

SERVICIOS DE SALUD PARA LOS POBRES

2007

India

Un sindicato de mujeres de base comunitaria brinda atención médica a los pobres

La Asociación de Trabajadoras por Cuenta Propia (SEWA, como se la conoce por su sigla inglés) es un sindicato de mujeres fundado en 1972 en la ciudad de Ahmedabad, estado de Gujarat (India), con el objeto de empoderar a las mujeres pobres que se ganan la vida fuera del sector formal con su propio trabajo o pequeño negocio. Estas mujeres no perciben un salario periódico ni tienen derecho a las prestaciones sociales de los trabajadores del sector estructurado.

La SEWA tiene dos objetivos principales: a) ayudar a estas mujeres a alcanzar el pleno empleo, lo que les permitirá lograr seguridad en el trabajo, de los ingresos y alimentaria, así como protección social, y b) tornarlas individual y colectivamente autónomas, económicamente independientes y capaces de tomar sus propias decisiones. Además de ofrecer servicios bancarios y de crédito (Banco SEWA) y de seguros (Vimco SEWA), la Asociación comenzó a participar activamente en los servicios de salud pública a principios del decenio de 1970 para proporcionar, tanto a sus miembros como a quienes no son miembros, algún tipo de atención preventiva y primaria de salud. Su finalidad es atender a los más pobres, especialmente a los que viven en zonas sin acceso a los servicios públicos ni a los de las organizaciones no gubernamentales (ONG). La SEWA ha tenido que superar muchas dificultades para poder prestar los servicios necesarios de salud a los muy pobres.

Atención médica en Gujarat

En la India, como en todos los países, los pobres mueren más jóvenes, están más expuestos a sufrir enfermedades y tienen menos acceso a atención médica que las personas que se encuentran en mejor situación económica. Llegar a esta

población pobre, en gran parte analfabeta y geográficamente dispersa, especialmente a quienes viven en zonas rurales apartadas, plantea muchos problemas. Uno de los principales consiste en determinar y superar las dificultades que encaran los pobres para recibir atención médica.

Aunque el sector público de la India es muy grande, no cuenta con recursos suficientes ni es lo bastante extenso como para satisfacer las necesidades actuales en materia de salud. El sector privado está creciendo rápidamente pero no está regulado. Debido a la falta de normas de atención de salud, este sector emplea a mucho personal sanitario sin formación profesional, que probablemente muchas veces brinden tratamientos inadecuados. Los pacientes pagan con dinero propio gran parte de los servicios médicos de carácter público y privado.

En comparación con el resto de la India, en Gujarat el sector privado de atención de salud con fines de lucro es próspero. Los problemas relativos a la prestación pública o privada de servicios de atención de salud en Gujarat son los mismos que existen en los demás estados de la India. La mayoría de las personas, en las zonas tanto urbanas como rurales de Gujarat, utilizan los servicios ambulatorios y hospitalarios privados. Según la encuesta de 1995–96 realizada por la Organización Nacional de Encuestas por Muestreo (NSSO, como se la conoce por su sigla en inglés), casi el 82% de los tratamientos ambulatorios de personas que viven en zonas rurales fueron proporcionados por proveedores privados, proporción que era del 76% en el caso de los habitantes de zonas urbanas. El 71% y el 67,4%, respectivamente, de las hospitalizaciones en las zonas urbanas y rurales de Gujarat tenían lugar en centros privados de salud. De las diferentes zonas incluidas en este estudio, el sistema de salud pública



únicamente es sólido en la ciudad de Ahmedabad, donde cuatro grandes hospitales públicos prestan servicios ambulatorios y de hospitalización.

