
Diseño de programas de salud y población *para los pobres*

por Lori S. Ashford, Davidson R. Gwatkin y Abdo S. Yazbeck

Información sobre los autores

Lori S. Ashford es directora técnica de información sobre temas normativos en el Population Reference Bureau (PRB). Davidson R. Gwatkin es un asesor sobre cuestiones de salud y pobreza, y Abdo S. Yazbeck es el principal economista en materia de salud en el Banco Mundial.

Agradecimientos

Ciertas partes de este informe son adaptaciones del contenido del libro *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services*, editado por Davidson R. Gwatkin, Adam Wagstaff y Abdo S. Yazbeck, publicado por el Banco Mundial en 2005.

Los autores agradecen el trabajo de varios revisores de parte o la totalidad del borrador que en algunos casos contribuyeron información adicional: Mai Hijazi y Joan Robertson de la Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional; Fariyal Fikree, Rachel Nugent, Farzaneh Roudi y Nancy Yinger del PRB; Kiersten Johnson de ORC Macro; M. Kent Ranson de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres; y J. Brad Schwartz que trabaja en el Proyecto de Expansión de la Atención Sanitaria Primaria del Ministerio de Salud de Camboya. También se recibió ayuda de Alexander Arenas, Uwe Deichmann y Erika Yanick, del Banco Mundial.

Diseño: Michelle Corbett, PRB

Traducción: Ángeles Estrada

Edición y coordinación: Sara Adkins-Blanch, PRB

El financiamiento del informe lo proporcionó la Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional, dentro del proyecto BRIDGE (No. GPO-A-00-03-00004-00).

El texto completo de este informe puede verse en Internet, en www.prb.org/espanol.

Para obtener ejemplares adicionales pónganse en contacto con:

Population Reference Bureau

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520

Washington, DC 20009-5728 EE.UU.

Tel: 202-483-1100

Fax: 202-382-3937

Correo electrónico: prborders@prb.org

www.prb.org

©2007 Population Reference Bureau. Todos los derechos reservados.

ÍNDICE

Prefacio	ii
Resumen	ii
PARTE 1 La disparidad en salud entre ricos y pobres	1
Gráfico 1. Índices de mortalidad entre menores de 5 años, por nivel económico	1
Gráfico 2. Proporción del gasto público en los ricos y los pobres, 21 países en desarrollo, 2003	2
Gráfico 3. Desigualdades en el uso de los servicios de salud, encuestas más recientes, 1992–2002	3
PARTE 2 Enfoques para atender a los pobres	4
Recuadro 1. Mapas de pobreza: ubicación de dónde viven los pobres	5
PARTE 3 Estudios de caso y lecciones aprendidas	9
Recuadro 2. Algunos programas favorecen a los pobres porque los ricos acuden a otro sitio	10
Gráfico 4. Desigualdad en la vacunación y atención prenatal en Brasil (1996) y en el estado de Sergipe (2000)	11
Gráfico 5. Cobertura del programa de salud familiar, Porto Alegre y Sergipe, Brasil	11
Gráfico 6. Camboya: Incrementos en la cobertura de atención sanitaria primaria entre los pobres, 1997 y 2001	13
Gráfico 7. Incremento en el número de hogares que tienen mosquiteros en dos distritos rurales de Tanzania, 1997 y 2000	14
Gráfico 8. Nivel económico de los usuarios de los servicios móviles de salud reproductiva de SEWA	15
Gráfico 9. Parto en establecimientos de salud, primer embarazo, Proyecto de Nepal sobre adolescentes, 1999 y 2003	16
PARTE 4 Instrumentos para el seguimiento y la evaluación del programa	18
Gráfico 10. Tres programas hipotéticos de salud	19
Ejemplo 1. Cuestionario de bienes de los hogares, de las Encuestas demográficas y de salud	20
Ejemplo 2. Encuesta de evaluación de la pobreza de la muestra	21
Gráfico 11. Egipto: Mujeres casadas que usan anticonceptivos modernos, 1995 y 2000	22
Referencias	23
APÉNDICE Para mayor información	25
Recursos sugeridos	25
Recursos técnicos para estudiar la equidad en salud	26

PREFACIO

Este informe se basa en las publicaciones recientes sobre el deseo de promover mayor equidad en el sector de salud, incluidos los hallazgos y las lecciones aprendidas en el programa “Llegar a los pobres” [*Reaching the Poor*] del Banco Mundial. Dicho Programa, que concluyó en 2005, tenía por objeto buscar y alentar la adopción de nuevos enfoques para lograr que los grupos desatendidos se beneficiaran más de los servicios de salud, nutrición y población.

El personal del Population Reference Bureau y del Banco Mundial colaboró en la producción de este documento, dirigido a quienes financian, diseñan, gerencian y evalúan los programas de salud y población en los países en desarrollo. El financiamiento lo proporcionó la Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional (USAID), quien también financió las Encuestas demográficas y de salud en las que se basa gran parte del informe.

Se pone especial énfasis en la salud reproductiva, con los datos y ejemplos que se ofrecen, pero también se indican las lecciones más amplias aprendidas que son de utilidad para el sector de salud y para cualquiera que diseñe programas dirigidos a los pobres.

RESUMEN EJECUTIVO

En casi todas las partes del mundo en desarrollo la gente afluyente tiene mayor acceso que la pobre a los servicios de salud. Por el simple hecho de que tienden a usar más los servicios, los primeros acaban aprovechando más, incluso los programas concebidos y financiados expresamente para satisfacer las necesidades sanitarias de los pobres (como los de planificación familiar, maternidad y nutrición infantil). Los pobres reciben menor atención por una variedad de razones, como la falta de conocimiento, de poder, de acceso a instalaciones que proporcionan los cuidados adecuados, de respuesta del personal y el costo de algunos de los servicios.

Los programas que han dado resultado en una variedad de contextos en los países en desarrollo se han esforzado por superar estos obstáculos para ofrecer una mayor proporción de sus beneficios a quienes más los necesitan. Algunos programas nacionales de salud ofrecen atención sanitaria universal, para asegurarse de incluir a los pobres; otros se concentran directamente en las comunidades y familias pobres, o bien incluyen una combinación de ambos enfoques. Hay programas que se reestructuran para que los proveedores del servicio estén más cerca de las comunidades, o para otorgar a los miembros de la comunidad mayor poder de decisión sobre el diseño y la aplicación de los mismos.

Sea cual sea el enfoque, siempre puede haber resultados inesperados, y no existe nada perfecto que funcione para todos los servicios de salud en todos los contextos. Con cualquier enfoque hay que prestar mucha atención al diseño, al seguimiento y a la evaluación del programa, para asegurarse de que las prestaciones sanitarias lleguen a los pobres. Las autoridades normativas y los gerentes de los programas deben estudiar los enfoques utilizados en otros contextos para adaptarlos a sus propias circunstancias, medir el impacto, perfeccionar lo que funciona y descartar lo que no sirva.

Los instrumentos necesarios para determinar si un programa atiende a los grupos más pobres pueden obtenerse fácilmente y su uso no es muy complicado, aunque requieren un esfuerzo de evaluación adicional al que normalmente realizan los gerentes de programas. La Parte 4 y el Apéndice describen algunos de ellos y muestran los lugares donde los planificadores y evaluadores de programas pueden obtener mayor información al respecto. La aplicación de dichos instrumentos es importante como primer paso para corregir la inhabilidad de muchos programas de salud para atender debidamente a los pobres.

PARTE 1 | LA DISPARIDAD EN SALUD ENTRE RICOS Y POBRES

La salud de los pobres es peor que la de los ricos

En todo el mundo existen arraigadas desigualdades en salud entre los ricos y los pobres. La diferencia es especialmente notable en muchos de los países más pobres, donde millones de personas sufren afecciones prevenibles, como enfermedades infecciosas, malnutrición y complicaciones en el parto, simplemente por ser pobres. Estas grandes diferencias en salud se consideran injustas o inequitativas porque no obedecen a decisiones personales sino a distintos obstáculos y oportunidades¹.

Existen numerosos estudios de los países en desarrollo que muestran que los pobres tienen mayores probabilidades de sufrir problemas de salud y menor tendencia a usar los servicios de sanidad que la gente de mayor nivel económico. (Las expresiones “afuentes”, “ricos”, “de mayores recursos” o “menos pobres” se utilizan en este sentido para referirse a los grupos de mayor nivel económico de un país en particular, aunque el país sea pobre comparado con el resto del mundo).

Uno de los estudios más extensos sobre el tema se realizó a solicitud del Banco Mundial y usa datos de las Encuestas demográficas y de salud (EDS) procedentes de 56 países del África, Asia y América Latina². En las encuestas se entrevistan a mujeres en edad de procrear, para preguntarles sobre temas relativos a la fecundidad y a la salud materno-infantil. Las encuestas miden el nivel socioeconómico al preguntar a las encuestadas sobre las características de su hogar, entre las que se encuentran los bienes que tienen (como refrigerador, televisor o un automóvil), la construcción de la casa, y si cuentan con electricidad y saneamiento. Basándose en esa información los investigadores han elaborado un índice de bienes familiares (o de riqueza), que divide a la población de cada país en cinco grupos de igual tamaño (quintiles), dependiendo de la posición relativa del hogar en el índice de riqueza del país.

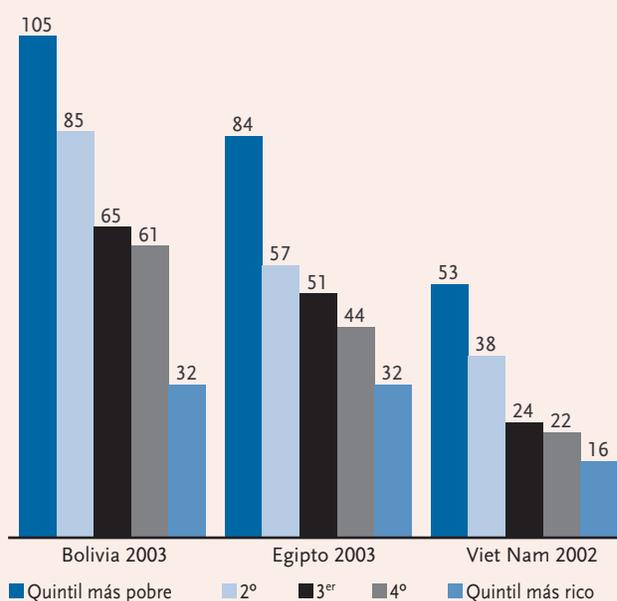
Los resultados indican que los quintiles más pobres están en peores condiciones que los más ricos en una variedad de resultados de salud, incluida la mortalidad infantil y el nivel de nutrición. El Gráfico 1 muestra los niveles de mortalidad infantil por quintil de riqueza en Bolivia, Egipto y Viet Nam, y pone de relieve dicha relación. En todos los países incluidos en el análisis, un niño del quintil más pobre tiene por término medio el doble de probabilidades de morir antes de cumplir los 5 años que un niño del quintil más rico. La disparidad es similar en la nutrición materna. Las mujeres en el quintil más pobre tienen el doble de probabilidades de estar mal nutridas que las del quintil más rico³.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

En todo el mundo, la gente más pobre recibe menos servicios de salud que la gente más rica a pesar de los mejores esfuerzos de los gobiernos.

Gráfico 1
Índices de mortalidad entre menores de 5 años, por nivel económico

Muertes por 1.000 niños menores de 5 años



Fuente: ORC Macro, Encuestas demográficas y de salud.

Las tendencias son similares en más de 100 indicadores de salud y atención sanitaria obtenidos de las EDS, aunque la magnitud de la disparidad varía dependiendo de los indicadores, y entre diferentes regiones y países. Los ricos están sistemáticamente más sanos y reciben mejor atención que los pobres, incluso cuando el fin específico de los programas y los objetivos de salud pública sean mejorar la salud de los pobres⁴.

Las desigualdades en salud existen no sólo con relación a la riqueza, sino también otros indicadores socioeconómicos, como el sexo, la raza, el origen étnico, el idioma, el nivel de educación de la persona, su ocupación y residencia. Por ejemplo, en partes de la India y la China las niñas en las primeras etapas de vida tienen mayores probabilidades de morir que los niños, debido a que las preferencias culturales por los niños ponen a aquéllas en situación de desventaja en nutrición y atención sanitaria a esa edad. Existen muchas iniciativas para mejorar la equidad en salud que tratan de abordar estas y otras desventajas sociales.

Los análisis y estudios de caso en este informe se concentran en los esfuerzos de los programas por reducir las desigualdades en el uso de los servicios de salud entre los diversos grupos económicos. Hasta hace poco los investigadores habían tenido problemas para medir el nivel socioeconómico de los usuarios, cosa que se ha corregido en gran parte con el enfoque basado en los bienes de la persona utilizado en los estudios de caso en la Parte 3, y descrito en

mayor profundidad en la Parte 4. Pero deben considerar que la pobreza económica no es el único tipo de pobreza que importa, y que con frecuencia se presenta entrelazada con desventajas sociales, geográficas y de otro tipo. Las personas en los estratos más bajos de la escala económica sufren desventajas múltiples.

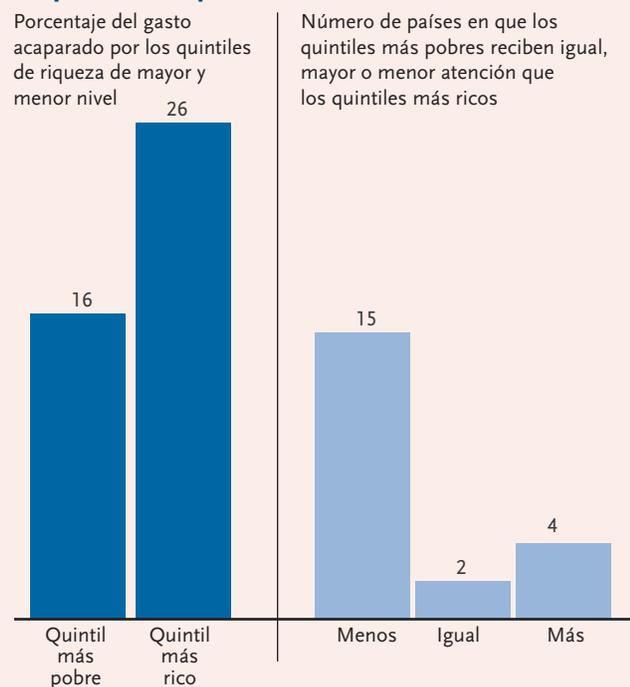
El gasto público en salud favorece a la población más afluyente

El gasto gubernamental en salud con frecuencia se concibe con la idea de que todos tengan el mismo acceso a la atención sanitaria, pero en la práctica es algo que difícilmente se logra. La mayor parte de la investigación realizada en los países en desarrollo en los últimos 20 años confirma que las personas afluentes acaban beneficiándose más que las pobres de las prestaciones sanitarias financiadas con fondos públicos. El *Informe sobre el desarrollo mundial 2004* del Banco Mundial resume la evidencia que se tiene sobre el grado en que las prestaciones públicas en salud y educación benefician a los diferentes grupos económicos. En 21 estudios de país se observó que, por término medio, el 20% más rico de la población recibía alrededor del 25% del gasto gubernamental en salud, mientras que el 20% más pobre tan sólo se beneficiaba de alrededor de un 15%⁵. En 15 de los 21 casos estudiados, el perfil del gasto se inclinaba hacia los grupos de mayor ingreso, y tan sólo en cuatro países (Argentina, Colombia, Costa Rica y Honduras) se observó que una mayor proporción de dicho gasto beneficiaba a los pobres (ver el Gráfico 2). Incluso los programas de sanidad para combatir las enfermedades que afectan a los pobres (como las de tipo infeccioso, la diarrea infantil y las complicaciones en el parto), y cuya expresa prioridad es atender a los pobres, tienden a beneficiar más a los ricos. El análisis de las EDS en 56 países reveló que las deficiencias en el uso de los servicios están ligadas estrechamente al nivel económico, y que el uso es menor cuanto menor es el estrato económico de un grupo de población, incluso en los servicios básicos, como los de inmunización, atención materna y planificación familiar. Por término medio, en todos los países los niños en el quintil más rico tienen más del doble de probabilidades que los del quintil más pobre de haber recibido todas las vacunas infantiles básicas (ver el Gráfico 3)⁶.

