

EL APORTE DEL SECTOR SALUD A LA SUPERACION DE LA POBREZA

Cuad. Méd.-Soc., XXXVI, 1, 1995/ 5-11

Dr. Carlos Montoya Aguilar*

SALUD Y POBREZA: MARCO CONCEPTUAL

Economía y salud se relacionan recíprocamente en las diversas formas que en este documento se analizan. Sin embargo, cada área tiene sus características específicas y hay lugares y tiempos en que ellas no se corresponden en un cien por ciento. Puede concebirse, por ejemplo, que *hay una "pobreza en ingresos" y una "pobreza en salud", cada una con sus indicadores propios*. Las medidas de la salud se dan en términos de mortalidad, morbilidad, malnutrición, desarrollo antropométrico e intelectual, equilibrio conductual, estabilidad emocional y eficiencia social y discapacidades. Estos indicadores se complementan con los de la atención a la salud: pertinencia, efectividad, satisfacción, cobertura, equidad, calidad y eficiencia.

En cualquier caso, es preciso superar ambas pobreza, apuntando a sus causas propias, y tomando en cuenta que cada una forma parte de las causas de la otra.

Hay un umbral de ingresos familiares por debajo del cual no es posible una salud adecuada. Por otra parte, sin salud los ingresos no sirven y además ellos disminuyen.

Un paralelo entre la pobreza en ingresos (PI) y la pobreza en salud (PS):

- PI es un fenómeno económico y social; PS es un fenómeno físico, mental y social: es *vida* pobre (existencia pobre). Sus efectos son para toda la

vida y continúan en la generación siguiente.

- PI se origina en la falta de equidad; PS constituye en sí una inequidad;
- PI provoca un bajo nivel de vida, en áreas como atención a la salud, educación, vivienda, recreación, seguridad, alimentación, ambiente; PS resulta de un bajo nivel de vida, *pero además* de: stress, frustración, falta de educación en roles, abuso de ciertos consumos, ciertos hábitos (vida sedentaria, sexualidad prematura, promiscuidad), condiciones personales, mal uso de vehículos, subdesarrollo cultural;
- PI afecta especialmente a salud materno-infantil; PS es intensa, hoy, entre los adultos en edad productiva; PI tiene una correlación sólo parcial con los niveles de mortalidad y particularmente baja con los del adulto joven;
- PI se resuelve con un aumento real de remuneración a los afectados, lo que no significa necesariamente mejor calidad de vida;
- PS necesita un abordaje científico y tecnológico especializado. Puede ser superada en cierto grado –mayor o menor según los países– en forma *independiente* de un retardo económico nacional, si hay una organización social eficiente del sector salud (y a la inversa).

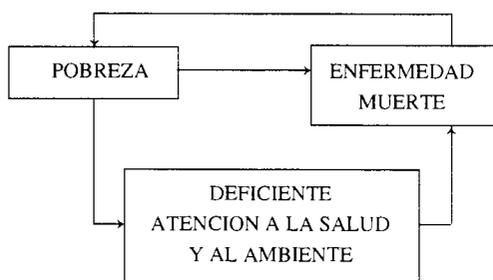
En conclusión, el análisis del aporte de la salud a la lucha contra la pobreza implica examinar las relaciones entre dos variables que se influyen fuertemente entre sí, pero que a pesar de esto son parcialmente independientes entre sí.

* Profesor titular de Salud Pública, Universidad de Chile.

1. El círculo vicioso pobreza-enfermedad y sus raíces

La mala salud es un factor importante de pobreza económica, tanto a nivel familiar como nacional. A su vez, la “pobreza de ingresos” es un determinante de mala salud, tanto porque causa una atención de salud insuficiente como porque significa un consumo inadecuado de otros bienes y servicios esenciales.

Este círculo vicioso ha sido denunciado en forma tradicional (véase Winslow), según el siguiente esquema:

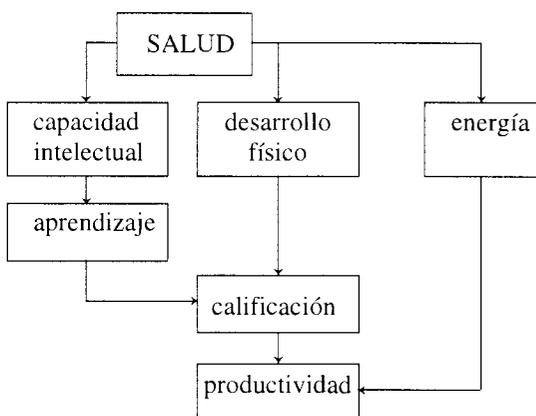


En fechas recientes se ha insistido en la complementación de este esquema con una indicación de las causas externas –las raíces– del círculo vicioso. Estas se encuentran en los dominios de la producción, la productividad y la distribución del producto (Figura 1). Por ejemplo, las crisis de los años 70 y 80 afectaron profundamente el ingreso de los países en desarrollo; y el ajuste estructural prescrito a esas economías produjo una redistribución del ingreso en contra de los estratos más pobres (al comprimir los salarios y el gasto social, incluyendo la atención de la salud) (1). En el caso de Chile fue posible demostrar con gran precisión el impacto de las dos crisis mencionadas y del ajuste estructural sobre la mortalidad infantil y materna, así como sobre algunos componentes de la mortalidad de los adultos. También se pudo esclarecer el papel importante de la caída del gasto público en salud –y especialmente del menor gasto en personal, en alimentación suplementaria y en inversión– en el mecanismo causal del impacto mencionado (2).

Con respecto al aporte que el sector salud puede hacer y hace a la superación (o mitigación) de la pobreza, es importante citar la evidencia teórica, empírica y experimental acumulada acerca de las formas en que la mala salud causa o agrava la situación de pobreza. Tres son las grandes vías de tal influencia (Fig. 1). Una primera vía es de carácter demográfico: la enfermedad, la discapacidad y la paternidad no responsable aumentan la proporción

de población económicamente dependiente y marginal. Un segundo mecanismo interviene al originar la enfermedad gastos monetarios –que son evitables– en el tratamiento y la rehabilitación de los daños; sabido es que esos gastos directos se multiplican al tomar en cuenta los costos en sufrimiento, en pérdidas de tiempo y los perjuicios materiales que acompañan a los accidentes.

La tercera vía conduce desde la salud deficiente hacia la disminución o limitación de la productividad, lo cual a su vez afecta al producto nacional y al ingreso familiar. El tamaño relativo de la fuerza de trabajo real se ve constreñido por el ausentismo (infecciones, alcohol, drogas, asma), por la discapacidad y por el acortamiento de la vida productiva (hipertensión, enfermedad coronaria, diabetes, cáncer del pulmón etc.). La productividad por unidad de tiempo trabajada depende de la calidad de la fuerza laboral, y ésta a su vez de la salud, según se desprende de las relaciones siguientes:



La calidad de los recursos humanos también depende de su motivación, y ésta es a su vez influida por el nivel de los cuidados de la salud y de otros servicios sociales que confieren seguridad y confianza al trabajador (Fig.1).

A medida que aumenta la importancia del mercado en los países en desarrollo, puede aumentar el impacto de la salud sobre la productividad de los pobres a causa de la mayor compensación que pueden esperar (3).

Las remuneraciones son utilizadas frecuentemente como indicador –aunque imperfecto– de la productividad. Ahora bien, se ha calculado que las acciones en favor de la salud han causado en diversos países de América alzas de los ingresos personales que van desde 1,5% en Estados Unidos hasta 4,4% en Bolivia (zonas urbanas). Históricamente, programas nutricionales se siguieron de un 5% de aumento de dichos ingresos en Sierra Leona; el control de la

malaria se asoció a un alza de 10% en Sri Lanka (4). Variaciones similares o mayores han sido atribuibles al control de otras parasitosis de los adultos (Onchocerciasis, anquilostomiasis), a los programas de higiene y seguridad del trabajo (Chile y otros países), al control del bocio endémico, etc.

El método de encuestas ha producido resultados que apoyan la verosimilitud del esquema "salud-productividad" presentado más arriba. Por ejemplo, una diferencia de una desviación estándar en el estado de salud indicado por la relación peso-talla se asoció, en trabajadores rurales de la India, con un 19% de diferencia en los salarios; la misma diferencia en escolaridad explicó sólo un 12% de variación en los salarios (3). En Filipinas se halló un coeficiente de elasticidad del salario respecto a la estatura (indicador de salud durable) igual a 1,0 (3). Los indicadores antropométricos de salud también se asocian positivamente con los resultados escolares, según encuestas realizadas en Brasil, Filipinas, China, Tailandia, Nepal y Ghana (3). Preescolares desnutridos, en Barbados, mostraron un C.I. menor y una mayor prevalencia de inestabilidad emocional que un grupo control bien nutrido (3).

