

11593
June 1989

PROGRAMAS DE NUTRICIÓN Y SALUD EN AMÉRICA LATINA

*ENFOQUE EN LOS
GASTOS SOCIALES*

GUY P. PFEFFERMANN
CHARLES C. GRIFFIN

F/F

FILE COPY



FILE COPY



PUBLICACIÓN DEL BANCO MUNDIAL

En colaboración con

Centro Internacional para el Desarrollo Económico



*Programas de Nutrición y
Salud en América Latina
Enfoque en Los Gastos Sociales*

*Guy P. Pfeffermann
Charles C. Griffin*

*Banco Mundial
Washington, D.C., E.U.A.*

*Centro Internacional para el Desarrollo Económico
Panamá, Panamá*

Guy P. Pfeffermann es director del Economics Department y asesor económico de la Corporación Financiera Internacional, entidad asociada al Banco Mundial. Charles C. Griffin es profesor adjunto de economía en la Universidad de Oregon. Este trabajo resume los hallazgos de los siguientes estudios anteriormente publicados, que se basan en el Banco Mundial y están a disposición a pedido en la Macroeconomic Adjustment and Growth Division, Country Economic Department, Banco Mundial: Héctor L. Diéguez, "Panorama de los Programas de Salud y Nutrición en la Argentina" y "Panorama de los Programas de Salud y Nutrición en México"; Roberto Macedo, "Deficiencias en el Enfoque de los Programas Sociales en el Brasil: Los Programas Federales de Salud y Nutrición"; y Jorge Rodríguez Grossi, "Servicios de Salud y Nutrición: Recientes Experiencias en Chile," "Servicios de Salud y Nutrición: Recientes Experiencias en Costa Rica," y "Servicios de Salud y Nutrición: Recientes Experiencias en República Dominicana." La información del Banco Mundial a la que se hace referencia en el texto proviene de estos trabajos. La investigación acerca de los trabajos fue iniciada por A. D. Knox y supervisada por Guy P. Pfeffermann. Este informe fue preparado por Charles Griffin.

El Centro Internacional para el Desarrollo Económico es un instituto sin fines de lucro dedicado a estimular el diálogo internacional sobre política económica, crecimiento económico, y desarrollo humano. Auspicia conferencias, publicaciones, y proyectos conjuntos de investigación mediante una red internacional de institutos corresponsales los cuales distribuyen la información del Centro y de otros corresponsales. El Centro tiene su dirección general en Ciudad Panamá, Panamá, y su oficina principal en el 243 Kearny Street, San Francisco, California 94108, Estados Unidos de América.

Los puntos de vista expresados y las interpretaciones realizadas en este estudio pertenecen a los autores y no representan necesariamente los puntos de vista ni las políticas del Banco Mundial o de sus Directores Ejecutivos o de los países a los que ellos representan.

La fotografía de la cubierta, tomada por Alan Berg, muestra mujeres ecuatorianas haciendo cola para adquirir alimentos como parte de un programa especial de nutrición.

© 1989 Banco Internacional de Reconstrucción
y Fomento / BANCO MUNDIAL
1818 H Street, N.W.
Washington, D.C. 20433 E.U.A.

Derechos reservados
Impreso en los Estados Unidos de América
Primera edición Junio de 1989

ISBN 0-8213-1258-8

Índice

Identificar y enfocar a los pobres	4
Enfoque por localización geográfica	5
Enfoque por edades	7
Enfoque por problemas de salud	7
Enfoque por autoselección	7
Resumen	8
Programas de nutrición	8
Subsidios generales a los precios	9
Programas de almuerzo escolar	13
Madres y niños	16
Resumen	17
Programas de salud	19
Suministro de bienes públicos	19
Servicios de salud	22
Resumen	26
Administración pública, finanzas públicas y enfoque	27
Administración pública	27
Finanzas públicas	29
Conclusión	30
Referencias	31
Recuadros	
1. El sistema de beneficios sociales ficha CAS de Chile	6
2. El enfoque de un programa alimenticio de emergencia en la Argentina	9
3. El enfoque hacia los subsidios generales a los precios en México	11
4. El elevado costo de oportunidad de no enfocar	12
5. Programas de salud pública e intervenciones en Costa Rica	20

Cuadros

1. Indicadores seleccionados para seis países latinoamericanos,
1986 2
2. Gastos e insumos de salud 18
3. Patrones del consumo de agua y de gastos en Lima, Perú,
1972 21
4. Cobertura del seguro social en seis países latinoamericanos,
1986 23

En la mayoría de los países, los programas de salud y nutrición son los medios principales para aumentar o mantener el consumo de necesidades básicas de los sectores sociales más pobres. En las dos áreas, la carencia persistente de consumo o la falta de un acceso oportuno a los servicios puede tener consecuencias catastróficas. Este trabajo examina el enfoque de los programas de salud y nutrición para proteger a los pobres en seis países latinoamericanos durante la crisis económica que comenzara a fines de la década del 70 y que siguiera durante la mayor parte de la primera mitad de la del 80.

Una emergencia económica pone presión para reducir los presupuestos gubernamentales al mismo tiempo que aumenta el riesgo de las privaciones entre los grupos más desprotegidos. Ambas fuerzas aumentan la urgencia del enfoque. La atención al enfoque de los programas sociales es vital, aún cuando la economía esté floreciente, dado que es un determinante fundamental de la efectividad en el costo de las intervenciones.

Aunque a menudo se aboga por los programas de salud y nutrición por razones humanitarias, éstos (al igual que la educación) también representan inversiones en recursos humanos que resultan de provecho tanto para sus beneficiarios como para la sociedad. El enfoque cuidadoso disminuye la posibilidad de que las inversiones públicas en capital humano simplemente reemplacen aquellas inversiones privadas que se hubieran realizado de cualquier forma, y aumenta la probabilidad de que los programas gubernamentales ayuden a la igualdad de oportunidades antes que a exacerbar las inequidades.

Este trabajo estudia los métodos para enfocar los programas de nutrición y salud para servir a los pobres mediante el examen de las experiencias de seis países latinoamericanos —Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México, y República Dominicana— en el transcurso de la última década. Los programas de alimentación aparecen en distintas variedades: subsidios generales a los precios, programas de almuerzo escolar, complementos para la nutrición materno-infantil, y programas de tratamiento de la desnutrición aguda. Los seis países utilizan

Cuadro 1. Indicadores seleccionados para seis países latinoamericanos, 1986

Pais	PNB per capita (dólares)	Porcentaje crecimiento PIB/ anual, 1980-86	Tasa de fertilidad total	Expectativa de vida al nacer (años)	Tasa de mortalidad infantil por 1.000	Porcentaje población urbana	Población por Kilómetro cuadrado
Argentina	2.350	-0,8	3,2	70	34	84	11
Brasil	1.810	2,7	3,5	65	67	73	16
Chile	1.320	0,0	2,5	71	22	83	16
Costa Rica	1.480	1,3	3,3	74	19	45	51
República Dominicana	710	1,1	3,8	66	70	56	135
México	1.860	0,4	3,7	68	50	69	41

Nota: PNB = producto nacional bruto; PIB = producto interno bruto; dólares = EU\$. Todas las cantidades son de 1986, con excepción de la tasa de mortalidad infantil y de población urbana que son de 1985.

Fuente: Banco Mundial (1987, 1988).

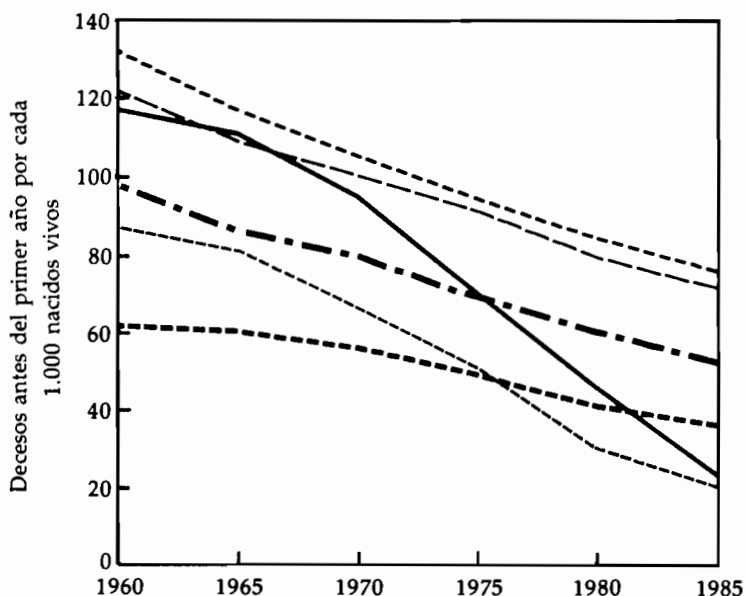
muchos métodos diferentes para enfocar los programas de nutrición, y los que lo han hecho mejor también tienden a obtener los mejores resultados al menor costo.

