

EL COMPONENTE DE SALUD EN LA LEGISLACIÓN SOBRE POBLACIÓN

Rosario CÁRDENAS*

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Transformación y situación de las condiciones de salud en el país*. III. *Aspectos a contemplar para el mejoramiento de las condiciones de salud*. IV. *Acciones intersectoriales*. V. *Evidencia del cumplimiento del derecho a la salud*. VI. *Bibliografía*.

I. INTRODUCCIÓN

La Ley General de Población se inscribe en el marco de los derechos humanos y tiene entre sus objetivos armonizar la dinámica demográfica con los desarrollos social y económico, así como reducir las desigualdades sociodemográficas que afectan la calidad de vida de la población. Estos elementos sustentan la inclusión del componente salud como un aspecto que es necesario contemplar al revisar la legislación sobre población.

El Estado mexicano reconoce a la salud en cuanto derecho constitucional y el acceso a los servicios de salud como uno de los derechos sociales. Sin embargo, en la actualidad este derecho no se encuentra satisfecho para una gran proporción de la población.

Este documento tiene como propósito señalar los principales problemas que enfrenta la atención de la salud en el país incluyendo aquellos que coadyuvan a la insatisfacción del derecho al acceso a servicios médicos.

* Posgrado en Población y Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, cardenas.rsr@gmail.com, cardenas.rosario@rocketmail.com

II. TRANSFORMACIÓN Y SITUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE SALUD EN EL PAÍS

La información estadística sobre salud muestra que, en la actualidad, la mayoría de las defunciones que ocurren en el país es debida a problemas no transmisibles, de entre los cuales destacan las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus y tumores malignos. En 2010, 1 de cada 7 defunciones estuvo asociada a diabetes mellitus, alrededor de 1 de cada 8 a enfermedades isquémicas del corazón y 1 de cada 10 a tumores malignos.¹ Empero, ésta no ha sido siempre la característica del perfil de mortalidad en México. A lo largo del siglo XX las enfermedades transmisibles fueron, durante varias décadas, los principales problemas asociados a la mortalidad.²

La transformación de la estructura de la mortalidad ha sido resultado de la aplicación esencialmente de dos conjuntos de medidas. En primer lugar la expansión, tanto de la infraestructura de drenaje como de la disponibilidad de agua potable y el mejoramiento del manejo de desechos derivaron en una reducción de los riesgos de transmisión de enfermedades. De igual forma, el descubrimiento y utilización de antibióticos y vacunas, modificó la dinámica de las enfermedades infecciosas reduciendo su impacto en la mortalidad. En los años noventa una medida de salud pública, la rehidratación oral, volvió a demostrar la eficacia de este tipo de intervenciones al propiciar el descenso de la mortalidad por infecciones intestinales, particularmente en la población infantil. La segunda serie de acciones vinculadas con los cambios en la composición de la mortalidad por causas corresponden a modificaciones en las condiciones de vida de la población. Aspectos como la expansión de la cobertura de educación y de servicios de salud, el mejoramiento de la conectividad geográfica al interior del país mediante el trazado y construcción de caminos y carreteras, el aumento en los niveles urbanización han sido elementos fundamentales para la reducción de la mortalidad en general y particularmente la debida a enfermedades transmisibles.

La magnitud del impacto de factores como los antes señalados queda reflejada en los cambios en indicadores básicos de salud y de condiciones de vida. En 1930, la tasa de mortalidad infantil era 131.6 defunciones de me-

¹ Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2010. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Secretaría de Salud, www.sinais.salud.gob.mx (consultada el 19 de febrero de 2012).

² Cárdenas, Rosario, “Las causas de muerte en México”, en Gómez de León, José y Rabell, Cecilia (eds.), *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, México, Fondo de Cultura Económica-Consejo Nacional de Población, 2002, pp. 109-144.

nores de 1 año por cada 1,000 nacidos vivos³ y la esperanza de vida al nacimiento de 36.9 años.⁴ Para 2011 se estima que la tasa de mortalidad infantil era de 13.7 defunciones de menores de 1 año por 1,000 nacidos vivos y la esperanza de vida al nacimiento se había más que duplicado ascendiendo a 75.6 años.⁵

Otros elementos que dan cuenta de los principales problemas de salud que enfrenta el país son: las altas tasas de accidentes, el incremento y rejuvenecimiento en la ocurrencia de suicidios, el registro de niveles relativamente altos de mortalidades por causas prevenibles como son las debidas a tumores malignos de pulmón o cérvico uterino, o potencialmente identificables en etapas tempranas, como los de seno o de próstata y la mortalidad materna.

