

Revista Mexicana de Pediatría

Volumen **72**
Volume

Número **4**
Number

Julio-Agosto **2005**
July-August




Artículo:

Editorial

Pobreza y enfermedad: estigmas para la salud y el bienestar de la infancia

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Sociedad Mexicana de Pediatría, AC

Otras secciones de este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

Others sections in this web site:

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Pobreza y enfermedad: estigmas para la salud y el bienestar de la infancia

(Poverty and illness: health's stigmas of the well-being of childhood)

Leopoldo Vega Franco

Es lamentable que haya en el mundo en que vivimos gente cuyo destino ha sido nacer, crecer y morir en la pobreza; pero es aún más deplorable que justo ahora sobreviven cerca de 1,000 millones en extrema pobreza, repitiendo inevitablemente este ciclo de vida. Ante esta cruda realidad, propia de los países en desarrollo, en el año 2000 se reunieron en la ciudad de Nueva York 189 líderes de distintos países y se comprometieron a alcanzar para 2015 lo que se conoce como **Objetivos del milenio**. El primero pretende "Erradicar la pobreza extrema y el hambre", el 4, 5 y 6 conciernen a temas de salud. Entre éstos, reducir la mortalidad en la infancia y la niñez; mejorar la salud materna; combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Es por eso que el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe de este año: La Salud del Mundo 2005, analiza la situación de salud de las mujeres y sus hijos recién nacidos, y la mortalidad en los menores de cinco años. Titula su informe **¡Cada madre y cada niño contarán!**¹ En su documento hace hincapié en que, si bien los programas de prevención y fomento a la salud son responsabilidad de dirigentes sociales, es necesaria la solidaridad de las familias y comunidades para mejorar la salud de niños y mujeres. Como pediatras no podemos ser ajenos a este exhorto pues compartimos con los padres la responsabilidad de cultivar niños saludables, cualquiera que sea la parcela social donde desarrollemos nuestro trabajo cotidiano.

Para comprender mejor los argumentos numéricos de este informe, es pertinente recordar que antes de 2006 el mundo llegará a 6,500 millones de habitantes, lo que permite entender las estimaciones hechas a partir de los informes hechos a la OMS en 2003. Menciona en su documento que ocurren anualmente 136 millones de partos y que medio millón de mujeres mueren por causas relacionadas con este evento biológico y 3.3 millones de niños que nacen muertos. Cada año fallecen casi 11 millones de niños menores de cinco años, de ellos, 4 millones mueren en el primer mes de la vida y 6.6 millones fallecen antes de cumplir cinco años. Ante este precoz

desenlace, generalmente debido a enfermedades prevenibles, es razonable que en el informe se haga énfasis en la necesidad de replantear estrategias, sobre todo para satisfacer la demanda de innumerables niños excluidos de la atención sanitaria a la que tienen derecho.

En este panorama de amenazas a la salud y la vida, en millones de mujeres y niños de los países en desarrollo: incluyendo en ellos los que se encuentran en la etapa de consolidación de su desarrollo, como México, subsisten núcleos de población sujetos a las amenazas de numerosos factores implicados en sus enfermedades y en su muerte temprana. Muchos de estos factores son factibles de modificar, pero hay otros que subyacen en el entorno de pobreza en que viven: mujeres y niños, inmersos en ella, están expuestos al riesgo permanente de perder su salud y carecen de protección médica. Por esta razón es pertinente conocer algunos de los nexos entre los elementos estructurales de la pobreza y la salud.

En algunos núcleos de población la enfermedad recurrente y la pobreza, parecen ser elementos inseparables: como si uno dependiera del otro. Esta percepción nos hace recordar nuestras primeras experiencias clínicas con enfermos de hospitales asistenciales, cuando tuvimos como tarea documentar en ellos los antecedentes de enfermedades que habían padecido ellos y sus familiares directos, e información acerca del entorno en que vivían. La reiterada historia de pobreza relatada por los enfermos, nos condujo a ver en ellos, con cierta familiaridad, el nexo circular entre enfermedad-pobreza, y pobreza-enfermedad; tal vez por eso, sólo por excepción hurgamos en el estudio de la salud y la protección de ésta en un entorno de pobreza.

Si bien es fácil advertir los nexos entre estas dos condiciones: una biológica y la otra social, cabe admitir que la pobreza es fácil de reconocer, pero es difícil entenderla cabalmente; tal vez por esta razón aún no hay una definición consensuada que integre la percepción que de ella tienen sociólogos, médicos, economistas, educadores, líderes religiosos, y otros profesionistas que palpan e intu-

yen sus consecuencias en la población. Las definiciones que algunos han aventurado, hacen referencia a elementos singulares propios del campo de estudio de los autores: como en el cuento de los ciegos, que pretendieron describir un elefante por la experiencia táctil de uno de sus segmentos corporales: todos lo describieron de diferente manera. Mateo,² con la intención de integrar todos los elementos involucrados en el concepto de pobreza en los seres humanos, la define —sin definirla— como **“Un proceso antetético al desarrollo humano”**. En la brevedad de seis palabras, el autor pretende abarcar la insatisfacción involuntaria y prolongada de las necesidades básicas de una población: que coarta el desarrollo de sus miembros. De cierta manera, el espíritu de su definición coincide con los derechos inscritos en las cartas constitutivas de países democráticos, donde es común que se mencionen: libertad, igualdad, equidad, salud, educación, trabajo, justicia y otros derechos ciudadanos.

