

DESTRONAMIENTO DEL INGRESO COMO CAUSA DE LA SALUD¹

*Philip Musgrove*²

El ingreso como rey

Si la memoria no me engaña, cuando Adolfo Figueroa era un joven economista fue invitado a dar una charla sobre los problemas económicos del Perú a una audiencia de oficiales del Ejército. Esto fue durante el régimen militar, razón por la cual Adolfo se preocupaba de no dar un paso en falso con sus opiniones. Entonces, en vez de ofrecer su propio diagnóstico, comenzó la charla preguntando al auditorio lo que ellos consideraban el principal problema económico del país. Cuando nadie tomó la palabra, un general señaló a un subalterno y le insistió, «¡Teniente! ¡Contéstele al profesor!». El teniente, tomado de sorpresa, dijo algo como «Es que la gente no tiene dinero». Adolfo explicó que en ese caso, la solución era fácil —imprimir más dinero—, lo que le dio para entrar en una discusión de inflación y de la diferencia entre dinero —notas— e ingreso real —poder de compra—.

Supongo que si bien el teniente dijo «dinero», en realidad pensaba «ingreso», y su respuesta parece ser la más natural posible. Estamos acostumbrados a considerar al ingreso como factor causal o explicativo en relación a casi cualquier fenómeno económico, y muchos que ni siquiera lo son. La teoría más elemental que nos enseñaron y que enseñamos propone que el consumidor trata de maximizar su utilidad, frente a las restricciones de su ingreso y de los precios que enfrenta. Suponer que el nivel de utilidad o bienestar alcanzado es función del consumo

¹ Este ensayo es una traducción y expansión de «The dethronement of income as a cause of health: an essay», publicado en 2007, en la *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil / Brazilian Journal of Mother and Child Health*, vol. 7, n° 4, octubre-diciembre. Representa únicamente las opiniones del autor; en particular, no se las debe atribuir a ninguna de las organizaciones con la que está o ha estado asociado.

² Deputy Editor, Health Affairs. correo electrónico: pmusgrove@projecthope.org.

de una canasta de bienes y servicios, equivale a decir que la utilidad es función del ingreso y de los precios. La teoría puede ser complicada por la introducción de riqueza o capital en adición al ingreso corriente, como también por suponer que el consumidor elige simultáneamente con los consumos que compra, el consumo de ocio, y por lo tanto, determina su ingreso. Pero el ingreso retiene un papel central en estas decisiones.

Adolfo dirigió el estudio de consumo e ingreso de los hogares de Lima, cuyos resultados formaron parte del libro ECIEL sobre el tema en cinco países sudamericanos³. Gran parte del análisis consistió en estimar elasticidades-ingreso para distintos componentes del consumo, tomando en cuenta otros factores como la edad, la educación y el tamaño familiar. El gran impacto del ingreso en la canasta de consumo de los hogares puso énfasis en la importancia de la distribución del ingreso, tema de otro libro ECIEL con el cual Adolfo también contribuyó⁴. Los temas de la distribución del ingreso y sus efectos sobre el consumo, la calidad de vida y el bienestar nos ha ocupado a los dos durante largos años; basta citar la obra de Adolfo sobre lo que llamó una «crisis distributiva»⁵.

Entre los consumos que los hogares compran están los bienes y servicios de salud. Si la gente tiene que costearlos de su bolsillo, otra vez el ingreso será un factor crucial limitante. Esto se muestra en un estudio sobre el gasto familiar en salud, utilizando los datos referentes a diez grandes ciudades encuestadas en el primer libro ECIEL ya mencionado, más la información de una gran encuesta en Brasil que incluye ciudades menores y áreas rurales⁶. Aún cuando las atenciones de salud son financiadas colectivamente, vía impuestos o seguros, se mantiene una fuerte asociación entre el ingreso per cápita de un país y lo que esa sociedad gasta en total en salud⁷. No hay nada de sorprendente en esas relaciones de gasto con ingreso. Es algo más notable, que el ingreso se asocie con el *estado* de salud de una población, como si ese estado fuera un resultado directo del consumo de atenciones médicas. Por ejemplo, en el Perú se nota que la expectativa de vida al nacer en los distintos departamentos al inicio de los años

³ a) Musgrove, P. (1978). *Consumer Behavior in Latin America*. Washington D. C.: The Brookings Institution. Publicado en español en 1980 como *Ingreso y Consumo Urbano en América Latina*. Washington D. C.: Organización de Estados Americanos. b) ECIEL es el programa de Estudios Conjuntos sobre Integración Latinoamericana.