También una serie de estudios experimentales han demostrado asociación entre indicadores de salud –tales como la hemoglobinemia, talla, peso, ingesta calórica, bocio endémico–, por una parte, y productividad, C.I. o desarrollo cognitivo, por otra. Tales efectos indican la necesidad de acciones en favor de la salud, no sólo porque la salud es un fin en sí misma, sino por las ganancias a obtener en términos de productividad (3).

La atención de la salud tiene a su vez una influencia directa en la productividad. En efecto, cuando es adecuada, ella contribuye a generar confianza y seguridad en la población en general y así se eleva uno de los factores de la productividad de los trabajadores, a saber, su *motivación*.

2. La generación de la pobreza

Según lo expuesto, el mejoramiento de la salud puede hacer un aporte significativo a la superación de la pobreza. Por otra parte, las políticas respectivas necesitan *tomar en cuenta las raíces del círculo vicioso*.

Elemento fundamental de la generación de la pobreza y de su superación es, por supuesto, el tamaño del producto nacional (PNB) per cápita. Este resulta de los factores de producción: fuerza de trabajo, recursos naturales (ambiente) y capital. También es influido por los movimientos internacionales, que contribuyen a determinar los precios del capital y de los bienes y servicios producidos.

La calidad y cantidad de la fuerza de trabajo, junto a su adecuada combinación con los recursos naturales y el capital, determinarán la productividad del conjunto de factores.

El PNB es el indicador usado para medir el nivel económico, y su crecimiento es la meta más visible de los gobiernos. Sin embargo, en el proceso que va desde la producción global del país hasta la aparición de la pobreza y de sus relaciones con la salud, interviene un fenómeno esencial, a saber, *la distribución que la sociedad hace de su producto*. En una primera instancia, el PNB es distribuido, por la vía de la propiedad, el empleo y la tributación, hacia tres canales principales:

(a) las rentas de los principales propietarios, (b) los salarios y otros ingresos de los empleados, obreros, artesanos, profesionales, etc., y (c) las entradas del gobierno. En una segunda instancia, el conjunto de estos recursos vuelve a ser distribuido para dos fines generales: consumo y ahorro para la inversión (formación de capital).

Finalmente, el consumo se distribuye, de acuerdo a los ingresos de cada cual, entre los diversos grupos y estratos en que se divide la población. El modo de distribuir en las dos primeras instancias es influido por las políticas de gobierno. Entre otros mecanismos, el gobierno dispone de la posibilidad de realizar gastos sociales que refuerzan *el consumo básico de los grupos desfavorecidos: atención de salud*, alimentación, educación, seguridad social, vivienda, etc. (figura 2).

En el nivel económico de países como Chile es la desigualdad en la distribución del consumo la causa principal de la existencia de grupos pobres. Siendo el consumo –en su acepción más amplia– el determinante del nivel de salud, resulta que el bajo nivel de salud tanto nacional como de grupos deriva también en alto grado de la inequidad que pueda existir en la sociedad.

