

•TETTEH HORMEKU

LOS NUMEROS DEL ULTIMO QUINQUENIO

El análisis de este informe combina información de la más reciente investigación oficial a nivel nacional sobre la naturaleza y la distribución de la pobreza, con los estudios más recientes pero más específicos en la materia, de las ONG, y demás instituciones.¹ El GLSS realizó una medición estática (mayormente una encuesta de hogares) de la pobreza, mientras que el estudio del Banco Mundial, basado en los resultados del GLSS, llevó a cabo una evaluación cualitativa y participativa. Una deducción elemental de la información es que la pobreza en Ghana varía según la geografía (es decir, rural-urbana, norte rural-sur rural), el género y la generación.

La última medición oficial cuantitativa de la pobreza se realizó en 1992, con el Estudio del Nivel de Vida en Ghana (GLSS 1992). Sin embargo, existe un amplio consenso de que en los últimos cuatro años, la pobreza ha crecido y que la situación de los pobres se agravó. En un informe² de setiembre 1996, el gubernamental Comité Técnico sobre la Pobreza (TCOP), indicó que «existe una impresión generalizada entre los habitantes de Ghana y los observadores del comportamiento de la economía ghanesa, de que ha habido un desmejoramiento de la situación social en general desde 1993». En un tono similar, el estudio³ de 1995 del Banco Mundial declara que «desde 1992, ha ocurrido un desaceleramiento de la tasa de crecimiento de la economía y un deterioro en el nivel de vida».

El estudio GLSS de 1992 sobre la dimensión económica de la pobreza estableció dos líneas de pobreza sobre la base del gasto medio de hogares en 1988: una línea de pobreza superior con las dos terceras partes y una línea de pobreza inferior con la mitad del gasto medio. El GLSS de 1992 descubrió que el 31% de los ghaneses vivía por debajo de la línea de pobreza superior y un 15% debajo de la inferior. La medida superior es la referencia ha-

bitual para la pobreza en Ghana.

La cifra nacional acumulada oculta ciertas variaciones importantes. El porcentaje de pobres en las zonas urbanas y las zonas costeras rurales se encuentra debajo del promedio nacional. El 23% de la población en la capital nacional y su polo de desarrollo, Accra, y el 27,7% de la población en las restantes zonas urbanas así como el 28,6% de los habitantes de las zonas costeras rurales, viven en la pobreza. Por otra parte, el 33% de los habitantes de las zonas rurales forestadas y el 38,3% de las zonas en situación de fragilidad ambiental en las savanas del norte rural, viven en la pobreza. El 75% de los pobres se encuentran en las zonas rurales. No sorprende entonces que la mayor proporción de pobres, 48%, trabaje en el sector agrícola mientras que el 33% se dedique al trabajo independiente no agrícola, principalmente en la prestación de servicios menores y en la venta de artículos.

La información del GLSS no brinda una base definida para deducir las características genéricas de la pobreza. Como ejemplo, no existe información sobre la cantidad relativa de hombres y mujeres pobres. Sin embargo, el estudio del Banco Mundial demostró claramente que la experiencia de hombres y mujeres en relación a la pobreza tiene elementos distintos. Tanto el GLSS como otras fuentes indican que las mujeres ghanenses soportan en mayor grado que los hombres el peso de la pobreza. Asimismo, existen elementos para pensar que la creciente migración de las mujeres jóvenes hacia Accra, donde el mercado laboral está mayormente paralizado, ha agravado la incidencia de la pobreza entre las mujeres de esa ciudad.

Por ejemplo, en el norte rural, donde la pobreza es mayor, las mujeres pasan 70 minutos diarios recogiendo agua en comparación con los 25 minutos de los hombres. También en esta

1 Los principales informes son el *Policy Focus for Poverty Reduction*, del Comité Técnico sobre la Pobreza (1996), República de Ghana. *Ghana Poverty Past Present and Future* del Banco Mundial (1995), *The Ghana Living Standards Survey, 1992*. Los informes más recientes y más específicos utilizados fueron un estudio de los Servicios Voluntarios en el Exterior (VSO) de Ghana sobre la Asistencia Técnica y la Reducción de la Pobreza, los resultados de una evaluación participativa de la salud reproductiva de la mujer en las regiones del norte, oriente superior y occidente superior por la ONG nacional, ISODEC y el informe de E. Aryeetey & E. Bortei-Doku Aryeetey (1996), *An Urban Perspective on Poverty in Ghana: A case study of Accra*.

2 República de Ghana. Comité Técnico sobre la Pobreza (1996), *Policy Focus for Poverty Reduction*.

3 Banco Mundial (1995), *Ghana Poverty Past Present and Future*.

zona, existe una relación entre los hogares encabezados por mujeres y la pobreza. Los efectos de ésta sobre la pérdida de los hijos, la pérdida del esposo y la edad, son mayores para las mujeres.

