

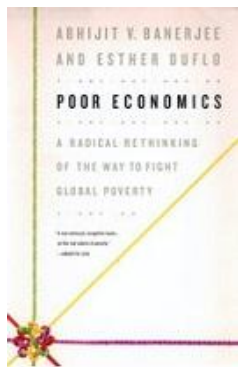
# POBREZA EN LA INFANCIA PERSPECTIVAS

JUNIO 2011  
POLÍTICA Y PRÁCTICA DE UNICEF



## Una nueva mirada a un viejo problema: ¿Por qué tantos niños pobres pierden la oportunidad de recibir inmunizaciones esenciales?

**Abhijit Banerjee y Esther Duflo**, fundadores y directores del *Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab (J-PAL)* en la MIT



Nuestro libro *“Poor Economics: A Radical Rethinking of the Way to Fight Global Poverty”* (*Economía de Pobreza: Una Reconsideración Radical de cómo Combatir la Pobreza Mundial*), es un intento de sintetizar lo que hemos aprendido a través de quince años de trabajo con los pobres en todo el mundo. Cada capítulo aborda una faceta diferente del desarrollo, desde la educación y el espíritu empresarial hasta las microfinanzas y la salud, pero, en cada caso, hemos hecho uso de la extensa evidencia actualmente disponible, acerca de los pobres (desde nuestro trabajo y el de otros) y de lo que hemos aprendido de nuestros encuentros personales con personas pobres a lo largo de todo el mundo, a fin de identificar patrones que ofrezcan una visión más reveladora a nuestra pregunta clave: ¿Cómo es posible que los pobres puedan comenzar con los mismos anhelos y aptitudes de cualquier otra persona y, sin embargo terminen con vidas completamente diferentes? En este ensayo nos enfocamos en una interrogante que es primordial para la misión de UNICEF. Se reconoce que la

inmunización es una de las maneras más efectivas y costo eficientes para salvar vidas. Sin embargo, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2008), cada año 27 millones de niños no reciben las vacunas esenciales que forman parte del Programa Ampliado de Inmunizaciones. En vista de los beneficios establecidos y de los recursos que cada uno de los países y que la comunidad internacional dedican a este problema, ¿por qué tantos niños pierden la oportunidad de recibir inmunizaciones esenciales?

### ¿Cuándo nos interesamos por el problema de las inmunizaciones?

Nuestro primer encuentro con la seriedad y urgencia del problema de las inmunizaciones fue en Udaipur, Rajasthan. En colaboración con una ONG local, Seva Mandir, la cual ha venido trabajando con poblaciones tribales pobres en el distrito por más de 50 años, emprendimos una encuesta detallada de la condición de salud y del comportamiento saludable en 100 aldeas. (Los resultados están publicados en Banerjee, Deaton, y Duflo, 2004). Nos impresionó mucho el bajo nivel de inmunizaciones reportado por los padres: se reportó que 16% de los niños menores de 2 años estaban totalmente inmunizados. (De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Familiar 2005 – 2006, una encuesta nacional representativa tomando como modelo la Encuesta Demográfica y de Salud, solamente 22% de los niños entre 1 y 2 años de edad estaban completamente inmunizados en el área rural de Rajasthan).

Más aun, entrevistas con las familias sugirieron que los cuestionarios estándar para medir la tasa de inmunización probablemente sobreestimaban las tasas de inmunización: la mayoría de los progenitores no tenían consigo la tarjeta de

inmunización y muchos de ellos parecían informar que habían recibido todas las inmunizaciones a partir del momento en que el niño recibió por lo menos la BCG<sup>1</sup>.

Un primer paso para resolver el problema es reconocer su magnitud. Por lo tanto, nuestro primer esfuerzo fue realizar una encuesta muy detallada acerca de las inmunizaciones en 120 aldeas, contando con un cuestionario de encuesta que fue validado para asegurar respuestas confiables. La línea de base de la tasa de inmunizaciones que encontramos con ese instrumento de encuesta estaba por debajo del 2%.

