



HAL
open science

Efectos perversos del Índice de Desarrollo Humano. Ejemplo: el programa Oportunidades en Chavarrillo, México

Ana Isabel Cárcar Irujo

► **To cite this version:**

Ana Isabel Cárcar Irujo. Efectos perversos del Índice de Desarrollo Humano. Ejemplo: el programa Oportunidades en Chavarrillo, México. XV Encuentro de Latinoamericanistas Españoles, Nov 2012, Madrid, España. pp.71-81. halshs-00872170

HAL Id: halshs-00872170

<https://shs.hal.science/halshs-00872170>

Submitted on 11 Oct 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Actas
Congreso
Internacional
América
Latina:
La autonomía
de una región

XV Encuentro de
Latinoamericanistas
Españoles

Actas del Congreso Internacional “América Latina: La autonomía de una región”, organizado por el Consejo Español de Estudios Iberoamericanos (CEEIB) y la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), celebrado en Madrid el 29 y 30 de noviembre de 2012.

Editores:

Heriberto Cairo Carou, Almudena Cabezas González, Tomás Mallo Gutiérrez, Esther del Campo García y José Carpio Martín.

© Los autores, 2012

Diseño de portada: tehura@tehura.es
Maquetación: Darío Barboza
Realización editorial: Trama editorial
trama@tramaeditorial.es
www.tramaeditorial.es
ISBN-e: 978-84-92755-88-2

EFECTOS PERVERSOS DEL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO. EJEMPLO: EL PROGRAMA OPORTUNIDADES EN CHAVARRILLO (MÉXICO)

Ana Isabel Cárcar Irujo¹

Resumen

Desde 1990 el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo publica informes anuales sobre el Índice de Desarrollo Humano. Siguiendo las indicaciones de Amartya Sen, se han añadido nuevos conceptos a las mediciones, intentado presentar índices más ajustados a la realidad. Sin embargo, los ámbitos de medición se reducen a su pertenencia a las instituciones de la economía de mercado, quedando excluidas todas aquellas prácticas que se sitúan al margen de éste, y que además amortiguan la exclusión social y reducen las consecuencias de la pobreza.

Respondiendo a este discurso poscolonial los gobiernos habilitan programas asistenciales que no resuelven las causas estructurales de la pobreza. Es el caso del programa Oportunidades en México, que es analizado en Chavarrillo, un ejido perteneciente al Estado de Veracruz. El programa pretende fomentar el desarrollo integral mejorando las condiciones de salud y educación de las familias, entregando subsidios a las mujeres, como grupo más desfavorecido. Como contraprestación ellas deben gestionar laboral y económicamente el mantenimiento de la clínica, realizar trabajos que en realidad pertenecen a la Secretaría de Salud Pública y estar disponibles cuando la doctora de la clínica lo exija.

Esta situación produce dos efectos perversos. En primer lugar, la incompatibilidad con el trabajo fuera del hogar perpetúa los roles de género y la pobreza estructural. En segundo lugar, encontramos una situación sanitaria precaria, que se ve sustituida por el altruismo de enfermeras, curanderas y curanderos locales. Se trata del conocimiento y el capital humano puesto a disposición de la comunidad y no recogido en los Índices de Desarrollo Humano, así como las relaciones de reciprocidad establecidas en torno a la salud y la enfermedad.

71

Características del Índice de Desarrollo Humano

El enfoque capitalista en todos los análisis del desarrollo, basado en la acumulación y el incremento de la producción, consideraba que el progreso social surgiría por el propio desarrollo económico. Esta orientación supuso el fracaso de dos siglos de enfoque capitalista en los estudios sobre el progreso, abandonando aspectos fundamentales como el conocimiento, la libertad, la equidad, la participación y la identidad cultural. Como consecuencia en los años 80 se modifica el acento hacia lo que se conoce como desarrollo humano (Ibarra y Unceta, 2001). El objetivo ya no será aumentar la producción, sino elevar el capital humano². Se entiende que una mejora en la educación, la tecnología, la salud, la sanidad, y en general, el bienestar social, producirá un aumento tanto en la calidad de vida de las personas, como en la producción nacional; y se reconoce que el aumento de la producción por sí mismo no reduce la pobreza.

En 1990 el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) publicó el primer informe sobre el desarrollo humano en el mundo, presentando el índice de desarrollo humano (IDH) para medir el bienestar de las personas. El principal indicador utilizado, hasta entonces para medir el nivel de desarrollo fue la renta per cápita, que se traduce en el PIB/habitante. El IDH (indicador de las capacidades humanas) se complementó con el PNB per cápita (indicador del bienestar económico). Ambos indicadores son complementarios y se utilizan conjuntamente puesto que en muchas ocasiones no se encuentra una correlación entre ambos. Hay países bien situados en el ranking de desarrollo de capacidades humanas y con un bajo PNB per cápita y PIB, y viceversa.

El IDH se ha utilizado para mediciones regionales y provinciales y también se ha ajustado para medir otros aspectos como la desigualdad de género y el impacto en la desigualdad de la distribución de la renta. El PNUD, en 1996, consciente de las limitaciones del IDH con relación a los aspectos distributivos, mejora sus indicadores para medir la pobreza, incluyendo aspectos tales como la desnutrición, el riesgo en el parto, la analfabetización de adultos, la

¹ Ana Isabel Cárcar Irujo. Universidad Pública de Navarra. anaisabel.carcar@unavarra.es

² Edo (2002) manifiesta la necesidad de diferenciar entre capital humano y desarrollo humano, puesto que han sido confundidos en variadas ocasiones. El concepto de capital humano propone que la capacitación de los individuos conducirá al desarrollo, por lo que son considerados como recursos o como medios para alcanzar fines. En el desarrollo humano los seres humanos son primordialmente los fines, y no los medios.

esperanza de vida, el acceso al agua potable, etc. El mismo informe advierte de que el desarrollo humano es el fin y el crecimiento económico es un medio, y no a la inversa.

El Informe de 1997 del PNUD señala las diversas dimensiones de la pobreza, tales como la vida breve, el analfabetismo, la exclusión social y la falta de medios materiales (Hidalgo Capitán, 1998). Una aportación en esta línea, ha sido la creación de un Índice de Libertad Humana y la correlación existente con el desarrollo humano.

Griffin (2001) destaca *el impacto que ha tenido el desarrollo humano en la vida de la gente en los países en desarrollo* y las contribuciones de Sen y Schultz al producir un concepto bien elaborado.

