

Salud, desigualdad y pobreza

Health, inequality and poverty

Rosendo Rojas Alvarado¹

Resumen: La pobreza y la desigualdad son problemas que afectan a todos los países, sobre todo en latino américa en donde existen países como Estados Unidos del primer mundo, países desarrollados, pero con grandes desigualdades como México o países en vías de desarrollo como Cuba. En México un país de medianos ingresos, sufre grandes desigualdades, casi el 50% de la población vive en condiciones de pobreza haciendo difícil su acceso a servicios públicos y entre estos servicios el acceso a una atención en salud de calidad.

Abstract: Poverty and inequality are problems that affect all countries, especially in Latin America where there are countries like the United States of the first world, developed countries, but with great inequalities such as Mexico or developing countries like Cuba. In Mexico, a middle-income country, suffers great inequalities, almost 50% of the population lives in conditions of poverty, making it difficult to access public services and among these services access to quality health care.

Palabras clave: Salud; Bienestar; pobreza; desigualdad; servicios.

La salud y el bienestar individual y colectivo han sido una preocupación desde el origen de la humanidad. El estar sano determina la manera de auto definirse, las acciones en el presente y la planificación del futuro. Llegar a estar sano es una tarea que nos toma toda la vida, pero debemos saber bajo qué condiciones llegamos a este punto y para conseguir esta meta es imprescindible hablar del bienestar; Amartya Sen (1982) propone en la teoría de las capacidades de qué manera se pueden alcanzar esta meta. Deaton (2013) hace referencia al bienestar como todas las cosas buenas que logran hacer que las personas tengan una buena vida tomando en cuenta el bienestar material (riqueza y los ingresos), el bienestar físico y psicológico, la educación y la capacidad de participación en sociedad. Es indispensable una buena condición de salud para tener bienestar.

Para gozar de un buen estado de salud es necesario contar con los servicios necesarios que

¹ Maestro en Salud Pública, estudiante del Doctorado en Desarrollo Global, Universidad Autónoma de Baja California, Salud, pobreza y desigualdad. rojas.rosendo@uabc.edu.mx.

Bayón, Cristina, Sara Ochoa y José Guadalupe Rivera González, coords. 2018. *Desigualdades, pobreza, economía informal, precariedad laboral y desarrollo económico*. Vol. III de *Las ciencias sociales y la agenda nacional. Reflexiones y propuestas desde las Ciencias Sociales*. Cadena Roa, Jorge, Miguel Aguilar Robledo y David Eduardo Vázquez Salguero, coords. México: COMECOSO

puedan promover y prevenir las enfermedades; por tanto, es necesario que cada país disponga de un sistema de salud de cobertura universal que pueda garantizar que todos los miembros de las comunidades tengan acceso a servicios preventivos, curativos y de rehabilitación sean efectivos además de ser económicamente sustentables para las familias y los gobiernos.

Existen grandes disyuntivas en los países sobre el financiamiento de los gastos en salud por persona, si debe ser totalmente público o privado, por ejemplo. Noruega un país de ingresos altos con un sistema de salud muy desarrollado gastó en el 2012, 9312 dólares por persona, de esta cantidad 7919 fueron gasto público y el restante aproximadamente el 15% fue gasto privado. Por otro lado, en países de bajos ingresos el gasto público en salud llega a ser inferior a 10 dólares con un alto porcentaje de aporte privado, muchas veces superior al 70% (OMS, 2015)

El financiamiento ha llegado a ser un problema que incrementa el riesgo de los habitantes a tener gastos catastróficos en salud o tener que pagar cuotas por los servicios de manera anual que junto a los engorrosos trámites burocráticos crean barreras para el acceso de los usuarios con menos ingresos. (Sachs, 2012)

Según el Banco Mundial en el 2013 el 10.7% de la población a nivel mundial vivía con menos de 1.90 dólares americanos por día, inferior al 35% que se encontró el 1990; además, casi 1.100 millones de personas han salido de la pobreza extrema desde los 90, es visible que las cifras de pobreza han disminuido, pero han sido dispares alrededor del mundo, con mayor impacto en Asia Oriental y Pacífico (71 millones menos de pobres) y entre estos la India ha tenido más impactos. (Word Bank Group, 2016)

Luego de hablar de la pobreza, es necesario abordar la desigualdad, la misma aumentó desde los 80 entre los ciudadanos del mundo sin importar su lugar de residencia. Desde los años 90 hasta el 2009 se ha observado una disminución considerable en las cifras de desigualdad global, pero estas siguen siendo mucho más amplias que en 1820, a pesar de los avances todavía en el mundo se encuentran países en donde el Coeficiente de Gini es superior a 50, y en países como Haití y Sudáfrica supera los 60. (Word Bank Group, 2016, pág. 69)

La Organización de Naciones Unidas (ONU) en los objetivos del desarrollo sostenible en el punto 10 contempla la reducción de la desigualdad en y entre los países. Muchos países han logrado avances en este punto, muchas familias han salido de la pobreza, pero todavía existen lugares con mayor vulnerabilidad, donde todavía existe grandes disparidades en el acceso a

servicios sanitarios y educativos; si bien, la desigualdad ha disminuido entre países, en general ha aumentado teniendo en cuenta que solamente el crecimiento económico no basta para reducir todas las brechas. (Naciones Unidas, 2015)

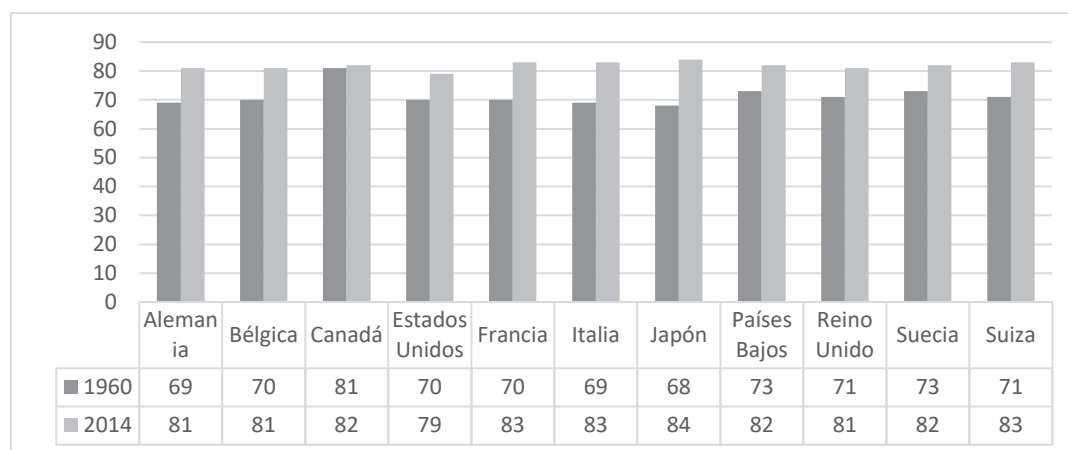
Salud y desigualdad

Según Deaton (2015, pág. 41) “El escape más grande de la historia es el escape de la pobreza y la muerte. Por miles de años aquellos que tuvieron la suerte de escapar de la muerte en la niñez enfrentaron años de pobreza opresiva”, luego de la revolución industrial y al cambiar el paradigma de la génesis de las enfermedades los estándares de vida han aumentado, las personas viven el doble de lo que se vivía a principios del siglo XX, este gran escape trajo un mundo distinto para las personas que tienen mejores ingresos, son más saludables, más educados, de han creado dos mundos, uno de la opulencia y otro de los desprotegidos.

