

LA SALUD MATERNO-INFANTIL EN EL PERÚ: MIRANDO DENTRO Y FUERA DEL SECTOR SALUD

Martín Valdivia
*Juan José Díaz**

INTRODUCCIÓN

La salud materno-infantil sigue siendo uno de los temas más preocupantes en el Perú de este nuevo siglo. Aunque la información de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) revela avances significativos en el acceso a servicios de salud por parte de las mujeres y los niños durante la década pasada, los niveles de mortalidad y desnutrición son aún muy altos, y las desigualdades por nivel socioeconómico, etnicidad y lugar de residencia (urbano/rural) aparecen como intolerables para una sociedad democrática (Valdivia y Mesinas 2002). La mortalidad materna, por ejemplo, alcanzaba los 165 casos por cada cien mil niños nacidos vivos en el año 2000, uno de los niveles más altos en América Latina, solo por debajo de Bolivia y Haití. Asimismo, aunque la mortalidad infantil ha bajado de 76 por mil niños nacidos vivos en 1986 a 33 en el 2000, esta tasa es el doble en zonas rurales que en espacios urbanos. La desnutrición crónica infantil, por otro lado, no ha mostrado mejoras importantes, y las desigualdades son aún mayores que en el caso de la mortalidad infantil. Estas desigualdades son particularmente relevantes cuando se piensa en la necesidad de que nuestra sociedad pueda ofrecer un entorno de igualdad de oportunidades, y si se tienen en cuenta sus implicancias sobre la capacidad de estos niños para desempeñarse adecuadamente en la escuela y posteriormente en el mercado de trabajo.

* Los autores agradecen los comentarios de Sebastián Galiani y Miguel Jaramillo a versiones anteriores. Los comentarios aquí vertidos, así como los errores y las omisiones, son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los puntos de vista del Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE).

Tanto a nivel académico como político, en la literatura internacional es creciente el reconocimiento de que la problemática de la salud materno-infantil requiere una intervención integral que va más allá del sector salud, en tanto factores sociales como la pobreza monetaria, la educación, la etnicidad y las relaciones de género, entre otros, juegan también un papel muy importante en la determinación de la salud de los individuos, por encima de las barreras económicas y geográficas para el acceso a los servicios de salud. Por otro lado, también es cada vez más evidente que hay que tomar en cuenta al individuo no solo aislado sino ubicado en su entorno familiar más próximo, así como el de las redes familiares ampliadas y las sociales, incluidas las comunidades donde residen (Maggi y otros 2005). La necesidad de este enfoque más amplio es también enfatizada ahora por la Organización Mundial de la Salud, que viene apoyando el trabajo de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, un grupo multidisciplinario que busca no solo integrar la evidencia a favor de intervenciones multisectoriales sino también aportar en la superación de las barreras políticas que este tipo de iniciativas enfrentan en los países, especialmente en los más pobres. A nivel local, algunas iniciativas comienzan a adoptar estos enfoques integralistas, aunque aún no queda clara su capacidad de coordinar los esfuerzos del sector público. Por ejemplo, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES) coordina el diseño, la implementación y el monitoreo del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010, el mismo que reivindica la importancia de la familia como el principal espacio de protección al menor y de la promoción de la igualdad de oportunidades; sin embargo, la coordinación entre los programas y sectores que incluyen intervenciones o políticas a favor de la niñez sigue siendo limitada.

Indudablemente, en las últimas dos décadas hemos aprendido mucho acerca de cómo los factores sociales en general, y los sistemas de salud, determinan la salud infantil y materna y perpetúan las desigualdades sociales y de salud, tanto en los países en desarrollo como en particular en el Perú. En este estudio, sin embargo, argumentamos que es necesario ajustar de manera sustancial la forma como investigamos estas relaciones y como diseñamos políticas que nos permitan atender los retos del futuro en el Perú. Un aspecto de particular importancia es el de la necesidad de pasar del análisis de los factores individuales, familiares y del entorno socioeconómico que se correlacionan con una buena o mala salud de las mujeres y sus niños, a un enfoque que nos permita identificar relaciones de causalidad. Esta diferenciación es fundamental para una identificación adecuada del tipo de políticas públicas que pueden ayudar a mejorar la salud de las generaciones futuras. Para ello, es importante utilizar de manera más creativa las opciones metodológicas que se han venido desarrollando, especialmente aquellas que se basan en el aprovechamiento de algún experimento natural, o en diseños experimentales que permiten establecer de manera rigurosa el impacto de una determinada intervención o programa social o de salud.

En segundo lugar, la información que encontramos en las encuestas de hogares y de salud con las que contamos ha sido muy útil para establecer la magnitud de los problemas de salud materno-infantil y los factores asociados, especialmente la ENDES. Sin embargo, los formatos actuales no permiten analizar con la debida profundidad el papel de la familia y el de las redes sociales sobre el desarrollo de los niños, aspectos que han venido adquiriendo creciente importancia en la literatura. El espacio familiar es fundamental para entender las condicionantes que enfrentan los niños para el desarrollo de sus capacidades fisiológicas, afectivas y de aprendizaje, pero el mismo no está determinado solo por las características y acciones de la madre sino también por las del padre y el resto de los miembros del hogar. En este sentido, es necesario que encuestas como la ENDES incluyan información de estos otros miembros, así como de las características de las relaciones entre ellos y su papel en el cuidado del niño. Más aún, es importante recoger información acerca de las redes familiares y sociales que trascienden el hogar para entender la forma como se transmiten intergeneracionalmente los determinantes de la salud materno-infantil. El entendimiento de estos procesos es fundamental para establecer cómo los cambios demográficos de las últimas décadas, incluidos los procesos migratorios hacia las ciudades y el extranjero, así como los asociados al tamaño, la estructura y la funcionalidad de la familia, afectan el desarrollo de los niños y la realización de las mujeres dentro y fuera del hogar.

El reto de aumentar la eficiencia de nuestra sociedad para atender la problemática de salud de nuestras poblaciones actuales y futuras es particularmente importante dada la persistencia que muestra la pobreza en el Perú, y tomando en cuenta que los países desarrollados y en desarrollo buscan mecanismos para alcanzar las metas del milenio, así como que es cada vez más clara la necesidad de trabajar en la construcción de sistemas de información que permitan evaluar el impacto de las diferentes opciones de reforma de la política económica y social sobre la salud de los menos favorecidos (WHO 2005).

Esta argumentación se presenta en cuatro secciones, además de esta introducción. La primera presenta una breve revisión acerca de la evolución de la salud materno-infantil y del acceso a los servicios de salud durante la última década, la misma que busca ir más allá de los simples promedios, para identificar aquellos grupos que se han visto menos beneficiados con las tendencias positivas encontradas en la mayoría de indicadores tradicionales. A continuación, la segunda sección aborda dos temas fundamentales: la problemática para establecer la importancia de la causalidad entre una determinada variable socioeconómica —como educación, ingreso familiar, etnicidad y género, entre otras— y la salud de los niños y sus madres; y la importancia de las características de las familias y las redes sociales como determinantes de las desigualdades en salud. La tercera sección plantea dos líneas de acción orientadas a fortalecer nuestra capacidad de profundizar el

conocimiento acerca de la conexión entre los antecedentes familiares, la acción pública y las desigualdades en salud materno-infantil en el Perú: la primera se centra en mejoras en la información —tanto a nivel de encuestas de hogares como de registros administrativos—, que nos permitan un mejor entendimiento del papel de las redes familiares y sociales como determinantes de la salud materno-infantil; y la segunda línea plantea la necesidad de que las innovaciones necesarias para reducir las desigualdades en salud se diseñen e implementen considerando una estrategia sólida de evaluación que permita aprender de manera sistemática acerca de lo que mejor funciona en diferentes contextos para atender a los sectores más vulnerables. El texto cierra con un resumen de los principales planteamientos del documento, poniendo énfasis en la necesidad de incorporar las líneas de acción propuestas a una agenda que permita promover el desarrollo de políticas basadas en evidencia empírica sólida.

1. EVOLUCIÓN RECIENTE DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL EN EL PERÚ: BREVE REVISIÓN

1.1. Los indicadores de salud materno-infantil en la última década

La evolución reciente de la salud materno-infantil en el Perú ha podido ser ampliamente analizada a partir de las cuatro rondas de la ENDES entre el periodo 1986-2000.¹ Esta encuesta, con una muestra representativa a nivel departamental y por tipo de locación, incluye un vasto conjunto de indicadores del estado de salud y del acceso a servicios de salud claves para los niños y las mujeres en edad reproductiva, además de un módulo del hogar que incluye información acerca de las características de la vivienda y la tenencia de activos claves.

Diversos estudios han utilizado esta información para analizar la evolución de diferentes indicadores en el tiempo y los factores sociales que los determinan.² Valdivia y Mesinas (2002), por ejemplo, analizan la evolución de una submuestra de indicadores promedio, y de desigualdad por nivel socioeconómico y área de residencia, de la salud materno-infantil en el Perú para el periodo 1986-2000. Dicho estudio muestra que muchos de los indicadores promedio han tenido una evolución favorable durante la década de 1990, especialmente los de mortalidad infantil y la tasa global de fecundidad; no tanto así la desnutrición crónica, que se redujo

1 La ENDES se aplicó en 1986, 1992, 1996 y el 2000. A partir del 2004 se comenzó a aplicar de manera continua. Cada año se encuesta a una submuestra de los conglomerados entrevistados en el 2000. Para la mayoría de los indicadores de salud, se espera alcanzar representatividad departamental al cabo de cinco años. Para un mayor detalle sobre la ENDES, ver la sección 3.1.

2 Ver, por ejemplo, Cortez (2002), Valdivia y Mesinas (2002) y Valdivia (2002), entre otros.

mucho menos en ese periodo (ver el cuadro 1). La tasa de mortalidad infantil, por ejemplo, se redujo de 76 por mil niños nacidos vivos en 1986 a 33 en el 2000. Para el mismo periodo, la tasa de fecundidad se redujo de 4,1 hijos por mujer a 2,8. El acceso a servicios claves también tuvo una mejora sustancial; en particular, el tratamiento de los casos de diarrea en los niños, y el acceso a métodos anticonceptivos modernos y a controles prenatales durante el embarazo. En el caso de esta última variable, la cobertura subió de 43% en 1992 a 65% en el año 2000. Estas mejoras son ciertamente positivas, pero los niveles logrados hacia el final de la década continúan siendo insatisfactorios, y es necesario que las políticas sociales reflejen la urgencia de acelerar las mejoras para alcanzar los objetivos nacionales establecidos en el Acuerdo Nacional y los compromisos asumidos a nivel internacional. Esta urgencia es particularmente importante en el caso de la mortalidad materna, para la cual el Perú tiene el segundo nivel más alto en América Latina, muy por encima de la situación de otros países con similar desarrollo económico.³

Cuadro 1
Evolución de la salud materno-infantil 1986-2000
(indicadores seleccionados)

Variables	1986	1992	1996	2000
Salud del niño				
<i>Estado de salud</i>				
Desnutrición crónica		33,2	30,0	28,8
Mortalidad infantil	76,3	55,9	43,0	33,9
Diarrea	32,1	19,5	19,8	16,9
<i>Acceso a los servicios de salud</i>				
Vacunación	36,0	56,1	34,0	36,7
Tratamiento de diarrea		35,9	45,0	44,0
Salud de la madre				
<i>Fecundidad</i>				
Tasa global de fecundidad	4,1	3,9	3,5	2,8
<i>Estado de salud</i>				
Sobrepeso de la madre		31,8	34,9	36,3
Obesidad de la madre		8,3	8,9	10,8
<i>Acceso a los servicios de salud</i>				
Métodos anticonceptivos modernos	14,1	19,7	26,7	32,7
Información sobre planificación familiar			85,1	77,8
Controles prenatales		43,4	42,5	64,9
Asistencia profesional en el parto	49,5	51,1	49,2	54,2

Fuente: ENDES 1986, 1992, 1996 y 2000.

Elaboración: Valdivia y Mesinas (2002).

3 De acuerdo con la ENDES, la tasa de mortalidad materna se ha reducido de 265 muertes por 100.000 nacimientos en 1996 a 165 en el año 2000 (ver Benavides y Valdivia 2004).

Sin embargo, aunque esta evolución promedio no deja de ser auspiciosa, es muy importante destacar que la desigualdad en el estado de salud y el acceso a servicios de salud se mantiene perniciosamente alta, en perjuicio de los grupos tradicionalmente excluidos en la sociedad peruana. Hacia 1986, por ejemplo, el riesgo de morir antes de cumplir el primer año era 2,7 veces más alto en el decil más pobre que en el decil más rico, y ese ratio se mantiene alrededor de 2,5 hacia el año 2000 (ver los cuadros 2 y 3). Aunque las mejoras se han dado en ambos grupos, es claro que aun ahora los más pobres enfrentan un riesgo de morir bastante más alto. En el caso de la incidencia de desnutrición crónica o de diarrea, incluso se ha dado que los más pobres se han visto menos beneficiados, en tanto los indicadores de desigualdad aumentaron durante la década pasada. Esta persistencia en las desigualdades en el estado de salud de los niños se ha dado a pesar de que la desigualdad en el acceso a los servicios de vacunación, distribución de métodos anticonceptivos modernos, controles prenatales o asistencia profesional en el parto sí parecen haber beneficiado más a los grupos más pobres y a los residentes en áreas rurales (ver el cuadro 4).

Cuadro 2
Evolución de la desigualdad por nivel socioeconómico
en la salud materno-infantil 1986-2000
(Ratio pobre/rico - Indicadores seleccionados)

Variables	1986	1992	1996	2000
Salud del niño				
<i>Estado de salud</i>				
Desnutrición crónica		11,2	11,4	15,4
Mortalidad infantil	2,7	2,8	2,7	2,5
Diarrea	1,7	2,5	2,1	2,2
<i>Acceso a los servicios de salud</i>				
Vacunación	2,7	1,8	2,2	2,3
Tratamiento de diarrea		1,2	1,4	1,3
Salud de la madre				
<i>Fecundidad</i>				
Tasa global de fecundidad	4,8	4,2	4,5	4
<i>Estado de salud</i>				
Sobrepeso de la madre		1,3	1,6	1,4
Obesidad de la madre		11,7	6,9	4,5
Exposición en talla de la madre		3,1	4,2	3,5
<i>Acceso a los servicios de salud</i>				
Métodos anticonceptivos modernos	8,3	3,9	1,6	1
Información sobre planificación familiar			1,7	1,5
Controles prenatales		10,8	8	2,3
Asistencia profesional en el parto	18,9	10,2	11	6,1

Fuente: ENDES 1986, 1992, 1996 y 2000.

Cuadro 3
Evolución de la desigualdad por nivel socioeconómico
en la salud materno-infantil 1986-2000
(Brecha relativa - Indicadores seleccionados)

Variables	1986	1992	1996	2000
Salud del niño				
<i>Estado de salud</i>				
Desnutrición crónica		84,5	83	87,5
Mortalidad infantil	50,9	52,5	41,7	43,9
Diarrea	32,1	52,5	41,4	44,4
<i>Acceso a los servicios de salud</i>				
Vacunación	38,3	21,2	22,5	26,8
Tratamiento de diarrea		5,1	7,5	4,5
Salud de la madre				
<i>Fecundidad</i>				
Tasa global de fecundidad	60,6	57,4	55,4	49,1
<i>Estado de salud</i>				
Sobrepeso de la madre		7,7	9,4	9,4
Obesidad de la madre		7,3	8	8,3
Exposición en talla de la madre		60,4	68,3	58,5
<i>Acceso a los servicios de salud</i>				
Métodos anticonceptivos modernos	34,3	22,8	13,4	13,2
Información sobre planificación familiar			70,6	46
Controles prenatales		52,1	45,4	26,7
Asistencia profesional en el parto	47,5	47	41,6	39,6

Fuente: ENDES 1986, 1992, 1996 y 2000.

Otras dimensiones de la desigualdad en salud son el género y la etnicidad, aunque esta última ha sido relativamente menos tratada en la literatura local de orden cuantitativo. Benavides y Valdivia (2004), por ejemplo, muestran que la tasa de mortalidad infantil entre los niños con madres que tienen el quechua o el aimara como lengua materna es 1,6 veces la del promedio nacional (33 por cada mil niños nacidos vivos en el 2000). Asimismo, la tasa de desnutrición entre estos niños es dos veces más alta que el promedio nacional (25%). En cuanto al acceso a servicios de salud, solo 22% de las mujeres de habla quechua o aimara han tenido atención profesional durante el parto. Más aún: las mejoras en los indicadores de salud materno-infantil de los Objetivos del Milenio no habrían contribuido a la reducción de la brecha étnica en el Perú, entendida esta como el ratio de los indicadores para la población de lengua materna nativa y española. Este resultado no es sorprendente tomando en cuenta la persistencia de la brecha urbano-rural y la concentración en las áreas rurales de la población cuya lengua materna es el quechua o el aimara, y esta-

Cuadro 4
Evolución de la brecha rural-urbana en la salud materno-infantil 1986-2000
(Indicadores seleccionados)

Variables	1986			1992			1996			2000		
	Urbano	Rural	R/U	Urbano	Rural	R/U	Urbano	Rural	R/U	Urbano	Rural	R/U
Salud del niño												
<i>Estado de salud</i>												
Desnutrición crónica				23,7	47,0	1,98	18,7	42,7	2,28	15,5	40,0	2,58
Mortalidad infantil	52,2	102,5	1,96	37,3	76,2	2,04	29,5	62,5	2,12	23,7	46,2	1,95
Diarrea	29,7	34,9	1,18	17,3	22,6	1,31	18,1	21,7	1,20	16,1	17,5	1,09
<i>Acceso a los servicios de salud</i>												
Vacunación	46,6	22,9	0,49	62,3	47,2	0,76	41,1	26,3	0,64	46,8	28,2	0,60
Tratamiento de diarrea				38,4	33,1	0,86	45,7	44,3	0,97	46,8	41,8	0,89
Salud de la madre												
<i>Fecundidad</i>												
Tasa global de fecundidad	3,1	6,3	2,03	2,9	6,2	2,14	2,8	5,6	2,00	2,2	4,3	1,95
<i>Estado de salud</i>												
Sobrepeso de la madre				33,7	29,0	0,86	38,8	30,0	0,77	39,7	33,0	0,83
Obesidad de la madre				10,8	4,4	0,41	12,3	4,6	0,37	15,7	6,0	0,38
Exposición en talla de la madre				23,7	33,7	1,42	22,8	31,3	1,37	21,2	31,9	1,50
<i>Acceso a los servicios de salud</i>												
Métodos anticonceptivos modernos	18,0	6,0	0,33	22,6	11,4	0,50	29,6	21,0	0,71	34,3	30,1	0,88
Información sobre planificación familiar							92,8	70,0	0,75	84,2	67,6	0,80
Controles prenatales				61,5	18,2	0,30	61,6	22,5	0,37	77,4	52,8	0,68
Asistencia profesional en el parto	80,4	15,7	0,20	72,5	21,2	0,29	75,8	21,1	0,28	82,0	31,2	0,38

Fuente: ENDES 1986, 1992, 1996 y 2000.

blece la importancia de innovar en intervenciones públicas que trasciendan la problemática de las barreras financieras y geográficas, para abordar sistemática e integralmente la problemática de las barreras culturales que afectan el acceso de las mujeres de origen étnico indígena a los servicios básicos de salud reproductiva.

Por su parte, la problemática de la equidad de género en salud ha estado fuertemente asociada a la importancia del acceso a los servicios de salud reproductiva, incluidos los de planificación familiar, considerando las posibilidades de la misma para que las mujeres alcancen un equilibrio entre la procreación deseada y segura y otros aspectos de su desarrollo personal como la educación y el empleo.⁴ En ese sentido, la literatura local refleja la acción de una serie de movimientos que durante las últimas dos décadas han puesto atención especial al acceso a los servicios de planificación familiar, control prenatal y asistencia profesional durante el parto, los mismos que, como ya se ha mencionado, han tenido una evolución positiva durante la década pasada; esto, no solo en promedio, sino que también tuvieron un sesgo en beneficio de las mujeres más pobres y rurales. Sin embargo, las desigualdades son aún muy amplias e intolerables. Es pues necesario mantener la alerta máxima en el monitoreo de estas variables, especialmente considerando que algunos de los progresos alcanzados se han visto de cierto modo amenazados por los excesos denunciados durante la década pasada acerca de la aplicación de determinados métodos permanentes de planificación familiar sin un consentimiento debidamente informado, así como por el aumento de la presencia de posiciones religiosas fundamentalistas, locales e internacionales, que se oponen a la expansión de algunos de los métodos modernos de planificación familiar (ver, por ejemplo, Chávez 2004).