El concepto de desarrollo humano seguirá desafiando el status quo con nuevas ideas. Por ejemplo, la transición en la antigua Unión Soviética de una planificación centralizada a un sistema económico más orientado al mercado ha estado dominada por la ortodoxia de Bretton Woods – liberación de precios, reducción del gasto público y privatización de las empresas de propiedad estatal – y los resultados han sido un desastre. En cambio, China y Vietnam ignoraron la ortodoxia occidental y diseñaron sus propios programas de reformas, que eran mucho más coherentes con el concepto de desarrollo humano, y han tenido un éxito notable (Griffin 2001: 39).

Sin embargo, para Hidalgo Capitán, el concepto de desarrollo humano posee un carácter integrador, pero sin un soporte teórico adecuado:

Por lo que se refiere al desarrollo humano, éste es un concepto integrador de gran parte de lo que ha sido el desarrollo alternativo, en él se combinan la satisfacción de las necesidades básicas, el desarrollo sostenible, la reforma del orden internacional, el desarrollo autónomo, el desarrollo multidimensional, etc. Sin embargo, al igual que el resto del desarrollo alternativo adolece aún de un desarrollo analítico importante, de un respaldo teórico que permita profundizar en el concepto al objeto de crear una teoría del desarrollo humano (Hidalgo Capitán, 1998: 230).

Para Sen el desarrollo consiste en la expresión de las libertades, la cuales son un fin primordial, pero también un medio; destaca además sus conexiones empíricas, ya que la ampliación en un tipo de libertades provoca el aumento en los demás tipos (Sen, 2000a).

Las libertades políticas (en forma de libertad de expresión y elecciones libres) contribuyen a fomentar la seguridad económica. Las oportunidades sociales (en forma de servicios educativos y sanitarios) facilitan la participación económica. Los servicios económicos (en forma de oportunidades para participar en el comercio y la producción) pueden contribuir a generar riqueza personal general, así como recursos públicos para financiar servicios sociales. Los diferentes tipos de libertades pueden reforzarse mutuamente (Sen, 2000a: 298).

Las críticas de la opinión pública y la presión de las elecciones sobre los gobernantes en un estado democrático –con todas sus carencias– obligan a éstos a tener presentes las demandas en los ámbitos referidos al bienestar social y a la ampliación en la libertad de elección de las personas. Sen (2000a) concibe a los individuos como agentes activos de cambio y no como receptores pasivos de prestaciones, así el debate público se convierte en vehículo de cambio social y de progreso económico. La escisión entre ética y desarrollo que predomina en el pensamiento convencional ha supuesto una importante regresión en el diseño de políticas. Para Sen y Kliksberg la ética del desarrollo es una nueva disciplina cuyo objetivo es recuperar la relación entre ambos conceptos, aduciendo que al articular ética y economía surgen caminos alternativos (Sen y Kliksberg, 2007).

Sen y sus aportaciones al concepto de desarrollo humano del PNUD han recibido críticas en muchos aspectos. Para Llistar i Bosch (2009) la teoría de las necesidades básicas se cimienta sobre el concepto de desarrollo humano y se plantea conseguir mayor equidad sin alterar las bases del capitalismo. Edo (2002) analiza los comentarios de diversos autores, señalando que el PNUD *refuerza el paradigma del desarrollo vigente* (Gore, 2000), que el concepto de desarrollo humano *no es operativo* porque *no se han confeccionado indicadores objetivos y confiables, y no ofrece un paradigma alternativo* (Snirvasan, 1994), *no es un enfoque coherente con el desarrollo* (Qizilbash, 1996). Como conclusión de las críticas a dicha perspectiva Edo afirma:

Vemos entonces que las críticas del enfoque del *desarrollo humano* del PNUD ofrecen distintos matices, pero que el núcleo de las mismas es similar. A grandes rasgos, se resumen en una sola: este enfoque no ofrece un paradigma alternativo al que los organismos financieros utilizan en la actualidad, dado que se trata más de expresiones de deseo políticas que de guías concretas para rediseñar una estrategia de desarrollo (Edo, 2002: 62).

En efecto, los informes del PNUD ofrecen una visión parcial de los países, y únicamente reflejan la sanidad, la educación y el ingreso como instituciones propias de la economía de mercado.

Para diseñar guías con estrategias de desarrollo concretas primero es necesario replantear los errores y defectos del sistema, reconocer sus éxitos y analizar las necesidades reales y potenciales. Según algunos autores los conceptos que no pueden medirse cuantitativamente no son aceptables, ni coherentes con el desarrollo. Lo cierto es que estos

críticos tampoco aportan soluciones diferentes al racionalismo económico. Para Nivón (2009) el hecho de que Sen ponga el acento en las libertades y opciones culturales lleva al callejón sin salida de la relatividad cultural. Los conceptos como riqueza, pobreza o bienestar social no significan lo mismo en todo el mundo, ni los deseos ni las necesidades son universales. El enfoque de Sen sobre desarrollo humano y libertad es considerado por algunos de sus críticos como una buena teoría, pero no es posible una aplicación práctica universal, y no sólo por la relatividad cultural, sino porque los ingresos no declarados, las prácticas de medicina tradicional y los saberes locales –ya sean campesinos, indígenas u otros– no son considerados en las mediciones, a pesar de que contribuyen a superar las situaciones de exclusión social derivadas de la pobreza.

Los componentes del IDH: ingreso, educación y salud

La pobreza se define según los criterios que se tengan en consideración. El Banco Mundial define a los pobres como las personas que ganan menos de un dólar diario, y para Sen (2000b) la pobreza es la privación relativa que puede incidir en la privación de las capacidades básicas, es decir, de las libertades fundamentales (Lendecky Grajales, 2009).

El desarrollo puede entenderse como un proceso de expansión de las libertades. El crecimiento del PNB, las rentas, la industrialización, el progreso tecnológico y la modernización social puede ser su medio para expandirlas, pero las libertades también dependen de los derechos políticos y humanos y de las instituciones sociales y económicas, como los servicios educativos y sanitarios. (Sen, 2000a). Por ello, el PNUD, siguiendo las recomendaciones de Sen, elabora los índices de desarrollo humano a partir de tres indicadores: el Producto Interior Bruto per cápita, la tasa de alfabetización adulta junto con la tasa matriculación escolar en primaria, secundaria y terciaria, y la esperanza de vida al nacer.

La pobreza implica riesgo, inseguridad, condiciones de vivienda insalubres, trabajo precario o inexistente, deficiencia nutricional, falta de acceso a la sanidad y a la educación. Es habitual alegar que faltan recursos y es cierto que cuanto mayor sea la inversión mejor serán las prestaciones.