Los que no han podido estar dentro del gran escape, en gran medida los que viven en países pobres y cuanto más pobres peores son sus condiciones de salud, algunos países como Angola o la República Democrática del Congo esperanza de vida es aproximadamente 61 años siendo inferior a los datos encontrados antes de 1960 en Estados Unidos o en Islandia. (World Bank Group, 2017)

Tomando en cuenta la vida, no solamente se trata de vivir o vivir muchos años, también es necesario vivir bien, tener una buena calidad de vida. Es necesario valorar otras dimensiones de la salud, identificar las diferencias entre los países ricos y países pobres. En los países ricos las personas experimentan menos episodios de dolor, la incidencia de discapacidades ha disminuido y el coeficiente intelectual ha aumentado. (Deaton, 2015). El mejorar la calidad de vida, la esperanza de vida y los indicadores de salud no es una condición sine qua non de los países ricos, por ejemplo, los Estados Unidos un país que no cuenta con un proveedor único de salud, donde el gasto en salud es del 21.2% del PIB en el 2014, uno de los más altos de la región, sus cifras de esperanza de vida para el mismo periodo son inferiores en dos años o más en relación con cualquier país integrante del G10 Fig 1. (World Bank Group, 2017). Por tanto, la cantidad de dinero que se invierte en salud cada año no es un punto determinante para lograr mejorar la condición de vida.

Figura 1: Esperanza de vida, Países G10



Fuente: base de datos Banco Mundial (<http://bancomundial.org/>)

Esta condición de países pobres y tener menos salud no es una característica que se pueda probar en todos los países, por ejemplo, al comparar Cuba y los Estados Unidos, la esperanza de vida en Cuba es mayor a pesar de ser considerado un país de bajos recursos, aunque el segundo tiene un PIB 20 veces mayor y un gasto en salud anual mayor.

¿Cuál es la gran diferencia entre estos dos países?, las diferencias entre estos dos países son abismales, el modelo económico social en Cuba a pesar del embargo económico, de las dificultades comerciales en todos los ámbitos ha logrado construir un sistema de salud de prestador único regido por el Ministerio de Salud, a través del Sistema Nacional de Salud en donde se garantiza el acceso a salud a todos los habitantes sin restricción, dispone de un modelo de atención primaria en salud que abarca el 80% de las atenciones en salud y un 20% de atención curativa. (Domínguez-Alonso & Zacca, 2011). Cuba ha logrado reducir los niveles de mortalidad infantil, mortalidad materna y aumentar la esperanza de vida; la pobreza y la desigualdad influyen en gran medida sobre el estado de salud, pero también el ámbito institucional y dentro de este el sistema de salud y acceso a los servicios sanitarios juegan un papel cardinal sobre el estado de salud de habitantes, es determinante como los gobiernos invierten el dinero y cómo se organizan los servicios. La creación de políticas públicas en salud que logren subsistir los cambios dirección ideológica del gobierno en turno es uno de los grandes desafíos de los procesos políticos de nuestra época, Cuba es el gran ejemplo de lograr avances en salud a bajo

costo y con resultados excepcionales, la aplicación de políticas públicas duraderas ha logrado ubicar al sistema de salud cubano como un referente a nivel mundial.

Tabla Nro. 1, Esperanza de Vida y porcentaje de PIB gastado en salud, años 1995-2014

País	1995		2014	
	Esp. Vida	gasto salud	Es. Vida	gasto salud
Estados Unidos	75.62	15.92%	78.74	21.29%
Cuba	75.4	8.02%	79.39	18.011%

Fuente: base de datos del Banco Mundial (<http://bancomundial.org/>)

Acceso a servicios de salud y desigualdad en México

la desigualdad ha marcado la historia de México y ha modulado las mentalidades de los mexicanos; esta desigualdad es profunda y arraigada la cual no respeta las poblaciones, recursos ni capitales; la desigualdad se manifiesta en el ingreso de las familias, la educación, la salud y el género; define las asimetrías tanto en la forma de vivir o de morir; es un fenómeno de largo plazo, ha existido en México más de dos siglos y en el último tiempo se ha acelerado, por lo tanto la desigualdad es un fenómeno total que marca el conjunto de la estructura y el carácter social. (Cordera, 2017)

El Banco Mundial cataloga a México como un país de ingresos medios a altos, su economía ha sufrido desaceleración con respecto al 2015, siendo mitigado este problema con el impulso privado, baja inflación y remesas de trabajadores. Pero en el 2017-2018 se espera una nueva desaceleración por la incertidumbre generada por la renegociación del tratado de libre comercio de América del Norte (TLCAN), lo que ha logrado frenar la inversión bruta de las actividades relacionadas con el comercio de la industria manufacturera. Todos estos problemas de financiamiento y el déficit del PIB, han reducido la capacidad del sector público para contribuir al crecimiento ya que los esfuerzos del gobierno se ven encaminados a consolidar las acciones fiscales y a estabilizar la relación entre la deuda y el PIB. (BM, 2017).

México para el año 2014 tenía un coeficiente de GINI de 48.21, siendo el más alto en América del Norte, donde se muestra un panorama de desigualdad que ha dividido al país en dos partes, los pobres, pobres extremos y personas ricas. Para ese mismo año en el país el 53.2% de la

población vivía en condiciones de pobreza.

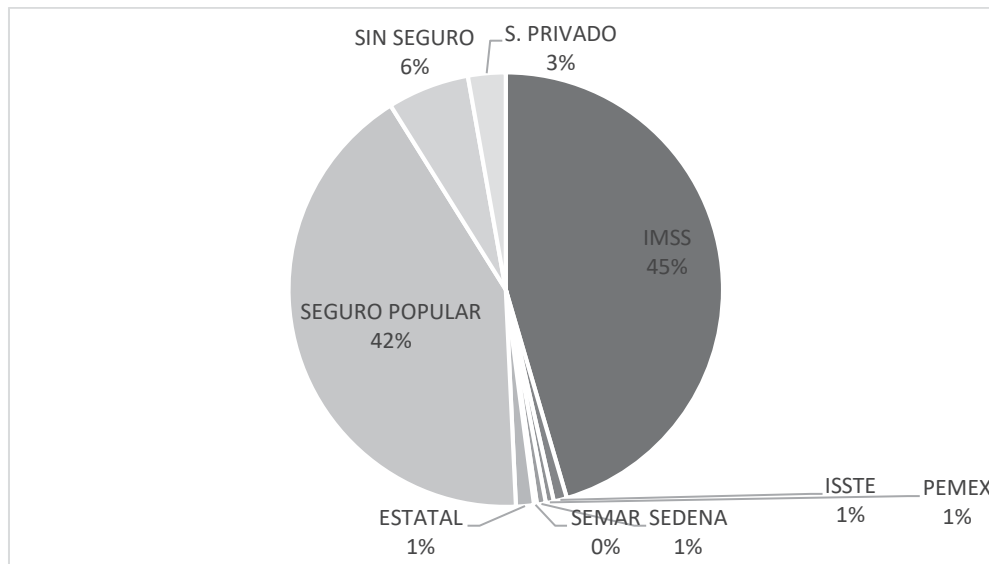
Según Moreno Brid. (2009), en las últimas tres décadas en México los ingresos solo han aumentado en los hogares más ricos, dejando al resto de la población en condiciones de pobreza, sin tener la posibilidad de nutrirse, escapar de enfermedades curables y protegerse del medio ambiente. (Sen, 1983, pág. 162). Cordera (2017) habla sobre los ingresos de los mexicanos y comenta que:

“Los mexicanos más pobres (del I al IV) en 1977 obtuvieron el 9.9% del ingreso total, mientras que en el 2010 llegaron a 12.3% y en el 2012 a 14.1%. En 2012 los grupos más ricos (20%) tuvieron ingresos equivalentes a 50.9% del total, mientras que para el 2014 esta cifra aumento en 51.1%; esto quiere decir que los ingresos de 40% de los mexicanos más pobres representaban menos de una quinta parte de la proporción que beneficiaba a los más pudientes” (Cordera, 2017, pág. 62)

Al tener tantas personas viviendo bajo la línea de la pobreza México ha intentado sobrellevar las necesidades de la población mejorando el acceso a la educación pública, a los servicios de salud con la creación del Instituto de Seguridad Social en 1943 para la población que se encuentra dentro de los trabajos formales, siendo este insuficiente en el 2002 se crea la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, conocida como Seguro Popular que intenta dar solución al resto de la población con el propósito de alcanzar una cobertura universal en salud.

El instituto Nacional de Estadística y Geografía, en el anuario estadístico y geográfico por entidad federativa 2015, en la sección de salud y servicios de salud, entrega las cifras de aseguramiento en salud, en donde el 91.1% de la población total en el año 2013 contaba con un seguro de salud público (fig 2), dividido en dos grandes prestadores de salud, el Instituto Mexicano de seguridad social con el 45% y el seguro popular el 42%; otras instituciones de salud pública (servicios estatales, ISSTE, PEMEX, SEMAR, SEDENA) menos del 4% y un 9% de la población sin seguridad pública. (INEGI, 2015) (Laurell, 2013)

Figura 2: Porcentaje de población con seguro de salud públicos en México en el año 2013



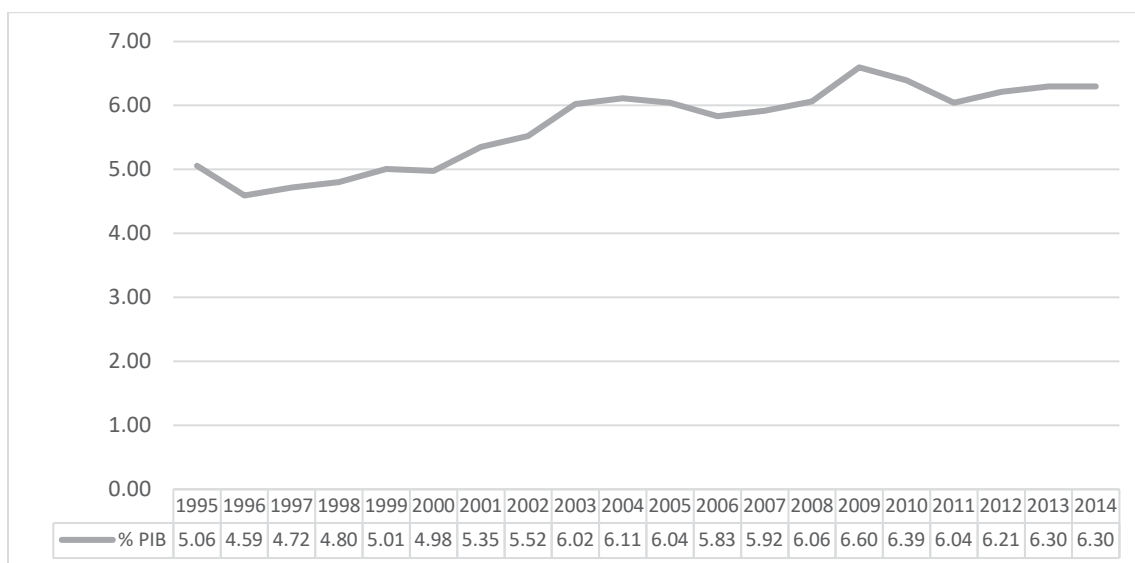
Fuente, instituto nacional de estadística y geografía (INEGI)

Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano (CLACSO)

México desde el año 2002 con los intentos de llegar a una cobertura universal en salud ha mejorado sus estadísticas nacionales aumentando la esperanza de vida al nacer, disminuyendo las muertes maternas y en cierto modo mejorando la calidad de vida, siendo dependientes de las asignaciones en salud que el gobierno otorga cada año.

En este sentido México ha tenido grandes fluctuaciones en el aporte del gobierno al sector salud, (Fig 3), desde 1995 se ha encontrado como aporte máximo 6.39% del PIB en el año 2010 y como mínimo 4.59% en 1995.

Figura 3: porcentaje del Producto Interno Bruto invertido en salud en México 1995-2014



Fuente: base de datos del Banco Mundial (<http://bancomundial.org/>)

Comparando el aporte de México al sector salud con otros países de ingreso bajos y de ingresos altos se nota una gran diferencia, Ruanda aportó aproximadamente el 19.5% de su gasto anual a salud, pero esto no quiere decir que con un mayor gasto las desigualdades en salud disminuyan. (OMS, 2010). Si Bien México ha luchado contra la pobreza el incremento del gasto público no ha alterado sustancialmente la dinámica de la pobreza que no ha disminuido desde 2007, es más ha aumentado desde ese año. (Cordera, 2017)

Según Deaton (2015, págs. 142-143) desafortunadamente los gobiernos de ciertos países no actúan por el bien de sus habitantes, para mejorar su salud y bienestar, aun en países democráticos los políticos tienen un amplio margen de maniobra para perseguir sus fines personales y con frecuencia existe grandes desacuerdos de que se necesita mejorar en el sector salud aun que exista acuerdo sobre la necesidad de mejorar. Las preocupaciones en salud no son primordiales, los gobiernos están encaminados a la creación de empleos o la estabilización de la economía.

