

La población y los determinantes sociales de la salud; su importancia en las políticas de desarrollo social

Félix Vélez Fernández Varela*

Se ha dicho que en México el acceso a la salud es desigual. Estoy totalmente de acuerdo. Sin embargo, casi todo lo que se ha mencionado sobre desigualdad ha sido en términos de ingreso. Poco se ha hablado de desigualdad en términos de género, en términos regionales, en términos sectoriales, en términos étnicos, en términos de lo rural y lo urbano. Tampoco se ha hecho mayor referencia al grado de desigualdad. Al respecto cabe destacar que en México, al igual que en el resto de América Latina, la desigualdad existe entre ricos y pobres, pero también entre ricos y estratos medios altos; entre estratos medios altos y estratos medios bajos; entre estratos medios bajos y los pobres y entre los mismos pobres.

De hecho, hay un índice que no sólo mide cuántas personas hay por debajo de la línea de la pobreza, sino qué tan lejos están y qué tanta desigualdad hay entre los pobres. Entonces, mi primera reflexión es que no hay que agotar la agenda de los determinantes de la salud en el tema de la desigualdad, ni tampoco agotarla en una sola variante, en un solo perfil del fenómeno. Asimismo, no hay que limitarse a lo relativo a los más ricos contra los más pobres, porque hay muchas otras manifestaciones del fenómeno igualmente trascendentes para el diseño y la instrumentación de la política de salud.

En segundo lugar, se ha hablado mucho de la desigualdad del ingreso, es decir de pobreza relativa; pero se ha hablado menos de pobreza absoluta. En América Latina nos impactan ambas. Por ejemplo, Chile tiene el programa Chile Solidario; en Brasil está el programa Bolsa de Familia; Perú también un programa de este tipo. Y México tiene el programa Oportunidades, porque queremos reducir las brechas pero también queremos que los más pobres estén mejor, o sea que mejore su calidad de vida. No obstante, los instrumentos que sirven para enfrentar la desigualdad no necesariamente son los que se requieren para disminuir los niveles absolutos de pobreza. Ese es otro ámbito de los determinantes sociales de salud que no se puede soslayar.

En relación con el debate sobre la focalización en oposición a la universalidad de los programas, cabe destacar que hay programas focalizados que funcionan bien y programas universales que no necesariamente son efectivos.

Asimismo se ha hablado mucho del tema de derechos. Se dijo que la salud es un derecho y, con base en ello, que es necesario aglutinar una agenda no sólo técnica sino política.

* Consejo Nacional de Población.

No podría estar en desacuerdo con esta aseveración. Simplemente quiero mencionar lo siguiente: el siglo XVIII fue el siglo de la razón, de la ilustración, y el siglo XIX fue el del liberalismo, el de las libertades, así como el de la crítica a los excesos del capitalismo. Cabe señalar, sin embargo, que ya desde el siglo XIX había puentes entre el pensamiento socialista y el pensamiento liberal. Por ejemplo, John Stuart Mill, economista clásico, aunque formado en esa tradición, decía que Inglaterra tenía resueltos los problemas de la producción, pero no los de la distribución.

En el siglo XX hubo liberales como John Rawls, muy conocido por su teoría de la justicia, que dice que hablar de libertades sólo tiene sentido cuando se amplían las libertades de los más pobres de una sociedad.

Si bien es cierto que la visión del bienestar social, enfocada a las libertades de los más pobres, es distinta de la visión socialista de Marx, de Platón y de Engels, al hacer política pública hay puntos de enlace. Por ejemplo, la democracia cristiana chilena ha podido trabajar muy bien con el socialismo en programas específicos de política social, a pesar de que son tradiciones distintas. Asimismo, ha habido presidentes conservadores en América Latina, como Belisario Betancourt en Colombia, que han tenido agendas sociales muy claras.

En ese sentido, al hablar de derechos hay que reconocer que otras tradiciones filosóficas y otros posicionamientos políticos pueden converger para ampliar el acceso a la salud y mejorar la calidad de los servicios.

Como un cuarto punto habría que abundar sobre la democracia. En relación con los determinantes sociales de la salud, habría que profundizar también en los determinantes de la salud en aspectos tales como los hábitos de vida, la evolución de las familias y la igualdad de género, entre otros. Las familias han cambiado en su tamaño, pero también en su jefatura; hoy en día casi la cuarta parte de las familias en México tienen como jefa a una mujer. La estructura y los tipos de familia también se han modificado; ya las familias nucleares no son universales, hay otro tipo de arreglos y los hogares también se han transformado. Todo eso también habría que traerlo al análisis de los determinantes sociales de la salud para tener una perspectiva más amplia.

