

---

---

*Para Comentarios*  
*Abril, 2002*

---

---

---

---

***TENDENCIAS DE LARGO PLAZO EN  
TAMAÑO, EFICIENCIA Y FOCALIZACION  
DEL GASTO SOCIAL EN AMERICA LATINA  
Y EL CARIBE***

---

---

Por Tarsicio Castañeda

con la asistencia de Luisa Fernández

---

Este reporte fue preparado bajo la dirección y supervisión de Mayra Buvinic Jefe de la División de Protección Social del Banco Interamericano de Desarrollo. Los errores, hallazgos e interpretaciones por lo tanto son de única responsabilidad del autor y no del Banco Interamericano de Desarrollo.

## TABLA DE CONTENIDOS

	Página
LISTA DE CUADROS .....	iii
LISTA DE GRAFICAS .....	v
RESUMEN EJECUTIVO .....	vi
1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. LA IMPORTANCIA DEL GASTO SOCIAL DESDE LOS 1970s Y ASPECTOS INSTITUCIONALES .....	4
A. Evolución del Gasto Social: Tamaño y Composición desde los 1970s	4
A.1 Nivel y tendencias del gasto social en LAC y el Caribe en las últimas tres décadas .....	4
A.2 Niveles y tendencias en participación del gasto social por sector en el PIB .....	7
A.3 Niveles y tendencias en la composición del gasto social .....	10
A.4 Evolución del gasto real per-capita en sectores sociales .....	13
A.5 Resumen y conclusiones .....	14
B. Aspectos Institucionales de la Política Social y Tendencias .....	16
3. QUE TAN EFECTIVO HA SIDO EL GASTO SOCIAL EN LAC Y EL CARIBE .....	22
A. Evolución de indicadores de educación y salud .....	24
B. Resultados .....	25
C. Resumen y conclusiones .....	29
4. LA EQUIDAD DEL GASTO SOCIAL: NIVELES Y TENDENCIAS EN LAS ULTIMAS DOS DECADAS .....	31
A. Conceptos y metodología .....	31
B. Resultados obtenidos .....	33
C. Resumen y conclusiones .....	39

5. RESUMEN Y CONCLUSIONES .....	40
REFERENCIAS .....	44
APÉNDICE .....	46

## LISTA DE CUADROS

	Página
Cuadro 2.1 Tendencias en Gasto Social en Relación a Gasto Total y PIB, 1970s, 1980s, 1990-99 (%) .....	6
Cuadro 2.2 Participación del Gasto Público en Servicios Sociales en el PIB, 1970-99 (%) .....	9
Cuadro 2.3 Participación del Gasto Sectorial en el Gasto Social Total, 1970-99 (%) .....	12
Cuadro 2.4 Aumentos Reales en Gasto Social Per-Capita Total y Sin Seguridad Social, 1990-99 (%) .....	14
Cuadro 2.5 Resultados de Evaluación de Impacto de la Red de Protección Social de Nicaragua .....	20
Cuadro 3.1 Interpretación de resultados de países .....	23
Cuadro 3.2 Evolución de Indicadores de Educación y Salud en LAC y el Caribe y Comparaciones con Países Asiáticos del Lejano Oriente, 1980-98 .....	24
Cuadro 3.3 Efectividad del Gasto Social (Educación) en LAC y el Caribe, 1980, 1998 .....	27
Cuadro 3.4 Eficiencia del Gasto Social (Salud), en LAC y el Caribe, 1980,99 .....	29
Cuadro 4.1 Niveles y Tendencias en la Incidencia del Gasto Social en Educación, Salud y Seguridad Social, Promedio de 8 Países de América Latina y el Caribe, 1980-1999 (%) .....	34
Cuadro 4.2 Tendencias en la incidencia del Gasto Social en Educación, Salud y Seguridad Social, 8 Países de América Latina y el Caribe, 1980-1999 (%) .....	36
Cuadro 4.3 La Incidencia del Gasto Público en Educación y Salud entre 1993-98 en Nicaragua .....	37
Cuadro 4.4: Evolución de la Participación del Gasto Sectorial en el Gasto Social Total, América Latina y Caribe, 1970-1999 (%) .....	38
Cuadro A3.1 Evolución de la Tasa Neta de Matricula Secundaria en LAC y el Caribe y Comparaciones con Países del Lejano Oriente, 1980-97...	54

Cuadro A3.2 Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil 0-5 Años en LAC y el Caribe y Comparaciones con Países del Lejano Oriente, 1980-98...	55
Cuadro A3.3 Resultados Regresiones Tasa Neta de Matricula Secundaria para América Latina y el Caribe y el Lejano Oriente, 1980 y 1998.....	56
Cuadro A3.4 Resultados Regresiones Tasa de Mortalidad Menores de 5 Años para América Latina y el Caribe y el Lejano Oriente, 1980 y 1998 .....	56
Cuadro A3.5 Resultados Regresiones Gasto en Educación para América Latina y el Caribe y el Lejano Oriente, 1980 y 1998 .....	56
Cuadro A3.6 Resultados Regresiones Gasto en Salud <sup>2</sup> para América Latina y el Caribe y el Lejano Oriente, 1980 y 1998 .....	56
Cuadro A4.1 La Incidencia del Gasto Social en Educación, Salud y Seguridad Social 1980-1999 .....	58

## LISTA DE GRAFICAS

	Página
Gráfica 2.1 Tendencias Gasto Social como % del Gasto Público Total, 1970-99 .....	5
Gráfica 2.2 Tendencias Gasto Social como % del PIB, 1970-99 .....	5
Gráfica 2.3 Tendencias en Participación Gasto Sectorial en Gasto Social Total, 1970s, 1999 .....	13
Gráfica 4.1 Incidencia del Gasto en Educación Promedio Latinoamérica, 1980-1999 (%) 40% Más pobre .....	35
Gráfica 4.2 Incidencia del Gasto en Educación Promedio Latinoamérica, 1980-1999 (%) 20% Más rico .....	35
Gráfica 4.3 Evolución de la Participación del Gasto Sectorial en el Gasto Social Total en América Latina y el Caribe .....	38
Gráficas A2.1 Tendencias Gasto Social Total como Porcentaje del PIB, 1970 – 1999 .....	48
Gráficas A2.2 Tendencias en Composición del Gasto Social, 1970s, 1999	50

## RESUMEN EJECUTIVO

Además de las políticas para sostener buenos niveles de crecimiento económico, el gasto social es el principal instrumento para combatir la pobreza y mejorar los niveles de bienestar de los países. Este gasto, sin embargo, debe ser fiscalmente sostenible y no distorsionar la estructura misma de incentivos del aparato productivo. Pero no sólo el volumen o tamaño del gasto es importante sino también su eficiencia o eficacia en conseguir resultados y la equidad con que dicho gasto se hace. Esto último tiene mucho que ver con los aspectos institucionales y la estructura de incentivos de las entidades y programas que ejecutan el gasto social. En América latina y el Caribe ha habido amplia discusión reciente sobre si el gasto ha aumentado en el largo plazo y si este gasto ha sido eficiente y sobre su equidad distributiva.

El presente estudio tiene por objeto enfrentar estas preguntas, identificando las tendencias en gasto social, eficiencia o eficacia agregada del gasto social y focalización en las últimas tres décadas. Para ello, primero se examinan las tendencias globales que desde los años 70s ha seguido el gasto social, y los cambios o innovaciones institucionales principales que han ocurrido en este tiempo. Segundo, se examina cuán eficiente o efectivo ha sido el gasto social, es decir, si se han conseguido los resultados esperados del gasto social. Tercero, se examina si el gasto se ha dirigido (focalizado) hacia los grupos mas pobres de la población como ha sido la intención cada vez mas creciente de gobiernos y organismos internacionales desde los años 80s.

### *Aspectos metodológicos y datos*

Para analizar las tendencias de largo plazo se usan dos indicadores: la proporción del gasto social total y sectorial en relación al Producto Interno Bruto (PIB) y la proporción en el total del presupuesto público. No se analizan las tendencias de largo plazo en el gasto *per-capita* ni se hacen comparaciones entre países por cuanto no hay disponibles series históricas de gasto social *per-capita* en paridades de poder de compra (PPP). Con cifras recientes de la CEPAL (2001) se analizan las tendencias de gasto real de cada país en los 90s, pero no se hacen comparaciones del *nivel* de gasto *per-capita* en cada país por cuanto dichas cifras no están expresadas en poderes similares de compra y, por tanto, las diferencias de gasto entre países pueden no reflejar las verdaderas diferencias en la disponibilidad de servicios sociales.

Los datos de gasto social usados son los del Fondo Monetario Internacional (FMI) publicados en el Government Finance Statistics Yearbook (GFSY) para diferentes años. Esta es la serie de datos de mayor cobertura en cuanto a países y a años considerados y permite hacer comparaciones con países de otras regiones del mundo con los cuales LAC y el Caribe pueden compararse por presentar indicadores sociales y económicos similares. El gasto social se define como el gasto en educación, salud, seguridad social y bienestar, y vivienda y servicios comunitarios. Cuando es posible, los datos de gobiernos estatales, provinciales o locales, se incluyen en los consolidados de gasto social.

Para el análisis de gasto se incluyen 23 países de América Latina y el Caribe que cuentan con datos para un buen número de años durante las tres décadas, y 7 más del

lejano oriente (incluyendo Indonesia, Corea, Malasia, las Filipinas, Singapur, Tailandia) y Turquía, que cuentan con niveles de desarrollo e indicadores sociales similares a los de varios de los países de América Latina y el Caribe, con los cuales podrían compararse.

La efectividad-eficiencia del gasto social (insumos) en afectar indicadores sociales (resultados) se identifica en forma indirecta a través de análisis de regresiones entre indicadores y PIB y distribución del ingreso, y entre gasto social y los mismos factores. Con esto se identifican grupos de países que gastan más que lo correspondiente a su desarrollo y obtienen peores indicadores sociales (gastan demasiado para los indicadores que obtienen), y países que gastan menos que el estimado y obtienen mejores resultados que el promedio (países “eficientes”) y los que gastan más y obtienen peores resultados (o países “ineficientes”).

La focalización del gasto social se investiga acudiendo a estudios de incidencia de beneficios (benefit incidence analysis) hechos por organismos internacionales en los 80s y 90s para determinar cómo ha estado y cómo ha evolucionado la focalización del gasto social en LAC y el Caribe. Usando datos de incidencia para diferentes años para un número de países de LAC y el Caribe, y los cambios en la composición del gasto social por sectores se identifican los cambios en la focalización del gasto social *total* en las últimas dos décadas.

### *Resultados obtenidos*

#### *Evolución y composición del gasto social*

- Después de mantenerse estable durante 20 años (70s y 80s), el gasto social como proporción del gasto público y del PIB, aumentó rápidamente en los noventa. El gasto que más ha crecido ha sido seguridad social seguido del gasto en salud y educación. El gasto en seguridad social para el conjunto de LAC y el Caribe se ha casi triplicado pasando del 2 por ciento del PIB en la década de los 70s al 5.5 por ciento del PIB al final de los 90s. Esto puede agravarse aun más con el envejecimiento de la población que se observa en la región y tendrá, en muchos países, impactos fiscales de considerable magnitud, a menos que se hagan reformas significativas de control del gasto. El caso de Chile es interesante por cuanto, si bien el gasto aumentó considerablemente después de la reforma de la seguridad social de principios de los 80s, el gasto ha venido reduciéndose como proporción del PIB, a diferencia de otros países como Brasil, Uruguay, entre otros, donde el gasto ha aumentado rápidamente en años recientes.

#### *Aspectos institucionales del gasto social*

- No ha habido cambios notorios en los mecanismos de financiamiento del gasto social en cuanto a que las entidades continúan financiándose con presupuestos históricos en vez de gastos ligados a la cantidad y calidad de los servicios prestados, como se ha sugerido por académicos y hacedores de política por las ventajas que estos últimos mecanismos tienen para mejorar la eficiencia del gasto social y calidad de los servicios prestados. En muchos países el gasto social está financiado con asignaciones específicas lo que tiene la ventaja de proporcionar una estabilidad mayor de los recursos, pero tiene la desventaja de

presentar inflexibilidades que no permiten atender las necesidades cambiantes de la población y, por tanto, reducen la efectividad del gasto social como mecanismo de protección social.

- Varios países han intentado mejorar la eficiencia y efectividad del gasto social, en especial de educación y salud, a través de la descentralización administrativa del gasto a los estados y municipios. Entre los problemas que estas iniciativas han presentado ha sido el diseño de un sistema equitativo de transferencias, por cuanto la descentralización del gasto no ha venido acompañada de la descentralización fiscal, y el poco grado de autonomía que las unidades descentralizadas tienen para administrar los recursos. La autonomía ha sido limitada por cuanto muchas acciones de personal, contratación, despidos, etc., en educación, por ejemplo, se rigen por normas laborales del nivel central. Algunas iniciativas de transferencia de recursos y autonomía al nivel de establecimiento (escuela), todavía son limitadas, aunque exitosas en los países donde se han implementado (EDUCO en El Salvador, Autonomía Escolar en Nicaragua).
- Un aspecto novedoso institucional ha sido la inclusión de la asistencia social como parte integral de la política social en cuanto a que muchos programas de asistencia social permiten prevenir, paliar o remediar riesgos sociales causados por caídas de ingreso generalizadas, aumentos del desempleo u otros choques externos que afectan el bienestar de las familias. Estos nuevos conceptos están reemplazando la visión más estrecha de la asistencia social como programas de compensación y asistencia social de los 80s. Esto ha llevado a un renovado interés por grupos vulnerables a los choques externos entre ellos los niños de 0-5 años de edad de familias pobres, los niños y jóvenes que dejan el sistema escolar para trabajar, las adolescentes embarazadas y con niños menores y los ancianos indigentes, entre otros grupos, dependiendo del país.
- De la variedad de programas de protección social se destacan los programas de transferencias condicionales que están siendo crecientemente implementados en América Latina y el Caribe después de las experiencias exitosas del Programa de Asignación Familiar (PRAF) de Honduras, Progresá de México, Red de Protección Social de Nicaragua y programas similares en Colombia y Jamaica. Estos programas tratan de implementar acciones *integrales* intentando resolver problemas de salud y nutrición, y educación de los niños y familias más pobres, actuando por el lado de la oferta de servicios y reduciendo las restricciones económicas que afectan la demanda de servicios. Evaluaciones recientes indican que estos programas son efectivos en aumentar la matrícula escolar, reducir la deserción y aumentar el tiempo que los niños pasan en la escuela, además de mejorar indicadores de salud y nutrición.
- Finalmente otro aspecto positivo institucional es el creciente interés por mejorar el monitoreo y evaluación de resultados de los programas sociales. En esto se destacan las iniciativas por mejorar las encuestas de hogares a través de la iniciativa del MECOVI (Mejoramiento Encuestas de Condiciones de Vida) y la introducción de mecanismos de evaluación dentro del diseño de los programas. Así por ejemplo, muchos de los programas nuevos de transferencias condicionadas tienen diseños de evaluación muy robustos tales como la asignación aleatoria o por lotería de beneficiarios para grupos de tratamiento y

control lo que permite medir el impacto del programa en indicadores sociales en forma estadísticamente adecuada.

### Efectividad del gasto social

- En educación, podría decirse que existe en LAC y el Caribe un grupo de países con “ineficiencias” de largo plazo, es decir, que tienen indicadores de educación que son peores que los que les correspondería de acuerdo a su nivel de desarrollo medido por el PIB y gastan mas que lo estimado según su PIB. Entre estos países están Costa Rica, Bolivia, Venezuela, Brasil y México. Así mismo, existe un pequeño grupo de países en situación contraria o de “eficiencia”, es decir, que gastan menos y tienen mejores indicadores de educación que los que les correspondería según su nivel de desarrollo. Entre estos están Republica Dominicana, Perú, Uruguay, Chile y Trinidad y Tobago.
- En salud, muy pocos países se encuentran en las categorías de “eficientes” o “ineficientes” en 1980 y 1998. En las categorías de ineficientes en 1998 se encuentran Brasil y Argentina, mientras en la de eficientes están Chile, Ecuador, Jamaica y Trinidad y Tobago. Llama la atención que un gran número de países se encuentran en la categoría de “poco gasto” incluyendo Bolivia, Republica Dominicana, Guatemala, México y Perú. El resto son países asiáticos, la mayoría de los cuales ha tenido cambios modestos en el gasto en salud en las últimas décadas que han producido retraso en sus indicadores en relación a los estimados de acuerdo a su PNB per-capita en términos de PPP, en 1998.

### Focalización del gasto social

- Los gastos mas progresivos en cada uno de los países considerados en este estudio son los de educación primaria y salud básica en las ultimas dos décadas. Los menos progresivos son los gastos en educación superior y seguridad social.
- La focalización de los gastos en educación primaria y salud básica ha aumentado desde los años 80 y en algunos países como Chile y Colombia la proporción del gasto recibida por el 40 por ciento más pobre ha alcanzado niveles por encima del 60 por ciento. Sin embargo, la focalización de los gastos *totales* en educación y salud no ha mejorado significativamente por la influencia regresiva que han tenido los gastos en educación superior y el gasto en hospitales.
- La focalización del gasto social *total* en América Latina puede haber empeorado en las últimas dos décadas debido a que la participación del gasto en educación dentro del total social, después de aumentar en los 70s, ha caído desde los años 80s en el promedio de América Latina y el Caribe, mientras que la participación del gasto en seguridad ha aumentado progresivamente. El aumento en seguridad social, y el consecuente empeoramiento de la focalización del gasto total social, ha sido especialmente rápido en países como Brasil, Uruguay, Bolivia, entre otros.

## 1. INTRODUCCIÓN

Este estudio tiene tres objetivos principales. Primero examinar las tendencias globales que desde los años 70s ha seguido el gasto social y los cambios o innovaciones institucionales principales que han ocurrido en este tiempo. En este tema se examinan las tendencias en el porcentaje del PIB asignado en el presupuesto a los sectores sociales (educación, salud, seguridad social, vivienda, servicios básicos) y la participación de dicho gasto en el presupuesto público. También se revisa brevemente el marco institucional y de financiamiento en que se ha enmarcado dicho gasto y las tendencias que han ocurrido en los aspectos institucionales en estos años. Segundo, examinar cuán eficiente o efectivo ha sido el gasto social, es decir, si se han conseguido los resultados esperados del gasto social. Tercero, examinar si el gasto se ha dirigido (focalizado) hacia los grupos más pobres de la población como ha sido la intención cada vez mas creciente de gobiernos y organismos internacionales desde los años 80s.

### Metodología General

#### A. Análisis de tendencias de largo plazo en el gasto social

Este informe se basa en una revisión selectiva de la literatura sobre gasto y política social existente en América Latina y en análisis estadístico de series de gasto social producidas para este estudio, como se indica mas abajo. El análisis de gasto social se realiza sobre las tendencias de largo plazo en la proporción del gasto social total y sectorial con relación al Producto Interno Bruto (PIB) y al total del presupuesto público. Desafortunadamente, no se pueden analizar las tendencias de largo plazo en el gasto *per-capita* y hacer comparaciones entre países por cuanto no hay series históricas de gasto social *per-capita* en paridades de poder de compra (PPP). El Banco Mundial publica gasto *per-capita* en PPP solo para algunos años y para educación y salud, y esta información será usada para hacer análisis entre países para los años que cuentan con dicha información en el capítulo 3 que investiga cuán efectivo ha sido el gasto social. Con cifras recientes de la CEPAL (2001) se analizan las tendencias de gasto real de cada país en los 90s pero no se hacen comparaciones del *nivel* de gasto *per-capita* en cada país por cuanto dichas cifras no están en poderes similares de compra.

Para este estudio se usan los datos recopilados anualmente por el Fondo Monetario Internacional (FMI) en el Government Finance Statistics Yearbook (GFSY) para diferentes años. Esta es la serie de datos de mayor cobertura en cuanto a países y a años considerados. Se prefiere esta fuente a otras como las de estudios de país, debido a que los estudios de país no cuentan, en muchos casos, con una metodología uniforme. Las cifras del FMI tienen también sus problemas. Los países no siempre reportan información para todos los años, las cifras no siempre tienen la información de gobiernos estatales y locales por función, por lo que no es posible consolidar el total del gasto público social. Este es el caso de países grandes descentralizados como Brasil, Argentina, México y Colombia. Finalmente, el FMI no siempre detalla los diferentes rubros incluidos en los diferentes países. A pesar de esto creemos que las cifras del FMI son las mas adecuadas para una revisión global de las tendencias de largo plazo del gasto social como el que haremos en este estudio desde 1970 en LAC y el Caribe. Una ventaja importante de los datos del FMI es que incluyen información de países de otras

regiones del mundo con los cuales LAC y el Caribe pueden compararse por presentar indicadores sociales y económicos similares.

El gasto social se define como el gasto en educación, salud, seguridad social y bienestar, y vivienda y servicios comunitarios (Table B. Expenditure by Function Consolidated Central Government). En algunos casos que cuentan con información de gobiernos estatales, provinciales o locales, estos se incluyen en los datos, como se describe en el apéndice estadístico. Este es el caso de Argentina donde los gastos provinciales se consolidan con los del gobierno central. No fue posible hacer lo mismo para Brasil donde un porcentaje significativo de gasto social se hace por los estados y los municipios, pero esta información no se encuentra en las estadísticas del FMI. Para este caso se usaron las estimaciones de CEPAL para el gasto en educación y salud que incluye el gasto hecho por entidades estatales y locales (CEPAL, 2001). También subestimadas aparecen las cifras de Colombia especialmente para después de 1993 cuando las transferencias a los departamentos y municipios empezaron a aumentar considerablemente, y las cifras del FMI parecen no reflejar estos cambios. Para los demás países, especialmente los más pequeños, que cuentan con estructuras de gasto centralizadas, los problemas de subestimación parecen no ser importantes.

Para el análisis de tendencias se incluyen 23 países de Latino América y el Caribe que cuentan con datos para un buen número de años durante las tres décadas. Además de estos países se incluyen 7 más del lejano oriente (incluyendo Indonesia, Corea, Malasia, las Filipinas, Singapur, Tailandia) y Turquía que cuentan con niveles similares de desarrollo de varios de los países de América Latina y el Caribe, y con niveles similares de indicadores sociales, con los cuales podrían compararse. Estos países los describiremos con el nombre de “lejano oriente” o países “asiáticos” en el texto. Se incluyen estos países para tener una perspectiva más amplia de la región de LAC y el Caribe en el conjunto de regiones similares. En esos otros países también se tomó cuidado de consolidar los gastos del gobierno central con los estatales y municipales cuando son publicados.

#### B. Efectividad del gasto social

Para examinar este tema se utiliza un método que trata de investigar en forma indirecta cuán efectivo ha sido el gasto social (insumos) para conseguir los indicadores observados (resultados) en los diferentes países, incluidos los países asiáticos de comparación. Para esto se usan regresiones para estimar los indicadores en función del desarrollo de cada país y su distribución del ingreso, factores que se han encontrado que están asociados con los indicadores sociales de educación y salud en muchos países. Después se estiman el gasto social en educación y salud en función de los mismos factores para determinar qué países gastan más o menos que lo que les correspondería de acuerdo a su nivel de desarrollo. Con esto identificamos grupos de países que gastan más que lo correspondiente a su desarrollo y obtienen peores indicadores sociales (gastan demasiado para los indicadores que obtienen), y países que gastan menos que el estimado y obtienen mejores resultados que el promedio (países “eficientes”) y los que gastan más y obtienen peores resultados (o países “ineficientes”).

### C. Focalización del gasto social

Para este tema se revisan un buen número de estudios de incidencia de beneficios (benefit incidence analysis) hechos por organismos internacionales en los 80s y 90s para determinar cómo ha estado y cómo ha evolucionado la focalización del gasto social en LAC y el Caribe. Se presentan y discuten aspectos metodológicos de estos estudios para facilitar la interpretación de los resultados, identificando sus fortalezas y debilidades, y para promover mas estudios sobre el tema en la región.

#### **Contenido del informe**

El informe contiene cinco capítulos. **El Capítulo 2** presenta la evolución del gasto social medido este en relación al gasto público total y a su participación en el PIB. También examina la composición del gasto social. El capítulo es descriptivo y trata de identificar las principales tendencias agregadas de los últimos 30 años en la región y en los países, haciendo comparaciones con los países asiáticos incluidos. En la sección que revisa aspectos institucionales y de financiamiento se señalan algunos grandes rasgos de reformas y programas de interés reciente en la región, incluyendo el tema de protección social y la respuesta de shocks externos de los programas sociales.