⁴ Musgrove, P. (editor) (1983). *Ingreso, Desigualdad y Pobreza en América Latina*. Río de Janeiro: Programa ECIEL.

⁵ Figueroa, A. (1993). *Crisis distributiva en el Perú*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

⁶ Musgrove, P. (1983). Family health care spending in Latin America. *Journal of Health Economics*, vol. 2.

⁷ Musgrove, P.; Carrin, G.; y Zeramardini, R. (2002). Basic Patterns in National Health Expenditure. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 80, n° 2, febrero.

ochenta variaba sistemáticamente con el ingreso per cápita, luego de tomar en cuenta la utilización de servicios de salud y la provisión media de agua potable⁸. La curva de relación al ingreso muestra, en un extremo, el nivel de pobreza debajo del cual la sobrevivencia parece imposible, y en el otro, la aproximación al límite natural de años de vida. La misma forma de relación —rápido mejoramiento de salud cuando el ingreso sube desde la extrema pobreza, seguido de desaceleración a niveles más altos— se nota al comparar expectativa de vida con producto bruto por persona en países y regiones de todo el mundo⁹. El dinero no compra inmortalidad, pero parece comprar longevidad hasta nuestro potencial biológico.

Véase casi cualquier gráfico en una publicación sobre salud pública, y habrá una alta probabilidad de que la variable en el eje horizontal sea el ingreso. Puede ser el caso para datos que referen a individuos, grupos poblaciones o países enteros, en cualquier forma visual que se los representa. Además, es probable que se relacione con el ingreso, independientemente de si la variable de salud en el eje vertical sea expectativa de vida, una tasa de mortalidad o la incidencia o prevalencia de una enfermedad o condición específica. Hasta cierto punto, esta dominación del ingreso como factor explicativo de la salud es razonable. El ingreso realmente está relacionado con un sinfín de variables, inclusive fenómenos como la lluvia y la temperatura —y es bien conocido que la salud tiende a ser peor en lugares tropicales—¹⁰. Generalmente, la pobreza incrementa los riesgos de enfermedad y muerte prematura por distintos canales. Es también muy fuerte la relación inversa: la mala salud constituye un tremendo riesgo para el empobrecimiento, sea a través de una discapacidad que impide trabajar y ganar ingreso, sea a través de costos impagables para la atención médica, o por ambas causas. En un año dado, desembolsos catastróficos de salud pueden afectar entre 1% y 10% de los hogares en un país, y ese estimado ni siquiera toma en cuenta a las familias que no obtuvieron atención por no poder costearla¹¹. Problemas de salud son con frecuencia la causa principal de empobrecimiento o bancarrota, cosa que puede suceder en un país pobre como Vietnam¹² o aún en los Estados Unidos¹³. Por

⁸ Musgrove, P. y Heysen, S. (1986). Esperanza de Vida y su Relación con Ingresos, Agua Potable y Consultas Médicas en el Perú. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 100, n° 1, enero.

⁹ World Bank (1993). *World development report: investing in health*. Washington D. C., capítulo 2.

¹⁰ Easterly, W. (2002). *The elusive quest for growth: economists' adventures and misadventures in the tropics*. Cambridge: MIT Press.

¹¹ Xu, K.; Evans, D. B.; Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M.; Musgrove P.; y Evans T. (2007). Protecting households from catastrophic spending. *Health Affairs*, vol. 26, pp. 972-983.