Por otro lado, también es creciente la preocupación acerca de otros temas de género como la incidencia de casos de violencia doméstica en perjuicio de las mujeres, así como la importancia exclusiva de las mujeres del hogar en el cuidado de los niños más pequeños, la misma que muchas veces redundo en descuido de logros escolares por parte de las niñas. A propósito de la violencia doméstica, la ENDES incluye desde el 2000 un módulo de autorreporte de experiencias de esta naturaleza. INEI (2005) reporta que 42% de las mujeres entrevistadas fueron maltratadas por su pareja-compañero, pero solo 21% de ellas buscaron algún tipo de ayuda institucional.

4 Ver Fondo de Población de las Naciones Unidas (2000).

1.2. ¿Qué sabemos acerca de las principales intervenciones a favor de la salud materno-infantil?

La evolución reciente de los indicadores de salud materno-infantil aquí descrita vino acompañada de una serie de intervenciones públicas de escala nacional a favor de la salud de los grupos más vulnerables en el Perú, en general, y de la salud materno-infantil, en particular. Sin embargo, no es tan sencillo establecer una relación de causalidad entre estas dos tendencias, tomando en cuenta la existencia de otras tendencias seculares tales como las asociadas al proceso de urbanización. A continuación revisamos la literatura disponible para establecer lo que hemos aprendido acerca del impacto de las intervenciones públicas —tanto dentro como fuera del sector salud— sobre la calidad de los servicios de salud y sobre la propia salud poblacional.

a) Intervenciones dentro del sector salud

Luego de la debacle del gasto en salud en la década de 1980, el decenio de 1990 supuso un aumento significativo en el gasto público en salud, en general, y en la salud materno-infantil, en particular (Cotlear 2000). Al mismo tiempo, se discutieron diversos aspectos de reforma global del sector salud, pero pocos de ellos llegaron a generar cambios específicos. En esta subsección revisamos varias de las principales intervenciones de esa década que habrían tenido algún impacto sobre la atención de la salud del binomio madre-niño y la calidad de la prestación de los servicios. Sin pretender ser exhaustivos, la lista de las principales intervenciones implementadas durante la década pasada incluyó:

- el aumento del gasto en salud, en parte a través del financiamiento de programas verticales específicos para la planificación familiar, el cuidado de los embarazos y el control del crecimiento de los niños;
- el aumento del gasto en salud también en la remodelación, equipamiento y una expansión significativa de la infraestructura de salud, la misma que buscó reducir la barrera geográfica para el uso de los servicios de salud;
- la creación de los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), con lo cual se buscó permitir una mayor autonomía en el manejo de las políticas de salud a nivel local, especialmente en lo que respecta a los recursos humanos, así como promover la participación de la comunidad en la planificación y vigilancia de los servicios de salud; y
- posteriormente, hacia fines de la década de 1990, el inicio del trabajo con los esquemas de aseguramiento para proteger la salud de las mujeres y los niños más pobres y vulnerables. En primer lugar, se crearon el Seguro

Escolar Gratuito (SEG) y el Seguro Materno-Infantil (SMI). En el 2002, los mismos fueron integrados en el Seguro Integral de Salud (SIS).

¿Cuánto sabemos acerca del efecto de estas intervenciones sobre la salud de los más pobres? Lo primero que habría que decir es que, lamentablemente, la mayoría de estas intervenciones no contó con un diseño metodológico adecuado para la evaluación de su impacto.⁵ Esto ha ocurrido a pesar de que tales esfuerzos contaron con el financiamiento de organizaciones multilaterales, las mismas que —se entiende— tienen un mandato de generar sistemas de monitoreo y evaluación de las intervenciones asociadas a los préstamos que otorgan. Ciertamente, se han realizado evaluaciones organizadas mediante licitaciones públicas, pero la mayoría centradas en lo que se denomina evaluación de procesos, antes que en la evaluación de su impacto sobre indicadores objetivos o subjetivos. Para aproximarse a la evaluación de impacto, dichos estudios han tenido que lidiar en muchos casos con la falta de líneas de base aplicadas oportunamente o de un grupo de control adecuadamente definido (Jaramillo 2004). De todas maneras, en esos estudios se recabó información primaria valiosa para estas evaluaciones, pero desafortunadamente también en la mayoría de casos ni los estudios ni la información recogida han sido puestos a disposición de la comunidad académica para una revisión de los resultados de las evaluaciones.

A pesar de estas limitaciones, algunas de las intervenciones mencionadas han sido analizadas independientemente en diferentes estudios, utilizando información de encuestas nacionales como la ENDES, para tratar de establecer de alguna manera la magnitud y naturaleza de su impacto. A continuación revisamos las principales evaluaciones obtenidas.

Cotlear (2000) muestra cómo el presupuesto del sector salud se incrementó fuertemente en el Perú con el crecimiento económico del período 1993-1997. Una característica especial de este aumento de recursos fue su concentración en la prevención y la atención primaria, mediante programas verticales focalizados en aspectos específicos como la planificación familiar, el cuidado de los embarazos, del parto y de los niños en sus primeros meses de vida. A diferencia del gasto regular asignado a los centros de salud y hospitales, este gasto en programas verticales mostró una mejor focalización en los grupos más pobres y vulnerables. Otro rubro importante al que se dirigió el gasto fue la recuperación y expansión de la infraestructura de salud, especialmente de los centros de salud de las zonas más alejadas.

5 El tema de lo que se requiere para una evaluación rigurosa del impacto de las intervenciones públicas sobre la salud de los individuos es desarrollado con mayor amplitud en la subsección 3.2.

Como se indicó, son pocas las evaluaciones de estos programas que han podido explorar con rigurosidad su impacto sobre el acceso a los servicios y el mismo estado de salud de la población.⁶ Existen, sin embargo, muchos estudios que han evaluado los procesos que utilizan los programas alimentarios y nutricionales, analizando sus ineficiencias administrativas y los problemas que enfrentan para identificar y llegar a su población objetivo.⁷

En lo que respecta propiamente a la evaluación de impacto, en la mayoría de los casos la comunidad académica ha tratado de utilizar *ex post* las encuestas de hogares o de salud para aproximarse al impacto de los programas, contando asimismo con escasa información acerca de la distribución geográfica del gasto de esos programas, más allá del nivel de las Direcciones de Salud (DISA), hoy Direcciones Regionales (DIRESA). En este sentido, no ha sido posible evaluar el impacto de programas nutricionales de escala relativamente pequeña, como el Programa de Apoyo Nutricional a Familias de Alto Riesgo (PANFAR), dirigido desde el MINSA a través de sus centros de salud, para los cuales encuestas como la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV) no llegan a alcanzar representatividad sobre los niños o las familias beneficiarias.⁸ En general, son muy escasos los estudios de evaluación del impacto de los programas alimentarios o nutricionales que incorporaron una estrategia sólida de identificación de la relación causal. Una notable excepción corresponde al estudio de Jacoby, Cueto y Pollitt (1996), que analiza el impacto del Programa Desayunos Escolares a partir de un diseño experimental que asignó aleatoriamente a una muestra muy pequeña de escuelas de Huaraz entre grupos de tratamiento y control. Dicho estudio encontró un impacto positivo del programa sobre el consumo de calorías, proteínas y hierro, y sobre la asistencia escolar, pero no sobre la capacidad de aprendizaje de los niños de cuarto y quinto grado. Un segundo estudio de evaluación es el desarrollado por Stifel y Alderman (2003), quienes evalúan el impacto del Programa Vaso de Leche a partir de la distribución geográfica de su gasto, y utilizando un modelo de efectos fijos a nivel distrital. Dicho estudio no encuentra un efecto estadísticamente significativo sobre el nivel nutricional de los niños beneficiarios, lo que los autores explican por lo pequeña que es la transferencia sobre el presupuesto de muchos de los hogares beneficiarios.

Otras intervenciones cuyo impacto ha sido más públicamente evaluado son la expansión y el mejoramiento de la infraestructura de salud, la expansión de

6 Una amplia discusión sobre este aspecto se desarrolla en el artículo de Lorena Alcázar que aparece en este mismo libro, por lo que nos permitimos omitir este tema.

7 Ver, por ejemplo, Alcázar y otros (2003), Francke (1998) y Vásquez (2004), entre otros.

8 Hacia fines de la década de 1990 se identificaban dieciséis programas alimentarios o nutricionales en el Perú. Para revisar la lista completa de estos programas, ver Instituto Cuánto (2001) o STPAN (1999).

los programas de planificación familiar y la conformación de los CLAS. Valdivia (2004), por ejemplo, combina la información de tres rondas de las ENDES (1992, 1996, 2000) con la de los censos de infraestructura de salud correspondientes, para establecer el impacto de la expansión de los establecimientos de salud sobre el nivel nutricional de los niños, utilizando un modelo con efectos fijos a nivel distrital que busca controlar por la endogenidad en la selección de las localidades beneficiarias. Dicho estudio muestra primero que la referida expansión habría contribuido a reducir la brecha geográfica asociada al acceso a los servicios de salud, en la medida en que se concentró fuertemente en los distritos más pobres e inicialmente peor dotados de infraestructura. En segundo lugar, el estudio encuentra un efecto positivo sobre el nivel nutricional de los niños urbanos, el mismo que es altamente no lineal en el sentido de que el efecto estimado es más fuerte en los distritos inicialmente peor dotados y entre los niños con madres menos educadas. El estudio plantea que esta progresividad al interior de las áreas urbanas apoya la idea de que el efecto de la expansión de la infraestructura de salud pasa más por el hecho de acercar los programas preventivos a las madres y los niños, antes que por acercar la atención médica curativa en casos de enfermedad. Aunque este resultado es positivo en términos de la progresividad de su efecto en el área urbana, dicha característica se revierte al notar la ausencia de un efecto estadísticamente significativo en las áreas rurales, lo que sugeriría que el tema del acceso es bastante más complicado en esas áreas, y que probablemente esté relacionado con la alta prevalencia de grupos étnicos cuya lengua materna no es el español y para los cuales se tienen también barreras culturales significativas.

En cuanto a los programas de planificación familiar (PF), Valdivia (2005a) busca evaluar su impacto utilizando información de la propia ENDES para construir un indicador de intensidad de las intervenciones correspondientes a partir del porcentaje de mujeres en un distrito/provincia que han recibido información o insumos para la utilización de los métodos modernos de PF en los establecimientos de salud del MINSA. Usando un modelo que controla por efectos aleatorios a nivel distrital/provincial, dicho estudio muestra primero que la utilización de los métodos modernos de PF por parte de las mujeres es mayor en aquellos distritos donde la presencia de estos programas públicos es mayor. En segundo lugar, muestra que la intensidad de los programas públicos de PF permite un mejor manejo de la fecundidad, en el sentido de que aumenta el espaciamiento entre los embarazos de las mujeres peruanas, especialmente luego del primer nacimiento. Finalmente, el estudio también encuentra que el nivel nutricional de los niños peruanos es mayor en los distritos/provincias con mayor presencia de estos programas públicos de PF, resultado que respalda la idea de que el mejor manejo de la fecundidad por parte de las mujeres peruanas permite también una mejor calidad de vida para los niños que llegan a nacer.

La experiencia de los CLAS como mecanismo para promover eficiencia y calidad en los servicios, al mismo tiempo que se mejora la equidad, ha sido también evaluada, en especial en su primera etapa. Aunque inicialmente concebidos como una experiencia piloto, hoy abarcan cerca de 35% (2.100) de los establecimientos de salud (Altobelli y otros 2004). Cortez (1998) compara zonas CLAS y no-CLAS en su primera etapa, y encuentra indicios de mejoras en la calidad del servicio, medida por el nivel de satisfacción y el tiempo de espera por las consultas, y en la equidad, medida por el nivel de exoneraciones en el pago de tarifas por consulta que se otorgan a los grupos de bajos ingresos. Más recientemente, Altobelli y otros (2004) plantean que la mayor autonomía de los establecimientos CLAS les permite un sostenimiento de su cobertura y calidad mediante un mejor manejo financiero ante las crisis presupuestales, pero la efectividad de la participación comunitaria es aún una pregunta abierta, especialmente debido a las diferencias que se dieron entre los establecimientos urbanos y rurales en su segunda etapa de expansión, las mismas que podrían tender a la agudización de la inequidad en salud.

En este marco de desigualdades persistentes y cada vez más evidentes es que hacia fines de la década de 1990 el MINSA comenzó a implementar un cambio sustantivo en el esquema de financiamiento público de la provisión de los servicios de salud, pasando paulatinamente hacia programas de aseguramiento como el Seguro Materno-Infantil (SMI) y el Seguro Escolar Gratuito (SEG). Estos cambios se dieron también siguiendo un creciente consenso internacional acerca de la conveniencia de una reforma del sector salud hacia un modelo integral de la atención, y un financiamiento basado en el aseguramiento universal para la reducción de las inequidades en la atención de la salud. Posteriormente (hacia el 2001) estos programas fueron consolidados, dando origen al Seguro Integral de Salud (SIS), constituido como un esquema de financiamiento para la provisión de servicios de salud por parte de los establecimientos del MINSA dirigido a grupos de poblaciones específicos, entre ellos niños menores de 5 años y mujeres en edad reproductiva en periodos de gestación y parto. Aunque concebido como un mecanismo de financiamiento consistente con un modelo de atención integral y de aseguramiento universal, restricciones financieras plantearon rápidamente la necesidad de priorizar sus esfuerzos para atender las necesidades de la población más vulnerable —los niños y las mujeres embarazadas pobres, o pobres extremos— y desprovista de un mecanismo alternativo de aseguramiento.⁹

Aunque aún no se conocen estudios de evaluación del impacto del SIS sobre el acceso a los servicios de salud por parte del binomio madre-niño en el Perú, hay varios estudios que han evaluado el impacto de su principal antece-

9 Ver Defensoría del Pueblo y DFID (2005).

sor, el SMI.¹⁰ Jaramillo y Parodi (2004) utilizan la información de la ENDES 2000 para mostrar, primero, que la afiliación al SMI no muestra signos significativos de progresividad, es decir, de atender con prioridad la barrera económica que afecta a los más pobres; y en segundo lugar, para argumentar que las zonas donde el SMI estaba más consolidado muestran efectivamente un mayor acceso a los servicios de salud, pero el mismo no parece haber beneficiado a los más pobres, sino que más bien el efecto positivo parece concentrarse en los tres quintiles intermedios, lo que nuevamente habla de un efecto negativo sobre la equidad.

Aunque con algunas limitaciones metodológicas asociadas en muchos casos a la falta de líneas de base y/o grupos de control adecuadamente definidos, los estudios revisados hasta aquí son los más cuidadosos en cuanto a tratar de identificar una relación causal entre las intervenciones y la salud poblacional. Esta revisión nos plantea, en primer lugar, que las intervenciones analizadas han tenido efectos positivos sobre el acceso a la salud de la población en general, pero también que han tenido problemas para beneficiar a las poblaciones más desfavorecidas, especialmente la rural, y en tal sentido es necesario que nos esforcemos aún más en el diseño de intervenciones que sirvan efectivamente a estas poblaciones. Más allá de la pobreza y la inaccesibilidad geográfica, existe el obstáculo de las diferencias culturales con las poblaciones cuya lengua materna es el quechua, el aimara o el dialecto de alguna comunidad nativa de la selva. Adicionalmente, se tiene la dificultad de la falta de conciencia de estas poblaciones acerca de sus derechos humanos y ciudadanos, en general, y a una vida saludable, en particular. La necesidad de utilizar un enfoque de derechos para atacar la persistencia de las desigualdades en el ámbito de la salud reproductiva ha venido ganando una creciente aceptación local e internacional. Este enfoque, además, es muy fuerte al plantear la necesidad de abordar de una manera integral la problemática de las desigualdades en salud reproductiva. Sin embargo, a una década de las declaraciones de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) y de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing, donde se avaló este enfoque, es poco lo que se ha avanzado para identificar experiencias exitosas que favorezcan el empoderamiento individual y comunitario, de tal manera que contribuyan a la equidad de género y a la reducción de la pobreza y de las brechas étnicas en salud.

Aunque el Perú suscribió los acuerdos del programa de acción de la CIPD en 1997, se ha mantenido bastante dubitativo en la implementación de una agenda basada en un enfoque de derechos y ha sostenido mucho tiempo una política de población con metas demográficas específicas y objetivos de cobertura en

10 Ver BID (2000), Instituto Apoyo (2002) y Jaramillo y Parodi (2004).

anticonceptivos (Coe 2002). Solo las presiones que resultaron de las revelaciones acerca del abuso de la decisión informada en el caso de las esterilizaciones llevaron a una modificación del discurso de la política poblacional, pero la misma no ha tenido implicancias claras, y ha ocurrido más bien que la política de salud reproductiva se vio afectada por influencias fundamentalistas que habrían limitado el acceso de los servicios de planificación familiar en los establecimientos del MINSA. De todas maneras, hay esfuerzos significativos, especialmente desde la sociedad civil. Por ejemplo, hacia mediados de la década de 1990 se creó el Proyecto Reprosalud, una iniciativa de gran escala con financiamiento de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo (USAID) y manejada por la organización no gubernamental Movimiento Manuela Ramos, basada en el enfoque integral de derechos y salud (ver Coe 2001). Consistente con los planteamientos de la CIPD, Reprosalud se diseñó no para distribuir insumos o servicios sino para trabajar en la capacitación y movilización de las organizaciones comunitarias de base (OCB) y de las propias mujeres para demandar mejoras en la calidad de los servicios de salud reproductiva disponibles. Desafortunadamente, y a pesar de su gran escala y su largo periodo de implementación, este programa no ha contado con una evaluación de impacto, al menos no una de acceso público, que nos permita establecer contundentemente su impacto sobre el acceso a servicios y sobre la propia salud del binomio madre-niño en el Perú.¹¹

b) Intervenciones desde fuera del sector salud

Otro aspecto importante del enfoque de derechos es que resulta muy contundente para establecer la multidimensionalidad de la problemática de la salud materno-infantil, y de la población general. Este tipo de enfoque es compartido por los enfoques que promueven la equidad en salud, como es el caso de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CSDH, por su nombre en inglés), que auspicia la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹² De acuerdo con estos enfoques, cualquier política o evento que afecta el nivel socioeconómico de la población, el empoderamiento de los individuos, sus familias o sus comunidades, o la calidad y eficiencia en la provisión de servicios básicos, está en capacidad de tener un impacto significativo sobre el estado de salud de las madres y los niños. En este sentido, es importante considerar el impacto sobre la salud de políticas o intervenciones desde fuera del sector, el mismo que en algún caso

11 Coe (2001) plantea las limitaciones que enfrentó el programa para implementar un sistema de monitoreo y evaluación efectivo, las que incluyeron las descoordinaciones del programa con el MINSA.

12 Ver, por ejemplo, Maggi y otros (2005).

puede ser incluso más fuerte que las del propio sector salud. En lo que sigue de esta sección reportamos algunos estudios realizados en el Perú y América Latina que utilizan una estrategia plausible de identificación para evaluar el impacto de intervenciones importantes desde fuera del sector salud, y que encuentran impactos positivos y significativos sobre diversos indicadores de salud materno-infantil.

