

COMPORTAMIENTO DE LOS BENEFICIARIOS DEL PNAC SEGUN EVOLUCION DE LA SITUACION DE POBREZA

Cuad. Méd. Soc. XXXVI, 2, 1995/ 11-16

Margarita Fernández A. *

Eduardo Atalah S. **

RESUMEN

Una muestra aleatoria de 618 hogares urbanos de Santiago con niños menores de seis años se encuestaron en 1990 y 1993, clasificándose de acuerdo al ingreso per cápita en pobres y no pobres en cada período. Según la información obtenida en cada año se establecieron cuatro categorías que describen la evolución de la pobreza: pobres-pobres, pobres-no pobres, no pobres-no pobres y no pobres-pobres. Se observó el efecto de esta evolución en la situación previsional de salud, retiro de alimentos del PNAC y estado nutricional de los menores mediante la variación porcentual en el período. La proporción de hogares bajo la línea de pobreza se redujo en un 45,0% y la tasa de desnutrición en 51,6%, aumentando en un 60,2% la afiliación a los sistemas privados de salud. El comportamiento respecto del retiro de alimentos se asoció a los cambios socioeconómicos, aumentando la participación en los hogares que caen bajo la línea de pobreza, tendiendo a disminuir cuando mejoraron su ingreso o se consolidan como no pobres. Los resultados sugieren que este programa alimentario es un recurso al cual los hogares concurren frente a una mayor necesidad y que el mecanismo de focalización, basado en la autoexclusión, es en esencia acertado.

Palabras claves: pobreza, programa alimentario, desnutrición, previsión de salud, focalización.

SUMMARY

A randomly selected sample of 618 urban households from Santiago city, in which at least one of their members was less than six years of age was studied in 1990 and again in 1993. Households were classified as "poor" and "non poor" according to their per caput income. Four categories were established: poor-poor; poor-non poor; ; and non poor-non poor; non poor-poor. The study was mainly focused on the movements observed among the categories by comparing the information obtained in 1990 and 1993. Thus, changes observed were contrasted with selected variables such as health care system, food withdrawal as part of the PNAC program, and nutritional status. Proportion of households under the poverty line decreased by 45%, as well as the malnutrition rate which was diminished by 51.6% during the study period. Also, the enrollment to private health care systems increased by 60.2%. With respect to food withdrawal from the PNAC program, a clear association between the socioeconomic changes and participation in such program was observed. The participation in the program was higher by those households below the poverty line. Such participation was decreasing according to the improvement of the socioeconomic condition. The results obtained in this study suggest that the households having greater needs participate more of the PNAC program. In addition the targeting mechanism –based on self exclusion– is in general terms, appropriate.

Key words: poverty, food program, malnutrition, health care system, targeting

* Programa de Economía del Trabajo, Santo Domingo 526, Fax (562) 633 3671.

** Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Independencia 1027, Santiago Chile. Fax (562) 535 5581.

INTRODUCCION

Entre 1987 y 1992 se redujo la pobreza a nivel nacional del 44,6 al 32,7% y disminuyó la desocupación en el 20% más pobre en un 37% (1-3). Se modificó a la vez la pertenencia a los sistemas previsionales de salud. En 1990 el 68,8% de la población pertenecía al sistema público y el 15,2% a Isapres. En 1992, aumentó la afiliación a Isapres a más del doble en el 40% más pobre (4).

Los principales indicadores de nutrición materno infantiles han experimentado también mejoría. Entre 1990 y 1993 la tasa de desnutrición medida por el indicador peso/edad (referencia SEMPE) disminuyó de 7,8 a 5,3%. La prevalencia actual de déficit del indicador peso/talla es cercana a 3% y el sobrepeso afecta al 25% de la población infantil bajo control.(5,8,9-11).