Es deseable y necesario que crezca el producto bruto, que haya estabilidad económica, altos niveles de productividad, progreso tecnológico, competitividad, pero puede suceder todo ello y no mejorar la suerte de los pobres. Así lo indican numerosas experiencias cercanas en la región [América Latina], como la duplicación del porcentaje de pobres en Chile durante la dictadura militar (1973-1990) a pesar de las altas tasas de crecimiento, o el avance de la pobreza y la desigualdad en la década de los años noventa en Argentina, a pesar de los aparentes macroprogresos (Klikberg, 2007: 181).

73

Para Klikberg la asignación de recursos necesita una revisión ética de prioridades, donde la salud pública debería ocupar el primer lugar. Como han demostrado numerosos trabajos de investigación el aumento del ingreso per cápita de un país puede ir acompañado de un descenso en salud y en la esperanza de vida, o incluso de un aumento de la desigualdad en la distribución de los ingresos (Klikberg, 2007). Pero además, los ingresos y la educación pueden sufrir deterioro si las condiciones de salud no son las adecuadas.

San Martín y Pastor (1998) señalan la correlación existente entre pobreza y enfermedad. Los comportamientos humanos en los procesos de salud-enfermedad son consecuencia de los riesgos de la estructura económica y social (Lendecky Grajales, 2009).

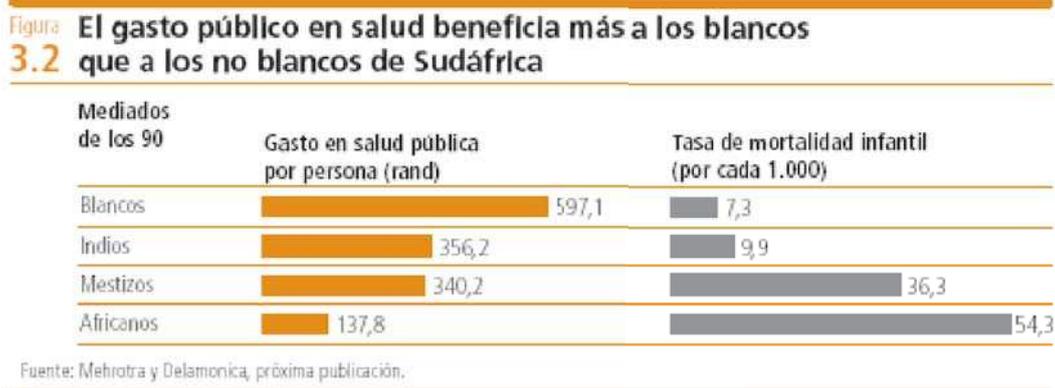
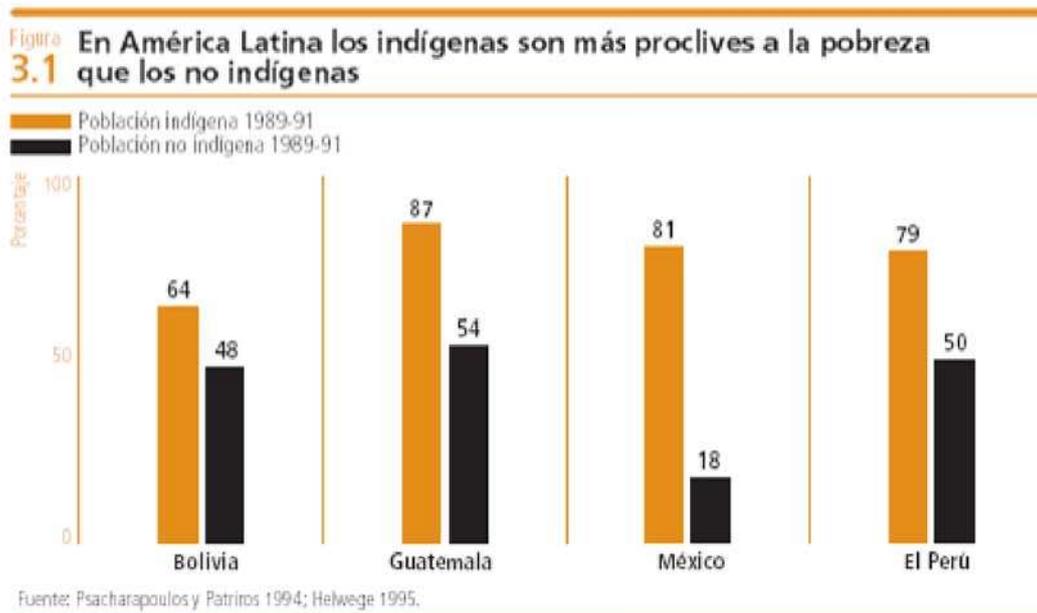
El pobre enferma más fácil, se cura con más dificultad, no produce igual, y, por lo tanto, sigue siendo pobre por carecer de oportunidades y servicios básicos para un buen desarrollo humano (Lendecky Grajales, 2009:218).

La enfermedad además de reducir el bienestar produce falta de libertad para cumplir con las responsabilidades y compromisos. El estado de salud de una persona puede estar influido por consideraciones que están por encima de los factores sociales y económicos, como las discapacidades individuales, la propensión personal a enfermar, la epidemiología de cada región, las variaciones climáticas, los ingresos individuales, los estilos de vida, etc. Para elaborar políticas de salud adecuadas es necesario tener presentes todos los factores. La equidad en salud influye en aspectos relacionados con la posibilidad de lograr una buena salud y no sólo con la distribución de la atención sanitaria. No hay que olvidar la justicia social en este proceso, que consiste en la ausencia de discriminación en la prestación de la asistencia sanitaria (Sen, 2007). Sin embargo son muy pocos los países que ofrecen una asistencia sanitaria gratuita y de calidad, por lo tanto la pobreza no permite optar a una sanidad institucionalizada. A lo que es necesario añadir la relación entre pobreza e indigenismo. En las siguientes figuras del informe del PNUD de 2004 puede verse esta relación en América Latina, así como el diferente acceso a la sanidad en Sudáfrica, que ocupa el lugar número 119 en el IDH del 2004³. Guatemala ocupa el lugar número 121, Bolivia el 114 y Perú el 85. Pero teniendo en cuenta que de los cuatro países México es el segundo en población indígena en la pobreza, ocupa el lugar

³ Las estadísticas del IDH corresponden a un total de 177 países.

53 en el IDH, lo cual puede ser debido a una mayor concentración de riqueza en un pequeño sector de la población⁴, Tanto en América Latina como en Sudáfrica las desigualdades por grupo étnico son evidentes.