Adicionalmente, cabe señalar que el examen de los datos sobre morbilidad revela el predominio que, en cuanto a demanda de servicios de salud, representan las patologías infecciosas así como la atención obstétrica. De igual forma, esta fuente de información estadística permite apreciar lo que significan en términos de afectación a la calidad de vida de la población condiciones crónicas de tipo asmático o epiléptico.

Asimismo resulta conveniente destacar que a los patrones de morbimortalidad diferenciales por grupo de edad, mismos que se desprenden en gran medida a factores biológicos, se añaden otros cuya presencia es resultado de desigualdades socioeconómicas. Por ejemplo, sistemáticamente todos los indicadores de salud ponen de manifiesto peores condiciones de salud en las poblaciones indígenas. De igual forma, para ciertas condiciones algunas entidades federativas registran niveles varias veces superiores a las reportadas para otros estados o el país. Por otra parte, accidentes y violencia muestran una dinámica de mayor intensidad en el caso de la población masculina y la diabetes mellitus ligeramente mayor para la población femenina.

No obstante los avances logrados en el mejoramiento de la salud de la población en las décadas recientes, es necesario apuntar que los indicadores de salud para México muestran un rezago de varias décadas respecto a lo alcanzado por otros países. La mortalidad infantil registrada en los últimos años es entre 3 y 4 veces superior a la observada en naciones europeas, por ejemplo. Lo mismo ocurre en el caso de la mortalidad materna. La razón de

³ INEGI, *Estadísticas Históricas 2009*, t. I, 4, salud, cuadro 4.16, 1a. pte. 2010a.

⁴ *Ibidem*, t. I, 1, población, cuadro 1.5, 2010b.

⁵ Conapo, *Indicadores demográficos básicos*, www.conapo.gob.mx (consultada el 19 de febrero de 2012).

mortalidad materna reportada excede en más de 10 veces la correspondiente a la mayor parte de los países desarrollados.

A partir de lo anterior y en función de lo previsto por la Ley de Población, a continuación se describen aspectos ineludibles de considerar en la búsqueda por garantizar a la población mexicana el ejercicio de los derechos humanos, constitucionales y sociales a la salud.

III. ASPECTOS A CONTEMPLAR PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

1. *Segmentación del sistema de salud*

La organización de un sistema de salud diferenciado en su interior a partir de la inserción laboral ha derivado en la conformación de grupos poblacionales cuya atención médica tiene características que divergen claramente entre sí. Los trabajadores que laboran en la iniciativa privada o en los distintos órganos de gobierno tienen por ese hecho acceso a los servicios médicos integrados en los esquemas de seguridad social del IMSS, ISSSTE, Marina, Defensa o Pemex. En contraste, quienes trabajan por cuenta propia o no cuentan con empleo formal constituyen la denominada población abierta y tienen como posibilidad para atender sus problemas de salud el demandar los servicios que proporciona la propia Secretaría de Salud o la iniciativa privada. Asimismo, aunque con variaciones de nombre pero siempre a cargo del IMSS, desde los años setenta se organizó un programa específico para la atención de las necesidades de salud de la población que reside en áreas rurales o de marginación. En la actualidad este esquema corresponde al programa IMSS-Oportunidades. Adicionalmente se ha establecido el programa conocido como Seguro Popular, el cual tiene como objetivo la afiliación de quienes forman parte de la población abierta en un esquema de cobertura de un conjunto de acciones específicas de salud.

La fragmentación del acceso a los servicios médicos ha resultado no sólo en formas administrativas distintas de ejercer el derecho a la atención médica tanto entre las diversas instituciones de seguridad social como en las unidades dependientes de la Secretaría de Salud, sino también en lineamientos de operación diferenciados y, en última instancia, atenciones médicas con características dispares.

