

Crisis, condiciones de vida y salud en México. Nuevos retos para la política social

Oliva López Arellano, José Alberto Rivera Márquez, Victoria Ixshel Delgado Campos y José Blanco Gil

El contexto latinoamericano

En América Latina los indicadores generales de crecimiento de las economías, de empleo, salario y distribución del ingreso muestran una región con niveles elevados de pobreza y creciente polarización social y económica.¹ Según información de la Comisión Económica para América Latina,² el porcentaje de pobres en América Latina en 1980 era de 41 por ciento, mientras que para el año 2000 la proporción creció a 44 por ciento, aún con el incremento poblacional del periodo. En números absolutos la población calificada como “pobre” aumentó significativamente. En el mismo sentido, información del Banco Mundial señala que en 1981 sobrevivían 36 millones de personas en América Latina con un ingreso máximo de un dólar al día (pobres extremos), cifra que se incremento a 50 millones para el año 2001. Mientras que los latinoamericanos que vivían con dos dólares por día

pasaron de 99 millones en 1981 a 128 millones en 2001. Para el año 2004, cerca de 121 millones de personas en la región tenían un ingreso diario por debajo de este punto de corte.³

El crecimiento sostenido de la pobreza y la pobreza extrema encuentra su complemento en la desigualdad en el acceso a los beneficios de la riqueza social generada. Así, en América Latina, el 10 por ciento más rico se apropia prácticamente de la mitad del ingreso total de la región. En tanto, el 10 por ciento más pobre obtiene menos de 2 por ciento de ese ingreso. En los indicadores de empleo también se observa un fenómeno regresivo; la tasa de desempleo en la población económicamente activa creció de 5 a 11 por ciento entre 1990 y 2003. Esta situación se agrava por la destrucción acelerada de puestos de trabajo derivada de la crisis del 2008. De acuerdo con la CEPAL:

...la tasa de crecimiento proyectada para la región permite prever un aumento de la tasa de desempleo regional, que pasaría del 7,5% estimado para 2008 a un nivel de entre un 7,8% y un 8,1%, según la evolución de la participación laboral, en el contexto de un aumento de la informalidad...⁴

A pesar de este panorama de gran complejidad, los indicadores promedio expresan avances importantes en salud, como la disminución de la mortalidad general, materna e infantil y el consecuente aumento de la esperanza de vida, que llega a 70 años para el año 2000. Sin embargo, las variaciones entre países y en el interior de ellos muestran una situación de polarización epidemiológica, complejización y regresión sanitaria. La primera hace referencia al incremento en las desigualdades de los indicadores de daño, entre países, regiones y grupos sociales, en

Dra. Oliva López Arellano. Profesora-investigadora. Maestría en Medicina Social y Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva. Departamento de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Correo-e : oli@correo.xoc.uam.mx

Dr. José Alberto Rivera Márquez. Profesor-Investigador. Maestría en Medicina Social y Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, Departamento de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Correo-e: arivera@correo.xoc.uam.mx

Mtra. Victoria Ixshel Delgado Campos. Ayudante de profesor, alumna, Maestría en Medicina Social. Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Correo-e: idelgado@correo.xoc.uam.mx

Mrt. José Blanco Gil Profesor-investigador, Maestría en Medicina Social, Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Correo-e: jblanco@correo.xoc.uam.mx

donde las poblaciones más vulnerables presentan una sobremorbilidad y sobremortalidad por múltiples causas. Mientras que la complejización se refiere a la presencia simultánea de “nuevas y viejas” epidemias, y la regresión sanitaria se define como el fenómeno de resurgimiento de enfermedades anteriormente erradicadas o bajo control⁵. Así, el indicador de esperanza de vida presenta variaciones de 54 años en Haití a 79 años en Canadá.⁶ La mortalidad infantil, indicador sensible cuya reducción forma parte de los compromisos suscritos en los objetivos del milenio para el año 2000 presentaba un valor promedio para la región de las Américas de 24.8 defunciones por mil nacidos vivos registrados (NVR), variando de 5.2 en Antigua a 80.3 en Haití; el interior de los países, el rango de variación fue de 3.7 defunciones a 133 muertes por mil NVR.⁶

México. Crisis y deterioro de la vida

En los últimos 30 años, México tiene una historia importante de crisis en diferentes esferas políticas, económicas y sociales que han tenido efectos en las condiciones de vida y en la salud de la población. Con la implementación de políticas de ajuste y estabilización económica durante la década de los Años 80s el país registró un incremento acelerado de la pobreza que aceleró la tendencia hacia una sociedad polarizada y con marcadas condiciones de desigualdad social.

