeconómicos, y por características propias de los individuos como el sexo y la edad. Para lograr una mejor comprensión del fenómeno de la mortalidad en el país es necesario conocer un poco más de los factores anteriormente mencionados que darán cuenta de las características que podrían aumentar o disminuir el riesgo a padecer ciertas enfermedades o incluso a morir.

Por lo que se ponen a disposición los archivos que contienen los indicadores sociodemográficos considerados más importantes de una población como son: la tasa global de fecundidad por entidad federativa y nacional, la esperanza de vida por sexo y total por entidad federativa y nacional, la tasa bruta de natalidad por entidad federativa y nacional y por último la tasa de crecimiento también a nivel estatal y nacional.

Rendición de cuentas en salud 2009

El año 2009 tiene connotaciones especiales para la valoración del desempeño del Sistema Nacional de Salud (SNS) en México. Por un lado, porque se ha alcanzado la mitad del camino de la presente administración, etapa en la que varias de las estrategias y programas implantados durante los dos primeros años han comenzado a generar resultados y en la que existen suficientes elementos para realizar las adecuaciones y correcciones necesarias para dar cumplimiento a los objetivos y metas que se establecieron para 2012 en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA 2007-2012), así como para cumplir con los compromisos derivados de la firma de la Declaración del Milenio, usualmente conocidos como Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Por otra parte, 2009 también fue el año en el que México enfrentó el punto más álgido de la crisis financiera internacional. En este entorno, la actividad económica de nuestro país se vio afectada por una fuerte reducción de la demanda externa, un deterioro en los términos de intercambio y una marcada restricción en los mercados financieros internacionales, dando como consecuencia una contracción de 6.5 por ciento anual del PIB, reducción similar a la observada durante la crisis de 1995 (6.2 por ciento). Asimismo, en este año México enfrentó un problema de ingresos externos, debido principalmente a la reducción de los ingresos petroleros y a las condiciones restrictivas en los mercados de capital a nivel global, lo que

condujo a una situación de elevada incertidumbre respecto de las fuentes de financiamiento externas disponibles para la economía mexicana.

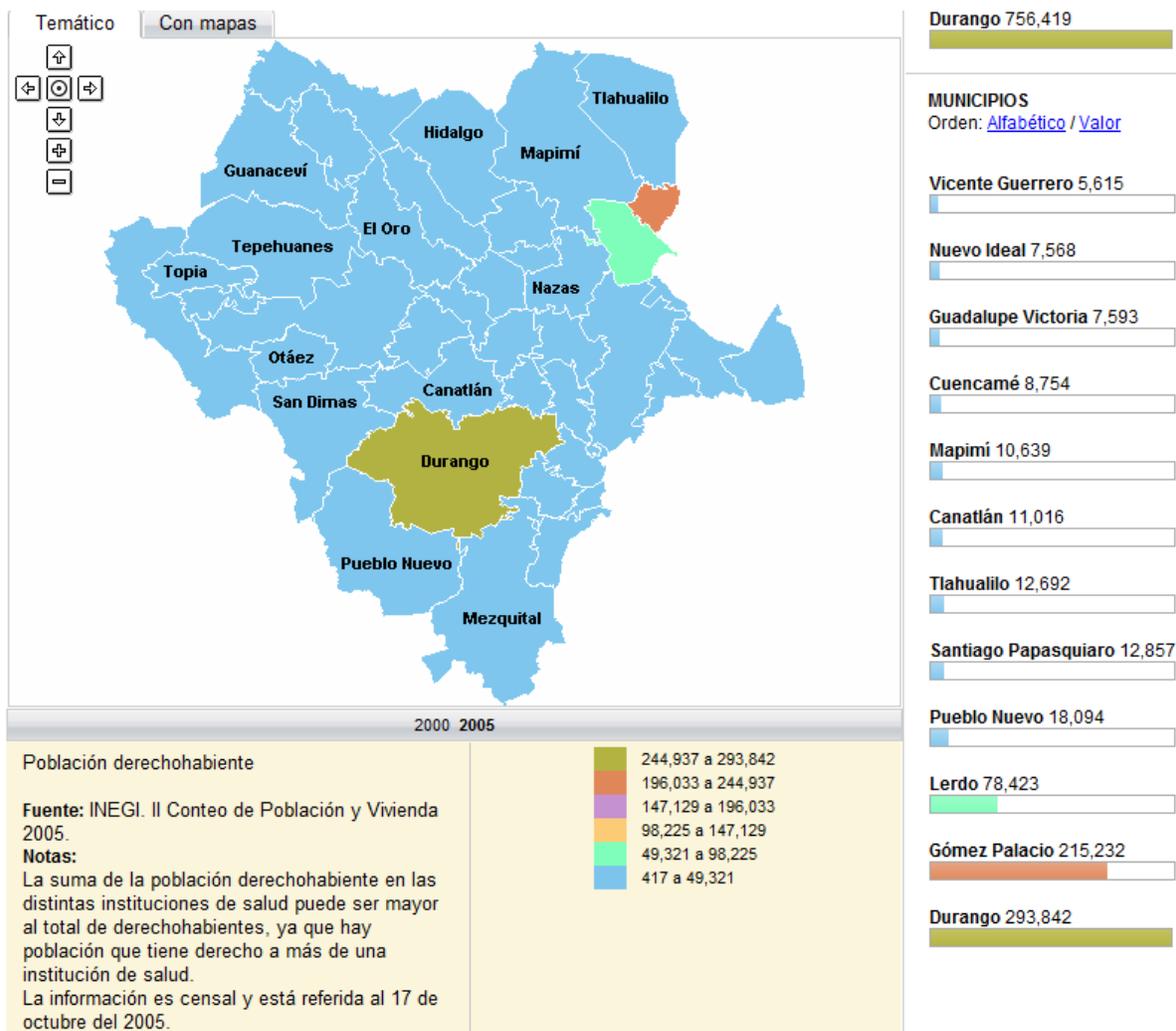
Sin embargo, el posible impacto que la crisis pudo tener en materia de salud, dada su vinculación con el bienestar y el desarrollo de la población, aún no ha sido valorado, como tampoco se conocen actualmente los cambios que la crisis pudo producir en la economía familiar y en el acceso a los servicios de salud. Estos son temas que deberán ser abordados en los siguientes meses, a fin de adoptar, en caso necesario, las medidas que permitan seguir avanzando en el mejoramiento del bienestar de la población del país.

Finalmente, en abril de 2009 se registró en México el brote de influenza AH1N1 que dio inicio a una pandemia mundial, la cual acentuó la caída en los niveles de la actividad económica nacional durante el segundo trimestre del año y representó un reto de alta envergadura para la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud, tanto en materia de salud pública como en términos de capacidad instrumental y política.

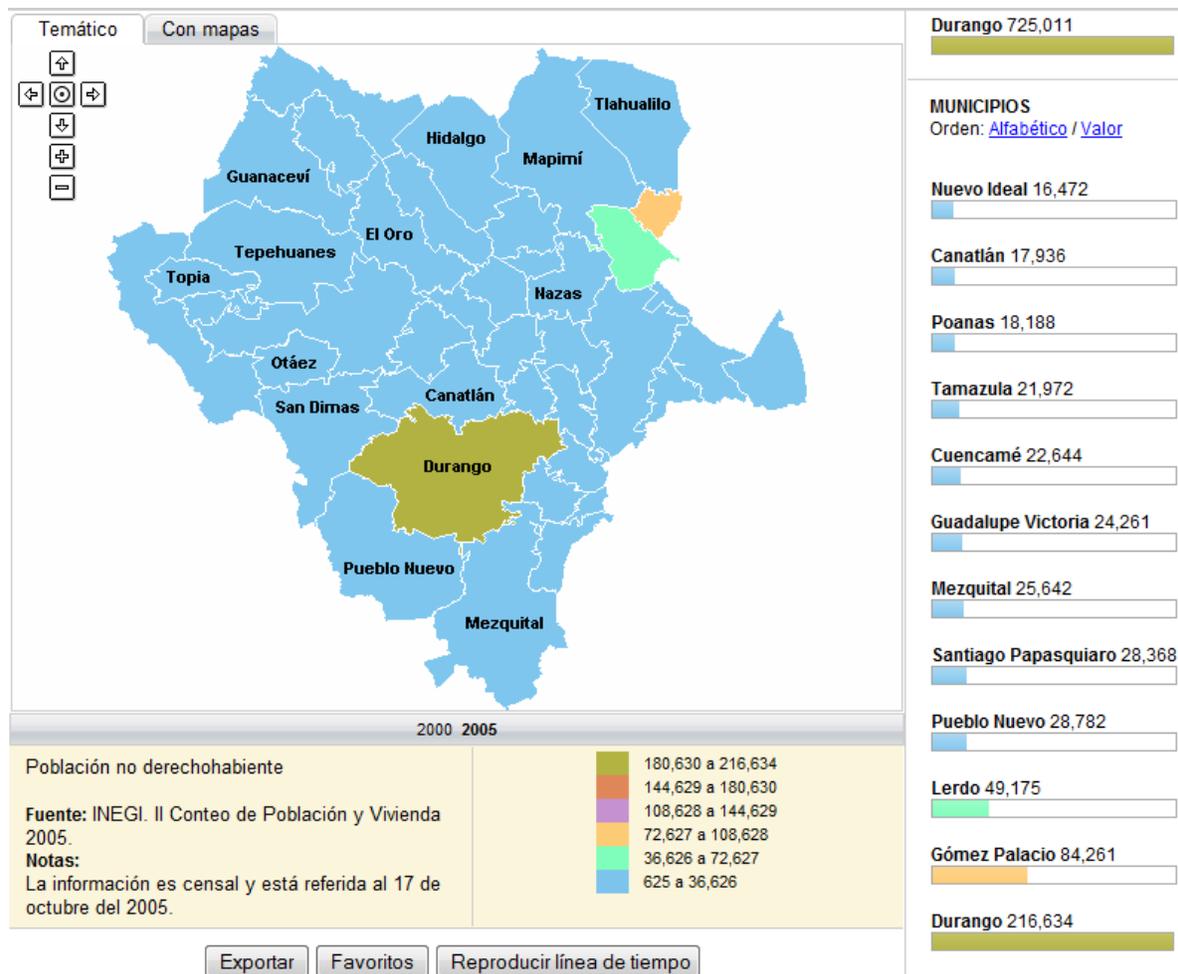
4. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ISSSTE

