

1. Favorecer una mayor esperanza de vida a lo largo del ciclo vital con equidad y calidad para toda la población

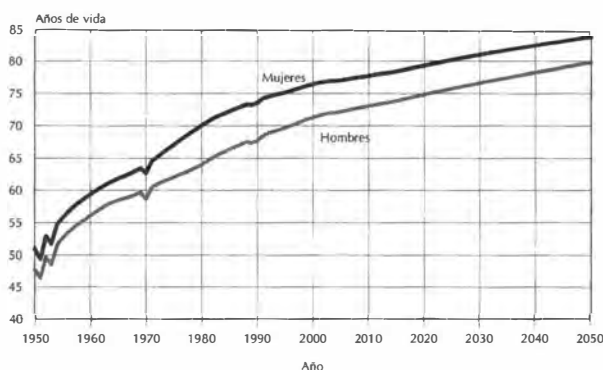
El descenso de la mortalidad ha sido uno de los logros sociales más importantes del México contemporáneo. La primera fase de la transición demográfica comenzó con el significativo alargamiento de la sobrevivencia que, a su vez, fue resultado de las mejoras en las condiciones generales de vida de la población, la expansión de la cobertura de los servicios de salud, la ampliación de la infraestructura de servicios sanitarios, el mejoramiento de la alimentación y la educación de la población (Gómez de León y Partida, 2001; Cárdenas, 2001).

La esperanza de vida ha aumentado de 67 años en 1980 a 74.5 años en la actualidad. La mortalidad infantil cayó de 51 defunciones por mil nacidos vivos a 16 hoy en día. La mejoría en las condiciones de vida y los esfuerzos desplegados por el sistema de salud, además del acceso de la población a servicios sanitarios y de agua potable y la aplicación prácticamente universal de vacunas, han reducido considerablemente las

Oportunidades y retos de la política nacional de población en el siglo XXI

muerres en edades tempranas, principalmente por infecciones comunes, lo que ha contribuido a aumentar la esperanza de vida.

Esperanza de vida al nacimiento, 1950-2050



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población, agosto 2006.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias representaban 31 por ciento de las muertes en el grupo de menores de cinco años hacia 1980, y se ha reducido a nueve por ciento en 2005. No obstante, el riesgo de morir por enfermedades infecciosas en las zonas rurales y en las áreas marginadas es elevado con respecto a las áreas urbanas, donde han sido prácticamente controladas. Las diferencias por entidades son notables, en Chiapas una de cada cinco defunciones en

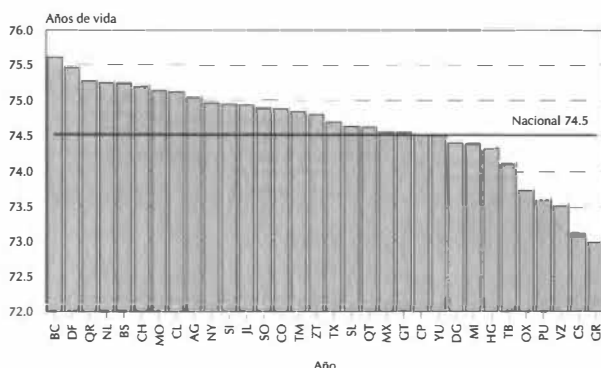
Octavio Mojarro

menores de cinco años es causada por alguna enfermedad diarreica o infección respiratoria, que bajo los estándares actuales de la práctica médica son altamente prevenibles y completamente curables cuando se atienden oportunamente; en el extremo opuesto, en Nuevo León sólo una de cada 20 muertes es consecuencia de estas enfermedades.

El perfil epidemiológico se presenta más complejo, dado que todavía no se erradican las enfermedades infecciosas del pasado y ya se presentan aquellas originadas por la vida moderna. Actualmente, la mortalidad está más concentrada en los padecimientos asociados con la adultez, la obesidad y el sedentarismo (Partida y García, 2004; Ávila y Shamah, 2005). Por tanto, los nuevos aumentos en la esperanza de vida para el futuro tendrán su origen en la capacidad para controlar las enfermedades no transmisibles en un contexto de mayor envejecimiento. Entre las enfermedades que dominan el perfil de salud de la población mexicana sobresalen las enfermedades del corazón, los cánceres y la diabetes, que en conjunto dan cuenta de 40 por ciento de las muertes del país, equivalentes a las provocadas por la diarrea y neumonía en la década de 1950.

Oportunidades y retos de la política nacional de población en el siglo xxi

Esperanza de vida total por entidad federativa, 2005



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población, agosto 2006.

Las enfermedades del corazón y la diabetes comparten similares factores de riesgo. La hipertensión arterial sistémica es uno de los principales factores de riesgo para las enfermedades del corazón y las cerebro-vasculares. La elevada prevalencia de hipertensión alcanza 30 por ciento en personas de 20 años o más, en tanto que la diabetes llega a diez por ciento, y ambas aumentan sistemáticamente con la edad. Tales factores de riesgo se presentan de forma compleja, ya sea de forma individual o en conjunto, causando este tipo de enfermedades (SSA-2006; Velásquez, 2006).

La hipertensión y la diabetes, además, comparten otros factores de riesgo como obesidad, mala nutrición y sedentarismo. De hecho, las cifras

Octavio Mojarro

recientes muestran que 39 por ciento de la población adulta del país sufre de sobrepeso y otra tercera parte de obesidad, lo cual refuerza sus efectos en el quebranto a la salud. Con todo, una característica de estas enfermedades es que los factores de riesgo pueden ser modificados y prevenibles pero requieren de una amplia cultura de la salud.

En la actualidad, sin embargo, subsisten pronunciadas diferencias de morbi-mortalidad entre grupos sociales y regiones, atribuibles a la coexistencia de patrones tradicionales y modernos de vida. La pobreza y la marginación son contextos sociales en los que todavía prevalecen patrones de salud asociados con las enfermedades que imperaban en el país hace 20 o 30 años, al tiempo que aparecen nuevas y dominantes causales de muerte del tipo no transmisible entre regiones y grupos sociales caracterizados por estilos de vida más desarrollados.

La experiencia de países con un mayor desarrollo que el nuestro muestra que se pueden lograr avances en la prevención de muerte por enfermedades no transmisibles, como las cardiovasculares, cánceres y otros padecimientos crónico-degenerativos, e incluso en las causas asociadas a los riesgos por lesiones y accidentes. Por ello, abatir las disparidades en el riesgo de morir por razones prevenibles y evitables es una prioridad en México. La atención a

este reto llevaría a logros de ampliar la esperanza de vida a cerca de 80 años hacia la mitad de este siglo, nivel que hoy disfrutan los países avanzados.

El diseño de estrategias debe asegurar que se atiendan en forma simultánea las causas de enfermedad asociadas con la pobreza y las originadas en los estilos modernos de vida, el mejoramiento del acceso y la calidad de la prestación de los servicios de salud, así como los de salubridad general y los aspectos sociales del proceso salud-enfermedad.

Es necesario revisar la asignación de recursos públicos en el campo de la salud. Aún cuando en México se ha elevado el gasto público en salud, en comparación con países de similar grado de desarrollo, se invierte poco en este campo, apenas 6.2 por ciento del PIB, y la mitad tiene su origen en el ámbito privado o de bolsillo (OCDE, 2005). En 2003, México tuvo el gasto *per capita* más bajo entre los países de la OCDE. En este campo, las desigualdades de gasto en salud por grupos sociales también resultan sumamente contrastantes, por lo que aumentar aún más la esperanza de vida amerita una revisión de las prioridades de los gastos en salud con criterios de equidad y justicia.