Lo anterior representa uno de los principales obstáculos que debe considerar todo planteamiento que persiga garantizar el ejercicio del derecho de la población a proteger o recuperar su salud.

2. *Enfoque preventivo*

Pese a la eficacia mostrada por acciones preventivas del tipo de la vacunación o la adopción de comportamientos saludables como la reducción de la ingesta de sal, por ejemplo, la mayor parte de los servicios de salud son otorgados en la fase curativa de las necesidades de salud. En la práctica, ello se traduce en un retraso en la identificación de las patologías con el posible incremento en la afectación a la calidad de vida de las personas y la generación de situaciones propicias para el desarrollo de condiciones crónicas.

En este sentido, es necesario reorientar el enfoque de la prestación de servicios de salud hacia uno que privilegie el diseño de programas e intervenciones preventivos cuyo contenido no sólo sea suficiente sino que incluso responda tanto a las características de la morbimortalidad actual como a las distintas dinámicas que influyen sobre la ocurrencia de ésta, que sean implementados de manera oportuna y cuyo alcance se prevea sea eficaz para modificar los factores asociados con el desarrollo de los problemas de salud que abordan.

El caso de los servicios de salud reproductiva ilustra las cualidades de la aplicación de una aproximación como la descrita, al mismo tiempo que las limitaciones de las modalidades con las cuales han venido llevándose a cabo las acciones en esta área. Sin menoscabo de los logros que en materia de reducción de la fecundidad pueden adscribirse a las actividades desarrolladas en materia de planificación familiar en el país, éstas no han sido suficientes en su cobertura y alcance para garantizar el ejercicio del derecho de la población a decidir su reproducción. La presencia de embarazos en la población adolescente y el espaciamiento entre la conformación de una unión conyugal estable y el nacimiento del primer hijo, subrayan la urgencia de diseñar intervenciones que oportunamente proporcionen: elementos de educación en salud para el ejercicio de una sexualidad sin riesgos, divulgación eficaz de información sobre metodología anticonceptiva, eliminación de posibles barreras al otorgamiento de anticonceptivos, promoción del uso adecuado de los métodos seleccionados por la población, generación de condiciones de mayor participación masculina en la práctica anticonceptiva, por ejemplo. A este respecto, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009, la tasa de fecundidad en población adolescente era de 69.5 hijos por cada 1,000 adolescentes⁶ y la edad media a la primera unión en la población femenina fue de 21.8 años y al primer hijo

⁶ Conapo, *Principales indicadores de salud reproductiva / ENADID 2009. Transiciones a la vida reproductiva y fecundidad*, 2009, p. 5.

nacido vivo 22.3 años.⁷ De igual forma, el que la población mexicana esté iniciando, en promedio, su vida sexual activa a edades cada vez más tempranas, incrementa la posibilidad de un embarazo no planeado pero también el riesgo de contagio de una infección de transmisión sexual. Ello subraya la exigencia de proporcionar elementos suficientes de educación para la salud específicos sobre sexualidad y reproducción, así como promover la adopción de comportamientos de protección como el uso sistemático de preservativos.

3. Barreras al acceso o utilización de servicios de salud

Los obstáculos al acceso o uso de servicios de salud se encuentran presentes aún en el caso de la población derechohabiente a la seguridad social. Distintos factores fungen como limitantes o barreras al acceso a la atención médica. Entre los más importantes se encuentran aquellos de índole económica y de organización de los propios servicios. Los costos de la consulta o los medicamentos, asociados al traslado a las unidades de salud o el costo de oportunidad del tiempo empleado en atenderse, pueden afectar la demanda de atención médica. De la misma manera, horarios de atención incompatibles con las actividades que se desarrollan en la zona donde se ubica la unidad médica o inclusive no considerar la preferencia por personal de salud de cierto sexo. En el caso de los servicios de planificación familiar, por ejemplo, se ha encontrado que las mujeres que demandan servicios prefieren ser atendidas por personal de salud femenino. Las deficiencias en la infraestructura, insumos o características de entrenamiento del personal de salud de las unidades médicas pueden constituir una barrera a la utilización de servicios. La ausencia de alguno de los miembros del equipo de salud necesario para operar un quirófano hace la presencia de éste en un espacio de salud no utilizable. La escolaridad es una de las características sociodemográficas de la población que afectan de modo importante la utilización de servicios. En general, un mayor número de años de escolaridad se asocia con un uso o búsqueda de información que permita atender de mejor manera y más oportuna un problema de salud. Las restricciones a la autonomía femenina para tomar decisiones sobre su salud forman parte de los impedimentos de índole cultural que afectan la utilización de servicios de salud. De igual forma, la ausencia que con frecuencia se observa de un hablante de lengua indígena

⁷ *Ibidem*, p. 2.

en las unidades de salud que atienden población monolingüe, también provoca un freno al acceso a los servicios de salud.