Respecto al tema de la restricción presupuestal, cabe mencionar que gran parte de los problemas relativos se relacionan con la orientación del gasto, con la infraestructura que se cuente para ejercer los recursos. Es decir, no basta con que el Congreso apruebe recursos adicionales; hay que saber ejercerlos. No basta con el crecimiento del gasto público en términos reales; es importante que el ejercicio de los recursos se haga con eficacia. En este contexto, cabe enfatizar la importancia de mejorar la rendición de cuentas. Por ejemplo, los gobiernos locales rinden muy pocas cuentas del uso que dan a los recursos federales, bajo el argumento de la soberanía de los estados y de los municipios.

El federalismo debe ser un medio y no un fin. Sin embargo, han sucedido situaciones como la siguiente: cuando se descentralizó la administración de vacunas, algunos gobiernos estatales decidieron no vacunar a la gente, al grado de que se tuvo que volver a centralizar la política de vacunación y la de antirretrovirales.

Algo similar ha pasado con la planificación familiar, en particular en lo relativo a la salud sexual y reproductiva.

Otro aspecto muy importante es la evaluación de los programas con el fin de mejorarlos. Por ejemplo, las lecherías de Liconsa están orientadas a beneficiar a los más pobres; sin embargo, más de la mitad de ellas están ubicadas en la zona metropolitana de la Ciudad de México y, aunque tienen un alto impacto, la gran mayoría de quienes consumen esta leche no son población en pobreza extrema.

Ahora, les pongo otro ejemplo: el programa de Piso Firme. Nadie que no lo necesite lo solicita y, por tanto, sale mejor librado en la evaluación. Al respecto, se hizo una evaluación del programa en Torreón, Coahuila, comparándolo con Gómez Palacio, Durango, donde no operaba el programa por tratarse de otro estado cinco años después en Gómez Palacio, donde no hubo programa, 70 por ciento de los que en un inicio no tenían piso firme, ahora contaban con éste. Por tanto, el verdadero efecto no era el 100 por ciento, sino el 30 por ciento.

Hay otros programas de opciones o apoyos productivos; son los menos buenos porque obedecen en gran medida a presiones clientelares y a presiones políticas. El 70 por ciento de los proyectos mueren al año de vida; muy pocos permanecen más tiempo.

En relación con la forma de hacer las cosas, el tema de “los cómo” que se ha mencionado también en este simposio, es importante la evaluación de los resultados, de contraloría, de gestión y de impacto.

Todos esos niveles de evaluación, desde los de contraloría hasta los de impacto, son igualmente importantes, entre otras cuestiones para la asignación del presupuesto.

Por lo que se refiere al aspecto demográfico, ha habido dos transiciones: la transición demográfica y la transición epidemiológica. La primera se caracterizó en su momento inicial por la coincidencia de una alta natalidad y una alta morbilidad; después pasó a baja morbilidad con alta natalidad; más adelante, a baja natalidad con baja morbilidad, hasta llegar al momento en que la gran mayoría son adultos mayores; ya no vuelve a predominar la población joven.

La transición epidemiológica, por su parte, es el paso de un perfil donde hay muchos jóvenes y muchos que mueren o contraen enfermedades infecciosas, a un perfil en donde lo que prevalece son los males crónico degenerativos y las tasas de morbilidad y de letalidad, que están asociadas sobre todo con la población en edad avanzada. En México se ve clarísima la transición; así, en 1960 la tasa global de fecundidad era de 7.3 hijos por mujer en edad reproductiva, mientras que hoy en día es de 2.2.

Cabe señalar que mientras en Europa este cambio sucedió en un periodo de más de doscientos años, en América Latina ocurrió en tan sólo cincuenta. El hecho de que suceda tan rápido implica una serie de desafíos y una serie de restricciones de política pública en el tiempo que tarda la transición.

La pirámide poblacional va transformándose; para el 2050 va a haber un claro predominio de los adultos mayores; por tanto, nos ocuparán los temas geriátricos y de pensiones. Aun actualmente, los niños ya no son mayoría; ahora las cohortes más numerosas son las de los adolescentes y adultos jóvenes, de 15 entre y 24 años aproximadamente.

