

### ¿Influye el comercio en la salud infantil?

La hipótesis de que el comercio mejora el nivel de vida de una población ha provocado controversias. Algunos críticos ponen en duda que el comercio fomente el crecimiento económico; otros consideran que incluso si el comercio estimulara la economía, ese crecimiento no se reflejaría en la mayoría de la población o se vería anulado por el enorme costo que representan la degradación ambiental, la mayor exposición a enfermedades, la reducción del gasto público y las crisis financieras internacionales, entre otros factores.

La buena salud, especialmente la de los niños, es un importante objetivo en sí misma, pero también es un medio para propiciar el crecimiento económico a largo plazo. Incluso si el comercio promoviera el crecimiento de la economía de manera inmediata, este no se podría mantener si perjudicara la salud de la población, especialmente la de los niños. En este artículo se analiza si la apertura de las economías nacionales afecta a la salud infantil.

Para determinar el componente exógeno del comercio (por las características geográficas, por ejemplo) se elaboró un modelo gravitacional del aporte del comercio al producto interno bruto (PIB) nacional. Con el componente geográfico calculado mediante ese modelo, se obtuvo un estimado transversal del efecto del comercio sobre el bienestar infantil. Para ello se emplearon dos pares de indicadores: las tasas de mortalidad de menores de un año y de menores de 5 años y la proporción de niños con retraso del crecimiento (baja talla para la edad) o con bajo peso para la talla.

Se analizó una muestra de 100–130 países, según la variable estudiada. El principal criterio de selección fue la disponibilidad de los datos necesarios (mortalidad de menores de un año, mortalidad en menores de 5 años, PIB per cápita, aporte del comercio al PIB, entre otros).

Los resultados demostraron que el comercio se comportó como un factor de predicción de la mortalidad de menores de un año y del retraso del crecimiento, pero no del peso bajo para la talla. El comercio también fue un buen factor pronóstico respecto de una mayor esperanza de vida. El aumento del aporte del comercio al PIB en 15 puntos porcentuales (alrededor de una desviación estándar) estuvo acompañado de reducciones de la mor-

talidad de menores de un año y de menores de 5 años de aproximadamente 4 por 1 000 nacidos vivos. Esto significa que ambos indicadores de mortalidad disminuyeron en aproximadamente 10%.

Se comprobó también que el comercio fue factor pronóstico respecto de mayores ingresos y tasas de vacunación contra el sarampión y de un mayor gasto público dedicado a la salud. Algunos de estos beneficios del comercio parecen tener una relación causal con el mejoramiento de la salud infantil.

Sin embargo, al analizar el efecto que tuvieron el gasto público para la salud y las tasas de vacunación sobre la relación entre el comercio y la salud infantil, según el PIB per cápita, el efecto estimado del comercio sobre los indicadores de salud se redujo y se perdió su significación estadística. Esto significa que la mejoría observada en los indicadores de salud infantil no es solo consecuencia del desarrollo comercial.

Estos resultados demuestran la importancia del comercio para la salud infantil, pero contrariamente a lo que algunos aseveran, el comercio no constituye por sí solo una condición suficiente para el desarrollo económico. (Levine DI, Rothman D. Does trade affect child health? *J Health Econ*. 2006; 25(3):538–54.)

### Evaluación de dos intervenciones dirigidas a fomentar el parto atendido en centros de salud en el Perú

Entre 1992 y 1997 se pusieron en marcha grandes reformas para lograr la descentralización del sector de la salud en el Perú. Esas reformas fueron criticadas por provocar el aumento de las desigualdades relacionadas con la salud, especialmente en la utilización de hospitales. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud, en sus ediciones de 1996 y 2000, documentó la disminución del número de partos atendidos por médicos en la población rural y de bajo nivel educacional en ese período. Para corregir esa tendencia, el Ministerio de Salud del Perú llevó a cabo varias intervenciones de tipo maternoinfantil. En este artículo se analizan dos de ellas, muy distintas entre sí, dirigidas a promover la atención del parto en centros de salud del Perú. Para ello se realizó un estudio cuasiexperimental dirigido a conocer las preferencias de las propias mujeres expuestas a esas dos intervenciones.

La primera intervención, denominada Proyecto 2000, comenzó en 1996 y abarcó los 12 departamentos peruanos con mayor mortalidad materna. El objetivo del Proyecto, financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), fue aumentar la proporción de los partos atendidos en centros de salud y de esta forma reducir la mortalidad materna y el número de partos con desenlaces negativos. El proyecto comenzó con la educación y movilización social de la población y llamó mediante los medios de comunicación masiva a que las mujeres dieran a luz en los centros de emergencia obstétrica (CEO). Su principal finalidad fue, sin embargo, mejorar la calidad de los servicios.

