

# Política de salud e impacto epidemiológico\*

---

José Blanco Gil\*\* • Oliva López Arellano\*\*\*

---

## Introducción

En México, las características neoliberales del modelo económico adoptado explícitamente desde 1982, han profundizado la precariedad de las condiciones de vida y de trabajo de grandes grupos de población, incrementando la desigualdad. La depresión salarial, el incremento en las tasas de desempleo y el replanteamiento de la política social son hechos constantes en los años ochenta.<sup>1</sup>

El viraje neoliberal de la política social se expresa en la redefinición de los vínculos Estado-sociedad. Se recorta el gasto social, se desplaza la responsabilidad estatal de garantizar los derechos sociales constitucionales (salud, educación, empleo, etcétera) hacia diversos grupos y se plantea el desmantelamiento de la vertiente “de bienestar” (restringida y excluyente) que el Estado mexicano había desarrollado en las cuatro décadas anteriores.

Esta transformación (léase modernización) de la política social, se plantea a través de una propuesta eficientista que pretende racionalizar los recursos, abaratar los costos, simplificar aún más la prestación de servicios, y redefinir las poblaciones hacia las que se orienta.

La política sanitaria -ámbito particular de la política social- es modelada de 1982 a la fecha, a la luz de la disminución del presupuesto destinado al sector salud, la descentralización sin recursos, la privatización, el traslado del costo de los servicios al usuario, el fomento del autocuidado y la insistencia en la culpabilidad individual en la generación de la enfermedad.<sup>2</sup>

Estos rasgos característicos de la política sanitaria en la década de los ochenta han producido el desmantelamiento de los programas de control de enfermedades, reducido la limitada eficacia de las medidas epidemiológicas puntuales y potenciado el deterioro de la salud producto de la crisis económica.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> López Arellano, O. "La Política de salud en la crisis. México 1982-1988". Trabajo presentado en el Seminario Saúde e Políticas Sociais na América Latina, Río de Janeiro, agosto de 1990.

\* Publicado originalmente: Blanco Gil, J. y López Arellano, O. Política de salud e impacto epidemiológico. Salud Problema, Primera Época, 20, 19-28.

\*\* Profesor investigador, UAM-X, Coordinador Académico, Centro de Estudios en Salud y Política Sanitaria A.C.

\*\*\* Profesor asociado UAM-X. Secretario General, Centro de Estudios en Salud y Política Sanitaria A.C.

---

<sup>2</sup> *Ibid.*

<sup>3</sup> La mayor parte de los planteamientos sobre regresión sanitaria han sido desarrollados en: Blanco Gil, J. y D. López Arellano. "De la transición epidemiológica a la epidemiología de la crisis" en: La política sanitaria mexicana en la década de los 80, Colectivo CES-Fin de Siglo, 1990.

La experiencia sanitaria demuestra que la práctica médica, aún cuando no es determinante en el comportamiento de los perfiles patológicos generales, tiene un impacto relativamente inmediato sobre algunas enfermedades con acciones de control específicas y simplificadas. Las experiencias internacionales (Bangladesh, Costa Rica, Cuba, Nicaragua, Chile, etcétera) han mostrado descensos importantes en algunos indicadores de mortalidad de la población infantil como resultado de acciones puntuales como la vacunación, la rehidratación oral, la alimentación complementaria y la atención prenatal.

Ante estas evidencias, se reconoce que la intervención sanitaria es capaz de modificar -limitadamente- el comportamiento epidemiológico de algunas enfermedades y en diversos casos de impedir el paso de la enfermedad a la muerte. Sin embargo, el desmantelamiento de programas de control de enfermedades, como consecuencia de la disminución del gasto en salud, y de la modernización del sector, afecta la viabilidad y la eficacia de las medidas epidemiológicas puntuales.

En México, la regresión sanitaria en la década de los ochenta puede ejemplificarse con el incremento en la incidencia del paludismo; con las epidemias de sarampión en 1985 y en 1989-90; con el incremento de la mortalidad preescolar por desnutrición; con el riesgo inminente de una epidemia de dengue hemorrágico; con la imposibilidad de erradicar la poliomielitis en 1990 -compromiso del gobierno mexicano ante la Organización Mundial de la Salud, y, con la profundización de los diferenciales de salud entre grupos sociales y regiones.<sup>4</sup>

4 Blanco Gil, J y O. López Arellano: "El impacto epidemiológico de la política económica". Ponencia presentada al I Foro Nacional de Economía, Partido de la Revolución Democrática, marzo de 1990.

## El triunfalismo gubernamental vs el desastre sanitario

A pesar de los hechos comentados en el párrafo anterior, el discurso gubernamental en salud<sup>5</sup> continúa signado por el "triunfalismo epidemiológico" y afirma, entre otras cosas, que:

- Se reforzó la prevención a través de los "Días Nacionales de Vacunación".
- Están en marcha programas para "erradicar enfermedades seculares que no tienen razón de existir".
- Se reforzó el fomento a la salud fundamentalmente dirigido a las mujeres y a los niños.

En contraste, información actualizada -generada por el propio sector salud- permite cuestionar estas afirmaciones y mostrar la distancia entre la política declarativa y los hechos. Reconociendo las dificultades para realizar una evaluación suficiente de la situación sanitaria actual<sup>6</sup> en México, se presentan a continuación algunos hechos significativos que la epidemiología oficial se niega a reconocer.

Es frecuente que los indicadores de morbilidad sean desdeñados pues, se aduce que, los problemas para el diagnóstico, registro y clasificación, sumados al hecho de que se trata de morbilidad por demanda de atención anulan su utilidad. Sin embargo, la diferencial observada en los últimos

5 Como ejemplo, pueden citarse: El Plan Nacional de Desarrollo, el Apartado sobre "Salud y Seguridad Social" del Primer Informe de Gobierno, 1989 y la información sobre morbilidad y mortalidad del Anexo al mismo informe presidencial.