Galiani y otros (2005) es un ejemplo muy interesante, en tanto analiza el impacto de la amplia privatización de las empresas de saneamiento sobre la mortalidad infantil en Argentina. El acceso a agua limpia como factor importante en la reducción de la mortalidad infantil y en la esperanza de vida de la población adulta es ampliamente reconocido en la literatura y la comunidad del desarrollo, y existen muchas opciones tecnológicas para mejorar el acceso de la población pobre a este recurso, tanto en zonas urbanas como rurales.¹³ Sin embargo, son menos comunes los estudios que se centran en el impacto de los cambios en la gestión de las empresas de saneamiento sobre la salud, especialmente con una medida tan controversial como la privatización de las empresas proveedoras. En este estudio, los autores utilizan la variación temporal y espacial en la estructura de propiedad de las empresas municipales de agua para identificar los efectos causales de la privatización en Argentina, encontrando no solo un efecto positivo y significativo sobre la mortalidad infantil, sino además un sesgo a favor de los grupos más pobres, sobre los cuales la privatización concentró las mejoras en la calidad del servicio de agua potable. Así, la privatización redujo la mortalidad infantil en 8% en promedio, pero ese efecto sube a 26% en las municipalidades más pobres. Los autores muestran una serie de pruebas para establecer que las diferencias encontradas corresponden efectivamente a un efecto causal; por ejemplo, que los motivos de mortalidad que más se redujeron fueron aquellos relacionados con las enfermedades infecciosas y parasitales. La magnitud de los efectos encontrados muestra la importancia que pueden alcanzar intervenciones desde fuera del sector salud, aunque para mejorar la posibilidad de que este tipo de efectos se repita en otros contextos es necesario analizar el papel del sistema regulatorio asociado y de la estructura de incentivos para que las empresas privadas aumenten el acceso y la calidad del servicio a las poblaciones no atendidas antes de la privatización.

Otro caso interesante es el del efecto de la titulación de predios urbanos sobre la salud de las mujeres y niños. Como se sabe, De Soto (1989 y 2000) argumenta a favor de este tipo de medidas para mejorar la capacidad de generación de ingresos y acumulación de riqueza de las poblaciones más pobres, fundamentalmente mediante la mejora en el acceso al crédito. Sin embargo, es claro que esa mejora en los ingresos, y el consecuente aumento de la inversión en la

13 Ver, por ejemplo, WHO-UNICEF (2005).

infraestructura del hogar, puede tener efectos sobre la salud de los individuos, especialmente en los niños. En el Perú se cuenta con al menos dos estudios sobre el efecto del programa de titulación urbana de la Comisión de Formalización de la Propiedad Informal (COFOPRI) sobre la fertilidad de las mujeres y la nutrición de los niños, cuyo análisis resulta valioso tomando en cuenta, adicionalmente, el objetivo de este programa de empoderar a las mujeres por medio de la inclusión de sus nombres en los títulos de propiedad que se entregaron.

Field (2003) utiliza una muestra de corte transversal y argumenta basarse en un experimento natural que resulta de la progresividad temporal y espacial con la que COFOPRI intervino en las comunidades beneficiarias, para identificar el efecto causal del programa sobre un conjunto de indicadores. En lo que respecta a la fecundidad, encuentra primero que la tasa es sustancialmente inferior (22%) en las comunidades beneficiarias. Más aún, el estudio identifica que hay dos mecanismos mediante los cuales se generan los incentivos para esta reducción: el primero tiene que ver con el empoderamiento de las mujeres ante el aumento de su capacidad de negociación al interior del hogar, como resultado de la redistribución de la propiedad de los activos del hogar; y el segundo se relaciona con el aumento de la seguridad en la tenencia de sus viviendas, el mismo que hace menos necesario que los padres usen a sus hijos para garantizar la propiedad del predio, o para garantizar su bienestar en la vejez. Ambos mecanismos muestran cómo los programas que promueven la equidad de género pueden tener una influencia importante sobre la forma como se da la transición demográfica en el Perú.

Por otro lado, Vogl (2005) analiza el impacto de la misma intervención de titulación de COFOPRI sobre la nutrición de los niños en Lima Metropolitana. Utilizando la misma estrategia de identificación, encuentra que con la titulación los niños ven aumentar su peso. Sin embargo, al no encontrarse un efecto sobre la talla, ese incremento en el peso puede redundar en un efecto negativo sobre la salud en tanto eleva el riesgo de sobrepeso y obesidad. Vogl también encuentra que estos efectos son mayores en aquellos niños de mujeres que trabajan y con predios más pequeños. El autor plantea, empero, que estos resultados deben ser considerados como preliminares, tomando en cuenta que pueden ser solo un efecto de corto plazo, y que algunas deficiencias en el diseño del estudio impidieron registrar mejoras en el acceso a servicios de saneamiento como resultado de la titulación, las mismas que podrían augurar un efecto sobre la talla de los niños en el mediano o largo plazo.¹⁴

14 Un factor adicional de precaución sobre las implicancias de estos resultados surge de las dudas que aún genera la estrategia de identificación utilizada en los estudios de Field y Vogl. Dichos estudios no han podido despejar la duda respecto a que la temporalidad de la intervención de COFOPRI no esté relacionada con el nivel de desarrollo de las comunidades involucradas. Sin

La revisión de estos casos mostraría que las intervenciones desde fuera del sector salud pueden tener un impacto sobre la salud materno-infantil inclusive superior al de las intervenciones sectoriales específicas, las que además han mostrado cierta incapacidad para llegar a los grupos más desfavorecidos. Sin embargo, estas diferencias en la magnitud de los impactos se podría deber también a la mejor estrategia de identificación del impacto de una intervención como la de COFOPRI, lo que plantea la necesidad de que los futuros programas de salud materno-infantil, o las innovaciones de los actuales, incorporen en su diseño una clara estrategia de evaluación de su impacto.¹⁵

Un último punto a resaltar es que la importancia de un enfoque multisectorial de la problemática de la salud no solo se puede observar con el efecto de intervenciones como la titulación de los predios urbanos, sino también por la falta de políticas de protección ante eventos catastróficos de carácter climático, o del efecto de las fluctuaciones macroeconómicas sobre la salud de la población. Al respecto, Paxson y Schady (2005), por ejemplo, analizan el impacto de la crisis macroeconómica de fines de la década de 1980 en el Perú sobre la mortalidad infantil, aprovechando que dicho fenómeno representa una variación exógena en los ingresos familiares que no tiene que estar relacionada con la temporalidad de los nacimientos. Utilizando las cuatro rondas de la ENDES durante el periodo 1986-2000, establecen que la crisis de fines del mencionado decenio en el Perú habría generado un aumento en la tasa de mortalidad infantil (TMI) de ese periodo del orden de los 25 por mil niños nacidos vivos; es decir, un aumento de cerca del 50% en la TMI prevaleciente en los periodos inmediatos anteriores y posteriores. Este efecto fue incluso mayor en el caso de los niños de madres menos educadas y muestra la mayor vulnerabilidad de los grupos más pobres, a la vez que sugiere que la salud de los niños es un mecanismo mediante el cual fluctuaciones de corto plazo llegan a tener efectos de largo plazo sobre las familias.

En resumen, muchos son los factores que pueden contribuir y han contribuido a las tendencias observadas durante la década de 1990 en la salud materno-infantil, y es necesario mirar no solo dentro del sector salud sino también fuera de él. Sin embargo, para una adecuada lectura de las diferentes intervenciones que se pueden intentar, es importante ser muy consciente de la necesidad de establecer una estrategia de monitoreo y evaluación que nos permita identificar el impacto causal de las mismas sobre la salud de la población. Por otro

embargo, otros estudios han provisto evidencia a favor de ese tipo de efectos sobre la salud. En un estudio sobre titulación en Argentina, por ejemplo, Galiani y Schargrodsky (2004) obtienen resultados consistentes con los que reportan los estudios sobre el proceso de titulación de COFOPRI en el Perú. Este estudio utiliza un experimento natural claramente establecido que garantiza la validez de la relación entre la titulación y la salud de los niños.

15 El sesgo ciertamente puede darse hacia la subestimación o la sobreestimación. Este tema es desarrollado con mayor amplitud en la subsección 3.2 de este documento.

lado, es crucial entender que en el diseño de esas necesarias innovaciones de política se debe abordar adecuadamente la problemática especial de la salud de las poblaciones rurales e indígenas. En el siguiente capítulo analizamos con cierta profundidad la forma como los marcos conceptuales de economistas y epidemiólogos abordan la complejidad de los determinantes de la salud, a fin de identificar los espacios que con mayor urgencia deben ser abordados por una agenda de investigación de corto y mediano plazo.

2. DETERMINANTES SOCIALES DE LAS DESIGUALDADES EN LA SALUD MATERNO-INFANTIL

La literatura acerca de la importancia de los factores sociales en la determinación de los niveles de los indicadores de salud y de las desigualdades existentes ha venido creciendo tanto en países desarrollados como en los países en desarrollo (ver Marmot 2005). El tema fue adquiriendo especial relevancia con la evidencia crecientemente robusta de la relación entre el nivel socioeconómico (NSE) de los individuos y su salud, planteándose una serie de mecanismos para explicar dicha relación, sin haberse llegado a un gran acuerdo acerca de la importancia relativa de los mismos (ver Smith 1999). En parte, las discrepancias tienen que ver con la forma como se analiza la evidencia empírica para justificar la prevalencia de diferentes mecanismos. Los modelos económicos ponen mayor énfasis en la necesidad de identificar fuentes de variación exógena en las variables de interés para establecer una relación de causalidad entre la salud y el ingreso, origen étnico/racial, educación de la madre y otros comportamientos individuales y características de las redes familiares y sociales, además de las intervenciones públicas. A continuación analizamos los planteamientos conceptuales establecidos por la literatura epidemiológica, y los argumentos que plantean los economistas acerca de la validez de los mismos a la luz de la evidencia empírica.

2.1. Integrando el marco conceptual de los economistas y epidemiólogos para explicar las desigualdades en salud

La literatura epidemiológica sobre los determinantes sociales de la salud y de las desigualdades en salud ha desarrollado varios marcos conceptuales para entender cada vez mejor la importancia de factores no directamente asociados a la atención en salud, tales como el NSE de la familia y el contexto social. En esos marcos conceptuales, las desigualdades en salud no se explican únicamente a partir de los patrones individuales de comportamiento o de las posibilidades de acceder a los sistemas de salud, sino que incluyen el entorno social y los mecanismos

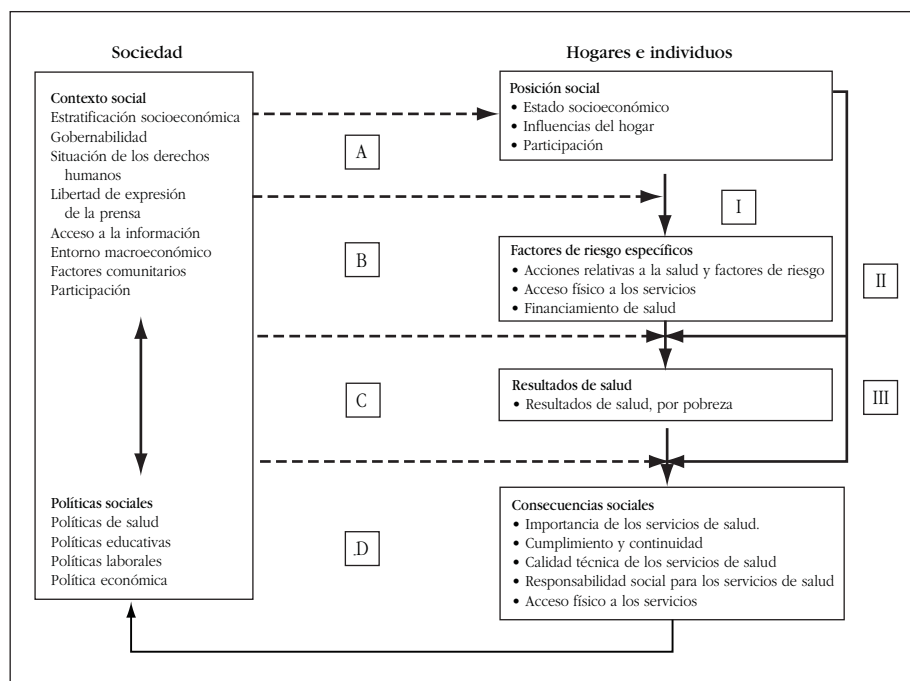
sociales sobre los cuales se reproducen estas diferencias. Un modelo bastante reconocido y utilizado es el desarrollado por Diderichsen y Hallqvist (1998), que utilizaremos aquí para establecer el punto (modelo D-H).

a) El modelo epidemiológico

El gráfico 1 describe las características básicas del modelo D-H, tal como se presenta en Vega y otros (2002). El modelo D-H general plantea cuatro mecanismos secuenciales y acumulativos para la conexión entre la posición social y las desigualdades en salud: estratificación social (A), riesgo diferenciado (I), vulnerabilidad diferenciada (II) y consecuencias diferenciadas (III). La estratificación social se refiere a los mecanismos que generan poder y riqueza en una sociedad, y que originan desigualdades en la posición social. Por otro lado, el riesgo diferenciado se refiere a los factores que explican los mayores riesgos de salud que enfrentan los individuos en los niveles sociales más bajos, incluidos aquellos que hacen más difícil adoptar estilos de vida más saludables o que promueven la transmisión intergeneracional de riesgos sociales de salud. El mecanismo de vulnerabilidad diferenciada se refiere a los factores que hacen que los individuos de grupos sociales específicos sean más vulnerables a riesgos de salud, e incluye el tema de las redes de apoyo formales e informales, públicas y privadas de apoyo, por ejemplo para el financiamiento de la atención médica, la misma que altera la forma como una enfermedad afecta a los individuos. El mecanismo de consecuencias diferenciadas se refiere a los efectos que la propia enfermedad puede tener sobre el NSE del individuo y su familia. Adicionalmente, el modelo D-H también reconoce que el contexto social y político puede afectar directamente los factores de riesgo, los indicadores de salud y las consecuencias sociales de la enfermedad, sin necesariamente alterar la estructura social de una sociedad particular. A eso se refieren los mecanismos B-C del gráfico 1.

Aunque uno puede discutir las interpretaciones de cada mecanismo en contextos específicos, lo importante es establecer que marcos conceptuales, como los de D-H, guían el análisis de la literatura epidemiológica acerca de los determinantes de la salud y de sus desigualdades. Resaltando los trabajos empíricos que han documentado la importancia de los mecanismos I-III identificados por el modelo D-H, la relación positiva entre el NSE y la salud ha sido extensamente documentada tanto en países desarrollados como en desarrollo, especialmente en lo que respecta a los mecanismos I y II. Aunque es claro que la causalidad va en ambas direcciones, y en ese sentido se establece también la importancia del mecanismo III, la literatura epidemiológica ha puesto énfasis en el camino que va de las diferencias en el NSE que producen las desigualdades en salud, y hay una discusión abierta acerca de los mecanismos específicos que hacen que el

Gráfico 1
Modelo Diderichsen-Hallqvist de determinantes de la salud



Adaptado de Vega y otros (2002).

bajo NSE lleve a una salud más pobre (ver Smith 1999). En primer lugar, la falta de recursos monetarios —que limita la compra de alimentos y el sufragio de los costos de la atención médica— es definitivamente un mecanismo importante, pero suele ser insuficiente para explicar las diferencias observadas, inclusive en los países pobres. Un segundo mecanismo pasa por las carencias de educación formal o de información específica sobre la salud por parte de los padres, lo que permite que tomen decisiones no adecuadamente informadas sobre prácticas y estilos de vida no saludables. Tercero, también es preciso pensar que los individuos más pobres muchas veces necesitan trabajar más horas en ocupaciones con mayor demanda física, lo que los deja con menos energía para desarrollar actividades físicas recreacionales.

Sin embargo, también se han propuestos otros mecanismos complementarios. Uno se refiere a los efectos de largo plazo de la exposición intrauterina o a factores ambientales enfrentados durante la niñez temprana. Este mecanismo nos recuerda la importancia de la otra dirección de la relación entre la salud y el NSE (mecanismo III), aquel que va de una salud deteriorada a una baja productividad, salarios e ingresos, y que pone en tela de juicio la validez de

muchas estimaciones empíricas de la gradiente, que ignoran la simultaneidad en la determinación de estas dos variables. Otro mecanismo importante se asocia a la distribución de poder al interior de los hogares, que tiene implicancias sobre la equidad de género y en salud, dados sus efectos sobre el bienestar general y sobre la salud de las mujeres y los niños.¹⁶

Asimismo, los mecanismos B-C del gráfico 1 plantean que el contexto social puede afectar directamente el nivel de exposición y los propios indicadores de salud. Hay una amplia literatura que documenta los efectos fisiológicos de una alta desigualdad económica o una baja cohesión social. Kaplan (2000), por ejemplo, establece que esos factores macrosociales pueden afectar la salud de la población mediante al menos dos mecanismos: el neomaterial y el psicosocial. El mecanismo neomaterial trabaja mediante la subinversión sistemática en infraestructura física, social y de salud que caracteriza a las sociedades desiguales. El mecanismo psicosocial trabaja a través de las reacciones fisiológicas al estrés que resulta de la pobreza, la desigualdad y la exclusión social, en lo que se tiende a llamar la *carga alostática* o el desorden de estrés postraumático. La evidencia empírica relacionada ha generado las discusiones más acaloradas entre economistas y epidemiólogos acerca de los mecanismos que explican la relación empírica negativa entre la desigualdad económica y la salud poblacional.

Wagstaff y Van Doorslaer (2000), quienes revisaron recientemente esta evidencia, establecen que los estudios que utilizan información agregada a nivel estatal o de países no pueden ofrecer evidencia concluyente en relación con el efecto directo, asociado a los factores psicosociales, de la desigualdad económica sobre la salud, en la medida en que no permiten distinguirlo de otras hipótesis alternativas como la de los factores neomateriales. Los estudios que utilizan información a nivel individual sí pueden establecer esa diferenciación, y son contundentes en establecer que la salud de los más desfavorecidos sí es afectada significativamente por la desigualdad del ingreso.¹⁷ Un problema de muchos estudios con información agregada es que no atienden los posibles sesgos asociados a la simultaneidad de la determinación del nivel socioeconómico y la salud de la población. Los modelos económicos de comportamiento individual proveen un marco conceptual para este planteamiento. A continuación describimos un modelo básico de hogares que ejemplifica la forma como la economía conceptualiza la problemática de los determinantes sociales de la salud.

16 Varios estudios han mostrado que el poder de negociación de las mujeres al interior del hogar tiene un efecto positivo sobre su salud y la de sus niños. Ver, por ejemplo, Thomas (1994) y Quisumbing y Maluccio (2000).

17 La evidencia revisada por Wagstaff y Van Doorslaer es fundamentalmente la de estudios a nivel estatal en Estados Unidos. Ver también Deaton (2001).

b) El modelo económico

El marco conceptual que utilizan los economistas para guiar su análisis empírico se suele expresar en modelos matemáticos en los cuales los agentes toman decisiones óptimas basándose en sus preferencias y en un conjunto de restricciones que pueden ser de carácter tecnológico o presupuestal, o que reflejan el nivel de desarrollo de determinados mercados. Estos modelos normalmente incluyen supuestos simplificadores que permiten la concentración de las relaciones de interés en cada caso específico, los mismos que en algunos casos restringen su capacidad para explicar otros tipos de comportamientos de interés. A pesar de ello, se pueden identificar modelos generales que permiten abordar una amplia gama de comportamientos o relaciones. Estos modelos enfatizan que la salud y las inversiones en salud son resultado de decisiones del individuo o su familia, al igual que el consumo y la oferta de trabajo, y que toman en cuenta factores observables y no observables del individuo, su familia y su entorno. Uno de esos modelos es el de Becker (1992), que permite analizar diversos aspectos de las decisiones de los hogares acerca de la inversión en capital humano. Una versión simple de este modelo aplicado a la salud asume que los hogares se comportan de acuerdo con un proceso de maximización restringida de una función de utilidad que tiene a la salud como uno de los argumentos. En ese modelo se supone que una familia con n miembros está dirigida por una cabeza del hogar, que maximiza una función de utilidad (U) que depende del consumo, la salud y el ocio de todos los miembros,¹⁸

$$U = U(C^i, h^i, l^i) \quad i = 1, 2, \dots, n \quad (1),$$

donde

$$C^i = (C_1^i, \dots, C_j^i, \dots, C_J^i) \quad i = 1, 2, \dots, n,$$

esto es, C^i es un vector de dimensión J , con elementos que corresponden a un grupo de bienes; h^i denota el estado de la salud; y l^i , el ocio del miembro i .¹⁹ El

18 Esto es equivalente a suponer que los miembros de la familia tienen preferencias idénticas, que un dictador rige el hogar, o, en forma general, que se trata de un modelo familiar unitario. A pesar de los cuestionamientos de orden teórico y empírico, este modelo simple nos permite argumentar los planteamientos establecidos para esta subsección. Las implicancias de asumir un proceso de negociación para explicar las asignaciones intrafamiliares son abordadas con amplitud en la siguiente subsección.

