

Capítulo VIII

Población y salud

La compleja situación de la mortalidad por causas de los adultos en edad productiva en México¹

Carolina Martínez Salgado
Universidad Autónoma Metropolitana

Introducción

Hacia mediados del siglo pasado, una de las preocupaciones centrales de la política de población fue el predominio, en la estructura de edad, de los grupos más jóvenes. A finales de siglo el problema se había trasladado ya al otro polo: el incremento de personas en edad avanzada, con la amenaza de que no hay ni pensiones ni atención médica que basten para atenderlos. Por lo demás, los expertos coinciden en la apreciación de que difícilmente podría encontrarse una estructura poblacional más propicia que la actual para el despliegue de las potencialidades productivas de los habitantes del país. El contingente más numeroso de la población (poco más del 60%) está compuesto justamente por quienes tienen entre 15 y 64 años: la edad productiva. Sin embargo, parecería que también la cantidad de adultos en edad de producir resulta excesiva (como lo sugieren las difíciles tendencias de la migración internacional). Porque, como también lo muestran los expertos, las posibilidades de que esas potencialidades se realicen no dependen sólo de la determinación de las personas, sino de las condiciones que la estructura económica y social ofrecen para que esto pueda ocurrir (Alba *et al.*, 2006).

Ahora bien, los adultos en edad productiva de hoy serán los adultos mayores de mañana, o al menos lo serán aquellos que alcancen a sobrevivir. ¿Y en qué condiciones lo harán? A través del examen del perfil de la mortalidad por causas de la población de 15 a 64 años a principios de este siglo intentaré llamar la atención hacia algunos de los ángulos más preocupantes de una grave y compleja problemática, que no tiene que esperar al futuro para mostrar sus efectos porque éstos están ya aquí, en nuestro más inmediato presente.

¹ Un estudio más detallado sobre esta problemática puede encontrarse en el documento elaborado por la autora para una publicación del Área de Investigación en Salud y Sociedad, Departamento de Atención a la Salud, UAM-Xochimilco, titulado: *El perfil de la mortalidad por causas de los adultos en edad productiva en México a principios del siglo XXI: Un panorama preocupante.*

Qué nos enseña sobre la vida el estudio de la mortalidad por causas

Como lo he propuesto en trabajos previos, el perfil de daños a la salud no es independiente de lo que ocurre en el mundo en el que habitan los sujetos que así enferman y mueren (Córdova *et al.*, 1989:80 y 1989a; Martínez, 1993 y 1999; Martínez y Leal, 2005). Por el contrario, como postulé hace ya un buen número de años: "las causas de muerte pueden interpretarse como el saldo final o desenlace de las condiciones de vida y los riesgos para la salud que en éstas se originan, y del efecto real de la políticas de salud que ante esta situación se ofrecen" (Martínez, 1990:12). Es por eso que la estructura de las causas de muerte puede interpretarse como una de las manifestaciones de las circunstancias en las que transcurre la vida de los integrantes de cada grupo de la población, y su estudio puede aportarnos importantes enseñanzas.

Por lo demás, en sociedades como la nuestra la principal alternativa de la que disponemos para enfrentar los daños a la salud son los servicios que proporciona el Sector Salud, del cual se espera que responda a través de sus políticas específicas. Por eso el análisis de la mortalidad por causas aporta también un parámetro importante para la evaluación de la eficacia de esas políticas, tanto en su vertiente preventiva como en la curativa (Martínez y Leal, 2000:15; Martínez y Leal 2002).

Es con estas ideas que propongo acercarnos a examinar, aún si es muy brevemente, las causas de mortalidad de los adultos en edad productiva, como invitación a la reflexión sobre la compleja situación que a ésta subyace y a la búsqueda de alternativas que resulten más adecuadas para enfrentarla que las extremadamente limitadas de las que hoy día disponemos.

La mortalidad por causa de los adultos en edad productiva

El grupo de 15 a 64 años comprende, sin duda, etapas del ciclo vital bastante heterogéneas (entre ellas, la etapa reproductiva femenina). Así que, al revisar los problemas de salud que conducen a su muerte, conviene diferenciar lo que sucede en los distintos subgrupos de edad y sexo. De las muchas características que este análisis podría considerar, voy a destacar aquí sólo tres:

- a) Una peculiaridad que caracteriza a sus niveles de mortalidad.
- b) La patología que amenaza la vida de este grupo de la población.
- c) La condición de derechohabiente de los fallecidos.

Por lo que se refiere al primero de estos puntos, si bien los niveles de mortalidad de las personas de 15 a 64 años en los primeros años de este siglo no son, comparativamente, tan elevados como los de los adultos mayores (de hecho, los grupos de 15 a 24 y de 25 a 34 son los que suelen exhibir los niveles más bajos), es llamativo que los hombres tengan tasas de mortalidad de más del doble que las mujeres, en especial en el grupo de 25 a 34 años (SSA, 2007). En lo que atañe al segundo de los puntos mencionados, si examinamos el perfil de causas de mortalidad en el año 2005, subdividiendo a este gran conjunto en dos subgrupos: los menores de 30 años y los que están por arriba de esta edad, y considerando lo que ocurre a los hombres y mujeres de cada uno de éstos, podremos observar lo siguiente (INEGI, 2005). La población en edad productiva más joven murió principalmente

por accidentes, homicidios, tumores malignos, suicidios y VIH/SIDA (en ese orden). Sin embargo, los accidentes fueron notablemente más frecuentes en los hombres, y los tumores en las mujeres. Los suicidios y el VIH/SIDA se presentan con una proporción mayor en los hombres que en las mujeres, en tanto que los padecimientos relacionados con el embarazo, parto y puerperio dieron cuenta de cerca del diez por ciento de los fallecimientos femeninos en este grupo de edad.

