

# **Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión. Diferencias conceptuales e implicaciones para las políticas públicas**

Oliva López Arellano,  
Universidad Autónoma  
Metropolitana (UAM) - México

---

Me gustaría empezar esta presentación agradeciendo la oportunidad de exponer a ustedes un conjunto de reflexiones y para recibir también la retroalimentación que seguramente la experiencia y su vinculación profesional permite.

Para iniciar, paso muy rápidamente, de manera casi telegráfica, sobre lo que creo que es fundamental para entender por qué, repentinamente, en plazos históricos cortos, digamos en los últimos quince o veinte años, comienza otra vez a tener mucha vigencia la discusión sobre conceptos como pobreza, como desigualdad, más recientemente como inequidad, y aún más el concepto de exclusión. Yo creo que el marco, el contexto mundial y el contexto nacional en el que nos estamos moviendo explican en gran medida por qué estos problemas tienen una enorme visibilidad en los últimos años.

En el contexto mundial, estamos hablando de un proceso de globalización que es, desde mi punto de vista, y el de muchos autores, por supuesto, un proceso de reorganización del capital a nivel mundial. Los procesos definitorios de lo que se ha descrito como globalización son nuevas formas de uso y exclusión de la fuerza de trabajo, la concentración del comercio mundial, la movilidad irrestricta del capital financiero y una profundización del incremento en la desigual apropiación de los recursos de todo tipo: naturales, ambientales, monetarios y financieros.

En América Latina, esta global subordinación lo que hace es disminuir los estados nacionales y articular un conjunto de espacios supranacionales de decisiones económicas, políticas y sociales que acotan la soberanía, y también redefinen los espacios de decisión nacional y las relaciones estado-mercado y estado-sociedad y se conforman megaproyectos sociales que debilitan la capacidad de las instituciones públicas de salud.

Esto, en términos globales es el megacontexto que posibilita que nuestros países, en los últimos veinte años, tengan procesos acelerados de deterioro de la calidad de vida, de polarización social y de deterioro de las instituciones públicas de salud. Yo creo que estos tres procesos claves simultáneos, además, explican en gran medida por qué se visibilizan, por qué surge la preocupación por el conjunto de problemas relacionados con la pobreza, con la exclusión y con la inequidad.

En México, este contexto lo podemos documentar, y también en la mayoría de nuestros países tenemos elementos para mostrar el deterioro de la calidad de vida, la polarización y el deterioro de las instituciones públicas. Hay un incremento de la población en condiciones de pobreza, un incremento en la desigual distribución del ingreso, disminución del empleo formal, incremento del empleo precario, y una disminución de la capacidad adquisitiva del salario.

Simultáneamente, lo que denomino la *global-subordinación* consistente en una articulación económica subordinada, soberanía nacional acotada e imposición y adopción de megaproyectos económicos y sociales, profundiza la precariedad ya existente. Veamos algunos datos que ilustran ésto, según la CEPAL, en 1981, había 36 millones de latinoamericanos en pobreza extrema, para el 2001 el dato es de 50 millones. Aumenta también el desempleo (de 5 a 11%) y el empleo precario y se polariza la apropiación de los recursos. En América Latina, el 10% más rico de la población se apropia del 48% del ingreso total, mientras que el 10% más pobre solo dispone de 1.6% de ese ingreso. En México, las proporciones son semejantes (37% versus 1.6%).

Este contexto global de inseguridad económica y social impacta con mayor gravedad a los grupos vulnerabilizados, particularmente niños, mujeres, ancianos, discapacitados, población indígena, y en los niveles nacionales y locales, identificamos desigualdades, brechas sociosanitarias, que se expresan en desigualdades socioeconómicas, desigualdades en los indicadores de enfermedad y muerte, desigualdades en la disponibilidad, acceso y calidad de la atención a la salud.

En salud, tenemos que como resultado de esa situación, se incrementan los riesgos estructurales que tienen que ver con la condición de vida y la condición precaria de la población. Se hacen más complejos los perfiles de enfermedad y muerte, ya que tenemos patología infecciosa y carencial que no hemos erradicado, que no hemos controlado, y se suma a la patología crónica, psicotrastornos, accidentes, violencias, y nuevas y antiguas epidemias.