En este sentido, acciones que busquen mejorar la conectividad geográfica hacia y desde las unidades médicas; garanticen la gratuidad de los servicios necesarios para resolver el problema de salud; coordinen horarios de servicio entre unidades para el funcionamiento como alternativas para la atención; planeen servicios con un enfoque integral de equipos de salud que incrementen la escolaridad promedio de la población no sólo a través del cumplimiento de lo establecido en la legislación vigente sino también mediante la eliminación del analfabetismo; promueven el mejoramiento de la condición social de la mujer y la igualdad de género; e incorporen una perspectiva multicultural en la atención médica, entre otras, contribuirán a reducir los obstáculos para el acceso y utilización de servicios de salud en el país.

4. *Desigualdad social*

Las diferencias entre las condiciones de vida y el acceso a satisfactores básicos entre distintos grupos de la población, constituyen uno de los obstáculos a vencer para propiciar el ejercicio efectivo de los derechos en México. Las estimaciones del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social⁸ para 2010, indican que 52 millones de mexicanos se encontraban en situación de pobreza. Adicional a las desigualdades geográficas manifestadas por los diferenciales entre entidades federativas, se encuentra el contraste entre las zonas urbanas y rurales, así como la población en condiciones de pobreza al interior de áreas urbanas. El Distrito Federal es indiscutiblemente la ciudad del país que cuenta con los mayores niveles de infraestructura urbana y de servicios; sin embargo, aún en ésta, se identifican grupos que no tienen satisfechos sus derechos sociales, entre ellos el acceso a servicios de salud. Los ancianos y las poblaciones indígenas viven con desventajas sociales y económicas particularmente acentuadas. En el caso de los ancianos, la ausencia de un sistema universal de pensiones que garantice un ingreso a quienes rebasan la edad tradicionalmente considerada de actividad económica, así como la escasez de programas preventivos que de manera oportuna hayan propiciado la reducción de la exposición a riesgos hace que este grupo de la población viva en circunstancias distintivamente vulnerables. La prevalencia de cánceres secundarios a tabaquis-

⁸ Coneval, “Mediciones de pobreza estatal”, www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/pobreza_2010.es.do (consultada el 19 de febrero de 2012).

mo ejemplifica lo antes señalado respecto a las insuficiencias en cuanto a prevención. Aun cuando la evidencia sobre el efecto nocivo del tabaco ha estado disponible durante varias décadas, las acciones emprendidas para su control fueron infructuosas para impedir la adopción del hábito y el desarrollo de la adicción en quienes hoy son ancianos. En el seno de los grupos indígenas son las mujeres quienes se ubican en una posición más endeble tanto en aspectos sociales como económicos, pero también a consecuencia, en algunos casos, de elementos derivados de los usos y costumbres propios de cada etnia.

5. *Dinámica demográfica*

La acentuada reducción de la fecundidad registrada en los últimos 35 años en el país, conjuntamente con el incremento de la longevidad promedio de la población, han derivado en transformaciones de gran envergadura en la estructura etaria de la población. Entre éstas resalta el aumento en la proporción de ancianos y el incremento en la edad promedio de la población. De forma acelerada, México está pasando de ser una población predominantemente joven a una en proceso de envejecimiento. De hecho, en la actualidad el grupo de edad que muestra las más altas tasas de crecimiento son los adultos mayores. Lo anterior tiene implicaciones tanto para la planeación como para el otorgamiento de servicios de salud y las demandas de atención médica.

