

Boletín de salud

Una publicación del Population Reference Bureau

Número 1

Cómo mejorar la salud de los más pobres del mundo

por Dara Carr

El Population Reference Bureau

El Population Reference Bureau (PRB) fue fundado en 1929, y es el líder en proporcionar información oportuna y objetiva sobre las tendencias de población nacionales e internacionales, y sus consecuencias. Mediante una gran variedad de actividades (como publicaciones, servicios de información, conferencias, talleres y apoyo técnico), el PRB mantiene informadas a las autoridades normativas, educadores, medios de comunicación y ciudadanos de todo el mundo interesados en velar por el bien público. Nuestra labor es financiada mediante contratos gubernamentales, subvenciones provenientes de fundaciones e individuos, contribuciones de empresas y particulares, y la venta de publicaciones. El PRB está regido por un Consejo de administración cuyos miembros representan diversos intereses profesionales y de la comunidad.

El *Boletín de salud* es fácil de usar y ofrece un panorama de los principales temas en la política de salud internacional. La publicación se distribuye entre tomadores de decisiones, analistas, directores de programas, defensores de causas, periodistas, bibliotecarios, profesores y estudiantes. El *Boletín de salud* se financia por una subvención al PRB de la Fundación Bill y Melinda Gates, y pone a disposición de los usuarios de todo el mundo importantes resultados de investigación en un formato fácil de usar. La subvención también apoya trabajo de capacitación, información por Internet y otras actividades dirigidas a fortalecer las políticas y programas de salud. Pueden obtenerse ejemplares adicionales de esta publicación contactando al PRB. Para hacerse miembro del PRB o solicitar sus publicaciones, diríjanse a: PRB, 1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009-5728; tel. + 202-483-1100; fax + 202-328-3937; correo electrónico: popref@prb.org; página Web: www.prb.org.

Se sugiere que las citas que se atribuyan a esta publicación se hagan de la forma siguiente: Dara Carr, "Cómo mejorar la salud de los más pobres del mundo," *Boletín de salud* no. 1 (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2004). Para obtener permiso de reproducción de partes del *Boletín de salud*, escriban al PRB, y añadan "Attn: Permissions" en la dirección.

Editora: Allison Tarmann

Producción/Diseño: Sharon Hershey Fay/Heather Lilley

Traducción: Ángeles Estrada

Editora de la traducción: Sara Adkins-Blanch

Autores de las fotos de la portada [de izquierda a derecha]: Shehzad Noorani/White Ribbon Alliance for Safe Motherhood 2001, Sean Sprague, Thassanee Srisawas/UNEP/Peter Arnold, y Sean Sprague/Peter Arnold



Índice

Introducción	1
Las disparidades de salud entre los países pobres y los ricos	2
Las disparidades de salud en el seno de los países	4
Preguntas de investigación básicas	4
Cómo identificar a los pobres	4
Cómo medir la salud	5
Hallazgos: ¿cuál es la situación de los pobres comparada con la de las personas más afluentes?	6
Desigualdades en salud	7
Desigualdad en el uso de los servicios de salud	10
Tendencias en las desigualdades de salud	10
Beneficio que los pobres reciben de los servicios de salud pública	11
Factores determinantes del nivel de salud y las desigualdades a este respecto	13
Explicación de las desigualdades	15
Cómo determinar cuándo las desigualdades son injustas	15
Enfoques para beneficiar a los pobres	16
Enfoques socioeconómicos	16
Políticas a favor del crecimiento y de los pobres	17
Inversión en educación	18
Actividades de desarrollo rural	18
Enfoques dirigidos a los servicios de salud	19
Cómo canalizar más beneficios hacia los pobres	19
Enfoque directo	20
Enfoque por características	21
Promoción de la atención de salud primaria y básica	22
Cómo mejorar la disponibilidad de los servicios de salud	23
Mejora de la calidad de los servicios	23
Establecimiento de alianzas público-privadas para mejorar el alcance y la capacidad de respuesta	25
Movilización de los recursos de la comunidad	26
Enfoques en el financiamiento de la salud	28
Financiamiento equitativo	28
Estrategias para una mayor protección fiscal	29
Enfoques para medir el progreso	30
Conclusión	31
Bibliografía	33
Materiales de consulta	37
Sitios Web	38

continúa al reverso

■ Índice (cont.)

Recuadros

Recuadro 1	Vida y muerte en Camboya	2
Recuadro 2	Desigualdades de salud debidas a factores geográficos y sociales	6
Recuadro 3	Cómo abordar las causas de la desigualdad en salud	17
Recuadro 4	Cómo se logró una distribución más equitativa en Bangladesh mediante servicios a domicilio.....	24
Recuadro 5	Kerala: Un éxito en salud	25
Recuadro 6	Opciones para el financiamiento de los servicios de salud en Níger	30

Gráficos

Gráfico 1	Esperanza de vida al nacer, 1995–2000	3
Gráfico 2	Desigualdades de salud en países menos desarrollados, 1990–2002	7
Gráfico 3	Índices de mortalidad entre los menores de 5 años, por quintil de riqueza	7
Gráfico 4	Desigualdades en el uso de los servicios de salud, 1990–2002 ...	11
Gráfico 5	Vacunación total, por quintil económico, en el África subsahariana	11
Gráfico 6	Factores que determinan la salud	14
Gráfico 7	Cómo juzgar si los resultados de salud son justos	15

Cuadros

Cuadro 1	Gasto <i>per cápita</i> en salud, por nivel de ingreso de país, 1997.....	3
Cuadro 2	Desigualdades de salud entre los pobres y los que no son pobres, en los indicadores seleccionados	8
Cuadro 3	Tendencias en las desigualdades de salud	12
Cuadro 4	Beneficio del gasto público en servicios curativos que los quintiles más pobre y más rico reciben	13
Cuadro 5	Porción del gasto público en salud recibido por el quintil más pobre y el más rico en ciertos países	13
Cuadro 6	Mecanismos de protección para los pobres: enfoque directo y por características	20

Cómo mejorar la salud de los más pobres del mundo

Los cambios radicales en salud pública han transformado nuestras vidas en el último siglo. En general, la gente vive más y con mejor salud que nunca, pero la revolución en la salud y el bienestar humano del último siglo es incompleta. Los servicios de salud y las medicinas modernas siguen estando fuera del alcance de quienes viven con menos de US\$1 al día, y hay más de 1.000 millones de personas en dicha situación¹. Asimismo, muchas de las iniciativas para mejorar la salud de quienes sufren pobreza extrema no han tenido éxito².

Los gobiernos y las organizaciones internacionales han reconocido ampliamente la necesidad de mejorar la salud de los pobres. Por ejemplo, durante la década de 1970, la Organización Mundial de la Salud (OMS) impulsó un esfuerzo mundial en pos de la “Salud para todos” para el año 2000. En 1978 representantes de más de 130 gobiernos se reunieron en Alma-Ata (ahora Almaty, en Kazajistán) para firmar una declaración que proclamaba que “la existente desigualdad en el estado de salud de las personas, particularmente entre los países desarrollados y los países en desarrollo, así como en el seno de los países, es inaceptable política, social y económicamente”³.

Pero más de 25 años después de dicha declaración, la “Salud para todos” sigue siendo una meta inalcanzable. Como promedio, las personas que viven en los países más pobres no llegan a los 50 años de edad. En África las principales causas de muerte siguen siendo enfermedades como la diarrea, el sarampión y la malaria. Las grandes disparidades de salud continúan, tanto entre países como en el seno de los mismos, y las diferencias de salud entre los países pobres y los ricos van en aumento.

El costo humano, económico y social de la mala salud es inmenso. Millones de personas mueren antes de tiempo a causa de enfermedades que pueden prevenirse o curarse (ver el Recuadro 1, en la página 2). Con relativamente poco gasto muchas de ellas podrían vivir bastante más, y de forma más saludable y productiva.

Información sobre la autora

Dara Carr es directora técnica en el área de comunicación sobre salud en el Population Reference Bureau. Es autora de una variedad de publicaciones sobre salud reproductiva y salud infantil, y cuenta con más de 10 años de experiencia en la gerencia de proyectos de comunicación en África y Asia. Con anterioridad, trabajó en el Banco Mundial y en el programa de Encuestas demográficas y de salud (EDS). En el Population Reference Bureau supervisa actividades para aumentar la cantidad y calidad de la información sobre población y salud que se pone a disposición de los tomadores de decisiones en los países en desarrollo.

La autora se complace en reconocer la labor de los revisores de texto, Mushtaque Chowdhury, Gordon Perkin, Shea Rutstein y Barbara Starfield, y les agradece sus sumamente valiosos comentarios y sugerencias. También da las gracias especialmente a Davidson Gwatkin, que la orientó en un principio, y a William Newbrander que respondió a preguntas mientras estaba en Afganistán, así como a Gopi Gopalakrishnan, James Phillips, Laura Raney y Abu Sayeed, que contribuyeron información sobre diferentes actividades programáticas. La autora también reconoce las contribuciones de otro personal del PRB: la labor editorial de Allison Tarmann; las sugerencias de Lori Ashford, Mary Kent y Nancy Yinger; la investigación bibliotecaria de Zuali Malsawma, y asesoría sobre datos de Carl Haub.

Vida y muerte en Camboya

Todo parecía normal cuando Sath, una mujer camboyana de 27 años que estaba embarazada por primera vez con mellizos, sintió el inicio del parto; pero luego empezó a sangrar profusamente y no había ningún médico de guardia en la clínica cercana (los médicos en la zona rural de Camboya ganan tan poco que con frecuencia suplementan su ingreso ejerciendo la profesión en otros sitios), ni nadie en su aldea de Phum Dok Po tenía teléfono, así es que un familiar la llevó en bicicleta a la ciudad más próxima, para de ahí buscar transporte al hospital. Un taxista de la ciudad accedió a dejar a Sath en el hospital, que quedaba a 30 millas de distancia, por US\$37 dólares (más de una tercera parte del ingreso anual del marido de Sath). Desesperado, el marido tomó prestado dinero de otros agricultores para que Sath hiciera el recorrido, pero cuando llegó al hospital había perdido demasiada sangre. El primer niño nació muerto. El segundo sobrevivió, pero Sath también murió. Se consultó después a un médico sobre el caso, quien concluyó que la hemorragia probablemente se debió a un desgarro en el canal del parto, que se agravó por la presencia de anemia y la falta de vitamina A, así como por otras causas que no son normalmente problemáticas y no deberían causar la muerte en el siglo XXI.

“La gente se enferma porque es pobre”, dice la Dra. Nicole Seguy, coordinadora médica en Camboya de los Médicos sin Fronteras, y “se vuelven más pobres porque se enferman”. Un estudio de la organización de auxilio Oxfam señala que el 45% de los agricultores camboyanos que se quedan sin tierras es porque se ven forzados a venderlas por enfermedad, con lo que la mala salud es el factor más importante en la pérdida del sustento agrícola. Las cuatro enfermedades notificadas con más frecuencia entre quienes han perdido sus tierras son la malaria, el dengue, la tuberculosis y el tifus, y todas pueden prevenirse o curarse.

“La mala salud hace que un país no pueda desprenderse de la esclavitud de la pobreza”, dice Jim Tulloch, representante de país de la Organización Mundial de la Salud, situada en Ginebra. “Los niños enfermizos no se convierten en trabajadores productivos. El dinero que se consume defendiéndose en retaguardia contra los ataques de la enfermedad, es dinero que no se emplea en el desarrollo económico. Un país cuya población está crónicamente enferma se ve condenado a quedarse para siempre al borde del abismo”.

Tomado de “Lives Lost, Cambodia,” por Colin Nickerson, *The Boston Globe*, enero 26, 2003. Reimpreso por cortesía de *The Boston Globe*.

Asimismo, existen crecientes muestras de la fuerte relación entre la salud, la reducción de la pobreza y el crecimiento económico, lo que confirma el dicho popular de que “la salud enriquece”⁴.

Este *Boletín* examina aspectos de la disparidad entre los pobres y los ricos, los factores que juegan un papel en las diferencias de salud, y posibles enfoques para mejorar la salud de los pobres. En años recientes se han publicado muchos estudios sobre las desigualdades de salud en el seno de los países de bajo ingreso. Esos estudios ponen de relieve la condición de la gente más pobre del planeta, y demuestran en su mayoría las insidiosas y profundas desigualdades en salud.

Las disparidades de salud entre los países pobres y los ricos

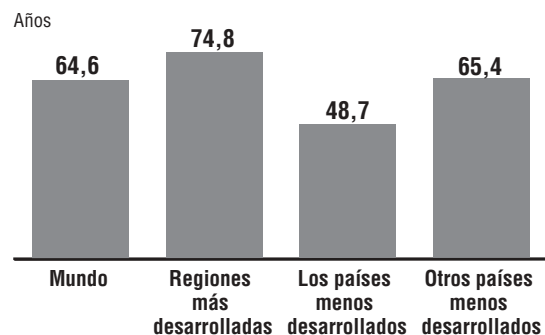
Enfermedades que pueden prevenirse y tratarse causan un gran número de muertes entre la gente más pobre del planeta. En África, las enfermedades infecciosas y parasíticas fueron la causa de más de la mitad de todas las muertes en 2001, comparado con sólo el 2% en Europa⁵. Más de 2,3 millones de personas, la mayoría en países en desarrollo, mueren anualmente de ocho enfermedades que pueden evitarse con vacunas⁶. Por otra parte, parece que la diferencia entre ricos y pobres va en aumento. Por ejemplo, la mortalidad de los menores de 5 años de edad se redujo en más del 70% en los países de alto ingreso entre 1970 y el año 2000, mientras que la reducción en los países de bajo ingreso fue del 40%⁷.

Estas diferencias en salud quedan reflejadas en el promedio de la longitud de vida. En los países menos desarrollados la esperanza de vida al nacer por término medio es de alrededor de 49 años, a diferencia de las regiones más desarrolladas del planeta, como Europa o Norteamérica, donde se puede esperar vivir hasta casi los 75 años de edad (ver el Gráfico 1).

Según la OMS, la “disparidad de salud” entre los pobres y los ricos en todo el mundo se debe en gran parte a un pequeño número de enfermedades que afectan desproporcionadamente a los países en desarrollo (como el VIH/SIDA, la malaria, la tuberculosis, los riesgos del embarazo y el puerperio, las enfermedades infantiles como el sarampión,

Gráfico 1

Esperanza de vida al nacer, 1995–2000



Nota: Según la División de Población de las Naciones Unidas, entre las regiones más desarrolladas están Australia, Nueva Zelanda, Europa, Norteamérica y Japón; entre las de menor desarrollo África, Asia (con excepción de Japón) y América latina y el Caribe; y en estas últimas hay 49 países que son considerados los menos desarrollados.

Fuente: División de Población de Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2002 Revision—Highlights* (www.un.org/esa/population/publications/wpp2002/WPP2002-HIGHLIGHTSrev1.PDF, tomado el 17 de junio, 2003).

Cuadro 1

Gasto per cápita en salud, por nivel de ingreso de país, 1997

Grupo de ingreso	Gasto total per cápita en salud, US\$
Los países menos desarrollados	11
Otros países de bajo ingreso (PNB per cápita menos de US\$760 en 1998)	23
Países de ingreso medio bajo (PNB per cápita, más de US\$761 y menos de US\$3.030 en 1998)	93
Países de ingreso medio alto (PNB per cápita, más de US\$3.031 y menos de US\$9.360 en 1998)	241
Países de alto ingreso (PNB per cápita más de US\$9.361 en 1998)	1,907

Nota: Los márgenes de ingreso son los especificados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), *Development Co-Operation Report, 2000*.

Fuente: OMS, *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development* (2001): 56.

el tétano, la difteria, las infecciones respiratorias agudas y la diarrea, la malnutrición y las enfermedades relacionadas con el tabaco). Estas enfermedades son responsables del mayor número de muertes evitables o excesivas entre los pobres, con relación a las personas de mayores medios económicos.

¿Qué factores contribuyen a las disparidades de salud entre los países pobres y los ricos? Los altos niveles de pobreza absoluta — definida como un ingreso *per cápita* que

no excede un dólar (US\$1) diario, ajustado al poder adquisitivo — hacen que la gente en los países pobres sea especialmente propensa a contraer enfermedades. Casi la mitad de los habitantes del África subsahariana viven con menos de US\$1 al día, mientras que en el Asia meridional, el 37% de la población (448 millones) tiene las mismas condiciones de pobreza⁸. Quienes viven en pobreza extrema normalmente carecen de acceso a agua potable, viviendas dignas, saneamiento adecuado, alimentos, educación, atención sanitaria profesional, transporte, empleo fijo y sin riesgo, e información sobre salud.

En el sector salud, las diferencias en el gasto en atención sanitaria, investigación, mejora de la capacidad y acceso a tecnología e información contribuyen a las disparidades que se observan a nivel mundial. La OMS estima que los países de ingreso medio y bajo constituyen el 11% del gasto en salud; sin embargo tienen más del 80% de la población mundial y sufren más del 90% de la carga de enfermedades del planeta⁹.

En los países menos desarrollados, el gasto anual en salud es de alrededor de US\$11 dólares por persona (ver el Cuadro 1), bastante menos que los US\$30 ó US\$40 por persona que la OMS considera el mínimo necesario para cubrir las intervenciones básicas¹⁰. Como contraste, el gasto anual en salud en los países de alto ingreso es más de US\$1.900 por persona.

Las enfermedades que afectan comúnmente a los pobres atraen poca inversión en investigación y desarrollo, lo que se debe principalmente a las exigencias del mercado, que no favorecen tanto la producción de medicinas para tratar las enfermedades que afectan predominantemente a los pobres del planeta. En un estudio los investigadores calcularon que la inversión anual mundial en estudios sobre malaria en 1990 ascendió a US\$65 por cada muerte por dicha causa, comparado con US\$789 por cada muerte de asma¹¹. Entre 1975 y 1977, sólo 13 de los 1.233 medicamentos disponibles en los mercados internacionales eran para enfermedades infecciosas tropicales, que afectan mayormente a los pobres en países de bajo y medio ingreso¹².

En años recientes, diferentes iniciativas (como la Alianza mundial para vacunas e inmunización) han estimulado mayor investigación y desarrollo sobre enfermedades que

afectan a los más pobres del planeta, pero aún así el Foro mundial de investigación para la salud calcula que sólo una pequeña fracción de dicho gasto se concentra en enfermedades que representan el 90% de los problemas mundiales de salud¹³.

La gente que vive en países pobres también tiene menos acceso a la tecnología médica que los residentes de países más afluentes.¹⁴ Recientemente la atención mundial se ha concentrado en la gran disparidad en el acceso a medicamentos que prolongan la vida de las personas afectadas por el SIDA.

Las enfermedades que representan mucha de la desigualdad de salud a nivel mundial (inclusive las enfermedades infecciosas y parasíticas, las deficiencias nutritivas, y las complicaciones en el parto) se concentran entre la gente de menos medios de los países más pobres.

En los países más desarrollados los antiretrovirales y los fármacos para la prevención y el tratamiento de las infecciones oportunistas han reducido drásticamente el número de muertes entre los pacientes de SIDA, pero dichos fármacos no pueden obtenerse generalmente en los países más pobres, por lo que los índices de mortalidad relacionada con el SIDA en los países más afectados por la enfermedad están por los cielos y el promedio de esperanza de vida se está reduciendo. En ocho naciones africanas (Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Rwanda, Zambia y Zimbabwe) el promedio de la esperanza de vida ha bajado a 40 años o menos¹⁵.

Las disparidades de salud en el seno de los países

Las desigualdades de salud en el seno de los países son muy amplias. Incluso en lugares con un alto nivel de salud, como en los Países Bajos, Finlandia y el Reino Unido, los pobres mueren entre 5 y 10 años antes que los ricos, y los investigadores han encontrado grandes diferencias en la esperanza de vida

entre distintos lugares de residencia en los Estados Unidos. Asimismo, las disparidades socioeconómicas en términos de salud están empeorando en muchos países¹⁶.

