



LLEGAR A LOS POBRES

con servicios de salud, nutrición y población



Qué funciona, qué no funciona y por qué

Los programas de salud no tienen que ser necesariamente inequitativos. En la mayoría de los casos, los servicios de salud, nutrición y población exacerban las desigualdades entre ricos y pobres, pues su cobertura entre los grupos desfavorecidos es mucho menor que entre aquellos que están en mejor situación económica. Sin embargo, existen muchas excepciones importantes e instructivas que demuestran que es posible llegar a los pobres de una manera mucho más eficaz que la actual, y señalan estrategias prometedoras para lograrlo.

Una de las principales actividades del Programa orientado a los pobres (*Reaching the Poor Program*) ha sido identificar esas excepciones y extraer enseñanzas. A través del Programa, emprendido por el Banco Mundial con la cooperación de la Fundación Gates y los Gobiernos de los Países Bajos y Suecia, se procura formular y promover la adopción de estrategias orientadas a lograr que los grupos desfavorecidos reciban un mayor grado de beneficios de los servicios de salud, nutrición y población.

LLEGAR A LOS POBRES

Qué funciona, qué no funciona y por qué

con servicios de salud, nutrición y población

EL PROBLEMA

Los programas de salud, nutrición y población rara vez llegan eficazmente a los grupos de población desfavorecidos. Durante años, muchos colaboradores del sector de la salud han dado por sentado que los pobres son los principales beneficiarios de sus esfuerzos. Sin embargo, en los últimos tiempos se han obtenido pruebas que indican que esa suposición es errónea. Con frecuencia, los servicios públicos y privados —incluidos aquellos emprendidos específicamente para ayudar a las personas desfavorecidas— benefician, en última instancia, a los integrantes de grupos que están en mejor situación económica.

Esta situación se da especialmente en el caso de los servicios de alto nivel, aunque también en materia de servicios básicos se tiende a favorecer a los grupos que están en mejor situación económica en lugar de a los necesitados a los cuales suelen estar destinados. Para cada uno de los ocho servicios de atención básica de la salud materno-infantil que se indican en el Gráfico 1, por ejemplo, las tasas de cobertura del 20% más acaudalado son más elevadas que las del 20% más pobre de la población de los países en desarrollo.

En la mayoría de los casos, sucede lo mismo con los servicios gubernamentales, pese a que típicamente se invocan razones de equidad para justificar la intervención directa del gobierno en la prestación de servicios. El historial de los 21 países en desarrollo incluidos en el Gráfico 2 sirve de ejemplo a este respecto. En más del 80% de esos países (17 de los 21), el 20% más rico de la población recibe un porcentaje mayor (15 países) o igual (dos países) de los subsidios gubernamentales para servicios de salud que el 20% más pobre de la población; en promedio, los beneficios destinados al 20% más acaudalado son dos tercios más altos que los correspondientes al 20% más pobre.

EL PROGRAMA

El Programa orientado a los pobres constituye un esfuerzo por ir más allá del simple diagnóstico de las desigualdades en materia de cobertura, como las que se indican en los Gráficos 1 y 2, para encontrar maneras de reducir esas desigualdades mediante el aumento de la cobertura entre los pobres. A través del Programa, se evalúa el historial de las iniciativas en curso y recientes sobre salud, nutrición y población, con la esperanza de alertar a los patrocinadores de los programas cuyo desempeño es deficiente respecto de un problema que probablemente desconocen, y señalar a su atención enfoques que han resultado más eficaces y, por lo tanto, merecen ser tenidos en cuenta y adoptados. Otro de sus objetivos es comenzar a crear una base documental que permita entender cuándo y por qué los servicios llegan a las personas pobres, y demostrar que es posible realizar el seguimiento de las iniciativas de servicios desde el ángulo de la pobreza.

