

Políticas sociales contra la pobreza y en favor de la salud en México

**Alicia Hamui-Sutton,
Arnulfo
Irigoyen-Coria,
Francisco Javier
Gómez-Clavelina,
Miguel Ángel
Fernández-Ortega**

Departamento
de Medicina Familiar,
Facultad de Medicina,
Universidad Nacional
Autónoma de México

...la salud es un factor clave para aumentar la
productividad laboral de las personas y apoyar el
proceso de salir de la pobreza.

FELICIA MARIE KNAUL

Comunicación con:
Alicia Hamui-Sutton.
Tel.: 5627 6900,
extensión 21274.
Dirección electrónica:
lizhamui@hotmail.com

RESUMEN

Uno de los mayores retos que enfrenta México es luchar contra la pobreza. El paso de un modelo de asistencia social característico del Estado benefactor en una economía cerrada, al de una economía abierta donde se acotan las funciones del Estado, ha modificado las modalidades de las políticas sociales dirigidas a combatir la pobreza. Se identifican seis condiciones indispensables para la reducción de la pobreza: 1. Crecimiento económico con estabilidad a fin de generar más y mejores empleos para los pobres. 2. Dinamizar las economías regionales. 3. Mejorar las condiciones de vida de los hogares pobres. 4. Elevar los niveles de educación (alentar una auténtica educación para la salud). 5. Disminuir los denominados gastos catastróficos por motivos de salud. 6. Capacitación para el trabajo con asistencia técnica. El estudio del impacto de la pobreza sobre la salud puede proporcionar valiosos elementos para establecer eficaces estrategias preventivas por parte del equipo de salud.

SUMMARY

One of the biggest challenges that Mexico faces is to fight against the poverty. The transition of a characteristic welfare model from the government in a closed economy, to an open economy where the functions of the State are limited, has modified the modalities of the social politics against poverty. Six indispensable conditions are identified for poverty's reduction: 1. Economic development with stability in order to generate more and better jobs for poor people. 2. To improve regional economies. 3. To improve home conditions of poor people. 4. To elevate education levels (to encourage an authentic health education). 5. To diminish catastrophic expenses for health problems. 6. Technical training for all workers. The impact of poverty over health can provide valuable elements to establish effective preventive strategies on health workers.

Introducción

Uno de los desafíos más importantes de México —en su intenso proceso de modernización— es el abatimiento de la pobreza, asunto que impacta de manera inmediata a millones de familias mexicanas y que puede favorecer o impedir su acceso a los servicios de salud.¹ Cuando la economía crece, la pobreza se reduce en forma muy lenta; en épocas de crisis, la situación de pobreza se extiende y se profundiza a velocidades exponenciales.² La marcada concentración de la riqueza ha caracterizado desde siempre a

México, acompañada por la extensión de la pobreza y un preocupante deterioro en los niveles básicos de bienestar. En las etapas de crisis recurrentes por las que ha transitado México desde los setenta hasta los noventa, los márgenes de maniobra financiera y económica se estrecharon, y con ello surgió también una nueva conciencia sobre la necesidad de planificar nuevas políticas sociales coherentes y eficientes, que dieran prioridad a la asignación de recursos humanos y financieros con el objetivo de fomentar un desarrollo social más equitativo en el que la salud ocupara un lugar prioritario.^{1,2}

Palabras clave

- ✓ salud
- ✓ indigencia
- ✓ pobreza

Key words

- ✓ health
- ✓ indigency
- ✓ poverty

En un reporte de la Organización Mundial de la Salud,³ se afirmaba que la pobreza es la principal causa del sufrimiento en el mundo. La pobreza es la principal razón por la que se deja de vacunar no sólo a los lactantes menores y mayores sino incluso a las mujeres embarazadas, por la que se carece de acceso al agua potable y a los sistemas de eliminación de excretas, por la que no se dispone de medicamentos y otros tratamientos terapéuticos, y por la que muchas madres mueren en el periodo perinatal. La pobreza es el principal factor que contribuye a la enfermedad mental, al estrés, al suicidio, a la desintegración familiar y al consumo de drogas. La pobreza es la causa principal de la reducción de la esperanza de vida, de las desventajas y las discapacidades y, finalmente, es causante directa de la muerte por hambre, de millones de seres humanos.

