

RELACIÓN ENTRE LA POBREZA, INIQUIDAD Y EXCLUSIÓN SOCIAL CON LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO EN MÉXICO

Relationship of poverty, iniquity and social exclusion with highly costly diseases in Mexico

Hilda Santos Padrón¹

RESUMEN

Se exponen algunas consideraciones sobre el vínculo entre las enfermedades de alto costo o enfermedades catastróficas y la situación de pobreza, iniquidad y exclusión que padecen millones de mexicanos y que limitan su acceso a los servicios de salud. La estructura del trabajo se configuró para desarrollar enfoques conceptuales sobre pobreza, iniquidad y exclusión social, reconocer los logros nacionales en salud traducidos en indicadores exitosos, analizar las limitaciones y deficiencias de la infraestructura de los servicios de salud, comentar las posibilidades que, para los cambios necesarios, ofrecen las reformas del sistema nacional de salud de México y detallar las propuestas de solución derivadas de la promulgación de nuevas leyes y regulaciones federales y estatales, específicamente la Ley General de Salud, emitida en el año 2004 y el Sistema de Protección Social a la Salud (Seguro Popular).

Palabras clave: Pobreza, iniquidad, exclusión social, enfermedades catastróficas, servicios de salud, seguridad social.

SUMMARY

Some considerations about the link of highly costly diseases or catastrophic diseases with the situation of poverty, iniquity and exclusion that affects millions of Mexican citizens and restricts their access to healthcare services were presented in this paper. The paper was structured in a way that allows developing conceptual approaches about poverty, iniquity and social exclusion, recognizing the domestic achievements in healthcare that are translated into successful health indicators, analyzing the restrictions and deficiencies of the healthcare service infrastructure, making comments on the possibilities offered by the reforms of the national healthcare system in Mexico for the necessary changes, and specifying in detail the suggested solutions derived from the promulgation of new federal and state laws and regulations, particularly the General Healthcare Law issued in 2004 and the System of Social Protection to Health (Social Insurance).

Key words: Poverty, iniquity, social exclusion, catastrophic diseases, healthcare services, social welfare.

“La pobreza y la exclusión social son tanto realidades sociales injustas, como un enorme despilfarro de oportunidades”

José Antonio Ocampo

INTRODUCCIÓN

Estas palabras, pronunciadas por el destacado economista Ocampo¹ no sólo sirvieron para concluir su breve, pero precisa meditación, sobre la pobreza y la desigualdad en América Latina, sino que propiciaron una reflexión

más extensa sobre la concepción de la salud como producto social y su vínculo indisoluble con el desarrollo humano, temas que, desgraciadamente, todavía ocupan lugar preponderante en la agenda del desarrollo: la pobreza y la exclusión que sufren millones de personas en muchos países, entre los cuales vergonzosamente se encuentra México.

La pobreza se relaciona desde la perspectiva fenomenológica con la frontera de las posibilidades físicas e intelectuales de los humanos, con su

equipaje cultural y con las condiciones de su entorno. La pobreza es el mayor determinante individual de mala salud y en lo social, se asocia a las reglas de convivencia establecidas en la medida que estas propician o toleran las diferencias. Depende de las formas de propiedad de la tierra y el capital y se vincula estrechamente con las facilidades de acceso a servicios de salud, educación y el agua potable.

La pobreza y la enfermedad están tan íntimamente ligadas que se retroalimentan en un proceso que ame-

¹ Subsecretaria de Salud. Secretaría de Salud. Tabasco, México.

naza literalmente con acabar con cualquier esperanza de mejoría y progreso de los pueblos: por ejemplo, el VIH/SIDA afecta a millones de personas, la mayoría jóvenes y adultos en edad productiva que consumen los escasos recursos disponibles para otras prioridades de salud y para cualquier programa destinado a mejorar el bienestar social. El VIH/SIDA, es causa de pobreza y la pobreza, es causa de su extensión en muchos países.

De igual forma, se ha demostrado consistentemente que la iniquidad, es una causa importante de mala salud y muerte prematura de los integrantes de grupos vulnerables de la sociedad y contribuye, de manera importante, a explicar la diferencia entre pobres y ricos, en cuanto a los resultados en salud. La iniquidad genera exclusión en salud, sin embargo, también es cierto que la exclusión puede no deberse a iniquidad, tales como las barreras que existen para el acceso de los trabajadores informales a regímenes tradicionales. El objetivo del tema, no es ofrecer un ejercicio riguroso de medición y evaluación de la pobreza, la iniquidad y la exclusión, ni tampoco describir detalladamente las estrategias para enfrentar estos fenómenos sociales; el objetivo es, ante todo, valorar el significado y alcance de la pobreza y la exclusión social en México y una de sus consecuencias para innumerables familias mexicanas: el empobrecimiento que origina el tratamiento de las enfermedades de alto costo o catastróficas.

ENFOQUE CONCEPTUAL DE LA POBREZA

La pobreza es de origen multifactorial y multidimensional, de ahí que su conceptualización sea extremadamente compleja y su definición difícil, sin embargo, como fenómeno es fácil de reconocer. Un sencillo ciudadano en Kenya lo demostró: “No me pregunten qué es la pobreza, ustedes la han visto frente a mi casa. Miren la casa y cuenten el número de agujeros. Vean mis utensilios y la ropa que tengo puesta. Exámenlo todo y describan lo que ven. Esa es la pobreza”.² En resumen,

casi “palpamos” la pobreza, casi “la vemos”, pero resulta muy difícil de conceptualizar.

Entre los primeros intentos científicamente fundamentados por explicar las condiciones de marginación humana, están las propuestas de *Marx* y *Engels* en el siglo XIX, a partir de análisis económicos sobre la plusvalía, es decir, la ganancia extra que aportaban los trabajadores mediante la “venta” de su fuerza laboral. Simplemente interpretado, todo esto significaba que la remuneración que percibían, estaba muy por debajo del valor real de dicho aporte, pues su ingreso era mínimo para la diversidad de propósitos: alimentación, vestido, vivienda, tanto para el trabajador como para su familia.

Diversos estudios demuestran las diferencias entre los conceptos de pobreza, exclusión social e iniquidad. *Sophie Bassis* hace una distinción importante entre exclusión social, noción explorada por la sociología que remite más a la integración y a la inserción, y la pobreza, categoría utilizada en el ámbito de la economía y que se relaciona más con insuficiencia de recursos.³ La pobreza tiene que ver con “deprivación” y la exclusión en salud, como una de las expresiones de la exclusión social, se relaciona con ausencia de “membresía”, entendiendo la membresía como el formar parte de una red social. En otra investigación se demuestra que el bajo nivel de salud de una población está directamente relacionado, en el tiempo, con la baja capacidad del estado para proporcionar servicios sanitarios mínimos y constituye un fértil terreno de cultivo para la inestabilidad: “las prevalencias altas de enfermedades que disminuyen el capital humano”.⁴

La autora de este trabajo considera que, estrictamente en la dimensión social, para que la sociedad se eleve hacia mejores condiciones de vida material y espiritual, se requieren valores superiores, ideas-fuerza que impulsen a la acción, un nuevo tipo de sensibilidad y de conciencia. Por el contrario, durante años, ha predominado un enfoque economicista del desarrollo que enfatiza el crecimiento del producto,

con la pretensión de lograr ese desarrollo económico mediante políticas que dirigieran la inversión en una u otra área.

La experiencia de numerosos países cuestiona la veracidad de este aserto, pues la pobreza no es uniforme ni inmutable. De persona a persona, de grupo a grupo, la pobreza se manifiesta de distinta manera y sus efectos alcanzan distintos grados. Sus manifestaciones más lamentables son la desigualdad y la exclusión. Incorporar lo social, ha implicado interconectar a la “salud” con la calidad de vida de las personas y a partir de esta conexión, con la ubicación social, cultural y geográfica de donde se nace, con la educación, los estilos formativos y las posibilidades de donde se reside y con las condiciones económicas y políticas del entorno, es decir, se ha conectado a la “salud” con la trayectoria y velocidad del progreso de las sociedades.

Esta inquietud conceptual por comprender la complejidad de la idea de salud, está presente en la mayoría de los estudiosos de la ciencia, quienes parecen coincidir en la convicción, de que existe una conexión interactiva entre salud y calidad de vida, entre la salud y el progreso económico y social. En particular, los estudios de *George Alleyne* sobre esta vinculación, son muy amplios y ha llegado a afirmar que los humanos nos tomamos demasiado tiempo en reconocer “que la pobreza y la salud están doblemente vinculadas”, primero “en el sentido de que los pobres tienen más problemas de salud”, y segundo, en el hecho conocido “desde los tiempos de *Chadwick* y *Shattuck* que si se eliminaran las condiciones sanitarias insalubres que afectan a los pobres, aumentaría su productividad. Tal vez, si bien era obvio que la pobreza causaba mala salud, estaba menos claro que la mala salud podía ser causante de pobreza”.⁵

Indudablemente, el término pobreza se relaciona con la carencia de “algo”, aunque por lo general no se precisa el tipo de carencia. En ese sen-

tido, puede asumirse que "pobre" es el que posee al menos lo básico, pero ¿qué es lo básico?, ¿salud, educación, alimentación y vivienda? Inmediatamente surge otra interrogante: ¿cuál es la cuantía de lo básico? Al llegar a este punto, resulta obvio que las nociones sobre la pobreza se vinculan directamente con su forma de medición y fue *Townsend*⁶ quien propuso la clasificación de: pobreza absoluta y pobreza relativa. Consideró a la pobreza relativa como un estándar de vida, generalmente aceptado en una sociedad y un tiempo dado. Es una definición centrada en la distribución de los recursos y no en los ingresos, que enfatiza en la necesidad de que los individuos participen con patrones o trayectorias de vida, costumbres y actividades particulares propias de la sociedad en que habitan. Así, se define una línea de pobreza debajo de la cual se sitúan individuos que son incapaces de participar plenamente en la sociedad en la que viven. Las ideas de *Townsend*, entran en contraposición con las consideraciones de *Amartya Sen*, Premio Nóbel de Economía en 1998, quien definía: "pobre no sólo es el que tiene menos que los otros, para ser pobre se requiere carecer de un mínimo socialmente aceptado para vivir".