¹² Wagstaff, A. y van Doorslaer, E. (2003). Paying for health care: quantifying fairness, catastrophe, and impoverishment with applications to Vietnam, 1993-98. *Health Economics*, vol. 12, pp. 921-933.

¹³ Himmelstein, D. U.; Warren E.; y Thorne D., Woolhandler S. (2005). Illness and injury as contributors to bankruptcy. *Health Affairs*, febrero. Disponible también en: [http:// www.healthaffairs.org](http://www.healthaffairs.org).

todos estos motivos, el «rey ingreso» parece estar seguro sobre su trono como el «rey de explicaciones del estado de salud de una población». Como consecuencia, parece que el camino hacia una mejor salud pasa por el crecimiento económico, sobre todo por aumentos de ingreso que reduzcan la pobreza absoluta.

Una corona que tiembla

El argumento de este ensayo es que el trono es inestable, que el ingreso de hecho es mucho menos importante para la salud que lo que estas evidencias sugieren. El ingreso siempre será importante, dado que por definición es lo que nos permite comprar muchos insumos valiosos para nuestra salud. Sin embargo, el ingreso abre posibilidades, nada de garantías. Que el ingreso crezca, si bien es deseable por varias razones, no siempre es necesario para que la salud mejore. El lema no oficial del Proyecto de Prioridades para el Control de la Enfermedad¹⁴ lo resume bien: «un país no requiere ser rico para ser saludable». Lo mismo vale para individuos y grupos de población, por lo menos si no son definidos por mala salud en primera instancia. Esta es una muy buena noticia, debido a que el crecimiento económico es generalmente lento y difícil. Un país acaso puede sostener un ritmo de avance de 7% u 8% anual en su renta per cápita, como recién lo ha hecho China, pero un crecimiento de 3 o 4% por un largo período es arduo de mantener. Si dependiera solo del crecimiento del ingreso, la salud mejoraría bien lentamente. De hecho, ha mejorado mucho más rápido que los cambios en el ingreso.

Surgen aquí dos preguntas a las que se dedica el resto de este ensayo. Primero, ¿por qué el ingreso ha aparecido como un factor correlacionado o explicativo tan fuerte de la salud? Quiere decir, ¿qué otros factores fueron perdidos de vista o no apreciados adecuadamente? Segundo, ¿cuáles son los cambios en nuestro entendimiento que llevan al destronamiento del ingreso? Es decir, ¿qué lógica y qué evidencias nos muestran que esos factores merecen el crédito que antes se concedía al ingreso?

El peso de la historia

En la universidad yo estudié matemática e historia. Cuando decidí estudiar mi maestría en economía, me preguntaron qué relación tenía esa disciplina con aquellas en que me había concentrado previamente. Mi respuesta, ingenua pero no del todo equivocada, era que economía como disciplina se sustenta tanto en

¹⁴ Jamison, D. T.; Breman, J. G.; Measham, A. R.; Alleyne, G.; Claeson, M.; Evans, D. B.; Jha, P.; Mills, A.; y Musgrove, P. (editores) (2006). *Disease control priorities in developing countries*. Segunda edición. Washington D. C.: Oxford University Press, World Bank.

la matemática como en la historia. En los años que han pasado desde entonces, me parece que la mayor parte del análisis económico mediocre que he encontrado está desbalanceado: depende demasiado de la matemática y presta insuficiente atención a la historia.

¿Por qué esto es relevante? —porque gran parte de la evidencia que relaciona salud con ingreso es de corte transversal. Describe un momento en el tiempo, cuando en general existe una fuerte asociación¹⁵. Sin embargo, la historia detrás de esa asociación —cómo fue que los países, grupos o individuos llegaron a tener el ingreso y el estado de salud exhibido en ese momento— desaparece de vista. Los estudios de corte transversal son más fáciles que los análisis históricos, sobre todo si las variables de interés son difíciles de medir excepto en el presente o el pasado muy reciente. Los economistas solo aclararon el concepto de «ingreso» en los años treinta, y buenos estimados nacionales son muy raros antes de 1960. Lo que se estima o mide es lo que se analiza, y se han dedicado grandes esfuerzos a la medición del ingreso. Afortunadamente, estimados bastante imprecisos muestran grandes diferencias en el tiempo o entre países. No obstante, al observar en los datos una relación robusta, siempre existe el peligro de interpretarla como causal y no cuestionar más a fondo.