En el campo de la salud se han realizado esfuerzos por tratar de clarificar el concepto de pobreza. Cada vez resulta más difícil reducir el concepto de pobreza a la medición de canastas e ingresos familiares. Actualmente, existe mayor conciencia de que la pobreza también es un asunto de capacidades, patrimonio, capital social, condiciones ambientales, libertades positivas, articulación con redes sociales y vulnerabilidad a los ciclos económicos, entre otros. Desde la perspectiva del desarrollo humano, la pobreza no sólo se entiende en términos de ingresos sino, sobre todo, por la falta de posibilidades de las personas y grupos para desarrollar plenamente las capacidades que les permitan emprender sus proyectos de vida. La Comisión Económica para América Latina definió a la pobreza como:

Un síndrome situacional en el que se asocian el infraconsumo, la desnutrición, las precarias condiciones de vivienda, los bajos niveles educacionales, las malas condiciones sanitarias, una inserción inestable en el aparato productivo, actitudes de desaliento, poca participación en los mecanismos de integración social, y quizá la adscripción a una escala particular de valores, diferenciada en alguna medida de la del resto de la sociedad.

Es evidente que la conjunción de estos factores ofrece un “caldo de cultivo” óptimo para

el desarrollo de infinidad de patologías no sólo de naturaleza puramente biológica sino fundamentalmente de orden psicológico y social.^{3,4}

Puede asegurarse que en México, la mayor parte de los fenómenos relacionados con la pobreza y la denominada “exclusión social” están claramente identificados: desigualdad (económica y social), concentración geográfica de la inversión productiva y de las asignaciones presupuestales, pérdida o falta de empleo, falta de acceso o acceso insuficiente a los servicios educativos y de salud, estructuras burocráticas de privilegio, fuerte discriminación social, falta o dificultad para el ejercicio de los derechos humanos.

Antecedentes

En México, la pobreza y los fenómenos de exclusión social relacionados constituyen un problema que puede rastrearse desde antes de la conquista española y su agudización en los tres siglos de vida colonial. En el siglo XX, al menos en un ámbito teórico, el bienestar se identificó como un compromiso constitucional y programático del régimen emanado de la revolución mexicana. El texto de la Constitución de 1917 desde sus inicios se constituyó en un eje organizador y legitimador de las demandas sociales y de las respuestas estatales a las necesidades relativas a la seguridad social y, de manera particular, a la salud.⁵

Como señala Gordon,⁶ la mayor parte de las fuerzas políticas del país han coincidido en la necesidad de un sistema económico productivo capaz de proporcionar empleo, educación y salud a toda la población. No obstante, ha sido imposible construir un modelo económico estable capaz de atenuar la pobreza, extender la igualdad de oportunidades y generar un mínimo de bienestar para todos los mexicanos. Las políticas asistencialistas y distributivas aplicadas por el Estado y por algunos actores sociales han tenido un éxito muy relativo en aliviar la pobreza, en tanto que las desigualdades generadoras de exclusión se han agravado.

El desgaste de las acciones e instrumentos de la política social tradicional no se presentó en forma abrupta; su evolución estuvo muy

vinculada con los problemas económicos del país. Según González Tiburcio, en las acciones de atención social se pueden distinguir dos etapas previas a las dos últimas décadas del siglo anterior:²

- Del inicio de los gobiernos posteriores a la revolución mexicana a los años treinta, en que se procesaban beneficios sociales fundamentalmente como respuesta a las movilizaciones sociales del campo y de las ciudades.
- De la década de los cuarenta en adelante, cuando comenzaron a operar diversas instituciones de beneficio social para dar respuesta más amplia a las demandas de la población.

En la última etapa se crearon entidades estatales como la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (Conasupo), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (Infonavit) y el Fondo de Fomento y Garantía para el Consumo de los Trabajadores (Fonacot), en beneficio de los sectores organizados de la sociedad. Estas dos etapas de política social, incrustadas sobre el proceso de industrialización y crecimiento económico del conocido “milagro mexicano”, crearon condiciones que permitieron elevar los niveles de vida de la población. El esquema de crecimiento, si bien fue desigual en cuanto a la distribución del ingreso, no fue empobrecedor en la medida en que se conjugaban la expansión económica y un gasto social que aumentaba más rápido que la población.⁷

En la década de los setenta, la población total del país había crecido de manera acelerada, con lo que aumentó la brecha entre los habitantes que satisfacían sus necesidades mediante las instituciones y los que quedaban excluidos. Dentro del primer grupo se crearon feudos en materia de política social, otorgando beneficios mayores a algunos gremios organizados con capacidad para expresar sus demandas. En el sexenio del presidente Echeverría, la política de subsidios a la producción y al consumo creció para apoyar a la población, con costos

al presupuesto federal. Durante el sexenio del presidente López Portillo, la política económica se sustentaba, además del petróleo y el financiamiento externo para promover el desarrollo del país, a partir de una política expansionista del gasto público para atender los aspectos sociales que demandaba la población. Es notable, por ejemplo, el aumento de empresas paraestatales y el crecimiento de empleos burocráticos en más de cuatro millones. Algunos de los programas sociales que se implantaron fueron el SAM (Sistema Alimentario Mexicano), para recuperar la autosuficiencia alimentaria y hacer llegar los productos básicos a los sectores rurales y urbanos más pobres y desnutridos; y Coplamar (Coordinación General de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados), para ayudar a las poblaciones de más alta marginalidad en rubros como alimentación, salud, educación y vivienda.^{8,9}