19 Para garantizar una solución única y no trivial, se requiere que la función de utilidad cumpla una serie de requisitos. En términos técnicos, se supone que la función de utilidad es continua, estrictamente creciente, estrictamente cuasi cóncava y continuamente diferenciable de

estado de salud de cada miembro del hogar se determina mediante una función de producción general b :²⁰

$$h_i = h_i(C^i, Y^i, l^i, Z^i, X^{-i}, Z^{-i}, F, u^i, u^{-i}) \quad i = 1, 2, \dots, n \quad (2),$$

donde Y^i denota el consumo de insumos relacionados con la salud por parte de un individuo; i , Z^i denota las características observadas del individuo; F denota el acceso a infraestructura sanitaria y/o médica; y u denota el vector de características no observadas. Además, X^{-i} denota el consumo, la salud y el ocio de los demás miembros de la familia; y finalmente, Z^{-i} y u^{-i} denotan los vectores de características individuales observadas y no observadas de los demás miembros, respectivamente. Las variables específicas que aparecen en la producción de salud cambian si el i -ésimo miembro es un adulto o un niño. Por ejemplo, en la función de producción de salud de un niño, el consumo de leche y la educación de los padres son componentes importantes de C^i y Z^{-i} respectivamente, a pesar de que probablemente no sean importantes dentro de la función de producción de salud de un adulto. Dado que los adultos tienden a cuidarse por sí solos, será su propio nivel de educación el que cuente. En el caso de los adultos, el conjunto de características no observables incluye el estado de salud o nutricional de años anteriores, especialmente durante su infancia.

La familia también enfrenta una restricción de ingreso total, que es derivada de las restricciones de tiempo e ingresos:

$$\sum_{j=1}^J \sum_i p_j c_j^i + \sum_{k=J+1}^K \sum_i p_k Y_k^i + \sum_i w l^i = \sum_i w T^i + V \quad (3),$$

donde P representa el precio, V es el ingreso no laboral, W es el nivel de salario y T^a es el tiempo total disponible de los miembros adultos. El ingreso no laboral V incluye las ganancias netas de cualquier empresa familiar, así como otras rentas.

El hogar unitario maximiza la función de utilidad en (1) sujeto a las restricciones (2) y (3). Una forma de mostrar la solución de este modelo es mediante las formas reducidas, las que presentan la forma como los individuos deciden sobre el consumo, la salud, el uso de determinados insumos de salud, el ocio, etcétera, tomando en cuenta las características dadas:

segundo grado en todos sus argumentos. Además, satisface la condición de Inada, es decir, que la utilidad marginal $U_x \rightarrow \infty$ cuando $x \rightarrow 0$, para $x = C^i, h^i, l^i$, para todo i .

20 Similarmente, se supone que b es monótona, creciente y cóncava en todos sus argumentos, además de doblemente diferenciable.

$$C^{i*} = h(P_C, P_Y, F, T, V, Z^i, u^i / Z^{-i}, u^{-i}) \quad i = 1, \dots, n \quad (4)$$

$$h^{i*} = h(P_C, P_Y, F, T, V, Z^i, u^i / Z^{-i}, u^{-i}) \quad i = 1, \dots, n \quad (5)$$

$$Y^{i*} = h(P_C, P_Y, F, T, V, Z^i, u^i / Z^{-i}, u^{-i}) \quad i = 1, \dots, n \quad (6)$$

$$l^{i*} = h(P_C, P_Y, F, T, V, Z^i, u^i / Z^{-i}, u^{-i}) \quad i = 1, \dots, n \quad (7)$$

Lo importante de esta solución es que las formas reducidas, incluida la de la salud de los individuos, dependen del tiempo total disponible, T , y los ingresos no laborales, V , pero no del ingreso total de la familia, $S = \sum_i w(T_i - l_i) + V$. La razón de ello es que el ingreso resulta de una decisión de los individuos acerca del nivel de trabajo/ocio, la misma que se establece a partir de las mismas variables que determinan el nivel de salud de los individuos (expresión 7).²¹ En otras palabras, este tipo de modelo no da espacio para el análisis empírico de la relación de causalidad entre el ingreso familiar y la salud de los individuos. Ciertamente, uno puede manipular la ecuación (5) para incluir el ingreso S como determinante de la salud. Sin embargo, aun en ese caso, se tiene que tomar en cuenta que dicha variable no es propiamente exógena sino que se determina de manera simultánea con la salud de los individuos. En esas condiciones, una regresión simple con un indicador de salud como variable dependiente y el ingreso como variable independiente lleva a estimaciones sesgadas de los parámetros de interés, por lo que es necesario establecer una estrategia adecuada de identificación. Una forma de aproximarse a una estimación insesgada de la relación entre el NSE y la salud puede basarse en la identificación de variables relacionadas con el NSE de los individuos o las familias que se determinaron en un momento distinto al de la salud de los mismos. Tal es el caso, por ejemplo, de los ingresos no laborales, V , en la ecuación (5), los que en muchos estudios son asumidos como de variabilidad independiente respecto al resto de variables.

Otro aspecto importante que surge del modelo planteado es el de la importancia de variables no observables, u , que afectan la determinación tanto del ingreso como de la salud, y cuya omisión también plantea sesgos a la estimación del parámetro de interés. En este caso, el acceso a bases de datos longitudinales ofrece la oportunidad de controlar por este tipo de sesgo mediante un modelo con efectos fijos a nivel individual.

El asunto de la simultaneidad de las decisiones afecta no solo la estimación del parámetro de la relación entre el ingreso y la salud sino también varios otros.

21 Una situación similar se da cuando se quiere analizar la relación entre determinadas prácticas o hábitos de vida sobre la salud de los individuos. Tal es el caso de la relación entre el número de meses de la lactancia materna y la salud de los niños, o el consumo de tabaco o alcohol y la salud de los adultos, entre otros.

En particular, no es plausible suponer que el acceso a infraestructura de salud, F , o a determinados programas de salud, no está afectado por el nivel de salud de los individuos. Aunque no incluido expresamente en el modelo aquí presentado, cualquier modelo de comportamiento óptimo del gobierno establece que la asignación del gasto público no se realiza de manera aleatoria sino que toma en cuenta consideraciones políticas o de maximización del impacto de sus intervenciones sobre la pobreza y/o la salud de los individuos.²²

Una fuente de variación exógena crecientemente utilizada por los economistas para la identificación de efectos causales es la que surge de lo que se denomina *experimento natural*; por ejemplo, de cambios o diferencias espaciales en las reglas que regulan el comportamiento de los individuos, *exógenos* en el sentido de que no se relacionan con la variable de interés, en nuestro caso, la salud de los individuos.²³ Es también muy conocida la utilización del nacimiento de mellizos, o la composición de género de los dos primeros nacimientos, para identificar la relación causal entre la fertilidad y las decisiones laborales de las mujeres.²⁴ La idea, en estos casos, es que cualesquiera de esos eventos no son controlados por la mujer y no están correlacionados con sus preferencias acerca del número de hijos que desea tener, aunque ciertamente restringen sus posibilidades de trabajo. Un caso más relacionado con la problemática de la salud es el que presentan Evans y Lien (2004). Dichos autores analizan la relación entre el cuidado prenatal y el peso de los niños al nacer, las semanas de gestación, el peso ganado durante el embarazo y el consumo de tabaco por parte de las madres, y utilizan un experimento natural basado en la huelga de cuatro semanas del sistema de transporte público en un condado de Pensilvania, en Estados Unidos, durante la primavera de 1992. Las diferencias en las preferencias de las mujeres en cuanto al cuidado durante sus embarazos y el riesgo obstétrico hacen que una estimación insesgada sea bastante complicada. La estrategia de identificación utilizada en este caso se basa en que la huelga afectó la posibilidad de acceder a los servicios de cuidado prenatal de las mujeres que utilizan el sistema de transporte público, de una manera no relacionada con sus preferencias por el cuidado durante el embarazo o el nivel de riesgo del mismo. Los resultados del estudio apoyan la noción de que el cuidado prenatal mejora el peso de los niños al nacer y reduce el consumo de tabaco por parte de las madres entre la población

22 Ver, por ejemplo, Rosenzweig y Wolpin (1986).

23 Evans y Lien (2004) discuten ampliamente las bondades y limitaciones de los estudios que se basan en experimentos naturales para identificar empíricamente la relación entre dos variables.

24 Ver Rosenzweig y Wolpin (1980a y 1980b), quienes aprovechan el caso de los mellizos como *experimento natural*, y Angrist y Evans (1998), quienes aprovechan el evento de dos primeros niños del mismo género.

afroamericana involucrada, especialmente en los casos en que la huelga afectó a las mujeres durante los primeros meses de embarazo.

Hay varios casos más de estudios que en el ámbito internacional han utilizado este tipo de estrategias de identificación para establecer la importancia de determinantes de diversas variables económicas, o del impacto sobre ellas de determinadas intervenciones de política, pero las mismas han sido sustancialmente menos utilizadas para variables de estado de salud o de acceso a servicios de salud.²⁵ En el Perú, la carencia de este tipo de estudios es aún más dramática. La adopción de estas estrategias más rigurosas de identificación de los determinantes de la salud es un aspecto muy importante de la agenda de investigación sobre la salud en el Perú, no solo porque ayuda a determinar las intervenciones que funcionan mejor en beneficio de la salud de la población sino también porque pueden ayudar a mejorar la capacidad de negociación del sector salud para conseguir más recursos. En lo que sigue de esta sección tratamos otro punto que consideramos crucial en la agenda de investigación correspondiente: el de la necesidad de considerar las interacciones al interior de las familias, y de las redes familiares y sociales que las trascienden.

2.2. Familia y redes sociales como determinantes de las desigualdades en salud

Esta sección incorpora en la discusión a la familia y las redes sociales como determinantes de la transmisión intergeneracional de las desigualdades en salud. Se discute en primer lugar la importancia del proceso de toma de decisiones al interior de la familia, y la consistencia teórica y empírica del modelo de análisis basado en el dictador benevolente o altruista discutido en la sección anterior. Luego se discute la importancia de la familia y de las redes sociales en la transmisión de patrones intergeneracionales de uso de servicios de salud. Finalmente, se discute el tema del aseguramiento de la salud y la importancia de la familia y de las redes sociales para enfrentar las barreras económicas al uso de servicios de salud.

a) Consistencia teórica y empírica del modelo unitario: la familia y las redes sociales

El modelo unitario de la familia propuesto por Becker, que presentamos en la sección anterior, ha sido y sigue siendo cuestionado tanto en el ámbito teórico

25 Ver, por ejemplo, Petticrew y otros (2005).

como en el empírico. La noción del dictador benevolente o altruista enfrenta problemas de consistencia teórica debido a la dificultad de agregar preferencias, tal como se demuestra en Samuelson (1956). El modelo unitario supone que las decisiones familiares (decisiones que toman sus miembros constituyentes) pueden ser analizadas como aquellas que toma el jefe del hogar o el dictador altruista, quien considera las preferencias de los demás miembros del hogar al tomar dichas decisiones. En este contexto, la interacción entre el jefe del hogar y los demás miembros (el cónyuge o los hijos) es reducida de tal modo que sea manejable analíticamente, y es resumida por el “teorema del joven displicente” (*Rotten Kid Theorem*), en esencia un teorema sobre agregación de recursos o ingresos (*income pooling*).²⁶ La evidencia empírica acumulada durante la última década sugiere que no hay agregación de ingresos y que la asignación de recursos al interior del hogar (*intra-household resource allocation*) depende de quien controla los recursos.

En el ámbito teórico, han aparecido modelos alternativos al modelo unitario. Estos modelos cuestionan la manera como el modelo unitario asume el proceso de toma de decisiones al interior de la familia y el problema de la agregación de preferencias cuando hay decisiones colectivas. La mayor parte de estas alternativas se basan en la Teoría de Juegos y se pueden clasificar en modelos de negociación cooperativa y no cooperativa. Los primeros modelos de negociación cooperativa se deben a Manser y Brown (1980) y a McElroy y Horney (1981). Entre los primeros modelos no cooperativos están Ulph (1988) y Lundberg y Pollak (1993).

En estos modelos, cada miembro del hogar —por simplicidad se suele suponer que son el esposo y la esposa— tiene una función de utilidad que depende de su propio nivel de consumo, y se presume que negocian la asignación de recursos. Si no hay acuerdo, cada miembro recibe el valor de consumo de una opción alternativa. Este nivel de consumo alternativo se denomina el “punto de amenaza” (*threat point*), que es el nivel de consumo si la pareja se separa o divorcia en los modelos cooperativos, o un nivel de consumo no cooperativo al interior del hogar en los modelos no cooperativos (como en el modelo de ámbitos separados de Lundberg y Pollak 1993).

En los modelos de negociación, los resultados de la elección pueden ser o no eficientes en el sentido de Pareto;²⁷ pero en ningún caso implican

26 Véase Bergstrom (1997) para una revisión de diferentes modelos teóricos que explican la manera en que los economistas han racionalizado la toma de decisiones al interior del hogar. Adicionalmente al tema de agregación de preferencias, el modelo unitario también puede ser cuestionado en el plano teórico, pues varias de sus predicciones se desprenden directamente de los supuestos que rigen las funciones de producción de mercancías al interior del hogar.

27 El concepto de eficiencia en el sentido de Pareto se define como situaciones en las que no es posible mejorar el bienestar de algún individuo sin empeorar el de algún otro.

agregación de recursos como en el modelo unitario. La asignación de recursos es el resultado de la negociación, y por lo tanto dependerá del punto de amenaza. A diferencia del modelo unitario, todos aquellos factores que afectan el punto de amenaza afectan también la asignación de recursos al interior del hogar. Tales factores pueden ser, por ejemplo, regulaciones sobre división de bienes en caso de divorcio (McElroy 1990), o normas que regulan quién controla determinados recursos de la familia (Lundberg y Pollak 1993).

Una alternativa teórica más cercana a la propuesta original de Becker, y que ha cobrado ímpetu en años recientes, es el modelo de elección colectiva propuesto por Chiappori (1988, 1992) y Browning y Chiappori (1998). Este tipo de modelo enfatiza la excesiva importancia que se le ha dado a los conceptos de equilibrio en los modelos de negociación, y propone suponer que el resultado de la elección es eficiente (incluyendo así los modelos cooperativos y algunos no cooperativos). En el modelo de elección colectiva, el resultado de las elecciones familiares se puede interpretar como un proceso de dos etapas. En la primera etapa, los miembros de la familia acuerdan una regla de reparto (*sharing rule*) de los recursos no laborales de la familia. En la segunda, cada miembro de la familia maximiza su propia utilidad tomando como dada la regla de reparto en su propia restricción de presupuesto. Como consecuencia, la canasta óptima depende de los precios y recursos no laborales agregados, representados por la regla de reparto, pero también por los recursos que cada miembro controla, ya que el control de estos recursos afecta la forma particular que toma la regla de reparto elegida. Por lo tanto, los modelos colectivos tampoco implican agregación de recursos.

En el ámbito empírico han surgido también numerosos cuestionamientos al modelo unitario. En particular, el cuestionamiento más serio al modelo unitario se inició con los estudios de Thomas (1990) y Schultz (1990), aparecidos en un número especial sobre la familia en el *Journal of Human Resources*.²⁸ Dado que el modelo unitario implica la agregación de recursos, una prueba sólida y aparentemente sencilla sobre la validez del modelo radica en verificar si se cumple o no dicha agregación. Específicamente, en el modelo unitario o altruista no importa quién controla los recursos con los que cuenta la familia; lo que importa es el total de los recursos disponibles, pues el dictador altruista redistribuirá estos recursos al elegir la canasta de consumo óptima. Por otro lado, si hay interacción y negociación entre los miembros de la familia, los recursos que cada miembro tenga bajo su control afectarán de manera diferente la composición de la canasta óptima en función del poder de negociación de cada

28 Véase también McElroy (1990) y Thomas (1994).

uno de ellos. Luego, una prueba sencilla es verificar si las distintas fuentes de ingreso o recursos tienen efectos diferenciados en la composición observada en los elementos de la canasta familiar.

Sin embargo, para obtener una prueba válida se requiere que las fuentes de recursos sean exógenas a las decisiones de elección de la canasta óptima, y que se encuentren bajo el control de distintos miembros del hogar. En este sentido, el ingreso por trabajo, a pesar de ser percibido independientemente por cada cónyuge, no cumple con esta función, pues las decisiones ocio-trabajo forman parte de la elección del hogar al producir las mercancías que brindan y forman parte de la canasta óptima. Por esta razón, Thomas y Schultz utilizan en sus pruebas de agregación de recursos el ingreso no laboral bajo el control del esposo (padre) y de la esposa (madre).

La evidencia de ambos estudios rechaza la agregación de recursos, y por lo tanto el modelo unitario es rechazado empíricamente. El estudio de Thomas, quien presenta evidencia para Brasil, encuentra que el ingreso no laboral bajo el control de la madre tiene un impacto mucho mayor sobre indicadores de salud de los miembros de la familia (consumo de calorías y consumo de proteínas) y de los niños en particular (supervivencia infantil, relación talla-edad y relación peso-talla) que aquel bajo el control del padre. En comparación con los hombres, las mujeres asignan más recursos bajo su control para mejorar la situación nutricional de sus hijos. Por su parte, el estudio de Schultz, con datos de Tailandia, encuentra que el ingreso no laboral del hombre y el de la mujer afectan de manera diferenciada las decisiones del trabajo asalariado: el ingreso no laboral bajo el control de la mujer tiene un efecto negativo y significativamente mayor que aquel bajo el control de su esposo sobre la decisión de participación laboral femenina; por el contrario, el efecto negativo del ingreso no laboral sobre la decisión de trabajo masculina es mayor para aquel controlado por el esposo que para el controlado por la esposa.

Sin embargo, es posible cuestionar y relativizar los resultados de estos estudios argumentando que existe heterogeneidad no observada entre las mujeres (las esposas), ya que es posible que aquellas con mayor habilidad sean capaces de controlar una proporción mayor de los recursos no laborales totales del hogar que aquellas menos hábiles. Al respecto, Lundberg, Pollak y Wales (1997) ofrecen evidencia bastante convincente en contra de la agregación de recursos que supera el problema de heterogeneidad. La prueba que proponen aprovecha un experimento natural para resolver el problema de heterogeneidad. En 1978 el Reino Unido modificó su programa de beneficios para niños (*UK Child Benefit*), que pasó de ser una transferencia mediante la devolución de impuestos, dirigida al generador principal de ingresos —generalmente el padre de la familia— a entregar el beneficio en forma de dinero en efectivo directamente a las madres. Dado que luego de la reforma el beneficio

se entrega a *todas* las madres, *independientemente* de su habilidad o poder de negociación al interior de la familia, este cambio en el programa de beneficios ofrece la oportunidad de verificar la hipótesis de agregación de recursos libre del problema de heterogeneidad no observada que puede comprometer la validez de otras pruebas empíricas como las de Thomas y Schultz. En particular, Lundberg, Pollak y Wales encuentran que los gastos en vestido para mujeres y para niños se incrementan de manera sustancial y estadísticamente significativa con respecto a los gastos en vestido para hombres cuando comparan los periodos antes y después de la reforma del programa. La evidencia de este estudio rechaza la hipótesis de agregación de recursos, pues la asignación de recursos al interior del hogar se modificó como resultado de incrementar el nivel de ingresos no laborales bajo el control de la madre, en concordancia con lo que predicen los modelos de negociación o de elección colectiva.