Debemos considerar además del envejecimiento de la población con su carga de enfermedad crónica, los grupos vulnerabilizados que concentran una sobremortalidad y una sobremorbilidad por múltiples causas (infecciosas, carenciales y degenerativas). En algún momento, hace quince o veinte años, se hablaba de las enfermedades de la riqueza y de las enfermedades de la pobreza, pero hoy hay suficiente evidencia para mostrar que son los grupos de población empobrecida, en condición socioeconómica más precaria y con menor control sobre sus vidas los que concentran todo tipo de patologías.

En la dinámica epidemiológica se identifican diversos procesos que hemos caracterizado por:

- La polarización epidemiológica, donde hay un incremento en los indicadores de deterioro en la calidad de vida y trabajo y una mayor desigualdad en los indicadores de daño y de coberturas, acceso y calidad de los servicios de salud, entre países, regiones y grupos.
- La regresión sanitaria donde resurgen patologías antes controladas y en algunos países erradicadas. El caso del repunte de la tuberculosis, del repunte del paludismo, el dengue, la fiebre amarilla y el cólera.
- La emergencia de nuevas patologías, que coloca también la región latinoamericana en una situación de emergencia permanente.

Frente a las situaciones de mayor vulnerabilidad estructural, de mayores riesgos, de condiciones más complejas de salud y enfermedad, enfrentamos una *paradoja sociosanitaria*, pues lejos de fortalecer los sistemas públicos de salud y de ampliar su capacidad de respuesta, en realidad, lo que se ha impulsado en los últimos veinte años, es una política social neoliberal que:

- Desfinancia y deteriora los sistemas públicos, provocando un desmantelamiento selectivo de lo público, que limita su capacidad para enfrentar los nuevos problemas y la complejidad en salud.
- Impulsa una visión de mercado en donde la salud es una mercancía más, mercantilizando los procesos internos de producción de servicios y privatizando lo público rentable.
- Introduce un conjunto de mecanismos gerenciales, (no de gerencia pública, sino de gerencia privada) con el propósito de hacer eficiente y autofinanciable la atención a la salud, con los subsecuentes costos en exclusión y encarecimiento de los servicios.
- Polariza el acceso a la atención médica al impulsar un modelo bipolar de mercantilización y neobeneficencia, en donde los pobres reciben atención focalizada a través de paquetes básicos y los no pobres resuelven sus necesidades de atención en el mercado, profundizando los procesos de exclusión y el acceso limitado a servicios integrales de calidad.

Toda esa compleja situación social, económica y de condiciones sociosanitarias, ha planteado enormes retos para la política social. Para redefinir y justificar los cambios en las políticas sociales, incluida la política en salud, empiezan a utilizarse un conjunto de diagnósticos que reconocen situaciones de pobreza, desigualdades, brechas e inequidades. Es en este proceso de definiciones, en donde se perfilan las opciones de política, dependiendo de cuál sea la noción de ciudadanía, la visión de Estado, la perspectiva de gobierno que se retome, tendrá implicaciones metodológicas en la forma de medir, en la forma de

obtener y etiquetar los recursos y también en la forma como se van a enfrentar los problemas, a quién se va a incluir y a quién se dejará fuera.

Para iniciar una breve discusión de los conceptos, yo diría que desigualdad, pobreza, exclusión e inequidad son conceptos distintos pero interrelacionados. Estos conceptos hacen referencia a varios de los procesos que comenté antes, pero cada uno de ellos tiene un énfasis, tiene una característica y también tiene un grado de politicidad y un grado de contradicción con ciertas políticas económicas y sociales.

Mencionaba anteriormente que la noción de pobreza se retoma con mucha intensidad en los últimos quince o veinte años, porque es un concepto que caracteriza una situación de privación, de carencia, y no hace ninguna referencia al orden económico que le da origen. Hace referencia a una condición dada: son pobres. Entonces, no entra en contradicción con políticas económicas generadoras de esa situación. Mientras que algunos otros términos, como exclusión, desigualdad, inequidad, hacen referencia a una apropiación diferenciada de recursos, de beneficios, de satisfactores, y por lo tanto, remiten a situaciones de poder y de organización social. En este sentido, creo que se debe –es una recomendación tanto a los académicos como a los hacedores de política-- tener claridad de qué términos se utilizan y cuál es la perspectiva ética o política de donde provienen, para conocer sus límites y sus posibles horizontes de visibilidad.