Figura 1. Fuente: Informe del PNUD 2004



74

Coraggio, desde la perspectiva de la economía popular, reclama una educación para Todos, pero debe ser un proyecto educativo social y personal cualitativamente adecuado con esta nueva época de rápidas transformaciones. Señala que América Latina, con tasas de escolaridad y de alfabetismo superiores a otras regiones, ha sufrido importantes momentos de crecimiento negativos, con altos niveles de desempleo y precariedad. Se afirma que la difusión y producción del conocimiento como parte integrante del capital humano es la fuerza productiva que impulsará la competitividad, pero sin embargo, se sugiere dejar la formación de los recursos técnicos en el mercado mundial, y por otro lado, los Estados nacionales sostienen que la equidad surgirá de generalizar el acceso a los niveles primarios de la educación. Parecen limitar a las sociedades periféricas a utilizar el conocimiento que se incorpora en las máquinas y programas diseñados en el Norte para el mercado global (Coraggio, 1995).

Por otro lado, el PIB y la mayoría de indicadores considera como crecimiento la producción y el gasto, en el que se incluyen *las agresiones medioambientales, los accidentes de tráfico, la fabricación de cigarrillos, las farmacias y las drogas, o el gasto militar* y, además, ocultan el trabajo doméstico, la destrucción de los recursos naturales (un bosque convertido en papel aumenta el PIB, pero ese mismo bosque indemne no contabiliza como riqueza), no tiene en cuenta los niveles educativo y sanitario ni el tiempo libre (Taibo Arias, 2009).

⁴ En 2010, según la revista Forbes, el hombre más rico del mundo era el mexicano Carlos Slim, dueño de la principal compañía telefónica del país.

El índice de pobreza multidimensional

En el camino recorrido por el PNUD existen importantes cambios realizados para conseguir mediciones más reales, como el índice de desigualdad de género o el índice de libertad humana. En 2010 se incluyen nuevas modificaciones para obtener el índice de pobreza multidimensional⁵. En la siguiente tabla se reflejan los nuevos indicadores para medir las privaciones:

Tabla 1

| ÍNDICE DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL (IPM) | |
|--|-----------------|
| Bienes | Niveles de vida |
| Piso | |
| Electricidad | |
| Agua | |
| Saneamiento | |
| Combustible para cocinar | |
| Matriculación escolar | Educación |
| Años de instrucción | |
| Mortalidad infantil | Salud |
| Nutrición | |

Nuevamente las dimensiones analizadas se fundamentan en el modelo hegemónico. En varios países de América Latina, como por ejemplo Venezuela y Panamá, los gobiernos proporcionaron a las comunidades indígenas que mantienen sus construcciones con madera y techos de palma edificaciones de bloque y tejado de cinc, sin tener presentes las características climáticas –entre otras– de la región. En primer lugar no son viviendas funcionales porque el calor y la humedad se acentúan con el cinc, y en segundo lugar se ha producido un considerable aumento de los problemas respiratorios, especialmente en Panamá. La población indígena de Venezuela ha continuado viviendo en sus “chozas” habitándolas durante el día y utilizando las nuevas construcciones del gobierno durante la noche, pero con las puertas abiertas por la intensidad del calor. En este sentido se puede concluir que una choza no es un símbolo de pobreza, sino un tipo de construcción adaptado a un medio en el que predomina el calor y la humedad extremos. En relación al agua potable, en países como México, existen numerosas localidades en las que el agua se “potabiliza” con cloro, sin embargo los manantiales están a cielo abierto y sin ninguna protección, pastando el ganado en los alrededores, con la consiguiente contaminación por el filtrado de los excrementos de los animales. A efectos de las estadísticas son consideradas como localidades con agua potable. El saneamiento presenta similitudes con el problema del agua. En demasiadas ocasiones se encuentra canalizado hasta los ríos, pero también a cielo abierto y discurriendo por pequeñas acequias, incluso en el interior de las comunidades. El primer problema que representa es la concurrencia de insectos que entran a las viviendas a través de dicha canalización y de roedores en los patios de las casas, con el consiguiente riesgo de contraer enfermedades. Un segundo problema se refleja en las cuestiones del agro. Las aguas negras desembocan directamente en los ríos, sin ningún tratamiento de depuración y esas mismas aguas riegan los cultivos que se consumen con posterioridad. Por otro lado, la gran cantidad de barrancos y selvas de México, que pudieran consolidarse como un gran recurso turístico, presentan un aspecto y un olor lamentable, resultando contraproducente su utilización como tal. Igualmente son considerados en las estadísticas de marginalidad como lugares con saneamiento.

En cuanto al aspecto nutricional los programas de ajuste estructural o estrategias de lucha contra la pobreza, que han introducido o intensificado las políticas neoliberales con aperturas al comercio exterior, han producido un encarecimiento de los alimentos básicos de las poblaciones más desfavorecidas. Según Núñez Ramírez, en México se consideró que la suficiencia alimentaria constaba únicamente de maíz, frijol y chiles en estado natural y que además no era rentable su producción para la exportación, por lo que se promovieron políticas para el cambio de dichos productos, adquiriéndolos posteriormente en el mercado internacional. De esta forma concluyeron que la suficiencia alimentaria no constituía uno de los objetivos de la nación. Sin embargo, el consumo alimentario en México está insatisfecho, y además de esta forma se abandonó uno de los principales recursos locales con potencialidad en la innovación y en los procesos de aprendizaje (Núñez Ramírez, 2002). Y a ellos se añaden dos consecuencias más. Por un lado, al desmantelar la producción del maíz local, la importación ha reducido enormemente las variedades, lo que contrasta con la gran cantidad de tipos de maíz que se cultivaban en México y que aportaban nutrientes y vitaminas muy diversos. Por otro lado, el cultivo del maíz para biocombustibles ha encarecido su precio enormemente en los

⁵ La Universidad de Oxford y la oficina del PNUD presentaron un nuevo indicador de la pobreza, que plantea una visión multidimensional. Complementa a los índices basados en las medidas monetarias y pretende identificar una serie de privaciones dentro de las tres dimensiones del IDH.

últimos años, lo que ha dado como resultado que el producto básico de la alimentación de los más pobres sea inaccesible para ellos. Todo ello ha redundado en un aumento de la desnutrición, y especialmente en la infantil.

Por lo tanto el IDH y el IPM no son indicadores fiables. Es posible admitir un acercamiento a niveles de desarrollo y pobreza mediante dichos indicadores, pero mientras el único objetivo consista en reducir los ámbitos de medición a su inserción en las instituciones de la economía de mercado quedarán excluidas todas aquellas prácticas que se sitúan al margen de éste, y que además son las que amortiguan la exclusión social y reducen las consecuencias de la pobreza.