**El Capítulo 3** presenta el tema de efectividad-eficiencia del gasto social en LAC y el Caribe y sus comparaciones con países de otras regiones. Aquí se concluye que hay un grupo de países con problemas de largo plazo de eficiencia del gasto social en educación y salud y otros países donde el gasto es todavía bajo y los indicadores podrían mejorarse si se aumenta el gasto.

**El Capítulo 4** presenta la metodología de los estudios de incidencia de gasto social y los resultados de varios estudios para los años 80s y 90s. Usando estos estudios y las tendencias en la evolución y composición del gasto social se establece que mientras la focalización del gasto en educación primaria y salud básica ha sido bastante buena y ha mejorado a través del tiempo, la focalización del gasto social total ha posiblemente empeorado por el gran aumento del gasto en seguridad social en la región.

Finalmente, **el Capítulo 5** resume el estudio y presenta las principales conclusiones.

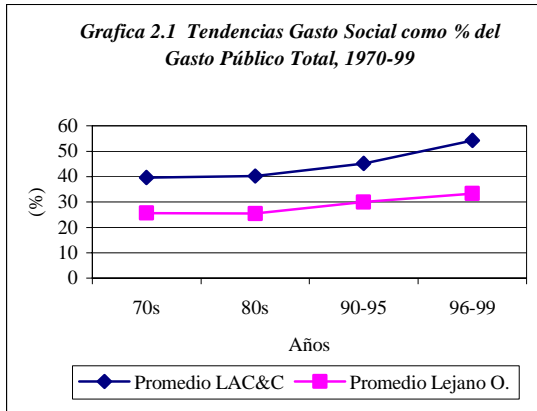
## **2. LA IMPORTANCIA DEL GASTO SOCIAL DESDE LOS 1970s Y ASPECTOS INSTITUCIONALES**

Este capítulo contiene dos secciones. La sección A examina la evolución del gasto social en las últimas tres décadas para tener indicaciones de si ha perdido o ganado importancia la política social en la asignación de recursos públicos en América Latina (LAC) y el Caribe en este periodo. La sección B examina las tendencias en el marco institucional de la política social en cuanto a esquemas de financiamiento, operación y la emergencia de algunos programas innovadores de protección social y en la evaluación de impacto de programas sociales.

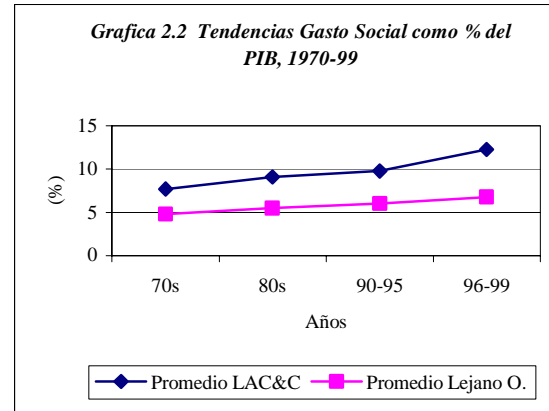
### **A. Evolución del Gasto Social: Tamaño y Composición desde los 1970s**

#### **A.1 Nivel y tendencias del gasto social en LAC y el Caribe en las últimas tres décadas.**

Los cuadros 2.1 al 2.3 presentan los datos de gasto social total y gasto por sector con relación al gasto público total y al PIB de cada uno de los 30 países considerados. En ellos se describen los indicadores para cuatro periodos incluyendo, los años 1970s, 1980s, 1990-95 y 1996-99. El año 2000 no fue considerado en los cálculos por cuanto solo pocos países cuentan con información para dicho año. Para observar las tendencias de largo plazo los datos anuales de las proporciones estudiadas se promedian para cada periodo para reducir las variaciones anuales que se presentan. Estas variaciones anuales han sido usadas en varios estudios para determinar si el gasto social ha sido pro-cíclico o contra-cíclico cuando se comparan con el ciclo económico (Grosh, 1990 para los 80s y CEPAL, 2001 para los 90s, entre otros). A pesar de la estabilidad mostrada en las cifras agregadas de los diferentes periodos, como se observa en las gráficas 2.1 y 2.2, los datos anuales, tanto para las participaciones del gasto social en el gasto total como para las participaciones en el PIB, varían considerablemente de un año a otro, como se observa en las gráficas A2.1 del apéndice, capítulo 2, para algunos países seleccionados. Todas las proporciones de gasto social (en gasto público y en el PIB) se calculan usando las cifras *nominales* de cada país para cada año para evitar las distorsiones que pueden ocurrir cuando se usan diferentes deflatores para las diferentes series de datos.



Fuente: Cuadro 2.1



Fuente: Cuadro 2.1

### Gasto social en relación al gasto público total

Para el promedio de LAC y el Caribe se observa que esta relación se mantuvo mas o menos constante en los años 70s y en los 80s, en alrededor del 40 por ciento del gasto público, pero esta relación creció considerablemente al 45 por ciento en 1990-95 y al 54 por ciento en 1996-99. Solo en seis países de los 23 de LAC y el Caribe considerados no aumentó la proporción del gasto social en el total de gasto público en los periodos considerados. Llama la atención que el gasto social en LAC y Caribe en el gasto total es mucho mayor que el gasto en los países de comparación y la diferencia ha aumentado de alrededor de 15 puntos porcentuales en 1970s a alrededor de 20 puntos porcentuales al final de los 90s.

Existen grandes diferencias entre países. Los países con *mayor* proporción del gasto social en gasto público total son en su orden, al final de los 90s, Uruguay y Brasil (76 por ciento cada uno), Chile (68 por ciento), Costa Rica (64 por ciento), Panamá (61 por ciento), y Argentina (59 por ciento). Los países que dedican una *menor* proporción del gasto público total a los sectores sociales son, Perú (21 por ciento), Guatemala (26 por ciento), El Salvador (30 por ciento) y Ecuador (32 por ciento) para principios de los años 90s, últimos años para los que estos países tienen información. Llama la atención que mientras que en LAC y el Caribe existen grandes diferencias entre países, no es lo mismo en los países de comparación, siendo el porcentaje mas alto el de Malasia (43 por ciento) y el más bajo el de Turquía (24 por ciento), al final de los 90s.

**Cuadro 2.1 Tendencias en Gasto Social en Relación a Gasto Total y PIB, 1970s, 1980s, 1990-99 (%)**

<i>Países</i>	<b>Gasto Social en Gasto Público Total/a</b>				<b>Gasto Social en PIB/a</b>			
	<b>1970s</b>	<b>1980s</b>	<b>90-95</b>	<b>96-99</b>	<b>1970s</b>	<b>1980s</b>	<b>90-95</b>	<b>96-99</b>
<i>América Latina</i>								
Argentina	41.3	45.7	57.1	58.6	--	12.4	12.7	14.0
Bahamas	46.4	42.4	39.8	40.3	8.2	7.9	7.2	8.0
Belice	25.2	31.9	38.3	37.2	7.3	8.4	11.6	10.6
Bolivia	39.7	37.7	40.0	48.2	4.9	5.2	8.0	10.9
Brasil/b	--	58.1	55.3	76.1	--	14.1	16.1	19.5
Chile	53.4	62.3	64.3	67.8	14.3	17.5	13.3	15.1
Colombia	19.5	42.0	38.0	47.8	3.3	7.7	5.0	8.0
Costa Rica	61.0	61.9	62.0	63.6	12.3	14.6	13.5	14.1
República Dominicana	37.7	38.2	41.4	42.6	6.4	5.4	5.9	7.0
Ecuador	34.2	37.0	32.1	--	4.1	5.4	4.7	--
El Salvador	39.5	29.1	29.8	33.9	4.3	4.7	3.8	3.9
Guatemala	36.4	27.6	26.3	--	3.7	3.1	2.5	--
Guyana	25.0	19.2	--	--	8.7	9.9	--	--
Honduras	40.5	--	--	--	6.2	--	--	--
Jamaica	36.0	--	--	--	10.6	--	--	--
México	45.9	27.8	47.4	53.1	--	6.1	7.3	8.2
Nicaragua	41.5	33.5	45.1	--	7.4	10.2	11.8	--
Panamá	43.4	48.8	65.9	60.7	12.5	14.1	16.2	16.8
Paraguay	35.4	43.6	39.4	--	3.9	4.3	4.8	--
Perú	--	23.2	21.4	--	--	4.2	--	--
Trinidad y Tobago	33.8	34.1	44.9	--	9.6	10.5	12.6	--
Uruguay	61.4	61.9	69.6	75.6	11.2	16.0	19.4	23.2
Venezuela	33.7	38.1	--	--	6.5	8.2	--	--
<b>Promedio Simple</b>	<b>39.6</b>	<b>40.2</b>	<b>45.2</b>	<b>54.3</b>	<b>7.7</b>	<b>9.1</b>	<b>9.8</b>	<b>12.3</b>
<i>Países Lejano Oriente</i>								
Indonesia	11.6	12.8	21.8	31.9	2.3	2.6	5.7	5.6
Corea	23.6	28.0	31.4	33.5	3.7	4.6	5.2	5.8
Malasia	33.0	32.6	36.8	43.0	7.7	10.0	9.5	8.9
Filipinas	21.1	22.1	22.5	26.7	3.2	3.6	4.3	5.1
Singapur	32.3	33.8	37.8	38.7	6.0	8.5	6.9	7.4
Tailandia	31.6	30.0	35.3	35.0	5.3	5.5	5.4	7.3
Turquía	27.0	19.5	24.1	24.2	5.1	3.7	5.1	7.8
<b>Promedio Simple</b>	<b>25.7</b>	<b>25.5</b>	<b>30.0</b>	<b>33.3</b>	<b>4.8</b>	<b>5.5</b>	<b>6.0</b>	<b>6.8</b>

/a: Promedios de los porcentajes anuales por país para las tres décadas. Gasto social incluye educación, salud, seguridad social y bienestar y vivienda y servicios comunitarios, hechos por el gobierno central o federal. No incluye el gasto en estos sectores hechos por los gobiernos locales.

/b: Para Brasil se usan datos de CEPAL (2001) para educación y salud, para gasto social en PIB. Para gasto social en gasto total se corrigen los datos del FMI con las proporciones de gasto social en PIB.

**Fuente:** Cálculos del autor con datos de gasto tomados de Government Finance Statistics Yearbook, IMF, 1981-2000, y de PIB de The World Economic Outlook Database, IMF, December 2001.

### Gasto social en relación al PIB de cada país

Con relación al gasto social en el PIB se observa que para el promedio de LAC y el Caribe, esta relación aumentó paulatinamente desde el 8 por ciento en los 70s hasta el 12 por ciento para el final de los 90s. Las mismas tendencias se observan en los países del lejano oriente pero el cambio ha sido mucho menor (5 por ciento en 1970s al 7 por ciento al final de los 90s), aumentado la brecha entre los dos grupos de países de 3 puntos porcentuales del PIB en los 70s a 5 puntos porcentuales para el final de los 90s.

Los países que tienen una proporción *mas alta* del PIB en gasto social son Uruguay (23 por ciento), Brasil (20 por ciento), Panamá (17 por ciento), Chile (15 por ciento) y Costa Rica (14 por ciento) al final de los 90s. Llamamos la atención los casos de Uruguay y Brasil donde el gasto social en PIB creció muy rápidamente entre los 70s y el final de los 90s. Esto se explica, como se observa mas abajo, por aumentos muy rápidos en los gastos en seguridad social. En varios otros casos tales como Chile y Costa Rica se observa un aumento de la relación en los 80s y una disminución en los 90s. Finalmente es de notar que los porcentajes de gasto social con relación al PIB son muy variables año a año, como se observa en las gráficas A2.1 por países en el Apéndice Estadístico, Capítulo 2.

## **A.2 Niveles y tendencias en participación del gasto social por sector en el PIB**

En el cuadro 2.2 se observa que el aumento en el gasto social con relación al PIB en LAC y el Caribe que ha ocurrido en los 90s se lo han llevado el gasto público en salud y los grandes aumentos en seguridad social y bienestar, en tanto que en los países de comparación los aumentos han correspondido a educación, seguridad social y bienestar, y en menor medida vivienda y servicios comunitarios. A continuación se describen los rasgos mas importantes para estos sectores y para los países.

### Educación

En promedio para LAC y el Caribe se mantuvo la proporción del gasto en educación en el PIB en 3.3 por ciento en los 70s, 80s e inicios de los noventa (3.1 por ciento), y aumentó mas fuertemente al 3.7 por ciento al final de los 90s. En los países de comparación, la proporción del gasto social se ha mantenido en alrededor del 3.4 por ciento del PIB en los 80s y los 90s. La situación no ha sido, sin embargo, uniforme por países. Entre los países que han aumentado la participación del gasto en educación se encuentran Belice, Bolivia, Colombia, México, Nicaragua, entre otros. En los que ha disminuido incluyen Argentina, Bahamas, Costa Rica (5.6 por ciento en los 70s a 4.2 por ciento al final de los 90s), Ecuador, El Salvador y Trinidad y Tobago. En los países de comparación ha habido mayor estabilidad en las tendencias por países en las tres décadas.

### Salud pública

Para el promedio para LAC y el Caribe, el gasto en salud ha aumentado continuamente del 1.6 al 2.4 del PIB entre los 70s y el final de los 90s, lo cual no ha ocurrido en los países de comparación en donde el gasto se ha mantenido en alrededor del 0.8-0.9 por ciento del PIB en las tres décadas. Llama la atención el caso de Costa Rica en donde el gasto en salud aumentó del 2.1 por ciento del PIB en los 70s a casi el 6 por ciento del PIB en los 80s y primera mitad de los 90s y alrededor del 5 por ciento al final de los 90s. Aumentos importantes del gasto en salud han ocurrido también en Colombia, Panamá y Uruguay.

### Seguridad Social y Bienestar

El gasto en seguridad social y bienestar como proporción del PIB se ha casi triplicado en las tres décadas para el promedio de LAC y el Caribe, creciendo del 2 por

ciento en los 70s al 5.5 por ciento al final de los 90s. Los países de mayor aumento en el gasto en seguridad social incluyen Brasil, Bolivia, Costa Rica, Argentina, Trinidad Tobago y Uruguay. El caso de Uruguay es especialmente por el nivel de casi el 19 por ciento del PIB que ha alcanzado el gasto en seguridad social haciendo un fuerte crowding-out del gasto en los otros sectores especialmente educación y salud. También interesante es el caso de Chile que después de tener niveles de gasto en seguridad social en PIB del 11 por ciento en los 80s, los ha reducido gradualmente hasta cerca del 8 por ciento al final de los 90s. En contraste en los países de comparación el gasto en seguridad social en el PIB, aunque ha subido en las tres décadas, se mantiene escasamente por encima del 1 por ciento del PIB.

#### Vivienda y servicios comunitarios

El gasto público en vivienda y servicios comunitarios se ha mantenido en alrededor del 0.7 del PIB en LAC y el Caribe y es un poco mas alto en los países de comparación. El único caso de resaltar es el de República Dominicana que gastó en vivienda y servicios comunitarios cerca del 2 por ciento del PIB o más del doble de lo que gasta el resto de LAC y el Caribe.

Cuadro 2.2 Participación del Gasto Público en Servicios Sociales en el PIB, 1970-99 (%)

País	Educación en PIB				Salud en PIB				Seguridad Social en PIB				Vivienda en PIB			
	1970s	1980s	90-95	96-99	1970s	1980s	90-95	96-99	1970s	1980s	90-95	96-99	1970s	1980s	90-95	96-99
<i>América Latina</i>																
Argentina	--	3.4	3.2	3.3	--	1.1	1.5	1.5	--	7.5	7.4	8.5	--	0.5	0.6	0.7
Bahamas	4.6	3.7	3.5	3.7	2.6	2.7	2.6	2.9	1.1	1.4	0.8	1.2	0.04	0.1	0.2	0.3
Belice	3.9	4.3	5.5	5.8	2.1	2.3	2.8	2.3	0.7	1.1	1.1	1.7	0.5	0.6	2.2	0.8
Bolivia	3.2	3.0	3.6	4.4	1.0	0.8	1.2	0.8	0.5	1.3	3.1	5.5	0.2	0.1	0.1	0.2
Brasil/a	--	3.7	3.7	3.9	--	3.7	3.6	3.6	--	6.6	8.7	11.8	--	0.1	0.1	0.2
Chile	3.8	3.8	2.8	3.6	2.0	2.0	2.3	2.7	6.8	10.6	7.1	7.7	1.7	1.2	1.1	1.1
Colombia	2.0	4.0	2.6	3.6	0.9	1.0	0.9	1.6	0.2	2.2	1.1	1.7	0.1	0.5	0.4	1.0
Costa Rica	5.6	4.7	4.5	4.2	2.1	5.9	5.7	4.8	4.1	3.0	3.2	5.1	0.5	1.0	0.1	0.04
República Dom.	2.1	1.8	1.5	2.4	1.6	1.4	1.6	1.8	1.0	0.9	0.6	0.9	1.7	1.3	2.2	1.8
Ecuador	3.1	3.9	2.7	--	0.8	1.3	1.6	--	0.1	0.2	0.3	--	--	0.2	0.1	--
El Salvador	2.5	2.7	1.8	2.2	1.1	1.2	1.0	0.9	0.5	0.5	0.7	0.4	0.3	0.2	0.3	0.3
Guatemala	1.6	1.6	1.6	--	0.8	0.9	0.9	--	0.7	0.4	--	--	0.6	0.3	--	--
Guyana	4.6	4.8	--	--	1.8	2.9	--	--	1.6	1.9	--	--	0.7	0.3	--	--
Honduras	3.1	--	--	--	1.7	--	--	--	0.9	--	--	--	0.5	--	--	--
Jamaica	5.7	--	--	--	2.5	--	--	--	1.0	--	--	--	1.5	--	--	--
México	2.4	2.9	3.4	3.8	0.6	0.4	0.4	0.6	3.1	2.5	3.0	3.1	--	0.4	0.4	0.7
Nicaragua	2.5	3.5	3.9	--	1.9	4.4	3.4	--	2.3	1.4	4.0	--	0.7	0.9	0.6	--
Panamá	4.9	4.5	4.5	4.8	4.0	4.7	4.9	5.2	3.0	3.8	5.5	5.6	0.5	1.1	1.2	1.2
Paraguay	1.4	1.2	2.0	--	0.3	0.4	0.7	--	1.9	2.5	1.8	--	0.2	0.2	0.3	--
Perú	--	3.2	--	--	--	1.1	--	--	--	--	--	--	--	0.2	--	--
Trinidad y Tobago	4.1	3.5	3.7	--	2.0	1.8	2.3	--	1.8	1.8	4.3	--	1.8	3.4	2.3	--
Uruguay	1.8	1.9	1.9	2.2	0.9	1.0	1.5	1.8	8.5	13.0	15.9	18.8	0.05	0.02	0.1	0.5
Venezuela	3.0	4.0	--	--	1.7	1.9	--	--	1.0	1.5	--	--	0.8	0.9	--	--
<b>Promedio simple</b>	<b>3.3</b>	<b>3.3</b>	<b>3.1</b>	<b>3.7</b>	<b>1.6</b>	<b>2.0</b>	<b>2.2</b>	<b>2.4</b>	<b>2.0</b>	<b>3.2</b>	<b>4.0</b>	<b>5.5</b>	<b>0.7</b>	<b>0.6</b>	<b>0.7</b>	<b>0.7</b>
Indonesia	1.5	1.8	1.6	1.3	0.4	0.4	0.5	0.4	--	--	0.9	1.1	0.2	0.3	1.2	2.8
Corea	2.5	3.1	3.1	3.5	0.2	0.3	0.2	0.1	0.8	1.1	1.6	1.7	0.2	0.2	0.3	0.4
Malasia	5.3	5.6	5.2	4.7	1.6	1.5	1.4	1.3	0.7	1.2	1.4	1.5	0.2	1.8	1.5	1.4
Philippines	2.0	2.3	3.0	3.8	0.6	0.7	0.6	0.5	0.4	0.2	0.4	0.7	0.3	0.3	0.2	0.1
Singapore	3.1	4.6	4.0	3.4	1.5	1.4	1.1	1.2	0.3	0.4	0.5	0.7	1.2	2.1	1.2	2.0
Thailand	3.4	3.6	3.2	4.0	0.7	1.0	1.1	1.6	0.6	0.6	0.5	0.7	0.5	0.3	0.5	1.0
Turquía	3.6	2.4	3.5	3.6	0.5	0.4	0.6	1.1	0.5	0.2	0.6	2.6	0.4	0.6	0.3	0.5
<b>Promedio Orient.</b>	<b>3.1</b>	<b>3.4</b>	<b>3.4</b>	<b>3.5</b>	<b>0.8</b>	<b>0.8</b>	<b>0.8</b>	<b>0.9</b>	<b>0.5</b>	<b>0.6</b>	<b>0.9</b>	<b>1.3</b>	<b>0.4</b>	<b>0.8</b>	<b>0.7</b>	<b>1.2</b>

Fuente: Cálculos del autor con base en datos del IMF (GFSY, 1981-2000) y datos del PIB (IMF, 2001).

/a: Para Brasil se usa el dato en CEPAL (2001) para educación y salud consolidado nacional para los 90s, pagina 119.

### **A.3 Niveles y tendencias en la composición del gasto social**

El cuadro 2.3 indica que en general se observa que mientras que el gasto en educación ha perdido importancia en el gasto social entre los 70s y los 90s, la participación del gasto en salud ha permanecido mas o menos igual y ha aumentado la participación de la seguridad social y de bienestar, y se ha reducido la participación de vivienda en el total. A continuación se describen las tendencias de cada uno de los sectores.

#### Educación.

Entre 1970s y 1990s la participación del gasto en educación en el gasto social total se ha reducido de alrededor del 46 por ciento al 36 por ciento al final de los 90s. Cabe destacar que esto también ha ocurrido en los países del lejano oriente incluidos en el cuadro pero lo significativo es que estos países destinan una gran proporción de su gasto social a educación (cerca del 50 por ciento del gasto público social al final de los 90s). Desafortunadamente, los datos del FMI no permiten distinguir el gasto en los diferentes niveles educativos por lo que no es posible saber qué nivel de gasto ha sido el que mas se ha reducido para derivar implicaciones de focalización del gasto social que se hacen mas adelante. La situación en los diferentes países no ha sido sin embargo uniforme (ver gráfica 2.3 mas abajo). Los países que han experimentado una mayor reducción en la participación de educación en el gasto social incluyen, Bolivia (28 puntos porcentuales), Ecuador (19 puntos), Costa Rica (16 puntos), y Panamá (11 puntos), Unos pocos países tales como México, Guatemala y Paraguay han aumentado la participación de educación en el gasto público social. Fuertes caídas también han ocurrido en los países del lejano oriente especialmente en Indonesia, Malasia y Turquía.

#### Salud.

La participación del gasto público en salud se ha mantenido mas o menos constante (entre 20-23 por ciento del gasto social) en las últimas tres décadas. Solo recientemente se observan, en algunos países, aumentos significativos en la participación de dicho gasto. Estos países incluyen Costa Rica, donde la participación del gasto en salud se ha mas que duplicado del 15 por ciento en los 70s al 34 por ciento al final de los 90s, y otros como Ecuador, Guatemala y Nicaragua donde los aumentos en la participación del gasto en salud también han sido significativos entre los 70s y principios de los 90s. En los países de comparación la participación del gasto en salud se ha reducido levemente desde 16 por ciento en los 70s hasta un 13 por ciento en los 90s.

#### Seguridad Social y bienestar

A diferencia de las tendencias decrecientes de participación en educación y de estabilidad en el gasto en salud, la participación del gasto en seguridad social ha crecido rápidamente desde alrededor del 26 por ciento del gasto social en los 70s hasta 38 por ciento al final de los 90s. Varios países entre ellos Argentina Brasil, Uruguay destinan mas del 60 por ciento del gasto social a la seguridad social. El caso mas dramático es el de Uruguay que destina cuatro quintas partes del gasto social a la seguridad social, dejando pocos recursos para gastos en educación y salud. En contraste, los países

asiáticos de comparación destinan un poco menos de un cuarto del gasto social a la seguridad social.