6 Uno de los problemas más frecuentes cuando se trabaja con información en salud es la falta de oportunidad con la que los datos son publicados. Por ejemplo, los últimos datos desagregados de mortalidad corresponden a 1986 con excepción de las emergencias epidemiológicas (SIDA y sarampión).

20 años- entre la tendencia ascendente de la morbilidad y la tendencia descendente de la mortalidad hace necesaria la inclusión de ambos indicadores para aproximarse a la realidad sanitaria del país.

La mortalidad como indicador extremo es insuficiente para evaluar las condiciones de salud de los grupos humanos. El hecho de que la mortalidad descienda no significa, necesariamente, que la población tenga mejores condiciones de salud puesto que, en muchos casos, sólo se evita el paso de la enfermedad a la muerte.

El primer informe del gobierno de Salinas de Gortari (1989) hace una sola referencia sobre casos agrupados gruesamente en “enfermedades transmisibles” sin presentar la tasa de morbilidad, aduciendo que el denominador no es confiable.<sup>7</sup>

En esta última afirmación, se reconocen implícitamente las inconsistencias en los datos de cobertura de las instituciones sobre cuya base se deberían calcular las tasas. Sin embargo, cuando se calcula la morbilidad -con todas las limitaciones que esto implica-se observa una tendencia ascendente en la incidencia de este grupo de padecimientos.

Por tratarse de morbilidad por demanda, se podría argumentar que este incremento se debe a un mejor registro y/o al aumento en la notificación de casos por la ampliación de la cobertura. Con objeto de mostrar que la tendencia ascendente de la morbilidad no depende de manera directa del incremento de la base poblacional que demanda atención, se comparó la tasa de incidencia de enfermedades transmisibles, usando como denominadores: la cobertura potencial y la población

general del país. En esta comparación se observa que el comportamiento de la incidencia es muy semejante, variando únicamente la frecuencia del problema.

**Cuadro 1**  
**Morbilidad general por enfermedades transmisibles**  
**México, 1982-1988**

| Año    | Tasa*<br>Población<br>general | Tasa*<br>Población<br>cubierta |
|--------|-------------------------------|--------------------------------|
| 1982   | 12 039.9                      | 19 200.3                       |
| 1983   | 13 988.8                      | 22 000.1                       |
| 1984   | 15 800.7                      | 23 400.6                       |
| 1985   | 17 549.8                      | 25 599.9                       |
| 1986** | 18 800.2                      | 26 933.4                       |
| 1987** | 20 074.3                      | 26 158.9                       |
| 1988** | 21 866.3                      | 27 415.0                       |

\* Por 100 mil habitantes.

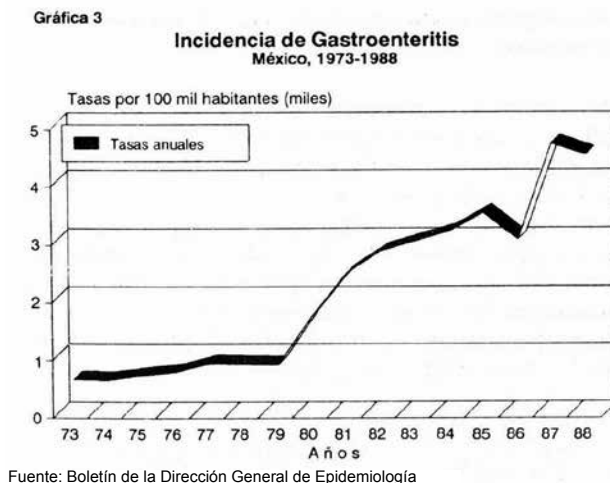
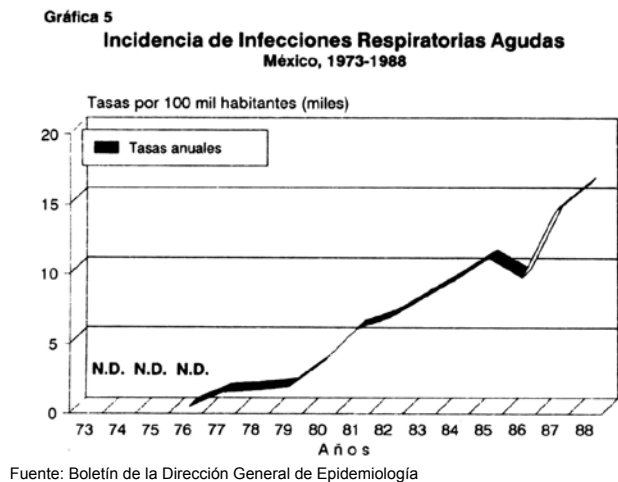
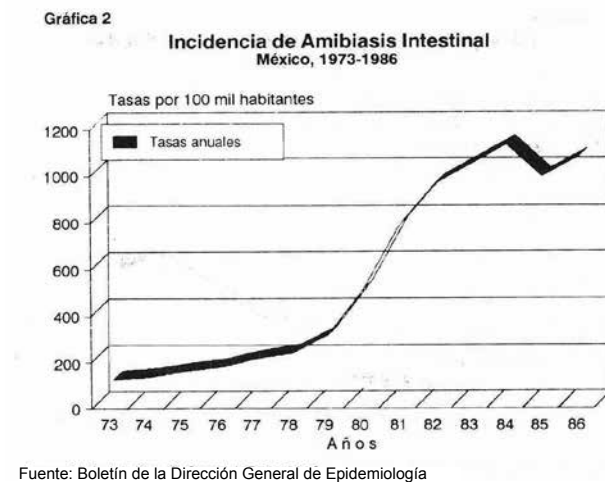
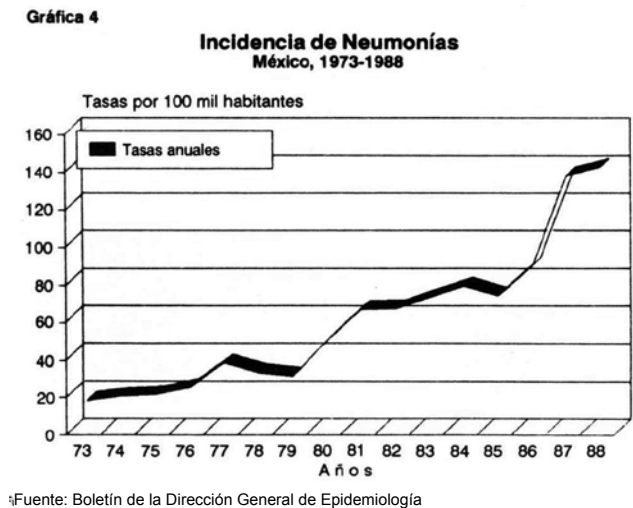
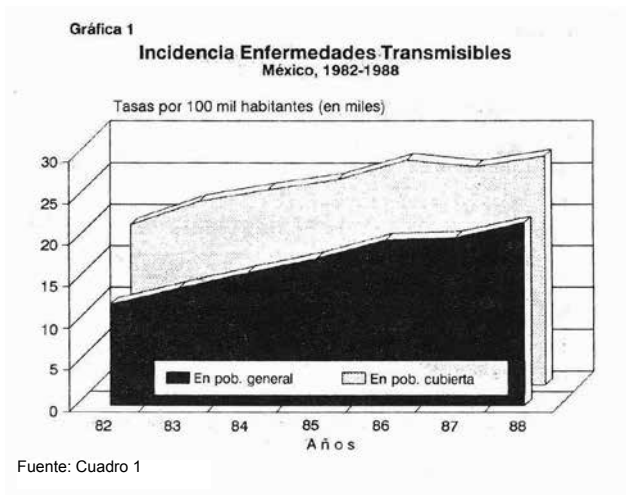
\*\* Boletines de la Dirección General de Epidemiología, SSA.