Un estudio ampliamente citado (Lim et al, 2008) que se basa en comparaciones entre Encuestas Demográfica y de Salud y las estadísticas oficiales de inmunización, reporta que los países, bajo presión de mostrar resultados para obtener fondos de la Alianza Global para Vacunas e Inmunización (GAVI) , sobreestiman el número de niños inmunizados. Una primera lección de este proyecto, antes de que se inicie cualquier intervención, fue que, incluso este artículo probablemente subestima el nivel del problema de las inmunizaciones a nivel mundial. Existen, probablemente, muchos más de 25 millones de niños cada año, que no reciben todas las inmunizaciones esenciales actualmente disponibles.

Los gobiernos, así como las organizaciones internacionales (y aquellas involucradas en el desarrollo de nuevas vacunas) frecuentemente reaccionan a este tipo de noticias con una actitud un tanto defensiva. Recordamos haber compartido estos resultados en una reunión de funcionarios públicos de alto nivel en la India, quienes estaban muy ofendidos porque a su país lo hacían ver “como un país africano cualquiera” (en realidad, resulta que sería halagador para la India, considerando que las tasas de inmunización en efecto son mucho más altas en la mayoría de los países africanos). En otra oportunidad, un funcionario de alto rango de una organización internacional no impugnó los resultados, más bien rápidamente intento dejarlos de un lado comentando que esas cifras tan bajas “únicamente” eran aplicables para la India y Nigeria (dos países con poblaciones de 1.2 mil millones y 155 mil millones de personas, respectivamente) y que las tasas eran muy elevadas en Botswana (un país con 2 millones de personas). El rápidamente cambió el tema para discutir la importancia de invertir fondos en el desarrollo de una nueva vacuna en contra del neumococo.

Si bien no podríamos estar más de acuerdo acerca del valor de una vacuna contra el neumococo para el mundo en desarrollo, nos parece que el negar que existe un problema en la entrega de vacunas es contraproducente y representativo del problema de las “3 i” que frecuentemente se confronta en la lucha contra la pobreza: Políticas concebidas dentro de una *ideología* (“los pobres tienen que desear que sus hijos se encuentren inmunizados puesto que, obviamente, esto es bueno para ellos”); diseñadas en cerca de una total *ignorancia* de la situación en el terreno (ni siquiera contamos con medidas confiables de tasas de inmunización en el mundo); que persisten debido a la *inercia* (nadie en el sistema de salud tiene una buena razón para “agitar las aguas”, y “resmas de niños de papel” en las estadísticas, siguen siendo inmunizados en informe tras informe). El problema “3i” ha plagado los esfuerzos para ayudar a los pobres del mundo y nuestro libro es un intento de perfilar los primeros pasos para combatirlo.

### ¿Cuál son las explicaciones para las bajas tasas de inmunización?

¿Por qué la tasa de inmunización es tan baja en Udaipur? Con seguridad, no es debido a que a los padres no les interesa su salud. Incluso entre los más pobres, el 7% del presupuesto mensual, en promedio, se destina a la atención de salud (Banerjee, Deaton y Duflo, 2004). Pero la mayor parte de estos gastos están destinados a la atención curativa (antibióticos, sueros) y menos de la cuarta parte de las visitas al proveedor, se efectuaron en un establecimiento público.

Una posible explicación de la baja tasa de inmunización es el mal desempeño de atención a la salud en el sistema público. En una encuesta semanal aplicada durante un año en establecimientos públicos, encontramos que los consultorios locales, que supuestamente ofrecen servicios preventivos de salud, se encontraban cerrados más de la mitad del tiempo. Fundamentalmente, no encontramos indicios de “campañas” de vacunación que, se supone, deberían tener lugar en aldeas periféricas a intervalos regulares.

