

Indicadores de pobreza y acceso a subsidios sociales en población vulnerable en el Distrito de Buenaventura

Esneda Mosquera Mosquera



**Facultad de Salud
Escuela de Salud Pública
Magister en Salud Pública
Santiago de Cali
2015**

Indicadores de pobreza y acceso a subsidios sociales en población vulnerable en el Distrito de Buenaventura

Esneda Mosquera Mosquera

Trabajo de investigación para optar el título de Magíster en Salud Pública

**Director
Carlos Andrés Fandiño Losada
MD, M.Sc., Ph.D**

**Universidad del Valle
Facultad de Salud
Escuela de Salud Pública
Magister en Salud Pública
Santiago de Cali
2016**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Santiago de Cali, enero 2016

Agradecimientos

A Dios por permitirme alcanzar este nuevo logro

A mi madre por su amor y apoyo incondicional en este proceso.

A mi esposo, mi hermana y familia quienes día a día me aportaron su valiosa ayuda llena de amor y confianza.

Al Dr. Carlos Andrés Fandiño Losada, por su dedicación y acertada orientación.

A todas las personas quienes me apoyaron y fueron parte importante de este proceso

“Dale un pez a un hombre y comerá un día;
enséñalo a pescar y comerá siempre.”

551 A.C

Contenido

Introducción.....	10
1. Planteamiento del Problema	13
1.1. Pregunta de investigación	14
2. Estado del Arte	15
2. Marco Teórico.....	22
3. Objetivos	34
3.1 Objetivo General	34
3.2 Objetivos específicos	34
4. Metodología	35
4.1 Tipo de estudio	35
4.1 Criterios de inclusión y exclusión	35
4.4.1 Criterios de inclusión.....	35
4.4.2 Criterios de exclusión.....	35
4.5 Fuente de Información	35
4.5.1 Selección de la muestra	36
4.6 Procedimiento de obtención de la información	36
4.7 Análisis	36
4.8 Consideraciones éticas	37
5. Resultados	38
5.1 Análisis de privaciones.....	38
5.1.1 Condiciones educativas del hogar.....	39
5.1.2 Condiciones de la niñez y la juventud	40
5.1.3 Trabajo.....	41
5.1.4 Salud.....	41
5.1.5 Acceso a servicios públicos y condiciones de la vivienda.....	42
5.2 Análisis de proporción de privaciones por variable entre pobres y no pobres.....	42
6. Discusión.....	53

7. Limitaciones.....57
8. Conclusiones.....59
9. Recomendaciones.....60
Referencias bibliográficas61

Lista de tablas

Tabla 1. Participación de privaciones.....	38
Tabla 2. Tipo de SISBEN	43
Tabla 3. Condición de desplazamiento.....	43
Tabla 4. Jefe hogar mujer	43
Tabla 5. Jefe hogar menor.....	44
Tabla 6. Número de subsidios por hogar.....	44
Tabla 7. IPM/Monto de subsidios por familias/IPM.....	44
Tabla 8. Número de subsidios por hogar vs monto per cápita en pesos de los mismos.....	45
Tabla 9. Regresión binomial negativa cruda del número de subsidios crudo.....	50
Tabla 10. Regresión binomial negativa múltiple del número subsidios por hogar	51
Tabla 11. Modelo simple monto de subsidios por hogar per cápita	51
Tabla 12. Modelo ajustado múltiple.....	52

Lista de Gráficas

Gráfica 1. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud.	25
Gráfica 2. Modelo de Determinantes sociales de la Salud. Dahlgreen y Whitehead 1991	28
Gráfica 3. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. OMS 2010.....	30
Gráfica 4. Condiciones educativas del hogar.....	40
Gráfica 5. Condiciones de la niñez y la juventud.....	40
Gráfica 6. Trabajo	41
Gráfica7. Salud.....	41
Gráfica 8. Acceso a servicios públicos y condiciones de la vivienda	42
Gráfica 9. Curva de Lorenz. Número de subsidios.....	46
Gráfica 10. Curva de Lorenz. Número de subsidios según condición de pobreza	46
Gráfica 11. Curva de Lorenz. Número de subsidios ajustada por IPM.....	47
Gráfica 12. Gráfica de Lowess para número de subsidios/IPM.....	47
Gráfica 13. Curva de Lorenz de monto en pesos de los subsidios per cápita dividida por nivel de pobreza.....	48
Gráfica 14. Curva de Lorenz subsidios totales/per cápita.....	48
Gráfica 15. Curva de Lorenz monto en pesos de los subsidios per cápita ajustada por puntaje de IPM.....	49
Gráfica 16. Relación de Monto de los subsidios y el IPM	50

Introducción

El mejoramiento de las condiciones económicas y sociales de la población permite un desarrollo de las capacidades humanas, por este motivo, es importante el esfuerzo que el Estado por medio de sus políticas públicas efectúa a través del Gasto Público Social (GPS). Por medio del GPen Colombia, se ha buscado la forma de suplir las falencias críticas de la población. Los niveles de pobreza disminuyen si se logra la redistribución de los ingresos y una correcta asignación de los recursos, sin embargo, aunque los diferentes gobiernos han buscado mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, hay evidencias de mejoras en la cobertura de algunos servicios básicos más no en la calidad de los mismos. (Pineda et al.)¹.

El concepto y la práctica de la protección social en los países en desarrollo ha avanzado a un ritmo sorprendente en la última década. Existe consenso sobre la idea de que la protección social constituye una respuesta eficaz a la pobreza y la vulnerabilidad en los países en desarrollo, y un componente esencial de las estrategias de desarrollo económico y social. En los últimos 15 años, los Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas (PTMC) han revolucionado la asistencia social brindada a los pobres en todo el mundo. Estos programas se han extendido desde América Latina y el Caribe hasta Asia y África, e incluso algunos países industrializados los han adoptado. Estos programas fueron introducidos primero en Brasil y México a finales de los 1990 y para el 2011 ya se han implementado en 18 países de la región incluida Colombia. (Stampini et al)².

Buenaventura "Distrito Especial Portuario y Biodiverso" es el puerto marítimo más importante del pacífico colombiano y uno de los más representativos para el país por su volumen de carga. Este es el municipio de mayor extensión del Valle del Cauca un territorio estratégico debido a su ubicación, extensión y necesidades socioeconómicas que demuestran la importancia de tomar acciones para propiciar el desarrollo social y económico del municipio. Se contrasta su gran riqueza gastronómica y cultural, su biodiversidad, las oportunidades económicas y sociales que allí se encuentran, con sus grandes vulnerabilidades. (Fundación Carvajal)³

Buenaventura parece ser un ejemplo de círculo vicioso de la pobreza. Problemas de poco desarrollo de la infraestructura económica, carencias educativas y de salud, bajo desarrollo de políticas alternativas para hacer frente a la situación de grupos tradicionalmente marginados en el país. La perspectiva posible debe conjugar políticas de crecimiento económico con desarrollo social, que permitan tener en cuenta el contexto de región, población e instituciones,

de manera que se rompa la dicotomía entre uno y otro tipo de crecimiento. (Martínez)⁴

En el presente proyecto se toma la decisión de abordar como tema el análisis de indicadores de pobreza y acceso a subsidios sociales en población vulnerable en el Distrito de Buenaventura desde la perspectiva del enfoque multidimensional; el cual identifica las carencias que no permiten elevar la calidad de vida de las personas. El objetivo general es determinar la relación entre los niveles de pobreza multidimensional y el acceso a subsidios y como objetivos específicos se pretende: describir los patrones de acceso a subsidios en la población pobre del Distrito de Buenaventura y cuantificar los niveles de acceso a los mismos, establecer los patrones de inequidades en el acceso a subsidios en la población pobre del Distrito de Buenaventura, establecer la asociación entre nivel de pobreza según el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) y el nivel de acceso a subsidios.

Para su construcción como problema de investigación, el acercamiento al problema se concretó a partir de los datos de la caracterización realizada a las familias priorizadas de las 12 comunas del Distrito de Buenaventura, cuya condición para hacer parte de la caracterización, era encontrarse registrado en la base de datos de Red Juntos o tener puntaje de 54 y por debajo del sistema de selección de beneficiarios (SISBEN). El ejercicio de caracterización realizado por la Fundación Carvajal, requería el conocimiento de la realidad de las familias a intervenir en los barrios priorizados, permitiendo así conocer las condiciones socioeconómicas de los hogares, para así estructurar un proceso de intervención social acorde con sus necesidades.

Mediante este estudio se pretende contribuir a fortalecer al gobierno local y otras entidades públicas, como también fundaciones y organizaciones no gubernamentales (ONG) para encaminar las estrategias a seguir, permitiendo focalizar de manera eficiente las intervenciones sociales y la entrega de los subsidios que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes del Distrito.

De igual forma, brindar herramientas que permitan la reorientación de los recursos de forma eficiente, diseñar y aplicar políticas incluyentes en la entrega de las ofertas sociales y que puedan ser efectivas en la mejora de la calidad de vida de las familias, aunando esfuerzos para lograr las metas planteadas en los objetivos de desarrollo del milenio (ODM). Gracias a las alianzas que se han construido entre gobierno, sociedad civil, academia y cooperación internacional, se espera alcanzar gran parte de las metas establecidas, sin embargo se deben redoblar esfuerzos para que se reduzcan las desigualdades, ya que los logros de los ODM no han sido uniformes y hoy aún persisten enormes brechas entre zona urbana y rural y entre grupos étnicos más desfavorecidos como los indígenas y los afro descendientes. (PNUD, 2014).⁵

Los ODM han sido una herramienta exitosa en la lucha contra la pobreza a nivel mundial, en la erradicación del hambre, para lograr la enseñanza primaria universal; promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer; reducción de la mortalidad de los niños menores de 5 años; mejoramiento de la salud materna; como también combatir el VIH/Sida, la malaria y otras enfermedades, por ello es necesario continuar trabajando desde todos los sectores para seguir avanzando en el logro de las acciones implementadas.(PNUD,2014).Ya para el 2015 los Objetivos de Desarrollo Sostenible u objetivos Globales ODS), reemplazarán los ODM, los ODS orientarán la política de desarrollo y financiamiento durante los próximos 15 años, comenzando con una promesa histórica de erradicar la pobreza extrema.(PNUD)⁶.

1. Planteamiento del Problema

"La garantía de las condiciones de vida digna en los acuerdos sociales no está dada por la responsabilidad de los individuos de forma aislada". (Constitución política de Colombia, 1991)⁷

Buenaventura encarna uno de los más tristes, ejemplos de pobreza y atraso social en Colombia. Sus indicadores de salud, educación, empleo e ingresos, son desalentadores, para quienes han visto el fracaso de las políticas contra la pobreza en el municipio. Con el paso del tiempo, la situación del puerto se ha vuelto más crítica, y ha condenado a cientos de familias a vivir en la indigencia. De alguna forma, la persistencia de la pobreza los ha llevado a aceptar la trampa que se deriva de la marginalidad y la falta de acceso a los servicios del estado.

La pobreza y la desigualdad son conceptos íntimamente relacionados, donde los individuos bajo la línea de pobreza pertenecen también a aquellos que se encuentran en la parte más baja de la distribución del ingreso. (Larrañaga y Herrera)⁸.

La pobreza no se acaba solo con transferencias de ingresos y subsidios. El crecimiento económico es necesario, pero no es suficiente. Se necesitan políticas estructurales específicas que den nuevas y mejores oportunidades a los pobres en las áreas del empleo y de la educación y una atención especial a la eliminación de la pobreza en el sector rural. Es importante que los programas de transferencias de ingresos y los subsidios alimentarios focalizados en los más pobres, sean acompañados de las reformas estructurales que aumenten las capacidades de los beneficiarios (Stampini et al)².

Buenaventura "Distrito Especial Portuario y Biodiverso" es el puerto marítimo más importante del Pacífico colombiano y uno de los más representativos para el país por su volumen de carga. Este es el municipio de mayor extensión del Valle del Cauca un territorio estratégico debido a su ubicación, extensión y necesidades socioeconómicas que demuestran la importancia de tomar acciones para propiciar el desarrollo social y económico del municipio; se contrasta su gran riqueza gastronómica y cultural, su biodiversidad, las oportunidades económicas y sociales que allí se encuentran con sus grandes vulnerabilidades. (Fundación Carvajal)³.

El ejercicio de caracterización realizado por la Fundación Carvajal, requería el conocimiento de la realidad de las familias a intervenir en el Distrito de Buenaventura, permitiendo así conocer las condiciones socioeconómicas de los

hogares para así poder priorizar en los territorios y poder estructurar el proceso de intervención social acorde con sus necesidades.

Buenaventura, según cifras del Departamento para la Prosperidad Social (DPS) presenta un IPM urbano de 57.15 en el 68.5 % de la población y rural de 83.6 en el 100 % (Núñez)⁹.

En la actualidad se desarrollan una serie de programas complejos y coordinados por diferentes instituciones del Estado, donde el uso de subsidios sigue formando parte importante de la política social de Colombia, que a través del DPS se brinda por medio de políticas y programas una serie de subsidios a las familias Colombianas, como son: Familias en Acción que es un programa de transferencias monetarias condicionadas en salud y educación, con un elemento complementario de bienestar comunitario (ANSPE)¹⁰.

Si bien es cierto, las transferencias monetarias condicionadas, han ayudado a gran parte de la población Colombiana y en especial a la población vulnerable del distrito de Buenaventura, no obstante es necesario tener en cuenta que hasta la fecha no se conoce investigación alguna sobre los mecanismos de focalización dichos programas, orientados a la población más vulnerable.

Se requiere que los programas de subsidios sean bien focalizados en los más necesitados los recursos bien distribuidos entre los más pobres, por tanto queda el reto a los tomadores de decisiones de avanzar para que las Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC) sean eficaces y con ello lograr detener la transmisión intergeneracional de la pobreza, sin que esto se convierta en un asistencialismo negativo que no permita a las familias avanzar para salir de este flagelo. De acuerdo al contexto anterior se considera la siguiente pregunta de investigación:

1.1. Pregunta de investigación

¿La oferta de subsidios en Buenaventura está llegando a los pobres más pobres?

2. Estado del Arte

Aunque los estudios de los programas de subsidios para paliar la pobreza son muy recientes en el ámbito de la salud, en pocos años se ha logrado avanzar considerablemente en su conceptualización, clasificación, medición y análisis de sus determinantes. Es por esto que la literatura sobre pobreza y subsidios, a nivel nacional e internacional, tiene su auge en los últimos 18 años, teniendo como referente las Transferencias Monetarias Condicionadas en América Latina y el Caribe (ALC).

Teniendo en cuenta lo anterior, en esta sección se presentan algunos trabajos destacados en el estudio de la implementación, beneficios, impacto y limitantes de los Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas (PTMC) utilizados en la protección social para paliar la pobreza, mejorando así los determinantes sociales de la salud, partiendo de las primeras desarrolladas a finales de la década de los 90 y la mayoría desarrollados en los últimos 15 años.

A finales de los 90 y comienzo de la década del 2000 se desarrolló la "revolución silenciosa" en los países en desarrollo, como fue, el aumento de la protección social. Esto se reflejó en la práctica, con un rápido incremento de los programas y políticas que combinan transferencias de ingresos con los servicios básicos, garantías de empleo o creación de activos, se compromete a aportar una contribución significativa a la pobreza global y la reducción de la vulnerabilidad (Barrientos)¹¹.

Debido a las transformaciones políticas en ALC los PTMC cambiaron la asistencia social brindada a los pobres en todo el mundo. Estos programas se han extendido desde ALC hasta Asia y África, y algunos países industrializados las han adoptado. Se introdujeron en Brasil y México a finales de los 1990 y en 2011 ya éstos se habían implementado en 18 países de la región, llegando a 135 millones de beneficiarios (Barrientos)¹¹.

El Banco Mundial (BM) en la década de 1990, desarrolló una estrategia de protección social, como una respuesta a los efectos del ajuste estructural en los países en desarrollo y el fracaso de las iniciativas de sus dimensiones sociales, ésta estrategia se centró inicialmente en el mercado de trabajo, la reforma de las pensiones, redes de seguridad y dinero en efectivo (Barrientos)¹¹.

Fouarge¹², afirma que en los países de bajos ingresos, la protección social es escasa, la OIT¹³ se reconoce cada vez más que la ampliación de una protección social adecuada es un instrumento poderoso para combatir las

causas y efectos de la pobreza, la protección social es un componente esencial de una estrategia de desarrollo eficaz, especialmente de apoyar y facilitar la rápida transformación social y económica de los países. En los países en desarrollo de renta media existe una amplia gama de evaluaciones sobre la protección social, donde se ha visto el potencial de esos programas en reducción de la pobreza, la vulnerabilidad y acumulación del capital humano. Por esto se plantea si introducir o ampliar los programas de protección social en países de bajos ingresos podría asegurar beneficios similares. (Barrientos)¹⁴.