Los objetivos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) son prevenir y tratar el déficit nutricional, estimular lactancia materna y el cumplimiento de acciones de protección de la salud, distribuyendo leche y otros alimentos a menores de 6 años, mujeres embarazadas y nodrizas (8,12). En 1993, el PNAC distribuyó más de 28 mil toneladas de alimentos para una población bajo control de 1.4 millones de personas con un costo anual del orden de US\$ 60 millones, transfiriendo en promedio US\$ 3,5 per cápita mensuales a la población beneficiaria (8,10).

El PNAC es universal y opera en base a la autoexclusión como mecanismo de focalización. Participa población en control en los servicios de atención primaria y afiliada a Isapres u otros sistemas (FF.AA.) con controles de salud al día (10).

Dado su carácter universal es posible suponer que los hogares que mejoran su situación económica tienden a prescindir del subsidio alimentario del PNAC. El propósito de este trabajo es analizar la asociación entre utilización del PNAC y cambios en la situación económica de los hogares beneficiarios. Sus resultados pueden contribuir a la discusión sobre focalización del programa y nuevas líneas de acción en salud y nutrición.

MATERIAL Y METODO

Se utilizaron como fuente de información la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional del Ministerio de Planificación de noviembre de 1990 (CASEN 90) y la Encuesta Panel de Hogares de julio de 1993 del Programa de Economía del Trabajo (PET). Esta última fue aplicada a una submuestra de 2.962 hogares representativos de los

4.069 hogares urbanos participantes en la CASEN 90 en la Región Metropolitana (nivel de confianza de 95% y poder del test 80%). De los hogares encuestados en ambos períodos se seleccionaron 618 que tenían 861 menores de 6 años en 1990 y 832 en 1993.

Las variables estudiadas en ambos años fueron: clasificación de los hogares en la línea de pobreza; previsión de salud; situación nutricional consignada en el carné de salud; participación en el PNAC y razones de 110 retiros de alimentos de los usuarios.

La pobreza se definió comparando el ingreso per cápita de los hogares con el costo de la canasta básica de alimentos (Teitelboim, 1991) costeadada en el mes previo a cada una de las encuestas (13). El punto de corte fue un ingreso per cápita igual o inferior a \$ 18.594 en 1990 y a \$ 24.986 en 1993.

La clasificación de los hogares en los dos períodos estudiados permitió establecer cuatro categorías:

(a) hogares pobres en 1990 que mantienen esa condición en 1993, definidos como "pobres-pobres" (PP): 102 hogares, 148 menores en 1990 y 137 en 1993.

(b) hogares pobres en 1990 que superan su situación de pobreza en 1993 definidos como "pobres-no pobres" (P-N.P): 189 hogares, con 290 menores en 1990 y 267 en 1993.

(c) hogares no pobres en 1990 que mantienen esa condición en 1993 definidos como "no pobres-no pobres" (N.P-N.P): 270 hogares, con 352 menores en 1990 y 353 en 1993.

(d) hogares no pobres en 1990 que caen en la pobreza en 1993 definidos como "no pobres-pobres" (N-P-P): 57 hogares, con 71 menores en 1990 y 75 en 1993.

La situación previsional de salud usó las categorías de atención como indigente en el sistema público; afiliado a FONASA; a Isapres; y particulares o participantes de sistemas especiales (FF.AA. u otros). El estado nutricional se clasificó en normal, desnutrido y sobrepeso según el indicador peso-talla (NCHS-OMS) y en riesgo nutricional definido por una velocidad de crecimiento insuficiente en dos controles sucesivos según las normas del MINSAL.

La participación en el PNAC se consideró positiva si se comprobó algún retiro de alimentos en los tres meses previos a la entrevista. La razón del no retiro de alimentos PNAC se categorizó en alternativas vinculadas a problemas en la red de salud (no existencia de consultorio, problemas de calidad de atención) y a la falta de interés de los usuarios por el retiro de alimentos. Se analizaron los cambios en la situación previsional, retiro de alimentos y estado

nutricional en función de las variaciones en la línea de pobreza de los hogares. Se determinaron los cambios porcentuales en cada una de estas variables, según la fórmula = (porcentaje final-porcentaje inicial/porcentaje inicial) x 100. El análisis estadístico utilizó la prueba de chi², considerándose significativas diferencias con un valor de $p < 0,05$ (14).