#### Vivienda y servicios comunitarios

Los gastos en vivienda y servicios comunitarios representan solo una pequeña fracción del gasto social (7-9 por ciento) y se ha mantenido ese rango en las tres décadas con una leve tendencia a la baja. Llamam la atención los casos de República Dominicana y Trinidad y Tobago donde los gastos en vivienda representan cerca de un tercio del gasto social y un quinto del gasto social, respectivamente, en los 90s. Los gastos en vivienda son también mucho mas altos que en LAC y el Caribe en los países de comparación donde para el final de los 90s casi un quinto del gasto social se destinaba a vivienda y servicios comunitarios.

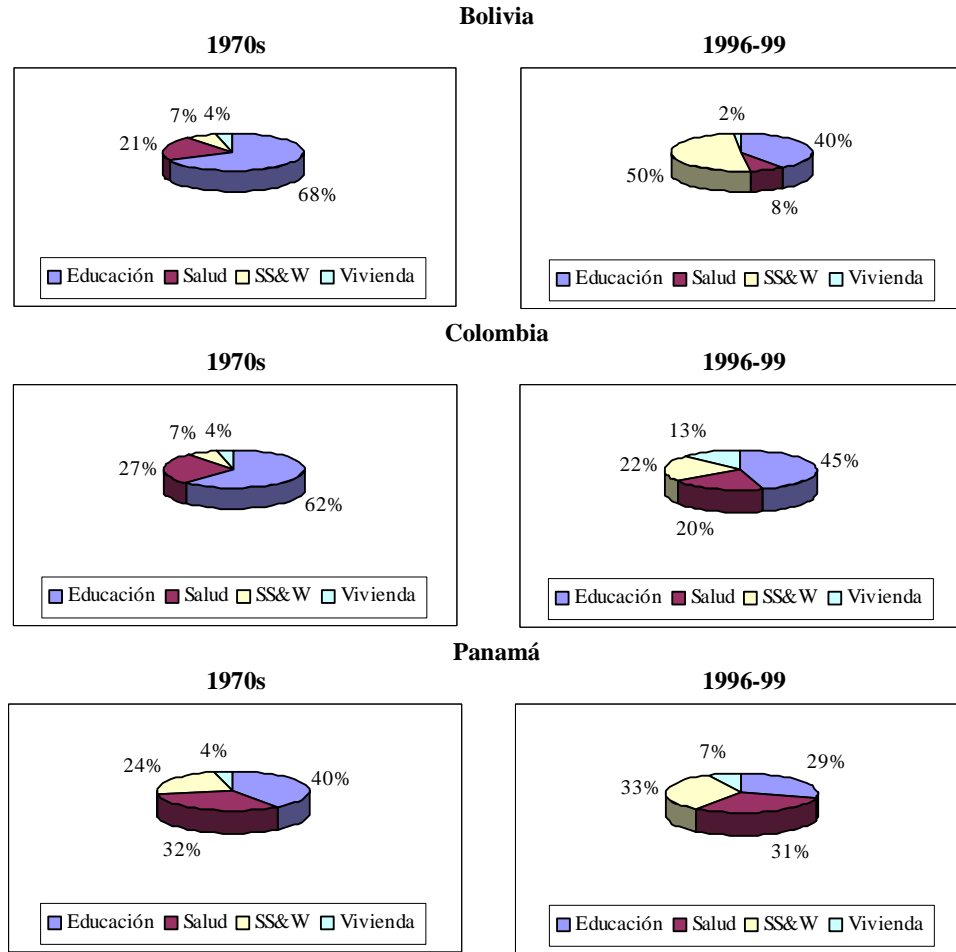
Cuadro 2.3 Participación del Gasto Sectorial en el Gasto Social Total, 1970-99 (%)

País	Educación en Gasto Social				Salud en Gasto Social				Seguridad Social en Gasto Social				Vivienda en Gasto Social			
	1970s	1980s	90-95	96-99	1970s	1980s	90-95	96-99	1970s	1980s	90-95	96-99	1970s	1980s	90-95	96-99
<b>América Latina</b>																
Argentina	23.0	26.2	24.5	22.3	7.5	8.7	10.8	10.2	64.1	62.4	60.0	62.5	5.4	3.3	4.6	5.0
Bahamas	55.7	46.9	48.9	45.9	31.1	34.5	36.3	36.4	12.7	17.5	11.3	14.4	0.5	1.1	3.4	3.3
Belice	53.7	51.4	47.5	54.9	29.7	27.4	24.0	22.1	9.3	12.5	9.5	15.9	7.3	8.7	19.1	7.2
Bolivia	67.9	58.5	45.0	40.3	21.0	14.7	14.0	7.7	7.3	24.9	39.3	50.0	3.8	2.0	1.6	1.9
Brasil/a	--	26.0	23.0	20.0	--	26.0	22.0	18.0	--	47.0	54.0	61.0	--	1.0	1.0	1.0
Chile	26.6	21.5	20.9	24.1	13.9	11.7	17.3	17.7	47.0	59.9	53.6	51.0	12.5	6.9	8.2	7.2
Colombia	61.7	53.8	52.6	45.4	27.1	14.6	17.7	20.2	6.9	24.9	22.6	21.6	4.3	6.7	7.1	12.8
Costa Rica	45.9	32.5	33.2	29.7	15.3	40.7	42.7	33.9	34.5	20.5	23.3	36.1	4.2	6.4	0.8	0.3
República Dom.	32.9	33.4	25.4	34.7	25.0	25.4	27.5	26.1	15.6	17.4	9.3	13.0	26.5	23.8	37.9	26.2
Ecuador	76.3	71.4	57.3	--	20.7	23.5	34.8	--	2.9	3.5	6.0	--	--	3.8	1.8	--
El Salvador	57.5	57.7	47.8	60.5	24.7	25.7	27.6	22.6	11.2	11.6	16.5	10.7	6.6	5.0	8.0	6.2
Guatemala	44.2	49.4	62.8	--	23.3	28.0	37.2	--	18.1	13.1	--	--	14.4	9.4	--	--
Guyana	53.1	54.0	--	--	20.5	29.4	--	--	18.1	14.9	--	--	8.4	1.8	--	--
Honduras	50.0	--	--	--	27.7	--	--	--	14.6	--	--	--	7.7	--	--	--
Jamaica	53.2	--	--	--	23.4	--	--	--	9.7	--	--	--	13.7	--	--	--
México	39.2	47.1	47.3	46.6	9.3	5.9	6.0	7.2	51.5	40.3	41.7	37.3	--	6.8	5.0	8.9
Nicaragua	37.5	34.6	33.6	--	17.4	43.5	30.0	--	36.2	13.2	32.0	--	9.0	8.7	4.4	--
Panamá	39.9	31.9	27.9	28.8	32.4	33.4	30.4	31.2	23.5	26.8	34.1	33.0	4.2	8.0	7.6	7.0
Paraguay	36.9	28.2	41.0	--	8.6	9.9	14.6	--	49.4	56.3	37.1	--	5.0	5.6	7.3	--
Perú	--	73.3	75.8	--	--	24.9	23.7	--	--	--	--	--	--	3.6	0.6	--
Trinidad y Tobago	42.4	33.5	--	--	20.9	17.2	17.9	--	18.4	17.1	34.1	--	18.3	32.3	18.4	--
Uruguay	17.4	11.8	9.8	9.4	6.9	6.7	7.6	7.7	75.3	81.3	82.0	80.9	0.5	0.1	0.6	2.0
Venezuela	46.3	48.8	--	--	26.9	22.7	--	--	15.3	18.1	--	--	11.5	10.5	--	--
<b>Promedio simple</b>	<b>45.8</b>	<b>42.5</b>	<b>40.2</b>	<b>35.6</b>	<b>20.6</b>	<b>22.6</b>	<b>23.3</b>	<b>20.1</b>	<b>25.8</b>	<b>29.2</b>	<b>33.3</b>	<b>37.5</b>	<b>8.6</b>	<b>7.4</b>	<b>7.6</b>	<b>6.9</b>
Indonesia	73.0	71.4	54.2	23.4	17.5	17.0	14.9	7.3	--	--	15.4	19.0	9.5	11.6	25.9	50.2
Corea	68.7	66.9	59.9	60.3	5.4	5.9	3.9	2.2	22.0	23.7	30.5	29.8	3.8	3.5	5.6	7.7
Malasia	68.1	55.9	54.4	53.0	20.3	14.8	14.9	14.6	9.4	12.3	14.9	16.5	2.1	17.1	15.8	15.8
Philippines	62.4	65.7	70.2	73.9	18.7	19.1	14.8	10.5	11.3	6.1	9.8	12.6	7.6	9.1	5.1	3.0
Singapore	52.0	55.1	58.0	46.5	24.5	17.1	16.6	16.9	4.3	4.3	7.9	9.5	19.2	23.5	17.4	27.1
Thailand	65.4	65.5	59.7	55.2	13.0	18.0	21.2	21.5	12.2	10.2	10.2	9.9	9.4	6.3	8.9	13.3
Turquía	72.2	67.2	68.4	47.6	11.3	11.8	12.9	14.5	9.9	6.6	12.7	32.1	6.6	14.4	6.0	5.9
<b>Promedio Orient.</b>	<b>66.0</b>	<b>63.9</b>	<b>60.7</b>	<b>51.4</b>	<b>15.8</b>	<b>14.8</b>	<b>14.2</b>	<b>12.5</b>	<b>11.5</b>	<b>10.5</b>	<b>14.5</b>	<b>18.5</b>	<b>8.3</b>	<b>12.2</b>	<b>12.1</b>	<b>17.6</b>

/a. Los datos de Brasil se ajustan para reflejar el mayor gasto consolidado de salud y educación como se explica en el Cuadro 2.2.

Fuente: Cálculos del autor con base en datos del IMF (GFSY, 1981-2000).

Gráfica 2.3 Tendencias en Participación Gasto Sectorial en Gasto Social Total, 1970s, 1999



Fuente: Cuadro 2.3

#### A.4 Evolución del gasto real per-capita en sectores sociales

Consistente con las tendencias observadas en incrementos en el gasto social con relación al gasto público y al PIB, ha ocurrido un aumento considerable en el gasto social per-capita en la mayoría de los países de LAC en los años 90s, en contraste con los 80s cuando el gasto social per-capita disminuyó a causa de la crisis de esa década (Grosh, 1990). Las cifras de CEPAL indican que el gasto social per-capita aumentó en alrededor de un 50 por ciento (promedio simple) para el conjunto de 17 países considerados (CEPAL, 2001). El cuadro 2.4 indica que los aumentos en gasto social per-capita mas importantes ocurrieron en Perú (178 por ciento), Colombia (141 por ciento), Paraguay (136 por ciento) y República Dominicana (111 por ciento). El gasto social per-capita descendió solo en dos países, Honduras y Venezuela entre 1990 y 1999.

Sin embargo, el aumento fue menor para el gasto social sin seguridad social para el promedio de LAC que fue de alrededor del 43 por ciento entre 1990 y 1999. Entre

los países donde el aumento del gasto sin seguridad social fue menor se incluyen Bolivia, Brasil, Costa Rica, México y Uruguay, entre otros, reflejando el creciente gasto en esos países de la seguridad social.

**Cuadro 2.4 Aumentos Reales en Gasto Social Per-Capita Total y Sin Seguridad Social, 1990-99 (%)**

País/a	Aumento Real 1990-99	
	Gasto Social Total	Gasto Social sin Seguridad Social
Argentina	39.3	51.2
Bolivia	39.0	18.7
Brasil	28.6	0.05
Chile	88.0	114.0
Colombia	141.1	155.0
Costa Rica	31.0	24.1
El Salvador	37.0	44.6
Guatemala	106.0	130.0
Honduras	-0.05	-0.03
México	55.0	20.0
Nicaragua	19.0	18.7
Panamá	29.0	35.4
Paraguay	136.0	145.7
Perú	178.0	151.1
República Dominicana	111.0	103.4
Uruguay	73.0	46.5
Venezuela	-0.07	-11.3
<b>América Latina (promedio)</b>	<b>50.0</b>	<b>43.4</b>

/a: Los datos de Bolivia son para 1995-99 y los de El Salvador para 1994-99.

Fuente: Cálculos del autor con base en datos en CEPAL (2001), cuadros IV.1 y IV.4 páginas 139 y 140.

## A.5 Resumen y conclusiones

De la observación de las tendencias de largo plazo se pueden sacar las conclusiones siguientes:

- El gasto social en LAC y el Caribe ha aumentado en las últimas tres décadas como proporción del gasto público y como proporción de los recursos producidos por los países (PIB). Este crecimiento, sin embargo, no fue continuo sino que ocurrió en la década de los noventa, después de que el gasto social con relación al gasto público y al PIB permaneció estable en los 70s y 80s. Esta estabilidad de las proporciones en las décadas esconde grandes variaciones anuales en tales indicadores, reflejando los ajustes presupuestales ante los cambios dados por el ciclo económico de corto plazo. También el promedio para LAC y el Caribe esconden variaciones en estas tendencias generales entre países. Las tendencias de aumento en gasto social han sido menos fuertes en los países asiáticos de comparación a lo largo de las tres décadas. Por ejemplo, mientras que el gasto social como proporción del PIB aumentó en LAC y el Caribe de 7.7 por ciento al 12.3 por ciento entre 1970 y el final de los 90s, esta relación aumento de 4.8 por ciento al 6.8 por ciento en los países asiáticos de comparación en el mismo periodo.

- El principal motor del crecimiento en el gasto social ha sido el gasto en seguridad social, seguido, aunque en menor medida del gasto en salud. Solo recientemente al final de los 90s se observan también algunos aumentos moderados en el gasto en educación. El gasto en seguridad social para el conjunto de LAC y el Caribe se ha casi triplicado pasando del 2 por ciento del PIB en la década de los 70s al 5.5 por ciento del PIB al final de los 90s. Para el final de los 90s el gasto en seguridad social es casi igual al gasto conjunto de educación y salud de los países de LAC y el Caribe considerados. Esto contrasta ampliamente con los países asiáticos de comparación donde el gasto combinado de educación y salud es cerca de 4 veces mayor que el gasto en seguridad social.
- Lo mas preocupante del aumento del gasto en seguridad social es que en la mayoría de los países se muestra una fuerte tendencia a la aceleración del gasto en la ultima década. Salvo el caso de Chile donde del 11 por ciento del gasto en PIB en los 80s ha descendido al 7.7 por ciento al final de los 90s, en muchos otros países los porcentajes han crecido dramáticamente en los 90s. Este es el caso de Brasil (que paso del 6.6 por ciento del PIB en los 80s al 11.8 al final de los noventas), de Uruguay (8.5 en los 70s al 18.8 al final de los 90s), Argentina (7.5 en los 80s a 8.5), Costa Rica (4.1 a 5.1), Bolivia (0.5 a 5.5) y Panamá (3.0 a 5.6), entre otros países. En varios de estos países el gasto en seguridad social ya está tomándose mas del 60 por ciento del gasto público social, haciendo un *crowding out* del gasto en otros sectores mas prioritarios como educación y salud y poniendo fuertes presiones en la situación fiscal de los países. El caso de Chile es interesante por cuanto si bien el gasto aumentó considerablemente después de la reforma de la seguridad social de principios de los 80s, el gasto ha venido reduciéndose como proporción del PIB hasta llegar a niveles cercanos a los de pre-reforma al final de los 90s (6.8 por ciento en los 70s vs. 7.7 al final de los 90s).
- Como resultado del aumento del gasto social en el PIB y del crecimiento de este en la mayoría de los años 90s, según un estudio reciente de la CEPAL, ha habido un rápido crecimiento del gasto social per-capita en casi todos los países de LAC (excluyendo Honduras y Venezuela) tanto en el gasto total como en el gasto social sin seguridad social. Entre 1990 y 1999 el gasto total social creció en 50 por ciento, en tanto que el gasto sin seguridad social lo hizo en 43 por ciento en el mismo periodo.
- Finalmente, y a pesar de que los cambios en los indicadores tanto de gasto social en gasto total como en el PIB son muy grandes y parecen consistentes a través del tiempo, es urgente mejorar las cifras de gasto de las diferentes fuentes de datos que en muchos casos presentan divergencias importantes. También es urgente elaborar series históricas de gastos per-capita por país, en poderes de compra similares para poder establecer diferencias efectivas de gasto entre países y series de producto nacional bruto (PNB) que son mas apropiadas que el PIB para medir las relaciones de gasto social con relación al producto nacional. Estos esfuerzos para homogenizar cifras de gasto social entre países debieran poderse hacer en forma similar a los esfuerzos que varios organismos internacionales incluyendo el BID, la CEPAL, Banco Mundial vienen haciendo

con la iniciativa del MECOVI para mejorar las encuestas de hogares en los países. En esta iniciativa debiera incluirse al FMI que cuenta con una base de datos de muchos años para la mayoría de los países del mundo y que permite hacer comparaciones entre países y regiones del mundo.

## **B. Aspectos Institucionales de la Política Social y Tendencias**

El marco institucional en el área social no ha cambiado mayormente en las últimas tres décadas, excepto tal vez en seguridad social donde, en varios países, se han hecho reformas importantes, y en el creciente consenso en la necesidad de focalizar el gasto social (al menos parte importante del gasto social) en los grupos más pobres y vulnerables de la población. Las reformas en seguridad social han buscado mejorar la sostenibilidad financiera de los regímenes de pensiones y, en algunos casos como Chile, cambiar radicalmente de sistema de uno de pay-as-you-go a uno de capitalización individual para mejorar la estructura de incentivos y la sostenibilidad financiera del sistema en el largo plazo. En tanto que el interés creciente en focalizar el gasto se hizo más evidente a partir de las crisis de los 80s cuando las restricciones fiscales de esos años impidieron aumentos del gasto social.

En esta sección se revisan los rasgos principales del marco institucional de las políticas de gasto social (excepto en seguridad social que se encuentra ampliamente discutido y descrito en otros estudios) en cuanto a los esquemas de financiamiento de los servicios sociales, la operación o prestación de servicios, la coordinación institucional y los nuevos esquemas de protección y asistencia social, en las últimas tres décadas.

### Universalidad versus focalización de servicios sociales

El debate entre universalidad de servicios sociales y focalización a los más pobre ha sido activo entre investigadores y hacedores de política por largo tiempo en América Latina y muchos de los países de la OECD. Siguiendo la tradición Europea, muchos postulan que los servicios sociales tales como educación y salud deben ser universales para asegurar igualdad en la calidad y cantidad de los servicios a toda la población y así lograr una sociedad mas justa e igualitaria sin diferenciación de servicios por capacidad de pago. Además en algunos países como Costa Rica se ha justificado la universalización de los servicios como una forma de promover la cohesión social. Si bien este debate esta aun presente en muchos países la realidad de las finanzas publicas y la caótica situación de muchos de los servicios públicos de educación y salud en América Latina ha llevado a diferenciación de facto en los servicios en la medida en que muchas personas de ingresos medios y altos han optado por pagar los servicios sociales en el sector privado. Esto, sin embargo, no ha llevado automáticamente a una focalización de los servicios sociales públicos a los más pobres dado que muchos servicios, especialmente los más costosos como los servicios de educación superior y hospitalización de alta complejidad benefician aun en gran medida a los estratos medios y altos de la población quienes usan mas que los pobres estos servicios, como se vera mas adelante. Los esfuerzos de los gobiernos por establecer cobros por estos servicios para los que pueden pagar no han tenido éxito en casi todos los casos, en especial en la educación superior, dadas las presiones de los estudiantes y otros grupos para que estos servicios sean gratuitos.

Paralelo al interés por la focalización del gasto social ha habido también desarrollos importantes en los métodos usados para hacer dicha focalización a grupos pobres. Del uso de sistemas de focalización geográfica basados en mapas de pobreza contruidos con los censos de población en los 70s y 80s, y de la clasificación social caso por caso hecha por funcionarios de los diferentes programas sociales, se ha pasado a métodos mas sofisticados, incluyendo los métodos de medición de pobreza a través de variables próximas de pobreza (means testing) basados en encuestas de hogares, en los 90s. Muchas de las encuestas de hogares contienen información sobre consumo de los hogares que permiten una mejor medición del bienestar de las familias. También se usan métodos de focalización geográfica que combinan información censal con información de encuestas de hogares. Los costos de la focalización se han reducido considerablemente con la mayor disponibilidad de sistemas computarizados para la focalización de beneficiarios y la administración de los programas. Países como Costa Rica se encuentran en proceso de construcción de registros únicos de beneficiarios de programas sociales que son compartidos con todas las instituciones o entidades que administran recursos para atención de grupos pobres y vulnerables de la población.

Aunque el debate político y académico entre universalización y focalización muy probablemente continuara, la idea de la focalización se ha impuesto en la practica en LAC y el Caribe y la mayoría de los países se encuentran desarrollando sistemas de focalización adecuados a sus realidades. Los métodos usados con mayor generalidad en países de ingresos medios incluyen la focalización en dos etapas. En la primera se identifican conglomerados pobres de la población (municipios, comarcas, distritos, etc.) usando mapas de pobreza, y en una segunda etapa se identifican las familias más pobres en dichos conglomerados. Para esto ultimo se usan métodos de predicción de consumo o ingresos para ser comparados con líneas de pobreza previamente definidas con el costo de canastas de consumo básicas o alimentarias. Otros métodos incluyen diferentes definiciones de necesidades básicas insatisfechas. Un método de focalización bastante usado ha sido el de la auto-selección por el cual los beneficiarios prospectivos aplican a los diferentes programas con los requisitos exigidos. Este método tiene la ventaja de su costo reducido de aplicación pero tiene la desventaja de que en muchos casos no son los mas pobres los que apliquen a los programas por estar menos informados o menos organizados (como en el caso de los Fondos de Inversión social donde los proyectos son identificados y operados por la comunidad organizada) o no tener los recursos mínimos necesarios para pagar los costos que implica la aplicación. En algunos casos la auto-selección puede usarse para focalizar en especial cuando los beneficios de los programas son bastante pequeños que hacen que solo para los mas pobres estos beneficios sean importantes (como en el caso de programas de empleo y de vivienda de bajo costo, entre otros.

Sin embargo, si bien en algunos casos la dificultad de la focalización en la practica se debe a deficiencias técnicas y a problemas de información, en la mayoría de los casos, las deficiencias en focalización ocurren por decisiones políticas en respuesta a presiones de grupos, consideraciones ideológicas u otras.

### Esquemas de financiamiento

La mayor parte del financiamiento del sector social se hace con impuestos generales de la nación. Este es el caso de educación, salud pública y nutrición y

vivienda y servicios comunitarios. En seguridad social, buena parte del financiamiento de servicios de salud de los asegurados y pensionados se hace a través de contribuciones sobre los salarios. Los pagos por servicios públicos prestados por parte de los usuarios constituyen una mínima parte del financiamiento total, a pesar de los esfuerzos de aumentar los gastos de los usuarios, especialmente en los gastos menos re-distributivos tales como la educación superior (matriculas), servicios hospitalarios, entre otros. Estos esfuerzos han sido particularmente evidentes a partir de los años 80s con la crisis fiscal de esos años. Además de la reducción de la presión fiscal, el traslado de mayores gastos a los usuarios buscaba reducir la demanda innecesaria de los servicios y a través de esto buscar una mejor asignación y mayor efectividad en el uso de los recursos. Las presiones políticas de grupos altamente vocales como los universitarios y en muchos otros casos los trabajadores del sector salud no permitieron que muchos de los aumentos de costos a los usuarios se materializaran.

El financiamiento continúa siendo provisto a las diferentes entidades públicas a través de asignaciones presupuestarias fijas, determinadas en gran medida por asignaciones históricas. Esto a pesar de las observaciones de que los presupuestos sociales debieran cada vez más basarse en la cantidad y calidad de los servicios prestados por las entidades por cuanto eso motivaría a los prestadores a prestar más y mejores servicios (BID, 99). Solo en pocos casos ha habido una relación entre presupuestos públicos y cantidad de servicios prestados, como es el caso de la educación en Chile, EDUCO en El Salvador, y de salud en Colombia con la ley de seguridad social aprobada en 1993. En esta ley, las asignaciones entregadas a los prestadores o aseguradores de servicios de salud corresponden a una asignación per-capita. También ha habido algunos avances en programas de bienestar social, como comedores escolares (Chile, por ejemplo) en donde el presupuesto público se distribuye sobre la base de raciones servidas y no sobre presupuestos para el pago de salarios de cocineras y compra de alimentos (como ocurre en Costa Rica y en un buen número de países). El caso de vouchers o becas educativas para educación secundaria de Colombia es otro ejemplo de asignación sobre la base de servicios y no de presupuestos fijos.