La escasez de acciones oportunas en beneficio de la adopción de comportamientos saludables en quienes hoy son ancianos, junto con las limitaciones en el acceso a los servicios de salud, se traducen en una población que al llegar a la etapa adulta mayor, lo hace con riesgos diversos para el desarrollo de enfermedades no transmisibles. La prevalencia actual de *diabetes mellitus* y enfermedades cardiovasculares, entre otras, dan cuenta del deterioro que para las condiciones de salud de la población representan los esfuerzos limitados de educación para la salud y de control de exposición a riesgos.

En términos de los servicios de salud, lo anterior significa, por una parte, una afectación a la calidad de vida de la población anciana, pero también mayor probabilidad de requerir —durante periodos que pueden ser relativamente largos— tratamientos médicos de distinta intensidad.

El análisis de los procesos de dinámica demográfica es un elemento indispensable para la planeación de servicios de salud y, con ello, dar satisfacción del derecho a la salud.

6. *Discapacidad*

En el pasado reciente, la medición y el análisis de la mortalidad proporcionaba elementos suficientes para evaluar el estado de salud de la población. En la actualidad no basta. Con la extensión de la longevidad promedio, la morbilidad ha adquirido un espacio cada vez más importante para el diagnóstico de las condiciones de salud de la población. Se ha mencionado la relevancia de las enfermedades transmisibles como las principales patologías de demanda de atención en el país en contraste con el predominio de los problemas no transmisibles en el patrón de mortalidad.

Un elemento adicional a considerar en la evaluación de las necesidades de salud de una población es la discapacidad. Tanto el mejoramiento de la sobrevivencia promedio como el aumento de la supervivencia de quienes nacen con una discapacidad o la presentan como secuela de una enfermedad o accidente, se traducen en una mayor proporción de personas con discapacidades de distinta naturaleza, intensidad y duración. Ello redundará en un aumento y diversificación de los requerimientos de atención de este grupo poblacional. En el caso de la población con discapacidad, la satisfacción de su derecho al acceso a la atención médica no sólo da cuenta de la preservación o el mejoramiento de su condición de salud, sino que se vuelve, junto con el educativo, en un elemento clave para su inserción cabal en la sociedad.

La visibilización, estudio de sus condiciones de vida y adecuación de acciones preventivas y de atención destinadas a la población con discapacidad, son aspectos centrales en el proceso de justiciabilidad del derecho a la salud.

7. *Ejemplos de riesgos, problemas y problemáticas de salud actuales*

Ciertos aspectos específicos sobre salud representan en la actualidad desafíos no sólo para la prestación de servicios médicos, sino también para la política pública en general. El embarazo en la población adolescente es uno de éstos. La ocurrencia de embarazos no planeados, en general, refleja la falla de uno o más de los factores que requieren conjuntarse para el ejercicio de una sexualidad libre de riesgos. A la inmadurez física, psicológica y emocional que acompaña la adolescencia, se suma que el entrenamiento escolar que la sociedad debe proporcionar aún se encuentra en curso. La modificación del curso de trayectoria de vida como consecuencia de un embarazo en la etapa adolescente debe ser una preocupación no sólo por lo que significa para quienes se tornan padres en situaciones de alta vulnerabilidad

sino también para la sociedad. Aún más alarmante resulta el hecho de que con frecuencia la crianza de hijos de padres adolescentes queda a cargo exclusivamente de la madre, lo que puede contribuir a exacerbar condiciones de desigualdad.

Desde hace más de una década los niveles de suicidio han estado aumentando en el país. Al cambio en la magnitud de éste, se añaden como elementos de preocupación el que éste se lleve a cabo a edades más tempranas y el incremento de su ocurrencia en la población femenina. Indiscutiblemente los factores que subyacen a que un suicidio acontezca son de muy diversa naturaleza. No obstante, es innegable que se trata de una problemática con un fuerte contenido social. El análisis integral de los casos de suicidio, así como de los intentos de suicidio, es indispensable para establecer un diagnóstico con miras a diseñar un programa que atienda eficazmente este fenómeno.

A la violencia autoinfligida que representa el suicidio se añade el incremento de otras formas de violencia igualmente lacerantes para la sociedad. La violencia de género, la violencia entre generaciones al interior de la familia, la violencia específicamente dirigida contra ancianos son formas de agresión, algunas de las cuales sólo recientemente aceptamos que existen en el país.

