

Hacia la reducción de la desigualdad en salud: del discurso a las acciones

Toward Reduction of inequality in healthcare: from words to actions

Miguel Ángel Lezana Fernández



La salud no es sólo la ausencia de enfermedad, es una de las principales fuentes de bienestar y se refiere a la capacidad que cada persona tiene para desarrollar su potencial físico y cognitivo a lo largo de su vida; además, junto con la educación, es uno de los determinantes fundamentales del crecimiento económico. Los vínculos entre salud, pobreza y crecimiento económico son poderosos. La carga de enfermedad en las regiones de mayor pobreza es tal que se constituye una de las principales barreras para el crecimiento económico. De modo tal que, mejorar las condiciones de salud de la población asume un carácter estratégico para impulsar el desarrollo.¹

Desde hace muchos años se sabe del vínculo entre la salud de las poblaciones y sus condiciones de vida, de la misma forma en la que se ha establecido que a diversos niveles socio-económicos corresponden ciertas patologías. Existen varias enfermedades, como las infecciosas y parasitarias (por ejemplo: amibiasis, teniosis, cisticercosis, paludismo, dengue, tuberculosis y mal de Chagas), que son más frecuentes y trascendentes en las personas en condición de pobreza debido a factores entre los que destacan: una mala o insuficiente alimentación, falta de agua potable, deficiencias en el manejo de basura y excreta, viviendas precarias y hacinamiento, y poco o ningún acceso a la educación y a la atención médica.²

De acuerdo con el Informe “Medición de la pobreza en México y en las entidades federativas 2014” elaborado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)³, solamente 20.5% de la población mexicana no se encuentra en situación de pobreza ni de vulnerabilidad social, lo cual representa a 24.6 millones de personas de un total de 120 millones de habitantes considerados en el año del estudio. Además, 9.5% de la población, equivalente a 11.4 millones de mexicanos, se encuentra en una situación de pobreza extrema, definida como la población que tiene un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo (canasta básica = ingreso mensual por persona de \$868.25 en el ámbito rural y \$1,242.61 en el entorno urbano y que además tiene 3 o más carencias sociales en alguno de los siguientes rubros: educación, salud, seguridad social, vivienda, servicios básicos o alimentación). Una de las dimensiones de la pobreza más importantes es la falta de acceso

a los servicios de salud, lo que en las tres entidades con mayor rezago en México (Guerrero, Oaxaca y Chiapas) ocurre en aproximadamente 20% de su población. En este sentido es importante declarar que el ejercicio efectivo del derecho a la salud se vuelve inoperante en condiciones de miseria.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial, 400 millones de personas carecen de acceso a servicios de salud esenciales, y 6% que vive en países de ingreso bajo y mediano cae o se hunde en la pobreza extrema a causa de los gastos que realizan en salud. De hecho, en el ámbito global una de las razones más destacadas de empobrecimiento, después del analfabetismo y del desempleo, se encuentra en los gastos por enfermedad.⁴ La situación es aún más dramática cuando se comprueba que la atención recibida es de mala calidad y, en no rara vez, incluso dañina. El círculo vicioso salta a la vista: la pobreza y la exclusión social se asocian a la falta de acceso a los servicios y a una mala medicina, lo que provoca daños a la salud que empobrece aún más a las familias, y es un factor que acentúa el retraso en la búsqueda de los servicios y conlleva prácticas de riesgo como la automedicación. A su vez, el nivel de ingreso y la educación de los padres afectan la salud y nutrición de los hijos constituyéndose en un mecanismo de transmisión intergeneracional de la pobreza. Existe un consenso bien establecido de que las deficiencias de micronutrientes y la presencia de desnutrición proteico-energética durante la primera infancia afecta de forma negativa el desempeño escolar y el desarrollo de las capacidades necesarias para insertarse en la etapa adulta en el mercado laboral y generar un ingreso que eleve a la persona por encima de la línea de pobreza, situación a la que se ha denominado como las trampas de la pobreza.² Más aún, en la pobreza extrema se generan las condiciones para que los niños y las niñas abandonen la escuela y se dediquen a trabajar. Adicionalmente, estos niños tienen menos posibilidades de acceder a los beneficios de la salud pública, lo que los coloca en una situación de riesgo para enfermar, vivir con alguna discapacidad permanente relacionada con la enfermedad o morir. Pero las trampas de la pobreza también pueden ocurrir como consecuencia de enfermedades catastróficas, discapacidad y muertes prematuras, no sólo

por los gastos adicionales que generan sino porque cuando afectan a los proveedores del ingreso familiar, el hogar puede sumirse en un empobrecimiento agudo que posteriormente se transmite en forma intergeneracional. Definitivamente, ser pobre y enfermo es una tragedia individual, familiar y colectiva.²