La crisis actual, impulsada por una desregulación financiera de las economías globales profundiza esta tendencia observada en la disminución de la actividad económica en su conjunto y que se caracteriza, entre otros procesos, por un aumento del desempleo, una distribución desigual del ingreso y una mayor inflación general que, aunados al aumento en el precio de los alimentos, deterioran las condiciones de vida de la población y adquieren expresiones concretas precisamente en las condiciones de vida, la salud y en la seguridad alimentaria de diversos grupos sociales.

El crecimiento del producto interno bruto se reduce de 3.2 a 1.8 por ciento entre 2007 y 2008; se debilita en forma generalizada la demanda interna, disminuyen las exportaciones, se reduce el ritmo de expansión de la masa salarial real y cae el volumen de remesas de los trabajadores migrantes.⁴ Para el primer trimestre de 2009 la tasa de desocupación

alcanzó a 5.25 por ciento de la población económicamente activa, la segunda mayor tasa observada desde el año 2000.

Entre 2006 y 2008, el 20 por ciento de la población más pobre del país disminuyó su ingreso en 7.6 por ciento; mientras que el 20 por ciento de los hogares más ricos incrementaron sus ingresos en 0.1 por ciento. En este mismo periodo, el número de pobres a nivel nacional creció aceleradamente, a diferencia de las tendencias observadas entre el inicio de la década de los noventa y la mitad del presente decenio. Mientras que en 2006 alrededor de 45 millones de personas vivían en condiciones de pobreza patrimonial,^I en 2008 esta situación afectó a casi la mitad de los mexicanos, lo que significó un aumento de prácticamente 5 puntos porcentuales durante el bienio. Simultáneamente, una quinta parte de la población más pobre del país disminuyó su ingreso en casi 8 puntos porcentuales. La pobreza alimentaria^{II} pasó de prácticamente 14 a 18 por ciento, lo que en términos absolutos correspondió a un aumento de 14.4 a 19.5 millones de personas. En tanto, la pobreza de capacidades^{III} creció de 21 a 25 por ciento, lo que significó un aumento de 21.7 a 26.8 millones de personas. Asimismo, el porcentaje de hogares pobres en cada una de las dimensiones antes señaladas aumentó entre 2006 y 2008.⁷

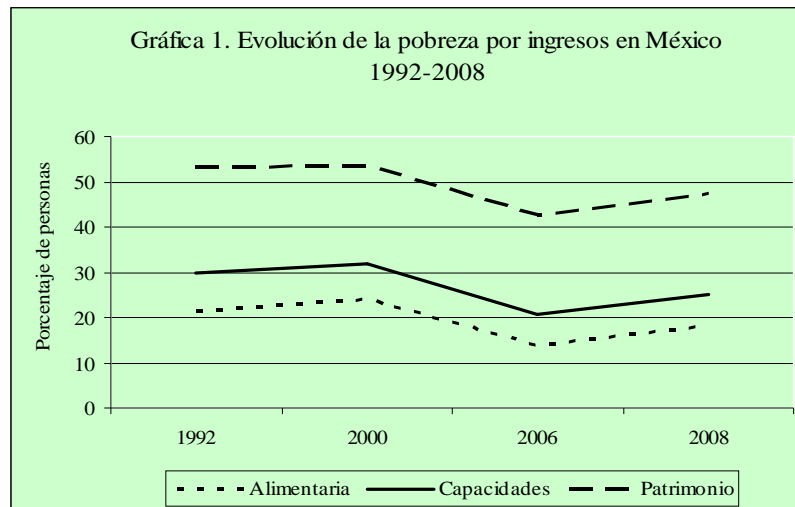
Complejización epidemiológica en México

En este marco, el deterioro de las condiciones de vida y la salud se expresan en la polarización de indicadores de daño y en la complejización epidemiológica. Asimismo, la transición demográfica como fenómeno general (aunque no homogéneo) y, de modo especial, el envejecimiento de las poblaciones, torna aún más complejos los cambios en los patrones de enfermedad y muerte con la persistencia de problemas infecciosos y carenciales, en combinación con la patología de adultos y de adultos mayores (enfermedades crónicas y degenerativas), lesiones accidentales e intencionales, trastornos mentales y adicciones,

^I Insuficiencia del ingreso para cubrir el costo de la canasta básica alimentaria, los gastos en salud, educación, vestido, vivienda y transporte.

^{II} Incapacidad para cubrir el costo de la canasta básica alimentaria aún utilizando todo el ingreso disponible.