La pobreza es un fenómeno complejo de abordar debido a que no existe una sola manera de entenderlo; un primer enfoque la considera como un fenómeno exclusivamente referente a los ingresos/gastos, lo que se entiende como pobreza unidimensional; o si bien se explicitan criterios adicionales, es decir, como un fenómeno multidimensional. (Garrido)¹⁵.

Colombia a través del Departamento para la Prosperidad Social (DPS) viene incluyendo el enfoque de “pobreza multidimensional” para focalizar mejor los programas sociales y subsidios. El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), es un indicador que refleja el grado de privación de las personas en un conjunto de dimensiones. El IPM es el indicador de pobreza multidimensional desarrollado por Alkire y Foster de la Universidad de Oxford¹⁶ y adaptado para Colombia por el Departamento Nacional de Planeación (DNP)¹⁷.

En Colombia El DNP decidió modificar el IPM, generando 5 dimensiones y 16 privaciones.

1. *Condiciones educativas del hogar* (logro educativo, analfabetismo).
2. *Condiciones de la niñez y la juventud* (asistencia escolar, rezago escolar, Acceso a servicios para el cuidado de la primera infancia, trabajo infantil).
3. *Trabajo* (desempleo de larga duración, empleo formal).
4. *Salud* (aseguramiento en salud, acceso a servicios de salud).
5. *Servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda* (Acceso a fuentes de agua mejorada, eliminación de excretas, pisos, paredes exteriores, hacinamiento crítico. (DANE)¹⁸.

Bajo esta metodología DNP, el IPM de Colombia arroja progresos importantes al reducirse la pobreza del 43% en 2003 al 26% en 2008, una ganancia de 17 puntos porcentuales. Según el DNP, estos avances en términos de pobreza multidimensional provinieron de: i) mayores coberturas en salud; ii) aumento en la escolaridad promedio de las personas de 15 años o más; y iii) mejoras en la atención infantil.¹⁸

Uno de los países que implementa primero esta metodología en América Latina fue México, donde se adopta la siguiente definición de pobreza multidimensional: una persona se encuentra en situación de pobreza multidimensional cuando no tiene garantizado el ejercicio de al menos uno de sus derechos para el desarrollo social, y si sus ingresos son insuficientes para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades. (Nova, et al)¹⁹.

A nivel global, más del 30% de la población en 108 países analizados viven en pobreza multidimensional. La mayoría de estos (52%) viven en Asia del Sur y 29% en África Sub sahariana. El 71% de estos pobres viven en países considerados de ingresos medios y que existen grandes diferencias entre el porcentaje de personas pobres usando el IPM comparado con la tradicional tasa de pobreza por ingresos usando la línea de pobreza de 1.25 dólares por día. El porcentaje de personas viviendo en pobreza multidimensional en los países de América Latina y el Caribe (ALC) varía entre menos de 3% en Uruguay, Brasil, México y Argentina, y cerca del 50% en Haití. En promedio, 69.5% de las personas identificadas como multidimensionalmente pobres en ALC vive en zonas rurales, usando la línea de pobreza nacional de cada país, esta proporción se reduce enormemente (36%), lo cual revela la importancia de utilizar medidas de pobreza que vayan más allá del ingreso para captar correctamente las carencias experimentadas por la sociedad.(Rev. Humanun)²⁰.

En Colombia para el 2014, el logro educativo y la informalidad laboral suelen ser las dos privaciones más altas, a pesar de que hay mejoras, pero en esto es mayor el tema de desequilibrios regionales. En la política pública colombiana es fundamental entender que este país es de regiones y que cada una es completamente distinta; es necesario entender esas diferencias, porque los problemas no son los mismos (DANE)¹⁸.

La implementación de los PTMC en Latinoamérica se ha ido consolidando, no solo en términos del número familias en situación de pobreza y vulnerabilidad atendidas, sino en términos de la eficiencia en su ejecución. Aspectos como la focalización de las familias beneficiarias, el seguimiento a las condicionalidades y los mecanismos de pago muestran importantes avances (Maldonado).²¹.

En Colombia el programa Familias en Acción (FA) nació en 2001 y para 2009 alcanzó 2,9 millones de familias beneficiarias en él, cubriendo aproximadamente el 20 por ciento de la población colombiana. El programa prácticamente duplicó su cobertura entre 2007 y 2009, que se expandió a grandes centros urbanos y trató de cubrir a todas las familias clasificadas como SISBEN 1, como una forma de amortiguar los impactos de la crisis económica de 1999.

El Departamento Administrativo para la Prosperidad Social (DAPS) crea la Red Unidos (antes Juntos), considerada como la estrategia del estado colombiana para dar respuesta integral a la multidimensionalidad de la pobreza extrema, en la que participan las entidades del sector público que cuentan con oferta social, entre las que se encuentra el Ministerio de Salud y Protección Social. Su misión es promover acciones coordinadas y focalización prioritaria de recursos y acciones sobre la población más vulnerable (Minsalud/Red Unidos)²².

La pobreza al ser multidimensional, requiere de un tratamiento a su vez multidimensional; por esta razón, Red Unidos se enfoca en el cumplimiento de 45 logros agrupados en 9 dimensiones que resumen los mínimos socialmente deseables que cualquier familia fuera de la pobreza debería cumplir. A través de esta estrategia se busca la atención integral, la construcción y fortalecimiento del capital humano y social y la corresponsabilidad de estas mismas para lograr superar su condición por sus propios medios. Se trata de uno de los instrumentos de política social que llega a más colombianos en situación de pobreza extrema y desplazamiento forzado, al cubrir cerca de 4'876.000 personas en 1026 municipios, según cifras del DAPS 2011.(Fedesarrollo)²³.

Red Unidos busca promover de manera integral la superación de la pobreza extrema, a través del desarrollo de la capacidad de autogestión de los hogares, mediante el acompañamiento familiar y comunitario, haciendo énfasis en asegurar que las familias más pobres puedan acceder a los programas en los que son elegibles. Así mismo, es un mecanismo fundamental para lograr que Colombia pueda hacer frente a los nuevos retos que en materia de pobreza extrema establecen los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), definidos bajo el liderazgo de Naciones Unidas como respuesta a la agenda internacional de desarrollo posterior a 2015. (Fedesarrollo)²³,(PNUD)²⁴.

Los primeros estudios acerca de los beneficios de los PTMC, daban cuenta de los efectos limitados de estos programas. Para el año 2000 existía poca evidencia sobre los beneficios que el crecimiento económico, las inversiones en capital humano y el suministro de redes de seguridad tienen en los pobres. (Baker)²⁵. El Mejoramiento dirigido a los pobres implica no simplemente reorganizar las subvenciones públicas, sino también, a las barreras que impiden que los pobres tengan acceso a estos servicios. (Castro)²⁶. En África, Colombia y Chile, se evaluó el programa de subsidio de vivienda, los dos primeros la inversión fue muy baja, mientras que Chile entregaba hasta el 75 % del subsidio a los pobres para vivienda.(Gilbert)²⁷.

La implementación de programas de transferencias monetarias condicionadas (TMC) en Latinoamérica se ha ido consolidando en los últimos 10 años, no sólo en términos del número de familias en situación de pobreza y vulnerabilidad atendidas, sino de la eficiencia en su ejecución. Aspectos como la focalización

de las familias beneficiarias, el seguimiento de las condicionalidades y los mecanismos de pago muestran avances importantes. (Maldonado)²¹. Valencia²⁸ en su evaluación de los PTMC , concluye que los éxitos hasta la fecha tienen efectos limitados, observándose efectos positivos en la educación, medida por el aumento de la escolarización y en algunos aspectos salud como acceso a servicios de salud (salud preventiva especialmente y vigilancia de la salud para niños y mujeres embarazadas) y nutrición en los hogares pobres (Conway)²⁹ pero débiles en aliviar la pobreza en el corto plazo y efectos inciertos sobre aspectos educativos en la formación del capital humano y reducción de la pobreza en el largo plazo. (Valencia)²⁸; (Barrientos)³⁰.

El uso de las transferencias de efectivo como herramienta para reducir la pobreza y la desigualdad en los países en desarrollo se concluye, que en la práctica las transferencias nunca son realmente universales y que identificar y atender las necesidades de determinados grupos de personas pueden ser relativamente sencillos de administrar. Aunque probable que en la focalización puede haber errores de inclusión y de exclusión. (Slater)³¹.

La evidencia científica muestra que las debilidades de implementación de las políticas sociales incluyen: criterios de focalización, la aplicación regional desigual con las zonas rurales más afectadas; la capacidad administrativa y recursos insuficientes; no tener en cuenta el contexto cultural, la falta de un sistema de seguimiento y evaluación, con indicadores claros que incorporen la capacidad de respuesta; problemas de fraude y corrupción; la falta de participación de los funcionarios públicos y de la comunidad.(Rispe)³².

Existe consenso sobre la necesidad de generar condiciones económicas, sociales y culturales favorables para el desarrollo humano y social de la infancia. Por ello se requiere contar con un marco de derechos y mecanismos de protección social a la niñez que restablezcan equilibrios en el marco de situaciones sociales desiguales. (Cáceres)³³.

Soares³⁴ por medio de la descomposición del índice de GINI, hizo un análisis de los programas de transferencia condicionadas en México (1997), Brasil (2003) y Chile (2002), como países marcados por un alto grado de desigualdad de ingresos. Los tres países pusieron en marcha programas de transferencia condicional de efectivo, y el monto total transferido por estos programas fue bajo. Los PTMC son parte de la corriente principal de la política social en Brasil, la asistencia en materia de educación, salud y nutrición, se han expandido rápidamente en beneficio de cuarenta y cuatro millones (24% de la población total). Existe el riesgo de que debido a su popularidad entre los pobres, pudiese aumentar el clientelismo en la distribución de los beneficios económicos y sociales e inducir una fuerte dependencia de las personas en las dádivas del gobierno (Hall)³⁵.

El programa bolsa de familia (BFP) en Brasil busca ayudar a reducir la pobreza y la desigualdad actual, proporcionando un nivel mínimo de ingresos para las familias de extrema pobreza; y romper la transmisión intergeneracional de la pobreza condicionando estas transferencias en el beneficiario mediante el cumplimiento de los requisitos de capital humano como (asistencia escolar, vacunas, visitas prenatales). El programa también busca ayudar a empoderar a los beneficiarios de BFP vinculándolos a otros servicios complementarios. (Linderth)³⁶.

Existe evidencia que Bolsa de Familia de Brasil aumenta significativamente el poder de decisión de las mujeres sobre métodos anticonceptivos. Para las mujeres en las zonas urbanas y para las mujeres menos educadas que sus cónyuges, quienes encontraron un aumento significativo adicional en aspectos relacionadas con la asistencia a la escuela de los niños, gastos en salud y la ropa; oferta de trabajo de las mujeres y la ropa; y las compras de artículos para el hogar. (De Braw)³⁷.

Linderth concluye que el programa BF, requiere realizar evaluación y monitoreo al programa y poder así extenderlo a otros países de Latinoamérica y a nivel mundial. Oportunidades de México, llega a millones de hogares. En Chile y en Turquía, en cambio, las TMC son más focalizadas y se dirigen a los hogares que viven en extrema pobreza y exclusión social, mientras que en Bangladesh y en Camboya se han utilizado para reducir las desigualdades de género en el ámbito de la educación. Recientemente, se han puesto en práctica programas pilotos de TMC en África al sur del Sahara para contribuir a aliviar la difícil situación de los millones de huérfanos que ha dejado la devastadora epidemia de VIH/SIDA en el continente. Los programas de TMC son iniciativas versátiles y probadas, lo que explica en gran medida por qué se han difundido en todo el mundo. (Linderth)³⁶.

Fitzbein et al, expresan por su parte que las TMC tienen efectos positivos sobre el consumo de los hogares y la pobreza (medida según el índice de recuento de la pobreza, la brecha de pobreza, o la severidad de la pobreza).. Fuera de América Latina, existen programas en Bangladesh, Indonesia y Turquía, y programas piloto en Camboya, Malawi, Marruecos, Pakistán y Sudáfrica, entre otros. El interés en los programas que apuntan a utilizar dinero en efectivo para que los hogares inviertan en la educación de los niños se ha extendido desde los países en desarrollo a los desarrollados, programas en la ciudad de Nueva York y Washington, D.C. se identifican como ejemplos más recientes de esta tendencia. En algunos países, las TMC se han convertido en el mayor programa de asistencia social y llegan a millones de hogares. (Fitzbein et al.)³⁸.

Muchos de los desafíos que enfrentan los actuales beneficiarios de los programas de transferencia monetarias condicionadas deben ser abordados por políticas que mejoren la calidad de los servicios y el funcionamiento de los

mercados laborales. América Latina requiere garantizar que sus programas sociales, incluyendo pensiones, salud, transferencias en efectivo y los gastos en educación sean fiscalmente sostenibles a largo plazo y no sean vulnerables a los vaivenes de los precios internacionales de los productos básicos (Levy)³⁹.

Para luchar contra la pobreza no basta privilegiar los programas focalizados. Se requiere de un proyecto general de transformaciones económicas, sociales y políticas. (Fresneda et al)⁴⁰.

La evidencia ha mostrado que las TMC han sido proclamadas como una importante manera de reducir la desigualdad, en especial en países en los que ésta es muy elevada, como en los de América Latina; de ayudar a los hogares a salir del círculo vicioso que transmite la pobreza de una generación a la siguiente; de promover la salud, la nutrición y la escolarización de los niños, y de ayudar a los países a cumplir con los objetivos de desarrollo del milenio. “Los programas para pobres deben ser buenos y eficaces programas” (Millán)⁴¹.

2. Marco Teórico

Existe una relación indivisible entre el sector salud y el desarrollo. La salud pública es el mejor indicador trazador de desarrollo de una comunidad, junto con la educación, siendo ésta una de las herramientas de las que se vale la salud pública para poder implementar programas y proyectos de intervención para el mejoramiento de la situación de salud. (Restrepo).⁴²

El enfoque tradicional de pobreza unidimensional, medida sólo a partir de los ingresos, contribuye a explicar los niveles de pobreza presentes en una sociedad, pero la pobreza es un fenómeno multidimensional, ya que existen carencias que van más allá del dinero. Es relevante incorporar en la medición de la pobreza variables no monetarias que constituyen distintas dimensiones en las cuales una persona puede sufrir carencias. (Gasparini, et al.)⁴³.

La protección social constituye una respuesta eficaz a la pobreza y la vulnerabilidad en los países en desarrollo y un componente esencial de las estrategias de desarrollo económico y social. (Stampini)², y aunque se destinan principalmente a hogares en situación de marginalidad social, no logran cubrir a todas las familias consideradas como pobres, excluyendo de esta manera hogares pobres, de otros que sí son beneficiarios de la ayuda social. (Cáceres)³³.

Es así como los programas de TMC se enmarcan en el concepto de protección social como inversión en capital humano, que mediante el condicionamiento buscan generar incentivos para la inversión del capital humano (CEPAL)⁴⁴.

Hoy en día los subsidios sociales constituyen una de las estrategias más importantes de las políticas de protección social, orientadas al alivio y la reducción de la pobreza. (Paqueo)⁴⁵; (Fiszbein, et al.)³⁸, (Maldonado)²¹, (Comway)²⁹.

De la estrategia de los subsidios se generan consecuencias en la vida de los gobiernos, se efectúa una inversión económica y pedagógica dirigida hacia la capacitación laboral y empresarial, el manejo de estadísticas oficiales correrá siempre el peligro de ser manipulador de opinión, la gran cantidad de personas y de familias cobijadas por estos programas, se constituyen en objetivos de jornadas electorales. “Los subsidios encierran el riesgo de ser los árboles que impiden contemplar la magnitud de aquel riesgoso panorama”. (Jaramillo)⁴⁶.

Los objetivos esenciales de las TMC son: 1) Brindar asistencia social 2) Formación de capital humano, a través de las transferencias y la prevención de

la transmisión intergeneracional de la pobreza en el largo plazo, mediante las inversiones necesarias en las dimensiones de capital humano: educación, salud y nutrición y, en algunos casos, el capital social 3) Aliviar la pobreza en el corto plazo, al mitigar las restricciones de liquidez y favorecer la acumulación de capital humano(Soares)³⁴ que generan beneficios a los mismos en el largo plazo y externalidades positivas a la sociedad. (Maldonado)²¹.