- <http://www.issste.gob.mx/>
- <http://www.prevenissste.gob.mx/>

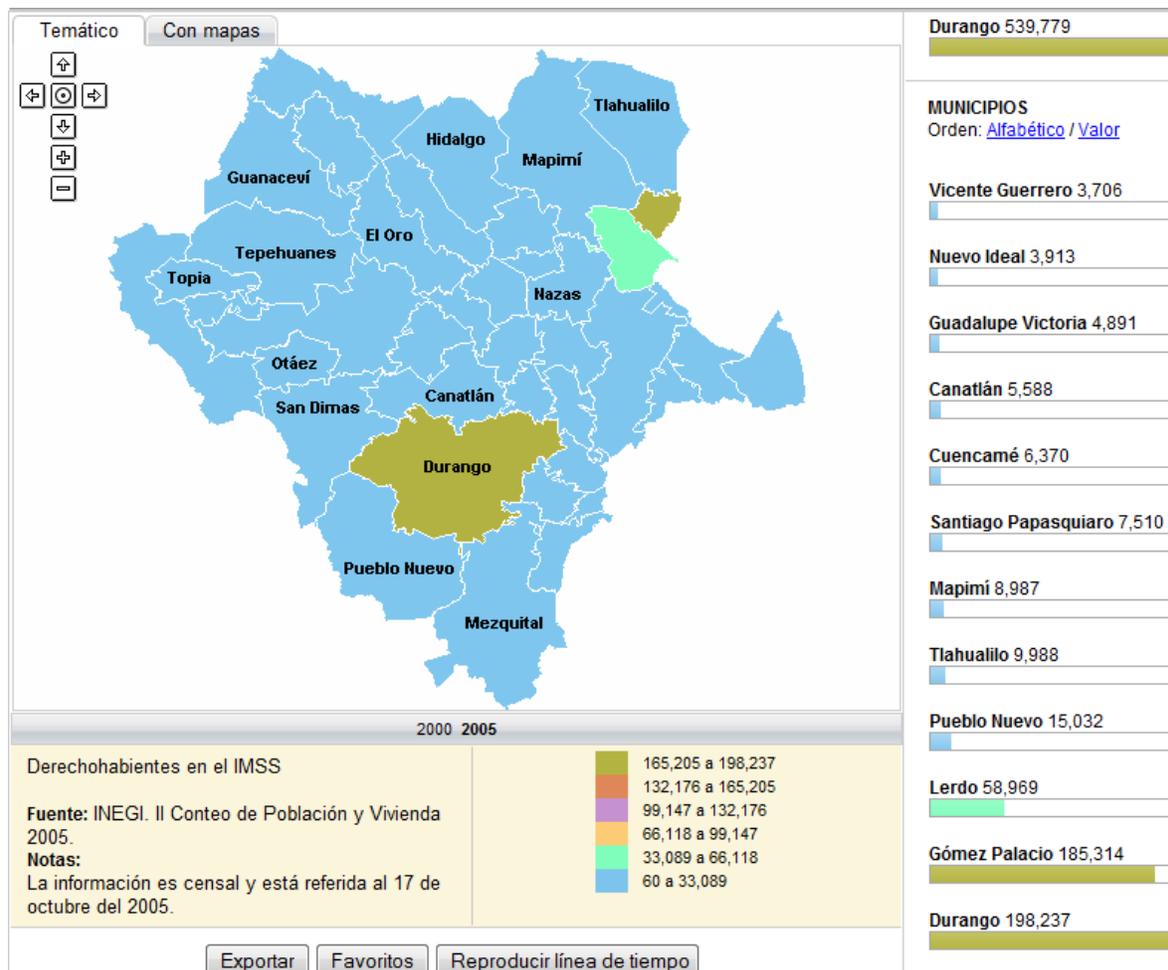
Población derechohabiente 2005



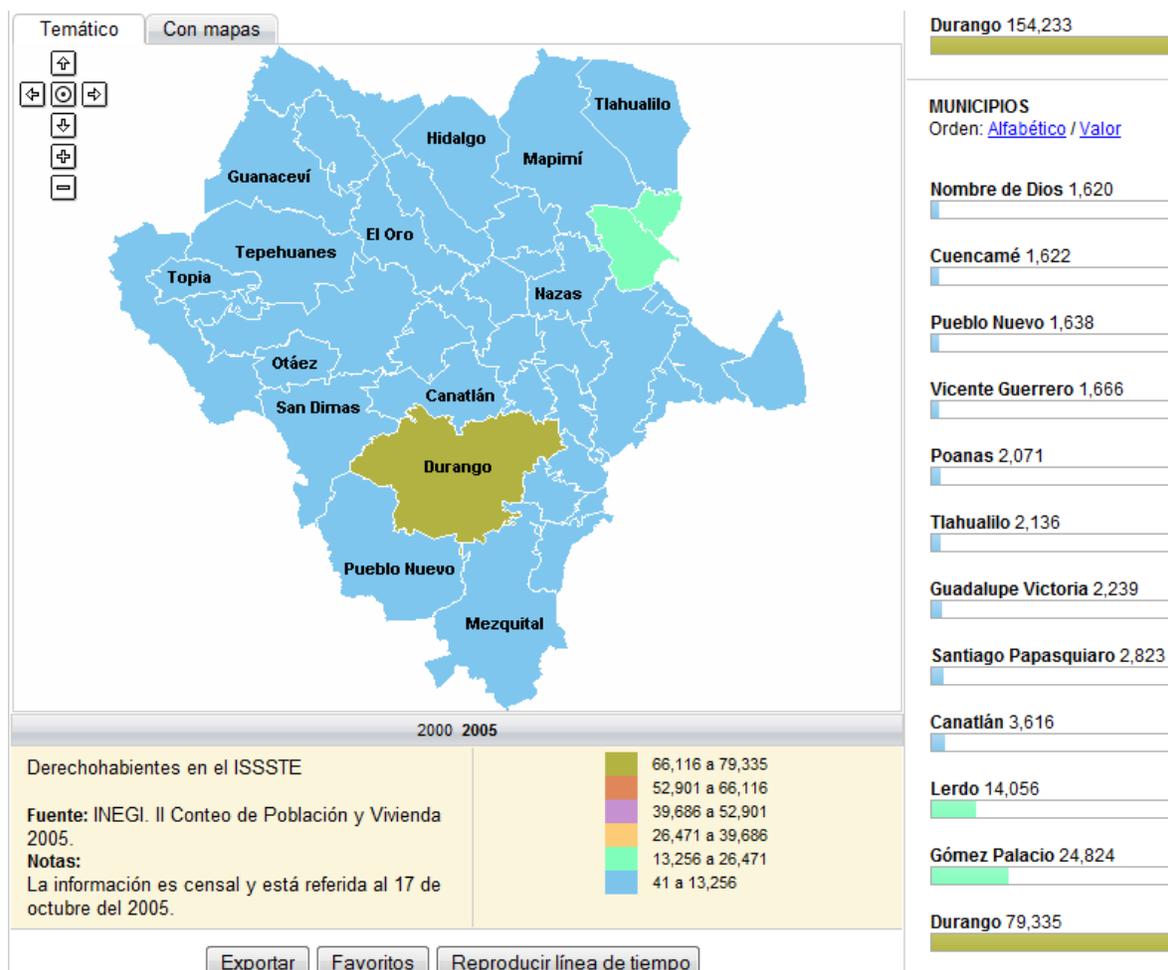
Población no derechohabiente 2005



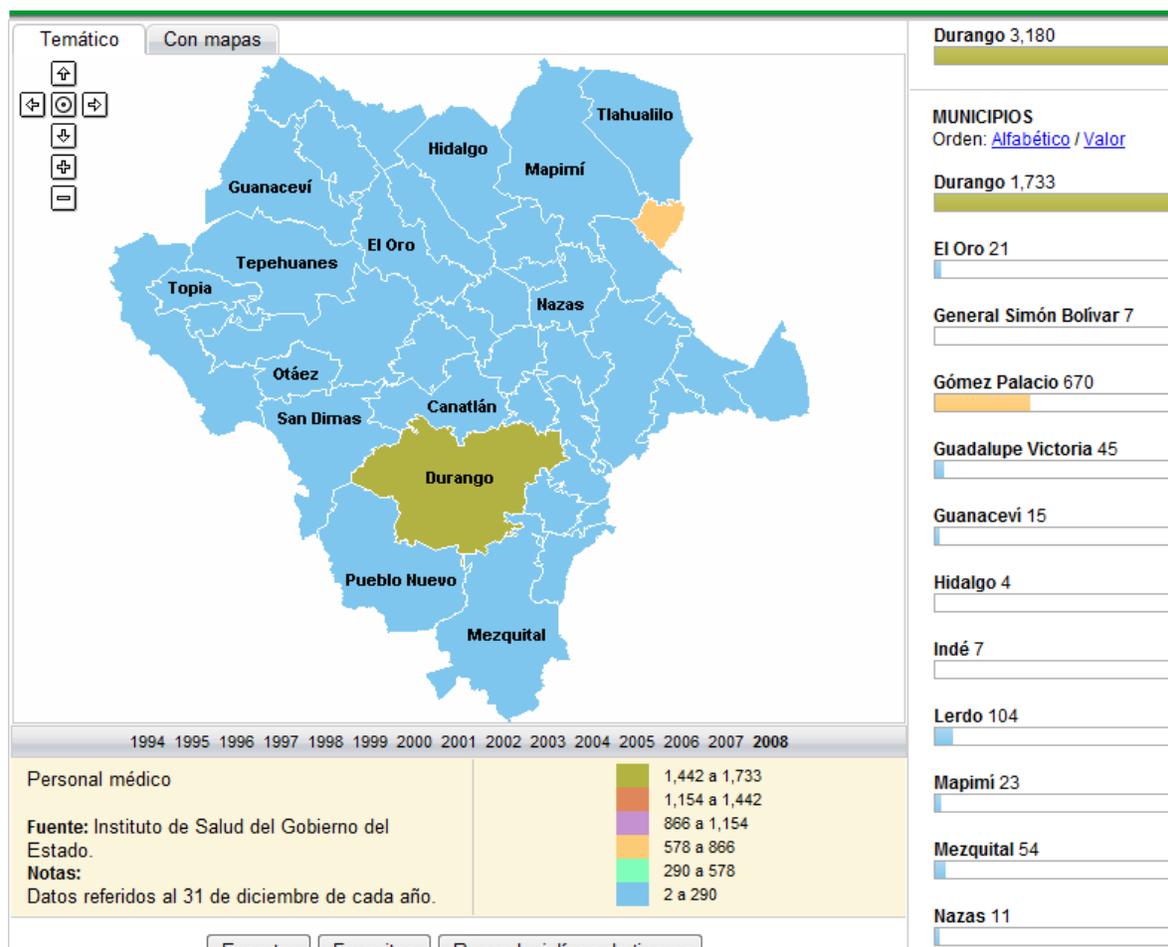