Sin embargo, las enfermedades que representan mucha de la desigualdad de salud a nivel mundial (inclusive las enfermedades infecciosas y parasíticas, las deficiencias nutritivas, y las complicaciones en el parto) se concentran entre la gente de menos medios de los países más pobres¹⁷. Los pobres están afectados cada vez de forma más desproporcionada por la triple carga de altos niveles de enfermedades infecciosas, enfermedades no transmisibles, y muerte y discapacidad por lesiones, abuso de sustancias y violencia¹⁸.

Preguntas de investigación básicas

La comunidad internacional de salud coincide en que la mejora de la salud de los más pobres del planeta es una prioridad, pero hacer frente a sus necesidades no es un proceso fácil. Los investigadores están debatiendo cuestiones básicas (comenzando por cómo definir quién es pobre y cómo medir el grado de salud), al comparar la situación de los pobres con otros grupos y estudiar la forma de hacer frente a las disparidades.

Cómo identificar a los pobres

En muchos países de menor desarrollo es difícil decidir quién es pobre. Los economistas pueden usar niveles de ingreso para definir la línea de pobreza en las economías grandes e industrializadas, pero en los países de menor desarrollo el ingreso no siempre es una fuente fiable o una medida a su disposición. En muchos países una gran parte de la población trabaja fuera del sector formal de la economía — en la agricultura de subsistencia, por ejemplo. En dichos contextos, los investigadores pueden utilizar información sobre niveles de consumo o bienes de los hogares para determinar el grado de pobreza. Los datos de consumo ofrecen información sobre cuánto gasta la gente en alimentos, vivienda, atención a la salud, educación y otras cosas. Los bienes de los hogares son un buen indicador del consumo y el nivel económico¹⁹.

Uno de los estudios más extensos hasta la fecha sobre las desigualdades de salud en los países de menor desarrollo utiliza los bienes de los hogares, datos sobre servicios y

otras información de las Encuestas demográficas y de salud (un proyecto de investigación por encuestas que se lleva a cabo en África, Asia y América latina) para medir el nivel socioeconómico. El índice de riqueza resultante se basa en comparaciones como la posesión de un refrigerador, una televisión o una radio, o si la familia tiene un auto, motocicleta o bicicleta, así como en el material de construcción de la vivienda, el tamaño de ésta y la fuente de agua potable, el tipo de instalaciones sanitarias, y si se emplea personal doméstico que vive en el hogar. Uno de los inconvenientes de este enfoque es que algunos de los componentes del índice, como el acceso a agua potable, también determinan el nivel de salud²⁰.

En el estudio mencionado anteriormente, que utiliza datos de las Encuestas demográficas y de salud (EDS), el índice de riqueza del hogar ofrece una definición de nivel económico relativa, que se refiere únicamente a ese país, en vez de una definición absoluta. Los investigadores dividieron la población de cada país en cinco grupos de ingreso o quintiles, basados en su posición relativa en la escala de riqueza de los hogares dentro de cada país. Es decir, que el nivel económico del quintil más pobre en Haití, por ejemplo, es muy diferente del quintil más pobre de Brasil²¹.

Para muchas actividades de investigación mundial, los economistas usan una medida absoluta o universal de la pobreza. Este enfoque trata de definir la pobreza en términos de un nivel mínimo de ingreso o consumo que puede aplicarse universalmente en un momento fijo. Normalmente los economistas estiman la cantidad mínima de dinero que se necesita para comprar alimentos y otros productos esenciales en todos los países. El Banco Mundial calcula que la línea de pobreza absoluta en los países más pobres es un promedio de alrededor de US\$1 diario *per cápita*, ajustado a las diferencias de poder adquisitivo entre unos países y otros. Para finales de la década de 1990, el Banco Mundial estimaba que 1.200 millones de personas vivían con menos de US\$1 diario, cantidad que es inferior a los 1.300 millones que había en 1990²².

Los investigadores también pueden usar medidas como la educación, la salud, el idioma y el lugar de residencia para determinar a groso modo el nivel económico. Estas

medidas tienen la ventaja de reflejar diversos aspectos de la pobreza, inclusive la marginación geográfica y social. A medida que se amplía la definición de la pobreza, los investigadores pueden ir más allá de las medidas estándar de ingreso y consumo para definir quién es pobre.

El Banco Mundial y otras entidades antes veían la pobreza como algo basado principalmente en el ingreso, pero ahora consideran que es multidimensional²³. Este cambio se debe en gran parte al trabajo de Amartya Sen, Premio Nobel de Economía en 1998. Sen criticó la forma estándar de medir la pobreza (que calculaba la proporción de personas con ingreso por debajo de una preestablecida línea de pobreza), y alegó que “no se puede establecer una línea de pobreza y luego aplicarla a todos de la misma forma, sin tomar en cuenta las características y circunstancias personales”²⁴. Sen señaló que el análisis de la pobreza debe concentrarse en la capacidad de la persona para acceder a oportunidades, y de factores como la salud, la nutrición y la educación, que reflejan la capacidad básica para funcionar en la sociedad²⁵.

Cómo medir la salud

Los investigadores tienen diferentes opciones para medir el nivel de salud. Una es fiarse de la información que proporciona la gente sobre su estado de salud. Este enfoque tiene algunos inconvenientes por tratarse de una apreciación subjetiva, puesto que la percepción de la persona de su propia salud puede variar considerablemente del resultado de la evaluación por un profesional de la salud capacitado para ello. Por otra parte, los pobres, al tener menor nivel de información y conocimiento médico, pueden también ser menos capaces de evaluar su salud y reportar sobre la misma.

Otra opción es utilizar los datos de encuestas para ver el estado de salud y el uso de los servicios de sanidad. Las EDS recogen información sobre indicadores de salud como la mortalidad infantil, la fecundidad y el nivel de nutrición. La información sobre fecundidad y mortalidad se basa en la respuesta de las mujeres sobre el número de partos que han tenido y los niños que han muerto. En el caso del estado de nutrición, los encuestadores miden y pesan a los miembros del hogar, también hacen cada vez más análisis de sangre para obtener cifras estima-

Desigualdades de salud debidas a factores geográficos y sociales

Este *Boletín* se concentra en gran parte en las desigualdades de salud por razones económicas, pero en la mayoría de los países también existen importantes disparidades entre los sexos, razas, grupos étnicos, idiomas, ocupaciones y lugares de residencia. Por ejemplo, investigadores en Bangladesh han encontrado muchas diferencias en la vacunación infantil, puesto que las niñas, las minorías étnicas y los niños en regiones aisladas tienen menores probabilidades de ser vacunados¹. Los efectos de la pobreza sobre la salud con frecuencia se ven exacerbados por la discriminación social y la exclusión de los servicios de salud, educación, etc.

Las disparidades por grupo social pueden ser más pronunciadas que las diferencias basadas únicamente en el ingreso. Por ejemplo, en 1993, bajo apartheid, los niños negros de Sudáfrica tenían 5,5 más probabilidades que los niños blancos de morir antes de cumplir un año, mientras que los niños pobres de ambas razas tenían 2,9 más probabilidades que los niños más afluentes de morir antes de dicha edad².

Las mujeres y las niñas con frecuencia son discriminadas en salud, y se enfrentan a obstáculos particulares al intentar acceder a los servicios de salud. En la India, la diferencia en la tasa de mortalidad entre los niños y las niñas ha ido creciendo con el tiempo, y en la actualidad se estima que 2 millones de niñas de 6 años y menores han “desaparecido” debido al aborto selectivo y al descuido en que se encuentran en términos de atención sanitaria y nutrición³.

Asimismo, cuando es difícil llegar a los servicios, el costo del viaje puede ser más prohibitivo para las mujeres que para los hombres. Las mujeres generalmente ganan menos que los hombres y tienen menos control sobre la forma en que se emplean los recursos del hogar. Las normas culturales también impiden que la mujer se traslade a grandes distancias, especialmente sola, para obtener servicios de salud.

Las comunidades pobres típicamente se enfrentan a múltiples riesgos de salud debido a su ubicación. Los pobres tienden a vivir predominantemente en áreas rurales y remotas donde no existe infraestructura, servicios, ni personal capacitado, y en las ciudades frecuentemente residen cerca de áreas contaminadas, como carreteras y lugares industriales. Asimismo, cuando hay desastres naturales los pobres tienden a sufrir desproporcionadamente las consecuencias, porque viven en viviendas poco sólidas y en áreas más expuestas, como las llanuras aluviales.

1. A. Mushtaque Chowdhury *et al.*, “Who Gets Vaccinated in Bangladesh: The Immunisation Divide”, *Bangladesh Health Equity Watch* (marzo 2002), se obtuvo de Internet, en www.gega.org.za/download/news-vol1_6/BHEWImmunization_brief.pdf, el 21 de noviembre, 2003.

2. Lucy Gilson y Di McIntyre, “South Africa: Addressing the Legacy of Apartheid,” en *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, ed. Timothy Evans *et al.* (Nueva York: Oxford University Press, 2001): 198.

3. Carl Haub y O.P. Sharma, “India’s 2 Million Missing Girls” (Washington, DC: Population Reference Bureau), documento no publicado, junio 2003.

tivas de los niveles de anemia o de infección por el VIH entre la población²⁶.

Un enfoque diferente es ver si la gente acude a los servicios de salud cuando los necesita o se recomienda su uso. Las EDS recopilan información sobre la cobertura de vacunación, las visitas de los niños a los centros de salud, y el uso de los servicios de planificación familiar y de maternidad. Los encuestadores preguntan a las madres cosas como cuántas vacunas han recibido sus hijos, y si llevaron a los niños a las instalaciones de salud cuando tenían diarrea o fiebre, si las mujeres han usado, o están actualmente usando, un método anticonceptivo, si recibieron atención prenatal en su último embarazo, si dieron a luz la última vez en un centro de salud, y si el parto tuvo lugar con la ayuda de personal de salud capacitado.

Los investigadores pueden evaluar la salud examinando los registros del establecimiento de salud y la disponibilidad de servicios y personal médico. En la mayoría de los países, los investigadores obtienen las estimaciones sobre la prevalencia del VIH basándose en los datos recopilados en ciertas clínicas de salud. Para evaluar el estado de salud de una comunidad, los analistas pueden examinar el número de camas en los hospitales o el personal médico capacitado que existe en un área, pero estos enfoques son menos efectivos para medir la salud de los más pobres, si los pobres tienden a usar a proveedores tradicionales en vez de clínicas u hospitales.

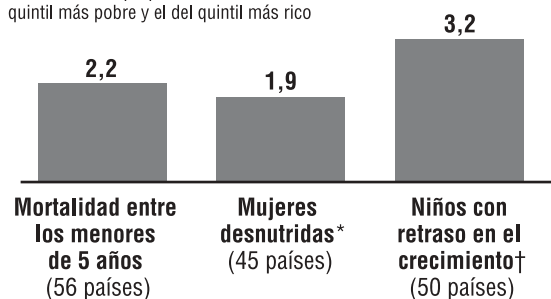
Hallazgos: ¿cuál es la situación de los pobres comparada con la de las personas más afluentes?

Los pobres están en situación de desventaja en cuestión de salud en comparación con las personas más afluentes en los países de menor desarrollo. Los investigadores han encontrado disparidades en una serie de aspectos, como el riesgo de tener mala salud, la búsqueda de atención sanitaria, el diagnóstico y el tratamiento, y la incidencia de enfermedades, discapacidad y muerte²⁷. Un amplio estudio de los datos de las EDS procedentes de varios países, que abarcan de 1990 al 2002, demuestra las diferencias entre los pobres y los que no lo son, en niveles de salud y el uso de los servicios en una variedad de indicadores de salud reproductiva y

Gráfico 2

Desigualdades de salud en países menos desarrollados, 1990-2002

Promedio de la proporción entre el índice del quintil más pobre y el del quintil más rico



Nota: No se han ajustado las proporciones para reflejar las diferencias en el tamaño de la población de los países. Los países con indicadores de menos del 1% se han excluido de los cálculos para no distorsionar los resultados.

*En algunos países las encuestas miden la desnutrición de las mujeres en edades de 15 a 49 años, o de 15 a 44 años, en otros se mide la desnutrición entre las mujeres con niños menores de 5 años.

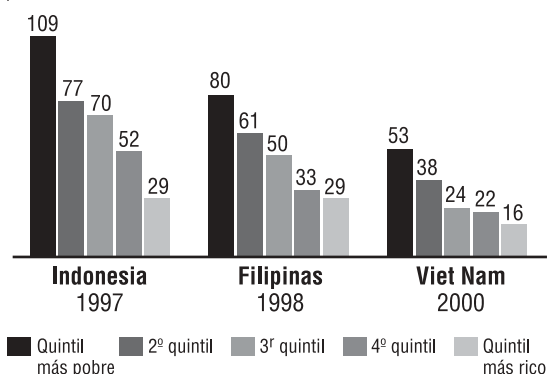
†Los niños con dicho retraso tienen poca altura para su edad, comparados con la población internacional de referencia de niños bien alimentados.

Fuente: D. Gwatkin *et al.*, *Initial Country-Level Information About Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population*, volúmenes I y II (noviembre 2003).

Gráfico 3

Índices de mortalidad entre los menores de 5 años, por quintil de riqueza

Número de muertes de menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos



Fuente: D. Gwatkin *et al.*, *Initial Country-Level Information About Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population*, volúmenes I y II (noviembre 2003).

salud infantil (ver el Cuadro 2, en las páginas 8 y 9, que muestra los resultados por país). Otros estudios de varios países han descubierto relaciones importantes en términos estadísticos entre el nivel económico, y la nutrición y la mortalidad infantil. Las dispa-

ridades en salud también se deben a factores sociales y geográficos (ver el Recuadro 2)

Desigualdades en salud

Al examinar los datos recientes de las EDS de más de 50 países en desarrollo, los investigadores descubrieron que los quintiles más pobres están en muchas peores condiciones que la gente más afluente en una serie de resultados de salud, inclusive la mortalidad infantil y el estado de nutrición. Un niño del quintil más pobre tiene por término medio el doble de probabilidades de morir antes de cumplir los 5 años que otro del quintil más rico (ver el Gráfico 2). La disparidad es similar en la nutrición materna; las mujeres en el quintil más pobre tienen casi el doble de probabilidades de estar desnutridas que las del quintil más rico, definiendo la desnutrición como un índice de masa corporal (peso en kilogramos dividido por la altura en metros cuadrados) inferior a 18,5.

El retraso en el crecimiento y la malnutrición crónica entre los niños menores de 5 años revela un nivel más pronunciado de desigualdad. Los niños que exhiben dicho retraso son demasiado bajos para su edad, comparados con la población internacional de referencia. Generalmente se considera un efecto de la desnutrición a largo plazo en el crecimiento físico de niño, y hay más del triple de probabilidades por término medio de que exista entre los niños del quintil más pobre que entre los del quintil más rico. Las desigualdades a este respecto son especialmente pronunciadas en América latina y el Caribe. Entre los nueve países de la región incluidos en el estudio (Bolivia, Brasil, Colombia, la República Dominicana, Guatemala, Haití, Nicaragua, Paraguay y Perú) un promedio no ponderado del 35% de los niños en el quintil más pobre mostraba ese retraso, comparados con el 5% en el quintil más rico.

Normalmente los resultados de salud difieren entre todos los quintiles económicos, no sólo entre el más pobre y el más rico. El promedio de niveles de mortalidad infantil por quintil de riqueza en Indonesia, Filipinas y Viet Nam muestra esta relación (ver el Gráfico 3). Las posibilidades de supervivencia infantil se elevan con el nivel de bienes.

El análisis de los datos de las EDS no estaba concebido para mostrar una relación de causa y efecto entre la riqueza y la salud

Desigualdades de salud entre los pobres y los que no son pobres, en los indicadores seleccionados

País	Mortalidad entre menores de 5 años (muertes de niños menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos)		Malnutrición entre las mujeres/madres (% del índice de masa corporal* <18,5 kg./m2)†		Niños de 12 a 23 meses totalmente vacunados (%)		Mujeres que son asistidas en el parto por un médico o una enfermera/partera capacitada (%)	
	Quintil más pobre	Quintil más rico	Quintil más pobre	Quintil más rico	Quintil más pobre	Quintil más rico	Quintil más pobre	Quintil más rico
Asia oriental, Pacífico								
Camboya, 2000	155	64	24	17	29	68	15	81
Indonesia, 1997	109	29	—	—	43	72	21	89
Filipinas, 1998	80	29	—	—	60	87	21	92
Viet Nam, 1997	63	23	—	—	42	60	49	99
Viet Nam, 2000	53	16	—	—	44	92	58	100
Europa, Asia central								
Armenia, 2000	61	30	3	4	66	(68)	93	100
Kazajstán, 1995	48	40	11	7	21	(34)	99	100
Kazajstán, 1999	82	45	7	9	69	(62)	99	99
República de Kirguistán, 1997	96	49	7	7	69	73	96	100
Turquía, 1993	125	27	3	3	41	82	43	99
Turquía, 1998	85	33	2	2	28	70	53	98
Turkmenistán, 2000	106	70	11	10	85	78	97	98
Uzbekistán, 1996	70	50	12	8	81	78	92	100
América latina y el Caribe								
Bolivia, 1998	147	32	0.5	2	22	31	20	98
Brasil, 1996	99	33	9	5	57	74	72	99
Colombia, 1995	52	24	6	1	58	77	61	98
Colombia, 2000	39	20	3	3	50	65	64	99
Guatemala, 1995	89	38	4	2	49	46	9	92
Guatemala, 1998	78	39	4	0.5	66	56	9	92
Haití, 1994-1995	163	106	25	9	19	44	2	65
Haití, 2000	164	109	17	8	25	42	4	70
Nicaragua, 1997-1998	69	30	4	4	61	73	33	92
Nicaragua, 2001	64	19	3	4	64	71	78	99
Paraguay, 1990	57	20	—	—	20	53	41	98
Perú, 1996	110	22	1	1	55	66	14	97
Perú, 2000	93	18	1	2	58	81	20	98
República Dominicana, 1996	90	27	10	6	34	47	89	98
Oriente Medio/África septentrional								
Egipto, 1995	147	39	—	—	65	93	21	86
Egipto, 2000	98	34	1	0.1	91	92	31	94
Jordania, 1997	42	25	3	2	21	17	91	99
Marruecos, 1992	112	39	6	2	54	95	5	78
Yemen, 1997	163	73	39	13	8	56	7	50
Asia meridional								
Bangladesh, 1996-1997	141	76	65	33	47	67	2	30
Bangladesh, 1999-2000	140	72	—	—	50	75	4	42
India, 1992-1993	155	54	—	—	17	65	12	79
India, 1998-1999	141	46	50	15	21	64	16	84
Nepal, 1996	156	83	26	21	32	71	3	34
Nepal, 2001	130	68	27	15	54	82	4	45
Pakistán, 1990-1991	125	74	—	—	23	55	5	55

País	Mortalidad entre menores de 5 años (muertes de niños menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos)		Malnutrición entre las mujeres/madres (% del índice de masa corporal* <18,5 kg./m2)†		Niños de 12 a 23 meses totalmente vacunados (%)		Mujeres que son asistidas en el parto por un médico o una enfermera/partera capacitada (%)	
	Quintil más pobre	Quintil más rico	Quintil más pobre	Quintil más rico	Quintil más pobre	Quintil más rico	Quintil más pobre	Quintil más rico
África subsahariana								
Benín, 1996	208	110	21	7	38	74	34	98
Benín, 2001	198	93	16	6	49	73	50	99
Burkina Faso, 1998-1999	239	155	16	9	21	52	18	75
Camerún, 1991-201	201	82	—	—	27	64	32	95
Camerún, 1998	199	87	12	4	24	57	28	89
Chad, 1996-1997	171	172	28	21	4	23	3	47
Comoras, 1996	129	(87)	7	9	40	82	26	85
Côte d'Ivoire, 1994	190	97	11	6	16	64	17	84
Eritrea, 1995	152	104	45	21	25	84	5	74
Etiopía, 2000	159	147	32	25	7	34	0,9	25
Gabón, 2000	93	55	9	4	6	24	67	97
Ghana, 1993	156	75	12	7	38	79	25	85
Ghana, 1998	139	52	18	5	50	79	18	86
Guinea, 1999	230	133	17	9	17	52	12	82
Kenya, 1998	136	61	18	6	48	60	23	80
Madagascar, 1997	195	101	24	15	22	66	30	89
Malawi, 1992	253	172	14	6	73	89	45	78
Malawi, 2000	231	149	10	6	65	81	43	83
Malí, 1995-1996	298	169	16	12	16	56	11	81
Malí, 2001	248	148	13	10	20	56	8	82
Mauritania, 2000-2001	98	79	17	9	16	45	15	93
Mozambique, 1997	278	145	17	4	20	85	18	82
Namibia, 1992	110	76	19	5	54	63	51	91
Namibia, 2000	55	31	—	—	60	68	55	97
Níger, 1998	282	184	27	13	5	51	4	63
Nigeria, 1990	240	120	—	—	14	58	12	70
República								
Centrafricana, 1994-1995	193	98	16	11	18	64	14	82
Rwanda, 2000	246	154	12	7	71	79	17	60
Senegal, 1997	181	70	—	—	—	—	20	86
Sudáfrica, 1998	87	22	—	—	51	70	68	98
Tanzanía, 1996	140	98	12	7	57	83	27	81
Tanzanía, 1999	160	135	—	—	53	78	29	83
Togo, 1998	168	97	13	8	22	52	25	91
Uganda, 1995	192	113	13	6	34	63	23	70
Uganda, 2000-2001	192	106	15	5	27	43	20	77
Zambia, 1996	212	136	10	8	71	86	19	91
Zambia, 2001-2002	192	92	21	10	64	80	20	91
Zimbabwe, 1994	85	56	6	1	72	86	55	93
Zimbabwe, 1999	100	62	9	4	64	64	57	94

Nota: Se han redondeado las cifras.