El Programa tiene tres componentes:

- **Documentación** o generación de conocimientos. Con el propósito de aumentar los conocimientos respecto del historial de los programas de salud, nutrición y población, el Programa orientado a los pobres encargó 18 estudios de casos, que fueron seleccionados por un comité de examen profesional a partir de las casi 150 propuestas recibidas en respuesta a una convocatoria abierta realizada en el ámbito internacional. Los estudios de casos consistieron en evaluaciones cuantitativas de la manera en que los beneficios derivados de los programas estudiados estaban distribuidos entre los diversos grupos económicos de la sociedad, utilizando técnicas formuladas durante los últimos 25 años para determinar la distribución de los beneficios derivados del gasto público de los países en desarrollo.
- **Síntesis** de los nuevos conocimientos y de los ya existentes. En febrero de 2004, el Programa organizó una conferencia internacional que congregó a los autores de los estudios de casos, otros investigadores que realizaban tareas similares y autoridades normativas e investigadores de países en desarrollo y de organismos de asistencia internacional. En la conferencia se presentaron más de 100 estudios de casos realizados por los investigadores contratados por el Programa y por otros investigadores, así como amplios debates sobre la incidencia de los resultados de los estudios de casos en los programas de salud, nutrición y población.
- **Divulgación** de los conocimientos generados y sintetizados. Actualmente, se están llevando a cabo o preparando muchas actividades orientadas a sensibilizar a la opinión pública acerca del problema planteado por las desigualdades en la cobertura de los programas y, lo que es más importante, acerca de las maneras en que es posible reducirlas aumentando la

Gráfico 1. Uso de los servicios de atención básica de la salud materno-infantil

Tasas de cobertura entre el 20% más acaudalado y el 20% más pobre de la población en 56 países en desarrollo y con economías en transición

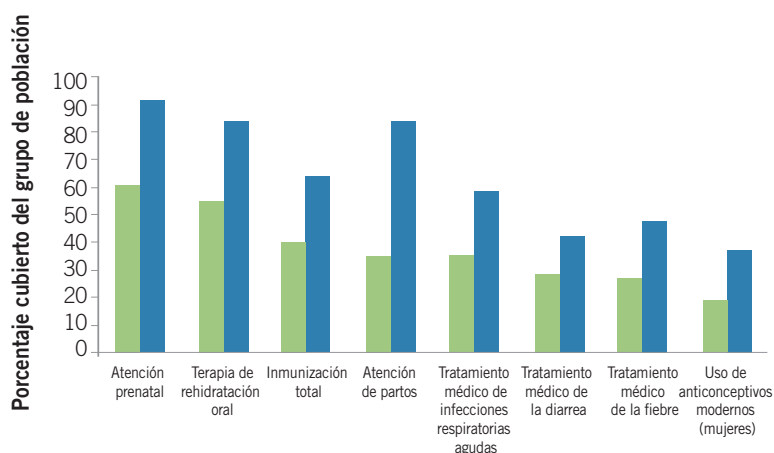
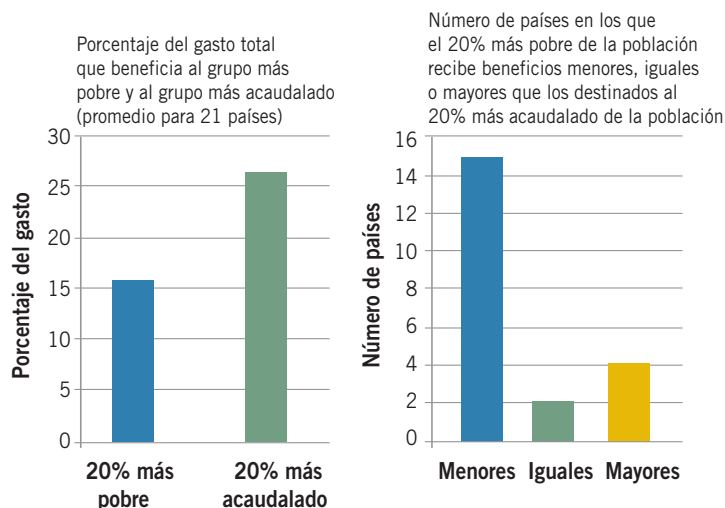


