

CÓMO MEJORAR LA SALUD DE LOS MÁS POBRES DEL MUNDO

Existen millones de personas en los países en desarrollo que sufren problemas de salud evitables (como las enfermedades infecciosas, la malnutrición y las complicaciones en el parto) simplemente porque son pobres. Las grandes diferencias de salud entre los pobres y los que están en mejor situación económica suelen ser evitables e injustas, y reflejan diferentes obstáculos y oportunidades socio-económicas que no tienen que ver con las decisiones de la persona¹; y si bien los gobiernos han hecho avances por mejorar la salud pública en las últimas décadas, muchas de las iniciativas para mejorar la salud de los más pobres no han dado resultado².

En años recientes se han publicado estudios sobre las diferencias de salud en los países en desarrollo que muestran la situación de la gente más pobre del planeta y en su mayoría prueban lo extendidas y arraigadas que están las desigualdades en este sentido. Otras investigaciones han evaluado una variedad de enfoques para reducir las diferencias en salud, entre los que se encuentran reformas en el financiamiento y la organización de la atención sanitaria, mejoras en la calidad y el acceso a los servicios, y mayor desarrollo de la comunidad.

Esta hoja informativa se basa en un informe de mayor longitud preparado por el Population Reference Bureau y pone de relieve el grado de disparidad entre la salud de los ricos y los pobres, los

factores que afectan esa diferencia y las acciones para mejorar la salud de los pobres.

Salud para todos: una meta difícil de lograr

Hace tiempo que los gobiernos y las organizaciones internacionales vienen reconociendo la necesidad de mejorar la salud de los pobres. En la década de 1970, la Organización Mundial de la Salud (OMS) encabezó un esfuerzo mundial por lograr la "Salud para todos" para el año 2000, pero más de 25 años después ese objetivo sigue pendiente. Los servicios de salud y las medicinas modernas siguen estando fuera del alcance de los más de 1.000 millones de personas que viven con menos de US\$1 al día en todo el mundo.

Persisten las grandes disparidades en salud tanto entre países como en su seno. Las que se observan entre países pueden deberse en cierta medida a diferencias en el gasto en atención sanitaria e investigación de salud, la capacidad local y el acceso a la tecnología y a la información. En los países menos desarrollados el gasto anual en salud es de alrededor de US\$11 por persona, lo que está muy por debajo de los \$30 ó \$40 dólares por persona recomendados por la OMS para cubrir las necesidades sanitarias esenciales, y contrasta con el gasto anual *per cápita* en los países de alto ingreso, que supera los US\$1.900 de dólares³. Es por esto que la población de los países pobres tiene menor acceso a las tecnologías médicas y a servicios de buena calidad que los habitantes de los países más afluentes.

Disparidad entre pobres y ricos en el seno de los países

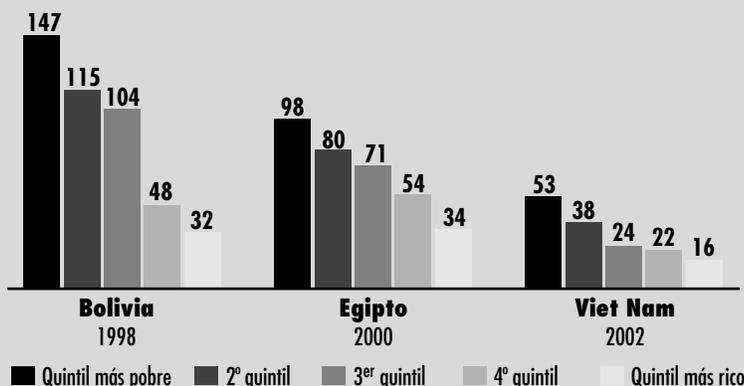
También son comunes las desigualdades en salud dentro de los países. Incluso en países más desarrollados como los europeos y los Estados Unidos, los pobres mueren antes que los ricos. Pero los problemas de salud que representan muchas de las disparidades a nivel mundial (como las enfermedades de parásitos y las infecciosas, las deficiencias en nutrición y las complicaciones durante el parto) se concentran en los sectores más pobres de los países más necesitados⁴; y las enfermedades que afectan a los más pobres reciben relativamente poco presupuesto de investigación y desarrollo en todo el mundo.