El uso de anticonceptivos modernos y la atención profesional durante el parto también varían considerablemente según el nivel de riqueza. Por término medio las mujeres casadas en el quintil más afluyente tienen más de cuatro veces mayores probabilidades de usar métodos anticonceptivos que las del quintil más pobre⁷. La probabilidad de que los partos de las mujeres en el quintil más rico sean asistidos por personal profesional capacitado, como un médico, o una enfermera o partera, es casi cinco veces mayor por término medio (ver el Gráfico 3). Estos datos confirman la “ley de atención inversa”, un término acuñado hace más de 30 años para indicar que existe una relación inversa entre las necesidades de la población y la disponibilidad de buena atención médica⁸.

Gráfico 2

Proporción del gasto público en los ricos y los pobres, 21 países en desarrollo, 2003



Fuente: D. Filmer, *The Incidence of Public Expenditures on Health and Education*, Background Note for the World Development Report 2004 (2003).

¿Por qué reciben los pobres menos atención médica?

Como se indica en el *Informe sobre el desarrollo mundial 2006* del Banco Mundial, la distribución de la riqueza en un país está estrechamente ligada a las distinciones sociales que clasifican a las personas y las comunidades en grupos con relativa cantidad de poder⁹. Las desigualdades ocurren cuando ciertos grupos de personas tienen menor voz y menores oportunidades de influir sobre su entorno. Las diferencias sociales, culturales y políticas entre la gente crean sesgos y reglas en las instituciones que favorecen a los grupos más privilegiados y poderosos. Las diferencias arraigadas de poder y condición social entre los grupos pueden expresarse en conductas, aspiraciones y preferencias que también perpetúan la desigualdad.

En términos de salud, la falta de poder y la baja condición social de la persona con frecuencia implican menores probabilidades de adoptar medidas preventivas, y menor solicitud y uso de los servicios sanitarios. Las notables diferencias en el nivel de salud entre los diversos grupos económicos refleja la desigualdad de acceso a información e instalaciones con un nivel adecuado de atención sanitaria, y la falta de capacidad para pagar por un buen servicio. Los

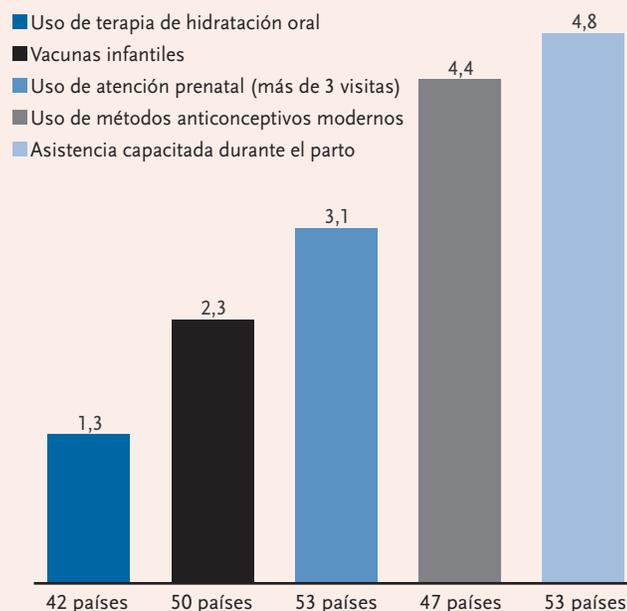
obstáculos para obtener atención sanitaria de calidad pueden clasificarse de la forma siguiente¹⁰:

- ▶ **Falta de información y conocimiento.** En casi todos los lugares los pobres tienen menor educación que los ricos y carecen de información sobre higiene, nutrición y conductas saludables, así como sobre dónde acudir para recibir servicios específicos. Esta falta de información puede hacer que la gente no busque atención incluso cuando la necesita y puede obtenerla de forma gratuita.
- ▶ **Falta de “voz” o poder.** Los miembros más pobres de una comunidad con frecuencia tienen menor voz que los miembros más ricos en la decisión de buscar atención, lo que puede afectar el nivel de recursos que se emplean en su bienestar. De igual forma en el seno familiar las mujeres y los niños pueden tener menor voz que los hombres y las personas mayores. Por ejemplo la falta de poder de la mujer respecto a su esposo puede retrasar la decisión de buscar tratamiento de emergencia para abordar serias complicaciones durante el embarazo y el parto.
- ▶ **Servicios inaccesibles y de baja calidad.** Los residentes en zonas urbanas generalmente viven cerca de los servicios de salud, mientras que los residentes rurales tienen mayores costos de transporte y tiempo de viaje. Aparte de la distancia, la calidad de las instalaciones sanitarias puede variar tremendamente. Algunas están muy deterioradas, carecen de los medicamentos y materiales esenciales y son gerenciadas por personal con poco estímulo o preparación. Las personas con mayores necesidades económicas son precisamente las que más tienen que luchar contra estos servicios inoperantes.
- ▶ **Proveedores de servicios de salud que no responden.** Los sistemas sanitarios tienen dificultad para incentivar a los médicos educados en la ciudad a trabajar en áreas pobres. Dichos lugares tienden a pagar menos, y quizás falten a trabajar con frecuencia o tengan poco estímulo o incentivo para ofrecer buen servicio. Por otra parte algunos proveedores de atención sanitaria con frecuencia tratan con obvia discriminación a personas de ciertas clases económicas o grupos étnicos. La “distancia social” entre los proveedores de servicios y sus clientes puede ser grande, y hacer que los clientes se sientan descuidados o vistos como inferiores¹¹.
- ▶ **Costo excesivo de algunos servicios.** En los países en desarrollo el gobierno generalmente proporciona de forma gratuita la atención sanitaria primaria, pero el tratamiento de las lesiones y enfermedades serias puede resultar excesivamente caro para las familias pobres. En principio dichos servicios puede que con frecuencia sean gratuitos, pero ello no significa que el usuario no tenga gastos. El costo real del tratamiento puede resultar excesivo si los usuarios tienen que hacer pagos extraoficiales para recibir ciertos medicamentos o atención, y si no pueden permitirse pagar el transporte o tomar tiempo libre del trabajo.

Gráfico 3

Desigualdades en el uso de los servicios de salud, encuestas más recientes, 1992–2002

Proporción media entre los ricos y los pobres



Observación: Representa la proporción media entre los quintiles más ricos y más pobres, sin ponderación por tamaño de población y excluyendo los países donde el uso es menor de un 1%. Los niños en el quintil más rico tienen 2,3 más probabilidades de recibir todas las vacunas infantiles básicas que los del quintil más pobre.

Fuente: L. Ashford y H. Kashiwase, *La disparidad de la riqueza en salud: Datos sobre mujeres y niños en 53 países en desarrollo* (2004).

PARTE 2 | ENFOQUES PARA ATENDER A LOS POBRES

Los obstáculos a los que se enfrentan los pobres no son insuperables. Se les puede hacer frente de muchas formas con programas: mejor educación y promoción de la salud, mejor enfoque de los servicios hacia ciertos grupos específicos, mejoras en atención sanitaria, incentivos para los proveedores del servicio y mecanismos de financiamiento para hacer que los más necesitados puedan cubrir el costo¹². Pueden aplicarse una variedad de intervenciones que, bien diseñadas, contribuyen a reducir las desigualdades en salud y atención sanitaria. Los investigadores también coinciden en que la respuesta efectiva a las disparidades en salud va más allá del sector de sanidad. Puede también depender de los sectores de educación, finanzas, medio ambiente, agricultura y trabajo. A continuación se describen los tipos de intervenciones y enfoques para beneficio de los pobres.

Dirigir las prestaciones de los programas hacia los pobres

Los programas de salud pública suelen usar tácticas, denominadas “enfoques” para canalizar mayores beneficios hacia los grupos más pobres. Quizás consistan en identificar quiénes son pobres para habilitarlos a recibir ciertos beneficios, o en dirigir los programas a las áreas donde viven, o al abordar problemas de salud que afectan desproporcionadamente a los pobres. Los programas con múltiples enfoques tienen mayores posibilidades de ser efectivos¹³. En los lugares donde los gobiernos cobran tarifas de usuario por los servicios públicos, la posibilidad de aplicar exenciones de las mismas, o una escala de costos dependiendo del ingreso, puede ser crucial para lograr canalizar las prestaciones a los pobres. En Camboya, Indonesia y Viet Nam, por ejemplo, se utiliza una combinación de exenciones de tarifas y tarjetas de atención gratuita para los pobres y las poblaciones vulnerables¹⁴.

El programa PROGRESA de México, que proporciona educación y atención sanitaria a familias pobres, aplica una táctica en la que primero se identifican las comunidades derechohabientes, calificando a la comunidad según ciertos datos censales, y luego se selecciona a las familias que pueden acogerse al programa, según la información del hogar obtenida con un censo especial¹⁵. Otros países levantan mapas de pobreza (una técnica que muestra de forma visual, en mapas, datos censales y los precedentes de encuestas y otras fuentes) para identificar las áreas que deben recibir prioridad en las inversiones y servicios públicos (ver el Recuadro 1).

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

Algunos programas logran canalizar más prestaciones hacia los pobres acercando los servicios a las comunidades que los necesitan.

Un repaso mundial de estas experiencias reveló que en la mayoría de los casos la actuación enfocada hace que lleguen más recursos a los pobres que una asignación aleatoria de fondos, pero en alrededor de una cuarta parte de los casos considerados el enfoque fue tan regresivo, o distorsionado hacia los ricos, que una distribución aleatoria habría resultado más beneficiosa para los pobres¹⁶. Entre los ejemplos de regresión se incluían programas en que los beneficiarios se “auto-seleccionaban” usando productos subsidiados. El estudio no encontró un enfoque que funcionara mejor que otros, sino que concluyó que la calidad de la aplicación es lo que más cuenta. La capacidad de los gobiernos para administrar programas y aceptar responsabilidad por los resultados puede representar una diferencia considerable en la efectividad de los enfoques.

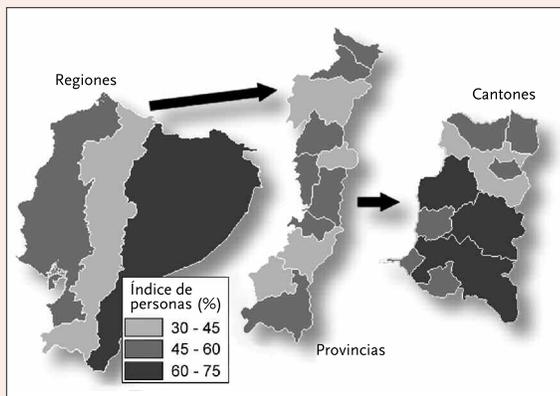
Promoción de la cobertura universal de la atención sanitaria básica

A diferencia de la táctica de concentrarse en los pobres, la atención sanitaria universal proporciona atención primaria a la salud a todos por igual. Un objetivo común es dar amplio acceso a servicios básicos de salud a precios costeables, especialmente entre los pobres y la población rural. Generalmente se considera un buen sistema para promover mayor igualdad en la atención sanitaria, siempre que se pueda alcanzar la cobertura universal. Sin embargo los programas de salud que propugnan la cobertura universal han sido criticados con el paso de los años por no alcanzar su objetivo

Recuadro 1**Mapas de pobreza: ubicación de dónde viven los pobres**

Un aspecto importante de llevar servicios a los pobres es averiguar dónde se encuentran. Por lo general están agrupados en lugares específicos, pero el nivel nacional de pobreza puede ocultar las variaciones regionales y locales. Los mapas de pobreza permiten hacer una representación espacial y analizar el bienestar y la pobreza de la gente. Las autoridades encargadas de tomar decisiones pueden usar los mapas de pobreza para identificar dónde existen rezagos en el desarrollo y dónde pueden tener mayor impacto las inversiones en infraestructura, personal y servicios. Dichos mapas, que antes eran de uso casi exclusivo de los economistas y los sociólogos, ahora también los utilizan las autoridades normativas, las ONG, las instituciones académicas y empresas¹.

Hay muchos tipos de mapas de pobreza y diferentes formas de crearlos. Pueden plasmarse diversas medidas de la pobreza, como el ingreso y el consumo, o un conjunto de indicadores del bienestar, como el Índice del Desarrollo Humano de las Naciones Unidas. Los mapas son más útiles para los planificadores cuando muestran la pobreza en áreas pequeñas, como distritos o comunidades. El gráfico que aparece a continuación contiene un conjunto de mapas de pobreza, de diferentes niveles de resolución, con el porcentaje de personas clasificadas como pobres (el índice de personas) en cada nivel. Los mapas de mayor resolución,

La pobreza a nivel regional, provincial y municipal en Ecuador

Este mapa muestra el índice de personas pobres en Ecuador, agregado por región, provincia y cantones. Los mapas de mayor resolución revelan que la región de baja pobreza en el país (en el centro del mapa, a la derecha) contiene varias provincias de pobreza moderada, donde existen diversos distritos con pobreza extrema.

Fuente: Jesko Hentschel y colaboradores, "Combining Census and Survey Data to Study Spatial Dimensions of Poverty," *Policy Research Working Paper* 1928 (Washington, DC: Banco Mundial, 1998).

con mayores detalles a nivel provincial y municipal, pueden ayudar a revelar la existencia de áreas pobres que quizás hubieran pasado desapercibidas².

Cómo se hacen los mapas de pobreza

Entre las fuentes de información de los mapas de pobreza están los censos, las encuestas, y datos administrativos y de otras procedencias. Los mapas se basan cada vez más en datos de diversas fuentes. Se usan programas (software), denominados Sistemas de información geográfica, para hacer una representación cartográfica de la información mediante coordenadas.

Los mapas se usan para presentar la información por áreas geográficas suficientemente pequeñas para reflejar la diversidad económica. Las "estimaciones de áreas pequeñas" se hacen con una técnica estadística que permite plasmar la situación de zonas muy reducidas, combinando la información demográfica de los censos con los datos de consumo procedentes de las encuestas domiciliarias³.

Cómo se usan los mapas

En los países donde se usan, dichos mapas ayudan en la distribución de los fondos públicos para la inversión social y las iniciativas de reducción de la pobreza. Por ejemplo, en Guatemala han ayudado a reestructurar el Sistema Nacional de Inversión Pública y mejorar la asignación del gasto de cientos de millones de dólares anuales. En Viet Nam los mapas se han usado para asignar geográficamente los fondos de iniciativas para reducir la pobreza, en que los hogares pobres reciben subsidios o exenciones en escuelas, servicios de salud y en el pago de impuestos.

El mapa de pobreza puede usarse para mostrar dos o más indicadores simultáneamente, como presentando cómputos de personas y la ubicación de las escuelas o los centros médicos. Los mapas permiten la comparación visual y facilitan la observación de patrones, como la agrupación de poblaciones marginadas o la falta de servicios. En Sudáfrica, en 2001 se superpuso un mapa que mostraba los hogares pobres con el de información sobre un brote de cólera en la provincia de KwaZulu-Natal. El mapa mostró que el cólera estaba propagándose por las áreas pobres y hacia las mismas, y sirvió para diseñar el plan de control de la enfermedad, así como para dirigir los mensajes de educación sanitaria a las comunidades afectadas y de mayor riesgo. También ayudó a los trabajadores de salud a contener el brote en tres meses, con uno de los menores índices de mortalidad que se han visto⁴.

Referencias

- 1 Norbert Henninger y Mathilde Snel, *Where Are the Poor? Experiences with the Development and Use of Poverty Maps* (Washington, DC: World Resources Institute y Arendal, Noruega: Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, 2002): 1-2.
- 2 Uwe Deichmann, *Geographic Aspects of Inequality and Poverty* (Washington, DC: Banco Mundial, 1999), visto en Internet en <http://povlibrary.worldbank.org> el 30 de mayo, 2006.
- 3 Para más información sobre cómo usar estas técnicas para construir mapas de pobreza, vean www.worldbank.org/poverty y seleccionen Poverty Mapping.
- 4 Henninger y Snel, *Where Are the Poor?*: 15-22.

y dejar a los pobres desatendidos en el proceso. Dichos programas también pueden adolecer de deficiencias, como escasa calidad, falta de respuesta al usuario, financiamiento inadecuado e insuficiente capacitación y equipo.