La crisis de los ochenta imposibilitó el cumplimiento de las metas propuestas y fue necesario un ajuste en la forma de financiar la política social. La disminución del gasto afectó directamente los rubros de salud, educación y desarrollo regional, y la eliminación de subsidios tuvo efectos nefastos en la economía familiar. El nivel de vida de la población se deterioró de manera notable en esta década, pues los recursos del Estado disminuyeron y las demandas sociales crecieron. Así, de un modelo liderado por el Estado en función del principio de soberanía, cuyos objetivos eran asegurar empleos y proveer bienestar general, se pasó a otro centrado en la competitividad, la eficiencia, la disciplina y la productividad económica. En síntesis, en los ochenta y noventa se desarticuló la relación entre el desarrollo nacional, el bienestar social y el crecimiento económico, con efectos devastadores sobre la base social y sobre las fuentes de los recursos que sustentaron la política social durante más de cincuenta años.¹⁰

Ante la necesidad de volver a crecer, se ensayó en México un nuevo modelo de economía abierta; en forma paralela se desarrollaron novedosas estrategias para encarar la problemática social. El Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol 1988-1994) enfatizó la focalización por demanda social, sin suprimir la estrategia global de desarrollo. El Pronasol se reelaboró

en los sexenios siguientes con otros nombres: Progreso (1994-2000) y Oportunidades (2000-2006), con el mismo fin: el combate a la pobreza, proyecto que se ha concebido en el largo plazo aunque con versatilidad para adecuarse a los acelerados cambios sociales e institucionales que va enfrentando el país.

Aunque no se hicieron mediciones oficiales durante los noventa, la pobreza aumentó en contextos de crisis económica y modernización. Los hogares vieron disminuir sus ingresos, y las familias aumentar sus responsabilidades sin el apoyo de las cada vez más debilitadas instituciones de seguridad social. Fue después del año 2000, cuando la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) comienza con las mediciones de la pobreza;¹¹ según los datos presentados, ésta ha mostrado una tendencia a la baja. En el año 2000, 18 % de los hogares tenía pobreza alimentaria; 25 %, pobreza de capacidades (salud y educación); 45 %, pobreza de patrimonio (propiedades). Para el 2004, los datos respectivos fueron de 13, 19 y 39 %. El enfoque se ha ido transformando de la ayuda asistencial a la creación de capacidades básicas en la población indispensables para que las personas que forman parte de un núcleo familiar tengan la posibilidad de acceder a la vida productiva y a la participación política. “No se trata de que todos tengan lo mismo, sino de que todos tengan la oportunidad de tener lo mismo”.²

Complejo salud-pobreza: 2000-2006

La información obtenida mediante el estudio de la pobreza y sus relaciones con los daños a la salud ha proporcionado elementos para establecer estrategias preventivas. Algunos factores que indican el nivel de pobreza pueden ser: la morbilidad, la mortalidad, la fecundidad, la educación, las condiciones de la vivienda y el ingreso económico, entre otros.¹² En las siete líneas estratégicas del Programa Nacional de Salud 2001-2006, la mayoría de los apartados se vinculan con la solución al fenómeno de la pobreza, sin duda uno de los factores que en mayor medida han limitado el desarrollo de la población mexicana.¹³

1. Vínculo entre la salud y el desarrollo económico y social.
2. Reducción de los rezagos en salud que afectan primordialmente a los pobres.
3. Enfrentamiento de los problemas emergentes a través de la definición explícita de prioridades.
4. Federalización efectiva de la salud.
5. Implantación de la cruzada por la calidad de los servicios de salud.
6. Protección financiera a la totalidad de la población.
7. Ampliación de la libertad de elección y participación ciudadana.

Los últimos datos informados por la Organización de las Naciones Unidas¹⁴ muestran que hacia el año 2002 el gasto público en salud en México (con el lugar 53 según el índice de desarrollo humano, IDH) correspondía a 2.7 % del PIB, con 550 dólares per cápita; en comparación, Noruega (el primer lugar del IDH) presentó para el mismo año un gasto público en salud de 8 % del PIB, con una correspondencia per cápita de 3409 dólares.