Derechohabientes en el IMSS 2005



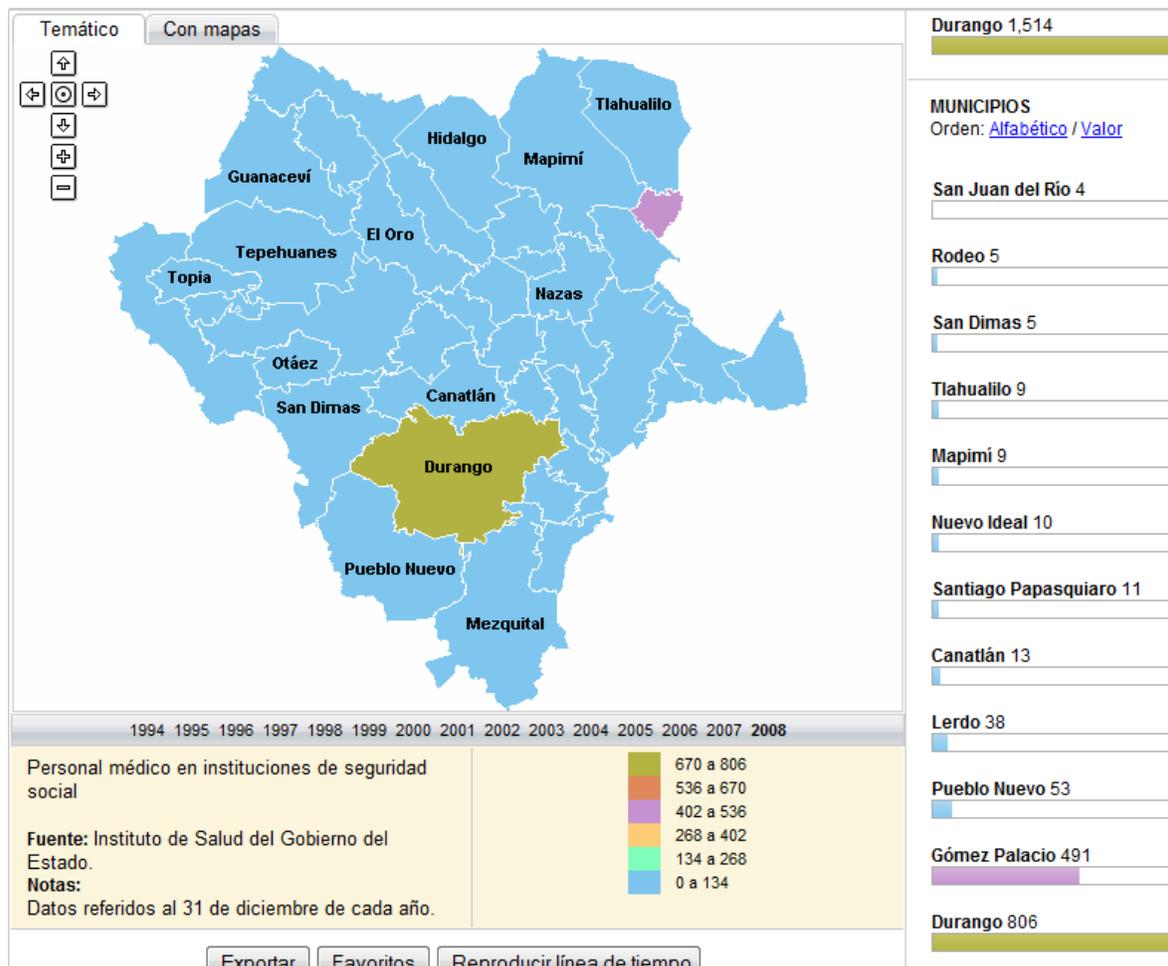
Derechohabientes en el ISSSTE 2005



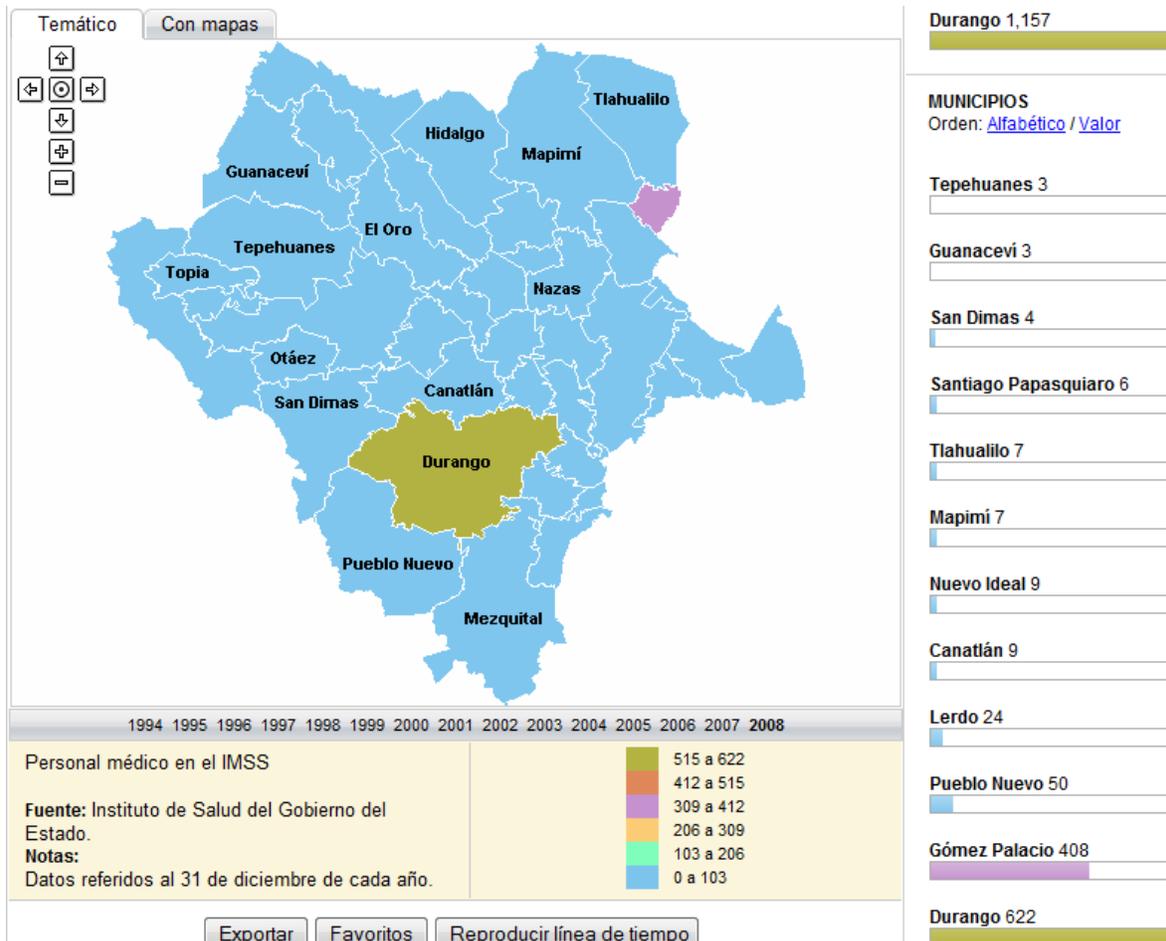
Personal Médico 2008



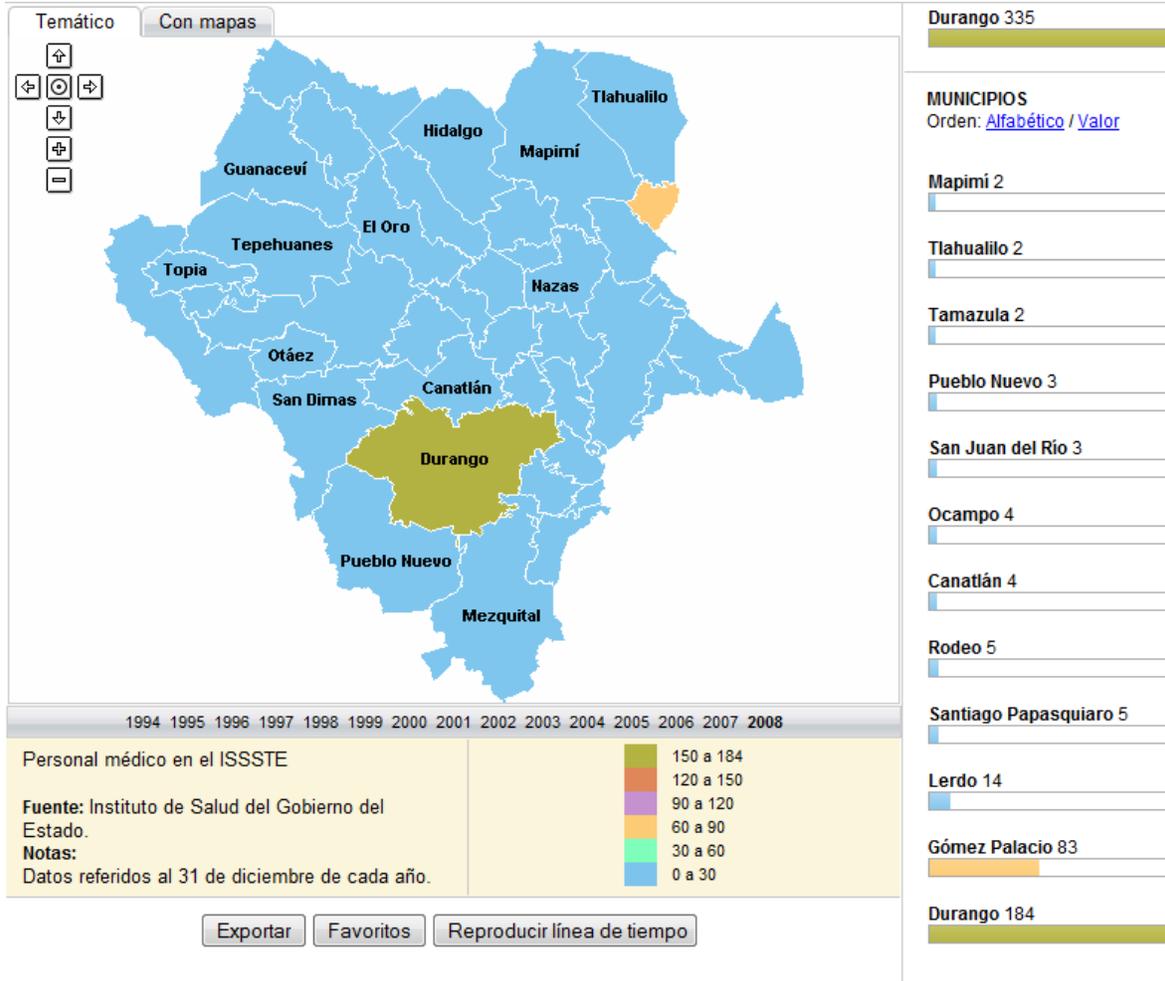
Personal médico en Instituciones de Seguridad Social 2008