En cuanto al subconjunto de 30 a 64 años, las causas de muerte más comunes fueron la diabetes mellitus y los tumores malignos, ambos proporcionalmente mayores en las mujeres que en los hombres, en tanto que para el contingente masculino las dos primeras causas de defunción fueron las enfermedades del hígado y los accidentes. Las muertes por enfermedades del corazón mostraron proporciones altas, tanto para los hombres como para las mujeres, y aquellas ocasionadas por enfermedades cerebrovasculares, si bien de frecuencia menor que las cardiovasculares, figuraron entre las primeras diez. Para los hombres, los homicidios fueron notablemente más altos que para las mujeres, al igual que los fallecimientos por VIH/SIDA.

Aún cuando no pueden plantearse relaciones mecánicas entre la mortalidad y la morbilidad, lo anterior sugiere que la población en la etapa más productiva del ciclo vital está amenazada por serios padecimientos de alta letalidad, algunos de ellos de tipo crónico y otros que parecen brotar de la ansiógena situación en la que transcurre su vida: una problemática de salud originada en complejas constelaciones causales de no fácil prevención, de serias consecuencias y de costosa atención médica.

Pero me queda aún por considerar el tercero y último de los puntos sobre los cuales he querido aquí concentrar la atención: la cobertura de los servicios públicos de atención médica. Cerca de la mitad de quienes murieron en 2005 no eran derechohabientes (ni siquiera del sumamente limitado servicio del Seguro Popular), y esta proporción fue mayor para los más jóvenes (SSA, 2007). En el grupo cuya situación estamos estudiando aquí, la no derechohabencia fluctuó desde el 52.3 por ciento para quienes murieron entre los 15 y los 24 años de edad, hasta el 35.5 por ciento de los fallecidos entre los 55 y los 64.² Lo anterior evidencia la insuficiencia de las coberturas de atención médica (sin mencionar siquiera el problema de la calidad). En este trabajo no abordaré el problema de las condiciones económicas de la población afectada, pero es conocido el nivel de precariedad de los niveles de ingreso, lo que implica que el déficit en la cobertura de los servicios públicos de atención médica difícilmente podría ser paliado a través del acceso a los servicios privados (Martínez y Leal, 2000).³

Conclusión

Quienes enferman y fallecen en este grupo de edad tendrán que ser descontados del contingente que (de existir las condiciones económicas adecuadas) podría haber contribuido a la generación de bienes y servicios, tanto para sí mismos como para su familia y la sociedad en su conjunto. Durante sus episodios de enfermedad, y sobre todo en las etapas que preceden a su fallecimiento, pasan junto con sus familias por dramáticas experiencias no sólo

² Esto sin hacer ninguna suposición sobre cuál habrá sido la derechohabencia de aquellos para quienes no se especificó, cuyo porcentaje supera el diez por ciento de las defunciones.

³ Que, por lo demás, muy probablemente resultarían también insuficientes.

económicas sino humanas, en ausencia de los servicios médicos adecuados para enfrentar la patología emanada del "portafolio de riesgos" (Douglas y Wildavsky, 1982) tácitamente aceptado por la sociedad de la que forman parte.

El sector salud de un gobierno responsable no se replegaría a las actividades preventivas más elementales y de menor costo, ni dejaría en el abandono a quienes enferman. En cambio, se preocuparía por diseñar políticas que, mediante un adecuado equilibrio entre la prevención y la cura, atendiera en forma eficaz los problemas de salud inherentes al perfil epidemiológico de los habitantes del país (Martínez y Leal, 2000 y 2002). Al decir todo lo anterior parto del supuesto de que la salud es todavía un valor que se considera importante defender.

Referencias bibliográficas

Alba F, Banegas I, Giorguli S, Oliveira O. El "bono demográfico" en los programas de las políticas públicas de México (2000-2006): un análisis introductorio. Ponencia presentada en la *VIII Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México: Repensando la agenda de políticas y acciones en el ámbito poblacional*. Sociedad Mexicana de Demografía, 6 a 9 de septiembre, Guadalajara, Jal.

Córdova A, Leal G, Martínez C, 1989. *El ingreso y el daño. Políticas de salud en los ochenta*. México: UAM-X.

Córdova A, Leal G, Martínez C, 1991. ¿Hacia dónde va el perfil de daños a la salud de la población mexicana? *Reporte de investigación 61*. México: División de Ciencias Biológicas y de la Salud, UAM-X.

Douglas, M. y Wildavsky, A. (1982) *Risk and culture. An essay on the selection of technical and environmental dangers*. Berkeley & Los Angeles: University of California Press.

INEGI, 2005. Porcentaje de defunciones generales de 15 a 29 años por sexo y principales causas, 1990 a 2005; Porcentaje de defunciones generales de 25 a 64 años por sexo y principales causas, 1990 a 2005. Disponibles en URL: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob49&c=3226> y [t=mpob50&c=3227](http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob50&c=3227), citado el 31 de mayo de 2007.

Martínez Salgado C., 1990. Causas de muerte. Manifestación de las desigualdades sociales. *Demos*. Carta demográfica sobre México 1990. México: IIS-UNAM.

Martínez C y Leal G, 2000. Población y salud en México. Perspectivas de fin de siglo. *Reporte de investigación 84*. México: División de Ciencias Biológicas y de la Salud, UAM-X.