Aunque la experiencia varía, los gobiernos de todo el mundo continúan tratando de lograr una cobertura universal de la atención primaria, porque los servicios de salud y nutrición de bajo costo pueden tener un efecto positivo considerable en la salud de un gran número de la población. El enfoque de atención primaria se trata de perfeccionar constantemente. Los nuevos programas ponen énfasis en los “servicios esenciales”, que generalmente se definen con criterios de costo-eficacia y suelen ser las intervenciones de salud materno-infantil, como la planificación familiar, la atención antenatal y la vacunación infantil. Aunque es el gobierno quien financia los servicios, puede que se utilicen proveedores del sector privado¹⁷.

Elevar la disponibilidad y la calidad de los servicios de salud

Algunos países han superado los obstáculos que suponen la falta de conocimiento, la distancia a los servicios o la mala opinión de los mismos, llevando la atención sanitaria directamente a los hogares. En Bangladesh, los promotores locales de bienestar familiar vienen proporcionando información e insumos de planificación familiar a mujeres rurales pobres en sus hogares por casi tres décadas, y se considera que elevaron el uso de anticonceptivos modernos entre 1975 y el año 2000, del 5% al 43%¹⁸.

El incremento fue bastante similar entre diferentes niveles educativos y lugares de residencia. En el distrito pobre de Gadchiroli, en el estado de Maharashtra, la Sociedad para la educación, la acción y la investigación sobre la salud de la comunidad (*Society for Education, Action, and Research in Community Health*, SEARCH) elaboró un programa de atención sanitaria al recién nacido en el hogar que redujo notablemente las muertes entre lactantes en el primer año de vida. Debido a que no existía atención hospitalaria en las áreas del proyecto, SEARCH capacitó a promotores de salud y parteras de las aldeas para mantener condiciones de “limpieza” y asepsia durante el parto, así como para observar el estado del bebé y aprender a resucitarlo, reconocer los signos de infección y administrar antibióticos. En las áreas del proyecto que recibían atención en el hogar, la mortalidad neonatal se redujo de 62 a 25 por cada 1.000 nacimientos entre 1995 y 2003¹⁹.

Las mejoras en la calidad de la atención, como las referentes a la actitud del personal, menores tiempos de espera y mayor confidencialidad, también pueden elevar el uso de los servicios y la respuesta de los sistemas de sanidad a las necesidades de los clientes pobres²⁰. En Indonesia una intervención denominada “Paciente inteligente” informó a las clientes de planificación familiar de su derecho a obtener información, hacer preguntas, expresar sus inquietudes y pedir aclaraciones.

La enseñanza hizo que las mujeres fueran más asertivas en sus conversaciones sobre planificación familiar con el personal clínico, y mejoró la relación entre ellas y los proveedores de los servicios²¹.

Sin embargo el incremento en calidad puede que no beneficie a todos los clientes por igual. En una evaluación de la intervención “Paciente inteligente” de Indonesia se descubrió que, si bien el programa mejoró la relación entre clientes y proveedores del servicio en términos generales, el impacto fue mayor entre las mujeres mejor educadas y de más nivel económico, quizás por su mayor facilidad para leer, absorber y poner en práctica el contenido de los materiales de la intervención²².

Similarmente, una intervención en el estado pobre de Uttar Pradesh, India, para mejorar la calidad de los servicios estatales de sanidad, elevó el uso de dichos servicios a todos los niveles del sistema y entre las pacientes de todos los grupos económicos, pero los logros fueron superiores entre las personas más afluentes. Entre las mejoras se encontraban capacitación gerencial, nuevos modelos de personal para responder a la demanda, una política de exención del pago de cuotas, el suministro de medicamentos esenciales y la rehabilitación del equipo y las instalaciones. La evaluación descubrió que el 40% más rico de los pacientes se mostró considerablemente más satisfecho después del proyecto, especialmente en los centros de atención sanitaria primaria y los de la comunidad; mientras que para el 40% más pobre, el nivel de satisfacción se elevó poco, o incluso bajó, lo que apoya la hipótesis de que los grupos más ricos son los primeros en beneficiarse cuando se hacen mejoras en general²³.

Establecimiento de asociaciones público-privadas

Como muchas organizaciones no gubernamentales (ONG) ya trabajan estrechamente con los pobres, los gobiernos pueden optar por apoyarlas en proporcionar servicios de sanidad a los pobres y a los segmentos vulnerables de la sociedad. Por ejemplo, en muchos países pobres el sector de “misiones”, constituido por grupos religiosos, ya está dando este tipo de atención a los pobres, y muchos gobiernos dependen de dichos grupos para cubrir importantes lagunas en el servicio. Otros tipos de asociaciones son más complicadas.

En Bolivia, PROSALUD se creó mediante una asociación público-privada para ofrecer servicios sanitarios de alta calidad a grupos de bajo ingreso. PROSALUD adopta medidas especiales para mantener el acceso a clientes pobres, eliminando las tarifas de usuario, cobrando por servicios curativos para subsidiar los servicios de prevención gratuitos y utilizando el ingreso de las clínicas en las áreas más afluentes para mantener las de zonas pobres²⁴. PROSALUD cobra cuotas superiores a las del gobierno pero menores que las del sector privado comercial.

En Kenya, el Fondo Kisumu Medico-Educativo elevó la disponibilidad de los servicios de salud reproductiva en

comunidades pobres, mediante capacitación y creando una red entre los proveedores médicos privados existentes. Los proveedores cuyas instalaciones reunían ciertas características recibieron capacitación gratuita, un suministro regular de productos de salud reproductiva y préstamos con bajo interés²⁵. (Ver también el estudio de caso de Camboya, en la página 12.)

Creación de incentivos para los proveedores de atención sanitaria y sus clientes

Los gobiernos pueden usar incentivos basados en el desempeño para estimular a los proveedores de atención sanitaria (sean públicos o privados) a elevar la eficiencia y la calidad de los servicios que proporcionan a los pobres. También es posible dar incentivos directamente a los clientes para estimularles a que acudan a los proveedores de atención sanitaria. La China e Indonesia, por ejemplo, han introducido proyectos pilotos en los que se entregan vales a las mujeres pobres, que luego pueden usarse en vez de pagar con dinero para obtener servicios de parto y de atención materno-infantil; y los proveedores del servicio presentan los vales al gobierno para ser reembolsados por el costo.

El proyecto de Maternidad sin Riesgos de Indonesia, en la zona central de Java, utilizó contratos entre el gobierno y las parteras y enfermeras privadas, basados en la cantidad de servicio proporcionado por éstas, para elevar el acceso a la atención materna, y su uso, en las aldeas. Entre 1998 y 2003, todas las mujeres pobres embarazadas de las aldeas donde había parteras contratadas por el proyecto recibieron libretas con vales prepagados para servicios de atención materna, como asistencia en el parto, con lo que se estimuló a las mujeres a solicitar dicha atención. Las parteras del proyecto recibían su pago únicamente si presentaban los vales, con lo que a su vez tenían el incentivo de buscar clientes pobres. En general el proyecto mejoró el acceso de las mujeres pobres a servicios de atención materna de mayor calidad, y el uso de los mismos, porque se elevó a más del doble el número de parteras que trabajaron en el distrito. La capacitación para mejorar la calidad del servicio de las parteras también contribuyó a reducir considerablemente las muertes maternas en el distrito del proyecto²⁶.

Mayor participación de la comunidad

Los programas basados en la comunidad, especialmente los que usan enfoques participativos, pueden mejorar la salud de los pobres haciendo que los beneficiarios contribuyan al diseño del programa, su realización y evaluación. Los programas participativos pueden ayudar a potenciar a las comunidades, crear un sentido de pertenencia y promover la responsabilidad hacia los clientes pobres. Los servicios de divulgación comunitaria y servicios basados en la comunidad también son estrategias útiles para entrar en contacto con grupos aislados, o los que normalmente no solicitan atención médica²⁷.

Un proyecto en Navrongo, Ghana, una parte empobrecida y aislada del norte de Ghana, elevó drásticamente el uso de los servicios de planificación familiar y vacunación infantil al reubicar a las enfermeras de los centros de salud a las aldeas rurales, y hacer partícipes a los líderes tradicionales y las comunidades en la planificación y entrega de los servicios. Las enfermeras recibieron el título de oficiales de salud comunitaria, se les proporcionó transporte e insumos y se les capacitó en divulgación, mientras que a los líderes se les enseñó a estimular el apoyo social a la atención sanitaria y a la planificación familiar²⁸.

Los investigadores descubrieron que la participación comunitaria puede llevar a mayor equidad y sostenibilidad si se potencia a los diversos miembros de las comunidades, especialmente los más desatendidos, a movilizarse y obtener acceso a recursos y propugnar cambios para mejorar su condición²⁹. (Ver el estudio de caso de Nepal en la página 15.) La potenciación de los distintos miembros de la comunidad puede ser clave para evitar fallas en el sistema. Por ejemplo, los comités locales de salud o consejos concebidos para elevar el sentido de pertenencia local y la responsabilidad en los servicios pueden caer en el control de las elites locales, a no ser que existan mecanismos para asegurarse de que los clientes más desatendidos estén representados³⁰.

Enfoques para financiar el gasto en salud

Los sistemas de salud con demasiada frecuencia ponen a las personas pobres y vulnerables en situación de desventaja, al depender para su financiamiento de los pagos en efectivo que hace el consumidor, y que constituyen alrededor del 80% del gasto total en salud en algunos países³¹. Un sistema de financiamiento que favorezca a los pobres debe resaltar el pago anticipado de los servicios sanitarios, mediante impuestos y seguros, con contribuciones personales dependiendo de la capacidad de pago de la persona, en vez del uso de los servicios. Los sistemas de financiamiento sanitario (que son de suma importancia aunque no se consideran detalladamente en este informe) pueden afectar el acceso de los pobres a los servicios de sanidad, así como el mayor empobrecimiento de la gente debido al costo de la atención sanitaria³².

Los planes de salud comunitarios, en que los participantes juntan sus recursos para cubrir sus necesidades mutuas cuando caen enfermos pueden ser una opción para los pobres rurales. Estos planes parecen haber funcionado bien entre los residentes rurales en países como la China, India, Indonesia y Rwanda³³. En este último país existe un enfoque de seguro médico basado en la comunidad, que consiste en una asociación entre los proveedores de los servicios de salud y la comunidad, y las entidades locales de gobierno supervisan dicha relación contractual entre los afiliados y la organización que presta el servicio. Los miembros de la familia pagan una prima baja cada año. Se trata de un mecanismo para compartir el riesgo a nivel de distrito en la cobertura del servicio curativo. Al reducir los obstáculos financieros,

se cuadruplica la probabilidad de que los afiliados soliciten atención sanitaria moderna cuando estén enfermos³⁴. Si se proporcionaran subsidios para cubrir las primas de las familias más pobres, podría lograrse incluso un servicio más equitativo.

Cualquier enfoque puede tener fallas

Cualquiera de las estrategias generalmente aceptadas para llevar servicios de atención sanitaria a los pobres puede fallar si acaban “filtrándose” los beneficios hacia los grupos más afluentes. Puede que los servicios nacionales de salud proporcionen atención universal, pero no todos los usan (ver el estudio de caso de Brasil en la página 9). Incluso en programas para las áreas rurales o las comunidades pobres, puede que las personas más afluentes se aprovechen de ciertos servicios, o mejoras en el servicio, más que las personas marginadas.

La canalización de los beneficios o mejoras de cualquier programa a ciertos grupos de la población es un ejercicio

netamente político, y la concentración exclusiva en los pobres quizás no sea factible porque los contribuyentes de clase media, que ayudan a financiar los servicios públicos, tienen razón para esperar también algún beneficio. Si los únicos beneficiarios son los más pobres, las autoridades normativas pueden encontrarse con menor apoyo popular y político para los programas, especialmente si el electorado puede influir en el presupuesto³⁵.

Incluso con las más patentes intenciones de lograr una atención sanitaria equitativa, los programas pueden fracasar en su objetivo de atender a los supuestos beneficiarios. Un problema al que se enfrentan la mayoría de los programas es que no pueden documentar si son equitativos o no, porque no averiguan qué grupos usan los servicios. Para verificar si un programa da servicio a los grupos más pobres, tanto como a los más ricos, hay que medir el nivel socioeconómico de los beneficiarios.

PARTE 3 | ESTUDIOS DE CASO Y LECCIONES APRENDIDAS

Programas que midieron la distribución de beneficios

En 2003–2004 el programa del Banco Mundial *Reaching the Poor* (Llegar a los pobres) encargó 18 estudios de caso en Asia, África y América Latina que evaluaron la distribución de los beneficios de los programas de salud, población y nutrición entre los diferentes grupos económicos. Los estudios iban dirigidos a entender mejor cuándo y por qué los servicios llegan a los pobres, y demostrar la posibilidad de evaluar los servicios desde la perspectiva de los pobres. Para ello se basaron en una técnica denominada análisis de la incidencia del beneficio.

El programa estudió muchos tipos de programas diferentes en diversos contextos para ilustrar la versatilidad del método de investigación y servir de orientación a diversos públicos. Se evaluaron programas de diferentes tamaños, desde proyectos pilotos a nivel de la comunidad, a programas nacionales de salud, y se abordaron una variedad de temas de salud, nutrición y población, incluida la salud de los lactantes y niños, la salud reproductiva, el VIH y el SIDA, la malaria y la tuberculosis. Algunos programas eran gerenciados por entidades gubernamentales y otros por ONG, así como por una combinación de ambos.

Los estudios evaluaron el enfoque del programa en cuestión, o la proporción de los beneficios que llegaban a diferentes grupos económicos, y a los pobres en particular. Ello se hizo comparando el estado económico de los beneficiarios del programa con la población en general en el área donde tenía lugar el programa. (La Parte 4 describe los pasos de la evaluación.) Un programa se consideraba más a favor los pobres, cuanto mayor fuera la proporción de beneficios destinados a los grupos del más bajo nivel económico.

Muchos de los estudios también evaluaron la cobertura del programa (el porcentaje de personas pobres en un país o área atendidos por el programa). Se mide la cobertura para evaluar el impacto sobre la pobreza; es decir, el beneficio que un programa tiene para los pobres, sin importar si es inferior o superior al recibido por los grupos más afluentes.

Los estudios de caso que aparecen a continuación muestran varios programas evaluados de esta forma, entre los que se encuentran los programas nacionales de sanidad de dos países (Brasil y Camboya), un programa de mercadeo social (Tanzania), servicios móviles de sanidad (India) y un programa con la participación de la comunidad (Nepal). El Recuadro 2 (página 10) pone de relieve los resultados de clínicas en Sudáfrica que ofrecen asesoría y pruebas de detec-

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

Los programas de salud que consideran importante el servicio equitativo en su diseño y evaluación pueden lograr mejor cobertura de los pobres.

ción del VIH. El volumen de *Reaching the Poor* ofrece mayor información sobre estos y otros estudios (ver las referencias en el Apéndice).

Tres servicios nacionales de sanidad en Brasil

En 1998, Brasil pasó a ofrecer cobertura sanitaria universal bajo su Sistema Unificado de Salud, que ofrece amplios servicios gratuitos a toda la población, sin considerar su contribución [monetaria] o afiliación. Es este país de tremendas disparidades sociales y económicas dicho sistema unificado ha sido un importante mecanismo para lograr mayor igualdad de acceso a los servicios.

El estudio *Reaching the Poor* analizó tres programas que forman parte del sistema unificado pero tienen diferente enfoque y aplicación³⁶. También se descubrió que diferían en el grado en que atendían a los más necesitados de la población. Estos programas fueron los programas nacionales de inmunización y atención prenatal, destinados a toda la población, y el Programa de Salud Familiar, concebido para aplicarlo inicialmente en las áreas más pobres y luego ampliarlo gradualmente³⁷. Las principales características de los programas fueron las siguientes:

- ▶ El programa nacional de inmunización de Brasil lleva en existencia más de 30 años, y ofrece las vacunas obligatorias de sarampión, difteria-tétano-tos ferina y tubercu-

Recuadro 2

Algunos programas favorecen a los pobres por que los ricos acuden a otro sitio

En un estudio en Sudáfrica se examinaron las características socioeconómicas de la gente que usaba un servicio esencial en el esfuerzo por controlar el VIH y el SIDA: la asesoría y pruebas de detección voluntarias. Este servicio es un punto de entrada para una variedad de apoyo y tratamiento para las personas que viven con el virus del SIDA. También es clave para incentivar a la gente a adoptar conductas sexuales sin riesgo, un componente esencial de toda estrategia nacional para limitar la transmisión del VIH.

