
EL CÓLERA, ¿PROBLEMA DE POLICY PÚBLICA?

Carlos Ruiz Sánchez

Introducción

Las pandemias de cólera han azolado al mundo desde tiempos inmemoriales. Probablemente junto con la lepra y la peste, ha sido la enfermedad más citada en la historia. Se cree que es originaria de la India y su nombre tiene etimología griega: *kolera*, que significa "diarrea biliosa". Los romanos la conocieron como *colera morbus* (enfermedad colérica) y como *colera nostrum* (nuestra cólera) lo que permite deducir que estuvo ampliamente difundida en el Imperio Romano.¹ Durante la Edad Media se conocieron numerosas epidemias, algunas de cólera, pero hasta mediados del siglo XIX, en que aparece el libro de John Snow sobre la enfermedad, basado en sus observaciones sobre repetidas epidemias en Inglaterra. Desde 1849, 1853 y 1854 se cuenta con documentación exacta sobre los diferentes episodios de esta enfermedad.² El propio Snow asienta que:

La existencia del cólera asiático no puede ser seguida definitivamente, más atrás del año 1769 (...)”³

En el siglo XIX se presentaron siete pandemias de cólera, la primera, en 1817. A la fecha, el daño no se ha erradicado del mundo, aunque

¹ Diccionario *Pequeño Larousse Ilustrado*.

² R.R., Armijo, *Curso de Epidemiología*, Universidad de Chile. Santiago, 1964, 2a. ed. p. 32.

³ John, Snow, "Sobre el modo de transmisión del cólera", en O. P. S. *El Desafío de la Epidemiología. Problemas y Lecturas seleccionadas*, publicación científica 505. Washington, D.C., 1988, p. 43.

disminuyó sensiblemente en el siglo XX. En México, el 12 de junio de 1991 se presenta el primer caso de la enfermedad en el siglo.⁴

En este trabajo se analizarán las acciones gubernamentales para resolver el problema, intentando identificar si se han generado políticas públicas y, en su caso, ¿cómo ha sido el proceso?

¿Qué es el cólera?

El cólera es una enfermedad infecciosa, causada por la bacteria *vibrio cholerae*, serogrupo O1 toxigénica, biotipos El Tor o clásico, serotipos Ogawa, Inaba o Hikojima. Se transmite por la ingestión de alimentos, agua, hielo y bebidas contaminadas dice a la letra la "Norma técnica para la prevención, control, manejo y tratamiento del cólera" emitida por el Sistema Nacional de Salud (SNS) y publicada en el Diario Oficial de la Federación (D.O.) el 12 de agosto de 1991.⁵ Este padecimiento se manifiesta por diarrea intensa, cólicos, vómito y deshidratación grave. Ataca principalmente a los adultos, aunque también los menores lo sufren. Es un padecimiento directamente relacionado con la pobreza, pues la falta de agua potable y de drenaje, el fecalismo al ras del suelo, la desnutrición y el hacinamiento son los factores predisponentes para la diseminación del agente causal.

Antecedentes del cólera en México

El mes de octubre de 1832 llega el cólera a los puertos de Progreso, Yucatán y de Tampico, Tamaulipas, procedente de Nueva Orleans, Estados Unidos. El presidente Anastasio Bustamante, impone la cuarentena a los barcos procedentes de lugares en los que el padecimiento estuviera presente. Sin embargo, en junio de 1833 estalla la epidemia en el centro del país y en la ciudad de México provoca 14,000 defunciones. Santa Anna pierde, por la enfermedad, 2,000 soldados en Querétaro persiguiendo al General Arista.

⁴ "El Cólera en México. Acciones y Testimonios", Sistema Nacional de Salud, Folleto, 1191, p.

⁵ Norma Técnica No. 339 para la prevención, control, manejo y tratamiento del cólera, Diario Oficial, agosto 12, 1991.

La segunda epidemia ingresa también por Tampico, en 1850. El gobierno de José Joaquín Herrera, con fondos públicos y con la participación de la "caridad" privada, atiende a los enfermos y mantiene un hospital de 300 camas. La epidemia fue muy extensa en el país. Coahuila y Oaxaca fueron las entidades más afectadas. En el Distrito Federal murieron 9,619 personas y seguían reportándose casos en 1856.