Martínez C y Leal G, 2002. La prevención y la cura. En busca de nuevos equilibrios. En: *Creatividad y quehacer científico en la UAM-Xochimilco 2001*. México: UAM-X, págs 523-534.

Martínez C. y Leal G, 2003. La transición epidemiológica en México: un caso de políticas de salud mal diseñadas y desprovistas de evidencia. *Estudios demográficos y urbanos* 17(3):547-570.

Martínez C. y Leal G, 2005. El cuidado de la salud de la población urbana en condiciones de pobreza: nuevo polo de una difícil problemática. *Papeles de población* 43:149-165.

SSA, 2007. SINAIS. Mortalidad. Disponible en URL: <http://sinais.salud.gob.ms/mortalidad/>
Citado el 31 de mayo de 2007.

Hacia una política integral de salud para los ancianos mexicanos

Leticia Robles Silva
Universidad de Guadalajara

Introducción

En México es urgente diseñar políticas de salud para los ancianos, no sólo por su mayor número, sino porque constituyen un grupo vulnerable debido a la presencia de dependencia, enfermedad y discapacidad, lo cual implica una gran inversión y gasto para su atención en salud. Esta inversión y gasto no sólo se da tanto a nivel institucional como familiar, por ejemplo, los gastos catastróficos en salud en hogares mexicanos aumentan con la presencia de ancianos (Sesma-Vázquez *et al.*, 2006); en cambio, el Sector Salud hará una mayor inversión en salud, si en 2004 la erogación estimada fue de dos mil millones de dólares americanos sólo para este grupo, en 2050 será de 133 mil millones (Mojarro y Valencia, 2006), lo cual podría convertirse en un problema por lo menos igual de serio que el de las pensiones. De ahí la relevancia de definir políticas de salud dirigidas a la vejez.

Una de las tendencias internacionales para el diseño de una política de salud para la vejez es formularla a partir de las necesidades sociales, pero también a partir del conocimiento de la eficacia de las varias alternativas disponibles para enfrentarlas. En este sentido, la siguiente propuesta se orienta en función de las experiencias exitosas a nivel internacional en países de ingresos medios y bajos, como México, y ofrece una visión de hacia dónde dirigir los esfuerzos en términos de una política de salud para la vejez.

Las condiciones de salud durante la vejez

Un fenómeno de la transición epidemiológica y demográfica es el desplazamiento de la muerte a las edades avanzadas, es decir, ahora ya no mueren más niños sino ancianos. Por otra parte, durante la vejez, las condiciones de salud-enfermedad están definidas por la “doble carga de la enfermedad”, de modo que predominan las enfermedades crónicas acompañadas de enfermedades infecciosas y nutricionales particulares, así como problemas focalizados del grupo de traumatismos. A lo anterior se añaden las condiciones crónicas no mortales productoras de incapacidades: demencia, depresión, problemas de dentición, disminución visual y auditiva, incontinencia. Finalmente, un rasgo de la vejez es la discapacidad, 20 por ciento de los ancianos mexicanos tiene dificultades con las actividades de la vida diaria (Patel *et al.*, 2006) y la auto-percepción de mala salud oscila entre 4 y 39 por ciento (WHO, 2006; Reyes *et al.*, 2004).

En suma, las políticas en salud para la vejez deberían centrarse en dos problemas a resolver: por un lado, las enfermedades y las condiciones crónicas y, por el otro la discapacidad.¹

Hacia una visión integral de la política en salud para la vejez

La tendencia internacional es pugnar por una política de salud integral que incluye dos estrategias: una centrada en la prevención y control de las enfermedades con el fin de lograr una "vejez saludable" (Stein y Moritz, 1999; WHO, 2005), y otra en el desarrollo de la atención de largo plazo para responder a las necesidades derivadas de la discapacidad y las causas que la producen, evitar el deterioro en los niveles de funcionalidad y mantener al anciano con una vida independiente el mayor tiempo posible (WHO/AHE, 2000).

La posibilidad de una política de salud exitosa y efectiva en términos de costo-beneficio para la vejez requiere de ambas estrategias, y ambas deben ser pensadas como una política integral a nivel nacional lo cual es recomendable por encima de políticas sectorizadas para cada estrategia; sólo a través de una política integral es posible coordinar los múltiples servicios requeridos para responder a las necesidades de salud de la vejez.

Lo anterior implica un esfuerzo por integrar servicios provenientes de distintas instancias gubernamentales, ya que no es únicamente el sector salud quien debe involucrarse, sino también otras secretarías de Estado, el tipo de servicios requeridos no son exclusivamente de tipo sanitario sino también social, por lo tanto debe ser una política intersectorial.

De acuerdo con las evaluaciones la localización de los servicios a nivel del hogar o comunitario constituye una pieza clave en el éxito de la mayoría de las intervenciones de prevención de enfermedades crónicas y la rehabilitación, así como en el otorgamiento de los servicios de atención de largo plazo. Se trata de des-institucionalizar los servicios y acercarlos a los ciudadanos en los espacios donde viven, es decir, en la comunidad, donde han tenido mejores resultados, pero sin eliminar los servicios institucionales para ciertos subgrupos de ancianos más vulnerables.

La responsabilidad compartida, entendida como el involucramiento y la participación no sólo del sector público y privado, sino también del nivel comunitario, son fundamentales para la expansión de los servicios, pero también para potenciar sus efectos. Asimismo, esta misma idea implica trabajar a partir de equipos multidisciplinarios de trabajadores de la salud y no de esfuerzos aislados y desvinculados de los distintos campos profesionales de la salud o del sector social.