Los anteriores ejemplos pueden también considerarse como casos de financiamiento a la *demand*a en vez de a la *oferta* como ha sido la modalidad tradicional de financiamiento de los servicios públicos sociales. Por largo tiempo en especial desde los 80s economistas y otros investigadores en el área social han venido proponiendo alternativas de financiamiento a la demanda como una forma de mejorar la asignación y eficiencia del gasto social en América Latina. El financiamiento a la demanda consiste en la provisión de los recursos públicos o subsidios para cierto destino específico (educación, salud, vivienda) a las personas seleccionadas para recibir el beneficio, en vez de entregárselo a la entidad pública para que preste ese servicio. La idea es que la persona pobre beneficiaria pueda con esos recursos conseguir el servicio donde le se lo presten mejor en calidad y oportunidad. Esta idea, si bien ha sido apreciada por muchos, ha sido opuesta vehementemente por grupos fuertes de las entidades prestadoras de servicios públicos que han visto amenazados sus fuentes de financiamiento dado que los recursos deberán ser repartidos a todas las entidades prestadoras de tales servicios. En realidad la implementación de un efectivo sistema de subsidio a la demanda exige de una variedad de prestadores sean estos públicos y privados y nadie tendrá el monopolio exclusivo por la prestación de tales servicios. Estas ideas de subsidio a la demanda han sido objeto de gran controversia no solo en

LAC sino en otros países como se ilustra en las grandes discusiones políticas e ideológicas con el caso de los vouchers para educación en Estados Unidos.

Otro aspecto notorio del financiamiento público es la presencia de destinaciones específicas para programas sociales, en la mayoría de los países. Las asignaciones específicas tienen la ventaja de que aseguran recursos públicos para una serie de programas, pero tienen la desventaja de que no permiten flexibilidad de gasto y la posibilidad de tener una mejor respuesta a las necesidades cambiantes de la población. En Costa Rica, por ejemplo, del presupuesto del Fondo de Asignaciones Familiares (FODESAF), que se nutre de impuestos específicos que ascienden a cerca del 2 por ciento del PIB para programas de asistencia social, casi el 80 por ciento está asignado a programas específicos, incluyendo vivienda, régimen no contributivo, nutrición, independientemente de las necesidades cambiantes de la población. En muchos otros países, impuestos específicos financian la educación técnica profesional (Colombia, Brasil, entre otros), los programas de bienestar social de atención a menores, vivienda, entre otros programas. Estas asignaciones específicas pueden afectar también la capacidad de respuesta de los gobiernos frente a los choques externos y la necesidad de establecer programas de asistencia para atenuar los efectos de esos choques a las personas pobres y o vulnerables de la población.

#### Esquemas de prestación de servicios

##### *Operación (nivel central versus nivel local)*

En los últimos treinta años ha habido importantes iniciativas en varios países para descentralizar la operación de los servicios sociales a niveles de gobiernos estatales y o locales. Esto ha ocurrido principalmente en países grandes como Brasil, Argentina, México, Colombia, Chile, entre otros. Los esfuerzos de descentralización han tenido, sin embargo, algunos problemas, entre ellos, los de cómo diseñar un sistema de transferencias de recursos para financiar tales servicios, dado que en la mayoría de los casos la descentralización de gasto no ha venido acompañada de descentralización fiscal. Otros problemas incluyen la definición del grado de autonomía que tienen los entes locales para la administración de los recursos y la prestación de los servicios descentralizados, principalmente de educación y salud.

En cuanto al sistema de *transferencias* para financiar los servicios descentralizados, la determinación del monto de las transferencias hechas a cada entidad territorial descentralizada se ha hecho, en la mayoría de los casos, sobre la base del gasto que se hacía antes de la descentralización en dicha entidad territorial. Estos gastos encubrían grandes diferencias debidas en gran parte a presiones políticas mas que a consideraciones de pobreza, mayores costos de prestación de servicios (por ejemplo, por mayor ruralidad), u otras razones. Por lo tanto, en muchos casos, estas diferencias en gasto continúan aun después de la descentralización. En Colombia, por ejemplo, las diferencias en las transferencias per-capita entre regiones son de 2-3 veces entre entidades territoriales y estas diferencias no guardan relación con índices de pobreza u otras variables (World Bank, 1994). Grandes diferencias en gasto per-capita ocurren en países como Ecuador, Argentina y Brasil.

En cuanto a la *autonomía*, es importante destacar que en casi todos los casos los entes descentralizados tienen poca maniobra sobre las decisiones de personal—

contratación, despido, promociones, etc.—puesto que estas acciones se rigen por leyes y reglamentos aplicados desde el nivel central. Este es el caso de Colombia que empezó a descentralizar educación y salud pública a los departamentos y municipios desde principios de los 90s, México y Brasil, entre otros.

Recientes esfuerzos de descentralización han buscado descentralizar decisiones claves administrativas al nivel del establecimiento (escuela, hospital) pero estos esfuerzos son todavía incipientes y mas la excepción que la regla en LAC y el Caribe. Entre estos casos se incluyen EDUCO de El Salvador, el programa de Autonomía Escolar de Nicaragua, donde a las juntas de padres o Comités escolares se les ha dado responsabilidad por el manejo de personal y por asegurar las compras escolares mas necesarias. En salud, los países con esfuerzos en esta dirección incluyen Colombia donde se ha creado la figura legal de las Empresas Sociales del Estado con autonomía jurídica y administrativa para transformar los hospitales públicos, y los esfuerzos de hospitales autónomos en Argentina, entre otros países. Estos esfuerzos de autonomía en los diferentes países han estado presentando complicaciones por la frecuente oposición de los sindicatos y por las crecientes cargas prestacionales que habría que sanear antes de cambiar de régimen jurídico, en muchos casos. Muchos mas estudios de evaluación son necesarios para ver hasta qué punto estas experiencias pueden tener éxito en otros países.

### Manejo del riesgo social

Uno de los aspectos de política social mas interesantes recientes han sido la inclusión de la asistencia social como parte integral de la política social en cuanto a que muchos programas de asistencia social permiten prevenir, paliar o remediar riesgos sociales causados por caídas de ingreso generalizadas, aumentos del desempleo u otros choques externos que afectan el bienestar de las familias. Estos choques pueden ser generalizados y afectar a muchas familias de un país, una zona amplia geográfica o una comunidad o choques específicos a las familias, especialmente las mas pobres, como los que ocurren por enfermedad o muerte del sostén de la familia u otros (World Bank, 2001a). Estos nuevos conceptos están reemplazando la visión mas estrecha de la asistencia social como programas de compensación y asistencia social de los 80s.

Esto ha llevado a un renovado interés por grupos vulnerables a los choques externos sea por su pobreza, que los expone a pérdidas de consumo con impactos sobre nutrición de caídas en ingreso o empleo, o por la falta de posibilidades que tienen las familias de suavizar tales efectos con la venta de activos, la obtención de prestamos u otros. Entre los grupos especialmente vulnerables que han sido identificados están los niños de 0-5 años de edad de familias pobres, los niños y jóvenes que dejan el sistema escolar para trabajar y apoyar a sus familias, las adolescentes embarazadas y con niños menores y los ancianos indigentes, entre otros grupos, dependiendo del país (para Argentina, ver por ejemplo, Arriagada et al., 2000). En muchos países los grupos especialmente vulnerables comprenden también las minorías étnicas y las mujeres y niños afectados por la violencia doméstica.

Una serie de programas han sido identificados en el área de protección social. Entre estos programas están los Fondos de Inversión Social, los programas de empleo (tales como Trabajar de Argentina, Manos a la Obra de Colombia, entre otros), los programas de transferencias condicionadas tales como el Programa de Asignación

Familiar (PRAF) de Honduras, Progresía de México, Red de Protección Social de Nicaragua y programas similares en Colombia y Jamaica. Además de estos existen, por supuesto, los programas de asistencia social tradicionales tales como becas, alimentación nutricional para infantes y escolares, subsidios de vivienda, entre otros. Finalmente, varios países cuentan con pensiones asistenciales (o no contributivas) para los ancianos pobres que no han cotizado en los regímenes de pensiones.

Los Fondos de Inversión social introducidos en algunos de países de LAC en los 80s para paliar algunos de los efectos adversos de los programas de ajuste de esos años han sido efectivos en la construcción de servicios básicos a comunidades pobres con participación comunitaria. Otro aspecto positivo, como se ha demostrado en los casos de Nicaragua y Honduras, es que los Fondos de Inversión Social han sido instrumentos de respuesta rápida ante desastres naturales como los producidos por el Huracán Mitch que afectó a dichos países de Centro América recientemente. Los FIS han sido menos exitosos en la generación de empleo y en la focalización hacia los grupos más pobres de la población, de acuerdo a numerosos estudios de países. También se ha mencionado recurrentemente los problemas que tienen los FIS para coordinar sus acciones con los ministerios de salud y educación en forma adecuada. Es por esto que los fondos de inversión social han sido objeto de controversia en años recientes. Los principales cuestionamientos se pueden resumir en: a) si estos fondos deben continuar con lo que se les había encomendado inicialmente (construir infraestructura social) o si estos fondos deben devolver estas funciones a los ministerios respectivos de donde fueron sacadas dichas funciones; b) si los fondos deben abocarse a otras funciones tales como las de apoyar la descentralización o los programas de financiamiento productivo, entre otras; y c) si estos fondos pueden asumir otras funciones de programas de asistencia directa en reducción de la pobreza.

Si bien la respuesta a estas interrogantes varía de país a país es importante señalar los aspectos siguientes. En muchos países las condiciones que justificaron los FIS están aun presentes: Gran debilidad ejecutora de los ministerios de educación y salud, entre otros, para planear y ejecutar recursos, y en muchos casos ha habido cambios de funciones de dichos ministerios—hacia entidades normativas y supervisoras y no ejecutoras. En un número creciente de países la responsabilidad por infraestructura social tal como escuelas, puestos y centros de salud, sistemas de acueducto y alcantarillado es de los gobiernos locales. Los gobiernos locales en muchos casos son, sin embargo, aun muy débiles y carecen de la escala y capacidad técnica para planificar y ejecutar obras en forma costo-efectiva y con niveles bajos de corrupción como lo han hecho un buen número de FIS en LAC y varios otros países por fuera de la región. Así pues en algunos países, en especial los de menor tamaño y capacidad técnica, hay todavía campo para que los FIS sigan jugando un rol importante.

Por su parte, los programas de empleo han sido menos focalizados a los más pobres y más costosos, especialmente cuando por razones legales o de otra índole, estos programas deben pagar salarios de mercado a los beneficiarios. A los salarios de mercado habrá muchos que quieren participar en el programa haciendo muy difícil la selección de los beneficiarios más pobres. Cuando los salarios son más bajos que los del mercado los grupos más pobres y más necesitados tienden a auto-seleccionarse para participar en el programa.

Así mismo, estudios para varios países hechos recientemente por el Banco Mundial encuentran que la mayoría de los programas asistenciales tradicionales padecen de grandes problemas de focalización y cuentan con serios problemas de eficiencia (ver para República Dominicana, Castañeda et al., 2000, entre otros).

Con relación a los programas de transferencias de ingresos condicionadas, que han contado con creciente interés en los noventas, estos tienen la característica de tratar de implementar programas *integrales* intentando resolver problemas de salud y nutrición, y educación de los niños y familias más pobres. Estos programas buscan paliar el problema actual de pobreza (a través de transferencias) pero buscan también un cambio de largo plazo en el capital humano de las familias pobres para romper el círculo intergeneracional de la pobreza. Estos programas buscan además cambiar el esquema tradicional de prestación de servicios por parte de los diferentes ministerios y agencias que ocurre con poca o ninguna coordinación entre ellos, y sin la consecuente explotación de complementariedades o sinergias. Después del programa pionero del PRAF en Honduras implementado en 1991, varios países han empezado a implementar programas similares de transferencias directas (en la forma de bonos, dinero, otros) a las familias más pobres, condicionadas a la asistencia escolar de los hijos en edad escolar, y a asistir a los controles de salud de los niños menores (y en algunos casos de embarazadas y lactantes). El programa de mayor tamaño de estos es Progreso de México implementado desde 1996 y que recientemente ha sido apoyado por el BID.<sup>1</sup> Otro programa de importancia es la Red de Protección Social de Nicaragua implementado en el 2000 y apoyado por el BID el cual ha permitido la experimentación con diferentes mecanismos de focalización, incluyendo la focalización geográfica y por hogar a través del sistema de variables próximas, y la introducción de un diseño experimental de evaluación de impacto, raramente encontrado en programas sociales en América latina y el Caribe (ver Recuadro 2.1).

En resumen, de los aspectos institucionales y de programas mencionados, ha habido en los últimos años tres temas que pueden destacarse. Primero, la idea de la focalización del gasto se ha impuesto en gran medida por las condiciones fiscales de los países. En esto ha habido un fuerte desarrollo de métodos de focalización aprovechando los avances informativos y la disponibilidad de mayor y mejor información. Sin embargo, como se verá más adelante, ha sido poco el avance en la focalización agregada del gasto social a los más pobres como resultado más de decisiones políticas y de grupos de interés que de la ausencia de métodos o posibilidades de focalización. Segundo, ha habido intentos en varios de países de introducir esquemas de financiamiento a la demanda (en contraposición al esquema tradicional de financiamiento a la oferta pública de servicios sociales). Estos esfuerzos sin embargo han sido limitados (talvez excepto el caso de Chile—educación, vivienda, entre otros, Colombia--salud), por la acción de grupos de interés que han visto amenazado el financiamiento a los proveedores tradicionales de servicios públicos, y en algunos casos por las dificultades y altos costos que han implicado cambiar de esquema de financiamiento (por ejemplo, altos costos de pensiones y pagos de prestaciones laborales por cambio de régimen laboral). Finalmente, el tercero es el resurgimiento del tema de grupos vulnerables y el manejo del riesgo social dentro de las políticas asistenciales de protección social. El desarrollo de este tema en los 90s ha venido acompañado del diseño y puesta en marcha de instrumentos (programas), muchos de los

---

<sup>1</sup> Esta programa y las evaluaciones que ha habido sobre el se encuentran descritos en el Informe de Pobreza del Banco Mundial, *Attacking Poverty*, World Bank, 2001b, Pag 84.

cuales han probado ser efectivos para responder a problemas como el desempleo, la falta de ingresos por choques externos, y para combinar apoyo temporal presente a las familias pobres con inversiones en capital humano de los hijos. Muchos de estos programas, como los de transferencias condicionadas serán muy seguramente mucho mas populares en los próximos años en LAC y el Caribe. Estos programas serán importantes para focalizar al menos parte del gasto social hacia los mas pobres y atender sus necesidades frente a la dificultad de focalizar el gasto tradicional social por las presiones de grupos y razones políticas.

### Recuadro 2.1. Qué es la Red de Protección Social (RPS) de Nicaragua

La RPS es un programa creado por el Gobierno de Nicaragua para combatir la extrema pobreza en el país. El programa cubre actualmente (inicios del 2002) una población de cerca de 10,000 familias. El programa entrega tres tipos de beneficios a las familias seleccionadas. El primero es un beneficio de atención de salud primaria incluyendo vacunaciones, control del peso, entre otras acciones, y educación nutricional para niños menores de cinco años y sus madres. El segundo es un subsidio en dinero para ayudar a las familias a que mejoren su consumo de alimentos y para compensar en algo la pérdida de ingresos cuando los niños dejan de trabajar para asistir a la escuela. El tercer beneficio incluye un subsidio para que las familias puedan comprar uniformes y útiles escolares. Las familias reciben estos beneficios sólo si los niños menores de cinco años tienen los controles de salud al día, si los niños en edad de asistir a la escuela primaria (primero al cuarto grado) asisten regularmente y si las madres asisten a los cursos de salud y nutrición ofrecidos. Tanto la atención de salud primaria como los cursos de capacitación son ofrecidos por Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) contratadas por la RED. El programa también contempla un pequeño apoyo al profesor y una coordinación estrecha con los Ministerios de Salud y Educación para asegurar que los niños tienen escuelas donde asistir.

#### *Cómo se Seleccionan las Familias*

Al inicio de la RPS las familias se seleccionaron por focalización geográfica siguiendo un proceso de dos etapas. La primera consistió en la selección de los municipios pobres del país con base en mapas de pobreza construidos con la información censal. La segunda consistió en la selección de las comarcas más pobres en los municipios pobres seleccionados. Para una selección posterior de familias, a las etapas anteriores se agregó una tercera que consistió en la selección de las familias más pobres en las comarcas más pobres seleccionadas. Para esto, la RPS, con el apoyo del International Food Policy Research Institute (IFPRI), hizo la selección de familias siguiendo el método de variables próximas de pobreza por el cual se predice el consumo de cada familia para determinar si es elegible o no para el programa.

#### Evaluación de impacto de la RED

La RPS contrató con el IFPRI la evaluación del impacto del programa en su fase piloto. Para esta evaluación se siguió un diseño experimental en el cual se seleccionaron aleatoriamente comarcas de intervención y comarcas de control. La encuesta de línea de base encontró que las familias de los dos tipos de comarcas eran iguales (estadísticamente hablando) en consumo per-capita, tamaño familiar, asistencia de niños a la escuela, entre otras variables. Las familias entrevistadas para la línea de base fueron encuestadas de nuevo un año después y se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos de familias a través del tiempo. Así, por ejemplo, mientras que en el grupo de control la toma del peso de los niños menores de 3 años aumentó solo en 7 puntos porcentuales, en el grupo de intervención (beneficiario de la RED), el porcentaje de toma de peso aumentó en 35 puntos porcentuales entre la línea de base y la línea final tomada en el 2001. Estas diferencias son altamente significativas. Así mismo, el aumento en la matrícula de los niños de 7-13 años a los grados 1-4 aumentó en las áreas de intervención fue de 25 puntos porcentuales, en tanto que en el de control fue de solo 3 puntos porcentuales (Cuadro 2.5). Futuras evaluaciones deberán investigar el costo-efectividad de estas intervenciones con relación a las intervenciones tradicionales de apoyo a la oferta de servicios, el monto de la transferencia óptima para obtener resultados similares, entre otros aspectos.

**Cuadro 2.5 Resultados de Evaluación de Impacto de la Red de Protección Social de Nicaragua**

	Toma del peso últimos 6 meses (%)			Tasa de Matrícula 1-4 Grado		
	Intervención	Control	Diferencia	Intervención	Control	Diferencia
Final (2001)	91.4	67.4	24.1	93.7	75.1	18.6***
Base (2000)	56.1	60.6	-4.5	68.0	72.0	-3.1
Diferencia	35.4***	6.8	28.6***	24.8***	3.0	21.7***

\*\*\*. Diferencia significativa con p-valor < 0.01.

Fuente: IFPRI (2002).

## **Monitoreo y Evaluación de programas sociales**

Un cambio positivo que se observa en la región es el creciente interés de los países y organismos internacionales en el monitoreo de resultados y la evaluación del impacto de los programas sociales. Esto se ha reflejado en el interés de los países por mejorar sus encuestas de hogares regulares a través de la iniciativa del MECOVI (Mejoramiento de Encuestas de Condiciones de Vida) apoyadas por el BID, el Banco Mundial y organismos de Naciones Unidas. También varios países cuentan con encuestas de medición de vida del tipo LSMS promovidas por el Banco Mundial que contienen módulos de consumo y acceso de las familias a los diferentes servicios sociales ofrecidos por el estado, en adición a los módulos tradicionales de ocupación, ingresos, y otros de las encuestas de hogares regulares. Adicionalmente, programas nuevos como los mencionados de transferencias directas han incluido como parte de su diseño original, la evaluación del impacto de los programas después de uno o más años de empezado el programa. En algunos casos, como la RPS de Nicaragua se ha hecho un diseño experimental con grupo de control y grupo beneficiario para determinar mas precisamente los impactos del programa. Evaluaciones similares se han incluido en programas de transferencias recientemente aprobados por el BID y el Banco Mundial para Colombia y Jamaica. Finalmente, otro ejemplo de evaluación de impacto es el de la evaluación del programa de becas de Colombia usando asignación aleatoria de beneficiarios (King et al., 1999).

En el capítulo siguiente se retoma la discusión del gasto social en general, y se discute la pregunta de cuán efectivo ha sido el gasto social en conseguir mejores indicadores sociales y las tendencias en esta efectividad (o inefectividad) en las últimas dos décadas.

### 3. QUÉ TAN EFECTIVO HA SIDO EL GASTO SOCIAL EN LAC Y EL CARIBE

En esta sección se investiga cuán efectivo ha sido el gasto en mejorar los indicadores de educación y salud en los países de LAC y el Caribe. En realidad las cifras de gasto son solo aproximaciones a la cantidad y calidad de los servicios ofrecidos (insumos). Estos servicios se esperan que tengan impacto en los indicadores sociales observados (resultados), en conjunto con otros factores, tales como el crecimiento económico, la distribución del ingreso y la riqueza, y otros que entran en la “función de producción” de tales indicadores. Es importante señalar que no sólo es el nivel del gasto sino también su distribución (focalización) entre los diferentes grupos de la población a través del tiempo lo que debiera influir en los indicadores. Además, los indicadores en un año dado reflejan muy probablemente el impacto acumulado de muchos años de gasto en el sector como también en otros sectores. Así, por ejemplo, gastos en educación de las mujeres en el pasado pueden resultar en mejoras significativas en indicadores como mortalidad infantil debido al mejor conocimiento de las madres de acciones preventivas de salud, mejor higiene, entre otros factores.

Asimismo, no todos los movimientos en el gasto reflejan cambios en la cantidad de los factores utilizados. Así, por ejemplo, el gasto en educación puede aumentar sin que esto refleje un aumento de profesores, número de aulas o aumento en material escolar. O, viceversa, una disminución en el gasto puede no reflejar disminución equivalente en profesores, número de aulas o material escolar. Estos cambios pueden deberse a aumentos salariales, que puede que no tengan gran impacto en la productividad y servicios del sector, o a aumentos en el costo de los materiales escolares.<sup>2</sup> En el caso de salud, es posible que el gasto aumente por devaluaciones, que afectan el costo de insumos importados tales como medicinas, equipos, materiales, entre otros.

Por estas y otras razones, medir el impacto del gasto social sobre indicadores no ha sido una tarea fácil. Frecuentemente, en los análisis de regresión entre gasto e indicadores sociales los impactos no han sido significativos, aun controlando por el PIB o PNB, la distribución del ingreso, entre otras variables (World Bank, 2000a).

En esta sección trataremos de analizar cuán efectivo ha sido el gasto en producir los indicadores sociales observados de una manera indirecta tratando de establecer diferencias de impacto de gasto relativas entre países. Para esto analizaremos indicadores claves de educación y salud de los 30 países considerados en dos años (1980 y 1998) para los cuales se cuenta con información para los indicadores, gasto sectorial, PIB y coeficientes de Gini. Para el caso de 1998 existe información sobre

---

<sup>2</sup> Este efecto ha sido observado por M. Grosh (1990) para el caso de Costa Rica en los 80s cuando reducciones en gasto en educación vinieron acompañadas de reducciones casi equivalentes en los salarios reales de los profesores, sin que se observara una reducción del número de profesores en el sector. Si esto es cierto para caídas y lo contrario para subidas, las tendencias en gasto exageran los efectos reales del ciclo económico sobre los servicios prestados, debido a que tales aumentos o descensos tienen mas efecto en salarios que en la cantidad y calidad de los servicios prestados. En salud la situación puede ser un poco diferente por cuanto a diferencia de educación donde los salarios son el 90 o más por ciento del gasto total, en salud tal proporción está normalmente entre el 50-60 por ciento del gasto.

gasto per-capita en salud y PNB per-capita en términos de poderes similares de compra (PPP) los que son ideales para hacer este tipo de comparaciones.

Para el análisis seguiremos los tres pasos siguientes. Primero, a través de regresiones logarítmicas estimamos los indicadores de educación y salud de los países en función del PIB o PNB, el coeficiente de Gini cuando está disponible, y determinamos cuales países tienen mejores o peores indicadores que los correspondientes a su nivel de desarrollo y distribución del ingreso. Segundo, también a través de regresiones logarítmicas estimamos el gasto en educación y salud en función del PIB o PNB y el Gini cuando está disponible, para determinar los países que gastan mas o menos para su nivel de desarrollo y distribución del ingreso. Tercero, y finalmente, se cruzan los residuos de los dos tipos de regresiones (las de indicadores y de gasto en cada sector) y se ordenan los países de acuerdo a las cuatro categorías siguientes y que se resumen en el cuadro 3.1.