Uno de los estudios más amplios hasta la fecha sobre la desigualdad en los países en desarrollo usa datos de las Encuestas demográficas y de salud (EDS) realizadas en 56 países del África, Asia y América lati-

Gráfico 1

Tasas de mortalidad entre menores de 5 años, por quintil económico

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

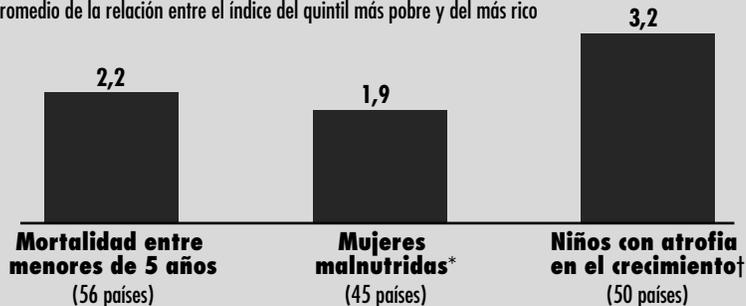


FUENTE: D. Gwatkin et al., *Initial Country-Level Information About Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population*, Volúmenes I y II (noviembre de 2003).

Gráfico 2

Desigualdades en salud en los países menos desarrollados, 1990-2002

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



OBSERVACIÓN: Los promedios no han sido ponderados para tener en cuenta el tamaño de la población

* El índice de masa corporal de <18,5 es el peso en kilogramos dividido por la altura en metros cuadrados.

† La altura baja para la edad es en comparación con una población internacional de niños bien nutridos.

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

na. Las encuestas cubren una variedad de temas de salud y población, y miden el nivel socioeconómico con preguntas sobre los bienes y servicios del hogar, como la posesión de un refrigerador, una televisión o un auto, y los materiales de construcción del hogar, así como si tiene saneamiento y electricidad. Los investigadores construyeron un índice de riqueza de los hogares basándose en estos datos y dividieron a la población de cada país en cinco grupos de igual tamaño, o quintiles, dependiendo de su posición relativa en el índice de riqueza de los hogares del país.

El análisis de las EDS muestra que los quintiles más pobres están en peores condiciones en una serie de resultados de salud, inclusive la mortalidad infantil y el estado de nutrición. El Gráfico 1 (página 1) muestra los niveles de mortalidad infantil por quintil de riqueza en Bolivia, Egipto y Viet Nam, y dicha relación entre quintiles. En todos los países incluidos en el estudio, un niño del quintil más pobre tiene el doble de probabilidades, por término medio, de morir antes de cumplir los 5 años que un niño del quintil más rico (ver el Gráfico 2). La disparidad es similar en nutrición materna, ya que las mujeres en el quintil más pobre tienen el doble de probabilidades de estar malnutridas que las del quintil más rico, y los niños muestran una atrofia más pronunciada en el crecimiento (baja altura para su edad).

Si bien el análisis de las EDS no fue concebido para establecer una relación de causa efecto entre la riqueza y la salud, existen otros estudios que han encontrado una correspondencia con significado estadístico (que no se debe a mera casualidad) entre el nivel económico y la salud infantil. Un estudio sobre nutrición infantil en 20 países en desarrollo

descubrió que 18 de ellos tenían desigualdades con significado estadístico en la atrofia en el crecimiento y el bajo peso, que son dos medidas internacionales indicativas de la existencia de malnutrición⁵.

Desigualdades en el uso de los servicios de salud

El estudio de las EDS muestra que también es menos probable que los más pobres usen los servicios básicos de salud (inmunización, atención durante el embarazo y el parto, y planificación familiar) comparados con los ricos. Por término medio los niños de los quintiles más ricos tienen el doble de probabilidades que los de los más pobres de haber recibido todas las vacunas infantiles básicas.