Por otro lado, las críticas al modelo unitario tienen importantes implicancias de política. En particular, bajo el enfoque del modelo unitario, intervenciones de política, como la política tributaria o políticas de transferencias para combatir la pobreza, son neutrales, en el sentido de que no tienen un efecto sobre la distribución de recursos al interior del hogar. Por el contrario, los modelos de negociación y colectivos predicen que estas intervenciones pueden afectar dicha asignación de recursos en función de qué miembro del hogar (cuál de los cónyuges) es gravado o recibe una transferencia.

Así, intervenciones de política dirigidas específicamente a la madre pueden tener mejores resultados en tanto afectan el “empoderamiento” (*empowerment*) de las mujeres mejorando su poder de negociación al interior del hogar. Esta racionalidad se aplica, por ejemplo, al programa de transferencias condicionadas de México (PROGRESA), que tiene como objetivo mejorar las condiciones de vida de la población rural rompiendo la transmisión intergeneracional de la pobreza al fomentar en los hogares la inversión en educación y salud de los niños. En PROGRESA, la transferencia monetaria a los hogares se realiza a través de la madre, con la hipótesis de que la asignación de este dinero se asigna más hacia el bienestar de los niños que si fuera entregada al padre.²⁹

Volviendo al tema de la salud materno-infantil y de la salud sexual y reproductiva en países como el Perú, donde prevalece una cultura machista muy fuerte y arraigada, estos enfoques son también particularmente relevantes y sirven de base para racionalizar intervenciones de política como el proyecto Reprosalud, que considera como uno de sus componentes principales el empoderamiento de las mujeres, y las apoya para que generen fuentes de

29 El estudio de Field (2003) sobre COFOPRI mencionado anteriormente también explora el tema del empoderamiento.

ingresos propios mediante la constitución de bancos comunales o servicios de desarrollo empresarial (Coe 2001). Una predicción de los modelos descritos es que al aumentar los recursos bajo el control de las mujeres y los factores que inciden en su poder de negociación, mayores recursos serán destinados al cuidado de la salud sexual y reproductiva.

b) Familia, redes sociales y barreras no económicas

Las decisiones familiares responden a incentivos monetarios —como los precios e ingresos—, a incentivos no monetarios —las denominadas “barreras no económicas”— y a los distintos arreglos institucionales —como los roles de género que afectan el poder de negociación del hombre y de la mujer de manera diferenciada—. De particular importancia resultan, por ejemplo, la identidad cultural y étnica, así como las costumbres y la cosmovisión respecto al cuidado de la salud y la fecundidad de las mujeres, en especial en zonas rurales.

En el modelo unitario y en los modelos de negociación cooperativa con amenaza de divorcio, por ejemplo, la dimensión de género no tiene importancia. Esto, porque en el primero es solo un agente quien toma las decisiones en el hogar, mientras que en el segundo caso, si bien se considera la interacción ente “esposo” y “esposa” al interior del hogar, estos roles son “intercambiables” pues el equilibrio es simétrico con respecto a los agentes. En los modelos no cooperativos, como el de ámbitos separados (Lundberg y Pollak 1993), o en los modelos de elección colectiva (Browning y Chiappori 1998, Chiappori 1992), en cambio, la dimensión de género puede tener implicancias directas sobre el resultado de la negociación, pues estos modelos permiten que el poder de negociación sea afectado de manera diferenciada por distintos factores, tales como determinados preceptos sociales que dictan normas de comportamiento apropiado para hombres y mujeres, los arreglos institucionales o las condiciones en el “mercado” de matrimonio.

Recientemente, Akerlof y Kranton (2000) han propuesto una innovación teórica que permite incorporar la identidad (de género, cultural, étnica, etcétera) directa y explícitamente en el análisis económico. La identidad se refleja en marcadores que cada individuo posee y para los cuales existen preceptos sociales sobre sus características y comportamientos. Así por ejemplo, se puede interpretar que para ciertos grupos sociales existe la noción de que un hombre es masculino y debe procurar los recursos para el sostenimiento del hogar, mientras que una mujer es femenina y debe cuidar de los niños. La propuesta de Akerlof y Kranton permite incorporar estos “preceptos” en el análisis de toma de decisiones del agente maximizador de utilidad. La verificación del cumplimiento de los preceptos genera ganancias de identidad en

términos de utilidad, mientras que lo contrario genera pérdidas de identidad en términos de utilidad, las cuales inducen a acciones para compensar estas pérdidas.

En el caso del análisis económico de las decisiones sobre la salud, este modelo permite entender algunas determinaciones aparentemente contradictorias o irracionales. Por ejemplo, en el caso del uso de servicios de salud, es frecuente encontrar que muchas mujeres en edad fértil no se someten a la prueba del *Papanicolau*, o que aquellas que estando embarazadas no asisten a las consultas prenatales aun cuando tienen los recursos económicos para hacerlo y cuentan con servicios de salud a su disposición. Evidencia proporcionada por antropólogos en trabajos de campo sugieren que en la mayoría de tales casos las mujeres no utilizan esos servicios de salud porque su cónyuge no se los permite, pues quien las atendería en el centro de salud es un doctor (hombre) y no una doctora (mujer). El modelo de identidad propuesto por Akerlof y Kranton permite analizar teóricamente este comportamiento, que a las luces del análisis tradicional es contradictorio. En este caso, podemos interpretar las acciones de los hombres cuyas parejas no asisten a los servicios de salud como el resultado de una pérdida de identidad.

Las familias interactúan en un medio o entorno social, que puede condicionar o influir en la toma de decisiones de los miembros del hogar. La discusión sobre los modelos colectivos y de negociación abre una puerta a la influencia que puede tener el entorno social en el que se encuentra la familia. Pero el entorno, las redes sociales y la sociedad en su conjunto generan sus propias externalidades y mecanismos de diseminación que influyen en las decisiones familiares en general, y en las relacionadas con la salud en particular. Así, las teorías de redes sociales y de capital social exploran la manera como el entorno influye y se retroalimenta de las decisiones familiares. Por ejemplo, Montgomery y otros (2001) argumentan que el comportamiento individual relacionado con los métodos de anticoncepción es influenciado por el entorno en el que los individuos (las mujeres) toman estas decisiones. Así, las redes sociales generan *efectos de difusión* (“efectos del conocimiento, actitudes y comportamientos de otras personas sobre la eventualidad de que los individuos hagan ciertas elecciones”) mediante dos procesos diferentes: el aprendizaje social, que es la adquisición de conocimiento mediante el contacto con otras personas; y la influencia social, expresada mediante las estructuras de autoridad, las normas y los preceptos sociales, etcétera, que condicionan la elección individual. Esta lógica se halla presente en el programa Reprosalud, donde el trabajo con las organizaciones locales de base es importante para formar conciencia sobre el uso de los métodos de anticoncepción no solo en las mujeres sino también entre sus parejas y en la comunidad en general.

c) Familia, redes sociales y barreras económicas

Las redes familiares y sociales también son importantes en el análisis de la salud, pues están relacionadas no solo con la manera como las familias deciden el uso de servicios de cuidado de salud sino también porque influyen en cómo se financia y asegura el patrón de consumo ante eventos de enfermedad. En particular, desde el punto de vista de política pública, una discusión de mucha relevancia para países en desarrollo es cómo generar y sostener sistemas de provisión de servicios de salud y de aseguramiento de la población, en especial del segmento más pobre, ya que el costo de los servicios de salud (barrera económica) limita el acceso a estos servicios y la calidad del servicio al que se accede.

Muchos países en vías de desarrollo, tanto en América Latina como en Asia, han implementado sistemas públicos de provisión de servicios de salud con redes de servicios según niveles de atención, desde el primer nivel de atención —como las postas médicas— hasta el tercer nivel —como los hospitales—. Estas redes de servicios de salud tienen la característica de ser sistemas universales, ya que cualquier persona puede utilizar sus servicios y las tarifas de uso son relativamente bajas (comparadas con las del sistema privado), con la finalidad de reducir y eliminar las barreras económicas de uso de estos servicios, en especial el acceso de la población más pobre. Sin embargo, estos sistemas enfrentan serios problemas para lograr que los más pobres accedan incluso a los servicios básicos de salud. Gertler (1998) identifica cuatro limitaciones de estos sistemas de provisión de servicios de cuidados de salud: primero, que estos sistemas ofrecen servicios de baja calidad, dado que son difíciles de financiar; segundo, que suelen concentrarse en áreas urbanas, lo que limita el acceso de la población de áreas rurales, donde se encuentran niveles muy elevados de pobreza; tercero, que los fondos públicos suelen subsidiar más a quienes menos lo necesitan, ya que más fondos se destinan a mantener los servicios del tercer nivel (hospitales) que son los de mayor complejidad y a los que los pobres no acceden por la barrera financiera; y finalmente, dado que existen fallas de mercado en el acceso al aseguramiento, que las poblaciones más pobres siguen enfrentando serios riesgos financieros asociados con la incertidumbre de eventos de enfermedad.

Una alternativa al sistema de provisión público con tarifas de uso es el sistema de seguridad social de la salud con provisión privada de los servicios de cuidado de salud. En la lógica de un sistema de seguridad social se busca eliminar la falta de acceso por barreras económicas, atenuando adicionalmente las fallas del mercado de aseguramiento. En el Perú, el Sistema Integral de Salud tiene esta lógica, aunque la provisión de servicios corre por parte del sistema público. Sin embargo, una pregunta con implicancia directa para el diseño de políticas de aseguramiento social de la salud es si las familias pueden autoasegurar sus flujos de consumo ante cambios inesperados de salud.

Gertler y Gruber (2002) tratan de responder esta pregunta utilizando como ejemplo el caso de Indonesia, y concluyen que las familias son capaces de autoasegurar sus niveles de consumo frente a eventos de enfermedad menores, pero no contra eventos de enfermedad mayores o graves, es decir contra los denominados “eventos catastróficos”. En particular, Gertler y Gruber encuentran que la salud del jefe del hogar está negativamente correlacionada con la capacidad de generación de ingresos en el hogar, dado que el jefe de hogar constituye la principal fuente de ingresos para este.³⁰ Muestran que una fracción importante del ingreso familiar disponible libre de gastos de salud (consultas, pruebas, medicinas, etcétera) está correlacionada de manera positiva con los cambios en los niveles de consumo per cápita del hogar. Esto implica que los hogares no son capaces de autoasegurar por completo las fluctuaciones en el consumo como consecuencia de las fluctuaciones en los ingresos ocasionadas por *shocks* de salud. Las estimaciones que presentan sugieren que en Indonesia las familias solo pueden asegurar un 75% de su flujo de consumo ante eventos inesperados de enfermedad. Adicionalmente, encuentran que ante eventos de enfermedad catastróficos, solo un 35% del flujo normal de consumo puede ser asegurado con recursos propios del hogar.

Esta evidencia sugiere que los sistemas de aseguramiento universales, que consideran todos los eventos de enfermedad —graves o no— y que requieren topes en el monto cubierto por el seguro, no serían la alternativa más eficiente en los países en desarrollo. Gertler y Gruber argumentan que un sistema de aseguramiento universal de salud contrarrestaría estrategias de autoaseguramiento privadas (como redes familiares extensas o comunales) y no sería capaz, dados los límites en la cobertura, de asegurar los eventos de enfermedad con mayor impacto en los flujos de consumo familiar como los eventos catastróficos, cuyo costo es muy elevado. Por el contrario, sistemas de aseguramiento que impliquen un deducible para todos los eventos de enfermedades (sean menores o graves), pero con cobertura completa para eventos graves, serían más adecuados. Dada la importancia de este tema para el diseño de sistemas de aseguramiento de la salud en países en desarrollo como el Perú, se requiere más investigación al respecto.

Por otro lado, la problemática que imponen las barreras no económicas al acceso y uso de servicios y prácticas de cuidado de la salud es un tema que no se debe descuidar cuando se discute la reforma de los sistemas de provisión de servicios de salud o de sistemas de seguridad social de la salud. Eliminar o reducir las barreras económicas es un objetivo importante que se debe perseguir, pero

30 El indicador de salud que utilizan Gertler y Gruber es un índice de actividades de la vida diaria.

es necesario que las estrategias orientadas a resolver los problemas de acceso consideren y ataquen también los problemas relacionados con las barreras no económicas.

3. ALGUNOS ELEMENTOS CLAVES PARA UNA AGENDA DE INVESTIGACIÓN

La revisión del progreso de los principales indicadores de salud materno-infantil muestra una evolución positiva aunque insuficiente, fundamentalmente debido a la persistencia de las desigualdades en perjuicio de los grupos menos favorecidos —los más pobres— de zonas rurales y de los grupos étnicos nativos. Asimismo, el análisis del impacto de las principales intervenciones analizadas muestra un sesgo en contra de estos mismos grupos, especialmente de aquellas que corresponden al sector salud. En este marco, resulta urgente lograr un sistema de protección de la salud del binomio madre-niño más sensible a las diferentes necesidades de la población, en particular de los grupos étnicos y de género más vulnerables. Lo que resulta particularmente importante de entender es que este sistema no se debe restringir al sector salud tradicional; es crucial tomar en cuenta que las intervenciones que se requieren, y probablemente las de mayor eficacia relativa, trascienden a este sector. Sin embargo, tal planteamiento no supone el olvido del sistema de salud, el mismo que también requiere una urgente transformación para contribuir adecuadamente al objetivo de la reducción de las desigualdades en salud materno-infantil. En esta sección, más que proponer un listado de estudios específicos, lo que hacemos es plantear un par de cambios fundamentales que permitan mejorar nuestra capacidad de entender los mecanismos mediante los cuales se establecen los determinantes sociales de la salud, y cómo avanzar en la generación, implementación y evaluación de innovaciones que permitan reducir las desigualdades en la salud materno-infantil en el Perú.

3.1. Mejorando las fuentes de información

Tanto la investigación como el diseño de programas y políticas requieren evidencia sólida que las fundamente; en este sentido, es fundamental la calidad de la información proveniente tanto de encuestas de hogares y estudios específicos como de los registros administrativos. Mencionamos a continuación algunas sugerencias respecto a cómo mejorar la información ya existente, y al mismo tiempo indicamos limitaciones y carencias cuya superación seguramente contribuirá a realizar más investigaciones necesarias y al diseño de políticas e intervenciones de salud.

a) Las encuestas de hogares

Como se ha mencionado en las secciones anteriores, el estudio de la salud y del uso de servicios de salud debe considerar no solo al individuo sino también su entorno familiar y social. En este sentido, las encuestas de hogares brindan información muy valiosa en tanto permiten el análisis de microdatos para individuos y hogares. Sin embargo, no todas las encuestas de hogares cuentan con módulos o secciones sobre la salud y/o el uso de servicios de salud, o no cuentan con información adicional a la de salud para investigar las decisiones acerca de cómo se invierte en el cuidado de la salud y la prevención de enfermedades.

En el Perú hay tres tipos de encuestas de hogares que ofrecen la posibilidad de analizar el tema de la salud y considerar al mismo tiempo al individuo y su hogar. Existen, por un lado, encuestas de hogares orientadas a la medición de niveles de vida de la población, como la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV) y la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH).³¹ Ambas encuestas tienen como marco de referencia el universo de hogares y la población total del país. Aunque su objetivo principal no se concentra en el análisis de la salud, incorporan módulos sobre eventos de morbilidad, uso de servicios de salud y gastos en salud ocasionados por episodios de enfermedad. Algunas rondas de estas encuestas también incluyen información antropométrica (peso y talla) de los niños de 5 o menos años, y en algunos casos de otros miembros del hogar.³² Estas encuestas incluyen información sobre patrones de gastos e ingresos familiares, así como otros indicadores socioeconómicos del hogar, lo cual permite por ejemplo analizar la relación entre el uso de servicios de salud y el nivel de ingreso o gasto del hogar.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), por otro lado, es una encuesta especializada en temas de fecundidad y salud materna e infantil. Se aplica a mujeres de 15 a 49 años, las que constituyen su marco de referencia. Incluye además medidas antropométricas de niños menores de 5 años, así como historia de nacimientos, uso de métodos de anticoncepción modernos, acceso a controles de embarazo, asistencia especializada durante el parto, uso de servicios de salud, etcétera. Sin embargo, la encuesta no recoge información sobre niveles de ingreso ni de gastos, aunque sí cuenta con un módulo

31 La primera ENNIV la aplicó el INEI en 1985-1986; a partir de 1990 y hasta el año 2000, cuando se dejó de aplicar, lo hizo el Instituto Cuánto cada tres años. La ENAH es aplicada desde 1995 por el INEI: entre 1995 y el 2002 lo hizo trimestralmente, considerando en cada oportunidad un solo tema principal (empleo e ingresos, condiciones laborales, educación, salud, gastos o niveles de pobreza). A partir del 2003 la ENAH se aplica de manera continua, con un cuestionario base que se repite cada mes.

32 Por ejemplo, la ENNIV 2000 recogió información antropométrica no solo de los niños sino también de los adultos miembros del hogar.

sobre activos del hogar que permite estimar el nivel socioeconómico del hogar (Valdivia 2002).

A partir del 2004, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) aplica la ENDES de manera continua entre enero y octubre de cada año. INEI (2005) presenta algunos resultados preliminares de la ronda del 2004 y expone con cierto detalle las características de la muestra y su representatividad. Este documento explica que la muestra encuestada en dicha ronda es un panel de una submuestra representativa de los conglomerados de la ENDES 2000, indicando que algunas variables —como las de preferencias de fecundidad, morbilidad infantil y uso de servicios básicos de salud— alcanzan representatividad nacional y por área de residencia al cabo de un año. Al cabo de cinco años se completará la muestra de conglomerados de la ENDES 2000 y se alcanzará representatividad departamental. En el caso de la fecundidad y la mortalidad infantil se entiende que los periodos son mayores, por lo que se plantea que las estimaciones se hagan por promedios móviles. Por otro lado, las medidas antropométricas se han de recoger dejando un año.³³

Como se ha mencionado, durante los últimos años estas encuestas (en especial la ENDES) han permitido el estudio de diversos ámbitos relacionados con la salud. Sin embargo, a pesar de las ventajas de recoger información de microdatos, las tres encuestas presentan algunas deficiencias que limitan la capacidad de análisis pues no incluyen toda la información necesaria, no cuentan con el nivel de detalle de información que se desearía o no contemplan temas relevantes. En primer lugar, las ENNIV y las ENAHO, que miden con relativa precisión los ingresos y gastos del hogar, no cuentan con indicadores detallados de salud más allá de los reportes de eventos de morbilidad y antropometría para los niños; mientras que la ENDES recoge información sobre salud materno-infantil con detalle, pero no cuenta con información sobre ingresos o gastos del hogar.

Una limitación adicional para el análisis del acceso y uso de servicios de salud es que no se cuenta con información actualizada sobre la oferta de servicios de salud a los que los hogares entrevistados en las encuestas mencionadas pueden acceder. Si bien existe un Censo de Infraestructura Distrital que contiene información sobre los centros de salud disponibles en todo el país, aún es precario el uso de información georreferenciada que permita vincular los datos de las encuestas de hogares con los datos de este tipo de censos de una manera sencilla y sistemática. Por otro lado, la información sobre los centros de salud no siempre se encuentra actualizada. A largo plazo, se debería lograr que los censos y las encuestas de hogares recojan información georreferencial en un

33 No conocemos ningún estudio independiente que esté analizando los resultados obtenidos el 2004 en relación con las tendencias que se venían registrando hasta el 2000.

sistema coordinado que permita vincular las distintas fuentes de información de manera sencilla para enriquecer el análisis. En el corto plazo, frente a esta realidad, una posibilidad es empezar a recolectar información adicional acerca de los servicios con los que cuentan las comunidades en los módulos de información comunal de las encuestas de hogares o de salud. En el caso particular de los servicios de salud, por ejemplo, se puede incorporar información sobre si hay o no un centro de salud en la localidad y algunas de sus características (cuenta con un doctor[a] y/o enfermeros[as], camas, tipo de servicio que brinda, etcétera), o identificar el centro de salud más cercano y sus características si en la localidad no existe uno.