La distancia y la falta de recursos financieros constituyen grandes obstáculos para las personas pobres de Gujarat que procuran obtener asistencia médica. La atención de salud (en particular, los costosos servicios hospitalarios curativos) puede obtenerse fácilmente en los centros urbanos. En cambio, para los habitantes de aldeas situadas lejos de los centros urbanos, los lugares más cercanos de atención de salud pueden encontrarse a varias horas de distancia. El 12% de las mujeres de las zonas rurales tienen que recorrer por lo menos 5 kilómetros para llegar al centro de salud más cercano. Según la encuesta de 1995–96 de la NSSO, los habitantes comprendidos en el quintil más rico de las zonas rurales de Gujarat (medido por el gasto anual de los hogares) tenían 4,6 veces más de probabilidades que el quintil más pobre de haber sido hospitalizados en el período de un año respecto del quintil más pobre. En las zonas urbanas esa proporción era de 2,9.

Servicios de salud de la SEWA

La SEWA comenzó a participar activamente en el ámbito de la salud pública a principios del decenio de 1970 mediante servicios de educación sanitaria y prestaciones por maternidad. En los primeros años de la década de 1980, la SEWA emprendió negociaciones con el Gobierno de la India para contribuir a la prestación de atención médica de las madres pobres. Un aspecto fundamental de la rama de salud de la SEWA siempre ha sido el fortalecimiento de la capacidad de las mujeres locales, especialmente de las parteras tradicionales (*dais*), para que puedan actuar como “médicos descalzos” en sus comunidades. En la actualidad, las actividades de la SEWA relacionadas con la salud son muchas y de diversa índole. Ellas consisten en servicios de atención primaria de salud prestados a través de 60 centros permanentes y campamentos móviles de salud; educación sanitaria y capacitación; fortalecimiento de la capacidad de los líderes locales de la SEWA y las *dais*; suministro de medicamentos de alta calidad y bajo costo a través de farmacias; servicios de higiene del trabajo y salud mental, y producción y comercialización de medicinas tradicionales. En el Cuadro 1 figuran los tres servicios de salud comprendidos en el programa sanitario para los pobres.

Campamentos móviles de salud reproductiva

En respuesta a las peticiones formuladas por personas que vivían en zonas apartadas y con servicios de salud deficientes, la rama de salud de la SEWA comenzó a organizar campamentos móviles de salud reproductiva en 1999. Estos campamentos funcionan principalmente en los barrios de tugurios de la ciudad de Ahmedabad y en las aldeas de tres distritos, y se financian en gran medida con recursos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y el Gobierno de la India. Mensualmente se organizan más de 35 campamentos de esta naturaleza y la asistencia promedio en cada uno es de 30 mujeres, lo que arroja un total de más de 12.500 pacientes al año. En estos campamentos la atención de salud está a cargo de un grupo de médicos profesionales y de 50 médicos descalzos y administradores. Por lo general, dichos campamentos se instalan en cada zona una vez al año.

Entre las actividades de los campamentos móviles de salud reproductiva figuran la educación y formación sanitarias, la realización de exámenes y diagnósticos (incluidos exámenes cervicales y la prueba de Papanicolaou), el tratamiento, envío y seguimiento de casos. Comúnmente, los campamentos funcionan por las tardes durante tres o cuatro horas. A las personas que asisten se les pide el pago de una contribución de 5 rupias (o sea, US\$0,11) y de la tercera parte del costo total de los medicamentos que se proporcionen (aunque se puede eximir de ambos pagos a las personas muy pobres).

La rama de salud de la SEWA y el Gobierno de Gujarat colaboran cada vez más en la organización de estos campamentos móviles en las zonas rurales; algunos de ellos se instalan en los propios centros de atención primaria de salud pública, que por lo general están situados en aldeas pequeñas o en sus cercanías. Estos campamentos se diferencian de los “de zona” normales descritos antes en que los medicamentos se proporcionan de forma gratuita, la variedad de medicamentos disponibles se limita a los que figuran en el formulario del Gobierno y, por último, en que los responsables de la atención médica son médicos y enfermeros del sector público. La SEWA brinda transporte gratuito a las mujeres que viven en aldeas vecinas.