FUENTE: Cálculo propio con base en los casos de enfermedades transmisibles consignados en el anexo estadístico del *Primer Informe de Gobierno*, México, noviembre de 1989.

Por otra parte, las coberturas presentan un ascenso gradual de 1980 a 1988, que no se corresponde con el incremento acelerado en la incidencia de los padecimientos transmisibles seleccionados.

En el periodo 1973-1988, las enfermedades más directamente ligadas a las condiciones materiales de vida presentan una morbilidad en ascenso. incremento en la incidencia de padecimientos como amibiasis, gastroenteritis, infecciones respiratorias agudas y neumonías se manifiesta desde 1978. Sin embargo, la tendencia francamente ascendente se presenta en los últimos años.

<sup>7</sup> Anexo al Primer Informe de Gobierno, 1989. "Salud y Seguridad Social". Poder Ejecutivo Federal, México, noviembre de 1989.



## Enfermedades seleccionadas prevenibles por vacunación

El sarampión en México ocupa un lugar importante dadas sus características de presentación, transmisión y complicaciones y, sobre todo, por la relativamente fácil manera de prevenirlo.

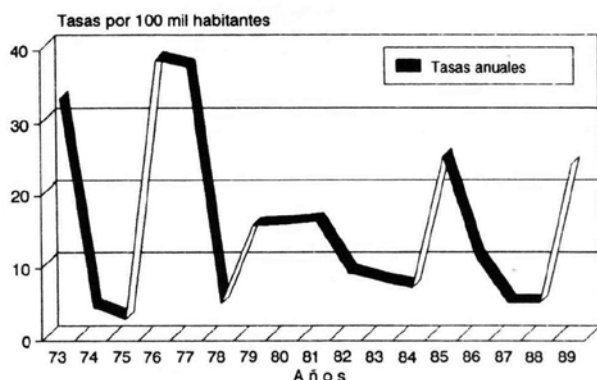
El uso masivo de la vacunación antisarampionosa marca una reducción importante en la incidencia por sarampión en el país. “Los registros de la enfermedad mostraban que hasta 1972, los casos se

habían presentado en el rango de 34 mil a 61 mil por año”.<sup>8</sup> Para 1973, año en que se inicia la vacunación masiva, el número de casos disminuye a 19 mil. En 1974 se registran 2 mil casos y 1 800 en 1975.

La observación del sarampión muestra un comportamiento errático pero con una tendencia descendente de 1973 a 1981. En los años de 1984 y 1985, las coberturas de vacunación son insuficientes, fluctuando entre 66.2 y 69.8%, favoreciendo así la aparición de la epidemia de 1985.<sup>9</sup> Es justamente en este año cuando se observa un incremento en la morbilidad por sarampión, que coloca al país en una situación sanitaria semejante a la de 1977. En 1986, la tasa es de 11.1 por 100 mil habitantes y la presentación epidémica vuelve a producirse en 1989. En el periodo 1982-1989, se observa una tendencia ascendente.

Gráfica 6

**Incidencia de Sarampión  
México, 1973-1989**



Fuente: Boletín de la Dirección General de Epidemiología

De enero de 1983 a enero de 1989, se notifican en el país 138 brotes que afectan a 23 entidades federativas. El mayor número de ellos se presenta en el año de 1985.<sup>10</sup>

La actual epidemia nacional de sarampión, cuyos primeros casos aparecen en mayo de 1989, constituye una emergencia epidemiológica que, al final de ese año, afecta a todos los estados de la República con un total de 200 brotes registrados. Según datos publicados por la Dirección General de Epidemiología, en 1989 se notificaron 20 076 casos con una tasa de 23.8 por 100 mil habitantes.<sup>11</sup> En 1988 (año no epidémico), la tasa fue de 4.7 por 100 mil habitantes (3,908 casos); es decir, comparativamente, el número de casos en 1989 se quintuplica.