Una segunda explicación es que los pobres tienen creencias tradicionales que los desalientan a ser inmunizados. Esto, en principio, podría ser cierto, pero, con seguridad, no como parte de una resistencia general a la medicina moderna: como hemos visto en líneas arriba, los pobres en Udaipur muestran preferencia por médicos privados alopáticos; más aún, cerca de dos terceras partes de las visitas a médicos privados concluyen con una inyección y cerca de 12% involucran el recibir un suero. En todo caso, el problema parece radicar en la excesiva confianza a un tipo específico de medicina moderna, aquella basada en inyectables.

---

<sup>1</sup> La vacuna BCG se utiliza para la prevención y control de la tuberculosis en recién nacidos y niños pequeños

Una tercera posibilidad es que el problema no es con la medicina moderna en general sino con la naturaleza de la atención preventiva. En todo el mundo parece existir evidencia general de una falta de demanda por atención preventiva – aceptación de mosquiteros tratados con insecticida, cloro para purificar el agua o soluciones de rehidratación oral (seis cucharillas de azúcar y media cucharilla de sal disueltas en un litro de agua hervida) para prevenir la muerte por diarrea y vitamina B para prevenir la ceguera nocturna – todas ellas tienden a ser sorprendentemente bajas a pesar de que son completamente accesibles. Las posibles razones para que ocurra esto es, ya sea que existan costos psicológicos/cognitivos para su implementación (desidia, incapacidad de planificar o mantener un régimen estricto) o simplemente falta de confianza en estas estrategias.

### ¿Que intervenciones fueron puestas a prueba?

En base a la comprensión del problema, Seva Mandir decidió implementar una intervención piloto con dos soluciones. Primero, ésta proporcionaría acceso a un servicio confiable, manteniendo campañas de inmunización itinerantes en las aldeas, en fechas y horas fijas y bien publicitadas. Más aun, se impuso la tarea a un trabajador de salud local para crear conciencia acerca de las inmunizaciones. Esta estructura estaba, en efecto, replicando, de una manera completamente funcional, el sistema ideal de atención de salud del gobierno.

Segundo, ellos proporcionarían a algunas comunidades tanto con un servicio confiable como con además incentivos, prometiendo a cada una de las madres una bolsa de 1 Kg. de lentejas (con un valor de 40 rupias, algo menos de un dólar y aproximadamente medio día de salario mínimo) por cada inmunización y un juego de platos al completar todo el esquema de inmunizaciones. Si el problema era que existían fuertes convicciones en contra de las inmunizaciones, el incentivo no era lo suficientemente cuantioso para tener algún efecto. Sin embargo, si estaban fallando debido a desidia o convicciones débiles, los incentivos--incluso los más pequeños--podrían ser muy efectivos al proporcionar un antídoto directo a la renuencia a actuar de manera inmediata o al sentimiento que en realidad las inmunizaciones no tienen importancia.

Conviene enfatizar que al principio, inclusive los funcionarios de Seva Mandir no estaban necesariamente convencidos que este pequeño incentivo en favor de las inmunizaciones pudiera hacer la diferencia. En efecto, algunos estaban completamente escépticos. “¿No les prometerá el curandero local bastante más si ellos no se inmunizan? ¿Los incentivos no traerán a la memoria los periodos de emergencia cuando las personas eran engañadas para ser esterilizadas en contra de su voluntad? ¿Es correcto “sobornar” a las personas para que hagan lo que es debido?”

Sin embargo, Seva Mandir y en particular su directora Neelima Khetan (quien recientemente dejó la organización después de liderarla por más de una década) comprendieron que no existía una razón para *no* poner la intervención a prueba en pequeña escala y de manera rigurosa (un experimento aleatorio), con objeto de enterarse cuales eran sus efectos. Si fueran positivos, el experimento podría continuarse o ampliarse. Si no, se habría aprendido algo y se debería volver a fojas cero.