Los investigadores consideraron tres clínicas gubernamentales que funcionaban en el área metropolitana de la ciudad de Cape Town, todas ellas de uso gratuito y con modelos similares de asesoría y pruebas de detección del virus. Los usuarios de los servicios del sector público en general pertenecían predominantemente a los quintiles más pobres de la población, pero dicha concentración era incluso mayor entre los usuarios de los servicios públicos de asesoría y pruebas voluntarias, que de otros servicios de salud.

Si bien este hallazgo puede parecer alentador a primera vista, lleva a preguntarse por qué la gente más afluente no usa dicho servicio. Parecía poco probable que la gente más rica simplemente no hiciera uso alguno de la asesoría y las pruebas voluntarias de detección del VIH, ya que la investi-

gación en otros países ha demostrado que ambos servicios son generalmente más utilizados por los grupos de mayor educación y estado socioeconómico; más bien era más factible creer que los grupos ricos acudieran a otros lugares para ser atendidos.

En las entrevistas con los usuarios de las clínicas y su personal se descubrió una explicación que tiene sentido: la importancia de la privacidad y la confidencialidad en el servicio, que parecía no existir en el sector público. Un usuario explicó: "Somos una comunidad pequeña. Si alguien te ve [en la sala de espera para recibir servicios de asesoría y pruebas voluntarias] empieza a preguntarse qué te pasa. Algunas personas no quieren que las vean en ese sitio. No quieren acudir a un lugar local. El VIH suele presentarse como consecuencia de malas conductas." Las entrevistas con los usuarios también revelaron que muchos desconfiaban del personal que trabajaba en las clínicas. Es decir que, si bien los resultados del estudio sugerían una distribución apropiada de los beneficios hacia los pobres, lo probable es que la razón no fuera algo por algo positivo (la baja calidad de los servicios y la falta de privacidad hacía que acudieran a ellos sólo quienes no tenían otra opción).

Referencia: Michael Thiede, Natasha Palmer y Sandi Mbatsha, "South Africa: Who Goes to the Public Sector for Voluntary HIV/AIDS Counseling and Testing?" en *Reaching the Poor with Health, Nutrition and Population Services*, ed. Davidson R. Gwatkin, Adam Wagstaff y Abdo S. Yazbeck (Washington DC: Banco Mundial, 2005): 97-113.

losis para todos los niños de 12 a 23 meses de edad, así como una serie de otras vacunas infantiles importantes. Las vacunas se ofrecen gratuitamente en los centros de salud pública de forma habitual, así como en las campañas nacionales de inmunización que tienen lugar periódicamente con puestos de vacunación en lugares de fácil acceso, como los centros de comunidad y centros comerciales.

- ▶ El programa de atención prenatal atiende a más del 90% de las mujeres embarazadas (que han tenido por lo menos una revisión médica), con un promedio de seis consultas por usuaria. Desde 1984 lleva proporcionando una serie de servicios estándar de atención materna en los establecimientos primarios de sanidad en todo el país.
- ▶ El Programa de Salud Familiar se creó en 1994 para reorientar la atención sanitaria primaria, de los centros fijos de salud a grupos de proveedores de servicios, entre los que se encuentran los promotores (que hacen un trabajo de divulgación, aparte de proporcionar servicios clínicos). Se ofrecen servicios preventivos y curativos en las instalaciones de salud, y en visitas domiciliarias si es necesario. Si bien todo el mundo tiene derecho al Programa de Salud Familiar, el plan de aplicación pide que se lleve a cabo inicialmente en las áreas más pobres y las que carecen de una unidad de atención sanitaria primaria.

Mediante datos de las EDS y otros sondeos locales, el estudio evaluó el desempeño de los tres programas de salud, respecto a su enfoque y cobertura de los segmentos más ricos y más pobres (quintiles de riqueza) de la población.

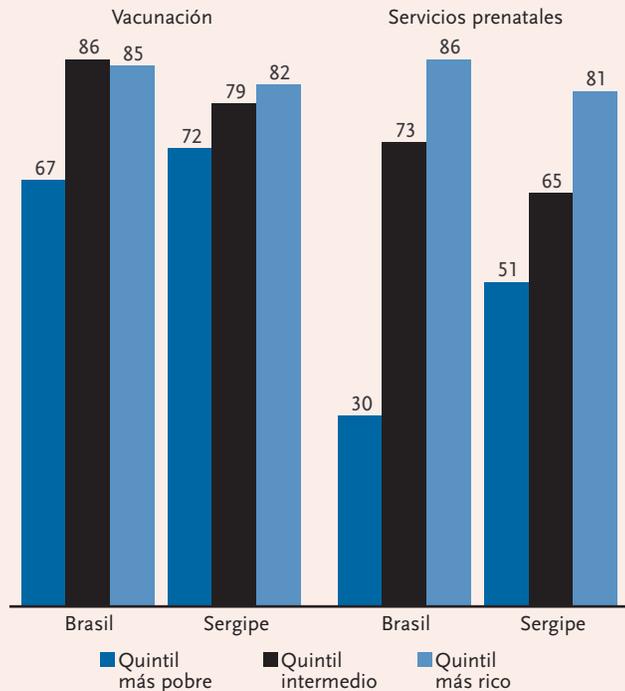
Los resultados mostraron que en el programa nacional de inmunización un promedio de alrededor del 80% de los niños recibieron todas las dosis del conjunto de vacunas básicas, pero el índice de inmunización total fue menor entre el quintil más pobre (67%) que entre el más rico (85%) (ver el Gráfico 4). Dado que el programa de inmunización es universal no se esperaba un importante enfoque o concentración de los beneficios en los grupos más pobres. A pesar de la declarada universalidad del servicio y la buena reputación del programa en términos generales, la cobertura fue claramente inferior entre los más pobres.

Similarmente en el programa de atención antenatal, la proporción de madres a nivel nacional que tuvieron el número recomendado de consultas prenatales fue un promedio del 62%, pero la distribución fue del 30% entre las más pobres y del 86% entre las más ricas. En el estado de Sergipe (ver el Gráfico 5), las disparidades en el uso del servicio entre los grupos económicos fueron similares aunque menores, porque los niveles de ingreso en este estado pobre del noreste presentan menos variaciones que en el país en general, donde existe una diversidad económica extrema.

Gráfico 4

Desigualdad en la vacunación y atención prenatal en Brasil (1996), y en el estado de Sergipe (2000)

Porcentaje de la población derechohabiente que ha recibido el conjunto recomendado de servicios de inmunización y atención antenatal

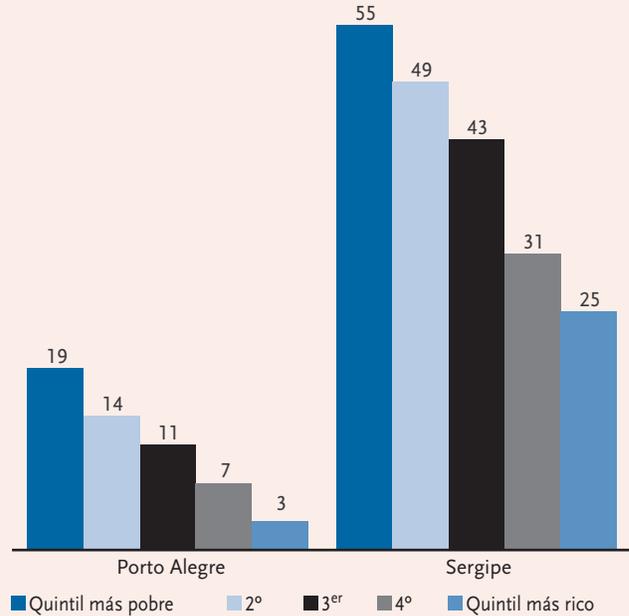


Fuente: Adaptado de A.J.D. Barros et al., "Brazil: Are Health and Nutrition Programs Reaching the Poorest?" en *Reaching the Poor with Health, Nutrition and Population Services*, ed. D. Gwatkin, A. Wagstaff y A.S. Yazbeck (2005).

Gráfico 5

Cobertura del programa de salud familiar, Porto Alegre y Sergipe, Brasil

Porcentaje de la población que vive en las áreas atendidas por el programa



Fuente: A.J.D. Barros et al., "Brazil: Are Health and Nutrition Programs Reaching the Poorest?" en *Reaching the Poor with Health, Nutrition and Population Services*, ed. D. Gwatkin, A. Wagstaff y A.S. Yazbeck (2005).

El Programa de Salud Familiar, que se aplicó de forma enfocada y gradual, resultó más beneficioso para los pobres que los otros dos programas. En el nuevo programa en Porto Alegre se estimó que la cobertura de la población de la ciudad alcanzó tan sólo el 11%, pero fue superior entre el quintil más pobre que entre el más rico (19% comparado con 3%, respectivamente, como se muestra en el Gráfico 5). En Sergipe la cobertura fue mayor: más del 55% de los residentes del quintil más pobre vivían en áreas donde se aplicaba el programa. Los investigadores atribuyeron las diferencias de enfoque y cobertura entre Porto Alegre y Sergipe a la etapa de aplicación en que se encontraba el programa. Al principio el enfoque entre los pobres es alto pero la cobertura en general resulta ser baja; a medida que se amplía la cobertura se reduce en cierta forma la proporción de los pobres, pero la cantidad absoluta de beneficiarios es mayor.

Los autores del estudio repasaron otros resultados de investigación, relativos a la calidad y la satisfacción del cliente, para explicar las aparentes disparidades en el uso entre los tres servicios nacionales. Respecto a la inmunización y los programas de salud antenatal descubrieron que

la gente pobre puede que no esté tan informada de las prestaciones de los programas, porque tiene menores probabilidades de recibir mensajes educativos que las personas más afluentes. Debido a las dificultades que suponen vivir en condiciones duras, los pobres pueden asignar menor prioridad a la atención preventiva, o quizás no busquen atención porque carecen de transporte, o porque tienen una impresión negativa de los servicios. Por ejemplo, la expectativa de largos períodos de espera, los horarios problemáticos de apertura, y el acceso limitado a servicios especializados, como los de análisis de laboratorio, pueden hacer que la persona pobre no busque tratamiento.

El Programa de Salud Familiar logró mayor cobertura para los pobres que para los ricos por el enfoque en su aplicación, pero la mayor cobertura también se debió a que los ricos se "auto-excluyeron" (la probabilidad de que las personas más afluentes y las que disponían de seguros médicos privados usaran el servicio fue considerablemente menor). Estos resultados coincidieron con un estudio anterior que mostraba el rechazo de la gente a las unidades

de salud del programa, aunque los sondeos de satisfacción del usuario generalmente revelaban pocos problemas.

Los autores concluyeron que se necesitaba acción en varios frentes para mejorar los servicios públicos de salud para los pobres:

- ▶ Potenciar a los usuarios, especialmente los más pobres, informándoles sobre la importancia del programa, qué podían esperar de los servicios y cómo presentar quejas;
- ▶ Mejorar el acceso al servicio reduciendo los períodos de espera, la necesidad de hacer fila muy temprano por la mañana y otras molestias;
- ▶ Mejorar el acceso a los servicios donde son referidos los pacientes, como los análisis de laboratorio y las consultas con especialistas;
- ▶ Continuar dando seguimiento y evaluando los programas con vistas a hacerlos más equitativos; y
- ▶ Comunicar los resultados de los estudios de equidad a las autoridades encargadas de la toma de decisiones y al público.

Contratación de servicios de atención sanitaria para la población rural pobre de Camboya

La contratación de ONG para administrar el sistema de atención primaria a la salud resultó ser un enfoque efectivo para elevar la cobertura y dirigir más servicios a los pobres en las áreas rurales de Camboya³⁸. El experimento que dio este resultado se llevó a cabo en respuesta a la situación desesperada del país a mediados de la década de 1990. La guerra y los trastornos políticos habían dejado Camboya con limitada infraestructura de sanidad, personal con poca capacitación y un bajo estándar de atención. El sistema primario de salud era incapaz de proporcionar incluso los servicios básicos de inmunización, y los índices de mortalidad infantil eran muy altos.

Para abordar estos problemas el Ministerio de Salud de Camboya propuso contratar a ONG para que administraran los servicios de sanidad a nivel de distrito mediante un contrato basado en resultados. El Ministerio definió el “plan de cobertura” como un conjunto mínimo de servicios preventivos y curativos, incluidos los de inmunización, planificación familiar, atención antenatal y la administración de micro-nutrientes. El contrato exigía que las ONG proporcionaran apoyo gerencial y técnico al sistema de salud pública para ayudarle a ofrecer dichos servicios y llevarlos de forma equitativa a las poblaciones rurales. Como incentivo el pago total a las ONG contratadas dependía de si lograban específicos niveles de cobertura entre el 50% más pobre de la población.

Con financiamiento del Banco Asiático de Desarrollo, el Ministerio de Salud hizo un experimento a gran escala, de una duración de cinco años (1999–2003), en 12 distritos rurales de sanidad con una población total de alrededor de

1,5 millones de personas. El experimento consistía en asignar de forma aleatoria a los distritos a uno de tres modelos de atención sanitaria:

- ▶ **Contratación externa.** Los contratistas tenían la responsabilidad total del servicio, incluida la contratación y el despido del personal y su salario, la obtención de medicamentos e insumos y la organización de las instalaciones.
- ▶ **Contratación interna.** Los contratistas trabajaban dentro del sistema del Ministerio de Salud para reforzar la estructura administrativa existente y apoyar al personal sanitario.
- ▶ **Gobierno.** Todos los aspectos de la gerencia del servicio permanecían en manos de los equipos gubernamentales de sanidad del distrito.

El Ministerio de Salud utilizó un proceso de licitación para seleccionar a las ONG y les aseguró la pista a ciertos indicadores específicos del servicio en los 12 distritos, incluidos los indicadores relativos a la cobertura entre las poblaciones pobres. La medida del resultado se hizo con entrevistas antes y después de la intervención.

Resultados generales

Los resultados del estudio mostraron grandes incrementos en los índices generales de cobertura de los servicios de salud en la totalidad de los 12 distritos, tanto los gerenciados por personal contratado como los de personal gubernamental, pero los distritos con contratistas mostraron mayores incrementos que los que utilizaban únicamente personal gubernamental como gerentes (ver el Gráfico 6). Por ejemplo, entre 1997 y 2003, la cobertura de inmunización se elevó del 25% al 82% en los distritos que usaron contratistas.

Los distritos bajo gerencia gubernamental elevaron la cobertura en todos los servicios de sanidad pero a menor ritmo que los de contratación externa, y no alcanzaron los objetivos de cobertura en muchos servicios. Las evaluaciones independientes de la calidad de la atención también indicaron que los contratistas mejoraron este aspecto en las instalaciones de sanidad más que el gobierno en el mismo período de tiempo.

Beneficios para los pobres

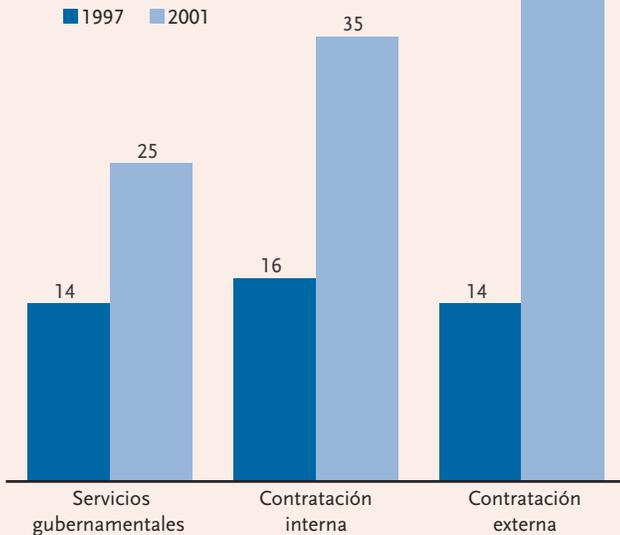
Los distritos con servicios contratados también generalmente lograron mejores resultados que los gerenciados por el gobierno en atender a los pobres. Antes del experimento, los más afluentes tendían a utilizar más que los pobres los servicios públicos de salud en la totalidad de los 12 distritos. El análisis mostró que, para finales de los cinco años del experimento, la prestación de dichos servicios se volvió más equitativa o “a favor de los pobres” en los distritos con contratistas en comparación con los gerenciados por el gobierno.

