

Introducción a la filantropía científica

Un manual para los filántropos que creen en la evidencia y
buscan impacto.

Cómo razona la filantropía científica

La filantropía científica no comienza con una causa, sino con una pregunta incómoda: ¿cómo asignar recursos escasos cuando el sufrimiento es abundante? En un mundo donde las necesidades superan con creces los fondos disponibles, donar deja de ser simplemente un acto moral y se convierte en un problema de decisión bajo incertidumbre. La intuición, la cercanía emocional o la tradición institucional ya no bastan. Lo que se requiere es un marco que permita comparar alternativas, explicitar supuestos y evaluar consecuencias reales.

Este enfoque descansa sobre tres influencias fundacionales que han transformado la filantropía moderna.

La primera es el principio moral mínimo articulado con claridad por Peter Singer: si podemos prevenir un daño grave sin sacrificar algo de importancia comparable, no hacerlo es incorrecto. La fuerza de este argumento no radica en la emoción sino en la consistencia lógica. La distancia geográfica no altera el valor moral de una vida. Que un niño esté frente a nosotros o en otro continente no modifica el peso ético del daño evitable. Este principio no exige heroísmo absoluto, pero sí coherencia: cuando

ignoramos intervenciones altamente costo-efectivas, no estamos siendo neutrales; estamos permitiendo un daño prevenible.

La segunda influencia proviene de la revolución empírica en economía del desarrollo impulsada por investigadores como Banerjee, Duflo y Kremer. Durante décadas, el debate sobre pobreza estuvo dominado por ideologías amplias —mercado versus Estado, crecimiento versus redistribución— con escasa verificación causal. La introducción sistemática de ensayos controlados aleatorizados (RCTs) cambió la conversación. La pregunta dejó de ser “¿suena bien esta intervención?” para convertirse en “¿qué cambia causalmente respecto al contrafactual?”. El desarrollo comenzó a pensarse como un proceso iterativo de aprendizaje: definir un problema específico, identificar fricciones reales, probar intervenciones plausibles y medir resultados.

La tercera influencia es la formalización de la comparabilidad, ejemplificada por organizaciones como GiveWell. No basta con saber que algo funciona; hay que saber cuánto funciona y a qué costo. Modelar explícitamente el impacto esperado, asignar pesos morales, ajustar por incertidumbre, considerar efectos indirectos y pensar en términos marginales —qué logra el próximo dólar— eleva el estándar de decisión. La filantropía se convierte así en un ejercicio de análisis comparativo, no de preferencia subjetiva.

Estos tres pilares —principio moral, evidencia causal y modelización costo-efectiva— convergen en lo que llamamos filantropía científica. No es una ideología ni una identidad; es una disciplina intelectual aplicada a decisiones reales.

La métrica que transformó la conversación: DALYs

Una de las innovaciones conceptuales más importantes en esta disciplina fue la introducción de los DALYs (Disability-Adjusted Life Years). Antes de su adopción sistemática en el estudio de la carga global de enfermedad, comparar problemas de salud era extraordinariamente difícil. ¿Es más urgente la malaria infantil que la depresión mayor? ¿Cómo comparar muertes neonatales con discapacidad crónica?

Las cifras brutas de mortalidad no capturaban la pérdida total de bienestar, y las historias individuales —por conmovedoras que fueran— no permitían priorizar.

El marco de los DALYs resolvió este problema al ofrecer una unidad común. Un DALY representa un año de vida saludable perdido, ya sea por muerte prematura (Years of Life Lost) o por vivir con discapacidad (Years Lived with Disability). Al convertir enfermedades distintas en una métrica comparable, el análisis dejó de ser puramente narrativo y pasó a ser estructural.

Esta métrica no dice qué intervención financiar, pero sí responde una pregunta crucial: ¿dónde está el sufrimiento y en qué magnitud? Al combinar DALYs con estimaciones de costo por intervención, se hizo posible calcular cuánto cuesta evitar un año de vida saludable perdido. La conversación cambió radicalmente. Ya no se trataba solo de afirmar que una causa es importante, sino de estimar cuántos DALYs se evitan por cada mil dólares invertidos.

Medir no resuelve el dilema moral, pero transforma la calidad de la deliberación. Cuando las decisiones se basan en comparaciones explícitas, la asignación deja de depender exclusivamente de la visibilidad mediática o la tradición institucional. La métrica introduce disciplina donde antes había intuición.

Development Media International: cuando la información salva vidas

Uno de los casos más reveladores de filantropía científica es el de Development Media International (DMI). Durante años, el enfoque dominante para reducir mortalidad infantil se centró en infraestructura médica: hospitales, vacunas, medicamentos. Sin embargo, muchas de las principales causas de muerte infantil —diarrea, infecciones respiratorias, malaria— tienen soluciones preventivas relativamente simples. El problema no siempre es la ausencia de tecnología, sino la adopción de comportamientos.