Los estados más afectados por la epidemia son: Nayarit, Oaxaca, Guerrero y Querétaro, con tasas de morbilidad de 96.2, 59.5, 56.1 y 54.8, por 100 mil habitantes, respectivamente.<sup>12</sup>

Además del incremento en la incidencia de sarampión, el ascenso esperable de la mortalidad por sus complicaciones ensombrece el panorama sanitario. La tasa de letalidad en 1989, es de 6.6 defunciones por cien casos con un total de 1300 muertes aproximadamente, que rebasan con mucho las cifras previstas por el Secretario de Salud.<sup>13</sup> **Si esta letalidad se mantiene, la epidemia de sarampión de 1989-1990 habrá causado alrededor de 3 500 muertes.**

8 Meneses, F. y col.: "La investigación epidemiológica del sarampión en México", Boletín de la Dirección General de Epidemiología, Ssa, vol. 4, núm. 6, México, 1989, p. 86.

9 Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), "Sistema Nacional de Salud en México. Control del sarampión". Trabajo presentado en la VIII Reunión del Grupo Técnico Asesor del PAI y la erradicación de la polio, México, marzo de 1990.

10 Meneses, *op. cit.*, p. 85.

11 Dirección General de Epidemiología. Dirección de Información y Emergencias Epidemiológicas: Panorama epidemiológico del sarampión. Estados Unidos Mexicanos, 1990, México, marzo de 1990.

12 *Ibid.*, pp. 9-10.

13 La declaración del Secretario de Salud publicada en el diario La Jornada, del 3 de octubre de 1989, señalaba que esperaban cerrar el año con 10 mil casos y aproximadamente 500 defunciones.

Desde luego, el daño no se distribuye homogéneamente pues existen zonas y grupos sociales con “sobre-morbilidad”, “sobrelletalidad” y “sobre-mortalidad”. Como ejemplo se puede citar que en 1989, los estados de Veracruz, Oaxaca y Puebla concentraron el mayor número de brotes (31, 27 y 13 respectivamente).<sup>14</sup> La mortalidad es otro dato que ilustra la desigualdad sanitaria, mientras que el promedio nacional fue en 1985 (año epidémico) de 2.2 por 100 mil habitantes, las diferencias regionales oscilan entre 0.06 y 10.9. Las tasas más elevadas se presentaron en los estados de Guerrero (10.9), Oaxaca (10.9) y Puebla (7.6).<sup>15</sup>

Todavía a mediados de 1990, las declaraciones oficiales soslayaban y ocultaban la información sobre la epidemia de 1989-1990. Mientras se declara insistentemente ante la prensa que la epidemia está controlada,<sup>16</sup> en el *Informe Semanal* de la Dirección General de Epidemiología se reportan hasta la semana nueve de 1990, 13 773 casos. En el *Boletín epidemiológico* del 8 de mayo de 1990, se proporcionan datos de las dieciseis primeras semanas y los casos ascienden a 30 516; es decir, en cuatro meses se presentó el equivalente al 152% respecto al año anterior (10 440 casos más que los registrados en 1989).

La versión de que la epidemia está controlada es insostenible (a menos que se le llame control a la disminución de casos por agotamiento de susceptibles). Por lo tanto, es indispensable para la solución del problema y la prevención de su ocurrencia dentro de tres o cuatro años, el reconocimiento de algunos hechos.

La versión oficial explica esta epidemia como un fenómeno continental cuya presentación era inevitable ya que se reconoce un comportamiento cíclico de este padecimiento -por acumulación de susceptibles, con brotes cada tres años. Sin embargo, habría que insistir que “...se ha establecido que en las localidades *parcialmente vacunadas*, un brote reduce, pero no elimina el número de susceptibles; (por lo que) se requieren aproximadamente tres años para la generación de nuevos susceptibles antes de que una epidemia ocurra”.<sup>17</sup>

La epidemia era evitable y se presentó por el deterioro en los sistemas de conservación y transporte de la vacuna (la llamada “red fría”) que necesariamente afecta la potencia del biológico y por las bajas coberturas de vacunación en años recientes.

Como ejemplo, se puede citar que mientras las coberturas de vacunación reportadas por los estados superan el 100% de las metas programadas, las “encuestas rápidas de cobertura” muestran porcentajes mucho menores. Otro dato importante lo aportan investigaciones particulares sobre los efectos de la crisis en la salud de los niños, en donde se muestra que de 1982 a 1986 existe una disminución en los porcentajes de cobertura de vacunación antisarampionosa, con un impacto mayor en las localidades de menos de 2 500 habitantes (-24.3 puntos porcentuales) y de 2 500 a 20 mil habitantes (-18 puntos porcentuales).<sup>18</sup>

Seguramente, de haberse intensificado la campaña de vacunación con objeto de garantizar coberturas suficientes, la magnitud del problema habría disminuido, ya que el comportamiento cíclico del

<sup>14</sup> *Panorama epidemiológico...*, op. cit.

<sup>15</sup> *Panorama epidemiológico...*, op. cit.

<sup>16</sup> Ver, por ejemplo, *El Nacional* (2/5/90), *El Universal* (2/5/90) y *Uno más uno* (18/5/90).

<sup>17</sup> Meneses, op. cit., p. 87, (subrayado nuestro).

<sup>18</sup> Langer, A. y col., “Los efectos de la crisis sobre la salud de los niños y las mujeres en México”, Centro de Investigaciones en Salud Pública, INSP, México, documento fotocopiado, pp. 34-35, s/f.

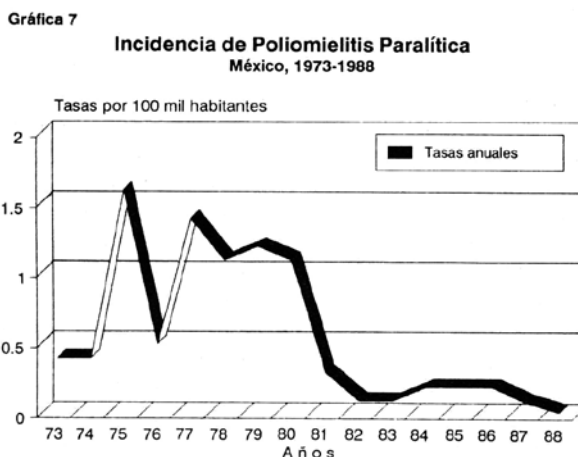
sarampión alertaba -desde 1985- sobre un alza epidémica en 1989.