La equidad mejoró porque en los distritos con contratación externa se elevó con mayor rapidez la cobertura. Antes del experimento el índice de cobertura en el conjunto de

Gráfico 6

Cambodia: Incrementos en la cobertura de atención sanitaria primaria entre los pobres, 1997 y 2001

Porcentaje de beneficios a disposición del 20% más pobre de la población



Observación: Promedio no-ponderado de cobertura/índices de prevalencia respecto a ocho servicios: vacunación infantil total, administración de vitamina A, atención antenatal, parto asistido por un profesional capacitado, parto en instalaciones de salud, conocimiento de métodos modernos para poner espacio entre un embarazo y otro, uso de dichos métodos modernos, y uso de instalaciones públicas de atención sanitaria.

Fuente: J. Brad Schwartz and I. Bhushan, "Reducing Inequity in the Provision of Primary Health Care Services: Contracting in Cambodia."

servicios de atención básica en el quintil más pobre era aproximadamente el mismo (alrededor del 15%) en todos los distritos. Después, el índice promedio de cobertura en entre el quintil más pobre se elevó a por encima del 40% en los distritos con contratación externa, comparado con tan sólo alrededor de 25% en los del gobierno (ver el Gráfico 6).

El gasto público per cápita en los servicios de contratación externa fue considerablemente mayor que el correspondiente a los servicios del gobierno (US \$4,83 per cápita, comparado con \$1,74 per cápita, respectivamente), primordialmente por la asistencia técnica proporcionada por las ONG y los salarios más altos que se pagaban a los trabajadores de salud; pero la cantidad pagada por el servicio en los distritos con contratación externa fue considerablemente inferior que en los del gobierno (\$14 comparado con \$20 per cápita), con lo que el gasto total resultó ser menor. Esta substitución del gasto privado por el público benefició a los que tenían menor capacidad para pagar por la atención sanitaria.

El Ministerio de Salud consideró alentadores los resultados del experimento y duplicó (se elevó a 10) el número de distritos con ONG contratadas por cinco años más, gracias

a una donación del gobierno británico. Basándose en las lecciones aprendidas se concibió un modelo híbrido que combinaba los mejores elementos de la contratación externa e interna para la segunda fase del proyecto³⁹.

Uso del mercadeo social para elevar la igualdad de acceso en Tanzania

En Tanzania, se lanzó un programa de mercadeo social para elevar el uso de los mosquiteros entre los pobres⁴⁰. El objeto era controlar la malaria, que constituye una tremenda carga para los hogares y el sistema sanitario del país. El programa consistió en la distribución de mosquiteros tratados con insecticida, que se sabe que resultan efectivos y pueden obtenerse en el mercado, pero cuyo uso no está extendido entre las familias expuestas.

La entrega de mosquiteros a las familias pobres de forma efectiva y sostenible ha sido siempre difícil. Un método que ha dado resultado es la entrega gratuita de los mismos durante las campañas de vacunación masiva⁴¹. Los programas de mercadeo social son otra solución al promover el uso de productos y suministrarlos a precios subsidiados con técnicas comerciales de mercadeo y las redes de distribución existentes.

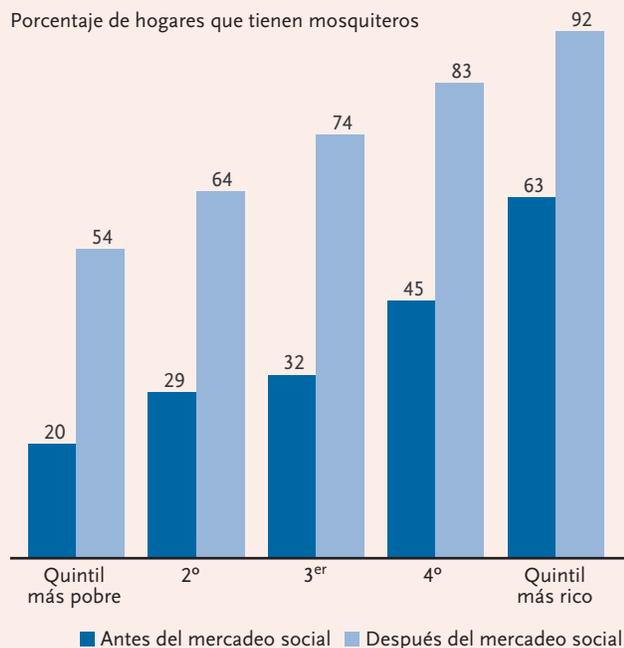
Para poner a prueba este enfoque el Centro Ifakara de Investigación y Desarrollo Sanitario llevó a cabo un programa de mercadeo social denominado KINET para entregar mosquiteros en dos distritos rurales de Tanzania, Kilombero y Ulanaga⁴². El programa trató de elevar la cobertura especialmente entre las mujeres embarazadas y los niños pequeños. Para finales del tercer año del programa, se habían atendido alrededor de 500.000 personas en 112 aldeas.

El equipo del programa hizo que la participación de la comunidad fuera una característica central del mismo desde un principio. En colaboración con los gerentes de sanidad del distrito, dicho equipo celebró reuniones de sensibilización con los líderes de las aldeas, para hablar de la prevención de la malaria, el costo y la sostenibilidad. Los investigadores también estudiaron las percepciones y preferencias del consumidor, para identificar el tamaño, la calidad y los colores de mosquiteros preferidos, crear una marca de fábrica para los mosquiteros y el insecticida, y elaborar los materiales de promoción como vallas publicitarias, carteles, camisetas y otros artículos. Se celebraron talleres para educar a los agentes de ventas y otras personas en la comunidad, incluidos los líderes de las aldeas y los trabajadores de salud de las mismas, las maestras de la escuela primaria y los asistentes de salud materno-infantil.

La red de distribución de los mosquiteros incluyó a los minoristas (los dueños de las tiendas), los líderes de la comunidad, los promotores de salud y los sacerdotes de cada aldea. Se estableció un sistema de recompensas para alentar a los comerciantes a alcanzar ciertos objetivos de venta. En el área inicial de distribución los vendedores de insecticidas al

Gráfico 7

Incremento en el número de hogares que tienen mosquiteros en dos distritos rurales de Tanzania, 1997 y 2000



Fuente: R. Nathan et al., "Mosquito Nets and the Poor: Can Social Marketing Redress Inequities in Access?" *Tropical Medicine and International Health* (2004): 1124.

por menor recibieron bicicletas para que pudieran ofrecer los mosquiteros tratados con insecticida de puerta en puerta. A medida que se amplió el área, los comerciantes que vendían los mosquiteros ofrecieron insecticida con guantes e instrucciones para que los usuarios pudieran remojar los mosquiteros. El programa estuvo apoyado por una variedad de socios, incluido el equipo de sanidad del distrito, los comerciantes locales y ONG.

Los precios de los mosquiteros se establecieron a los niveles que los miembros de la comunidad habían indicado que estaban dispuestos a pagar, pero permitían que el programa recuperara costos: EE.UU. \$5 por red y 42¢ por bolsa de insecticida. Debido a que el programa iba dirigido especialmente a mujeres embarazadas y niños pequeños, se estableció un sistema de descuento que hacía que las clínicas materno-infantiles expidieran vales de 50¢ a las mujeres embarazadas y a las madres de niños menores de 5 años. Este enfoque favoreció a los pobres, que tendían a tener más niños que las personas de mayores medios económicos.

El programa hizo encuestas anuales de los hogares para evaluar el grado en que se atendía a los grupos más pobres. Se preguntó a cada hogar si tenía un mosquitero, y una pregunta sobre otras pertenencias específicas. La cobertura del programa en la población en general, medida por el porcentaje de hogares con por lo menos un mosquitero,

se elevó del 37% en 1997 al 73% a finales del 2000. En Kilombero la cobertura entre los hogares definidos como los más pobres se elevó del 16% al 55%, mientras que entre los más afluentes el incremento fue del 62% al 92% (ver el Gráfico 7). Es decir que el mercadeo social estuvo ligado a rápidos incrementos en la cobertura de mosquiteros en todos los grupos y el programa redujo la desigualdad, porque el aumento fue superior entre los más pobres que entre los más ricos.

Los autores del estudio observaron que no todos los programas de mercadeo social necesariamente dan los mismos resultados, porque la oferta de servicios con cobro puede aumentar la desigualdad, a diferencia de si se ofrecen gratuitamente. En este caso los investigadores atribuyeron el éxito a dos factores: la alta demanda de mosquiteros, porque los mosquitos se consideraban algo molesto, y la existencia de una dinámica actividad comercial de venta de mosquiteros en el mercado privado.

El estudio demostró que, si existe un sector comercial privado y demanda del producto, es posible que el mercadeo social (con vales de descuento y otras formas de divulgación en este caso) logre reducir los obstáculos financieros entre los grupos más pobres. Los resultados del estudio convencieron a las autoridades normativas para lanzar una operación nacional utilizando mercadeo social para lograr la distribución sostenible y a largo plazo de los mosquiteros mediante las redes comerciales.

Servicios de salud reproductiva por una asociación de mujeres en Gujarat, India

La prestación de servicios mediante una agrupación de mujeres orientada a la promoción del desarrollo resultó promover mayor igualdad en la prestación de servicios de salud en zonas urbanas del estado de Gujarat, en la India⁴³, pero no fue tan fácil lograr el mismo resultado en áreas rurales.

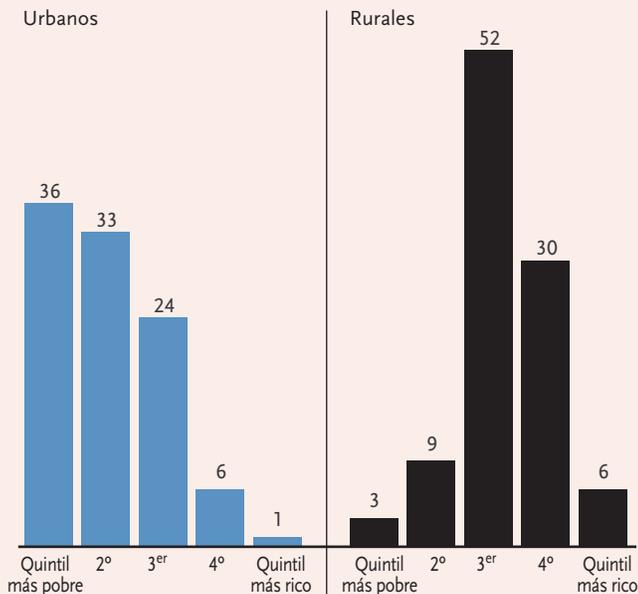
La Asociación de Trabajadoras Autónomas (*Self-Employed Women Association*, SEWA), un sindicato que lleva 30 años en existencia y agrupa a las mujeres que trabajan por su cuenta o en pequeñas empresas, en la ciudad de Ahmedabad, promueve la seguridad económica y autosuficiencia de sus miembros y tiene un amplio historial de apoyo a la salud pública. Entre sus actividades relacionadas con la salud están la atención sanitaria primaria, la educación sobre salud y la capacitación para reforzar la labor de las parteras tradicionales (y convertirlas en "médicos descalzos"), así como la oferta de medicamentos y medicinas tradicionales a bajo costo, servicios que SEWA proporciona a sus casi 500.000 miembros y a personas no afiliadas a la organización.

En respuesta a la demanda de personas situadas en áreas remotas y poco atendidas, en 1999 la rama de salud de SEWA comenzó a organizar unidades móviles, denominadas campamentos, para ofrecer a las mujeres servicios de salud reproductiva, principalmente en las áreas de tugurios en la

Gráfico 8

Nivel económico de los usuarios de los servicios móviles de salud reproductiva de SEWA

Porcentaje de distribución de los usuarios rurales y urbanos por quintil de riqueza



Fuente: M. Kent Ranson et al., "India: Assessing the Reach of Three SEWA Health Services Among the Poor," en *Reaching the Poor*, ed. D. Gwatkin, A. Wagstaff y A.S. Yazbeck (2005).

ciudad de Ahmedabad y en varias aldeas rurales. El financiamiento proviene principalmente del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (UNFPA) y del Gobierno de la India. Se realizaron más de 35 campamentos cada mes, con una asistencia promedio de 30 mujeres por campamentos lo que supuso una asistencia anual de más de 12.500 mujeres.

La atención sanitaria en los campamentos se logra con la ayuda de los médicos que participan en el programa, y 50 "médicos descalzos" y gerentes. Entre los servicios se encuentran los de educación y capacitación sanitaria, exámenes del cuello uterino y Papanicolaus, y servicios de tratamiento y remisión de pacientes, así como consultas de seguimiento. Los campamentos tienen lugar durante tres o cuatro horas por la tarde, y las usuarias pagan 5 rupias (11 centavos) y una tercera parte del costo de las medicinas que reciben. Estas bajas tarifas pueden incluso eliminarse en el caso de clientes muy pobres.

Una evaluación del estado económico de las mujeres que utilizan los campamentos urbanos reveló que tienden a provenir de los segmentos más pobres de la ciudad de Ahmedabad. El Gráfico 8 muestra la distribución de las usuarias urbanas por quintiles de riqueza, de los más pobres a los más ricos, y revela una inclinación hacia la izquierda:

Alrededor del 69% de las usuarias urbanas provinieron del 40% inferior de la escala de riqueza.

En áreas rurales los campamentos no dieron tan buen resultado en atender a las mujeres pobres (ver el Gráfico 8), ya que la descripción económica de las usuarias rurales mostró mayor uso entre los quintiles más ricos de la población rural. Sólo el 12% de las usuarias se encontraban en el 40% inferior de la escala de riqueza, lo que indica que los campamentos no fueron tan efectivos en atender a los más pobres en dichas áreas. De todas formas los autores del estudio observaron que los servicios rurales no habían fallado del todo en atender a los pobres, porque los quintiles superiores en las áreas rurales no son tan ricos como en zonas urbanas.

Los investigadores atribuyeron el éxito en atender a los pobres en áreas urbanas a las siguientes características:

- ▶ Los servicios y las sesiones educativas de los campamentos móviles se ofrecen al lado de los hogares de la gente.
- ▶ Los servicios los proporcionan (al menos en parte) los mismos pobres, generalmente mujeres pobres.
- ▶ La atención generalmente se combina con intentos de movilizar a la comunidad (la gente de SEWA va de puerta en puerta educando a la gente sobre los servicios).
- ▶ Los costos son bajos con relación a los servicios privados con fines de lucro.
- ▶ SEWA es una entidad que la gente conoce y en la que confía.
- ▶ Los usuarios indican que los promotores de salud de SEWA tratan a la gente con respeto y de forma "calida".

En las áreas rurales existen varias deficiencias que pueden ser la razón del menor uso entre los grupos más pobres. La cuota de inscripción de 5 rupias impide que algunas mujeres acudan a los servicios, y los campamentos generalmente abren durante las horas de trabajo. El análisis de los servicios de SEWA en otras áreas también sugiere deficiencias adicionales: En zonas rurales el problema del acceso geográfico es mayor, el contacto entre los miembros de SEWA menos frecuente e intenso y los trabajadores rurales del sindicato no están tan capacitados. En respuesta a los hallazgos del estudio, la rama de salud de SEWA ha tomado medidas para mejorar el acceso en los campamentos rurales, eliminando las cuotas de inscripción y el cobro por medicamentos entre la gente especialmente pobre.