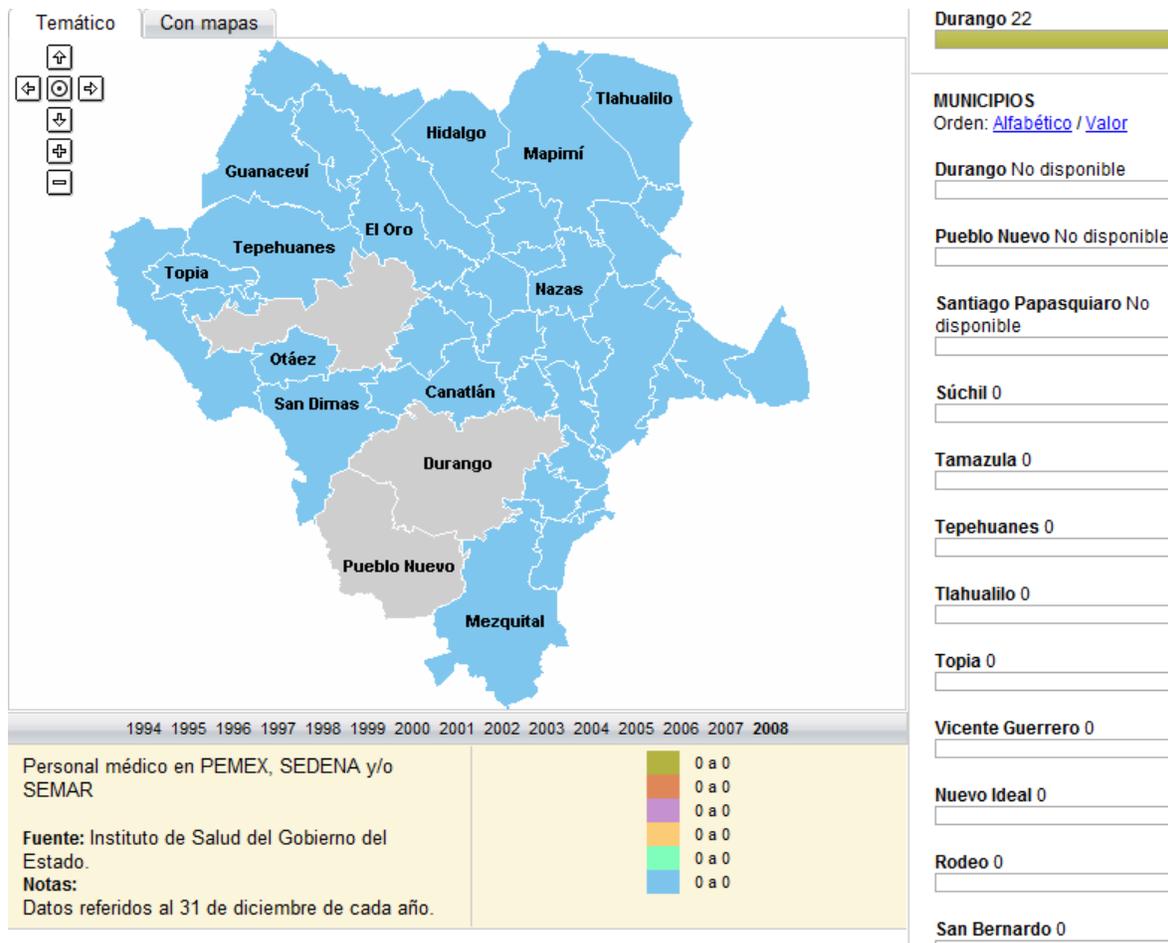
Derechohabientes en el IMSS 2008



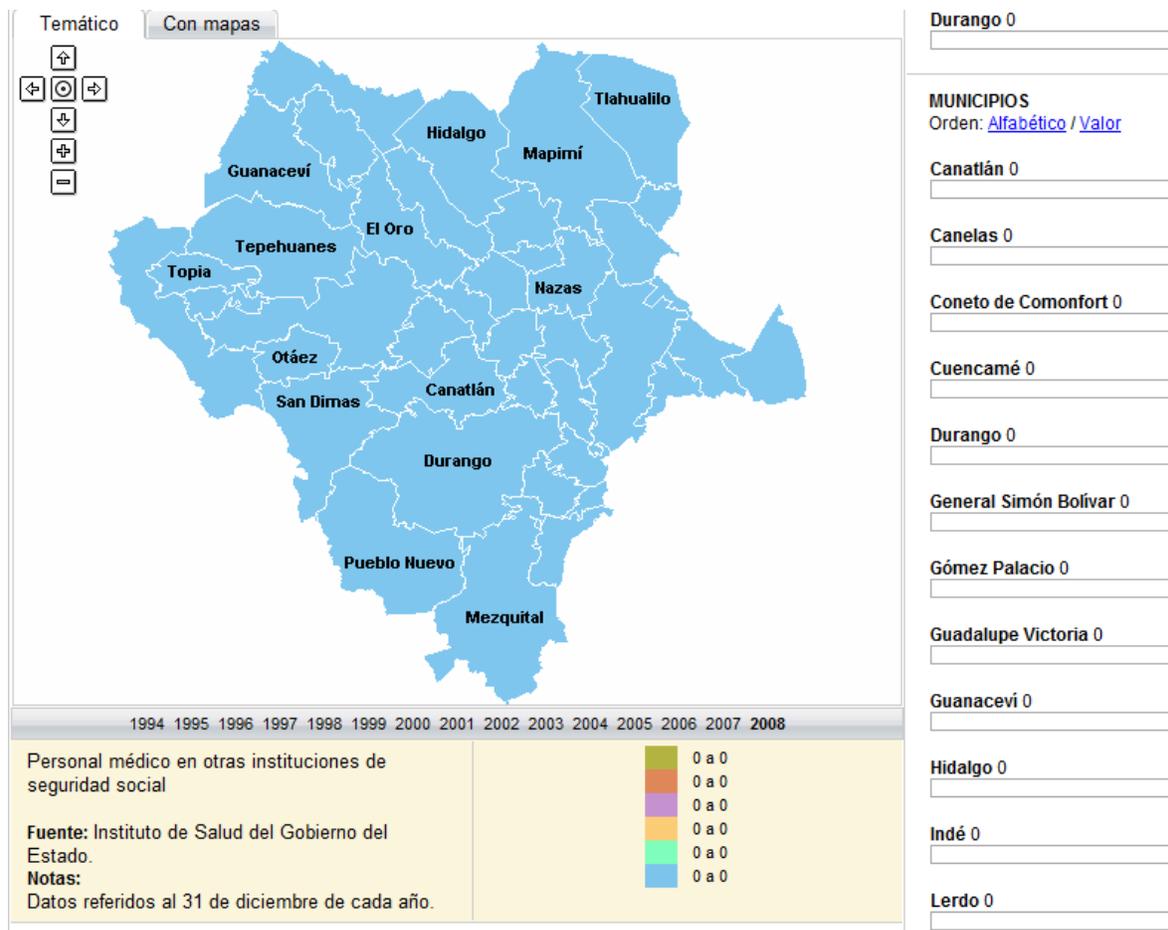
Personal Médico en el ISSSTE 2008



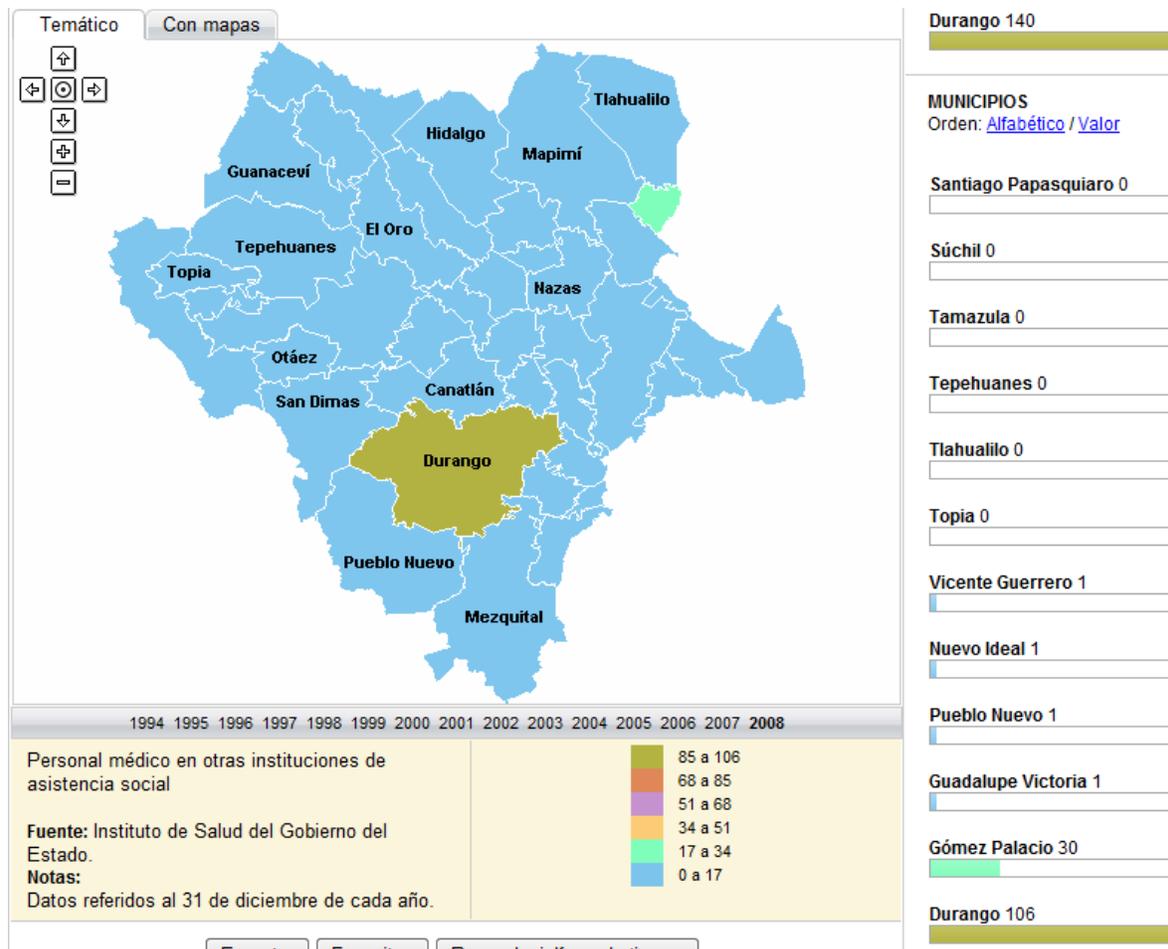
Personal médico en PEMEX, SEDENA y/o SEMAR 2008



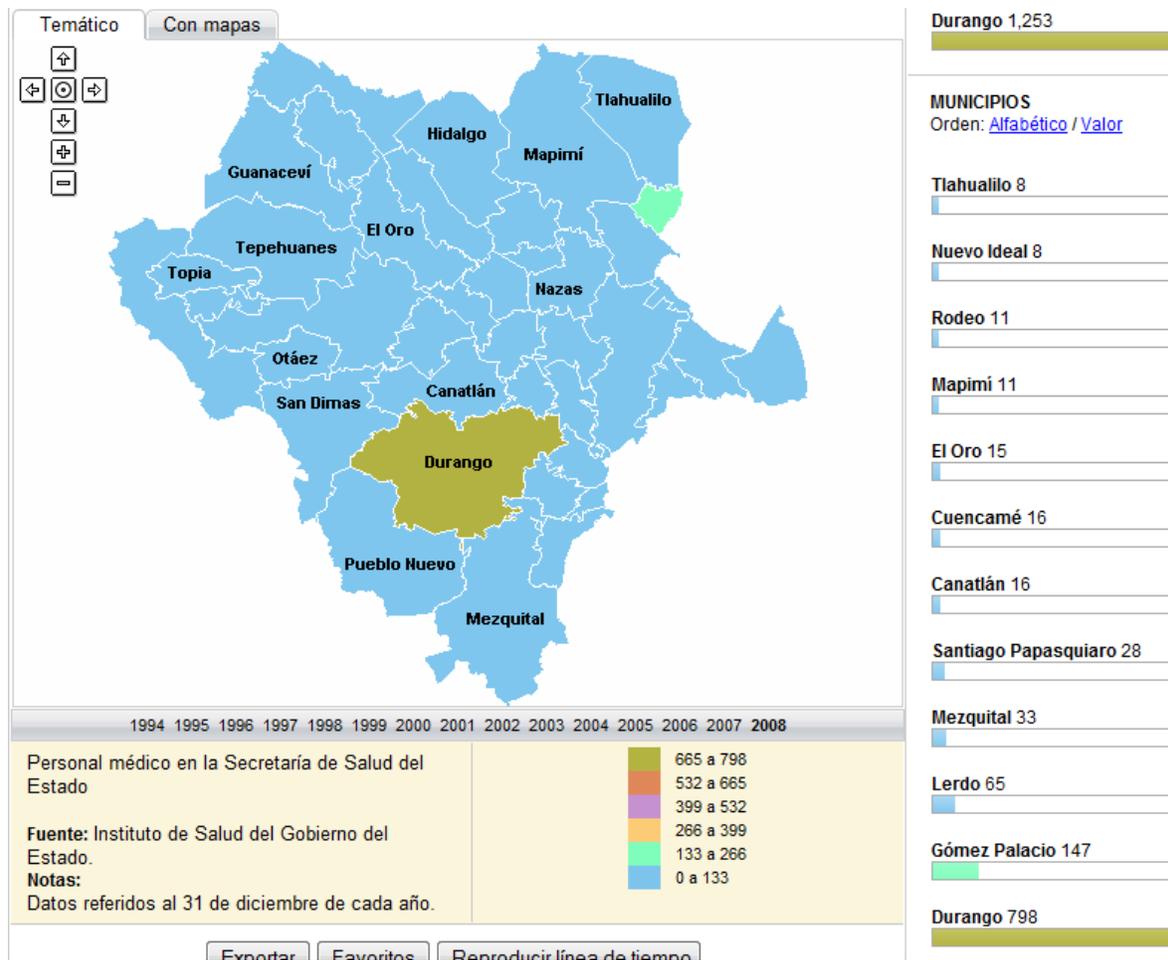
Personal Médico en Otras Instituciones de Seguridad Social 2008



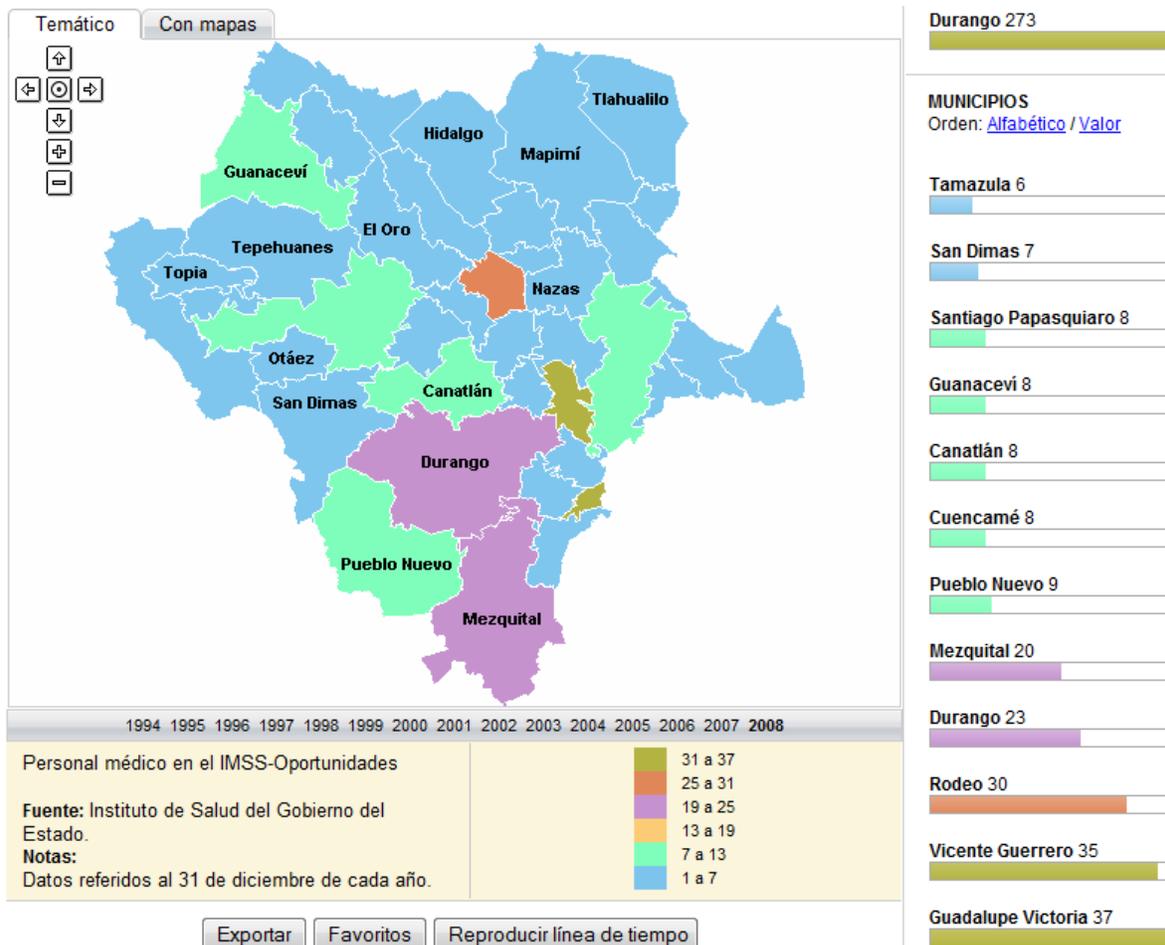
Personal Médico en Instituciones de Asistencia Social 2008



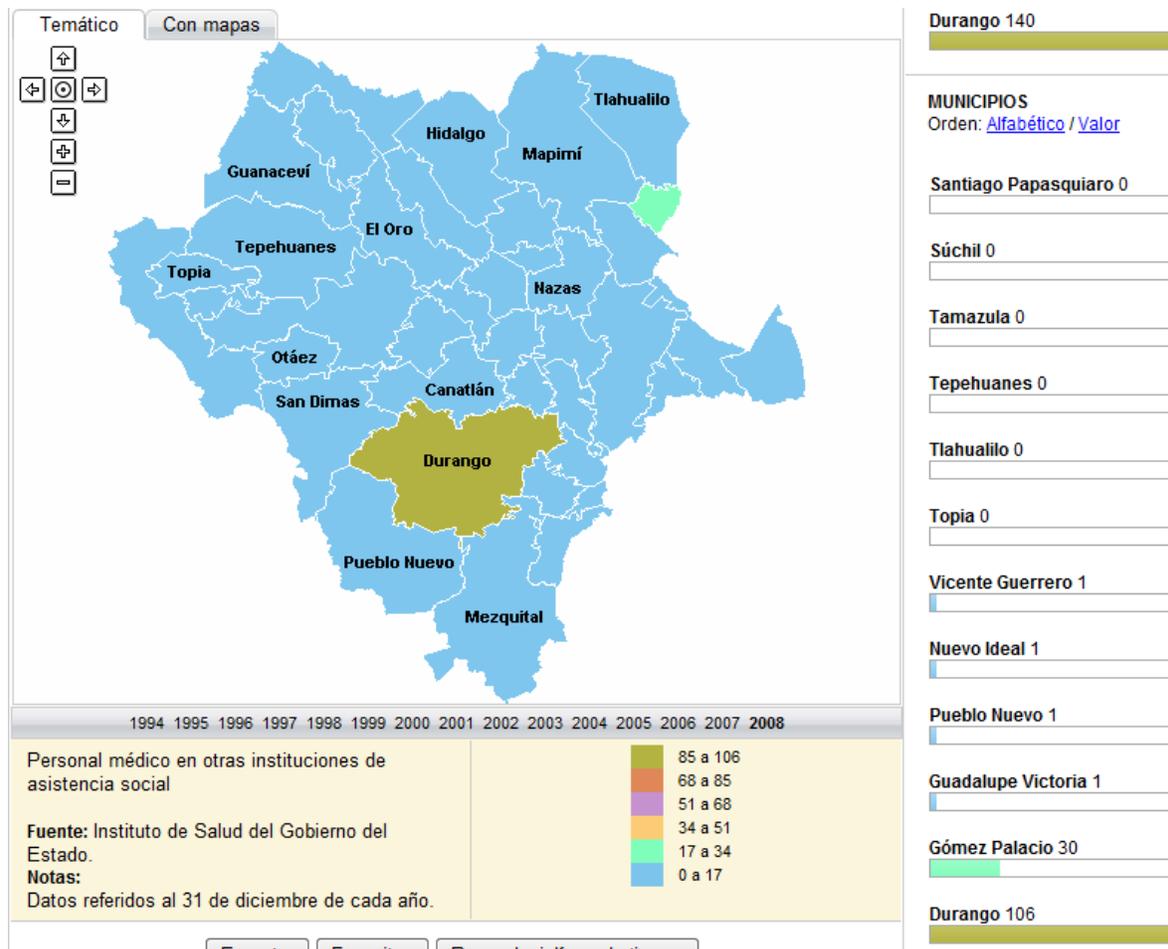
Personal Médico en la Secretaría de Salud del Estado 2008