La concepción de pobreza absoluta ha sido ampliamente cuestionada, principalmente porque al medir, siempre debe recurrirse a satisfactores que por naturaleza son relativos, pues no existe un estándar único que defina el mínimo de sobrevivencia y lo cuantifique; además, los estándares de vida observables son generalmente cambiantes -diferencias entre individuos, culturas, sociedades y aún en el tiempo- y, sobre todo el cuestionamiento se sustenta en que esta definición excluye toda necesidad no física y medible del ser humano, como serían las necesidades sociales y culturales. En cuanto al enfoque de pobreza relativa, como ya consignamos, se identifica al pobre con el nivel de bienestar de los otros miembros o con el conjunto de la

sociedad. Así la pobreza relativa podría definirse, por ejemplo, como: "el conjunto de personas cuyo nivel de bienestar se encuentra por debajo del promedio (de ingreso, gasto o cualquier otro indicador), o como el grupo de personas con menores niveles de bienestar dentro del conjunto de la sociedad.

Sea cual fuese la posición, la constante en los intentos conceptuales de los especialistas de las ciencias sociales, especialmente de los economistas, es su referencia casi exclusiva a los ingresos, al consumo y, hasta cierto punto, al bienestar humano, como elementos para entender y medir la condición de pobreza y bienestar de las personas.

Otros especialistas definen la pobreza como una función de la falta de capacidades individuales-la educación o la salud- para alcanzar un nivel básico de bienestar humano. Por otro lado, los sociólogos y antropólogos, se interesan en los factores sociales, comportamentales y políticos del bienestar humano y, en este sentido, si bien se percibe como causa de la pobreza el comportamiento anormal o el aislamiento, existen argumentos divergentes para definir quién-los propios individuos o las instituciones- convierten a los pobres en personas anormales o aisladas del resto de la sociedad.

MEDICIÓN DE LA POBREZA

Después de la definición, la medición de la pobreza es tarea esencial para el diseño y seguimiento de cualquier política encaminada a mejorar el desarrollo social y humano. El citado economista hindú *Amartya Sen* identifica dos métodos para medir la pobreza: el método directo y el indirecto o de ingreso. El "método directo" consiste en agrupar a los "pobres" en un conjunto de personas, cuya canasta de consumo deja insatisfecha alguna de las necesidades básicas establecidas, de esta forma, el investigador mide la insatisfacción fáctica, esto es, los elementos que se salen fuera del conjunto.

El método "indirecto o de ingreso", así denominado ya que en primer término se define el "ingreso mínimo" que debe tener una persona para satisfacer alguna o algunas de las necesidades básicas y, una vez trazada esta línea, se agrupa a toda la población por debajo de la misma. Este método mide la incapacidad monetaria para satisfacer las necesidades, de tal forma que, a diferencia del directo, no mide el grado de satisfacción lograda sino los medios para alcanzarla y es el más utilizado en estudios realizados en México y otros países.

RELACIÓN POBREZA Y SALUD

El nivel de salud, tanto individual como colectivo y la pobreza, constituyen un binomio de particular relevancia por su influencia recíproca directa e indirecta. Su persistencia en el tiempo forma parte de lo que se denomina las trampas de pobreza, que según *Pineda* (Universidad Central de Venezuela, 2004. Disponible en: <http://www.cedice.org.ve/archivos/Pineda5.pdf>) se generan cuando existe un círculo vicioso en el cual la pobreza se vuelve un proceso que se autoreforza y del que parece muy difícil escapar y que ocurren porque la salud y la nutrición infantiles determinan de manera importante el nivel de educación del adulto, a su vez, la educación tiene un fuerte impacto sobre el nivel de ingreso y el nivel de ingreso y educación de los padres afecta la salud y nutrición de sus hijos. Esta interminable sucesión de influencias, genera un círculo vicioso en el tiempo.

Por otro lado, según la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud, en la mayoría de países de ingresos medios, el gasto promedio en salud resulta suficiente para que toda la población tenga cubiertas las intervenciones sanitarias esenciales. En estos países -entre los que se encuentra México- "el problema más grave está en la cobertura de los servicios, los cuales no llegan a muchos de los pobres. La exclusión se concentra a menudo por regiones (ej., las zonas rurales de China

occidental y el nordeste de Brasil), o en minorías étnicas y raciales. Por los motivos que sean, el gasto público en salud no cubre suficientemente las necesidades de los pobres. A ello se suma el hecho de que muchos países de ingresos medios dispensan una protección económica insuficiente a grandes segmentos de su población, por lo que los gastos médicos imprevistos empobrecen a muchas familias".⁷

En muchos sectores la calidad de los servicios es un tema central; las políticas sociales para quienes viven en la pobreza extrema están bien desarrolladas, pero no así las políticas para el crecimiento de sus ingresos. Hay una agenda pendiente de ejecución para los que viven en la pobreza moderada, en especial respecto a estrategias para incrementar la productividad de los autoempleados y las empresas informales. La mayor parte de los individuos que viven en pobreza extrema y moderada sigue estando fuera del sistema de protección social formal y enfrentan riesgos importantes de empobrecimiento ante enfermedades cuyo tratamiento son de alto costo o catastróficos.

TENDENCIAS Y CONDICIONES DE LA POBREZA EN MÉXICO

La pobreza ha sido imagen y realidad de este país por más de cinco siglos, o sea, lo acompaña desde su etapa precolonial. Los españoles, al llegar a tierras americanas encontraron una cultura fundada en la desigualdad y las grandes diferencias de riqueza y poder entre el hombre común y el aristócrata indígena. Sus primeras décadas como país independiente fueron de gran inestabilidad, de una interminable lucha por el poder entre liberales y conservadores que volvió débiles y carentes de sentido social a los primeros gobiernos nacionales. Los gobiernos posrevolucionarios, fueron los primeros en asumir compromisos explícitos por combatir las condiciones de pobreza de la población e instaurar el imperio de la justicia social. La historia más

reciente de México, nos dice que son pocos los gobiernos que tuvieron un programa integral para erradicar la pobreza, la iniquidad y la exclusión.

En cuanto a la situación en México, tema de este artículo, *Rubio* expresa: "la pobreza y la desigualdad, son signos que caracterizan a México, por lo cual tienen que ser confrontados. La desigualdad es una consecuencia de la pobreza, toda vez que esta última es causada por la ausencia de capacidades básicas: nutrición, salud, educación y vivienda adecuadas. Sólo enfrentando el problema de la pobreza se podrá atenuar, en el tiempo, el de la desigualdad."⁴

¿Cuáles son las tendencias de la pobreza en México? Para responder a esta interrogante es necesario reconocer que el marco de la estrategia mexicana de combate a la pobreza (estrategia CONTIGO) es excelente en términos conceptuales y, sobre todo, en su intento de integrar las múltiples dimensiones del bienestar y de la acción pública en el ciclo de vida. También resultan incuestionables los éxitos en programas específicos, así como en la estrategia OPORTUNIDADES, que se destaca por su impacto efectivo en la reducción de la pobreza, al atender ampliamente a quienes viven en la pobreza extrema (para mayor información sobre las estrategias gubernamentales mexicanas de desarrollo social, denominadas "Contigo" y "Oportunidades", se puede consultar las páginas: <http://www.sedesol.gob.mx> y <http://www.oportunidades.gob.mx>). Sin embargo, independientemente de esos logros, la realidad refleja que aún falta mucho por hacer, pues si bien el problema de la pobreza en el país es añejo, los intentos por medirla son relativamente recientes.

En el sentido de avanzar, se han desarrollado estudios cuyos resultados aproximaron el diagnóstico de la situación y evolución de la pobreza en el país y ofrecieron conclusiones suficientemente válidas, que enfatizan la pertinencia de estos procedimientos metodológicos, aunque se diferencien de los utilizados en los diversos análisis

sobre la pobreza en México.⁸⁻¹⁰ Recordar que, el número de pobres varía notoriamente dependiendo del ingreso monetario que suponga la línea de pobreza. La propuesta mexicana, brindó bases científicas -aunque no todos lo consideren así- para evaluar los impactos de los distintos programas sociales, lo que constituye una herramienta fundamental en el diseño y puesta en marcha de las nuevas políticas públicas, encaminadas a combatir la pobreza y la exclusión social.

El primer estudio exhaustivo de este tipo, fue el realizado en 1979 bajo el auspicio de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) y a partir de esta primera investigación, se han realizado importantes trabajos sobre el fenómeno y su evolución. Sin embargo, debido a la inexistencia de una definición oficial o ampliamente aceptada en México, o en otros países, el actual gobierno conformó el Comité Técnico de Medición de la Pobreza, con el objetivo de que un grupo de expertos propusieran una metodología para la medición oficial de la pobreza en el país.¹¹ El Comité propuso utilizar la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), como fuente primaria de información para estimar la pobreza según la metodología elaborada. Se consideró como medida de bienestar el ingreso por persona para agrupar los hogares de la forma siguiente:

Uno de cada cinco hogares (22 millones de mexicanos), con ingreso por persona inferior al mínimo para cubrir las necesidades de alimentación: pobreza alimentaria.