- Desigualdad e inequidad hacen referencia a situaciones en donde se comparan grupos, pero son grupos que establecen relaciones desiguales y que se apropian de manera desigual de recursos y satisfactores.
- Pobreza y exclusión se refieren a situaciones de carencia y a población que queda fuera de los circuitos de desarrollo, de los circuitos de integración social y económica y del disfrute de bienes y satisfactores. Sobre todo, exclusión, en la literatura europea, que es donde surge el concepto, hace referencia a procesos de ruptura de la cohesión social y de las redes de solidaridad.

La precisión de los conceptos, permite ampliar o restringir los horizontes de visibilidad y las orientaciones sobre política pública. Por ejemplo, cuando se habla de desigualdad socioeconómica, se hace referencia a diferenciales entre personas y grupos; así como, a la apropiación desigual en términos económicos y sociales. Pero, las distintas perspectivas nos dan horizontes diversos. Yo escogí tres extremos de la interpretación de la desigualdad socioeconómica.

La primera interpretación es que la desigualdad socioeconómica es explicada y justificada por las capacidades y méritos de los distintos individuos. Esta es una perspectiva de una corriente de la sociobiología que extrapola la noción de Darwin sobre la supervivencia de los más aptos a la estratificación de la sociedad. Si somos diferentes, si tenemos capacidades diferentes, si tenemos

habilidades y aptitudes diferentes, pues somos desiguales y, por lo tanto, esta desigualdad es justa y es inevitable. Así, se justifica que algunos individuos o grupos se apropien de la riqueza y de los recursos de la sociedad y los disfruten, pues desde esta son considerados más capaces.

El segundo punto de vista es una definición más cercana a las teorías del conflicto - de base marxista - en donde la desigualdad socioeconómica es producto de la organización social, de la producción colectiva, de la apropiación privada y de la distribución inequitativa de la riqueza. Por lo tanto, la diferencia es injusta, es inaceptable y se requiere transformar las causas que están en el origen de la desigualdad y garantizar derechos universales.

La tercera perspectiva, más en la lógica de las teorías de consenso, sobre todo de la sociología funcionalista, interpreta a la desigualdad socioeconómica como resultado del sistema de valores de cada sociedad, de los roles y posiciones que ocupan los individuos en ellas y del valor que una sociedad en particular asigna a esos roles. Como cada sociedad es distinta y por lo tanto, da peso e importancia diferente a ciertos valores, esto explica y justifica la desigualdad entre grupos e individuos.

Sin desconocer la variabilidad humana, en general, las sociedades modernas identifican un conjunto de desigualdades que deben ser reducidas (de acuerdo a los valores hegemónicos). En esta lógica, una sociedad que privilegia más la libertad de elección que la justicia distributiva se propone la construcción de pisos de oportunidades iguales; mientras que otra que otorga mayor importancia a la justicia distributiva hará énfasis en la garantía de derechos para todos sus ciudadanos. Así, la sociedad, articula respuestas en términos de las políticas sociales globales y en campos específicos como el de la salud.

Esto conduce a trayectorias distintas. Si se asume que las causas estructurales de la desigualdad social tienen que ver con la organización social y con la apropiación inequitativa de la riqueza, se está incorporando un componente político. Se cuestiona el orden social y (si hay coherencia en el planteamiento) la estrategia de política social debe ir más allá de las distribuciones sectoriales de recursos. En otra perspectiva, por ejemplo, la búsqueda de igualdad de oportunidades, se pone el énfasis sólo en atenuar algunas desigualdades a través de redistribuir recursos, sin cuestionar el orden social que origina las desigualdades. En la visión de los sociobiólogos seguidores de Darwin, las diferencias ni siquiera deben ser motivo de preocupación, pues dado que hay hombres más capaces y otros menos aptos, la selección y ubicación de cada uno en la jerarquía social es "natural".

El concepto de inequidad adquiere fuerza a partir de los años noventa. Cuando se habla de inequidad, se hace referencia a diferencias que se consideran injustas y evitables y de nuevo se entra al campo de las valoraciones éticas y políticas. Cada sociedad y cada grupo social construyen históricamente su

concepto de lo inaceptable, lo injusto y lo evitable. Tenemos, por ejemplo, que en América Latina consideramos el comportamiento de la mortalidad infantil como indicador de inequidad en salud. Es injusto que los niños se mueran de causas evitables, p.e. diarreas o neumonías. Para otras sociedades, como las sociedades escandinavas, dado que han reducido sustancialmente la mortalidad infantil, este problema hace tiempo que no está, ni siquiera en el horizonte de la discusión.