Filántropos

DMI partió de una hipótesis sencilla pero ambiciosa: si los cuidadores reciben información clara, repetida y culturalmente adaptada sobre prácticas clave de salud, podrían cambiar conductas que salvan vidas. En lugar de programas pequeños y focalizados, la organización apostó por campañas masivas de radio diseñadas con principios conductuales rigurosos. La radio, en muchos contextos africanos, tiene penetración masiva y costos marginales muy bajos.

La intervención fue evaluada mediante un RCT a gran escala en Burkina Faso. El diseño incluyó regiones tratadas y regiones de control, permitiendo estimar el efecto causal. Los resultados mostraron aumentos significativos en comportamientos como lactancia exclusiva, uso de soluciones de rehidratación oral y búsqueda temprana de atención médica. Más importante aún, las estimaciones sugirieron reducciones en mortalidad infantil consistentes con estos cambios conductuales.

Lo notable de este caso no es solo que funcionó, sino cómo funcionó. El costo por vida salvada se estimó como competitivo respecto a intervenciones médicas tradicionales. El mecanismo era distinto: no se entregaban bienes físicos, sino información estratégica repetida a escala masiva. El costo marginal por oyente adicional era prácticamente nulo.

Por supuesto, existen incertidumbres. La generalización a otros contextos culturales puede no ser automática. La saturación mediática podría reducir efectos en el tiempo. Medir mortalidad con precisión siempre presenta desafíos estadísticos. Pero incluso considerando estos límites, el caso demuestra una lección estructural: cambiar comportamiento a escala puede ser extraordinariamente costo-efectivo cuando las barreras principales son informacionales y conductuales.

La intuición tradicional habría subestimado el poder de una campaña de radio. La evidencia mostró que la comunicación, cuando se diseña con rigor y se evalúa con contrafactual, puede salvar vidas.

GiveDirectly: efectivo sin condiciones y la reevaluación del paternalismo

Durante décadas, gran parte de la ayuda internacional se estructuró bajo una premisa paternalista: los hogares pobres necesitaban activos específicos, capacitación específica o incentivos cuidadosamente diseñados para usar recursos “correctamente”. La organización GiveDirectly desafió esta lógica proponiendo algo radicalmente simple: transferencias monetarias incondicionales directamente a hogares en pobreza extrema.

El programa envía aproximadamente mil dólares por hogar —una suma significativa en contextos rurales de África Subsahariana— sin imponer condiciones sobre su uso. No exige asistencia a talleres ni inversiones predeterminadas. La hipótesis implícita es que los propios hogares conocen mejor sus necesidades.

Esta intervención ha sido evaluada en múltiples RCTs, incluyendo estudios con seguimiento de varios años. Los resultados muestran aumentos sustanciales en consumo, mejoras en activos productivos, reducción de estrés psicológico y mejoras en bienestar subjetivo. No se encontró evidencia sólida de incrementos en gasto en alcohol o “bienes de tentación”, un temor frecuente en críticas intuitivas.

Más recientemente, investigaciones sobre efectos de spillover sugieren que los beneficios no se limitan a los hogares receptores. El aumento de gasto local puede dinamizar economías vecinas, generando ganancias indirectas en consumo para no receptores. Aunque la magnitud exacta de estos efectos es debatida y su generalización requiere cautela, el fenómeno introduce una dimensión macroeconómica interesante en programas de transferencias.

En términos de costo-efectividad, GiveDirectly no compite con intervenciones médicas altamente dirigidas cuando el objetivo es vidas salvadas por dólar. Sin embargo, su fortaleza radica en la magnitud y amplitud de mejoras en bienestar económico. La evaluación depende críticamente de cómo se valoren aumentos de consumo frente a reducciones de mortalidad. Aquí emergen los trade-offs morales

explícitos: ¿cuánto bienestar subjetivo equivale a una vida salvada? Las respuestas pueden variar razonablemente.

Las incertidumbres son reales. ¿Cuánto persisten los efectos en consumo? ¿Son los spillovers tan grandes como sugieren algunos estudios? ¿Cómo ajustar por contextos más pobres o saturados? La filantropía científica no elimina estas preguntas; las modela explícitamente.

Lo que este caso demuestra es que la simplicidad no es sinónimo de ingenuidad. Las transferencias incondicionales, evaluadas rigurosamente, constituyen una de las intervenciones mejor estudiadas en desarrollo. La intuición paternalista fue reemplazada por evidencia empírica.

Evidence Action: el desafío de escalar

Uno de los problemas recurrentes en desarrollo es la brecha entre evidencia piloto y escala nacional. Muchas intervenciones muestran resultados prometedores en estudios pequeños, pero fracasan al expandirse. Evidence Action nació con una misión específica: identificar programas con evidencia sólida y ejecutarlos a gran escala manteniendo calidad.