En segundo lugar, el nivel de detalle de la información no siempre es el más adecuado desde el punto de vista de investigaciones que buscan analizar la asignación de recursos al interior del hogar. Por ejemplo, en las ENNIV y las ENAHO se investiga por las fuentes individuales de ingreso laboral pero no por las fuentes de ingresos no laborales, lo cual limita —o imposibilita, en algunos casos— el análisis de la asignación de recursos. Si bien en estas encuestas se indaga sobre otras fuentes de ingresos adicionales a los laborales, tales como las transferencias monetarias y en especie que recibe el hogar, las pensiones, herencias, ingresos por intereses o ganancias de capital, no se indaga sobre qué miembro del hogar recibe o tiene el control de cada una de estas fuentes de ingreso no laboral. Al mismo tiempo, el reporte de gastos y consumo del hogar se realiza a nivel agregado, sin indagar por quién, en el hogar, realiza gastos específicos; por ejemplo, no se indaga por cuánto se gasta en alimentos o vestido y calzado específicos para los niños o según el sexo de los hijos. Este tipo de desagregación de la información permitiría un análisis más completo y rico sobre cómo es que los hogares deciden acerca de las inversiones que realizan en sus miembros y cómo el control de recursos al interior del hogar afecta estas inversiones.

En tercer lugar, los indicadores de salud que se recogen en las encuestas son importantes pero no suficientes. Una seria deficiencia de las encuestas con las que se cuenta en la actualidad es la falta de información sobre indicadores de salud para cada uno de los miembros del hogar, más allá de los eventos de enfermedad que se reportan. Adicionalmente a los eventos de morbilidad y a los indicadores antropométricos que ya se recogen en las encuestas en el Perú, existen varios otros indicadores de salud relevantes que enriquecerían investigaciones futuras; entre ellos podemos mencionar indicadores de actividades de la vida diaria (AVD), o actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), mediciones de hemoglobina, presión arterial, colesterol y glucosa, así como también indicadores de salud psicosocial y mental, entre otros.

En el caso particular de los niños, es importante tener en cuenta que durante la primera infancia se desarrollan no solo el aspecto físico sino también los aspectos motores, cognitivo, emocional y social. Por lo tanto, aunque los

indicadores antropométricos y de eventos de morbilidad son importantes, también lo es considerar otros indicadores asociados al desarrollo temprano de los niños y del entorno familiar en el que se produce este proceso de desarrollo. Existen instrumentos específicamente diseñados para cuantificar aspectos del desarrollo infantil temprano; por ejemplo, en el caso del desarrollo cognitivo se han generado instrumentos cuantitativos como las matrices progresivas de Raven, o las pruebas de vocabulario por imágenes y de logro individual de Peabody (PPVT y PIAT respectivamente, por sus siglas en inglés). En cuanto al entorno y la estimulación en el hogar, existe, por ejemplo, el *Home Observation for Measurement of Environment Inventory* (HOME; Caldwell y Bradley 1984) diseñado para medir la cantidad y calidad de la estimulación y el apoyo disponible para el niño en el hogar.

Por otro lado, una limitación sería de las encuestas existentes es la escasez de marcadores alternativos de adscripción étnica, lo que impide incorporar adecuadamente al análisis la dimensión de la etnicidad. Anteriormente se señaló la importancia de las redes familiares y sociales como determinantes de las desigualdades de salud; sin embargo, los datos de las encuestas limitan el análisis cuantitativo de la etnicidad como determinante de tales desigualdades en el Perú. Lo común es aproximar el componente étnico utilizando como indicador la lengua materna, identificando a quienes tienen ascendencia indígena como aquellos cuya lengua materna es el quechua, el aimara o alguna otra lengua nativa. Sin embargo, dado el rápido proceso de urbanización que se experimenta en el país, así como la asimilación cultural que implica este proceso, la pertinencia de la lengua materna como marcador étnico se hace cada vez menos relevante. Al respecto, en las rondas más recientes de la ENAHO se han empezado a incorporar preguntas asociadas con la identificación étnica de la población, y se vienen realizando esfuerzos similares para incorporar preguntas de este tipo en la ENDES.

Otras limitaciones de las encuestas disponibles son la falta de información sobre la historia marital del jefe de hogar y su cónyuge, de indicadores de niveles de vida y salud para los adultos, de indicadores de habilidad cognitiva y de información sobre uso del tiempo.

El recojo de información en las encuestas de hogares ha mejorado durante los últimos años, en la medida en que han aumentado los requerimientos de información por parte de la comunidad académica y del propio sector público. En este sentido, por ejemplo, talleres de discusión entre el INEI e investigadores de diferentes áreas de especialización han servido para mejorar módulos y/o incorporar nuevas preguntas a la ENAHO o la ENDES. Esta es una práctica positiva que se debe mantener y fortalecer.

Sin embargo, al margen de las mejoras que se puedan incorporar a las encuestas existentes, se debe considerar también la posibilidad de producir nue-

vos instrumentos que permitan mejorar nuestra capacidad de analizar diversos temas y en particular la salud. Al respecto, si bien las ENNIV y las ENAHO han incluido en diferentes momentos muestras de hogares tipo panel, no contamos con un instrumento diseñado como un estudio longitudinal (o de panel) propiamente dicho. Por ejemplo, las encuestas de vida familiar (*Family Life Survey*) que se han implementado ya en varios países, tales como Indonesia, Malasia y México, son un ejemplo de estudios longitudinales diseñados para realizar investigaciones que tienen como referencia el marco teórico de la familia/hogar que hemos discutido previamente. En particular, las encuestas de este tipo ponen énfasis en recoger información acerca de los individuos y del contexto familiar en el que estos toman sus decisiones. Este tipo de estudios, que siguen a hogares e individuos a lo largo del tiempo, son muy útiles para investigar, por ejemplo, los cambios en el estado de salud de los individuos y en los patrones de uso de servicios de salud. Al mismo tiempo, los estudios longitudinales permiten analizar la heterogeneidad individual y los *shocks* que afectan a diferentes grupos poblacionales en distintos momentos, lo cual aumenta la posibilidad de identificar efectos causales.

b) Los registros administrativos

Los registros administrativos constituyen también una fuente de información valiosa no solo para la adecuada planificación de políticas e intervenciones y para el monitoreo de la salud; son también una fuente de información para investigaciones que a su vez pueden retroalimentar el diseño de políticas. En el sector salud se cuenta con información sobre registros de nacimientos, sobre los diversos servicios de salud (tales como el número de atenciones, hospitalizaciones, emergencias e inmunizaciones), sobre las causas de morbilidad (para consulta externa, hospitalizaciones, y emergencias), con registros de defunciones y causas de mortalidad, entre otros. Adicionalmente, programas y/o intervenciones específicas también cuentan con sistemas de información; dos ejemplos son el Sistema Integral de Salud, que registra información para sus afiliaciones y atenciones, y los establecimientos de salud CLAS, que recogen información en sus fichas censales con las que se realizan diagnósticos para elaborar sus planes de salud.

El registro de esta información ofrece la oportunidad de contar con microdatos en los que la unidad de registro es la persona-evento; por ejemplo, para el caso de una atención de parto la unidad es la mujer que se atiende y el evento es el parto. Dado que la información ya se recoge, se puede hacer el esfuerzo de sistematizarla e integrarla de manera tal que se potencie su utilidad.

En el caso del registro de nacimientos, por ejemplo, si se registra a cada mujer atendida con un código de identificación único, tal como su documento

de identidad (DNI), para alimentar una base de datos o un sistema integrado de bases de datos, será posible identificar luego a las mujeres y el evento particular, el lugar de atención, el tipo de atención y alguna otra información relevante. Si una mujer ya registrada tiene un nuevo embarazo, será posible identificarla en la base de datos y vincular la información de cada uno de sus partos, de los que además se conocerá también la información del niño o niña que nació, tal como su peso al nacer, si tuvo complicaciones, etcétera. De este modo se puede reconstruir la historia de fecundidad de cada mujer registrada; es decir, construir una base de microdatos longitudinales con todos los partos institucionales. Para que la información que se registre sea comparable independientemente de dónde se produce el evento, se debe diseñar una ficha de ingreso de datos estandarizada que se aplique por igual en cualquier establecimiento de salud de las diferentes Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) del país. Si adicionalmente se registran las atenciones de salud y de chequeos prenatales de cada mujer atendida con un código de identificación único, lo que puede alimentar otra base de datos, sería posible luego vincular sus chequeos y su situación general de salud con su historia de fecundidad.

Un paso importante para lograr un sistema de información útil y eficiente es lograr que el registro de información en los distintos establecimientos de salud y programas se haga de una manera homogénea y sistemática a nivel nacional, usando fichas de registro comunes y con un sistema de ingreso de datos que se podría concentrar en las cabeceras de red de establecimientos y que cuenten con equipamiento informático y de comunicación de red. Así se podría alimentar un sistema de bases de datos actualizado, y mucha de la información que actualmente se recoge en los establecimientos de salud a la cual no se puede acceder podría alimentar periódicamente el sistema.

3.2. Aprendiendo en el camino: sistema de monitoreo y evaluación de las innovaciones en las intervenciones a favor de la salud materno-infantil

La sección 1.2 presentó una revisión del impacto de un conjunto de intervenciones a favor de la salud materno-infantil implementadas durante la década de 1990. Esa revisión permitió, en primer lugar, constatar que en ese periodo se aplicaron diversas innovaciones importantes en la manera de atender la salud de los peruanos, y especialmente de las mujeres y los niños más pobres y vulnerables. Sin embargo, salvo contadas excepciones, la posibilidad de evaluar el éxito o fracaso de estas intervenciones, en términos de su impacto sobre la salud poblacional, se vio restringida por la ausencia o las limitaciones de los sistemas de monitoreo y evaluación diseñados al momento de su implementación. En muchos casos, la obligación de evaluar los programas se salvó a partir

de evaluaciones de procesos, y no de impacto; en otros casos, se buscó establecer el impacto pero sin contar con una línea de base oportuna o con grupos de control que permitieran una identificación rigurosa de los efectos causales. Esta situación es muy lamentable porque se gastaron muchos recursos que ciertamente son muy escasos en un país pobre como el nuestro, y hubiera sido muy útil haber aprendido con mayor detalle y rigurosidad lo que funcionó y lo que no, para quiénes, etcétera. Será muy importante que entendamos por qué fallaron los sistemas de evaluación anteriores, no solo desde el punto de vista técnico sino también político, para que esta situación no se repita en el futuro y podamos mejorar la eficiencia y equidad del gasto público en general, y en salud en particular.

a) ¿Por qué se necesitan mejores evaluaciones de las intervenciones públicas?

Hay varias razones que establecen la necesidad de mejorar la transparencia y eficiencia del gasto público destinado a la mejora de la salud materno-infantil. En primer lugar, la discusión de la sección 1 muestra la evolución insatisfactoria de los principales indicadores de salud materno-infantil y del funcionamiento de los programas del sector salud, especialmente en lo que respecta a la persistencia de las desigualdades en perjuicio de los grupos más vulnerables: mujeres y niños pobres que viven en zonas rurales y que tienen orígenes indígenas más recientes. Por un lado, la desnutrición crónica entre niños menores de 5 años y la mortalidad materna muestran niveles persistentemente altos en términos absolutos y relativos. Asimismo, aunque se han dado progresos significativos en términos de reducción de la mortalidad infantil, la cobertura de vacunación y de métodos de planificación familiar, los controles prenatales y la atención profesional durante el parto, las desigualdades son muy grandes, en perjuicio de los pobres que residen en zonas rurales y de origen étnico andino.

En cuanto a los programas nutricionales y de salud, las evaluaciones de proceso hablan muchas veces de la falta de coordinación de los programas que tienen objetivos similares o relacionados, y de las ineficiencias y la corrupción en el manejo de los recursos, así como de las limitaciones de sus mecanismos de focalización para llegar a los grupos más pobres y vulnerables.³⁴ En los casos en los que ha sido posible establecer evaluaciones de impacto relativamente confiables, los efectos encontrados, aunque positivos a nivel agregado, muestran tendencias a reproducir las desigualdades por nivel socioeconómico, tipo de locación y etnia, en lugar de aminorarlas. En ese marco, es necesario innovar los

34 Ver, por ejemplo, el capítulo de Alcázar en este mismo volumen.

programas nutricionales y de salud nuevos y antiguos, pero incorporando una estrategia que nos permita un aprendizaje sistemático acerca de lo que puede funcionar para reducir las desigualdades en salud en el Perú. Ciertamente, el diseño de esa estrategia debe tomar en cuenta los cambios asociados al proceso de descentralización que ha de ir ajustándose para el sector salud en los próximos años.

Un aspecto que es importante aclarar es que el planteamiento de esta sección no es evaluar el impacto de las tecnologías que se requieren para reducir la mortalidad infantil y materna o la desnutrición crónica, sino los procesos de distribución de los servicios asociados. De hecho, ya se conocen muchas de las tecnologías que se requieren para reducir la mortalidad infantil y materna entre los grupos más vulnerables. Valdivia (2006) revisa la literatura relacionada con el logro de los Objetivos del Milenio e identifica que hay una suerte de consenso acerca de que se cuenta con las tecnologías para atacar la mortalidad infantil y materna, además de enfermedades como el sida, la malaria la tuberculosis y otras.³⁵ Veamos dos ejemplos importantes ofrecidos por Wagstaff y Claeson (2004). Para el control de la diarrea —la segunda causa más importante de muerte de niños en el mundo—, se sabe que la lactancia materna, la alimentación complementaria, la suplementación de zinc y vitamina A y el acceso a agua y desagüe permiten prevenir su incidencia. En cuanto a tratamientos, se sabe que para la diarrea son efectivos la terapia de rehidratación oral, y los antibióticos para disentería y suplemento de zinc. Jones y otros (2003) estiman que dos tercios de las muertes de niños pueden ser evitadas mediante la cobertura universal de estas intervenciones en un proceso integrado. En el caso de la mortalidad materna, se sabe que el acceso universal a un cuidado obstétrico básico, a servicios seguros de aborto y a un manejo activo antes que reactivo de la tercera etapa del parto, así como el uso de sulfato de magnesio y otros anticonvulsivos para mujeres con preclamsia, permitirían evitar cerca de tres de cada cuatro muertes maternas. El asunto no es volver a evaluar la eficacia de estas tecnologías, sino la de los mecanismos de distribución de estos servicios que manejaría el sistema público de salud. El diseño de esos mecanismos debe tratar de aliviar, por ejemplo, las barreras económicas, geográficas y culturales que enfrentan las mujeres y los niños más vulnerables para acceder a esos servicios. Asimismo, el diseño se debe adaptar a las limitaciones institucionales del propio sector salud y del sector público en general para coordinar los necesarios esfuerzos intersectoriales.

35 Más aún, dicha revisión plantea que la restricción tampoco es financiera, en cuanto a que los compromisos financieros asumidos por los países industrializados alcanzarían para costear las intervenciones requeridas. La principal restricción es de carácter institucional, en el sentido de que se requiere que los sectores de salud de las naciones con peor evolución en sus indicadores de salud son también los menos calificados para asumir las innovaciones requeridas, menos aún cuando la cuestión es ganar un rol de liderazgo frente a los demás sectores públicos y la sociedad, para involucrarlos coordinadamente con el objetivo.

En ese marco, es necesario seguir trabajando en la identificación del tipo de programas públicos (mecanismos de distribución de servicios) que se requieren para continuar mejorando la salud de este importante grupo poblacional, al mismo tiempo que reducimos las desigualdades respectivas. El planteamiento es que la forma más responsable de hacerlo es asegurarse de que los nuevos programas, o las innovaciones de los antiguos, se prueben primero en experiencias piloto en grupos relativamente pequeños, que incluyan un sistema de monitoreo y evaluación de su impacto sobre la salud de la población objetivo. Solo luego de probarse que su impacto es positivo, es que se debería pasar a expandir el programa en otras localidades y a mayor escala. Asimismo, de encontrarse algunas deficiencias o limitaciones, podrán realizarse los ajustes necesarios previos a la expansión. Ciertamente, este requerimiento no es nuevo; de hecho, la evaluación del impacto de programas sociales ha venido ganando creciente importancia en los países en desarrollo —incluido el Perú— durante los últimos años, en muchos casos impulsada por exigencias de rigurosidad de parte de los organismos multilaterales que han financiado algunas innovaciones (ver, por ejemplo, Duflo 2003). Sin embargo, en muchos casos estos requerimientos se han quedado como requisitos burocráticos debido a factores como la falta de planificación y/o presupuesto o, en otros casos, a la reticencia de los funcionarios públicos a que sus programas sean evaluados, a causa del temor de que dicha evaluación redunde en una evaluación de su propio trabajo.

b) Bases de un sistema de monitoreo y evaluación de innovaciones

Tanto en la sección 1.2 como en lo que va de la sección 3 hemos venido señalando que una de las principales limitaciones para evaluar rigurosamente el impacto de las diferentes innovaciones desarrolladas durante la década pasada ha sido la ausencia de una línea de base oportuna y de un grupo de control.³⁶ En tal sentido, resulta natural que empecemos esta sección aclarando la necesidad de estos dos componentes. A continuación, nos concentramos en uno de los métodos más populares para medir el impacto de una intervención sobre las variables objetivo del programa correspondiente: el de la *doble diferencia* (DD).³⁷

El estimador DD se obtiene comparando los cambios en las variables objetivo de los grupos de tratamiento (beneficiarias) y de control (no beneficiarias). Simplificando, para fines de exposición, clasifiquemos a la población de referencia

36 Habría que anotar que estas ausencias no se han reducido con el paso del tiempo. El SIS, una de las principales innovaciones desarrolladas por el gobierno de Alejandro Toledo, no contó ni con una línea de base ni con un grupo de control adecuadamente definidos.

37 Ver Baker (1999) y Ravallion (1998).

en dos grupos, a los que observamos en dos momentos (ver el diagrama 1). Primero se establece la diferencia en la variable objetivo con la implementación del proyecto (A – C). Luego se le resta la diferencia en esa misma variable ocurrida entre aquellos grupos (familias o comunidades) que no participaron en el proyecto (B – D). En otras palabras, el efecto del programa sobre la variable objetivo se obtiene con la siguiente expresión:

[(A – C) – (B – D)]

(8)

Diagrama 1

	Beneficiarias (tratamiento)	No beneficiarias (control)
Con programa (después)	A	B
Sin programa (antes)	C	D

Los cambios que genera una determinada intervención se dan en el tiempo, y es en este sentido que es importante comparar la situación de los grupos beneficiarios antes del inicio de la intervención (línea de base), con la que se observa luego de un determinado periodo que se considere suficiente para que las diferencias se manifiesten. Pero observar a los beneficiarios en el tiempo no es suficiente para establecer el impacto de una determinada intervención o innovación. Para aproximarse al efecto causal es necesario incluir a grupos semejantes a los beneficiarios, salvo por el hecho de que ellos no han recibido ni recibirán por un tiempo los beneficios de la intervención que se analiza. La razón de ello es que el paso del tiempo puede traer cambios adicionales sobre los individuos o su entorno, que son ajenos a la implementación del programa. Por ejemplo, uno puede comparar el nivel nutricional de los niños menores de 5 años beneficiarios del programa luego de un periodo de implementado el programa con el que se tenía antes del inicio del mismo (A – C). Sin embargo, digamos que la encuesta de la línea de base se realizó en un año de expansión económica, mientras que la segunda encuesta se aplicó en un periodo de recesión. En este caso, es muy probable que muchos niños beneficiarios del programa tengan en el segundo periodo un ingreso inferior al del momento de la encuesta de línea de base (A – C < 0) y, por lo tanto, que hayan enfrentado un mayor riesgo de privaciones nutricionales. Esto, ciertamente, no significa que el programa tuvo un efecto negativo sobre el nivel nutricional de los niños, sino que cambios de las condiciones externas afectaron la evolución de la variable objetivo.