*La categoría A* indica los países que gastan mas que lo estimado de acuerdo a su PIB y distribución del ingreso y obtienen mejores resultados que los estimados. En estos países se puede decir que el gasto es “lo esperado” o adecuado para sus indicadores y no se puede establecer si el gasto agregado está eficientemente gastado o no. *La categoría B* indica los países que gastan menos que lo estimado y obtienen mejores resultados que lo estimado. Estos países se puede decir que gastan en forma “eficiente” el gasto social para obtener los indicadores que obtienen. *La categoría C* indica los países que gastan mas que lo estimado y obtienen peores resultados que lo estimado sugiriendo que estos países gastan en forma “ineficiente” sus recursos sociales, o que gastan mucho para obtener los resultados que muestran. Finalmente, *la categoría D* muestra los países que gastan menos que el promedio y obtienen peores indicadores sugiriendo que el gasto social puede ser “bajo” y que puede aumentarse el gasto.

**Cuadro 3.1 Interpretación de Resultados de Países**

Gasto social vs. Indicador	Indicador de salud o educación <i>mejor</i> que el estimado según el PIB	Indicador de salud o educación <i>peor</i> que el estimado según el PIB
Gasto en salud o educación por <i>encima</i> del estimado según nivel de PIB del país	A. <u>Resultado</u> : esperado, no se puede afirmar si el gasto es ineficiente o no	C. <u>Resultado</u> : claros indicios de que el gasto es hecho en forma <i>ineficiente</i> . Sobre-gasto para conseguir los resultados obtenidos.
Gasto en salud o educación por <i>debajo</i> del estimado según nivel de PIB del país	B. <u>Resultado</u> : claros indicios de que el gasto es hecho en forma <i>eficiente</i>	D. <u>Resultado</u> : esperado, puede ser evidencia de poco gasto.

Antes de entrar a presentar los resultados del análisis de países, se presenta enseguida la evolución de varios indicadores de educación y salud para el promedio de LAC y el Caribe y los países asiáticos de comparación entre 1980 y 1998.

## A. Evolución de indicadores de educación y salud

La evolución de indicadores de educación y salud ha sido ampliamente favorable en LAC y el Caribe y los países asiáticos de comparación en las últimas dos décadas como se observa en el cuadro 3.2, en paralelo con los aumentos en el gasto observados en capítulos anteriores de este reporte. Aumentos importantes han ocurrido en la tasa neta de matrícula secundaria (que es la usada para el análisis estadístico mas abajo), pero los aumentos de LAC y el Caribe han sido menos rápidos que en los países asiáticos de comparación. En general, en todos los indicadores los países asiáticos han mejorado mas que en LAC y el Caribe a pesar de que los aumentos en gasto han sido menos pronunciados que en LAC y el Caribe. En los países asiáticos casi se ha eliminado el analfabetismo de los jóvenes, y el de los adultos es también menor que en LAC.

Con relación a los indicadores de salud, las tasas de mortalidad infantil, aunque similares en los dos grupos de países, se han reducido mas rápido también en los países asiáticos. Esto mismo ocurre en la tasa de mortalidad de menores de cinco años, que es la usada para el análisis estadístico mas adelante.

**Cuadro 3.2 Evolución de Indicadores de Educación y Salud en LAC y el Caribe y Comparaciones con Países Asiáticos del Lejano Oriente, 1980-98**

	1980	1998	% Cambio
<b>Educación</b>			
<i>Tasa neta matrícula primaria (%)</i>			
LAC y Caribe	85	92 <sup>a</sup>	8
Países Lejano oriente	93	97 <sup>a</sup>	4
<i>Tasa neta matrícula secundaria (%)</i>			
LAC y Caribe	53	61 <sup>a</sup>	15
Países Lejano oriente	53	69 <sup>a</sup>	30
<i>Tasa de analfabetismo adultos-hombres (%)</i>			
LAC y Caribe	18	12	-33
Países Lejano oriente	13	5	-61
<i>Tasa de analfabetismo adultos-mujeres (%)</i>			
LAC y Caribe	24	14	-42
Países Lejano oriente	27	13	-52
<i>Tasa de analfabetismo jóvenes-hombres (%)</i>			
LAC y Caribe	11	7	-36
Países Lejano oriente	4	2	-50
<i>Tasa de analfabetismo jóvenes-mujeres (%)</i>			
LAC y Caribe	13	7	-46
Países Lejano oriente	8	2	-75
<b>Salud</b>			
<i>Tasa mortalidad infantil (por 1,000)</i>			
LAC y Caribe	57	28	-51
Países Lejano oriente	53	23	-57
<i>Tasa Mortalidad 0-5 años (por1.000)</i>			
LAC y Caribe	75	34	-55
Países Lejano oriente	68	28	-59

<sup>a</sup>. La tasas netas de matrícula primaria y secundaria corresponden a 1997.

Fuente: Estimaciones del autor basado en datos tomados de World Bank, 2000b.

## B. Resultados

### Educación: Tasa neta de matrícula secundaria.

Se escogió este indicador de los varios posibles por varias razones. Primero, es un indicador que puede reflejar mejor el desempeño del sistema escolar de un país por cuanto refleja la capacidad del sistema de educación primaria para graduar estudiantes y promoverlos al nivel siguiente. Segundo, dada la amplia cobertura de la matrícula primaria en LAC y el Caribe, las diferencias entre países se empiezan a observar en educación secundaria. Tercero, la tasa neta de escolaridad de educación secundaria es bastante variable con el producto nacional y las regresiones muestran altos niveles de significancia estadística (ver Apéndice, Capítulo 3). Esto permite tener mayor firmeza en las comparaciones entre países en cuanto a qué países están con indicadores por debajo o por encima de los estimados. Idealmente, se debiera considerar el gasto en educación secundaria y no el total para el análisis estadístico pero, como se ha dicho en otras partes de este reporte, el gasto por nivel educativo no está disponible para la mayoría de los países considerados. Así pues, los resultados son solo indicativos y debemos tomarlos como aproximaciones a lo que puede estar ocurriendo en la realidad.

Para este análisis se corrieron varias regresiones para 1980 y 1998. Las regresiones de indicadores corresponden a la estimación de la tasa de matrícula secundaria en función de variables explicativas entre ellas el ingreso per-capita (que refleja el ingreso familiar y la capacidad para cubrir los costos directos e indirectos de la educación, entre otros), y el coeficiente de Gini para tener en cuenta la distribución del ingreso en el país. Otras posibles variables explicativas como la educación, especialmente de la madre, no fueron incluidas en este análisis agregado de países. Los resultados de estas regresiones presentados en el Apéndice Estadístico del Capítulo 3, indican que tanto para 1980 como para 1998 las variaciones entre países en las tasas netas de educación secundaria se pueden explicar en gran parte por el PIB o el PNB per capita en ambos años. El mejor ajuste corresponde sin embargo con PNB per-capita en términos de PPP para 1998. Para 1980 no fue posible incluir el PNB en términos de PPP. El coeficiente de Gini incluido para 1980 y 1998 no fue estadísticamente significativo.

Las regresiones de gasto corresponden al gasto total en educación en función del PIB per-capita para 1980 y el PNB per-capita (PPP) para 1998. Idealmente debiera haberse usado el gasto per-capita en PPP para los diferentes países. Esta información no está sin embargo disponible, así que debió usarse el gasto total en educación como porcentaje del PIB para 1980 y como porcentaje del PNB para 1998. Como se observa en el Capítulo 2, no hay mayores diferencias en los porcentajes del gasto en el PIB entre los países (alrededor del 3.5 por ciento), por lo que las regresiones de gasto explican solo una parte muy pequeña de la varianza y las variables PIB o PNB son estadísticamente no significativas. A pesar de esto usamos los residuos para tener indicaciones de los países que podrían tener gasto por encima del estimado y de los que estarían por debajo.

Cruzando los resultados de las ecuaciones de matrícula neta secundaria y de gasto contra el PIB o el PNB para 1980 y 1998 se obtienen los resultados por países que se presentan en el cuadro 3.3 del que se pueden extraer las conclusiones siguientes:

- 5 de 7 países que gastaban mas en educación en 1980 y obtenían peores resultados que los que les corresponderían continúan en esa situación casi 20 años después (en 1998), es decir, tienen un problema “estructural” o de largo plazo que les impediría obtener mejores resultados (categoría C). Para los resultados que obtienen estos países están en una situación en que gastan mas de lo necesario o sobre-gasto. Llamen la atención Costa Rica, Bolivia y Venezuela. A estos países se unieron en 1998, Brasil (que tenia poco gasto relativo en 1980), y México que en 1980 tenia indicadores mejores que los correspondientes con gasto mas bajo en educación.
- Asimismo, existe un grupo de países (5 de 8) que se han denominado “eficientes” (obtienen mejores indicadores que los estimados y gasto menos que lo estimado), que se mantienen entre 1980 y 1998 (categoría B). Aquí se encuentran Republica Dominicana, Perú y Uruguay en LAC y el Caribe y Corea y Filipinas en el Lejano Oriente. A este grupo se unieron en 1998, Chile y Trinidad y Tobago que estaban ambos en el grupo de mejores indicadores que los estimados pero también con mayor gasto (categoría A). En estos países habrían también condiciones de largo plazo que permitirían estos mejores resultados con los menores recursos relativos a los de otros países.
- Existe un grupo de países que se podrían denominar de “bajo gasto relativo en educación” que incluyen entre otros países Argentina, Ecuador, El Salvador, Guatemala y Honduras, además de Singapur y Turquía, de los países estudiados. Estos países tienen tasas de matricula secundaria mas bajas que las estimadas para su nivel de desarrollo y menos gasto en educación que el estimado para su nivel de desarrollo. Solo 1 de 4 países estaban en una situación similar en 1980, reflejando por tanto un *deterioro* relativo de estos países entre estos años. De hecho solo 2 países de LAC y el Caribe estaban en situación de bajo gasto relativo en los 80s (Brasil y Paraguay), comparado con 5 países en 1998.
- Finalmente es de notar que existe un grupo de países que gastan mas que el estimado pero obtienen mejores resultados (*value for money?*). Este grupo es sin embargo bastante inestable y solo 2 países de 6 (Nicaragua y Panamá) que habían en el 1980s se encuentran en la misma situación en 1998. Colombia es uno de los países que se agrega a esta categoría en 1998 y que estaba en una situación de bajo gasto y mejores indicadores, luego de los aumentos considerables de gasto en educación después de 1995.

Cuadro 3.3 Efectividad del Gasto Social (Educación) en LAC y el Caribe, 1980, 1998

	Matricula Secundaria <i>Mas Alta que la Estimada</i>		Matricula Secundaria <i>Mas Baja que la Estimada</i>	
	1980	1998	1980	1998
<b>Gasto Educación <i>Mas Alto que el Estimado</i></b>	<b>A. Resultado Esperado (Value for money?)</b>		<b>C. Ineficiencia (Sobre-gasto?)</b>	
1980	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Argentina</li> <li>• Chile</li> <li>• Ecuador</li> <li>• Nicaragua</li> <li>• Panamá</li> <li>• Trinidad &amp; T.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bolivia</li> <li>• Costa Rica</li> <li>• El Salvador</li> <li>• Venezuela</li> <li>• Malasia</li> <li>• Tailandia</li> </ul>	
1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colombia</li> <li>• Jamaica</li> <li>• Nicaragua</li> <li>• Panamá</li> <li>• Paraguay</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bolivia</li> <li>• Brasil</li> <li>• Costa Rica</li> <li>• México</li> <li>• Venezuela</li> <li>• Malasia</li> <li>• Tailandia</li> </ul>	
<b>Gasto Educación <i>Mas Bajo que el Estimado</i></b>	<b>B. Eficiencia</b>		<b>C. Poco Gasto?</b>	
1980	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colombia</li> <li>• Republica D.</li> <li>• México</li> <li>• Perú</li> <li>• Uruguay</li> <li>• Corea</li> <li>• Filipinas</li> <li>• Singapur</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brasil</li> <li>• Paraguay</li> <li>• Indonesia</li> <li>• Turquía</li> </ul>	
1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chile</li> <li>• Republica D.</li> <li>• Perú</li> <li>• Trinidad &amp; T.</li> <li>• Uruguay</li> <li>• Indonesia</li> <li>• Corea</li> <li>• Filipinas</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Argentina</li> <li>• Ecuador</li> <li>• El Salvador</li> <li>• Guatemala</li> <li>• Honduras</li> <li>• Singapur</li> <li>• Turquía</li> </ul>	

Fuente: Estimaciones del autor basadas en regresiones en apéndice estadístico capítulo 3, cuadros A3.3 y A3.5.

#### Salud: Tasa de Mortalidad de Menores de Cinco Años

El indicador que se usa para el análisis de efectividad del gasto en salud es la tasa de mortalidad de menores de cinco años debido a que esta variable puede reflejar mejor el efecto del gasto en salud (en contraste con variables como la mortalidad infantil que se ha visto asociada en muchos países con factores ambientales, incluyendo la disponibilidad de agua y saneamiento). El gasto en salud puede verse como una reducción en el costo de los servicios para los usuarios y un mayor acceso a servicios de salud de la población pobre y, por tanto, se esperaría que el mayor gasto estuviera asociado con una reducción en las tasas de mortalidad de menores de cinco años. Sin embargo, no sólo el nivel del gasto es importante sino su distribución o focalización, por cuanto un gasto menor, si está dirigido a los grupos mas pobres, puede tener mas impacto en las tasas de mortalidad que un mayor gasto igualmente distribuido entre la población. Además del gasto en salud otras variables tales como el ingreso de las familias (que reflejan la capacidad de acceder a servicios de salud en el sector privado),

la distribución del ingreso, la educación de los padres, especialmente de la madre, y factores ambientales, han sido factores que han estado asociados con bajas tasas de mortalidad en muchos países.

Para el análisis en este estudio estimamos la tasa de mortalidad de menores de cinco años de cada país en función del ingreso per-capita real para 1980 y del coeficiente GINI. Para 1998 fue posible usar el PNB per-capita en términos de poder de compra (PPP) para los países y el coeficiente de Gini de cada uno de los países (para años cercanos a 1998). Las estimaciones y las fuentes de datos se presentan en el Apéndice Estadístico del Capítulo 3. En las estimaciones para la tasa de mortalidad de menores de 5 años para 1980 y 1998 el PIB y el PNB per-capita tienen el signo negativo esperado y son fuertemente significativas. Los R2 ajustados son también altos (0.5 y 0.6), pero el Gini no fue estadísticamente significativo.

Las estimaciones de gasto en salud se hacen usando el porcentaje de gasto en salud con relación al PIB contra el PIB de cada país para 1980. Para 1998 se usa el gasto per-capita en salud en términos de PPP contra el PNB también en términos de poder de compra y el coeficiente de Gini para años cercanos a 1998. Como era de esperarse las estimaciones para 1998 son mucho mejores que para 1980. En 1998, el PNB per-capita es fuertemente significativo y el R2 ajustado es bastante alto (0.6) para una regresión de este tipo. El coeficiente de Gini no fue significativo.

Con base en las anteriores regresiones y combinando los residuos de cada una como se explicó anteriormente, se describen enseguida los principales resultados, los cuales se presentan en el cuadro 3.4. Estos son:

- La mayoría de los países de LAC y el Caribe en 1998 se encuentra en la categoría A, que cuentan con una mortalidad de 0-5 años mejor (mas baja) que la estimada pero también gastan mas en salud que lo estimado, y en la categoría C, que hemos denominado como de poco gasto, es decir países con peores indicadores pero que gastan también menos que lo estimado. En 1980 la mayoría de los países se encontraban en la situación de “poco-gasto”, lo cual indica el aumento relativo que desde 1980 ha tenido el gasto en salud en muchos países de LAC y el Caribe.
- En contraste con lo anterior, la mayoría de los países asiáticos de comparación se encontraban en la categoría B que hemos denominado de “eficiencia” por cuanto obtienen mejores indicadores que los estimados y gastan menos en 1980. Debido al retraso en el gasto en salud, para 1998 los países asiáticos han pasado a la categoría C que hemos denominado de “poco-gasto” donde los indicadores son peores que los estimados y el gasto es también mas bajo.
- Para 1998 solo pocos países de LAC y el Caribe se encuentran en las categorías de “eficiencia” e “ineficiencia”. Entre los países “eficientes” se encuentran Chile, Educador, Trinidad y Tobago y Jamaica. Entre los países “ineficientes” se encuentran Argentina y Brasil.

Cuadro 3.4 Eficiencia del Gasto Social (Salud), en LAC y el Caribe, 1980,99

	Mortalidad 0-5 Años <i>Mejor</i> que la Estimada		Mortalidad 0-5 Años <i>Peor</i> que la Estimada	
	1980	1998	1980	1998
<b>Gasto Salud <i>Mas Alto</i> que el Estimado</b>	<b>A. Resultado Esperado (Value for money?)</b>		<b>D. Ineficiencia (Sobre-Gasto?)</b>	
1980	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chile</li> <li>• Costa Rica</li> <li>• Panamá</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bolivia</li> <li>• Nicaragua</li> </ul>	
1998		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colombia</li> <li>• Costa Rica</li> <li>• El Salvador</li> <li>• Honduras</li> <li>• Nicaragua</li> <li>• Panamá</li> <li>• Paraguay</li> <li>• Uruguay</li> <li>• Venezuela</li> <li>• Corea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Argentina</li> <li>• Brasil</li> </ul>	
<b>Gasto Salud <i>Mas Bajo</i> que el Estimado</b>	<b>B. Eficiencia</b>		<b>C. Poco Gasto?</b>	
1980	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Argentina</li> <li>• Colombia</li> <li>• Paraguay</li> <li>• Corea</li> <li>• Malasia</li> <li>• Filipinas</li> <li>• Singapur</li> <li>• Tailandia</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brasil</li> <li>• Republica D.</li> <li>• Ecuador</li> <li>• El Salvador</li> <li>• México</li> <li>• Perú</li> <li>• Trinidad &amp; T.</li> <li>• Uruguay</li> <li>• Venezuela</li> <li>• Indonesia</li> <li>• Turquía</li> </ul>	
1998		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chile</li> <li>• Ecuador</li> <li>• Jamaica</li> <li>• Trinidad &amp; T.</li> <li>• Malasia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bolivia</li> <li>• Republica D.</li> <li>• Guatemala</li> <li>• México</li> <li>• Perú</li> <li>• Indonesia</li> <li>• Filipinas</li> <li>• Singapur</li> <li>• Tailandia</li> <li>• Turquía</li> </ul>	

Fuente: Estimaciones del autor basadas en regresiones en apéndice estadístico capítulo 3, cuadros A3.4 y A3.6.

### C. Resumen y conclusiones

En resumen de este capítulo se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- En educación, podría decirse que existe en LAC y el Caribe un grupo de países de ineficiencia de largo plazo—que mantienen peores indicadores que los que les correspondería y gastan más que lo estimado—y otro pequeño grupo en situación contraria o de eficiencia. Entre los primeros están Costa Rica, Bolivia y Venezuela. A este grupo se unieron Brasil y México en 1998. Entre los segundos están República Dominicana, Perú y Uruguay. A este grupo se unieron Chile y Trinidad y Tobago en 1998. Entre estos dos extremos hay un grupo grande de países que cambian entre gasto adecuado y poco gasto.

- En salud, muy pocos países se encuentran en las categorías de “eficientes” e “ineficientes” en 1980 y 1998. En las categorías de ineficientes en 1998 se encuentran Brasil y Argentina, mientras en la de eficientes están Chile, Ecuador, Jamaica y Trinidad y Tobago. Llama la atención que un gran número de países se encuentran con poco gasto incluyendo Bolivia, Republica Dominicana, Guatemala, México y Perú. El resto son países asiáticos, la mayoría de los cuales ha tenido cambios modestos en el gasto en salud en las últimas décadas y ya se han reflejado en los indicadores que son menores que los estimados de acuerdo a su PNB per-capita en términos de PPP.

## 4. LA EQUIDAD DEL GASTO SOCIAL: NIVELES Y TENDENCIAS EN LAS ÚLTIMAS DOS DÉCADAS

Este capítulo examina hasta qué punto la focalización del gasto social ha ocurrido en la región y cuáles han sido las razones para ello. Para resolver esta pregunta recurrimos a una revisión de varios estudios de incidencia del gasto social (Benefit-Incidence Analysis) hechos por el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, la CEPAL y otros organismos de Naciones Unidas para varios países de América Latina y el Caribe. En estos estudios se investiga quién ha sido el beneficiario del gasto social en educación, salud, seguridad social y bienestar social, y vivienda de los hogares ordenados por nivel de ingreso per-capita del hogar.

### A. Conceptos y metodología

#### Qué es el análisis de incidencia de gasto

El análisis de incidencia del gasto es una herramienta poderosa para determinar si el gasto se ha focalizado efectivamente a los grupos más pobres de la población o a otros grupos objetivo del gasto social. Estos estudios permiten determinar la *equidad* del gasto en cuestión.<sup>3</sup> Se espera que el gasto social sea fuertemente redistributivo, es decir, que los quintiles más pobres reciban una proporción mayor que la que ellos tienen en la población total, y que esa proporción sea mayor que la que ellos tienen en la distribución del ingreso (sin subsidios).

#### Cómo se calcula la incidencia de gasto

El cálculo de la incidencia del gasto incluye tres etapas. La primera es la determinación de los beneficios que, en el caso de servicios como educación, se hace con las cifras de matriculados o asistentes a los diferentes niveles de educación de los miembros del hogar ordenados por nivel de ingreso (deciles, quintiles), y en el caso de salud por la asistencia a los diferentes centros de salud del estado. La segunda es la determinación de los costos unitarios, la que se hace generalmente utilizando las estadísticas de gasto público en educación, salud, seguridad social, vivienda social u otro servicio que se desee estudiar. Aquí hay que tomar varias decisiones en cuanto a qué se incluye en el gasto, cómo se distribuyen los gastos administrativos, los gastos de capital, entre otros, entre los diferentes niveles de servicio. La tercera etapa es la combinación de las dos fuentes de datos para la determinación de los beneficios por quintil u otra clasificación que se use.<sup>4</sup>

#### Limitaciones de los estudios de incidencia del gasto

Los estudios de incidencia del gasto son útiles para identificar problemas (lo cual de por sí es bueno), pero no son tan útiles para identificar soluciones. Un estudio

<sup>3</sup> Los conceptos de equidad e igualdad son diferentes. Una discusión interesante sobre la diferencia de estos conceptos en salud se encuentra en Gwatkin (2000), y sobre los factores que determinan las desigualdades en salud en un gran número de países, en Wagstaff (2001).

<sup>4</sup> Para una descripción detallada de cómo se hace un análisis de incidencia de beneficios ver, Demery (2000).

de incidencia permite determinar si los grupos pobres se están beneficiando o no de la educación pública, de los programas de salud del estado, de los gastos en pensiones, subsidios en vivienda, y otros servicios sociales.<sup>5</sup> No nos dice, sin embargo, por qué está ocurriendo esto. En educación, por ejemplo, es posible que los niños no asistan porque no hay escuelas en los lugares cercanos o, porque habiendo escuelas, los padres no pueden pagar los costos directos o indirectos de asistir, o porque la calidad de la educación es deficiente y los padres creen que no vale la pena enviar a sus hijos a la escuela, u otras razones. En salud, es posible que los pobres no busquen asistencia pública porque no hay centros o puestos de salud cercanos, porque no puedan pagar los pagos o co-pagos, o porque crean que este servicio no les sirve, entre otras razones. De las respuestas a estas preguntas dependerá si el estado debe gastar más -o menos- en este rubro o en otros rubros que ayuden a mejorar la demanda de los pobres por el servicio.

Un asunto adicional es que los estudios de incidencia miden la distribución *promedio* de los subsidios y esta puede no ser la mejor receta para determinar aumentos *marginales* en el gasto. En algunos casos, un aumento de cobertura, por ejemplo, en educación superior en un país con baja cobertura, puede implicar un aumento de estudiantes de clase media y no de los más pobres. En otros casos, tales como aumento de cobertura de la educación pre-primaria o primaria puede redundar en aumento de la matrícula de los más pobres y, por tanto, de la incidencia del gasto educativo.

#### Los estudios de incidencia del gasto en América Latina y el Caribe

A pesar de la importancia del tema de la focalización del gasto público en la discusión pública y académica, es sorprendente la escasez de estudios sobre el tema en los diferentes países de LAC y el Caribe y otras regiones del mundo. Después de los estudios pioneros de Selowsky (1979) para Colombia y Jacob (1979) para Malasia al final de los años setenta, no ha habido esfuerzos importantes por estudiar sistemáticamente la incidencia de los gastos públicos en LAC y el Caribe. Solo recientemente, en los años noventa, ha vuelto a crecer el interés por este tipo de estudios (ver, Grosh (1990), varios estudios recientes del Banco Mundial, del BID y el PNUD, que se describen en el Apéndice Estadístico de este capítulo).