RESULTADOS

En 1990 el 46,9% de los hogares tenía un ingreso per cápita inferior al costo de la canasta básica, proporción que se redujo a 25,5% en 1993. Cerca de dos tercios de los hogares pobres en 1990 tuvieron un cambio positivo en su situación económica en 1993 (tabla 1), mientras que un 17,4% de los hogares no pobres presentó un cambio negativo en el mismo período. En las cuatro categorías estudiadas y especialmente en los hogares de menores ingresos, aumentó la afiliación a Isapres y disminuyó la atención como indigente (tabla 2). Sin embargo, los hogares de pobreza prolongada continúan atendándose bajo esta modalidad en cifras superiores al 40%. El aumento de afiliación a Isapres se

refleja en la forma en que se efectúa el control de salud de los menores. En 1993 el 75,1% de los niños se controlaba en Consultorios estatales, 11,2% mediante Isapres, 3% por otros sistemas y 11,6% no se controlaba. En relación al PNAC destacan las altas coberturas de participación, especialmente en los hogares pobres y en los menores de dos años, reflejando una buena focalización (tabla 3). Los mayores cambios porcentuales en la participación se observaron en los hogares con deterioro socioeconómico. En cambio el grupo de hogares no pobres en ambos períodos redujo su participación

TABLA 1
Evolución de la situación de pobreza de los hogares

Línea de pobreza 1990	1993		Total %
	Pobres %	No Pobres %	
Pobres	35,1	64,9	100,0
No pobres	17,4	82,5	100,0

TABLA 2
Variación porcentual en el sistema previsional de salud por estrato socioeconómico 1990-1993

Sistema de salud previsional		Evolución Socioeconómica de Hogares				
		P-P	P-N.P	N.P-N.P	N.P-P	Total
Indigente	1990	50,5	49,5	21,9	28,1	35,6
	1993	42,6	35,3	19,6	21,1	28,3
	▲ %	-15,6	-28,6	-10,5	-24,9	-20,5
Fonasa	1990	36,6	32,1	37,0	45,6	36,2
	1993	32,7	35,3	33,0	38,6	34,1
	▲ %	-11,9	+9,9	-10,8	-15,3	-5,8
ISAPRES	1990	5,0	8,4	28,9	17,5	17,6
	1993	15,8	17,4	40,0	29,8	28,2
	▲ %	+216,0	+107,1	+38,4	+70,2	+60,2
Particular y otros	1990	7,9	10,0	12,2	8,8	10,5
	1993	8,9	12,0	7,4	10,5	9,4
	▲ %	+12,6	+20,0	-39,3	+19,3	-10,9
p		N.S	< 0,01	< 0,01	N.S	< 0,01

▲ % = variación porcentual

N.S = No significativo

global. Las causas de no retiro de alimentos en 1990 se relacionaron con problemas de la red de salud (44,2%) y falta de interés en los alimentos (36,5%). En 1993 el 68,6% señaló falta de interés en el alimento y un 22,7% problemas derivados de los centros de salud.

En el estado nutricional también se observaron cambios importantes en el período estudiado (tabla

4) coincidentes con cifras nacionales, especialmente en la disminución de las tasas de desnutrición y riesgo nutricional. Estas afectaban principalmente a menores de hogares pobres en 1990, los que tienen también una menor tasa inicial de sobrepeso. En ese grupo la desnutrición experimentó la mayor reducción entre 1990 y 1993. Destaca también el aumento del sobrepeso en el grupo que superó la pobreza.