En la atención de salud hay dos problemas básicos: cómo suministrar las intervenciones de salud pública en forma adecuada y cómo garantizar el acceso a un nivel mínimo de asistencia curativa. Los seis países gastan por lo menos tanto per capita en programas de salud como Chile, pero solamente Costa Rica (que gasta por lo menos un tercio más per capita que Chile) alcanza su grado impresionante de logros en salud. Gran parte del crédito por el elevado grado de desempeño y bajo costo en el sector salud de Chile debe atribuirse a su extraordinaria atención el enfoque de sus subsidios en ese sector.

El cuadro 1 contiene información resumida acerca de los seis países. Es un grupo diverso bajo cualquier punto de vista, que va des de el Brasil, con 140 millones de habitantes concentrados en sus áreas urbanas del sudeste, a la pequeña Costa Rica, con solamente 2 millones 600 mil ciudadanos que son, en su gran mayoría, población rural pero con asentamientos relativamente densos. La República Dominicana es de lejos el país más pobre y el más densamente poblado. El cuadro ilustra el archiconocido fenómeno que los indicadores sociales en los países en desarrollo, en el mejor de los casos, están débilmente correlacionados con el ingreso per capita. Las políticas públicas contribuyen en forma decisiva las diferencias en estos indicadores. Costa Rica y Chile, por ejemplo, han experimentado descensos en la tasa de mortalidad y en la de fertilidad en las dos últimas décadas que exceden de lejos lo que podría esperarse solamente sobre la base del aumento del ingreso. Tal como puede apreciarse en el figura 1, Chile ha logrado reducciones espectaculares en la mortalidad infantil que han permanecido a pesar de la crisis económica de la década del 80. En contraste, la Argentina que era líder en este grupo de países en cuanto a la expectativa de vida y a la mortalidad infantil en la década del 50, ha caído al tercer lugar en estos indicadores a un cuándo todavía tiene el ingreso per capita más alto del grupo.

Los subsidios al ingreso o al consumo se determinan en un proceso político en el cual el enfoque, los costos y los beneficios son importantes pero no necesariamente decisivos. Los subsidios se distribuyen a menudo con la intención de asegurar el caudillismo, los votos o los seguidores antes que asistir a los pobres, que rara vez tienen peso político. Puede por consiguiente parecer ingenuo tratar a los programas socia-

Figura 1. Casa de mortalidad infantil, 1960-85



Clave: - - - - Argentina; - - - - Brasil; — Chile; - - - - Costa Rica;
 - - - - República Dominicana; - - - - México.

Fuente: Ross y los otros (1988: cuadro 3).

les, como lo hace este estudio haciendo una referencia somera a las fuerzas políticas que los crean. Aun cuando muchos programas sociales están dirigidos en forma abierta hacia los pobres, pocos se definen con argumentos puramente políticos, y los administradores ejercen una discreción considerable en la asignación de los beneficios legislados. El examinar cómo se enfocan los programas existentes, cómo se puede mejorar el enfoque, y qué características parecen ser de importancia en los programas que tienen éxito, puede servir de base para una mejor legislación y administración de las intervenciones.

Identificar y enfocarse a los pobres

La forma más obvia, indiscreta y costosa de enfocarse los programas es la utilización de trabajadores sociales para clasificar hogares por su

ingreso per capita o para identificar otras características que los podrían habilitar para recibir asistencia. Las alternativas que pueden obtener resultados similares a bajo costo o con una menor intervención directa son atractivas por numerosas razones de las cuales, sin embargo, no es de despreciar el que los recursos pueden ser canalizados hacia los beneficios más que hacia los costos administrativos. Estas alternativas comprenden el enfoque por localización, edad, problemas de salud y autoselección. (Ver el recuadro 1, el planteamiento integral de Chile al enfoque.)

Enfoque por localización geográfica

Dejando de lado cómo se mide la pobreza, la característica más común del pobre latinoamericano es que vive en el campo. En México (1977), la franja inferior del 30 por ciento en la distribución de ingresos estaba constituida exclusivamente por hogares rurales. En Brasil (1985) cerca del 18 por ciento de la población total vivía en hogares con ingresos per capita por debajo de un cuarto del salario mínimo. De este grupo, el 58 por ciento era rural, aunque solamente el 27 por ciento de la población total vivía en áreas rurales. Cerca del 60 por ciento de los pobres vivían en el Noreste. En la Argentina, un criterio ligado principalmente con las deficiencias en las condiciones materiales de las viviendas (carencia de inodoros, hacinamiento o habitación inapropiada) colocó al 22,3 por ciento de todos los hogares en el Censo de 1980 por debajo del límite de pobreza. En las cinco provincias con mayor porcentaje de población rural (de un total de 24), el 43 por ciento de los hogares eran pobres. En Costa Rica en 1983, de acuerdo con el límite de pobreza ligado con el costo de canasta alimenticia mínima, el 25 por ciento de la población era pobre, del cual el 12 por ciento estaba clasificado como pobreza extrema. Aunque el 55 por ciento de la población vivía en las áreas rurales, el 67 por ciento de los pobres y el 70 por ciento de la pobreza extrema era rural. En la República Dominicana el nivel de pobreza absoluta es más grande que en los otros países, pero la concentración rural de los más pobres es similar.

Para resumir, por cada país y medida de pobreza desde una cuarta hasta una quinta parte de la población ha sido identificada como pobre, siendo la incidencia de la pobreza mucho más alta en el interior. El enfocar las áreas rurales es entonces un método simple pero eficaz de alcanzar a la mayoría de los pobres. Aún dentro de las ciudades

Recuadro 1. El sistema de beneficios sociales ficha CAS de Chile

El Gobierno de Chile ha diseñado una técnica de encuesta (la Encuesta de Estratificación Social o ficha CAS) para determinar en forma sistemática quién es pobre y a qué beneficios tienen derecho en la mayor parte de los programas sociales. El sistema se basa en una encuesta que se realiza por medio de un asistente social, que clasifica al hogar de acuerdo con las características de la vivienda, el status laboral y educacional de cada miembro de la familia, y el ingreso de la familia. Se tienen en cuenta las diferencias entre el medio rural y el urbano. El asistente social tiene cierto margen de discreción para realizar esta determinación, pero se utiliza el mismo cuestionario para cada hogar. Sobre la base de la encuesta la intención del gobierno es la de identificar al 30 por ciento más necesitado de la población y suministrarles una ficha de derechos. La ficha determinará el monto de subsidios a la vivienda, transferencias de ingreso, y programas de alimentación escolar a los que la familia tiene derecho.

El planteamiento chileno tiene cuatro ventajas principales. Si la técnica de la encuesta funciona bien, se identificará a los pobres en una forma positiva (antes que esperar que ellos utilicen los programas a los que tienen derecho), y se les informará de los programas que pueden utilizar. Se reconocerá en forma explícita los grados de necesidad, antes que las categorías todo o nada, pobre o no pobre. Se toman en consideración una variedad de factores aparte del ingreso familiar lo que hace que el proceso de acceso a la habilitación sea más sensible a las características materiales de la pobreza. Finalmente, de esta forma unifica requisitos de habilitación en todas las intervenciones, permitiéndole a los administradores una mejor comprensión de la interacción de beneficios de los múltiples programas.

Lo negativo es que todas las intervenciones no pueden enfocarse de esta manera. Los programas de nutrición, por ejemplo, pueden necesitar de mecanismos adicionales de enfoque dado que ellos están orientados hacia ciertos grupos de edad (niños) y condiciones (embarazo). El procedimiento también es costoso y puede no resultar en una mejor cobertura que los medios menos precisos aunque no sabemos lo suficiente todavía acerca del enfoque para conocer cuán efectivos son los diferentes métodos para identificar a los pobres. Bajo cualquier circunstancia, es un experimento que merece una evaluación cuidadosa.

tiene sentido el enfoque geográfico porque los pobres normalmente viven en áreas bien definidas. Sin embargo, algunos programas pueden ser difíciles y caros de entregar en áreas rurales escasamente pobladas, y basar el enfoque solamente sobre la geografía resulta en forma inevitable en filtraciones a individuos que de otra forma no tendrían derecho.

Enfoque por edades

El enfoque por edades es un método práctico para alcanzar grupos específicos que son vulnerables debido a los eventos en el ciclo vital. Enfocar beneficios para los más pequeños, por ejemplo, llega a un grupo en el momento en que la mayoría de las inversiones en capital humano son más útiles y la preocupación por la embarazosa cuestión política de los incentivos para trabajar tiene poca importancia. A menudo los niños están concentrados en hogares de bajos ingresos y no tienen virtualmente control sobre sus circunstancias. En Brasil, el 62 por ciento de los niños del país vive en la franja del 40 por ciento de los hogares más pobres. Los hogares en el quinto más alto de la nación (con solamente el 8 por ciento de los niños) tienen en promedio alrededor de 90 veces más recursos disponibles por niño que lo que tiene el 40 por ciento de los hogares más pobres (Birdsall y Griffin 1988).

Las necesidades y oportunidades materiales de los niños para complementar el consumo varían en la medida en que van creciendo. De la primera infancia hasta la edad de 5 años, enfocar a los niños significa enfocar a las madres. Se puede llegar a algunos de los niños menores en las guarderías especialmente si las madres viven y trabajan en las ciudades. Es más fácil llegar a los niños en edad escolar, pero muy a menudo los niños más pobres no van a la escuela y las escuelas rara vez funcionan más de 200 días al año.