Cinco de cada 10 hogares (55 millones de mexicanos), con ingreso por persona menor al necesario para cubrir las necesidades de alimentación (definidas de igual forma que en el grupo anterior), y cubrir los patrones básicos de gasto en educación y salud: pobreza de capacidades.

Seis de cada 10 hogares (66 millones de mexicanos), con ingreso por persona menor al requerido para cubrir

las necesidades de alimentación y los patrones de consumo básico en salud, educación, vestido, calzado, vivienda y transporte público.

Además, el estudio comprobó que la pobreza es mayor en las zonas rurales que en las urbanas, ya que mientras 9,8 % de los hogares de las zonas urbanas no podían cubrir sus necesidades alimentaria, en las zonas rurales esta cifra se cuadruplicaba.

INIQUIDAD Y EXCLUSIÓN: DISTINTIVOS INDESEABLES DE LA SALUD EN MÉXICO

En la introducción de este trabajo, se consignaron los criterios de *Sophie Bessis*³ sobre las diferencias conceptuales entre pobreza, iniquidad y exclusión. Una vez incorporado el concepto de pobreza, resulta obvio que tanto la iniquidad como la exclusión, le otorgan una amplitud necesaria para interpretar esa noción. Ahora se agregará la conceptualización de equidad, como aproximación al tema de la justicia en la sociedad y, simultáneamente, se abordará el concepto de exclusión, que permite un enfoque derivado hacia las dimensiones no económicas.

Los sistemas públicos de salud, bajo la concepción de la OMS, tienen la obligación de otorgar a una persona y a su familia, el soporte financiero y la cobertura necesaria frente a un imprevisto en materia de salud, con total independencia de su contribución al financiamiento del propio sistema. A partir de esta idea, la organización viene impulsando la puesta en práctica de políticas y acciones tendientes a reducir las brechas sociales existentes en la salud. La preocupación por la equidad en los sistemas de salud, surgió ante el hecho de que los principales indicadores utilizados, muestran ser insuficientes para medir correctamente el desarrollo sanitario de los países, puesto que sólo reflejan promedios que bien pudieran no representar la realidad sanitaria de miles o millones de personas.

El concepto de equidad en salud está particularmente enraizado en el

conjunto de ideas y visiones de orden filosófico, ético, político y de orden práctico, que caracterizan la discusión contemporánea sobre equidad social. Por su simplicidad, el concepto de equidad en salud más difundido es el de *Margaret Whitehead*,¹² quien en realidad la estudia por su contrario, la iniquidad, al afirmar que esta, comprende todas las diferencias sistemáticas que son innecesarias y evitables, además de injustas. Con lo anterior, *Whitehead* nos dice que existen desigualdades aceptables: aquellas que se relacionan con la libre elección del individuo; las inevitables, que corresponden a una distribución o asignación de factores fuera del alcance de los individuos, como son los genéticos y las injustas e innecesarias, que se refieren a una inadecuada distribución de los determinantes de la salud, por intervención de distintos de agentes que actúan sin la injerencia de los individuos.

Hacia esta última categoría de desigualdades, las injustas e innecesarias, es adonde deben realizarse los más importantes cambios, ya que estas comprenden en lo general a las diversas políticas públicas que inciden en el binomio salud-enfermedad. Lo importante, es que toda política pública y toda decisión política en la materia, respondan en forma proporcional a las necesidades de salud. Para ello, resulta indispensable reformar los sistemas, de tal forma que se corrijan no sólo las desigualdades existentes, sino también se prevea que estas, bajo nuevas modalidades, vuelvan a presentarse. En ese sentido, se analizarán estos enfoques asociados con las necesidades de salud de la población, especialmente las referidas a enfermedades de alto costo o catastróficas, y asociados con la respuesta institucional a esas necesidades, reflexiones que permitirán descubrir el “rostro de los excluidos” del sistema de salud mexicano, a través de esa ineludible dimensión social.

Exclusión en salud

La noción de exclusión social, traslada la pobreza hacia otras dimensiones no económicas de dicho fenómeno. El término surgió de la sociología fran-

cesa, específicamente de los trabajos de *Rosanvallon*,¹³ verdadera reflexión teórica sustentada en la crisis de la modernidad y en función de una sociedad “opaca” y confusa, donde sobresalen la fractura social y un importante derrumbe de certezas. Una reflexión sobre hechos que, poco a poco, fueron adquiriendo fuerza y presencia, ya que reflejaban la aparición de nuevas formas del “malestar de fin de siglo” y especialmente, el surgimiento de un entramado polimorfo de la exclusión social y de una desigualdad bien marcada y nunca reflejada, por lo menos, en la historia de los siglos XIX y XX.

El término “exclusión social”, se utilizó en Europa para referirse a las nuevas prácticas económicas y sociales surgidas de las modalidades del empleo y del nuevo régimen social. También con este concepto, se pretendió describir situaciones generalizadas de privación de bienes y servicios para los trabajadores y sus familias, derivadas principalmente de la inestabilidad, la flexibilidad y la degradación de las condiciones prevalecientes del mercado del trabajo urbano y, de las mayores restricciones que presenta la acción social del Estado. En este sentido, la pobreza urbana es una forma de exclusión económico-social. Operacionalizar el concepto de exclusión social, requiere de utilizar dimensiones o campos bien precisos tales como:

- Dificultades de acceso al trabajo, al crédito, a los servicios sociales, a la justicia, a la instrucción.
- El aislamiento, la segregación territorial, las carencias y mala calidad de las viviendas y los servicios públicos de los barrios de las clases populares.
- La discriminación por género a que están expuestas las mujeres en el trabajo y en la vida social.
- La discriminación política, institucional o étnico-lingüística en que se encuentran algunos grupos sociales.

Todos estos procesos y prácticas de las sociedades complejas son “factores de riesgo social” que comparten

determinados grupos de las clases populares: inmigrantes, colonos, indígenas, discapacitados. En resumen, la exclusión social es un aspecto de la pobreza que hace a las personas más vulnerables, tiene un impacto no sólo en el nivel de vida o calidad de vida de las personas, sino también un efecto psicológico sobre las personas.

Caracterización de la exclusión en salud

La exclusión en salud es una parte de la exclusión social y se define como: "la falta de acceso de ciertos grupos o personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoren o preserven su estado de salud y de las cuales otros individuos o grupos disfrutan".⁹ Para objetivarla, resultará útil revisar las mediciones nacionales realizadas periódicamente por la OPS y que evidencian la fuerte relación que existe entre, el gasto público en salud -monto y distribución- y la falta de cobertura sanitaria. En estos estudios también se enfatiza que, la ruralidad parece asociarse fuertemente con la falta de cobertura real y la falta de cobertura por seguros, lo que se traduce en un gasto de bolsillo desproporcionadamente alto para la población en general y, especialmente en el caso mexicano, para la población de origen indígena, sin acceso a un conjunto regular de servicios básicos de salud. Esto se traduce en un alto gasto de bolsillo para estas poblaciones y se expresa además en una alta tasa de mortalidad infantil.¹⁴

La pobreza se reconoce como aliada permanente de la exclusión en salud, de ahí la necesidad de una buena cobertura de servicios básicos, tales como la asistencia profesional del parto, priorizada para las poblaciones marginadas. Una consecuencia importante para los servicios de salud, de esta relación entre pobreza y exclusión, es la contención de la demanda como oposición a la necesidad percibida. Si se preguntara qué tipo de servicios solicitaron quienes se sintieron enfermos o accidentados, es probable que un alto porcentaje de los encuestados declare que no consultó a ningún profesional, o que, en muchos casos, recurrieran a

prestadores o se automedicaran por la vía de la medicina tradicional.

Además de los obstáculos económicos y étnicos, estos estudios evidencian que otros importantes factores inciden para que una persona sea excluida de los servicios de salud, es decir, no todos los excluidos socialmente son pobres ni viceversa, aunque es cierto que los más pobres son los más excluidos. En este grupo se incluyen, entre otros, a las personas afectadas por alguna discapacidad o lo que resulta más lamentable, la exclusión de género. En suma, la exclusión en salud -se caracteriza por todos estos aspectos, pero no puede ser explicada por ninguno de ellos en forma independiente, siempre se requiere de una visión integradora que facilite comprender su origen y actuar en consecuencia.

Perfil de los excluidos

Los distintos grupos que conforman la población excluida de México, permite construir un perfil de exclusión que comprende a:¹⁵

- Las personas de origen indígena.
- Los que viven en el medio rural.
- Las mujeres, especialmente si son jefas de familia.
- Los desempleados, subempleados y los trabajadores informales.
- Los que se encuentran en el quintil más bajo de ingresos.
- Los que no se benefician de la Seguridad Social.
- Las personas que no han recibido enseñanza formal o la han recibido sólo en el nivel primario.
- Las empleadas domésticas.

La población mexicana con alto riesgo de exclusión en salud, está compuesta básicamente por los pobres:

- El 71 % de la población.
- Del 47-54 % se incluye en un rango de edad de 18-65 años.
- Del 30-40 % reside en zonas rurales y de ellos el 68 %, forma parte de la fuerza laboral independiente o dependiente sin contrato de trabajo.