El uso de la atención sanitaria profesional durante el parto varía considerablemente. Existe un promedio de casi cinco veces más probabilidades de que los partos de las mujeres en los quintiles más ricos sean atendidos por personal profesional (como puede ser un médico, una enfermera o una partera). Dicha asistencia es esencial para la salud materna, ya que las complicaciones más serias del parto no pueden preverse de antemano.

La disparidad entre pobres y ricos también es grande en lo referente al uso de métodos anticonceptivos modernos. Por término medio, las mujeres casadas del quintil más rico tienen más del cuádruple de probabilidades de utilizar métodos anticonceptivos que las del quintil más pobre, lo que puede reflejar la disparidad en el acceso a los servicios de planificación familiar y las diferencias en los niveles de demanda de dichos servicios. Por ejemplo, las mujeres pobres, que suelen tener menor educación, tienden a querer familias de mayor tamaño que las mujeres de un nivel económico superior con mayor educación.

Explicación de las disparidades entre los ricos y los pobres

En general los pobres están en situación de desventaja en todos los factores que determinan la salud. Son más propensos a tener mala salud y enfermedades por falta de recursos financieros, su limitado conocimiento de cuestiones de salud y su uso limitado de los servicios de sanidad. La población más afluyente tiende a usar los servicios sanitarios con mayor frecuencia, siguen las recomendaciones del personal profesional capacitado en vez de acudir a curanderos, y tienen familias de menor tamaño y mejor nutridas. La educación, especialmente entre las mujeres, tiene un papel destacado en la conducta y hábitos de los hogares relacionados con la buena salud.

Los factores de la comunidad, entre los que se encuentran el medio ambiente y la geografía, también ponen a los pobres en posición de desventaja con

relación a la salud. Las personas que viven en áreas rurales y remotas poco atendidas tienen menor acceso a agua limpia, viviendas sanas y buen transporte. En las comunidades pobres, las normas sociales, incluso las relativas a contraer matrimonio a edades tempranas y tener grandes familias, y la discriminación contra la mujer, tienden a fomentar conductas que conducen a la mala salud⁶.

Asimismo, los pobres se benefician menos del sistema de sanidad que la población más afluente. Los pobres tienen mayores probabilidades de sufrir la falta de servicios de salud, dificultad de acceso a los mismos, o servicios demasiado caros y de calidad relativamente baja. Con frecuencia los gobiernos asignan la mayor proporción de sus presupuestos sanitarios a los hospitales urbanos, lo que deja a los residentes rurales sin suficientes establecimientos de salud.

Como parte de un plan nacional para reducir la pobreza, muchos gobiernos han apoyado la provisión de servicios de salud gratuitos o subvencionados para mejorar el estado de salud de los pobres y las poblaciones vulnerables⁷; pero en una serie de países los pobres no se benefician tanto del gasto público en salud tanto como las poblaciones más afluentes. Un estudio de siete países africanos descubrió que en todos ellos el quintil más pobre de la población recibía menos de una quinta parte del gasto en medicina curativa⁸; y en lo que se refiere a los servicios de atención sanitaria primaria, como los proporcionados por clínicas básicas y dispensarios, se descubrió que, en cinco de los siete países estudiados, los pobres se beneficiaban menos de dicho servicio que las poblaciones en mejores condiciones económicas.

Enfoques que benefician a los pobres

Los investigadores generalmente coinciden en que pueden encontrarse respuestas efectivas en muchos sectores (inclusivos los de sanidad, educación, finanzas, medio ambiente, agricultura, transporte, trabajo, etc.) para corregir las disparidades de salud. Pueden adoptarse una variedad de intervenciones que deben servir para reducir las desigualdades en salud y atención sanitaria si se diseñan con cuidado.