Las distintas formas en las cuales se manifiestan las condiciones nutricionales de la población dan cuenta de la heterogeneidad y desigualdad del país. Al tiempo que se observa un incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, continúan registrándose defunciones por desnutrición e identificándose personas con déficits nutricionales. Ambos fenómenos son igualmente importantes desde el punto de vista de la salud pues mientras el sobrepeso y la obesidad constituyen factores de riesgo para el desarrollo de patologías que afectan severamente la calidad de vida de la población, la *diabetes mellitus*, por ejemplo, las carencias nutricionales, particularmente en edades tempranas, se asocian con daños irreversibles al crecimiento y desarrollo cognitivo. La educación nutricional es innegablemente un elemento necesario en la adopción de una dieta equilibrada o la transformación de hábitos que derivan en el sobrepeso o la obesidad, pero también lo es garantizar las condiciones de acceso regular a los alimentos tanto en cantidad como en calidad a fin de eliminar las condiciones de malnutrición que aún subsisten. Cabe recordar el reciente reconocimiento que hizo el gobierno mexicano del acceso a la alimentación como uno de los derechos sociales.

8. *Planeación del sector salud*

Entre el inicio de la etapa moderna de atención médica —es decir la implementación de los esquemas de seguridad social y de servicios de salud con un enfoque no asistencialista y a cargo del Estado— y el momento actual, las condiciones de vida de la población mexicana se han transformado de manera sustancial. La organización del sistema de salud y su actualización requiere incorporar como un insumo no sólo a los elementos que pudieran asociarse a dichas transformaciones, por ejemplo las modificaciones en los perfiles de mortalidad y morbilidad, sino también el aumento en la prevalencia de la discapacidad y su diversificación, así como las vinculadas al incremento de la longevidad promedio y la proporción de ancianos. La exposición a conjuntos de riesgos de mayor heterogeneidad y durante periodos más largos también deviene en problemas de salud cuya atención puede requerir un alto nivel de especialización. La urgencia de contar con un mayor número de médicos entrenados en geriatría o en las distintas formas de atención oncológica, ilustra lo indispensable de llevar a cabo un ejercicio de planeación integral del sector que no únicamente incorpore los elementos antes mencionados, sino también la búsqueda del funcionamiento horizontal entre las distintas instituciones que lo integran. Ello significaría que se estaría en condiciones de garantizar no sólo responder de manera cabal a las necesidades de salud de la población, sino también de otorgar servicios equivalentes al interior del sector, haciendo un mejor uso de la infraestructura y los recursos con los que se cuenta.

9. *Análisis continuo del sistema de salud*

La disponibilidad de información estadística sobre salud, suficiente en cobertura y con desagregación por características demográficas, geográficas y causas, cuya amplitud de temas recabados refleje la complejidad de las transformaciones en los perfiles de morbimortalidad y de discapacidad, y para la cual su compilación y divulgación se lleven a cabo de manera oportuna, es un elemento central no sólo para el análisis de las condiciones de salud, sino también para el diseño de programas e intervenciones, el monitoreo de los efectos de éstos, el examen de los procesos de organización y el otorgamiento de la atención médica, la evaluación de los resultados obtenidos, la medición del acceso, uso y calidad de los servicios médicos y el estudio del ejercicio cabal de los ciudadanos de su derecho a una vida saludable.

La expansión y el fortalecimiento de la investigación sobre salud es otro de los aspectos medulares para el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Los resultados emanados de ésta deben ser empleados como insumos básicos que retroalimenten las acciones preventivas, de educación para la salud y la práctica médica.

Los datos derivados tanto de la explotación de la información estadística como los obtenidos mediante investigación, deben ser los elementos que sustenten la normatividad en materia de salud y orienten los contenidos de las guías de práctica clínica. A su vez, la actualización sistemática tanto de las normas oficiales como de los lineamientos de atención médica a la luz de los avances científicos y tecnológicos, se vuelve uno de los criterios de evaluación de la organización de los servicios de salud.

La construcción de indicadores que den cuenta de la compleja interacción entre factores sociales, culturales, ambientales, genéticos y de servicios de salud, así como la ocurrencia de la morbimortalidad o discapacidad, es también una actividad que requiere estimularse a fin de contar con elementos que coadyuven a evidenciar con mayor profundidad las transformaciones que tienen lugar en la salud de los mexicanos.