La política en salud debe estar dirigida a todos los ancianos mexicanos, pero deberá poner especial atención en dos grupos vulnerables: los pobres y los ancianos migrantes que regresan de Estados Unidos. Ambos grupos enfrentan las mayores dificultades en cuanto a atención en salud y acceso a los servicios.

Si bien estos son los rasgos de una política integral, cada una de las estrategias debe considerar las particularidades de sus propios objetivos al momento de la implementación.

¹ Lo anterior no implica eliminar las estrategias para las enfermedades infecciosas y los traumatismos, empero quiero enfatizar en aquellos problemas a los cuales poca atención se le ha prestado en términos de política para la vejez en México

Las acciones para una vejez saludable

El objetivo de una política para una vejez saludable es garantizar un envejecimiento con el mínimo de discapacidades y problemas de salud (Brands y Yach, 2002). Esto sólo es posible si las acciones se realizan a lo largo de la vida, y no únicamente durante la vejez, lo que implica que la población objetivo abarca desde la niñez hasta la ancianidad. Por otra parte, debe poner especial atención en las enfermedades crónicas, pero trabajar con el conjunto de ellas y sus riesgos (WHO, 2005), no en programas y acciones particulares para cada enfermedad, como sucede hoy día en nuestro país, donde se diseñan programas para cuanta enfermedad crónica existe.

Las acciones para el control de la enfermedad deben incluir no sólo la atención médica sino también la prevención terciaria a través de la rehabilitación con base comunitaria y los cuidados paliativos (Guralnik, Fried y Salive, 1996).

La atención de largo plazo

La atención de largo plazo es definida como el conjunto de actividades dirigidas a satisfacer las incapacidades crónicas de las personas, ya sea a través de cuidadores informales (familia y amigos) o cuidadores formales, como son profesionales y paraprofesionales, terapeutas tradicionales y voluntarios. Incluye una amplia gama de servicios como los de cuidado personal (bañarlos), actividades domésticas (preparación de alimentos y limpieza de la casa), manejo de actividades extra-domésticas (compras, transporte), aparatos de apoyo (bastones y andaderas), la aplicación de la más avanzada tecnología (sistemas de alerta de urgencias, sistemas computarizados de recordatorio de medicamentos), y modificaciones del hogar (rampas y barandales). Esta mezcla de servicios pueden ser proporcionados en los hogares, en la comunidad o en instituciones, y está diseñada para minimizar, restaurar o compensar la falta de independencia física o de funcionamiento mental (Kodner, 2003; WHO, 2002).

De acuerdo en las evaluaciones y revisiones de las políticas y programas de atención de largo plazo, es posible y deseable implementarlas en los países de ingresos medios como México; para ello es recomendable que los países en desarrollo no repitan los errores cometidos en los países de ingresos altos y más bien recuperen las experiencias exitosas.

El diseño de una política nacional de atención de largo plazo *ex-profeso* y con los programas y acciones que garanticen su implementación a nivel nacional, sub-nacional, regional y local, pero con una alta flexibilidad para adaptarse a las necesidades particulares de las comunidades a nivel local, es un requisito para su éxito. Además, debe operar independientemente del resto de los programas del sector y contar con un financiamiento propio y un respaldo legislativo. Para garantizar su desarrollo debe aprovechar los recursos y la infraestructura existente, lo cual incluye considerar las estructuras comunitarias y familiares del cuidado informal existentes, ya que no es objetivo desarticularlas ni desaparecerlas, sino trabajar en conjunto con ellas. Esto conlleva que si se desea que sea exitosa y efectiva deberá priorizar su otorgamiento en el hogar y con base comunitaria (Johri, Beland y Bergman, 2003), lo que además responde a las preferencias de los ancianos de continuar viviendo en sus hogares.

En el caso de la atención de largo plazo, la población objetivo no está compuesta únicamente por los ancianos sino también por sus cuidadores, particularmente las mujeres, quienes asumen esta responsabilidad en las familias.

Finalmente, para su operación y para garantizar equidad es fundamental la existencia de una vía de entrada única a través de un "coordinador de casos", con lo cual se eliminan las barreras de accesibilidad y se logra una mejor utilización de los servicios.

Conclusiones y recomendaciones para futuras agendas

De acuerdo con las evidencias, invertir en políticas de salud para la vejez contribuye a conservar y mantener una población envejecida en buenas condiciones de salud y bienestar. En este sentido, las dos propuestas anteriores son valoradas hoy en día como las alternativas no sólo para resolver las necesidades de los ancianos actuales, sino también de las futuras generaciones. De acuerdo con las evaluaciones y experiencias en países, tanto de ingresos altos como medios y bajos, es viable la existencia de ambos modelos y representan una inversión redituable, tanto a nivel económico como por sus efectos en el mejoramiento de las condiciones de salud de los ancianos.

La implementación de ambas estrategias requiere la concertación de esfuerzos de varios niveles del Estado y sus órganos de gobierno, pero también de la sociedad en su conjunto, representados tanto en la sociedad civil como en los organismos privados. El reto es reorientar el rumbo pero también de identificar las opciones más exitosas para hacerlas viables con los recursos disponibles. Esto implica tener un panorama claro de hacia donde dirigir las decisiones.