¿Será que siempre existía una notable relación de corte transversal entre el ingreso y el estado de salud? La respuesta seguramente es no. Imagínese doscientos o trescientos años atrás: aunque la renta de un individuo puede haber determinado su posibilidad de consultar a un médico cuando se sentía enfermo, probablemente habría protegido su salud mejor, gastando su dinero en otra cosa. Unos siglos antes, el paciente habría corrido el riesgo de ser sangrado, bajo el absurdo supuesto de que solo la sangre mala saldría, dejando la sangre buena en circulación. Basta un poco de pensamiento histórico para darse cuenta que hasta tiempos muy recientes el ingreso no pudo beneficiar la salud por la vía de atenciones de salud, porque nuestros conocimientos sobre salud y enfermedad son poco profundos. La acumulación de información sobre el cuerpo humano y su funcionamiento, los descubrimientos de Harvey, Jenner, Pasteur, Koch y muchos otros, forman uno de los capítulos más fascinantes de la ciencia, pero es en su mayor parte una historia muy reciente¹⁶. Esto no es nada sorprendente, dado que nuestro cuerpo es de lejos el objeto más complejo que jamás hemos tratado de estudiar.

En el pasado, un mayor ingreso contribuyó a mejorar la salud por una sola vía, por permitir que la gente comiera mejor. La primera etapa de este progreso

¹⁵ Pritchett, L. y Summers, L. H. (1996). Wealthier is healthier. *Journal of Human Resources*, 31, pp. 841-868.

¹⁶ Miller, J. (1978). *The body in question*. Nueva York: Random House.

consiste en ingerir suficientes calorías para sobrevivir y poder trabajar, lo cual estaba fuera del alcance de grandes grupos poblacionales en Europa en el siglo dieciocho¹⁷. La segunda etapa consiste en consumir más proteína, particularmente de origen animal, lo que se traduce en mayor altura y fuerza —y en menor grado, mayor peso—¹⁸. La expectativa de vida está relacionada con la talla y el peso corporal, habiendo un peso óptimo correspondiente a cada altura. Mucho del progreso económico y en el campo de la salud en los últimos dos siglos ha consistido en «subir la colina» en el mapa que describe la relación entre antropometría y longevidad. Hoy en día, gran parte de la población mundial todavía padece la combinación de dieta inadecuada y la consecuente susceptibilidad a las enfermedades transmisibles, que juntas dan cuenta de un tercio de la carga de enfermedad en los países de bajo y medio ingreso¹⁹.

Los usos del ingreso

Además de ignorar la historia, un análisis simple de corte transversal que relaciona salud e ingreso no dice nada sobre los usos de aquel ingreso. Este no es un tema fácil de estudiar, dado que muchas aplicaciones diferentes de consumo o inversión puede afectar la salud, para bien o mal. La tentación es de concentrar solamente en lo que se gasta en el «sistema de salud», pero este concepto resulta también difícil de definir²⁰. Un enfoque aún más restricto limita la atención a lo que se gasta en atenciones de salud. El hallazgo principal de tales estudios es que el mayor gasto no necesariamente compra mejor salud, aún cuando compra más servicios. En los países ricos, más dinero puede ser absorbido en precios más altos²¹ o en atenciones costosas que contribuyen poco para aumentar los años de vida saludables. Incluso en países pobres, donde el ingreso es intrínsecamente más importante, el gasto total en salud no tiene por qué relacionarse con cualquier indicador de salud, sobre todo si se trata de mortalidad infantil, un indicador

¹⁷ Fogel, R. W. (1994). Economic growth, population theory and physiology: the bearing of long-term processes on economic policy. *American Economic Review*, vol. 84, pp. 369-395.