Existe un alto grado de asociación negativa entre el nivel de pobreza y la afiliación a algún esquema de seguro de salud, es decir, a mayor pobreza menor afiliación a esquemas de Seguridad Social. Además existe un fuerte vínculo entre condición laboral -fuerza laboral independiente o dependiente sin contrato de trabajo- y no afiliación a la Seguridad Social.

LAS NECESIDADES DE SALUD

A pesar de la significativa mejora en la salud de la población mexicana y el amplio proceso de reforma del sistema nacional de salud, los indicadores colocan al país, en un nivel de desarrollo sanitario intermedio, sitio que refleja la persistencia de viejos y nuevos retos y cuya importancia resulta crucial para lograr la congruencia entre el progreso económico, el progreso social y los avances en materia de salud. Entre los desafíos a vencer, se distinguen:

- El cambio del perfil demográfico de la población: envejecimiento, disminución de la tasa de fecundidad y redistribución hacia las ciudades.
- Los cambios en el perfil epidemiológico: disminución drástica de la incidencia de enfermedades transmisibles e incremento en la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, cáncer y otros daños, relacionados con los comportamientos no saludables y los estilos de vida, así como el incremento de afecciones asociadas al acelerado crecimiento urbano, como lo son el estrés, la depresión y el suicidio.
- La irrupción del avance científico y de las nuevas tecnologías en la atención a las enfermedades, que implica una mejora sustancial en la efectividad de los servicios, y por consiguiente, mayores costos económicos.
- Mayor exigencia social como resultado de una sociedad más educada, mejor formada, con acceso a información.
- La persistencia de focos de discriminación, por género, raza, condición económica y preferencia sexual.

- La persistencia de conductas intrafamiliares asociadas a patrones de violencia.
- La aparición y diseminación de la problemática asociada al consumo y comercio ilícito de drogas.

Es importante subrayar que estos desafíos surgen con una enorme desigualdad entre las distintas regiones del país y, aún, entre los distintos grupos de población. De hecho, la coexistencia cercana de pobreza y exclusión, con excelencia científica y riqueza, es y será una de las características relevantes del siglo XXI, que también se significa por la persistencia de algunas condiciones de salud, asociadas al subdesarrollo y la marginación social. También es pertinente considerar que una población que vive más, que posee mayor formación y está bien informada, demandará más y mejor atención a sus padecimientos, y si estos derivan de las enfermedades crónicas y degenerativas con su elevado costo económico, se agudiza el fenómeno de la insuficiente inversión que, en forma histórica, se ha realizado en materia de salud en México. Por otro lado, aunque existe control de las enfermedades transmisibles como resultado de las acciones promocionales y preventivas desarrolladas, deberá atenderse la evolución de las enfermedades infecciosas emergentes, como el VIH/SIDA y las reemergentes como la tuberculosis, la malaria o el mal de Chagas, de elevada incidencia en algunas regiones del territorio mexicano.

Otra prioridad estratégica para los próximos años, será la atención a la mujer, tanto por lo que representa en sí misma, como por su participación para mejorar la salud de su entorno familiar y cercano. En ese sentido, se promoverá su enriquecimiento cultural, el fortalecimiento de su espacio y función social y el logro de la igualdad de derechos y oportunidades con relación al hombre. En buena medida, una adecuada revisión de la función social femenina, no representa solamente uno de los comprometidos Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) suscritos por México, sino que esa revisión, será bien relevante para alcanzar otros tres

de estos ineludibles objetivos: la reducción de la mortalidad materna, la reducción de la mortalidad infantil y el combate al VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades transmisibles (los Objetivos de Desarrollo del Milenio, son las metas de desarrollo más claras y que mayor consenso han concitado en el seno de las ONU. Estas fueron suscritas por las 189 naciones pertenecientes a esta organismo en la Cumbre del Milenio del año 2000. Estas metas, conforman 8 objetivos de desarrollo que deben cumplirse para el año 2015; de estos 8 objetivos, 3 se relacionan con la salud).

Para el sector también constituye un reto, la atención al prioritario grupo de niños y adolescentes, cuya condición de riesgo se relaciona, entre otros aspectos, con el fenómeno de urbanización ya mencionado y que se traduce en el contexto mexicano, por las imágenes de niños que viven en las calles, que desarrollan o son víctimas de la violencia, la delincuencia, las drogas, el alcohol, los accidentes de tránsito y que padecen los efectos no deseados de prácticas sexuales irresponsables.

Como se expondrá más adelante, otro desafío crucial lo representa la equidad, no sólo la que se ha logrado con la reforma a la protección social, sino la referida a la distribución de los servicios en forma proporcional a las necesidades de salud, independientemente de la contribución previa de las personas.¹⁶ Todo esto es fundamental en cuanto a necesidades de salud, ya que la próxima etapa del proceso de reforma sanitaria, demandará de intensa negociación en materia de inversiones en salud, para materializar y lograr que permanezcan las reformas relacionadas con la protección social en salud, que requieren apoyo económico del gobierno federal y de los distintos estados, algunos bien alejados de la inversión en salud que exige la reforma legal aprobada.

Por supuesto, el análisis de cada uno de los aspectos que conforman la perspectiva sanitaria mexicana, merecería una valoración amplia, pero se apartaría del propósito de este trabajo,

definitivamente circunscrito a enfocar las necesidades sanitarias que se derivan de las enfermedades de alto costo o catastróficas. En ese sentido, y en un futuro próximo, esas necesidades podrán agruparse en dos aspectos básicos:

- El mejoramiento en la provisión de los servicios, de tal forma que se comprenda tanto el crecimiento cuantitativo en las necesidades de atención -hecho que se relaciona con el crecimiento en la incidencia de las enfermedades no transmisibles, particularmente el cáncer y de la diseminación del VIH//SIDA- como una mejora sustantiva en materia de calidad y efectividad en la atención.
- La operacionalización y mantenimiento del nuevo modelo de financiamiento, haciéndolo compatible con los principios de equidad y erradicación de la exclusión social que lo inspiraron.

LA ECONOMÍA MEXICANA Y EL PESO DEL GASTO EN SALUD

Además de inequitativo, el sistema de salud en México ha sido considerado como insuficiente por *Frenk*, para quien esta es la principal causa de que existan “una serie de rezagos crónicos en el sistema”. Para ilustrar esta idea, analiza información sobre la inversión sanitaria en México, con datos de la OCDE (tabla 1), en donde “podemos constatar que en relación al tamaño de la economía mexicana, la inversión en salud es definitivamente insuficiente. Con 5,6 % del PIB se ubicaba por debajo del promedio latinoamericano, de 6,1 %, e inferior a países con nivel de desarrollo inferior al mexicano, tal es el caso Bolivia, y desde luego muy por debajo del grupo de países latinoamericanos que están teniendo inversiones más cuantiosas en materia de salud”.¹⁴

Si bien este tipo de argumentación es políticamente correcto, lo cierto es que deja preguntas importantes sin responder como por ejemplo, saber si la inversión realizada en salud es suficiente o no y, sobre todo, cuánto es realmente lo suficiente y cuál es la

asignación más eficaz de esta inversión. Estas inquietudes tienen su origen en el tipo de comparación utilizada por *Frenk* la cual, en muchos casos, no guarda lógica con los resultados sanitarios de diversos países. En opinión de la autora de este trabajo, si bien el análisis de *Frenk*, ha sido útil para la toma de conciencia sobre la necesidad de invertir más en salud, exige una revisión más profunda que permita responder a dudas e inquietudes como las expuestas anteriormente.

Tabla 1. Inversión en salud, países seleccionados

	Gasto en salud como % del PIB
México	5,6
Bolivia	5,8
Costa Rica	8,7
Colombia	9,3
Uruguay	10,0
Promedio latinoamericano	6,1

Fuente: *Frenk J.* Desempeño del Sistema Nacional de Salud. Ob. Cit. 14.

Lo cierto es que la noción de salud, como se ha precisado, es multidimensional y por tanto, le influyen diversos factores tales como: el nivel de desarrollo de cada nación, la distribución del gasto en salud, la geografía y el clima, las políticas públicas, los factores culturales y religiosos, las conductas sexuales y la urbanización. Ante este amplio y complejo panorama, surge una nueva interrogante: ¿cuánto se debe invertir en esa "salud"? En realidad, el espectro de inversión es tan peculiar que, al parecer que la autora, una apropiada fórmula para determinar el monto de la inversión en salud es la propuesta por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en su Informe sobre el Desarrollo Humano 2003, que recomendaba: "... situar la inversión en salud, por encima de cualquier otro tipo de gasto, dando prioridad a la atención sanitaria básica".¹⁷ Que las compañías farmacéuticas condonen deudas por motivos de enfermedad, donen medicamentos y establezcan descuentos en precios,

completarían una primera etapa en cualquier programa dirigido a mejorar las respuestas en salud, etapa a la que la propia ONU denomina como "fase de movilización de recursos".

La inversión en salud incluye el gasto en todas aquellas actividades cuyo objetivo esencial es el restablecimiento, mantenimiento, mejoramiento y protección de la salud en un país o entidad federativa, durante un periodo de tiempo definido. La inversión sucede tanto fuera como dentro del sistema de salud. Fuera del sistema de salud, las actividades de inversión más importantes incluyen la alimentación, la infraestructura sanitaria y de agua potable, así como la vivienda. Respecto a la alimentación, resulta fundamental encontrar los mecanismos para que se provean los elementos de la pirámide alimentaria en forma accesible a la población en general, y para que se suministren en la forma más adecuada los micronutrientes esenciales junto con los alimentos básicos. Respecto a la infraestructura sanitaria y de agua potable, sus deficiencias son responsables de una parte importante de la carga de enfermedades, por lo cual deberán atenderse en la medida correspondiente. Asimismo, es indudable que la calidad de la vivienda contribuye a la salud.