Bibliografía

- Brands, A. y Yach, D. (2002) En *NMH Reader* World Health Organization, Geneve, p. 23.
- Challis, D. (2003) En *Key Policies Issues in Long-Term Care* (Eds., Brodosky, J., Habib, J. y Hirschfeld, M.) World Health Organization, Geneve, pp. 139-192.
- Guralnik, J., Fried, L. y Salive, M. (1996) *Annual Review Public Health*, 17, pp.25-46.
- Johri, M., Bely , F. y Bergman, H. (2003) *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, pp. 222-235.
- Kodner, D. (2003) In *Key Policies Issues in Long-Term Care* (Eds., Brodosky, J., Habib, J. y Hirschfeld, M.) World Health Organization, Geneve, pp. 91-138.
- Mojarro, O. y Valencia, A. (2006) In *VIII Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México* Guadalajara, México, p. 33.

- Patel, K., Peek, M., Wong, R. y Markides, K. (2006) *Journal of Aging and Health*, 18, 315-329.
- Reyes, S., Beaman, P., García-Peña, C., Espinel, C. y IMSS, G. N. d. I. s. E. e. e. (2004) En *La salud del adulto mayor. Temas y debates* (Eds, Muñoz, O., García, C. y Durán, L.) Instituto Mexicano del Seguro Social, México, pp. 139-154.
- Sesma-Vázquez, S., Pérez-Rico, R., Sosa-Manzano, C. y Gómez-Dantes, O. (2005) *Salud Pública de México*, 47, 37-46.
- Stein, C. y Moritz, I. (1999) World Health Organization, Geneve, pp. 20.
- WHO/AHE (2000) *Home-based long-term care. Report of a WHO study group*, World Health Organization, Geneve.
- WHO (2002) *Lessons for Long-Term Care Policy*, World Health Organization, Geneve.
- WHO (2005) *Preventing Chronic Diseases. A vital investment*, WHO/ Public Health Agency of Canada, Geneve.
- WHO (2006) SAGE. *WHO Study on Global Ageing and Adult Health*, WHO, Geneve. Disponible en <http://www.who.int/healthinfo/systems/sage/en/print.html> consultado 13 noviembre 2006.

Las necesidades de salud y la política de población

Rosario Cárdenas
Universidad Autónoma Metropolitana

Como consecuencia de las transformaciones sociodemográficas registradas en el país durante el siglo pasado, y particularmente a partir de los años setenta, el panorama en materia de salud se ha vuelto más complejo y las necesidades que es imperioso atender en esta área se han diversificado. A la reducción de la mortalidad debida a enfermedades transmisibles le ha seguido un incremento en la participación de aquellas no transmisibles (Cárdenas, 2002). La transformación del perfil de causas de muerte ha resultado en un aumento en la longevidad promedio, evidenciada por los cambios en la esperanza de vida. El surgimiento de enfermedades como el VIH/SIDA ha representado y continúa siendo un desafío para la investigación médica y los programas de salud, al tiempo que el impacto de su presencia en el país queda manifiesta en las cifras sobre mortalidad por causas (Secretaría de Salud, 2003). De manera simultánea, la adopción de ciertos comportamientos y las modalidades de organización social han redundado en el incremento de algunas enfermedades, así como en el de ciertas condiciones que predisponen para el desarrollo de otras, lo que provoca que hoy se reconozca que han alcanzado dimensiones epidémicas. Tal es el caso de la obesidad, el tabaquismo y la diabetes *mellitus*, por ejemplo (Giovannucci y Michaud, 2007).

Ya que el *Programa Nacional de Población* es el documento rector de las acciones requeridas para atender las transformaciones emanadas de la dinámica demográfica, coordinándolas con las señaladas en los diversos programas que abordan aspectos del desarrollo social, resulta particularmente pertinente, en virtud del panorama antes señalado, la inclusión de una mayor variedad de aspectos sobre salud con el propósito de consolidar los avances logrados en esta esfera, al tiempo que se responde a los rezagos que todavía prevalecen en algunos grupos de la población y los retos que representa la modificación de los patrones de morbilidad y mortalidad.

Indudablemente, la continuidad de las acciones en materia de planificación familiar ha sido un elemento fundamental no sólo para la consecución de los objetivos planteados en lo que podría denominarse la época moderna de la política de población en el país, sino también para la promoción del ejercicio del derecho de los individuos a decidir sobre su reproducción. Sin embargo, a pesar de los logros obtenidos, la información estadística muestra áreas de atención que requieren fortalecerse. El conocimiento sobre y el acceso a metodología anticonceptiva requiere ampliarse, particularmente entre la población joven. Este es un aspecto de singular importancia dada la confluencia de varios elementos. Por una

parte, la sinergia potencial entre la información sobre salud en una esfera y la adopción de comportamientos que se asocian a condiciones más saludables. La información, el acceso y uso de metodología anticonceptiva no sólo atañe al ejercicio de una reproducción decidida sino también a la de una sexualidad libre de riesgos. La epidemia de VIH/SIDA, cuyo efecto se espera continúe registrándose en el mediano plazo en el país (Secretaría de Salud, 2006:142-143), aunada a la identificación del papel que desempeña el virus del papiloma humano en el desarrollo de cáncer cervicouterino (Schiffman *et al.*, 1993), así como la prevalencia de las restantes infecciones de transmisión sexual, torna ineludible la urgencia de reforzar las acciones tendientes a garantizar la divulgación de información oportuna y adecuada sobre planificación familiar y aspectos relacionados con ésta a toda la población, así como la eliminación de las barreras al otorgamiento de metodología anticonceptiva.