TABLA 3
Variación porcentual del retiro de alimentos PNAC según estrato socioeconómico

Pobreza		P-P	P-N.P	N.P-N.P	N.P-P	Total
< 2 años	1990	80,9	91,4	73,6	85,0	80,9
	1993	84,1	100,0	70,0	94,0	83,6
	▲ %	+5,1	+9,4	-4,2	+10,5	+3,3
2-5 años	1990	72,4	78,6	59,6	56,5	67,3
	1993	78,4	75,0	56,2	73,2	67,2
	▲ %	+8,2	-4,5	-5,7	+29,5	-0,1
Total	1990	78,2	81,1	69,3	69,8	74,3
	1993	81,6	80,4	60,1	76,1	71,3
	▲ %	+4,3	-0,9	-13,2	+9,0	-4,2
p		N.S	<0,01	<0,01	N.S	<0,01

TABLA 4
Variación porcentual del estado nutricional según estrato socioeconómico

Estado Nutric.		Ev. Socioeconómica				Total
		P-P	P-N.P	N.P-N.P	N.P-P	
Normal	1990	71,3	73,7	82,6	78,9	77,7
	1993	82,2	81,1	86,3	82,5	83,7
	▲ %	+15,2	+10,0	+4,4	+4,5	+7,9
Riesgo	1990	12,9	8,4	4,4	5,3	7,1
	1993	7,9	3,2	4,4	5,3	4,7
	▲ %	-38,7	-61,9	-	-	-33,8
Desnutr.	1990	6,9	11,6	2,2	3,5	6,0
	1993	3,0	5,3	1,5	1,8	2,9
	▲ %	-56,5	-54,3	-31,8	-48,5	-51,6
Sobrep.	1990	6,9	4,7	8,9	12,3	7,6
	1993	4,0	7,9	6,7	10,5	7,0
	▲ %	-42,0	+68,0	-24,7	-14,6	-7,9
p		N.S	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01

DISCUSION

La reducción de la pobreza que refleja este estudio se explica, entre otros factores, por el aumento del empleo, el dinamismo del salario mínimo y las remuneraciones y programas sociales que viabilizaron la incorporación de otros miembros del hogar a la fuerza de trabajo. (1,15). Las cifras observadas, superiores a la reducción nacional, podrían explicarse por ser una muestra de población urbana de Santiago, no expandida para representar la realidad regional.

Esta reducción tuvo un impacto en la afiliación al sistema privado de salud coincidente con estudios nacionales que muestran que entre 1990 y 1993 se duplicó la afiliación a Isapres de la población especialmente de menores recursos. Esto no disminuyó la concurrencia a la red estatal de salud para efectuar el control del niño sano, indicando que la población más pobre afiliada a Isapres utiliza los beneficios del programa estatal que incluye controles de salud, vacunaciones y entrega de alimentos de manera gratuita. Ello plantea la existencia de un subsidio del sistema estatal al privado sin mecanismos de recuperación de recursos y la reflexión sobre el financiamiento futuro de un programa estatal con numerosos logros en salud y nutrición.

A nivel nacional existe una relación inversa entre participación en el PNAC y el ingreso (CASEN 90). La cobertura del PNAC en los hogares pobres y en los que superaron esa condición en 1993 mostró una adecuada focalización del programa y conocimiento de este beneficio en la población. Esta no varía notablemente en el período estudiado, excepto en los hogares con cambios negativos en su situación económica. El comportamiento de la población está vinculado a la situación económica de los hogares y al tipo de productos entregados. El programa distribuye leche entera a los menores de dos años y un sustituto lácteo para el grupo entre dos y cinco. Al mejorar la situación económica, se discrimina el retiro de alimentos participando más en el programa y en las acciones integrales de salud los dos primeros años de la vida. En los hogares pobres y en los que ven deteriorada su situación esta discriminación no se produce, resultando fundamental el subsidio de alimentos en cualquier edad de los beneficiarios e independientemente del producto distribuido. Ello conduce a pensar que el mecanismo de focalización socioeconómica del PNAC, basado en la autoexclusión, es un mecanismo en esencia acertado que posibilita a los hogares ingresar y salir del programa según la evolución de sus necesidades y de fluctuaciones en el empleo y los ingresos (16). La