Otro problema por el que la cobertura o la inversión en salud no se ve reflejada en una mejora de la condición de vida de los habitantes es el ausentismo del personal de salud en sus áreas de trabajo; en el sector salud puede llegar a ser hasta del 35% en promedio, diferenciando el

personal de salud el 39% de los médicos y 31% del personal no médico no se encontraba en sus lugares de trabajo, esto se puede deber por el gran impacto de las ganancias que pueden percibir estos servidores en el sector privado. (Chaudhury & Hammer, 2006)

El sector privado creciente en los países que el sistema sanitario público es deficiente “ganan mucho más dinero si proveen más cuidados o más atenciones rentables; también tiene incentivos para darles a las personas lo que estas piensan que quieren independientemente de si lo necesitan o no en realidad”. (Deaton, 2015, págs. 145-146)

Pero debemos saber que los gobiernos y la pobreza o desigualdad de estos no tienen toda la culpa, hemos observado el caso de Cuba antes mencionado; en otros lugares parece que las personas no entienden su salud o simplemente no les importa, para Byung-Chul Han (2010) este comportamiento social se asocia a la sociedad del cansancio, en la que los integrantes de la sociedad o de los grupos humanos al no ver una salida a sus problemas en este caso los problemas de salud simplemente dejan de importar o de ser considerados como problemas; existe otro grupo en las que si existen los recursos económicos, y estas tienden a estar mejor informadas y tienen sus incentivos propios para llegar a un servicio de salud.

Los países en desarrollo o países pobres realmente no podrán tener un mejor sistema y acceso a salud si es que no se invierte más y de mejor manera de lo que lo hacen en la actualidad; “sin una población educada y sin capacidad de gobierno – una estructura administrativa efectiva, núcleos de burócratas educados, un sistema estadístico y un marco legal bien definido y aplicado --, es difícil o imposible que los países suministren un sistema de salud apropiado” (Deaton, 2015)

Cobertura y acceso universal de Salud

El Seguro popular para llegar a una cobertura Universal

Garantizar el acceso y la cobertura en salud para toda la población ha sido uno de los grandes esfuerzos de todos los gobiernos desde 1978, en la conferencia de Alma Ata donde se mocionaba que es necesario que los países garanticen servicios de salud de calidad basados en la prevención adoptando un modelo de atención primaria en salud (APS). (OPS, 2012)

Es real que muchos gobiernos intentaron adoptar el modelo, pero ninguno hasta el año 2010 no ha sido capaz de garantizar servicios sanitarios para mejorar la salud de las personas,

casi todos los países del mundo se enfrentan a limitaciones grandes de recursos u de otro tipo, esto es mucho más notorio en los bajos ingresos. (OMS, 2010)

En México antes del año 2000 existieron esfuerzos de los gobiernos para supuestamente el fortalecimiento del sistema de salud, pero fue hasta que el presidente Fox y el secretario de salud Julio Frenk (Secretaria de Salud, 2001) con su programa nacional de salud 2001-2006 que fue llamado “La Democratización de la salud en México” realmente parecía tener buenas intenciones porque tocaba temas realmente álgidos para esa época y la actual como:

- La necesidad de mejores servicios de salud
- Las personas pobres y desprotegidas siguen enfermando por padecimientos sencillos y no todos alcanzan servicios seguros y confiables
- Enfocar el sistema de salud en las personas y que de la buena salud de la población depende la prosperidad económica el bienestar social y la estabilidad política
- Saber que sin un sistema de salud y de seguridad social no puede haber desarrollo humano

Con esta nueva visión de los servicios de salud para México se intentó crear un sistema de salud en donde existan estímulos para el prepago de la atención en salud, siendo este el primer paso para la privatización de los servicios de salud; o como el gobierno lo mencionaba, que la inversión privada aporte a los servicios de salud pública. La creación de este sistema de salud paralelo a la seguridad social es parte de la aplicación en salud de los parámetros del consenso de Washington. (Martinez & Soto, 2012)

En el 2001 el Banco mundial propone medidas en el ámbito social y económico para México, en donde uno de los puntos en donde hace más énfasis es que el sistema de salud estaba duplicando esfuerzos y la fragmentación del sistema es la causa primordial para que no exista eficiencia en los recursos y la atención en salud, siendo necesario que los sectores público y privado trabajen en conjunto por un bien común, todo esto tenía que ir de la mano de un sistema financiero sólido para estimular la inversión privada. (Giugale, Lafourcade, & Nguyen, 2001)

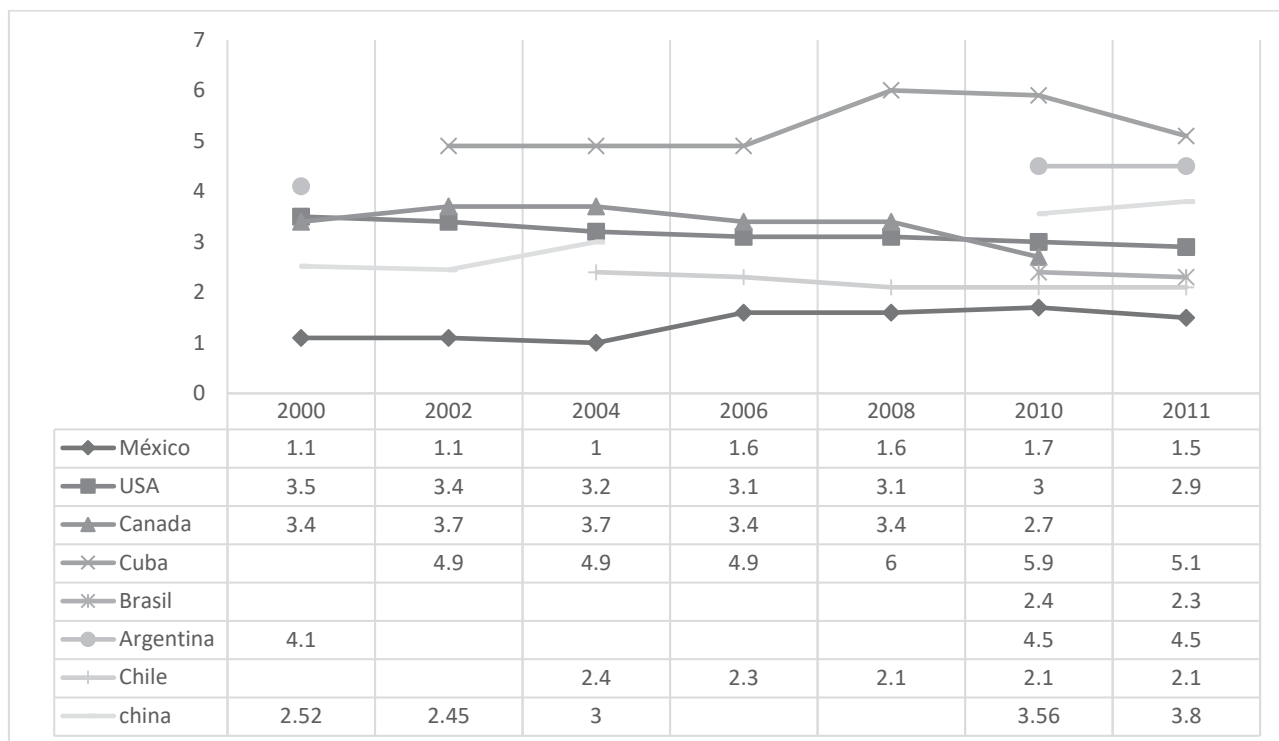
La gran razón para estas acciones fue aumentar la cobertura, mejorar el acceso ya que los servicios del IMSS se veían abarrotados sin poder ni siquiera cumplir con los derechohabientes, con el seguro popular, según el gobierno, se garantiza la expansión y la mezcla de lo público-privado para la atención médica. (Tamez & Eibenschutz, 2008)

En el 2001 se crea el Seguro popular médico público y voluntario que fomenta la atención oportuna en salud, con mecanismos de protección del patrimonio familiar; además, ofrece estudios de gabinete, medicamentos y atención médica sin costo, al principio 154 enfermedades y los medicamentos necesarios para su tratamiento. En el 2006 se crea el catálogo de servicios esenciales de salud, CASES, en donde se ofertan atención, estudios y tratamiento para 249 padecimientos. (Tamez & Eibenschutz, 2008).