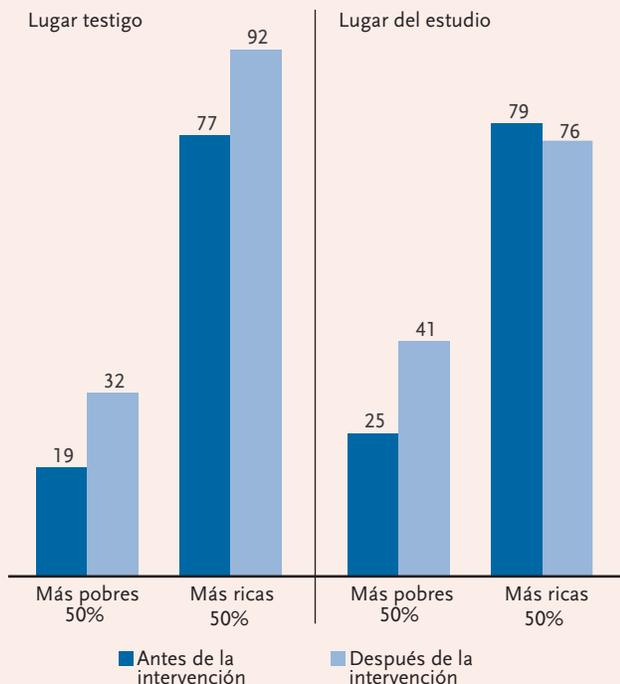
Enfoques participativos para mejorar la salud reproductiva de los adolescentes en Nepal

El Proyecto Nepalés de Adolescentes, que tuvo lugar entre 1998 y 2003, descubrió que los enfoques participativos eran más efectivos que los no participativos para mejorar la salud

Gráfico 9

Parto en establecimientos de salud, primer embarazo, Proyecto de Nepal sobre adolescentes, 1999 y 2003

Porcentaje de mujeres jóvenes que tienen su primer parto en un establecimiento de salud



Fuente: A. Malhotra et al., "Participatory Approaches to Reproductive Health," en *Reaching the Poor*, ed. D. Gwatkin, A. Wagstaff y A.S. Yazbeck (2005).

reproductiva entre los jóvenes marginados⁴⁴. Esta conclusión surgió del trabajo de un proyecto realizado por dos ONG nepalesas (*New ERA Ltd.* y *BP Memorial Health Foundation*) en colaboración otras dos organizaciones basadas en los EE.UU., *EngenderHealth* e *International Center for Research on Women*. Se llevaron a cabo programas en los lugares urbanos y rurales que formaban parte del estudio, y en lugares testigos—cuatro en total. El proyecto fue dirigido a personas jóvenes entre las edades de 14 a 21 años, de ambos sexos, tanto casadas como solteras.

En los lugares del estudio el proyecto hizo partícipe a la comunidad y alentó de forma activa la participación de grupos marginados, como los pobres, las mujeres jóvenes y las minorías étnicas, en todas las etapas del programa. Los jóvenes y sus padres, y otros miembros de la comunidad, participaron en la realización de las actividades del programa en los lugares del estudio mediante una variedad de grupos de base.

Las actividades fueron concebidas tomando en cuenta las prioridades generales de desarrollo expresadas por diversos miembros de la comunidad, por lo que las intervenciones para mejorar los servicios de salud reproductiva, educación

entre iguales y asesoría, se ligaron a intervenciones para elevar el contexto socioeconómico y las oportunidades de los jóvenes. Entre las actividades específicas estaban programas de educación de adultos, actividades para abordar las normas sociales y el acceso a oportunidades para la obtención de ingreso. La diferencia con los lugares testigos es que en éstos el personal del proyecto elaboró y llevó a cabo intervenciones estándar de salud reproductiva que abordaban únicamente los riesgos de salud más inmediatos, como las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados.

Las intervenciones en los lugares del estudio se concentraron en una variedad de desventajas socioeconómicas (no sólo las relativas a la riqueza, sino también las de género, lugar de residencia, origen étnico, situación escolar y estado civil). El proyecto midió la desventaja económica recabando información sobre los bienes en propiedad de los hogares y sobre otros factores de marginación, como el género, la residencia rural o urbana y el nivel de educación.

Los investigadores usaron tres indicadores (uso de atención prenatal, parto en instalaciones de salud y conocimiento sobre la transmisión del VIH) para determinar el impacto de las actividades del proyecto sobre la salud reproductiva de los pobres. Para medir los avances se hicieron entrevistas en una muestra de hogares, tanto en la zona del estudio como en las áreas testigo, al comienzo y al final del proyecto.

Hallazgos

El estudio muestra que en general el enfoque participativo tuvo mejores resultados en reducir la disparidad en salud reproductiva entre los jóvenes marginados y los que tienen más ventajas. Para diferentes resultados de salud se tuvieron en cuenta importantes diferentes aspectos de la marginación. Por ejemplo, el ser de un área rural o pertenecer a un hogar pobre se consideraron obstáculos básicos para la obtención de atención prenatal, mientras que el género y la educación estaban más estrechamente ligados al conocimiento de información correcta sobre la transmisión del VIH. En la mayoría de los casos el enfoque participativo dio mejores resultados que el enfoque más tradicional, por tratar de superar dichos obstáculos.

Al comienzo del proyecto, tanto los lugares del estudio como los de control mostraban considerables diferencias entre el acceso de las mujeres pobres y las ricas a los establecimientos de salud para dar a luz. Para el final del mismo se había reducido la disparidad en el acceso a los servicios entre las pobres y las ricas, porque las mejoras tuvieron lugar casi exclusivamente entre el 50% más pobre (ver el Gráfico 9). En el lugar de control tanto las ricas como las pobres mejoraron su acceso a las instalaciones de parto. Las pobres también hicieron avances similares en su conocimiento sobre el VIH, y algo menos en la atención antenatal.

¿Por qué funcionó el enfoque participativo?

La evaluación del proyecto sugiere que el enfoque participativo dio resultado porque sus características principales abordaban los problemas de salud de los adolescentes.

- ▶ El diseño participativo hizo que los jóvenes tomaran un papel activo en su propia salud, principalmente haciendo uso de las redes sociales existentes para recibir información y asesoría (por ejemplo, los jóvenes podían obtener información de otros jóvenes informados en vez de tener que acudir a personal profesional).
- ▶ Los jóvenes y los miembros adultos de la comunidad aprendieron a negociar con el comité de desarrollo de la aldea para hacer cumplir las mayores expectativas establecidas por los proveedores del servicio.
- ▶ Los lugares del estudio se concentraron en cambiar, no sólo los resultados en salud reproductiva, sino también las normas de la comunidad y las expectativas sociales respecto al matrimonio, la maternidad/paternidad y las conductas relacionadas con la salud.

Lecciones aprendidas y recomendaciones

Como los estudios de caso aquí descritos indican, se han puesto a prueba muchos enfoques prometedores en todo el mundo para llevar servicios de salud a los pobres y algunos programas que utilizan dichos enfoques han podido cuantificar el beneficio recibido por los grupos más pobres. Las iniciativas evaluadas por el programa *Reaching the Poor* muestran mejores resultados que la mayoría de los servicios de salud, como los que se describen en la Parte 1. Si bien un servicio típico de salud puede entregar el 10% ó 20% de sus beneficios al 20% más pobre de la población que atiende, los programas evaluados por *Reaching the Poor* lograron asignar entre el 30% y el 40% de sus beneficios (y en algunos casos mucho más) al 20% más pobre. Dichos programas también alcanzaron, por término medio, una cobertura de alrededor del 50% de los pobres, lo que indica que la mayoría tuvieron un alcance bastante amplio, más allá de la fase piloto en la comunidad, donde podría decirse que es más fácil concentrarse en los pobres.

Obviamente ninguno de los estudios considerados en *Reaching the Poor* fue perfecto. Ninguno de los programas estudiados se acercó al ideal teórico de asistir al 100% de los pobres y excluir totalmente de los servicios a los que no son pobres; pero dicho ideal probablemente no es factible y quizás no sea realista, porque los programas dependen de diferentes miembros del electorado para seguir recibiendo financiamiento. Asimismo algunos de los programas favorecieron a los pobres proporcionando servicios que los ricos consideran inferiores, como se muestra en el caso de Brasil (páginas 9-11) y Sudáfrica (Recuadro 2, página 10).

Por otra parte los estudios muestran únicamente si los pobres recibieron servicios, no si mejoró su salud; y los estudios proporcionaron poca información sobre el costo de ele-

var la cobertura entre los pobres (un área donde se debe realizar más investigación).

No obstante estas limitaciones, los estudios de caso demuestran claramente que es posible obtener mejor desempeño al dirigirse a los pobres, aunque la evidencia recabada hasta el momento no muestra todavía que haya ningún tipo de programa o modelo que sea más eficaz que el resto. Tampoco hay ninguna garantía de que un enfoque que funciona en un contexto vaya a funcionar en otro, por lo que se necesita un proceso de experimentación y adaptación, que incluya los siguientes pasos:

- ▶ **Estudiar** los enfoques descritos en este informe y en las referencias dadas que parecen haber logrado atender a grupos pobres. Investigar las razones por las que los pobres no usan los servicios disponibles. Entender las dificultades a que se enfrentan los pobres o les son impuestas por los enfoques existentes, puede ser un primer paso para encontrar soluciones.
- ▶ **Adaptar** los enfoques exitosos probados en otros lugares para responder a la situación local, y aplicar el conocimiento aprendido de la experiencia sobre el terreno y las dificultades identificadas en la fase del estudio. La adaptación puede suponer combinar diferentes enfoques.
- ▶ **Experimentar** con los enfoques adaptados, aplicándolos en unos pocos lugares para ver lo bien que funcionan. La población atendida tiene que ser lo suficientemente grande para asegurarse de que la aplicación tiene lugar en condiciones típicas, y no en una situación administrativa óptima.
- ▶ **Dar seguimiento** a la experiencia, usando una de las técnicas disponibles (ver la Parte 4 y el Apéndice), para verificar lo bien o mal que funciona el enfoque. Es esencial medir el estado socioeconómico de los usuarios del programa y compararlos con la población local, porque al basarse en impresiones informales casi siempre se sobrevaloriza la efectividad de las actividades para entrar en contacto con los grupos marginados.
- ▶ **Ajustar** el enfoque según los resultados. Puede que sean necesarias una o más tandas de ajustes, y si las posibilidades de éxito parecen pocas, habrá que probar otro enfoque.

Las autoridades normativas, los donantes y los líderes de los programas tienen, en primer lugar, que reconocer que las estrategias actuales con frecuencia no logran entrar en contacto con los beneficiarios a quienes van dirigidas, y que existen mejores enfoques en la prestación de servicios para ayudarles a atender debidamente a los pobres. El seguimiento y la evaluación son esenciales para entender qué hay que mejorar, y poner a prueba nuevos enfoques prometedores. La Parte 4 describe algunos de los instrumentos necesarios para medir lo eficaces que son los programas en dar servicio a los pobres.

PARTE 4 | INSTRUMENTOS PARA EL SEGUIMIENTO Y LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Los gerentes de programas que desean asignar una mayor proporción de los beneficios de los mismos a los grupos más pobres pueden comenzar dando varios pasos. El primero es averiguar hasta qué punto los programas existentes llegan a los pobres. Suponiendo que la distribución de beneficios no sea la ideal, el siguiente paso es establecer objetivos específicos, realistas y mensurables para elevar la concentración en los pobres. Para lograr estos objetivos pueden probarse una serie de enfoques innovadores en la prestación del servicio (muchos de los cuales aparecen aquí descritos). Habrá que dar seguimiento a los resultados y evaluarlos para garantizar que los nuevos enfoques responden a los objetivos de equidad del programa. Dicho seguimiento y evaluación son especialmente importantes porque los gerentes de programas no pueden dar por sentado que se van a atender las necesidades de los pobres tan bien como se espera. Esta sección pone de relieve una serie de instrumentos de vigilancia y evaluación, y las referencias que aparecen en el Apéndice ofrecen detalles más técnicos sobre cómo usarlos.

Medida del nivel económico de los beneficiarios del programa

La determinación de si un programa es equitativo, o favorece a los pobres, se hace típicamente estimando el nivel económico de los clientes o usuarios de servicios específicos, y luego comparándolo con el nivel económico de la población en general. La medida del nivel económico de la población atendida es algo nuevo para la mayoría de los planificadores y gerentes de programas. Si bien hace tiempo que se dispone de datos de encuestas sobre el nivel de vida en los países en desarrollo, raramente se ha usado dicha información para medir el nivel económico de la población atendida por un programa de sanidad en particular.

La forma más fácil de medir el nivel económico de la persona es fijándose en la riqueza del hogar al que pertenece. Otras dos formas serían la medida del ingreso y el gasto, pero ambos datos son difíciles de obtener en los países en desarrollo, porque pocas personas tienen un salario habitual o notifican su ingreso a las autoridades, y muchas de las transacciones se hacen en especie. Las encuestas para medir el nivel del vida realizadas por el Banco Mundial han logrado superar algunas de las dificultades en la cuantificación del ingreso, al preguntar por el consumo del hogar y analizar dichos datos, asignando valores a todos los bienes consumidos y clasificando a los hogares por su consumo total. Pero la recopilación de la información que se necesita

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

La medida del nivel económico de los usuarios de los programas es clave para mejorar la equidad en la atención sanitaria.

para hacer esto es compleja y lleva tiempo. Recientemente los investigadores han comenzado a estudiar encuestas de los hogares, con información sobre las características del hogar y sus posesiones, que proporcionan una forma adecuada de medir los bienes o riqueza. Las Encuestas demográficas y de salud han sido objeto de especial atención por esta razón. Dichas encuestas se han realizado en más de 75 países en África, Asia y América Latina, y en muchos de ellos más de una vez. Cubren una gran gama de temas de salud y población, e incluyen una gran lista de variables sobre los bienes del hogar, como las características del inmueble (el tipo de suelo que tienen, y los materiales usados en el piso y el tejado), las instalaciones de agua y saneamiento (agua corriente o bombeada), y la propiedad de varios objetos duraderos (como radio, televisión, bicicleta o auto).

Con la información sobre los bienes de los hogares que aparece en las EDS, los investigadores clasifican a los hogares

por el número de bienes que poseen. Los bienes generalmente se ponderan de diferente forma mediante una técnica estadística, como lo es el análisis de componente principal. Luego los investigadores dividen a las personas de la población (según la riqueza de los hogares a los que pertenecen) en grupos de igual tamaño (generalmente cinco grupos o quintiles), basándose en la posición relativa de la persona en el índice. (Para mayor información sobre cómo se hace ver *DHS Comparative Report 6*, “The DHS Wealth Index,” que aparece en el Apéndice.)

Comparación de los usuarios del programa con la población en general

La forma en que este enfoque se use dependerá de la naturaleza y el tamaño del programa que haya que evaluar y la cantidad de datos disponibles. Las opciones varían considerablemente dependiendo de si el programa opera a nivel nacional en un país que cuenta con datos nacionales de encuestas de los bienes de los hogares, o si el programa funciona a menor escala sin disponer de dichas encuestas. Este informe no se refiere en detalle a cada posibilidad, pero ofrece algunos ejemplos breves para ilustrar las opciones que existen.

Programas que funcionan a nivel nacional en países con encuestas nacionales

Los programas nacionales que ofrecen servicios de salud en un país con una EDS tienen suerte. Los datos de dichas encuestas son generalmente fáciles de obtener, están bien organizados y contienen información sobre el nivel económico de la población en general. Si un país no cuenta con este tipo de encuestas, quizás tenga un estudio nacional realizado por otra organización (como UNICEF o la Organización Mundial de la Salud) que ofrezca similar información sobre los bienes de los hogares (ver otras referencias en el Apéndice).

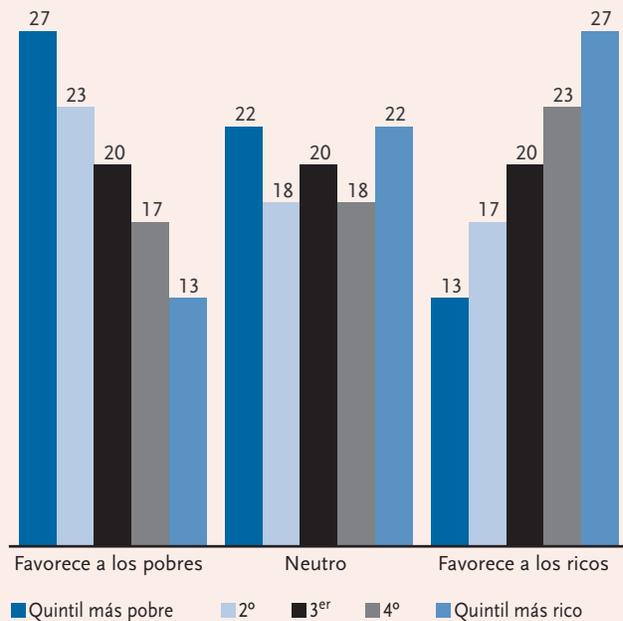
En dicho caso, para comparar el nivel económico de los usuarios con el de la población en general, los evaluadores de los programas sólo tienen que recopilar datos de los bienes de los hogares de los usuarios del programa, usando las mismas preguntas que en la encuesta nacional. Cuando el programa en cuestión ofrece servicios mediante clínicas o establecimientos de salud, lo más fácil es organizar una encuesta a la salida del establecimiento, aplicando una técnica sistemática de muestreo para seleccionar a los usuarios del mismo, por ejemplo preguntando a uno de cada cinco u ocho clientes. Los clientes encuestados reciben las mismas preguntas que aparecen en la encuesta nacional, sobre el tipo de casa en que viven, su posesión de bienes durables y el suministro de agua del hogar (ver el Ejemplo 1).