() Los paréntesis indican que la cifra se basa en un número relativamente pequeño de casos, y puede no ser fiable.

— No se dispone de datos.

*El índice de masa corporal se basa en el peso en kilogramos dividido por la altura en metros cuadrados.

† En algunos países las encuestas midieron la malnutrición entre las mujeres de 15 a 49 años, o de 15 a 44 años; en otros se midió la malnutrición entre las mujeres con niños menores de 5 años.

Fuente: D. Gwatkin *et al.*, *Initial Country-Level Information About Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population*, volúmenes I y II (noviembre 2003).

infantil, pero otros estudios han encontrado nexos de importancia estadística (que no son meras coincidencias) entre el nivel económico y la salud de los niños. En un estudio, que examinó la nutrición infantil en 20 países en desarrollo, los investigadores encontraron que 18 de ellos mostraban desigualdades de importancia estadística, tanto en el retraso en el crecimiento como en la falta de peso²⁸. El autor de otro estudio descubrió que siete de nueve países menos desarrollados mostraban considerables desigualdades en los índices de mortalidad de los niños menores de 5 años²⁹.

Desigualdad en el uso de los servicios de salud

El estudio de las EDS muestra que hay menos probabilidades de que los quintiles más pobres utilicen los servicios básicos de salud (como inmunización, servicios de maternidad y planificación familiar) que los quintiles más afluentes. Por término medio, los niños en las edades de 12 a 23 meses en los quintiles más ricos tienen el doble de probabilidades que los de los quintiles más pobres de recibir todas las vacunas infantiles básicas (ver el Gráfico 4). La OMS recomienda que los niños reciban una dosis de las vacunas de la tuberculosis y el sarampión, y tres dosis de la vacuna triple de la difteria, tosferina y tétano, y otras tres de la vacuna contra la polio antes de cumplir el año de edad. En la comparación entre regiones, la disparidad en vacunación es especialmente alta en el África subsahariana, donde solamente un promedio del 32% de los niños en el quintil más pobre ha sido completamente vacunado, comparado con el 62% en el quintil más rico (ver el Gráfico 5).

El uso de asistencia profesional durante el parto también varía considerablemente. Los partos de mujeres en el quintil más rico tienen cinco veces más probabilidades, por término medio, de ser asistidos por personal capacitado como un médico, una enfermera o una partera (ver el Gráfico 4). La asistencia de personal sanitario capacitado durante el parto es esencial, ya que una serie de complicaciones serias del embarazo no pueden preverse de antemano.

El nivel de desigualdad también es alto en lo referente al uso de anticonceptivos modernos, especialmente en el África subsahariana. Las mujeres casadas en el quintil de mayor riqueza tienen casi cinco veces

mayores probabilidades, por término medio, de usar métodos anticonceptivos que las de los quintiles más pobres (ver el Gráfico 4). Ello puede ser indicativo de la disparidad en el acceso a los servicios de planificación familiar, así como de los diversos grados de demanda de anticonceptivos; por ejemplo, las mujeres menos educadas tienden a querer familias de mayor tamaño que las que tienen mayor educación. Las diferencias más extremas entre los pobres y los ricos se ven en algunos países (Chad, Mauritania, Mozambique, Níger, Nigeria, Senegal y Yemen) donde como mucho el 10% de las mujeres usan métodos anticonceptivos modernos.

Tendencias en las desigualdades de salud

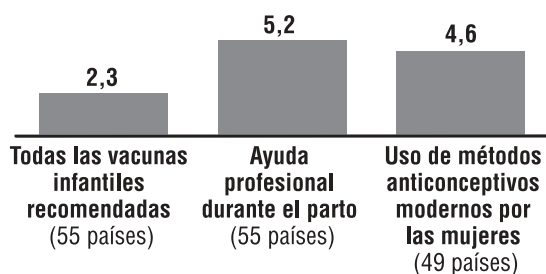
La situación es mixta cuando se examinan las tendencias en los niveles de desigualdad en los resultados de salud y el uso de los servicios entre los países de que se tienen datos (ver el Cuadro 3, en la página 12). La interpretación de los datos puede ser complicada. En algunos casos se redujeron las desigualdades porque empeoraron las condiciones de salud en el quintil más rico; en otros casos se elevaron, pero los indicadores de salud (ver el Cuadro 2) mejoraron tanto en el quintil más rico como en el más pobre. El incremento en la desigualdad se debe al hecho de que las mejoras tienen lugar con mayor rapidez entre los quintiles más afluentes que entre los pobres. Son relativamente pocos los países que logran reducir la desigualdad al tiempo que mejoran la salud o el acceso a los servicios en los quintiles de mayor y menor riqueza.

Respecto a la mortalidad entre los menores de 5 años de edad, ninguno de los países de los que se dispone de datos de tendencias logró reducir tanto las desigualdades como los índices de mortalidad entre los niños en los quintiles más pobres y más ricos (ver el Cuadro 3), pero algunos países han mostrado considerables avances en mejorar las perspectivas de supervivencia entre los pobres. Egipto es un ejemplo notable a este respecto; en 1995, el índice de mortalidad entre los menores de 5 años era de 147 en el quintil más pobre, y para el 2000 dicho índice se había reducido a 98. En 16 países las desigualdades han permanecido más o menos uniformes con el tiempo, o se han incremen-

Gráfico 4

Desigualdades en el uso de los servicios de salud, 1990–2002

Promedio de la proporción entre el índice del quintil más rico y el del quintil más pobre



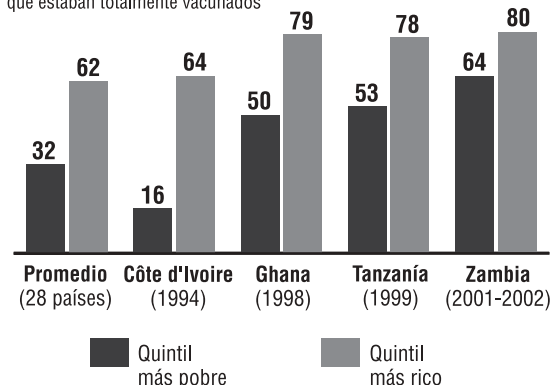
Nota: No se han ajustado las proporciones para reflejar las diferencias en el tamaño de la población entre países. Los países con valores de menos del 1% no se han incluido en el cálculo para evitar un resultado distorsionado.

Fuente: D. Gwatkin *et al.*, *Initial Country-Level Information About Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population*, volúmenes I y II (noviembre 2003).

Gráfico 5

Vacunación total, por quintil económico, en el África subsahariana

Porcentaje de niños entre 12 y 23 meses que estaban totalmente vacunados



Nota: El promedio de cobertura de inmunización no se ha ajustado para reflejar las diferencias en el tamaño de la población entre los países.

Fuente: D. Gwatkin *et al.*, *Initial Country-Level Information About Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population*, volúmenes I y II (noviembre 2003).

tado, pero en nueve de ellos la supervivencia infantil de hecho mejoró tanto en los quintiles pobres como en los ricos, si bien la reducción en la mortalidad tiende a ser mayor entre los niños en los quintiles más ricos.

En dos de 15 países de los que se tienen datos sobre las tendencias de desnutrición de las mujeres (Benín y Haití), la desigualdad se redujo con el tiempo y la desnutrición entre las mujeres en los quintiles más pobres bajó

en por lo menos 5 puntos porcentuales. Si bien las desigualdades en malnutrición parecen haberse reducido en una serie de países, esto se debe en parte a que la nutrición de las mujeres en los quintiles más ricos ha empeorado ligeramente; de hecho, en Colombia, Kazajstán, Perú y Zimbabwe el estado de nutrición de las mujeres en el quintil más rico permaneció aproximadamente al mismo nivel o se redujo ligeramente.

Los programas de vacunación suelen hacer un esfuerzo especial por llegar a los pobres, y en dos países (Guatemala y Kazajstán) los niños más ricos de hecho tienen una ligera desventaja en comparación con los pobres, porque estos últimos están totalmente vacunados. Kazajstán y Nepal redujeron la desigualdad y mejoraron la cobertura de vacunación entre los niños de los quintiles más pobres y más ricos. Egipto también hizo grandes avances al reducir ligeramente la desigualdad y elevar en 26 puntos porcentuales la proporción de vacunación total en el quintil más pobre. Igual de impresionante es que Nepal mejoró la cobertura entre los pobres en alrededor de 22 puntos porcentuales.

Una serie de países lograron avances en asegurar que tanto las mujeres pobres como las más afluentes recibieran la asistencia de personal médico capacitado durante el parto. Entre los países que redujeron las desigualdades y elevaron la cobertura de dicha asistencia capacitada en el parto se encuentran Benín, Egipto, la India, Nicaragua, Turquía y Viet Nam. Nicaragua logró más que duplicar la cobertura en el quintil más pobre (del 33% al 78%). Asimismo Benín y Turquía lograron mejoras de 15 y 10 puntos porcentuales respectivamente entre las mujeres en dicho quintil, y la cobertura entre las mujeres del quintil más rico ya era de más del 90%. En una serie de países las desigualdades de hecho aumentaron y no se hizo ningún avance en lograr mayor cobertura entre las mujeres pobres.

Beneficio que los pobres reciben de los servicios de salud pública

Con frecuencia los gobiernos de los países menos desarrollados proporcionan servicios de salud gratuitos o subvencionados para mejorar la salud de los pobres y de la gente vulnerable. La financiación por el sector público de los servicios de atención primaria

Cuadro 3

Tendencias en las desigualdades de salud

Pays	Relación pobres/ricos		Relación ricos/pobres	
	Mortalidad entre los menores de 5 años	Desnutrición entre las mujeres†	Niños entre las edades de 12 a 23 meses que estaban totalmente vacunados	Mujeres que recibían la asistencia de un médico o una enfermera/partera durante el parto
Asia oriental, Pacífico				
Viet Nam, 1997	2,8	—	1,4	2,0
Viet Nam, 2000	3,3 ^a	—	2,1	1,7 ^b
Europa, Asia central				
Kazajstán, 1995	1,2	1,5	1,6	1,0
Kazajstán, 1999	1,8	0,8	0,9 ^a	1,0
Turquía, 1993	4,6	0,8	2,0	2,3
Turquía, 1998	2,6	1,0	2,5	1,8 ^b
América latina y el Caribe				
Colombia, 1995	2,2	4,9	1,3	1,6
Colombia, 2000	1,9	1,1	1,3	1,5 ^b
Guatemala, 1995	2,4	2,1	0,9	9,8
Guatemala, 1998	2,0	7,4	0,8 ^a	10,4
Haití, 1994-1995	1,5	2,7	2,3	31,0
Haití, 2000	1,5	2,1	1,7	17,1
Nicaragua, 1997-1998	2,3	1,0	1,2	2,8
Nicaragua, 2001	3,3	0,9	1,1	1,3 ^b
Perú, 1996	5,0	1,2	1,2	7,1
Perú, 2000	5,3	0,7	1,4	6,7
Oriente Medio, África septentrional				
Egipto, 1995	3,8	—	1,4	4,2
Egipto, 2000	2,9	14,0	1,0 ^b	3,0 ^a
Asia meridional				
Bangladesh, 1996-1997	1,9	2,0	1,4	16,6
Bangladesh, 1999-2000	1,9	—	1,5	12,0
India, 1992-1993	2,8	—	3,8	6,6
India, 1998-1999	3,1 ^a	3,5	3,0	5,1 ^a
Nepal, 1996	1,9	1,2	2,2	11,6
Nepal, 2001	1,9 ^a	1,8	1,5 ^a	12,5
África subsahariana				
Benín, 1996	1,9	3,0	1,9	2,8
Benín, 2001	2,1 ^a	2,8	1,5	2,0 ^b
Camerún, 1991	2,5	—	2,3	3,0
Camerún, 1998	2,3	2,9	2,4	3,2
Ghana, 1993	2,1	1,6	2,1	3,4
Ghana, 1998	2,7 ^a	3,7	1,6	4,8
Malawi, 1992	1,5	2,4	1,2	1,7
Malawi, 2000	1,5 ^a	1,7	1,2	1,9
Malí, 1995-1996	1,8	1,3	3,5	7,3
Malí, 2001	1,7 ^a	1,3	2,9	10,1
Namibia, 1992	1,5	3,6	1,2	1,8
Namibia, 2000	1,8 ^a	—	1,1 ^a	1,8 ^b
Tanzanía, 1996	1,4	1,7	1,4	3,0
Tanzanía, 1999	1,2	—	1,5	2,9
Uganda, 1995	1,7	2,2	1,8	3,1
Uganda, 2000-2001	1,8	3,1	1,6	3,9
Zambia, 1996	1,6	1,3	1,2	4,7
Zambia, 2001-2002	2,1 ^a	2,0	1,3	4,6
Zimbabue, 1994	1,5	4,8	1,2	1,7
Zimbabue, 1999	1,6	2,1	1,0	1,6

Relación entre pobres y ricos

Una relación de 1 significa que ambos quintiles son aproximadamente iguales; una relación de más de 1 significa una situación de desventaja en el quintil más pobre.

Relación entre ricos y pobres

Una relación de 1 significa que ambos quintiles son aproximadamente iguales; una relación de más de 1 significa una situación de ventaja en el quintil más rico.

Nota: Las relaciones se basan en los cálculos de la autora, utilizando para ello cifras redondeadas al punto decimal más cercano. Las diferencias de 0,1 o menos en la relación no se considera que representen cambio alguno.

^a Tanto los quintiles más pobres como los más ricos mejoraron con el tiempo (ver el Cuadro 2). Las diferencias de 3 o menos puntos porcentuales no se considera que representen cambio alguno. Las reducciones de 5 o menos en los índices de mortalidad no se considera que representen un cambio.

^b Más de 90% en el quintil más rico, y una mejora entre los pobres.

† En algunos países esto incluye sólo a las mujeres con niños menores de 5 años.

Fuente: D. Gwatkin *et al.*, *Initial Country-Level Information About Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population*, volúmenes I y II (noviembre 2003).

a la salud a veces tiene lugar aparte de la estrategia nacional para reducir la pobreza³⁰, pero en muchos países los pobres no aprovechan tanto el subsidio público a la salud como los grupos más afluentes.

Un estudio de siete países africanos examinó qué grupos económicos se beneficiaban más de los servicios curativos financiados por el sector público (ver el Cuadro 4). Los investigadores descubrieron que la quinta parte más pobre recibía menos del 20% de los beneficios de este gasto en la totalidad de los siete países³¹. En lo referente a los servicios de atención primaria a la salud, como los que se ofrecen en clínicas básicas y dispensarios, la gente más pobre se beneficiaba menos que los más afluentes en cinco de los siete países estudiados.

La situación varía cuando se examina el gasto público en salud en otras regiones. Jamaica y Malasia, por ejemplo, administran la distribución del gasto en salud a favor de los pobres (ver el Cuadro 5). En otros lugares, como Brasil, el gasto público en salud favorece considerablemente a los quintiles más ricos.

Factores determinantes del nivel de salud y las desigualdades a este respecto

¿Qué elementos influyen en la salud de una persona? Una variedad de factores sociales y económicos, además del sistema de salud, como se ve en el Gráfico 6, en la página 14. En general, los pobres están en una situación de desventaja en todos los elementos que determinan el estado de salud. Los pobres también se ven más expuestos a múltiples factores que pueden causar una mala salud. La interrelación entre los factores sociales y otros factores de riesgo es especialmente importante para entender la desigualdad en salud.

A nivel de los hogares los pobres están más expuestos a enfermedades por falta de recursos financieros, escaso conocimiento o educación sobre temas de salud, poco uso de los servicios de salud e insuficiente nutrición. El mayor nivel de ingreso y bienes son especialmente importantes en términos de salud. Los más afluentes tienden a usar los servicios de salud con mayor frecuencia,

Cuadro 4
Beneficio del gasto público en servicios curativos que los quintiles más pobre y más rico reciben

País	Porcentaje de beneficios recibidos de los servicios de atención primaria de salud		Porcentaje de beneficios recibidos de todos los servicios curativos* en hospitales e instalaciones de atención primaria	
	Quintil más pobre	Quintil más rico	Quintil más pobre	Quintil más rico
Côte d'Ivoire, 1995	14	22	11	32
Ghana, 1992	10	31	12	33
Guinea, 1994	10	36	4	48
Kenya (rural), 1992	22	14	14	24
Madagascar, 1993	10	29	12	30
Sudáfrica, 1994	18	10	16	17
Tanzania, 1992-1993	18	21	17	29

*Los datos se basan en el uso de servicios de salud notificado por los hogares en respuesta a heridas o enfermedad, por lo que los autores del estudio lo consideran curativo.
Fuente: Adaptado de F. Castro-Leal *et al.*, "Public Spending on Health Care in Africa: Do the Poor Benefit?" *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 78, no. 1 (2000): 70.