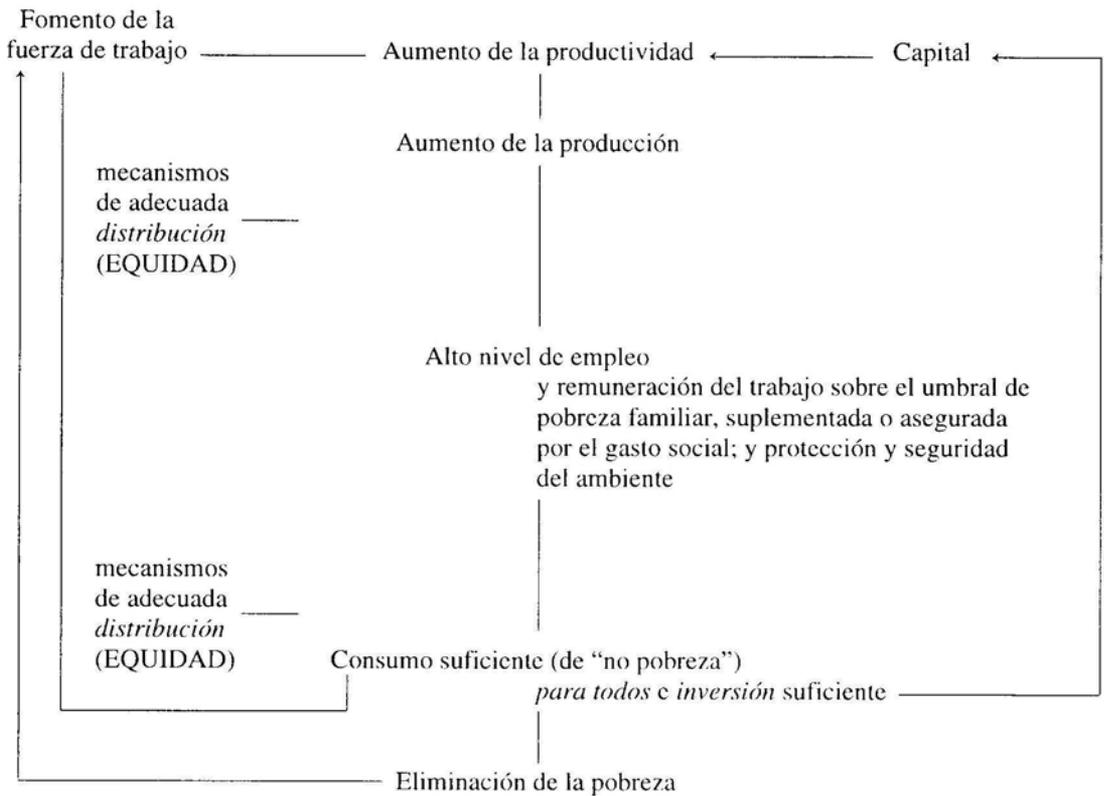
El ciclo económico-social se cierra a través del efecto del nivel de salud física y mental de los productores sobre el tamaño, calidad y motivación de la fuerza de trabajo.

Las acciones relativas a la salud repercuten, por lo tanto, sobre las raíces de la pobreza y no sólo sobre sus síntomas.

UN PROCESO INTEGRAL DE SUPERACION DE LA POBREZA

1. De la sección anterior, sobre la generación de la pobreza, se desprenden las indicaciones acerca del modo de superarla y acerca del papel que la atención de salud debe jugar en el proceso (Fig.2).

FIGURA 2
Proceso integral de superación de la pobreza



2. Se trata, en primer lugar, de lograr el incremento sostenido del producto, principalmente a través de un aumento de productividad de los factores. Ya hemos visto los determinantes de la productividad del factor laboral, *de los cuales la salud es el cimiento* tanto en forma directa como por constituir condición esencial para el éxito de la educación.

3. Tanto o más importante que el crecimiento del PNB es la creación de mecanismos efectivos para obtener su distribución equitativa. Entre éstos figuran: creación de fuentes de empleo productivo (obras públicas, empresas industriales, agrícolas, mineras y de servicios, de diverso tamaño y de iniciativa privada o estatal); legislación y acuerdos que aseguren a todos una remuneración que esté sobre el umbral de la pobreza familiar; iniciativas y gasto social multisectoriales que garanticen consumos esenciales para los cuales la demanda espontánea podría ser insuficiente (es el caso de la promoción, protección y rehabilitación de la salud, así como del ahorro para la vejez); seguridad física; protección

del ambiente: aumento del patrimonio de los trabajadores a través de sistemas de préstamos, o de ahorro, o de acceso legítimo a la propiedad.

El resultado de estas medidas debe ser el alcanzar un consumo (en el más amplio sentido) suficiente para todos y una inversión suficiente.

4. *De este modo se eliminará la pobreza.* Se desencadenarán también efectos colaterales positivos: por ejemplo, aumentarán las expectativas de retorno para el gasto de las personas sobre todo de la sociedad en salud y educación. No es casual el hecho de que los países industrializados dediquen una proporción mayor de su PNB a gasto social, en comparación con las naciones en desarrollo (5).

EL APOORTE POTENCIAL DE LA ATENCION PUBLICA DE SALUD A LA SUPERACION DE LA POBREZA

1. Cinco son los objetivos de la atención de salud: contribuir a elevar el nivel de salud de la población;

aliviar el dolor; explicar la enfermedad; legitimar el rol de "enfermo" y contribuir al desarrollo económico y social.

El quinto objetivo guarda una relación estrecha con las formas en que el sector aporta a la superación de la pobreza. ¿Cuáles son estas formas?