prevalencia de desnutrición experimentó un descenso en 1993 en todos los estratos, particularmente relevante en los hogares pobres en 1990. Las variaciones más importantes se expresan en el grupo de hogares que superan la pobreza, siendo significativas para ese grupo y para quienes han consolidado su situación de no pobres. En el grupo de hogares de prolongada pobreza se evidencia una importante disminución de la desnutrición y riesgo nutricional, pero las diferencias no son significativas. Probablemente allí el programa por sí solo no logra revertir significativamente el deterioro, requiriéndose acciones más integrales. En cambio, en el grupo de hogares cuya situación de pobreza puede ser más reciente o ha sido menos prolongada, el PNAC podría estar jugando un rol de mayor protección.

El programa materno infantil, los programas alimentarios y los cambios en la situación socioeconómica se dibujan como una trilogía que impacta en las modificaciones en el descenso de las tasas de desnutrición. La importancia relativa de cada uno de ellos no puede ser discriminada en el presente estudio, aunque refleja la necesidad de considerar estas tres variables en las políticas sociales orientadas a mejorar el desarrollo y crecimiento de la infancia y a la creación de igualdad de oportunidades para los más pobres.

BIBLIOGRAFIA

1. Teitelboim B. Situación de pobreza en Chile 1987-1992. Departamento Estudios Sociales, Ministerio de Planificación. Santiago, mayo 1993.
2. MIDEPLAN. La impresión de las cifras. Alfabet Impresores, Santiago, febrero 1993.
3. MIDEPLAN. El impacto de la política económica y social en la pobreza. Santiago, julio 1993.
4. MIDEPLAN. Resultados Encuesta Caracterización Socioeconómica Nacional 1990 y 1992, Santiago 1993.
5. Castillo C, Atalah E., Riumalló J. Análisis de la situación de salud materno-infantil e indicadores económicos en Chile. Arch Latinoam Nutr 1994; 44: 61s.
6. Ministerio de Salud. Informe consolidado de la situación nutricional de la población infantil. Santiago, marzo 1994.
7. Castillo, C. Atalah, E. Estado nutricional de la población infantil y Programa Nacional de Alimentación Complementaria 1990-1991. Rev Chil Pediatr 1994; 65 (5); 285-290.
8. Atalah E. Análisis de la situación nutricia de la población de Santiago y de los programas orientados a mejorarla. Arch Latinoam Nutr 1992; 42 (suplemento): 22-31s.
9. Atalah E. Déficit de talla del lactante: ¿problema

- ambiental o genético? I Jornadas de Invierno, Sociedad Chilena de Pediatría. Apuntes Médicos, 1995.
10. Torche A, Amigo H, Atalah E, Boj MT, Coloma F, Muchnik E, Rozas P, Vial I. Estudio de evaluación económica del PNAC: Evolución y análisis de la gestión del Programa Nacional de Alimentación Complementaria. Santiago, diciembre de 1994.
 11. Muchnik E, Vial I, Kain J, Valenzuela S. Análisis crítico del PNAC de refuerzo. Cuad Economía 1995; 32: 71-87.
 12. Ministerio de Salud. Manual del Programa Nacional de Alimentación Complementaria. Santiago, Chile 1988.
 13. Teitelboim B. Salario mínimo y canasta de satisfacción de necesidades nutricionales. Documento de Trabajo N° 79. Programa de Economía del Trabajo. Santiago, julio 1991.
 14. Snedecor G. and Cochran W. Statistical methods. The Iowa State University Press, 6th Ed. Ames, Iowa, 1972.
 15. Pérez E, Castro R. Resultados de la Encuesta Panel de Hogares. Indicadores Económicos y Sociales. Programa de Economía del Trabajo. PET, junio 1994.
 16. Departamento de Economía Agraria, U Católica, INTA, U de Chile, FIFP-FS. Experiencias y dilemas en la focalización de programas de salud y nutrición. Santiago, 1990.