Servicios sanitarios para los pobres

A fin de evaluar el nivel socioeconómico de las mujeres que utilizaban los campamentos móviles de salud reproductiva se realizó una encuesta entre 376 mujeres de las zonas urbanas

Cuadro 1. Los tres servicios de salud de la SEWA comprendidos en el programa sanitario para los pobres

Variable	Campamentos móviles de salud reproductiva	Detección y tratamiento de la tuberculosis	Reuniones de información para mujeres
Año de iniciación	1999	1999	1999
Población objetivo	Mujeres en edad reproductiva	Hombres y mujeres de todas las edades	Mujeres en edad reproductiva
Cobertura geográfica	Fundamentalmente los distritos de Ahmedabad, Kheda y Patan	Las zonas norte y oriental de la ciudad de Ahmedabad (375.000 habitantes)	Principalmente los distritos de Ahmedabad, Kheda y Patan (y también los demás distritos en los que la SEWA cuenta con miembros)
Servicios	Educación y capacitación; exámenes y diagnósticos (exámenes cervicales y prueba de Papanicolaou; tratamiento, envío y seguimiento de casos	Diagnóstico, tratamiento, medicinas	Educación: información sobre la SEWA; primeros auxilios; enfermedades generales y VIH/SIDA; inmunización y puericultura; enfermedades transmitidas por el aire y por el agua; tuberculosis; salud sexual y reproductiva
Tasa anual de utilización	12.500 mujeres	575 pacientes atendidos en los centros DOTS; 23 pacientes atendidos por trabajadores descalzos de los centros DOTS	6.000 mujeres
Costo para el usuario	5 rupias por consulta; los medicamentos se venden con el precio al por mayor (aproximadamente la tercera parte del precio de mercado)	Servicios gratuitos; solamente los costos indirectos	5 rupias de cuota de afiliación a la SEWA
Donantes externos	FNUAP y Gobierno de la India	Organización Mundial de la Salud (OMS), Gobierno de la India y Corporación Municipal de Ahmedabad	Gobierno de la India, FNUAP y Fundación Ford
Recursos humanos	6 médicos en régimen de jornada parcial, 50 médicos descalzos y administradores	5 centros permanentes (cada uno con dos o tres empleados) y 11 centros DOTS comunitarios	35 trabajadores comunitarios y personal en régimen de jornada completa

DOTS: tratamiento breve bajo observación directa. FNUAP: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Fuente: Cuadro 9.1. Gwatkin, Wagstaff y Yazbeck (2005).

y 158 de las zonas rurales que asistían a campamentos seleccionados de forma aleatoria. Este grupo se comparó con la población rural y urbana general de Gujarat mediante el uso de encuestas recientes y representativas. Se llegó a la conclusión de que los campamentos móviles eran muy eficaces para llegar a las mujeres pobres de la ciudad de Ahmedabad. Una comparación basada en un índice compuesto de varios indicadores de nivel socioeconómico reveló que los usuarios urbanos de los campamentos eran significativamente más pobres que la población de Ahmedabad. Por ejemplo, era mucho menos probable que los usuarios de los campamentos (y sus familias) poseyeran una motocicleta o un ciclomotor (12% frente al 43%), más probable que utilizaran baños públicos, en lugar de baños privados o compartidos (22% frente al 9%), y menos probable que utilizaran gas natural como combustible para cocinar (35% frente al 66%). En el Gráfico 1 a) se muestra la distribución de frecuencia por deciles de puntaje del índice de nivel socioeconómico de los usuarios urbanos de los campamentos; el sesgo hacia la izquierda de este gráfico indica que existía una mayor probabilidad de que los usuarios de los campamentos pertenecieran a los segmentos más pobres de la población general. El porcentaje de usuarios de los campamentos por debajo del trigésimo decil del puntaje del índice de nivel socioeconómico—que aproximadamente corresponde al umbral de pobreza de la India—era del 52% (Gráfico 1).

