

---

# POLÍTICA DE SALUD

---

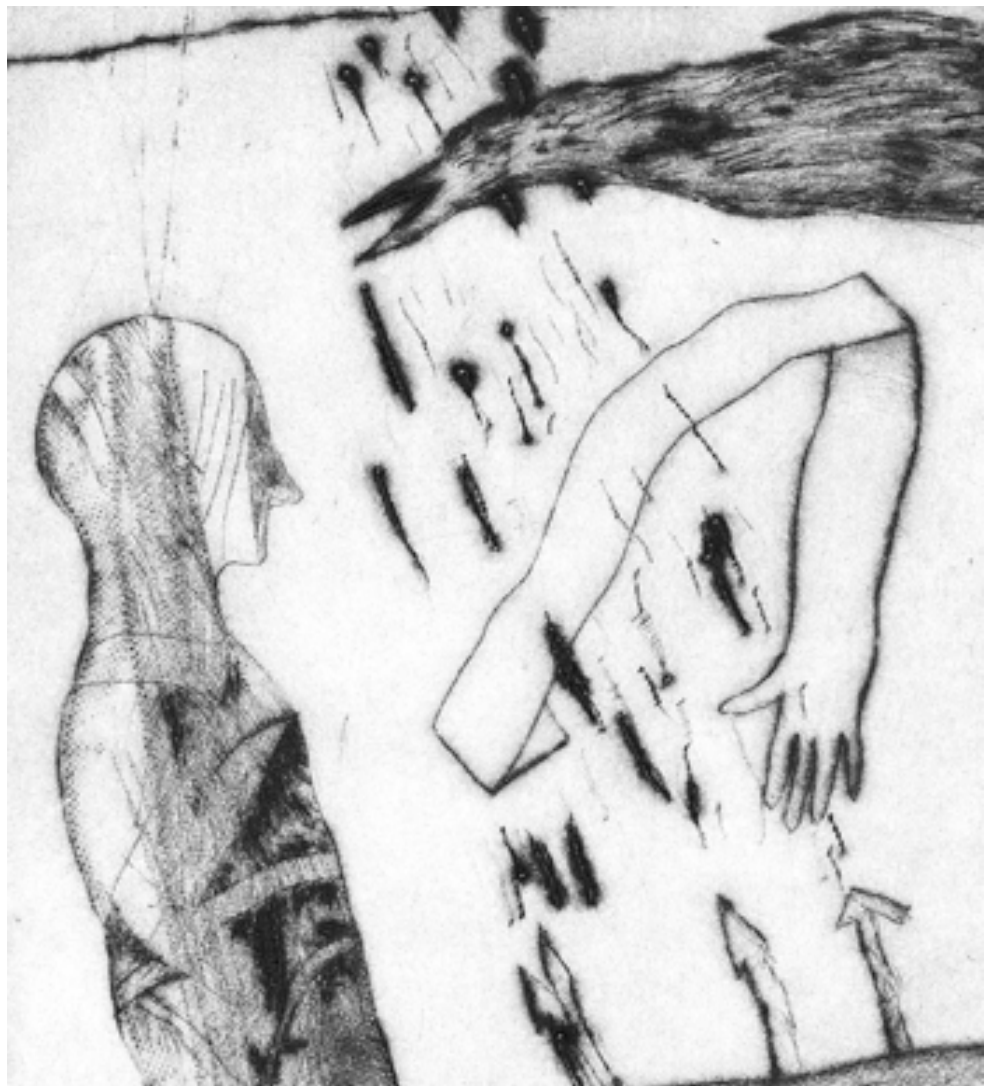
## *Salud, enfermedad y muerte*

*José B. Morelos\**

El propósito del trabajo consiste en analizar la política social del Estado en lo tocante a la salud. La idea es identificar las medidas que contribuyen a conservar y prolongar la vida de las personas y las destinadas a mejorar las condiciones en que ésta se desarrolla. En esta perspectiva resulta interesante comentar cómo ha abordado el Estado, entre los años treinta y los noventa, la cuestión social y repasar, en lo general, los objetivos y programas de las políticas de salud. Se trata de lapsos diferentes en lo demográfico y lo epidemiológico. En la primer década mencionada, la población del país daba sus primeros pasos por las sendas de las transiciones demográfica y epidemiológica; en la segunda se encuentra casi al final de la tercera etapa demográfica y con un perfil epidemiológico que combina las enfermedades del desarrollo con las enfermedades de la indigencia y la pobreza.

Durante la etapa sustitutiva la cuestión social la estructuró el Estado a partir del ángulo del trabajo y por ende quedó atada al proceso de industrialización. La protección al trabajo y la preservación de la fuerza de trabajo se hizo efectiva mediante la creación de infraestructura institucional de naturaleza diversa: IMSS, ISSSTE, Comisión Nacional de Salarios Mínimos, Conasupo, Instituto Nacional de la Vivienda, entre otros.

En materia de salud, las acciones de corte sanitario, llevadas a efecto en la mayor parte de este periodo, tienen como marco de referencia los acuerdos tomados en la Segunda Convención Ordinaria del Partido Nacional Revolucionario (1933), que adoptaba como premisa la obligación del Estado de proteger la salud del individuo para po-



sibilitar así el desarrollo de la sociedad. En los distintos programas se establecía como prioritaria la lucha contra la mortalidad infantil; se enunciaban normas sobre la alimentación e higiene a nivel personal, familiar y de la comunidad; y se imponía a los municipios la obligación de establecer servicios públicos fundamentales. Se crearon y pusieron en práctica los programas de

lucha contra la tuberculosis, la viruela y el paludismo.