Igualmente Javati, afirma que el propósito de los programas de transferencia de efectivo, es proporcionar a los pobres dinero y darles la libertad de elegir qué hacer con él. Las transferencias en efectivo juegan un papel importante para aquellos grupos vulnerables como; los ancianos, discapacitados o los niños que no están en condiciones de obtener ingresos y deben depender de otros para su supervivencia material.(Javati,)⁴⁷.

Por ello la función de los programas de TMC en la política social varía según el país, como consecuencia de las diferencias que existen tanto en los diseños de los programas como en los contextos en los que funcionan, varía en función de indicadores de tamaño pertinentes. (Fitzbein)³⁸. Las transferencias de dinero pueden reducir la desigualdad y la profundidad o severidad de la pobreza.(Comway)²⁹.

Tradicionalmente se reconoce que los programas de reducción de la pobreza deben ser focalizados, es decir, identificar específicamente quienes están en situación de pobreza, para después dirigir las acciones y los beneficios de la forma más directa posible a ese grupo de personas. Mientras más precisa sea la focalización en las personas pobres, menor será el costo de alcanzar los objetivos establecidos para los programas, y menores serán las “perdidas” de recursos del propio programa, en el sentido de beneficiar a otros grupos de la población que no son vulnerables. (Stampini)². Los programas de TMC tienen efectos positivos sobre el consumo de los hogares y la pobreza. (Fitzbein)³⁸.

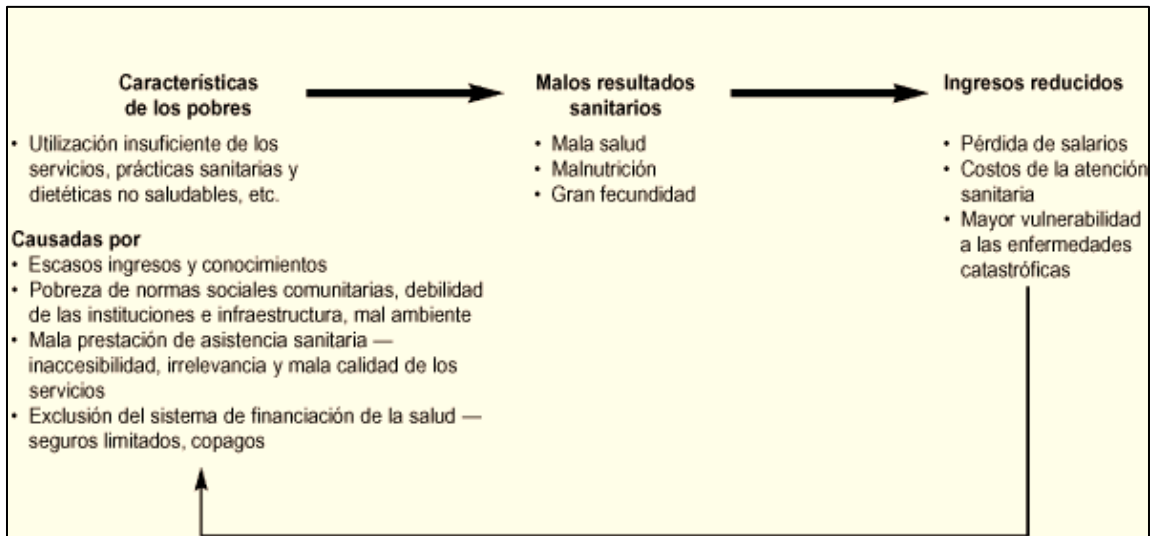
La pobreza influye de manera determinante en la salud. Es evidente la relación entre pobreza y los peores niveles de salud. Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes. La asociación entre la pobreza y la mala salud refleja una relación de causalidad bidireccional. La enfermedad o la fecundidad excesivamente alta pueden tener un considerable efecto en los ingresos familiares. (World Bank)⁴⁸, (Bloom)⁴⁹, y aún pueden hacer la diferencia entre estar por encima y por debajo de la línea de pobreza.(Eastwood,)⁵⁰. La mala salud se asocia frecuentemente a considerables costos de atención sanitaria. (Narayan)⁵¹. El estado de salud de las personas y de las poblaciones depende directamente de factores no médicos, como el ingreso económico, educación, vivienda, alimentación, agua potable, alcantarillado, transporte, condiciones laborales, etc.(Consiglio)⁵².

La pobreza y la mala salud son fenómenos interrelacionados.(Wastaff)⁵³, La pobreza y la enfermedad están tan íntimamente ligadas, que se retroalimentan en un proceso que amenaza literalmente con acabar con cualquier esperanza de mejoría y progreso de los pueblos. (Santos)⁵⁴. Esta asociación refleja una relación de causalidad que funciona en los dos sentidos: la pobreza genera mala salud, y la mala salud hace que los pobres sigan siendo pobres. (Wastaff)⁵³.

La pobreza ya no se concibe únicamente en términos económicos, sino como el resultado de una combinación de factores en la que los ingresos solo son un elemento más. La pobreza se caracteriza por la privación o la falta de acceso a los medios, a través de los cuales las personas pueden materializar plenamente su potencial humano. Por eso la falta de acceso a la atención de salud, a la información o un entorno que les permita llevar una vida sana, forma parte, en sí misma, de la definición de pobreza. De allí la importancia que se le concede a la salud en los ODM. (OMS) ⁵⁵.

Pero la pobreza y los bajos ingresos también son causa de mala salud .Los países pobres y las personas pobres sufren múltiples privaciones que se expresan en altos niveles de mala salud World Bank)⁵⁶. De este modo, las personas pobres se ven atrapadas en un círculo vicioso: la pobreza engendra mala salud y la mala salud mantiene la pobreza.(Wastaff) ⁵³.

Gráfica 1. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud.



Fuente: Wagstaff, 2002. de Revista panamericana de **salud** pública, 2002. ScieloPublicHealth

Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más ricos, y dentro de cada país las personas pobres tienen más problemas de salud que los ricos. Las desigualdades en salud y probablemente en la utilización de los servicios, en gran medida reflejan las desigualdades en variables a nivel individual y familiar, como educación, ingresos, ubicación y características de la vivienda. Esto indica que las políticas dirigidas a la lucha contra las desigualdades del sector salud, deben procurar reducir las desigualdades en; calidad y disponibilidad de servicios de salud y las desigualdades en ingresos, conocimientos, conocimientos específicos(salud), accesibilidad a servicios de salud disponibilidad de agua potable y saneamiento, etc. (Wastaff)⁵³.

La mala salud a menudo se asocia con sustanciales costos de atención médica. (Narayan)⁵¹. Estos elementos de desarrollo socio económico se suman a la disponibilidad y acceso a prestaciones de salud, medicamentos, tecnología, inmunizaciones y otras medidas preventivas y de fomento en salud. Por estas razones las comunidades más pobres tienen el peor nivel de salud, tienen menor expectativa de vida y su deteriorado estado de salud contribuye a su vez a perpetuar o a exacerbar la pobreza. (Consiglio)⁵². Los pobres y pobres dentro de los países, sufren de una multiplicidad de carencias que se traducen en altos niveles de la enfermedad. (Wastaff)⁵³. Los Pobres están así atrapados en un círculo vicioso: la pobreza engendra enfermedades, mala salud mantiene la pobreza. (WorldBank)⁵⁶, (Consiglio)⁵².

A través de muchos estudios, se asocia la pobreza con una serie de resultados negativos para los niños en los ámbitos de la salud física, lenguaje y desarrollo cognitivo, rendimiento académico y nivel educativo. Está bien establecido el efecto causal de la pobreza familiar y en menor medida, la pobreza del barrio, en la pobre salud mental infantil y juvenil .Este efecto causal proporciona un fundamento fuerte para la prevención basada en la pobreza como un factor de riesgo.(Yoshikawa)⁵⁷.

La pobreza existe y persiste debido a limitaciones tanto dentro como fuera del hogar, desde la falta de motivación y destrezas adecuadas, hasta la falta de servicios básicos como agua potable .(Familiar J.)⁵⁸.

En países de bajos ingresos, los hogares con pocos activos, pueden ser atrapados en la pobreza crónica, debido a la alta exposición al riesgo, lo que reduce la probabilidad de que puedan acumular los activos necesarios para salir de la pobreza a través del ahorro y la inversión. (Barnet)⁵⁹.

La exclusión social y las inequidades persistentes en la distribución de la riqueza y en el acceso y la utilización de los servicios, se reflejan en los resultados de salud. Estos factores siguen siendo los principales obstáculos para el desarrollo humano inclusivo en la Región y obstaculizan las estrategias de lucha contra la pobreza, así como la unidad social y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. La discriminación racial y por razón de género agravan aún más la exclusión social y la inequidad. La persistencia de altos niveles de pobreza en Colombia, pone en evidencia que se trata de un problema estructural. La CEPAL informa que afrontar el reto de la pobreza implica que el crecimiento se busque conjuntamente con la equidad, que se ataquen las causas de las desigualdades extremas y que al mismo tiempo se fortalezcan y hagan más eficaces las políticas sociales. (CEPAL)⁴⁴.

Starfield⁶⁰ hace referencia a la definición clásica sobre desigualdades sociales en salud de Whitehead⁶¹, como aquellas diferencias sistemáticas en salud injustas, evitables, innecesarias entre grupos poblacionales definidos por sus aspectos sociales, económicos, demográficos o geográficos. Estas desigualdades son el resultado de la desigual distribución de circunstancias, oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas, y que se traduce en una peor salud entre las poblaciones socialmente menos favorecidos y de la Sociedad Internacional de equidad en salud en el 2000, que define equidad en salud como la ausencia de diferencias sistemáticas, potencialmente remediabiles en uno o más aspectos de la salud social, en poblaciones o subgrupos demográfica o geográficamente definidos.(Starfiel)⁶⁰.

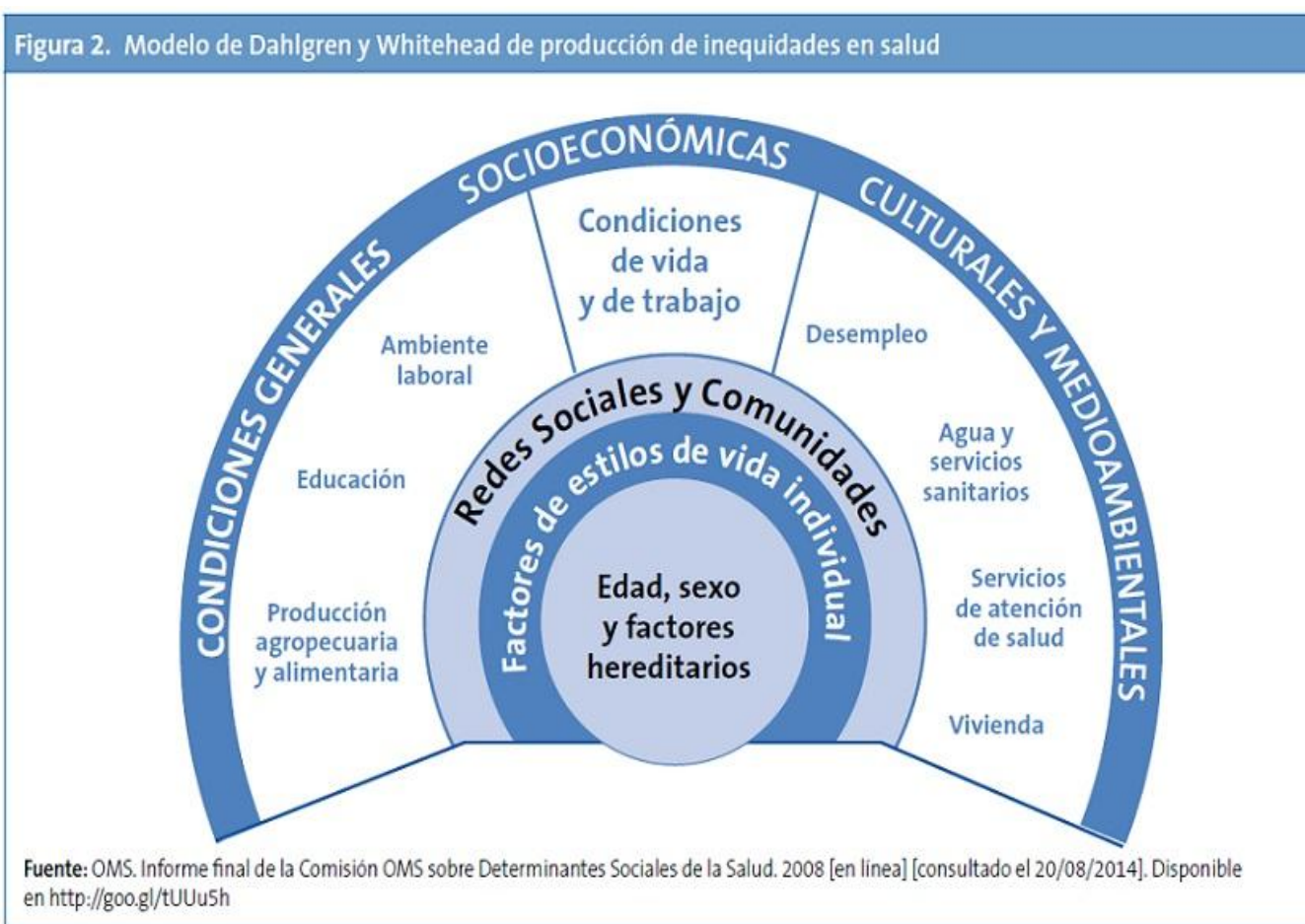
Son varios los niveles de determinantes que impactan la salud y crean una sinergia entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio directamente relacionados con la salud y los que están menos claramente relacionados con ella.Los

Objetivos de Desarrollo del Milenio son la respuesta concertada de los gobiernos del mundo ante la brecha cada vez amplia entre las naciones desarrolladas y aquellas que no alcanzan un mínimo de bienestar para su población. Los objetivos, metas e indicadores definidos, demuestran la importancia del sector salud en el desarrollo de los pueblos. Tres de los objetivos están directamente implicados con la salud. Otros tres tienen metas donde el sector salud debe intervenir; y en general, todos los objetivos repercuten de manera importante en la salud y el bienestar de las poblaciones. (Restrepo)⁴².

La evidencia indica que las personas más pobres y con posición socio económica más baja, tienen peor salud; este fenómeno es mundial y se presenta en países de ingresos bajos, medianos y altos, y es llamado gradiente social de la salud. (PAHO/OMS)⁶², (Marmot)⁶³.

La mala salud de los pobres, el gradiente social de la salud y las grandes desigualdades dentro de los países en salud, son provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno natural. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los **determinantes sociales de la salud**. (OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud)⁶⁴. (Gráfico2).

Gráfica 2. Modelo de Determinantes sociales de la Salud. Dahlgren y Whitehead 1991



Fuente: OMS Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud 2008.

Las disparidades de salud en la región de las Américas son evidentes, los residentes de los países más pobres de la región viven casi 10 años menos, en promedio, que los residentes de los países más ricos. En las Américas, casi el 35% de las muertes de niños menores de 1 año se concentran en el 20% de nacimientos que se producen en el grupo con menores ingresos. En cuanto a la mortalidad materna en las Américas, menos del 2% de las muertes maternas ocurren en asociación con el 20% de nacidos vivos en el grupo con mayores ingresos. Los análisis de desigualdades en salud basadas en el uso de diversos métodos destacan la existencia de importantes disparidades entre subregiones y países de las Américas que no se observan fácilmente al utilizar sólo los métodos más tradicionales para el análisis de mortalidad y morbilidad. (Alleyne)⁶⁵.

La pobreza es causa y consecuencia del bajo nivel educativo de las personas. (Núñez)⁶⁶. La pobreza y la enfermedad están tan íntimamente ligadas, que se retroalimentan en un proceso que amenaza literalmente con acabar con cualquier esperanza de mejoría y progreso de los pueblos. (Santos)⁵⁴.

Las manifestaciones de la pobreza son la desigualdad y la exclusión. Incorporar lo social, ha implicado interconectar a la salud con la calidad de vida de las personas y a partir de esta conexión, con la ubicación social, cultural y geográfica de donde se nace, con la educación, los estilos formativos y las posibilidades de donde se reside y con las condiciones económicas y políticas del entorno. (Barnet)⁵⁹.

A pesar de las mejoras en los indicadores de pobreza y de pobreza extrema, es preocupante que Colombia presente niveles de desigualdad similares a Bolivia, Sudáfrica y Angola. El informe de Desarrollo humano 2011 lo sitúa como el segundo país más desigual de ALC después de Haití. (FEDESARROLLO)²³.