Entonces, aquí también se requiere tener claridad en el concepto de inequidad. Desde mi perspectiva, prefiero siempre hablar de desigualdad social, porque me adscribo a la visión de las teorías críticas donde la desigualdad social es injusta y evitable, entonces, para mí, esto sería equivalente a la definición aceptada de inequidad. En la literatura en el campo de la salud, inequidad habla de diferencias que se consideran injustas y evitables, por lo que parte de una definición valorativa. Además, la inequidad en salud puede tener diversos componentes, como inequidad en los resultados (indicadores de daño, de discapacidad, de vida saludable, etc.), o inequidad de la atención médico-sanitaria (indicadores de coberturas, disponibilidad, de acceso, de calidad).

Yo prefiero hablar de *desigualdad social en salud* porque tiene una connotación más fuerte, una politicidad mayor, mientras que inequidad rápidamente nos restringe al campo sectorial, por lo menos en su acepción habitual. En el sector salud, la preocupación por la inequidad se restringe a medir patrones de distribución de indicadores y a plantear la reducción de brechas en aquellas diferencias consideradas injustas y evitables, tanto para los daños como para la atención.

Aquí de nuevo el tema de las diferencias injustas y evitables tiene matices. Los que defienden el concepto inequidad, dicen que hay un conjunto de resultados que tienen que ver con la libre elección del individuo. El cáncer de pulmón, por ejemplo, está vinculado (en un alto porcentaje) a la decisión de fumar. Esta es una visión individualista en donde un resultado de salud es producto de una elección "libre" e individual. En contraposición, desde el punto de vista de las teorías críticas, la elección, no es en realidad un proceso individual. Yo me adscribo a esta perspectiva de que la producción de necesidades y la producción de satisfactores son sociales. Por ejemplo: la feroz lucha de las empresas tabacaleras por ampliar mercados en Latinoamérica, con campañas publicitarias, para que los jóvenes fumen, para que los adolescentes fumen, es muestra de un proceso económico-social, en donde el margen de elección individual es muy restringido. Particularmente en las poblaciones más vulnerabilizadas, que pertenecen a grupos sociales con condiciones de vida y trabajo precarias, su margen de elección es mucho menor.

Cuando se habla de pobreza, se está haciendo referencia a la carencia de satisfactores esenciales para la resolución de necesidades humanas, pero se puede hablar de pobreza absoluta y entonces ahí se limita la visión sólo a los satisfactores que permiten la supervivencia, mientras que si se incorpora la visión

relativa de la pobreza, se estaría hablando de necesidades y satisfactores que cada sociedad en particular, en relación a su desarrollo, a sus estándares de vida y a su concepción de bienestar, requiere para permitir la participación de las personas en la vida social.

Como se puede apreciar, cada uno de estos conceptos tiene múltiples acepciones y diversos caminos por donde transitar. Con frecuencia los gobiernos, en particular aquellos que privilegian las políticas de ajuste macroeconómico, el control del déficit fiscal y de la inflación, como muchos de los gobiernos de América Latina, se quedan con una definición de pobreza absoluta y la definen en la forma más elemental: línea de pobreza por ingresos, por canasta básica alimentaria o por carencia de satisfactores mínimos. El resultado de estas definiciones puede ser que para México, no se contabilicen 70 millones de pobres (estimaciones derivadas de una medición integral de la pobreza), sino “solo” 50 o 40 millones de pobres. Esto demuestra, que el concepto, el uso del concepto y la forma de medición, pueden hacer que los programas incorporen a más o menos población y que los recursos necesarios para esa política social se reduzcan o aumenten drásticamente.

Si hablamos de un núcleo esencial de satisfactores, estamos tratando de algo más complejo que lo básico. Básico hace referencia a lo elemental para sobrevivir, pero cuando se introduce la noción de esencial se trata de lo necesario para desarrollar las capacidades individuales y colectivas en una sociedad determinada. Es decir, las necesidades humanas que se requiere satisfacer en términos absolutos y relativos. Entonces, reconocer un núcleo esencial e irreductible de satisfactores daría un contenido distinto a las definiciones de pobreza y podría ser una plataforma para articular una visión amplia de equidad social.