Promulgación de políticas a favor del desarrollo y de los pobres

Con frecuencia el incremento en el ingreso conlleva mayores desigualdades, porque los ricos se benefician más de los cambios tecnológicos que los pobres. Para contrarrestar este efecto las políticas que promuevan el crecimiento económico deben ir acompañadas de acción social en áreas como la educación, el trabajo y la atención sanitaria primaria, y medidas especiales para asegurarse de que los pobres se beneficien de dichos programas⁹.

Inversión en educación

La educación, especialmente la educación primaria universal, contribuye a reducir las desigualdades en salud porque permite que la gente obtenga mejores trabajos y menos peligrosos, tenga mayor conocimiento de cuestiones de salud, tome medidas preventivas, evite conductas más peligrosas, y exija servicios sanitarios en mayor número y de mejor calidad.

Dirigir mayores prestaciones de salud a los pobres

Debido a que los pobres tienden a utilizar los servicios de salud menos que los ricos, los programas de salud pública pueden adoptar modalidades para “concentrar” las prestaciones sanitarias más directamente en los pobres. Los programas podrían determinar quién es pobre, y por lo tanto con derecho a ciertas prestaciones, o podrían concentrarse en ciertas áreas donde viven los pobres, o abordar los problemas específicos de salud que tienden a sufrir los pobres. Los programas que utilicen múltiples enfoques posiblemente serán los más efectivos¹⁰. En lugares donde los gobiernos cobren tarifas de usuario por servicios públicos de salud, la capacidad para aplicar exenciones de tarifas o una escala de pago es esencial para lograr buenos resultados al dirigir las prestaciones a los pobres.

Promoción de la atención sanitaria básica y primaria

El enfoque en “servicios esenciales” implica proporcionar un conjunto básico de servicios sanitarios costo efectivos a todos los habitantes. Si bien se financiarían por el gobierno, los proveedores de salud del sector privado podrían contribuir a la prestación de los mismos¹¹.

Aumentar la disponibilidad y la calidad de los servicios de salud

Una recomendación común es que los sistemas de salud concentren mayores recursos en las instalaciones sanitarias primarias y los servicios de las mismas, para elevar y mejorar dicha atención de forma que un mayor número de personas en áreas desatendidas pueda beneficiarse del servicio.

Establecimiento de asociaciones público-privadas

Como ya existen muchas organizaciones no gubernamentales que trabajan estrechamente con los pobres, los gobiernos podrían optar por apoyarlas en la prestación de servicios de salud a los segmentos pobres y vulnerables de la sociedad.

Movilización de los recursos de la comunidad

En la India y Ghana proyectos recientes han logrado movilizar los recursos de la comunidad de forma innovadora para lograr mejorar la salud de los pobres.

Para más información

Pueden obtener el *Boletín de salud* "Cómo mejorar la salud de los más pobres del mundo" por Internet en www.prb.org. Para recibir una versión impresa, póngase en contacto con: International Programs Population Reference Bureau 1875 Connecticut Ave. Suite 520 Washington, DC 20009 EE.UU. Tel. 202-483-1100 Fax 202-328-3937 Correo electrónico: prborders@prb.org Internet: www.prb.org

Dichos enfoques conllevaron la capacitación intensiva de los trabajadores de salud de la comunidad, la participación de líderes tradicionales y la prestación de servicios a nivel local. Algunos proyectos han logrado grandes resultados reorganizando los recursos de sanidad existentes para satisfacer mejor las necesidades de los clientes pobres¹².

Adoptar enfoques para el financiamiento de la salud

Un sistema de financiamiento a favor de los pobres pone de relieve el prepago de la atención sanitaria mediante impuestos o un seguro médico, con contribuciones o primas ligadas a la capacidad de pago de la persona en vez de al riesgo de salud o el uso de los servicios¹³.

Los planes de atención sanitaria de la comunidad en los que los participantes juntan sus recursos para tener cobertura cuando caen enfermos pueden ser una opción para los pobres en áreas rurales. Dichos planes han dado resultado entre los residentes rurales en países como la India, Indonesia y China.