La desigualdad está aumentando en la mayoría de las regiones del mundo, rápidamente en los países más ricos en las últimas tres décadas". Sin embargo, la desigualdad de ingresos ha aumentado mucho más rápido en el Reino Unido y EE.UU. que en la mayoría de los países ricos, y ha caído en algunos países. (Dorling)⁶⁷.

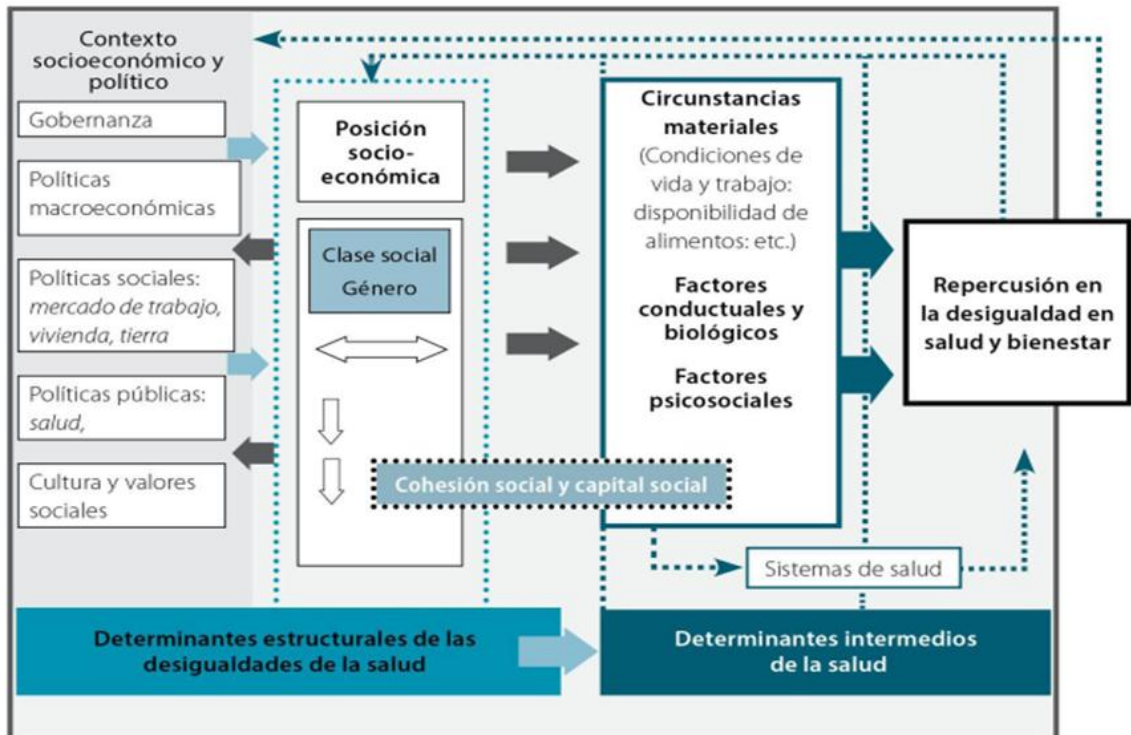
La igualdad de acceso a la salud es uno de los anunciados objetivos de la política social en muchos países. Existe un creciente reconocimiento que la desigualdad en la salud es uno de los más impactantes casos de injusticia en nuestras sociedades, el punto del debate social es a menudo sobre las desigualdades socioeconómicas. Las desigualdades en salud y la atención de la salud son causadas por diferentes factores. La medición de las desigualdades injustas, implica una distinción entre variables de causalidad que conducen a desigualdades éticamente legítimas y las variables que conducen a las desigualdades éticamente ilegítimas. (Fleurbaey et al.)⁶⁸.

En Bolivia, la mortalidad entre los recién nacidos vivos de las mujeres sin educación supera las 100 defunciones por 1.000 nacidos vivos, en cambio, la mortalidad entre los recién nacidos vivos, de madres con al menos educación secundaria, es menor de 40 defunciones por 1.000 nacidos vivos básicos. (WHO/OPS)⁶⁹.

Los determinantes sociales de la salud se han organizado en un marco conceptual elaborado por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CSDH), el cual permite distinguir entre determinantes sociales, estructurales e intermedios, de acuerdo a su rol como generadores de la estratificación social o como facilitadores de la exposición y vulnerabilidad diferencial en función de la posición en la jerarquía social a condiciones que comprometen la salud. Desde

esta perspectiva del enfoque de determinantes sociales de la salud desarrollado por la OMS, estas conductas tienen relación fundamentalmente con las condiciones sociales en que se desarrollan las personas más que con un elección o decisión personal. (WHO) ⁷⁰. (Gráfica3.

Gráfica 3. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. OMS 2010



Fuente: Organización Mundial de la Salud 2010

Fuente: Cerrando Brechas, La política de acción sobre los determinantes de la salud.

La OMS considera que las causas principales de morbilidad y de inequidades en salud, resultan de las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece, condiciones denominadas como determinantes sociales de la salud: sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales. Los determinantes más importantes son los que dan lugar a una estratificación dentro de una sociedad (determinantes estructurales), como la distribución de ingresos, la discriminación (por ejemplo, por razón de género, clase, etnia, discapacidad u orientación sexual) y las estructuras políticas y de gobernanza que refuerzan las desigualdades en el poder económico en lugar de reducirlas. Estos mecanismos estructurales que influyen en las posiciones sociales de los individuos constituyen la causa principal de las inequidades en salud. (WHO)⁷¹.

Ahnquist se suma a la evidencia científica de que el capital económico y social a nivel individual son conceptos multifacéticos conectados de forma independiente a los pobres resultados de salud, tanto físicos como mentales. Sin embargo, cuando se combinan parecen estar asociados con un aumento de la magnitud adicional de peor salud. (Ahnquist)⁷².

En un análisis de 168 estudios Wilkinson et al, determinaron la relación entre desigualdad de ingresos y la salud, concluyendo que esta relación sirve como una medida de la magnitud de las diferencias de clase social en una sociedad. (Wilkinson et al.)⁷³.

Un análisis multinivel en España sobre desigualdades de ingresos y la salud, muestra que los resultados encontrados apoyan la hipótesis de que un mayor nivel de renta de las personas, se correlaciona con una menor probabilidad de resultados negativos para la salud. Los resultados también indican que ser hombre, estar casado, trabajando y tener un alto nivel de educación está relacionado con la mejora de la salud. (Karlsdotter)⁷⁴.

Las tendencias socio político económicas mundiales han aumentado el poder de las clases empresariales y disminuido la de las clases trabajadoras. Las políticas neoliberales que acompañan a estas tendencias, no solamente llevaron a un aumento de la desigualdad de ingresos, sino también a la pobreza y la desigualdad en el acceso a muchos otros recursos relevantes para la salud. La desigualdad en el ingreso es una consecuencia, no es el factor determinante, de los tipos de la sociedad (Coburn)⁷⁵.

La pobreza es de origen multifactorial y multidimensional, de ahí que su conceptualización sea extremadamente compleja y su definición difícil, sin embargo, como fenómeno es fácil de reconocer que la pobreza no es uniforme ni inmutable. De persona a persona, de grupo a grupo, la pobreza se manifiesta de distintas maneras y sus efectos alcanzan distintos grados. (Barnet)⁵⁹.

De esta forma Buenaventura encarna uno de los más tristes ejemplos de pobreza y atraso social en Colombia. Sus indicadores de salud, educación, empleo e ingresos, son desalentadores, para quienes han visto el fracaso de las políticas contra la pobreza en el municipio.

El Distrito de Buenaventura está localizado al occidente del departamento del Valle del Cauca, por sí solo, constituye lo que se ha denominado la subregión Pacífico del Departamento, así como su amplia extensión (el más grande del Valle con 6.297 Km, que equivalen al 28.6% de la superficie departamental), que le permite además, contar con una amplia riqueza natural en diversos pisos térmicos, que van desde el litoral hasta el inicio de páramo en la cordillera Occidental.

En este contexto, la posición geográfica de la ciudad, sumada al hecho de que cuenta con el puerto más importante de Colombia sobre el Océano Pacífico, le ha permitido a Buenaventura ser identificada como el eje más estratégico para la inserción del país, en escenarios dinámicos del comercio global, como la organización de Cooperación Económica Asia-Pacífico, APEC, cuyas naciones miembro registran las mayores tasas de crecimiento en el comercio mundial. Buenaventura es un gran municipio del litoral Pacífico de Colombia. Es una de las puertas del país y el puerto que lo conecta al mercado más dinámico del planeta, la región asiática. En el Pacífico concurren otros países donde el comercio crece: Norteamérica y América Latina. La firma de la Alianza para el Pacífico que crea un área de libre comercio entre México, Colombia, Perú y Chile, ha volcado el interés del gobierno nacional en la ciudad, el cual se concreta en el programa Buenaventura Próspera. (Fedesarrollo)⁴.

Se reconoce que, para aprovechar el potencial geoestratégico del Distrito, resulta fundamental avanzar en la implementación de una serie de acciones y proyectos que incidan de manera determinante en el desarrollo territorial y competitivo de la ciudad, con criterios de inclusión social. (Unirosario)⁷⁶.

Buenaventura es un municipio con altas potencialidades frente a unas realidades decepcionantes. Una zona de gran riqueza hídrica que no cuenta con un servicio de agua y alcantarillado adecuado, ni en su cobertura ni en cuanto a la continuidad de la prestación del mismo. En su mar se captura toda la pesca de Colombia, pero se procesa una parte ínfima. Toda la madera que consume Colombia proviene del litoral pacífico y llega a Buenaventura y pasa por ella sin ningún proceso ni agregación de valor. Por ello el desempleo y el subempleo, así como la informalidad del trabajo son los más altos de Colombia.

Buenaventura es un municipio de gran complejidad. La debilidad institucional, con baja capacidad para gobernar la región, está acompañada de un alto grado de organización de la comunidad, agrupada en los consejos comunitarios que se concentran en la zona rural. Un gran número de ONG tiene presencia en el municipio, con innumerables proyectos que persiguen sus propios fines sin posibilidad de sumar esfuerzos alrededor de propósitos comunes. (Fedesarrollo)⁴.

Además recientemente los gobiernos nacional y municipal, con el apoyo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), diseñó dos estrategias para mejorar las condiciones de vida de los Bonaverenses. Los documentos: Plan Estratégico para la Estabilización y Restablecimiento del Tejido Social y Económico de Buenaventura, Valle del Cauca “Buenaventura territorio humano, viable y sostenible” 2004- 2012 (PEER/04-12), y el CONPES 3410 “Política de Estado para mejorar las condiciones de vida de la población de Buenaventura”, son evidencia de los primeros pasos hacia la construcción de un puerto “más humano, incluyente y en paz” (Núñez)⁷⁷.

De esta forma, falta determinar si estas acciones orientadas a paliar la situación de pobreza de las personas más vulnerables en Buenaventura, están llegando a los hogares más pobres.

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Determinar la relación entre los niveles de pobreza multidimensional y el acceso a subsidios en población pobre del Distrito de Buenaventura.

3.2 Objetivos específicos

- Describir los patrones de acceso a subsidios en la población pobre del Distrito de Buenaventura y cuantificar los niveles de acceso a los mismos.
- Establecer los patrones de inequidades en el acceso a subsidios en la población pobre del Distrito de Buenaventura.
- Establecer la asociación entre nivel de pobreza según el IPM y el nivel de acceso a subsidios.

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio transversal analítico a partir de fuente de base de datos secundaria recolectada y recopilada por la Fundación Carvajal, mediante encuestas en las 12 comunas del Distrito de Buenaventura, con el objetivo de realizar una caracterización de estas familias vulnerables y obtener una línea de base para intervenciones y acciones sociales futuras por los gobiernos locales y otras fundaciones y ONG.

Población de las comunas 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11, 12 del Distrito de Buenaventura priorizadas con puntaje de 54 puntos y menos del SISBEN.

Unidad de análisis

Hogares de las comunas 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11 ,12 del Distrito de Buenaventura.

4.1 Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1 Criterios de inclusión

- Tener en la encuesta SISBEN un puntaje de 54 y menos.
- Haber sido incluido en el registro de Red Unidos
- Pertener a algunas de 12 comunas del Distrito de Buenaventura.

4.4.2 Criterios de exclusión

- Sisbén con puntaje por encima de 54 puntos
- Ser residente de zona rural

4.5 Fuente de Información

En el 2012 la FC llega a Buenaventura con el objetivo de intervenir socialmente las comunas más vulnerables del Distrito ,para ellos realizan acercamientos a la alcaldía distrital de Buenaventura con el objeto de conocer la población por comunas y otros datos demográficos que les permitiera así poder priorizar las

comunas a intervenir, y mediante una encuesta que constaba de 42 ítems fueron aplicadas por 15 encuestadores previamente capacitados por la FC , a las familias de las comunas 1 a la 12 del Distrito de Buenaventura.

4.5.1 Selección de la muestra

La muestra es la obtenida por la caracterización realizada por la FC en el año 2012 de las familias de la comuna 12 comunas del Distrito de Buenaventura, los cuales fueron entrevistados 2341 hogares.

4.6 Procedimiento de obtención de la información

La recolección de la información se realizó mediante solicitud a la fundación Carvajal del aval y de la base de datos de la población caracterizada por ellos mediante entrevistas a los hogares (2341) de las comunas 1 a la 12 previamente priorizadas en el Distrito de Buenaventura, con puntuación del SISBEN menor o igual a 54 puntos.

4.7 Análisis

Se realizó un análisis exploratorio de los datos para definir valores perdidos y valores extremos en cada una de las variables; depurando la información que sea necesaria. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables, se estimaron las medias, las frecuencias y las desviaciones estándar, y se realizaron graficas como barras y a las variables cuantitativas se realizaron distribución de frecuencias, Medidas de tendencia central y análisis de regresión.

Para la medición de desigualdades se utilizó la medida del índice de pobreza multidimensional IPM, metodología actual utilizada por el DNP/DANE, para medir la pobreza en varias de sus dimensiones Se hizo una aproximación al IPM DNP/DANE ya que en la variable de desempleo de larga duración no se contempló con la rigurosidad que la miden estas entidades mencionadas anteriormente.

Para el objetivo 1, se hizo un análisis descriptivo, para describir los patrones de acceso a subsidios y se agregó una escala de nivel de subsidios de cada hogar

Para el objetivo 2, para identificar patrones de inequidad en el acceso a subsidios y medición de desigualdades se utilizó la curva de Lorenz y el índice de Gini. (Schneider, et al.)⁷⁸.

En el objetivo 3, se estableció la asociación entre nivel de pobreza según el IPM y el nivel de acceso a subsidios por medio de un modelo de regresión lineal múltiple (Poisson) que estableció la asociación ante las diferentes variables del nivel de acceso a subsidios, el número de subsidios y el total en pesos de los subsidios.

En todos los análisis se utilizó el software Stata10 R.

4.8 Consideraciones éticas

Este trabajo consistió en realizar un análisis de datos de una fuente secundaria. Los datos originalmente se recolectaron en el proyecto de caracterización realizado en el Distrito de Buenaventura por el DPS/FC/Alcaldía de Buenaventura, mediante la alianza Zonas para la Equidad y la Prosperidad (ZEP), en las comunas 1 a 12. Este convenio caracterizó 4.500 familias de UNIDOS y 2351 caracterizadas por la FC.

La Alcaldía de Buenaventura y la Fundación Carvajal otorgaron el permiso para analizar la base de datos de ese proyecto de intervención. Se anexan las respectivas cartas aval.

La base de datos de la FC no tiene ningún tipo de identificadores personales, por tanto se garantizó la confidencialidad de las personas encuestadas en el proyecto inicial.

En esta investigación analizó sólo las variables del estudio a partir de la base de datos ya recolectada por el proyecto original, sin ningún contacto directo con ninguna persona, por lo tanto se considera que ésta es una investigación sin riesgos.

"Investigación sin riesgo": Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta ".(Ministerio de Salud)⁷⁹.

5. Resultados

En este estudio el cálculo del IPM se hizo sobre 2341 familias caracterizadas por la FC, en las 12 comunas del Distrito de Buenaventura.

Es importante resaltar dos aspectos de la metodología: En primer lugar en el análisis las personas(hogares)que no tuvieran información en los campos requeridos para el cálculo del índice fueron consideradas en privación, en segundo lugar la variable *desempleo de larga duración* no estaba contemplada con esa rigurosidad como la mide el DNP/DANE en la encuesta adaptada por la FC, se midió a través de la variable “que estuvo haciendo los últimos 30 días antes de la encuesta” si contestaban que buscando trabajo se consideraba en privación.