Hacia el interior de los sistemas de salud, la inversión se distribuye, por una parte, en actividades orientadas a la comunidad y que incluyen todas aquellas que se relacionan con la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Por otro lado, la inversión comprende las actividades curativas, así como los cuidados a las personas. Finalmente, el tercer componente de la inversión abarca todas las acciones de rectoría y administración del sistema. Basado en esta composición del gasto, parece que un nivel adecuado de inversión debe ser aquel que permita financiar todas las actividades relacionadas con el sistema de salud y que se realizan para alcanzar los objetivos en materia sanitaria, es decir, asignar recursos suficientes para el cumplimiento de cada actividad, las que deben responder a un orden de priori-

dades sociales, construido bajo principios de equidad y justicia.

En el caso de México, la ya citada Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud observó problemas de asignación y financiación significativos. En cuanto a los primeros, la Comisión señala que, en el año 2003, el gasto público en salud per cápita fue de 1 893 pesos. Sin embargo, lo destacable son las diferencias entre poblaciones, a las que califica de "contrastantes". El gasto público per cápita en salud para la población asegurada fue de 2 833 pesos, mientras que el gasto destinado a cubrir la atención de la población no asegurada fue de menos de la mitad, 1 112 pesos.⁷ Aunque una fracción de esta diferencia pudiese ser compensada por un mayor pago de impuestos por parte de la población asegurada, principalmente a través de contribuciones a la seguridad social, es probable que otra parte se deba a iniquidades en la asignación de subsidios netos de impuestos. Más aún, la población no asegurada que recibe atención médica, en unidades públicas no está exenta, en general, del pago de tales servicios. El subsidio neto recibido por un usuario de los servicios públicos de salud, depende tanto del costo de la atención recibida, como de los impuestos o cuotas pagadas por el usuario y sólo puede ser determinado mediante un análisis completo de incidencia fiscal.

Una distribución equitativa de los subsidios netos a la salud, debiera estar en función del nivel de ingreso de las familias y ser neutral a la afiliación a un esquema particular de aseguramiento. No obstante, cabe notar que entre 1996 y 2002, el cambio más significativo ha sido el incremento del gasto en salud en beneficio de la población no asegurada en más del 100 % en términos reales, aumentando su participación de un quinto a un tercio del gasto federal en salud. Desde luego, es innegable que con más recursos y bien invertidos, necesariamente se eleva el nivel de salud de cualquier población y, en ese sentido, los datos son elocuentes: con una intervención específica y oportuna de recursos, se podrían

salvar al menos ocho millones de vidas cada año en el mundo. Estudios macroeconómicos sugieren que un aumento de las inversiones en salud de 66 mil millones de dólares al año, respecto del gasto actual, generará más de 360 mil millones al año,¹⁸ es decir, se multiplicaría por seis la inversión inicial. La mitad de esa cifra correspondería a beneficios económicos directos, pues los más pobres del mundo vivirían más, gozarían de buena salud un número muy superior de días y, consiguientemente, podrían generar mayores ingresos. La otra mitad correspondería a beneficios económicos indirectos derivados de esa mayor productividad individual.

Internacionalmente uno de los principales problemas que enfrentan los servicios de salud, lo constituye la carencia de recursos para comprar medicamentos. La Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS, en el informe arriba citado, sugirió la fijación diferenciada de precios en los mercados de bajos ingresos, o sea, que los países ricos paguen los costos de investigación y desarrollo y, los países pobres, paguen solamente los costos básicos de producción, es decir colocar el precio del medicamento en un nivel viablemente más bajo. Finalmente, la importancia del recurso para los servicios se refleja en el vigente llamado de la OMS cuando afirma que será necesario aumentar drásticamente los recursos destinados a la salud durante los próximos años, especialmente para el combate contra enfermedades que afectan especialmente a las naciones más pobres, como el paludismo, el VIH/SIDA, la tuberculosis, el cólera, el dengue, la desnutrición, las afecciones perinatales y los embarazos de alto riesgo.¹⁸

LA INIQUIDAD DEL FINANCIAMIENTO EN EL SISTEMA DE SALUD MEXICANO

Los problemas de desigualdades en salud en México, se incluyen en el Informe de la Comisión Mexicana de

Macroeconomía y Salud (CMMS), instancia varias veces mencionada en este trabajo y que, a propuestas de la Comisión de Macroeconomías y Salud de la OMS, se conformó en el año 2002 integrada por 30 expertos y personalidades de los ámbitos académico, gubernamental, sociedad civil y sector privado, reconocidos estudiosos de los vínculos entre la salud y el desarrollo económico. El primer aspecto analizado en dicho informe en relación con la equidad, se refiere a la distribución de los beneficios que concede el Estado, según la condición del individuo, es decir, por su circunstancia de aseguramiento.

El gasto del gobierno federal en salud, se distribuye dentro del sistema nacional entre tres dependencias y una red de servicios: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Salud y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), responsables de la atención a la población asegurada y la Secretaría de Salud (SSA) como red de prestación de servicios, para atender a la población no asegurada. En el caso de la Secretaría de Salud, su operación está a cargo de los gobiernos locales y su vía principal de financiamiento reside en los fondos federales incluidos en los ramos presupuestales 12 y 33, los que se transfieren en virtud de los distintos acuerdos de descentralización de la última década del siglo xx. Esta distribución, es a todas luces inequitativa. Basta decir, por ejemplo, que tan sólo en el año 2000, el 71,5 % del gasto en salud se destinaba a la población derechohabiente (IMSS, ISSSTE) y solamente el 28,5 % restante, se transfería para atender a la población abierta, o sea, la población no cubierta por esas instituciones de Seguridad Social.

La segunda dimensión de la iniquidad que consigna el informe de la CMMS, se relaciona con el nivel de ingreso de las personas, de tal forma que “el nivel de gasto en salud de los hogares, está relacionado con su vulnerabilidad financiera”, es decir, “los más pobres tienen mayor probabilidad de incurrir en gastos catastróficos en caso de enfermedad”. Otro aspecto a anali-

zar, es el impacto económico de los gastos de salud, que se relaciona con el bienestar de los individuos y hogares: “Los gastos en salud pueden causar que las personas u hogares caigan en pobreza a pesar de que la definición oficial indica que no son pobres. La pobreza generada por la presencia de gastos catastróficos puede ser temporal o definitiva; estos gastos pueden impedir, a su vez, que una familia que ya se encuentra en esta situación pueda superarla”.⁷

La gravedad de los efectos de las prácticas de financiar la salud a través del gasto de bolsillo, se evidencia en el análisis realizado por la SSA en colaboración con FUNSALUD y con el IMSS, en el cual se expresa: “cada año se generan, en alrededor de dos millones de familias, gastos catastróficos en salud”.¹⁰ Este estudio confirma la insistente aseveración de *Frenk*: “el financiamiento con base en el gasto de bolsillo, es el peor sistema de financiamiento posible, esto es así, porque además de ser una mala solución le quita al usuario la posibilidad de ser un usuario informado, dado que cuando se presenta el episodio de enfermedad difícilmente tiende a ponerse a comparar calidad y ser exigente. Y tercero, es la peor forma de financiar un sistema de salud porque el hecho mismo de estar enfermo merma la capacidad de generar ingresos. El pago de bolsillo es justamente un sistema que le exige a la gente que pague cuando menos puede hacerlo”.¹⁴ La magnitud e importancia del gasto de bolsillo de los individuos, se corrobora en el análisis comparativo incluido en el último informe sobre Financiamiento a la Salud de la OCDE, donde México quedó situado con el nivel relativo más alto en cuanto a financiamiento de la salud, dentro del grupo de países seleccionados por ese organismo (fig. 1).

Además de esta grave disparidad entre individuos, México enfrenta una gran desigualdad sanitaria entre sus regiones que -tal como lo muestra el informe de la CMMS- ocasionan brechas de salud que “ubican a ciertas regiones o estratos poblacionales en una situación comparable a la de los países

catalogados como de “ingresos bajos”, muy distinta a los niveles promedio que se presentan a nivel nacional. Por ejemplo, de acuerdo PNUD (2002), en México coexisten niveles de desarrollo, medidos por el Instituto de Desarrollo Humano (IDH), similares a Europa (Distrito Federal y Nuevo León) y a países como Samoa o El Salvador (Chiapas y Oaxaca)”¹⁷.

En cuanto a la vertiente financiera, la asignación presupuestal entre las distintas entidades estaría en relación directa con las necesidades de la población, algo bien equitativo pero, la realidad mexicana es distinta, ya que la mayor cantidad de recursos per cápita se distribuyen entre los estados que mejores indicadores de morbilidad exhiben, como son el Distrito Federal o Morelos. Esas desigualdades en el financiamiento, aporta algunos de los elementos que permiten que, según el mencionado informe de la CMMS: “las tasas de mortalidad infantil por municipio ... muestran que en México coexisten niveles de desarrollo similares a países pobres de África con niveles similares al occidente de Europa, ... Así, la evaluación de los avances en salud en México debe considerar como objetivo central la reducción de dichas disparidades mediante una mejora sustancial de las regiones rezagadas. Tanto desde el punto de vista normativo como por sus efectos sobre educación, productividad y crecimiento, la reducción de la desigualdad en indicadores de salud debe incorporarse como prioridad de la política económica”⁷.