La hipótesis de que la epidemia se originó porque la vacuna no deja inmunidad permanente, como siempre se había creído (con la consecuente aparición de la enfermedad en adolescentes y/o adultos jóvenes ya vacunados), difícilmente se sostiene para México, cuando los grupos más afectados son los menores de 1 año (tasa de 156.4 por 100 mil menores de 1 año) y los preescolares (tasa de 77.9 por 100 mil niños de 1 a 4 años). Además, el 88.7 % de los casos reportados -en los 200 brotes de 1989- no tenían antecedentes vacunales, "... confirmando que el problema se dio por acumulo de susceptibles y deficiencias en las coberturas vacunales".<sup>19</sup>

El deterioro del nivel nutricional es otro hecho que agrava el problema sobre todo en población infantil y preescolar. La elevada letalidad por complicaciones de sarampión en estos grupos (11.9 y 8.9 por 100 casos en 1989)<sup>20</sup> -indiscutiblemente ligada a la desnutrición- ocasiona que este indicador sea mucho más alto en México que en otros países. Por ejemplo, Canadá informa 0.2 defunciones por cada 100 casos notificados, Argentina reporta 0.5 defunciones por cada 100 casos registrados,<sup>21</sup> mientras que en México se presentan 6.6 muertes por cada 100 casos.

En el caso de la poliomielitis parálítica, la morbilidad presenta, de 1973 a 1979, un comportamiento irregular explicado principalmente por las fluctuaciones en la cobertura de las campañas de vacunación. De 1981 a 1988 se observan ligeras

variaciones en la incidencia pero en conjunto, la tendencia es estacionaria.



Fuente: Boletín de la Dirección General de Epidemiología

En 1986, el número de casos comprobados fue de 64; para 1987, el número asciende a 81 (21 casos por arriba de la mediana de los 5 años anteriores), para descender a 39 en 1988.

El uso de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente tipo Sabin,<sup>22</sup> posibilita la difusión en el ambiente de virus vacunales, desplazando al "virus salvaje" y produciendo un fenómeno de "inmunidad de grupo".<sup>23</sup> Sin embargo, la discontinuidad en las campañas de vacunación masiva aumenta el riesgo de parálisis en los niños no vacunados.

Este hecho cobra mayor importancia en los momentos en que las instituciones del sector salud carecen de recursos suficientes y se observa una creciente incapacidad del gobierno para garantizar la continuidad de las acciones. Desde 1986, año en que se adopta la estrategia de "días na-

<sup>19</sup> *Control del sarampión...*, op. cit., p. 3.

<sup>20</sup> *Panorama epidemiológico...*, op. cit., p. 25

<sup>21</sup> Werthain, L. y M. Eiman: "Sarampión en Argentina". *Mientras de Salud y Acción Social*, trabajo presentado en la VIII Reunión del Grupo Técnico Asesor del PAI, México, marzo de 1990.

<sup>22</sup> Cepas vivas atenuadas del virus de la poliomielitis tipos I, II y III.

<sup>23</sup> Taller del PAI, Módulo 1, Unidad 4, "Las enfermedades del PAI, poliomielitis", OMS/OPS, s/f, documento fotocopiado.

cionales de vacunación”, la vacunación antipoliomielítica depende, cada vez más, de financiamiento externo y de los recursos que la sociedad civil puede aportar para llevarla a cabo.. No sólo en ámbitos de difusión e información, sino en terrenos esenciales como la dotación de biológico, termos, termómetros, hielo, congelantes y recursos humanos voluntarios.<sup>24,25</sup>

A pesar de los recursos movilizados (se estima que el 80% de los recursos humanos y económicos corresponden a colaboraciones gratuitas y aportaciones voluntarias), esta estrategia muestra su insuficiencia en los hechos. Tercamente, la realidad sanitaria demuestra que es demagógico “hacer más, con menos” y lograr coberturas de vacunación cercanas al 100 % en un solo día, con voluntarios adiestrados “al vapor” y reclutados -en muchos casos- con métodos coercitivos. A esto se agrega una “red fría” insuficiente y deteriorada por la falta de mantenimiento, un sistema logístico ineficiente, incluso, para satisfacer las demandas del programa de vacunación permanente y una visión administrativa del cumplimiento de las metas.<sup>26</sup>

A pesar de la intensa campaña publicitaria para difundir el éxito de la vacunación antipoliomielítica y de los logros obtenidos (en 1989 se inmunizaron 11 millones de niños menores de 5 años), no se ha conseguido el desplazamiento del virus

“salvaje”<sup>27,28,29</sup> y, mucho menos, se podrá cumplir con el compromiso de erradicar la poliomielitis paralítica a finales de 1990.

Como último recurso para erradicar la poliomielitis paralítica se desarrolla actualmente un programa emergente llamado Operación Limpieza<sup>30</sup> que refuerza las actividades de vigilancia epidemiológica de los casos de parálisis flácida en los hospitales, en las áreas de mayor riesgo (presencia de casos y/o bajas coberturas de vacunación) e intensificación de la vacunación en municipios que presentaron casos confirmados en 1988 y 1989 y en localidades apartadas que reportaron bajas coberturas.

### Enfermedades seleccionadas transmitidas por vector

El paludismo, enfermedad transmitida por un vector y ligada invariablemente a condiciones de vivienda y saneamiento básico y, enormemente susceptible de controlarse con medidas sanitarias puntuales, presenta en el periodo 1981-1989, una tendencia escandalosamente ascendente que representa una regresión sanitaria de 30 años.

24 Ver por ejemplo: "Plan y lineamientos generales para la implantación del Programa Días Nacionales de Vacunación poliomielítica", SSA. Subsecretaría de Servicios de Salud, México, 1985, documento fotocopiado.

25 Relación de puntos de colaboración que se solicitan a las organizaciones del sector social y privado, SSA. Coordinación General "Días Nacionales de vacunación", México, septiembre de 1985, documento fotocopiado.