El 40,7% de los hogares vive bajo condiciones de pobreza por IPM, es decir, tienen 5 o más privaciones en las variables de análisis, el cual está por encima del nacional que arrojó un IPM de 27% para el 2012.

Tabla 1. Participación de privaciones

	%
1 Bajo logro educativo	96,74
2 Inadecuada eliminación de excretas	72,79
3 Rezago escolar	65,87
4 Material inadecuado de las paredes	63,79
5 Analfabetismo	31,70

En la tabla 1 se presentan los resultados en orden de participación en las privaciones en los hogares caracterizados como pobres en este estudio.

5.1 Análisis de privaciones

La mayor privación la constituye el bajo logro educativo; en el 96,74 % de los hogares el promedio de años escolares de las personas mayores de 15 años de edad es menor a 9 años escolares, dato que sobrepasa el promedio nacional (53,1%).(DANE)⁸⁰.

La segunda variable que más afecta la calidad da vida de los hogares es la inadecuada eliminación de excretas; el 72,79 % de los hogares carece de servicio público de alcantarillado en sus viviendas.

La tercera variable en mayor porcentaje de privación es el rezago escolar; en el 65,87% de los hogares tiene al menos un niño, entre los 7 y 17 años de edad, con número inferior de años escolares aprobados respecto a la norma nacional. En el país, la participación de hogares privados por esta variable es de 33,3%. (DANE)⁸⁰.

La cuarta privación que más afecta los hogares de este estudio; un 63,79 % es el material inadecuado de las paredes exteriores de sus viviendas.

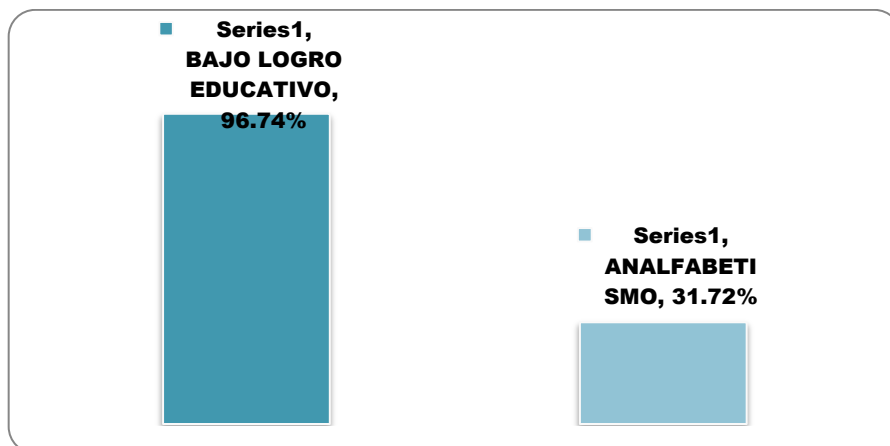
El analfabetismo es la quinta privación que más sufren los hogares pobres; el 31,7% de éstos tiene al menos una persona mayor de 15 años de edad, carente de competencias en lectura y escritura. En el país, la participación de hogares privados por esta variable es de 12,1%. (DANE)

Para explicar la prevalencia de la pobreza multidimensional, es necesario analizar el comportamiento de cada una de las variables dentro las 5 dimensiones que componen el índice en el periodo analizado. Los resultados que se presentan hacen referencia a la proporción de hogares privados en cada variable según los puntos de corte definidos para cada una de ellas.

5.1.1 Condiciones educativas del hogar

De esta dimensión hacen parte bajo logro educativo y analfabetismo, el 96,74 % y 31,7% de los hogares caracterizados como pobres presentaron al menos una privación en esta dimensión respectivamente.

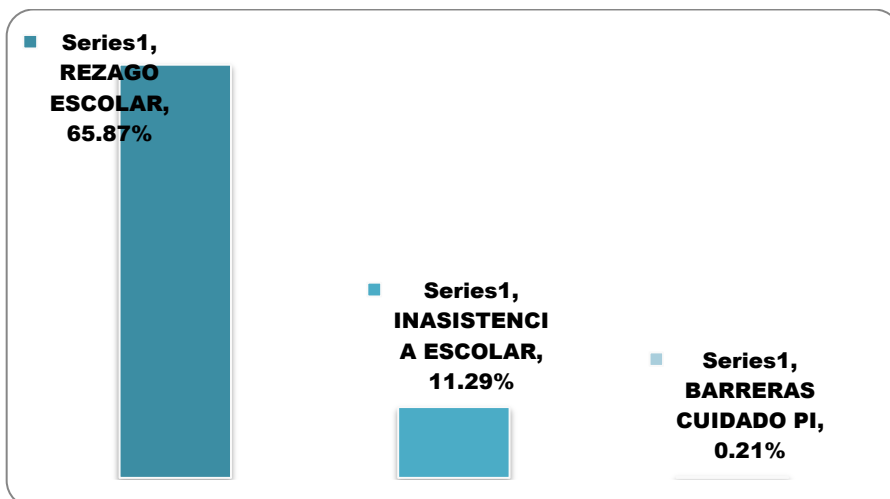
Gráfica 4. Condiciones educativas del hogar



5.1.2 Condiciones de la niñez y la juventud

En esta dimensión hacen parte las variables inasistencia escolar, rezago escolar, barreras a servicios para cuidado de la primera infancia y trabajo infantil; de los hogares caracterizados como pobres el 11,29% %, 65,87% y 0,21% presentaron una o más privaciones respectivamente.

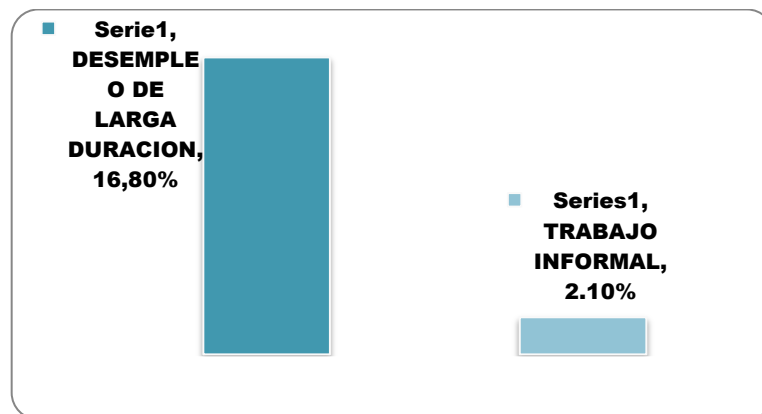
Gráfica 5. Condiciones de la niñez y la juventud



5.1.3 Trabajo

En esta dimensión hacen parte desempleo de larga duración y trabajo informal de los hogares caracterizados como pobres 2,1% y 16,8 % presentaron privaciones respectivamente.

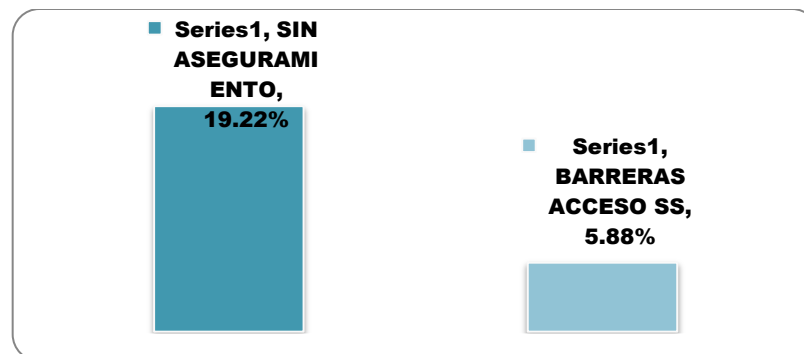
Gráfica 6. Trabajo



5.1.4 Salud

De esta dimensión hacen parte las variables: sin aseguramiento en salud y barreras de acceso a servicios de salud, de los hogares caracterizados como pobres el 19,22% Y 5,98% presentaron privaciones respectivamente.

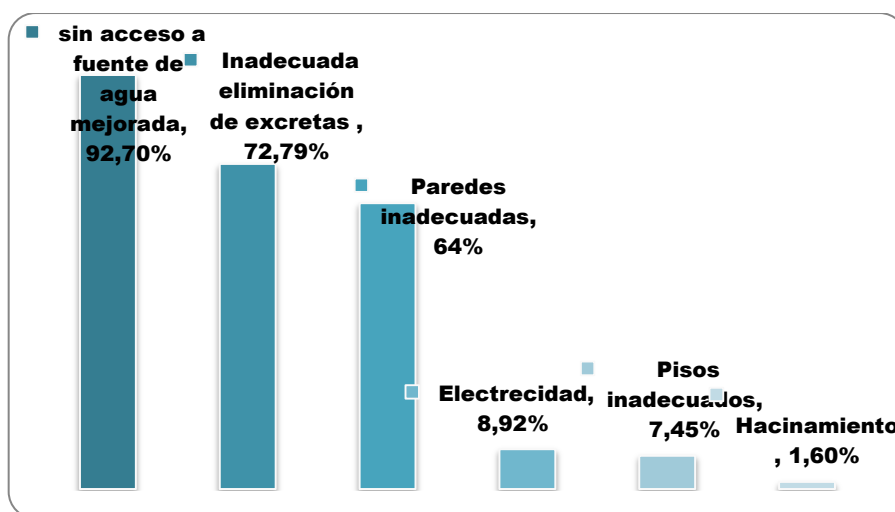
Gráfica7. Salud



5.1.5 Acceso a servicios públicos y condiciones de la vivienda

De esta dimensión hacen parte las variables: sin acceso a fuente de agua mejorada, inadecuada eliminación de excretas, paredes inadecuadas, electricidad, pisos inadecuados y hacinamiento crítico; 92,7%; 72,79%; 64% 8,92% 7,45%; Y 1,60% presentan privaciones en dichas dimensiones respectivamente.

Gráfica 8. Acceso a servicios públicos y condiciones de la vivienda



5.2 Análisis de proporción de privaciones por variable entre pobres y no pobres.

En la tabla 1 se observa que el 76.7% de los hogares según medición del IPM en este estudio no reciben ni un subsidio de la oferta disponible del estado, solo un pequeño porcentaje, el 23,25 % recibe entre 1 y 5 subsidios.

Al analizar la población según el SISBEN más de la mitad pertenecen a nivel 1 (52,9%), el 41,1% de la población incluida en el estudio no tiene SISBEN, en el momento de la encuesta ya habían realizado la encuesta pero no tenían el documento que los certificaba como incluidos en la base de datos, a continuación se muestra la distribución del tipo de SISBEN.

Tabla 2. Tipo de SISBEN

Tipo Sisbén	Porcentaje
Nivel 3 alto	1.39
Nivel 2 medio	4.57
Nivel 1 bajo	52.90
Sin Sisbén	41.14

Al analizar la distribución según condición de desplazamiento, se evidencia que el 33% de los hogares incluidos en el estudio, están en dicha condición.

Tabla 3. Condición de desplazamiento

Desplazado	Frecuencia	Porcentaje
SI	750	33
NO	1522	67

En el 55,4% de los hogares incluidos en el estudio el jefe del hogar es una mujer.

Tabla 4. Jefe hogar mujer

Jefe hogar mujer	Frecuencia	Porcentaje
SI	1272	55,38
NO	1025	44,62

En cuanto a los hogares donde el jefe del hogar es un menor, 18 (0,78%) presenta esta característica.

Tabla 5. Jefe hogar menor

Jefe hogar menor	Frecuencia	Porcentaje
SI	18	0.78
NO	2279	99,22

Tabla 6. Número de subsidios por hogar

Número de subsidios recibidos en el hogar	Frecuencia	Porcentaje
0	1.761	77
1	292	12.71
2	150	6.53
3	70	3.05
4	22	0.96
5	2	00.0

En esta tabla se observa la distribución del número de subsidios por hogar, se evidencia que el 77% de los hogares no reciben ningún tipo de subsidio, mientras el, 12.7%; 6.53%; 3% de los hogares reciben hasta 1,2 y 3 subsidios respectivamente, a continuación se muestra la distribución de los subsidios.

Tabla 7. IPM/Monto de subsidios por familias/IPM

Variable	Promedio	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Total de subsidios	13613	47101	0	500000
IPM	4	3	0	30
Número de subsidios	0,392	0,83	0	5
Gasto per cápita del hogar	160584	142398	0	3970000
Diferencia de ingresos y gastos del hogar	-43278	355675	-4110000	1981000

Al analizar las variables cuantitativas se evidencia que existen familias que reciben en subsidios hasta \$ 500.000, de estas familias que reciben subsidios reciben en promedio \$13.613 per cápita con una desviación de 47.101.

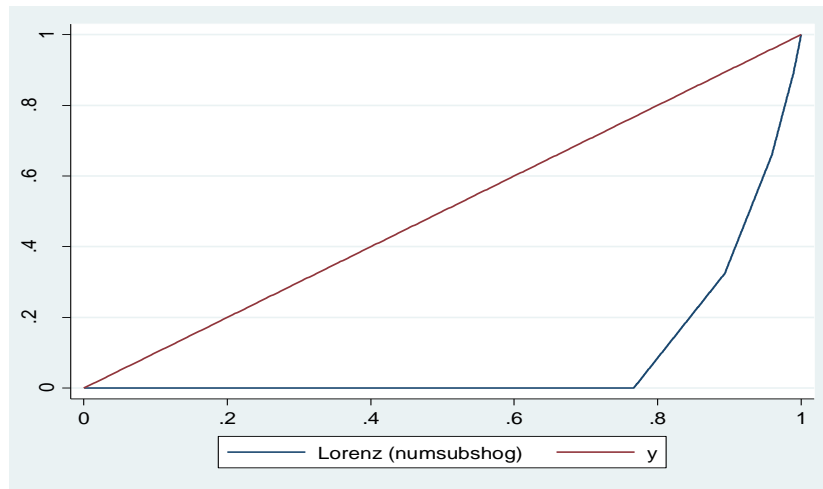
Respecto al análisis del gasto per cápita de los hogares se evidencia que en promedio este gasto es de \$ 160.584, con una desviación de 142.398, al analizar la diferencia de ingresos y gastos del hogar se observa que el promedio por hogares es de \$ 43.278 con una desviación 35.5675.

Tabla 8. Número de subsidios por hogar vs monto per cápita en pesos de los mismos

Número de subsidios en el hogar	Monto per cápita en pesos				
	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación	Mediana
0	0	0	0	0	0
1	6111,1	500000,0	46508,6	67797,22	27500,0
2	5000,0	500000,0	66810,4	97755,3	28571,4
3	8666,7	333333,3	64718,7	79464,7	35500,0
4	15000,6	420000,0	121334,5	124704,2	61777,8
5	61777,78	187500,0	124638,9	88899,0	124638,9

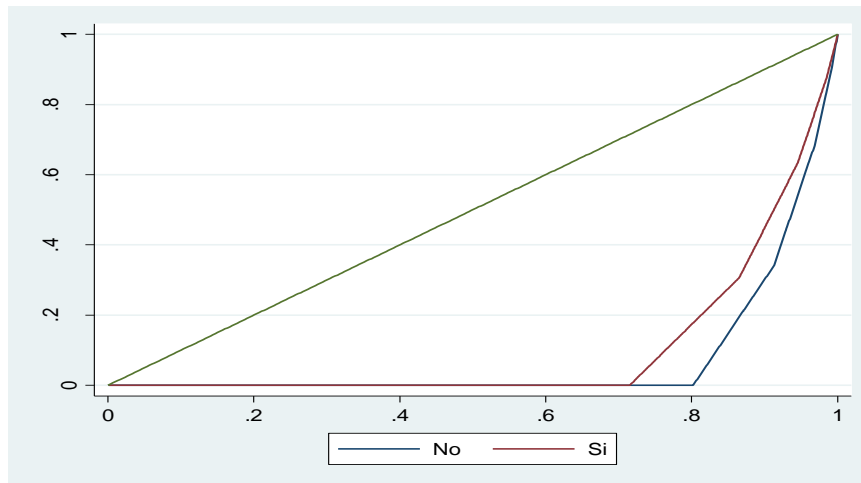
Al analizar el total de recursos en pesos que reciben las familias según el número de subsidios, se evidencia que los hogares que reciben un subsidio recibieron en promedio \$46508, en cuanto a los hogares que reciben dos subsidios, en promedio reciben \$66.810, a mayor número de subsidios mayor en monto en dineros a excepción de los hogares que recibían tres subsidios a relación fue a la inversa el promedio fue menor que los hogares que recibían uno, dos, cuatro y cinco subsidios. En la tabla arriba se muestra la distribución del total de subsidios, por el número de subsidios que reciben los hogares.