El programa oportunidades en Chavarrillo

Para superar las carencias nutricionales y mejorar las condiciones de salud los gobiernos federal y estatal de México ofrecen la posibilidad de participar en programas consistentes en la entrega de subsidios a personas o familias. Por esta razón, funcionarios del gobierno analizan previamente las condiciones socioeconómicas de las familias, con especial atención a las necesidades básicas no satisfechas. Entre los programas, el de mayor relevancia es “Oportunidades” perteneciente a la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) del Gobierno Federal. “Oportunidades” fue creado por el gobierno federal en el año 2002 y como continuidad de un programa anterior denominado “Progresá” que comenzó en 1997.

La problemática de género y la igualdad de oportunidades comienzan a introducirse en las políticas públicas a finales de la década de los 80. Los temas de género adquieren visibilidad y se diseñan políticas en el área de la mujer y la pobreza. En este contexto, tanto “Progresá” como “Oportunidades” fueron proyectados con perspectiva de género, con el objetivo de mejorar la condición de la mujer y potenciar su rol a favor del desarrollo familiar y comunitario. La madre de familia es la titular y depositaria de los ingresos económicos dirigidos a su hogar. Se considera que la desigualdad entre hombres y mujeres acumula situaciones de desventaja para ellas y las hace más vulnerables a la pobreza. (Rodríguez Dorantes, 2005).

Rodríguez Dorantes (2005) analiza las investigaciones y reflexiones de los organismos internacionales y de las Organizaciones de la Sociedad Civil centradas en la perspectiva de género. De acuerdo con un informe de González (1999) señala que los programas nacionales de combate a la pobreza de los últimos años presentan un carácter asistencialista, son excluyentes y no contemplan resolver las causas estructurales de la pobreza. El Progresá-Oportunidades es utilizado con fines políticos y electorales afectando al sistema democrático. En el informe se señala que en México las políticas de ajuste estructural priorizan la estabilidad de los indicadores macroeconómicos y del mercado por encima del bienestar de la población, lo que está provocando un grave deterioro de las condiciones generales de vida.

El programa Oportunidades ha sido analizado en Chavarrillo (Edo de Veracruz), una localidad perteneciente a Municipio de Emiliano Zapata, que comprende 40 localidades, y cuya municipalidad se halla en Dos Ríos. En el año 2010, según el INEGI, contaba con 1.409 habitantes. Oportunidades ha operado en Chavarrillo durante 8 años. El análisis del programa en los años 2010, 2011 y 2012 ha permitido el acercamiento a algunos problemas que resuelve y a otros que genera. En 2011, con la recertificación, participaban en él un total de 106 familias.

Las beneficiarias deben hacerse responsables del cuidado y mantenimiento de una clínica, que a pesar de contar con sala de partos, de dentista y de curaciones apenas funciona. Para las doctoras, recién licenciadas y realizando el servicio social obligatorio, supone un gran esfuerzo acudir diaria y gratuitamente a una comunidad rural, por lo que tasa de absentismo laboral es altísima. Las mujeres de Oportunidades están obligadas a realizarse revisiones cuando la doctora se lo indique, y dos veces al año deben exigir a los hombres de la familia que acudan a vacunarse si es necesario o a realizar los reconocimientos médicos que la doctora estipule. También deben encargarse de la limpieza y del corte de hierba de los alrededores de la clínica.

El Estado de Veracruz presenta cada año algún caso de dengue. La Secretaría de Salud Pública debe de realizar un tratamiento a los pozos de agua de las viviendas para impedir el desarrollo de las larvas de las que se alimentan los mosquitos transmisores de la enfermedad. En agosto de 2011 la Secretaría de Salud de la delegación del municipio de Emiliano Zapata, con el pretexto de la falta de recursos del Gobierno del Estado, solicitó voluntarias del programa Oportunidades para realizar el tratamiento.

Se les explicó cómo debían medir la capacidad de cada pozo, y en función del volumen cómo calcular la cantidad del larvicida que debían depositar en un pequeño recipiente de plástico en el interior del mismo⁶. Las voluntarias se organizaron por grupos para recorrer todas las viviendas de cada barrio y realizar la tarea encomendada, que supuso una media de 8 horas por grupo. Aceptaron el trabajo por la importancia que conceden a la salud y al bienestar de la comunidad. Al mismo tiempo y por primera vez les exigieron asumir el gasto de energía eléctrica de la clínica, a lo que en principio se negaron, alegando que la clínica es un servicio que no solo utiliza Chavarrillo, sino también

⁶ Antes del tratamiento se realiza la “descacharrización”, que consiste en visitar todos los patios y pozos de las viviendas y recoger la basura. Previamente se avisa del día y la hora para que los habitantes puedan hacer limpieza. Pero las mujeres de Oportunidades, deben de revisar el saneamiento y completarlo si es necesario.

Tepeapulco, una comunidad cercana. Posteriormente se estropearon las bombas de agua de la clínica. Y al negarse las mujeres del programa Oportunidades a costear su reparación, el gobierno estatal amenazó con suspender la energía eléctrica de la clínica, inutilizándola totalmente, tal como había sucedido en una localidad cercana. Finalmente, las promotoras de Oportunidades solicitaron permiso a las autoridades locales para recoger una cooperación voluntaria entre todos los miembros de la comunidad para comprar nuevas bombas de agua y pagar la cuota de la energía eléctrica.

En resumen, a las mujeres de Oportunidades se les presiona constantemente para que asuman trabajos y costes cuyo responsabilidad recae o bien en la comunidad, o bien en los gobiernos municipal y estatal y se exige su presencia sin aviso previo en cualquier momento. Además todos los miércoles a la mañana obligatoriamente tienen que acudir a la clínica simplemente a firmar, por lo que las opciones laborales son altamente limitadas. El incumplimiento de cualquiera de las tareas consideradas obligatorias lleva a la reducción del subsidio, y la reincidencia a la expulsión del programa.

La mujer se constituye en el agente redistribuidor de la familia y en gerente de la salud de sus miembros, fomentando la irresponsabilidad del cónyuge tanto en la economía doméstica como en su salud y la de sus vástagos. En las familias dependientes monoparentales la situación económica se coloca al borde del abismo. Para sobrevivir necesitan combinar Oportunidades con un empleo precario.

El programa lejos de paliar la violencia intrafamiliar y los diferenciados roles de género provoca situaciones de mayores abusos. El siguiente testimonio refleja la realidad que viven algunas mujeres integrantes del programa:

“Hay padres que van, y ya se jodió el hijo, porque el dinero lo recibió él, pero se lo lleva el papa y ya regresa borracho y al niño no le toca nada. Eso es lo que ha pasado aquí y en muchos lugares (B. R. 50-60 años, beneficiaria del programa).