Enfoque por problemas de salud

Los programas de salud que cubren problemas específicos tales como planificación familiar, inmunizaciones, malaria y esquistosomiasis tienden a enfocar bien a los pobres porque estos problemas de salud son de los pobres rurales no educados. Muchos programas de nutrición y de salud enfocan a las mujeres embarazadas y sus niños, siendo ambos fácilmente identificados aunque a veces es difícil llegar a ellos. Algunos programas son impulsados por signos físicos de deterioro tales como deficientes promedios de peso por altura, una historia de muertes infantiles en un hogar, o tratamiento en el hospital por malnutrición.

Enfoque por autoselección

Un tipo sutil de enfoque depende de la autoselección de la clientela misma dentro de un programa usualmente basado en su sensibilidad

a los costos o el atractivo de los bienes y servicios que se distribuyen. Los programas pueden ser enfocados hacia los tipos de bienes o servicios provistos, cuándo se los suministra, cómo se los suministra, o por las diferentes combinaciones de precio y calidad. Un proyecto de nutrición del Banco Mundial en Brasil que exigía que los clientes compraran cupones de alimentación halló que con una tasa de subsidio de solamente el 30 por ciento, el 75 por ciento abandonaban dentro del año pero con un subsidio del 60 por ciento, sólo el 26 por ciento abandonaba. Los hogares más pobres hallaban difícil reunir el efectivo necesario para comprar los cupones de alimentación. Los directores del programa hallaron que la administración era menos costosa y el enfoque más efectivo desde el punto de vista del enfoque cuando simplemente otorgaban subsidios a los precios generales de la alimentación seleccionada en almacenes cuidadosamente escogidos y la cantidad de lo que podía comprarse era limitada. La combinación creó un mecanismo efectivo de autoselección porque los pobres compraban en aquellas tiendas de cualquier manera y tendían a comprar pequeñas cantidades por vez. Sin embargo, los ricos hallaron que los emplazamientos de las tiendas y las restricciones a la cantidad eran un gran inconveniente (Berg 1987).

Resumen

Resulta evidente de lo anterior que puede mejorarse el enfoque de los programas para los pobres si se presta atención a unas pocas características básicas. Una burocracia del bienestar social con todas las de la ley no constituye un prerequisite. Los programas que pueden enfocarse aproximadamente hacia los pobres por geografía, edad, o problemas de salud pueden estar enfocados en forma precisa añadiendo una escala móvil de pagos o un mecanismo de autoselección que diferencie los niveles de necesidad. El recuadro 2 explica cómo el enfoque mediante una combinación de características geográfica y materno-infantil funcionaron en un programa de alimentación precipitado por la crisis económica en la Argentina.

Programas de nutrición

Los seis países de este grupo tienen varios tipos de programas de nutrición: los subsidios generales a los precios, los subsidios enfocados

Recuerdo 2. El enfoque de un programa alimenticio de emergencia en la Argentina

El Programa Alimenticio Nacional (PAN) fue creado en 1984 como una respuesta directa al deterioro económico en la Argentina. Estaba concebido como un programa temporal para asistir a las familias vulnerables durante la crisis entregándoles cajas con alimentos. El programa distribuye periódicamente 30–40 libras (14–15 kilogramos) de alimentos no perecederos: leche, azúcar, harina de trigo, harina de maíz, aceite, fideos y arroz. El pescado, la carne y otros productos se agregan a las cajas sobre una base rotativa.

El enfoque del Programa era inicialmente geográfico: se distribuían cajas solamente en las áreas en donde los hogares pobres, identificados primariamente por las deficiencias en la vivienda, estaban concentrados. Además, las prioridades dentro de las áreas enfocadas se les daban a los hogares que tenían mujeres embarazadas o niños pequeños. Luego de los dos primeros años de operación, alrededor del 5 por ciento de todos los hogares recibían una caja de alimentación del PAN.

Aunque no hay estadísticas acerca de la distribución de las cajas por ingreso, si se divide a los hogares en quintos por la educación del cabeza de familia, la distribución de las cajas de PAN favorece enormemente a los grupos de menor educación. Cerca del 44 por ciento del quinto de menor nivel educacional, 25 por ciento del segundo quinto y 13 por ciento del tercer quinto en orden ascendente estaban recibiendo cajas alimenticias en 1986. Hubo poca filtración hacia los dos quintos superiores. Una evaluación del programa de alimentación escolar halló que los niños asistentes que mostraban signos de desnutrición crónica (retraso en la altura por edad), cerca del 86 por ciento vivían en hogares que recibían cajas del PAN. Con ambos medidores —status educativo y nutricional— los criterios de enfoque hacia las áreas geográficas y los hogares con madres y niños funcionaron razonablemente bien, aunque funcionaban mejor en prevenir filtraciones que en alcanzar a todo el quinto más bajo en términos educativos. Sin embargo, los médicos se quejaron de que la distribución de alimentos del PAN redujo la asistencia a las clínicas de salud materno-infantil porque las madres podían obtener leche de las cajas del PAN sin hacer examinar a los niños.

hacia los precios, los programas de almuerzo escolar y los programas de alimentación materno-infantil.

Subsidios generales a los precios

Los subsidios generales a los precios de los alimentos son costosos y el enfoque es notoriamente difícil. En México, el organismo de distribu-

ción nacional de alimentos ha suministrado alimentos subsidiados a través de bocas de expendio gubernamentales en las ciudades durante muchas décadas. En 1983, estos subsidios a los precios consumieron el 1 por ciento del Producto Nacional Bruto (PNB). El subsidio se limitó luego a dos alimentos y fue mejor enfocado; para 1986 los gastos bajaron al 0,2 por ciento del PNB (ver recuadro 3). En la República Dominicana dos instituciones diferentes suministran subsidios generales a los precios de la alimentación, pero no se sabe quién se beneficia de los subsidios o ni su costo neto. El más grande de los dos programas registró ventas en 1985 por más de EU\$100 millones. Si el subsidio implícito fuera de solamente un 5 por ciento (probablemente sea una gran subestimación), representaría un monto lo suficientemente grande como para pagar cinco veces el costo de los programas existentes enfocados hacia las madres y los niños en ese país tan desesperantemente pobre. Un subsidio general a los precios del trigo en el Brasil de EU\$8 per capita consumió más de la mitad de los gastos federales en programas de alimentación en 1986. En contraste, dos subsidios generales a los precios con enfoque geográfico por medio de tiendas en los barrios marginales urbanos suministraron un subsidio per capita de EU\$7 a las poblaciones enfocadas a un costo total menor que el 3 por ciento del programa de trigo no enfocado.

Ni Costa Rica ni Chile suministran subsidios generales a los precios de los alimentos. En Costa Rica, de hecho, los productores gozan de protección arancelaria para el arroz, los frijoles y el azúcar que aumenta el precio que pagan los consumidores por estos artículos básicos. En ambos países, el Gobierno adoptó medidas de emergencia para asistir a los pobres durante la crisis económica. Costa Rica montó un programa temporario de asistencia alimenticia que distribuyó una serie de alimentos a los hogares enfocados por los comités locales. Chile concentró los empeños gubernamentales en programas de empleo para los pobres, dejando los subsidios directos a la alimentación primariamente al sector de beneficencia privado. Aunque los subsidios generales a los precios son útiles durante una crisis económica, tal como lo sería cualquier ingreso suplementario, el monto per capita es normalmente tan pequeño que ofrece escasa protección a las familias más necesitadas de ayuda. El recuadro 4 explica cómo el mejoramiento del enfoque de los subsidios alimenticios pueden elevar el subsidio para la gente que más lo necesita sin que sea necesario gastar más dinero.

Recuadro 3. El enfoque hacia los subsidios generales a los precios en México

En 1986, México añadió varios mecanismos de enfoque —un programa de tortillas, un programa de leche y un programa de maíz— a sus programas de subsidios generales a los precios de los alimentos. El sistema actualmente subsidia directamente sólo tortillas y leche en las áreas urbanas, además del maíz en las áreas rurales.

En el programa de tortillas se venden cupones para alimentos en las áreas urbanas que pueden ser canjeados solamente por tortillas. El subsidio efectivo de precio bajo el programa era de alrededor del 75 por ciento en 1986, cuando un cupón para tortillas para la compra del equivalente de 130 pesos mexicanos de tortilla se vendía a 32 pesos. El setenta por ciento de las bocas de expendio de los cupones están ubicadas en barrios de escasos ingresos, y el programa cubre 6 millones de hogares. Los hogares que tienen derecho a participar en el programa cuentan con un ingreso menor a dos salarios mínimos, lo que es certificado por un asistente social que visita al hogar solicitante. De este modo hay tres mecanismos de enfoque: la mercadería (solamente tortillas), la geografía (los barrios urbanos de bajos ingresos), y una prueba de ingresos (por debajo de los dos salarios mínimos). Aunque los mecanismos pueden funcionar, los criterios de enfoque no son restrictivos.