Debido a que las metodologías no son estándares, hacer comparaciones de los diferentes estudios entre países o a través del tiempo en un mismo país resulta, sin embargo, un tanto arriesgado. En la mayoría de los casos, no existe información sobre cómo se ordenaron los datos (si por hogares o individuos), ingreso o consumo per cápita del hogar, sobre si se dedujeron o no los gastos pagados por los usuarios (del bolsillo) por los diferentes servicios, entre otros. Así mismo, dado que las encuestas usadas son generalmente para otros propósitos (empleo, desempleo, en la mayoría de los casos), es posible que los tamaños de muestra sean muy pequeños (por ejemplo, para obtener información sobre ciertos servicios de salud de baja frecuencia), y que los intervalos de confianza de las estimaciones de incidencia sean muy grandes, lo que hace

---

<sup>5</sup> Los estudios de incidencia se han usado también para determinar si el gasto del estado se ha distribuido mejor que la distribución del ingreso sin subsidios. Esto es, para determinar si el gasto público ha sido redistributivo o no. Para este análisis se usan los coeficientes de Gini de la distribución de ingresos y se comparan con la distribución de los subsidios del estado (llamados Quasi-Gini en algunos estudios donde se miden la concentración de los beneficios) o se comparan las curvas de Lorenz, esperando que las estimadas de gasto estén mejor distribuidas que las del ingreso personal de los hogares.

que solo diferencias muy grandes en las estimaciones sean estadísticamente significativas.

A pesar de estas limitaciones, se examinan datos de estudios de incidencia hechos para países de América Latina y el Caribe desde los años 80 para comparar su evolución en el tiempo. Se examinan tanto los cambios en la incidencia del gasto en cada sector particularmente en salud, educación y seguridad social, como la incidencia del gasto social total.<sup>6</sup> Los cambios en la incidencia (focalización) del gasto total social pueden ocurrir por dos motivos. El primero, es un cambio en la *incidencia específica* del sector, por ejemplo, cuando la proporción del gasto recibido por el 40 por ciento más pobre sube o se reduce a través del tiempo en educación, salud, seguridad social u otro. El segundo, ocurre por cambios en la *importancia relativa* del gasto por sectores a través del tiempo, cuando un sector de gasto crece más rápido o más lento que otros sectores dentro del gasto social. Así, por ejemplo, si hay un aumento relativo mayor en un gasto poco progresivo, como seguridad social, se esperará, *ceteris paribus*, una disminución en la focalización del gasto total, y lo contrario ocurrirá cuando se presente un aumento relativo en un gasto más progresivo.

Los datos recopilados para este estudio se encuentran en el Cuadro 4.1 y en el Apéndice Estadístico de este capítulo.<sup>7</sup> Cabe mencionar que los estudios de países más completos corresponden a Chile, Costa Rica, República Dominicana, Jamaica y, más recientemente, Nicaragua. Esto se debe en buena parte a que en estos países se ha contado con encuestas que incluyen módulos regulares de educación, salud y otros servicios sociales prestados por el estado.<sup>8</sup>

## **B. Resultados Obtenidos**

### **B1. El nivel de la incidencia de cada sector**

En el Cuadro 4.1 y las gráficas 4.1 y 4.2 se observa que existen grandes diferencias en la incidencia del gasto en los diferentes sectores sociales. Con la

---

<sup>6</sup> No es claro si la seguridad social debe ser objeto de este tipo de análisis de igual forma que se hace con educación y salud. La razón es que el gasto en seguridad social se financia con impuestos a los salarios para el pago posterior de beneficios a los que contribuyen al sistema. En muchos países, especialmente en los que todavía tienen el sistema de “pay-as-you-go”, el sistema tiene un carácter redistributivo pero dentro del mismo sistema (es decir, de los trabajadores más ricos a los más pobres). Como tal, entonces se esperaría que este gasto no fuera redistributivo a los más pobres generalmente no vinculados al sector formal de la economía y no inscritos al sistema de pensiones. Los datos utilizados en este estudio incluyen en la seguridad social, gastos de bienestar (welfare) y pensiones no contributivas en los países que existen (Argentina, Chile, Costa Rica, entre otros) pero estos son una pequeña proporción del gasto total en seguridad social.

<sup>7</sup> Datos de incidencia para otros países no latinoamericanos se encuentran en Van der Walle y Nead (1995) y en el reporte de pobreza 2000-2001 del Banco Mundial.

<sup>8</sup> En Chile la encuesta CASEN (Caracterización Socioeconómica Nacional) empezó a realizarse desde 1995 a una muestra de cerca de 20,000 familias a nivel nacional. En Costa Rica se hizo en 1992 una Encuesta Nacional de Inversión Social (ENISO) que incluyó módulos de salud y educación y otros servicios del Estado. Versiones similares de estos módulos se han incluido en Encuestas de Hogares de Propósitos Múltiples de otros años. En República Dominicana se ha hecho por varios años la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples por el Banco Central. En Jamaica y Nicaragua se han realizado encuestas periódicas (cada dos años en Jamaica y cada 3-5 años en Nicaragua) de Medición del Nivel del Vida (LSMS) apoyadas por el Banco Mundial. Varios otros países han hecho encuestas completas de nivel de vida (Bolivia, Perú, Colombia, entre otros) complementando las encuestas de hogares anuales, pero estas no han tenido la regularidad deseada.

información recopilada para 8 países de América Latina que tienen estudios de incidencia para al menos dos años entre 1980 y 1999, se puede observar que los gastos que se dirigen en mayor proporción al 40 por ciento más pobre de la población son en su orden, de mayor a menor, educación básica, salud básica, salud total, educación total, seguridad social y, en último lugar, educación superior. El orden es inverso para el gasto que recibe el 20 por ciento más rico de la población, destacándose que más del 40 por ciento del gasto público en educación superior es recibido por el 20 por ciento más rico de la población, en promedio para este grupo de países de América latina y el Caribe. Si bien el ordenamiento es similar en la mayoría de los países incluidos, se puede observar que la incidencia en educación primaria es bastante alta en Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Jamaica y Uruguay donde el 60 por ciento o más del gasto en este nivel educativo es recibido por el 40 por ciento más pobre de la población. En algunos países como Nicaragua, sin embargo, aunque el gasto en educación primaria sigue siendo el mejor distribuido, solo un poco más del 40 por ciento de dicho gasto es recibido por el 40 por ciento más pobre en 1998 el año más reciente del estudio de Nicaragua (ver Recuadro más abajo).

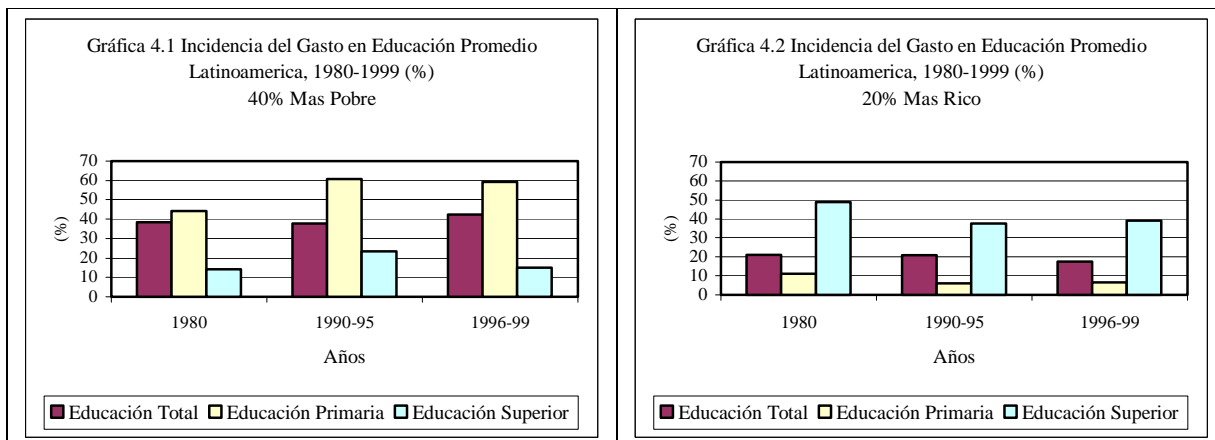
En promedio para todos los países considerados, sin embargo, la proporción del gasto recibido por el 40 por ciento más pobre es mayor que el que le correspondería si la distribución del gasto fuera proporcional a la población, especialmente para el gasto en educación primaria y total, y salud básica y salud total en 1996-99. Para seguridad social, los gastos recibidos por el 40 por ciento más pobre ascienden solamente a alrededor del 17 por ciento (1990-95), el último año con información disponible, y para educación superior al 15 por ciento en 1996-99.

**Cuadro 4.1. Niveles y Tendencias en la Incidencia del Gasto Social en Educación, Salud y Seguridad Social, Promedio de 8 Países de América Latina y el Caribe, 1980-1999 (%)**

Sector <sup>a</sup>	40 % Más Pobre			20 % Más Rico		
	1980	1990-95	1996-99	1980	1990-95	1996-99
<i>Educación Total</i>	38.6	37.7	42.3	21.2	21.0	17.5
<i>Educación Primaria</i>	44.2	60.7	59.2	11.0	6.2	6.5
<i>Educación Superior</i>	14.2	23.5	15.0	48.8	37.5	39.0
<i>Salud Total</i>	50.3	51.0	44.6	17.7	12.0	14.2
<i>Salud Básica</i>	-	51.5	50.5	-	12.0	11.0
<i>Seguridad Social</i>	20.5	16.7	-	29.3	38.7	-

<sup>a</sup> Promedios simples no ponderados de la incidencia por sector de los siguientes países: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Jamaica y Nicaragua.

Fuente: Cuadro A4.1 en el Apéndice Estadístico 4 donde se encuentran las referencias de los estudios utilizados.



Fuente: Cuadro 4.1

## B2. Las tendencias en la incidencia del gasto social de cada sector

A nivel agregado, se observan cambios modestos en la proporción del gasto público en educación y salud recibido por el 40 por ciento más pobre de la población para el conjunto de los 8 países (Cuadro 4.1). La única mejora significativa ha ocurrido en educación primaria donde de un 44 por ciento del gasto recibido por el 40 por ciento más pobre en los 1980s se pasó a casi el 60 por ciento al final de los 1990s. Aunque en salud básica la proporción del gasto que se dirige al 40 por ciento más pobre se ha mantenido en alrededor del 50 por ciento entre los 80s y los 90s, la distribución del gasto en salud *total* ha empeorado, bajando de cerca del 50 por ciento en los 80s al 45 por ciento al final de los 90s. Esto se debe muy seguramente a una mayor participación del gasto en salud hospitalaria que, como se aprecia en algunos países, está generalmente mucho peor distribuido que la educación básica (ver Nicaragua en el Recuadro 4.1).<sup>9</sup>

A nivel de países, las tendencias no han sido uniformes por países ni por sectores (Cuadro 4.2). Los países que han mostrado mejoras en la incidencia del gasto incluyen Brasil (educación primaria y salud total), Chile (educación primaria), República Dominicana (educación primaria, educación superior y educación total) y Nicaragua (educación y salud). La focalización no ha cambiado mucho a través de estas dos décadas en Argentina, Costa Rica y Colombia de los países incluidos. En términos de sectores, se observa en general una mejora en la focalización del gasto en educación, especialmente educación primaria en los países y un empeoramiento en salud total (Chile, Costa Rica) y seguridad social (Chile, Costa Rica).

<sup>9</sup> Llama la atención la escasez de datos de incidencia para el gasto hospitalario. Esto puede deberse a la dificultad para obtener información de uso hospitalario en las encuestas de hogares dado que muchos episodios de salud que requieren uso de hospitales son poco frecuentes (y muchas encuestas usan no más de 4 semanas de periodo de referencia), y la dificultad para conseguir y distribuir los datos de costos unitarios.

### B3. La focalización de gasto y los cambios en las participaciones sectoriales del gasto social

La focalización del gasto total social se ve afectada también por cambios en la participación de cada sector en el gasto total social. Dados los cambios que han ocurrido en las participaciones sectoriales (Cuadro 4.4) y en la incidencia del gasto en cada sector que se acaban de describir, es posible deducir que se ha reducido el gasto total social que ha sido recibido por el 40 por ciento más pobre de la población para el conjunto de los 8 países estudiados (y posiblemente para el resto de países) desde los años 1980s. Este se debe a que mientras la proporción del gasto en salud ha sido más o menos constante entre 1970 y 1999, la proporción del gasto en educación ha disminuido en el mismo periodo.

**Cuadro 4.2 Tendencias en la incidencia del Gasto Social en Educación, Salud y Seguridad Social, 8 Países de América Latina y el Caribe, 1980-1999 (%)**

País/ Sector	40% más pobre			20% más rico		
	1980/a	1990-95	1996-99	1980/a	1990-95	1996-99
<b>Argentina</b>						
Educación Primaria 80, 94	57	60/b	--	11	8	--
<b>Brasil</b>						
Educación Primaria 80, 97	15	--	53/b	5	--	9
Salud Total 86, 97	30	--	44/b	39	--	9
<b>Chile</b>						
Educación Primaria 85, 92, 96	59	62/b	69/d	9	8	4
Salud Total 85, 92, 96	64	59/b	53/d	5	7	7
Seguridad Social 83, 85	19	13	--	42	32	--
<b>Colombia</b>						
Educación Total 92,97	--	45/c	43/d	--	14	17
Educación Primaria 92, 97	--	65/c	65/d	--	4	4
<b>Costa Rica</b>						
Educación Total 80, 92	42	38/a	--	20	20	--
Educación Primaria 86, 92	57	59/d	--	8	7	--
Educación Superior 82, 86	17/a	15/a	--	42	42	--
Salud Total 92, 98	--	52/d	45/g	--	13	17
Seguridad Social 83, 86	19	16	--	32	48	--
<b>República Dominicana</b>						
Educación Total 80, 89, 96	24	50/a	47/d	33	13	14
Educación Primaria 80, 89, 98	32	59/a	51/e	21	4	9
Educación Superior 80, 89, 98	2	32/a	15/e	76	33	39
Salud Total 84, 89	57	57/a	--	9	7	--
Seguridad Social 80, 89	21	21	--	9	36	--
<b>Jamaica</b>						
Educación Total 92, 96	--	37/c	38/d	--	22	15
Educación Primaria 92, 96	--	59/b	58/d	7	6	--
<b>Nicaragua</b>						
Educación Total 93, 98	--	22/f	25/f	--	35	35
Salud Total 93, 98	--	29/f	41/f	--	26	18

/a: Los datos son tomados del informe de Grosh (1990). La mayoría de ellos corresponde a 1980, excepto cuando se indique.

/b: Los datos son tomados del informe anual del BID (1999).

/c: Los datos son tomados del informe anual del Banco Mundial (2001b).

/d: Datos tomados del informe de Ganuza et al. (1999).

/e: Datos tomados de Castañeda et al. (2000).

/f: Datos tomados de Dayton (2000).

/g: Datos tomados de Cercone et al. (2001).

Nota: Las referencias a los autores de los estudios de país se encuentran en los documentos citados.

#### Recuadro 4.1 La Incidencia del Gasto en Educación y Salud en Nicaragua entre 1993-98

Un estudio reciente sobre Nicaragua presenta un ejemplo de cómo se pueden evaluar tendencias en la focalización del gasto en salud y educación, de cómo se ha avanzado y lo que queda por hacer. El estudio se base en tabulaciones de las Encuestas de Medición de Nivel de Vida (EMNV) hechas en 1993 y 1998 con el apoyo del Banco Mundial y el BID. Ambas encuestas contienen módulos bastante detallados de prevalencia de enfermedades y de los servicios solicitados por los diferentes miembros del hogar y de la asistencia escolar, el grado y el tipo de establecimiento al cual asisten los estudiantes.

Los resultados principales del estudio son los siguientes:

- En educación, la proporción del gasto total público recibido por el 40 por ciento más pobre de la población fue de solo el 22 por ciento en 1993 y solo mejoró marginalmente al 25 por ciento en 1998. En contraste, el gasto recibido por el 20 por ciento más rico ascendió al 35 por ciento en 1993 y 1998. Esto se debe a que, aunque el gasto en educación primaria favorece relativamente mas a los grupos mas pobres, la educación secundaria, técnica y especialmente la universitaria favorece a los mas ricos—y los costos unitarios (subsidios) son mucho mas altos que los de educación primaria. De hecho, del total de gastos en educación en Nicaragua, el 48 por ciento va a las universidades, y esa proporción no cambió entre 1993 y 1998.
- En salud, la situación ha sido un poco mejor. La proporción del gasto total en salud recibido por el 40 por ciento más pobre aumentó de 21 a 41 entre 1993 y 1998 como resultado de que tanto la atención primaria de salud como la hospitalaria se focalizan mas a los más pobres. Sin embargo, todavía el 25 por ciento más rico recibe una parte significativa del subsidio público. Esto se explica por cuanto mientras que los ricos buscan atención privada para la atención de bajo costo —consultas medicas—siguen buscando los hospitales públicos para la atención hospitalaria—posiblemente por el poco desarrollo que ha tenido la infraestructura privada.

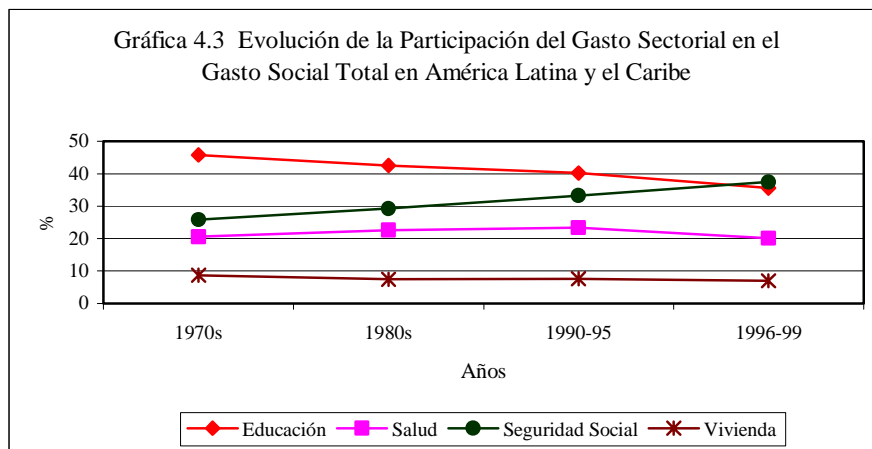
**Cuadro 4.3: La Incidencia del Gasto Público en Educación y Salud entre 1993-98 en Nicaragua**

	40 % Más Pobre		20 % Más Rico	
	1993	1998	1993	1998
<b>Total Educación</b>	<b>22</b>	<b>25</b>	<b>35</b>	<b>35</b>
Primaria	37	47	19	10
Secundaria	19	21	32	25
Técnica	17	25	33	25
Universitaria	8	3	52	62
<b>Total Salud</b>	<b>29</b>	<b>41</b>	<b>26</b>	<b>18</b>
Primaria	35	49	18	10
Hospital	26	34	32	25

Fuente: Dayton, Julia M. (2000)

La participación del gasto en seguridad social ha seguido un patrón opuesto al de educación (Gráfica 4.3 y Cuadro 4.4). Este gasto empezó a crecer a partir de los 70s para el promedio de países de América Latina y el Caribe. Como el gasto en educación es mucho mas progresivo que el gasto en seguridad social, se puede deducir que el gasto total ha tendido a estar peor focalizado ahora que en los años setenta y ochenta. De hecho, estimaciones gruesas indican que la proporción del gasto *social total* recibida por el 40 por ciento más pobre de la población ha descendido de cerca del 35 por ciento en 1980 al 31 por ciento en la segunda mitad de los 90s como resultado tanto de los

cambios en la incidencia del gasto en cada sector y de los cambios en la participación de cada sector en el gasto total social.<sup>10</sup>



Fuente: Cuadro No. 4.4

**Cuadro 4.4 Evolución de la Participación del Gasto Sectorial en el Gasto Social Total, América Latina y Caribe, 1970-99 (%)**

Descripción	1970s	1980s	1990-95	1996-99
Educación	45.8	42.5	40.2	35.6
Salud	20.6	22.6	23.3	20.1
Seguridad Social	25.8	29.2	33.3	37.5
Vivienda	8.6	7.4	7.6	6.9
Total	100	100	100	100

*Nota:* Comprende los siguientes 23 países de América Latina y el Caribe: Argentina, Bahamas, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Republica Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.

Fuente: Cuadro 2.3 Capítulo 2.

Esta conclusión general para el conjunto de América Latina y el Caribe es especialmente válida para un conjunto de países donde la participación de la seguridad social aumentó significativamente en las últimas tres décadas. Estos países son Bolivia (pasó del 7 por ciento en los 1970s al 50 por ciento al final de los 90s, del gasto social), Brasil (pasó del 47 por ciento en los 1980s al 61 por ciento al final de los 90s), Chile (del 47 por ciento en los 70s al 51 por ciento al final de los 90s), Colombia (del 7 por ciento en los 70s al 22 por ciento al final de los 90s), Panamá (del 24 al 33 por ciento) y Uruguay (del 75 al 81 por ciento del gasto social). En otros países la focalización puede no haber empeorado dado que la participación de la seguridad social se ha mantenido más o menos constante o se ha reducido aunque modestamente (Argentina,

<sup>10</sup>Estas estimaciones se obtienen multiplicando las tasas de incidencia de cada sector (en Cuadro 4.1) por las participaciones a través de los años (Cuadro 4.4). Para el caso de seguridad social se asumió la misma incidencia entre 1990-95 y 1996-99. Para el caso de vivienda se utilizaron las tasas de incidencia del programa de Bonos de Vivienda de Costa Rica que pueden ser bastante mejores que las de programas similares en Latino América. Los datos de este programa indican que la proporción del gasto recibida por el 40 por ciento más pobre de la población fueron: para 1980, 43 por ciento; para 1990-95, 39 por ciento; y para 1996-99, 46 por ciento (Gobierno de Costa Rica, 2000).

Republica Dominicana, México, entre otros). (Ver cuadros de distribución sectorial del gasto social por países en Capítulo 2 y su Apéndice).

### C. Resumen y conclusiones

De este capítulo se pueden derivar las conclusiones siguientes:

- A pesar de la importancia del tema de la focalización del gasto como prescripción de organismos internacionales y propósitos de los gobiernos desde finales de los setentas y ochentas, ha habido relativamente pocos estudios que permitan evaluar cuán efectiva es y ha sido la focalización del gasto social. En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe no se sabe cuánto de ese gasto están recibiendo los grupos mas pobres de la población y por tanto es muy difícil encausar la política pública para tratar de reducir la pobreza en las dimensiones que se pueden afectar con gasto público (educación, salud, bienestar social y otros).
- Los estudios existentes, si bien puede que no sean muy comparables por sus diferencias metodológicas entre países y aun en un mismo país a través del tiempo, presentan una oportunidad para tratar de derivar algunas conclusiones recurrentes en dichos estudios. Primero, los gastos mas progresivos en cada uno de los países son los de educación primaria y salud básica. Los menos progresivos son los gastos en educación superior y seguridad social. Segundo, la incidencia de los gastos en educación primaria y salud básica ha aumentado desde los años 80 y en algunos países como Chile, Colombia la proporción del gasto recibida por el 40 por ciento más pobre ha alcanzado niveles por encima del 60 por ciento. Tercero, la incidencia de los gastos totales en educación y salud no ha mejorado significativamente por la influencia regresiva que han tenido los gastos en educación superior y el gasto en hospitales. La influencia regresiva de estos últimos gastos se debe a que los pobres usan muy poco estos servicios con relación a lo que los usan los niveles medios y altos de la población.
- La focalización del gasto social *total* en América Latina y el Caribe puede haber empeorado en las últimas dos décadas (a pesar de la mejora en la incidencia del gasto en educación y salud básicas). Esto debido a que la participación del gasto en educación dentro del total social, después de aumentar en los 70s, ha caído desde los años 80s en el promedio de América Latina y el Caribe, mientras que la participación del gasto en seguridad ha aumentado progresivamente. La historia, sin embargo, no es uniforme por países. El aumento en seguridad social ha sido especialmente rápido en países como Brasil, Colombia, Chile, Uruguay, Bolivia, entre otros.