La última invasión del cólera en el siglo XIX se inició en 1882 en Chiapas, Oaxaca y Tabasco.⁶ En la ciudad de México morían cerca de 1,300 enfermos en un día. Se logró extinguir la epidemia en Juchitán, Chiapas, por medio de una cuarentena rigurosa. Ciertamente la escasa población del país, mermada además por la enfermedad, facilitó la disminución drástica de los susceptibles y cortó la cadena de transmisión.⁷

La situación actual

Más de cien años después, el cólera vuelve a invadir al país, apareciendo brotes de la enfermedad en los lugares en los que menos se esperaba. Las tres epidemias decimonónicas entraron por vía marítima, y se esperaba que la actual, que se desplazaba hacia el norte desde el hemisferio sur, se comportara igual. Aparentemente no fue así, pues los primeros casos aparecen en el centro del país, sin haber pasado por los puertos. Para causar mayor descontrol, la enfermedad parece andar a salto de mata. No se sabe cómo ha llegado a regiones tan desconectadas entre sí. La desinformación ha complicado las cosas y la situación de emergencia dista mucho de ser solamente de carácter epidemiológico. Hay involucrados serios aspectos sociales y políticos, que requieren un análisis objetivo para conocer las consecuencias que tal estado de cosas acarrea.

Definición y delimitación del problema

Si enunciamos el problema como la aparición de brotes epidémicos de cólera en el territorio nacional, hemos de identificar los factores que

⁶ "La salubridad general", *México a Través de los Informes Presidenciales*, SSA-S.P., México, 1976, pp. LII-LIII.

⁷ "El Cólera en México..." *op. cit.* p. 3.

condicionaron la entrada del padecimiento, y también los que favorecieron o se opusieron a su diseminación.

En el mundo, estamos padeciendo la séptima pandemia de cólera de los dos últimos siglos. Ésta se inició en 1961 en Sulawesi, en Asia y ha afectado a más de cincuenta países desde esa fecha. En el Continente Americano se inició en enero de 1991, en Perú, y a la fecha este es el continente más afectado, aunque en África la letalidad es mayor.⁸

En México, a partir del 12 de junio de 1991, en que se detectó el primer caso, las zonas afectadas han sido:

- la Huasteca y el Valle de Tula, en Hidalgo;
- la Huasteca Veracruzana;
- el municipio de Suchiate, en Chiapas;
- San Miguel Totolmaloya, en el Estado de México;
- San Pedro Miahuatlán, en Puebla;
- el municipio de Gutiérrez Zamora-Lombardía, en Michoacán;
- Jocutla y Tlalquiltenango, en Morelos;
- Umaín, en Yucatán;
- además en Oaxaca, Campeche, Guerrero, Tabasco y Zacatecas.

Hasta el 12 de octubre de 1991, se habían presentado 599 casos y 23 defunciones.⁹

La mortalidad y la morbilidad por enfermedades diarreicas en México son de las más elevadas en el mundo. Los problemas de pobreza y de saneamiento del ambiente no se han resuelto, y el cólera se implanta en este terreno, para agravar la situación.

Acciones del gobierno

En un principio, la Secretaría de Salud, en voz de su titular, hizo declaraciones en el sentido de que el cólera no llegaría a México. Unos días más tarde, se informó a la población que el Sistema Nacional de Salud estaba perfectamente preparado para afrontar el problema. No obstante, fue hasta el 31 de julio de 1991 cuando se presentó para

⁸ *La Jornada*, México, D.F., octubre 5, 1991, primera plana y p. 28.

⁹ *La Jornada*, México, D.F., octubre 12, 1991, p. 14.

discusión y aprobación, en su caso, en la Comisión Consultiva de Normas Técnicas en Materia de Salubridad General (grupo interinstitucional de la más alta jerarquía para el análisis y aprobación de todos los proyectos de normas técnicas del S.N.S.), el proyecto de norma técnica para la prevención, control, manejo y tratamiento del cólera, y fue publicada hasta el 12 de agosto de 1991, dos meses después de que se reportara el primer caso de la enfermedad, y cuando ya se conocían más de 500 enfermos y 3 defunciones. Desde un principio se centralizó la información para los medios de difusión, en la Secretaría de Salud, y fueron destituidos de sus puestos y sancionados severamente los directores de unidades médicas y funcionarios que hicieron declaraciones a la prensa. Esta medida tuvo por objeto, según el gobierno, que no se alarmara a la población nacional ni extranjera.