El financiamiento del seguro popular fue presentado, según el modelo de la seguridad social, con un aporte tripartito; de la federación, de los estados y las familias; el aporte del gobierno ya sea el federal y estatal son porcentajes fijos, y el aporte de la familia puede variar según la condición socio-económica. (Laurell, 2013).

Cuando se piensa que la entrada del seguro popular en acción para dar cabida a toda la población a la cual supuestamente atenderá debe tener un aumento de los recursos en salud.

Figura 4: Número de camas de hospitalarias por cada 1000 personas en México desde año 2000 hasta el 2011



Fuente: base de datos del Banco Mundial (<http://bancomundial.org/>)

¿Antes y después del seguro popular el número de camas hospitalarias en México tuvo algún incremento? por la lógica de creación del seguro popular debía esperarse que con los aportes se pueda aumentar la capacidad hospitalaria para la atención en el segundo nivel en toda la república. México desde el año 2002 y antes es el país que menos camas de hospital tiene en Norte América; comparándolo con países de bajos recursos como Cuba, observamos que tiene 4 o 5 veces mayor capacidad hospitalaria; y si se compara con países de ingresos altos como Estados Unidos, se duplica la capacidad (FIG 4).

Figura 5: Número de Médicos por cada 1000 habitantes en México desde el año 2000 al 2012

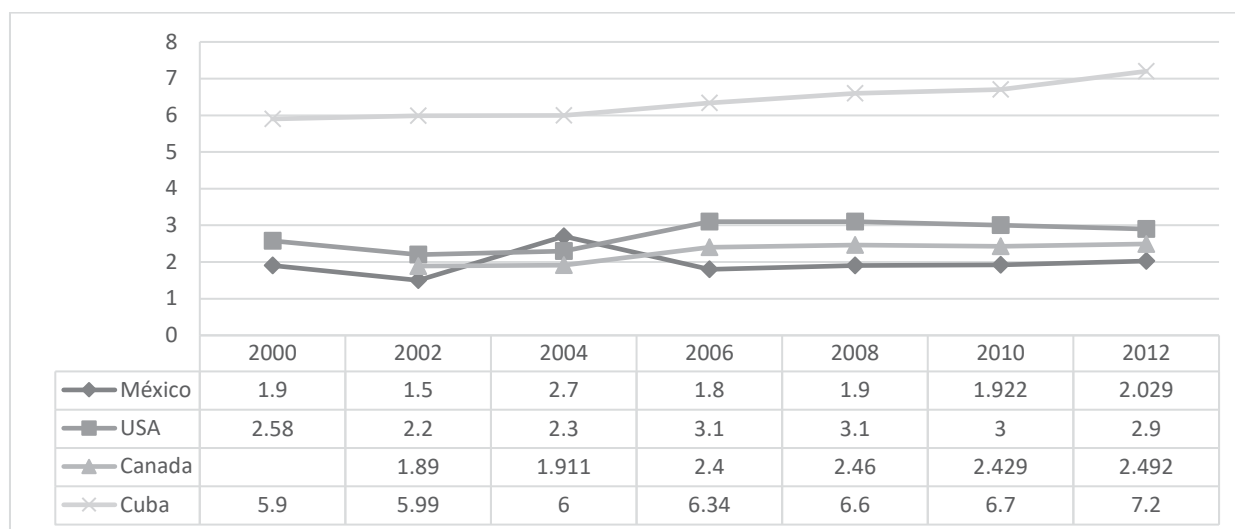
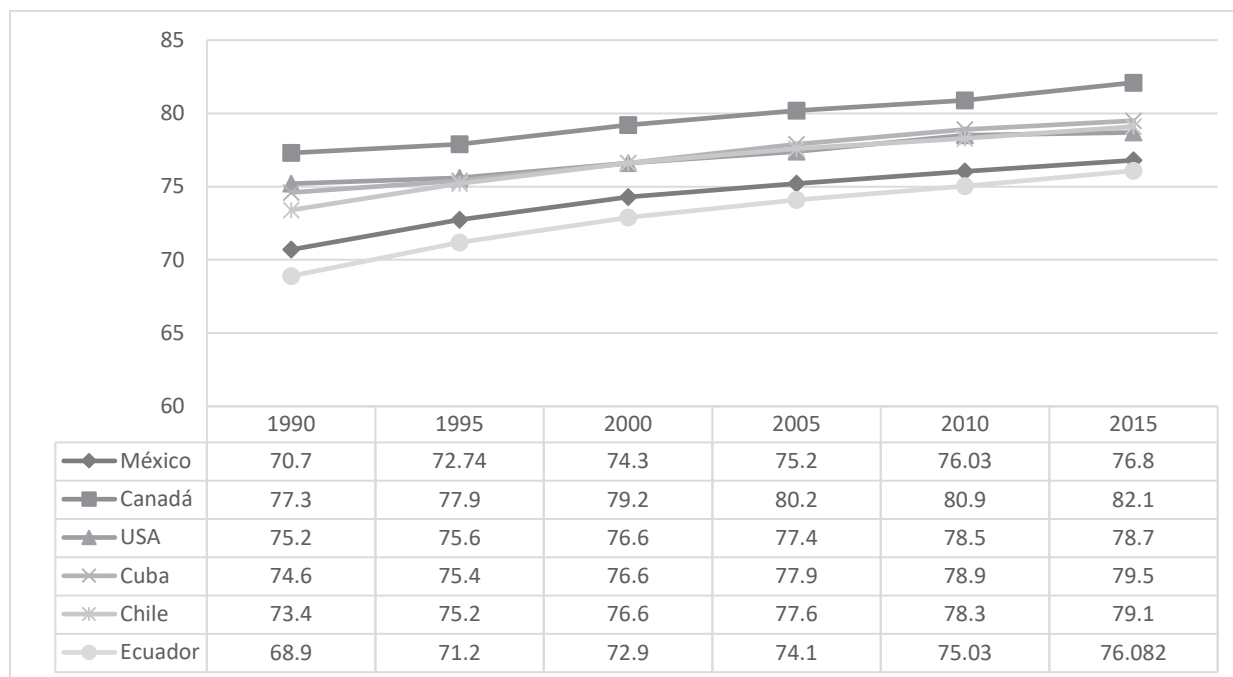


Figura 6: Esperanza de vida países de América y el Caribe desde el 1990 hasta el 2015



En cuanto al personal de salud (FIG 5), al analizar la cantidad de médicos por cada mil habitantes se encuentra un panorama muy parecido a las camas de hospital en donde México está por debajo del promedio general y muy por debajo de Cuba, que a pesar de ser uno de los países más pobres de América y el Caribe ha logrado con políticas responsables e innovadoras de salud cubrir las necesidades básicas de su población.