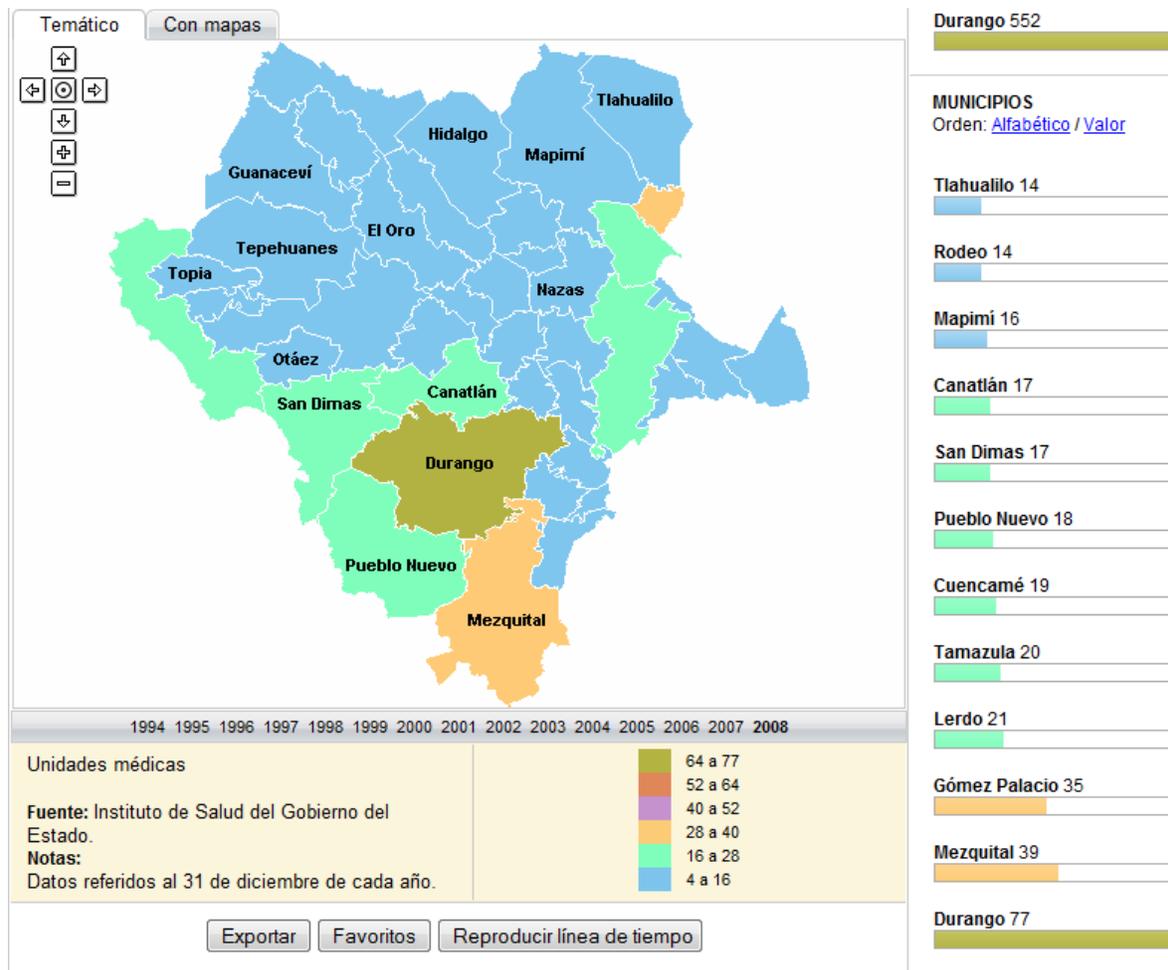
Personal Médico en el IMSS-Oportunidades 2008



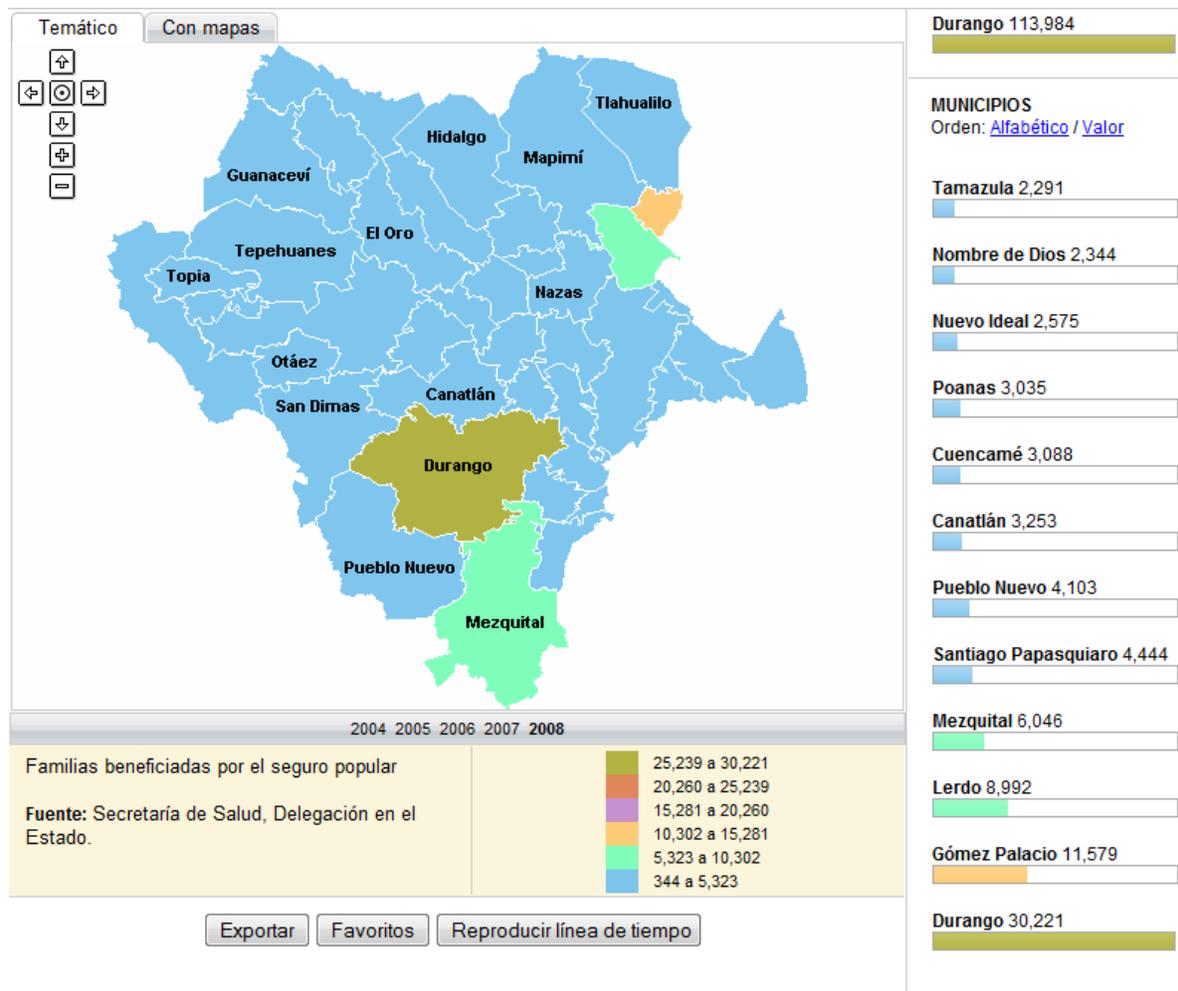
Personal Médico en otras Instituciones de Asistencia Social 2008



Unidades Médicas 2008



Familias beneficiadas por el Seguro Popular 2008



La diabetes mellitus, la obesidad, el cáncer de mama y cervicouterino y la violencia en el Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS

El Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con un programa principal para la reducción de la mortalidad por enfermedades de carácter epidemiológico, su carta fuerte es PrevenIMSS el cuál abarca entre otros aspectos los siguientes:

Mujeres PrevenIMSS

En esta etapa de su vida usted acumula conocimientos y experiencias, se integra a la vida laboral, elige a su pareja y establece una familia; en suma adopta un proyecto de vida y dirige todos sus esfuerzos para realizarlo.

Así mismo, la sociedad le ha dado siempre un papel fundamental en el cuidado y bienestar de su familia, por lo que es necesario que usted se mantenga sana y en plenitud de facultades, para cumplir exitosamente con sus funciones y lograr cada uno de sus ideales. En esta guía, encontrará información útil sobre acciones encaminadas a promover su salud, prevenir, identificar y controlar en forma oportuna enfermedades y mejorar su nutrición y salud reproductiva.

1. Promoción de la salud

- Educación para el cuidado de la salud
- Actividad física
- Prevención de adicciones
- Prevención de accidentes
- **Prevención de violencia familiar**
- **Nutrición**
- Alimentación
- **Detección y control de sobrepeso y obesidad**
- Detección de anemia

2. Prevención, identificación oportuna y control de las enfermedades

- **Cáncer de mama**
- **Cáncer cérvico uterino**
- **Diabetes mellitus**

- **Hipertensión arterial**

Hombres PrevenIMSS

De los 20 a los 59 años, usted se encuentra en una de las etapas más importantes de su vida, los conocimientos y experiencias que acumula le permiten tomar algunas de las decisiones más trascendentes como: aprender un oficio, concluir una carrera técnica o profesional, iniciar y desempeñar un trabajo, elegir una pareja y formar una familia, disfrutar éxitos y superar fracasos, definir metas y luchar por sus ideales. En fin, vivir plenamente cada momento y cumplir con el proyecto de vida que usted mismo se ha fijado.

Tradicionalmente, usted ha sido el responsable de dar la mayor aportación económica en la familia, aunque por fortuna esto ha cambiado. Actualmente usted y su pareja han aprendido a compartir obligaciones y derechos en la económica del hogar, en el cuidado y educación de los hijos y en el apoyo y respaldo mutuo que deben darse para afrontar y resolver los problemas familiares.

Además de su trabajo, su familia tiene una gran prioridad en su vida y usted es importante para su familia, no sólo como proveedor de cosas materiales, sino como pareja que ama, respeta y apoya a su compañera y como padre que comprende, respalda, educa y comparte con sus hijos. Por todo esto, la Salud es uno de los bienes más preciados que usted debe conservar para continuar con una vida plena.

1. Promoción de la salud

- Educación para el cuidado de la Salud
- Actividad física
- Prevención de accidentes
- **Prevención de la violencia**

2. Nutrición

- Alimentación
- **Detección y control de sobrepeso y obesidad**

3. Identificación oportuna de enfermedades

- **Diabetes mellitus**
- **Hipertensión arterial**

Estadísticas de Detección por enfermedad según el IMSS

Detección de Cáncer Cérvico Uterino 2000 - 2009, IMSS										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Estadística Nacional	1895603	1973141	2168503	2118969	2106413	1557625	1952931	1894202	2498526	2377197
Durango	32302	34259	38001	40439	28866	27556	29029	32513	31539	32636

Detección de Diabetes Mellitus 2000 - 2009, IMSS										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Estadística Nacional	5185103	5230196	5361306	6194077	6790874	1851072	2721421	5484550	6908780	7455997
Durango	98464	105907	105794	134825	118771	30547	41499	103150	115408	156244

Detección de Cáncer de Mama 2000 - 2009, IMSS										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Estadística Nacional	2201975	2290956	2454077	3355434	2351736	2382524	3716332	2855539	4522141	4982626
Durango	32888	36336	39609	46698	32225	42573	57022	43072	53606	101518

Detección de Hipertensión Arterial 2000 - 2009, IMSS										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Estadística Nacional	6595050	6691400	6689094	9204178	38065529	7864327	7964251	5448546	7043837	7551426
Durango	141986	145399	125677	157294	674984	135165	135180	99159	104142	146280