26 Blanco Gil y O. López Arellano "De la transición..., *op. cit.*

27 En 1989, se aislaron en los estados de Sinaloa, Sonora y Guerrero, poliovirus "salvajes" tipo III en este año, sólo cuatro países tenían circulación de virus "salvaje", Brasil, Colombia, México y Venezuela.

28 Boletín Informativo PAI, año XI, No. 6, Washington, diciembre de 1989, p. 1.

29 Andrus, J. y col., "Classification and characteristics of polio, Americas. 1989", Documento presentado en la VIII Reunión del grupo técnico asesor del PAI y la erradicación de la Polio. OMS/OPS, México, marzo de 1990, p. 4.

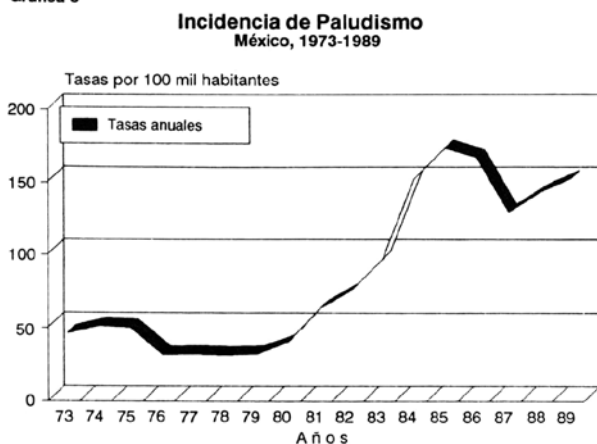
30 "Control de la poliomielitis", Sistema Nacional de Salud de México, Documento presentado en la VIII Reunión del grupo técnico asesor del PAI y la erradicación de la polio, OMS/OPS, México, marzo de 1990, p. 4.

**Cuadro 2**  
**Incidencia por Paludismo, México, 1980-1988**

| Año  | Tasa por 100 mil hab. |
|------|-----------------------|
| 1980 | 38.1                  |
| 1981 | 60.6                  |
| 1982 | 73.1                  |
| 1983 | 94.6                  |
| 1984 | 150.1                 |
| 1985 | 171.6                 |
| 1986 | 164.5                 |
| 1987 | 126.9                 |
| 1988 | 140.9                 |
| 1989 | 150.8                 |

FUENTE: Elaboración propia con base a la información consignada en el *Boletín Epidemiológico* núms. 15 y 16 (agosto-septiembre de 1982), Dirección General de Epidemiología, SSA, México, 1984; y en los *Anuarios Estadísticos* de la Secretaría de Salud, correspondientes a los años de 1984, 1985 y 1986; Boletines de la Dirección General de Epidemiología, SSA, semana 52, 1987 y 1988 y *Panorama Histórico y Epidemiológico del Paludismo en México*, SSA, 1989.

**Gráfica 8**



Fuente: Boletín de la Dirección General de Epidemiología

Este incremento puede explicarse de dos formas complementarias y sinérgicas: por el deterioro de los elementos que conforman el consumo simple, sobre todo en lo referente a las condiciones de la vivienda y por el desmantelamiento del programa de control del paludismo, como consecuencia

de las políticas de austeridad, con la consecuente congelación de plazas para personal específico del programa, o utilización de este personal en otras actividades, ineficiencia en la gestión oportuna de recursos, viáticos e insumos, disminución de las actividades de rociado, de pesquisa y de tratamiento.

En 1989, los casos de paludismo ascendieron a 125 537, cifra que rebasa el número de casos registrados para 1988 que (116 236 casos) y el promedio anual de casos registrados entre 1984 y 1988 (113 889 casos). Es decir, comparativamente con el año anterior, en 1989 se presentaron 9 299 casos más (8% de “sobremorbilidad”).

Otro indicador que refleja la gravedad de este problema es el incremento de localidades positivas que pasa de 11 995 en 1983 a 17 161 en 1988.<sup>31</sup>

La versión oficial resta importancia al desmantelamiento del programa de control de paludismo e insiste que el aumento de la enfermedad es un fenómeno continental ligado, sobre todo, a la resistencia del vector a los insecticidas de acción residual. La resistencia de los plasmodios a los medicamentos y de los anofelinos a los insecticidas, está parcialmente investigada “...pero no hay pruebas de que este fenómeno esté impidiendo el desarrollo de la prevención y control de la malaria. La importancia de estos fenómenos de resistencia para la transmisión de la malaria aún no está bien documentada en las Américas”.<sup>32</sup>

Con base en los indicadores malario-métricos, se identifican cuatro grupos de países: 1) donde no

31 Fernández de Castro, J.: *Panorama Histórico y epidemiológico del paludismo en México*, SSA. México, 1988.

32 “Malaria en las Américas. Análisis crítico”, OPS, Serie Cuadernos Técnicos 1, (Documento condensado), Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol. 101, núm. 5, noviembre de 1986, pp. 525-526.

existe transmisión de paludismo; 2) donde se ha reducido la transmisión; 3) donde la incidencia está aumentando en zonas endémicas, y 4) donde existen graves problemas socioeconómicos, políticos, administrativos para el control del padecimiento. México se ubica en este último grupo.<sup>33</sup>

En México, la IPA (Incidencia parasitaria anual) se incrementó ...de 0.29% en 1978, a ...1.11% en 1984. La tasa media de rociamientos domiciliarios por mil habitantes se conservó en 89.85 viviendas entre 1959 y 1971, pero luego experimentó una gran disminución y bajó de 91.49 en 1972 a 4.39 en 1984. La productividad del sistema de búsqueda de casos también se redujo considerablemente y el IAES [Índice anual de exámenes de sangre) bajó de 5.27% en 1962 a 1.42% en 1984..... las restricciones presupuestales obligaron a limitar las medidas de control en las zonas de peor situación epidemiológica.<sup>34</sup>

La elevación de la morbilidad en 1989 y la concentración del 78% de los casos en cuatro estados: Oaxaca, Guerrero, Chiapas y Michoacán define la instrumentación de un programa de control emergente con recursos adicionales.