La exclusión social, puede ser definida como la existencia de poblaciones sin opciones de incorporación e integración al desarrollo y a sus beneficios, con ruptura de la cohesión social. Mientras que, la exclusión en salud se reconoce como la falta de acceso a diversos bienes, servicios y oportunidades para mejorar y preservar el estado de salud. Nuevamente, la definición tiene varios componentes: acceso a atención médica, acceso a otros satisfactores de atención a la salud, acceso a satisfactores que impactan la situación de salud y aspectos particulares como la protección financiera en salud, que sería sólo un rubro a considerar en la búsqueda de inclusión.

Así, también se tienen distintas acepciones y diversas posibilidades de entender la exclusión en salud, y depende de nuestra perspectiva, del marco desde donde se defina, el poder comprender la exclusión en salud como un componente esencial de la exclusión social y entenderla como la negación del derecho para satisfacer necesidades de salud o restringirla solo al acceso a atención médica o a la protección financiera.

En función de la historia de los países, de sus trayectorias en políticas sociales y de salud, del tipo y monto de sus financiamientos, de los actores movilizados y de sus agendas en estos temas, se adoptará un cierto marco político-valorativo y un conjunto de estrategias para enfrentar la exclusión.

Uno de los problemas es que, en general, en las políticas y los programas de salud no se hacen estas explicitaciones sino que se parte de un concepto dado y se da por sentada toda la discusión previa sobre valores, principios, visión de la sociedad, etc. Cuando en realidad las opciones conceptuales, metodológicas y de política pública no son unívocas. Yo lo ejemplifico en espejo, con dos polos: en un extremo, la salud como derecho y condición esencial para el desarrollo pleno de capacidades humanas individuales y colectivas y su atención como tarea de toda la sociedad y problema público; en el otro, intervenciones mínimas y selectivas para la sobrevivencia, sólo para paliar los daños o la muerte de aquellos que no pueden resolver sus necesidades en el mercado y/o para disminuir el conflicto social con pocos recursos y sin transformar sus condiciones de vida.

Con eso, no descalifico los programas puntuales, sólo intento llamar la atención sobre la importancia de la perspectiva que guía a las políticas social y de salud y a la necesidad de reconocer sus horizontes, sus límites y el posible impacto de esas políticas. Por ejemplo, el programa de “Arranque Parejo en la Vida”, si funciona bien, si se generaliza, puede impactar positivamente en la reducción de la mortalidad perinatal y la mortalidad materna, pero, como se trata de un programa muy específico, a donde se canalizan ciertos recursos y no se modifican los riesgos estructurales, de condiciones de vida, de condiciones de trabajo, de garantía de un conjunto de satisfactores esenciales para la vida, el horizonte de transformaciones es muy limitado; mientras que, si este programa se inscribe en una propuesta conjunta de políticas sociales más allá del sector salud y en una articulación de políticas públicas saludables (económicas, sociales, ambientales, etc.) el horizonte de transformación tendría un mayor impacto global y en el problema particular de muerte materna y perinatal.

Así mismo, considerando opciones de política pública, por ejemplo: la solidaridad colectiva *versus* la individualización de costos y la universalidad *versus* la focalización, son definiciones que conducen a resultados distintos. En México existe un programa focalizado para la población pobre, en donde se movilizan recursos para salud, educación y alimentación, inicialmente se llamó PASE (Programa de Alimentación, Salud y Educación), posteriormente se conoció como Progresá y ahora se denomina Oportunidades. En este programa la focalización es familiar. Se identifican a las familias más pobres, en contextos generalizados de pobreza regional y comunitaria, con procesos de inclusión (los beneficiarios) y exclusión (los pobres “no tan pobres”), que han producido fracturas en los mecanismos de solidaridad comunitaria, porque hay familias que son elegidas para estar en el programa y otras no, aunque las diferencias entre unas y otras sean mínimas; las poblaciones han desarrollado estrategias para acceder al programa (falsear datos, no informar ciertas condiciones, esconder los enseres domésticos,

etc.); algunos servidores públicos concentran un enorme poder local, principalmente maestros y médicos, que son los que acreditan la asistencia escolar y la participación en programas de salud, ambas condiciones obligatorias para recibir el apoyo monetario del programa y los políticos utilizan estos programas para reforzar sus clientelas electorales. Así, los mecanismos de inclusión/exclusión fracturan la cohesión social y la solidaridad en las comunidades y la propia política social refuerza desigualdades y vicios clientelares preexistentes.