^{III} Insuficiencia del ingreso para cubrir la canasta básica alimentaria y los gastos en salud y educación.



Fuente: Adaptado del *Reporte sobre la pobreza por ingresos 2008*, CONEVAL.⁷

problemas relacionados con la alimentación-nutrición, todas ellas con un peso creciente que, a su vez se presentan junto con padecimientos como VIH/SIDA y enfermedades nuevas y que se configuran como amenazas sanitarias globales, tales como la influenza humana A/H1N1.

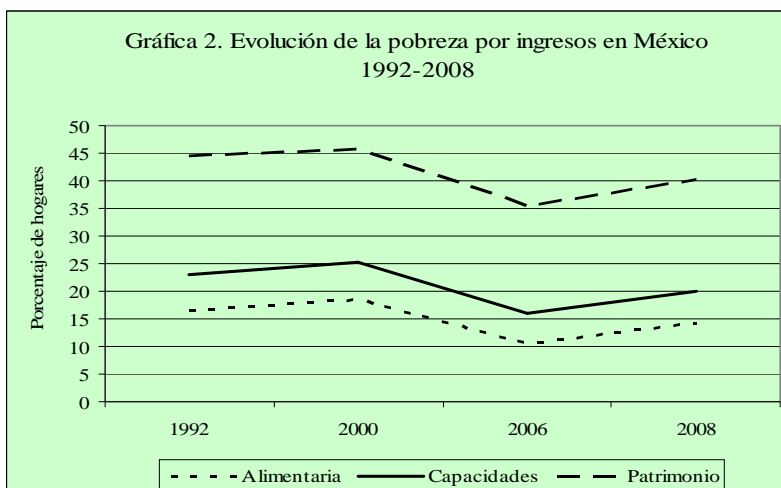
En 2005, el indicador de esperanza de vida al nacer a nivel nacional era de 77 años para el sexo masculino y 79 años para el sexo femenino, mientras que para la población indígena era de sólo de 65 años. En ese mismo año, la mortalidad infantil del Distrito Federal (DF) y de Nuevo León era relativamente baja: 16 defunciones por 1000 nacidos vivos registrados (NVR), en cambio, en los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca ascendía a 20 y 25 muertes por 1000 NVR, en niñas y niños respectivamente. Además, se estimaba que el 79 por ciento de las muertes infantiles eran evitables. En los municipios con menor índice de desarrollo humano (IDH), la mortalidad infantil era de 32.5 defunciones por 1000 NVR, mientras que en los municipios con mayor IDH se reducía a 15.8 por 1000 NVR.⁸

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2006,⁹ reporta prevalencias de baja talla, bajo peso y bajo peso para la talla de 12.7, 5 y 1.6 por ciento, respectivamente, a nivel nacional. En tanto, las áreas rurales de la región sur del país registran prevalencias de bajo peso de poco más de 25 por ciento. Datos para la Ciudad de México y su zona metropolitana muestran, por otra parte, que el

sobrepeso y la obesidad afectan a más del 70 por ciento de la población adulta y a más de 30 por ciento de los niños en edad escolar.⁹ El aumento en la prevalencia de obesidad ocurre con mayor fuerza en grupos poblacionales de escasos recursos, y es en estos mismos sectores de la sociedad donde la desnutrición y los síndromes carenciales tienen una presencia aún importante y continúa cobrando un gran número de víctimas.

Casi una tercera parte de las defunciones ocurridas en los 100 municipios con mayor marginación en el país se deben a padecimientos transmisibles, de la nutrición y la reproducción. Estas proporciones son semejantes a las que presentaba el país hace 18 años o el D.F. y Nuevo León hace 25.⁸ Asimismo, la edad promedio de muerte de una mujer que vive en estos municipios es de 51 años y de un hombre es de 49 años.⁸ Las desigualdades en los indicadores de daño también se expresan en la mortalidad materna, que es elevada para el país (6.1 por 10 000 NVR), pero que en Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Nayarit y Chihuahua es de más de 8.0 por 10 000 NVR. Así como, en la prevalencia de talla baja en menores de 5 años, que es más alta en las áreas rurales que en las urbanas.⁸

La complejización del perfil de enfermedad y muerte puede ser reconocida en la velocidad de cambio de algunas patologías entre las que destaca la Diabetes Mellitus, cuyo cambio en la tasa estandarizada de mortalidad por esta causa entre 2000 y 2005 es importante, pues en hombres pasa de