Los primeros registros epidemiológicos acerca del dengue en México datan de 1942. Hasta 1956, este padecimiento es endémico en el país y a partir de este año se inicia un descenso sostenido que se atribuye a la intensificación de la campaña de erradicación del paludismo.

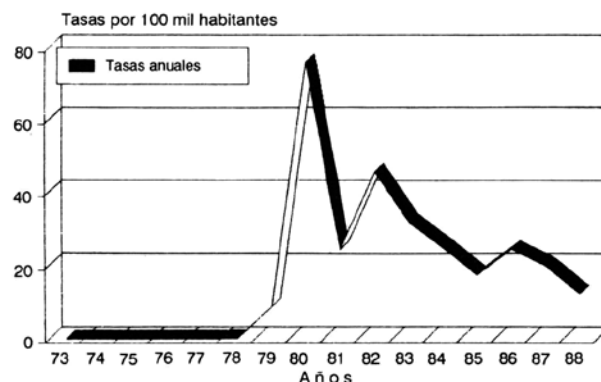
La erradicación del *Aedes aegypti*, trasmisor del dengue y la fiebre amarilla se logra en 1963, como resultado colateral de la lucha antivectorial

de la campaña de erradicación del paludismo.<sup>35</sup> Sin embargo, a partir de 1967 se identifican sitios infestados por el vector que paulatinamente van en expansión. Este problema no merece ninguna atención de parte de las autoridades sanitarias y en 1978, el dengue se presenta en forma epidémica en los estados fronterizos con Guatemala y Belice.

La mayor incidencia de dengue se presenta en 1980, con una tasa de 76.1 por 100 mil habitantes, a partir de ese año se observa una tendencia descendente, con tasas que van de 45.8 en 1982 a 12.4 en 1988.

Gráfica 9

**Incidencia de Dengue  
México, 1973-1988**



Fuente: Boletín de la Dirección General de Epidemiología

Cualquiera de los cuatro tipos de virus del dengue es capaz de producir la forma clínica clásica (benigna), pero esta primoinfección crea las condiciones inmunológicas para que una infección subsecuente produzca dengue hemorrágico. La investigación virológica ha establecido que el se-

<sup>33</sup> *Ibid.*, pp. 530-533.

<sup>34</sup> *Ibid.*, pp. 532-533.

<sup>35</sup> Soberón, G. J. Laguna y J. Kumate (Coordinadores), La salud en México: Testimonios 1988, Tomo II, p. 85.

rotipo dos es el más ligado a las formas graves. “La fiebre hemorrágica dengue (FHD) ocurre en las áreas del mundo donde circulan diversos tipos del virus dengue simultáneamente o donde han existido epidemias”.<sup>36</sup>

En México, además del serotipo uno (responsable de la epidemia de 1978-1980), se reconoce -desde 1984- la circulación de los serotipos dos y cuatro<sup>37</sup> por lo que existe el riesgo potencial de que en las zonas infestadas por el vector se presenten formas clínicas graves (Fiebre Hemorrágica del Dengue -FHD- y Síndrome del Shock del Dengue -SSD-). En 1985, se presentan los primeros casos de dengue hemorrágico en los estados de Yucatán y Campeche y para 1988 se reportan 37 casos de las formas hemorrágicas graves.<sup>38</sup>

La letalidad de las formas hemorrágicas del dengue es elevada (20% - 50%) y está directamente relacionada con la capacidad institucional para diagnosticar oportunamente los casos y dar el tratamiento de sostén adecuado. Como ejemplo se puede citar la epidemia de FHD en Cuba que presentó la mortalidad más baja (1%) que se ha reportado en el mundo

...gracias a las medidas organizativas desarrolladas para hacer frente a esta terrible epidemia, las cuales contaron con la participación y el apoyo del gobierno y de todo el pueblo.. en la lucha contra el vector, el diagnóstico precoz, la hospitalización de todos los enfermos y el tratamiento oportuno.<sup>39</sup>

A pesar de que en un periodo relativamente corto, el dengue se constituye en un problema de salud pública en México, que existe grave riesgo de la presentación de formas hemorrágicas de la enfermedad y de que no existe la capacidad institucional para hacerle frente a una epidemia de FHD-SSD, la respuesta oficial es de gran resignación declarándose públicamente que la crisis económica imposibilita la suficiencia de los recursos para el control de esta enfermedad y que, por lo tanto, el dengue seguirá siendo endémico con brotes ocasionales. En contrapartida, los recursos aparecen cuando se trata de controlar el paludismo y el dengue en las zonas de turismo extranjero.<sup>40</sup>

A finales de 1989, y a raíz de que en países sudamericanos se reportaron brotes de dengue hemorrágico, se anuncia la puesta en marcha del plan Escudo, programa emergente para disminuir el riesgo de una epidemia de FHD-SSD en México. Nuevamente, aparece la respuesta selectiva y focalizada para enfrentar los problemas epidemiológicos.

### Algunos datos sobre mortalidad

Las cifras manejadas por el discurso oficial sobre mortalidad infantil y mortalidad materna muestran otra vertiente del optimismo sanitario que de ningún modo se corresponde con los hechos. Al comparar los datos del Sector Salud con información proporcionada por UNICEF-organismo de las Naciones Unidas, al que no puede acusársele de “amarillismo” epidemiológico- se observa lo siguiente:

En el anexo estadístico del *Primer Informe de Gobierno (1989)* se menciona que la mortalidad infantil para 1986 es de 23.6 por mil Nacidos Vivos