A principios del mes de agosto, se establecieron algunos programas regionales de lucha contra el cólera, además de los cercos sanitarios instalados alrededor de las localidades en las que se reportaron casos de la enfermedad. Estos programas regionales son:

- la “Operación Suchiate”, en Chiapas, en la que participan la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Comisión Nacional del Agua y el gobierno del Estado; cubre los municipios de Suchiate, Frontera Hidalgo, Escuintla, Tapachula, Acacoyagua, Huehuetan y Acapetahua.¹⁰
- el programa “Agua Limpia”, a cargo de la Comisión Nacional del Agua, que abarca a todo el país;¹¹
- la “Operación Grijalva”, también en el Estado de Chiapas y que cubre los municipios de Tuxtla Gutiérrez, Chiapa de Corzo, Alcalá, Chiapilla y San Lucas;¹²
- y el programa de “Prevención del cólera”, que a partir del 15 de septiembre inició el Departamento del Distrito Federal y la Cámara de Comercio de la Ciudad de México, para supervisar, retirar o clausurar los puestos callejeros fijos y semifijos de alimentos.¹³

¹⁰ *Excélsior*, México, D.F., agosto 3, 1991, primera plana.

¹¹ *Excélsior*, México, D.F., agosto 15, 1991, p. 46.

¹² *La Jornada*, México, D.F., octubre 6, 1991, p. 15.

¹³ *La Jornada*, México, D.F., octubre 12, 1991, p. 14.

Estas acciones se suman a las de la Campaña Nacional de Educación Sanitaria en los medios de comunicación, sobre las medidas higiénicas convenientes para evitar el posible contagio de la enfermedad, y los estudios epidemiológicos para determinar la ruta de entrada del padecimiento al país, la magnitud, la frecuencia y la distribución temporal y geográfica de cada nuevo brote que se presente. La Secretaría de Salud emite un boletín informativo semanal de casos confirmados.

Análisis de policy

El hacer un análisis del proceso para elaborar una policy pública requiere de una cierta cantidad de información sobre las decisiones gubernamentales y los objetivos que se persiguen. Aquí se aplicará un modelo para la identificación de las *policies* públicas, utilizando la precaria información con la que se cuenta. El modelo que se utilizará es el propuesto por Jones,¹⁴ quien analiza el proceso por medio de una sencilla matriz.

La percepción y la definición del problema es aparentemente fácil, sin embargo resultaría demasiado simplista pensar que la enunciación de "combatir el cólera" abarque la totalidad del problema. Éste debe desagregarse en diferentes vertientes, ya que influye en aspectos diversos al de salud propiamente dicho, identificados como los más importantes, tales como el de comercio exterior, turismo, economía, proceso electoral y legitimación del poder gubernamental. Visto de este modo, la problemática es muy amplia y difícilmente se podrán tomar decisiones adecuadas en todos sentidos. Por otra parte, los grupos sociales tasarán el problema de acuerdo con los intereses propios que afecte, apareciendo por lo tanto una gama de opiniones sobre la importancia y la trascendencia de los problemas. El peso específico de estas opiniones reflejará el grado de organización del grupo opinante y planteará diferentes prioridades frente al gobierno para tomar una decisión, siendo determinante el acceso que cada uno de estos grupos tenga a los niveles decisorios.

Otro aspecto importante, ahora relativo al gobierno mismo, es el de la agenda. Las decisiones se tomarán en el momento en el que la administración pública lo considere necesario, o cuando tenga tiempo, jerarqui-

¹⁴ O. Ch. Jones, *An Introduction to the Study of Public Policy*, Brooks/Cole Publishing Co. Monterey, Cal. 3th edition, 1984, Chap. 2, pp. 27-30.

zándolo con otros problemas simultáneos. Si se decide, el ejecutivo distribuirá las cargas entre sus dependencias para el planteamiento de soluciones y alternativas de acción, con el fin de valorar, equiparar y equilibrar las propuestas y traducirlas en una o varias políticas públicas, que tengan el apoyo mayoritario o que por lo menos no tengan el rechazo mayoritario.