Estadísticas del IMSS sobre defunciones por grupos de edad, sexo y padecimiento

Total de defunciones por grupos de edad y sexo

Enero a Noviembre Del 2010

Delegación	Total	Hombres	Mujeres	Edad (Años)											
				<1		1 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 59		60 y +	
				H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Total Nacional	106308	55065	51243	2789	2186	346	325	230	168	728	562	14035	11948	36937	36054
Aguascalientes	1372	713	659	52	35	10	5	8	4	18	13	202	143	423	459
Baja California	3555	1843	1712	105	110	21	17	4	10	23	25	565	483	1125	1067
Baja California Sur	557	308	249	19	18	1	2	2	1	4	3	102	76	180	149
Campeche	747	385	362	15	11	2	0	0	1	2	1	94	78	272	271
Coahuila	4987	2546	2441	151	125	10	16	15	6	24	29	647	619	1699	1646
Colima	783	409	374	23	13	7	4	3	0	9	4	89	80	278	273
Chiapas	1148	610	538	46	29	4	9	4	3	12	6	148	146	396	345
Chihuahua	5147	2636	2511	142	105	12	7	10	2	53	25	730	662	1689	1710
Durango	2047	1017	1030	44	39	6	3	4	5	15	6	211	221	737	756
Guanajuato	3591	1867	1724	109	78	10	12	11	8	34	34	454	420	1249	1172
Guerrero	1477	771	706	38	33	6	3	8	0	11	12	174	168	534	490

Defunciones por cáncer cérvicouterino por grupos de edad

Enero a Noviembre Del 2010

Delegación	Total	Edad (Años)	
		20 a 59	60 y +
Total Nacional	772	432	340
Aguascalientes	6	5	1
Baja California	38	25	13
Baja California Sur	3	3	0
Campeche	4	4	0
Coahuila	31	17	14
Colima	7	3	4
Chiapas	25	18	7
Chihuahua	46	23	23
Durango	8	4	4
Guanajuato	22	14	8
Guerrero	10	4	6

Defunciones por cáncer de mama según grupos de edad y sexo

Enero a Noviembre Del 2010

Delegación	Total	Hombres	Mujeres	Grupos de edad			
				20 a 59		60 y +	
				Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total Nacional	1323	32	1291	20	748	12	543
Aguascalientes	15	0	15	0	8	0	7
Baja California	68	1	67	0	42	1	25
Baja California Sur	7	0	7	0	5	0	2
Campeche	9	0	9	0	3	0	6
Coahuila	67	1	66	0	35	1	31
Colima	8	0	8	0	5	0	3
Chiapas	18	0	18	0	12	0	6
Chihuahua	75	0	75	0	47	0	28
Durango	15	0	15	0	9	0	6
Guanajuato	29	0	29	0	21	0	8
Guerrero	20	0	20	0	8	0	12

Defunciones por Diabetes Mellitus según grupos de edad y sexo

Enero a Noviembre Del 2010

Delegación	Total	Hombres	Mujeres	Grupos de Edad							
				<10		10 a 19		20 a 59		60 y +	
				H	M	H	M	H	M	H	M
Total Nacional	19741	9293	10448	3	9	11	8	2567	2380	6712	8051
Aguascalientes	252	121	131	0	0	0	0	44	34	77	97
Baja California	648	298	350	0	0	0	1	91	78	207	271
Baja California Sur	86	44	42	0	0	0	0	17	10	27	32
Campeche	160	70	90	0	0	0	0	19	24	51	66
Coahuila	1077	473	604	0	0	2	1	128	158	343	445
Colima	115	63	52	0	0	0	0	14	11	49	41
Chiapas	208	102	106	0	0	0	0	31	23	71	83
Chihuahua	924	417	507	0	0	1	0	122	129	294	378
Durango	346	132	214	1	0	0	0	31	49	100	165
Guanajuato	905	450	455	0	0	2	0	130	110	318	345
Guerrero	218	99	119	0	0	0	0	28	29	71	90

Defunciones por Hipertensión Arterial según grupos de edad y sexo

Enero a Noviembre Del 2010

Delegación	Total	Hombres	Mujeres	Grupos de Edad							
				<10		10 a 19		20 a 59		60 y +	
				H	M	H	M	H	M	H	M
Total Nacional	5036	2374	2662	3	2	29	18	517	506	1825	2136
Aguascalientes	65	37	28	0	0	2	2	11	6	24	20
Baja California	141	62	79	0	0	1	0	16	28	45	51
Baja California Sur	24	9	15	0	0	0	0	1	4	8	11
Campeche	33	15	18	0	0	0	0	5	4	10	14
Coahuila	164	77	87	0	0	0	0	18	22	59	65
Colima	29	9	20	0	0	0	0	3	4	6	16
Chiapas	87	54	33	0	0	1	0	11	10	42	23
Chihuahua	290	137	153	0	0	1	1	39	28	97	124
Durango	77	37	40	0	0	1	2	6	9	30	29
Guanajuato	155	83	72	0	0	2	1	23	24	58	47
Guerrero	45	24	21	0	0	0	0	4	3	20	18

Información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 referente al Estado de Durango

Como reflejo de los avances en la reducción de la mortalidad infantil, el control relativo de enfermedades infecciosas y el aumento en la esperanza de vida al nacimiento, la población mexicana se encuentra en un claro proceso de envejecimiento. Estos cambios demográficos impactan en el peso que las enfermedades crónicas tienen en la carga global de la enfermedad de adultos mexicanos así como en el uso de los servicios médicos tanto preventivos como curativos. En este sentido, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006) estableció como uno de sus principales objetivos estimar la prevalencia tanto a nivel nacional como estatal de las principales enfermedades crónicas que afectan a la población adulta y su grado de control. Además, recabó información sobre los principales factores de riesgo asociados con el desarrollo de enfermedades crónicas y de la frecuencia de utilización de programas preventivos, especialmente dirigidos a la detección oportuna de enfermedades crónicas.

En el ámbito nacional, uno de los resultados más importantes obtenidos a partir de la ENSANUT 2006¹ es el crecimiento de los programas de detección de enfermedades como resultado del impulso de los programas preventivos del sector salud. Estos resultados muestran que una mayor proporción de la población de 20 años o más, acudió en los últimos 12 meses a realizarse pruebas de detección de cáncer cervicouterino y cáncer de mama en mujeres, así como pruebas de detección de diabetes mellitus e hipertensión arterial en la población general. En comparación con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000),² los incrementos en estas pruebas de detección fueron de 31.8, 69.1, 111 y 70.1%, respectivamente.

La vida sedentaria, la modificación acelerada en patrones de dieta y estilo de vida, junto con una probable susceptibilidad genética propia de poblaciones con origen amerindio, han impactado de forma importante en el aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población mexicana. Estos cambios se han acompañado de un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas asociadas con la obesidad como diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia y algunos tipos de cáncer (especialmente cáncer de mama). En el país, dichas tendencias han sido ampliamente documentadas desde la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas 1993 (ENEC 1993) y corroboradas en los

hallazgos de la ENSANUT 2006. Por ejemplo, la prevalencia de diabetes mellitus por diagnóstico médico previo en adultos mayores de 20 años en México se ha incrementado de 4.6% en 1993, 5.8% en 2000 a 7% en 2006, y la de hipertensión arterial, de 10.1% en 1993, 12.5% en 2000 y 15.4% en 2006. El diagnóstico médico previo de hipercolesterolemia en la población adulta mexicana fue de 6.4% en 2000 y de 8.5% en 2006. El impacto que estas enfermedades tienen no sólo en la mortalidad sino en la morbilidad y calidad de vida representa una enorme carga tanto para el individuo y su familia como para el sistema de salud y la sociedad en general.

Como seguimiento al reporte preliminar del análisis a nivel nacional publicado recientemente, en este nuevo reporte se presentan los resultados de los análisis más relevantes de la información obtenida de la muestra representativa de adultos mayores de 20 años de Durango. La descripción general de la metodología de la encuesta estatal, incluyendo el proceso de la selección de la muestra y la aplicación de los instrumentos y determinación de marcadores biológicos fue descrita en el capítulo correspondiente. Para los indicadores de mayor relevancia se comparan los hallazgos estatales con lo reportado nacionalmente y en la medida de lo posible con los hallazgos estatales reportados en la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000).

Resultados

En Durango se visitaron 1 511 hogares y se entrevistó un total de 1 464 adultos de 20 años o más, residentes en el estado. Después de aplicar los factores de expansión, esta muestra representa a 827 661 adultos residentes de Durango, 46% hombres y 54% mujeres.

Programas preventivos

La detección oportuna de enfermedades crónicas, las cuales se caracterizan por periodos asintomáticos prolongados, ha sido una de las herramientas centrales en toda estrategia de prevención secundaria de estas enfermedades. Durante el levantamiento de la ENSANUT 2006, a partir de la aplicación del cuestionario de adultos, se obtuvieron los resultados sobre el uso de servicios preventivos en el año previo a la aplicación de la encuesta para la detección de cáncer cervicouterino, cáncer de mama, diabetes e hipertensión arterial, en Durango (cuadro 4.1).

El 38.8 % de las mujeres de 20 años o más residentes en Durango acudió a un servicio médico a realizarse una prueba de Papanicolaou para la detección de cáncer cervicouterino durante el año previo al levantamiento de la ENSANUT 2006. El grupo de 40 a 59 años reportó un porcentaje mayor (49.1%). En el caso de la prueba de detección de cáncer de mama, el 19.1% de las mujeres de 20 años o más reportó haberse realizado una mastografía en el año previo a la encuesta. Sin embargo, entre las mujeres mayores de 40 años, quienes son las candidatas a recibir esta prueba según la recomendación actual, este porcentaje fue mayor (23% y 20.2% para las mujeres de 40 a 59 años y de 60 años o más, respectivamente).

En cuanto a las pruebas de detección de diabetes mellitus e hipertensión arterial, el 23.7% de los adultos de 20 años o más acudieron a realizarse una determinación de glucosa en sangre (venosa o capilar) el año previo de la ENSANUT 2006, mientras que este porcentaje fue de 26.3% para el caso de medición de la tensión arterial. Para ambas pruebas hubo una tendencia al aumento en la detección en los grupos de mayor edad, el porcentaje aumentó conforme a la edad y existe una tendencia de prueba de detección mayor en mujeres que en hombres, aunque la diferencia no es significativa en esta fase del análisis (cuadro 4.1).

■ Cuadro 4.1

Uso de servicios médicos preventivos, según grupo de edad y sexo. Durango, México.

N*	%	IC95%	
		L.I.	L.S.

Detección de cáncer cervicouterino

20-39 años	69.018	33.5	28.4	39.0
40-59 años	70.01	49.1	41.4	56.8
60 años o más	32.888	34.9	26.5	44.5
Total	171.916	38.8	34.5	43.3

Detección de cáncer de mama

20-39 años	32.748	15.8	12.6	19.7
40-59 años	33.326	23.0	17.9	29.1
60 años o más	19.309	20.2	14.0	28.2
Total	85.383	19.1	16.6	21.9

Detección de diabetes

Hombres

20-39 años	25.653	14.8	11.0	19.7
40-59 años	24.691	20.2	14.9	26.9
60 años o más	16.183	28.6	19.6	39.7
Total	66.527	18.9	15.5	22.9

Mujeres

20-39 años	38.009	18.5	14.4	23.5
40-59 años	45.349	35.1	28.7	42.0
60 años o más	31.905	40.1	31.4	49.5
Total	115.263	27.8	24.0	31.9

Total

20-39 años	63.662	16.8	14.0	20.1
40-59 años	70.04	27.8	24.0	32.1
60 años o más	48.088	35.3	28.3	43.0
Total	181.79	23.7	20.9	26.8

Detección de hipertensión

Hombres

20-39 años	30.416	18.2	14.0	23.4
40-59 años	34.857	29.2	22.9	36.4
60 años o más	15.103	34.2	21.8	49.1
Total	80.376	24.3	20.2	29.0

Mujeres

20-39 años	42.273	23.3	17.3	30.5
40-59 años	35.425	32.5	25.7	40.1
60 años o más	19.725	36.8	26.9	47.9
Total	97.423	28.3	23.0	34.2

Total

20-39 años	72.689	20.9	16.7	25.8
40-59 años	70.282	30.8	26.5	35.4
60 años o más	34.828	35.6	27.7	44.4
Total	177.799	26.3	22.4	30.7

* Frecuencia en miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adultos. México

En comparación con los hallazgos nacionales, Durango se ubica arriba de la media nacional para las pruebas de detección cáncer cervicouterino, cáncer de mama, diabetes e hipertensión arterial, ocupando para esta última el segundo lugar del país.

Al igual que lo observado en el ámbito nacional, Durango presenta incrementos importantes para los servicios de detección en los últimos seis años. En comparación con lo reportado en la ENSA 2000 para Durango, una mayor proporción de mujeres de 20 años o más acudieron a un servicio médico para la detección de cáncer cervicouterino (38.8 vs. 29.6%) y de cáncer de mama (19.1 vs 12.9%) representando incrementos del 31.1 y 48.1%, respectivamente. El incremento en las pruebas de detección de diabetes mellitus (23.7 vs. 16.7%) e hipertensión arterial (26.3 vs. 24.9%) fue del 41.9 y 5.6% respectivamente.

■ Cuadro 4.2

Diagnóstico médico previo de diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipercolesterolemia, según grupos de edad. Durango, México.