Fuente: Adaptado del *Reporte sobre la pobreza por ingresos 2008*, CONEVAL.⁷

73.7 muertes por 100 mil habitantes en 2000 a 86.1 defunciones por 100 mil habitantes en 2005, mientras que en mujeres es de 79.9 muertes por 100 mil en 2000, a 89.9 defunciones por 100 mil habitantes en 2005. La tasa de mortalidad por isquemia cardiaca muestra un comportamiento estable⁸. La dinámica de la epidemia de VIH-SIDA también muestra cambios importantes, en 2005 el VIH-SIDA se ubica como cuarta causa de muerte en los hombre entre 25 y 34 años. Hasta el 2006, los casos acumulados registrados suman más de 110 mil y se estima que más de 182 mil adultos son portadores del virus de inmunodeficiencia humana. La mortalidad por esta causa se incremento en mujeres de 1997 al 2004, mientras que en hombres se redujo 14 por ciento en el mismo periodo.⁸ Los psicostornos y las adicciones también tienen un peso importante entre los problemas de salud actuales. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2005) señala que el nueve por ciento de la población ha presentado un cuadro de depresión en su vida y que el cinco por ciento lo presentó el año anterior a la realización de la encuesta.⁸ Asimismo, se señala que el 11 por ciento de las defunciones de hombres en el país están asociadas a consumo de alcohol, proporción que se eleva a 15 por ciento en Oaxaca y en Nuevo León descendiendo a 8.3 por ciento. También se estima que la mitad de los accidentes vehiculares con víctimas mortales se asocian con consumo de alcohol.⁸ Según la Encuesta Nacional de Adicciones (2002) 3.5 millones de mexicanos entre 12 y 65 años han consumido drogas y la prevalencia de consumo de

drogas es dos veces mayor en áreas urbanas respecto a las zonas rurales.¹⁰

El desmantelamiento del sistema público de salud

El Estado elude su responsabilidad de garantizar el Derecho a la Protección de la Salud, consagrado en la Constitución, transfiere responsabilidades a diversos actores (privados con fines de lucro, organizaciones ciudadanas y familias e individuos) y destruye – en los hechos – la base institucional sobre la que pueden impulsarse políticas de salud universalistas e incluyentes.^{11, 12} Se reduce el gasto público en salud, se desatiende la red pública de atención, que en los servicios de salud se expresa como deterioro de la planta física, obsolescencia del equipamiento, insuficiencia e inadecuación de las instalaciones, acompañada de una simplificación en la interpretación de las causas que producen enfermedad.

Estos procesos reducen progresivamente la capacidad de respuesta de las instituciones públicas de protección social y es justamente su limitada capacidad de atención lo que exhibe la tecnocracia neoliberal para denostar lo público. Como ejemplo de este deterioro se puede citar la evolución del gasto público en salud en México en el periodo 1982-2004, que decrece de 3.7 a 2.7 por ciento del producto interno bruto (PIB) en 2004¹³ y el desfinanciamiento acelerado del Instituto Mexicano Seguro Social (IMSS) en el seguro de enfermedades y maternidad a partir de la reforma de 1997, que obliga al Instituto a constituir reservas económicas e

impide su transferencia a las ramas deficitarias de aseguramiento. Para el IMSS, esta situación limita las posibilidades de inversión en infraestructura médica, cuyo déficit se estima en 60 mil millones de pesos e impacta la capacidad instalada que decrece de 1.2 consultorios por 1000 derechohabientes en 1982 a 0.4 en 2006 y de 1.7 camas por 1000 derechohabientes en 1982 a 0.83 en 2006.⁴ Se mantienen, asimismo, desigualdades regionales en indicadores de financiamiento, disponibilidad y calidad de los servicios. Por ejemplo, en 2005, el gasto público *per cápita* en salud presenta diferencias entre las entidades federativas. Mientras que el Estado de México, Michoacán, Puebla y Chiapas gastan entre \$1250 y \$1500, en Campeche, Tabasco y Baja California Sur el gasto promedio es de \$ 3,500 y en el Distrito Federal asciende a \$6,000. El gasto en cuidados médicos^{IV} de los hogares de menores ingresos prácticamente se duplica entre 2000 y 2005, al pasar de 8 a 14 por ciento, mientras que en hogares de mayores ingresos se mantiene en 4 por ciento.¹⁵