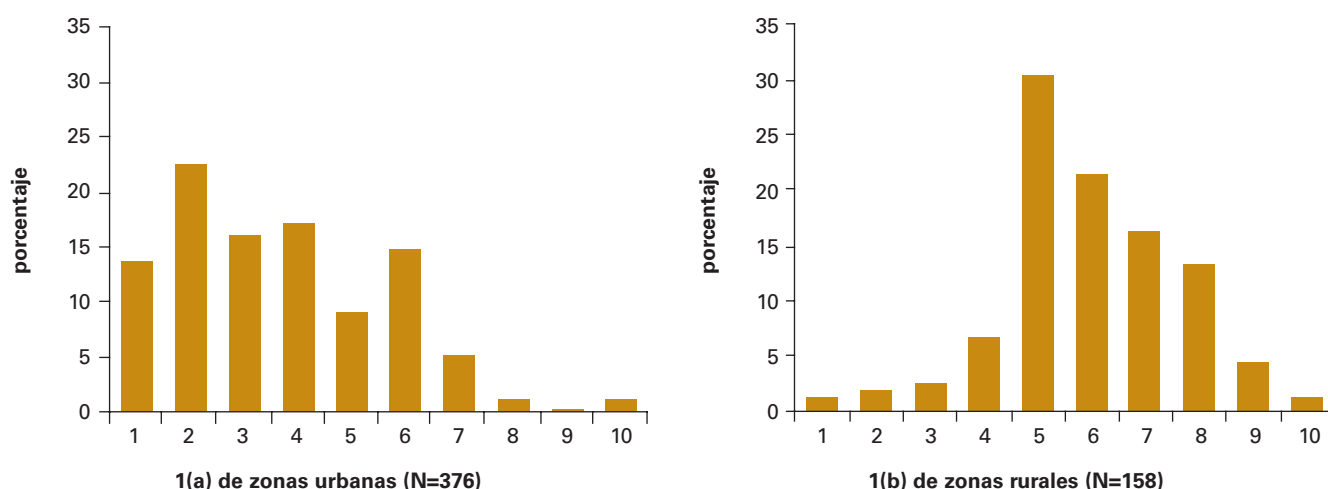
En las zonas rurales los campamentos resultaron menos efectivos para llegar a las mujeres pobres. Las mujeres de las zonas rurales no se diferencian de forma significativa de la población rural general en lo que se refiere a su puntaje del índice de nivel socioeconómico. El Gráfico 1 b) muestra que la mayoría de los usuarios rurales de los campamentos están comprendidos en los deciles menos pobres de la población. Sólo el 5,7% de los usuarios se halla por debajo del trigésimo percentil, lo que indica que los campamentos móviles de salud reproductiva de la rama de salud de la SEWA no llegan de forma efectiva a los más pobres.

¿Qué dio buenos resultados y por qué?

En su mayor parte, los servicios urbanos parecían estar llegando a los pobres de forma efectiva. Entre las razones de este éxito podrían enumerarse las siguientes:

- El personal de la SEWA trata a las personas de forma respetuosa y amable y les proporcionan información detallada;
- Los servicios (en especial los campamentos móviles de salud reproductiva y las actividades de educación dirigidas a las mujeres) se ofrecen “en la misma puerta de la casa”, es decir, la rama de salud de la SEWA lleva los servicios a

Gráfico 1. Distribución de frecuencia de los usuarios, de zonas urbanas y rurales, de los campamentos móviles de salud reproductiva de la SEWA, por deciles de puntaje del índice de nivel socioeconómico



Fuente: “India: Assessing the Reach of Three SEWA Health Services among the Poor” de M. Kent Ranson, Palak Joshi, Mittal Shah y Yasmin Shaikh, en *Reaching the Poor*, Gwatkin, Wagstaff y Yazbeck, compiladores (Banco Mundial, Washington, 2005).

los pobres en lugar de intentar atraer a los pobres a los servicios;

- Los servicios son prestados por mujeres y por los mismos pobres (o al menos en parte);
- Los servicios se combinan por lo general con una labor de educación y de movilización de la comunidad; por ejemplo, la llegada de los campamentos móviles de salud reproductiva va precedida por una labor pedagógica puerta a puerta de los empleados de la rama de salud de la SEWA en la que se informa sobre el servicio y la manera de utilizarlo;
- Los servicios son gratuitos o de muy bajo costo y los medicamentos pueden adquirirse a un precio mucho menor en las instalaciones de la SEWA que en los comercios privados;
- La SEWA es una entidad conocida que goza de la confianza de la gente.