Por eso, muchos de estos programas focalizados, que además focalizan con mucha perfección, pues hacen diferencia entre los pobres estructurales o los nuevos pobres, identifican a las mujeres pobres, a las niñas pobres, desde mi perspectiva son una perversión de la política social, que focaliza e hiperfocaliza, hasta que - se supone - el subsidio llegue a quien sí lo necesita. En el camino, ya se perdieron 80 centavos de cada peso, por gastos y trámites administrativos, mecanismos para decidir esta familia sí y esta otra no; encuestadores y verificadores que van a ver si lo que se reportó se tiene o no se tienen, etc. Estos sistemas son caros y excluyentes sobre todo en contextos sociales muy desiguales y empobrecidos y con frecuencia lo que producen es un discurso sobre lo preocupante de la exclusión social, mientras en la práctica aceleran la ruptura del tejido comunitario y de la cohesión social.

Para entrar en la última parte de mi presentación, me detendré, para ilustrar el contraste entre políticas de salud en dos niveles en México, nacional y local (Distrito Federal), para que ustedes vean cómo, desde un diagnóstico muy semejante, hay opciones de política pública y estrategias distintas. Mientras que en el nivel nacional, el Programa de Salud 2001-2006 plantea la equidad, la calidad técnica y la protección financiera como los retos que debe enfrentar el sistema de salud, en el nivel local (Distrito Federal), el Programa de Salud 2002-2006 del Gobierno del Distrito Federal (GDF) plantea mejorar las condiciones generales de salud, reducir las desigualdades, garantizar la seguridad sanitaria, y garantizar un financiamiento suficiente y equitativo. En el primero hay un mayor énfasis en la equidad y la protección financiera, mientras que en el segundo la preocupación central es la reducción de las desigualdades y el financiamiento equitativo.

Cuando se analiza la parte diagnóstica, existen matices pero también se identifican varias preocupaciones compartidas. Es decir - esto también es algo que con frecuencia ocurre - en general se tiene un diagnóstico semejante. Tanto los liberales, como los igualitaristas, los que impulsan una política social de mercado o aquellos que pugnan por la desmercantilización y los derechos, tienen diagnósticos semejantes. Se reconocen las desigualdades, las brechas y la existencia de grupos que están en peores condiciones de salud, donde comienzan a definirse las diferencias es en las estrategias. Mientras que en el nivel nacional se propone, como uno de los programas fundamentales el Seguro Popular de Salud - un sistema de prepago voluntario para población sin seguridad social, que incluye un paquete limitado de intervenciones - en el nivel local, el programa fundamental es

el de servicios médicos y medicamentos gratuitos en todas las unidades de 1er. y 2° nivel que pertenecen a la red de servicios del GDF.

El impulso a la protección de la salud como derecho es explícitamente planteado en el nivel local, mientras que en el nivel nacional el énfasis está en la preocupación financiera y esto va perfilando el peso de las estrategias. En el nivel nacional se plantean mecanismos de prepago familiar voluntario y la integración de un fondo tripartita (familias, gobiernos locales y gobierno federal) para financiar el Seguro Popular; mientras que en el nivel local se plantea que toda la producción pública de servicios de salud sea financiada con recursos fiscales.

En el nivel nacional, también se propone que los sistemas estatales de salud funcionen como organismos públicos descentralizados, la articulación de múltiples proveedores, la promoción de la autonomía en la gestión hospitalaria y los contratos de gestión, así como desarrollo de mecanismos de compensación entre proveedores. Como ustedes ven, es un énfasis básicamente financiero y gerencial; mientras que en el nivel local hay una mayor preocupación por el nivel operativo, por el nivel de producción de servicios, la regionalización, la desconcentración, el fortalecimiento de la capacidad instalada y la territorialización de los servicios y beneficios, dando prioridad a las zonas de muy alta y alta marginalidad.

Los programas nacionales prioritarios son el programa de Seguro Popular y los programas para reducir el rezago en la salud, con énfasis en la atención de problemas que afectan a los pobres. Por otra parte, en el nivel local, son dos los programas centrales de corte universalista: el de servicios médicos y medicamentos gratuitos y la Pensión Universal Ciudadana, que se inició como apoyo alimentario a los adultos mayores. La Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF), reconoce la obligación de dar contenido al derecho a la protección a la salud y aun cuando se trata de un sistema público de atención a población abierta, se habla de derechohabencia.