Por otra parte, en el propio informe de la CMMS se puede corroborar que en México, la asignación de la inversión en salud, por rubros, no se realiza de forma eficiente, que no se destinan recursos suficientes a aquellos rubros de gasto que generan los mayores rendimientos. Para ilustrar, el informe consigna que: “solamente el 29 % de la población utilizó al menos un servicio de salud preventivo en el año 2000 con base en lo reportado por la encuesta nacional de salud, para ese año. Casi todos los niños menores de 5 años de edad recibieron servicios de vacunación, pero sólo uno de cada cinco reci-

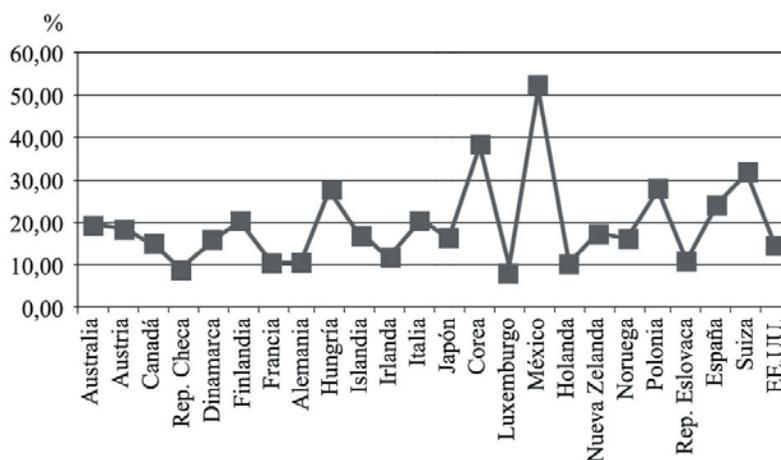


Fig. 1. Participación del gasto de bolsillo en salud, % gasto total

bió servicios de revisión del crecimiento y desarrollo. Durante el mismo año, menos de la tercera parte de la población adulta mayor de 40 años de edad recibió servicios preventivos para algunos padecimientos crónico-degenerativos, tales como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus”⁷.

En un mercado de servicios de salud, que cumple con todos los supuestos de un modelo de competencia perfecta, es válido asumir que la inversión en salud se canalizaría a aquellas intervenciones y servicios que generan mayores ganancias en salud para la población. Una situación así sería óptima, al reflejar las demandas de la población y la disposición de pagar por ello, dadas sus preferencias y la distribución del ingreso. Sin embargo, la realidad de los servicios de salud es distinta, ya que su funcionamiento dista de lo óptimo y refleja imperfecciones –incertidumbre, información incompleta, externalidades y bienes públicos- que no permiten la eficiencia distributiva.

LA INIQUIDAD EN EL ACCESO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Como se expuso al abordar las necesidades de salud en México, los índices de mortalidad y el cambio en los

patrones de morbilidad por sexo y edad, se han transformado en las últimas cuatro décadas. Si bien aumentó la prevalencia de enfermedades crónicas, que demandan intervenciones altamente costosas y prolongadas, la persistencia de enfermedades consideradas evitables, como las infecciones respiratorias agudas y gastrointestinales, mantienen su incidencia especialmente en los grupos más marginados y empobrecidos. Esta combinación de padecimientos pretransicionales y enfermedades crónico-degenerativas, requiere de una infraestructura que garantice el acceso a los tres niveles de atención.

A juicio de la autora, la iniquidad en el acceso se acentúa, si a las circunstancias financieras se le adicionan las condiciones de la oferta de servicios. Indudablemente, la asignación de recursos a nivel estatal tiene un impacto directo en la disponibilidad de un sistema funcional de salud, con instalaciones, programas, personal y medicamentos adecuados. Por lo tanto, es relevante contrastar esta información con las capacidades de atención a la población, mediante la existencia de la infraestructura pertinente. Una radiografía sobre la distribución de la “capacidad instalada” en el país, evidencia sus limitaciones para resolver las brechas existentes.

En cuanto a los servicios para la población abierta, en más de la mitad

de los diez estados con el menor número de unidades de primer nivel por cada 100 mil habitantes, más del 57 % de la población permanece sin acceso a la seguridad social, por ejemplo, el Estado de México posee 12 unidades por cada 100 mil habitantes, Guanajuato no supera las 20, mientras que Veracruz, Puebla, y Chiapas están por debajo de las 30 unidades. En comparación, existen diez estados que disponen de más de 60 unidades de primer nivel para la población abierta, ninguno de los cuales tiene altos índices de marginación y Baja California Sur tiene más de 140 unidades. Los hospitales generales, que conforman el segundo nivel de atención, también son escasos en los estados con mayoría de población abierta, pues 8 de ellos poseen menos de un hospital general por cada 100 mil habitantes, mientras que en los otros 2 estados, estas unidades apenas sobrepasan esta cifra. Referente a los hospitales de especialidad, indispensables para enfrentar las consecuencias de la transición epidemiológica nacional, destacan 6 estados en los cuales no existe ninguna unidad de este tipo, entre los cuales están Chiapas, Guerrero y Zacatecas.

En suma, quedó explícito que solamente 4 estados de la república mexicana, poseen más de 1 unidad por cada 100 mil habitantes. De acuerdo con la concentración de los tres tipos de unidades para atender a la población abierta, los hospitales de especialidad en su mayoría se concentran en el Distrito Federal, con 41 unidades. Esta situación no se reproduce para los hospitales de segundo nivel, ni para las unidades de consulta externa, que definitivamente se concentran en los estados más rezagados y paradójicamente, no son estas las unidades resolutivas para los problemas de alta complejidad médica, lo que refleja un grave problema de acceso de la población abierta a este tipo de servicios. Si por otro lado, se analiza el número de médicos por cada 100 mil habitantes, se aprecia que para los estados con más altos índices de marginación a nivel nacional, existen menos de 100 médicos por cada 100 mil habitantes, lo que afecta el número de consultas generales que se ofertan y origina una nueva

brecha para el acceso a los servicios. En las entidades como el Distrito Federal, Baja California Sur, Colima, Campeche, Aguascalientes y Tabasco la cifra alcanza a más de 150 médicos para cada 100 mil habitantes (fig. 2).

En resumen, la realidad es que el riesgo del gasto catastrófico y de la trampa de la pobreza, se incrementan proporcionalmente a la disminución del ingreso y se refleja en disparidades regionales y personales en los indicadores de desarrollo humano. La intensidad de estos efectos, máxime si hablamos de enfermedades catastróficas, se relaciona con el curso natural y social de la enfermedad, así como con la condición y tipo de aseguramiento sanitario. Revisada brevemente la iniquidad de acceso que origina la situación crítica de la infraestructura de los servicios en el país, resulta pertinente expresar algunas consideraciones sobre esos problemas de alta complejidad médica, dependientes en su mayoría de las enfermedades no transmisibles y otros daños y que constituyen el propósito de este trabajo.

La carga económica de la enfermedad

La introducción del concepto de enfermedad catastrófica adiciona a la idea de enfermedad, la de severidad,

tanto orgánica como económica, de forma tal que “una enfermedad catastrófica resulta un proceso patológico complicado y riesgoso para el individuo y que su tratamiento, supera la capacidad de financiamiento del enfermo y su familia”.¹⁹ En ese sentido, el análisis minucioso del costo de estos padecimientos, ocupa un lugar relevante en los procesos de reforma del sistema de salud, ya que no existirá solución a la iniquidad y la exclusión en los servicios, sin resolver el problema financiero que se les asocia, situación comprensible solamente en la medida en que se estime con precisión, el gasto que se destina a su diagnóstico y tratamiento.

Por otro lado, no podemos soslayar que el volumen de recursos que se consume para la atención de estos enfermos es de tal magnitud, que su oferta por parte de las instituciones públicas, condiciona cualquier mecanismo de financiamiento. Las enfermedades catastróficas se han convertido en el objetivo de atención del sistema de protección social mexicano y en la tabla 2, se muestra la estimación de costo de 35 de esos padecimientos. Esta selección de afecciones, corresponde a la propuesta formulada por el Consejo General de Salubridad, en el

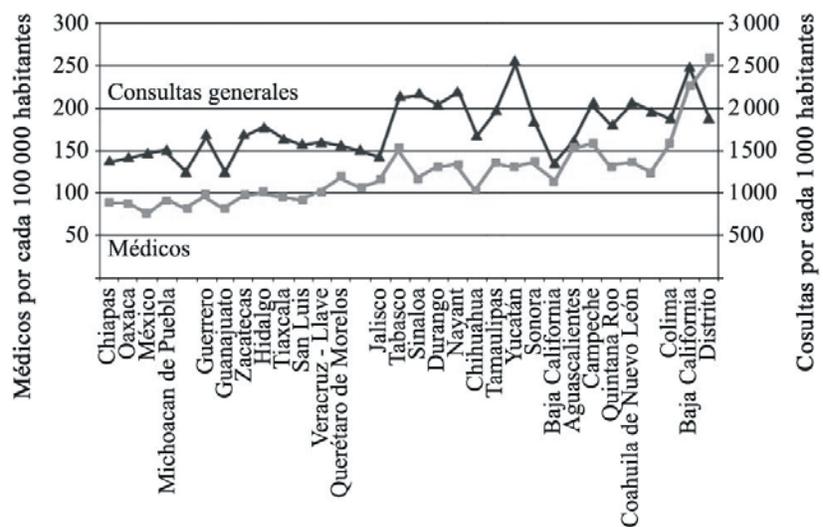


Fig. 2. Indicadores de atención según estado, ordenados por presupuesto.