Gráfico 2. Distribución de los beneficios derivados del gasto público en servicios de salud

Porcentaje del gasto destinado al 20% más pobre y al 20% más acaudalado de la población en 21 países en desarrollo y con economías en transición



cobertura entre los pobres. Las actividades incluyen esta publicación, conferencias regionales en África y Asia, un compendio de los estudios de casos respaldados por el Programa, y un informe global sobre este último.

LOS RESULTADOS

En el Gráfico 3 se incluye una síntesis de los principales resultados de una muestra ilustrativa de 27 estudios de casos realizados por investigadores contratados por el Programa y por otros investigadores, y exhibidos en la conferencia mundial del Programa. Los resultados se presentan en términos de las dos dimensiones del desempeño de los programas descritas en el recuadro de texto titulado "Evaluación del grado de focalización en los pobres", a saber: focalización o incidencia (eje horizontal) y cobertura (eje vertical). En el gráfico, cada punto representa un programa individual, y los recuadros identifican cinco de los más interesantes.

Los resultados de los estudios indican que:

- **18 de los 27 programas favorecen a los pobres** cuando se evalúan teniendo en cuenta la focalización, por cuanto el 20% más pobre de la población recibe más del 20% de los beneficios del programa. (Se trata de los 18 puntos ubicados a la derecha de la línea vertical que indica la marca del 20%). En siete de los 27 programas, el 20% más pobre de la población recibe más del 40% del total de beneficios.
- **14 de los 27 programas cubren al 50% o un porcentaje mayor de la población comprendida en el 20% más pobre.**

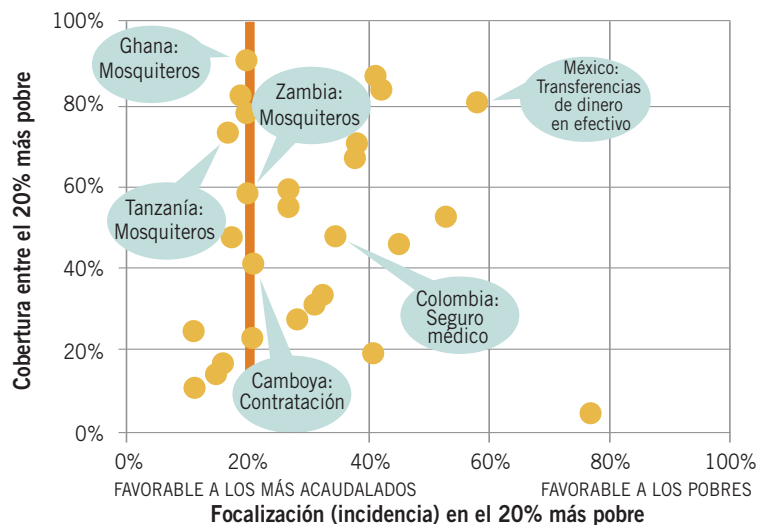
Entre las actividades más prometedoras cabe citar los siguientes ejemplos:

- **El programa "Progresas" de México, que, en lugar de cobrar, paga a las familias por asistir a centros médicos y escuelas.** El programa atiende a más de 20 millones de personas y los beneficios que ofrece constituyen más del 20% de los ingresos de las personas atendidas. Casi el 60% de las personas que reciben beneficios pertenece al 20% más pobre de la población de México, y el 80% de los beneficiarios integra el 40% más pobre de la población.