Los problemas financieros relacionados con la atención de la salud no han tenido hasta ahora una presencia prominente en el debate público y principalmente en el debate entre los profesionales de la salud. Este complejo reto tiene una de sus causas en que aproximadamente 52 % del gasto total en salud se realiza directamente por “el bolsillo de las familias” en el momento mismo de utilizar los servicios de salud. En 2001 las cifras más conservadoras indicaban que cada año alrededor de dos millones de familias mexicanas se veían obligadas a utilizar más de 30 % de su ingreso disponible para enfrentar problemas de salud; tal situación se ha reconocido como una causa frecuente de empobrecimiento en las familias mexicanas. Frenk¹³ señala que, como contraste, la cifra aproximada en Colombia es de 26 % y en Gran Bretaña corresponde sólo a 3 %. Puede afirmarse que han ocurrido avances en la lucha contra la desigualdad y la pobreza en México; sin embargo, es innegable que en términos absolutos el número de mexicanos pobres ha venido creciendo hasta llegar a niveles definitivamente preocupantes.¹³⁻¹⁵

En los próximos años, México entrará en un franco proceso de envejecimiento; se ha calculado que para el 2050, la cuarta parte de la población mexicana tendrá una edad mayor a los 65 años. En este escenario, el impacto de las enfermedades crónico-degenerativas elevará sustantivamente la demanda de servicios, lo que obligará a la implantación de una vigilancia estrecha para evitar el traslado a niveles de atención más especializados, con el consecuente aumento de costos. Estos cambios demográficos y epidemiológicos hacen pensar que en el futuro inmediato los escasos recursos para la salud se deben distribuir de manera más igualitaria, para generar un importante aumento per cápita del gasto en salud, para orientar la formación de los recursos humanos hacia la atención primaria, y para favorecer acciones preventivas e introducir mejoras en el bienestar social, fundamentalmente en las poblaciones rurales del sur del país.^{16,17}

Epílogo

La pobreza se manifiesta en ámbitos muy diversos de la vida de las personas; las políticas destinadas a superarla deben actuar de manera simultánea sobre sus principales determinantes. Para Bárcena¹⁸ resulta imprescindible desplegar estrategias de carácter integral que apunten a remover las limitantes estructurales asociadas con la producción y reproducción de las situaciones de pobreza, al mismo tiempo que se aborden las carencias más inmediatas de la población menos favorecida, especialmente en los rubros de educación, nutrición, empleo, ingresos suficientes, acceso a servicios de salud de calidad y vivienda, entre otras carencias. Fundamentalmente, habría que destinar suficientes recursos financieros para ampliar y mejorar la infraestructura social, en especial hacia los centros educativos y de atención a la salud para disminuir en lo posible la vulnerabilidad de la población y favorecer una efectiva movilidad social ascendente.

Reconocemos seis condiciones indispensables para la reducción de la pobreza desde una perspectiva sanitaria:

- Crecer económicamente con estabilidad, a fin de generar más y mejores empleos para los pobres.
- Dinamizar las economías regionales.
- Mejorar las condiciones de vida de los hogares pobres.
- Capacitar para el trabajo y la asistencia técnica.
- Elevar los niveles de educación (alentar una auténtica educación para la salud).
- Disminuir los denominados gastos catastróficos por motivos de salud.

Según Walton, las medidas económicas generales destinadas a propiciar la competitividad, deben ir acompañadas de estrategias específicas para aumentar los ingresos de los pobres extremos (principalmente en zonas rurales) y de los pobres moderados en zonas urbanas. En síntesis, en México se necesita mayor inversión en infraestructura y reformas políticas para mejorar la equidad y la eficacia del sector público.

Cualquier estrategia de reducción de la pobreza deberá tener como elementos indispensables la expansión de la educación, la capacitación y la difusión masiva de conocimientos útiles principalmente en el ámbito de la salud. El financiamiento de este tipo de iniciativas representa, casi siempre, una alta carga fiscal que no puede ser soportada de manera continua. De esta manera, resultaría indispensable para los gobiernos desarrollar un pacto fiscal y un acuerdo político-social para continuar con los programas de abatimiento de la pobreza y una efectiva promoción de la salud.¹⁸⁻²¹

Agradecimientos

Expresamos nuestro reconocimiento por el apoyo que nos ofreció en la elaboración de este trabajo, a la técnica académica del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la UNAM, Ingeniera Irma Jiménez Galván.