Una vez seleccionadas las propuestas habrá que asignarles presupuesto, determinando el tipo y volumen de los recursos humanos, materiales y financieros, las fuentes de financiamiento, los montos y los destinos de los recursos, las actividades y las acciones, presentados como programas de corto plazo, si así conviniera, y previendo las declaraciones, los informes y las evaluaciones, así como los ajustes y modificaciones que se vayan requiriendo en el desarrollo de la *policy*.

La identificación de una *policy* pública en este conjunto de decisiones, se fundamenta en los siguientes elementos:

- las decisiones se toman en un ambiente de emergencia o contingencia, para resolver el problema;
- las decisiones se toman en el gobierno;
- las decisiones están apoyadas por los grupos de poder y de opinión;
- las decisiones se enmarcan dentro de la agenda gubernamental;
- las decisiones tienen marcados plazos cortos para su vigencia;

En el ámbito de la salud, el problema tiene dos vertientes principales. Uno es el relativo a la prevención del contagio y el otro a la atención de los enfermos. La prevención implica la detección y confirmación de los casos, la aplicación de acciones sanitarias para evitar la diseminación del agente causal y nuevos contagios y la información y capacitación de la población en los hábitos higiénicos preventivos.

La atención de los enfermos se llevará a cabo en todos los establecimientos de salud del país, públicos y privados, de acuerdo a la demanda. Consiste en el tratamiento de la infección, pero principalmente en combatir y evitar la deshidratación del paciente. Hasta el momento, la capacidad instalada ha sido suficiente para la resolución de los casos que han requerido atención.

Por otra parte, hay unanimidad de opinión en la población, respecto a la importancia del problema, con diferentes intereses, pero todos los grupos sociales apoyan las acciones, e incluso las vigilan y participan.

Pero la agenda del gobierno pareció retardar el inicio de las labores de salud, a pesar de las declaraciones de las autoridades al respecto. La norma técnica se retrasó dos meses a la aparición del primer caso, debiendo estar antes de que se presentara la invasión de la enfermedad, puesto que ya se esperaba su llegada. Del mismo modo, el reconocimiento oficial de los brotes epidémicos fue extemporáneo respecto de la aparición inicial de los casos. Los programas regionales y los cercos sanitarios se implantaron entre un mes y mes y medio después de la aparición del problema.

Los grupos organizados del Sistema Nacional de Salud - Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, DIF, Servicios Médicos del DDF, de la Secretaría de la Defensa, de la Secretaría de Marina y de PEMEX, y el sector privado - participan también en los equipos que toman las decisiones, definen las agendas, formulan las propuestas y las desarrollan, legitiman los procesos, asignan recursos, implantan y mantienen las acciones, establecen las evaluaciones y los ajustes necesarios. De hecho, aquí la participación de la sociedad civil en la toma de decisiones es mínima, pero se puede considerar que existe la aceptación total de las acciones y el reconocimiento uniforme de la magnitud y la trascendencia del problema.

Aceptando que se elaboró una *policy* pública frente al problema del cólera, ésta fue de tipo incremental, pues lo que se hace es adicionar en ciertos puntos a lo considerado en el Programa Nacional de Salud 1990-1994 en los rubros de atención, y prevención y control de las enfermedades diarreicas.¹⁵ La Norma Técnica 339 contiene este incremento.

Para resolver los otros problemas sanitarios, sí se formularon nuevas *políticas* públicas. La "Operación Suchiate" y la "Operación Grijalva" por ejemplo, respondieron al mismo problema de salud, y se unieron diversos grupos, si bien gubernamentales, de diferentes sectores. Aparte de la búsqueda de los casos de diarrea aguda en los poblados que cubren, llevan a cabo estudios del agua de canales y ríos para descubrir si están contaminados con el microbio del cólera. Además cuentan con sistemas de información y vigilancia epidemiológica. La formulación de propuestas de solución entre los diversos organismos que las componen, responden a un consenso. Desafortunadamente la participación comunitaria en las decisiones está ausente, por lo que la legitimación se consigue pasivamente. Los recursos los aporta principalmente el gobierno estatal,

¹⁵ Programa Nacional de Salud, 1990-1994, Secretaría de Salud, México, 1990, pp. 37-38; 44.

pero también se usan fondos federales. La Secretaría Estatal de Salud implanta y aplica los programas por medio de brigadas, con la participación del IMSS y del ISSSTE en algunos lugares. La evaluación corre a cargo del nivel estatal coordinado por el gobierno federal, y los ajustes se aplican también por consenso entre las partes.