2. En primer lugar, hay una *contribución al crecimiento de la productividad*, tal como se ha visto en las secciones anteriores. Hay también otras vías. Por ejemplo, la existencia de un sector público de salud suficientemente sólido implica financiar socialmente, para vastos grupos de población, prestaciones de salud, medicamentos y prótesis, alimentación complementaria, rehabilitación y subsidios de enfermedad, maternidad e incapacidad. Todo ello puede significar una *redistribución progresiva del ingreso nacional*, como lo demostraron A. Foxley y otros en la década de 1970-1979. Además reduce directamente la pobreza, pues equivale a mejorar el nivel de consumo básico de la población (6).

Contar con un sector público de salud hace que el país tenga un sistema eficiente y efectivo para atender a la gente y por lo tanto *frena la espiral de costos* de los servicios y *evita gastos innecesarios* a la sociedad como lo demuestra la experiencia del Reino Unido, de Chile y de otros países. Se facilita así la lucha contra la pobreza.

El sector salud *genera empleo* en forma racional y eleva la calificación de su personal. Indirectamente, puede extender su efecto generador de empleo en el país al orientar deliberadamente *el uso de su poder comprador* de bienes (alimentos, ropa, mobiliario, equipos, construcciones) en ese sentido.

Por su forma descentralizada y personalizada de actuar, el sistema público de salud *conoce en forma precisa a los pobres* —quiénes son, dónde están— así como las causas de su pobreza y las soluciones que se requieren.

Además, los programas del sector *se preocupan del ambiente físico*; al protegerlo, mejorarlo y controlar su calidad, favorecen los empleos e ingresos ligados a la exportación de alimentos, al turismo y a la ocupación humana de los espacios que son arrebatados a la insalubridad.

Una atención de salud suficiente y humana genera satisfacción, seguridad y confianza entre la opinión pública y *contribuye así a la armonía social*, requisito importante del desarrollo.

3. En suma, el sector público de salud tiene un importante papel en el desarrollo social. La superación de la pobreza, expresión de tal desarrollo, se promueve al reconocer dicho papel y apoyarlo desde la comunidad y el gobierno.

COMO SE OPERACIONALIZA EL APOORTE DEL SECTOR SALUD A LA SUPERACION DE LA POBREZA

1. Es indispensable que los comités y otras instancias de acción intersectorial conozcan las funciones y programas del sistema público de salud, ya que es a través de éstas que el sector puede profundizar y coordinar su aporte a la superación de la pobreza. Dicho de otro modo, los servicios de salud contribuirán a elevar el nivel de vida de la población general en la medida en que su desempeño sea adecuado en cantidad y en calidad.

2. El sistema público de atención a la salud *promueve, fomenta, protege, trata y rehabilita* la salud de la madre, del niño, del adolescente y del adulto. Respecto a los adultos, estas funciones se refieren a las personas de 15 y más años en general y, en forma más particular, a la mujer, al trabajador y al adulto mayor.

Las funciones del sistema se aplican a las diversas áreas o *condiciones de la salud*, desde el embarazo y parto, la paternidad responsable, el crecimiento y el desarrollo físico y mental, los accidentes y violencias y toda la gama de enfermedades y discapacidades, hasta el acompañamiento para una muerte digna. Entre las enfermedades destacan las de la mente, las del corazón, los tumores, la diabetes, la epilepsia, las infecciones y parasitosis, las de la boca y dientes, las respiratorias, las digestivas y los reumatismos. De las discapacidades, merecen mención la ceguera, la sordera, la deficiencia mental y las limitaciones de la movilidad.

El Ministerio del ramo y sus organismos dependientes *regulan todas las acciones de salud* en el país, protegiendo su calidad y frenando indirectamente el alza de sus precios. En un sentido más amplio, el Ministerio participa de la acción gubernamental contra la pobreza *al velar por el cumplimiento de las políticas que ha establecido para el sector público*: equidad en las prestaciones; financiamiento solidario; inversiones bien distribuidas, y formación y carrera funcionaria acordes con un buen servicio para todos. En el presente año se han asignado sumas para reforzar la atención en las comunas más pobres, señal que debe ser reflejada junto con los demás mecanismos de la política de equidad y solidaridad en los planes y presupuestos de todas las áreas y establecimientos ya en 1996. El buen servicio requiere un funcionamiento integrado y con adecuada dotación de recursos de todos los niveles de atención, tanto de los que se proporcionan en los hospitales como de los prestados en los consultorios generales y postas. Como ejemplo pue-

de aludirse a los consultorios generales, los cuales representan en las grandes ciudades el pivote de la atención a la comunidad beneficiaria del sector público y la clave para que los hospitales desempeñen eficientemente su papel propio; en este respecto es urgente que cada uno de esos establecimientos sirva a una población no superior a 40.000 habitantes y tenga, para ese volumen de beneficiarios, una dotación de once jornadas médicas (especialistas básicos), cuatro jornadas de odontólogos, cuatro enfermeras, cuatro matronas, cuatro asistentes sociales, 20 ó 24 técnicos paramédicos, una nutricionista, un psicólogo y un kinesiólogo, además del apoyo indispensable de administración y servicios generales. Esta dotación corresponde a normas de Mideplan y existe en algunos consultorios, pero está lejos de cumplirse en muchos otros.