Aunque la mayoría de las bocas de expendio de los cupones para tortilla están en los barrios de escasos ingresos, hay importantes filtraciones, principalmente por medio de los sindicatos, a los grupos de mayores ingresos. El límite al ingreso es lo suficientemente elevado como para incluir el 48 por ciento de todos los hogares mexicanos, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de 1983–84. Aún más, la elasticidad del ingreso por tortillas estimado en esa encuesta es más de uno, indicando que los aumentos del consumo de tortilla en términos de porcentaje se producen con mayor rapidez que los del ingreso. Las tortillas son muy probablemente un lujo para los hogares extremadamente pobres, al contrario de los artículos básicos como el maíz, el grano y los frijoles.

El programa subsidiado de leche funciona en una forma muy similar al programa de tortilla. Es urbano (la ciudad de México acaparó el 75 por ciento de su cobertura en 1986), las unidades de distribución están principalmente en las barriadas pobres, se aplican los mismos límites de ingreso, y el monto del subsidio es de alrededor del 70 por ciento. Además, los hogares que tienen derecho a participar deben tener por lo menos un niño menor de doce años. La cantidad de leche y la frecuencia de la distribución dependen de la cantidad de niños que participen.

El subsidio a los precios del maíz rige sólo en las áreas rurales, que no participan en los otros dos programas. El precio subsidiado del maíz es aproximada-

(El recuadro continúa en la página siguiente.)

mente el mismo que el precio mayorista, de manera que el único precio subsidiado enfocado hacia los hogares rurales suministra una compensación substancialmente menor respecto del precio de mercado en comparación con los programas urbanos.

Resulta obvio que el problema con estos programas alimenticios es que el grueso de los subsidios van hacia los hogares urbanos, mientras que la franja inferior del 30 por ciento de la distribución del ingreso en México es rural. Sin embargo, el potencial para el enfoque de los nuevos programas es mucho mejor que el subsidio general a los precios al que reemplazaron.

Recuadro 4. El elevado costo de oportunidad de no enfocar

Reasignar sólo una parte del subsidio general a los precios a los programas enfocados puede ocasionar una diferencia enorme en la efectividad y en el costo de las intervenciones de nutrición. En 1986, Costa Rica gastó alrededor EU\$ 11,15 per capita en programas de alimentación, alrededor de la mitad para almuerzos escolares y la mitad para las madres y los niños. El Brasil gastó EU\$13,80 per capita en programas de alimentación durante el mismo año, pero bastante más de la mitad del gasto de Brasil se volcó a subsidios generales a los precios deficientemente enfocados. El subsidio al precio del trigo del Brasil comprende la importación de casi el 35 por ciento del trigo necesario, de manera que tiene un alto costo en moneda extranjera también.

Brasil gastó alrededor de EU\$ 11,60 en comidas por cada niño en edad escolar en 1986, el 60 por ciento menos que Costa Rica. Para las madres y los niños, el programa nacional de leche de cobertura amplia del Brasil gastó un promedio de EU\$4,50 por receptor, su programa de alimentación complementaria gastó EU\$17,35 por receptor, su proyecto de alimentación en guarderías gastó EU\$3,41 por niño y se gastó EU\$ 74 por persona en un pequeño programa de alimentación complementaria. Si el gasto del Brasil por beneficiario fuese la suma de los valores indicados de todos los programas (como si todos ellos llegaran a los mismos receptores, lo que no es el caso), el subsidio total por beneficiario sería menor que el subsidio de Costa Rica de EU\$150 por receptor. Además, en el Brasil todos los subsidios van hacia las áreas urbanas, mientras que en Costa Rica la mayoría de cada tipo de gasto va para los beneficiarios rurales.

Algunas personas sostienen que el programa de Costa Rica es costoso pero si el Brasil fuera a eliminar sus subsidios generales a los precios y enfocara sus programas de almuerzo escolar y materno infantil en forma más cuidadosa, podría obtener niveles de gasto para estos grupos que alcancen o sobrepasen los desembolsos per capita y aún reducir sus gastos totales en programas de nutrición.

Programas de almuerzo escolar

Los programas de almuerzo escolar se enfocan normalmente hacia un grupo de edad específico sin tener en cuenta el ingreso, aunque algunos países en la muestra estiran su presupuesto enfocando escuelas o niños específicos. Otros llegan más allá de los muros de la escuela y del año escolar para mantener complementos a la nutrición para los niños necesitados o para aquellos muy pequeños como para asistir a la escuela.

En la Argentina, el programa de almuerzo escolar es un programa de asistencia federal que suministra un almuerzo completo, una copa de leche, o alimento complementario para los niños en edad escolar. Está íntegramente financiado por fondos federales en el 40 por ciento de las provincias y es complementado por fondos locales en el resto. El primer criterio de enfoque del programa es el ingreso per capita de una provincia. De acuerdo con este criterio, Buenos Aires, la jurisdicción de mayores recursos en el país, no recibe fondos federales. El segundo criterio de enfoque está en la ubicación de las escuelas rurales dentro de los distritos, aunque no todas las provincias hacen diferencias entre escuelas. El tercer criterio es que dentro de las escuelas, los niños pueden ser ora autoseleccionados o señalados por las evaluaciones de los maestros de sus necesidades. En algunos distritos a todos los niños en una escuela enfocada se les da alimentación gratuita.

Se hizo una evaluación del programa en 1985, en donde se descubrió que no le estaba llegando a muchos niños en escuelas no subsidiadas que precisaban de complementos para su dieta, y que las escuelas rurales más pobres tendían a no participar del todo porque carecían de cocinas. Muchos de estos problemas podrían resolverse dentro del presupuesto actual si en lugar de enfocar con subsidios a las escuelas, éstos estuvieran destinados específicamente a los niños. La evaluación sugirió el uso de medidas antropométricas para determinar qué niños tenían derecho a ello.

En el Brasil, todas las escuelas primarias están cubiertas por un programa de almuerzo escolar con fondos federales. El programa carece totalmente de enfoque, suministrando comidas gratis a todos los niños que asisten a las escuelas primarias públicas. Su costo es de alrededor de EU\$12 por niño anualmente en 1986. En ese año se extendió el programa de 180 a 260 días por año, y se les permitió participar a los niños de 4 a 6 años de edad. La cantidad de niños a los que se les

dieron comidas aumentó en casi un 50 por ciento en el primer año de la ampliación, a más de 30 millones. Brasil también tiene un programa para guarderías que sirve cuatro comidas al día a niños entre los tres meses y seis años de edad que pertenezcan a familias de escasos ingresos y con medidas antropométricas deficientes. Prestó atención a cerca de un millón de niños en edad preescolar por mes en 1986.

Estos cambios obviamente aumentaron los subsidios por alimentación para los niños. Sin embargo, el Brasil gasta el equivalente de la mitad del presupuesto total de almuerzo escolar para suministrar almuerzos a 2 millones de trabajadores varones adultos. Este es un gasto per capita mucho mayor en un grupo que probablemente es quien menores razones tiene de precisar ningún complemento alimenticio, ciertamente un enfoque peculiar.

En Chile, el programa de alimentación escolar suministró el desayuno y raciones de almuerzo caliente a alrededor de un quinto de los niños en edad escolar (que asistían al 80 por ciento de las escuelas del país). Hasta 1980, los maestros seleccionaban a los niños que participaban en el programa, pero el sistema de fichas CAS que se describe en el recuadro 1 es actualmente el determinante principal acerca de quién es el que obtiene el subsidio. Las comidas están diseñadas para suministrar un tercio de la energía y la mitad de las necesidades proteínicas del niño. Este programa suministra un mínimo de 700 calorías y 20 gramos de proteína por día a un niño que reúna los requisitos, a un costo diario de EU\$0,33 por niño.

En Costa Rica, casi la mitad del gasto en nutrición lo consume el programa de almuerzo escolar. Un análisis de 1986 descubrió que el 70 por ciento de los gastos gubernamentales en este programa fueron absorbidos por la franja inferior de los dos quintos en la distribución del ingreso. Incluso cuando a las familias cuyos niños (de los siete a los doce años de edad) no comían en la escuela se les preguntaba por qué, más del 40 por ciento de los dos quintos inferiores contestaban que no había, y el 35 por ciento del quinto más pobre contestaron que el niño no iba a la escuela. Aún en para el quinto más pobre, sin embargo, una cuarta parte de los padres dijeron que el niño no comía porque él o ella no precisaban o no les gustaba la comida.

La República Dominicana tiene un programa de alimentación escolar, pero una encuesta de 1984 descubrió que el 98,5 por ciento de los niños en edad escolar no recibían alimentación gratis en la escuela.

Del 1,5 por ciento que recibían alimentación, dos tercios pertenecían al 40 por ciento más pobre de la población.