Garantizar el acceso a la información y satisfacción de la demanda anticonceptiva no es el único aspecto de los programas de salud reproductiva que requiere ser considerado. Con frecuencia de manera implícita se equipara a la planificación familiar con la adopción de medidas para limitar el potencial reproductivo. Sin embargo, el verdadero ejercicio del derecho a la reproducción conlleva, además, el acceso a la atención de los problemas de infertilidad para los cuales haya alternativas terapéuticas. Este aspecto, aunado al reforzamiento de la consejería preconcepcional, la ampliación de la participación masculina en la utilización de métodos anticonceptivos y los anteriormente señalados respecto a la ampliación de cobertura de anticoncepción redundaría en programas de planificación familiar integrales, centrados en la satisfacción de las necesidades de la población.

Las condiciones de salud de las poblaciones indígenas representan un desafío para las acciones orientadas a atenderlas, al tiempo que un reflejo de los rezagos sociodemográficos que padecen estos grupos de la población. El análisis de la información estadística muestra patrones de mortalidad por causa que combinan las enfermedades transmisibles con la presencia de problemas no transmisibles y los efectos de la violencia, tanto entre los hombres como la ejercida contra las mujeres. En contraste con lo observado para la tasa de mortalidad infantil a nivel nacional en los últimos 20 años, donde se observaron reducciones importantes, las poblaciones indígenas registran diferenciales varias veces superiores para este indicador. La situación que guarda la salud de las poblaciones indígenas demanda programas diseñados *ex profeso*, que consideren no sólo los aspectos culturales que deberán abordarse, sino también la exigencia imperiosa de transformar los contextos económicos y de aislamiento en los que viven estos grupos de la población.

La población de jóvenes también presenta necesidades específicas en materia de salud, de cuya atención depende conservar en el futuro algunos de los logros obtenidos en esta área. Si bien es cierto que los estragos producidos por adicciones del tipo del tabaquismo no se manifiestan de inmediato y, por lo tanto, resultan difíciles de evidenciar, la información estadística muestra la frecuencia con la cual el consumo de tabaco inicia en la adolescencia, lo que hace más difícil a la población la interrupción de la adicción en etapas posteriores de la vida (Centers for Disease Control and Prevention, 2006; Secretaría de Salud, 2006:84-85). De igual forma, el abuso en el consumo de alcohol constituye una preocupación, tanto por el daño directo a la salud de las personas como por su participación en la ocurrencia de accidentes, el comportamiento violento y la adopción de otros hábitos no saludables (Secretaría de Salud, 2006:48-49; Stafstrom, 2007). El aumento de la mortalidad por suicidio requiere ser considerada una de las prioridades de la atención a la salud de la población, particularmente la de hombres adolescentes y adultos jóvenes. Dado que el *Programa Nacional*

de Población, al igual que el correspondiente de salud, tienen como propósito establecer lineamientos para el diseño de intervenciones, sería deseable contemplar, específicamente para el caso de la población joven, la inclusión de acciones tendientes a incorporar hábitos saludables del tipo de ejercicio regular, adopción de dietas balanceadas y construcción de autoestima (Chen *et al.*, 2006; Larson *et al.*, 2007; Pate *et al.*, 2000). Ello contribuiría a reducir la prevalencia de riesgo de padecer obesidad al igual que aquellos desórdenes alimentarios asociados a la autoimagen (bulimia y anorexia).

El incremento en el volumen de adultos mayores en el país representa uno de los logros derivados del mejoramiento de las condiciones de vida, en general, y de salud, en particular. Sin embargo, la ausencia de información oportuna, combinada con hábitos del tipo de tabaquismo, consumo excesivo de grasa, disminución del ejercicio físico, por ejemplo, han provocado que las personas alcancen estas etapas de la vida con discapacidades de diversa intensidad asociadas a distintos factores. Para la mayor parte de las discapacidades que afectan a la población adulta mayor no existe actualmente una medida médica que permita resarcir el daño ocasionado, con lo cual las personas permanecen sujetas a una terapia, generalmente farmacológica, por el resto de su vida. Es decir, el mantenimiento de su condición de bienestar en términos de salud depende de la utilización permanente de servicios de salud. Si bien es imposible modificar esta situación en el futuro inmediato, la imagen que exhibe debe llevarnos a promover acciones orientadas a posponer o evitar la aparición de dichas discapacidades. Ello conlleva el diseño de intervenciones de educación para la salud desde la infancia y el sostenimiento de las mismas a lo largo de la vida. Los resultados de un enfoque como el planteado no serían visibles de manera inmediata, pues las personas que han adquirido hábitos no saludables podrían bien estar ya padeciendo un daño irreversible asociado a los mismos o dificultárseles modificar sus patrones de consumo, sin embargo, la implementación y continuidad de intervenciones con características como las esbozadas contribuirían en el mediano y largo plazos a propiciar que las personas envejecieran en condiciones de menor deterioro físico o mental y, por ende, con mayor calidad de vida.

El estudio de los factores asociados a las grandes transformaciones en las condiciones de salud en distintas épocas y para distintas poblaciones ha puesto de manifiesto la sinergia entre aspectos sociales, económicos, ambientales y de infraestructura y los derivados del conocimiento médico y su aplicación para el desarrollo de tecnología en la disminución de la mortalidad (Högberg *et al.*, 1986; Johansson y Mosk, 1987; McKeown y Record, 1962). En este sentido, las carencias que en materia de disponibilidad de agua potable, calidad de la vivienda, alfabetismo, ingreso y acceso a satisfactores son algunos de los aspectos que requieren atención urgente como requisito indispensable para alcanzar los objetivos planteados en términos de salud.