Son de especial interés las políticas públicas "Agua Limpia" y "Prevención del cólera en el Distrito Federal". El problema central sigue siendo el mismo, pero los enfoques son diferentes. En el programa "Agua Limpia", la Comisión Nacional del Agua pretende desinfectar las fuentes acuíferas, tanto para el uso doméstico como para el riego. Este último aspecto es en el que mayores controversias se han presentado. El riego de cultivos en el Estado de Hidalgo, que sirve de ejemplo, se lleva a cabo en más del 80 por ciento con aguas servidas (es decir, provenientes del drenaje) del área metropolitana de la ciudad de México. Estas aguas deberían ser "tratadas" para eliminar los microbios patógenos para el hombre y los animales. Sin embargo, la mayor parte de ellas son "crudas", es decir, sin tratamiento. Las legumbres y verduras que se consumen en la alimentación están generalmente contaminadas, y si no se cuecen bien o se desinfectan, pueden transmitir enfermedades diarreicas. La Secretaría de Salud propuso una norma técnica para que fuese obligatorio tratar las aguas de riego. Pero la Comisión Nacional del Agua rechazó la norma porque jurídicamente la Secretaría de Salud no tiene ingerencia en las aguas de riego, sino que son del dominio de la Comisión. Pero además, se movilizó a grupos de agricultores que se opusieron a las proposiciones de la Secretaría. Finalmente ninguna de las dos partes elaboró la norma. Luego, el cólera aparece en Hidalgo. La Comisión establece el programa "Agua Limpia" y, entre otras cosas, derrama 30,000 litros de cloro en los ríos Potrerillo, Tahuizán y Chinguinosa, que cruzan el municipio de Huejutla, en Hidalgo. Según las declaraciones del Jefe de la Oficina de Pesca en la Huasteca hidalguense:

El cloro que se derramó en los tres ríos (...) terminó con todas las especies, ya que mató la hueva y la mojarra nativa, carpa y algo de charal (...) Quedaron gravemente contaminados los caudales, y tendrán que pasar de cuatro a seis meses para que se limpien. Hay que esperar que llueva mucho para que la corriente arrastre a los peces muertos.

Aparecieron parvadas de zopilotes en las riveras de los ríos donde se acumularon los peces muertos, y hay que esperar que no se mueran también los zopilotes intoxicados por el cloro. El declarante agregó:

Pero no se avisó a la población de la decisión de derramar el cloro para no propiciar mayores casos de alarma. (...) es preferible matar a los peces que a la gente de la región, que los consumía sin saber el daño que podrían causarles. (!)¹⁶

Este caso ejemplifica todo lo que *no* debe hacerse al elaborar una *policy* pública. En primer lugar, no se definió bien el problema, pues si las aguas de los ríos estuvieron contaminadas, y esto contaminaba a las especies fluviales que sirven de alimento a las poblaciones ribereñas, habría que delimitar el problema en cuanto al verdadero riesgo de la ingestión de pescado crudo, ya que con el cocimiento, desaparece el peligro de contagio. Lo mismo se puede considerar del agua para beber. Por otra parte, tampoco se valoró que la fauna de los ríos es importante en la nutrición de las poblaciones ribereñas, y por último, no se tomó en cuenta tampoco el impacto ecológico que resultará de la desaparición de especies animales en el lecho de los ríos.

Se soslayó a propósito la opinión de los grupos sociales involucrados, en cuanto a la magnitud y trascendencia del problema, ya que, organizados o no, fueron afectados por una decisión unilateral en lo político y en lo social, que además fue apresurada y sin medir consecuencias ni establecer prioridades. Todo esto convierte a esta *policy* en ilegítima e imposible de evaluar en sus consecuencias y mucho menos de corregir los errores que la plagaron.