Cuadro 5
Porción del gasto público en salud recibido por el quintil más pobre y el más rico en ciertos países

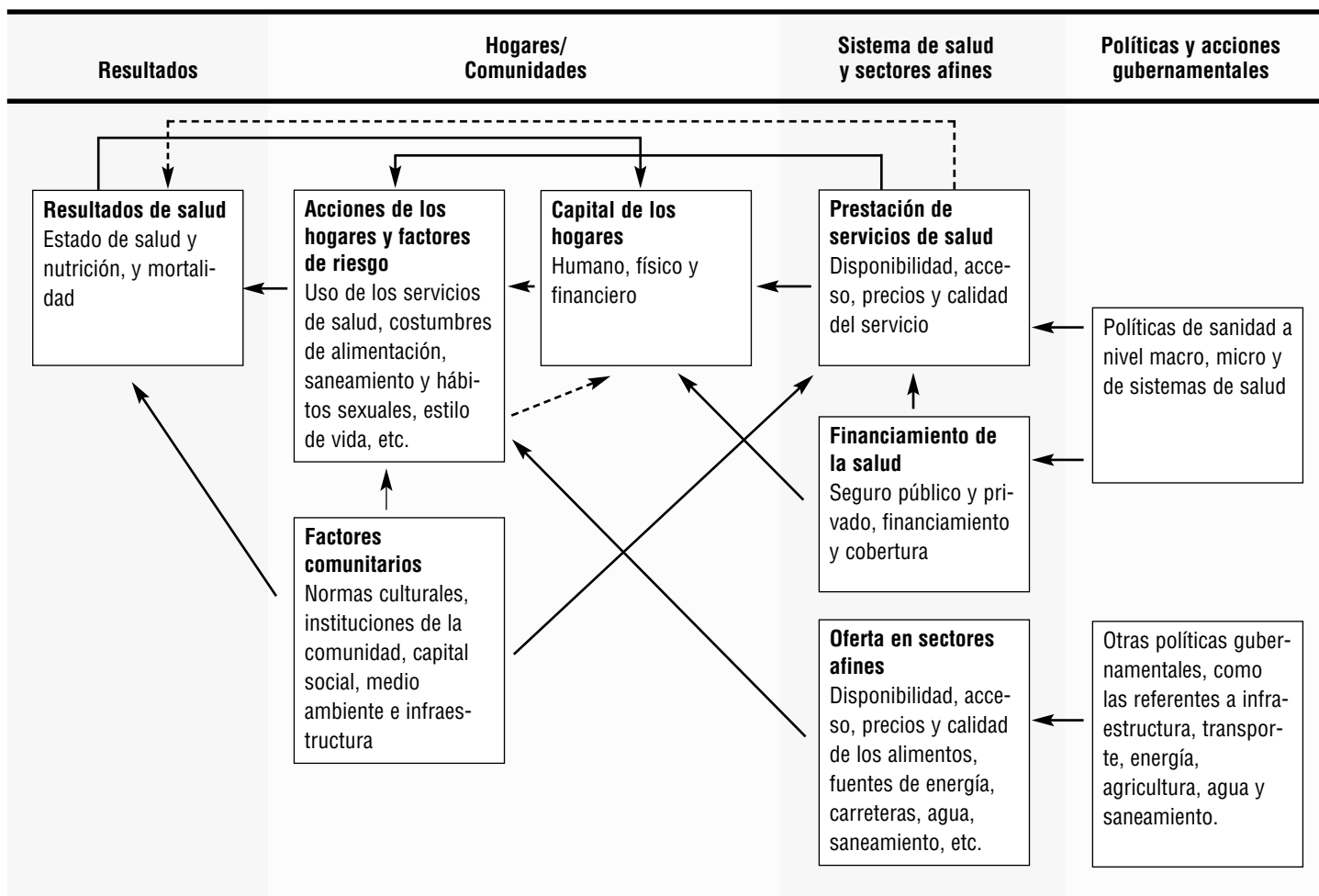
País, año	Quintil más pobre	Quintil más rico
Brasil, 1985	17	42
Egipto, 1995	16	24
Indonesia, 1989	12	29
Jamaica, 1989	30	9
Malasia, 1989	29	11
Viet Nam, 1992	12	29

Fuente: W. Hsiao y Y. Liu, "Health Care Financing: Assessing Its Relationship to Health Equity," en *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, ed. T. Evans *et al.* (2001): 271.

dependen de personal profesional en vez de curanderos, y sus familias son de menor tamaño y están mejor alimentadas. Asimismo, la educación, y especialmente la educación de la mujer, juega un gran papel en los hábitos y costumbres de los hogares relacionados con la buena salud³².

Los factores de la comunidad, inclusive el medio ambiente y la geografía, normalmente también ponen a los pobres en desventaja en materia de salud. Los habitantes

Factores que determinan la salud



Fuente: A. Wagstaff, "Poverty and Health Sector Inequalities," *Boletín de la OMS* 80, no. 2 (2002): 99.

de las comunidades rurales mal atendidas y remotas tienden a ser pobres, y disfrutan de menor acceso a agua potable, viviendas seguras y transporte eficiente. En las comunidades pobres, las normas sociales tienden a apoyar conductas relacionadas con la mala salud, como el matrimonio a edades tempranas, familias de gran tamaño y la discriminación de la mujer³³.

En general los pobres reciben menos beneficios del sistema de salud que los más afluentes. Hay mayor probabilidad de que no existan servicios de salud para los pobres, o que sean inaccesibles, demasiado caros, o de relativamente baja calidad. Por ejemplo, un estudio descubrió que las personas en el quintil más pobre en Sudáfrica tenían que viajar casi dos horas para recibir atención médica, comparado con 34 minutos para la población del quintil más rico³⁴.

Normalmente, las áreas rurales donde viven los pobres tienen un bajo número de profesionales de la salud por habitante. Los investigadores han descubierto que la distancia y el costo que representa el viaje al centro de atención son factores especialmente importantes en el uso que los pobres hacen de los servicios de sanidad³⁵.

Las políticas y acciones gubernamentales también afectan la salud de los pobres. El gasto público en salud puede influir en el tipo y la calidad de los servicios de que disponen los pobres. Muchos gobiernos asignan la proporción más grande de su presupuesto de salud a los hospitales urbanos, y dejan a los residentes rurales sin suficientes establecimientos de salud. Diferentes modalidades de financiamiento público pueden afectar la disponibilidad de servicios para los pobres y su capacidad para costearlos, y la inversión

pública en sectores como el transporte y el agua también puede afectar los resultados de salud.³⁶

Explicación de las desigualdades

Los investigadores han creado un marco especialmente diseñado para explicar la desigualdad en salud, que tiene en cuenta las diversas vulnerabilidades de los pobres y pone de relieve las causas sociales de las diferencias de salud³⁷. Según el marco, existen cuatro grandes mecanismos que conllevan a la disparidad en este respecto, que son la estratificación social, el diferente grado de exposición, la diferente propensión, y las diferentes consecuencias sociales de la mala salud.

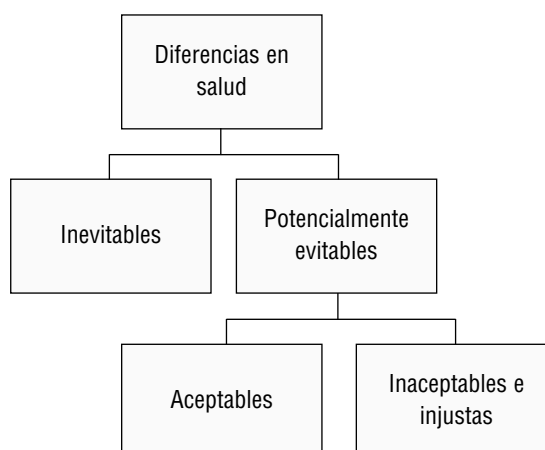
■ La **estratificación social** se refiere a las diferencias sociales (y su magnitud) entre los grupos de población. La posición social influye en el nivel de salud, por lo que quienes tienen una posición social más alta tienden a disfrutar de mejor salud. Las políticas que reducen la estratificación social o facilitan la movilidad social pueden ayudar a corregir la disparidad por esta causa.

■ El **diferente grado de exposición** se refiere a la mayor probabilidad de que la gente de menor nivel socioeconómico se vea expuesta a situaciones que afecten negativamente su salud. Las personas con menos ventajas económicas tienden a estar más expuestas a diferentes riesgos de salud, es decir, a un “conjunto” de riesgos; pueden estar desnutridos, tener escasa agua limpia y poco acceso a la educación.

■ La **diferente susceptibilidad** se refiere a la mayor propensión que los grupos con desventaja económica tienen a padecer enfermedades, debido a la interrelación de los múltiples riesgos de salud a que se ven expuestos. Ello podría explicar por qué se ponen más enfermos que la población más afluyente cuando se ven expuestos a similares niveles de fuentes nocivas. Por ejemplo, en Suecia, los hombres en los grupos socioeconómicos más bajos tienen mayores probabilidades de sufrir enfermedades relacionadas con el alcohol, e incluso de morir de las mismas, que los hombres más afluentes, aunque consuman similares cantidades de alcohol³⁸.

Gráfico 7

Cómo juzgar si los resultados de salud son justos



Fuente: M. Whitehead in *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action* (2001).

■ Dichas poblaciones desfavorecidas también sufren **diferencias en las consecuencias** de las enfermedades y lesiones. Una enfermedad que puede tener consecuencias limitadas para la población afluyente quizás sea catastrófica para las personas de menores medios económicos, si conlleva la pérdida de sus tierras, ganado, la deserción escolar y otros males. Por otra parte, la mala salud también puede incrementar la división o la estratificación social, por sus efectos socioeconómicos.

Cómo determinar cuándo las desigualdades son injustas

Las desigualdades de salud son un hecho. Las personas con diferentes características genéticas o biológicas, diferentes estilos de vida y nutrición, disfrutan de una calidad de salud distinta durante su vida. Los hombres y las mujeres, debido a su diferente fisiología, también tienen diferencias de salud.

¿En qué momento estas diferencias se vuelven inequitativas y requieren especial atención? Una razón importante para concentrarse en los pobres es ver el grado en que su mayor carga de enfermedad obedece a injusticias económicas y sociales. La investigadora Margaret Whitehead postula que las desigualdades en salud son evitables e injustas (ver el Gráfico 7). Son injustas cuando se deben a factores que la sociedad puede cambiar, como la desigualdad en el acceso a

recursos como la educación, el agua limpia, la vivienda sin riesgos, el transporte y los servicios de atención a la salud³⁹.

En los países en desarrollo, millones de personas mueren de enfermedades que pueden prevenirse o evitarse y que están relacionadas con bajos niveles socioeconómicos. Por ejemplo, se calcula que 1,7 millones de personas mueren anualmente de enfermedades relacionadas con la falta de agua limpia, saneamiento e higiene⁴⁰. En gran medida sus problemas de salud son evitables e injustos, y no tienen que ver con decisiones personales, sino que obedecen a las desigualdades causadas por las diferentes limitaciones y oportunidades de los estratos socioeconómicos.⁴¹

Las desigualdades de salud también son a veces inevitables. Algunas personas tienen mayor propensión a las enfermedades del corazón o a los derrames cerebrales, debido a una predisposición genética que no hay forma de evitar. También hay casos de diferencias socialmente aceptables que podrían evitarse. Por ejemplo, las diferencias en el riesgo de lesión entre los conductores de motocicletas que usan casco y los que no usan, son evitables pero pueden resultar aceptables si se refieren a personas adultas con suficiente nivel de ingreso que asumen conscientemente el riesgo de no ponerse el casco.

Para lograr equidad en salud hay que eliminar las diferencias evitables y proporcionar servicios de salud basados en la necesidad de los usuarios. La Sociedad internacional para la justicia en salud (*International Society for Equity in Health*) define la equidad a este respecto como “la ausencia de diferencias sistemáticas que pueden corregirse, en uno o más aspectos de la salud, entre grupos o subgrupos de población definidos en términos sociales, económicos, demográficos o geográficos”. Dicha institución diferencia entre dos tipos de justicia en salud: justicia horizontal, que se refiere a la prestación de los mismos servicios o tratamiento para necesidades de salud equivalentes; y justicia vertical, la prestación de mayores servicios de salud a los grupos de mayor necesidad.⁴²

Enfoques para beneficiar a los pobres

Más de 25 años después de la firma de la declaración de Salud para todos, la experiencia sugiere que mejorar la salud de los grupos más pobres en los países menos desarrollados sigue siendo una tarea inmensa. ¿Qué se puede hacer al respecto? En general todavía hay mucho que aprender sobre cómo las políticas y programas pueden mejorar la salud de los más pobres, y todavía no se ha estudiado a fondo la forma en que las amplias intervenciones sociales y económicas afectan las disparidades de salud.⁴³

Si bien se han identificado diferentes razones de la desigualdad, no existe un consenso sobre cuáles son los factores causales de mayor importancia en todos los países⁴⁴; pero los investigadores coinciden en que se necesitan políticas para reducir la pobreza económica extrema, que según varios analistas representa el “principal riesgo de mala salud y muerte prematura a nivel mundial”⁴⁵. Los investigadores también tienden a estar de acuerdo en que las respuestas más efectivas a las disparidades en salud son multisectoriales, es decir abarcan los sectores de salud, educación, finanzas, medio ambiente, agricultura, transporte, empleo y otros (ver el Recuadro 3).

Enfoques socioeconómicos

Las autoridades encargadas de tomar decisiones consideran cada vez más los factores fuera del sector de la salud (por ejemplo, la situación económica, social y ambiental) como importantes determinantes del estado de salud⁴⁶. En un informe de 1999 sobre pobreza y sanidad, el Director General de la OMS dijo que muchas de las causas de la mala salud, y por ende los medios para lograr considerables mejoras de salud entre los pobres, dependen de los avances que se hagan fuera del sector sanitario⁴⁷. El informe observa que un enfoque de la OMS dirigido a reducir la pobreza debe:

■ influir en los factores que determinan la salud, modificando la política de desarrollo en áreas como el empleo, el comercio, la agricultura, el micro crédito y el medio ambiente;

■ reducir el riesgo entre los pobres, mediante medidas tradicionales de salud pública y abordando las amenazas que les afectan desproporcionadamente, como los conflictos, los peligros ambientales, las condiciones de trabajo peligrosas y los desastres naturales;

■ concentrarse en los problemas de salud que afectan desproporcionadamente a los pobres; y

■ asesorar a los gobiernos sobre el establecimiento de sistemas de salud que atiendan mejor a los pobres.

Algunos analistas proponen que los esfuerzos por mejorar la salud de los pobres deben considerarse como parte de una estrategia más amplia de justicia social o tratamiento justo y falta de discriminación⁴⁸. En este sentido las disparidades en salud reflejan una organización social injusta, y las injusticias de salud pueden considerarse un indicativo de la justicia social y los derechos humanos de los ciudadanos de una nación⁴⁹. El sistema de salud es una forma de iniciar el cambio social. Las políticas en otros sectores son claves, inclusive las medidas para: mejorar el acceso a la educación y la capacitación laboral; elevar la condición de la mujer y los grupos marginados; abogar por lugares de trabajo, hogares y ciudades más saludables; reducir los peligros ambientales; proporcionar redes de seguridad social y otra protección contra la pobreza; y promover un gobierno más abierto y participativo.⁵⁰

Políticas a favor del crecimiento y de los pobres

El crecimiento económico (en forma de mayor nivel de ingreso *per cápita*) va asociado frecuentemente a mayores desigualdades de salud. Por ejemplo un estudio de la mortalidad entre los menores de 5 años, en 42 países, descubrió que el mayor ingreso *per cápita* y la desigualdad estaban estrechamente relacionados. ¿Cómo se acrecientan las desigualdades al incrementar el ingreso *per cápita*? Una explicación puede ser que el aumento en el ingreso va ligado al progreso tecnológico, y las poblaciones más afluentes tienden a beneficiarse de dicho cambio antes que los pobres⁵¹.

Recuadro 3

Cómo abordar las causas de la desigualdad en salud

Información sobre la salud de la población en su totalidad, si bien puede obtenerse fácilmente, no siempre es de utilidad para entender la desigualdad. Por ejemplo, en Chile las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte, pero la diferencia en la esperanza de vida entre las personas de mayor y menor educación se debe principalmente a los accidentes de tráfico¹. En Cebú, Filipinas, la disponibilidad de servicios de salud juega un papel importante en las probabilidades de supervivencia del niño promedio, pero las desigualdades en ingreso y educación materna son un factor más importante para explicar las diferencias en mortalidad entre los niños pobres y los que no son pobres².

La sinergia entre los factores de riesgo es especialmente importante para los pobres, que tienden a verse expuestos a múltiples riesgos de salud acumulados durante su vida. Por ejemplo, los vecinos de San Juan Cancuc, Chiapas, uno de los municipios más pobres de México, tienen múltiples factores de riesgo: todos son indígenas, las dos terceras partes son analfabetos, sólo el 4% vive en hogares con agua corriente, y la mayoría tiene poco acceso a los servicios de salud³. Su índice de mortalidad es superior en todas las edades al de personas similares en municipios más afluentes de México. También tienen una carga triple de morbilidad, puesto que sufren altos niveles de enfermedades transmisibles, como la diarrea, además de altos niveles de lesiones y enfermedades de otro tipo, como trastornos cardiovasculares.

En el estudio de México los autores descubrieron que las políticas y programas más apropiados varían según el tipo de problema de salud. En su análisis descubrieron que la desigualdad entre municipios en la mortalidad de los niños menores de 5 años (26%) se debe más a la marginalización (definida en términos de bajo ingreso, acceso limitado a la educación, y condiciones de vida deficientes) que a diferencias en el gasto público en salud (7%). Los autores sugieren que la desigualdad de supervivencia infantil podría reducirse con mayor rapidez abordando el problema de marginalización en los municipios más desfavorecidos, con énfasis en mejoras de educación, ingreso y vivienda. Por otra parte, en lo que se refiere a reducir las diferencias de mortalidad por enfermedades no transmisibles, los autores concluyeron que las cuestiones de marginalización y los recursos de atención a la salud eran igual de importantes.

1. Margaret Whitehead *et al.*, "Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective", en *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, ed. Timothy Evans *et al.* (Nueva York: Oxford University Press, 2001): 313.

2. Adam Wagstaff, "Poverty and Health Sector Inequalities", *Boletín de la OMS* 80, no. 2 (2002): 100.

3. Rafael Lozano *et al.*, "Mexico: Marginality, Need, and Resource Allocation at the County Level", en *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, ed. Timothy Evans *et al.* (Nueva York: Oxford University Press, 2001): 282, 289, 291.

Pero si bien se asocia con mayor desigualdad, el mayor ingreso también eleva la salud media de la población. Para contrarrestar el efecto de las desigualdades ligadas al incremento en el ingreso, los analistas sugieren que las políticas macroeconómicas sean “pro-crecimiento” y “a favor de los pobres”⁵². En este sentido, las políticas que ponen de relieve el crecimiento económico tienen que contrarrestarse con sólidas políticas sociales en áreas como la educación, el empleo, el género, la atención primaria de salud y la nutrición. Asimismo, tiene que haber medidas especiales para asegurarse de que sean los pobres quienes más se benefician de las mismas.

Inversión en educación

La educación puede jugar un papel especialmente importante para abordar las disparidades de salud y amortiguar el “efecto del ingreso” en la desigualdad. Un estudio muestra que la inversión temprana del Japón en educación primaria universal fue importante en sus altos niveles de esperanza de vida y bajos niveles de mortalidad infantil en los últimos 100 años, lo que tuvo lugar a pesar de grandes asimetrías de ingreso en diferentes momentos de su historia.

En el Japón la educación primaria era gratuita y universal a principios del siglo XX, con un alto grado de asistencia escolar entre los niños de ambos sexos. Las generaciones posteriores se beneficiaron de las consecuencias positivas para la salud, entre las que se encontraron la reducción en los índices de mortalidad infantil en la década de 1920, cuando el primer grupo de madres que se benefició de la educación primaria universal comenzó a tener hijos. Aparte de la educación universal, una serie de políticas (que pusieron de relieve el desarrollo humano) continuaron asimismo mejorando la salud a principios del siglo, inclusive los esfuerzos por hacer que los servicios médicos fueran más accesibles para los pobres⁵³.

En Chile, los altos logros en educación impidieron que las desigualdades de salud se acrecentaran durante el período de rápido crecimiento económico en la década de 1990⁵⁴. Desde 1990 hasta el 2000, el gobierno chileno duplicó su gasto en educación pública y realizó reformas educativas de alto alcance, lo que hizo que un mayor número de chilenos se beneficiara de los

efectos de la educación en la prolongación de la esperanza de vida. Los investigadores descubrieron que las probabilidades de supervivencia entre los adultos se elevaban con el mayor nivel de educación. El incremento general de la esperanza de vida del país desde mediados de la década de 1980 hasta mediados de la década del 1990 hubiera sido considerablemente menor de no ser por los avances paralelos en educación.

¿Cómo influye la educación en la salud? Los investigadores creen que la relación entre la educación y la salud puede deberse a una serie de factores, inclusive la tendencia de las personas más educadas a obtener trabajos mejores y menos peligrosos, a tener niveles más altos de conocimiento de salud, a tomar medidas preventivas de salud, a evitar conductas peligrosas, y a lograr mayor “autoeficacia” o grado de control en sus vidas⁵⁵, aparte de que la educación también capacita a la gente para exigir más y mejores servicios de salud⁵⁶.