¹⁸ Jamison, D. T.; Leslie, J.; y Musgrove, P. (2003). Malnutrition and dietary protein: evidence from China and from international comparisons. *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 24, pp. 145-154.

¹⁹ Mason, J. B.; Musgrove, P.; y Habicht, J. P. (2003). *At least one-third of poor countries' disease burden is due to malnutrition*. Bethesda: National Institutes of Health. Disease Control Priorities Project Working Paper n° 1.

²⁰ World Health Organization (2000). The world health report. *Health systems: improving performance*. Geneva: WHO, capítulo 1.

²¹ Anderson, G. F.; Reinhardt, U. E.; Hussey, P. S.; y Petrosyan, V. (2003). It's the prices, stupid: why the United States is so different from other countries. *Health Affairs*, vol. 22, pp. 89-105.

común. El hecho de no encontrar ninguna asociación fuerte²² no comprueba nada; en particular, no es evidencia de que el gasto en salud es inefectivo o de que el ingreso contribuye más al estado de salud. Análisis tan agregados están lejos de comprobar la relación costo-efectividad o costo-beneficio de los gastos en atenciones particulares de salud, que a veces resultan muy provechosos²³.

Un examen más cuidadoso de cómo se usan los recursos en salud nos lleva también a considerar lo que sucede cuando el ingreso cae. Una reducción en el PBI de un país generalmente implica reducciones en los impuestos y en el empleo, que a su vez generan pérdidas de cobertura de los seguros de salud públicos y privados, así como en la capacidad del sector público para atender los consecuentes problemas de demanda de atención²⁴. Las consecuencias son aún peores, como lo ha mostrado una alumna de Adolfo en el caso específico del Perú, si la reacción del seguro social es de proteger a sus funcionarios y cortar, más que proporcionalmente, lo que gasta en los otros insumos requeridos²⁵.

Cortando las patas del trono

Pensemos que el «rey ingreso» se sienta sobre un trono de cuatro patas. Cada una de esas patas es vulnerable a una línea de evidencia, que hace que el ingreso pareciera menos dominante como factor que causa o que explica las diferencias en el estado de salud.

Consideraciones distributivas

En primer lugar, es evidente que el ingreso total o promedio de una sociedad servirá mejor para promover una población sana, en el grado que se lo comparta para comprar dos tipos de bienes que tienen un impacto desproporcionado en la salud. Un tipo consiste de medidas de salud pública que los individuos no comprarán de por sí. El otro tipo de bien crucial consiste en protección financiera contra los riesgos de enfermedad y accidente. Cuando esa protección es incompleta —cuando gran parte de la población no tiene cobertura de cualquier forma de

²² Filmer, D. y Pritchett, L. (1999). The impact of public spending on health: does money matter? *Social Science and Medicine*, vol. 49, pp. 1309-1323.

²³ Musgrove, P. y Heysen, S. Ob. cit.

²⁴ Musgrove, P. (2004). Economic Crisis and Health Policy Response. En Musgrove P, ed. *Health economics in development*. Washington D. C.: World Bank, capítulo 20 (editor).

²⁵ Petrerá, M. (1989). Effectiveness and Efficiency of Social Security in the Economic Cycle: the Peruvian Case. En Musgrove, P. (editor). *Health Economics: Latin American Perspectives*. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud.

seguros— la capacidad de la gente de obtener atención médica depende de sus ingresos individuales. Por lo tanto, la distribución del ingreso asume gran importancia. Por falta de tal protección, la situación típica de un país pobre constituye una «crisis distributiva» con respecto a la salud, aunque la distribución del ingreso no sea desigual. Esto resulta de la desigualdad de los riesgos de salud, sobre todo el riesgo de enfrentar un gasto catastrófico para la atención requerida.