La segunda intervención, denominada Programa de Seguro Materno-infantil (SMI), se puso en marcha en 1998. Este programa cubría la mayor parte de los costos de salud de madre hijo, entre ellos el parto en un CEO. Solo las mujeres ubicadas en el quinto más pobre de la población podían participar. Ya en el año 2000, este programa beneficiaba a 50% de las familias con derecho en las dos regiones en que se realizaron las pruebas piloto y al año siguiente se extendió a todo el país.

Ambos programas seguían estrategias diferentes: mientras que el Proyecto 2000 estaba orientado a brindar una atención de mayor calidad en los distritos de alto riesgo y se centraba en instalaciones específicas de CEO y en las comunidades circundantes, el programa SIM estaba enfocado hacia las familias más pobres del país.

Después de controlar los resultados según el nivel económico de las familias, se comprobó que las madres participantes del Proyecto 2000 estaban más dispuestas a dar a luz en un CEO público que las que no participaban. No obstante, el programa SIM tuvo un mayor impacto directo en el comportamiento de las futuras madres, ya que al reducir los gastos de bolsillo por el uso de los CEO, elevó la proporción de partos en instituciones médicas. El componente de interacción fue insignificante, lo que demuestra que a pesar de que ambos programas estaban dirigidos a la misma población, cada uno funcionó independientemente del otro.

Si bien el Proyecto 2000 mejoró la calidad de la atención médica brindada, no logró aumentar el número de partos realizados en los CEO. Por su parte, el programa SIM tuvo un impacto temporal que duró mientras se mantuvo el apoyo financiero, lo que demuestra que el costo de los servicios era la principal barrera que impedía el uso de los CEO. El principal inconveniente de estas intervenciones subsidiadas es que por lo general no son sostenibles, especialmente en los países pobres.

Aunque las mujeres más pobres se beneficiaron de ambas intervenciones, los factores de riesgo

siguieron teniendo su efecto negativo en todos los modelos, lo que demuestra que ninguna de las dos logró reducir significativamente las desigualdades socioeconómicas o étnicas que obstaculizaban el uso de los CEO. (McQuestion MJ, Velásquez A. Evaluating program effects on institutional delivery in Peru. *Health Policy*. 2006;77(2):221–32.)

### Los ingresos nacionales y su relación con la esperanza de vida

Las críticas a las hipótesis que relacionan los ingresos con la salud han puesto de relieve la falta de datos que confirmen el efecto diferenciado de la desigualdad entre los países ricos y pobres. A pesar de esas críticas, no se ha prestado la debida atención a desarrollar criterios que permitan clasificar más objetivamente los países en ricos y pobres.

En este artículo se analiza si la utilización de criterios alternativos de estratificación de los países puede ayudar a dilucidar el efecto que sobre la esperanza de vida tienen los ingresos y su desigualdad. Además, se examina si han ocurrido cambios significativos en la estabilidad estructural de los diferentes grupos de países.

Para ello se agruparon 107 países según cuatro criterios relacionados con los ingresos y el comercio: 1) ingresos, se consideraron países de ingresos altos cuando el producto interno bruto per cápita (PIB/c) promedio en la década de 1990 fue mayor de US\$ 5 000,00, según lo cual, 54 países se consideraron de ingresos altos y 53 de ingresos bajos; 2) pertenencia a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), se consideró que un país pertenecía a la OCDE si era miembro pleno desde antes de 1990, según lo cual, 23 países eran miembros de esa organización y 84 no lo eran; 3) pertenencia al núcleo del comercio mundial, se consideró que un país pertenecía a este subgrupo si participaba en el comercio de productos de capital intensivo, según lo cual, 29 países pertenecían al núcleo comercial y 78 no pertenecían; y 4) pertenencia a la periferia, se consideraron así los países cuyo papel en el comercio mundial era insignificante, según lo cual, 61 de los países estudiados no pertenecían a la periferia y 46 sí. Toda la información se obtuvo de las bases de datos de las Naciones Unidas y del Banco Mundial. Los 23 países que pertenecían a la OCDE tenían ingresos altos, pertenecían al núcleo comercial y no se consideraron periféricos. Se utilizó cada criterio por separado para buscar diferencias significativas entre los diferentes grupos de países según la esperanza de vida en ellos.

El empleo de pruebas de comparación de grupos y del análisis de regresión permitió encontrar