Actividades de desarrollo rural

En Matlab, una región rural de Bangladesh, las desigualdades socioeconómicas en la supervivencia infantil han disminuido drásticamente en los últimos 20 años. Al investigar la razón, los investigadores examinaron las tendencias en la supervivencia infantil durante las décadas de 1980 y 1990 en cuatro contextos diferentes:

1) las áreas donde BRAC (antes conocido por el nombre de *Bangladesh Rural Advancement Committee* o Comité de Bangladesh para el Progreso Rural) tenía un programa de desarrollo rural concentrado en aliviar la pobreza y en actividades de desarrollo de la mujer, inclusive la atención básica de salud, el desarrollo de destrezas, la educación no formal, y la generación de ingreso;

2) las áreas donde el Centro Internacional de Investigaciones sobre Enfermedades Diarreicas ofrecía servicios intensivos de divulgación en salud, mediante un programa de planificación familiar y salud materno-infantil;

3) las áreas donde tanto el BRAC como este último programa tenían actividades; y

4) las áreas en que sólo se disponía de servicios gubernamentales de salud y desarrollo.

Los investigadores encontraron mejoras en la supervivencia infantil en las cuatro áreas, pero los avances en la supervivencia infantil de los pobres fueron mayores entre los beneficiarios del BRAC que vivían en áreas con servicios intensivos de planificación familiar y salud materno-infantil. Dichos niños tuvieron mejores resultados que los de familias relativamente afluentes que residían en áreas atendidas únicamente por los programas de salud y desarrollo del gobierno⁵⁷.

Las diferentes intervenciones de los programas también tuvieron otros efectos en las probabilidades de supervivencia de los niños pobres. En las áreas del programa de planificación familiar y salud materno-infantil, las mejoras en supervivencia infantil estaban distribuidas de forma más equitativa que en los lugares sin dichos servicios intensivos. Por otra parte los programas del BRAC también beneficiaron a los niños pobres. Los niños de las madres que participaron en dichas actividades registraron probabilidades de supervivencia similares a las de los niños de familias afluentes. Un hallazgo importante es que con el tiempo se acrecentaron las diferencias de supervivencia entre los pobres que se beneficiaron del BRAC y los pobres que no participaron en sus intervenciones⁵⁸; y, si bien algunos expertos sugieren que los resultados del BRAC quizás no reflejen el impacto del programa en sí sino diferencias previas entre uno y otro grupo de pobres, el mayor análisis de este tema ha demostrado que los programas de desarrollo pueden tener un impacto real en las disparidades de mortalidad infantil incluso tomando en cuenta dichas diferencias⁵⁹.

Los investigadores de Bangladesh concluyeron que una política de amplia base es la mejor forma de abordar las desigualdades socioeconómicas y de género, pero advirtieron que se necesita un esfuerzo especial para asegurar la participación de los pobres y de los grupos marginados en los programas de salud y desarrollo, para que no queden aún más atrasados.

Enfoques dirigidos a los servicios de salud

El sector de salud tiene un papel primordial, si bien algunos factores importantes que determinan las desigualdades de salud pueden deberse al contexto socioeconómico en general. El acceso equitativo a los servicios

médicos podría reducir las diferencias entre los pobres y los ricos en lo relativo a los niveles de gravedad y riesgo de muerte debidos a las enfermedades. Asimismo, con mayor acceso o exposición a las medidas de salud pública, generalmente preventivas, se podría contribuir a reducir la incidencia de enfermedades entre los pobres⁶⁰. En general, los investigadores han estudiado las intervenciones del sector de sanidad a favor de los

Los más pobres sufren enfermedades evitables de forma desproporcionada, pero tienden a hacer menor uso de los servicios de salud.

pobres mucho más extensamente que los enfoques socioeconómicos, por lo que se sabe más sobre cómo los servicios de salud pueden abordar las necesidades de los pobres que sobre la eficacia de amplios enfoques socioeconómicos. Existen una serie de estrategias pro-equidad para mejorar el acceso a los servicios de salud. A corto plazo también puede ser más factible reformar el sector de la salud, en formas que benefician a los pobres, en vez de alterar el contexto socioeconómico más amplio⁶¹. Se sabe que los más pobres sufren enfermedades evitables de forma desproporcionada, pero tienden a hacer menor uso de los servicios de salud, y tienen menor acceso a servicios de calidad que los grupos más afluentes⁶². Por otra parte, los resultados de la investigación normalmente apoyan la ley de Julian Tudor Hart “de atención inversa”. Cuando escribía en 1971 sobre las desigualdades de salud en Gran Bretaña, Hart observó que “la disponibilidad de buena atención médica tiende a ser inversa a la necesidad de la población atendida”⁶³.

Cómo canalizar más beneficios hacia los pobres

En la mayoría de los países en desarrollo, el gobierno juega un papel esencial en el financiamiento y la prestación de servicios de salud. Una razón común de la participación del sector público es la necesidad de proporcionar atención sanitaria de costos razonables a todos los ciudadanos, y especialmente a los grupos más pobres y vulnerables; pero

Mecanismos de protección para los pobres: enfoque directo y por características

Descripción	Enfoque directo o individual	Enfoque por características
Población en la que se enfoca	Personas pobres	Personas o grupos específicos
Categorización para recibir tarifas reducidas o estar exento de ellas	Miembros de familias pobres	Pacientes de tuberculosis Niños menores de 5 años Mujeres embarazadas Pacientes de SIDA Residentes en zonas rurales o pobres Funcionarios de gobierno
Medios para determinar quién tiene derecho	Pruebas para determinar el ingreso o riqueza (pueden usar indicadores de ingreso o falta de ingreso) Evaluación por trabajadores sociales Observación visual Certificado expedido por los ancianos de la aldea, o el jefe o consejo de la aldea	Edad Lugar geográfico de residencia Empleo Estado de salud y nutrición Tenencia de tierras
Ventajas	Se dirige directamente a los pobres Establece contacto de forma más eficaz	Necesita menos información Requiere menor costo de administración Hay menos estigma
Desventajas	Requiere mucha más información Se corre el riesgo de dejar fuera a algunos pobres, e incluir a quienes no lo son Crea estigma en el beneficiario Puede ser un método más burocrático y arbitrario	Puede que no exima del pago de tarifas a todos los pobres Exime a muchos que pueden permitirse pagar

Adaptado de Newbrander *et al.* (2000), siguiendo la descripción de Marie Tien y Grace Chee, *Literature Review and Findings: Implementation of Waiver Policies* (Marzo 2002): 12-13.

una pregunta clave es ¿cómo asegurarse de que los pobres reciben los beneficios del gasto público en salud destinados para ellos?

Los programas de salud pública pueden “concentrarse” en esos grupos para dirigir más prestaciones a los pobres⁶⁴. Dichos enfoques normalmente son de dos tipos, enfoque directo y enfoque según características (ver las distinciones entre uno y otro tipo en el

Cuadro 6). El enfoque directo requiere identificar como pobres a personas u hogares concretos, para hacerles llegar las prestaciones del programa. El enfoque según características implica dirigir las prestaciones de los programas a grupos de población, basándose en factores como su lugar de residencia, edad, enfermedades, empleo, estado de nutrición, etc. En la práctica, muchos programas emplean diversos métodos para asegurarse de que las prestaciones lleguen a los pobres, o a los grupos de población en los que se enfocan⁶⁵.

En años recientes la cuestión de cómo dirigir las prestaciones a los pobres ha recibido más atención, porque los gobiernos, al verse escasos de fondos, han introducido tarifas de usuarios para elevar el ingreso de los servicios de salud pública. Pero la subida de precios, si no va acompañada de una mejora en la calidad del servicio, tiende a disuadir más a los pobres que a los ricos a la hora de buscar atención médica⁶⁶. Por otra parte, las tarifas de usuarios también se han visto ligadas a un menor uso de los servicios de salud reproductiva e infantil entre grupos vulnerables. En Kenya, dichas tarifas acarreararon una reducción en el uso de los servicios públicos ambulatorios para infecciones de transmisión sexual, especialmente entre las mujeres⁶⁷; y en la zona rural de Zambia los investigadores ligaron el cobro de tarifas a la reducción observada en la proporción de ingresos de niñas en los hospitales⁶⁸. Uno de los objetivos importantes de esfuerzos de enfoque en ciertos grupos de población es identificar a los pobres y otras poblaciones vulnerables para eliminar tarifas de uso.

Enfoque directo

Entre las mayores dificultades en los esfuerzos de enfoque directo del sector salud se encuentran la definición de quién es pobre, la expedición de exenciones de tarifas, y cómo incentivar a los proveedores de servicios para que concedan dichas exenciones⁶⁹. Muchas veces las políticas no definen exactamente quién es “pobre”.⁷⁰ Con frecuencia las políticas indican sólo que los “pobres”, los “paupérrimos”, o los “necesitados” sean exentos de tarifas. En algunos casos los proveedores usan criterios subjetivos, como el estado de la ropa o el calzado de la persona, para decidir quién tiene derecho a la exención. La determinación de quién es pobre es

especialmente difícil en contextos donde muchos de los residentes son rurales, analfabetos y trabajan en el sector informal de la economía⁷¹.

Los programas con buenos resultados generalmente dedican considerable esfuerzo a determinar quién tiene derecho a beneficiarse de los mismos⁷². En Colombia, los funcionarios municipales seleccionan a los hogares tras entrevistar a todos los que se encuentran en su jurisdicción. Algunos programas también emplean definiciones locales de la pobreza. En Tailandia una comunidad estableció indicadores de pobreza como los siguientes: “no poseer bienes ni capital”, “ganar por la mañana, comer por la tarde” (que significa que hay que ganarse el sustento diariamente), y “ancianos que no pueden trabajar y no reciben dinero de sus hijos”⁷³.

La experiencia sugiere que es importante que exista un proceso formal y estructurado de exención de tarifas de uso, y normalmente ayuda la participación del personal local en seleccionar a los beneficiarios, si bien esto no garantiza que no haya “fugas” en el sistema, como observa un líder de la comunidad en Tailandia: “El municipio pidió a los líderes de la comunidad que buscaran a los pobres y les expidieran tarjetas de usuarios de bajo ingreso, pero no lo hicieron como es debido, sino que presentaron los nombres de sus familiares”⁷⁴. En muchos países (entre ellos Bangladesh, Ghana, Lesotho y Viet Nam), los servicios de salud gratuitos o subvencionados han sido asignados a los familiares o amigos de los proveedores del servicio o a las autoridades gubernamentales⁷⁵.

En algunos casos, los gerentes de los establecimientos de salud se muestran reticentes a conceder exenciones de tarifas a los pobres, por la pérdida de ingreso que ello implica. Muchas instalaciones dependen del ingreso por las tarifas de usuarios para comprar fármacos y otros insumos, e incluso a veces el salario del personal va ligado a dicho ingreso.

En general, los resultados de los esfuerzos de enfoque directo en los pobres, para la expedición de exenciones de tarifas, han sido mixtos. En algunos casos, dichos esfuerzos no han dado protección a una gran cantidad de pobres. Por ejemplo, en Zambia los investigadores descubrieron que casi a una cuarta parte de los solicitantes de servicios de salud

pública les era negada la exención de tarifas indebidamente⁷⁶.

Pero otros programas de concentración directa en los pobres han tenido éxito. En un repaso de más de 50 programas en países de menor desarrollo se encontró que los siguientes factores funcionaban:

- la existencia de criterios de exención concretos y establecidos formalmente;
- la participación de funcionarios a nivel central o local para determinar el derecho a la exención, en vez de fiarse totalmente del criterio de los establecimientos;
- la revisión periódica del derecho a la exención del beneficiario; y
- el establecimiento de medidas de verificación habituales⁷⁷.

Los programas con éxito normalmente también asignan suficiente presupuesto para rembolsar a los establecimientos por la falta de ingresos, y lo hacen de forma sistemática⁷⁸.

Enfoque por características

Los programas también pueden asignar sus prestaciones basándose en la edad, lugar de residencia, estado de nutrición, tipo de empleo y tenencia de tierras de los beneficiarios, u otros criterios. La principal desventaja del enfoque por características de los usuarios es que también pueden incluirse a personas que no son pobres en las categorías de exención. Un investigador sugiere que si por lo menos la mitad de los que reciben el servicio son pobres, el programa cumple con su cometido desde el punto de vista de salud pública y justicia social⁷⁹.

El enfoque por área geográfica implica asignar recursos (normalmente en forma de servicios gratuitos o subvencionados) a las áreas con el mayor número de gente pobre. El grado en que dicho enfoque geográfico beneficia a los pobres depende de la distribución y la concentración de la pobreza. En la India, un cálculo estimativo sugiere que la oferta de servicios gratuitos a los residentes de los estados más pobres beneficiaría aproximadamente al 62% de los pobres, y al 38% de los que no son pobres. Por contraste, la concentración de servicios en las regiones

más pobres de Rumania, un país de ingreso medio alto, beneficiaría al 25% de los pobres y al 75% de los que no son pobres⁸⁰.

En general, el nivel de precisión de este método aumenta a medida que disminuye el área geográfica. Si Rumania se concentrara en los *judets* (áreas de menor tamaño) en vez de en las regiones más pobres, podría elevar del 30% al 37% la cobertura de atención a los pobres. En México, al concentrarse en los municipios en vez de en los estados, la proporción de la población pobre atendida se elevaría del 41% al 54%⁸¹.

Otro enfoque es lo que se denomina “auto-designación”. Las prestaciones que se ofrecen por este medio están a disposición de todos, pero tienen elementos (son de menor calidad o conllevan un estigma) que hacen que no sean atractivas para grupos sociales fuera de los que se desea atender. En Chile un programa de nutrición infantil pasó de proporcionar a las familias leche en polvo, que podía ser fácilmente consumida por los adultos, a distribuir un producto de leche con cereales, una especie de papilla que los adultos consideran únicamente apropiada para los niños. El objetivo del cambio fue elevar el beneficio del programa entre los niños⁸².

El enfoque por edad o enfermedad es otra opción, pero probablemente haya que combinarlo con otras estrategias para elevar su precisión en atender a los pobres. Los programas pueden también ofrecer algunos servicios de forma gratuita para las personas en ciertos grupos de edad, generalmente los niños de 5 años y menores, puesto que a edades tan jóvenes los pobres sufren morbilidad de forma desproporcionada con relación a los grupos más afluentes. Pero concentrarse simplemente en la edad no garantiza que los programas vayan a beneficiar a los niños pobres, si se considera que muchos programas de vacunación infantil gratuitos o subvencionados son utilizados menos por los pobres que por quienes no lo son⁸³.

El enfoque en enfermedades implica ofrecer servicios gratuitos o subvencionados para las que representen la mayor proporción de morbilidad, discapacidad y muerte entre los pobres. Este tipo de enfoque también requiere formular estrategias de entrega del servicio a los pobres. En la práctica, los programas que se concentran sólo en enfermedades tienden a ser de mayor provecho

para quienes sufren de enfermedades transmisibles pero no son pobres, porque es más fácil entrar en contacto con ellos que con los pobres⁸⁴.

Es probable que los programas con varios enfoques sean los más eficaces. El autor de un repaso de programas sociales en América latina concluyó que los programas bien concebidos y dirigidos a grupos concretos de población beneficiaban más a los pobres que los que no iban dirigidos de forma específica. En 18 programas examinados por ese autor, el 40% de los hogares más pobres recibieron un promedio del 72% de las prestaciones. Mientras que en ocho programas de subsidios de alimentación no dirigidos específicamente sólo el 33% de las prestaciones llegaron a los hogares más pobres. Los programas públicos de atención primaria a la salud tuvieron resultados algo mejores: los hogares pobres se beneficiaron del 57% de las prestaciones de 11 programas⁸⁵.

Promoción de la atención de salud primaria y básica

La atención primaria de salud (el enfoque identificado en la década de 1970 como el medio de lograr la Salud para todos para el año 2000) sigue siendo importante para dar servicio a los pobres. Si bien la definición de atención primaria varía, el fin común es ofrecer servicios básicos de salud, de forma amplia y a precios razonables, especialmente a las personas pobres y en las zonas rurales. La meta final es mejorar la salud sin demora y a un costo relativamente bajo. Este enfoque llevó a muchos países a desplegar hacia las aldeas y zonas rurales a miles de promotores de salud para ofrecer servicios básicos de sanidad a los pobres, a bajo costo.

Pero al repasar los logros de los últimos 30 años, la OMS concluye que muchos programas de atención primaria a la salud no han logrado realizar su potencial. En una serie de países, la gente los considera “primitivos” y exclusivamente para uso de los pobres. Una crítica importante es que dichos programas no han tenido debidamente en cuenta las necesidades y los intereses de la población a la que van dirigidos. Los planificadores se han concentrado en cuestiones de la oferta, como en llevar los servicios a los pobres y a los residentes de las zonas rurales, en vez de en lo que más interesa al usuario, como la calidad del servicio y la

respuesta a las necesidades de los atendidos. Entre otras deficiencias de estos programas están la insuficiencia de financiamiento, la falta de tiempo del personal para actividades de prevención y divulgación, e insuficiente capacitación y equipo⁸⁶.

Aunque el resultado ha sido variado, la OMS señala que el razonamiento técnico para promover la atención primaria es sólido y que se está perfeccionando permanentemente el enfoque utilizado. Asimismo, la OMS informa que hay un cambio gradual hacia un “nuevo universalismo”: es decir, programas que proporcionan atención básica (definida principalmente con criterios de eficacia en función del costo) a todo el mundo. Este enfoque de servicios básicos o esenciales pone énfasis en la alta calidad del servicio, y si bien son financiados por el gobierno no necesariamente son prestados por el mismo. La OMS observa que aunque este tipo de intervenciones debería beneficiar a los pobres, los planificadores tienen de todas formas que hacer un esfuerzo especial por asegurarse de que los pobres reciben dicho beneficio⁸⁷.

Cómo mejorar la disponibilidad de los servicios de salud

Normalmente los pobres tienen menor acceso a los servicios de salud y al personal de sanidad capacitado que la población más afluente. Un problema importante es que en muchos países la mayoría del gasto público en salud se concentra en los hospitales en áreas urbanas y en los servicios de especialistas, a costa de los establecimientos rurales de atención primaria de salud. Por ello, las instalaciones de atención primaria suelen tener poco personal y escasez de medicinas, y muchos pacientes en vez de acudir a las mismas van a los hospitales en busca de servicios sanitarios básicos, lo que a su vez sirve de razonamiento adicional para justificar el gasto público en los mismos.

Una recomendación común para los sistemas de sanidad es que asignen más recursos a la atención primaria y a las instalaciones a dicho nivel, puesto que al elevar y reforzar estos servicios los programas pueden corregir importantes problemas de acceso para los pobres: el tiempo de viaje al establecimiento más cercano, o a uno que ofrezca los servicios que se necesitan o se desean (ver el Recuadro 4, en la página 24), y el pro-

blema de residir en un área rural o desatendida, donde los servicios son escasos o inexistentes. En Ghana, los investigadores calcularon que al reducir el promedio de la distancia a la clínica pública más cercana se podía elevar su uso en más de un 90%⁸⁸.

Lamentablemente, el aumento de la inversión en atención de salud primaria no siempre redundaba en beneficio de los pobres. A no ser que los pobres ya estén utilizando los servicios públicos de sanidad a nivel pri-

En muchos países la mayoría del gasto público en salud se concentra en los hospitales en áreas urbanas y en los servicios de especialistas, a costa de los establecimientos rurales de atención primaria de salud.

mario, esta inversión puede que no acabe beneficiándoles. Por ejemplo, un estudio descubrió que en Côte d'Ivoire, Ghana, Guinea y Madagascar los pobres usaban los servicios de salud, inclusive la atención primaria, mucho menos que la población más afluente en todos los niveles. En comparación, los autores sugirieron que podría ser efectivo elevar dicha inversión en Kenya, Sudáfrica y Tanzania, donde la gente pobre ya estaba utilizando las instalaciones sanitarias de atención primaria, y se estaba beneficiando alrededor de un 20% del financiamiento público a dicho nivel⁸⁹.

Mejora de la calidad de los servicios

El reducido uso de los servicios públicos de salud por parte de los pobres es un problema común. Por ejemplo, en Bangladesh los investigadores descubrieron que los establecimientos públicos de sanidad en zonas rurales no eran utilizados suficientemente, a pesar de la tremenda necesidad de servicios⁹⁰. Los investigadores han documentado muchos casos en que los pobres ignoran los servicios públicos y buscan directamente servicios privados o difieren el tratamiento⁹¹.