De tal manera que cuando las intervenciones de salud pública no son financiadas y provistas adecuadamente, la gente se ve expuesta a riesgos que pueden costar mucho más para resolver a través de atenciones individuales. Otra vez, tendrán que defenderse solo con sus propios recursos. Extender tanto la cobertura financiera contra los gastos de atención individual, al igual que las intervenciones de promoción y prevención, constituye el desafío principal en salud que enfrentan los países de bajo y medio ingreso²⁶. En ambos sentidos el objetivo es hacer que la distribución de ingreso tenga menos importancia, dado que el crecimiento económico es lento y la redistribución directa del ingreso es políticamente difícil. La desigualdad de ingreso da lugar a la desigualdad de la carga que los hogares enfrentan para pagar las atenciones de salud. Sin embargo, resulta más fácil mitigar ese segundo problema que corregir el primero. También resulta más fácil mejorar el conocimiento que la gente tiene de sus riesgos de salud y las medidas para reducirlos, que asegurarles suficiente ingreso como para tratar de los riesgos que surjan. El ingreso no es la única variable cuya distribución importa para la salud: son tanto o más importantes las distribuciones de conocimiento y de la protección financiera.

Entendimiento histórico

Todas las cuestiones interesantes en economía tienen una dimensión temporal. Es por ello que resulta sorprendente cuántos análisis han sido no históricos o efectivamente instantáneos. Si la ignorancia o negligencia con respecto a la historia tiende a exagerar el peso del ingreso, un mejor entendimiento del pasado tiende a reducir su importancia entre los factores causales de la salud. Esto no implica ignorar el ingreso, implica tomarlo en cuenta en el tiempo, junto con las demás causas. Implica examinar cambios y no solo niveles en las variables de interés. Un buen ejemplo reciente se presenta en el análisis de por qué la tasa de reducción de mortalidad infantil varía tanto entre países, si las intervenciones

²⁶ Musgrove, P. (2007). Challenges and solutions in health in Latin America. Disertación para la Consulta de San José. Auspiciado por el Copenhagen Consensus Center and the Inter-American Development Bank. San José de Costa Rica, 22 – 26 de octubre.

para controlarla son bien conocidas y están a disposición de todos²⁷. Se requiere mirar el fenómeno a través del espacio y el tiempo en simultáneo para separar el efecto del ingreso de otros factores, sobre todo la tasa de implementación de los avances tecnológicos.

Un examen cuidadoso de la historia de mejoras en salud también demuestra que tal progreso se debe muy poco a la acción de mercados privados²⁸. Esto es relevante porque la mayor parte de cualquier impacto de incrementos en el ingreso se expresa a través del mercado. El ingreso será más importante para la salud, en el grado en que sus incrementos llevan a la población a demandar, y al mercado a proveer, los bienes y servicios saludables sin interferencia de los gobiernos. Sin embargo, el llamado «fracaso del mercado» es tan ubicuo en salud, que la intervención del Estado ha sido crucial. El mercado privado funciona bien en equilibrar la demanda con la oferta, pero es mucho menos efectivo para asegurar que las necesidades en salud sean demandadas y satisfechas²⁹. El «fundamentalismo del mercado», la creencia ideológica de que el mercado privado resuelve todo, está más lejos de la realidad histórica en salud que en cualquier otro sector.

El primer libro de Adolfo Figueroa ofrece luz para este debate. Demostró que los campesinos de la sierra peruana eran, ya en los años setenta, mucho más integrados a la economía nacional que lo que se había sospechado antes³⁰. Comercian una gran parte de su producción a cambio de artículos modernos hechos de metal, plástico y otros materiales no tradicionales, como se podía ver al visitar cualquier mercado al aire libre en la zona. El mercado funcionaba —pero era mucho menos efectivo en proveer a la economía campesina los frutos de avances tecnológicos en salud—. Décadas después, la lucha por mejorar su estado de salud continúa, con progresos reales pero lejos de lo potencial. Estos progresos, a su vez, han ocurrido más rápido que el crecimiento del ingreso de la población serrana.