Por último, las acusaciones sobre la politización del programa resultaron especialmente visibles a partir del 2011, año anterior a las elecciones presidenciales. El PAN, el partido en el gobierno federal en el año 2011, creó el lema “Oportunidades para vivir mejor” y exigieron a las comunidades pertenecientes al programa la elaboración y colocación de un cartel⁷ con el nombre de la comunidad y el lema en cuestión, además de realizar un acto de inauguración donde tuvieron que invitar a comer a las autoridades asistentes.



Una vez colocado e inaugurado el cartel, y finalizado el año 2011 dejaron de recibir el subsidio sin ninguna explicación. En julio, mes de elecciones presidenciales, las vocales asistieron a uno de los habituales talleres en la cercana localidad de Estanzuela, todavía sin percibir las ayudas y con la incertidumbre de si continuaban o no en el programa. En este taller les informaron de que en septiembre llegaría la resolución sobre las integrantes de Oportunidades. El 20 de septiembre de 2012, nuevamente en Estanzuela, les entregaron los documentos de baja de setenta beneficiarias del programa, quedando incluidas solamente treinta y seis. Al ser expulsadas no reciben ayudas de ningún tipo, ni siquiera para gastos escolares, por lo que en la misma reunión les comunicaron que para solicitar

⁷ El coste del cartel ascendió a 1.000 pesos mexicanos (aproximadamente 60, 40 €)

becas para los hijos debían hacerlo a través de una página web. Teniendo en cuenta la situación de pobreza que atraviesan la mayoría de las familias acogidas al programa resulta inverosímil.

El criterio para mantener a treinta y seis familias y retirar las ayudas a setenta parece estar más relacionado con la ideología política que con las circunstancias socioeconómicas reales. De hecho, una de las condiciones para constituirse como funcionarios del gobierno, tanto del programa Oportunidades como de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), fue manifestar su preferencia por el Partido Acción Nacional (PAN), el cual ha presidido el gobierno de México hasta el año 2012. A pesar de que en 2011 habían realizado la recertificación del programa, a principios del año 2012, encargados de Oportunidades se reunieron con un activista del PAN de Chavarrillo y los simpatizantes del partido fueron avisados de la nueva visita que iban a realizar a las viviendas. De esta forma, se han dado situaciones en las que con vivienda precaria, cónyuge sin trabajo y mayor número de hijos han sido expulsadas del programa, frente a familias con menor número de hijos y con circunstancias socioeconómicas relativamente estables que permanecen en el mismo.

Una de las razones que han alegado para justificar este nuevo escenario ha sido los años continuados dentro del programa, es decir, que deben sacrificarse para que nuevas familias de otras localidades puedan ser beneficiarias. Sin embargo, Chavarrillo lleva 8 años en el programa, frente a las localidades cercanas de Tepeapulco y Monte Oscuro que llevan 15 y 12 años respectivamente y donde no se ha expulsado masivamente a las familias del programa⁸.

Por otro lado, antes de las elecciones han recibido varias llamadas preguntando por la intención de voto, después de las mismas para conocer cuál había sido éste y al mismo tiempo si lo cambiaría si les fuera posible. Esto ha llevado a dudar a las mujeres de Oportunidades sobre el origen de las llamadas y las consecuencias de tales respuestas.

Al mismo tiempo, y durante estos últimos meses se suspendió la barrida de las calles, las cooperaciones para el mantenimiento de la clínica y, lo más importante, la descacharrización. Al no realizar la descacharrización la Secretaría de Salud Pública no ha tratado los pozos para evitar el dengue, ni ha solicitado voluntarias del programa para ello, tal como hicieron en el año 2011. Como consecuencia, los casos de dengue han aumentado notablemente e incluso ha surgido en poblaciones donde nunca había existido, tal es el caso de Chavarrillo.

En el mes de septiembre de 2012 numerosas familias se han visto afectadas por la enfermedad tanto en localidad rurales como en Xalapa, la capital del Estado de Veracruz. En Chavarrillo no es posible conocer el número exacto de personas afectadas, ya que en la clínica no han realizado ni un solo análisis de sangre y son varias las personas que ni siquiera han acudido a la misma. Simultáneamente, en la clínica de la cercana localidad de Tuzamapan toman diariamente entre treinta y treinta y cinco muestras de sangre para realizar un seguimiento del nivel de plaquetas, y lo mismo sucede con los seguros privados y de los funcionarios públicos.

78

La reciprocidad en la salud para compensar las carencias del Estado de bienestar

Durante el siglo XX las coberturas sanitarias estaban en función del seguro asignado según la situación laboral, por lo que las personas desempleadas o con autoempleo se encontraban excluidas de cualquier servicio médico gratuito. Para suplir esta carencia en 2002 el gobierno mexicano crea el Seguro Popular que comenzó a ser efectivo en cinco Estados de México. De esta forma se permite el acceso a los servicios de salud, médicos, hospitalarios, farmacéuticos y quirúrgicos.

En 2002-2003 se creó el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME), hoy Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), conocido como Seguro Popular, y cuyo objetivo principal es definir y establecer las acciones integrales de salud, denominadas “intervenciones”, que agrupan a un conjunto de enfermedades y actividades de salud que deben ser cubiertas por el Sistema⁹. Las personas beneficiarias de otro tipo de seguros públicos o privados, como el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), el ISSSTE o el ISSSTE estatal (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado), no tienen acceso al Seguro Popular.

Para ser beneficiario del Seguro Popular es necesario presentarse el día señalado en el lugar y hora indicados y con la documentación precisa. Es decir, cualquier persona que se haya ausentado de la localidad el día en el que los funcionarios acuden para inscribir a los posibles beneficiarios quedará excluida del seguro, al igual que sucede con otros programas, como por ejemplo Oportunidades. La atención recibida en los hospitales mediante el Seguro Popular varía de unas personas a otras. Algunas aseguran haber recibido una atención adecuada a las necesidades. Otras, por el contrario, han proporcionado relatos sobre serios errores en los diagnósticos, recomendado intervenciones quirúrgicas equivocadas.

⁸ Hasta dentro de 3 años no esperan que vuelvan a realizar las encuestas socioeconómicas, por lo que volver a formar parte del programa en este momento parece improbable.

⁹ Extraído del documento elaborado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: http://www.seguropopular.gob.mx/images/contenidos/Causes/ca-talogo_2010.pdf

Según las estadísticas elaboradas por el INEGI en 2010, en Chavarrillo son 605 las personas que no tienen derecho a ningún tipo de servicio médico, es decir, un 42% de la población. Respecto al Seguro Popular, son beneficiarias 312 personas, lo que supone un 22% de la población total.