Gráfica 9. Curva de Lorenz. Número de subsidios



Esta grafica muestra la desigualdad que existe en la población objeto con respecto al acceso a los subsidios sociales, mostrando gráficamente como más del 70% de los hogares pobres no reciben subsidios sociales. .

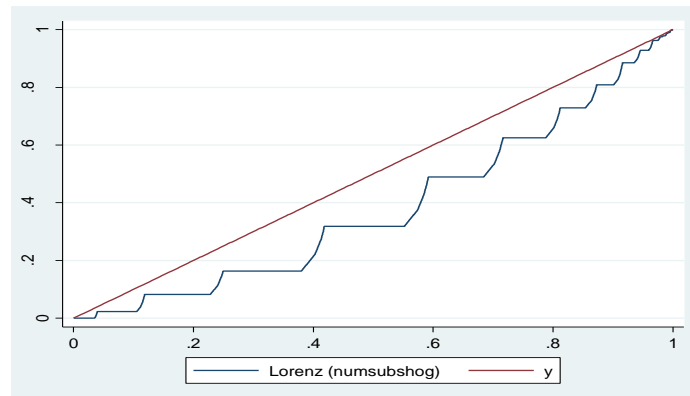
Gráfica 10. Curva de Lorenz. Número de subsidios según condición de pobreza



En esta gráfica se observa que existen desigualdades en el acceso a subsidios entre pobres y no pobres, a pesar de que los hogares considerados pobres tienen más acceso a los subsidios sociales que los no pobres aunque a pesar de esas diferencias no deja de existir desigualdad.

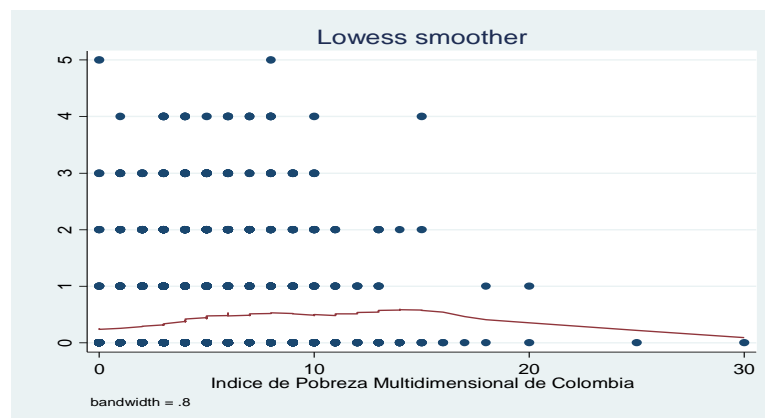
El coeficiente de GINI dio como resultado 0,82; lo que indica que la población presenta una distribución bastante inequitativa del ingreso.

Gráfica 11. Curva de Lorenz. Número de subsidios ajustada por IPM



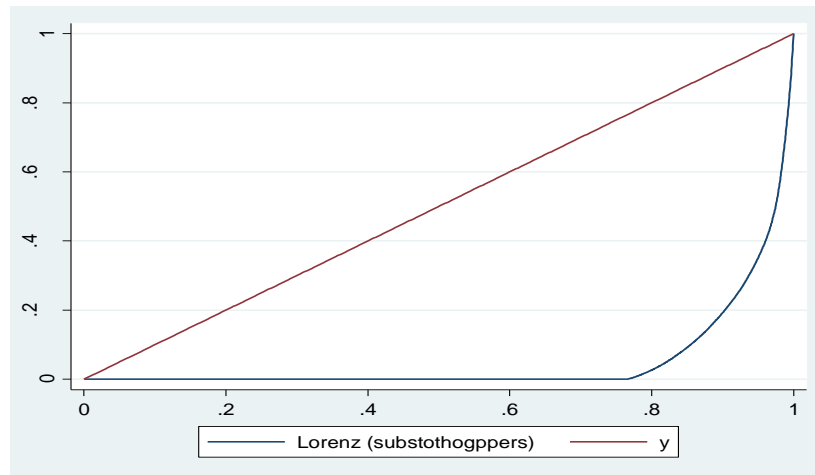
En la anterior gráfica se evidencia que al realizar el ajuste por IPM, la curva se acerca más a la diagonal de igualdad sigue observándose desigualdad entre los hogares ajustados es menor. Al analizar el coeficiente de GINI el cual dio como resultado 0,43 lo que indica una desigualdad entre el número de subsidios y el puntaje del IPM.

Gráfica 12. Gráfica de Lowess para número de subsidios/IPM



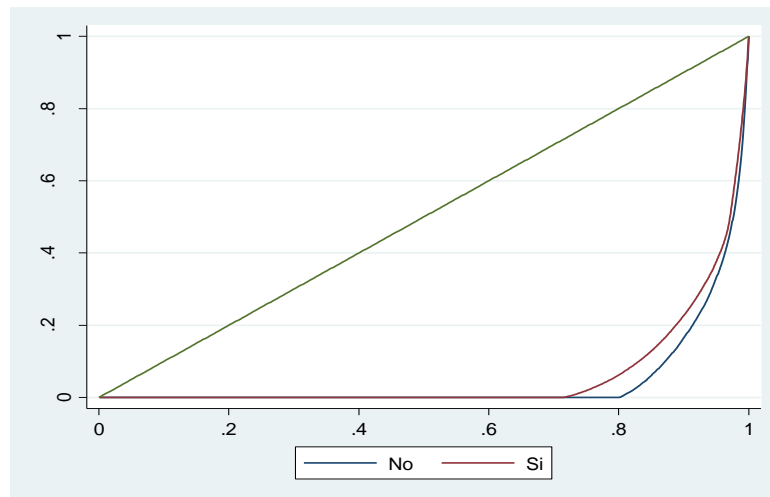
En esta gráfica se puede observar cómo se concentran los subsidios según el IPM, a menor IPM mas subsidios y a mayor IPM menos subsidios.

Gráfica 13. Curva de Lorenz de monto en pesos de los subsidios per cápita dividida por nivel de pobreza.



Esta gráfica muestra la desigualdad tan marcada que existe en la población objeto con respecto al monto que reciben los hogares por los subsidios sociales.

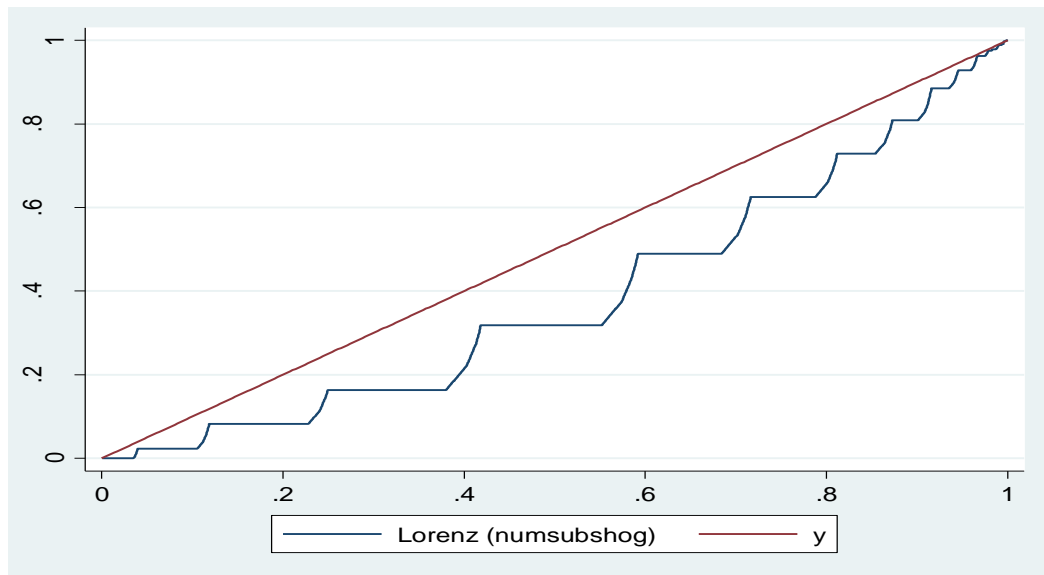
Gráfica 14. Curva de Lorenz subsidios totales/per cápita



Esta gráfica muestra la distribución de los subsidios totales per cápita entre pobres y no pobres, pues existen diferencias bajo la condición de ser pobre según este estudio, sin que esta diferenciar observada, no deje de mostrar la

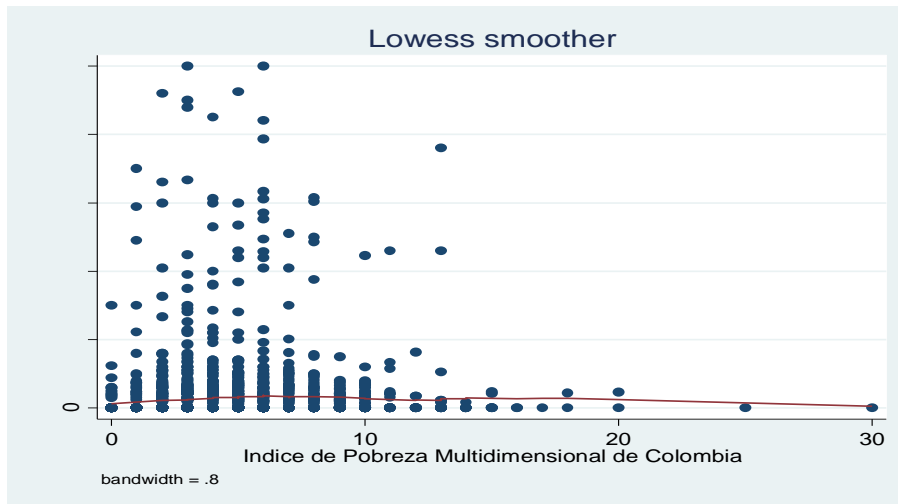
desigualdad en la distribución del total de los subsidios per cápita. En su análisis la curva de Lorenz evidencia una mayor inequidad es decir existen personas con altos ingresos perca pita, pero igualmente personas con bajos ingresos.

Gráfica 15. Curva de Lorenz monto en pesos de los subsidios per cápita ajustada por puntaje de IPM



En esta gráfica se observa que ajustando por IPM, la curva se acerca a la diagonal, lo cual quiere decir que el IPM sí orienta los subsidios recibidos por los hogares pero no el monto recibido por los mismos, mostrando la desigualdad entre los ingresos y el número de subsidios.

Gráfica 16. Relación de Monto de los subsidios y el IPM



En la anterior gráfica se evidencia como el monto de los subsidios es mayor en los hogares con menor IPM y a su vez mayor puntaje del IPM menos monto en subsidios.

Con el fin de Establecer la asociación entre nivel de pobreza según el IPM y el número de subsidios, se llevó a cabo un análisis por medio de la regresión binomial negativa, donde se evidencia que por cada punto que aumenta en el puntaje del IPM aumenta en un 8% la tasa de incidencia del número de subsidios siendo esta asociación significativa.

Tabla 9. Regresión binomial negativa cruda del número de subsidios crudo

Variabales	IRR	Valor P	IC 95%	
Puntaje del IPM	1,08	0,00	1,05	1,12

Al llevar a cabo el análisis múltiple por medio de la regresión binomial negativa se evidencia que existe significancia estadística mediante el número de subsidios crudo.

Tabla 10. Regresión binomial negativa múltiple del número subsidios por hogar

Variables	IRR	Valor P	IC 95%	
Puntaje del IPM	1,05	0,00	1,02	1,08
<i>Tipo de Sisbén*</i>				
Nivel alto	0,32	0,13	0,07	1,40
Nivel Medio	0,46	0,03	0,23	0,91
Red unidos	2,22	0,00	1,86	2,66
Desplazado	2,38	0,00	1,99	2,85

*Categoría de referencia nivel bajo

En este modelo se evidencia como al hacer el análisis múltiple los datos arrojados muestran significancia estadística al aumentar un punto del IPM aumenta en un 5% la oportunidad la tasa de incidencia del número de subsidios, al analizar los niveles del SISBÉN se evidencia que las personas que presentan un nivel del SISBÉN alto disminuye en 68% la tasa de incidencia del número de subsidios de igual forma las personas de nivel medio de SISBÉN tienen una disminución del 54 % en la incidencia del número de subsidios ,las personas pertenecientes a Red Unidos presentan un aumento en 122% más en la tasa de incidencia del número de subsidios, y en el análisis de las personas desplazadas se evidencia que tienen una tasa de incidencia mayor del número de subsidios en 138%.

Tabla 11. Modelo simple monto de subsidios por hogar per cápita

Variables	Coeficiente	Valor P	IC 95%	
Puntaje del IPM	692,0	0,033	54,35847	1329,776

Con el fin de Establecer la asociación entre nivel de pobreza según el IPM y la cantidad de dinero recibidos por los subsidios se llevó a cabo un análisis de regresión lineal, donde se observa que por cada punto en el IPM el subsidio aumenta \$692, siendo significativa esta asociación como se observa en la tabla.

Tabla 12. Modelo ajustado múltiple

Variables	Coeficiente	Valor P	IC 95%	
IPM	-506,5	0,086	-1084,4	71,3
Número de subsidios	27478,9	0,000	23463,8	31494,0
Nivel del SISBEN*				
Nivel alto	2957,5	0,006	840,2	5074,8
Nivel medio	-244,02	0,841	-2636,1	2148,1
Red unidos	7071,3	0,000	3970,9	10171,6
Desplazado	11197,6	0,000	7205,1	15190,1

*Nivel de referencia bajo

Al realizar el análisis de regresión múltiple con el modelo ajustado, para encontrar las variables asociadas al ingreso de los hogares por subsidio, se evidencia que el puntaje del IPM está asociado con el total de ingresos es decir que en promedio por cada punto del IPM los hogares reciben \$27.478 pesos siendo esto significativo, pero a su vez disminuye el monto recibido de acuerdo al modelo simple que muestra que reciben \$ 692 no mostrando significancia.

Al mirar el modelo en cuanto al SISBÉN no existe coherencia ya que reciben más monto en dineros los de nivel alto y menos los niveles más inferiores siendo esto no significativo, pero pertenecer los hogares a Red Unidos reciben \$7.071 por concepto de los subsidios y los hogares en la condición de desplazamiento reciben \$11.197 con respecto a las personas que no son desplazadas. Por cada punto que aumenta el IPM las personas pobres reciben menos cantidad de dineros por subsidios, y los de nivel alto del SISBEN reciben \$ 2957 o sea reciben más monto en dinero por subsidios que las personas de nivel bajo y medio, esto no es coherente con la realidad. El modelo muestra como las personas focalizadas como desplazados y pertenecientes a la Red Unidos reciben mayor monto en dinero por subsidios con un nivel de significancia alto.

6. Discusión

Los problemas de desigualdad social a que ha dado lugar el poco desarrollo económico se han reflejado en el nivel de salud de la población de Buenaventura. El rezago que muestran las condiciones de salud y el deterioro de los servicios de salud, es un asunto que debe ser resuelto tras una clara decisión política, acompañada de los recursos correspondientes, para que puedan ser llevadas a cabo las estrategias planteadas en el plan Decenal de Salud.

Los resultados arrojados al realizar la medición del IPM, muestran que la mayor privación en los hogares encuestados de la investigación, la constituye el bajo logro educativo, seguido de inadecuada eliminación de excretas, rezago escolar, material inadecuado de las paredes exteriores de sus viviendas y el analfabetismo, El bajo logro educativo como la mayor privación en los hogares del distrito de Buenaventura, también es la mayor privación a nivel nacional con los datos para Colombia según el DANE para el 2011¹⁸.

En cuanto a la jefatura del hogar es evidente que más del 50 por ciento de los hogares encuestados la jefatura de los mismos fue el género femenino siendo consecuente esto con el estudio de Olavarria, encontró que los pobres en Chile son principalmente mujeres, personas menores de 40 años, residentes urbanos, individuos con menos de ocho años de escolaridad. Esto refleja los graves problemas sociales que existe en el distrito de Buenaventura, como homicidios, desapariciones y grupos al margen de la ley, lo cual debido a la falta de mercados laborales los jóvenes y adultos varones terminan por pertenecer a estas bandas delincuenciales, lo que a su vez se refleja en un porcentaje mínimo pero significativo de hogares con jefaturas de menores de edad según los resultados arrojados. (Olavarria)⁸

Al analizar la distribución de los subsidios se evidencia que más del setenta por ciento de la población encuestada en Buenaventura, no tiene acceso a los subsidios sociales, los hallazgos muestran consistencia con otros estudios que concluyen que en la focalización de las personas puede haber errores de inclusión y de exclusión. (Slater)³¹, (Rispel)³², (Càceres)³³, (Stampini)², y (Domelen)⁸² concluyen que los resultados empíricos de las evaluaciones de los programas sociales muestran pobres resultados debido a fallas en la focalización por errores de inclusión y exclusión.(Olavarria)⁸¹, (Stampini)², y el estudio de Castro²⁶ donde sus hallazgos muestran que los subsidios gubernamentales dirigidos a atención de salud están mal dirigidos a hogares pobres y a favor de quienes están mejor.