Una forma de ajustar por esos factores externos a la intervención es comparar esta diferencia con el cambio en el nivel nutricional de los niños en los grupos no beneficiarios del programa que tengan las mismas características y hayan enfrentado el mismo tipo de factores externos en ambos periodos. Si el cambio en el contexto macroeconómico tiene el efecto planteado como hipótesis aquí, el cambio en el nivel nutricional de estos niños también será negativo ($B - D < 0$). Así, parte de la caída en el nivel nutricional de los niños beneficiarios del programa responderá al cambio en los factores externos, e incluso es posible que el efecto del programa haya sido positivo [$(A - C) - (B - D) > 0$].

Entonces, la estimación del impacto de un programa requiere que la línea de base incluya a un grupo de características similares a aquellos que sí son beneficiarios de la intervención en su primera etapa.³⁸ El tema principal para que el estimador de doble diferencia refleje una relación de causalidad entre la intervención (programa o política) y los resultados de la misma sobre las variables objetivo es mostrar que el grupo de control es efectivamente equivalente al grupo de tratamiento, salvo por el hecho de que sus miembros no se han beneficiado con el programa. Un problema muy usual es el sesgo de selección asociado a la participación de los individuos en un determinado programa, en la medida en que la participación está asociada a características no observables de los individuos (habilidad innata, condiciones preexistentes, etcétera) que podrían condicionar el impacto del programa, y por lo tanto sesgar los resultados del indicador de doble diferencia.

Veamos, por ejemplo, el caso de un programa que inicia sus actividades sin considerar de manera consistente la evaluación del impacto de las mismas. Es usual que los funcionarios del programa planeen empezar por atender a aquellos grupos que les venían demandando ese tipo de intervención, que les representan un menor costo o que son los de mayor probabilidad de beneficiarse rápidamente con los efectos del programa. En ese marco, puede resultar difícil para el evaluador identificar a grupos equivalentes a los de tratamiento. De todas maneras, se pueden usar algunas metodologías de emparejamiento para identificar a un grupo de control razonable, especialmente si la escala del programa no es muy grande. Si el evaluador logra participar en la planificación de las acciones del programa, será posible controlar de alguna manera este problema estableciendo con anterioridad a la intervención los grupos de control, es decir, aquellos que no han de ser beneficiarios en una primera etapa.³⁹

38 En estricto, lo que quisiéramos es poder observar el cambio en el nivel nutricional de los beneficiarios del programa de no haber existido este programa. Sin embargo, esta es una situación no observable, por lo que debemos contentarnos con encontrar un grupo equivalente.

39 Esta metodología ya ha sido posible usarla en el Perú en programas públicos; por ejemplo, para algunos esfuerzos de entrenamiento laboral del Ministerio de Trabajo. Ver Nopo y otros (2002).

Una limitación de la metodología del emparejamiento es que solo se puede basar en comparaciones de los dos grupos sobre aquellas variables que el investigador puede observar. Esta limitación se vuelve particularmente relevante cuando la intervención que se analiza supone una decisión importante de participación de los individuos. En este caso, sin embargo, lo más probable es que quienes busquen participar en el programa tengan características de motivación distintas a las de quienes no participaron, siendo el problema que este tipo de factor no es fácilmente observable.

Un mecanismo reconocido para controlar por diferencias en factores o características no observables entre los grupos de tratamiento y de control se da mediante los *diseños experimentales*, que suponen la selección aleatoria de los individuos o grupos que reciben tratamiento y los que son de control, sobre la base de una población definida como *elegible*.⁴⁰ La elegibilidad de un individuo, familia o localidad se puede basar en diversos factores observables, como el nivel de pobreza, educación, salud, etcétera. Sin embargo, una vez definido este grupo, la idea es que no sean los individuos o programas los que determinen el grupo a beneficiarse, sino que el mismo sea determinado al azar. Con un número adecuado de observaciones, uno puede esperar que el sesgo de selección esté balanceado entre los grupos de tratamiento y control, de tal manera que las diferencias observadas puedan ser atribuidas fundamentalmente al programa o la innovación que se analiza.

Los diseños experimentales, sin embargo, no están exentos de problemas. Un aspecto crucial es asegurarse de que el grupo de control se mantenga aislado de los beneficios del programa, algo que puede llegar a ser difícil de controlar en determinados contextos de implementación cuando los mecanismos de transmisión entre el grupo de tratamiento y control surgen de manera espontánea. También se suelen presentar restricciones de índole político, en cuanto diversos grupos, dentro y fuera del programa, se informan y toman interés en que los grupos de control se conviertan en beneficiarios del programa durante la vigencia del experimento. Muchas veces es necesario hilar fino para lograr que los grupos de control se mantengan como tales mientras dura el experimento, pero esta es una preocupación igualmente presente en los casos en que se usan métodos de emparejamiento.

c) Acerca de la economía política de las evaluaciones de impacto

A nivel académico, la última década ha sido muy prolífica en el desarrollo de variantes metodológicas de evaluación de impacto utilizando experimentos

40 Ver, por ejemplo, Duflo, Glennerster y Kremer (2004).

naturales, variables instrumentales, métodos de emparejamiento o diseños experimentales. Al mismo tiempo, ha venido creciendo el convencimiento de las agencias multilaterales acerca de la necesidad de que los proyectos con los que financian diferentes intervenciones sociales en los países incluyan adecuados mecanismos de evaluación. Dentro de esa tendencia también es creciente, entre la comunidad internacional, el convencimiento de que los diseños experimentales no solo son los más sólidos desde el punto de vista técnico, sino también que son viables desde el punto de vista logístico.

Un caso que ha terminado siendo paradigmático acerca de la utilidad de un riguroso sistema de evaluación de impacto para garantizar su sostenibilidad y expansión es el caso del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), de transferencias condicionadas, que se implementó a partir de fines de la década de 1990 en zonas rurales de México. PROGRESA representó una innovación radical respecto a los programas nutricionales tradicionales, en la medida en que reemplazó las transferencias en especie por transferencias de efectivo, condicionadas a determinados niveles de inversión en capital humano por parte de los hogares beneficiarios.⁴¹ El otro elemento fundamental del programa es la estrategia seguida para evaluar el impacto del mismo sobre la inversión en educación y salud de los hogares beneficiarios. Un primer punto es la transparencia con la que se trabajaron los diferentes aspectos del programa, tales como la selección de las comunidades beneficiarias y de las familias elegibles al interior de cada comunidad, así como de los registros asociados a las transferencias realizadas por el programa. Además, se encargó el diseño, monitoreo y evaluación del programa al International Food Policy Research Institute (IFPRI), un prestigioso centro de investigación con una planta de investigadores con amplia experiencia en evaluaciones de impacto de programas sociales en países en desarrollo.

Una característica fundamental de la estrategia de evaluación de impacto es la utilización de un diseño experimental, según el cual las comunidades beneficiarias y de control fueron seleccionadas aleatoriamente. Con esa base, la doble-diferencia pudo asignarse con confianza al efecto del programa. Por eso, cuando se obtuvieron impactos positivos sobre la nutrición, educación y salud de los niños, este tipo de intervenciones recibió un respaldo contundente a diferentes niveles, lo que trajo consecuencias sin precedentes. En primer lugar, el programa sobrevivió a un cambio de gobierno que luego de setenta años pasó del tradicional Partido Revolucionario Institucional al conservador Partido Acción Nacional, consiguiendo incluso su expansión a zonas urbanas, aunque con un nuevo nombre: Oportunidades. En segundo lugar, el programa recibió un apoyo

41 Para una descripción detallada de las características del diseño y la implementación de este tipo de programas, ver Morley y Coady (2003).

contundente de parte de las agencias internacionales, y el Banco Interamericano de Desarrollo le extendió recientemente el préstamo más grande de su historia para financiar la expansión del programa a áreas urbanas (ver Parker y Teruel 2005). Finalmente, el éxito del programa tuvo implicancias internacionales, en la medida en que está siendo replicado en países como Honduras, Nicaragua y Jamaica, entre otros.

La experiencia de PROGRESA también ha servido para fortalecer, a nivel de la comunidad internacional, la causa a favor de la generación y expansión de programas y políticas basados en evidencia sólida; en especial, aquella sustentada en diseños experimentales, que son los que mejor garantizan que las diferencias que se encuentren puedan ser atribuidas a las intervenciones analizadas. A pesar de ello, esa tendencia no pareciera haber llegado al Perú, donde aún se generan programas de gran escala de acuerdo con las prioridades de los gobernantes de turno o de las agencias multilaterales, pero con escaso rigor técnico y sin establecer estrategias de evaluación de impacto que satisfagan un mínimo de rigurosidad técnica y transparencia. Ya mencionamos antes que, por ejemplo, el Seguro Integral de Salud (SIS) se generó hacia el 2002 sin contar con una línea de base ni establecer grupos de control. Un caso aún más reciente es el del programa Juntos, que ofrece transferencias de efectivo condicionadas a la inversión en educación y salud de los niños, en la línea de las lecciones aprendidas a nivel internacional con PROGRESA, de México. En este caso, el tema fundamental es la falta de transparencia acerca de cómo se está implementando el programa y de la estrategia de monitoreo y evaluación. Se entiende que se ha considerado la aplicación de una línea de base, al menos para la segunda ronda de beneficiarios, pero no se conoce si la misma incluye a un grupo de control, o si se ha concebido alguna estrategia alternativa para identificar los efectos causales de dicho programa.

¿Por qué en el Perú no se está avanzando en la evaluación de impacto de los programas públicos de lucha contra la pobreza y de apoyo a la salud? Uno puede imaginar cuatro tipos de problemas. En primer lugar, el desconocimiento de los funcionarios acerca de la problemática de atribuir determinados cambios en las variables de interés a un programa determinado, y de su utilidad potencial para apoyar la gestión de los mismos. Un segundo posible elemento es la falta de una cultura de transparencia, lo que permite a los funcionarios públicos manejar los recursos del Estado sin rendir cuentas a la sociedad civil, y en algunos casos al propio Poder Ejecutivo y otras entidades financiadoras. Un tercer elemento tendría que ver con una percepción, falsa o verdadera, de que estos sistemas de monitoreo y evaluación rigurosos y transparentes limitan el poder de los funcionarios y afectan los intereses del propio programa. Veamos a continuación la validez de algunos de los planteamientos más comunes relacionados con estos tres factores.

En lo que respecta al tema del desconocimiento, no es raro encontrar que en el Perú los funcionarios públicos desconozcan la complejidad que supone atribuir determinados cambios a una determinada intervención o programa. Hay que tener en cuenta que la tradición de evaluación en el sector público peruano hasta hace muy poco ha sido la de contratar, por un mes y hacia el final de cada etapa del programa, a un experto en el tipo de programa bajo consideración para que evalúe el funcionamiento del mismo. Ciertamente, este tipo de análisis es muy importante para identificar fallas en la gestión o cuantificar las transferencias realizadas, o su focalización en los grupos prioritarios; sin embargo, en este documento hemos tratado de explicar que es muy difícil que ese tipo de análisis pueda llevar a evaluar el impacto de un programa. Para ello, sería necesario involucrar al *evaluador* en el diseño mismo del programa, de modo que se pueda desarrollar una adecuada estrategia de evaluación. En este sentido, hay una necesidad de trabajar en la capacitación de los funcionarios públicos respecto a la problemática de establecer relaciones de causalidad y en la evaluación de impacto de intervenciones o programas públicos, especialmente ahora que el proceso de descentralización ha de distribuir el manejo de los recursos públicos hacia personas con menos experiencia. Una demostración de la falta de conocimiento acerca de los requerimientos de una buena evaluación de impacto son los casos en que la información de línea de base se ha reconocido mucho después del inicio de operaciones del programa (ver Jaramillo 2004). Esto complica la identificación de efectos causales, debido a la presencia de tendencias seculares que se confunden con el verdadero efecto de los programas.

En segundo lugar está el tema de la falta de una cultura de transparencia y rendición de cuentas en el manejo de recursos. Muchos sabemos lo difícil que es acceder a información desagregada de la acción de los diferentes programas. En algunos casos, hay restricciones presupuestarias para financiar el desarrollo de sistemas de información; pero en otros, la dificultad es que un funcionario público no se siente obligado a proporcionar esta información de manera oportuna a la sociedad civil, incluidos los investigadores, grupos de interés, promotores de salud, etcétera. Se han dado progresos importantes en los últimos años, pero aún estamos lejos de un acceso que permita un monitoreo de los programas sociales a nivel de un distrito o una comunidad, y que favorezca la evaluación independiente de los mismos.

En tercer lugar, es importante reconocer que la implementación de una estrategia de evaluación casi siempre plantea complicaciones para la operación del programa de parte de los funcionarios no experimentados o convencidos de la importancia de los mismos. Cuando menos, se requiere conocer con anticipación los lugares donde operaría el programa durante, digamos, los primeros dos años, a fin de poder establecer adecuados grupos de control. Esta es una complicación importante porque exige un nivel de planificación poco común en

el sector público peruano. Una vez establecidos los grupos de control, se requiere el compromiso de que el programa no busque operar en esas zonas durante el tiempo que se requiere para evaluar su impacto, lo que supone una pérdida de poder que muchas veces los funcionarios públicos no están dispuestos a aceptar. Más aún: en el caso de los diseños experimentales, la selección aleatoria de los grupos de tratamiento y de control supone limitar la capacidad de decisión de los funcionarios públicos encargados, a los diferentes niveles, sobre dónde empezar a trabajar. Todos estos elementos establecen incentivos para que los funcionarios públicos se opongan o no favorezcan la implementación de una rigurosa estrategia de evaluación de impacto.

El cuarto tipo de cuestionamiento importante o común se refiere al problema ético que, según se dice, representa excluir de los beneficios de un programa a familias o comunidades igualmente necesitadas de un apoyo público, solo por el hecho de haber sido asignado a un grupo de control. Este punto es fácilmente rebatible en la mayoría de las circunstancias. En primer lugar, la realidad de muchos programas nuevos, o innovaciones de los antiguos, es que no cuentan con los recursos suficientes como para atender a toda la población elegible en una primera etapa. En este sentido, resulta muy ético que la selección de los grupos beneficiarios entre una población igualmente necesitada se realice de manera aleatoria, en lugar de basarse en consideraciones de clientelaje político u otros mecanismos parecidos. En segundo lugar, considerando la escasez de recursos públicos que suele caracterizar a los países más pobres, el proceso más ético para la utilización de estos recursos es asegurarse de que un programa funcione efectivamente antes de pensar en su replicabilidad a mayor escala.

Pero las dificultades para la implementación de esquemas rigurosos de evaluación del impacto de las intervenciones públicas no se limitan a la complejidad de su implementación o a la priorización de argumentaciones éticas —en muchos casos inválidas—. Otro aspecto importante es que los funcionarios de los programas no tienen suficientes incentivos para invertir recursos humanos y financieros en la implementación de estas evaluaciones.⁴² Esto es así porque muchas veces temen que una evaluación negativa del impacto del programa sea vista como una evaluación de su propio trabajo. En parte, es posible que algunas experiencias anteriores sirvieran para eso, y más bien no hayan podido ser utilizadas para ayudar a la gerencia del proyecto. Efectivamente, si el diseño de la evaluación solo busca responder a la pregunta de si el impacto es positivo

42 En algunos casos se puede argumentar que la selección aleatoria complica los procesos logísticos al elevar los costos de la intervención, en la medida en que limita la posibilidad de aprovechar economías de ámbito. Sin embargo, en muchos casos este tipo de complicaciones se pueden superar mediante una preselección adecuada de los grupos elegibles para una determinada intervención.

y estadísticamente significativo, es de poco uso para los funcionarios a cargo del proyecto y más bien se corre el riesgo de que la falta de un impacto positivo sea atribuida al funcionario.

Sin embargo, un diseño más completo puede ser de mucha utilidad para la gerencia de los programas, en la medida en que responda de dónde o con quiénes funciona mejor el programa, o ayude a dilucidar las ventajas relativas de una estrategia de implementación respecto a otra. Es común encontrarse en una situación en la que los funcionarios tienen dudas sobre la forma específica de organizar la transferencia asociada al programa. Un ejemplo se puede basar en la comparación de las ventajas relativas de la subcontratación de organizaciones no gubernamentales (ONG) para ejecutar la transferencia de suplementos nutricionales, *vis à vis* la utilización de personal propio. La literatura se encuentra dividida respecto a su conveniencia en las zonas más alejadas, donde la supervisión estatal es menos viable y donde las mismas ONG tienen menos experiencia previa de trabajo.⁴³ En ese marco, un diseño experimental con dos grupos de tratamiento puede ser de suma utilidad para la gerencia del programa, ayudándole a dilucidar la validez de una duda justificada.

En conclusión, es claro que, aunque algunas veces complejos de implementar, los sistemas de evaluación de impacto con diseños experimentales son una herramienta poderosa para identificar qué funciona para la lucha contra la pobreza o la promoción de la salud. Sin embargo, es necesario que estos sistemas de evaluación de impacto se sofisticuen, no para hacer más compleja aún su aplicación sino para que puedan responder a preguntas más relevantes para la gerencia de los programas.

4. REFLEXIONES FINALES

La investigación socioeconómica acerca de los determinantes de la salud de los niños y sus madres ha sido muy significativa en el Perú durante los últimos quince años, entre otras razones por la mejora en la calidad de la información que se podía obtener de encuestas como la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV) y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES), especialmente esta última. Tales investigaciones han permitido un avance significativo en la comprensión de los problemas que afectan la salud de estos grupos poblacionales, y de la forma como los mismos interactúan con la pobreza y la exclusión social. Habiendo caracterizado el progreso significativo en muchos de los indicadores promedio de salud materno-infantil en el Perú, queda también claro que el prin-

43 Ver, por ejemplo, Loevinsohn y Harding (2005) y Bhushan y otros (2005).

El principal reto de investigación y del diseño de políticas para las próximas décadas consiste en eliminar la perniciosa persistencia de las desigualdades en salud en las más diferentes dimensiones de salud y estratificación social. En tal sentido, este estudio presenta una revisión de la literatura local e internacional, para sustentar la necesidad de profundizar el entendimiento del papel de las relaciones familiares y sociales en la inversión que realizan los hogares en pro de la salud de sus miembros, y sobre el monitoreo y la evaluación de las acciones públicas que afectan la salud, sea desde el sector salud o desde fuera de este.

Tanto en la literatura epidemiológica como en la económica acerca de la salud materno-infantil, el entorno familiar y social ha venido ganando espacio como un determinante clave. En particular, más allá de las condiciones materiales típicas, tales como el ingreso familiar, la educación de la madre o la oferta disponible de servicios de salud, la revisión presentada muestra la importancia de factores como la distribución del poder de negociación entre los miembros de la familia, las redes de apoyo familiar, y los mecanismos de transmisión de creencias y patrones culturales sobre el estado de salud del binomio madre-niño y su vinculación con los sistemas de salud. El asunto es que la información contenida en las encuestas de hogares y en los registros administrativos o institucionales no posee suficiente detalle sobre estos aspectos. En tal sentido, se plantean una serie de sugerencias para mejorar los instrumentos de recolección de información, de modo que permitan incorporar este tipo de factores en el análisis de las desigualdades en salud.

Asimismo, la creciente insatisfacción con la contribución de los programas públicos de salud a la reducción o eliminación de las desigualdades en este ámbito, justifican el planteamiento de este documento acerca de la necesidad de que el diseño y la implementación de los nuevos programas, o las innovaciones sobre los antiguos, se realicen utilizando un sistema de aprendizaje sistemático que nos permita avanzar más decididamente en la identificación de lo que mejor funciona para contribuir con la salud de las mujeres y los niños más vulnerables. Para ello, conociendo las dificultades para establecer efectos causales entre una intervención y sus resultados, es necesario que la estrategia de evaluación sea diseñada al mismo tiempo que se planifica la implementación del programa respectivo, de tal manera que sea posible identificar los grupos de control y establecer una línea de base que refleje efectivamente la situación previa a la intervención. Algunos de estos elementos establecen exigencias adicionales a la forma como el sector público ha venido trabajando en el país, pero ese cambio es necesario, especialmente si tomamos en cuenta lo que implica en términos de nuestra capacidad de aprendizaje, y de una mejor planificación y transparencia de la acción pública. Este planteamiento es válido para la acción pública en general, aunque aquí nos concentramos en la problemática de la salud materno-infantil. Aun en ese caso, esta revisión muestra también que determinadas intervenciones

desde fuera del sector salud pueden tener un impacto igual o más grande que las intervenciones dentro del sector. En tal sentido, este monitoreo de la acción pública a favor de la salud se debe extender igualmente a aquellos sectores que tienen intervenciones con efectos importantes sobre la salud.