El servicio de atención primaria de las personas sin ningún tipo de cobertura médica, así como los integrantes del Seguro Popular, debe ser satisfecho en la clínica de la comunidad, lo que corresponde al 64% de los habitantes de Chavarrillo. Sin embargo, las frecuentes ausencias de la doctora y la negativa de la enfermera y la auxiliar de cumplir con sus obligaciones coloca a las personas necesitadas de servicios médicos en un total desamparo. Este escenario obliga a recurrir a modelos de integración económica como son la reciprocidad y la ayuda mutua. Los problemas de salud son solventados mediante las consultas y las solicitudes de asistencia a las enfermeras que residen en la comunidad.

La importancia de la educación formal y los diferenciados roles de género provoca como consecuencia que un gran número de mujeres se decanten por estudios de enfermería. Una señora enfermera, jubilada por enfermedad, atiende en su vivienda numerosas situaciones de negligencia generadas en la clínica local. Algunas de las anécdotas relatadas por dicha enfermera se reproducen a continuación:

- Una señora se presentó en la clínica para que le pusieran una inyección a su hija, llevando el medicamento y la jeringa. No le inyectaron porque no tenían algodón.
- Un señor fue con su nieto a la clínica para que le quitaran los puntos. La enfermera le dijo que ese trabajo era de la doctora y que como no se encontraba no podía retirárselos, a pesar de que el trabajo correspondía a la enfermera.
- Una señora acudió a la clínica para que le retiraran los puntos a los ocho días de haberse realizado una histerectomía en un hospital de Xalapa. La doctora le pidió que fuera al día siguiente, pero cuando regresó la enfermera le explicó que había ido a un curso y que no le podían atender. La señora no tenía dinero para ir al hospital.
- Un señor fue con un corte muy profundo en la mano y no se atrevieron a coserle, le dijeron que fuera a El Chico o a Xalapa.
- Un vecino se presentó en la clínica con una sobrina de corta edad para que le quitaran tres puntos del labio. La niña tenía miedo y lloraba, y esta fue razón suficiente para que no le atendieran.

La señora se encargó, en estas y otras situaciones, de solventar las necesidades médicas de los afectados. Asimismo realiza gratuitamente a quien se lo solicita revisiones de azúcar y de presión arterial. Las contraprestaciones que recibe por los servicios médicos a la comunidad son muy variadas y depende de la situación económica de cada familia. Así lo expresaba la señora:

“Ah yo no les cobro, pero la gente es muy agradecida. A veces estoy aquí sentada y me llegan. Me traen una gallina para que me la coma, me traen no sé, cualquier cosa, una caja de leche. Bueno, inyecté a un compadre, aquí se respeta uno como compadre, y me trajo una caja de leche” (G. R. 50-60 años).

Respecto a las razones por las que atiende sin exigir nada a cambio a todas las personas que solicitan su ayuda apuntaba lo siguiente:

“A mí se quedó muy grabado el juramento que yo hice (...). Se supone que es por vocación, entonces no se debe uno lucrar. Y bueno, le llueven a uno más las cosas sin que cobre uno. Y aquí la gente, yo aquí, a la mayoría de la muchachada le he hecho los hoyitos para los aretes (los pendientes). Como que a una le da gusto. Al menos nosotros así somos” (G. R. 50-60 años).

Curiosamente, el marido de la señora enfermera, aprendió de su abuela el uso de las plantas medicinales, por lo que también atienden en su vivienda a personas que se inclinan por la medicina tradicional. No cobra por ello, pero la gente acostumbra a pagarle unos 50 pesos, también a veces le regalan pan, carne u otros alimentos. El señor, además de ser campesino vende plantas a un laboratorio de Xalapa. Ambos ponen sus conocimientos médicos al servicio de la comunidad de forma completamente altruista.

La solidaridad en las críticas situaciones de enfermedad no se limita a las curaciones. Las enfermeras con trabajo en los hospitales poseen seguro médico proporcionado por el gobierno, ya sea del Estado o de la Nación. Antiguamente algunos doctores permitían que el Seguro de los trabajadores fuera utilizado para operaciones de familiares que se encontraban totalmente excluidos de los servicios sanitarios. La misma enfermera lo relataba de la siguiente forma:

“Aquí hay varias gentes que se operaron en mi seguro social, y yo las llevé y se operaron con mi número y no pagaron nada. Con mi número, con mi matrícula, pero anteriormente se podía hablar con el doctor: sabe qué tengo unos familiares que son muy pobres, necesitan operarse, necesitan esto, necesitan lo otro. Pero eso era antes, ahora ya no se puede, ahora nos acabamos la gallina de los huevos

de oro, lo que pasa es que mucha gente abusó. Yo al menos yo siento que no abusé. Aquí se operaron 4 gentes y yo siento que no se abusó” (G. R. 50-60 años).

Para bastantes familias los gastos generados por ingresos hospitalarios, medicamentos, etc., son imposibles de sufragar. El DIF (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia) colabora generalmente con los gastos de las familias más necesitadas. La comunidad aporta la cooperación con carácter obligatorio, pero con una cantidad voluntaria, e incluso, se solicita más de una cooperación cuando la hospitalización es muy prolongada o recurrente. También son habituales las cooperaciones entre la familia. El siguiente ejemplo ilustra la situación. Un accidente en la escuela dejó paralítico a un niño de 9 años, y aunque fue operado en la Ciudad de México repetidas veces, nunca volvió a caminar. Permaneció varios años postrado en la cama hasta que falleció de un infarto. Una prima curaba sus úlceras todos los días y aportaba el medicamento necesario. Recibió un gran apoyo del DIF, pero también de la familia:

“Cuando te digo de R., se le compró un colchón de agua, cooperamos toda la familia, los hermanos de ella, sobrinos, o sea, cooperamos entre todos y se le compró el colchón, de lo que pudieran dar” (G. R., 40-50 años).

En dichas situaciones extremas los aportes económicos alcanzan procedencias muy variadas. El dinero comunitario, obtenido por y para comités o grupos religiosos, puede ser destinado a cualquier familia que atreviese una situación de este tipo. Los conocimientos individuales sobre medicina, ya sea institucional o tradicional, son puestos al servicio de la comunidad de forma altruista, supliendo de esta forma la carencia de recursos humanos de la clínica y las privaciones económicas de las familias. Las contraprestaciones por estos servicios son generalmente en especies, lo que la familia cría o cultiva, ya que el dinero es un lujo del que muchos carecen, ni incluso para costear unos mínimos servicios médicos.