El ejemplo emblemático es la desparasitación escolar. Ensayos iniciales mostraron que tratar infecciones parasitarias en niños no solo mejoraba salud, sino que aumentaba asistencia escolar y, según seguimientos a largo plazo, ingresos en la adultez. El costo por tratamiento era extraordinariamente bajo.

Evidence Action no diseñó el programa desde cero. Su innovación fue organizacional: construir sistemas logísticos y de monitoreo capaces de implementar millones de tratamientos anuales con fidelidad al diseño original. La organización se convirtió en una especie de puente entre investigación académica y política pública.

La desparasitación ha sido objeto de debates metodológicos sobre magnitud de efectos y externalidades. Algunos análisis posteriores cuestionaron la robustez de ciertos resultados. Sin embargo, incluso bajo supuestos conservadores, el costo por

niño tratado sigue siendo extremadamente bajo y los posibles beneficios acumulativos significativos.

La lección clave es que la evidencia no es suficiente. La ejecución importa. Escalar requiere capacidades distintas a las de diseñar un RCT. Sin organizaciones capaces de implementar con calidad, la investigación queda confinada a artículos académicos.

BRAC y el modelo de graduación: intensidad para los más pobres

Mientras que las transferencias monetarias simples pueden generar mejoras sustanciales, algunos hogares en pobreza ultra-extrema enfrentan múltiples restricciones simultáneas: falta de activos, inseguridad alimentaria crónica, ausencia de redes, baja confianza, vulnerabilidad a shocks. Para estos contextos, BRAC desarrolló el modelo de graduación, un programa integral que combina transferencia de activos productivos, acompañamiento intensivo, capacitación, ahorro obligatorio y apoyo temporal al consumo.

La intervención dura entre 18 y 24 meses. No es barata. Requiere supervisión constante y selección cuidadosa de beneficiarios. Sin embargo, múltiples RCTs en distintos países muestran efectos persistentes en activos, ingresos y seguridad alimentaria años después de finalizar el programa.

Comparado con transferencias simples, el modelo es más costoso por hogar. Pero su objetivo no es solo aumentar consumo inmediato, sino alterar trayectorias estructurales. Para hogares atrapados en pobreza extrema con múltiples restricciones, la intensidad puede estar justificada.

La incertidumbre radica en transferibilidad y calidad operativa. El modelo exige implementación rigurosa; pequeños errores pueden erosionar impacto. Además, no todos los contextos institucionales pueden sostener supervisión intensiva.

Este caso ilustra un principio central de la filantropía científica: no todas las intervenciones deben ser minimalistas. La costo-efectividad no siempre favorece lo

más barato, sino lo que genera mayor impacto ajustado por costo bajo supuestos realistas.

New Incentives: pequeños incentivos, grandes retornos

En el norte de Nigeria, la cobertura de vacunación infantil ha sido históricamente baja pese a que las vacunas son gratuitas. Las barreras no siempre son monetarias directas; pueden incluir costos de transporte, tiempo, incertidumbre o simple procrastinación.

New Incentives implementó un programa de transferencias monetarias condicionadas pequeñas —aproximadamente nueve dólares en total— distribuidas en etapas conforme los cuidadores completan el esquema de vacunación infantil. El diseño es conductual: reducir fricciones y aumentar saliencia.

Un RCT encontró incrementos de entre 14 y 21 puntos porcentuales en tasas de vacunación. Dado que las vacunas previenen enfermedades potencialmente mortales, el programa se traduce en estimaciones de costo por vida salvada altamente competitivas globalmente.

El éxito no depende solo del incentivo monetario. La organización complementa con campañas de sensibilización y trabajo con cadenas de suministro para asegurar disponibilidad de vacunas. Además, destaca por su transparencia y monitoreo detallado.

Existen riesgos: fraude potencial en manejo de efectivo, sostenibilidad política y problemas en suministro. Sin embargo, hasta la fecha, la evidencia indica que la calidad se ha mantenido a escala.

Este caso demuestra que a veces el problema no es la ausencia de tecnología, sino pequeñas fricciones conductuales. Incentivos modestos pueden desbloquear sistemas existentes y generar retornos desproporcionados.

Conclusión: disciplina moral aplicada

Estos cinco casos no comparten ideología ni diseño único. Algunos distribuyen información, otros dinero, otros medicamentos, otros activos productivos. Lo que comparten es metodología: definición clara de problema, evaluación causal rigurosa, modelización explícita de costo-efectividad y reconocimiento honesto de incertidumbre.

La filantropía científica no promete certezas absolutas. Promete mejores decisiones bajo información imperfecta. En un mundo de recursos limitados, cada asignación implica una renuncia implícita a otras posibilidades. Ignorar comparaciones no elimina el trade-off; lo oculta.