Los elementos antes señalados evidencian una característica indispensable de los programas sociales, entre los cuales se ubican los de salud, que frecuentemente no se explicita: la obligatoriedad de acciones intersectoriales para la consecución de sus objetivos. Evaluar el desempeño de los servicios de salud o el impacto de sus acciones exclusivamente a través de indicadores de mortalidad o morbilidad es obviar la interrelación que guarda el estado de salud de la población con sus condiciones socioeconómicas y de vida. Aspectos tales como la mortalidad por desnutrición son manifestaciones de daños a la salud que tienen su origen en condiciones sociales de acceso a satisfactores y que no necesariamente denotan deficiencias en el sistema de salud. De aquí que el *Programa Nacional de Población*,

cuyo enfoque, dado el área que aborda, es necesariamente integral, se presenta como una oportunidad para reforzar el establecimiento de acciones comprensivas. Problemas de salud pública tan urgentes como la mortalidad materna, el nivel de mortalidad infantil que aún prevalece en el país, y los que han sido mencionados son sólo algunos cuya atención demanda instaurar acciones como las antes señaladas, y el *Programa Nacional de Población*, en conjunto con otros documentos rectores del desarrollo social, se presenta como un instrumento fundamental en la consecución de estos objetivos.

El fortalecimiento de los sistemas de producción de información estadística, la ampliación del análisis de dichos datos y la divulgación de los resultados de investigación constituyen elementos cruciales para el diseño de programas e intervenciones y la evaluación de los avances logrados. Los elementos enunciados sobre la situación de salud de la población, el panorama que éstos esbozan sobre las necesidades de atención a la salud y la heterogeneidad sociodemográfica del país subrayan la urgencia de extender los indicadores tradicionalmente empleados para monitorear la evolución de las condiciones de salud. En este sentido, la morbilidad se presenta como un elemento cuya dinámica será necesario incorporar en el futuro mediato en las proyecciones de demanda de servicios.

Tal como ha sido señalado, el *Programa Nacional de Población* representa una oportunidad para responder a los escenarios producto de las transformaciones sociodemográficas, al tiempo que una oportunidad para resolver el obstáculo que la desigualdad social impone sobre el desarrollo social del país.

Referencias

- Cárdenas, R., 2002, Las causas de muerte en México, en: *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*. José Gómez de León y Cecilia Rabell (Coord.), Fondo de Cultura Económica y Consejo Nacional de Población, p. 109-144.
- Centers for Disease Control and Prevention, 2006. *Use of Cessation Methods Among Smokers Aged 16-24 Years-United States*, 2003, MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep, vol. 55, núm. 50, p. 1351-1354.
- Chen, M. Y., E. K. Wang y Y. J. Jeng, 2006. Adequate Sleep Among Adolescents is Positively Associated with Health Status and Health-related Behaviors, *BMC Public Health*, vol. 86, p. 59.
- Giovannucci, E. y D. Michaud, 2007. The Role of Obesity and Related Metabolic Disturbances in Cancers of the Colon, Prostate, and Pancreas. *Gastroenterology*, vol. 132, núm. 6, p. 2208-2225.
- Högberg, U., U. Wall y G. Broström, 1986. The Impact of Early Medical Technology on Maternal Mortality in late 19th Century Sweden. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* vol. 24, p. 251-261.

- Johansson S. R., Mosk C, 1987. Exposure, Resistance and Life Expectancy: Disease and Death During the Economic Development of Japan, 1900-1960. *Population Studies* vol. 41, p. 207-235.
- Larson, N. I., M. Story, C. L. Perry, D. Neumark-Sztainer y P. J. Hannan, 2007. Are Diet and Physical Activity Patterns Related to Cigarette Smoking in Adolescents? Findings from Project EAT, *Prev Chronic Dis*, vol. 4, núm 3, p. A51
- McKeown, T. y R. G. Record, 1962. Reasons for the Decline of Mortality in England and Wales during the Nineteenth Century. *Population Studies*, vol. 26, núm 2, p. 94-122.
- Pate, R. R., S. G. Trost, S. Levin y M. Dowda, 2000. *Sports Participation and Health-related Behaviors among US Youth*, Arch Pediatr Adolesc Med, vol. 154, núm 9, págs. 904-911.
- Schiffman, M. H., H. M. Bauer, R. N. Hoover, A. G. Glass, D. M. Cadell, B. B. Rush, D. R. Scott, M. E. Sherman, R. J. Kurman y S. Wacholder, 1993. *Epidemiologic Evidence Showing that Human Papillomavirus Infection Causes Most Cervical Intraepithelial Neoplasia*, J. Natl. Cancer Inst, vol. 85, núm 12, p. 958-964.
- Secretaría de Salud, 2003. Dirección General de Información en Salud. Mortalidad 2003. Cuadro 5. Principales causas de mortalidad general 2003.
- Secretaría de Salud, 2006. Salud México 2001-2005. *Información para la rendición de cuentas*. Primera edición, 193 páginas.
- Stafstrom, M., 2007. *Kick Back and Destroy the Ride: Alcohol-related Violence and Associations with Drinking Patterns and Delinquency in Adolescence*, Subst Abuse Treat Prev Policy, vol. 2, núm 1, p. 18.

Relatoría

*Laura Elena Gloria Hernández
Consejo Nacional de Población*

Los contenidos de los aspectos sobre salud que este documento sugiere incorporar en el *Programa Nacional de Población* parten de las conclusiones y la riqueza de los comentarios generados en la mesa pero, sobre todo, de un hecho importante: el reto que representará el envejecimiento de la población mexicana para el sistema de salud. El envejecimiento de la población representa un desafío para la seguridad social, tanto a nivel institucional como a nivel familiar y comunitario.