Las intervenciones aún no se habían iniciado y ya se había aprendido una segunda lección. Además, al enterarnos que las tasas de inmunización eran más bajas de lo que se creía, la lección era que las organizaciones buenas deben estar dispuestas a tomar riesgos, salir paulatinamente de sus áreas de seguridad y dar lugar a la posibilidad de que se pruebe que no están en lo correcto.

### ¿Cuáles fueron los resultados?

El experimento comparó tres grupos seleccionados de manera aleatoria: sin intervención adicional (para comparación), servicio confiable solamente y servicio confiable más incentivos. (Los resultados fueron publicados en Banerjee et al (2010) en el *British Medical Journal*.) Por sí solo el servicio confiable más que duplicó las tasas completas de inmunizaciones, de 6% a 18%. Pero cuando se añadieron los incentivos, la tasa completa de inmunización se elevó a 39% en las aldeas donde se aplicó el tratamiento. Lo que es más, se dieron excedentes. Los incentivos captaron a padres de familia de las aldeas vecinas, lo cual triplicó el porcentaje de niños de entre 1 y 3 años en las aldeas circundantes, con inmunización completa.

Quizás, contrariamente a la intuición, los incentivos en realidad *redujeron* los costos por niño inmunizado. Debido a que los incentivos triplicaron la asistencia, en comparación a solamente servicios confiables, las enfermeras que acudieron a la aldea para inmunizar a los niños estuvieron muy ocupadas. Como resultado, los costos de inmunización por niño se redujeron a la mitad. En el grupo con solamente servicio confiable, el costo es de \$56 por niño inmunizado, en comparación con \$28 por niño en el grupo que recibieron servicios confiables más incentivos.

Lo sorprendente no es que los incentivos funcionen – esto es algo que ya lo sabíamos a través de las evaluaciones a *PROGRESA* y *TMCs* en América Latina – pero sí es sorprendente que incentivos muy pequeños--no monetarios--tuvieran impactos tan grandes en la aceptación de actividades cruciales como la inmunización.

### ¿Entonces, por qué existen tantos niños no inmunizados?

Además de proporcionar un posible camino a seguir--por lo menos en este contexto--estos resultados brindan cierta luz con respecto a la interrogante inicial: ¿por qué hay tantos niños no inmunizados?

Primero, los resultados sugieren que, incluso si los gobiernos fueran capaces de ofrecer servicios de salud preventiva completamente gratuitos y confiables, dichas intervenciones podrían no ser suficientes para lograr la inmunización universal: aun con servicios confiables de alta calidad suministrados por una organización que inspira la confianza de los aldeanos, las tasas de inmunización completa solamente llegaron a 18% sin incentivos, lo cual significa que muchos niños— más que 8 de cada 10-- no están completamente inmunizados.

Segundo, los resultados también sugieren que la desconfianza en las inmunizaciones (por ejemplo, temor al mal de ojo) no es un aspecto clave, por lo menos para una gran mayoría de padres: en las aldeas donde no se proporcionaron incentivos, las tasas de inmunización fueron altas para las primeras dos dosis: por ejemplo, 78% recibieron la primera dosis. Es después de la tercera dosis que las tasas bajaron. Es probable que los padres se desilusionaron porque no les parecía que sus hijos estaban visiblemente más saludables después de las primeras dos dosis.

Quizás, se les acabó la voluntad de hacerlo. Esta es nuestra tercera lección: parecería que la desidia se interpone en el camino, especialmente después de algunas dosis. Es como si los padres ya no tuvieran el deseo de perseverar y se convencieran a sí mismos, mes tras mes, que si fallan este mes, siempre podrán volver. Es en este punto donde las lentejas fueron una gran ayuda; brindando una razón para actuar hoy mismo en vez de esperar hasta el próximo mes, convencieron así a una gran parte de padres a atenerse al plan.