La esperanza de vida (FIG 6) es un indicador muy usado para valorar el funcionamiento y calidad de los servicios de salud, según la organización mundial de la salud la esperanza de vida ha registrado avances espectaculares, desde el 2000 hasta el 2015 creció en 5 años, el crecimiento más rápido registrado en los últimos 60 años; todos estos avances se dan a pesar de las desigualdades existentes entre los países y dentro de cada país.

Antes del seguro popular y sin los esfuerzos de llegar a la cobertura universal en salud teniendo solamente sistemas paliativos para el acceso a salud, la esperanza de vida en México fue de 70.7 años siendo aproximada a la encontrada cerca de 1970 en países de la región como Estados Unidos o Canadá.

En la década subsiguiente entre 1990 al 2000 México logro aumentar su esperanza de vida en 3.6 años llegando a 74.3, siendo un gran avance para el país y siendo mayor que todos los de la región, luego de la incursión del seguro popular y la supuesta universalización de los servicios de salud México entre el 2000 al 2015 logro aumentar solamente 2.5 años su esperanza de vida, con este último avance se logró igualar las cifras obtenidas 15 años antes por los países desarrollados (Canadá, Estados Unidos) o como países de bajos recursos (Cuba).

Al interpretar la supuesta universalización de los servicios en México que según los datos de aseguramiento público que llegan a estar sobre el 90%, lo que no se ha reflejado en la población; se intenta llegar a la cobertura universal en salud, pero se debe distinguir que es esta tan llamada universalidad, Asa Laurell (2013) dice que es necesario pensar entre la cobertura poblacional y la cobertura médica o de servicios de salud, en los países de latino-américa al decir universal hace referencia a la población en general, mientras que la cobertura médica o los servicios universales están limitados a catálogos con grandes exclusiones en el acceso.

El seguro popular sigue directrices del universalismo básico; Carlos Molina (2006, pág. 21) menciona que el universalismo básico “si bien apunta a promover un conjunto de servicios de cobertura universal que cumplan con estándares de calidad para todos, se propone para un conjunto limitado de prestaciones básicas, que incluye las prestaciones esenciales de derecho universal, que variará de acuerdo con las posibilidades y definiciones propias de cada país”. En México existe un aseguramiento universal de Salud, pero con servicios sanitarios excluyentes, de baja calidad, limitados en cobertura y con dificultades en el acceso oportuno, con serias deficiencias en la prevención, promoción y educación en salud.

Tabla Nro. 2: Principales Causas de Muerte en México- comparación año 2000-2015

Nro.	2000	2015
1	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
2	Tumores malignos	Diabetes mellitus
3	Diabetes mellitus	Tumores malignos
4	Accidentes	Accidentes
5	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado

6	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares
7	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
8	Influenza y neumonía	Agresiones
9	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	Influenza y neumonía
10	Agresiones	Insuficiencia renal

Fuente: Instituto nacional de estadística y geografía (INEGI): tabulados básicos

Al pensar en el servicio Universal del Seguro Popular lanzado por México en el 2002, cualquier persona hubiera pensado que el servicio universal para todos los mexicanos iba a ser un punto de quiebre en las patologías, que iba a poder cambiar el perfil epidemiológico, que México podía escaparse de las causas de muerte que se presentaban antes de la incursión del seguro popular en el sistema de salud.

Caso contrario, antes del seguro popular en el año 2000 entre las 10 primeras causas de muerte (tabla Nro. 2) se encontrabas enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes, accidentes (tránsito), enfermedades del hígado, influenza y neumonía, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC) y agresiones; este fue el panorama antes del seguro popular, las principales causas de muerte son enfermedades prevenibles en el primer nivel de atención en salud a bajo costo, se observa que el aumento de las enfermedades crónico degenerativas, un panorama que de continuar podría ser una bomba de tiempo para los servicios sanitarios.

Según el INEGI en el 2015 las principales causas de muerte en México fueron enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores, accidentes, enfermedades del hígado, agresiones, influencias e insuficiencia renal, casi las mismas que se encontraron en el 2000.

Es alarmante observar que luego de la incursión del servicio de salud universal, “seguro popular”, las causas de muerte no han cambiado radicalmente; es más, se observa el aumento de las muertes por diabetes y el ascenso de las muertes por agresiones demostrando que a pesar del supuesto aseguramiento universal y de arrojar datos de tener más del 90% de la población con un seguro de salud, en las estadísticas nacionales de cada año no se refleja el impacto real de una cobertura universal en salud.

Para el año 2015 todas las causas de muerte, como en el 2000 son enfermedades o factores de riesgo prevenibles con un buen sistema de salud y un acceso garantizado a servicios sanitarios, las personas siguen muriendo por diabetes o tumores que pueden ser diagnosticados con prontitud para su tratamiento eficaz; esto demuestra que el aseguramiento universal en salud no ha logrado cumplir todos los objetivos luego de 15 años de su creación, al parecer no ha existido una correcta aplicación del sistema de atención primaria en salud, no se han creado políticas públicas que realmente enfrente todos los problemas existentes en el acceso y la infraestructura en salud; a lo largo de 15 años de la universalización del servicio de salud en México no se ha visto un impacto real en la calidad de vida de las personas.

Gasto de bolsillo, atención empobrecedora y estrategias para disminuir las desigualdades

“Los gastos de bolsillo en salud (GBS) son aquellas erogaciones en ítems de salud (hospitalización, procedimientos ambulatorios, medicamentos) netas de cualquier reembolso efectuado por el sistema de salud o seguro al que se esté afiliado. Se consideran catastróficos los GBS que superan una cierta cota o *threshold* de la capacidad de pago del hogar. La capacidad de pago del hogar se define como el ingreso total del hogar menos aquel nivel de gasto necesario para cubrir necesidades básicas de subsistencia. En la literatura, se ha tomado como cota el 40%”. (Peticara, 2008, pág. 18)

El GBS en salud depende de la calidad, acceso y dotación de medicinas e infraestructura de los servicios sanitarios; por tanto, cuando existe un servicio eficiente los usuarios tendrán sus necesidades de salud cubiertas, pero cuando estos no funcionan de manera correcta se ven obligados a acudir al sistema privado de salud. Según Peticara (2008) en América Latina México se ubica junto con Argentina y Brasil entre los países en donde el gasto en salud absorbido por las familias llega a ser el 50% y solamente en Argentina y México el gasto catastrófico en salud llega a ser superior al 70% del gasto de las familias.