## 5. RESUMEN Y CONCLUSIONES

De este estudio se pueden derivar las conclusiones siguientes:

### Evolución y composición del gasto social

- Después de mantenerse estable durante 20 años (70s y 80s) el gasto social como proporción del gasto público y como proporción del PIB, aumentó rápidamente en los noventa. El principal motor del crecimiento ha sido el gasto en seguridad social, seguido del gasto en salud y, recientemente, del gasto en educación. El gasto en seguridad social para el conjunto de LAC y el Caribe se ha casi triplicado pasando del 2 por ciento del PIB en la década de los 70s al 5.5 por ciento del PIB al final de los 90s. Para el final de los 90s el gasto en seguridad social es casi igual al gasto conjunto de educación y salud de los países de LAC y el Caribe considerados. Esto contrasta ampliamente con los países asiáticos de comparación donde el gasto combinado de educación y salud es cerca de 4 veces mayor que el gasto en seguridad social.
- Lo más preocupante del aumento del gasto en seguridad social es que en la mayoría de los países se muestra una fuerte tendencia a la aceleración del gasto en la última década. Salvo el caso de Chile donde del 11 por ciento del PIB en los 80s se ha pasado al 7.7 por ciento al final de los 90s, en muchos otros países los porcentajes han crecido dramáticamente en los 90s. Este es el caso de Brasil (6.6 por ciento del PIB en los 80s al 11.8 al final de los noventa), de Uruguay (8.5 en los 70s al 18.8 al final de los 90s), Argentina (7.5 en los 80s a 8.5), Costa Rica (4.1 a 5.1), Bolivia (0.5 a 5.5) y Panamá (3.0 a 5.6), entre otros países. En varios de estos países el gasto en seguridad social ya está tomándose más del 60 por ciento del gasto público social, haciendo un *crowding out* del gasto en otros sectores más prioritarios como educación y salud y poniendo fuertes presiones en la situación fiscal de los países. El caso de Chile es interesante por cuanto si bien el gasto aumentó considerablemente después de la reforma de la seguridad social de principios de los 80s, el gasto ha venido reduciéndose como proporción del PIB hasta llegar a niveles cercanos a los de pre-reforma al final de los 90s (6.8 por ciento en los 70s vs. 7.7 al final de los 90s).

### Aspectos institucionales del gasto social

- De los aspectos institucionales y de programas mencionados en este informe, ha habido en los últimos años tres tendencias que pueden destacarse. La primera ha sido la idea de la focalización del gasto que se ha impuesto en gran medida por las condiciones fiscales de los países. En esto ha habido un fuerte desarrollo de métodos de focalización aprovechando los avances informativos y la disponibilidad de mayor y mejor información. Sin embargo, como se verá más adelante, ha sido poco el avance en la focalización agregada del gasto social a los más pobres como resultado más de decisiones políticas y de grupos de interés que de la ausencia de métodos o posibilidades de focalización. La segunda, son los intentos en varios de países de introducir esquemas de financiamiento a la demanda (en contraposición al esquema tradicional de financiamiento a la oferta pública de servicios sociales). Estos esfuerzos sin embargo han sido limitados (tal vez excepto el caso de Chile—

educación, vivienda, entre otros, Colombia--salud), por la acción de grupos de interés que han visto amenazado el financiamiento a los proveedores tradicionales de servicios públicos, y en algunos casos por las dificultades y altos costos que han implicado cambiar de esquema de financiamiento (por ejemplo, altos costos de pensiones y pagos de prestaciones laborales por cambio de régimen laboral).

- Finalmente, la tercera es el resurgimiento del tema de grupos vulnerables y el manejo del riesgo social dentro de las políticas asistenciales de protección social. El desarrollo de este tema en los 90s ha venido acompañado del diseño y puesta en marcha de programas, muchos de los cuales han probado ser efectivos para responder a problemas como el desempleo, la falta de ingresos por choques externos, y para combinar apoyo temporal presente a las familias pobres con inversiones en capital humano de los hijos. Muchos de estos programas, como los de transferencias condicionadas serán muy seguramente mucho mas populares en los próximos 5-10 años en LAC y el Caribe para proporcionar apoyo actual a las familias y promover inversiones en capital humano de los pobres. Mediante estos programas se podrá focalizar al menos parte del gasto social a los mas pobres. Otros programas como los Fondos de Inversión Social deberán reformarse dependiendo del país y continuaran en varios casos siendo instrumentos importantes de inversión social a las comunidades pobres.
- No ha habido cambios notorios en los mecanismos de financiamiento del gasto social en cuanto a que las entidades continúan financiándose con presupuestos históricos en vez de gastos ligados a la cantidad y calidad de los servicios prestados, como se ha sugerido por académicos y hacedores de política por las ventajas que estos últimos mecanismos tienen para mejorar la eficiencia del gasto social y calidad de los servicios prestados. En muchos países de LAC y el Caribe (Costa Rica, por ejemplo) el gasto social está financiado con asignaciones específicas lo que tiene la ventaja de proporcionar una estabilidad mayor de los recursos pero tiene la desventaja de presentar inflexibilidades que no permiten atender las necesidades cambiantes de la población y, por tanto, reducen la efectividad del gasto como mecanismo de protección social.
- Varios países han intentado mejorar la eficiencia y efectividad del gasto social, en especial de educación y salud, a través de la descentralización administrativa del gasto a los estados y municipios. Entre los problemas que estas iniciativas han presentado ha sido el diseño de un sistema equitativo de transferencias, por cuanto la descentralización del gasto no ha venido acompañada de la descentralización fiscal, y el poco grado de autonomía que las unidades descentralizadas tienen para administrar los recursos. En el caso de las transferencias éstas en muchos países reflejan grandes diferencias entre regiones que no han sido explicadas por diferencias en los niveles de pobreza o en diferencias de costos de prestación de servicios. En el caso de la autonomía, ésta ha sido limitada por cuanto muchas acciones de personal, contratación, despidos, etc., en educación, por ejemplo, se rigen por normas laborales del nivel central. Existen algunas iniciativas de transferencia de recursos y autonomía al nivel de establecimiento (escuela), pero estos casos todavía son limitados, aunque exitosos en los países donde se han implementado (EDUCO en El Salvador, autonomía Escolar en Nicaragua).

### Efectividad del gasto social: Cuán efectivo-eficiente ha sido el gasto social ?

- En educación, podría decirse que existe en LAC y el Caribe un grupo de países con “ineficiencias” de largo plazo, es decir, que tienen indicadores de educación que son peores que los que les correspondería de acuerdo a su nivel de desarrollo medido por el PIB y gastan más que lo estimado según su PIB. Entre estos países están Costa Rica, Bolivia, Venezuela, Brasil y México. Así mismo, existe un pequeño grupo de países en situación contraria o de “eficiencia”, es decir, que gastan menos y tienen mejores indicadores de educación que los que les correspondería según su nivel de desarrollo. Entre estos están República Dominicana, Perú, Uruguay, Chile y Trinidad y Tobago.
- En salud, muy pocos países se encuentran en las categorías de “eficientes” o “ineficientes” en 1980 y 1998. En las categorías de ineficientes en 1998 se encuentran Brasil y Argentina, mientras en la de eficientes están Chile, Ecuador, Jamaica y Trinidad y Tobago. Llama la atención que un gran número de países se encuentran en la categoría de “poco gasto” incluyendo Bolivia, República Dominicana, Guatemala, México y Perú. El resto son países asiáticos, la mayoría de los cuales ha tenido cambios modestos en el gasto en salud en las últimas décadas que ya se han reflejado en el retraso de sus indicadores los que son menores que los estimados de acuerdo a su PNB per-capita en términos de PPP, en 1998.

### Focalización del gasto social: Cuán re-distributivo ha sido el gasto social ?

- Los gastos más progresivos en cada uno de los países considerados en este estudio son los de educación primaria y salud básica en las últimas dos décadas. Los menos progresivos son los gastos en educación superior y seguridad social.
- La focalización de los gastos en educación primaria y salud básica ha aumentado desde los años 80 y en algunos países como Chile y Colombia la proporción del gasto recibida por el 40 por ciento más pobre ha alcanzado niveles por encima del 60 por ciento.
- La focalización de los gastos *totales* en educación y salud no ha mejorado significativamente por la influencia regresiva que han tenido los gastos en educación superior y el gasto en hospitales. La influencia regresiva de estos últimos gastos se debe a que los pobres usan muy poco estos servicios en relación a lo que los usan los niveles medios y altos de la población.
- La focalización del gasto social *total* en América Latina puede haber empeorado en las últimas dos décadas (a pesar de la mejora en la focalización del gasto en educación y salud básicas). Esto debido a que la participación del gasto en educación dentro del total social, después de aumentar en los 70s, ha caído desde los años 80s en el promedio de América Latina y el Caribe, mientras que la participación del gasto en seguridad social ha aumentado progresivamente. La historia, sin embargo, no es uniforme por países. El aumento en seguridad social, y el consecuente empeoramiento de la focalización del gasto total social, ha sido especialmente rápido en países como Brasil, Colombia, Uruguay, Bolivia, entre otros.

- La mejora en la focalización del gasto en los próximos 5-10 años requerirá pues de grandes esfuerzos de re-asignación del gasto de los programas menos redistributivos a los más redistributivos—lo cual será un reto político de gran magnitud dados los beneficios actuales y los grupos de interés—y de la dificultad de implementación de programas que más benefician a los grupos más pobres de la población. Sin embargo, la necesidad de focalizar el gasto será cada vez mas necesaria en vista de las restricciones continuadas graves presupuestales en la mayoría de los países y el aumento de la población que esta excluida de muchos de los programas actuales, pero la focalización será cada vez nas difícil dado que muchos de los programas y beneficios actuales están protegidos por grupos de interés y razones políticas.

## REFERENCIAS

- Arriagada A. M., Castañeda, T. and Hall, G. 2000. Argentina: Managing Social Risks  
The World Bank, Washington, D.C.
- Castañeda, T. and Victoria, E. 2000. Dominican Republic: Managing Social Risks.  
The World Bank. Washington, D.C.
- CEPAL 2001. Panorama Social de América Latina, 2000-2001. CEPAL, Santiago de Chile.
- Cercone, James., Duran, Fabio y Briceño Rodrigo. 2001. El Desempeño del Sector Social en Costa Rica Durante la Década de los Noventa: Los nuevos Retos. Instituto Latinoamericano de Políticas Públicas, Banco Mundial, SANIGEST.
- Dayton, Julia M. 2000. The Incidence of Public Expenditures on Health and Education in Nicaragua, 1993 & 1998. Yale University.
- Demery, L. 2000. Benefit Incidence: A Practitioner's Guide. The World Bank, Washington D.C.
- Ganuzza, E. León, A., y Sauma, P. 1999. Gasto Público en Servicios Sociales Básicos en América Latina y el Caribe: Análisis Desde la Perspectiva 20/20. PNUD, CEPAL, UNICEF, Santiago de Chile.
- Gobierno de Costa Rica. 2000. El Sistema de Subsidios a la Vivienda. No publicado, San José, Costa Rica.
- Grosh, M. 1990. Social Spending in Latin America: The Story of the 80s. The World Bank. Washington D.C.
- Gwatkin, D. R. 2000. Health Inequities and the Health of the Poor: What Do We Know? What Can We Do?. Boletín of the World Health Organization, 2000 78 (1).
- IFPRI. 2002. Sistema de Evaluación de la Fase Piloto de la Red de Protección Social de Nicaragua: Evaluación de Impacto. Informe Preliminar al Comité Asesor Externo. Washington D.C.
- Inter-American Development Bank. 1999. Facing Up to Inequality in Latin America, Economic and Social Progress in Latin America, 1998-1999 Report, Washington D.C.
- \_\_\_\_\_. 1996. Economic and Social Progress in Latin America, 1996 Report. Making Social Services Work. Special Edition John Hopkins University Press. Washington, D.C.

- International Monetary Fund (IMF). 2001. The World Economic Outlook Database, December. (<http://www.imf.org>).
- \_\_\_\_\_. 1981-2000. Government Finance Statistics Yearbook (GFSY).
- Jacob, M. 1979. Public Expenditures in Malaysia: Who Benefits and Why ?.
- King, E. et al. 1999. The Impact of Colombia's Voucher Program: Using Randomization through a Lottery for Program Evaluation. Ref. no. 682-56. The World Bank. Washington D.C.
- Selowsky, M. 1979. Who Benefits From Government Expenditure ?: A Case Study of Colombia. New York, Oxford University Press.
- Van der Walle, D. y Nead, K. 1995. Public Spending and the Poor: Theory and Evidence. John Hopkins and World Bank, Washington D.C.
- Wagstaff, A. 2001. Inequities in Health in Developing Countries: Swimming Against the Tide?. The World Bank, Washington D.C.
- World Bank. 2001a. "Social Protection Sector Strategy: From Safety Net to Springboard." Washington, D.C: The World Bank.
- \_\_\_\_\_. 2001b. World Development Report 2000/2001. Attacking Poverty. The World Bank. Washington D.C.
- \_\_\_\_\_. 2000a. Brazil. Selected Issues in Social Protection. Volume II. Report No. 20054-BR. Washington, D.C.
- \_\_\_\_\_. 2000b. World Development Indicators.
- \_\_\_\_\_. 1999. World Development Report, 1998/99.
- \_\_\_\_\_. 1994. "Colombia: Poverty Assessment Report." Report No. 12673-CO. The World Bank. Washington, D.C.
- \_\_\_\_\_. 1990. World Development Report 1990. Poverty. The World Bank. Washington, D.C.

## Apéndice Capítulo 2.

### Datos de gasto social usados

Los datos originales de gasto social provienen de la serie de gasto público compilada anualmente por el Fondo Monetario Internacional en el Government Finance Statistics Yearbook para varios años. La decisión sobre el uso de esta fuente y no de estudios de país se basó en dos factores. El primero es que los estudios de país publicados en los diferentes estudios de país no cubren el periodo largo de tiempo considerado en este estudio. El segundo es que los estudios de país pueden tener diferencias de cobertura de gasto en el tiempo, dependiendo del criterio del investigador en cuestión, mientras que las cifras del FMI son más estables en su cobertura a través del tiempo, dados los protocolos uniformes por país que el FMI tiene para la compilación de los datos. Esto lleva a que los cambios que se puedan observar en el tiempo se deban más a factores reales de cambios en gasto que a cambios de cobertura.

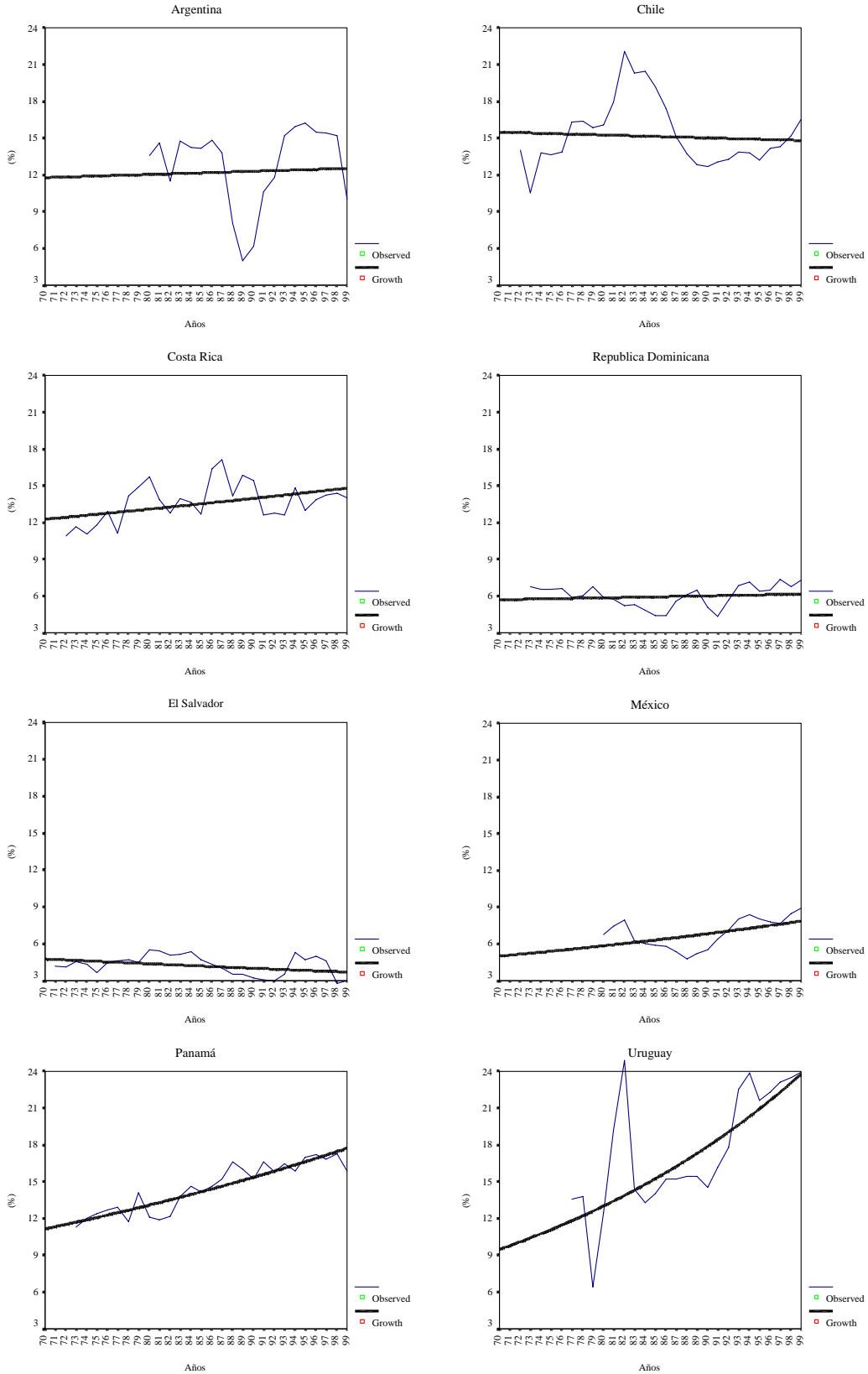
### Construcción Base de Datos

La base de datos utilizada en este estudio se conformó a partir de datos extraídos de 3 fuentes, de la siguiente forma:

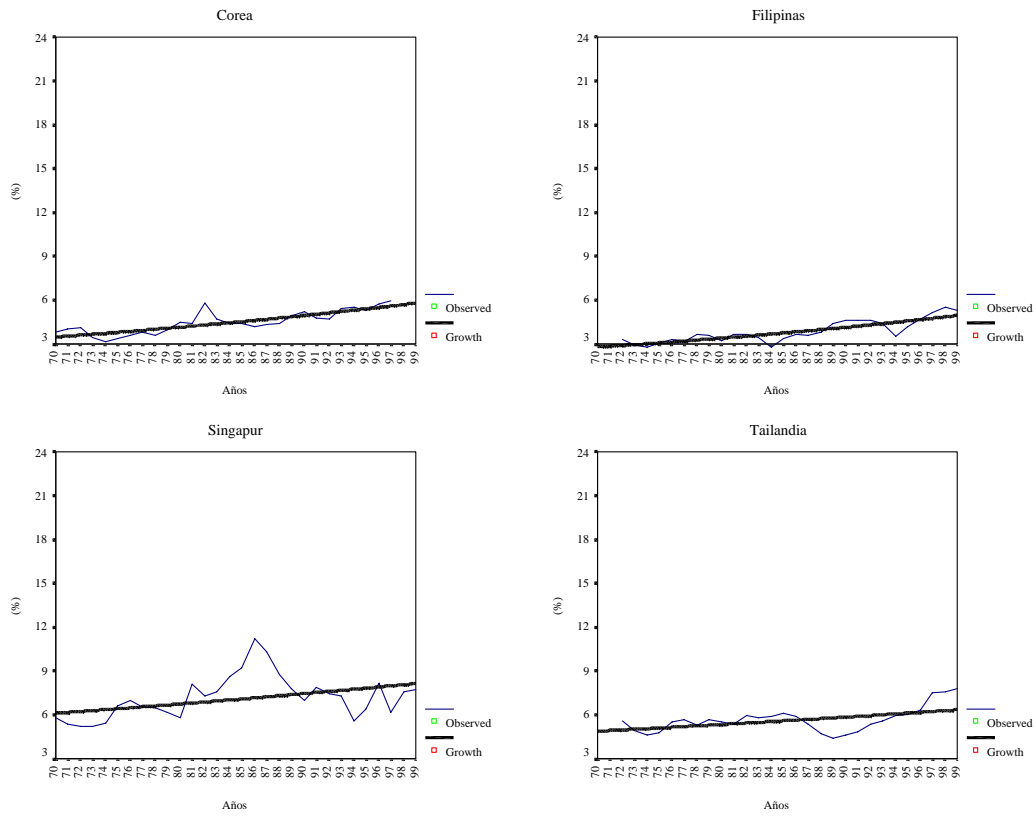
- El PIB para la mayoría de países y años se tomó de la base de datos publicada en Internet (<http://www.imf.org>) por el Fondo Monetario Internacional (FMI) denominada World Economic Outlook Database, December 2001. El PIB se tomó en cifras a precios corrientes de la moneda local de cada país. Algunos datos que no estaban disponibles o que no correspondían a la moneda local (por cambio de monedas entre diferentes años) de cada año se tomaron de las cifras publicadas en los reportes del FMI en Government Finance Statistics Yearbook de los años 1981 al 2000, para algunos países y algunos años.
- Los datos de gasto social en educación, salud, seguridad social y bienestar y vivienda y servicios comunitarios se tomaron de las cifras publicadas en los reportes del FMI en Government Finance Statistics Yearbook de los años 1981 al 2000, en el ítem denominado “Cuadro B. Gastos por Funciones Gobierno Central Consolidado” para los años 1970 al 2000.
- Para todos los países se tomaron las cifras de gasto social del gobierno central consolidado, excepto:
  - Argentina, país donde en los años 1980 al 87 y 1991-98 se sumaron los gastos del gobierno central consolidado y los gastos de los gobiernos estatales, regionales o provinciales tomados de Cuadro St. B. Gastos por Funciones Gobiernos, estatales, regionales o provinciales. En los años 1988 al 90 solo se tomó el gasto del gobierno central ya que no se disponía de gasto estatal. Los datos de los años 1999 al 2000 se tomaron de la base proporcionada en Excel por la división de estadística del Fondo Monetario Internacional solicitada al FMI por el autor.

- Brasil, país que no disponía de cifras estatales en las publicaciones del FMI, para ningún año. Por esta razón se utilizaron las estimaciones de CEPAL para el gasto en educación y salud que incluye el gasto hecho por entidades estatales y locales (CEPAL, 2001).
- Colombia, país que no dispone de datos de gasto del gobierno central para 1972 al 81. De 1978 a 1984 hay datos de gasto de gobiernos estatales, regionales o provinciales (Cuadro St. Gastos por funciones) y gastos de gobiernos locales (Cuadro L. Gastos por Funciones). De este modo solo los años 1982 a 1984 quedan con gasto central, estatal y local. Años 1985 a 1986 se tomaron de la base proporcionada en Excel por la división de estadística del Fondo Monetario Internacional solicitada al FMI por el autor. De 1987 al 89 no hay datos de ningún gasto social. De los años 1990 al 99 se tomó solo gasto del gobierno central.