Consideraciones generales

Según las estadísticas de la CONAPO, basadas en los indicadores de los conteos de población y vivienda realizados por el INEGI, y que también son utilizados para calcular el IDH, Chavarrillo presenta un grado muy bajo de marginalidad. Sin embargo en el año 2011 ciento seis familias formaban parte del programa Oportunidades. El programa Oportunidades no responde a las situaciones reales, ya que los elementos que producen desigualdad son obviados, por lo que, por un lado mejoran los resultados de las mediciones del Índice de Desarrollo Humano, pero por otro, no solucionan los problemas estructurales de la pobreza, perpetuando las situaciones de desigualdad social y de género. Asimismo, presenta un carácter asistencialista, perpetuador de los roles de género y que no permite el acceso de las mujeres a un trabajo fuera del hogar. No obstante, al retirar el subsidio sin previo aviso las familias han visto reducidos drásticamente sus escasos ingresos, las comunidades han sido privadas de los tratamientos que previenen la aparición del dengue, y como consecuencia ésta enfermedad ha aumentado notablemente e incluso ha surgido en nuevas poblaciones. Chavarrillo es una comunidad que ha sufrido este nuevo proceso de abandono por parte de los gobiernos federal y estatal. A pesar contar con una moderna clínica, el personal sanitario no atiende a los pacientes, por lo que los problemas derivados de la precaria situación sanitaria son solventados mediante el altruismo de enfermeras, curanderas y curanderos locales. Se trata del conocimiento y el capital humano puesto a disposición de la comunidad y no recogido en los Índices de Desarrollo Humano, así como las relaciones de reciprocidad establecidas en torno a la salud y la enfermedad.

De esta forma, la satisfacción de las necesidades básicas se materializa mediante una articulación entre mercado y mercadeo, donde la reciprocidad ocupa un lugar central. La reciprocidad origina un distanciamiento de las normas de la ciudadanía liberal, abstrayéndose de las leyes del mercado y de las relaciones contractuales, y produciendo, en cambio, relaciones personalizadas, emocionales y concretas. Incluir estas variables en las mediciones ayudaría a corregir las deficiencias que presenta el Índice de Desarrollo Humano.

Bibliografía

- Coraggio, J. L. (1995) *Desarrollo humano, economía popular y educación*. Buenos Aires: Rei Argentina, Instituto de Estudios y Acción Social, Aique Grupo Editor.
- Edo, M. (2002) *Amartya Sen y el desarrollo como libertad, la viabilidad de una alternativa a las estrategias de promoción del desarrollo*. Universidad Torcuato di Tella.
- Gore, Ch. (2000) *The rise and fall of the Washington Consensus as a paradigm for developing countries*. *World Development*, Londres, vol. 28, nº 5.
- Griffin, K. (2001) “Desarrollo humano: origen, evolución e impacto”, en P. Ibarra, K. Unceta (eds.) *Ensayos sobre el desarrollo humano*. Barcelona, Icaria.

- Hidalgo Capitán, A. L. (1998) *El pensamiento económico sobre desarrollo. De los Mercantilistas al PNUD*. Huelva, Universidad de Huelva.
- Ibarra, P.; Unceta, K. (2001) “Presentación” en P. Ibarra y K. Unceta (eds.). *Ensayos sobre el desarrollo humano*. Barcelona, Icaria.
- Klikberg, B. (2007) “Los desafíos éticos abiertos en un continente paradójico” en A. Sen y B. Klikberg (eds.) *Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. Barcelona, Planeta.
- Lendechy Grajales, A. (2009) “Pobreza e inseguridad alimentaria: un análisis desde la ámbito municipal en J. Guardiola, E. Strzelecka y G. Gagliardini (eds.) *Economía y desarrollo humano: visiones desde distintas disciplinas*. Granada, Universidad de Granada.
- Llistar I Bosch, D. (2009) “Cooperación, anticooperación y desarrollo” en, J. Guardiola, E. Strzelecka y G. Gagliardini (eds.) *Economía y desarrollo humano: visiones desde distintas disciplinas*. Granada, Universidad de Granada.
- Nivón Bolán, E. (2009) “¿Es posible el compromiso de la cultura con el desarrollo?” en M. A. Aguilar, E. Nivón y R. Winocur (eds.) *Pensar lo contemporáneo: de la cultura situada a la convergencia tecnológica*. Barcelona, Anthropos.
- Núñez Ramírez (2002) “Capacidades tecnológicas agroalimentarias en México en el modelo sustitutivo y en el modelo liberalizador”. *Problemas del desarrollo. Revista Latinoamericana de Economía*, vol. 33, nº 128, México IIEc – UNAM, enero-marzo, 2002.
- Qizilbash, M. (1996a) “Ethical Development”. *World Development*, vol. 24, nº 7, Londres.
- Qizilbash, M. (1996b) *Capabilities, well-being and human development: A survey*. Journal of Development Studies, Londres.
- San Martín, H.; Pastor, V. (1998) *Salud comunitaria: teoría y práctica*. Madrid, Díaz de Santos.
- Sen, A. K. (2000a) *Desarrollo y libertad*. Barcelona, Planeta.
- Sen, A. K. (2000b) *Nuevo examen de la desigualdad*. Barcelona, Planeta.
- Sen, A. K. (2007) “Temas claves del siglo XXI” en A. Sen y B. Klikberg (eds.) *Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. Planeta, Barcelona.
- Sen, A. K.; Klikberg, B. (2007) *Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. Barcelona, Planeta.
- Snirvasan, T. N. (1994) “Human Development: A New Paradigm or Reinvention of the Wheel?” en *The American Economic Review*, vol. 84, issue2.
- Taibo Arias, C. (2009) “Doce preguntas sobre el decrecimiento” en J. Guardiola, E. Strzelecka y G. Gagliardini (eds.) *Economía y desarrollo humano: visiones desde distintas disciplinas*. Granada, Universidad de Granada.
- Web: González, R. (1999) “Las políticas económicas y sociales del gobierno mexicano acrecientan la discriminación femenina”. [www.cimac.org.mx]
- Web: Informes del Programa para el Desarrollo de las Naciones Unidas 1990, 1996, 1997, 2004, 2010. [http://www.undp.org/content/undp/es/home.htm]
- Web: Rodríguez Dorantes, C. (2005) *Las mujeres en el programa Progres-a-Oportunidades: una aproximación al estado del arte*. México, El Colegio de México.
[http://evaluacion.opportunidades.gob.mx:8010/441c7c1a3d30adf64e0e724174a9d527/genero/mujeres_estado_del_arte.pdf]