Aceptando la definición operativa de salud propuesta por la OMS: que contempla en ella tres componentes: físico, mental y social, parece razonable que en la Declaración de Jakarta de 1997: sobre Promoción de la Salud en el Siglo XXI, se mencionen como requisitos indispensables para la salud: paz, vivienda, educación, seguridad social, relaciones sociales, alimentación, “empoderamiento” de la mujer, un ecosistema estable, el uso de recursos sostenibles, justicia social, respeto a los derechos humanos y equidad.³ Con tales requisitos parece sencillo identificar las poblaciones permanentemente amenazadas en su salud; en estas comunidades, en las que algunos derechos están ausentes o limitados, los niños tienen escasa posibilidad de desarrollar plenamente sus potencialidades.

Para simplificar la identificación de los países pobres, o de segmentos de población afectados por ésta en una región de un país, algunos organismos internacionales han propuesto como indicador el ingreso *per capita*; con este criterio califican a una población en pobreza a aquella que percibe menos de dos dólares diarios y consideran en extrema pobreza al segmento de ella que recibe menos de un dólar al día por persona. El hecho de distinguir por estos puntos de corte en su ingreso *per capita*, los países pobres de los ricos, tiene la limitación de tomar el promedio de ingreso de la población y no los ingresos reales. Así, pues, deja de lado la posibilidad de que la población tenga en percepciones ampliamente asimétricas: en la que muchos viven con menos de dos dólares y unos pocos con grandes ingresos monetarios, por lo que el promedio puede llegar a ser de cinco dólares: como en México.

A un lado del criterio de ingresos monetarios, es fácil distinguir las diferencias entre el mundo material de pobres y el de los ricos, y a partir de sus divergencias inferir sus necesidades insatisfechas. En los niños podemos

intuir que ha estado sujeto a una alimentación deficiente al ver los signos inequívocos de desnutrición o, al saber su edad y observar su talla, si en una etapa temprana de su vida padecieron esta enfermedad. Nuestras inferencias tendrán mayor margen de certeza al contemplar el entorno en el que viven, crecen y se desarrollan. A pesar de las diferencias observables es necesario saber si la inequidad concierne a la salud: acceso, uso de servicios y gasto, o atañe a divergencias de grupo: género, etnia, religión, localización geográfica o ingreso monetario. Hay cada vez más evidencias que el proceso salud-enfermedad y el acceso a la salud se distribuyen inequitativamente entre grupos sociales, lo que se traduce en discrepancias que se hacen objetivas en los indicadores de enfermedad (desnutrición y mortalidad).

Para afrontar los retos de la pobreza, inequidad, salud, educación y sostenibilidad del medio ambiente en este país se ha incluido en el Plan Nacional de Desarrollo, como eje de la política social, la estrategia de desarrollo humano y social denominado *Contigo*,⁴ ésta contempla cuatro vertientes: I. Ampliación de capacidades (educación, servicios de salud y nutrición, capacitación); II. Generación de oportunidades de ingreso (acceso a crédito, generación de empleo); III. Formación de patrimonio (vivienda, ahorro, derechos de propiedad); Provisión de protección social (previsión social, protección contra riesgos individuales y colectivos). Por su parte la Secretaría de Salud ha redoblado esfuerzos para cumplir con los Objetivos del Milenio vinculados con la salud: Reducir a dos terceras partes la mortalidad de los menores de cinco años entre 1990 y 2015. Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA para el año 2015. Haber detenido y comenzado a reducir la incidencia de paludismo y otras enfermedades graves, para el año 2015. El balance de los logros obtenidos entre 1990 y 2003 son alentadores, daré sólo un ejemplo de interés pediátrico: la mortalidad infantil se ha reducido entre 1990 y 2003, de 44.2 a 25.0 (la meta es llegar a 15 en 2015). Queda aún mucho por hacer para que la salud y el bienestar permitan que el desarrollo humano sea acorde con todas sus potencialidades biológicas, mentales y sociales de que es capaz.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe sobre la salud del mundo 2005*. Ginebra: OMS, 2005.
2. Pérez MMA. Estructura mundial de la pobreza. Visiones, indicadores y políticas tras diez años de Desarrollo Humano. Sincronía, otoño de 2000. <http://fuentes.csh.udg.mx/CUCSH/pobreza.htm>
3. World Health Organization (WHO). *The Jakarta Declaration on Health promotion into XXI Century*. Jakarta, Julio, 1997.
4. Gabinete de Desarrollo Humano y Social. *Los objetivos del Milenio: Informe de Avance 2005*. México: Talleres Gráficos de México, 2005.