- **El uso en Colombia de técnicas perfeccionadas de focalización individual para proporcionar a los desfavorecidos un seguro médico subvencionado.** Estas técnicas permitieron aumentar la cobertura del seguro en el quintil más pobre de la población, de una cifra muy inferior al 10% a principios del decenio de 1990 a casi el 50% cuatro años después. El 35% de la subvención total del programa se destinó al 20% más pobre de la población, y el 65% al 40% más pobre.
- **El experimento realizado por Camboya al contratar a organizaciones no gubernamentales para la prestación de servicios públicos de atención primaria de la salud en zonas rurales,** en el marco de contratos que les exigían alcanzar niveles especificados de cobertura entre los pobres. Durante los cuatro años del experimento, la cobertura de ocho servicios básicos entre el 20% más pobre de la población aumentó de una cifra media inferior al 15% a más del 40% en dos distritos piloto con una población total de alrededor de 200.000 habitantes. Este aumento fue casi dos veces y media superior al registrado en dos distritos de control que siguieron recibiendo servicios públicos estándar.

- **La distribución de mosquiteros tratados con insecticidas a través de campañas de inmunización contra el sarampión en Ghana y Zambia.** En Ghana, la Cruz Roja y los Servicios de Salud Pública lograron que la tasa de uso de mosquiteros tratados aumentara del 3% a más del 90% entre el 20% más pobre de la población en un distrito septentrional de aproximadamente 90.000 habitantes. En Zambia, un programa similar produjo resultados semejantes: la cobertura de mosquiteros tratados aumentó del 18% al 82% entre las personas comprendidas en el 20% más pobre de la población en cinco distritos rurales con un total de 450.000 habitantes.
- **La venta de mosquiteros tratados con insecticidas en Tanzania.** En dos distritos meridionales, con un total de aproximadamente 60.000 habitantes, el Ifakara Health Research and Development Centre (Centro de

Gráfico 3. Focalización (incidencia) y cobertura de las intervenciones en materia de salud



EVALUACIÓN DEL GRADO DE FOCALIZACIÓN EN LOS POBRES

Para evaluar el grado en que un programa llega a los pobres, se miden dos dimensiones del desempeño:

- **La focalización**, también conocida como “incidencia” o “incidencia de los beneficios”, es la proporción de los beneficios de un programa que llega a los diversos grupos de una población, especialmente al grupo desfavorecido que plantea la mayor preocupación desde el ángulo de la pobreza. Cuanto mayor sea la proporción de los beneficios que llega a ese grupo, mayor será la eficacia del programa en términos de la asistencia a los pobres. (Supóngase, por ejemplo, que el 35% de la población de un país vive por debajo de la línea de pobreza. Si más del 35% de las personas atendidas por un programa se encuentran comprendidas en ese 35% de pobres, entonces se consideraría que el programa es progresivo o “favorable a los pobres”. A la inversa, si ese grupo recibe menos del 35% de los servicios, el programa sería regresivo, pues beneficiaría a los grupos que están en mejor situación económica más que a los desfavorecidos).
- **La cobertura**, es decir, el porcentaje de personas pobres de un país que reciben asistencia de un programa. A diferencia de las mediciones de la focalización o la incidencia, que comparan explícita o implícitamente la cobertura entre los grupos de una sociedad, las mediciones de cobertura hacen referencia al historial de un programa relacionado únicamente con los pobres.

A raíz de que comparan la cobertura entre los grupos, las mediciones de la focalización o la incidencia sirven para evaluar el impacto de un programa en la desigualdad entre los grupos, es decir, en qué medida contribuye a aumentar o reducir las disparidades en la cobertura entre los pobres y los que están en mejor situación económica. Las mediciones de la cobertura, por el contrario, se usan para evaluar el impacto del programa en la pobreza: qué beneficios ofrece a los pobres, independientemente de que esos beneficios sean superiores o inferiores a los que ofrece al grupo que está en mejor situación económica.