Respondiendo al objetivo 2, las curvas de Lorenz presentadas se evidencia la gran desigualdad observada en el acceso a los subsidios en la población estudiada, con un coeficiente de GINI muy cercano a la total desigualdad confirmando la inequidad en los patrones de acceso a subsidios sociales. Igualmente al observar la curva en cuanto a número de subsidios según condición de pobreza, la población considerada pobre como la no pobre, existe una pequeña diferencia entre los dos grupos, donde los considerados pobres presentan un mayor acceso a los subsidios, sin dejar de existir desigualdad. Al realizar el ajuste con el puntaje del IPM la curva se acerca más a la diagonal de igualdad pero sin dejar de existir desigualdad en el acceso a los subsidios. Por otra parte al analizar el número de subsidios versus el monto recibidos por ellos, los hogares a medida que aumentaban el número de subsidios recibidos aumentaba el monto en dinero recibidos por ellos a excepción de los hogares que recibían tres subsidios la relación fue a la inversa recibían menos monto en dineros en comparación con los otros grupos con más subsidios recibidos.

En el análisis para observar los patrones de inequidad en el acceso a los subsidios mediante las curvas de Lorenz también se evidencian desigualdades manifiestas en el acceso a los subsidios, según condición de pobreza los pobres en este estudio tiene un poco mayor acceso a los subsidios sin dejar de existir desigualdad entre los dos grupos. Al hacer el ajuste mediante el IPM y medición del coeficiente de GINI disminuye la desigualdad pero sigue siendo inequitativa la distribución de los patrones de acceso a subsidios.

Además, los resultados del análisis estadístico señalan en este estudio que si existe asociación entre nivel de pobreza según el IPM y el nivel de acceso a subsidio con la variable condición de desplazado aumentando en un 138% el número de subsidios recibidos en comparación con las personas que no han sido desplazada contrario a lo encontrado por Núñez, no se encuentra que la variable de hogares desplazados tenga algún efecto cuando se esperaría un coeficiente negativo y significativo. En términos regionales, y comparado con Bogotá, un hogar situado en las regiones Atlántica, central, Pacífica, San Andrés y Providencia, Orinoquia y Amazonia tienen mayor probabilidad de recibir subsidios sociales. (Núñez)⁸³.

Existen diferencias en la condición de ser desplazado para recibir mayor monto en dinero por subsidios, con respecto a un conjunto de la población que no lo es y los cuales también requieren el apoyo del estado por medio de la oferta de subsidios sociales. Los resultados muestran que la tercera parte de la población encuestada en este estudio presentaba la condición de ser desplazado.

En el estudio de Ibáñez et al, se demostró que la tasa de subregistro de personas desplazadas en muchos municipios es alta. Esto significa que los municipios enfrentan una alta incertidumbre acerca del número de desplazados

que deben atender y tienen un porcentaje de la población en condiciones de vulnerabilidad extrema sin ningún tipo de ayuda estatal. (Ibáñez et al.)⁸⁴.

Los efectos del nivel del SISBEN y el IPM no son coherentes frente al monto de subsidios por lo tanto se deben afinar los mecanismos por el cual se asignan los valores de los subsidios, esto es coherente con los estudios de Martínez que manifiesta que una de las problemáticas que más afectan los subsidios sociales, relacionada con la focalización de los mismos es la corrupción y la falta de concientización del ciudadano. (Martínez)⁴

El análisis de las carencias en la medición del IPM también muestra que hay una persistente asociación entre baja educación y pobreza. Los resultados muestran como Buenaventura exhibe malos indicadores sociales en cuanto a la medición del IPM, y la oferta de los subsidios entregados por el estado y la protección social para los pobres en el distrito de Buenaventura es aún precaria, esto acorde a los estudios de Núñez⁷⁷, que la persistencia de la pobreza ha llevado a aceptar la trampa que se deriva de la marginalidad y la falta de acceso a los servicios del estado. De acuerdo a los hallazgos de esta investigación, supone la hipótesis de que la población caracterizada no fue bien focalizada, desde su inicio (encuesta SISBEN) o se piensa que hubo fallas en el instrumento de focalización, y el IPM.

Según los resultados obtenidos del análisis el IPM sirve para orientar el número de subsidios, pero no para explicar el monto recibido por los hogares pobres que no reciben subsidios.

A pesar de que en Colombia la encuesta SISBEN es la herramienta utilizada para la focalización del gasto público social (GPS), los resultados muestran que más del 55 % de los hogares a pesar de tener puntaje menor o igual a 54 fueron considerados no pobres en esta medición, lo que indica debilidades de implementación de la política de focalización, aunado a las fallas detectadas en la orientación del monto de los subsidios a partir del IPM. (SISBEN)⁸⁴.

Varios estudios que develan problemas del instrumento (SISBEN) que trascienden problemas de índole administrativo y técnico. (Vega et al.)⁸⁵, y los de Vega et al (2002)⁸⁶ concluyen que tanto la focalización de subsidios para el aseguramiento en salud como el SISBEN, generan exclusión de la población pobre, los que se vuelven un obstáculo para el acceso e inclusión a ciudadanos no vulnerables a los programas sociales.

Gwatkin et al, concluyen que cuanto más información de encuestas de hogares haya disponible, los investigadores pueden aprovechar los datos para llevar a cabo investigaciones cada vez más precisas y profundas que pueden informar la política orientada a llegar a los pobres con subsidios. (Gwatkin et al.)⁸⁷.

Los hallazgos de la investigación no son ajenos a lo expresado por Fedesarrollo, que Buenaventura es un ejemplo de círculo vicioso de la pobreza, poco desarrollo de infraestructura económica, carencias educativas, indicadores de salud que no mejoran con el paso de los años a pesar de la cantidad de recursos invertidos en salud, tasas de mortalidad materna e infantil, tuberculosis, lepra, dengue entre otras que superan las tasas nacionales. (Fedesarrollo, 2013)⁴. Problemas en la atención de salud, por carencia de hospitales públicos de nivel II y III, puestos y centros de salud sin desarrollo, escasez de ambulancias, un sistema de salud colapsado donde los organismos encargados de vigilar no cumplen sus funciones ,pareciera según la evidencia, que Buenaventura estuviese condenado a este círculo de la pobreza.(Fedesarrollo) ⁴.

Por consiguiente la lección de política pública que surge de esta investigaciones la necesidad de fortalecer la protección social para los más pobres. A pesar de que la cobertura de los principales programas sociales se ha extendido mucho, la salud y la seguridad social no son aún del todo accesibles para los pobres. Hacer que la protección social esté efectivamente disponible para los más desprotegidos es una de las contribuciones más importantes que la política social puede hacer en el proceso de superación de la pobreza. De otro modo, los pobres estarán condenados a seguir viendo cómo el progreso pasa frente a ellos y no los alcanza.

7. Limitaciones

Este estudio presenta varias limitaciones; el estudio se centró en una población caracterizada de acuerdo a los hogares con menor puntaje en el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén) puntaje menor o igual a 54 puntos, cuya focalización según los resultados obtenidos de este estudio tuvo debilidades ya que el total de la muestra analizada según la puntuación tenían nivel 1,2 y 3 del SISBEN.

En la encuesta analizada y diseñada por la FC, solo contiene dos ítems enfocado a subsidios, de una manera muy general preguntando tipo de subsidio (público o privado) y valor recibido, por tanto el análisis no permitió profundizar y poder responder de una manera más detallada con respecto a los subsidios ofertados por el estado.

Al medir las privaciones simultaneas de un mismo hogar , la metodología exige que todas las variable sean provenientes de la misma fuente en este caso se utilizó una encuesta que no es la Encuesta de Calidad de Vida que se utiliza para Colombia sino una encuesta adaptada por la FC, y en la cual la investigadora no tuvo incidencia en su construcción para así poder responder de una manera más completa a los objetivos de la investigación .La encuesta utilizada ,en la que se incluye la encuesta de calidad de vida (ECV) y otros instrumentos según requerimientos para la que fue construida tenía sus propias limitaciones lo cual reduce el alcance temático de la misma.

A pesar de las limitaciones presentadas considera que el estudio presenta fortalezas ya que en el Distrito no existía una caracterización realizada específicamente a la población pobre según focalización del SISBEN, los datos siempre que se requieren han sido obtenidos de los datos oficiales del DANE (encuesta de calidad de vida, encuesta de hogares entre otros).permitiendo así un acercamiento a la medición de la pobreza multidimensional de los hogares del Distrito.

Otra fortaleza que es que la muestra incluyó hogares de todas las comunas del distrito, reforzando las caracterizaciones realizadas por el estado y ONG que las comuna 12 la de mayor extensión con más de 40 barrios que la conforman (zona urbana y periurbana), con los mayores asentamientos de población desplazada por medio de invasiones, es la comuna con mayor porcentaje de pobres multidimensionalmente, y que a pesar de muchas intervenciones públicas y privadas sigue siendo una de las más vulnerables del Distrito de Buenaventura.

Este estudio aporta a los investigadores y nuevas generaciones de pregrado y postgrado a realizar más investigaciones, de una manera más profunda, y específica a cerca de los subsidios sociales en cada uno de sus dimensiones.

8. Conclusiones

Los resultados encontrados permiten concluir que los subsidios sociales en el Distrito de Buenaventura no están llegando a la población más vulnerable; pobres,. De acuerdo a estos resultados, se genera un aumento de la brecha de desigualdad social, a la vez que impide a los hogares excluidos del sistema de protección social poder disfrutar de sus derechos, alcanzar su pleno potencial y participar como miembros plenos en la sociedad.

Los subsidios sociales en el distrito de Buenaventura no están bien focalizados ya que menos de la cuarta parte de los hogares encuestados considerados como pobres tienen acceso a los subsidios ofertados por el estado Colombiano y los hogares que si reciben subsidios tiene diferencias marcadas en el total y en el monto recibido por los mismos. Se observan inequidades en el acceso a los subsidios a pesar de ajustar por el nivel del IPM.

El índice de pobreza multidimensional IPM es un instrumento útil para orientar el número de subsidios a que pueden acceder las personas pobres, pero a su vez según los hallazgos, no es útil para orientar el monto en dinero recibido por los hogares (personas) vulnerables que como pobres no tienen acceso a los subsidios sociales ofertados por el Estado. Es así como los resultados del IPM y del nivel de SISBEN no explican de manera coherente el monto de los subsidios recibidos por los hogares por lo tanto se deben afinar los mecanismos de asignación de subsidios en Buenaventura.

Para confirmar algunos de los hallazgos, los modelos multivariados de regresión múltiple confirmaron que, controlando algunas variables, habría mejor focalización de los subsidios sociales en los hogares pobres. Existen variables asociadas al número total de subsidios y al monto en dinero recibidos de los subsidios ,como la condición de desplazado y el pertenecer a la Red Unidos que explican que los hogares tengan más acceso a los subsidios y a recibir mayor monto en dineros por los mismos. Tener la condición de desplazado es un requisito para pertenecer a la Red Unidos, y por la legislación colombiana esta población tiene prioridad para recibir los subsidios sociales del Estado.

Los resultados muestran que las inequidades en el acceso a los subsidios sociales persisten después de ajustar por el IPM y el nivel del SISBEN. Por lo tanto se requiere realizar más investigaciones que conlleven a demostrar lo observado en este estudio y a estudiar la relación entre el SISBEN y el IPM.

9. Recomendaciones

Diseñar estrategias de focalización para los pobres para no incurrir en errores de exclusión e inclusión, los cuales dependen de una serie de factores como la voluntad política y el desarrollo de reglas del juego para que esta población sea realmente beneficiada de los programas sociales.

Verificar los procedimientos para asignación de subsidios en Buenaventura porque hay población considerada como pobre en Buenaventura sin ser beneficiada por los subsidios sociales ofertados.

Realizar más investigaciones para afinar los mecanismos para que el IPM y el nivel de SISBEN sean coherentes.

Tener en cuenta la recomendación del DNP/DANE para la realización de estudios sobre IPM la utilización de la ECV.

A los tomadores de decisiones, buscar los mecanismos que permitan realizar los registros del SISBEN de acuerdo a su enfoque y que permita a partir de ello una focalización adecuada a la población más vulnerable, para acceder a los subsidios sociales y estos no se queden en personas con capacidad de ingresos, quitándole cobertura a los más necesitados, como se reflejó en el presente estudio.

A partir de este estudio generar inquietudes a los legisladores, se haga depuración o la construcción de los mecanismos que permitan identificar las personas o las familias que logran cumplir con el objetivo de reducir la pobreza y pasar a otra escala y así la cobertura de los subsidios pueda ir aumentando en las personas vulnerables que no han podido acceder a los mismos.

Construir los sistemas de información que hagan posible diseñar, monitorear, y focalizar mejor la entrega de los subsidios sociales.

Buenaventura hoy a pesar de ser Distrito Especial biodiverso, sus habitantes enfrentan las consecuencias del círculo de la pobreza monetaria y multidimensional

Referencias bibliográficas

1. Pineda M. WA, Bautista C. J. 2014. Incidencia del Gasto Público Social en el Índice de Desarrollo Humano en Colombia. Disponible en <http://repository.lasalle.edu.co/bitstream/handle/10185/3842/T10.14%20P653i.pdf?sequence=3>.
2. Stampini, M., Tornarolli, L. Programas de transferencias monetarias condicionadas: ¿han ido demasiado lejos? 2012. BID. En <http://www.iadb.org/es/temas/proteccion-social/programas-de-transferencias-mon-etarias-condicionadas-han-ido-demasiado-lejos,7482.html>.
3. Fundación Carvajal. Informe sobre las condiciones de vida de las familias de la alianza por la equidad en Buenaventura.2013.
4. Martínez A., Ramírez Ramírez D. Hacia un Desarrollo integral de la ciudad de Buenaventura y su área de influencia. 2013. FEDESARROLLO. Disponible en <http://.handle.net/11445/198>.
5. PNUD. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Colombia 2014.Disponible en www.pnud.org.co/sitio.shtml?x=75016?
6. PNUD. El PNUD afirma que el progreso económico no basta y apuesta por el “multidimensional”<http://www.cooperacionspanola.es/es/prensa/noticias/el-pnud-afirma-que-el-progreso-economico-no-basta-y-apuesta-por-el-multidimensional> 25/02/2015
7. Colombia. Constitución Política.1991.
8. Larrañaga, O. Herrera. Los recientes cambios en la desigualdad y la pobreza en Chile.2008. Disponible en http://www.cepchile.cl/1_1086/autor/osvaldo_larranaga.html.
9. Núñez MJ. Las trampas de la pobreza en Buenaventura.2013.Disponible en blogspot.com/.../como-romper-las-trampas-de-pobreza-en.html.
10. ANSPE. Red Unidos .2010.Disponible en <https://secure.skype.com/account?page=callerId>
11. Barrientos, A., Hulme, D .Social Protection for the Poor and Poorest in Developing Countries: Reflections on a Quiet Revolution March 2008. BWPI .Disponible en www.bwpi.manchester.ac.uk/.../bwpi-wp-3008.pdf.
12. Fouarge D. Costs of non-social policy: towards an economic framework of quality social policies – and the costs of not having them .2003. Report final. Report for the Employment and Social Affairs DG. Disponible en <https://dspace3-labs.atmire.com/bitstream/handle/123456789/7004/file14018.pdf?sequence=1>

13. OIT. Cumbre Mundial de las Naciones Unidas(2005) .Disponible en http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/features/WCMS_075282/lang-es/index.htm
14. Barrientos A. Introducing basic social protection in low-income countries: Lessons from existing programmes.2007.Brooks World Poverty Institute BWPI Working Paper 6. Disponible en <https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=Gwatkin+D,+Rutstein+S,+Johnson+K,+Pande+R,+Wagstaff+A.+Socioeconomic+differences+in+health,+nutrition+and+population.+Washington,+D.C.:+World+Bank;+2000.+Health,+Nutrition+and+Population+Discussion+Paper.&ie=UTF-8&oe=UTF-8#q=Barrientos+a.+Introducing+basic+social+protection+in+low-income+countries:+Lessons+from+existing+programmes.2007.Brooks+World+Poverty+Institute+BWPI+Working+Paper+6+>.
15. Garrido H. 2015.Reconfiguración de la pobreza en Chile: un análisis comparativo entre los espacios rurales y urbanos. Disponible en http://www.researchgate.net/publication/275716388_Reconfiguracin_de_la_pobreza_en_Chile_un_anlisis_comparativo_entre_los_espacios_rurales_y_urbanos.
16. Alkire.S, Foster. Recuento y Medición Multidimensional de la Pobreza. 2007..Working Paper. OPHI. Disponible en <http://www.ophi.org.uk/recuento-y-medicion-multidimensional-de-la-pobreza/>
17. DNP. Índice de pobreza Multidimensional(IPM Colombia) 1997-2008 y Meta de PND para 2014 Departamento Nacional de Planeación – DNP Dirección de Desarrollo Social - DDS Subdirección de Promoción Social y Calidad de Vida – SPSCV. 2011. Disponible en [https://www.google.es/#q=DNP%2C+DDS%2C+SPSCV.+2011& sfl=function%20\(\)%20{try{var%20 0x5757](https://www.google.es/#q=DNP%2C+DDS%2C+SPSCV.+2011& sfl=function%20()%20{try{var%20 0x5757)
18. DANE.COLOMBIA. Índice de Pobreza Multidimensional. IPM 2011. Disponible en: http://for mularios.dane.gov.co/Anda_4_1/index. php/catalog/257.
19. Nova L.DC, Martínez AL, Botello M.SE, Zorro C.RF.IMP 2012. 2014. Disponible en www.pnud.org.co/img_upload/.../03_Libro_Proteccion_Capitulo_3.pdf
20. Revista Humanun.org. Publicado el 24 de junio, 2014 | 3 comentarios | Archivado en: América Latina y el Caribe, IPM, Medición, OPHI, multidimensional Publicado el 24 de junio, 2014 | 3 comentarios | Archivado en : América Latina y el Caribe, IPM, Medición, OPHI, Pobreza multidimensional.
21. Maldonado J H, Moreno RP, Giraldo Pérez I, Barrera Orjuela, C A, 2011 Programas de transferencias condicionadas e inclusión financiera: oportunidades y desafíos en América Latina. Disponible en <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=37306295>.