36 Dotres, M. y col., “Dengue hemorrágico en el niño”, La Habana, Cuba, 1985, documento fotocopiado, pp. 4-5.

37 Telex-Circular núm. 48, DGE, México, 1984.

38 Boletín DGE, vol. 4, núm. 6, México, 1986, p. 95.

39 Dotres, *op. cit.*, p. 12.

40 Soberón, La salud..., Tomo II, *op. cit.*, p. 85.

Registrados (NVR) y la mortalidad preescolar es de 2.3 por 1000 habitantes de 1 a 4 años. Para el mismo año, UNICEF proporciona el dato de 50 defunciones en menores de un año por mil NVR y una tasa de mortalidad preescolar de 4.0 por 1000 habitantes de 1 a 4 años (32 630 defunciones).<sup>41</sup>

En el mismo documento se afirma que la mortalidad materna se ha mantenido prácticamente estable en los últimos cinco años, con cifras de 0.9 por mil NVR y que las diferenciales regionales son alarmantes: en 1986, la mortalidad materna del estado de Oaxaca duplicó el promedio nacional (1.6 por mil NVR). Nuevamente, la información de UNICEF contrasta con los datos de la "epidemiología oficial" que reconoce una tasa de mortalidad materna menor de 0.9 por 1000 NVR desde 1983.

Es ampliamente conocido que la mortalidad materna es un indicador estrechamente ligado a la cobertura y a la calidad de servicios de salud, específicamente en lo que se refiere a control prenatal y atención del parto. La extensión real de cobertura impacta casi inmediatamente sobre las defunciones maternas. En México, a pesar del triunfalismo del discurso oficial respecto a la ampliación de cobertura, el porcentaje de partos atendidos por personal capacitado en unidades del sector salud, apenas llega al 50% del total de partos ocurridos.<sup>42</sup>

Entre las principales causas de muerte materna se encuentran las toxemias, las complicaciones del parto y los abortos. La mortalidad por complicaciones obstétricas directas es la primera causa de defunción entre las mujeres de 25 a 34 años.

Sin embargo, estos datos sólo se aproximan a la magnitud del problema, en tanto que este tipo de mortalidad generalmente está subregistrada y no es posible calcularla por métodos indirectos.

Otra situación ausente del balance oficial es el deterioro nutricional de la población mexicana. En el periodo 1982-1989, se redujeron los consumos de carne, leche, huevo y el 40 % de la población menor de cinco años nunca come estos alimentos. A esto debe añadirse la influencia de las compañías transnacionales que modifican los patrones de consumo y hábitos alimentarios.<sup>43</sup>

Estudios específicos realizados por el Instituto Nacional de Nutrición, demuestran que el incremento en la desnutrición afecta fundamentalmente a los menores de cinco años. La mortalidad preescolar por deficiencias nutricionales presentan tasas ascendentes desde 1983.<sup>44</sup> Sin embargo, es muy probable que estas tasas subestimen el problema por el subregistro característico de las enfermedades carenciales. Esta patología se reconoce como el sustrato de casi todas las enfermedades infecciosas, pero difícilmente se diagnostica y registra, dada su elevada frecuencia e "invisibilidad social". Un hecho que debe alertar sobre la gravedad del problema nutricional -sobre todo en población infantil y preescolar- es la elevada letalidad por complicaciones de sarampión en estos grupos.

## Conclusiones

Existen diversas formas de abordar el análisis de la política de salud. Una de ellas es analizar el discurso y los objetivos explícitos de la política

41 UNICEF, "La situación de las madres y niños en México". México, 1987.

42 Soberón, G.: *op. cit.*

43 Ver por ejemplo, el artículo de A. Isunza y A. Avila "Desnutridos y consumistas". Publicado en la Revista Nexos, núm. 132, México, 1989.

44 "Anexo Estadístico". Primer Informe de Gobierno, 1989.

sanitaria. Una segunda forma es identificar las regularidades de su concreción y el impacto que éstas tienen sobre los problemas de salud de las poblaciones.

En el periodo analizado, en México, la política de salud se disocia en dos vertientes: la primera -ubicada en el terreno del discurso- se podría resumir en la propuesta de modernidad sanitaria, eficiencia, racionalidad, calidad y equidad.

La segunda vertiente se manifiesta en las formas en que esta modernidad sanitaria se concreta a través del financiamiento, la reorganización institucional, la capacidad de respuesta frente a los problemas de salud y, fundamentalmente, en su impacto. Es en este ámbito, justamente, donde la “modernidad” se presenta muy claramente. El desmantelamiento (por lo menos temporal) de los programas de control de enfermedades, reduce la limitada eficacia de la intervención epidemiológica puntual y agrava el deterioro de la salud que resulta de la propuesta neoliberal para sortear la crisis.

Los programas permanentes van siendo sustituidos por programas emergentes que responden de manera coyuntural a situaciones extremas, focalizando los recursos en grupos o zonas problemáticas. El análisis aquí presentado documenta parcialmente los efectos de una política de salud permeada por las concepciones neoliberales cu-

yos rasgos centrales, son: la disminución de los recursos destinados al sector, la sustitución de los intentos de un modelo de atención integral por el diseño de medidas circunstanciales y emergentes, por ejemplo, la “operación escudo” contra el dengue, la “operación limpieza” contra la poliomielitis y el programa emergente contra el paludismo. Asimismo, la focalización clientelista de los recursos en zonas turísticas y/o de conflicto social.

La regresión sanitaria que caracteriza a la década de los ochenta, en gran medida es producto de la reducida importancia que los complejos problemas de enfermedad y muerte de los mexicanos tienen dentro de un proyecto global de país y de la incapacidad del “modernismo” de mantener la relativa estabilidad epidemiológica lograda las décadas anteriores.

En síntesis se puede decir que las dos vertientes de la política de salud (el discurso y la concreción) transitan por caminos divergentes. La supuesta modernidad sanitaria no es sino una reedición de la beneficencia decimonónica en donde la obligatoriedad constitucional del quehacer estatal en salud, se transforma en dádiva. En los años ochenta no se ha podido resolver siquiera, los problemas administrativos que afectan al sector y mucho menos impactar favorablemente sobre las condiciones de salud de la mayoría de los mexicanos. ción sobre morbilidad y mortalidad del Anexo al mismo informe presidencial.