La información que proviene de Accra indica que las mujeres pobres son las que más sufren por el número insuficiente de servicios para la eliminación de los residuos y con el suministro de agua insuficiente en los barrios pobres de la ciudad ya que el suministro de agua y la limpieza ambiental se definen como responsabilidad de mujeres y niños. Asimismo, debido a las enormes pérdidas de trabajo urbano motivado por las políticas económicas del gobierno, basadas en los Programas de Ajuste Estructural (SAP) fomentados por el Banco Mundial, se estima que ha aumentado la cantidad de hogares pobres en Accra que dependen del ingreso de las esposas y las parientes mujeres en el sector informal.

Las diferencias no son sólo cuantitativas sino que también existen diferencias en la manera que los pobres perciben las causas de su situación, sus consecuencias sociales y por lo tanto, lo que necesitan para escapar de la pobreza.

Mientras que la pobreza en la Savana del norte está relacionada con la inseguridad alimentaria, en el sur rural está ligada a las restricciones de la productividad. La pobreza rural, especialmente en el norte, tiende a afectar a comunidades enteras mientras que la pobreza urbana tiende a tener un aspecto más individualista. En las zonas rurales, la pobreza fue observada en un contexto dinámico y comunitario: en bienes comunitarios generales como el acceso a los recursos –por ejemplo del agua para uso doméstico y productivo, tierras fértiles–, y especialmente, en el norte, como una condición dinámica que afectó a comunidades enteras.

El estudio del Banco Mundial reveló que los pobres urbanos tenían gran preocupación por la falta de oportunidades laborales y de créditos para las pequeñas empresas. Los pobres en las zonas rurales y urbanas demostraron interés en tener mejor acceso a los servicios educativos y sanitarios, al agua y al saneamiento.

EL PAE

Desde 1983, el Programa de Ajuste Estructural (PAE) del FMI/Banco Mundial ha fijado la estrategia gubernamental para el crecimiento económico y la reducción de la pobreza. Desde mediados de los ochenta se ha llevado a cabo una estrategia de reducción de la pobreza basada en cuatro elementos: aumentar y sostener el crecimiento económico y la estabilidad, mejorar los servicios sociales básicos, reducir el crecimiento demográfico, y en menor grado, brindar servicios dirigidos a los más necesitados.

La mayoría de los préstamos para el ajuste y sectoriales (75%) contraídos con el Banco Mundial, (más de \$2.000 millones para 1995) y otras formas de financiación de la Unión Europea y de donantes bilaterales, han sido destinados para el crecimiento económico. De los 14 créditos de ajuste sectoriales ob-

tenidos del Banco Mundial desde 1992, dos estaban dirigidos a reducir la pobreza, cinco a los servicios generales y el resto al crecimiento.

El informe para 1996 del TCOP incluye la cantidad de 383 proyectos que han recibido apoyo económico en el período 1985–99. El informe descubrió que 58% estaban dirigidos a combatir la pobreza, es decir «beneficiar a los pobres sin centrarse en ellos», mientras que el 22,4% de los proyectos se concentraban sobre los pobres, una situación calificada como «muy inadecuada». El informe indica que los términos de referencia del Programa de Acción Nacional para Reducir la Pobreza (NAPPR) el documento gubernamental posterior al marco de la CMDS no incluía políticas para la seguridad alimentaria, la nutrición y la población. Asimismo, el TCOP sostuvo que el NAPPR «tendría que haber previsto un análisis más amplio de los temas relacionados con la prestación de servicios». El NAPPR es el documento marco de la asistencia externa y de las futuras actividades para reducir la pobreza.

La confirmación oficial del creciente número de pobres y el deterioro del nivel de vida contrasta con el anterior optimismo oficial de que una década de PAE, en la cual el crecimiento económico tuvo un promedio de 5% al año, había resultado en la reducción de la pobreza. El crecimiento se ha estancado desde 1992. Las cifras de 1992 para la pobreza han mejorado con respecto a las de 1989, pues reflejan una caída del porcentaje de pobres en las zonas rurales.

Aun cuando las cifras indican una reducción general del porcentaje de pobres entre 1983–1992, se destacan las graves consecuencias que tuvo el PAE como multiplicador de pobreza en las zonas urbanas. La cifra para 1992 de un 23% de pobres residentes en Accra, representa un dramático incremento con respecto al 8,5% de 1988. Más allá de las cifras, se encuentra el costo humano que han causado las reformas presupuestarias fomentadas por el SAP con 70.000 despidos en el sector público así como la reducción de personal a gran escala en las empresas públicas que han sido privatizadas y en las empresas manufactureras que dieron quiebra debido a la liberalización del comercio exterior que trajo consigo la importación de productos a bajo costo. Otro factor responsable del crecimiento del porcentaje de pobreza en Accra es la migración del interior hacia el mercado laboral paralizado.