Los compromisos financieros también nos muestran no solo el discurso y las orientaciones generales de la política, sino las prioridades reales. En el nivel nacional, el 6.5% del presupuesto federal se destina a gasto social, en el nivel local este porcentaje se duplica, con todos los matices que puede tener, trabajar a nivel nacional y trabajar a nivel local.

La canalización de los recursos públicos en el nivel nacional está dirigida básicamente a subsanar compromisos financieros, pago de deudas internas y externas y rescates bancarios y no ha habido un incremento sustancial en el gasto público en salud. Para el año 2003, éste fue de 2.6% como proporción del PIB, de los más bajos de América Latina, si se considera el nivel de ingresos de México, catalogado como país de ingreso medio. Otro dato, en el primer año de operación del seguro popular - durante el programa piloto - se invirtieron 130 millones de pesos.

En el nivel local hay una mayor canalización de recursos públicos hacia ciertas prioridades sociales como adultos mayores, discapacitados, y becas para hijos de madres solteras. Por cierto, medidas muy criticadas por algunos grupos y tachadas de populistas. Del presupuesto destinado a la SSDF, el 75% del presupuesto proviene de recursos locales y solo el 25% de recursos federales, canalizados a través de los Servicios de Salud Pública del DF. En el periodo 2001-2003 se identifica un incremento sustancial de los recursos para la SSDF que asciende a casi 70%, y en el primer año de operación del programa de apoyo a adultos mayores, los recursos destinados a la Pensión Universal Ciudadana fueron poco más de 1 000 millones de pesos.

Para concluir, desde mi perspectiva, la salud es una condición necesaria para el desarrollo pleno de capacidades y potencialidades individuales y colectivas. No puede ser, por tanto, su atención un evento a resolver por la vía del mercado. Creo que es algo en lo que se había avanzado, que habíamos ganado los sanitaristas, los trabajadores de la salud, y que perdimos en los últimos veinte años. Las evidencias en salud, los resultados negativos, los costos sanitarios y la catástrofe social que han producido las reformas hegemónicas de corte neoliberal que privilegian el mercado en la resolución de necesidades humanas esenciales, nos da la posibilidad de recuperar dos ideas centrales: **La salud no es una mercancía y la garantía de su atención no puede quedar sujeta a las leyes del mercado, con un Estado realizando actividades de caridad pública para pobres.**

También creo que otro elemento fundamental es que garantizar el derecho a la salud para todos los ciudadanos tiene que ser una prioridad de todos los países. Es un campo esencial para avanzar en la inclusión social y la gobernabilidad democrática. Hoy en día, estudiosos del campo social están identificando que entre los mayores problemas para la gobernabilidad democrática en nuestros países se encuentran la desigualdad social y la polarización, producto de estos 15, 20 ó 25 años, depende de cuando se incorporaron los países a la globalización de políticas económicas y sociales neoliberales.

Para finalizar, las agendas, en general, deben priorizar la defensa por la salud y por la vida, pues ambas están indisolublemente ligadas. Aún cuando existan muchos elementos contradictorios en las posiciones políticas, en las visiones de política social, hay elementos para movilizar recursos sociales y donde los múltiples actores pueden coincidir. La salud es un campo privilegiado para el logro de acuerdos, para la movilización de múltiples actores y para la construcción de agendas comunes.

Es también necesario desarrollar políticas públicas saludables y que tiendan a elevar la calidad de vida. No se trata sólo de impulsar políticas sectoriales, ni restringirlas a políticas de atención médica y mucho menos de limitarse a políticas de protección financiera, que además abordan una minúscula parte del problema,

sino pugnar por políticas públicas saludables, que significan empleos estables, salarios dignos, seguridad social, desarrollo sustentable, protección del medio, etc. Adicionalmente, estas políticas sectoriales y transectoriales tienen que frenar el deterioro de las instituciones públicas, pues sólo a través de instituciones públicas renovadas, se puede apoyar la cohesión social y la reconstrucción de las redes de solidaridad.

Si no se discute y reivindica a la salud como una síntesis de todos estos procesos, estamos perdiendo la capacidad movilizadora del campo. El mercado ya mostró su profunda capacidad destructora de la cohesión social. Entonces, tenemos que volver a recuperar lo público, no solo lo estatal - esto es importante -, sino lo público entendido en su acepción más amplia, dónde las políticas del Estado tienen que tener un papel central, conductor y regulador de los procesos.

Con esto yo terminaría mi presentación. Gracias.