Qué nos dice esta información? Primero, el enfoque hacia las escuelas contiene muchos elementos de un subsidio general a los precios para un grupo seleccionado de edad. Puede ser demasiado costoso. El enfoque hacia la escuela, tal como en la Argentina, puede concentrar mejor el subsidio, pero puede dejarse de lado a los alumnos necesitados porque asistan a una escuela que no recibe subsidio. Los alumnos que no necesiten o que no deseen la alimentación, la comen porque asisten a una escuela subsidiada. En una de las provincias más pobres de la Argentina, las reducciones al presupuesto de 1984 ocasionaron primero que los servicios tales como el vaso de leche o el bocadillo fueran suspendidos. Los cortes ulteriores en 1985 exigieron que se cancelaran escuelas íntegras porque no había un mecanismo en esa provincia para enfocar al interior de las escuelas.

Segundo, enfocar a los niños en edad escolar deja de lado a los niños que no asisten a la escuela. Algunos nutricionistas alegan que los programas de alimentación escolar llegan realmente demasiado tarde en la vida para aliviar los problemas vinculados con la nutrición tales como las dificultades en el aprendizaje. Todos los países tienen complementos para los niños pequeños, lo cual se tratará a continuación, pero Brasil se destaca por su esfuerzo en llegar a los niños que son muy pequeños para ir a la escuela pero muy grandes para que puedan tener derecho a los programas de alimentación para bebés. Aún más, solamente Brasil y Chile han extendido sus programas de almuerzo escolar más allá de los confines del período académico. Los programas de almuerzo escolar también dejan de lado a los niños que deben estar en la escuela pero no están. La encuesta de Costa Rica indica que estos niños pueden ser algunos de los más necesitados.

Tercero, los subsidios destinados a las escuelas tienden a un sesgo hacia las urbes. En la Argentina, las escuelas rurales pequeñas y pobres que no pueden pagarse una cocina ni una cocinera no tienen programa de almuerzo. Las tasas de inscripción tienden también a ser menores en las áreas rurales. De conformidad, mientras que las escuelas suministran un medio conveniente de llegar a un grupo de edad importante, ellas no son perfectas. Pocos países tienen buena información acerca de las características de los niños con derecho a participar a los que no se llega, cómo se puede lograr llegar a ellos y a qué costo.

Madres y niños

Mantener dietas adecuadas para las madres y sus bebés pone a los programas de alimentación complementaria justo en la intersección entre nutrición y salud. Algunos programas explotan efectivamente esta conexión utilizando intervenciones de nutrición para atraer a las madres a las clínicas de salud y determinar qué niños son los que necesitan atención. Todos los países de la muestra suministran algún tipo de programa de alimentación, normalmente leche complementaria, para las madres grávidas y sus niños pequeños.

La Argentina suministra leche en polvo a las madres de los niños de hasta 2 años de edad, y el programa enfoca geográficamente a las áreas de bajos ingresos. Se excluye a Buenos Aires. La partida de leche es adecuada para el 60 por ciento de las necesidades de los recién nacidos, pero el complemento se reduce rápidamente con el crecimiento de la criatura. En el segundo año suministra únicamente el 14 por ciento de las necesidades calóricas de una criatura promedio. La leche se distribuye por medio de las unidades de atención de salud y la madre debe llevar con ella a los niños participantes para tener derecho al complemento. Se pesa y se examina a la madre (si está embarazada) y a sus niños en la clínica. El enfoque de este programa en 1986 fue la distribución de 259.080 kilogramos de leche en polvo pero en realidad distribuyó solamente una tercera parte de la meta en La Rioja, una de las provincias más pobres.

La República Dominicana tiene un programa de vigilancia nutricional que cubre a los niños rurales menores de cinco años de edad. Se examinaron más de 135.000 niños en el transcurso de 1986 bajo este programa. Los promotores de salud identificaron niños seriamente desnutridos y los trajeron a los centros de nutrición y a otros niños se les suministraron diversas formas de asistencia médica y alimenticia. Una encuesta de 1986 descubrió que el 21 por ciento de todos los niños menores de seis años de edad se beneficiaban en algún grado de este y de otros programas de nutrición.

Los programas de nutrición en Chile y Costa Rica están concentrados estrechamente en las madres y los niños y se gasta relativamente poco dinero en intervenciones adicionales de nutrición fuera de las comidas escolares. Un programa de alimentación complementaria en Chile enfoca a las mujeres embarazadas, a las madres que dan de lactar a sus hijos, y a los niños desde el nacimiento hasta los cinco años. Los beneficiarios que no corren riesgo nutricional reciben un paquete

de alimentos. Aquellos que corren riesgo reciben beneficios substancialmente mayores. Son obligatorias las revisiones médicas regulares para recibir alimentos por medio del programa, y las visitas deben tener lugar en las clínicas del Servicio Nacional de Salud. Este requisito genera alguna autoselección de no ingresar al programa por parte de mujeres que rehusan utilizar clínicas públicas (presumiblemente mujeres de ingresos más elevados). Este programa alcanza a alrededor del 70 por ciento de la población con derecho a ella a un costo anual de EU\$36 millones (EU\$30 por beneficiario). Este y otros programas han eliminado virtualmente la desnutrición seria entre los niños pequeños en Chile. En el camino, ellos han prácticamente terminado con el sistema de internación hospitalaria para los niños desnutridos. Esto ahorra costos incontables, permanentes para los niños que ven reducido su riesgo de desnutrición, y ahorra casi EU\$650 por caso de internación como se gastaba en 1983. De esta forma cada caso de desnutrición aguda alejado por este programa con bien enfocado libera suficientes recursos como para alcanzar a 22 niños.

Costa Rica tiene un programa con un enfoque excepcionalmente bueno que suministra un subsidio general de precios y otra asistencia a los hogares que tienen niños que han sido tratados en algún instituto médico por desnutrición. Solamente 1.300 hogares recibieron este tipo de asistencia en 1985. Otro programa suministra comidas calientes, bocadillos, atención de salud y actividades educacionales para los niños de edad preescolar y las madres embarazadas que viven a no más de un kilómetro del centro que suministra la comida. La cobertura de ese programa es más alta entre los grupos más pobres, aunque atiende muchos hogares de altos ingresos también. Este programa se ve complementado por otro que suministra leche y complementos dietéticos para las madres y los niños que viven más allá del límite de un kilómetro.

Resumen

La diferencia más grande entre los países en la muestra es si ellos suministran subsidios generales a los precios de la alimentación. Si lo hacen, estos subsidios originan un serio desangre para el presupuesto en relación con la cantidad de ayuda enfocada hacia los pobres. Hay por todos lados programas de almuerzo escolar y de nutrición para las madres y los niños, y algunos países, como es el caso de Chile, son cuidadosos en el enfoque incluso de estos programas, con gran éxito.

Cuadro 2. Gastos e insumos de salud

<i>País</i>	<i>Consumo médico doméstico más gobierno, 1986 (dólares)</i>	<i>Consumo médico como porcentaje del PIB, 1986</i>	<i>Gasto del gobierno central en salud, 1986 (dólares)</i>	<i>Gastos privados/ otros en salud, 1984-87 (dólares)</i>	<i>Niños de un año de edad vacunados contra sarampión, 1984-87 (por ciento)</i>	<i>Promedio tuberculosis, difteria, sarampión, polio, 1984-87 (por ciento)</i>	<i>Acceso al agua potable en la década del 80 (por ciento)</i>
Argentina	80	4	8	72	67	72	64
Brasil	68	5	31	37	63	67	77
Chile	57	4	27	30	91	90	86
Costa Rica	87	5	84	3	81	79	90
República Dominicana	56	7	10	46	24	28	62
México	59	4	26	33	64	47	76

Nota: El gasto total es en dólares. La primera columna se deriva del Cuadro 6 en el Banco Mundial 1988, que viene del Proyecto de Comparación Internacional y deben ser las cifras disponibles más fidedignas y comparables. El gasto del Gobierno Central se deriva del cuadro 23 en el Banco Mundial (1988). El gasto en salud del Gobierno Central de México se presume que es del 5,1 por ciento, la cifra de 1972, no el 1,4 por ciento como lo estimara el Banco Mundial 1988. Muchos de estos números son coherentes con los estimados para los años anteriores aunque, por ejemplo, la otra información del Banco Mundial para la Argentina estima al gasto en salud al 7-8 por ciento del PIB, comparado con el 4 por ciento en este Cuadro.

La cobertura de inmunización es el promedio para niños de un año para cada inyección o series de inyecciones: tuberculosis, difteria, tos ferina, polio y sarampión. El sarampión se indica también en forma separada. Las estadísticas de salud se extraen de Ross y los otros. (1988).

Programas de salud

Las tendencias en mortalidad infantil aparecieron en la figura 1. Las diferencias en la muestra se deben a una combinación de variaciones en las políticas públicas, logros educacionales, medio ambiente e ingresos. El cuadro 2 indica las diferencias en los países en gasto de salud por persona más estadísticas de cobertura de dos intervenciones comunes de salud, inmunizaciones y agua potable, que son sensibles a las políticas públicas. No hace falta demasiada imaginación para suponer que los niños que no están inmunizados y los hogares que no utilizan provisión de agua potable son los más pobres y los menos accesibles. Chile y Costa Rica suministran a la totalidad salvo el 10–20 por ciento de sus poblaciones con ambas intervenciones pero los otros países tienen esa tarea por delante.