	N*	%	IC95%	
			L.I.	L.S.
Diagnóstico médico previo de diabetes				
20-39 años	1.8	0.5	0.2	1.2
40-59 años	29.8	10.6	7.2	15.4
60 años o más	29.9	18.0	13.3	23.9
Total	61.5	7.4	5.6	9.7
Diagnóstico médico previo de hipertensión				
20-39 años	31.9	8.4	6.1	11.5
40-59 años	52.7	18.7	15.4	22.6
60 años o más	68.2	41.1	35.5	46.8
Total	152.8	18.5	16.0	21.2
Diagnóstico médico previo de hipercolesterolemia				
20-39 años	17.0	4.5	2.8	7.2
40-59 años	28.5	10.1	7.3	13.8
60 años o más	19.7	11.9	8.6	16.2
Total	65.2	7.9	6.1	10.2

* Frecuencia en miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adultos. México

Daños a la salud

Durante el levantamiento de la ENSANUT 2006 se le preguntó a todo adulto de 20 años o más de la muestra si algún médico le había diagnosticado previamente diabetes, hipertensión arterial o colesterol elevado. El cuadro 4.2 muestra las prevalencias encontradas de cada uno de estos diagnósticos por grupo de edad en Durango.

La prevalencia de diabetes mellitus por diagnóstico médico previo en los adultos de 20 años o más para Durango fue 7.4%, siendo ligeramente menor en mujeres (7.4%) que en hombres (7.5%). Para el grupo de edad de 60 años o más esta prevalencia fue de 18%. Por otro lado, el 18.5% de los adultos reportó el diagnóstico médico previo de hipertensión arterial, 23% en mujeres y 13.1% en hombres, e igualmente estas prevalencias aumentaron considerablemente con la edad, llegando a ser de 41.1% en adultos mayores de 60 años. Finalmente, el diagnóstico médico previo de colesterol elevado fue reportado por 7.9% de los adultos mayores de 20 años y el 11.9% de los adultos de 60 años o más. Este diagnóstico fue mayor en mujeres que en hombres.

Las prevalencias generales de diabetes mellitus tensión arterial e hipercolesterolemia, que incluirán los hallazgos durante el levantamiento de la ENSANUT 2006 por medio de la toma de presión arterial y determinación de glucosa y colesterol, se reportarán una vez que se cuente con el análisis completo de esta información. Esto es especialmente relevante para dichas enfermedades en las que el sub diagnóstico es considerablemente alto.

En comparación con las prevalencias nacionales, Durango se ubicó por arriba de las medias nacionales para la prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes mellitus e hipertensión arterial y ligeramente abajo de la media para la prevalencia de hipercolesterolemia.

Comparado con lo reportado en la ENSA 2000, Durango presentó incrementos en las prevalencias de los diagnósticos médicos de estas enfermedades: 4.2% de incremento para diabetes (de 7.1 a 7.4%), 25.9% de incremento para hipertensión arterial (de 14.7 a 18.5%) y 38.6% de incremento para el caso de hipercolesterolemia (de 5.7 a 7.9%).

Factores de riesgo

Además de los daños a la salud, la ENSANUT 2006 tuvo como objetivo prioritario conocer el nivel de riesgo que tiene la población adulta de presentar enfermedades crónicas. Uno de los principales factores de riesgo asociados con el perfil epidemiológico actual del país es el problema creciente de sobrepeso y obesidad en las distintas etapas de la vida, el cual se aborda con detalle en el capítulo Nutrición de este mismo reporte.

En este capítulo nos enfocamos en otros dos factores de riesgo altamente relevantes en nuestro país: tabaquismo y consumo de alcohol. Al igual que obesidad, estos factores de riesgo se asocian de forma importante con daños a la salud como cáncer y enfermedad cardiovascular en el caso de tabaco; y accidentes, violencia y hepatopatía crónica en el caso del consumo de alcohol. Otros factores de riesgo tales como sedentarismo y hábitos dietéticos poco saludables también fueron abordados en la ENSANUT 2006, sin embargo su análisis final –que incluye la transformación de variables primarias– será materia de reportes subsecuentes.

De las respuestas sobre tabaquismo incluidas en la ENSANUT 2006, se estimó que el 20.4% de los adultos de 20 años o más de Durango fumaban al momento de la encuesta y habían fumado más de 100 cigarros en su vida como para considerarlos fumadores (cuadro 4.3). Al compararlo con el estimado nacional, el estado se ubica en el lugar número 9, arriba de la media nacional. Esta proporción fue más de tres veces mayor en hombres que en mujeres (32.5 vs. 10.1%), diferencia que se conservó en todos los grupos de edad. Si a esta proporción de fumadores actuales se le agrega 9% de adultos (14.2% hombres, 4.6% en mujeres) que habiendo fumado más de 100 cigarros a lo largo de su vida, al momento de la encuesta ya se consideraban ex fumadores, se estima que 14.7% de las mujeres y 46.7% de los hombres adultos de Durango se han expuesto activamente al humo de tabaco, lo que representa aproximadamente 200 000 adultos en riesgo importante de contraer cáncer, enfermedad cardiovascular y otras enfermedades crónicas asociadas con el tabaco.

Comparando la prevalencia de fumadores actuales en esta encuesta con lo detectado en la ENSA 2000, podemos decir que al igual que lo observado en el país, ha habido un decremento 11.7%, siendo éste mayor en hombres (15.1%).

■ Cuadro 4.3

Consumo de tabaco en adultos, según grupos de edad y sexo. Durango, México.

	Fumador actual				Ex fumador				Nunca ha fumado			
	N*	%	IC95%		N*	%	IC95%		N*	%	IC95%	
			L.I.	L.S.			L.I.	L.S.			L.I.	L.S.
20-39 años												
Hombre	50.5	29.1	23.4	35.6	16.7	9.6	6.3	14.4	106.5	61.3	55.2	67.1
Mujer	16.3	7.9	5.1	12.0	6.7	3.3	1.9	5.6	183.7	88.9	83.9	92.5
Total	66.8	17.6	14.1	21.6	23.4	6.2	4.3	8.7	290.2	76.3	72.2	79.9
40-59 años												
Hombre	51.4	37.6	30.9	44.8	16.8	12.3	8.3	17.8	68.4	50.1	42.8	57.4
Mujer	18.2	12.6	8.7	17.9	6.1	4.2	2.4	7.2	120.4	83.2	77.8	87.5
Total	69.6	24.7	20.7	29.2	22.9	8.1	6.3	10.5	188.8	67.1	62.4	71.5
60 años o más												
Hombre	21.6	30.8	22.5	40.5	20.4	29.0	21.3	38.3	28.2	40.2	32.3	48.6
Mujer	10.7	11.2	6.1	19.5	7.7	8.1	4.5	14.1	77.3	80.8	70.2	88.2
Total	32.3	19.5	14.4	25.7	28.1	16.9	13.1	21.7	105.5	63.6	56.3	70.3
Totales												
Hombre	123.5	32.5	28.4	36.9	53.8	14.2	11.5	17.3	203.0	53.4	48.4	58.3
Mujer	45.2	10.1	7.9	12.8	20.6	4.6	3.2	6.6	381.5	85.3	81.9	88.1
Totales	168.7	20.4	18.2	22.7	74.4	9.0	7.6	10.5	584.6	70.6	67.9	73.2

* Frecuencia en miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adultos, México

En cuanto al consumo de alcohol también se encontraron grandes diferencias entre hombres y mujeres (cuadro 4.4). Mientras un 92.4% de las mujeres de 20 años o más se consideraba abstemia al momento de la encuesta (ya sea que nunca había tomado o actualmente no tomaba), esta proporción sólo fue de 56.3% en caso de los hombres. Por otro lado, 15.7% de los adultos de Durango (31.2% hombres, 2.5% mujeres) reportaron haber consumido cinco copas o más en una sola ocasión al menos una vez en el mes previo a la encuesta lo que se ha definido como evento de intoxicación con alcohol y refleja un hábito alcohólico intenso. Este indicador ubica a Durango en el lugar número 16, igual que la media nacional.

■ Cuadro 4.4

Consumo de alcohol en adultos. Durango, México.

	N*	%	IC95%	
			L.I.	L.S.
Nunca ha tomado				
Hombres	105.3	27.7	23.6	32.2
Mujeres	373.0	83.4	80.4	86.0
Total	478.3	57.8	54.9	60.6
Actualmente no toma				
Hombres	108.7	28.6	23.5	34.2
Mujeres	40.2	9.0	7.2	11.2
Total	149.0	18.0	15.5	20.8
Toma, no se intoxicó con alcohol en el último mes				
Hombres	46.6	12.3	9.7	15.4
Mujeres	23.1	5.2	3.7	7.1
Total	69.7	8.4	7.0	10.1
Toma, se intoxicó con alcohol al menos una vez en el último mes				
Hombres	118.6	31.2	27.3	35.4
Mujeres	11.0	2.5	1.5	4.1
Total	129.7	15.7	13.3	18.4
No especificado				
Hombres	1.1	0.3	0.1	1.0
Mujeres	0.0			
Total	1.1	0.1	0.0	0.5
Total	827.7	100.0		

* Frecuencia en miles

Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud

La disponibilidad de información respaldada en datos válidos y confiables es condición sine qua non para el análisis y evaluación objetiva de la situación sanitaria, la toma de decisiones basada en evidencia y la programación en salud. La búsqueda de medidas objetivas del estado de salud de la población es una antigua tradición en salud pública, particularmente en epidemiología. Desde los trabajos de William Farr en el siglo XIX, la descripción y análisis del estado de salud fueron fundados en medidas de mortalidad y sobrevivencia.(1,2) Más recientemente, en parte como resultado del control exitoso —sobre todo en las áreas de mayor industrialización— de las enfermedades infecciosas tradicionalmente responsables de la mayor carga de mortalidad, así como producto de una visión más comprehensiva del concepto de salud y sus determinantes poblacionales, se reconoció la necesidad de considerar también otras dimensiones del estado de salud. En consecuencia, las medidas de morbilidad, discapacidad y de determinantes no biológicos de la salud, como el acceso a servicios, la calidad de la atención, las condiciones de vida y los factores ambientales son de necesidad creciente para analizar con objetividad la situación de salud de grupos poblacionales y para documentar la capacidad de las personas de funcionar física, emocional y socialmente (Figura 1).(3) Para facilitar la cuantificación y evaluación de las diferentes dimensiones del estado de salud de una población se utilizan los indicadores de salud.

Un indicador de salud es “una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud (i.e., la ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud) o de un factor asociado con la salud (i.e., el estado de salud u otro factor de riesgo) en una población especificada.”(4) En términos generales, los indicadores de salud representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud y que, vistos en conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilarla.

La construcción de un indicador es un proceso de complejidad variable, desde el recuento directo (v.g., casos nuevos de malaria en la semana) hasta el cálculo de proporciones, razones, tasas o índices más sofisticados (v.g., esperanza de vida al nacer).(5) La calidad de un indicador depende fuertemente de la calidad de los componentes —frecuencia de casos, tamaño de población en riesgo, etc.—

utilizados en su construcción, así como de la calidad de los sistemas de información, recolección y registro de tales datos. Específicamente, la calidad y utilidad de un indicador está primordialmente definida por su validez (si efectivamente mide lo que intenta medir) y confiabilidad (si su medición repetida en condiciones similares reproduce los mismos resultados). Más atributos de calidad de un indicador de salud son su especificidad (que mida solamente el fenómeno que se quiere medir), sensibilidad (que pueda medir los cambios en el fenómeno que se quiere medir), mensurabilidad (que sea basado en datos disponibles o fáciles de conseguir), relevancia (que sea capaz de dar respuestas claras a los asuntos más importantes de las políticas de salud) y costo-efectividad (que los resultados justifiquen la inversión en tiempo y otros recursos).(6-8) Los indicadores deben ser fácilmente utilizados e interpretables por los analistas y comprensibles por los usuarios de la información, como los gerentes y tomadores de decisión.

Atributos importantes de calidad del conjunto de indicadores son la integridad (que no falte datos) y consistencia interna (que, vistos solos o en grupos, los valores de los indicadores sean posibles y coherentes y no se contradigan).(9) En este sentido, la aplicación sistemática de definiciones operacionales y procedimientos de medición y cálculo estandarizados es fundamental para garantizar la calidad y comparabilidad de los indicadores de salud.

Un conjunto de indicadores de salud con atributos de calidad apropiadamente definido y mantenido provee información para la elaboración de un perfil relevante y de otros tipos de análisis de la situación de salud de una población. La selección de tal conjunto de indicadores —y sus niveles de desagregación— puede variar en función de la disponibilidad de sistemas de información, fuentes de datos, recursos, necesidades y prioridades específicas en cada región o país.(2) El mantenimiento del conjunto depende también de la disponibilidad de las fuentes de datos y de la operación regular de los sistemas de información, así como de la simplicidad de los instrumentos y métodos utilizados.(9) El monitoreo de la calidad de los indicadores es importante porque ésta condiciona el nivel de confianza de los usuarios en la información de salud y, con mayor razón, su uso regular. Este depende también de la política de disseminación de los indicadores de salud, incluyendo la oportunidad y frecuencia de su compilación. Por ejemplo, para que un indicador utilizado en actividades de monitoreo tenga relevancia, el tiempo entre la recolección de los datos necesarios para su compilación y análisis y su disseminación debe ser corto.(8)

Generados de manera regular y manejados dentro de un sistema de información dinámico, los indicadores de salud constituyen una herramienta fundamental para los tomadores de decisión en todos los niveles de gestión. De manera general, un conjunto básico de indicadores de salud como el que forma parte de la Iniciativa Regional OPS de Datos Básicos en Salud y Perfiles de País(10) (ver recuadro) tiene como propósito generar evidencia sobre el estado y tendencias de la situación de salud en la población, incluyendo la documentación de desigualdades en salud, evidencia que — a su vez — debe servir de base empírica para la determinación de grupos humanos con mayores necesidades en salud, la estratificación del riesgo epidemiológico y la identificación de áreas críticas como insumo para el establecimiento de políticas y prioridades en salud. La disponibilidad de un conjunto básico de indicadores provee la materia prima para los análisis de salud. Concomitantemente, puede facilitar el monitoreo de objetivos y metas en salud, estimular el fortalecimiento de las capacidades analíticas en los equipos de salud y servir como plataforma para promover el desarrollo de sistemas de información en salud intercomunicados. En este contexto, los indicadores de salud válidos y confiables son herramientas básicas que requiere la epidemiología para la gestión en salud.