La otra *policy* pública referente a la “prevención del cólera en el D.F.” presenta también aspectos interesantes de analizar.

La Secretaría de Salud y el Departamento del Distrito Federal, establecieron un programa de supervisión de los comercios ambulantes que expendían alimentos no empacados, “con el fin de clausurar o retirar de la vía pública aquellos cuyos productos no garantizan las medidas de higiene necesarias.” El problema estriba en que dichos expendios de alimentos representan un grave peligro para la salud, al favorecer la transmisión de enfermedades gastrointestinales, entre ellas el cólera. En la decisión participaron también los miembros de la Cámara Nacional de Comercio, como representantes de la parte afectada, con amplia representación, como es de suponerse, ante los elaboradores de la *policy*. La solución aceptada ha sido el retirar todos los puestos “callejeros” en las estaciones del Metro Revolución, Cuatro Caminos, Chabacano y Cha-

¹⁶ *La Jornada*, México, D.F., agosto 9, 1991, primera plana.

pultepec, y en las inmediaciones del Campo Militar Número Uno. Esto se llevó a cabo “sin violencia ni enfrentamientos entre los vendedores y la autoridad”. Como fueron retirados todos los puestos de esos lugares, hubo débiles quejas de los comerciantes que no son del giro alimentario, sin embargo, no ha habido respuesta del gobierno a dichas quejas.¹⁷

Aquí es obvio que la Cámara Nacional de Comercio legitimó las acciones, pero aparentemente dentro de otra policy pública, que es la de proteger al comercio establecido contra los vendedores ambulantes, y asegurar el pago de impuestos. El desalojo se puede interpretar como una policy incremental a la ya existente para combatir el ambulante.

Las actividades educativas y de información, sólo son un incremento a los programas actualmente en vigencia. Sin embargo parecen haber sido las más efectivas, pues de acuerdo a las estadísticas oficiales, han disminuido en un 30 por ciento las enfermedades intestinales en general, y esto es atribuible a que la población ha tomado en cuenta las recomendaciones higiénicas difundidas con motivo de la prevención del cólera.

La información que ha centralizado la Secretaría de Salud como una *policy* para evitar que noticias alarmistas afecten al país, ha sido violentamente atacada y violentamente defendida. Entre los ataques se cuentan los de los partidos políticos “de oposición” que le reclaman al gobierno “ineficiencia” y “ocultamiento con fines políticos”. Algunos funcionarios norteamericanos también acusaron a la Secretaría de Salud de “minimizar” el problema. La defensa ha sido violenta, al reemplazar al director del centro de salud de Tehuacán, Puebla, por mantener informada a la prensa. Existe la prohibición para todos los trabajadores del Sistema Nacional de Salud de hacer declaraciones sobre el problema. El único vocero es el Secretario de Salud, quien en declaraciones sucesivas, ha dicho lo siguiente:

- Primero dijo que sería muy remoto que llegara el cólera a México;
- ya que se presentó, aseguró que sólo fueron “brotes diarreicos” aunque posteriormente se convirtieron en “brotes de cólera” que están controlados; “Debe haber confianza y optimismo razonado porque el Sistema de salud de México está preparado para combatir la enfermedad”. (8 de agosto de 1991);

¹⁷ *La Jornada*, septiembre 28 y octubre 12, 1991, p. 15 y 14, respectivamente.

- especialistas de la Secretaría de Salud, con autorización del Secretario, declaran que el cólera permanecerá en el país “por largo tiempo”, pero que es solamente “una más de las siete causas de diarrea en el país”. (16 de agosto de 1991);
- el Secretario de Salud consideró que el bacilo del cólera permanecerá en México durante algunos años, pero advirtió que su presencia no plantea ningún peligro adicional ni de mayor gravedad respecto a otros bacilos que hay en el país. “El cólera ya es otro microbio junto con la salmonella, la shigela, los colibacilos, que son causantes de la diarrea. Tendremos que acostumbrarnos a vivir con el padecimiento. Yo creo que el cólera no va a desaparecer, como no ha desaparecido en Estados Unidos, donde ha habido brotes desde 1973” (24 de agosto de 1991);
- “En México es mínima la cifra de afectados por el cólera, en comparación con estadísticas en Sudamérica” (31 de agosto de 1991);
- “La Secretaría de Salud no solicitará recursos económicos adicionales a su presupuesto para combatir el cólera, porque la enfermedad en México no es más conflictiva que otros padecimientos diarreicos como la salmonelosis y la amibiasis. La presencia del bacilo no pone al país en una situación de emergencia ni de desastre. Es una de las enfermedades diarreicas que en su conjunto son la cuarta causa de muerte en el país.” (20 de septiembre de 1991);
- “La presencia del cólera no podrá ser erradicada, sino sujeta a control como problema de salud pública para que deje de ser una amenaza. El cólera no ha producido mayores problemas en el país de los que ya teníamos.” (8 de octubre de 1991).¹⁸