Con estos datos el evaluador puede asignar una puntuación de bienes o riqueza a cada usuario, dando a cada respuesta el peso otorgado a la misma en el análisis de la

Gráfico 10

Tres programas hipotéticos de salud

Porcentaje de los usuarios totales de los programas



Fuente: Creado por D. Gwatkin.

EDS, y luego sumando las puntuaciones de todas las respuestas. Por la encuesta nacional el evaluador sabe cuáles son los valores que corresponden a las diferentes clasificaciones en el índice de riqueza, es decir la separación entre el quintil más pobre, el segundo quintil, el siguiente al nivel intermedio, y así sucesivamente. Al comparar las puntuaciones en el índice de riqueza de los usuarios del servicio con estos quintiles se puede estimar el porcentaje de usuarios del servicio que corresponde a cada quintil de riqueza⁴⁵.

Una vez que se hace la clasificación de los usuarios del servicio por quintil de riqueza es posible examinar si el programa en cuestión es equitativo o no. El Gráfico 10 muestra algunas posibilidades:

- ▶ Un programa puede considerarse “a favor de los pobres” si bastante más que el 20% de los usuarios pertenecen a cada uno de los dos quintiles inferiores, y bastante menos del 20% se encuentran en cada uno de dos quintiles superiores.
- ▶ Un programa neutro atraerá básicamente a la misma proporción de clientela total de los quintiles inferiores y superiores.
- ▶ Un programa que favorezca a los ricos tendrá bastante más del 20% de sus clientes en los dos quintiles superiores, y considerablemente menos del 20% en los dos quintiles inferiores.

Ejemplo 1

Cuestionario de bienes de los hogares, de las Encuestas demográficas y de salud

Las siguientes preguntas sobre los bienes de los hogares se incluyeron en la Encuesta demográfica y de salud del año 2001 en Malawi.

Pregunta

1. ¿Tiene su hogar?:

- Electricidad
- Una o más radios
- Una o más televisiones
- Una o más bicicletas
- Una o más motocicletas o vespas
- Uno o más autos o camiones

2. ¿Tiene su hogar una trabajadora doméstica que no sea familiar del cabeza de familia?

3. ¿Los miembros del hogar trabajan su propia tierra o la finca familiar?

4. ¿Cuál es la principal fuente de combustible para cocinar en su hogar?

- Electricidad
- Queroseno
- Carbón vegetal
- Leña
- Otra cosa

5. ¿Cuál es la principal fuente de agua potable en su hogar?

- Agua corriente en la casa
- Agua corriente en el patio o la finca
- Fuente pública (por tubería)
- Pozo sin protección
- Perforación
- Río, canal, aguas superficiales
- Manantial
- Agua de lluvia
- Camión cisterna
- Agua embotellada

6. ¿Cuál es el tipo principal de instalaciones de saneamiento utilizadas en su hogar?

- Excusado privado con cisterna en el hogar
- Letrina de fosa privada
- Letrina de fosa mejorada ventilada privada
- Excusado con cisterna en el hogar compartido
- Letrina de fosa compartida
- Letrina de fosa mejorada ventilada compartida
- Detrás de un arbusto, en pleno campo

7. ¿Cuál es el principal material del piso en su hogar?

- Barro, arena, estiércol
- Madera, tablas
- Ladrillos rotos
- Baldosas
- Cemento
- Parquet
- Vinilo (plástico)

Fuentes: El cuestionario de bienes, las puntuaciones basadas en bienes y la división por quintiles de riqueza de la población nacional aparecen en el Anexo C de los informes de país, en www.worldbank.org/hnp/povertyandhealth/countrydata. Los datos y los métodos también se describen en <http://devdata.worldbank.org/hnpstats/pvd.asp>.

Programas que operan a menor escala o en países sin una encuesta nacional

Algunos tipos de programas puede que no dispongan de datos previos sobre el nivel económico de la población.

Si un programa opera en un área geográfica pequeña del país, el número de hogares de la misma cubiertos por la EDS u otra encuesta nacional será demasiado pequeño para considerarse como muestra representativa en términos estadísticos. También puede que haya programas en países donde no se disponga de EDS, o sondeos nacionales de los hogares.

En tales casos el programa puede hacer dos sondeos: uno correspondiente a una muestra representativa de los hogares en el área de aplicación del programa; y el otro una encuesta a la salida de los usuarios del establecimiento de salud del programa, como se indicó anteriormente. El sondeo de los hogares se hará con un cuestionario corto, centrándose

en los bienes del hogar (como en los ejemplos no. 1 y 2). El objeto es recopilar información sobre el nivel económico de la población del área para compararlo con los datos que se tengan procedentes de la EDS u otra encuesta nacional. Tras recopilar la información, se analiza para obtener puntuaciones de bienes y definir los límites correspondientes a cada quintil de la población, usando los mismos métodos de la EDS (ver *DHS Comparative Report 6*, “The DHS Wealth Index,” en el Apéndice).

La entrevista de los usuarios a la salida de la clínica o las instalaciones recoge la misma información sobre bienes que la encuesta de los hogares, y permite a los investigadores comparar el nivel económico de los usuarios de la clínica con el de la población en general, como se indica en la sección anterior. El programa también puede hacer una encuesta de los hogares para recopilar información sobre el uso del servicio y el nivel económico.

Ejemplo 2

Encuesta de evaluación de la pobreza de la muestra

El siguiente instrumento de encuesta se diseñó para identificar a los pobres de una comunidad basándose en los cuestionarios preparados por una serie de investigadores e instituciones, como UNICEF y el *International Food Policy Research Institute*.

Número de identificación del hogar _____
Cómo se elige: _____
(comunidad, entrevista a la salida, aldea, instalaciones, etc.)

Pregunta

Nombre del cabeza de familia _____
Edad _____
Sexo _____
Años de escolaridad _____
Esposa del cabeza de familia/mujer del hogar _____
Edad _____
Años de escolaridad _____

- ¿La principal fuente de ingreso del hogar es un jornalero sin conocimientos especializados?
 Sí No
- ¿Emplea el hogar alguna trabajadora doméstica remunerada?
 Sí No
- ¿Tiene el hogar algún terreno agrícola en propiedad?
 Sí No
- ¿Trabaja algún miembro del hogar en dicho terreno?
 Sí No

Describan la estructura familiar:

Número de miembros
Menores de 1 año _____
Menores de 5 años _____
Edades de 5 a 15 años _____
Edades de más de 15 años _____
¿Cuántos no están asistiendo a la escuela (edades de 5 a 15 años)? _____
¿Cuántos no tienen por lo menos tres cambios de ropa? _____

Variables correspondientes al hogar

¿Cuál es el tamaño de la casa o casas ocupadas por el hogar?
Metros cuadrados de la primera casa _____
Metros cuadrados de la segunda casa _____
Metros cuadrados de la tercera casa _____
¿Cuántas habitaciones usan los miembros del hogar para dormir? _____

- ¿Cuál es el material de construcción que se usa en el tejado de la casa principal?
 Paja/ ramas
 Cemento/ hormigón
 Otro
- ¿Cuál es el material de las paredes de la casa principal?
 Barro/paja
 Ladrillo y cemento
 Otro
- Material del piso de la casa principal:
 Barro/arena
 Cemento/Baldosas
 Otro
- Fuente de agua:
 Agua corriente dentro del hogar
 Pozo propio de tubo/bombeado a mano
 Otras fuentes
- Saneamiento:
 Con cisterna/ sanitario
 Fosa
 Otro/ ninguno
- ¿Tiene el hogar conexión eléctrica?
 Sí No

Bienes en propiedad

¿Algún miembro del hogar tiene en propiedad algo de lo siguiente?*

- Bienes de alto valor
- | | | |
|--------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Auto | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Refrigerador | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
- Bienes de valor medio
- | | | |
|-------|-----------------------------|-----------------------------|
| Radio | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Cama | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
- Bienes de valor bajo
- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Silla/ mesa | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Utensilios [de cocina] de aluminio/metal | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Seguridad alimentaria

- ¿Cuántas comidas principales se sirvieron ayer?
 Una Dos Tres
- ¿Cuántos días en los pasados siete días no se sirvió un alimento básico en la cena? _____
En los últimos 30 días ¿cuántos días se encontró el hogar sin lo suficiente para comer? _____
En la temporada en que el precio de los alimentos es más caro en el mercado (indicar el mes) ¿Se sufren escasez de alimentos en su hogar?
 Sí No

* Los bienes de alto, medio y bajo valor para la comunidad deben definirse en entrevistas con informadores claves.

Fuente: M. Mahmud Khan y David Hotchkiss, *How Effective Are Health Systems Strengthening Programs in Reaching the Poor? A Rapid Assessments Approach* (Bethesda, MD: Abt Associates, Inc., PHRplus Project, 2006), visto en Internet en www.phrplus.org, el 30 de mayo, 2006.

Programas que no funcionan mediante instalaciones

En el caso de los programas de educación, divulgación y actividades basados en la comunidad, que no están restringidos a los establecimientos de salud, se necesita modificar el enfoque. En algunos casos los investigadores podrán seleccionar una muestra de beneficiarios (de la lista de los hogares contactados, por ejemplo) del expediente del programa, y visitar a esa muestra de hogares para averiguar el nivel económico de los usuarios del programa. Otro enfoque que resulta de especial utilidad cuando los registros del programa no indican los beneficiarios del mismo, como en el caso de las campañas en los medios de divulgación, es hacer una encuesta única de una muestra aleatoria de los hogares en el área de servicio del programa y recabar información no sólo sobre la riqueza o bienes, sino también sobre si recibieron los mensajes o servicios.

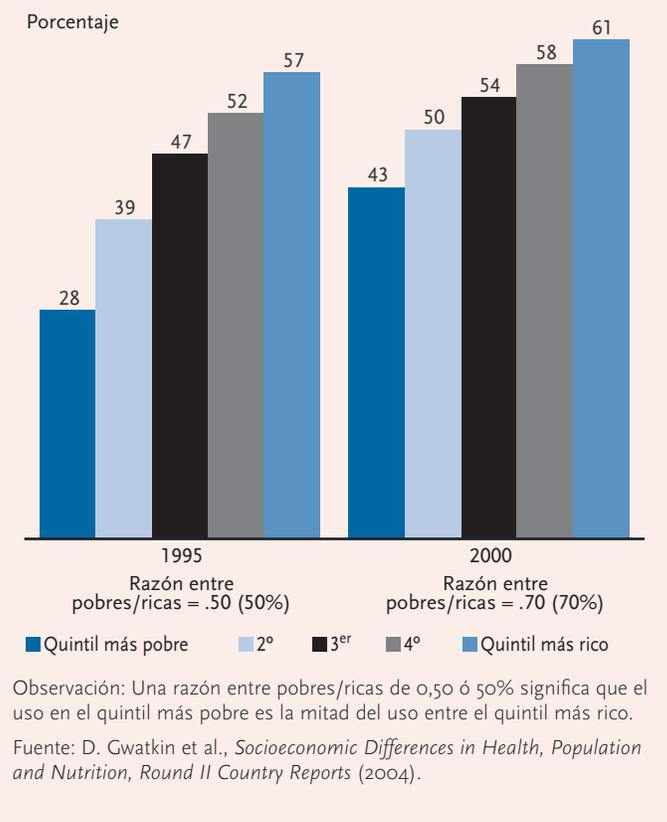
Comparación de la desigualdad entre programas o entre diferentes períodos de tiempo

Las técnicas descritas en la sección anterior pueden ser de utilidad para un único programa en un momento específico; pero el gerente de un programa puede que también quiera saber si su programa es más o menos equitativo que otro, o si se ha vuelto más equitativo con el tiempo. Esto se logra comparando el “gradiente” de los beneficiarios de los servicios de salud (la desigualdad de los mismos) entre los niveles de riqueza (quintiles, etc.), para hacer una comparación objetiva con otro momento o situación diferente. El Gráfico 11 proporciona un ejemplo relativo a la distribución de las mujeres que usaban métodos anticonceptivos en Egipto en 1995 y el año 2000.

En 1995, el 28% de las mujeres más pobres usaban métodos anticonceptivos, comparado en el 57% de las más ricas. Para el 2000 el uso se había elevado entre todas las clases, aunque las pobres seguían rezagadas con respecto a las ricas. La pregunta es ¿había mayor igualdad? Quizás pueda apreciarse la respuesta visualmente, viendo el gráfico, pero para estar seguros se podría simplemente determinar la proporción entre las pobres y las ricas, y comparar los dos períodos de tiempo. En 1995 el nivel de uso en el quintil más pobre era de 0,50 (es decir, 50% del uso entre el quintil más rico). Para el año 2000 dicha proporción había mejorado a 0,70 (70%). En otras palabras el aumento había sido superior entre las pobres que entre las ricas, lo que significa que el uso de planificación familiar en el país se había vuelto más equitativo en ese período de cinco años.

Existen otras medidas estadísticas que ofrecen una apreciación más exacta de la falta de igualdad entre los cinco grupos económicos. Una de las utilizadas es el índice de

Gráfico 11
Egipto: Mujeres casadas que usan anticonceptivos modernos, 1995 y 2000



concentración, que mide el grado de distribución de un estado específico de salud o una variable de atención sanitaria entre los cinco quintiles de bienes (es decir la concentración de la desigualdad). Este valor puede variar entre -1 y $+1$, y cuanto más cerca está del cero, mayor es la relación de igualdad entre los grupos económicos. Por lo contrario, cuanto más lejos del cero, mayor la desigualdad. En Egipto (como se muestra en el Gráfico 11) el índice de concentración o grado de desigualdad en el uso de anticonceptivos también mejoró con el tiempo, al pasar de 0,16 en 1995 a 0,07 (más cerca de cero, o de la igualdad) en el año 2000⁴⁶. Las notas técnicas a que se hace referencia en el Apéndice ofrecen mayor información sobre el índice de concentración.

El seguimiento del desempeño de los programas en la atención a los pobres (ya sea midiendo los cambios en el índice de concentración, o de cualquier otra forma) es un punto de partida esencial para garantizar que la estrategia del servicio funciona como se desea. Si no funciona, puede que los gerentes tengan que tomar otros pasos para averiguar las razones del bajo nivel de desempeño y cambiar los enfoques del servicio, con objeto de lograr mejores resultados.