Finalmente, estas dos líneas de acción no solo mejorarían la capacidad de investigación y aprendizaje a nivel académico acerca de la salud materno-infantil y la pobreza y exclusión en el Perú, sino que también pueden contribuir a mejorar el diálogo entre investigadores, políticos y funcionarios públicos, de tal manera que nos movamos paulatinamente hacia un escenario de desarrollo de políticas basadas en evidencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKERLOF, George y Rachel KRANTON (2000). "Economics and Identity", *Quarterly Journal of Economics*, vol. 115, n.º 3, pp. 715-753.
- ALCÁNTARA DE SAMANIEGO, Elsa (1999). *Salud reproductiva, pobreza y condiciones de vida en el Perú*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- ALCÁZAR, Lorena; José LÓPEZ-CÁLIX y Eric WACHTENHEIM (2003). *Las pérdidas en el camino. Fugas en el gasto público: transferencias municipales, Vaso de Leche y Educación*. Lima: Instituto Apoyo.
- ALTOBELLI, Laura; Ana SOVERO y Ricardo DÍAZ (2004). "Estudio de costo-eficiencia de las asociaciones CLAS". Lima: Futuras Generaciones. Mimeo.
- ANGRIST, Joshua y William EVANS (1998). "Children and Their Parents" Labor Supply: Evidence from Exogenous Variation in Family Size", *American Economic Review*, n.º 88, pp. 450-477.
- BAKER, Judy (1999). "Evaluating the Poverty Impact of Projects: A Handbook for Practitioners". Banco Mundial, diciembre. Manuscrito.
- BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (2000). "Una evaluación del Programa Piloto del Seguro Materno-Infantil en Moyabamba y Tacna, Perú".
- BECKER, Gary S. (1991, edición ampliada). *A Treatise on the Family*. Cambridge: Harvard University Press (1.ª edición, 1981).
- BEHRMAN, Jere R. y Anil B. DEOLALIKAR (1988). "Health and Nutrition", en H. B. Chenery y T. N. Srinivasan, *Handbook on Economic Development* (eds.), vol. 1. Amsterdam: North Holland Publishing Co., pp. 631-711.
- BENAVIDES, Martín y Martín VALDIVIA (2004). "Metas del Milenio y la brecha étnica en el Perú". Lima: Grupo de Análisis para el Desarrollo. Manuscrito. Disponible en <http://www.grade.org.pe/asp/brw_pub11.asp?id=643>.
- BERGSTROM, Theodore (1997). "A Survey of Theories of the Family", en M. R. Rosenzweig y O. Stark (eds.), *Handbook of Population and Family Economics*, vol. 1A. Amsterdam: North-Holland Publishing Company, pp. 21-79.
- BHUSHAN, Indu; Erik BLOOM, Benjamin LOEVINSOHN y J. Brad SCHWARTZ (2005). "Contracting Health Care Services for the Rural Poor: The Case of Cambodia", en *Development Outreach, Special Report on Reaching the Poor with Health Services*. World Bank Institute.
- BROWNING, Martin y Pierre-André CHIAPPORI (1998). "Efficient Intrahousehold Allocation: A General Characterization and Empirical Tests", *Econometrica*, vol. 66, n.º 6, pp. 1241-1278.

- CALDWELL, Bettye y Robert BRADLEY (1984). *Home Observation for Measurement of the Environment*. Little Rock: University of Arkansas at Little Rock.
- CHÁVEZ, Susana (2004). *Cuando el fundamentalismo se apodera de las políticas públicas: políticas de salud sexual y reproductiva en el Perú en el periodo julio 2001-junio 2003*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.
- CHIAPPORI, Pierre-André (1992). "Collective Labor Supply and Welfare", *Journal of Political Economy*, vol. 100, n.º 3, pp. 437-467.
- (1988). "Rational Household Labor Supply", *Econometrica*, vol. 56, n.º 1, pp. 63-90.
- COE, Anne-Britt (2002). "Assessing Progress towards Health and Rights: A Case Study of Peru". Center for Health and Gender Equity. Manuscrito.
- (2001). "Salud, derechos y realidades de las mujeres en el Perú: un análisis del Proyecto REPOSALUD". Lima: Centro para la Salud y Equidad de Género. Documento de trabajo.
- CORTEZ, Rafael, editor (2002). *Salud, equidad y pobreza en el Perú: teoría y nuevas evidencias*. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.
- (1998). *"Equidad y calidad de los servicios de salud: el caso de los CLAS"*, Documento de Trabajo 33. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.
- COTLEAR, Daniel, editor (2006). *Un nuevo contrato social para el Perú: ¿Cómo lograr un país más educado, saludable y solidario?* Banco Mundial.
- (2000). "Peru: Reforming Health Care for the Poor". The World Bank Human Development Department LCSHD Paper Series 57, Washington DC.
- DEARON, Angus (2001). "Health, Inequality and Economic Development". NBER Working Paper 8318.
- DE SOTO, Hernando (2000). *The Mystery Of Capital: Why Capitalism Triumphs in the West and Fails Everywhere Else*. Nueva York: Basic Books.
- (1989). *The Other Path: The Invisible Revolution in the Third World*. Nueva York: Harper and Row.
- DEFENSORÍA DEL PUEBLO y DFID-AGENCIA BRITÁNICA DE COOPERACIÓN (2005). "El enfoque de derechos en salud y pro pobres aplicado al estudio de la demanda atendida por el Seguro Integral de Salud-Perú 2004". Informe final del Proyecto Fortalecimiento Institucional de la Defensoría del Pueblo para la Protección de los Derechos Humanos en Salud. Lima.

- DIDERICHSEN, Finn; Timothy EVANS y Margaret WHITEHEAD (2001). "The social basis of disparities in health", en Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya y Wirth (eds.), *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*. Nueva York: Oxford University Press.
- DIDERICHSEN, Finn y Johan Hallqvist (1998). "Social Inequalities in Health: Some Methodological Considerations for the Study of Social Position and Social Context", en B. Arve-Parés (ed.), *Inequality in Health. A Swedish Perspective*. Estocolmo: Swedish Council for Social Research, pp. 25-39.
- DUFLO, Esther (2003). "Scaling Up and Evaluation", artículo preparado para la reunión del ABCDE en Bangalore.
- DUFLO, Esther; Rachel GLENNISTER y Michael KREMER (2004). "Randomized Evaluations of Interventions in Social Science Delivery", en *Development Outreach*, Reporte Especial sobre *Client Power: Making Services Work for the Poor*. World Bank Institute.
- EVANS, William N. y Diana S. LIEN (2004). "The Benefits of Prenatal Care: Evidence from the PAT Bus Strike", *Journal of Econometrics*, vol. 125, n.º 1-2, pp. 207-239.
- FERNÁNDEZ, Raquel y Alessandra FOGLI (2005). "Culture: An Empirical Investigation of Beliefs, Work, and Fertility". Federal Reserve Bank of Minneapolis, Research Department Sta Report 361.
- FIELD, Erica (2003). "Fertility Responses to Urban Land Titling Programs: The Roles of Ownership Security and the Distribution of Household Assets". Harvard University. Manuscrito.
- FINOT, Iván (2001). *Descentralización en América Latina: teoría y práctica*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, e Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social.
- FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2000). "Estado de la población mundial 2000. Vivir juntos, en mundos separados: hombres y mujeres en tiempos de cambio". Nueva York. Disponible en <http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/469_filename_swp2000_spa.pdf>.
- FRANCKE, Pedro (1998). *Focalización del gasto público en salud en el Perú: Situación y alternativas*. Documento de Trabajo 155. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- GALIANI, Sebastián y Ernesto SCHARGRODSKY (2004). "Effects of land titling on child health", *Economics and Human Biology*, n.º 2, pp. 353-372.
- GALIANI, Sebastian; Paul GERTLER y Ernesto SCHARGRODSKY (2005). "Water for Life: The Impact of the Privatization of Water Services on Child Mortality", *Journal of Political Economy*, vol. 113, n.º 1, pp. 83-120.

- GERTLER, Paul (1998). "On the Road to Social Health Insurance: the Asian Experience", *World Development*, vol. 26, n.º 4, pp. 717-732.
- GERTLER, Paul y Jonathan GRUBER (2002). "Insuring Consumption Against Illness", *American Economic Review*, vol. 92, n.º 1, pp. 51-70.
- INEI-INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (2005). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES Continua 2004. Informe preliminar*. INEI-USAID-Programa Measure DHS+/ORC, Macro. Lima: INEI.
- INSTITUTO CUÁNTO (2001). *Diseño de una estrategia de racionalización del gasto social público en alimentación nutricional. Reporte final*. Lima: Instituto Cuánto.
- JACOBY, Enrique; Santiago CUETO y Ernesto POLLITT (1996). "Benefits of a School Breakfast Program among Andean Children in Huaraz, Peru", *Food Nutrition Bulletin*, vol. 17, n.º 1, pp. 54-64.
- JARAMILLO, Miguel (2004). "Evaluación intermedia de la estrategia de inversión del Banco Interamericano de Desarrollo en el Perú: Sector Social". Informe final para el BID. Lima.
- JARAMILLO, Miguel y Sandro PARODI (2004). "*El Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil: análisis de su incidencia e impacto sobre el acceso a los servicios de salud y sobre la equidad en el acceso*", Documento de Trabajo 46. Lima: Grupo de Análisis para el Desarrollo.
- JONES, Gareth; Richard W. STEKETEE, Robert E. BLACK, Zuffig A. BHUTTA, Saul S. MORRIS y THE BELLAGIO CHILD SURVIVAL STUDY GROUP (2003). "How many child deaths can we prevent this year?", *Lancet*, n.º 362, pp. 65-71.
- KAHN, Robert S.; Paul H. WISE, Bruce P. KENNEDY e Ichiro KAWACHI (2000). "State income inequality, household income, and maternal mental and physical health: Cross-sectional National Survey", en *BMJ*, n.º 321, pp. 1311-1315.
- KAPLAN, George (2000). "Economic Policy is Health Policy: Conclusions from the Study of Income Inequality, Socio-economic Status and Health". Manuscrito presentado en la conferencia Income Inequality, Socioeconomic Status and Health, organizada por The Association for Health Services Research.
- LOEVINSOHN, Benjamin y April HARDING (2005). "Buying results? Contracting for health service delivery in developing countries", *Lancet*, n.º 366, pp. 676-681.
- LUNDBERG, Shelly y Robert POLLAK (1993). "Separate Spheres Bargaining and the Marriage Market", *Journal of Political Economy*, vol. 101, n.º 6, pp. 988-1010.

- LUNDBERG, Shelly; Robert POLLAK y Terence WALES (1997). "Do Husbands and Wives Pool Their Resources? Evidence from the U.K. Child Benefit", *Journal of Human Resources*, vol. 32, n.º3, pp. 463-480.
- LYNCH, John W.; George Davey SMITH, George A. KAPLAN y James S. HOUSE (2000). "Income Inequality and Mortality: Importance to Health of Individual Income, Psychosocial Environment or Material Conditions", *BMJ*, n.º 20, pp. 1200-1204.
- MAGGI, Stefania; Lori G. IRWIN, Arjumand SIDDIQI, Iraj POURESLAMI, Emily HERTZMAN y Clyde HERTZMAN (2005). "International Perspectives on Early Child Development". World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health, Knowledge Network For Early Child Development, Analytic and Strategic Review Paper.
- MANSER, Marilyn y Murray BROWN (1980). "Marriage and Household Decision-Making: A Bargaining Analysis", *International Economic Review*, vol. 21, n.º 1, pp. 31-44.
- MARMOT, Michael (2005). "Social determinants of health inequalities", *Lancet*, n.º 365, pp. 1099-1104.
- MCELROY, Marjorie (1990). "The Empirical Content of Nash-Bargained Household Behavior", *Journal of Human Resources*, vol. 25, n.º 4, pp. 559-583.
- MCELROY, Marjorie B. y Mary J. HORNEY (1981). "Nash-Bargained Household Decisions: Toward a Generalization of the Theory of Demand", *International Economic Review*, vol. 22, n.º 2, pp. 333-349.
- MONTGOMERY, Mark; Gebre-Egziabher KIROS, Dominic AGYEMAN, John B. CASTERLINE, Peter AGLOBITSE y Paul HEWETT (2001). *Social Networks and Contraceptive Dynamics in Southern Ghana*, Policy Research Division Working Papers 153.
- MORLEY, Samuel A. y David COADY (2003). *From Social Assistance to Social Development: A Review of Targeted Education Subsidies in Developing Countries*. Washington DC: Center for Global Development-International Food Policy Research Institute.
- ÑOPO, Hugo; Miguel ROBLES y Jaime SAAVEDRA (2002). *Una medición del impacto del Programa de Capacitación Laboral Juvenil PROJoven*. Documento de Trabajo 36. Lima: Grupo de Análisis para el Desarrollo. Disponible en <<http://www.grade.org.pe/download/pubs/dt36-projoven.pdf>>.
- PARKER, Susan y Graciela TERUEL (2005). "Randomization and Social Program Evaluation: The Case of Progres", *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, vol. 599, n.º 1, pp. 199-219.

- PAXSON, Christina y Norbert SCHADY (2005). "Child Health and Economic Crisis in Peru", *The World Bank Economic Review*, vol. 19, n.º 2, pp. 203-223.
- PETTICREW, M.; S. CUMMINS, C. FERRELL, A. FINDLAY, C. HIGGINS, C. HOY, A. KEARNS y L. SPARKS (2005). "Natural Experiments: An Underused Tool for Public Health?", *Public Health*, n.º 119, pp. 751-757.
- POLLAK, Robert A. y Michael L. WACHTER (1975). "The Relevance of the Household Production Function and Its Implications for the Allocation of Time", *Journal of Political Economy*, vol. 83, n.º 2, pp. 255-277.
- PORTOCARRERO, Augusto (2005). "Análisis independiente del Presupuesto en Salud", *Construyendo Ciudadanía*, Boletín del Observatorio de los Derechos de la Salud. Lima: Centro de Investigación Económica y Social.
- (2005). "El Seguro Integral de Salud". Documento del Observatorio de los Derechos de la Salud, Lima: Centro de Investigación Económica y Social.
- QUISUMBING, Agnes R. y John A. MALUCCIO (2000). "Intrahousehold Allocation and Gender Relations: New Empirical Evidence from Four Developing Countries". International Food Policy Research Institute, Discussion Paper Brief 84.
- RAVALLION, Martin (1998). "The Mystery of the Vanishing Benefits: Ms Speedy Analyst's Introduction to Evaluation". Banco Mundial. Manuscrito.
- ROSENZWEIG, Mark R. y Kenneth I. WOLPIN (2000). "Natural 'Natural Experiments' in Economics", *Journal of Economic Literature*, n.º 38, pp. 827-874.
- (1986). "Evaluating the effects of optimally distributed public programs: child health and family planning interventions", en *American Economic Review*, vol. 76, n.º 3, pp. 470-482.
- (1980a). "Testing the Quantity-Quality Fertility Model: The Use of Twins as a Natural Experiment", *Econometrica*, vol. 48, n.º 1, pp. 227-240.
- (1980b). "Life-Cycle Labor Supply and Fertility: Causal Inferences from Household Models," *Journal of Political Economy*, vol. 88, n.º 2, pp. 328-348.
- SAMUELSON, PAUL (1956). "SOCIAL INDIFFERENCE CURVES", *Quarterly Journal of Economics*, vol. 70, n.º 1, pp. 1-21.
- SECRETARÍA TÉCNICA DE POLÍTICA ALIMENTARIA NUTRICIONAL (1999). "Los programas de alimentación y nutrición: consolidado y comparación de características". Lima. Manuscrito.
- SCHULTZ, T. Paul (1990). "Testing the Neoclassical Model of Family Labor Supply and Fertility", *Journal of Human Resources*, vol. 25, n.º 4, pp. 599-634.

- SMITH, James P. (1999). "Healthy bodies and thick wallets: The Dual Relationship between Health and Economic Status", *Journal of Economic Perspectives*, vol. 13, n.º 2, pp. 145-166.
- STIFEL, David y Harold ALDERMAN (2003). *The 'Glass of Milk' Subsidy Program and Malnutrition in Peru*, World Bank Policy Research Working Paper 3089.
- STPAN-SECRETARÍA TÉCNICA DE POLÍTICA ALIMENTARIA NUTRICIONAL (1999). "Los Programas de Alimentación y Nutrición: Consolidado y Comparación de Características". Manuscrito. Lima
- STRAUSS, John y Duncan THOMAS (1995) "Empirical Modeling of Household and Family Decisions", en J. Behrman y T. N. Srinivasan (eds.), *Handbook of Development Economics*, 3A. Amsterdam: North Holland.
- (1998). "Health, Nutrition and Economic Development", en *Journal of Economic Literature*, vol. 36, n.º 2, pp. 766-817.
- THOMAS, Duncan (1994). "Like father, like son; like mother, like daughter: Parental resources and child height", *Journal of Human Resources*, vol. 29, n.º 4, pp. 950-988.
- (1990). "Intra-Household Resource Allocation: An Inferential Approach", *Journal of Human Resources*, vol. 25, n.º 4, pp. 635-664.
- ULPH, David (1988). "A general non-cooperative Nash model of household consumption behavior". Bristol University. Mimeo.
- VALDIVIA, Martín (2006). "Institutional Change in the Health Sector and the Millennium Development Goals". Documento preparado para la Séptima Conferencia Anual de la Global Development Network, St. Petersburg. Manuscrito. Disponible en <<http://grade.org.pe/download/docs/Institutional%20Change.pdf>>.
- (2005a). "Planificación familiar y salud materno-infantil en el Perú: menos puede ser mejor", en *Economía y Sociedad*, n.º 55. Lima: Centro de Investigación Económica y Social.
- (2005b). "Peru: Is Identifying the Poor the Main Problem in Targeting Nutritional Programs?", en R. Gwatkin, A. Wagstaff y A. Yasbeck (eds.), *Reaching the Poor with Health, Nutrition and Population Services: What Works, What Doesn't, and Why?* Washington DC: The World Bank.
- (2004). "Poverty, Health Infrastructure and the Nutrition of Peruvian Children", en *Economics and Human Biology*, vol. 2, n.º 3, pp. 489-510.
- (2002). *Acerca de la magnitud de la inequidad en salud en el Perú*. Documento de Trabajo 37. Lima: Grupo de Análisis para el Desarrollo.

Disponible en <<http://www.grade.org.pe/download/dt37-inequidad-salud.pdf>>.

VALDIVIA, Martín y Jorge MESINAS (2002). *Evolución de la equidad en salud materno-infantil en el Perú: 1986-2000*. Serie Investigaciones 4. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática y Centro de Investigación y Desarrollo.

VÁSQUEZ, Enrique (2004). *Gasto social en el Perú: un balance crítico al 2004*. Lima: Centro de Investigación Económica y Social.

VEGA, Jeanette; Liliana JADUE, Iris DELGADO, Rodrigo BURGOS, Francisca BROWN, Fabiola MARÍN y Vicente ZÚÑIGA (2002). "Disentangling the Pathways to Health Inequities: The Chilean Health Equity Gauge". Pontificia Universidad Católica de Chile e Iniciativa Chilena para la Equidad en Salud. Manuscrito.

VOGL, Tom (2005). "Effects of Land Titling on Child Nutritional Status: Evidence from Lima, Peru". Princeton University, Center for Health and Wellbeing. Manuscrito.

WAGSTAFF, Adam y Mariam CLAESON (2004). *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges*. Washington DC: The World Bank.

WAGSTAFF, Adam y Eddy VAN DOORSLAER (2000). "Income Inequality and Health: What does the Literature tell us?", en *Annual Review of Public Health*, n.º 21, pp. 543-567.

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005). *Health and the Millennium Development Goals*. Ginebra: WHO.

WHO-UNICEF (2005). *Water for Life: Making it Happen*. Ginebra: WHO-UNICEF.