Sin embargo, ¿los padres demostrarían tanta desidia, si tuvieran plena conciencia de los beneficios de la inmunización? Es cierto que los beneficios se apreciarán en el futuro mientras que se incurre en los costos ahora. Pero los beneficios son tan grandes que una madre que sabe que postergará indefinidamente la inmunización, ella misma se encargaría de actuar. Por lo tanto – y esta es la cuarta lección – además estos resultados evidencian que los padres carecen completamente de auto conciencia o, más plausiblemente, si bien no se oponen activamente a la inmunización, todavía estarían subestimando sus beneficios.

### ¿Cuál es el mensaje para los que diseñan políticas?

En definitiva, cuando existen servicios valiosos--pero a los cuales las personas no acuden--los que diseñan políticas deberían tomar en cuenta la incorporación de incentivos pequeños pero sobresalientes para incrementar las tasas de inmunización. Estos no necesariamente deben ser monetarios, en efecto, las campañas de inmunización pueden ser efectivos puntos de encuentro para distribuir artículos gratuitamente valiosos para los hogares, y de gran valor para su distribución en gran escala, particularmente para hogares con niños pequeños. La OMS y UNICEF han conducido experimentos con este enfoque en África, distribuyendo mosquiteros tratados con insecticida en las campañas de inmunización de sarampión. Esto mejoró la cobertura tanto de los mosquiteros como de las inmunizaciones, un doble beneficio. Uno podría, de igual modo, proyectar la distribución de sal fortificada con iodo en las campañas de inmunización.

A pesar de esto, de un extremo al otro del espectro político, hay recelo acerca de los regalos y aún más de los incentivos. Los gobiernos frecuentemente consideran que deberían primero enfocarse en fortalecer la oferta y, solamente después que se haya hecho esto, preocuparse por la demanda. Está claro que se necesita un mínimo de calidad y confiabilidad en los servicios de inmunización para que funcione cualquier programa, pero lo que sugiere el análisis de costo beneficio de nuestro experimento es que, al trabajar simultáneamente con la demanda, podría incrementarse la efectividad de costos. Cincuenta y seis dólares por cada niño completamente inmunizado es más de lo que la mayoría de los gobiernos pueden permitirse y más de los que la Alianza Global para Vacunas e Inmunización (GAVI) proporciona a los países elegibles. Sin embargo, 28\$ está mucho más cerca de lo que los gobiernos pueden permitirse. Nuestro experimento muestra que si la demanda se fortalece, los hogares estarán dispuestos a “recorrer la última milla”: y es mucho más barato para los hogares hacerlo de esta manera que pagar por enfermeras con buenos salarios.

Uno podría impulsar este argumento algo más; no está claro que la meta debería ser que la inmunización esté disponible cada día o aun cada semana. Si el costo de la desidia es bajo, la tendencia es, en realidad, más grande. ¿Cuál es la posibilidad de que su niño contraiga sarampión entre hoy y mañana? Por lo tanto, ¿cuál es el costo de retrasarse solamente por un día? No obstante, los costos se hacen más elevados cuando uno tiene que esperar un mes antes de la siguiente campaña. La organización de la inmunización a través de “campañas” mensuales o bimensuales, acompañadas de operativos publicitarios muy difundidos, podrían crear un efecto de “fecha tope” que convertirían a las inmunizaciones en algo más sobresaliente e incrementar el cumplimiento (esta hipótesis no ha sido ensayada).

Aun cuando los gobiernos y las ONG están convencidos que incrementar la demanda por inmunización es importante, generalmente creen que esto podría realizarse a través de una mejor información y no mediante incentivos. La desconfianza a los incentivos para la inmunización parece provenir de un dogma, tanto para quienes están a la derecha como a la izquierda del espectro de la corriente política: no trate de sobornar a las personas a realizar cosas que usted considera que deberían ser realizadas. Para la derecha, esto se debe a que se desperdiciará; para la izquierda convencional, la cual incluye a la mayor parte de la comunidad de salud pública, es debido a que esto degrada tanto a la persona que da como a la que recibe. En lugar de esto, deberíamos enfocarnos en tratar de convencer a los pobres acerca de los beneficios de las inmunizaciones.

