

## Revés de fortuna

[Anirudh Krishna](#)

*Por qué prevenir la pobreza impide erradicarla. Anirudh Krishna*

Conseguir que las personas salgan de la pobreza se ha convertido en un mantra para los líderes políticos de todo el mundo. El primer Objetivo de Desarrollo del Milenio de la ONU es reducir a la mitad la población con ingresos inferiores a un dólar al día, alrededor de mil millones de seres humanos. Y en los 90, millones de personas han dejado atrás la miseria gracias al crecimiento económico, una ayuda al desarrollo efectiva y el trabajo sin tregua. Hace cuatro años, me propuse descubrir qué países —y comunidades locales— estaban haciendo lo más adecuado para erradicar la pobreza. Partiendo de una muestra de más de 25.000 hogares en 200 colectivos diferentes de India, Kenia, Perú, Uganda y Carolina del Norte (EE UU), mis colegas y yo averiguamos cuáles habían logrado dejar atrás la miseria y tratamos de explicar el porqué. Al principio, los datos eran muy alentadores. En 36 comunidades ugandesas, 370 familias (casi el 15% del total) superaron la pobreza entre 1994 y 2004. En Gujarat (India), el 10% de una muestra de varios miles de hogares abandonó la miseria entre 1980 y 2003. En Kenia, entre 1980 y 2004, lo logró el 18% de la muestra.



*Una enfermedad puede hundirles en la pobreza.*

Fijándonos en estas cifras, no sería extraño que a uno le embargara un sentimiento de

satisfacción. Pero conseguir que las personas salgan de la pobreza es sólo la mitad de la historia. Nuestra investigación descubrió otra cara mucho más oscura: en muchos lugares, son más las familias que caen en la penuria que las que salen de ella. En Kenia, por ejemplo, se arruinaron más hogares (el 19%) que los que consiguieron huir de la necesidad. El 25% de las familias estudiadas en la provincia de KwaZulu-Natal, en el este de Suráfrica, se hundieron en la pobreza, y menos de la mitad, el 10%, salieron de ella. En Bangladesh, Egipto, Perú —y en todos y cada uno de los demás países donde los investigadores han llevado a cabo estudios similares— los resultados son los mismos. En muchos lugares, los recién *arruinados* constituyen la mayoría de los pobres. Ésta es la cruda realidad que pone en tela de juicio las políticas actuales para combatir la miseria.

Todo tipo de factores, incluyendo las crisis económicas y el colapso de las monedas, pueden empujar a las personas al precipicio de la pobreza. Peronuestra investigación demuestra que la deficiente atención sanitaria es la máxima responsable. Tras un seguimiento de miles de hogares en cinco países diferentes, mis colegas y yo descubrimos que el gasto en salud y asistencia sanitaria es la causa principal de que las personas sufran un revés de fortuna. La historia de una mujer de Kikoni (Uganda) es representativa. Ella y su marido vivieron relativamente bien durante muchos años. "Mi esposo estuvo enfermo durante 10 años antes de morir y nos gastamos todo el dinero que teníamos en médicos", comentó. "Mis hijos tuvieron que dejar de estudiar porque no podíamos pagarles una educación. Después, mi marido falleció y sólo me quedó una pequeña tierra. Ahora, ni siquiera puedo conseguir lo suficiente para comer".

De los hogares que se han sumido recientemente en la pobreza en 20 localidades del oeste de Kenia, el 73% citó los problemas de salud y los elevados costes médicos como las principales causas. El 88% de los habitantes que cayeron en la miseria en 36 localidades en Gujarat opinó lo mismo. En Perú, el 67% de los *pobres recientes* en dos provincias señaló la enfermedad, la dificultad de acceso a las instalaciones médicas y los elevados costes sanitarios como desencadenantes de su situación. Cuando las familias se ven afectadas por un problema de salud, a menudo es muy difícil recuperarse. En China, tener una patología grave suele reducir los ingresos familiares un 16%. Las dolencias sucesivas garantizan una espiral todavía más rápida hacia el abismo de la pobreza de larga duración. Los estudios en varios países de África y Asia prueban que la conjunción de enfermedad y endeudamiento ha empujado a miles de familias a las filas de los más desfavorecidos, incluso en el caso de muchas que un día vivieron de forma holgada. Esto ocurre también en el mundo rico; en EE UU, la mitad de los casos se deben a los gastos médicos.

Millones de personas se arruinarían si padecieran una sola enfermedad, y los esfuerzos de

cooperación mundiales no son los indicados para este desafío. Centrarse intensamente en estimular el crecimiento económico no es suficiente. La atención sanitaria no es, de forma automática, mejor ni más barata allí donde las tasas de crecimiento económico han sido más elevadas. En Gujarat, donde se han registrado altas tasas de crecimiento durante más de una década, la atención médica asequible sigue siendo un grave problema, y, por ello, miles de personas han caído en la miseria. Allí, la sanidad no es mejor que en otros Estados del país, a menudo más pobres. De hecho, era el cuarto Estado empezando por abajo de una lista de 25 en cuanto a gasto en salud. Contra toda lógica, el vertiginoso crecimiento suele debilitar las redes de seguridad social y aumenta el peligro de recaída. En lugares tan dispares como la India rural, Kenia, Uganda y Carolina del Norte, el apoyo de la familia y la comunidad se viene abajo cuando las transacciones de mercado sustituyen a las redes tradicionales.

A partir del momento en que el crecimiento económico ayuda a las personas a salir de la pobreza, los gobiernos deben estar preparados para evitar que se vuelva a caer en ella ofreciendo una atención sanitaria asequible, accesible y fiable. La historia reciente de Japón aviva la esperanza de que la política progresista pueda prevalecer. Con un 4%, el índice de pobreza de este país asiático se encuentra entre los más bajos del mundo. Sin duda, el crecimiento económico sostenido ha contribuido, pero también lo ha hecho un conjunto de políticas completamente diferente. Muy al principio de la recuperación de la segunda posguerra mundial, las autoridades reconocieron que existía una relación clave entre enfermedad, servicios de atención médica y creación de pobreza, y respondieron a este desafío poniendo en marcha un sistema de asistencia sanitaria universal ya en los 50. Lamentablemente, esa solución no se ha exportado con el mismo éxito que muchos otros productos nipones. Ya es hora de que los políticos pongan tantos esfuerzos en impedir que las personas se sumen en la pobreza como en conseguir que salgan de ella.

---

Anirudh Krishna es profesor de Políticas Públicas y Ciencia Política en la Universidad de Duke (Carolina del Norte, EE UU).

**Fecha de creación**

30 agosto, 2007