²⁷ Jamison, D. T.; Sandhu, M. E.; y Wang, J. (2004). *Why has infant mortality decreased at such different rates in different countries?* Disease Control Priorities Project Working Paper n° 21. Bethesda: National Institutes of Health.

²⁸ Easterlin, R. A. (1999). How beneficent is the market? A look at the modern history of mortality. *European Review of Economic History*, vol. 3, pp. 257-294.

²⁹ Musgrove, P. (2004). Public and private roles in health. En Musgrove P. (editor). *Health economics in development*. Washington D. C : World Bank, capítulo 2.

³⁰ Figueroa, A. (1981). *La economía campesina de la sierra del Perú*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Adopción de intervenciones

El estudio del descenso en la mortalidad infantil antes referido³¹ llega a la siguiente conclusión: para todos los países juntos el progreso en la adopción o implementación de intervenciones de salud da cuenta de dos tercios de la reducción en muertes entre 1962 y 1987. Incrementos en el ingreso explican solo 7% de esa reducción, un impacto comparable con el aumento en el número de médicos por habitante. El segundo mayor impacto deriva de la expansión de escolaridad, lo cual es consistente con otras investigaciones que muestran que más educación femenina contribuye a mejor salud para las madres y sus hijos. La importancia de crecimiento del ingreso varía entre países; parece menos importante cuando se supone que distintos países han adoptado las intervenciones a ritmos diferentes, comparado con asumir que la tasa de adopción tecnológica fue uniforme. Es un punto obvio, pero crucial, que la disponibilidad de inmunización, rehidratación oral, redes tratadas con insecticidas u otras intervenciones contra la muerte infantil no garantizan que sean aplicadas tempranamente o en gran escala. La dificultad de costear estas medidas, es decir, ingresos inadecuados, no parece ser la razón de que algunos países han progresado más que otros.

La lentitud en adoptar las intervenciones valiosas no es un problema solo en sociedades pobres donde el ingreso puede ser una mayor barrera a su implementación. Se ha demostrado que en los Estados Unidos las drogas antihipertensivas ofrecen un excelente valor en relación a su costo. No obstante, un análisis todavía cuestiona por qué el alto retorno a la inversión no ha conducido a su uso más amplio³². La atención a la enfermedad coronaria para los ancianos muestra una baja utilización en vista de su costo-efectividad³³. Limitaciones del entendimiento entre pacientes y proveedores, inadecuada cobertura de seguros y otros factores resultan más importantes que la falta de ingreso para demorar la adopción de avances que salvan vidas.

Mayor ingreso, peor salud

Las tres patas cortadas del trono del «rey ingreso» dan a entender una que otra subutilización del potencial del ingreso para mejorar la salud. La cuarta pata es

³¹ Jamison, SAndlu y Wang. Ob. cit.

³² Cutler, D. M.; Long, G.; Berndt, E. R.; Royer, J.; Fournier, A. A.; Sasser, A.; y Cremieux, P. (2007). The value of antihypertensive drugs: a perspective on medical innovation. *Health Affairs*, vol. 26, pp. 97-110.

³³ Rosen, A. B.; Cutler, D. M.; Norton, D. M.; Hu, H. M.; y, Vijan, S. (2007). The value of coronary heart disease care for the elderly: 1987-2002. *Health Affairs*, vol. 26, pp. 111-23.

diferente: mayores ingresos pueden llevar a peores estados de salud, debido a los cambios no-saludables de comportamiento que provocan o que los acompañan. Históricamente esto sucedió con el hábito de fumar, que fue adoptado en las primeras décadas del siglo pasado por la gente de mayor ingreso y educación. Las enfermedades relacionadas con el tabaco volvieron a ser asociadas con ingresos bajos solo cuando el hábito se difundió y las clases más altas comenzaron a abandonarlo³⁴. Los cambios más recientes que aumentan los riesgos de salud, o que causan peores situaciones sanitarias, son las dietas ricas en grasas y azúcar, así como la reducción en actividad física. Estos frutos del crecimiento económico provocan la obesidad y sus numerosas consecuencias, incluida la diabetes, que se está expandiendo rápidamente en países de medio y de bajo ingreso.