IV. ACCIONES INTERSECTORIALES

Si bien la eficiencia o eficacia de la atención médica depende en gran medida del desempeño del sector salud, muchas de las situaciones que afectan las condiciones de salud tienen su origen en factores externos a los servicios de salud. La eliminación de algunas de las barreras al acceso a la atención que fueron comentadas con anterioridad, exige la realización de acciones en ámbitos distintos del de la salud. Las acciones de índole intersectorial se presentan como un factor indispensable de considerar en la búsqueda por mejorar la salud de la población. A manera de ejemplo, el mejoramiento de las condiciones de comunicación terrestre, así como la disponibilidad de vehículos de transporte propiciarían en muchos casos una demanda más temprana de servicios de salud, con el consecuente mejoramiento de la oportunidad diagnóstica y de tratamiento. Los problemas de desabasto o encarecimiento de alimentos favorecen un contexto de mayor riesgo para el desarrollo de patologías. La observancia de las regulaciones que atañen al uso de vehículos de transporte como el uso de cinturón de seguridad, conservar los límites de velocidad, no conducir bajo el influjo de sustancias farmacológicas o ilegales, por ejemplo, redundan en una disminución de los

riesgos de sufrir accidentes y, con ello, la de esta demanda de servicios de salud específicos.

La disminución de la desigualdad en salud presente en el país y la reducción de los rezagos registrados respecto a lo alcanzado por otras naciones, exige una estrategia integral que no sólo considere los aspectos estrictamente médicos de organización de los servicios, educación para la salud, prevención, atención, formación de recursos humanos, infraestructura, equipamiento y financiamiento, sino también el que el estado de salud es resultado de la conjunción de factores biológicos, sociales, ambientales, culturales y geográficos, por señalar algunos, y su manifestación se ve no sólo afectada por las decisiones gubernamentales en materia de salud sino también simultáneamente por las que tienen lugar o dejan de llevarse a cabo en otros espacios.

V. EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DEL DERECHO A LA SALUD

Los esfuerzos por garantizar que la población ejerza de manera cabal su derecho a la salud incluyen, además de los aspectos legislativos y administrativos, aquellos destinados a evidenciar la traducción del ejercicio del derecho en un mejoramiento de las condiciones de salud. Lo anterior conlleva la conformación de un sistema de monitoreo y evaluación que mediante el uso de indicadores objetivos permita medir los cambios y avances en el estado de salud de los mexicanos. Los aspectos tradicionales de utilización y acceso deben verse complementados con una visión de efectividad de los mismos, reflejados no sólo en la satisfacción del derecho sino incluso en haber logrado una mayor calidad de vida a través del mejoramiento de la salud de la población. Elementos como el descenso de la mortalidad asociada a patologías para las cuales se tiene información preventiva, de diagnóstico temprano o de tratamiento eficaz, la disminución de las discapacidades a cuya ocurrencia contribuye la ausencia de prevención o las deficiencias o retrasos en la atención médica, la reducción del número de episodios de enfermedad o la postpuesta del desarrollo de complicaciones asociadas a padecimientos crónicos, son ejemplos de los ángulos que deberán ser contemplados en la valoración de la satisfacción del derecho constitucional, humano y social a la salud.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- CÁRDENAS, Rosario, “Las causas de muerte en México”, en GÓMEZ DE LEÓN, José y RABELL, Cecilia (eds.), *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, México, Fondo de Cultura Económica-Consejo Nacional de Población, 2002.
- CONAPO, *Principales indicadores de salud reproductiva. ENADID 2009*, México, Conapo, 2009.
- , “Indicadores demográficos básicos”, www.conapo.gob.mx
- CONEVAL, “Mediciones de pobreza estatal”, www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/pobreza_2010.es.do
- DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD, *Base de datos de defunciones generales 1979-2010*, Sistema Nacional de Información en Salud-Secretaría de Salud, www.sinais.salud.gob.mx
- INEGI, *Estadísticas históricas 2009*, 2010a.
- , *Estadísticas histórica 2009*, 2010b.