ámbito de sus atribuciones legales. Este organismo, en el que participan los titulares de diversas instituciones del sistema público de salud, constituye la instancia superior para la deliberación de las políticas sanitarias en México.

En resumen, la importancia de este grupo de enfermedades, puede evaluarse a partir del significado monetario de su tratamiento y de su impacto social. Son padecimientos que, en su conjunto, afectan año tras año a poco más de 165 mil mexicanos (1,5 personas x c/1 000 habitantes) pero cuyo tratamiento, efectivo y de calidad, significaría erogar casi 24 mil 700 millones de pesos anuales. El costo de atención calculado para este grupo de enfermedades, es de tal dimensión, que esta cantidad quintuplicó la inversión en salud del gobierno federal, durante el año 2003, año en el que las erogaciones por este concepto, sumaron un monto total de 4 894 millones de pesos.

LAS ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS: RESPUESTA DEL ESTADO

Respuesta del sistema público de salud

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los objetivos intrínsecos de todo sistema de salud, son:²⁰

- Mejorar la salud de la población.
- Ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud.
- Garantizar la seguridad financiera en materia de salud.

El sistema de salud mexicano fue concebido y organizado para responder a estas tres exigencias y, además, para atender otras necesidades fundamentales en la preservación del estado de salud de la población, como lo es el abasto de insumos, las facilidades para el acceso, la utilización de los servicios y el uso eficiente de los recursos. Este sistema es mixto y fragmentado y, su

Tabla 2. Costo unitario y total, tasa de incidencia a casos esperados según enfermedad

No. Enfermedad	Costo por caso 2004 (\$)	Tasa anual/ /millón	Casos nuevos esperados	Costo total (\$)
1 Infarto agudo del miocardio	133,899	242,2	11,625	1,556,590,432
2 Angioplastia	136,632	147,6	7,082	967,678,936
3 Puente coronario	133,123	109,2	5,242	697,777,730
4 Leucemia linfoblástica aguda en niños	201,743	85,6	4,109 82	8,921,410
5 Leucemia mieloblástica	302,614	17,1	821	248,385,571
6 Astrocitoma	363,137	6,9	331	120,270,974
7 Méduloblastoma	385,113	3,4	163	62,850,442
8 Linfoma de Hodking	372,288	3,4	163	60,757,402
9 Linfoma no Hodking	343,963	13,6	653	224,539,046
10 Tumor de Wilms	262,626	4,2	202	52,945,402
11 Retinoblastoma	284,240	4,4	211	60,031,488
12 Osteosarcoma	464,009	8,5	408	189,315,672
13 CA mamá	200,259	156,0	7,488	1,499,539,447
14 CA cérvico-uterino	154,527	203,0	9,744	1,505,711,088
15 CA colón	232,496	40,1	1,925	447,507,771
16 CA próstata	214,611	68,5	3,288	705,641,808
17 CA testículo	178,844	46,1	2,213	395,744,908
18 VIH/SIDA	127,812	46,0	2,210	282,465,036
19 Trastornos cerebrovasculares	138,789	83,0	3,984	552,935,733
20 Transplante de médula ósea	1,043,152	5,3	254	265,377,818
21 Transplante de riñón	412,271	47,2	2,266	934,040,498
22 Hemodiálisis	255,418	239,9	11,515	2,941,186,337
23 Transplante de córnea	179,641	117,3	5,630	1,011,449,110
24 Transplante de corazón	1,557,599	7,8	374	583,165,103
25 Transplante de hígado	1,166,714	18,7	898	1,047,242,666
26 Implante de titanio (oído medio)	499,002	1,0	48	23,952,096
27 Prótesis modulares exoesqueléticas y órtesis	103,365	220,7	10,594	1,095,004,286
28 Reemplazo de cadera	75,563	4,2	202	15,233,533
29 Politraumatizado	176,097	26,4	1,267	223,149,634
30 Traumatismo craneoencefálico	105,727	77,5	3,720	393,303,111
31 Fusión vertebral	111,681	203,4	9,763	1,090,367,844
32 Quemaduras de 2do. y 3er. grado, 20 % superficie corporal	139,721	147,0	7,056	985,868,271
33 Neonato con inmadurez extrema	93,231	400,4	19,219	1,791,832,829
34 Neonato con otros problemas mayores	37,808	497,0	23,856	901,940,925
35 Tratamiento paliativo del enfermo terminal	134,255	144,1	6,917	928,617,059
Total			165,441	24,691,341,415

soporte financiero depende fundamentalmente de dos fuentes: la tributación fiscal y el pago de bolsillo de los ciudadanos. Las investigaciones de *Frenk* a este respecto, arrojan luz sobre la crítica relación entre estas fuentes financieras, ya que “a principios de la década de los años noventa (en el siglo pasado), el gasto público representaba 58 % contra 40 % del gasto privado de bolsillo, el prepago privado a los seguros era muy pequeño (2 %). Apenas una década más tarde el pago de bolsillo representa la mayor parte, 52 % del gasto total en salud, mientras que el gasto

público disminuye a 46 % y se mantiene el prepago privado”.¹⁴

Cuando nos referimos a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos, la protección financiera es un objetivo de particular trascendencia para el sistema de salud, máxime cuando existe evidencia de un pobre desempeño de México, en materia de justicia en el financiamiento de la salud.

En este sentido, resulta imposterable revisar y corregir los procedimientos de toma de decisiones en materia de salud, para que sean correctas

y permitan la solución eficiente del conflicto permanente entre necesidades sin límites y recursos escasos. La importancia de revisar los procesos de decisión se acentúa, según los sistemas médicos se asemejan en su funcionamiento al mercado, donde la búsqueda de utilidades puede convertirse en una nueva fuente de iniquidad y desigualdad. Tomemos como ejemplo de esta aseveración el caso de las pruebas genéticas autorizadas a las aseguradoras británicas y, a través de las cuales, es posible definir, de acuerdo con la ley, el monto de primas y copagos en salud. Estas nuevas modalidades de los sistemas en salud, demuestran los extremos a los que se llega por el incentivo de la utilidad económica, de ahí que las ciencias sociales y, particularmente, la economía y la política necesitan, hoy más que nunca, de una ética capaz de orientar los esfuerzos para el desarrollo. El ánimo de lucro y el egoísmo, motores necesarios del capitalismo, como decía *Keynes*, no constituyen motivación suficiente para la erradicación de la pobreza.

Si bien este problema pudiera parecer menor en un sistema de orden esencialmente público, como el mexicano, la realidad es que tiene una relevancia de orden global, como lo pone de manifiesto *Caprón*, quien es partidario de: "tratar de modo distinto los seguros de salud y los de vida, pues la cobertura sanitaria -ya sea pública o privada- es mucho más esencial para una vida normal. Respecto a esta última, creo que hay que emplear cualquier medio que garantice que todos puedan acceder a la asistencia sanitaria en términos asequibles" (*Caprón*. Disponible en: www.10044.com/asegurar.html - 15k - Resultado Suplementario). Esa línea de flotación en la consecución de los objetivos de equidad podría verse amenazada si, gracias al progreso científico, las compañías aseguradoras o el gobierno dispusieran de una información mayor y más privilegiada sobre la salud de los individuos.

El sistema de protección social

El bajo desempeño del sistema de salud mexicano, con anterioridad a la

generación de la reforma financiera en salud, reflejaba la falta de protección financiera que padecía la mayoría de la población. El sistema de salud, se basaba -como en varios países de América Latina- en un modelo de financiamiento fragmentado, en el cual las personas pobres y las que se integraron al sector informal de la economía, accedían menos a las prestaciones en salud y carecían de oportunidades para participar en los esquemas de aseguramiento. La fragmentación del sistema de salud entre asegurados -sector formal, amparado sobre todo por el IMSS y el ISSSTE- y no asegurados -sector informal y los que están fuera del mercado laboral- agravó la iniquidad y el riesgo de gastos catastróficos.

En enero de 2004, entraron en vigor las reformas a la Ley General de Salud por la que se incorporó el título tercero bis de la misma. Dicho título, comprende los preceptos y normas del gobierno federal, con respecto a la protección social en salud. La cual es definida como "mecanismo por el cual el estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención. Las disposiciones reglamentarias establecerán los criterios necesarios para la secuencia y alcances de cada intervención que se provea en los términos de este título."¹⁹

Con la formalización legal del Sistema de Protección Social, se

estableció como meta el cumplimiento de tres objetivos intrínsecos:

- El mejoramiento de la salud.
- La capacidad y calidad de respuesta del sistema ante las expectativas de la población.
- La justicia en la contribución financiera.

Esta noción de justicia, analiza el alcance del sistema para evitar que los hogares efectúen pagos catastróficos de salud y para lograr la equidad vertical y horizontal. Estos elementos de justicia se incorporan mediante un examen de la contribución de cada hogar al sistema de salud en impuestos, seguro social, seguro privado y pagos directos de bolsillo en relación con su capacidad de pago. Con esto se pretenden evitar las condiciones de riesgo en que viven muchos mexicanos, derivadas del empobrecimiento por razones de enfermedad y, más aún, cuando en los últimos años se ha acentuado un problema paralelo: la permanencia de las condiciones de pobreza y bajos ingresos que, para muchos, adquiere un carácter insoportable, aún cuando la cuantía absoluta no sea elevada.