Referencias

1. Salles V, Tuirán R. Vida familiar y democratización de los espacios privados. En: La familia:

- Investigación y política pública. México: UNICEF, DIF, COLMEX; 1996. p. 47-56.
2. González-Tiburcio E. Construcción de una política social de Estado. En: La familia: investigación y política pública. México: UNICEF, DIF, COLMEX; 1996. p. 69-76.
3. Gordon D. La medición internacional de la pobreza y las políticas para combatirla. En: Boltvinik J, Damián A. La pobreza en México y el mundo. Primera edición. México: Siglo XXI; 2004. p. 70.
4. Hopenhayn M. La pobreza en conceptos, realidades y políticas: una perspectiva regional con énfasis en minorías étnicas. Disponible en: <http://www.cmmunit.com/la/cambiosocial/lasc/lascld-675.html>
5. Brachet-Márquez V. El estado benefactor mexicano. Nacimiento, auge y declive (1822-2002). En: Boltvinik J, Damián A. La pobreza en México y el mundo. Primera edición. México: Siglo XXI; 2004. p. 240-272.
6. Gordon S. Pobreza y patrones de exclusión en México. Instituto Internacional de Estudios Laborales. Disponible en: <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inst/papers/1997/dp92/index.htm>
7. Tello C. Sobre la desigualdad en México. En: Blanco JJ, Woldenberg J, compiladores. México a fines del siglo. Tomo II. México: Fondo de Cultura Económica; 1993. p. 38-45.
8. Pérez G, Mirón RM. López Portillo: un sexenio de auge y crisis. En: Evolución del Estado mexicano. Consolidación 1940-1983. Tomo III. México: Ediciones el Caballito; 1993. p. 215
9. Aguilar-Camín H, Meyer L. A la sombra de la Revolución Mexicana. México: Editorial Cal y Arena; 1991. p. 254-255.
10. Incháustegui-Romero T. La política social ante los cambios en la sociedad y la familia. En: La familia: investigación y política pública. México: UNICEF, DIF, COLMEX; 1996.
11. Secretaría de Desarrollo Social. Medición de la pobreza 2002-2004. Disponible en: <http://www.sedesol.gob.mx/prensa/comunicados/presentaciones/MediciondeLaPobreza2002-2004.ppt#256>
12. Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina FJ, Terán-Trillo M, Ponce-Rosas EF. Pobreza y daños a la salud a nivel familiar. Arch Med Fam 1999;1(1):27-34.
13. Frenk J, Gómez-Dantés O. La democratización de la salud. Una visión para el futuro del sistema de salud en México. Gac Med Mex 2001;137(3): 281-286.
14. Boletín ONU. Naciones Unidas-Centro de Información para México, Cuba y República Dominicana. PNUD: Primordial, equilibrar los niveles de desarrollo humano entre municipios de México. No. 04/807. Citado el 25 de octubre de 2004. http://www.cinu.org.mx/prensa/comunicados/2004/PR04088desarrollo_humano.htm.
15. Cámara de Senadores. Las políticas públicas de combate a la pobreza en México. La atención a las mujeres. Disponible en: http://senado.gob.mx/internacionales/assets/docs/relaciones_parlamentarias/america/reuniones/chile32.pdf
16. Nigenda G. El seguro popular de salud en México. Desarrollo y reto para el futuro. Nota técnica de Salud No.2/2005. Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento de Desarrollo Sostenible; abril de 2005. Disponible en: http://www.iadb.org/SDS/SOC/publication58_s.htm
17. Miranda-Ocampo R, Salvatierra-Izaba B, Vivanco-Cedeño B, Álvarez-Lucas C, Lezana-Fernández MA. Inequidad en los servicios de salud a población abierta en México. Salud Publica Mex 1993; 35(6):576-584.
18. Bárcena-Ibarra A. Perspectiva sobre los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) relacionados con la erradicación de la pobreza extrema y el hambre en América Latina y el Caribe. Décima Cuarta Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y agricultura. CEPAL. RIMSA 14/8 (Esp.); 19 de abril de 2005.
19. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez O. Protección financiera en salud: México, 1992-2004. Salud Publica Mex 2005;47:430-439.
20. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Miranda-Muñoz M. Previniendo el empobrecimiento, promoviendo la equidad y protegiendo a las familias de las crisis financieras: Aseguramiento universal en salud a través de una reforma institucional en México. Resumen extenso. México: Fundación Mexicana para la Salud; 2005. Disponible en: http://www.funsalud.org.mx/GDN/GDN2006_Corto.pdf
21. Walton M, López-Acevedo G. Pobreza en México. Una evaluación de las condiciones, las tendencias y la estrategia del gobierno. Banco Mundial. En Breve. 2005: 61. 