POBREZA Y SALUD

Como se había mencionado anteriormente, el mejoramiento de los servicios sociales elementales, incluyendo la salud, es uno de los objetivos definidos por la estrategia del gobierno de Ghana para reducir la pobreza. Ello se ve reflejado en varios documentos de la política gubernamental. Estos documentos incluyen al NAPPR, *La Estrategia de Salud a Mediano Plazo, 1995 (MTHS)*, *Los Niños no Pueden Esperar: Programa Nacional de Acción (1993–97)*, *Programa para la Salud Sexual y Reproductiva*, y *El Panorama de Ghana 2020*. Estos documentos describen metas coincidentes para mejorar el nivel sanitario de la población como parte del plan mayor para reducir la pobreza.

La esperanza de vida actual es de 56 años. Este promedio está afectado en gran medida por las altas tasas de mortalidad infantil (119 por mil) y de lactantes (66 por mil). La esperanza de vida para las personas que sobreviven a los 5 primeros años es de 63 años. El 45% de los niños menores de un año no están inmunizados y la cobertura nacional de inmunización para las principales enfermedades de mortandad infantil es del 70%. El 26% de los niños menores de 3 años presentan un crecimiento detenido y el 11% están consumidos.

Los indicadores para la prestación de servicios de salud en Ghana están vinculados a la expansión de la pobreza. Por ejemplo:

- Se ha determinado fehacientemente que la mayoría de las causas de morbo–mortalidad en Ghana surgen de la pobreza del medio y la falta de saneamiento, características que definen la situación de los pobres. Las principales enfermedades – malaria, infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas, están vinculadas a la pobreza del medio y el saneamiento.
- Las principales causas de morbo–mortalidad infantil tales como la falta de protección contra las enfermedades evitables, el corto periodo entre los nacimientos, la desnutrición, están vinculadas mayormente a la pobreza.
- Las zonas rurales de Ghana, especialmente el norte, presentan los menores registros en materia de indicadores de la salud:
 - sólo el 12% de los hogares rurales tiene acceso al agua potable comparado con el 75% en las zonas urbanas.
 - En 1989, la cobertura gubernamental del programa de asistencia sanitaria primaria fue del 45% en las zonas rurales comparada con 92% en los centros urbanos.
 - Según el GLSS de 1992, sólo el 3% de los hogares rurales viven en comunidades con un médico residente. La norma de accesibilidad física del Ministerio de Salud busca proporcionar un centro de salud a una distancia que no exceda los 8 kilómetros (5 millas). Para el 36% de los habitantes en zonas rurales, el médico más cercano se encuentra entre 1 a 9 millas de distancia, para el 31% la distancia es de 10 a 19 millas y para casi el 18%, la distancia es mayor a las 30 millas. Una situación similar ocurre con los químicos farmacéuticos.
 - Se estima que 8,36 millones de personas viven en 47.000 poblaciones que no tienen acceso de ningún tipo, en términos de disponibilidad física, a las instalaciones básicas de salud ofrecidas por el gobierno.
 - Sólo el 11% de la población de las tres Regiones del norte tienen acceso a las instalaciones de salud. En 1987, el coeficiente médico–población en la Región del norte fue de 1:63.095 comparado con 1:5764 en Accra.
 - Las tres regiones del norte registran las mayores tasas de mortalidad maternal, infantil y de lactantes en el país, así como las mayores cifras de deficiencia nutricional.
 - El Informe Nacional para la Conferencia de Beijing, Situación de la Mujer en Ghana (1994), reveló que el 45% de todas las mujeres y el 65% de las mujeres embar-

zadas en el norte de Ghana están desnutridas en comparación con las cifras respectivas de 30% y 45% en el sur.

A pesar de las diferencias geográficas de los indicadores de salud, los pobres de las zonas urbanas y rurales comparten su parecer sobre la importancia de la inadecuada disponibilidad física de los servicios sociales, lo que incluye a la salud como un elemento de su privación social. Según el estudio para 1995 del Banco Mundial, la atención de la salud fue una de las cuatro prioridades señaladas por los pobres rurales. Otro estudio realizado en Accra indicó que los pobres señalaban a la ausencia o insuficiencia de instalaciones sanitarias como inquietudes prioritarias.

POLITICA GUBERNAMENTAL Y ACCESO A LOS SERVICIOS

La política del gobierno para mejorar la salud en el contexto de la reducción de la pobreza, tiene tres elementos fundamentales: fijar una base firme para el mejoramiento de la calidad en la atención sanitaria, aumentar el acceso a la atención sanitaria de calidad y establecer un medio apropiado para la salud. Otros elementos más específicos incluyen la reducción de las tasas de mortalidad materna, infantil y de lactantes, el control efectivo de los factores de riesgo que exponen a las personas a las enfermedades transmisibles, el aumento del acceso a los servicios de salud especialmente en las zonas rurales, el establecimiento de un sistema orientado hacia la prestación de servicios de salud pública.