¿Por qué ocurre esto? Hay muchos factores que pueden resultar en un bajo uso de los servicios de salud gubernamentales por parte de los pobres. Por un lado, están los obstácu-

Recuadro 4

Cómo se logró una distribución más equitativa en Bangladesh mediante servicios a domicilio

En Bangladesh, los asistentes de bienestar familiar a nivel local llevan proporcionando asesoría e insumos de planificación familiar a las mujeres en sus casas desde mediados de la década de 1970, y se considera que este servicio domiciliario contribuyó a elevar el uso de métodos anticonceptivos modernos del país, del 5% en 1975, al 43% en 1999-2000, con relativamente pocas diferencias en el lugar de residencia o el nivel de educación de las usuarias¹. En este período las mujeres también han tenido familias considerablemente menores, con una reducción en el promedio de hijos por mujer de 6 a alrededor de 3.

El programa ha dado resultados porque reduce el tiempo de viaje y el costo para las mujeres. El ahorro incluye el costo monetario directo y el costo de oportunidad, como el tiempo que podían haber dedicado a las tareas del hogar. Por otra parte, en un país de tradición religiosa conservadora, las visitas domiciliarias hacen que la mujer no tenga que pedir permiso para viajar fuera del hogar. Dicho servicio ha sido especialmente útil para las mujeres sin educación y en zonas rurales. Un estudio descubrió que las mujeres sin educación tenían 4,4 mayores probabilidades de usar un método anticonceptivo después de recibir una visita domiciliar que si no la recibían, y el aumento en la probabilidad era de 1,8 veces entre las mujeres con alto nivel de educación. Las mujeres sin educación también dependían más de las promotoras domiciliarias para mantener su uso de los métodos anticonceptivos, posiblemente porque éstas les suministraban los insumos y las ayudaban con los efectos secundarios. Las mujeres sin educación que recibían visitas domiciliarias tenían un 61% menos de probabilidad de dejar de usar métodos anticonceptivos que las no visitadas; dicha cifra era del 28% entre las mujeres altamente educadas². La autora observó que: “Las visitas compensan por el acceso a ingresos e información, y la movilidad que tienen las mujeres con mayor educación, por lo que el proyecto de visitas contribuye a una mayor equidad”.

En años recientes las visitas domiciliarias en Bangladesh se han reducido drásticamente, lo que ha permitido al programa ahorrar en salarios e invertir en más servicios, pero es posible que las necesidades de las mujeres pobres y vulnerables no sean debidamente atendidas, a medida que Bangladesh dependa más de la prestación de servicios en las clínicas.

1. National Institute of Population Research and Training, Mitra and Associates, y ORC Macro, *Bangladesh Demographic and Health Survey 1999-2000* (Dhaka, Bangladesh, y Calverton, MD: National Institute of Population Research and Training, Mitra and Associates, y ORC Macro, 2001): 53-56.

2. Mary Arends-Kuenning, “Who Benefits From Doorstep Delivery in Bangladesh,” *Population Briefs* 3, no. 4 (Diciembre 1997), se obtuvo en Internet en [www.popcouncil.org/publications/popbriefs/pb3\(4\)_6.html](http://www.popcouncil.org/publications/popbriefs/pb3(4)_6.html), el 15 de julio, 2003.

los en cuanto a la demanda, como la falta de conocimiento sobre la salud, y en muchos casos también hay importantes obstáculos en la oferta. En Bangladesh, los analistas señalaron la insuficiente calidad de los servicios, inclusive la falta de existencias de medicamentos esenciales, las ausencias de los médicos, y la mala relación entre los proveedores del servicio y los clientes⁹². Otros contextos confirman que la calidad de la atención es clave. En Ghana, los problemas económicos en la última parte de la década de 1970 y principios de la de 1980 llevaron a reducir la calidad de los servicios de sanidad del sector público, y entre 1979 y 1983 se registró una baja del 40% en el uso de los establecimientos públicos⁹³.

En muchos países, los servicios gubernamentales de salud son deficientes. Aparte del costo, los clientes normalmente se quejan de la falta de espacio privado, la incomodidad del horario o la ubicación del lugar, el no poder depender de las existencias de fármacos, las condiciones poco higiénicas, el equipo roto, la falta de atención de los proveedores, y los largos períodos de espera⁹⁴. En la zona rural de Tanzania, por ejemplo, se entrevistó a las mujeres que habían dado a luz en los centros de salud sobre el servicio recibido. Entre los puntos negativos, las mujeres mencionaron haber sido ridiculizadas por las enfermeras por no tener ropa de bebé (22%) y de ser golpeadas por las enfermeras durante el parto (13%)⁹⁵.

Los estudios han documentado numerosos casos de miembros del personal de salud que exhiben actitudes negativas hacia la gente pobre y vulnerable, inclusive las mujeres y las minorías étnicas y, en algunos casos, hay obstáculos culturales y lingüísticos entre los proveedores del servicio y los clientes. La falta de personal de salud en América latina que hable las lenguas indígenas es algo frecuentemente mencionado como impedimento para el uso de los servicios y, entre la población autóctona de la región, la demanda y la oferta de servicios de salud son generalmente bajas⁹⁶.

¿Cómo pueden los sistemas de sanidad atender mejor a los pobres? Algunos países — Brasil, Costa Rica, Cuba y Sri Lanka — y el estado de Kerala, de la India, (ver el Recuadro 5) han logrado ofrecer servicios de salud de alta calidad financiados por el gobierno, por lo que quizás haya ciertas lec-

ciones que puedan aprenderse de ellos⁹⁷. Sin embargo, algunos analistas al estudiar las experiencias en diferentes países concluyen que una serie de gobiernos de países en desarrollo carecen de la capacidad para administrar y ofrecer servicios mediante una red nacional de establecimientos de atención de salud primaria controlados a nivel central.⁹⁸

La OMS informa que muchos países están redefiniendo el papel gubernamental en la salud con un cambio de énfasis, de la prestación directa de servicios a un papel de “administración” sanitaria, donde sus principales funciones son el establecimiento de la política de sanidad, la reglamentación del sector, y la compra de servicios. El gobierno supervisa y hace cumplir las políticas y planes, y se asegura de que el sistema de salud sea justo y eficaz, pero la OMS observa que, si bien puede haber un mayor número de gobiernos que van por ese camino, la capacidad para manejar dichas funciones es todavía débil en muchos países⁹⁹.

Establecimiento de alianzas público-privadas para mejorar el alcance y la capacidad de respuesta

Los gobiernos pueden optar por alternativas a la prestación directa de servicios estableciendo alianzas con proveedores no gubernamentales¹⁰⁰. En muchos países, las organizaciones no gubernamentales (ONG) reciben contribuciones del sector público para prestar servicios de salud a los segmentos pobres y vulnerables de la sociedad. Debido a que muchas ONG ya están trabajando estrechamente con los pobres, puede que se encuentren en mejores condiciones que el gobierno de identificarlos y atenderles; aparte de que en algunos países las ONG quizás también ofrezcan mayor flexibilidad y rendición de cuentas que las burocracias jerarquizadas y centralizadas.

Las ONG han dado resultado en ciertos contextos. El Comité de Bangladesh para el Progreso Rural (BRAC), mencionado anteriormente, es uno de los principales proveedores de servicios de salud y desarrollo en Bangladesh, y abarca alrededor de 2 millones de familias¹⁰¹. La investigación ha documentado considerables avances de salud entre los pobres que participan en el programa de BRAC y de otras ONG en Bangladesh.

En otros países, las alianzas público-privadas ofrecen servicios a grupos de pobla-

Recuadro 5

Kerala: Un éxito en salud

Aunque Kerala no es el estado más rico de la India, es uno de los estados con mejor desempeño en salud. Su índice de mortalidad infantil (de 16 muertes por cada 1.000 nacidos vivos) se encuentra entre los más bajos del país, y es muy inferior al índice general de la India, de 68 defunciones¹. De hecho, su mortalidad infantil es alrededor de la mitad de Brasil y se encuentra al mismo nivel que la registrada en países de mayor ingreso, como Argentina y Uruguay². Asimismo, los keralenses tienen una esperanza de vida de más de 70 años, por lo que viven más o menos tanto como los europeos.

El uso de los servicios de salud es alto en Kerala, más del 90% de los partos tienen lugar en establecimientos de salud y el 80% de los niños están totalmente vacunados. Por otro lado, el gobierno distribuye su gasto en salud pública casi de manera uniforme entre los diferentes grupos de ingreso³.

¿A qué se debe dicho éxito? Los analistas ofrecen muchas explicaciones diferentes pero coinciden en que el singular contexto político y social es la clave. Kerala se distingue por tener una población con alto grado de educación, organización y militancia social, que es muy exigente con el gobierno⁴. Las mujeres tienen un alto grado de autonomía y un índice de alfabetización de casi el 90%⁵.

Los keralenses dan gran valor a la salud y a la educación. Los servicios de salud hace tiempo que se consideran un derecho de los pobres. En las décadas de 1950 y 1960 los pobres se politizaron paulatinamente en torno a la salud. Un investigador informó que “en Kerala, si un centro de atención primaria estaba sin personal por unos días, había una manifestación masiva en el colectivo (el centro administrativo gubernamental del distrito), encabezada por los activistas de izquierda del lugar, exigiendo que les dieran lo que sabían que tenían derecho a recibir”⁶; y, en algunos casos, los miembros de la comunidad de hecho han causado daños físicos a los proveedores de los servicios que consideraban que no estaban cumpliendo con sus funciones.

1. International Institute for Population Sciences (IIPS) y ORC Macro, *National Family Health Survey, India, 1998-99: Kerala* (Mumbai, India: IIPS, 2001): 114.

2. Carl Haub, *2003 Cuadro de la población mundial* (Washington, DC: Population Reference Bureau).

3. Banco Mundial, “India, Raising the Sights: Better Health Systems for India's Poor,” se obtuvo en Internet en [http://lnweb18.worldbank.org/sar/sa.nsf/Attachments/ovr/\\$File/hOvr.pdf](http://lnweb18.worldbank.org/sar/sa.nsf/Attachments/ovr/$File/hOvr.pdf), el 2 de junio, 2003.

4. Patrick Heller, “Social Capital as a Product of Class Mobilization and State Intervention: Industrial Workers in Kerala, India,” en *State-Society Synergy: Government and Social Capital in Development*, ed. Peter Evans, University of California International and Area Studies Digital Collection, Editado, volumen no. 94 (Berkeley, CA: University of California Press, 1997): 48-84, se obtuvo en Internet en <http://repositories.cdlib.org/uciaspubs/research/94/4>, el 16 de diciembre, 2003.

5. IIPS y ORC Macro, *National Family Health Survey, India, 1998-99: Kerala* (Mumbai, India: IIPS, 2001): 2.

6. Joan Mencher, “The Lessons and Non-Lessons of Kerala: Agricultural Labourers and Poverty,” *Economic and Political Weekly* 15, número especial (Octubre): 1781-1802 como se indica en John Caldwell, “Routes to Low Mortality in Poor Countries,” *Population and Development Review* 12, no. 2 (Junio 1986): 198.

ción rural o de bajo ingreso. En Ghana, las organizaciones privadas sin fines de lucro, que constituyen lo que se denomina el sector de “misiones”, porque son en su mayoría organizaciones religiosas, dan servicio a aproximadamente el 30% de quienes los solicitan, principalmente en áreas rurales. El gobierno contribuye a los salarios de los trabajadores de salud en las instalaciones de las “misiones”¹⁰².

[En] el distrito de Gadchiroli en la India ... un programa de atención a la salud del recién nacido basado en el hogar, logró reducir en un 62% las muertes de los bebés en su primer mes de vida.

En Bolivia, PROSALUD, es una organización sin fines de lucro, que se creó mediante una asociación público-privada para proporcionar servicios sanitarios de alta calidad a grupos de bajo ingreso. PROSALUD es la ONG de salud de mayor magnitud en Bolivia; se ha expandido de dos centros en 1985, a 30 en el año 2000, y da servicio a más de medio millón de bolivianos de ingreso medio-bajo y de bajo ingreso. Una evaluación realizada en 1992 descubrió que los costos por unidad de PROSALUD eran inferiores a los de las clínicas del gobierno, su personal y operaciones eran más eficientes, y la población en las áreas atendidas por PROSALUD hacía mayor uso de sus servicios¹⁰³.

PROSALUD toma medidas especiales para mantener el acceso de los clientes pobres. Las tarifas que se cobran por servicios curativos sirven para subvencionar los servicios de prevención gratuitos, y las clínicas en áreas más afluentes contribuyen al mantenimiento de las situadas en áreas pobres.

Con el tiempo, los centros de PROSALUD han atraído a una mayor proporción de clientes de ingreso medio. Los servicios son de alta calidad y si bien las tarifas de usuario son superiores a las de los establecimientos del gobierno, cobran menos que los proveedores de servicios sanitarios privados¹⁰⁴. Aunque los centros se diseñaron inicialmente para los pobres, el contar con una cliente-

la de mayor diversidad económica puede a la larga beneficiar a los pobres, porque los clientes más ricos están en mejores condiciones de exigir la calidad del servicio, cosa que también afecta a los pobres¹⁰⁵.

Mobilización de los recursos de la comunidad

Algunos proyectos recientes en la India y Ghana han movilizado los recursos de la comunidad con formas innovadoras de mejorar los servicios de salud y sus resultados entre los pobres. Entre los enfoques que han dado buen resultado se encuentran la capacitación intensiva de los promotores de salud basados en la comunidad, la participación de los líderes tradicionales y la prestación de servicios a nivel local. Algunos proyectos han logrado resultados increíbles al reorganizar los recursos de salud existentes para atender mejor las necesidades de los clientes pobres.

El distrito de Gadchiroli en la India es un área remota y económicamente deprimida, a unos 1.000 kms. de Mumbai, y no se esperaba que pudiera apuntarse un éxito en salvar las vidas de los recién nacidos; pero en dicho lugar, la Sociedad para la educación, la acción y la investigación en salud comunitaria (*Society for Education, Action, and Research in Community Health*, o SEARCH) estableció un programa de atención a la salud del recién nacido basado en el hogar, que logró reducir en un 62% las muertes de los bebés en su primer mes de vida. En las áreas del proyecto que ofrecieron dicha atención al recién nacido en el hogar, la mortalidad neonatal se redujo a 25 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos para el tercer año del estudio. En las aldeas donde no había actividades de este programa, la mortalidad neonatal permaneció entre 50 y 65 durante el estudio, de 1995 a 1998¹⁰⁶.

SEARCH capacitó a promotores de salud de las aldeas y a parteras en educación sanitaria, técnicas para resucitar a los recién nacidos, y la forma de monitorear la nutrición y la temperatura, así como a reconocer y tratar las infecciones. Como no existía servicio de hospital en las áreas del proyecto, el equipo de SEARCH capacitó a los trabajadores de salud y parteras, y les dio insumos e instrucciones para realizar partos “limpios” o libres de infección, aparte de proporcionarles tabletas nutritivas, antibióticos y otras medicinas, y “bolsas de calor” (incubadoras portá-

tiles de tela aislada con goma-espuma, hechas a mano).

En Navrongo, una zona de Ghana empobrecida y aislada en el norte del país, un estudio experimental puso a prueba el efecto de reubicar a las enfermeras de la comunidad, de los centros de salud a las aldeas rurales, y el efecto de estimular las tradiciones locales de auto-ayuda para lograr la participación de los líderes tradicionales y de las comunidades en la planeación y prestación de los servicios de salud¹⁰⁷. Las enfermeras trasladadas de los centros de salud a nivel de subdistrito, donde no eran suficientemente utilizadas, recibieron el nombre de funcionarias de salud de la comunidad, y se las instaló en recintos de salud construidos por la comunidad. Se las equipó con motocicletas, medicinas e insumos de vacunación y planificación familiar, y se las capacitó en divulgación comunitaria y en el manejo de sistemas de información. Asimismo, se capacitó a los líderes de la comunidad para movilizar el apoyo de la sociedad a la atención sanitaria y a la planificación familiar. Los resultados fueron tremendos. En las comunidades con las funcionarias de salud especialmente capacitadas, se elevó la cobertura de inmunización y planificación familiar¹⁰⁸. Después de dos años o más de la ejecución del proyecto, la mortalidad entre los niños de 24 a 59 meses disminuyó en casi el 60%¹⁰⁹. En las áreas donde la reubicación de las enfermeras se combinó con la movilización de la comunidad, la fecundidad se redujo en un nacimiento con relación a las otras áreas. Los investigadores descubrieron que la presencia de una sola funcionaria de salud a nivel de la comunidad tenía mayor efecto que los centros de salud del subdistrito. En las áreas con funcionarias de salud, el número de consultas se multiplicó en ocho, en comparación con los niveles antes del proyecto. En respuesta a estos resultados, el gobierno de Ghana ha convertido el experimento de Navrongo en política nacional, y ha lanzado un programa para aplicarlo por etapas en todo el país¹¹⁰.

En la India, las comunidades que participaron en el Programa de iniciativas locales movilizaron recursos en contextos urbanos y rurales para extender los servicios de salud a familias de bajo ingreso. Como parte de este programa tres ONG establecieron más de 600 comités a nivel de las aldeas, y capacita-

ron y dirigieron a más de 2.000 promotores de salud voluntarios de la comunidad. El programa proporcionó a las comunidades capacitación y medios de gestión para monitorear la prestación del servicio y hacer un mapa de las necesidades de la comunidad. Los voluntarios de salud prestaron servicios de salud infantil y reproductiva, y repartieron información a nivel local. El proyecto les enseñó a usar mapas con dibujos para que anotaran la situación de salud reproductiva de cada hogar y el nivel de servicio que se le proporcionaba, lo que formó la base del sistema de información sobre el terreno del proyecto¹¹¹.

Dicho programa desarrolló actividades en tres lugares, y cada comunidad hizo acopio de inventiva para obtener recursos de salud. En los barrios de chabolas urbanos de Kolkata, el programa obtuvo espacio para clínicas en los clubes locales, y medicamentos esenciales gratuitos del gobierno estatal. En las áreas rurales cerca de Chandigarh, las comunidades utilizaron los templos de las aldeas como clínicas satélite y obtuvieron los medicamentos esenciales con contribuciones de la comunidad. En las montañas y la zona remota de Uttaranchal, los estudiantes de medicina y enfermería del *Himalayan Institute Hospital Trust* recibieron puntos académicos por trabajar en las clínicas móviles y satélite, en áreas donde no había proveedores de salud gubernamentales.

En total, las comunidades que participaron en el proyecto establecieron más de 200 puestos locales de salud para cubrir las lagunas en los servicios del gobierno. Para el final del programa de cuatro años, el promedio del uso de anticonceptivos era del 65% en los tres lugares del programa, un incremento de entre un 12% y 50% desde el comienzo del programa. Más del 90% de los niños estaban totalmente vacunados en las tres áreas, comparado con alrededor de un 50% antes del inicio del programa¹¹².

El programa de Janani, también en la India, ha movilizado al sector privado y obtenido otros recursos para proporcionar servicios de planificación familiar a familias de bajo ingreso en Bihar, Jharkhand, y en partes de Madhya Pradesh. Janani licencia redes de “concesionarios” de proveedores de atención sanitaria para ofrecer servicios costo-eficaces de alta calidad. El programa usa tres mecanismos de prestación de servicios: ventas de condones y píldoras subvencionadas en tien-

das; centros de distribución en las aldeas, denominados *Titli*, o “mariposa”, con personal médico rural que suministra condones, píldoras, pruebas de embarazo, da asesoría y hace remisiones a clínicas; y clínicas en las ciudades, dotadas de una red de médicos capacitados¹¹³. Janani mantiene la calidad haciendo auditorías periódicas, alentando la competencia a nivel local, y manteniendo a los líderes de la comunidad informados sobre las normas de calidad de los servicios.

Los analistas concluyeron que los problemas de salud son el factor más común que lleva a las personas a la pobreza.