Referencias

- 1 Adam Wagstaff, "Poverty and Health Sector Inequalities," *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 80, no. 2 (2002): 97.
- 2 Davidson Gwatkin et al., *Socioeconomic Differences in Health, Nutrition, and Population, Round II Country Reports* (Washington, DC: Banco Mundial, 2004).
- 3 PRB analysis of Davidson Gwatkin et al., *Initial Country-level Information About Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population*, Vols. I and II (Washington, DC: Banco Mundial, 2003)
- 4 Para mayor información sobre el análisis de los estudios basados en las Encuestas demográficas y de salud, incluidos todos los datos producidos, ver la sección sobre "Country Data" del espacio de Internet del Banco Mundial sobre Poverty and Health (pobreza y salud), en www.worldbank.org/povertyandhealth.
- 5 Deon Filmer, "The Incidence of Public Expenditures on Health and Education," *Background Note for World Development Report 2004* (Washington, DC: Banco Mundial, 2003).
- 6 PRB analysis of Gwatkin et al., *Socioeconomic Differences in Health, Nutrition, and Population*.
- 7 PRB analysis of Gwatkin et al., *Socioeconomic Differences in Health, Nutrition, and Population*.
- 8 Julian Tudor Hart, "The Inverse Care Law," *Lancet* 1, no. 7696 (1971): 405-12.
- 9 Banco Mundial, *World Development Report 2006: Equity and Development* (Washington, DC: Banco Mundial, 2005): 5.
- 10 Adaptado de: Banco Mundial, *World Development Report 2006*: 142-143.
- 11 Banco Mundial, *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People* (Washington, DC: Banco Mundial, 2003): 25.
- 12 World Bank, *World Development Report 2006*.
- 13 Davidson Gwatkin, "The Current State of Knowledge About Targeting Health Programs to Reach the Poor," visto en Internet en <http://siteresources.worldbank.org>, el 29 de julio, 2006.
- 14 Organización Mundial de la Salud (OMS), "Background Paper for the High Level Forum on Health Millennium Development Goals for Asia and the Pacific" (preparado para la reunión sobre el Cumplimiento de los Objetivos de Salud de las Naciones Unidas para el Milenio en Asia y el Pacífico, celebrada en Tokio, Japón, 21-22 de junio, 2005).
- 15 David P. Coady, Deon P. Filmer y Davidson R. Gwatkin, "PROGRESA for Progress: Mexico's Health, Nutrition, and Education Program," *Development Outreach* (Mayo 2005): 10-12.
- 16 David Coady, Margaret Grosh y John Hoddinott, *Targeting of Transfers in Developing Countries: Review of Lessons and Experience* (Washington, DC: Banco Mundial, 2004): 84-85.
- 17 Organización Mundial de la Salud, *World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance* (Ginebra: OMS, 2000): 14-16.
- 18 National Institute of Population Research and Training, Mitra and Associates, y ORC Macro, *Bangladesh Demographic and Health Survey 1999-2000* (Calverton, MD: ORC Macro, 2001): 53-56.
- 19 Robert L. Parker, "Guest editorial for Journal of Perinatology, suplemento en Gadchioroli Field Trial," *Journal of Perinatology* 25, Supplement 1 (2005): S1-2.
- 20 OMS, "Background Paper."
- 21 Young Mi Kim et al., "Increasing Client Participation in Family Planning Consultations: 'Smart Patient' Coaching in Indonesia," *FRONTIERS Final Report* (Washington, DC: Population Council, 2003).
- 22 Kim et al., "Increasing Client Participation in Family Planning Consultations."
- 23 David Peters, Krishna Rao y G.N.V. Ramana, "India: Equity Effects of Quality Improvements on Health Service Utilization and Patient Satisfaction in Uttar Pradesh State," en *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services*, ed. Davidson Gwatkin, Adam Wagstaff y Abdo S. Yazbeck (Washington, DC: Banco Mundial, 2005): 189-210.
- 24 William Newbrander et al., "The PROSALUD Model for Expanding Access to Health Services," visto en Internet en www.worldbank.org, el 22 de diciembre, 2003. Citado en Dara Carr, "Improving the Health of the World's Poorest," *Health Bulletin* 1 (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2004).
- 25 Dominic Montagu et al., "Kenya: Reaching the Poor through the Private Sector—A Network Model for Expanding Access to Reproductive Health Services," en *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services*, ed. Davidson Gwatkin, Adam Wagstaff y Abdo S. Yazbeck (Washington, DC: Banco Mundial, 2005): 81-96.
- 26 Eleonora Suk Mei Tan, "Case Study 2: Vouchers for Midwife Services in Pemalang District, Central Java Province," en Susannah Hopkins Leisher y Stefan Nachuk ed., *Making Services Work for the Poor* (Jakarta, Indonesia: Banco Mundial y Ash Institute, 2006), visto en www.innovations.harvard.edu, el 11 de mayo, 2006.
- 27 Banco Mundial, *World Development Report 2004*.
- 28 Cornelius Debuur 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.
- 29 Kristin Gryboski et al., "Working With the Community for Improved Health," *Health Bulletin* 3 (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2006): 2.
- 30 Banco Mundial, *World Development Report 2004*.
- 31 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y la OMS, *DAC Guidelines and Reference Series: Poverty and Health* (París: OCDE, 2003): 40.
- 32 Ver William C. 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): 268-72.

- 33 Hsiao y Liu, "Health Care Financing: Assessing Its Relationship to Health Equity": 272.
- 34 Francois Pathé Diop y Jean Damascene Butera, "Community-based Health Insurance in Rwanda," *Development Outreach* 7, no. 2 (Mayo 2005): 19-22.
- 35 Coady, Grosh y Hoddinott, *Targeting of Transfers in Developing Countries*: 9.
- 36 Aluísio J.D. Barros y colaboradores, "Brazil: Are Health and Nutrition Programs Reaching the Neediest?" in *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services*, ed. Davidson Gwatkin, Adam Wagstaff y Abdo S. Yazbeck (Washington, DC: Banco Mundial, 2005): 281-304.
- 37 El estudio también consideró un cuarto programa, *Pastorate of the Child*, una iniciativa enfocada hacia las familias muy pobres con niños malnutridos, no incluido en este informe. Ver la totalidad del artículo citado anteriormente para una descripción a fondo.
- 38 J. Brad Schwartz y Indu Bushan, "Cambodia: Using Contracting to Reduce Inequity in Primary Health Care Delivery," *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services*, ed. Davidson Gwatkin, Adam Wagstaff y Abdo S. Yazbeck (Washington, DC: Banco Mundial, 2005): 137-61.
- 39 J. Brad Schwartz, correspondencia por correo electrónico con el autor, 12 de mayo, 2006.
- 40 Rose Nathan et al., "Mosquito Nets and the Poor: Can Social Marketing Redress Inequities in Access?" *Tropical Medicine and International Health* 9, no. 10 (2004): 1121-1126; y Rose Nathan, Hadji Mponda y Hassan Mshinda, "Social Marketing of Bednets in Tanzania," *Development Outreach* 7, no. 2 (Mayo 2005): 16-18.
- 41 Mark Grabowsky et al., "Ghana and Zambia: Achieving Equity in the Distribution of Insecticide-Treated Bednets through Links with Measles Vaccination Campaigns," en *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services*, ed. Davidson Gwatkin, Adam Wagstaff y Abdo S. Yazbeck (Washington, DC: Banco Mundial, 2005): 65-80.
- 42 Entre los colaboradores de proyecto de investigación también se encuentra la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, el Instituto Tropical Suizo y la Universidad Federal de Pelotas, en Brasil.
- 43 M. Kent Ranson et al., "India: Assessing the Reach of Three SEWA Health Services Among the Poor," en *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services*, ed. Davidson Gwatkin, Adam Wagstaff y Abdo S. Yazbeck (Washington, DC: Banco Mundial, 2005): 163-87.
- 44 Anju Malhotra et al., "Nepal: The Distributional Impact of Participatory Approaches on Reproductive Health for Disadvantaged Youths," en *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services*, ed. Davidson Gwatkin, Adam Wagstaff y Abdo S. Yazbeck (Washington, DC: Banco Mundial, 2005): 211-39.
- 45 Para una explicación más detallada sobre este procedimiento, consulten el Anexo C de los informes de país bajo *Poverty and Health* en el espacio del Banco Mundial en Internet www.worldbank.org/hnp/povertyandhealth/countrydata.
- 46 Gwatkin et al., *Socioeconomic Differences in Health, Nutrition, and Population*.

APÉNDICE | PARA MAYOR INFORMACIÓN

Recursos sugeridos

Volumen de *Reaching the Poor*

Davidson R. Gwatkin, Adam Wagstaff y Abdo S. Yazbeck. *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn't, and Why*.

Washington, DC: World Bank, 2005. Puede verse en www.worldbank.org/povertyandhealth, u obtenerse escribiendo a:

World Bank
Health Advisory Service
Health, Nutrition and Population Department
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433

Informes afines a este tema

Carr, Dara. "Improving the Health of the World's Poorest People" *PRB Health Bulletin* 1, Washington, DC: Population Reference Bureau, 2004.

Coady, David, Margaret Grosh y John Hoddinott. *Targeting of Transfers in Developing Countries: Review of Lessons and Experience*. Washington, DC: Banco Mundial, 2004.

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

Gwatkin, Davidson et al. *Socio-economic Differences in Health, Nutrition, and Population*, 2d ed. Washington, DC: Banco Mundial, 2004.

Henninger, Norbert y Mathilde Snel. *Where are the Poor? Experiences with the Development and Use of Poverty Maps*. Washington, DC: World Resources Institute y Arendal, Noruega: Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, 2002.

Khan, M. Mahmud, and David Hotchkiss. *How Effective are Health Systems Strengthening Programs in Reaching the Poor? A Rapid Assessments Approach*. Bethesda, MD: Partners for Health Reformplus, Abt Associates, Inc., 2006.

Leighton, Charlotte y Daniel Maceira. "Decision Making for Equity in Health Sector Reform." In *PHR Primer for Policymakers*, ed. Zuheir al-Faqih. Bethesda, MD: Abt Associates, Partnerships for Health Reformplus, 2001.

Rutstein, Shea O. y Kiersten Johnson. "The DHS Wealth Index," *DHS Comparative Reports* 6. Calverton, MD: ORC Macro, MEASURE DHS+ Project, 2004.

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

Banco Mundial. *World Development Report 2006: Equity and Development*. Washington, DC: Banco Mundial, 2005.

Direcciones en Internet que se recomiendan

Demographic and Health Surveys (DHS)
www.measuredhs.com

Las Encuestas demográficas y de salud (*Demographic and Health Surveys*) han recopilado datos sobre salud, población y nutrición con más de 200 encuestas en más de 75 países. Este espacio en Internet ofrece los informes finales de país, una variedad de informes comparativos y análisis, y acceso a datos mediante el compilador de estadísticas (StatCompiler).

Equitap
www.equitap.org

Equitap, o "Equity in Asia-Pacific Health Systems," es una colaboración de más de 15 equipos de investigación de Asia y Europa que participan en la evaluación de la equidad en los sistemas nacionales de sanidad de la región de Asia-Pacífico.

International Journal for Equity in Health
www.equityhealthj.com

International Journal for Equity in Health es un boletín electrónico para la evaluación entre colegas lanzado por la sociedad internacional para la equidad en salud (*International Society for Equity in Health*) con objeto de promover el conocimiento científico sobre el tema.

International Society for Equity in Health (ISEqH)
www.iseqh.org

ISEqH promueve la equidad en salud y los servicios de sanidad a nivel internacional mediante educación, investigación, publicaciones, comunicación y contribuciones de beneficencia.

Regional Network on Equity in Health
in Southern Africa (EQUINET)
www.equinetafrica.org

EQUINET (red regional sobre la equidad en salud en África meridional) apoya la investigación con fines normativos y actividades de divulgación para promover la equidad y la salud en África meridional. Esta red de profesionales abarca organizaciones de investigación, la sociedad civil y el sector sanitario, y sirve de foro para el diálogo y el intercambio de información en temas como la pobreza y la salud, los servicios equitativos de salud, y la igualdad en la atención sanitaria respecto al VIH/SIDA.

Encuestas de agrupación de indicadores múltiples de UNICEF (Multiple Indicator Cluster Surveys, MICS)
www.childinfo.org

UNICEF ha proporcionado apoyo a países para la recopilación de datos sobre el bienestar de los niños y las familias, mediante dichas encuestas. Este espacio en Internet indica la metodología utilizada y proporciona muestras de los cuestionarios y estadísticas de países.

World Bank PovertyNet
www.worldbank.org/povertyenet

Además de la sección sobre Pobreza y Salud, el espacio de *PovertyNet* (red de pobreza) en Internet contiene una gran cantidad de recursos para los investigadores y otros profesionales sobre la medición de la pobreza, su seguimiento y análisis, y las estrategias para la reducción de la pobreza.

Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre los determinantes sociales de la salud
www.who.int/social_determinants

La comisión proporciona apoyo a países y a organizaciones internacionales de salud que luchan por mejorar las condiciones sociales que afectan la salud de la gente.

Organización Mundial de la Salud, World Health Statistics (estadísticas de salud mundial)
www.who.int/statistics/en

World Health Statistics 2006 presenta los datos más recientes sobre 50 indicadores de salud correspondientes a los 192 estados miembros de la Organización Mundial de la Salud. Esta edición incluye un conjunto ampliado de estadísticas que se concentran en la equidad entre países y en el seno de los mismos.

Recursos técnicos para estudiar la equidad en salud

¿Han aumentado las disparidades en los resultados de salud entre los pobres y las clases más afluentes? ¿Son mayores en algún país o región que en otros? ¿Se distribuyen los subsidios del sector de salud de forma más justa en algunos lugares que en otros? ¿Es equitativo el uso de la atención sanitaria, en el sentido de que la gente con las mismas necesidades recibe similar cantidad de atención sanitaria, sin importar su ingreso?

Para responder a preguntas como estas se necesitan una serie de métodos cuantitativos que midan resultados, incluida la desigualdad e inequidad, la progresividad, las catástrofes y el impacto de la pobreza.

Las notas técnicas del Banco Mundial sobre los temas que aparecen a continuación usan ejemplos para abordar las preguntas que surgen en el análisis cuantitativo de la equidad en salud. Todo ello puede verse en el espacio en Internet del Banco Mundial en www.worldbank.org/povertyandhealth. Seleccionen *Quantitative Techniques for Health Equity Analysis*.

- ▶ Medida del nivel de vida: consumo del hogar e índices de riqueza
- ▶ Gráficas sencillas para reflejar la desigualdad
- ▶ Curvas de concentración
- ▶ El índice de concentración
- ▶ Análisis de variables múltiples de salud: Temas generales
- ▶ Análisis variables múltiples de salud: Estimadores no lineales
- ▶ ¿Quién se beneficia de los subsidios del sector público?
- ▶ Análisis de la incidencia del beneficio
- ▶ Medida de la falta de equidad en los servicios de sanidad
- ▶ Desentrañar las causas: Análisis del índice de concentración
- ▶ Medida de la progresividad en los pagos de atención sanitaria
- ▶ Análisis del efecto redistributivo en los pagos de atención sanitaria
- ▶ Impacto en la pobreza de los pagos de atención sanitaria
- ▶ Datos para analizar la equidad en salud: Requisitos, fuentes y temas vistos

Algunas publicaciones del Population Reference Bureau

Todas ellas pueden verse en el espacio en Internet de PRB, www.prb.org/espanol.



Cuadro de la población mundial 2006

por *Carl Haub*

El *Cuadro de la población mundial* del PRB contiene las más recientes estimaciones demográficas, proyecciones y otros indicadores claves correspondientes a más de 200 países, incluidos nacimientos, defunciones, mortalidad infantil, esperanza de vida, prevalencia del VIH/SIDA, uso de anticonceptivos, las personas que viven con menos de EE.UU. \$2 al día y la población por kilómetro cuadrado. Entre los nuevos indicadores en el cuadro de 2006 se encuentran el porcentaje de superficie protegida y la población con acceso a saneamiento mejorado. (Diciembre 2006)



Cómo se ven afectadas las poblaciones por el VIH y el SIDA

por *Lori S. Ashford*

Este documento sobre temas normativos examina una de las crisis de salud más devastadoras de nuestros días, al describir los efectos del VIH y el SIDA sobre el tamaño de la población, sus características y el bienestar de la gente. También pone de relieve los importantes esfuerzos que se necesitan para controlar la epidemia. La pandemia continúa extendiéndose en todo el mundo, no obstante los esfuerzos de prevención y los buenos resultados logrados en unos pocos países. (Diciembre 2006)



La juventud mundial 2006

por *Lori Ashford, Donna Clifton y Toshiko Kaneda*

Muchos jóvenes en todo el mundo siguen enfrentándose a serias amenazas en su bienestar. La juventud mundial 2006 presenta un amplio perfil del bienestar de los jóvenes (personas entre los 10 y los 24 años) en todo el mundo, y muestra que muchos de ellos corren gran riesgo de sufrir problemas de salud, desde infecciones de transmisión sexual a las secuelas del tabaquismo. (Junio 2006)



El desafío mundial del VIH y el SIDA

por *Peter R. Lamptey, Jami L. Johnson y Marya Khan*

La epidemia del SIDA puede que sea la catástrofe de salud más devastadora de la historia de la humanidad. La enfermedad continúa destruyendo a familias y comunidades en todo el mundo. En la actualidad existen por lo menos 40 millones de personas infectadas con el VIH. (Marzo 2006)

Para pedir publicaciones del PRB, contacten a:

Population Reference Bureau
1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520
Washington, DC 20009-5728 EE.UU.
Tel.: 202-483-1100
Fax: 202-328-3937
Correo electrónico: popref@prb.org
Internet: www.prb.org



POPULATION REFERENCE BUREAU



1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520
Washington, DC 20009-5728 EE.UU.
Tel.: 202-483-1100
www.prb.org



THE WORLD BANK