Se reconocen dos estrategias fundamentales para una política de salud integral que enfrente las crecientes demandas del envejecimiento poblacional: una está centrada en la prevención y promoción de la atención a la salud con el fin de lograr una “vejez saludable”, lo cual significa enfrentar el problema de las enfermedades crónicas a través de la prevención de sus factores de riesgo, la promoción de estilos de vida saludable y el control de dichas enfermedades a través de la prevención secundaria y la rehabilitación, pero sin descuidar el problema de las enfermedades infecciosas y los traumatismos. La segunda, el desarrollo de la atención de largo plazo que es una estrategia para responder a las necesidades derivadas de la discapacidad y las causas que la producen, evitar el deterioro en los niveles de funcionalidad y mantener al adulto mayor con una vida independiente el mayor tiempo posible.

De manera desagregada, las causas de muerte más importantes en el grupo de hombres y mujeres menores de 30 años son los accidentes, homicidios, tumores malignos, suicidios y VIH/SIDA, (más frecuente entre los hombres que entre las mujeres). En cuanto al grupo de 30-64 años, las causas de muerte más comunes son la diabetes *mellitus* y los tumores malignos, ambos proporcionalmente mayores en las mujeres que en los hombres. Lo anterior sugiere situaciones de riesgo y condiciones para la salud distintas para cada uno de los segmentos de edad y para cada sexo y permite sostener que la población en edad productiva está enfrentando padecimientos originados por causales de no fácil prevención, de serias consecuencias y atención costosa. En este sentido, la prevención de la patología que conduce a la muerte implicaría profundas transformaciones en los sistemas de salud, ya que el Sector Salud de un gobierno responsable se preocupará por orientar al resto de las políticas públicas en dirección a una mejoría de las condiciones en las que vive la población, disminuyendo riesgos y diseñando políticas que garanticen, en cada una de las etapas del ciclo de vida de las personas, un acceso adecuado y suficiente a la atención médica necesaria para enfrentar los padecimientos que configuran su perfil epidemiológico. Por otra parte, se debe considerar que en los años por venir el mejoramiento de la tecnología y los cambios en los estilos de vida pueden afectar la edad de aparición de las enfermedades crónicas y, simplemente, posponer la edad de aparición de la discapacidad y de la muerte.

En el contexto de la política de población, los adolescentes han sido siempre considerados como un grupo prioritario, en particular, dentro de los programas de prestación de servicios educativos y de comunicación. Sin embargo, el reconocimiento de la importancia de este grupo no se ha reflejado en acciones efectivas debido a que no ha habido continuidad y la información disponible muestra que el efecto de estas acciones ha tenido un alcance limitado, a diferencia de lo que ha ocurrido en los grupos de mayor edad. Al respecto se pone de manifiesto la necesidad de ampliar el conocimiento de la población sobre metodología anticonceptiva y de otorgarla de manera oportuna, mejorar la educación de los adolescentes en materia de salud reproductiva, especialmente en las escuelas, con miras a reducir la incidencia de los embarazos no planeados y de las infecciones de transmisión sexual, así como proporcionar a las adolescentes embarazadas la asistencia necesaria y el acceso a la atención y la educación sanitaria. Esta recomendación, que corresponde a la emitida por el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, debe ser incluida en el nuevo *Programa Nacional de Población* (PNP) como una acción de muy alta prioridad en el campo de la salud sexual y reproductiva. El nuevo PNP debe reconocer el hecho de que una parte de los adolescentes del país tienen relaciones sexuales y que por ello es urgente dar acceso a los métodos anticonceptivos adecuados y acciones educativas en donde se oriente a esta población sin promover la culpa. Se debe dar una mayor importancia a la participación de las organizaciones de la sociedad civil. Asimismo, se debe promover el trabajo conjunto entre el gobierno y las ONG por su alto potencial para la innovación. También se debe tomar en cuenta la experiencia acumulada de estas instituciones. No se debe proponer acciones en los medios masivos de comunicación sin antes evaluar su impacto y tomando en cuenta las limitaciones de proporcionar información más específica por este canal y su alto costo.

Garantizar las condiciones que permitan a la población ejercer su derecho a la planificación familiar conlleva el acceso a metodología anticonceptiva y a los servicios diagnósticos y terapéuticos disponibles para atender la infertilidad y el fortalecimiento de la consejería preconcepcional.

Una población con alta prioridad para el sistema de salud debe ser la de los indígenas, ya que a los retrasos en indicadores tradicionales como la tasa de mortalidad infantil y la esperanza de vida al nacimiento se añaden las consecuencias de la violencia, tanto doméstica como entre hombres, los efectos del abuso en el consumo del alcohol y la transformación del perfil de la mortalidad por causas, la cual muestra la presencia de enfermedades no transmisibles al tiempo que las patologías transmisibles se han mantenido en niveles superiores a los observados en otros grupos de la población.

La atención de la salud de la población joven debe también ser considerada una prioridad en el PNP. Si bien tradicionalmente en estas edades se registran relativamente bajas tasas de mortalidad y morbilidad, es también en estos grupos donde se adoptan comportamientos no saludables del tipo de tabaquismo, abuso en el consumo de alcohol o adicciones. A las acciones ya señaladas sobre contenidos de educación, información y acceso a servicios de salud reproductiva habría que añadir aquellos que promuevan la incorporación de hábitos saludables, como la práctica de deportes, dietas balanceadas, construcción de asertividad y autoestima.

Para finalizar, se propone una coordinación multisectorial para promover acciones que permitan desarrollar políticas efectivas en la transformación de la salud de la población, tomando en cuenta que las acciones que se tomen ahora tendrán resultados no sólo en el corto sino también en el mediano y largo plazos.