Esto también implica menores tasas de dependencia; representa un bono demográfico en el sentido de que hay muchas personas en edad de trabajar en relación con el total de la población. Esto es una condición necesaria, más no suficiente, porque una cosa es que haya personas en edad de trabajar y otra que consigan trabajo y que éste sea un buen trabajo, lo cual no se logra sólo con programas de generación de empleo: se requiere que crezca la productividad. Sin embargo, en el contexto de los determinantes económicos de la salud cabe mencionar que el crecimiento económico no es condición suficiente, pero sí necesaria, para el bienestar social. Así, historias de éxito como la chilena, y recientemente la de Brasil, han estado acompañadas de un rápido crecimiento de la economía.

En México, en tanto, el crecimiento económico no ha sido suficiente para reducir la pobreza. Los programas sociales han contribuido, sin duda, pero lo que más ha ayudado ha sido la reducción del número de hijos, la reducción en las tasas de dependencia. Ello ha tenido que ver por un lado

con la urbanización y la mayor escolaridad de las mujeres, y por otro con una política deliberada de planificación familiar. Ésta inició en 1974, un momento temprano en relación con otros países de la región y del mundo.

Ahora veamos qué sucede con la transición epidemiológica. Por un lado, la estructura por edad de la población cambia; por otro, también se modifican las causas de las defunciones. Como las personas viven más años, se vuelve más costoso proveer servicios de salud.

En 2007, el peso de las muertes en la población adulta mayor fue superior al que se tenía en 1980, en tanto que se redujeron las defunciones de los niños y de los jóvenes en términos relativos. Entre los jóvenes una causa muy importante de defunción, en México y en el mundo, son los accidentes.

La mortalidad en el primer año de vida es de 14.2 defunciones por cada mil nacimientos, lo cual implica una mejoría con respecto los años ochenta, cuando ese indicador era de alrededor de 40. No obstante, países como Costa Rica, Chile, Argentina o Uruguay tienen menos de 10 defunciones por cada mil.

Al respecto, es importante destacar que en México, a diferencia de casi todos los demás países de América Latina, hay una gran dispersión y atomización de la población rural; en Chile el 45 por ciento de la gente está en Santiago, y no se diga en Argentina, donde la población se concentra en la gran Buenos Aires. Además, en esos países hay mucho menos dispersión, atomización e incomunicación de la población rural.

Los males que ahora tienen más peso en México son los cardiovasculares; la diabetes mellitus, sin distinción de género, y en general las enfermedades crónico-degenerativas. Asimismo son muy preocupantes el sobrepeso y la obesidad, mismos que afectan también a quienes no los padecen, por la distribución de los recursos.

La mortalidad infantil ha bajado; eso, evidentemente, trae consigo un alza en la esperanza de vida, actualmente de 77 años y medio para las mujeres y de cerca de 73 para los hombres.

Hay una gran correlación entre marginación y mortalidad infantil; así, las entidades que están hasta arriba en las estadísticas son Chiapas, Oaxaca y Guerrero.

Entre los efectos de la transición epidemiológica podemos mencionar que ha disminuido la incidencia de enfermedades e infecciones contagiosas; incluso hay evidencia de que en México se ha detenido el crecimiento del VIH/sida debido a que se están proveyendo gratuitamente los antirretrovirales; sin embargo, han aumentado los padecimientos crónico-degenerativos, que tienen que ver con el envejecimiento pero también con los hábitos de vida.

En la medida en que ha habido cambios tecnológicos y avances en la salud, también se han reducido las tasas de mortalidad.

En términos de igualdad de género, considero que habría que experimentar con políticas de discriminación positiva en los programas de salud. Asimismo, es importante continuar profundizando en la investigación.

Por último, me referiré a la institución que represento, el Consejo Nacional de Población. El Conapo se creó en 1974. Es una institución *sui generis*, porque hay pocas similares en el mundo. Es la oficina encargada de la planeación y el seguimiento demográfico del país. Tiene una arquitectura institucional muy conveniente, porque participan en ella 11 secretarías de Estado y seis organismos coordinados. Están las secretarías de Hacienda, de Gobernación, de Relaciones Exteriores, del Trabajo, de Salud, de Desarrollo Social, de Educación, del Medio Ambiente, de la Reforma Agraria, de Agricultura, de Economía, más el Instituto Mexicano del Seguro Social, el

ISSSTE, el DIF, la Comisión de Pueblos Indígenas, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, y el Instituto Nacional de las Mujeres.

Es de destacar también que, a partir de la década de los ochenta, se federalizó la política cuando se crearon los Consejos Estatales de Población. Por todo ello, se trata de un organismo idóneo para impulsar la transversalidad y el federalismo.

Termino insistiendo en que creo en el derecho a la salud, en el combate a la injusticia y en que son inaceptables las desigualdades.