**Gráficas A2.1 Tendencias Gasto Social Total como Porcentaje del PIB, 1970 - 1999**  
**Por País América Latina y el Caribe**



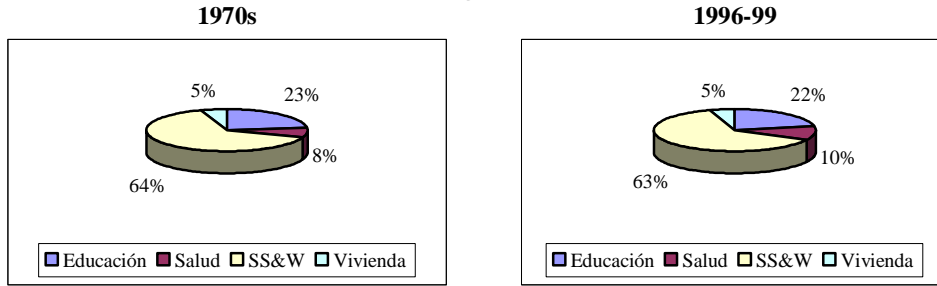
### Graficas de Gasto por País, Países de Lejano Oriente, 1970-99



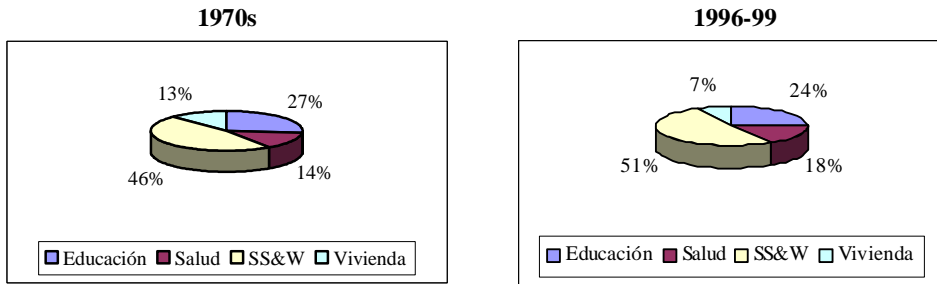
**Fuente:** Cálculos del autor con datos de gasto tomados de Government Finance Statistics Yearbook, IMF, 1981-2000, y de PIB de The World Economic Outlook Database, IMF, December 2001.

**Gráficas A2.2 Tendencias en Composición del Gasto Social, 1970s, 1999**  
**Países América Latina y el Caribe**

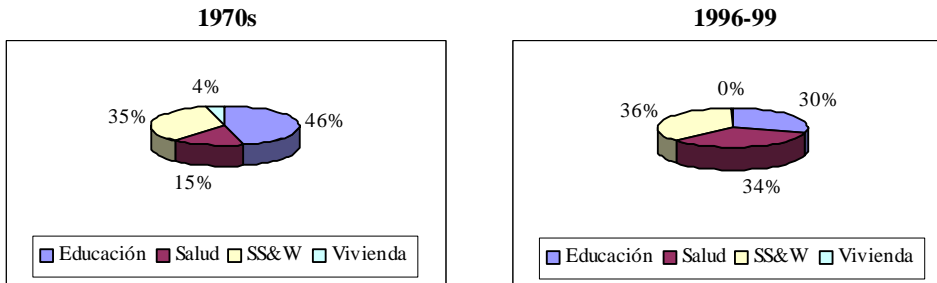
**Argentina**



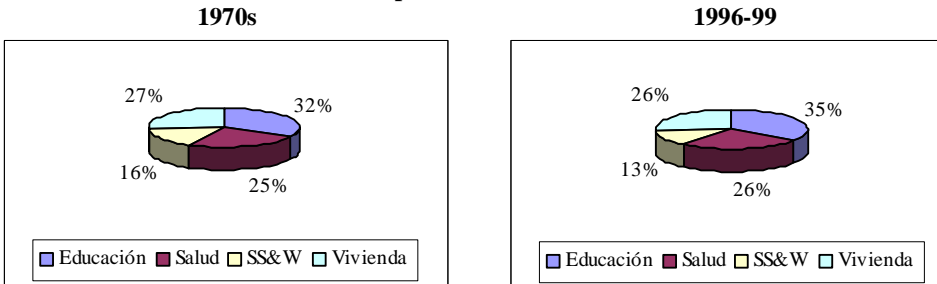
**Chile**



**Costa Rica**



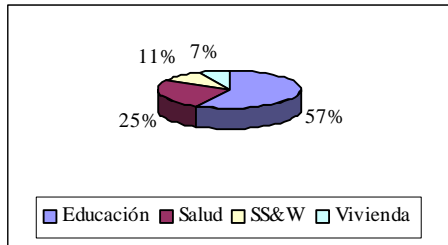
**Republica Dominicana**



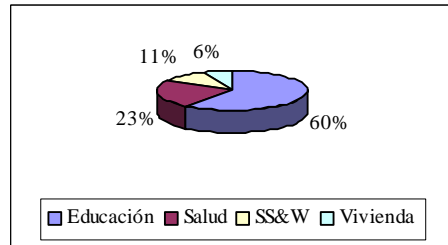
Fuente: Cuadro 2.3. Capítulo 2.

**El Salvador**

**1970s**

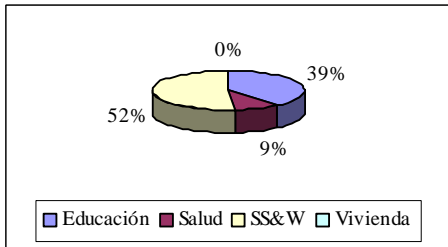


**1996-99**

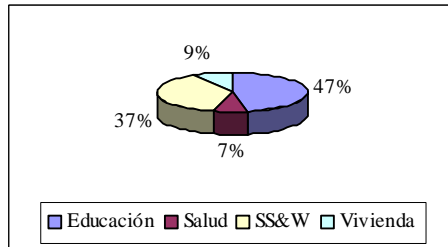


**México**

**1970s**

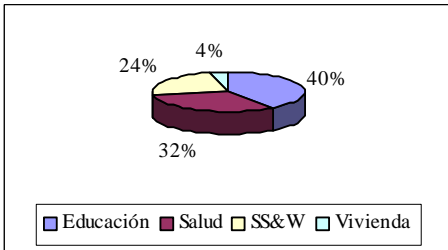


**1996-99**

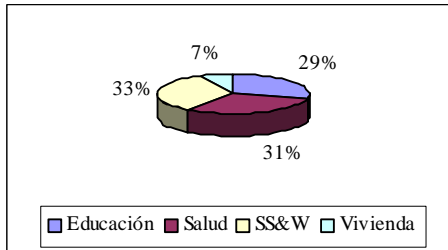


**Panamá**

**1970s**

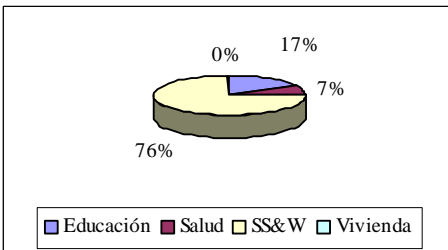


**1996-99**

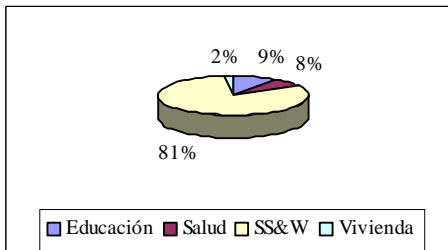


**Uruguay**

**1970s**



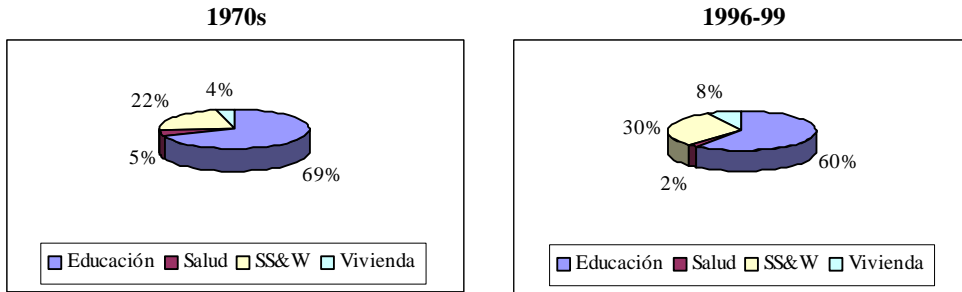
**1996-99**



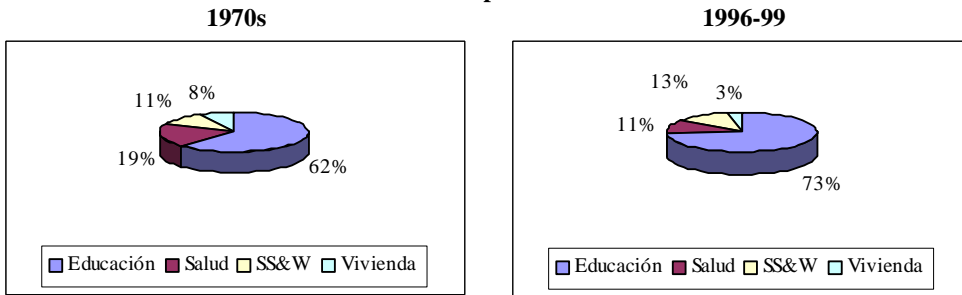
Fuente: Cuadro 2.3. Capítulo 2.

**Graficas de Tendencia en Composición del Gasto Social por País, Países Lejano Oriente, 1970, 99**

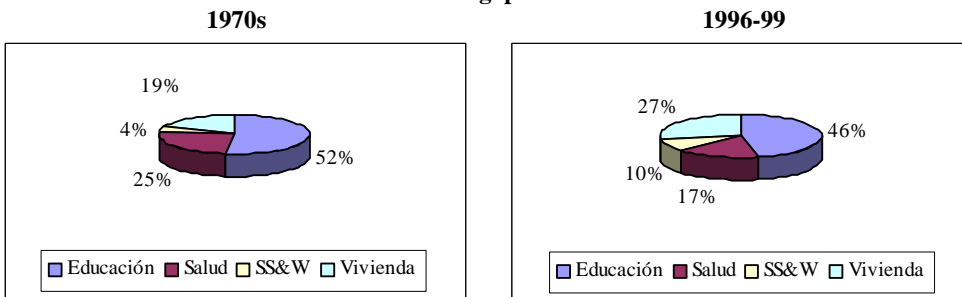
**Corea**



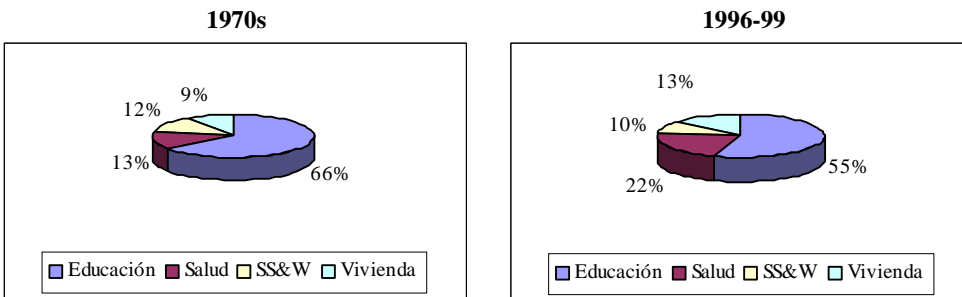
**Filipinas**



**Singapur**



**Tailandia**



Fuente: Cuadro 2.3. Capítulo 2.

### **Apéndice Capítulo 3.**

Fuente de las variables tomadas en las regresiones de Gasto:

#### **Año 1980**

- PIB per capita: Calculado con PIB y población de: World Development Report: 1998/99
- Gasto educación como % PIB: Government Finance Statistics Yearbook, IMF, 1981-2000 y The World Economic Outlook Database, IMF, December 2001.
- Tasa Neta Matricula Secundaria: World Development Indicators, 2000. The World Bank.
- Gasto salud como % PIB: Government Finance Statistics Yearbook, IMF, 1981-2000 y The World Economic Outlook Database, IMF, December 2001.
- Tasa Mortalidad Menores 5 Años: World Development Indicators, 2000. The World Bank.

#### **Año 1998**

- PNB per capita en PPP: World Development Indicators, 2000. The World Bank.
- Gasto Público en educación como % PNB año 97: World Development Indicators, 2000. The World Bank
- Tasa Neta Matricula Secundaria año 97: World Development Indicators, 2000. The World Bank.
- Gasto per capita en salud en PPP año 98: World Development Indicators, 2000. The World Bank.
- Tasa Mortalidad Menores 5 Años: World Development Indicators, 2000. The World Bank.

**Cuadro A3.1 Evolución de la Tasa Neta de Matricula  
Secundaria en LAC y el Caribe y Comparaciones con Países  
del Lejano Oriente, 1980-97**  
(% del Grupo de Edad Relevante)

	1980	1997	% Cambio
<b>América Latina</b>			
<i>Argentina</i>	59	77	31
Bolivia	34	40	18
Brasil	46	66	43
Chile	70	85	21
Colombia	60	76	27
Costa Rica	39	40	3
Republica Dominicana	50	79	58
Ecuador	66	51	-23
El Salvador	23	36	57
Guatemala	28	35	25
Honduras	44	36	-18
Jamaica	70	70	0
México	67	66	-1
Nicaragua	51	51	0
Panamá	65	71	9
Paraguay	37	61	65
Perú	80	84	5
Trinidad y Tobago	73	72	-1
Uruguay	70	84	20
Venezuela	24	49	104
<b>Promedio simple</b>	<b>53</b>	<b>61</b>	<b>15</b>
Indonesia	42	56	33
Corea	76	100	32
Malasia	48	64	33
Filipinas	72	78	8
Singapur	66	76	15
Tailandia	25	48	92
Turquía	42	58	38
<b>Promedio Lejano Oriente</b>	<b>53</b>	<b>69</b>	<b>30</b>

Fuente: Estimaciones del autor basado en datos tomados de World Bank, 2000b.

**Cuadro A3.2 Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil  
0-5 Años en LAC y el Caribe y Comparaciones con Países  
del Lejano Oriente, 1980-98**  
(Por 1000)

	1980	1998	% Cambio
<b>América Latina</b>			
<i>Argentina</i>	38	22	-42
Bolivia	170	78	-54
Brasil	80	40	-50
Chile	35	12	-66
Colombia	58	28	-52
Costa Rica	29	15	-48
Republica Dominicana	92	47	-49
Ecuador	101	37	-63
El Salvador	120	36	-70
Guatemala	--	52	--
Honduras	103	46	-55
Jamaica	39	24	-38
México	74	35	-53
Nicaragua	143	42	-71
Panamá	36	25	-31
Paraguay	61	27	-56
Perú	126	47	-63
Trinidad y Tobago	40	18	-55
Uruguay	42	19	-55
Venezuela	42	25	-40
<b>Promedio simple</b>	<b>75</b>	<b>34</b>	<b>-55</b>
Indonesia	125	52	-58
Corea	27	11	-59
Malasia	42	12	-71
Philippines	81	40	-51
Singapore	13	6	-54
Thailand	58	33	-43
Turquía	133	42	-68
<b>Promedio Lejano Oriente</b>	<b>68</b>	<b>28</b>	<b>-59</b>

Fuente: Estimaciones del autor basado en datos tomados de World Bank, 2000b.

### Regresiones Capítulo 3.

**Cuadro A3.3 Resultados Regresiones Tasa Neta de Matricula Secundaria para América Latina y el Caribe y el Lejano Oriente, 1980 y 1998**

	1980			1998				
	Constante	PIB Per Capita	GINI	R <sup>2</sup> Ajustado	Constante	PNB Per Capita PPP	GINI	R <sup>2</sup> Ajustado
Regresión 1 (T-estadístico)	-11.7 (-0.3)	8.8 (1.9)		0.1	-85.6 (-2.1)	17.4 (3.6)		0.3
Regresión 2 (T-estadístico)	76.7 (3.3)	0.003 (1.1)	-0.6 (-1.4)	0.1	54.9 (2.6)	0.004 (3.6)	-0.3 (-0.8)	0.4

**Fuente:** Estimaciones del autor basado en datos tomados de World Development Reports, 1990, 2001. The World Bank.

**Cuadro A3.4 Resultados Regresiones Tasa de Mortalidad Menores de 5 Años para América Latina y el Caribe y el Lejano Oriente, 1980 y 1998**

	1980				1998			
	Constante	PIB Per Capita	GINI	R <sup>2</sup> Ajustado	Constante	PNB Per Capita PPP	GINI	R <sup>2</sup> Ajustado
Regresión 1 (T-estadístico)	379.9 (6.0)	-41.7 (-4.9)		0.5	210.3 (6.8)	-20.8 (-5.8)		0.6
Regresión 2 (T-estadístico)	109.1 (2.2)	-0.02 (-2.9)	-0.1 (-0.1)	0.2	62.7 (3.7)	-0.004 (-4.6)	-0.1 (-0.4)	0.5

**Fuente:** Estimaciones del autor basado en datos tomados de World Development Reports, 1990, 2001. The World Bank.

**Cuadro A3.5 Resultados Regresiones Gasto en Educación para América Latina y el Caribe y el Lejano Oriente, 1980 y 1998**

	1980 <sup>1</sup>			1998 <sup>2</sup>		
	Constante	PIB Per Capita	R <sup>2</sup> Ajustado	Constante	PNB Per Capita PPP	R <sup>2</sup> Ajustado
Regresión 1 (T-estadístico)	0.9 (0.3)	0.3 (0.8)	-0.02	3.5 (0.9)	0.04 (0.1)	-0.04

<sup>1</sup>. El gasto en educación para 1980 comprende el gasto público en educación como porcentaje del PIB.

<sup>2</sup>. El gasto en educación para 1998 comprende el gasto público en educación como porcentaje del PNB para 1997.

**Fuente:** Estimaciones del autor basado en datos tomados de World Development Reports, 1990, 2001, The World Bank y Government Finance Statistics Yearbook, IMF, 1981-2000 y The World Economic Outlook Database, IMF, December 2001.

**Cuadro A3.6 Resultados Regresiones Gasto en Salud<sup>2</sup> para América Latina y el Caribe y el Lejano Oriente, 1980 y 1998**

	1980 <sup>1</sup>			1998 <sup>2</sup>		
	Constante	PIB Per Capita	R <sup>2</sup> Ajustado	Constante	PNB Per Capita PPP	R <sup>2</sup> Ajustado
Regresión 1 (T-estadístico)	0.2 (0.1)	0.2 (0.4)	-0.04	-2591.4 (-5.5)	345.7 (6.3)	0.6

<sup>1</sup>. El gasto en salud para 1980 comprende el gasto público en salud como porcentaje del PIB.

<sup>2</sup>. El gasto en salud para 1998 comprende el gasto per capita en salud en ppp.

**Fuente:** Estimaciones del autor basado en datos tomados de World Development Reports, 1990, 2001, The World Bank y Government Finance Statistics Yearbook, IMF, 1981-2000 y The World Economic Outlook Database, IMF, December 2001.

## Apéndice Estadístico Capítulo 4

### Los datos de incidencia del gasto

El Cuadro A4.1 contiene los datos de incidencia del gasto recopilados para 12 países de América Latina desde los años 80s. Estos datos provienen de tres fuentes. La primera es el estudio de Gasto Público en América Latina hecho por Margareth Grosh del Banco Mundial para 9 países (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Republica Dominicana, El Salvador, Jamaica y Venezuela) y que contiene información de los años 80s para estos países. Este estudio se basó en informes de gasto público de cada uno de los países hechos por el Banco Mundial. La segunda fuente es el informe anual (1998-99) del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) que contiene datos para 7 países (Argentina, Brasil, Ecuador, Colombia, Chile, Uruguay y Jamaica) para principios de los años 90. La tercera fuente es el estudio de Gasto Público en Servicios Sociales Básicos compilado por Enrique Ganuza, Arturo León y Pablo Sauma, auspiciado por el PNUD, CEPAL y UNICEF para Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Jamaica, Perú y Republica Dominicana, que contiene información para la segunda mitad de los 90s. También se usan estudios recientes para Republica Dominicana y Costa Rica de Tarsicio Castañeda y James Cercone et al., respectivamente para los años mas recientes. En cada uno de los estudios de país tanto del informe de Grosh como el de Ganuza et al., se encuentran los autores de los estudios de país que no se han mencionado en este informe.

Todos los estudios derivan, como es lo indicado en este caso, las cifras de utilización de servicios sociales (es decir, matricula o asistencia escolar por nivel educativo, asistencia a centros de salud, clínicas y hospitales, personas que reciben pensión, etc.) de encuestas de hogares. Así mismo, los estudios ordenan los hogares por quintiles de ingreso per-capita (aunque no es claro en varios casos si por hogar o por individuos). Esto hace diferencia por cuanto si es por hogar, los hogares mas pobres cuentan con mas miembros de familia. Tampoco es claro en los diferentes estudios como se derivan los costos o subsidios unitarios de los diferentes servicios sociales y cual es la cobertura de estos costos (es decir, si se incluyen los gastos administrativos y como estos se distribuyen entre sectores, gastos de capital y como se distribuyen anualmente, etc.). Esto lleva a que hay que tener cautela en las comparaciones de incidencia del gasto, especialmente en los agregados de educación y salud total. Esto, por cuanto, si bien las tasas de incidencia de cada subsector, por ejemplo, educación primaria, secundaria, se rigen por las tasas de utilización de servicios por grupos de ingreso (debido a que el costo unitario es generalmente igual dentro de cada sub-sector), los cálculos de incidencia agregada (es decir, para educación o salud total) se ven severamente afectados por los cálculos de costos unitarios para los diferentes sub-sectores y la cobertura que estos costos tienen.

Con estas notas de cautela el Cuadro A4.1 presenta el resumen de los datos usados con las fuentes correspondientes.

Cuadro A4.1 La Incidencia del Gasto Social en Educación, Salud y Seguridad Social 1980-1999

País/ Sector	40% Más pobre			20% Más rico		
	1980/a	1990-95	1996-99	1980/a	1990-95	1996-99
<b>Argentina</b>						
Educación Total	48	--	--	17	--	--
Educación Primaria 80, 94	57	60/b	--	11	8	--
Educación Superior	17	--	--	38	--	--
Salud Total 94	--	44/b	--	--	8	--
Seguridad Social, 80	23	--	--	34	--	--
<b>Brasil</b>						
Educación Total 86	31	--	--	18	--	--
Educación Primaria 80, 97	15	--	53/b	5	--	9
Salud Total 86, 97	30	--	44/b	39	--	9
<b>Chile</b>						
Educación Total 80, 96	48	--	62/d	18	--	6
Educación Primaria 85, 92, 96	59	62/b	69/d	9	8	4
Educación Superior	12	--	--	54	--	--
Salud Total 85, 92, 96	64	59/b	53/d	5	7	7
Seguridad Social 83, 85	19	13	--	42	32	--
<b>Colombia</b>						
Educación Total 92,97	--	45/c	43/d	--	14	17
Educación Primaria 92, 97	--	65/c	65/d	--	4	4
Salud Total 97	--	--	40/d	--	--	20
Salud Básica 92	--	37/d	--	--	17	--
<b>Costa Rica</b>						
Educación Total 80, 92	42	38/a	--	20	20	--
Educación Primaria 86, 92	57	59/d	--	8	7	--
Educación Superior 82, 86	17/a	15/a	--	42	42	--
Salud Total 92, 98	--	52/d	45/g	--	13	17
Salud Básica 92	--	66/d	--	--	7	--
Seguridad Social, 83, 86	19	16	--	32	48	--
<b>Republica Dominicana</b>						
Educación Total 80, 89, 96	24	50/a	47/d	33	13	14
Educación Primaria 80, 89, 98	32	59/a	51/e	21	4	9
Educación Superior 80, 89, 98	2	32/a	15/e	76	33	39
Salud Total 84, 89	57	57/a	--	9	7	--
Segur. Social, 80, 89	21	21	--	9	36	--
<b>Venezuela</b>						
Educación Total	--	--	--	--	--	--
Educación Primaria, ND.	45	--	--	16	--	--
Educación Superior, ND.	23	--	--	34	--	--
<b>Salvador</b>						
Salud básica, 97	--	--	52/d	--	--	9
<b>Perú</b>						
Educación Total, 94	--	34/c	--	--	22	--
Salud básica, 97	--	--	49/d	--	--	13
<b>Jamaica</b>						
Educación Total, 92, 96	--	37/c	38/d	--	22	15
Educación Primaria 92, 96	--	59/b	58/d	7	6	--
Salud Total 92	--	58/b	--	--	12	--
<b>Nicaragua</b>						
Educación Total 93, 98	--	22/f	25/f	--	35	35
Salud Total 93, 98	--	29/f	41/f	--	26	18
<b>Panamá</b>						
Educación Total 97	--	--	39/c	--	--	18
<b>Uruguay</b>						
Salud Total 89	--	58/c	--	--	11	--

/a: Datos tomados del informe de Grosh (1990) y la mayoría de ellos corresponde a 1980 excepto cuando se indique en la variable.

/b: Los datos son tomados del informe del BID (1999).

/c: Los datos son tomados de World Bank, 2001b.

/d: Datos tomados de Ganuza et al. (1999).

/e: Datos tomados de Castañeda et al (2000).

/f: Datos tomados de Dayton (2000).

ND no tiene fecha.

/g: Datos tomados de Cercone et al. (2001).

Nota: Las referencias a los autores de los estudios de país están en los informes citados.