Los distintos niveles del sistema participan o están prontos a participar en los comités de superación de la pobreza, *aportando sus métodos y experiencias* tales como los del enfoque de equidad, la sectorización de la población y el monitoreo regular de resultados. Su colaboración incluye la información y el análisis epidemiológico de la situación de salud y de sus factores –incluida la pobreza de ingresos–. Los indicadores de salud y atención de salud son herramientas necesarias para el diagnóstico y la evaluación de la situación social.

La colaboración también comprende las propuestas elaboradas acerca de *soluciones multisectoriales para la pobreza, la enfermedad y la muerte prematura*, tales como: oportunidades de empleo productivo para los jóvenes, educación de la personalidad para proteger del alcohol, el tabaco y las drogas, orientación de la recreación y el deporte, cooperación con los medios escritos y audiovisuales, mejoramiento de los caminos rurales de acceso hacia las postas y hospitales, acciones contra la violencia y los accidentes, eliminación de los bolsos de miseria (en cuanto a vivienda y saneamiento), atención especial a los grupos migrantes, orientación del poder comprador de los servicios públicos, y muchos otros.

Un aporte práctico del sistema, en el caso de Chile, consistiría en *aliviar a las Municipalidades pobres* de la pesada tarea de administrar establecimientos de salud, al mismo tiempo que se apoya su rol en la participación comunitaria y la coordinación intersectorial.

Los equipos de salud pueden *investigar* la incidencia, la tendencia, la distribución y las causas locales de la pobreza ligada al deterioro de la salud.

Un muy importante aporte del sector público de salud es la *formación* intensa que él puede brindar a

sus decenas de miles de funcionarios para que participen consciente y eficazmente en el combate a la pobreza, en sus localidades de acción.

CONCLUSION Y RECOMENDACIONES

Hay una clara relación recíproca entre salud y economía, entre enfermedad y pobreza. Ambos términos dependen de modo importante del grado de equidad con que se reparte el producto nacional.

Sin embargo, la correlación entre ambas variables no es total. Precisamente por esto, la atención de salud puede ser mejorada –dentro de ciertos límites– en forma disociada del proceso económico y puede hacer un aporte independiente, específico, a la superación de la pobreza.

Ese aporte se produce, por ejemplo, a través del aumento de la productividad que experimenta la fuerza laboral, y también de varios otros modos.

Dichas contribuciones pueden ser incrementadas a través de un enfoque deliberado que vincule al sector público de salud con el plan de superación de la pobreza. Para ello es necesario: hacer realidad la participación de los organismos pertinentes del sistema en todas las instancias del plan de superación de la pobreza; formar al personal de salud en los aspectos conceptuales y operacionales de la relación salud-economía, incluyendo todas las facetas consideradas en este documento; y comunicar eficazmente a los demás sectores, autoridades y comunidad la naturaleza de los aportes actuales posibles del sector público de salud a la eliminación de la pobreza.

REFERENCIAS

1. Pinstrup Andersen, P., en: OMS, Ginebra, Macroeconomic environment and health, WHO/ICO/ME/93.1, Ginebra 1993.
2. Montoya Aguilar, C. y Marchant Cavieres, L., The effect of economic changes - on health care and health in Chile, International Journal of Health Planning and Management, 9: 279-294, 1994.
3. Behrman, J.R., en: OMS, Ginebra, Macroeconomic environment and health, WHO/ICO/ME/93.1, Ginebra 1993.
4. OMS, Ginebra, Health dimensions of economic reform, Ginebra 1992.
5. Montoya Aguilar, C., Políticas, planes y sistemas de salud y de desarrollo social, en: Meneghello, J. et al., Pediatría, 4ª Edición, Publicaciones Técnicas Mediterráneo, Santiago, 1991.
6. Chile, Ministerio de Planificación y Cooperación, Integración al desarrollo, balance de la política social 1990-1993, Santiago, 1994.