Medir cambia prioridades. Comparar cambia asignaciones. Escalar cambia vidas.

La pregunta no es si debemos ayudar. La pregunta es cómo ayudar mejor.

Fuentes clave del movimiento de filantropía basada en evidencia

La filantropía científica no surgió de la intuición aislada de unas pocas organizaciones. Es el resultado de décadas de acumulación institucional, avances metodológicos y desarrollo de infraestructura global de datos. Quienes toman decisiones filantrópicas basadas en evidencia recurren sistemáticamente a un conjunto de fuentes que permiten responder preguntas distintas pero complementarias: ¿dónde está el sufrimiento?, ¿qué intervenciones funcionan?, ¿cuánto cuestan?, ¿qué incertidumbre enfrentamos?, ¿cómo comparar alternativas?

A continuación se presenta una lista de las diez fuentes más consultadas dentro del movimiento de filantropía basada en evidencia.

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) – University of Washington

El IHME es la institución responsable del proyecto Global Burden of Disease (GBD), la base empírica más importante para estimar mortalidad, morbilidad y años de vida perdidos a nivel global. Produce estimaciones comparables por país, edad y causa desde 1990 hasta la actualidad. Su trabajo permite identificar dónde se concentra la carga de enfermedad y constituye el insumo principal para el cálculo de DALYs. Para la filantropía científica, el IHME responde la pregunta: ¿dónde está el sufrimiento y en qué magnitud?

2. Global Burden of Disease (GBD) Study

Aunque coordinado por IHME, el estudio GBD se ha convertido en una referencia independiente en la literatura de salud global. Integra datos epidemiológicos, registros civiles, encuestas y modelización estadística para estimar muertes, Years of Life Lost (YLL), Years Lived with Disability (YLD) y DALYs. Es la herramienta estándar para comparar enfermedades y regiones de forma estructurada.

3. World Bank – World Development Indicators y Human Capital Project

El Banco Mundial proporciona datos comparables sobre pobreza, ingreso, educación, salud y capital humano. Sus indicadores permiten contextualizar intervenciones dentro de dinámicas macroeconómicas y evaluar tendencias estructurales. Los estudios del Banco Mundial sobre pobreza extrema y desarrollo humano son insumos centrales para priorización geográfica y análisis de contexto institucional.

4. GiveWell

GiveWell es la organización más influyente en evaluación comparativa de intervenciones filantrópicas de salud y pobreza extrema. Produce análisis detallados de costo-efectividad, modelos explícitos con supuestos transparentes, y actualiza regularmente sus estimaciones. Su enfoque combina evidencia RCT, ajustes por validez externa, modelización de incertidumbre y pensamiento marginal. Sus rankings de “Top Charities” son una referencia central para donantes orientados a impacto.

5. J-PAL (Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab)

Fundado por Banerjee y Duflo, J-PAL es una red global dedicada a promover evaluaciones aleatorizadas en políticas de desarrollo. Mantiene una base de datos de cientos de RCTs y publica síntesis sectoriales (educación, salud, gobernanza, finanzas). Su trabajo ha sido clave en la institucionalización del estándar causal en desarrollo.

6. Innovations for Poverty Action (IPA)

IPA implementa y coordina evaluaciones experimentales en colaboración con gobiernos y ONG. Actúa como puente entre investigación académica y aplicación práctica. Sus informes y bases de datos permiten identificar qué intervenciones han sido evaluadas y con qué resultados.

7. Cochrane Collaboration

La Cochrane Collaboration produce revisiones sistemáticas y meta-análisis en salud. Aunque tradicionalmente asociada al ámbito clínico, sus estándares metodológicos influyen en la evaluación rigurosa de intervenciones de salud pública. Proporciona síntesis de evidencia que ayudan a estimar tamaños de efecto más robustos.

8. Campbell Collaboration

Análoga a Cochrane pero enfocada en políticas sociales, educación y justicia, la Campbell Collaboration produce revisiones sistemáticas que sintetizan evidencia experimental y cuasi-experimental. Es una referencia clave para evaluar intervenciones fuera del ámbito estrictamente médico.

9. Our World in Data

Plataforma de visualización y síntesis de datos globales sobre salud, pobreza, educación, energía y cambio climático. Integra datos de IHME, Banco Mundial, ONU y otras fuentes en gráficos accesibles. Aunque no produce investigación primaria, es ampliamente utilizada para contextualizar tendencias globales con claridad empírica.

10. Rethink Priorities y Open Philanthropy Research

Estas organizaciones realizan investigación aplicada sobre priorización de causas, análisis de incertidumbre, estimaciones de costo-efectividad y exploración de áreas desatendidas. Aunque con metodologías diversas, contribuyen al desarrollo del marco analítico del altruismo efectivo y la asignación marginal de recursos.