Pensamos que ambos puntos de vista son, de alguna manera, formas obstinadas de pensar acerca de este y otros problemas similares, debido a dos razones: primero, nuestro experimento demuestra que, por lo menos en Udaipur, si bien los pobres parecen creer en todo tipo de cosas, no existe mucha convicción más allá de dichas creencias; de otra manera ellos no cambiarían su manera de pensar tan fácilmente. Segundo, la acción no siempre sigue a la atención. Aún cuando las personas estuvieran convencidas del valor de la inmunización, los niños no necesariamente estarían inmunizados. Esta tendencia a la desidia, por supuesto, no se limita a los pobres, la gran diferencia es cuan pequeña es la ayuda ellos obtienen para tomar las decisiones correctas.

Para concluir este artículo, deseáramos tomar prestada la conclusión del capítulo sobre salud de nuestro libro:

“En países ricos, constantemente recibimos ayuda para tomar las decisiones correctas: no tenemos otra elección que inmunizar a nuestros niños – caso contrario las escuelas públicas no los aceptarían – y aún si de alguna manera dejamos de hacerlo no hacerlo, nuestros niños probablemente estarían seguros debido a que todos los demás están inmunizados. Nuestras compañías aseguradoras de salud nos premian por asistir al gimnasio, porque se preocupan que de otra manera no lo hagamos. Más aun, tomamos por descontadas muchas cosas: el agua viene lista para beber de nuestros grifos, no dormir debajo de mosquiteros debido a que no existe malaria, etc. Y, probablemente lo más importante, la mayoría de nosotros no debemos preocuparnos de donde vendrá nuestra próxima comida. En otras palabras, raras veces necesitamos hacer uso de nuestra limitada dotación de auto-control y decisión, en tanto que a los pobres permanentemente se les requiere que lo hagan.

Deberíamos admitir que nadie es lo suficientemente sabio, paciente o conocedor para ser completamente responsable de tomar la decisión correcta acerca de su propia salud. La principal meta de la política de salud en países pobres debería ser facilitar, en la medida de lo posible, que los pobres obtengan atención preventiva en salud. Esto incluye servicios gratuitos, pero, además, todo lo que podamos proyectar para simplificar las cosas”.

#### Algunas Fuentes Generales

- Banerjee, Abhijit and Duflo, Ester (2011). *Poor Economics: A Radical Rethinking of the Way to Fight Global Poverty*. New York: Public Affairs.
- [Poor Economics Companion Website](#)
- Banerjee, Abhijit, Angus Deaton and Esther Duflo (2004). “Health Care Delivery in Rural Rajasthan”. Mimeo, MIT.
- Banerjee, Abhijit, Esther Duflo, Rachel Glennerster, and Dhruva Kothari (2010). “Improving Immunization Coverage in Rural India: A Clustered Randomized Controlled Evaluation of Immunization Campaigns with and without Incentives.” Forthcoming, *British Medical Journal*.
- Lim Stephen S., Stein David B., Charrow Alexandra, Murray Christopher J. (2008). “Tracking progress towards universal childhood immunisation and the impact of global initiatives: a systematic analysis of three-dose diphtheria, tetanus, and pertussis immunisation coverage.” *Lancet* 372:2031-46.
- [National Family Health Survey, 2005-2006](#) (NHFS-3).
- WHO and UNICEF. [Global immunization data](#). World Health Organization, 2008.
- [Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab \(J-PAL\)](#)
- [Esther Duflo: Social experiments to fight poverty](#) – TED Talk

**Pobreza en la Infancia: Perspectivas** son contribuciones de miembros y no necesariamente representa los puntos de vista de UNICEF. Por favor envíe sus contribuciones de nuevas *Perspectivas* a los editores de las series, Isabel Ortiz, Jingqing Chai, Louise Moreira Daniels y Solrun Engilbertsdottir a la siguiente dirección: [child-poverty@groups.dev-nets.org](mailto:child-poverty@groups.dev-nets.org)