En ese sentido, el Sistema de Protección Social tiene como meta subyacente evitar el empobrecimiento en términos absolutos, debido a los pagos que generan las enfermedades catastróficas. Este problema se canaliza, mediante un fondo financiero específico, constituido con el 8 % de la recaudación que la ley denomina como cuota social y, por aportaciones solidarias del gobierno federal y los locales. La administración de este fondo corresponde a la Comisión responsable de la operación del sistema de protección social y, a propuesta del Consejo General de Salubridad, la lista y el orden de incorporación de padecimientos a la cobertura del sistema, se definen igualmente por esta instancia. Estas medidas marcan un importante viraje en el financiamiento para la salud en México y, abren un campo hasta ahora nunca explotado: la cobertura universal efectiva, un modelo de presupues-

tación y gestión orientado a resultados y a la protección contra gastos catastróficos. En suma, el Sistema de Protección Social, parece una solución mejor a los problemas de las enfermedades, especialmente las de orden catastrófico, sin embargo, su permanencia tiene que ligarse a una estrategia que privilegie permanentemente su sustentabilidad y promueva una transformación integral de la prestación de los servicios hacia prácticas de eficiencia, eficacia y efectividad; una nueva forma de responder a la salud, cuyos resultados son predecibles si se utilizan hábilmente las herramientas científicas disponibles.

UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD: COMPETENCIA REGULADA

Todo lo expuesto anteriormente requiere de nuevos enfoques para su posible solución, como sería una estrategia de atención que modifique la actual forma de acceso a los servicios, estimule un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia, incentive el cumplimiento de objetivos claros y medibles, redistribuya las capacidades de gestión y, especialmente, el poder de decisión y ejercicio del gasto, focalizándolo para lograr metas en promoción y prevención. En resumen, una estrategia que induzca un comportamiento como el que, teóricamente, supondría a la asignación del mercado, de no existir las particularidades que lo caracterizan. Esta estrategia, debe surgir de un nuevo modelo de atención que incluya los aspectos siguientes:

- Separación de funciones entre recría, provisión y financiación de servicios.
- Delimitación de servicios comunitarios y personales, así como la separación de su financiamiento.
- Federalización de la salud.
- Organización de los servicios de acuerdo con su complejidad y localización, garantizando simultánea-

mente un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia.

- Redistribución de competencias en materia de gestión, administración y decisión.

En suma, un modelo que favorezca las condiciones mínimas requeridas para que el sistema de mercado cumpla, en la práctica, con los preceptos de la teoría económica. Un modelo que dará pie a lo que se conoce como un marco de competencia regulada, dentro del cual las imperfecciones del mercado, son compensadas o contrarrestadas mediante normas o reglas de operación emitidas por una autoridad reguladora, que actúa en nombre del interés general de la sociedad. Si el marco global establecido está incorrectamente conceptualizado, o sus señales son erróneas, el sistema no funcionará bien, independientemente de los incentivos actuantes en los otros niveles, cuyas acciones tendrán un bajo grado de efectividad, o se distorsionarán rápidamente, para ajustarse a la racionalidad exigida por el nivel global.

REFLEXIONES

En otro momento del discurso que pronunciara en la conferencia internacional sobre buenas prácticas de política social, en la ciudad de México, *Ocampo* atinó a señalar el rumbo que los países de América Latina, en particular México, deben seguir para erradicar males sociales tan graves como la pobreza, la iniquidad y la exclusión social, decía: "El único camino apropiado consiste, por lo tanto, en encontrar espacios complementarios entre desarrollo económico y equidad y, por ende, en colocar la equidad en el centro de la agenda del desarrollo económico."

Este lúcido intento de colocar la pobreza como exclusión social en el centro del debate, sirvió de estímulo para desarrollar este trabajo, pues en ningún país latinoamericano y mucho menos en México, es posible negar que la pobreza, traducida en cifras, rostros, enfermedades y formas de morir, es-

tigmatiza la vida de la mayoría de sus ciudadanos y que al sector salud, se enfrenta cotidianamente esas consecuencias.

Sin embargo, como se consignó al inicio del tema, el propósito no era desarrollarlo desde profundas valoraciones de trascendencia universal, sino, la intención era enfocarlo hacia aspectos relevantes y derivados de las vivencias cotidianas en los servicios de salud, que con base científica, favorecieran una visión clara de la pobreza y la exclusión en México, de su relación con la salud y el desarrollo, del significado de las enfermedades catastróficas y de las respuestas que el estado construye para su solución. Se considera que el propósito al desarrollar el tema se ha logrado y se comprende mejor lo que algunos denominan "las trampas de la pobreza", bien difíciles de deshacer cuando inciden directamente en la situación de salud de los mexicanos.

En conclusión, no está demás insistir en que la salud es un fin, pero especialmente un medio para alcanzar el desarrollo humano sostenible y que los seres humanos, tanto los de hoy como los de las generaciones futuras, deberán colocarse en el centro de las políticas económicas y sociales, lo que implica necesariamente, permear los razonamientos teóricos, los lineamientos de política y las acciones ejecutorias, con planteamientos éticos y valores de orden superior, que trasciendan los requerimientos del progreso material. El mundo actual reclama valores que reconozcan el justo lugar de la conciencia para satisfacer las necesidades humanas, para desarrollar el espíritu de servicio, la actitud desinteresada, la aspiración por la paz. La encarnación de estos principios en los dirigentes de la sociedad es imprescindible para construir una sociedad equitativa centrada en las personas como tales, lo que propiciará el desarrollo de su potencial, tanto en el plano material como espiritual. Nadie ni nada nos impide cambiar de rostro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ocampo JA. Director Ejecutivo del Centro Económico para América Latina. Palabras durante la ceremonia inaugural de la Conferencia Internacional "Mejores Prácticas de Política Social" [serie en Internet]. Disponible en: www.sedesol.gob.mx/prensa/discursos/d_019_2003.htm - 26k
2. Narayán D. La voz de los pobres ¿Hay alguien que nos escuche? Publicación del Banco Mundial. 1ra ed. (en español). México: Ediciones Mundi Prensa; 2000.p.30.
3. BESSIS S. De la exclusión social a la cohesión social [serie en Internet]. [citado 10 Mar 2005]. Disponible en: http://64.233.167.104/search?q=cache:lkbFWA7pF04J:mirror.eschima.bnu.edu.cn/Mirror2/unesco.www.unesco.org/,most/besspa.htm+SOPHIE+BESSIS+POBREZA+EXCLUSION&hl=es&lr=lang_es
4. Rubio L. Contra la Pobreza. En: Trejo G, Jones C, editores. México DF: Editorial Cal y Arena;1993.
5. Alleyne G. La salud y el desarrollo económico de las Américas. X Jornadas Nacionales, IX Internacionales y I Congreso Americano de Economía de la Salud, Iguazú, Argentina. [serie en Internet]. [citado 15 Abr 2000]. Disponible en: http://www.ops.org.ar/FuentesInfo/PublicacArg/EconomiaYSaludDiscursoAlleyne.htm#_ftn2
6. Townsend M. Poverty in United Kingdom (1975). The international analysis of poverty (1993) [serie en Internet]. [citado 10 Mar 2005]. Disponible en: <http://ciaris.ilo.org/spanish/frame/r1-2.htm>
7. Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud (CMMS). Macroeconomía y Salud: invertir en salud para el desarrollo económico. Puebla: IPD, Universidad de las Américas; 2004 (versión para el diálogo con la sociedad).
8. Trejo G, Jones C. Contra la pobreza, por una estrategia de política social. México DF: Editorial Cal y Arena;1993.
9. Organización Panamericana de la Salud. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. Washington:OPS;2003 (publicado en la serie. Extensión de la Protección Social).
10. Secretaría de Salud. Salud, México 2002 2da ed. México DF: La Secretaría;2003 (Información para la Rendición de Cuentas).
11. Comité Técnico para la Medición de la Pobreza. Medición de la pobreza, variantes metodológicas y estimación preliminar. México DF: Secretaría de Desarrollo Social;2002.
12. Whitehead M. Conceptos y principios de equidad y salud. Washington: OMS;1990.
13. Rosanvallon P. La nueva cuestión social. En: Apuntes de Cátedra [serie en Internet]. [citado 10 Mar 2005]. Disponible en: <http://64.233.167.104/search?q=cache:KvpWMsJZPdsJ:www.margen.org/catedras/apuntes27.html+Rosanva-llon+exclusion+social+nueva+cuestion&hl=es>
14. Frenk, J. El desempeño del Sistema Nacional de Salud. La reforma de la salud en México. México: Fundación Mexicana para la Salud;2001.
15. Organización Panamericana de la Salud, Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional. Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe. Washington DC:OPS;2003 (publicada en la Serie Extensión de la Protección Social en Salud No. 1).
16. Soberón G, Torres JL, Zurita B. Bioética y Economía. México: Fundación Mexicana para la Salud;2002.
17. Organización de Naciones Unidas. Informe sobre el Desarrollo Humano. New York: Ediciones Mundi Prensa;2003.
18. Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud. Ginebra: OPS;2003 (resumen de las conclusiones de la Comisión de Macroeconomía y Salud).
19. Ley General de Salud. Artículo 77 bis 1 [serie en Internet]. Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/151/82.htm>
20. Organización Mundial de la Salud. El desempeño de los servicios de salud. 2001. Ginebra: OMS;2002 (informe anual).

Recibido: 10 de mayo de 2005. Aprobado: 13 de septiembre de 2005.

Hilda Santos Padrón. Secretaría de Salud. Tabasco. México.