La sorpresa del cuadro 2, sin embargo, es que la República Dominicana gasta casi exactamente tanto per capita en salud como México y Chile aun cuando el PNB per capita es la mitad o menos que el de ellos. A pesar de que el gasto de salud es comparable en estos tres países, la tasa de inmunización en Chile es casi el doble que la de México y el triple que la de la República Dominicana. Resulta claro que sobre la base del gasto en salud per capita solamente, cualquiera de estos países puede darse el lujo de igualar el desempeño de Chile! No es un problema de gastos totales sino de asignación y de enfoque.

Como ejemplo de enfoque deficiente, una de las razones principales de los elevados gastos de la República Dominicana es que las 220.000 personas que están cubiertas por el sistema de seguridad social (4 por ciento de la población) reciben beneficios per capita en el orden de los EU\$65 anuales. Esto es más de 10 veces la cantidad que gasta el Gobierno en el resto de la población. Una reducción del diez por ciento en el beneficio de seguridad social, si se canaliza hacia la salud pública duplicaría en exceso el presupuesto existente para estas actividades y suministraría bienes públicos que beneficiarían a los afiliados al seguro social y al resto del país.

Suministro de bienes públicos

“Bienes Públicos” en salud son los bienes y servicios que el Gobierno está mejor equipado para financiar dado que las personas cuentan con escasos incentivos para pagar por ellos. Estas intervenciones incluyen inmunizaciones, control de insectos, regulación de la calidad

Recuadro 5. Programas de salud pública e intervenciones en Costa Rica

Una responsabilidad en salud pública que los gobiernos desempeñan a menudo en forma inadecuada es la recolección de información epidemiológica. Si han de enfocarse las enfermedades, debe saberse su incidencia y su distribución. A principios de la década del 70, la base de datos epidemiológicos de Costa Rica era adecuada para guiar las políticas públicas, y reveló que las causas prevalentes de fallecimiento eran desnutrición, enfermedades evitables mediante vacunación (principalmente tétanos y sarampión), y enfermedades relacionadas con el agua y el saneamiento. Los programas de alimentación orientados hacia los niños, la educación en salud, la atención de salud primaria, el suministro de agua y el saneamiento, y la mejora en el acceso a los servicios curativos fueron diseñados en forma simultánea.

Los efectos fueron asombrosos. Para finales de la década del 70, las tasas de inmunización excedían el 85 por ciento, la mortalidad infantil debida a enfermedades evitables mediante vacunación cayo después de 1972 en un 98 por ciento, del 23 por 1.000 a menos del 1 por 1.000 en 1979. La mortalidad por diarrea e infecciones respiratorias cayó desde niveles aún más altos a menos del 1 por 1.000 en 1982. Aún cuando estas mejoras no pueden ser completamente atribuidas a los cambios en las políticas, era claro que existía una conexión.

Las estadísticas gubernamentales indican que las municipalidades con las coberturas más altas y más extensas del programa de salud primaria —en general aquellas que tenían las peores coberturas antes de 1972— ganaron substancialmente más años de expectativa de vida que las municipalidades cubiertas más recientemente —las áreas rurales más cercanas a las ciudades. Los cambios en la tasa de mortalidad infantil por la educación de las madres arrojaron las ganancias más grandes entre las madres menos educadas. Las diferencias en la mortalidad infantil entre los grupos de ingresos se desvanecieron casi completamente.

Las políticas de Costa Rica fueron más lejos de la provisión de bienes de salud pública puros para incluir una mejor cobertura de los servicios curativos. Pero las intervenciones de salud pública —mejoras en el agua y en el alcantarillado, campañas de vacunación, vigilancia epidemiológica y educación en salud— resulta claro que desempeñaron un papel central en la estrategia. ¿Es la experiencia costarricense una aberración? Si otros países tales como la República Dominicana hicieran la misma cosa, ¿alcanzarían resultados similares? ¿Cuáles intervenciones fueron las más importantes en determinar el resultado? Estas preguntas son difíciles de contestar, pero resulta claro que Costa Rica analizó en forma sistemática sus problemas epidemiológicos y utilizó una combinación de tecnología, educación en salud, inversiones en salud pública, reformas institucionales, e intervenciones con el enfoque hacia la curación para resolverlas. En principio las mismas herramientas están a disposición de otros países, aunque es posible que tome un tiempo mayor crear los recursos físicos y humanos que hacen la estrategia factible.

del aire, y suministro de agua potable salubre. (El recuadro 5 trata la experiencia de Costa Rica en la mejora de sus programas de salud pública.) Por lo menos existen dos razones para suministrar bienes públicos primero en cualquier programa para enfocar los subsidios en salud.

Primero, los bienes públicos substituyen costosas actividades privadas. Los bienes de salud pública tienden a ser suministrados en forma inadecuada sin algún tipo de medidas gubernamentales. La gente reacciona ante la escasez adquiriendo substitutos. Un buen ejemplo es el agua. Los residentes de los barrios marginales en las ciudades sudamericanas pagan normalmente más por el abastecimiento inadecuado de agua de baja calidad por camiones que lo que la gente en las áreas residenciales de altos ingresos pagan por amplias cantidades de agua corriente depurada. El cuadro 3 indica la cantidad, la calidad y el gasto en el agua en los diferentes vecindarios en Lima, Perú en 1972. En promedio, los hogares más pobres gastan tres veces más que los hogares más acomodados por prácticamente siete veces menos agua, que también era de baja calidad. En las áreas rurales, reducir la gran cantidad de tiempo que les consume especialmente a las mujeres el recoger y transportar pequeñas cantidades de agua de baja calidad, el acceso fácil a los sistemas comunitarios de agua salubre puede reducir substancialmente el costo total en dinero y en tiempo de consumir agua, sin mencionar la mejora probable en la calidad. En ambas circunstancias, el suministro del bien público puede mejorar la equidad reduciendo los costos a los pobres y aumentando la cantidad y la calidad del agua.

Segundo, muchas tecnologías de salud pública son también irreversibles en gran medida. Una vez que la gente esta bebiendo agua potable, es poco probable que una crisis económica le haga volver a su comportamiento anterior. Una vez que la población ha sido vacunada

Cuadro 3. Patrones del consumo de agua y del gasto en Lima, Perú, 1972

<i>Calidad del agua</i>	<i>Cantidad de agua (litros per capita por día)</i>	<i>Gastos domésticos mensuales en agua (dólares)</i>
Deficiente (distribuidores)	23	2,44
Mediana (bombas de agua)	78	0,51
Buena (conexión domiciliaria)	152	0,81

Fuente: Briscoe (1984).

contra el sarampión, las crisis económicas tienen pocos efectos sobre la incidencia de la enfermedad. Las ganancias en salud realizadas por medio del suministro de nuevos conocimientos o tecnología tienden así a ser permanentes. Este fenómeno ha sido claramente demostrado en Chile y Costa Rica en donde el descenso de la mortalidad y el aumento de la expectativa de vida se mantuvieron firmes durante la recesión.

En resumen, aunque los insumos de salud pública no están enfocados por razón del hecho de que todos se benefician de ellos, su suministro puede realmente brindar beneficios substanciales permanentes a los pobres. Los efectos de las intervenciones de salud pública pueden ser globales pero también son tangibles. En Chile, algunos observadores le echan la culpa a una reducción de actividades en salud pública por un aumento brusco de casos de hepatitis y tifoidea alrededor de la década del 80, que no ha caído todavía a anteriores niveles. En Brasil, en donde la mortalidad infantil aumentó en algunas regiones durante la crisis económica, la tasa de mortalidad infantil en San Pablo siguió cayendo por un programa agresivo de inmunización que distribuía las dosis de vacuna a una tasa mucho mayor que el crecimiento de la población a principios de la década del 80 (Macedo 1984).

Servicios de salud

Alguna gente paga directamente por la atención de salud curativa, otros tienen seguro de salud y todavía otros reciben atención subsidiada del Gobierno o de las instituciones de beneficencia privada. Cada uno de los seis países de la muestra emplea todos estos mecanismos de financiación, pero algunos han tenido mucho más éxito en ampliar el enfoque hacia a los pobres por medio de las dos avenidas principales a disposición del Gobierno: el seguro social y los servicios gubernamentales gratuitos.

El cuadro 4 indica la cobertura de los programas de la seguridad social en los seis países de la muestra. Uno de los problemas principales con los sistemas de seguridad social en el pasado ha sido la baja cobertura de la población. Todos los países excepto la República Dominicana han hecho grandes avances en atraer a los ciudadanos que trabajan al margen del sector formal que paga impuestos hacia sus sistemas de seguro social. La tasa de cobertura en Brasil, por ejemplo, aumentó del 23 por ciento a principios de la década del 60 a cerca del

Cuadro 4. Cobertura del seguro social en seis países latinoamericanos, 1986

<i>País</i>	<i>Porcentaje de población cubierta</i>
Argentina	63
Brasil	83
Chile	61
Costa Rica	85
República Dominicana	4
México	56

Fuente: Información del Banco Mundial.