El despliegue de estas actividades, unas de corte vertical ligadas a la disminución y prevención de enfermedades y otras de índole horizontal relacionadas con los progresos en las condiciones de vida de la población tuvieron un influjo favorable en los perfiles demográficos y epidemiológi-

---

\* Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México.

cos de la población mexicana. Se redujo el impacto letal de endemias y epidemias y se prolongó la edad al morir de la población. El cambio en la estructura de la mortalidad por causas introdujo alteraciones en las formas de morir, asimismo la elevación de las probabilidades de sobrevivencia de los distintos grupos etarios propiciaron la ampliación del tiempo y espacio familiar.

Durante la vigencia de las políticas proteccionistas la acción del Estado influyó de forma decidida en los procesos de industrialización y urbanización, y dada la vinculación de dichos procesos con la política social, a través del trabajo, el control social de la mortalidad tuvo mayor efectividad en los grandes centros urbanos. A fines de los sesenta el rezago en materia de salud era notorio. En 1970 las personas nacidas en el Distrito Federal tenían una esperanza de vida al nacer superior en 10 años a las nacidas en Chiapas o Oaxaca; el riesgo relativo de muerte de un niño de menos de un año era en estas dos entidades 2.5 superior al del niño residente en el Distrito Federal o en Nuevo León.

En el Distrito Federal ocurrían 2.3 defunciones de menores de 15 años por cada persona de 65 años y más; en Chiapas la cifra correspondiente era de 3.5. Si se toma la escolaridad de la madre como un indicador aproximado de las disparidades sociales, los datos disponibles indican que más del 80% del total de muertes de menores de un año provenían de madres analfabetas o con primaria incompleta.

En los años ochenta la precarización de la mano de obra, la pérdida de empleos formales y la flexibilización del trabajo junto con la preocupación del gobierno por dar prioridad al equilibrio macroeconómico minoraron, en forma notable, la sinergia de las medidas verticales y horizontales. A diferencia de años anteriores, el trabajo dejaba de ser el eje articulador de la política social y con el redimensionamiento de los objetivos de la política social, consistentes sólo en paliar los efectos sociales de la crisis y ofrecer a la población de menores recursos un piso social básico, se reducía, en forma sensible, la efectividad de dicha política. Bajo esta perspectiva, la política de salud tenía como principal bastión las medidas de corte vertical. En 1984 se establece el Programa Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Diarréicas (EDAS) y en 1988, en algunos estados, el de Prevención y Control de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), el cual extiende su cobertura a todo el país en 1989.



Se establece el Programa Nacional de Acción para la Niñez en respuesta a los compromisos formulados en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y como uno de los instrumentos al servicio de la estrategia nacional de combate a la pobreza. En el mismo se establecen como metas para 1994, la reducción del 50% de las EDAS con respecto al nivel de 1990 y en el caso de las IRAS se fija en 25%. Con base en los resultados de la Encuesta de Cobertura de Vacunación y la creación del Consejo Nacional de Vacunación se propone alcanzar la meta de inmunización universal, con lo que se pretende proteger a los niños de los siguientes flagelos: poliomielitis, sarampión, difterias, tétanos, tosferina y tuberculosis.

El actual Programa Nacional de Salud incluye, entre otros puntos, la atención materna infantil; el desarrollo de la madre y el niño; la situación alimentaria de la madre y del niño; y el de capacitación, el cual con la descentralización busca fortalecer los Centros Regionales de Adiestramiento. En cuanto a la participación comunitaria se establecen dos vertientes: 1) la participación inducida que se materializa con

el establecimiento de comités de salud, auxiliares del área médica y asistentes rurales y 2) la medicina tradicional, en las que se interrelacionan los terapeutas tradicionales con las parteras rurales.

Si se comparan las directrices para mejorar la salubridad nacional, emanadas de la Segunda Convención del PNR, con las acciones y prioridades del Programa Nacional de Salud, se aprecia un paralelismo en los objetivos y programas, sobre todo los relativos a la mortalidad infantil, la situación alimentaria y en cierta medida las acciones de los Centros Regionales de adiestramiento con los servicios rurales cooperativos. Pero en términos del contexto hay una diferencia substancial, son notorias las desigualdades sociales y la concentración de la riqueza, ha aumentado la población en condiciones de pobreza extrema y la pérdida del poder adquisitivo ha sido lesiva para las clases medias y populares. A lo anterior debe añadirse, además, el retraimiento del Estado en la promoción de un desarrollo social generalizado.

Desde el lado de la demografía, la proporción de menores de 15 años se reduce y aumentan los porcentos de las poblaciones en edades activas como los de los grupos de población de la tercera y cuarta edad, y persisten las desigualdades frente a la muerte.

La polarización de la transición epidemiológica se ve alentada por el resurgimiento del cólera y la tuberculosis, y por la mayor resistencia de los humanos y los animales a los antibióticos y pesticidas. No menos importantes por la influencia en la salud son las alteraciones climáticas, las sequías, la contaminación del medio ambiente y el agotamiento de los recursos no renovables.

Los factores descritos dan elementos para pensar que, cuantitativa y cualitativamente, los problemas de salud del momento actual y del futuro son y serán distintos a los existentes en el pasado. Ante este panorama se requiere de una política de salud integral, dirigida a preservar y mejorar la salud de niños, jóvenes, adultos y ancianos, que responda a los perfiles epidemiológicos de cada uno de estos grupos etarios mediante una adecuada respuesta social organizada. Tal política requiere insertarse en una política social que no sólo atienda a los grupos más vulnerables de la población, sino que brinde las condiciones para elevar la calidad de vida de todos los mexicanos. **DemoS**