Según Murayama (2016) el gasto de bolsillo de los mexicanos es uno de los más altos entre los miembros de la OCDE, las familias tienen que afrontar el 50% del gasto total en salud, esto refleja los problemas en el acceso y la inequidad en salud existente. (Murayama & Ruesga, 2016)

En la encuesta de Nacional de ingresos y gastos de hogares (ENIGH) realizada por el INEGI en el año 2006 el 69.5% de las familias realizó gastos en salud, esta cifra se redujo en el 2012 llegando a ser el 50.2%, (INEGI, 2014). En el 2010 la Organización Mundial de la Salud recomendó que el gasto en salud privado o pagos directos por salud por parte de los usuarios debe ser menor al 15 o 20% del gasto total en los servicios sanitarios, ya que este es un rango en el que los gastos catastróficos y el empobrecimiento de la población desciende a niveles insignificantes; el aporte en el gasto total en salud debe ser desembolsado por el estado por lo menos en un 80%.

El gasto en salud se ve aumentado en gran medida por problemas del sistema de salud pública, existe una focalización desproporcionada en la atención terciaria especializada, conocida como “hospitalocentrismo”; también la encontramos en el sistema la fragmentación de los servicios, como resultado de la multiplicación de programas y proyectos prioritarios en salud y por último la mercantilización generalizada de la atención en los sistemas sanitarios no regulados. (OMS, 2008)

El gasto catastrófico en salud no solamente es causado por procedimientos de alto costo sino también pueden por pagos relativamente bajos, pero estos significan una catástrofe para una persona pobre, que se ve obligada a reducir los gastos básicos como los alimentos o la educación. Por otra parte, los grandes pagos en los servicios de salud también pueden llevar a la catástrofe financiera incluso a los hogares más ricos, (Xu, y otros, 2007); los problemas de la atención sanitaria llevan a las familias, sobre todo a las de bajos recursos económicos, a costear la atención sanitaria entrando en el paradigma de la atención sanitaria empobrecedora; la población carece de un sistema de protección social o el que existe es insuficiente, esto lleva a las personas a tener que aumentar el gasto en salud, por este proceso más de 100 millones de personas en el mundo caen en condiciones de pobreza por verse obligados a costear la atención sanitaria. (OMS, 2008)

México a lo largo de las últimas tres décadas ha creado programas para la inclusión social y económica de los más desprotegidos, han evolucionado desde el programa nacional de solidaridad (PRONASOL) que algunos años después pasó a llamarse “PROGRESA”, “OPORTUNIDADES” y su última transformación en el 2014 donde adopta el nombre de “PROSPERA”.

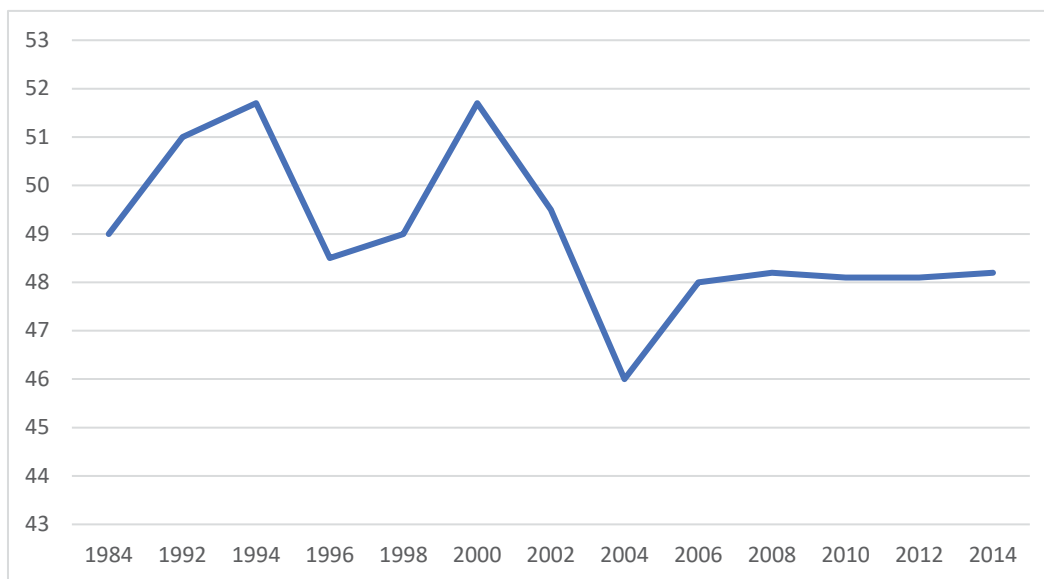
El objetivo de este programa PROSPERA, Programa de inclusión social, es contribuir al cumplimiento de los derechos sociales que potencien las capacidades de las personas en situación

de pobreza a través de acciones que amplíen sus capacidades en alimentación, salud y educación mejorando el acceso a otras dimensiones de bienestar. (CONEVAL, 2017)

El programa Prospera en el 2016 tenía una población objetivo de 794107 hogares, de los cuales se pudo atender al 85%, el programa atendió a 32 millones de personas aproximadamente (CONEVAL, 2017), en términos totales Prospera atiende a un tercio de la población mexicana.

Prospera podría decirse que logra superar a todos los antecesores, pero el panorama no es favorable, desde 1988 hasta la fecha en México se invierte en política social pero los resultados son desalentadores, según el CONEVAL en 1993 el 53.1% de los habitantes vivía en condiciones de pobreza, luego de 3 décadas de destinar recursos a programas de asistencia social estas cifras para el año 2016, según datos de la misma institución, la pobreza pasó a ser del 43.1% (Cañedo & Ramirez, 2014), cifra que es muy distante a la expresada por el Banco Mundial o la Organización Mundial de la Salud que para el mismo año determina que existe el 50.1% de la población viviendo en condiciones de pobreza (World Banck Group, 2017).

Figura 7: Índice de GINI México 1984-2014



Fuente: base de datos del Banco Mundial (<http://bancomundial.org/>)

Luego de toda la inversión realizada en programas de inclusión social y económica desde 1980 las desigualdades en la década del 80 y 90 tuvieron muchas fluctuaciones encontrando valores máximos en 1994 cuando fue de 51.7 y el menor de 46 en 2004, aun así al ser el valor menor alcanzado en tres décadas, sigue siendo alto dentro de los países de medianos ingresos como México. Desde el año 2008, no ha existido variación significativa en las cifras de desigualdad, dando por entendido que los programas de inclusión social y económica no han tenido el impacto deseado en la población.

Según Transparencia Mexicana y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el programa Prospera es exitoso, ya que en sus más de 20 años de vida ha logrado mejorar con el pasar de los años y no solo se trata de dar dinero a las familias; el sistema de apoyos económicos a las familias beneficiarias a cambio de que los miembros cumplan con asistir a la escuela y a los servicios de salud pública.

El programa Prospera de México ha logrado mejorar las tasas de escolarización y nutrición en los niños de toda la república, este modelo ha sido replicado en más de 50 países que tienen un formato similar (PNUD, 2016). La iniciativa mejoró las tasas de escolarización y la nutrición de los niños en el país, al punto tal que más de 50 países en el mundo replicaron el modelo y tienen ahora un programa similar. (BM, 2014)

Según Schweinhart (2005), no se puede ver como un gasto social, ya que en estudios realizados sobre la inversión en programas sociales y educación en la primera infancia se estimó que por cada dólar invertido se puede obtener una ganancia de 16.14 dólares, y de 12.90 dólares por cada dólar invertido en programas de desarrollo infantil temprano; es importante la inversión social, pero esta debe realmente estar dirigida a los grupos vulnerables de la sociedad.