85 por ciento en 1986. En 1974 comenzó a suministrar asistencia de emergencia a cualquiera que lo necesitara, y los trabajadores rurales —el último de los grandes grupos sin enfocar— se han incorporado lentamente al sistema, respaldados por los impuestos a la tierra y a los cultivos para exportación. El último cambio es una disposición que ya no es más requisito la afiliación en el sistema de seguridad social para recibir atención médica del sistema, que ofrece la posibilidad de una cobertura del 100 por ciento.

En México, el sistema de seguridad social cubría alrededor del 35 por ciento de la población en 1978. En la última década ha ampliado en forma constante la cobertura para incluir trabajadores estacionales en sectores tales como el azúcar, el café y el tabaco. La última ampliación, en 1987, suministró cobertura a 100.000 choferes de taxi. Para ampliar la cobertura a las áreas rurales, el Gobierno Federal creó un programa separado que el sistema de seguridad social acordó en administrar y financiar parcialmente. Entre 1979 y 1981, el sistema de seguridad social construyó 2.715 dispensarios médicos rurales y 30 hospitales rurales que fueron agregados a una existencia previa de 310 dispensarios médicos rurales y 30 hospitales rurales. El Gobierno Federal suministró los fondos de construcción y el 60 por ciento de los costos operativos. Estas unidades suministran la variedad total de servicios de salud primaria y planificación familiar y el sistema de seguridad social cuenta con un amplio reconocimiento por haberse manejado exitosamente en el suministro de servicios de calidad relativamente alta a los sectores rurales en una cantidad de tiempo notablemente escasa.

En Costa Rica en 1971, se extendió la atención médica y la hospitalización a todo el mundo por medio del sistema del seguro social, y dos años después éste se hizo cargo de la administración de los hospitales del Ministerio de Salud. Como consecuencia, el sistema de seguridad social actualmente aporta alrededor del 90 por ciento de todas las visitas médicas que el Gobierno entrega. El sistema se financia con impuestos sobre los salarios y las ventas destinados específicamente a él. Además, los programas de salud urbanos y rurales suministran servicios clínicos más allá del sistema hospitalario.

Esta reorganización dividió las actividades de salud en Costa Rica casi exactamente de acuerdo con la distinción entre bienes públicos y privados antes tratada. Los servicios curativos se desplazaron hacia el sistema del seguro social, y el Ministerio de Salud comenzó a especializarse en las tareas que se supone que el Gobierno lleve a cabo: políticas de salud, vigilancia epidemiológica, atención primaria (servicios preventivos, educación en salud y actividades curativas menores), y la erradicación de la malaria. Ambas burocracias desarrollaron una fuerte concentración rural: cerca del 53 por ciento de los gastos en salud curativa y el 61 por ciento de gastos preventivos se dirigieron hacia las áreas rurales en 1982. Una encuesta por hogares realizada en 1984 descubrió que casi no había diferencia entre el más pobre y el más rico de los quintos en si se procuraba atención de salud para una enfermedad. Un análisis de los gastos en salud pública descubrió que era ligeramente redistributivo, con el 40 por ciento de la población de menores recursos recibiendo el 49 por ciento del subsidio total. Sin embargo ellos percibieron el 57 por ciento del subsidio para los programas rurales y preventivos. En la Argentina, solamente los indigentes necesitan la atención del sistema público dado que el resto de la población está cubierta por seguro. Los subsidios públicos son redistributivos en consecuencia, con el 40 por ciento más pobre que recibe el 69 por ciento del subsidio.

Estos ejemplos indican que los sistemas de seguridad social, que normalmente son considerados como financiera y organizativamente más sólidos que los ministerios de salud, han tenido éxito en mejorar la cobertura médica de los hogares de bajos ingresos en varios países. Al mejorar la cobertura mejora la equidad dado que los beneficios se relacionan con la necesidad antes que con la contribución. Incluso el sistema de la República Dominicana luciría como bastante equitativo si cubriera una porción mucho mayor de la población.

Un problema no resuelto en la financiación de la atención de salud por medio del seguro social en estos países es que los sistemas a menudo dan un sesgo al gasto en direcciones inapropiadas. En Brasil, si el fondo del seguro de salud dedicara solamente el 10 por ciento de su presupuesto a los servicios preventivos antes que a la atención curativa, el presupuesto de salud pública aumentaría en un 150 por ciento. Es una percepción general que el sistema de seguridad social brasileño distorsiona las decisiones de los proveedores y de los pacientes en formas que no sirven las metas sensibles de la política del sector salud.

El gasto público en atención de salud en Chile ha descendido actualmente en términos reales desde 1969. Un aspecto importante de este realineamiento ha sido un enfoque mucho más cuidadoso de los subsidios. La atención gratuita se le dispensa únicamente a los pobres certificados. Las obras de seguridad social pagan por los obreros fabriles, pero cualquier cosa fuera de la atención más básica exige que el paciente pague una parte. A los empleados administrativos se los ha trasladado íntegramente a planes de seguro privados que se financian con deducciones de seguridad social. En síntesis, se les han quitado todos los subsidios públicos evidentes del sistema de salud pública a los receptores de seguridad social. Mientras que los subsidios gubernamentales globales se han reducido, los subsidios restantes han sido redirigidos. Por ejemplo, aún cuando la cantidad total de médicos gubernamentales se ha reducido, la cantidad de obstetras y ginecólogos ha aumentado. Los servicios de atención primaria se han ampliado a costa de los servicios hospitalarios (Scarpaci 1985; Viveros-Long 1986).

Aparte de la mejora en el acceso a los servicios médicos con base en la seguridad social, todos los países han lidiado con el problema de que el mejor acceso no se traduce en forma directa en el uso de los servicios gubernamentales de salud por parte de los pobres. En la República Dominicana, por ejemplo, varias encuestas han descubierto que, dependiendo de la muestra, del 15 al 40 por ciento de los dos quintos más pobres de la población procuraron servicios privados de salud a pesar de la disponibilidad, por lo menos teórica, de servicios públicos gratuitos. Las razones que se dieron para no utilizar los servicios públicos incluyen una escasez de medicamentas y la baja calidad de la atención.

Para llegar a los pobres en forma cabal, dos métodos han arrojado

algún resultado. Uno ya ha sido debatido: atraer a los pacientes, especialmente las madres y los niños a las clínicas para recibir alimentos de los programas de nutrición. El éxito evidente de tales programas en la entrega de atención a las madres embarazadas y a sus niños, especialmente en Costa Rica y en Chile sugiere que existen complementariedades en los programas que podrían ser utilizadas con provecho tanto en las intervenciones de nutrición como en las de salud para los grupos enfocados. El segundo enfoque son los programas de extensión que envían a los profesionales de salud al terreno para buscar a los pacientes y proporcionarles atención. Un "hospital sin muros" experimental de avanzada que suministre acceso a la atención integral a los campesinos dispersos en Costa Rica exigió que el personal médico jerárquico fuera a los puestos sanitarios a tratar a los pacientes más que pedirle a los pacientes que fueran al hospital. Fue un experimento costoso porque los médicos especializados perdieron un tiempo valiosísimo viajando entre el hospital y el puesto sanitario. Pero las visitas médicas se duplicaron en un año utilizando el mismo personal. En la Argentina, un programa piloto ha trazado criterios por medio de los cuales calificar el riesgo de desnutrición infantil en los hogares de escasos ingresos al riesgo de desnutrición infantil y para intervenir con actividades de nutrición y de salud suministradas a los hogares más vulnerables en forma directa.

Resumen

Los seis países de la muestra han luchado contra los problemas de financiación en salud durante varias décadas, y muchos de ellos, a pesar de sus dificultades macroeconómicas, han tenido éxito en ampliar la cobertura de sus sistemas de salud para incluir los segmentos más pobres de la sociedad. Costa Rica y Chile han tenido éxitos documentados en atraer muchos pobres al sistema curativo y en hacer equitativos en el suministro de bienes de salud pública. Pero los costos de las estrategias seleccionadas en los dos países son muy diferentes con el gasto per capita en Costa Rica alcanzando alrededor del 50 por ciento más que en Chile. Casi todo el gasto en salud de Costa Rica se canaliza aparentemente por medio del sector público (ver el cuadro 2). En 1986, cerca del 20 por ciento de los gastos del Gobierno Central de Costa Rica era en salud. Sin embargo la Argentina gastó prácticamente lo mismo en salud per capita con un efecto mucho menor en mejorar los resultados para los grupos vulnerables que lo que Costa Rica ha obtenido exitosamente.

Administración pública, finanzas públicas y enfoque

Enfocar el gasto social a los pobres es una idea brillante que parece tan atractiva y sensata que debiera revolucionar al mundo. Por qué *no* desearía un gobierno enfocar sus subsidios de ingreso a la gente que más lo necesita? Sin embargo, los intentos por reducir o eliminar los subsidios generales a los precios han encontrado una enorme oposición política en muchos países. Es inevitable que haya alguna oposición aún cuando los subsidios generales a los precios beneficien a grupos específicos mucho más de lo que el nivel de subsidio promedio sugeriría, y esos grupos tienen un incentivo económico sólido para proteger el subsidio. Las burocracias pueden ver que el poder se les va de las manos y oponerse al cambio. Los ciudadanos pueden no confiar en que los gobiernos actúen en forma justa. Sin embargo, los tremendos ahorros que pueden producirse al de enfocar programas que antes no lo estaban da a los gobiernos un margen muy amplio para amortiguar el golpe, y se puede confiar en que los políticos intentarán hacerlo. Una preocupación más importante, realmente, es que los gobiernos entiendan las exigencias administrativas y los problemas de finanzas públicas inextricablemente ligados con el enfoque.