Las entrevistas en profundidad realizadas a trabajadores comunitarios de la rama de salud de la SEWA revelan que existen dos obstáculos principales que impiden a las mujeres pobres de las zonas rurales utilizar los campamentos móviles de salud reproductiva. En primer lugar, el precio de 5 rupias por consulta impide asistir a los campamentos a algunas de estas mujeres. En segundo lugar, las mujeres pueden tener dificultades para acudir a los campamentos porque a menudo éstos funcionan en horas de trabajo.

Es probable que existan otras razones de carácter más general que expliquen las dificultades para prestar estos servicios a las personas pobres de las zonas rurales. Los estudios realizados en otros departamentos de la SEWA han revelado discrepancias similares en materia de equidad de la utilización de los servicios rurales frente a los urbanos. Por ejemplo, los miembros más pobres del plan de seguros de la SEWA (Vimo SEWA) presentan tasas de reclamación más bajas que los miembros menos pobres. Entre las razones que explican esta discrepancia pueden mencionarse las siguientes:

- Problemas de acceso geográfico a los centros de hospitalización y a los trabajadores comunitarios de Vimo SEWA;
- Vinculación menos estrecha entre los miembros y los trabajadores comunitarios de Vimo SEWA en las zonas rura-

les (es decir, el contacto entre los miembros y la Asociación es menos frecuente y estrecho en las zonas rurales);

- Menos capacidad de los trabajadores comunitarios de Vimo SEWA en las zonas rurales.

La rama de salud de la SEWA ha tomado medidas para mejorar la accesibilidad de los campamentos móviles de salud reproductiva en las zonas rurales. Una de estas medidas consiste en eximir del pago de la consulta y de los medicamentos a quienes parecen ser especialmente pobres, exención que normalmente se concede a unas pocas mujeres que acuden a cada campamento. Estas exenciones tal vez podrían otorgarse con mayor liberalidad y de manera más objetiva, por ejemplo, eximiendo a todos los que posean una tarjeta DUP (tarjeta que acredita que el titular se encuentra por debajo del umbral de pobreza).

No debe olvidarse que el hecho de que un servicio no haya podido llegar a la población más pobre de las zonas rurales no significa necesariamente que el servicio no haya logrado llegar a los pobres. Incluso los hogares comprendidos en los deciles más altos del índice de nivel socioeconómico en las zonas rurales deberían considerarse “menos pobres” y no “ricos”. En comparación con sus homólogos de las zonas urbanas, estos hogares de las zonas rurales poseen menos reservas de efectivo, menos bienes materiales y, por consiguiente, menor seguridad económica.

En conclusión, los resultados de este estudio indican que la prestación de servicios a través un sindicato de base amplia y orientado al desarrollo puede facilitar la prestación equitativa de servicios de atención de salud. Gobiernos y donantes pueden ayudar a garantizar que las ONG establecidas e interesadas en proporcionar servicios de salud cuenten con la capacidad y los recursos para hacerlo.

Esta sinopsis tiene por objeto resumir las prácticas recomendadas en materia de salud, nutrición y población. Es una adaptación del trabajo de M. Kent Ranson, Palak Joshi, Mittal Shah y Yasmin Shaikh titulado “India: Assessing the Reach of Three SEWA Health Services among the Poor”, Capítulo 9 de la publicación titulada: *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn't, and Why*, Davidson R. Gwatkin, Adam Wagstaff y Abdo S. Yazbeck, compiladores (Washington, DC: Banco Mundial, 2005). Las opiniones expresadas en esta nota no representan necesariamente la posición del Banco Mundial.