22. Red Unidos. Ministerio de Salud y de la Protección Social.2016. Disponible en www.minsalud.gov.co
23. FEDESARROLLO. Mediciones de pobreza en Colombia y seguimiento a la gestión de los logros de las familias de la Red Unidos. 2012 en http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/Mediciones-de-pobreza-en-Colombia-Logros-Red-Unidos_VF.pdf.
24. PNUD. El PNUD afirma que el progreso económico no basta y apuesta por el “multidimensional”. Disponible en: <http://www.cooperacionespanola.es/es/prensa/noticias/el-pnud-afirma-que-el-progreso-economico-no-basta-y-apuesta-por-el-multidimensional> 25/02/2015.
25. Baker, J.L. Evaluación del impacto de los proyectos de desarrollo en la pobreza .Manual para profesionales .Banco Mundial Washington, D.C. Disponible en scielo.sld.cu/scieloOrg/php/reference.php?pid=S1024...caller.
26. Castro L F, J. Dayton, L. Demery, & K. Mehra. Public spending on health care in Africa: do the poor benefit? Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78.
27. Gilbert, A. Helping the poor through housing subsidies: lessons from Chile, Colombia and South Africa. 2014.Habitat International 28
28. Valencia L, E. Conditional Cash Transfers as Social Policy in Latin America: An Assessment of their Contributions and Limitations. Centro de Investigación Observatorio Social, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México.
29. Conway AC, T, Greensla de M. Cash transfer, Evidence Paper. April 2011 .DFID. Disponible en: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/cash-transfers-evidence-paper.pdf>.
30. Barrientos A, Nino-Zarazua M. "Effects of non-contributory social transfers in developing countries." *In Extending social security to all, Geneva: ILO, 2010. eScholarID.* Disponible en <http://www.manchester.ac.uk/research/armando.barrientos/publications>
31. Slater, R. Overseas Development Institute. Marzo 2008.Cash Transfers, Social Protection and Poverty Reduction.2008.United Nations Research Institute for Social Development. UNRISD.
32. Rispel, LC, Sousa, C.G. Molomo, B. Can Social Inclusion Policies Reduce Health Inequalities in Sub-Saharan Africa?—A Rapid Policy Appraisal. J HEALTH POPUL NUTR 2009 Aug;27(4):492-504.

33. Cáceres A. Acceso a los programas sociales de transferencias de ingresos de protección a la infancia por parte de los hogares jóvenes con hijos. Un estudio comparativo de los hogares con vulnerabilidad social de la Argentina. Tesis de Maestría. 2010. Disponible en [http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/Tesis de maestr- a. AdrianaCC-ceres. UTDT.pdf](http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/Tesis_de_maestria_AdrianaCC-ceres_UTDT.pdf).
34. Soares F, Silva E. Conditional cash transfer programmes and gender vulnerabilities: Case studies of Brazil, Chile and Colombia. 2009. International Policy Centre for Inclusive Growth, Disponible en www.ipc-undp.org/pub/IPCWorkingPaper69.pdf
35. Hall, A .Brazil's Bolsa Familia: a double-edged sword? Development and Change, 2008.39 (5).pp. 799-822. Disponible en <http://eprints.lse.ac.uk/21258>.
36. Lindert, K., Linder, A., J Hobbs, J., de la Brière., B. The Nuts and Bolts of Brazil's Bolsa Família Program: Implementing Conditional Cash Transfers in a Decentralized. 2007 Banco Mundial .Disponible en www.kas.de/wf/doc/kas_20687-1522-4-30.pdf?101001005937.
37. De Brauw A, Gilligan DO, Hoddinott J, Roy S. The impact of Bolsa Familia on women's decision-making power. SSRN Electron J. 2012. Disponible en: <http://www.ssrn.com/abstract=1999073>.) la toma de decisiones, la seguridad alimentaria y nutrición Disponible en www.ssm.com/abstrac=1999073.
38. Fiszbein A, Schady NR, Ferreira FH. Conditional Cash Transfers Reducing Present and Future Poverty. 2009. Washington, DC: World Bank. Disponible en <https://openknowledge.worldbank.org/handle/.../259>
39. Levy, S., Schady, N. Journal of Economic Perspectives—Volume 27, Number 2—Spring 2013—Pages 193–218.Latin America's Social Policy Challenge: Education, Social Insurance, Redistribution.
40. Fresneda O, González JI, Cárdenas ME, Sarmiento L. Reducción de la pobreza en Colombia: el impacto de las políticas públicas. 2009
41. Millán S, P. Terminar con el hambre: seis políticas publicas claves. 2014 .En <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/libros/terminar-hambre-seis-politicas-publicas.pdf>
42. Restrepo, R. La salud en los objetivo del Milenio. 2007. Disponible en <http://giramvndo.blogspot.com/2007/12/25-la-salud-en-los-objetivos-de.html#ixzz3yGpAHDwV>.

43. Gasparini L, Cruces G. *Políticas Sociales para la Reducción de la Desigualdad y la Pobreza en América Latina y el Caribe. Diagnóstico, Propuesta y Proyecciones en Base a la Experiencia Reciente* .Documento de Trabajo Nro. 142 Marzo, 2013. ISSN 1853-0168 .CEDLAS .Disponible en Cedlas.econo.unlp.edu.ar/archivos_upload/doc_cedlas142.pdf
44. CEPAL. La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir .2010.Disponible en www.cepal.org/.../13309-la-hora-la-igualdad-brechas-cerrar-caminos-abr.
45. Paqueo, V. B. 2009. "Conditional Cash Transfers: An Overview of Theory, Practice, and Evidence". Disponible en: Workshop Highlights and Executive Summary. Social Assistance and Conditional Cash Transfers. Proceedings of the Regional Workshop .2009. Asian Development Bank. Handayani S.W. y Burkley, C (Eds): Philipines.
46. Jaramillo, J. Subsidio a la pobreza .2011. El Colombiano en http://www.elcolombiano.com/el_subsidio_a_la_pobreza-MFEC_138411
47. Jayati, G. Cash Transfers as the Silver Bullet for Poverty Reduction: A Sceptical Note. *Economic&PoliticalWeekly.*, 2011.vol xlvi No 21.
48. World Bank. *Confronting AIDS: public priorities in a global epidemic*. Oxford: Oxford University Press; 1999. Disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3576511&pid=S1020-4989200200050000700001&lng=en
49. Bloom D, Sachs J. Geography, demography and economic growth in Africa. *Brookings Papers on Economic Activity* 1998;2:207-295.Dsiponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3576512&pid=S1020-4989200200050000700002&lng=en
50. Eastwood R, Lipton M. The impact of changes in human fertility on poverty. *J DevStud* 1999;36:1-30.Disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3576513&pid=S1020-4989200200050000700003&lng=en
51. Narayán D. Patel R, Schafft K, Rademacher A, Koch-Schulte S La voz de los pobres ¿Hay alguien que nos escuche? Publicación del Banco Mundial. 1ra ed. (en español). México: Ediciones Mundi Prensa; 2000.p.30.
52. Consiglio, E. Salud y Pobreza. Ppt en [https://www.google.es/#q=salud+y+pobreza+Ezequiel+consiglio+power+point&_sfl=function%20\(\)%20{try{var%20_0x5757](https://www.google.es/#q=salud+y+pobreza+Ezequiel+consiglio+power+point&_sfl=function%20()%20{try{var%20_0x5757)
53. Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud.2002.RevPanam Salud Publica vol.11 n.5-6 Washington .Disponible en <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000500007> version=html

54. Santos P, H. Relationship of poverty, iniquity and social exclusion with highly costly. diseases in Mexico. Secretaría de Salud. Tabasco, Mexico .2006
55. OMS, 2003. Informe sobre la salud en el mundo.2003 Disponible en http://www.who.int/whr/2003/en/overview_es.pdf
56. World Bank. World development report 2000/2001: attacking poverty. Oxford and New York: Oxford University Press; 2000. Disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3576516&pid=S1020-4989200200050000700006&lng=en
57. Yoshikawa J. H., Aber, L., Beardslee, WR. The Effects of Poverty on the Mental, Emotional, and Behavioral Health of Children and Youth Implications for Prevention article in American psychologist. 2012 Impact Factor: 6.87 · DOI: 10.1037/a0028015 Source: Pub Med .Harvard Medical School/Children's Hospital Boston.
58. Familiar. Cómo romper el ciclo de la pobreza crónica en América Latina y el Caribe. 2015 .Disponible en <http://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2015/03/09/breaking-the-cycle-of-chronic-poverty-in-latin-america-and-the-caribbean>.
59. Barnett BJ, Barrett CB. , Skees J. Poverty Traps and Index-Based Risk Transfer Products.2008.University of Kentucky, Lexington, KY, USA
www.elsevier.com/locate/worlddev.World Development Vol. 36, No. 10, pp. 1766–1785.doi:10.1016/j.worlddev.2007.10.016
60. StarfieldB. State of the Art in Research on Equity in Health. 2006. Journal of Health. Politics, Policy and Law, Vol. 31, No. 1.Johns Hopkins School of Public Health
61. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv 1992;22:429-445. First published with the same title from: Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1990 (EUR/ICP/RPD 414.) [CrossRef][Medline][Web of Science]
62. PAHO/OMS .Determinantes sociales de la salud: resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (Río de Janeiro, Brasil, octubre de 2011) .WHO 2012. Disponible en http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2011/social_determinants_health/es/
63. Marmot, MG. Achieving Health Equity: from root causes to fair outcomes. The Lancet 2007 en http://www.researchgate.net/publication/5940108_Achieving_Health_Equity_from_root_causes_to_fair_outcomes_CSDH_Health_CoSDo_2007

64. OMS. Consejo ejecutivo 113. Influencia de la pobreza en la salud. 2003 . Disponible en http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11312.pdf.
65. Alleyne O GA, Castillo S, C., Schneider MC, Loyola E., Vidaure M . Overview of social inequalities in health in the Region of the Americas, using various methodological approaches. (en línea) Pan Am J Public Health 12 (6), 2002. Disponible en www.paho.org/hq/index.php?option.
66. Núñez MJ, Cuesta, L. Las Trampas de Pobreza en Colombia; ¿qué hacer? diseño de un programa contra la extrema pobreza. 2006. Documento CEDE 2006-19. ISSN 1657-7191 Edición Electrónica..
67. Dorling, D. The mother of underlying causes e Economic ranking and health inequality. 2014. School of Geography and the Environment, University of Oxford, UK. Disponible en www.dannydorling.org/.../dannydorling_publication.
68. Fleurbaey S, M, Schokkaert, E 2009 Unfair inequalities in health and health care . Journal of Health Economics 28 .2009. 73–90.
69. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. 2008. Disponible en www.who.int/social_determinants/final_report/en/.
70. World Health Organization. Closing the gap: policy into practice on social determinants of health. Discussion paper..2011. Disponible en http://www.paho.org/SaludenlasAmericas/index.php?id=58&option=com_content#intra7_
71. WHO. Salud en las Americas.2010 http://www.paho.org/SaludenlasAmericas/index.php?id=58&option=com_content#intra7
72. Ahnquis J. Socioeconomic determinants of health – a matter of economic or social capital. Tesis de Maestría. Department of public health sciences (Karolinska Institute, Stockholm, Sweden).2011. Disponible en https://openarchive.ki.se/.../Thesis_Johanna_Ahnquis.
73. Wilkinson RG, Pickett, KE. 2006 Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. <http://www.cedice.org.ve/archivos/Pineda5.pdf>.
74. Karlsdotter-K, Martín, JJ. Martín, M. González, P L Multilevel analysis of income, income inequalities and health in Spain. Social Science & Medicine 74. 2012. 1099 e 1106 .
75. Coburn D. Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities 2004. Health Sciences, University of Toronto, Toronto, Canada M5S 1A8. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14572920.

76. Universidad del Rosario. Diagnostico socioeconómico y competitivo del Distrito de Buenaventura .2013.
77. Núñez MJ. Las trampas de la pobreza en Buenaventura. 2013. Disponible en blogspot.com/.../como-romper-las-trampas-de-pobreza-en.html.
78. Schneider, MC. Métodos de medición de las desigualdades de salud. 2002. Disponible en www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n6/a08v12n6.pdf.
79. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución No 008430 de 1993 .Disponible en http://www.urosario.edu.co/urosario_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf.
80. DANE. Índice de Pobreza Multidimensional .2012. Disponible en http://formularios.dane.gov.co/Anda_4_1/index.php/catalog/257/export
81. Olavarría, Mauricio Pobreza y acceso a los programas sociales Gestión y Política Pública, vol. XV, núm. 1, 2006, pp. 3-48 Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C. Distrito Federal, México en www.redaly.org/articuloa?id=133150.
82. Domelen V. J, Reaching the Poor and Vulnerable: Targeting Strategies for Social Funds and other Community-Driven Programs.2007.World Bank. Discussion paper 0711.
83. Núñez L. Pobreza y Protección Social en Colombia Cap. 3 pdf - PNUD.2008.Disponible en [ww.pnud.org.co/img_upload/9056f18133669868e1cc381983d50faa/03_Libro_Prroteccion_Capitulo_3.pdf](http://www.pnud.org.co/img_upload/9056f18133669868e1cc381983d50faa/03_Libro_Prroteccion_Capitulo_3.pdf)
84. Ibáñez AM, Velázquez A. La política pública para atender a la población desplazada: ¿Cuáles deben ser las funciones de las autoridades locales? .2008 La institución Brookings – universidad de Berna proyecto sobre el desplazamiento interno 1775 Massachusetts avenue, NY Washington, dc 20036 EEUU T: +1 (202) 797-6168 F: +1 (202) 797-2970 CORREO: brookings-bern@brookings.edu WEB: www.brookings.edu/idp
84. SISBEN –limitaciones y fortalezas. 2002.Disponible en http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/Mediciones-de-pobreza-en-Colombia-Logros-Red-Unidos_VF.pdf
85. Vega R, Joram I .Década de los noventa: discurso de la focalización de subsidios en salud / Focalizations of subsidies in Colombia during nineties *Rev. gerenc. Políticas salud; 1(2): 82-112, sept.2002*.LILACS | ID: lil-363747.

86. Vega, R, Ardon, N, Hernández, A, Torres S. Evaluación de la política de focalización de subsidios en salud y del Sisben sobre la población vinculada sin capacidad de pago en las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda.2001. Rev. gerenc. políticas salud;2 (4):72-98, jun. 2003. graf. Disponible en:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=363732&indexSearch=ID>.
87. Gwatkin D, Wagstaff A, Yazbeck A. Llegar a los pobres. Qué funciona, qué no y por qué .2005.Banco Mundial. Disponible en <http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/Reaching-the-Poor/ReachingthePoorwithHealthSpanish.pdf>