Administración pública

Los países a menudo carecen de la información o de la capacidad administrativa para realizar un enfoque complejo. Debe eso ser un obstáculo para su concreción? Es claro que no—los pocos métodos simples esbozados en este trabajo enfocarán los programas casi tan bien como los métodos más complejos. Las encuestas baratas de muestreo pueden evaluar en forma efectiva estrategias de alternativa a bajo costo. El subsidio a los precios generales de los alimentos de México exige intervenciones de mercado que van desde el productor al consumidor e impuso una cantidad mucho mayor de exigencias administrativas que las ventas de cupones para tortillas o la distribución de leche.

Algunos mecanismos de enfoque son modelos de simpleza. El método más complicado que se identifica en este estudio es también el más simple —autoselección. Los mecanismos de autoselección ubican los subsidios en bienes específicos o servicios, en particular los internos, y aprovechan el comportamiento actual. Precisan de poca

contabilidad en términos relativos y los costos de mantenerlo en vigencia son nulos. Deben tener vigencia propia. La única pregunta es cuán bien funcionarían en diferentes situaciones y para bienes diferentes.

Hemos visto que un problema grande en enfocar los subsidios para atención en salud es la de obtener que los pobres los aprovechen. En alguna medida esto se resuelve de una manera efectiva suministrando otros servicios apreciables tales como complementos nutritivos, además de los servicios médicos esenciales. Un método alternativo de alto costo es el de enviar personal al terreno para hallar y atender a los pobres. El enfoque de los subsidios en salud puede casi siempre ser mejorado simplemente transfiriendo alguna parte de ellos de los servicios curativos a las inversiones en salud pública.

Pero los Gobiernos deben realizar algunos cambios administrativos dificultosos. Si, por ejemplo, se va a enfocar a los alumnos de escuelas con almuerzos gratis, las escuelas tienen que tener cocina. Si se ha de prestar servicios de salud en las clínicas rurales, éstas tienen que existir y tienen que funcionar. Ambos problemas exigen presupuestos adecuados para mantenimiento y personal. El servicio de salud rural mexicano apenas funcionaba antes de que el sistema del seguro social se hiciera cargo de él en virtud de su débil administración, mantenimiento inadecuado, y escaso apoyo logístico. Modificar esos renglones costaba dinero y exigía una estructura administrativa sólida y cara. El programa de almuerzo escolar de la Argentina está en una posición insostenible porque los costos de capital y de mantenimiento están subfinanciados. El sistema de salud rural de la República Dominicana es ignorado por los pobres porque no funciona. Los sistemas que son inoperables no cubren a nadie. Tanto los donanteo como los gobiernos tienen que ser mucho más cuidadosos en comprender las exigencias financieras del sector social antes de llevar a cabo las actividades. El enfoque puede facilitar la tarea limitando el margen de actividades subsidiadas. Chile ha probado que el Gobierno puede substraerse del suministro directo de servicios, obtener una mayor calidad y ahorrar dinero. En 1980 el gobierno comenzó a contratar la preparación de almuerzos escolares con el sector privado en todo el país, y adoptó el papel de regulador, contralor de calidad y emisor de pagos. Desde entonces, los costos se han reducido y la calidad ha mejorado (Chile 1988).

Finanzas públicas

Un análisis completo del enfoque exigirá información tanto de los beneficiarios como de los contribuyentes que pagan los impuestos que financian los programas. En los países en desarrollo, los impuestos indirectos suministran el grueso de los ingresos gubernamentales (Banco Mundial 1988). Estos impuestos son, cuando menos, levemente regresivos y en su máxima expresión imponen una carga desproporcionada sobre los grupos de menores ingresos y el sector rural. Este estudio se ha concentrado en forma exclusiva en la parte de los gastos, pero si los programas sociales se enfocan hacia los grupos de mayores ingresos o a las áreas urbanas en lugar de los residentes pobres, y éste grupo paga una parte desproporcionada de su ingreso para financiar los programas, el efecto total de los programas mal enfocados puede ser exactamente regresivo. En casi todos los países en vías de desarrollo un programa de gastos con un enfoque deficiente no solamente representa una oportunidad perdida de asistir a los pobres sino que en realidad representa una transferencia de los pobres hacia los que gozan de mejor situación y de los hogares rurales hacia los urbanos.

El ajuste no solamente ha significado un reagrupamiento sino también descentralización, ya que los gobiernos han intentado mejorar la productividad y reducir los costos. Desafortunadamente, la descentralización de la financiación de los programas sociales ha tendido a acompañar descentralizaciones administrativas. Ese es un error si se lo lleva muy lejos. Por ejemplo, en 1986 el sistema de seguridad social comenzó a retirarse de la administración y del financiamiento del sistema de salud rural de México. La así llamada "descentralización" dejará el sistema a la administración y al respaldo financiero disponible de los gobiernos estatales. La administración local, si la hay, debe mejorar el funcionamiento. Pero la financiación local originará inequidades regionales que reforzará los patrones geográficos de distribución de ingreso antes que contrarrestarlos. Los gobiernos centrales no pueden descentralizar íntegramente la financiación de los programas contra la pobreza. Ellos tienen que garantizar siempre un nivel mínimo de actividad para el programa que no dependa de la capacidad impositiva local. El mismo fenómeno se ve en el sistema federal argentino, que suministra un nivel de financiación mínimo para algunos programas a los que las provincias más pobres están comprometidas y que refuerzan las pro-

vincias más ricas. El Gobierno Central desempeña una función redistributiva en toda la región que no puede ser descentralizada junto con las responsabilidades administrativas.

Conclusión

Chile y Costa Rica han mostrado que evitar los subsidios generales de precio, ampliar la provisión de la cobertura de seguro de salud, distribuir agresivamente los servicios de salud pública y enfocar cuidadosamente las intervenciones de nutrición pueden crear un conjunto efectivo de intervenciones que no necesitan costar más, y a menudo cuestan menos que lo que otros países gastan en programas inefectivos, con deficiente enfoque.

Chile ha realizado un sólido esfuerzo para reemplazar la prestación directa de los servicios por el Gobierno con su suministro por parte del mercado privado. El Gobierno ha intentado redefinir su papel a suministrar subsidios financieros y control de calidad. Costa Rica ha mantenido un sólido compromiso del Gobierno tanto en la financiación como en el suministro de servicios. Los efectos de largo plazo de los dos métodos todavía están por verse. Uno esperaría ver que los costos de Chile sigan bajando en relación con los de Costa Rica pero también posiblemente ser testigo de la disminución del respaldo para los programas que ya no se benefician de grandes burocracias públicas.

Para enfocar los programas de salud y nutrición hacia los grupos vulnerables, normalmente se da por sentado que debemos saber quiénes son, dónde viven, y cómo afectan sus patrones de comportamiento a los empeños por llegar a ellos. Chile y Costa Rica han insistido con empeño en reunir información estadística acerca de los pobres. Empero, una variedad de métodos pueden ser utilizados para fijar el enfoque de los programas incluso cuando los pobres no han sido identificados con precisión. Los seis países latinoamericanos considerados en este estudio siguen teniendo innumerables problemas en el enfoque de sus subsidios, pero todos ellos han tenido algún éxito incluso en la ausencia de una base estadística completa. En muchos sentidos la experiencia de estos países da esperanzas de que se pueda llevar a cabo un mejor enfoque y que ello mejorará no sólo la equidad sino también la eficiencia.

Referencias

Banco Mundial. 1987. *Informe del Desarrollo Mundial 1987*. New York: Oxford University Press.

———. 1988. *Informe del Desarrollo Mundial 1988*. New York: Oxford University Press.

Berg, Alan. 1987. *Malnutrition: What Can Be Done?* Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press.

Birdsall, Nancy y Charles C. Griffin. 1988. "Population Growth and Poverty in Developing Countries." *Journal of Policy Modeling* 10 (1): 29-56.

Briscoe, John. 1984. "Brazilian Children and the Economic Crisis: Evidence from the State of São Paulo." En Richard Jolly y Giovanni Andrea Cornia, eds., *The Impact of World Recession on Children*. Oxford: Pergamon Press.

Chile, República de. 1988. "Social Reforms in Chile Since 1973." Santiago: Secretaría de Desarrollo y Asistencia Social.

Ross, John A., Marjorie Rich, Janet P. Molzan, y Michael Pensak. 1988. *Family Planning and Child Survival: 100 Developing Countries*. New York: Columbia University Center for Population and Family Health.

Scarpaci, Joseph L. 1985. "Restructuring Health Care Financing in Chile." *Social Science and Medicine* 21, no. 4: 415-31.

Viveros-Long, Anamaria. 1986. "Changes in Health Financing: The Chilean Experience." *Social Science and Medicine* 22, no. 3: 379-85.