Es necesario que la inversión en salud y en programas sociales con el fin de romper el círculo intergeneracional de la pobreza, invirtiendo en salud y educación se podrá tener mayor probabilidad de lograr llegar a la edad adulta en óptimas condiciones y tener un lugar en el campo laboral que logre satisfacer las necesidades de la familia. Si los países logran invertir de manera efectiva en educación y salud, según Lusting (2015), se podrá disminuir la inequidad en un 69%.

La salud se ha convertido en un compromiso histórico de todos los gobiernos de México, pero la desigualdad marca la pauta de cómo, cuando y dónde invertir; a pesar de la inversión en salud y programas sociales las tasas de mortalidad materna es cuatro veces más alta que en los

grupos de personas que viven en pobreza que del grupo de mayores recursos. Realmente en México todavía existen grupos de personas que no tienen acceso a seguridad social y aproximadamente el 20% no cuenta con servicios de salud pública. “...la marginación se asocia a la carencia de oportunidades sociales y a la ausencia de capacidad para adquirirlas o generarlas, pero también a privaciones e inaccesibilidad a bienes y servicios fundamentales para el bienestar” (Cordera, 2017, pág. 71)

Bibliografía

- Cañedo, A., & Ramirez, J. (2014). *Con prospera, ¿Tendran mas oportunidades?* Centro de Investigación para el Desarrollo (CIDAC). Ciudad de México: CIDAC.
- Chaudhury, N., & Hammer, J. (Winter de 2006). Missing in action: the teacher and health workers absence in developing countries. *Journal of economic perspectives*, 20(1), 91-116.
- Laurell, A. (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. Buenos Aires, Argentina: Colección CLACSO-CROP.
- Leigh, A., Jencks, C., & Smeeding, T. (2012). Health and economic inequality. En B. Nolan, *The Oxford Handbook of Economic Inequality*. Oxford.
- CONEVAL. (2017). *Ficha de Monitoreo 2016-2017 PROSPERA Programa de Inclusión Social*. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. México: CONEVAL.
- Cordera, R. (2017). *La perenne desigualdad*. Ciudad de México, México: UNAM-FCE.
- Lustig, N. (2015). *The redistributive impact of government spending on education and health: evidence from thirteen developing countries in the commitment to equity project*. Recuperado el septiembre de 2017, de Commitment to Equity project: http://www.commitmenttoequity.org/publications_files/Comparative/CEQWPNo30%20RedisImpactGovntSpendEducHealth%20March%202015.pdf
- Domínguez-Alonso, E., & Zacca, E. (2011). Sistema de salud de Cuba. *Salud Publica México*, 53(2), 168-176.
- BM. (14 de Noviembre de 2014). *Un modelo de México para el mundo*. Recuperado el Octubre de 2017, de Banco Mundial: <http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2014/11/19/un-modelo-de-mexico-para-el-mundo>

- BM. (5 de Abril de 2017). *Panorama General*. Recuperado el septiembre de 2017, de Banco Mundial Mexico: <http://www.bancomundial.org/es/country/mexico/overview>
- Deaton, A. (2015). *El gran escape, Salud, Riqueza y los organos de la desigualdad*. (I. Perrotini, Trad.) Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica.
- Giugale, M., Lafourcade, O., & Nguyen, V. (2001). *México a comprehensive development agenda for the new era*. Washinhton, USA: The World Bank.
- Han, B.-C. (2010). *La Sociedad del Cansancio*. (A. Saratxaga, Trad.) Barcelona, España: herder.
- INEGI. (2014). *Resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Cifras durante el cuarto trimestre de 2013*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Ciudad de México.
- INEGI. (2015). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Recuperado el Septiembre de 2017, de Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa 2015: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/AEGPEF_2015/702825077297.pdf
- Martinez, R., & Soto, E. (2012). El Consenso de Washington: la instauración de las políticas neoliberales en América Latin. *Política y Cultura* (37), 35-64.
- Molina, C. (2006). *Universalismo básico : Una nueva política social para América Latina* (Banco Interamericano de Desarrollo ed.). Ciudad de México, México: Editorial Planeta Mexicana, S.A. de C.V.
- Moreno-Brid, J., & Ros, J. (2009). *Development and Growth in the Mexican Economy* . Oxford, New York, USA: Oxford University Press.
- Murayama, C., & Ruesga, S. (2016). *Hacia un sistema nacional público de salud en México* (Vol. 1). Ciudad de México, México : Universidad Nacional Autónoma de México.
- Naciones Unidas. (Septiembre de 2015). *Objetivos del Desarrollo Sostenible*. Recuperado el Septiembre de 2017, de Naciones Unidas: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/inequality/>
- OMS. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS.
- OMS. (2010). Más dinero para salud. En OMS, *Informe sobre la salud en el mundo y financiación para la cobertura universal* (págs. 21-42). Ginebra, Suiza.

- OMS. (2015). *World health statistics 2015* (Vol. 125). Geneva: World Health Organization .
- OPS. (10 de octubre de 2012). *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado el Octubre de 2017, de Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en
- Perticara, M. (abril de 2008). Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. *CEPAL Series Políticas Sociales*(141).
- PNUD. (2016). *INFORME SOBRE EL FORTALECIMIENTO DE LA INTEGRIDAD E INSTITUCIONALIDAD DEL PADRÓN DE BENEFICIARIOS DE PROSPERA PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL*. Programa de naciones unidad para el desarrollo. Ciudad de México: Sonideas.
- Population Division. (2015). *United Nations Department of Economics and Social Affairs*. Recuperado el sept de 2017, de Population indicators for the period 2010-15: http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel_indicators.html
- Schweinhart, L., Montie, J., Xiang, Z., Barnett, S., Belfield, C., & Nores, M. (2005). The High/Scope Perry Preschool Study Through Age 40. *High/Scope Press*, 20.
- Sachs, J. (8 de septiembre de 2012). Achieving universal health coverage in low-income settings. *The Lancet*, 380(9845), 944-947.
- Secretaría de Salud. (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006, La democratización de la salud en México*. Ciudad de Mexico, México: Secretaría de Salud.
- Sen, A. (Jul de 1983). Poor, Relatively Speaking. *Oxford Economic Papers*, 35(2), 153-169.
- Tamez, S., & Eibenschutz, C. (Diciembre de 2008). El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud . *Revista de Salud pública*, 10(1), 133-145.
- World Bank Group. (2017). *Datos*. Recuperado el septiembre de 2017, de Banco Mundial : <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?locations=CD-US-IS-AO>
- World Bank Group. (2016). *Taking on Inequality*. (I. B. Development, Ed.) Washington, USA.
- Xu, K., Evans, D., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A., Musgrove, P., & Evans, T. (July-agust de 2007). Protecting Households From Catastrophic Health Spending. *Health Affairs*, 26(4), 972-983.