Desde esta perspectiva resulta evidente que la condición socio-económica de las personas hace la diferencia entre la vida y la muerte, la posibilidad de recuperación, y la disminución en la expectativa y calidad de vida. Por otra parte, sin salud no hay desarrollo completo, se pierde la posibilidad de alcanzar el máximo de potencialidades de la persona y se limita el progreso de la sociedad. Al respecto el Dr. José Narro Robles en el prólogo al libro "Justicia distributiva y salud" de la Dra. Paulette Dieterlen señala en forma enfática lo siguiente: "(...), sin buenos niveles de salud entre nuestra población es imposible hablar de igualdad. De hecho, las carencias colectivas en la materia y las enormes brechas que se abren entre los sectores pudientes y los desheredados nos lastiman a todos y son fuente de inseguridad e inestabilidad. La desigualdad en salud es uno de los capítulos más dolorosos de la historia secular de la desigualdad en México".⁵

Estoy convencido que es en el ámbito de las políticas públicas en donde se pueden lograr los beneficios que una inversión racional en salud genera para el crecimiento económico y la reducción de la pobreza. Si bien, la ampliación de la cobertura con calidad en salud representa un derecho de la ciudadanía, la protección efectiva del derecho a la salud de la población no es una condición que se de en forma automática sólo con acciones sanitarias específicas orientadas a la mejora del acceso y la calidad de los servicios. Para que el derecho a la salud sea efectivo, además de la inversión directa en promoción de la salud, prevención y tratamiento de las enfermedades con mayor trascendencia en la población, se debe garantizar la inversión en acciones que sin ser directamente sanitarias inciden con enorme fuerza en la salud y en el desarrollo social y económico de las poblaciones: acceso al agua potable, vialidad segura, mayor educación básica de las mujeres, información sobre prevención de enfermedades y protección del medio ambiente.²

Además, existen situaciones como la violencia de género perpetrada en contra de las niñas y las mujeres y el embarazo en adolescentes que si no se atienden pueden sumir a varias generaciones en la marginación. La inversión en salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar y el acceso a métodos anticonceptivos, es un elemento crucial para abatir la desigualdad en salud, mejorar la escolaridad poblacional y abatir la pobreza, con

impactos positivos evidentes en la salud y en el acceso de las mujeres a oportunidades de desarrollo.¹ De ahí que dentro de las políticas sociales sean tan importantes las políticas de protección social que además de prevenir los embarazos en adolescentes, alejen a los niños y jóvenes de la violencia y de la adicción a drogas e impidan el abandono escolar por motivos de trabajo. Además, se debe contar con mecanismos de protección social que mitiguen el impacto de las situaciones adversas en la población pobre o en riesgo de empobrecerse.²

Por otra parte, el país se encuentra en plena transición demográfica y epidemiológica con un gran contingente de personas envejeciendo y con una prevalencia alarmante de la obesidad, la diabetes y otras enfermedades crónicas no transmisibles. De ahí que los enfoques de determinantes sociales de la salud y enfermedad, de ciclo de vida y de género, deban incorporarse como elementos transversales en todas las políticas públicas.

La inversión en salud debe ser la adecuada para abatir los rezagos existentes. Sin embargo, tan importante es la asignación del monto global como una adecuada asignación de los recursos a las intervenciones en salud que sean más costo-efectivas, en particular, reorientar el gasto de un modelo curativo rebasado hacia un modelo que privilegie la prevención, hacia un modelo de Atención Primaria de Salud, hoy más necesaria que nunca.

Dr. Miguel Ángel Lezana
 revista@conamed.gob.mx

REFERENCIAS

1. Commission on Macroeconomics and Health. Macroeconomics and Health: Investing in health for economic development. Geneva: World Health Organization; 2001.
2. Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud. Macroeconomía y salud. Invertir en salud para el desarrollo económico. México: FCE, Secretaría de Salud, Funsalud, INSP, SHCP, Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud; 2006.
3. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. "Medición CONEVAL, julio 2015". Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Documents/Pobreza%202014_CONEVAL_web.pdf.
4. Cotlear D, Nagpal S, Smith O, Tandon A, Cortez R. Going Universal: How 24 countries are implementing universal health coverage reforms from the bottom up. Washington, D.C.: The World Bank; 2015.
5. Narro-Robles J. Prólogo. En: Dieterlen P. Justicia distributiva y salud. México: FCE, UNAM, PUB, FFL, Conbioética; 2015