Los proveedores rurales del servicio médico juegan un papel clave en el programa de Janani. Si bien antes del programa ofrecían servicios de salud rudimentarios, Janani los prepara mejor, con capacitación intensiva e insumos, para que puedan atender las necesidades de la comunidad. Para facilitar el mayor uso de los servicios por las mujeres, el programa también capacita a un familiar del proveedor del servicio (una mujer, generalmente su esposa), para que también preste servicios¹¹⁴.

En el año 2002, el programa ofreció un total anual de métodos anticonceptivos a más de 1 millón de parejas, y la red de proveedores de asistencia sanitaria de Janani proporcionó servicios de planificación familiar que otros proveedores normalmente no ofrecían. La mayor parte de la red de centros rurales de Janani (el 96%), ofreció anticonceptivos orales, comparado con el 41% de los proveedores rurales fuera de la red. Más del 70% de los médicos de la red ofrecieron ligaduras de trompas y colocaciones de dispositivos intrauterinos (DIU), comparado con el 30% y el 23% respectivamente por los médicos fuera de la red; y más del 90% de los centros rurales, y 70% de los médicos en la red contaban con una trabajadora de salud (una mujer), comparado con el 8% de los centros rurales fuera de la red, y el 34% de los médicos fuera de la red¹¹⁵.

Enfoques en el financiamiento de la salud

Los costos que conlleva la mala salud (inclusivos las facturas médicas y los gastos indirectos, como la pérdida de salario) pueden ser catastróficos para los pobres¹¹⁶. En la India, un estudio descubrió que casi el 25% de las personas hospitalizadas quedaron por debajo de la línea de pobreza debido al gasto médico¹¹⁷; y un estudio reciente del Banco Mundial de 127 estudios de caso que analizaba la razón por la que las familias acaban en la pobreza, es prueba adicional del empobrecimiento causado por el gasto médico. Al estudiar estos casos, los analistas concluyeron que los problemas de salud son el factor más común que lleva a las personas a la pobreza¹¹⁸. La mala salud puede agotar los ahorros y los ingresos del hogar, y disminuir la capacidad de los adultos y los niños para trabajar y estudiar, lo que lleva a situaciones que crean y perpetúan el estado de pobreza.

Los sistemas de financiamiento de la atención sanitaria juegan un papel importante en determinar si los pobres tienen acceso a servicios de salud. El factor de financiamiento también afecta el riesgo de pobreza, o el incremento en la pobreza por el costo de la atención médica¹¹⁹. Pero, ¿qué constituye el financiamiento equitativo? Según la OMS, en un sistema justo los riesgos a los que se enfrentan los hogares por el costo del sistema de salud se reparten según la capacidad de pago, en vez del riesgo de enfermedad, por lo que en un sistema financiado equitativamente asegura la protección financiera de todos¹²⁰.

Financiamiento equitativo

Normalmente los sistemas de financiamiento de la salud ponen a los pobres en situación de desventaja. En los países en desarrollo, el bajo gasto gubernamental en salud normalmente significa que una proporción considerable del mismo (hasta el 80% en algunos países) la pagan los usuarios con desembolsos en efectivo¹²¹. La dependencia de estos pagos para el financiamiento de la atención sanitaria es lo peor para población pobre y vulnerable¹²².

Cuando los pobres tienen que pagar por los servicios en el momento que los necesitan, el acceso a la atención sanitaria queda restringido a quienes pueden costear las tarifas. Este tipo de sistema expone a los pobres

a costos inesperados que pueden ser de gran magnitud, y los pobres generalmente carecen de las reservas en efectivo para cubrirlos. Por otra parte, como existe menor probabilidad de que los pobres tengan planes de pre-pago, o seguro médico, basados en su trabajo, se ven más expuestos a la pobreza por los honorarios del servicio de salud.

Si bien existen planteamientos para proteger a los pobres contra el pago de las tarifas de usuarios, en la práctica muchos dejan que desear, aparte de que las exenciones de tarifas son sólo para los servicios gubernamentales y muchos de los pobres optan por la atención sanitaria privada¹²³. Esta preferencia por los proveedores privados, a pesar del mayor costo directo, se debe a que piensan que los servicios son de mayor calidad o más prácticos.

Un sistema de financiamiento a favor de los pobres pone de relieve el pre-pago de la atención sanitaria mediante impuestos o un seguro médico, con contribuciones ligadas a la capacidad de pago de la persona, en vez de al riesgo de salud o el uso del servicio¹²⁴, pero pocos países logran financiar sus sistemas de salud de forma equitativa. Una dificultad son las limitadas posibilidades de elevar la recaudación fiscal. Muchos países pobres, cuyo sector formal de la economía es muy pequeño, tienen una escasa base de contribuyentes y poca capacidad de recaudación fiscal, aparte de que la evasión fiscal tiende a aumentar a medida que las tarifas impositivas se hacen progresivas o se ligan a la capacidad de pago¹²⁵.

Por otra parte, incluso si los fondos se recaudaran equitativamente, pocos gobiernos asignan el gasto en salud de forma justa, puesto que si bien los pobres tienen mayor necesidad, la mayoría de los presupuestos de salud se concentran en los hospitales en áreas urbanas, que son utilizados primordialmente por grupos más afluentes¹²⁶. En muchos países asiáticos, los gobiernos asignan un promedio de menos del 10% de los recursos de salud a la atención sanitaria primaria¹²⁷, con lo que los que no son pobres tienden a beneficiarse de forma desproporcionada del gasto público en salud¹²⁸.

Estrategias para una mayor protección fiscal

Hay diferentes estrategias que pueden proteger a los pobres de la pobreza por el gasto médico. Debido a que la pérdida de ingreso por enfermedad puede ser especialmente devastadora, algunos países ofrecen atención subvencionada o gratuita en los hospitales a los adultos que trabajan por su ingreso¹²⁹.

Uganda y Bangladesh están realizando programas piloto para cubrir los gastos de hospital de los pobres, y como el costo de hospital puede causar (o exacerbar) la pobreza, algunos analistas recomiendan que la cobertura sea tanto para los pobres como para las poblaciones cerca del nivel de pobreza¹³⁰.

Los acuerdos para compartir el riesgo y los planes de seguro pueden contribuir a proteger a los pobres contra el riesgo financiero. Quienes participan en dichos convenios “combinan” o fusionan su riesgo de pago por atención médica, haciendo pagos anticipados mediante primas periódicas o deducciones salariales, lo que reduce el riesgo individual de pago por la atención médica, y los participantes no tienen que hacer grandes desembolsos si se enferman. El ingreso fiscal asignado a la atención sanitaria puede considerarse otra forma de fusionar el riesgo (el Recuadro 6 describe un impuesto que se puso a prueba en Níger).

En algunos casos los gobiernos pueden subvencionar planes de seguro o seguridad social para cubrir la participación de los pobres. En Chile, el gobierno desembolsa fondos para proporcionar servicios de sanidad a los pobres a través del programa del Fondo Nacional de Salud (FONASA), que cubre el costo de los servicios de salud tanto en los establecimientos del gobierno como en el sector privado. Los afiliados a FONASA que se consideran indigentes en términos legales no pagan primas. El programa es muy eficaz; FONASA usa más del 90% del subsidio gubernamental para cubrir el costo de los servicios proporcionados a sus afiliados más pobres¹³¹.

Pero si bien los seguros pueden proteger contra el empobrecimiento por el gasto médico, los pobres que participan en dichos programas son relativamente pocos. En la mayoría de los países en desarrollo, la seguridad social o los seguros privados cubren únicamente una pequeña proporción de la

Opciones para el financiamiento de los servicios de salud en Níger

Durante una grave crisis económica en la década de 1980, el Ministerio de salud de Níger, consideró diferentes políticas de recuperación del costo para los servicios públicos de salud. Para conocer mejor sus opciones, el Ministerio decidió poner a prueba diferentes mecanismos de financiamiento de los servicios de salud a nivel de distrito: el modelo de cobro de tarifas por servicios en el distrito de Say, y en el distrito de Boboye un plan de riesgo compartido con una combinación de un impuesto anual de distrito y un pequeño honorario por el servicio. En ambos distritos las nuevas tarifas iban acompañadas de mejoras en la calidad, inclusive la mayor disponibilidad de fármacos. El estudio incluyó el distrito de Illéla para efectos de comparación, sin que se hiciera en él mejora alguna en la calidad, o de orden administrativo.

La intervención en Boboye elevó considerablemente el uso de los servicios públicos de salud entre las mujeres, los niños y los pobres. El índice de uso se duplicó entre la cuarta parte más pobre de la población. Por el contrario, el uso de los servicios continuó siendo bajo entre los pobres del distrito de Say, y se redujo en Illéla.

Es interesante que la gran mayoría de la gente en los distritos de Boboye y Say (inclusive más del 80% del sector más pobre de la población en ambos distritos) prefirieron el modelo de la combinación de un impuesto con pequeños honorarios, en vez del enfoque de pago de la tarifa total por el uso del servicio. La mayoría dijo que el principal problema del pago normal por servicio era hacer acopio de los recursos para pagar por cada episodio de enfermedad. Los autores del estudio observaron que el método de pequeños honorarios también parecía tener otros efectos positivos. El uso de los servicios de atención prenatal se elevó considerablemente en Boboye, aunque no se cobraban tarifas por los mismos incluso antes del proyecto piloto. Parece que el incremento en el uso de servicios curativos estimuló un mayor uso de los servicios preventivos¹.

1. Françoise Diop *et al.*, "The Impact of Alternative Cost Recovery Schemes on Access and Equity in Niger," *Health Policy and Planning* 10, no. 3 (1995): 223-40.

población empleada en el sector formal de la economía¹³², y los pobres tienden a trabajar en el sector informal.

La participación en planes comunitarios de salud puede ser una opción para la población rural pobre. El financiamiento comunitario de la atención sanitaria existe con buenos resultados en zonas rurales en países como la India, Indonesia y China. Los miembros pagan primas para cubrir su gasto de salud, o en algunos casos el fondo de salud de la comunidad deduce las primas de las

ventas de la cosecha de las cooperativas rurales. Los que tienen ingresos por temporadas pagan las primas durante la cosecha o en períodos de alto flujo de fondos, pero tienen acceso normal a la atención sanitaria durante todo el año. Algunos fondos de salud basados en la comunidad se complementan con subsidios gubernamentales¹³³.

Pero estos fondos de salud basados en la comunidad no son comunes en los países en desarrollo. Un obstáculo es que para administrar bien el fondo hay que tener muchos conocimientos y experiencia técnica¹³⁴. Los fondos de este tipo con buenos resultados en Indonesia (Dana Sehat), por ejemplo, requieren una participación extensa del gobierno para movilizar a la comunidad, dar capacitación, prestar asesoría y hacer monitoreo. Los funcionarios y equipos de personal gubernamental facilitan las reuniones, proporcionan asistencia técnica para entrevistar a la comunidad y analizar los resultados, desarrollan una serie de planes de prestaciones sanitarias y opciones de financiamiento, y vigilan y orientan la administración del fondo de salud.

En general los planes de pre-pago y combinación de riesgos requieren mucha más capacidad institucional y organización que el financiamiento con desembolsos en el momento de buscar el servicio, y muchos países de bajo ingreso simplemente carecen de la capacidad gerencial necesaria. La OMS observa que las contribuciones basadas en el empleo, o el prepago basado en planes de la comunidad o de proveedores de atención sanitaria, si bien son mejores que los desembolsos en el momento de obtener el servicio, son difíciles de mantener y deben ser considerados como algo transitorio, con el objetivo final de establecer planes de seguro o prepago de mayor tamaño y menos fragmentados que aseguren que el riesgo sea debidamente compartido, que los pobres reciban subsidios, que el plan tenga mayores reservas financieras y que la administración sea más costo-eficaz¹³⁵.

Enfoques para medir el progreso

Existe una cantidad creciente de información sobre la salud de los pobres en todo el mundo que muestra continuas disparidades en los países menos desarrollados, pero aún así muchos gobiernos y acuerdos internacionales no establecen objetivos de sanidad para

reducir dicha desigualdad entre los diversos grupos socioeconómicos. La clave para monitorear los avances de mejora en la salud de los pobres es establecer metas a este respecto¹³⁶.

La definición de lo que constituye un éxito, si bien es importante, puede ser difícil. El rápido crecimiento económico puede obstaculizar el progreso de iniciativas dirigidas a reducir las desigualdades en atención sanitaria. Por otra parte, las desigualdades suelen acrecentarse con la subida del ingreso per cápita, y en dichos contextos los programas pueden de hecho resultar un éxito si la desigualdad en la atención sanitaria no empeora¹³⁷.

El establecimiento de objetivos puede que requiera decisiones difíciles. Por ejemplo, al mejorar la salud de los grupos más pobres y vulnerables, quizás se eleve el costo o se reduzca la eficiencia de los servicios¹³⁸. Los programas también pueden enfrentarse a la dificultad de decidir si van a definir el éxito en términos absolutos o relativos, ya que es posible lograr mejoras en la salud de los pobres y los ricos, pero de hecho aumentar la disparidad entre ambos. Habría que decidir si un programa que reduce la mortalidad entre los pobres y los ricos en un 10% y 20% respectivamente puede considerarse un éxito o no¹³⁹. Pocos países logran resultados positivos a la vez en términos del promedio de la población y del nivel de desigualdad en salud. Un estudio de malnutrición infantil de 20 países en desarrollo descubrió que sólo dos de ellos tenían relativamente bajos promedios de retraso en el crecimiento infantil y desigualdad en salud. Una medida como el “índice de logros” propuesta por el economista Adam Wagstaff, que toma en cuenta tanto el nivel medio de salud como las desigualdades puede ser una solución cuantitativa para evaluar los programas¹⁴⁰.

Por desgracia, pocos son los gobiernos que han tratado de definir o medir el éxito a este fin. Según un estudio de la OMS, la mayoría de las políticas nacionales de salud no abordan explícitamente la situación de los pobres, sino que definen sus objetivos en términos de la salud general o de las mejoras en el promedio de salud, en vez de en la distribución de dichos avances¹⁴¹.

De igual forma, quizás los objetivos internacionales de salud tampoco aborden explíci-

tamente las disparidades entre la población. Por ejemplo, algunos de los recientes Objetivos de desarrollo para el milenio (inclusive los relativos a reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna) exigen únicamente mejoras en los promedios nacionales, y un estudio sugiere que el logro de tales objetivos no necesariamente se traduce en importantes mejoras para los pobres. Si los países alcanzan esos objetivos para las poblaciones más afluentes, con un enfoque vertical, puede que el beneficio de los pobres no sea notable¹⁴².

Los objetivos de salud nacionales e internacionales que se expresen en términos de promedios continuarán ocultando las diferencias entre los pobres y los ricos en el seno de los países, y hasta que dichas metas no aborden de forma explícita cuestiones de equidad, no se podrán medir ni monitorear debidamente las diferencias en salud entre los grupos sociales y económicos.

Conclusión

Existe una necesidad urgente de mejorar la salud de los pobres del mundo. Más de 1.000 millones de personas se ven excluidas, tanto de la atención básica como del increíble progreso en salud y tecnología médica que ha tenido lugar en el mundo, simplemente por su extrema pobreza¹⁴³. Dicha marginación tiene enormes consecuencias para las familias, las comunidades y las sociedades. La creciente brecha entre los pobres y los ricos en términos de acceso a información, tecnología y servicios de salud básica y especializada de alta calidad, amenaza con dejar incluso más rezagados a los pobres del planeta¹⁴⁴.

Si bien los gobiernos y las organizaciones internacionales coinciden ampliamente en que mejorar la salud de los pobres constituye una prioridad a nivel mundial, los programas diseñados para beneficio de los pobres no han tenido éxito del todo, sino que continúa habiendo disparidades tanto entre países como en el seno de los mismos, y muchas de las principales causas de muerte entre los pobres son evitables y pueden tratarse.

Muchos sistemas de salud siguen fallando a los pobres; con frecuencia no responden a sus necesidades y elevan su grado de exposición a la pobreza. Los servicios creados para

los pobres frecuentemente son de baja calidad. En algunos casos el gasto público en salud (justificado con razonamientos de justicia social) beneficia más a la población que no es pobre. Asimismo, pocos países han tomado medidas para monitorear los avances que logran reducir la disparidad socioeconómica en salud.

Hay suficientes pruebas de que las desigualdades en salud pueden corregirse. Incluso algunos de los países más pobres del mundo han realizado considerables avances en la salud de su población más vulnerable; y si bien la salud pública tradicionalmente se ha concentrado en mejorar la salud de la mayoría, pueden reorientarse las políticas y programas para dar mayor atención a las necesidades de los pobres y de las poblaciones vulnerables. Existen una serie de proyectos que han logrado movilizar los recursos de

la comunidad para mejorar la salud de los pobres, y también hay técnicas de demostrado efecto para elevar el beneficio que reciben los pobres de los programas de sanidad financiados por el sector público.

La investigación existente sugiere que un enfoque de políticas de amplia base es el mejor medio de corregir la disparidad en salud en los países de menor desarrollo. Un enfoque a largo plazo, a favor de los pobres, tendría que influir en los diversos factores sociales y económicos que causan dicha desigualdad en salud, y mejorar el acceso a los servicios vitales, así como crear oportunidades y reducir la discriminación y la marginación; y también se pueden establecer cambios más inmediatos que redunden en mejoras en la salud y calidad de vida de los pobres.

Bibliografía

1. Banco Mundial, *World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty* (Nueva York: Oxford University Press, 2001).
2. Organización Mundial de la Salud (OMS), *The World Health Report 2000-Health Systems: Improving Performance* (Ginebra: OMS, 2000), visto en Internet en www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/en/contents.htm, el 3 de junio, 2003.
3. OMS, Declaración de Alma-Ata (International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 septiembre, 1978), visto en Internet en www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf el 10 de marzo, 2003; y Frank P. Grad, "The Preamble of the Constitution of the World Health Organization," *Boletín de la OMS* 80, no. 12 (2002), visto en Internet en [www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2002/bul-12-E-2002/80\(12\)981-984.pdf](http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2002/bul-12-E-2002/80(12)981-984.pdf), el 4 de marzo, 2003.
4. OMS, *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, Report of the Commission on Macroeconomics and Health (Ginebra: OMS, 2001).
5. OMS, *The World Health Report 2002—Reducing Risks, Promoting Healthy Life* (Ginebra: OMS, 2002) 186-7.
6. Global Alliance on Vaccines and Immunizations, "Global Immunization Challenges," visto en Internet en www.vaccinealliance.org/home/General_Information/About_alliance/Governance/globalimmchallenges.php, el 8 de julio, 2003.
7. Cesar G. Victora *et al.*, "Applying an Equity Lens to Child Health and Mortality: More of the Same is Not Enough," *The Lancet* 362, no. 9379 (19 de julio, 2003).
8. Banco Mundial, "Global Economic Prospects and the Developing Countries 2003," visto en Internet en www.worldbank.org/prospects/gep2003/chap1.pdf, el 18 de julio, 2003.
9. OMS, *The World Health Report 2000*.
10. OMS, *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, Report of the Commission on Macroeconomics and Health: 55-6.
11. Joe Anderson *et al.*, *Malaria Research: An Audit of International Activity* PRISM Report No. 7 (Londres: The Wellcome Trust, Unit for Policy Research in Science and Medicine, 1996): 29.
12. The Global Forum for Health Research, *10/90 Report on Health Research 2001-2002* (Ginebra: Global Forum for Health Research, 2002): xviii.
13. The Global Forum for Health Research, *10/90 Report on Health Research 2001-2002*: 13.
14. OMS, *The World Health Report 2000*.
15. Peter Lamptey *et al.*, "Facing the HIV/AIDS Pandemic," *Population Bulletin* 57, no. 3 (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2002): 17.
16. Timothy Evans *et al.*, "Introduction," in *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, ed. Timothy Evans *et al.* (Nueva York: Oxford University Press, 2001): 10.
17. OMS, *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, Report of the Commission on Macroeconomics and Health: 42-54.
18. Evans *et al.*, "Introduction," in *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*: 10.
19. Shea Rutstein, comunicación directa, diciembre 2003.
20. Programa de Encuestas demográficas y de salud, *DHS Dimensions* 4, no. 2 (otoño 2002), visto en Internet en www.measuredhs.com/pubs/pdf/NL42/Vol4no2.pdf, el 15 de abril, 2003.
21. Banco Mundial, "Multi-Country Reports by HNP Indicators on Socio-Economic Inequalities: Discussion," visto en Internet en www.worldbank.org/poverty/health/data/discuss2.htm, el 16 de abril, 2003.
22. Banco Mundial, *2002 World Development Indicators* (Washington, DC: Banco Mundial; 2003): 193.
23. Banco Mundial, *World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty*.
24. Charo Quesada, "Amartya Sen and the Thousand Faces of Poverty," IDB America, visto en Internet en www.iadb.org/idbamerica/English/JUL01E/Jul01e2.html, el 4 de marzo, 2003.
25. Adrea Mach, "Amartya Sen on Development and Health," *To Our Health*, visto en Internet en www.who.int/infwha52/to_our_health/amartya.html, el 4 de marzo, 2003.
26. Programa de Encuestas demográficas y de salud, *DHS Dimensions*.
27. Sudhir Anand *et al.*, "Measuring Disparities in Health," in *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, ed. Timothy Evans *et al.* (Nueva York: Oxford University Press, 2001): 51.
28. Adam Wagstaff y Naoko Watanabe, *Socioeconomic Inequalities in Child Malnutrition in the Developing World*, visto en Internet en <http://econ.worldbank.org/docs/1189.pdf>, el 15 de abril, 2003.
29. Adam Wagstaff, "Socioeconomic Inequalities in Child Mortality: Comparisons Across Nine Developing Countries," *Boletín de la OMS* 78, no. 2 (2000): 26.
30. Florencia Castro-Leal *et al.*, "Public Spending on Health Care in Africa: Do the Poor Benefit?" *Boletín de la OMS* 78, no. 1 (2000): 66.
31. Castro-Leal *et al.*, "Public Spending on Health Care in Africa: Do the Poor Benefit?": 69.
32. Adam Wagstaff, "Poverty and Health Sector Inequalities," *Boletín de la OMS* 80, no. 2: 100.
33. Wagstaff, "Poverty and Health Sector Inequalities": 100.
34. Castro-Leal *et al.*, "Public Spending on Health Care in Africa: Do the Poor Benefit?": 71.
35. Wagstaff, "Poverty and Health Sector Inequalities": 100.