Estos cambios no son el resultado directo de tener más dinero en el bolsillo. Se derivan de cambios en la estructura del empleo y en los precios relativos que acompañan el desarrollo económico. En consecuencia, se relacionan más a cambios en el ingreso promedio y no tanto a los ingresos individuales. De hecho, las personas de mayor escolaridad e ingreso son menos susceptibles a las tentaciones de estilos de vida no saludables que los más pobres, para quienes el desarrollo implica comida menos costosa y empleos que demandan menos fuerza física, con o sin cambios en sus ingresos. Parece que este retroceso en salud debería ser fácil de controlar —la gente debería gozar de los beneficios de mayor ingreso, menos hambre y más ocio sin adoptar costumbres nefastas para su salud. Sin embargo, aunque sea claro qué cambios de comportamiento evitarían estos problemas, está menos claro si esfuerzos de salud pública pueden ser efectivos a un costo razonable³⁵.

Otra vía por la cual el incremento en el ingreso puede ser dañina para nuestra salud es a través del la contaminación del aire, el agua y los suelos. Nuevamente, el culpable no es el ingreso como tal: es el incremento en la generación de energía y producción industrial sin controles adecuados sobre los residuos lanzados al ambiente. Esto demuestra, otra vez, que lo importante no es el nivel de ingreso sino la manera en que es creado y usado. China, país líder en crecimiento económico

³⁴ Bobak, M.; Jha, P.; Nguyen, S.; y, Jarvis, M. (2000). Poverty and smoking. En Jha, P. y Chaloupka, F. (editores). *Tobacco control in developing countries*. Oxford: Oxford University Press, capítulo 3.

³⁵ Willett, W. C.; Koplan, J. P.; Nugent, R.; Dusenbury, C.; Puska, P.; y, Gaziano, T. (2006). Prevention of chronic disease by means of diet and lifestyle changes. En Jamison, D. T.; Breman, J. G.; Measham, A. R.; Alleyne, G.; Claeson, M.; Evans, D. B.; Jha, P.; Mills, A.; y, Musgrove, P. (editores). *Disease control Priorities in developing countries*. Segunda edición. Washington D. C.: Oxford University Press, World Bank, capítulo 44.

en años recientes, enfrenta grandes riesgos debido a una transición no saludable en los hábitos de comer y trabajar³⁶, como también por desastres ambientales³⁷.

En resumen

Es probable que el ingreso nunca dejará de ser importante para la salud. Es, al final, lo que nos permite comparar, socialmente o individualmente, las intervenciones de salud y la educación que capacita a la gente para entender y aplicar dichas intervenciones. El ingreso también se requiere para financiar la investigación que ha aumentado nuestro conocimiento sobre enfermedad y salud y ha llevado al desarrollo de drogas, vacunas, equipamientos, diagnósticos y protocolos de tratamiento. Son estos avances, y no el aumento del ingreso en sí, los que han hecho tanto para reducir la asombrosa carga de enfermedad que la raza humana sufría hace solo un siglo atrás. Una visión histórica y un análisis más cuidadosos que las simples relaciones de corte transversal nos han dado una mayor sofisticación respecto al papel del ingreso en causar, controlar o meramente acompañar el progreso en salud, que quizá es el fenómeno más extraordinario de nuestra época. Sin embargo, los argumentos presentados aquí no equivalen a un regicidio; basta tirar el «rey ingreso» de su trono y situarlo entre las múltiples causas de este progreso.

³⁶ Popkin, B. (2008). Will China's nutrition transition overwhelm its health care system and slow economic growth? *Health Affairs*, vol. 27, julio-agosto, pp. 1064-1076.

³⁷ Economy, E. (2007). The great leap backward? *Foreign Affairs*, vol. 86, pp. 38-59.