A pesar de estos cometidos, el gasto en la salud es bajo comparado con otros países de bajos ingresos, habiéndose estacionado por debajo del 2% del PBI (\$6 per cápita) desde fines de la década de los 80, los años en que el crecimiento económico fomentado por los SAP estaba en su apogeo. El Banco Mundial ha expresado que el nivel del gasto no permite la existencia de un conjunto mínimo de servicios de salud. Sin embargo, los servicios de salud comunitaria han aumentado en los últimos 5 años y existe una fuerte campaña para elevar el porcentaje de lactantes y niños inmunizados.

La falta de recursos de la salud pública se refleja en la variedad de problemas además de la insuficiencia de infraestructura: los bajos sueldos, el estado de ánimo del personal, y la inconsistente prestación del programa de Atención de Salud Primaria en las zonas rurales.

Con este gasto inadecuado, las zonas rurales y los pobres reciben una proporción menor que la promedio. De acuerdo al GLSS de 1992, en 1989, las zonas urbanas de Ghana, con la tercera parte de la población del país, recibieron el 42% del total del presupuesto gubernamental para la salud y más del 50% del gasto para pacientes externos. En 1992, la proporción del gasto urbano creció al 49% y al 55% respectivamente. El GLSS de 1992 también reveló que, mientras que el 20% superior de la población, según su ingreso, recibió el 33% del gasto gubernamental

en la salud, el 20% más pobre recibió sólo el 12% del gasto.

La desigualdad en la proporción del gasto público de salud correspondiente a los pobres está dado en una función de la extensión de los servicios y del personal de la salud. En los últimos años sin embargo, la situación se ha visto agravada por la comercialización de los servicios por parte del gobierno. Los aranceles, en su mayoría nominales, para el uso de los servicios públicos de salud, fueron introducidos en 1971, con un programa de estabilización recomendado por el FMI, pero desde 1985, el gobierno ha fijado un programa de recuperación de costos.

Actualmente, el programa de comercialización implica un precio más alto que el real para los medicamentos y el uso de otros servicios curativos, estando exoneradas algunas enfermedades. Al costo que soportan los pacientes se le agregan otras tarifas ilegales impuestas por el personal del hospital debido a sus bajos sueldos. Aunque la política oficial del Departamento de Previsión Social es la de exonerar a los pobres y brindar apoyo a los indigentes, esta ha sido prácticamente imposible de ejecutar. No tiene los recursos suficientes y los trámites para la exoneración son burocráticos. En 1994 sólo 723 personas obtuvieron recursos para adquirir medicamentos mientras que 3.838 recibieron tratamiento gratuito.

El efecto más dramático en el uso de los servicios de salud ha sido ocasionado por el establecimiento de un sistema de «pago al contado» que requiere que éste se realice antes de que la persona sea atendida. Múltiples estudios oficiales y de ONGs han denunciado una caída importante en la atención hospitalaria y en clínicas debido a este sistema. En algunos lugares, la disminución equivale al 50%. En las zonas rurales, esta política se sumó al costo económico de la salud que representa el transporte.

Los medios de comunicación reflejan las historias de accidentes en que las víctimas han muerto esperando en los hospitales porque las personas que los ingresaron no tenían dinero. El

sistema de «pago al contado» se ha convertido en el centro de las críticas a las reformas de la política de la salud impulsadas por los SAP. No es probable que los pobres consigan los recursos necesarios en casos de emergencias de salud que demanden grandes desembolsos.

Según el GLSS de 1992, la razón más probable, en el 36% de los casos, para que las mujeres no se atiendan en las clínicas prenatales, es que no pueden pagar la tarifa. El precio también afecta a la campaña para impulsar a las mujeres a que tengan sus hijos en los centros de salud.

La liberalización política desde 1992 ha permitido un análisis mucho más abierto de las consecuencias de la política económica del gobierno sobre los pobres y sobre la prestación de los servicios de salud. En la campaña para las elecciones nacionales en diciembre de 1996, el crecimiento de la pobreza y los efectos de la comercialización de la salud sobre los pobres, fueron temas importantes. El gobierno, que resultó reelecto para otro período de 4 años, ha reconocido que existen problemas pero no ha indicado los cambios en la política que se propone ejecutar para paliar la situación.

- Este informe es el resultado de la colaboración entre numerosas personas de la Secretaría Africana de la Red del Tercer Mundo (TWN – Africa), CUSO–Ghana y del Sindicato General de los Trabajadores Agrícolas del Congreso de Sindicatos de Ghana.