Cuesta trabajo integrar estas declaraciones dentro de una policy pública. Más bien son improvisaciones, justificaciones y evasiones basadas en el pragmatismo y no en la racionalidad gubernamental, con el pretexto de “no afectar la imagen del país frente al extranjero”.

¹⁸ *La Jornada*, México, D.F., agosto 8, p. 18; agosto 16, p. 19; agosto 24, p. 21; agosto 31, p. 18; septiembre 20, p. 14; octubre 8, p. 15, 1991.

Reflexiones semifinales: acciones del gobierno, ¿policy pública?

Para establecer un código, hay que considerar las nociones fundamentales sobre la *policy* pública. En primer lugar, cabe señalar que existe un campo científico: las ciencias de la *policy* pública, desarrollado en los años de la postguerra en los Estados Unidos, y que si bien inicialmente se consideró a las *policies* como simples cursos de acción, ahora se les define:

como una parte del proceso general, junto con la clarificación de metas, la definición de la situación del caso y la determinación de los medios óptimos para efectuar la acción decidida.¹⁹

Como puede apreciarse, las *policies* públicas forman parte de toda una corriente de acciones gubernamentales, es decir, de la actividad del Estado, de tal manera que se integran a la administración pública como decisiones tomadas en situaciones específicas, generalmente derivadas de algún evento.

El Estado mexicano tiene amplia experiencia administrativa para gobernar. Distinguidos estadistas han manejado el país en todo tipo de situaciones conflictivas o de calma, con singular eficiencia. Sin embargo, en el caso particular del cólera, son flagrantes los errores cometidos por no estudiar adecuadamente las causas y las consecuencias de las acciones tomadas. No obstante, no se puede generalizar que todo sean errores. En este caso sí se elaboraron *policies* públicas en cuanto a la atención médica, la educación sanitaria y la información epidemiológica. También en el programa relativo a los puestos de alimentos, pero no así en las declaraciones a los medios informativos, en el programa "Agua Limpia" y en la cloración de los ríos.

Las *policies* en México

En resumen, el gobierno mexicano parece no tener experiencia en la elaboración de *policies* por ser ésta una práctica de los países anglófonos —pues ni siquiera tenemos una palabra propia para esa disciplina— y de

¹⁹ Omar, Guerrero, "Las políticas públicas como ámbito de concurrencia multidisciplinaria", en prensa, 1991.

reciente desarrollo, históricamente hablando; pero ello no justifica de ninguna manera los errores. Habría de procurarse el desarrollo de estas ciencias, capacitar personal y tratar de incidir en el gobierno para que se apliquen en las decisiones administrativas.

Ésta sería una actividad propia de las Universidades, aunque no se debe descargar toda la responsabilidad en ellas. La política es una actividad humana, es el resultado de la vida social, y la ejerce todo individuo en una sociedad. El funcionario público debe conocer las técnicas más avanzadas para ejercer una magistratura. La capacitación de la burocracia, en toda su extensión, sería lo ideal, pero si por lo menos los mandos medios y altos recibieran este adiestramiento, se evitaría que se cometieran tantos errores en la toma de decisiones, que repercuten en el bienestar de la población, en la legitimación del Estado y en el desarrollo político del país. En otras palabras se está hablando del Servicio Civil de Carrera, pero ese será tema de otro estudio.

Falta mucho por hacer para recuperar la excelencia que tuvo el Estado Mexicano, aún en los episodios más aciagos de nuestra historia. No obstante, la última palabra no está dicha. Por eso el capítulo se llama reflexiones semifinales.