Medida del progreso

Existe un creciente acervo de información sobre la salud de los pobres en todo el mundo, pero aún así muchos gobiernos y acuerdos internacionales continúan expresando los objetivos de salud como promedios nacionales y no establecen metas para reducir las disparidades entre diferentes grupos socioeconómicos. Para vigilar los avances en la mejora de la salud de los pobres es esencial establecer objetivos de salud que tengan en cuenta la pobreza¹⁴.

El establecimiento de dichos objetivos puede suponer decisiones difíciles. Por ejemplo, al mejorar la salud de los pobres y los grupos más vulnerables puede que se eleve el costo o se reduzca la eficacia¹⁵. Asimismo, pocos países logran buenos resultados tanto en el promedio de la salud de la población como el grado de desigualdad en salud.

Conclusión

Existen muchas pruebas de que las disparidades en salud pueden corregirse. Incluso en algunos de los países más pobres se ha logrado llevar prestaciones sanitarias a la población más vulnerable gracias a programas cuidadosamente diseñados. Si bien la salud pública tradicionalmente se ha concentrado en mejorar la salud de la mayoría, las políticas y los programas pueden reorientarse para lograr satisfacer mejor las necesidades de los pobres y los grupos vulnerables.

La investigación actual indica que un enfoque integral (que aborde las causas sociales y económicas de las diferencias en salud) puede ser la mejor forma para reducir la disparidad entre la salud de los pobres y de los ricos en los países menos desarrollados. Existe una apremiante necesidad de mejorar la salud de los pobres, ya que las crecientes diferencias entre los pobres y los ricos en acceso a la información, tecnología y atención sanitaria de alta calidad amenazan con dejar todavía más rezagados a los pobres del planeta.

Bibliografía

- 1 Adam Wagstaff, "Poverty and Health Sector Inequalities", *Bulletin of the World Health Organization* 80, no. 2 (2001): 97.
- 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/archives/2000/en/contents.htm, el 3 de junio de 2003.
- 3 OMS, "Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development", *Report of the Commission on Macroeconomics and Health* (Ginebra: OMS, 2001).
- 4 OMS, "Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development": 42-54.
- 5 Adam Wagstaff y Naoko Watanabe, *Socioeconomic Inequalities in Child Nutrition in the Developing World*, visto en Internet en <http://econ.worldbank.org/docs/1189.pdf>, el 15 de abril de 2003.
- 6 Wagstaff, "Poverty and Health Sector Inequalities": 100.
- 7 Florencia Castro-Leal et al., "Public Spending on Health Care in Africa: Do the Poor Benefit?" *Bulletin of the World Health Organization* 78, no. 1 (2000): 66.
- 8 Castro-Leal et al., "Public Spending on Health Care in Africa: Do the Poor Benefit?": 69.
- 9 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. Timmothy Evans et al. (Nueva York: Oxford University Press, 2001): 314-15.
- 10 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 de 2003.
- 11 OMS, *The World Health Report 2000*: 14-16.
- 12 Save the Children, "A Model of Neonatal Care in the Gadchiroli District of India", visto en Internet en www.savethechildren.org/publications/newborns, el 27 de octubre, 2003; y 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.
- 13 OMS, *The World Health Report 2000*: 35.
- 14 Whitehead et al., "Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective": 310.
- 15 Whitehead et al., "Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective": 310.

Reconocimientos

Lori Ashford preparó este resumen basado en un informe más extenso de Dara Carr, "Cómo mejorar la salud de los más pobres del mundo". Se agradece la labor de varios revisores: Barbara Crane, Yvette Collymore, Davidson Gwatkin, Shea Rutstein y Nancy Yinger. La traducción fue de Ángeles Estrada y la edición de la misma fue por Sara Adkins-Blanch. El financiamiento fue mediante una subvención de la Fundación Bill & Melinda Gates.

© Julio 2004, Population Reference Bureau

PRB 75° ANIVERSARIO » 1929-2004

POPULATION REFERENCE BUREAU

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009 EE.UU.

Tel.: 202-483-1100 ■ Fax: 202-328-3937 ■ Correo electrónico: popref@prb.org ■ Internet: www.prb.org