Las desigualdades se expresan también en la disponibilidad de recursos: los indicadores muestran que en Chiapas, Oaxaca, Puebla, Michoacán, Guanajuato y Zacatecas hay entre 0.4 y 0.8 médicos por 1000 habitantes; mientras que en Colima, Aguascalientes, Baja California Sur y el Distrito Federal el indicador es de 1.6 a 2.7 médicos por 1000 habitantes. Las camas censables varían de 0.2 a 0.3 por 1000 habitantes en Guerrero, Oaxaca, Chiapas y el Estado de México, y entre 1.2 y 1.8 por 1000 habitantes en el Distrito Federal. La proporción de partos atendidos por personal capacitado también presenta diferencias notables entre estados: Aguascalientes, Colima y el Distrito Federal reportan el 100 por ciento. En cambio, en el Estado de México, Guerrero y Chiapas la proporción es alrededor de 50 por ciento.¹⁵

Las casi tres décadas de travesía neoliberal, además de impactar negativamente sobre la vida de la mayoría de los mexicanos, es decir, de actuar negativamente sobre los determinantes sociales de la salud e impedir el logro de la equidad, han generado una paradoja socio-sanitaria. Los problemas de

salud crecen y se complejizan, mientras la capacidad del Estado para resolverlos se reduce y las instituciones sociales construidas históricamente para contender con estos problemas son destruidas, por lo que el ejercicio del derecho a la protección de la salud continúa siendo un espejismo para una parte importante de la población del país.

Reflexiones finales

En los últimos años, la pobreza, la desigualdad y el desempleo se profundizan cada vez más y lesionan el tejido social. Los aspectos anteriormente señalados, obligan a centrar la atención en los aspectos estructurales de la economía mexicana y plantear nuevos retos para pensar las políticas sociales desde una óptica que ubique las causas de la desigualdad en las formas de producción, consumo y distribución de la riqueza y no en la administración focalizada de la pobreza que excluye, discrimina y deteriora la cohesión social de los grupos “atendidos”. Pensar la salud como derecho social restituye los principios de ciudadanía, reconoce que su garantía es esencialmente política y se basa en la satisfacción de necesidades más que en una lógica de mercado. Es decir, hacer realidad este derecho, requiere de cambios estructurales en las formas como se organiza la sociedad mexicana para producir, consumir y distribuir los bienes, satisfactores y beneficios producidos colectivamente y las posibilidades de articular proyectos de transformación, pasan por comprender, cuestionar y modificar las relaciones capitalistas de global-subordinación mundial que amplían a todo el planeta su capacidad de explotar, despojar, excluir y exterminar.

Referencias

¹ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe*, 2006. ONU, Chile.

² Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe*, 2001. ONU, Chile.

³ World Bank. *World Development Indicators 2007*. The World Bank, 2007. Washington, DC.

⁴ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe*, 2008. ONU, Chile.

^{IV} Gasto corriente en cuidados médicos (trimestral), como proporción del gasto corriente total de los hogares clasificados por decil de ingreso.

⁵ López, O. y Blanco J. (1997) Los retos en salud para el fin de siglo. Valencia, E. (coordinador) *Libro 5. Política social, El Debate Nacional*, Ed. Siglo XXI, México, pp. 183-206

⁶ Organización Panamericana de la Salud. *Informe de Salud de las Américas 2002*. OPS 2003 Vol. 1. Washington, DC.

⁷ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). *Reporte sobre la pobreza por ingresos 2008. Comunicado de prensa*. Dirección de información y comunicación social. CONEVAL, 2009. México.

⁸ Secretaría de Salud (SS). Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano. *Construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud*, 2007. México.

⁹ Olaiz-Fernández G., Rivera-Dommarco J., Shamah-Levy T., Rojas R., Villalpando-Hernández S., Hernández-Ávila M., Sepúlveda-Amor J. *Encuesta*

Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca. Instituto Nacional de Salud Pública, 2006. México.

¹⁰ Secretaría de Salud (SS). *Encuesta Nacional de Adicciones*. Secretaría de Salud, 2002. México.

¹¹ Laurell AC. *La reforma contra la salud y la seguridad social. México*. Ed. ERA y Fundación Friedrich Ebert. 1997.

¹² Laurell AC. Health System Reform in Mexico: A Critical Review. *International Journal of Health Service* 2007; 37(3):515-535.

¹³ López O. y Blanco J(2006). Salud y “nuevas” políticas sociales en México, en: Peña F. Alonzo L.A. (coordinadores) *Cambio social, antropología y salud*, CONACULTA/INAH, México, pp. 15-26.

¹⁴ Instituto Mexicano del Seguro Social. *Informe sobre la situación financiera 2006-2007*. IMSS, 2007. México.

¹⁵ Observatorio de política social y derechos humanos 2009. *Indicadores de salud*. México, Incide Social (<http://www.observatoriopolicasocial.org>)



Medicina Social
Salud Para Todos