Comparativo de Indicadores Básicos de Salud 2005 - 2008

Población del Estado de Durango				
	2005	2006	2007	2008
Total	1554948	1560005	1538251	1544614
Mujeres	781863	784961	780410	784450
Hombres	773085	775044	757841	760164

Porcentaje de Población del Estado de Durango				
	2005	2006	2007	2008
< 15 años	31.3	30.6	31.9	31.2
de 15 a 64 años	63	63.6	62.3	62.9
65 años y más	5.7	5.8	5.8	5.9
Índice de dependencia	65.3	63.9	60.5	59
Tasa de crecimiento	0.3	0.3	0.4	0.4
Total de nacimientos estimados	29,168	28,671	29,840	29,356
Tasa de natalidad (1,000 hab)	18.8	18.4	19.4	19
Tasa global de fecundidad (hijos/mujer)	2.2	2.1	2.3	2.3
Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de edad	5.1	4.9	6.4	6.2
Total de defunciones 1/	7440	7388	7510	8628

Esperanza de Vida al Nacer del Estado de Durango				
	2005	2006	2007	2008
Total	75.3	75.6	74.4	74.5
Mujeres	77.8	78	76.6	76.8
Hombres	72.9	73.2	72.1	72.2

II Censo de Población y Vivienda, 2005	
	2005; 2006; 2007; 2008
Porcentaje de analfabetas de 15 años o más	4.8
Porcentaje de población de 6 a 14 años que asiste a la escuela	94.5
Proporción de población en viviendas con agua entubada	91.3
Proporción de población en viviendas con drenaje y sanitario exclusivo	85.1
Proporción de población en viviendas con energía eléctrica	95.6
Proporción de población en viviendas con piso de tierra	10

Mortalidad General en el Estado de Durango (1,000 hab)				
	2005	2006	2007	2008
Total	4.8	4.7	5	5.6
Mujeres	4.1	4	4.3	4.6
Hombres	5.5	5.5	5.8	6.6

Mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en el Estado de Durango				
	2005	2006	2007	2008
Total	117	114.7	126.1	143.4
Mujeres	107.6	100.4	115.5	131.4
Hombres	126.5	129.3	137.1	155.8

Mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en el Estado de Durango				
	2005	2006	2007	2008
Total	58.9	62.7	72	80.3
Mujeres	47.6	51.8	59.1	67.6
Hombres	70.4	73.7	85.4	93.5

Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en el Estado de Durango				
	2005	2006	2007	2008
Total	26.6	24.6	24.4	27.8
Mujeres	24.4	21.4	25	27.9
Hombres	28.8	27.9	23.9	27.8

Mortalidad por neoplastias malignas x 100 mil mujeres de 25 años y más en el Estado de Dgo.				
	2005	2006	2007	2008
Del útero	19.4	13.7	14.8	16.5
De mama	14.5	16.2	18.1	16.3

Mortalidad por homicidios y lesiones inflingidas intencionalmente por otra persona en el Estado de Durango				
	2005	2006	2007	2008
Total	11.3	11.5	10.7	25.2
Mujeres	2.3	1.8	1.2	3.4
Hombres	20.3	21.4	20.5	47.6

Mortalidad por Diabetes Mellitus en el Estado de Durango				
	2005	2006	2007	2008
Total	67.9	70.3	74.2	76.7
Mujeres	73.8	74.7	79.4	81.6
Hombres	62	65.9	68.7	71.6

Anexo Técnico

Observaciones sobre el tema de la violencia

Una de las principales observaciones que debe hacerse en el marco de la ejecución y entrega del Diagnóstico presente, es la falta de información estadística en las instituciones de salud sobre los casos de violencia intrafamiliar o de pareja que aquejan a hombres y mujeres duranguenses, esto se refleja claramente en la información que dichas instituciones nos entregaron por escrito donde la ausencia tanto de un programa efectivo de disminución de la violencia como la falta de casos documentados es una constante, debido a lo anterior tomaremos como válidas aquellas estadísticas resultado de las investigaciones que se están realizando incluso justo ahora en instituciones de atención ciudadana que sin ser parte de aquellas encargadas de proveer servicios de atención a la salud de las y los duranguenses, si están relacionadas directamente con la atención del fenómeno de la violencia tal es el caso de:

- Secretaría de Seguridad Pública del Estado de Durango
- Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia, DIF Durango
- Observatorio de Violencia y Equidad de Género, Facultad de Trabajo Social, UJED.

Con los cuáles se trabaja ya en un documento conclusivo acerca de las estadísticas de casos atendidos por cada una de ellas en temas de violencia que debieron de verse reflejados en las estadísticas de salud pero que por alguna razón no fue así.

El caso de estudio con estas instituciones no solo es el tema estadístico sino también el de la investigación de las motivaciones y causas que originan que los hechos registrados a través de sus diversos canales no se reflejen en la estadística de salud.

Para tal efecto se proponen las siguientes acciones:

1. Realización de al menos dos reuniones de trabajo e intercambio de experiencias sobre el tema.
2. Presentación y recopilación de las estadísticas oficiales de violencia intrafamiliar de mujeres y hombres.
3. Ordenamiento de la información.

4. Entrega de documento conclusivo sobre el fenómeno de violencia denunciada pero no atendida en instituciones de salud, al Instituto de la Mujer Duranguense / Instituto Nacional de las Mujeres para ser integrado al “Diagnóstico sobre la Salud de la Población en Durango con Perspectiva de Género”.

Nota: La fecha propuesta de entrega de dicho documento es el 21 de Febrero de 2011.

Material complementario

En otro sentido cabe destacar la integración como material de apoyo al texto generado por el “Diagnóstico sobre la Salud de la Población en Durango con Perspectiva de Género”, la entrega de un paquete de discos DVD que contiene la producción e video y el documento del Diagnóstico en archivo Word con el objeto de ser reproducido para los efectos que se juzguen necesarios, dicho material de video es una expresión corta de los resultados generados por el Diagnóstico, es una complementación visual de los resultados que se generaron con la realización del documento en cuestión, para efecto de difusión y uso por parte del Instituto de la Mujer Duranguense / Instituto Nacional de la Mujeres se entregará el Máster original de dicho disco para los fines que se consideren necesarios.

Recomendación y propuesta de investigaciones relacionadas al Diagnóstico de Salud

- **Estudio de hábitos y desórdenes alimenticios en perspectiva con la actividad principal durante el tiempo libre en las mujeres duranguenses.**

Uno de los temas que está más estrechamente relacionado a la salud y al bienestar del ser humano es la alimentación, la preocupación actual por la salud, como algo más que la ausencia de enfermedad, pasa por una adecuada alimentación y por la realización de actividad física de forma habitual. La alimentación y sus posibles consecuencias con respecto al riesgo de padecer diversas enfermedades han sido objeto de numerosos estudios.

Sin embargo, no ha sido hasta estos últimos años cuando se ha empezado a prestar especial atención al beneficio de la práctica regular de ejercicio

físico, a favor de reducir el riesgo de contraer enfermedades crónicas y de potenciar el bienestar tanto físico como psíquico.

Cada día es mayor la evidencia epidemiológica de que el sedentarismo es causa importante de mortalidad e incapacidad en los países desarrollados y en vías de desarrollo, estudios longitudinales realizados en Estados Unidos, en la década de los años 80, ya mostraron que los niveles altos de condición física disminuían la mortalidad general ajustada por la edad, retrasando la mortalidad por todas las causas y disminuyendo de manera especial la mortalidad debida a las enfermedades cardiovasculares y al cáncer.

El alto grado de sedentarismo observado en la población mexicana y en especial en las mujeres, es preocupante. Es necesario reducir las horas de inactividad física, con objeto de disminuir la mortalidad total y mejorar la calidad de vida de la población adulta femenina.

Sin embargo, la toma de decisiones acertadas acerca de las políticas públicas y las orientaciones gubernamentales hacia la población para contrarrestar los efectos de la obesidad, hipertensión, diabetes, cáncer, entre otras patologías carece aún de la precisión de un estudio que le permita conocer los datos duros acerca de los desórdenes alimenticios más comunes en la población duranguense, su incidencia y su situación en cuanto a variables geográficas y socioeconómicas se refiere.

Por lo tanto proponemos que como parte de las investigaciones futuras se considere la realización de dicho estudio para complementar el presente Diagnóstico de Salud.

- **Estudio de localización de limitaciones y obstáculos para la identificación y registro de la violencia en mujeres y hombres en las Instituciones de Salud de Durango.**

Como lo mencionaba anteriormente, uno de las limitantes para la medición de la patología de la violencia en las instituciones de salud fue sin duda la falta de registros documentales al respecto es por ello que complementando esa observación se propone la realización de un estudio

que nos permita identificar las limitantes y los obstáculos que nos permiten acceder a esa valiosa información en beneficio de la población.

La violencia doméstica ha comenzado a ser asumida no solo como un problema social sino como un programa de salud pública que involucra a toda la sociedad y frente a ella se requieren respuestas integrales. Una serie de características de nuestra cultura han hecho que esta realidad que afecta sobre todo a las mujeres de todo estrato social, no sea considerada como un problema. Esto hace que el estudio de la violencia se vea cruzado por dificultades, como son la escasez de investigaciones, el difícil acceso a la información específica y el registro de la misma en las instituciones de salud.

Para ello es necesario abrir el tema de la violencia al campo de la investigación en instituciones públicas y privadas encargadas de proveer servicios de salud y servicios sociales y que no se limite a un campo de la violencia en específico sino que lo conceptualice de manera integral y que permita identificar las causas de la falta de su registro.

- **Diagnóstico del impacto económico y alimenticio en las familias duranguenses con prevalencia de consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias tóxicas en sus integrantes, resaltando la PEG.**

Debido al cambio del estatus social de la mujer en México, es cuando tímidamente se empieza a reconocer la problemática de las adicciones en las mujeres, aunque no es hasta fechas más recientes cuando se inicia la búsqueda de un tratamiento específico para la mujer, así como sus características diferenciales frente a los hombres.

Con el aumento de los roles cada vez más demandantes a la población femenina, ha habido un aumento del consumo no sólo de drogas legales, sino también de las ilegales.

"Las mujeres ingieren alcohol o alguna pastilla bajo pretextos de una falsa sociabilidad: para poder aguantar a los niños o relajarse antes de una junta, para levantarse, antes de salir de compras, para poder tener relaciones sexuales, para perder peso, dormir o despertar, para aliviar la fatiga, o bien, por falta de confianza en sí misma, aburrimiento, frustración o alivio al estrés. El estado civil y la edad de

una mujer también influyen en la determinación de consumir cierta sustancia tóxica" (Valdez, 1999).

Las diferencias de género se reflejan en cuestiones como las respuestas al consumo abusivo de drogas. Los hombres suelen centrarse en los efectos relacionados con el delito; mientras que las de las mujeres parecen estar más motivadas por una preocupación ante el impacto del consumo abusivo de sustancias adictivas en terceros: hijos, prostitución y miedo por enfermedades de transmisión sexual, etc. (Haddon, 1985).

Entre los factores asociados al consumo sustancias tóxicas en las mujeres se encuentran:

- Problemas sexuales.
- Desestructuración familiar. Ausencia de atención paterna, ser madres solteras, falta de cuidado, de seguridad y confianza.
- Son familias con un "estilo de crianza inconsistente, de distanciamiento emocional de los padres, con violencia sexual y familiar."
- La violencia y factores como la pobreza.
- La tendencia de las mujeres a exteriorizar sus problemas a través de dolencias físicas tratadas a través de médicos
- La anatomía y constitución corporal: Por su peso corporal, la mujer necesita menores cantidades de sustancia para llegar al mismo grado de intoxicación que un hombre, ya que tiene menos agua y más tejido graso; además, posee menos enzimas protectoras.
- Grupo social al que pertenecen. El estado civil y la edad de una mujer influyen en la determinación a consumir alguna sustancia.

Sin duda que es posible encontrar mayores implicaciones relacionadas con el consumo de sustancias tóxicas, sin embargo para efecto de estudio cabe resaltar que lo que deseamos es determinar el impacto económico y por lo tanto el impacto en la calidad de la alimentación no solo del individuo sino del núcleo familiar en general cuando la adicción se presenta en uno o más de quienes lo integran.