36. Wagstaff, "Poverty and Health Sector Inequalities": 101.
37. Timothy Evans *et al.*, *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action—Summary*, visto en Internet en www.rockfound.org/documents/435/summary_challenging.pdf, el 5 de junio, 2003. Descripción del modelo conceptual creado por Finn Diderichsen, Timothy Evans, y Margaret Whitehead.
38. Evans *et al.*, *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action—Summary*.
39. Evans *et al.*, *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action—Summary*.
40. OMS, *The World Health Report 2002*.
41. Wagstaff, "Poverty and Health Sector Inequalities": 97.
42. James Macinko y Barbara Starfield, "Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001," *International Journal for Equity in Health*, visto en Internet en www.equityhealthj.com/content/1/1/1, el 16 de abril, 2003.
43. Macinko y Starfield, "Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001."
44. Wagstaff, "Poverty and Health Sector Inequalities": 102.
45. Margaret Whitehead *et al.*, "Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective," en *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, ed. Timothy Evans *et al.* (Nueva York: Oxford University Press, 2001): 314.
46. Davidson Gwatkin, "Reducing Health Inequalities in Developing Countries," visto en Internet en http://poverty.worldbank.org/files/9219_OTPHPaper-Gwatkin.pdf, el 5 de junio, 2003.
47. OMS, "Poverty and Health: Report by the Director-General," visto en Internet en www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/EB105/ee5.pdf, el 5 de junio, 2003.
48. Fabienne Peter y Timothy Evans, "Ethical Dimensions of Health Equity," en *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, ed. Timothy Evans *et al.* (Nueva York: Oxford University Press, 2001): 26.
49. Evans *et al.*, *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action—Summary*.
50. Evans *et al.*, "Introduction": 5-9.
51. Adam Wagstaff, "Inequalities in Health in Developing Countries: Swimming Against the Tide?" visto en Internet en http://econ.worldbank.org/files/12290_wps2795.pdf, el 2 de junio, 2003: 10, 16, 21.
52. Whitehead *et al.*, "Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective," en *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*: 314-15.
53. Toshihiko Hasegawa, "Japan: Historical and Current Dimensions of Health and Health Equity," en *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, ed. Timothy Evans *et al.* (Nueva York: Oxford University Press, 2001): 91-103.
54. Jeanette Vega *et al.*, "Chile: Socioeconomic Differentials and Mortality in a Middle-Income Nation," en *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, ed. Timothy Evans *et al.* (Nueva York: Oxford University Press, 2001): 123, 124, 134, 136.
55. Finn Diderichsen *et al.*, "The Social Basis of Disparities in Health," en *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, ed. Timothy Evans *et al.* (Nueva York: Oxford University Press, 2001): 18.
56. Mushtaque Chowdhury, comunicación directa, 9 de noviembre, 2003.
57. Abbas Bhuiya *et al.*, "Bangladesh: An Intervention Study of Factors Underlying Increasing Equity in Child Survival" in *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, ed. Timothy Evans *et al.* (Nueva York: Oxford University Press, 2001): 235, 238.
58. Bhuiya *et al.*, "Bangladesh: An Intervention Study of Factors Underlying Increasing Equity in Child Survival" in *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*: 234, 238.
59. Abbas Bhuiya and Mushtaque Chowdhury, "Beneficial Effects of a Woman-Focused Development Programme on Child Survival: Evidence From Rural Bangladesh," *Social Science & Medicine* 55, no. 9 (Noviembre 2002): 1553-60.
60. Barbara Starfield, comunicación directa, 10 de octubre, 2003.
61. Diderichsen *et al.*, "The Social Basis of Disparities in Health," en *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*: 21, 22.
62. Wagstaff, "Poverty and Health Sector Inequalities": 97-105.
63. Julian Tudor Hart, "The Inverse Care Law," *The Lancet* (Febrero 1971), visto en Internet en www.sochealth.co.uk/history/inversecare.htm, el 22 de mayo, 2003.
64. Davidson Gwatkin, "The Current State of Knowledge About Targeting Health Programs to Reach the Poor," visto en Internet en www.worldbank.org/poverty/health/library/targeting.pdf, el 3 de junio, 2003.
65. Marie Tien y Grace Chee, *Literature Review and Findings: Implementation of Waiver Policies* (Washington, DC: Partners for Health Reformplus, marzo 2002): 27, visto en Internet en www.phrplus.org/Pubs/Tech009_fin.pdf, el 22 de diciembre, 2003.
66. Andrew Creese, "User Fees," *British Medical Journal* 315 (26 de julio, 1997): 202-3; y Lucy Gilson, "The Lessons of User Fee Experience in Africa," *Health Policy and Planning* 12, no. 4 (1997): 273-85.
67. Priya Nanda, "Examining User Fees in Health Care From a Women's Health Perspective," en *Reproductive Health Matters* 10, no. 20 (2002): 128-29.
68. Constantine Malama *et al.*, "User Fees Impact Access to Healthcare for Female Children in Rural Zambia," en *Journal of Tropical Pediatrics* 48, no. 6 (Diciembre 2002): 371-72.
69. Tien and Chee, *Literature Review and Findings: Implementation of Waiver Policies*; and Margaret Grosh, *Administering Targeted Social Programs in Latin America: From Platitudes to Practice* (Washington, DC: Banco Mundial, 1994).
70. Steven Russell y Lucy Gilson, "User Fee Policies to Promote Health Service Access for the Poor: A Wolf in Sheep's Clothing?" en *International Journal of Health Services* 27, no. 2 (1997): 359-80.
71. Tien y Chee, *Literature Review and Findings: Implementation of Waiver Policies*.
72. Gwatkin, "The Current State of Knowledge About Targeting Health Programs to Reach the Poor."
73. Tien and Chee, *Literature Review and Findings: Implementation of Waiver Policies*: 15, 17.
74. Dayl Donaldson *et al.*, *Health Financing in Thailand: Technical Report* (Boston: Management Sciences for Health, mayo 1999): 59.
75. William Hsiao y Yuanli Liu, "Health Care Financing: Assessing Its Relationship to Health Equity," en *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, ed. Timothy Evans *et al.* (Nueva York: Oxford University Press, 2001): 268-69; y Lincoln Chen y Linda Heibert, "From Socialism to Private Markets: Vietnam's Health in Rapid Transition," visto en Internet en www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet/HUPapers/94_11.pdf, el 11 de junio, 2003.
76. Tien and Chee, *Literature Review and Findings: Implementation of Waiver Policies*: 6.

77. Carla Y. Willis, *Means Testing in Cost Recovery of Health Services in Developing Countries* (Washington, DC: Abt Associates, noviembre 1993).
78. Tien y Chee, *Literature Review and Findings: Implementation of Waiver Policies*: 19.
79. Tien y Chee, *Literature Review and Findings: Implementation of Waiver Policies*: 11.
80. Gwatkin, "The Current State of Knowledge About Targeting Health Programs to Reach the Poor."
81. Gwatkin, "The Current State of Knowledge About Targeting Health Programs to Reach the Poor"; y Judy Baker y Margaret Grosh, *Measuring the Effects of Geographic Targeting on Poverty Reduction*, Living Standards Measurement Study Working Paper No. 99 (Washington, DC: Banco Mundial, 1994): 17.
82. Margaret E. Grosh, *Administering Targeted Social Programs in Latin America: From Platitudes to Practice* (Washington, DC: Banco Mundial, 1994): 111-16.
83. Gwatkin, "The Current State of Knowledge About Targeting Health Programs to Reach the Poor."
84. Gwatkin, "The Current State of Knowledge About Targeting Health Programs to Reach the Poor."
85. Grosh, *Administering Targeted Social Programs in Latin America: From Platitudes to Practice*: 39; y Gwatkin, "The Current State of Knowledge About Targeting Health Programs to Reach the Poor."
86. Banco Mundial, *The World Health Report 2000*: 14.
87. Banco Mundial, *The World Health Report 2000*: 15-16.
88. Victor Lavy y Jean-Marc Germain, *Quality and Cost in Health Care Choice in Developing Countries*, Living Standards Measurement Study Working Paper No. 105 (Washington, DC: Banco Mundial, 1994): 21.
89. Castro-Leal *et al.*, "Public Spending on Health Care in Africa: Do the Poor Benefit?": 70.
90. Mazharul Islam, "Under-utilization of Healthcare Services in Bangladesh: An Emerging Issue," visto en Internet en www.cpd-bangladesh.org/cunfpa9.html, el 23 de junio, 2003.
91. Deon Filmer *et al.*, "Health Policy in Poor Countries: Weak Links in the Chain," visto en Internet en www.worldbank.org/poverty/health/library/wps1874.pdf, el 3 de junio, 2003: 20-4.
92. Bhuiya *et al.*, "Bangladesh: An Intervention Study of Factors Underlying Increasing Equity in Child Survival": 237.
93. Lavy y Germain, *Quality and Cost in Health Care Choice in Developing Countries*: 18.
94. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y OMS, *DAC Guidelines and Reference Series: Poverty and Health* (París, Francia: OCDE, 2003): 40.
95. Estudio por D.N. Mtemeli (1994), "An Investigation Into Why Women in Muttasa District Prefer to Deliver at Home and Not in Health Institutions," como se indica en Filmer *et al.*, "Health Policy in Poor Countries: Weak Links in the Chain," visto en Internet en www.worldbank.org/poverty/health/library/wps1874.pdf, el 3 de junio, 2003.
96. Organización Panamericana de la Salud, *Health in the Americas*, Volumen I (Washington, DC: PAHO, 1998): 96.
97. Filmer *et al.*, "Health Policy in Poor Countries: Weak Links in the Chain"; y Starfield, comunicación directa, 10 de octubre, 2003.
98. Filmer *et al.*, "Health Policy in Poor Countries: Weak Links in the Chain."
99. OCDE y OMS, *Poverty and Health*.
100. Gwatkin, "Reducing Health Inequalities in Developing Countries."
101. Bhuiya *et al.*, "Bangladesh: An Intervention Study of Factors Underlying Increasing Equity in Child Survival": 229.
102. Yasmin Chandani *et al.*, *Ghana: Implications of Health Sector Reform for Family Planning Logistics* (Arlington, VA: Family Planning Logistics Management/John Snow International, 2000).
103. William Newbrander *et al.*, "The PROSALUD Model for Expanding Access to Health Services" (Washington, DC: World Bank Institute Online Journal and Boston: Management Sciences for Health, 2000): 6, visto en Internet en www.worldbank.org/wbi/healthflagship/oj_prosalud.pdf, el 22 de diciembre, 2003.
104. Newbrander *et al.*, "The PROSALUD Model for Expanding Access to Health Services": 6.
105. William Newbrander, comunicación directa, 11 de agosto, 2003.
106. Save the Children, "A Model of Neonatal Care in the Gadchiroli District in India," *State of the World's Newborns*, visto en Internet en www.savethechildren.org/publications/newborns_report.pdf, el 27 de octubre, 2003.
107. Cornelius Debpuur *et al.*, "The Impact of the Navrongo Project on Contraceptive Knowledge and Use, Reproductive Preferences, and Fertility," *Studies in Family Planning* 33, no. 2 (2002): 141-64.
108. Debpuur *et al.*, "The Impact of the Navrongo Project on Contraceptive Knowledge and Use, Reproductive Preferences, and Fertility."
109. Philomena Nyarko *et al.*, *The Impact of the Navrongo Community Health and Family Planning Project on Child Mortality, 1993-2000*, Policy Research Division Working Paper (Nueva York: Population Council, a publicarse próximamente).
110. Frank K. Nyongator *et al.*, *The Ghana Community-based Health Planning and Services Initiative: Fostering Evidence-based Organizational Change and Development in a Resource-constrained Setting*, Policy Research Division Working Paper No. 180 (Nueva York: Population Council, 2003): 3-6.
111. Abu Sayeed, director de programas de India LIP, comunicación directa, 2 de diciembre, 2003.
112. Sallie Craig Huber *et al.*, *Final Report, May 1999-April 2003*, India Local Initiatives Program (Boston: Management Sciences for Health, 2003).
113. Janani, *Janani Progress Report*, visto en Internet en www.janani.org/progressreport.htm, el 12 de noviembre, 2003.
114. Gopi Gopalakrishnan, "Social Franchising for Reproductive Health: A Model for Extensive Reach and Sustainability," visto en Internet en www.dktinternational.org/article9print.htm, el 12 de noviembre, 2003.
115. Gopi Gopalakrishnan, director del programa Janani, comunicación directa, 21 de noviembre, 2003.
116. Hsiao and Liu, "Health Care Financing: Assessing Its Relationship to Health Equity," in *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*: 268-72.
117. Banco Mundial, *Raising the Sights: Better Health Systems for India's Poor* (Washington, DC: Banco Mundial, 2001): 3.
118. Banco Mundial, *Dying for Change* (Washington, DC: Banco Mundial, 2002): 23.
119. Hsiao and Liu, "Health Care Financing: Assessing Its Relationship to Health Equity": 265.
120. OMS, *The World Health Report 2000*: 35.
121. OCDE y OMS, *Poverty and Health*: 46.
122. Whitehead *et al.*, "Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective": 318-19.
123. OMS, *The World Health Report 2000*: 35.
124. OMS, *The World Health Report 2000*: 35.

125. Hsiao and Liu, "Health Care Financing: Assessing Its Relationship to Health Equity": 268-69.
126. Hsiao and Liu, "Health Care Financing: Assessing Its Relationship to Health Equity": 268-69.
127. Pham Manh Hung *et al.*, "Vietnam: Efficient, Equity-Oriented Financial Strategies for Health," en *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, ed. Timothy Evans *et al.* (Nueva York: Oxford University Press, 2001): 304.
128. Hsiao y Liu, "Health Care Financing: Assessing Its Relationship to Health Equity": 268-69.
129. Gwatkin, "Reducing Health Inequalities in Developing Countries": 32.
130. OCDE y OMS, *Poverty and Health*: 48.
131. Davidson Gwatkin, "Free Government Health Services: Are They the Best Way to Reach the Poor?", visto en Internet http://poverty.worldbank.org/files/13999_gwatkin0303.pdf, el 5 de junio, 2003.
132. Hsiao and Liu, "Health Care Financing: Assessing Its Relationship to Health Equity": 272.
133. Hsiao and Liu, "Health Care Financing: Assessing Its Relationship to Health Equity": 262-63.
134. Hsiao and Liu, "Health Care Financing: Assessing Its Relationship to Health Equity": 273.
135. OMS, *The World Health Report 2000*: 98, 101, 103.
136. Whitehead *et al.*, "Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective": 310.
137. Wagstaff, "Inequalities in Health in Developing Countries: Swimming Against the Tide?"
138. Whitehead *et al.*, "Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective": 310.
139. Macinko y Starfield, "Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001."
140. Wagstaff and Watanabe, *Socioeconomic Inequalities in Child Malnutrition in the Developing World*.
141. Banco Mundial, *Dying for Change*: 22.
142. Davidson Gwatkin, *Who Would Gain Most from Efforts to Reach the Millennium Development Goals for Health: An Inquiry into the Possibility of Progress that Fails to Reach the Poor* (Washington, DC: Banco Mundial, 2002): 10-12, 18.
143. OMS, *The World Health Report 2000*: 5.
144. OMS, *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, Report of the Commission on Macroeconomics and Health: 23-24.

■ Materiales de consulta

Evans, Timothy, *et al.*, eds. *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*. Nueva York: Oxford University Press, 2001.

Gwatkin, Davidson, *et al.* "Initial Country-Level Information About Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population." Volúmenes I y II. Washington, DC: Banco Mundial, noviembre 2003.

Gwatkin, Davidson R. "Reducing Health Inequalities in Developing Countries." Visto en Internet en http://poverty.worldbank.org/files/9219_OTPHPaper-Gwatkin.pdf, el 5 de junio, 2003.

Macinko, James, y Barbara Starfield. "Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001." *International Journal for Equity in Health*. Visto en Internet en www.equityhealthj.com/content/1/1/1, el 16 de abril, 2003.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos y la Organización Mundial de la Salud. *Poverty and Health, DAC Guidelines and Reference Series*. París: OCDE, 2003.

Tien, Marie, y Grace Chee. *Literature Review and Findings: Implementation of Waiver Policies*. Washington, DC: Partners for Health Reformplus (Abt Associates Inc.), marzo 2002.

Wagstaff, Adam. "Poverty and Health Sector Inequalities." *Boletín de la OMS* 80, no. 2 (2002).

Wagstaff, Adam. *Inequalities in Health in Developing Countries: Swimming Against the Tide?* Visto en Internet en http://econ.worldbank.org/files/12290_wps2795.pdf, el 2 de junio, 2003.

Banco Mundial. *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People*. Washington, DC: Banco Mundial, 2003.

Organización Mundial de la Salud. *Bulletin of the World Health Organization—Special Theme: Inequalities in Health* 78, no. 1 (2000).

BRAC

www.brac.net/

Global Equity Gauge Alliance

www.gega.org.za/

Health Equity Program, Rockefeller Foundation

www.rockfound.org/display.asp?Context=3&SectionTypeID=18&Preview=0&ARCurrent=1

International Journal for Equity in Health

www.equityhealthj.com/home/

Janani

www.janani.org/

Local Initiatives Program—India

Management Sciences for Health

www.msh.org/programs/india_lip.html

Pan American Health Organization, Public Policy and Health Program

<http://165.158.1.110/english/hdp/hdd.htm>

Regional Network for Equity in Health in Southern Africa

www.equinet africa.org/

The World Bank

Poverty, Health, Nutrition, and Population (PovertyNet)

www.worldbank.org/poverty/health/index.htm

PRB **POPULATION REFERENCE BUREAU**

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520
Washington, DC 20009 EE. UU.
202-483-1100; 202-328-3937 (fax)
popref@prb.org
www.prb.org