El Programa orientado a los pobres está coordinado por Davidson Gwatkin, Adam Wagstaff y Abdo Yazbeck. Para obtener más información sobre el Programa:

- Visite la sección “Reaching the Poor Program” del sitio web del Banco Mundial sobre pobreza y salud: <http://www.worldbank.org/povertyandhealth.html>
- Envíe su consulta por correo electrónico a la dirección del servicio de asesoría sobre salud del Banco Mundial: healthpop@worldbank.org

El Banco Mundial desea expresar su agradecimiento a la Fundación Bill y Melinda Gates y a los Gobiernos de los Países Bajos y Suecia, sin cuyo apoyo el Programa no hubiese sido posible.

Algunas partes de esta presentación se basan en material publicado en Davidson R. Gwatkin, Abbas Bhuiya y Cesar G. Victora, “Making Health Systems More Equitable”, *The Lancet*, vol. 364, No. 9441, págs. 1273-80.

Investigación y Desarrollo de la Salud de Ifakara) preparó y puso en práctica un programa de ventas subvencionadas que permitió aumentar del 20% al 73% el uso de mosquiteros en los hogares comprendidos en el 20% más pobre de la población. Al igual que en Ghana y Zambia, el aumento en el uso y la posesión de mosquiteros entre los pobres fue mayor que entre los grupos en mejor situación económica.

La magnitud y el enfoque de estos programas y de los otros programas que parecen haber llegado eficazmente a los pobres han sido muy diferentes. Mientras que algunos (Ghana, Tanzania, Zambia) consistieron en pequeñas iniciativas piloto contra enfermedades específicas, otros (México, Colombia) representaron reformas a nivel nacional que tocaron muchos aspectos fundamentales del respectivo sistema nacional de salud. Algunos (Camboya, Ghana, Tanzania, Zambia) implicaron un cambio en la organización de la prestación de servicios y/o en la estrategia, mientras que otros (Colombia, México) pretendieron modificar la manera en que se financian los servicios. Mientras que algunos (Ghana, Zambia) se centraron únicamente en las enfermedades transmisibles de la niñez, varios otros (Camboya, Colombia, México) fueron mucho más amplios y también se ocuparon de los adultos y las enfermedades crónicas.

En los proyectos y programas que aparentemente han sido satisfactorios se utilizó una amplia gama de técnicas, a saber: mejores medios para identificar a las personas pobres (Colombia, México); pagos en efectivo para el uso de servicios (México); servicios prestados por organizaciones no gubernamentales en el marco de contratos con indicadores claramente especificados para medir la focalización orientada a los pobres (Camboya); campañas masivas (Ghana, Zambia), y ventas subvencionadas (Tanzania).

LAS CONCLUSIONES

Experiencias similares a las que se acaban de presentar demuestran que no es preciso aceptar como inevitable el historial de la mayoría de los programas de salud, nutrición y población en curso de ejecución, que indica claramente que estos no llegan de una manera suficiente a los pobres. Es posible lograr resultados mucho mejores.

La amplia diversidad de experiencias alentadoras plantea dudas respecto de la existencia de una única estrategia óptima para mejorar la focalización de los servicios de salud. Es posible que las investigaciones futuras permitan identificar esa estrategia, pero es igualmente, si no más, probable que exista un gran número de enfoques diferentes cuya conveniencia dependerá, en gran medida, de las características del entorno y de la enfermedad o la situación en cuestión.

En consecuencia, es importante establecer con especial cuidado cuál de los muchos enfoques prometedores disponibles se adecua mejor a una situación concreta. Con el propósito de ayudar a realizar esa selección, las experiencias identificadas a través del Programa orientado a los pobres presentan información instructiva acerca de las numerosas posibilidades dignas de consideración. Se obtienen grandes beneficios al estudiar todas las posibilidades, elegir las más prometedoras para un entorno específico, adaptarlas teniendo en cuenta los conocimientos sobre ese entorno, probarlas, realizar el seguimiento de su impacto, perfeccionar las que funcionan bien, descartar las que no lo hacen y probar otras en su lugar.