

Las transferencias monetarias condicionadas y la salud en América Latina

Simone Cecchini y Fábio Veras Soares

Publicado en línea en *The Lancet* el 16 de octubre, 2014 y traducido al español con permiso.

Inglés disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61742-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61742-6)

En la década de 1990, varios países de América Latina comenzaron a implementar una innovación en política social: los programas de transferencias monetarias condicionadas (PTC), que han sido replicados en otras partes. En las políticas de reducción de la pobreza, los PTC tienen dos objetivos: aumentar los recursos disponibles para el consumo, con el fin de satisfacer las necesidades básicas de las familias de bajos ingresos; y fomentar el desarrollo humano, con el fin de interrumpir la transmisión intergeneracional de la pobreza. Por medio de estos programas se proporcionan recursos monetarios y no monetarios, y una gama de servicios sociales a las familias que viven en situación de pobreza, a condición de que se adhieran a ciertos compromisos en las áreas de educación, salud y nutrición.

Hasta ahora estos programas se han implementado en 16 países de América Latina y han llegado a una quinta parte de la población. Abordan la pobreza de manera holística, mediante la implementación de intervenciones intersectoriales que contribuyen a hacer frente a los determinantes sociales de la salud. [1] Sin embargo, los PTC difieren en función si el énfasis está en la provisión de ingresos para satisfacer los niveles mínimos de consumo, o en el uso de las transferencias monetarias como un incentivo para fortalecer el capital humano. Las condiciones (o condicionalidades) en los PTC que enfatizan niveles mínimos de consumo, son percibidas como una oportunidad para fortalecer el ejercicio del derecho de las personas a la salud o la educación, y las sanciones por no cumplimiento son moderadas. Los PTC que se centran en el fortalecimiento del capital humano se consideran como un método para derribar las barreras de acceso y alentar el uso de servicios de educación y de salud, e imponen severas sanciones por el no cumplimiento. Asimismo, un creciente número de PTC han entrado a formar parte de amplias estrategias de reducción de la pobreza destinadas a vincular a las familias de escasos ingresos a diversos programas sociales específicos.[2]

Una base de datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe[3] muestra que la condicionalidad de salud más común —presente en los 16 países que cuentan con estos programas— es la asistencia regular de los niños a controles médicos, seguidos de la asistencia de las mujeres a los controles pre y posparto (diez de los 16 países), vacunas para los niños (cinco de 16), asistencia de mujeres a actividades de consejería en salud (cuatro de 16), controles de salud para las personas mayores y personas con discapacidades (tres de 16), y vacunas para mujeres embarazadas (dos de los 16 países; ver apéndice en línea). En lo que respecta a la nutrición, la entrega de complementos nutricionales para abordar las deficiencias de micronutrientes es una característica bastante común. Varios programas proporcionan capacitación a familias sobre temas relacionados con la salud, por medio de actividades de consejerías, charlas educacionales y talleres.[3] Por otra parte, estrategias amplias, como *Red Unidos* de Colombia y el plan

Brasil sem Miséria, buscan vincular a las familias pobres a una gama de servicios sociales existentes, incluyendo el desarrollo en la primera infancia, seguro de salud o programas nutricionales.

Debido a la inclusión de las condicionalidades de salud e intervenciones de salud complementarias, los PTC estimulan la demanda de los servicios de salud, muchas veces en áreas rurales remotas o áreas urbanas marginales, donde su oferta no

EFFECTOS DE LA TRANSFERENCIA MONETARIA CONDICIONADA EN MÉXICO, COLOMBIA, Y BRASIL

En México, Gertler y Boyce[5] mostraron un incremento en el uso de las clínicas de salud pública en los pueblos rurales tratados, con el aumento correspondiente en el seguimiento nutricional después de 2 años de implementación de PROGRESA. Las tasas de enfermedad bajaron en los niños beneficiarios menores de 3 años. En cuanto a nutrición infantil, Gertler[6] señaló que los niños tratados eran 0,96 cm más altos y tenían un 25,5% menos de probabilidades de ser anémicos que los niños en el grupo de control. Fernald y sus colegas[7] mostraron que el aumento de la transferencia monetaria se asociaba con una prevalencia menor de atrofia y niños con sobrepeso.

Las evaluaciones de *Familias en Acción*[8] en Colombia mostraron resultados similares. El Departamento Nacional de Planeación colombiano señaló un incremento de un 30% en la proporción de niños menores de 2 años que asistieron a las clínicas de salud. Respecto a los resultados nutricionales, los niños tratados en el programa colombiano eran 0,45 cm más altos que los niños en el grupo de control. Attanasio y sus colegas[9] documentaron una disminución de la probabilidad de desnutrición, en la prevalencia de diarrea y de enfermedades respiratorias agudas en los niños menores de 6 años.

Las evaluaciones del programa *Bolsa Família*[10] del Brasil evidenciaron mejoras en algunos indicadores antropométricos como el peso, la estatura y el índice de masa corporal en niños menores de 5 años. Además, este programa mejoró las tasas de inmunización en niños menores de 6 años, pero no tuvo efecto en otras áreas de la salud. Rasella y sus colegas[11] mostraron que *Bolsa Família*[10] jugó un papel crucial en la reducción de la mortalidad en niños menores de 5 años, por su incidencia en las causas de muertes relacionadas con la pobreza, como la desnutrición y la diarrea (Ver apéndice en línea).[7]

existe o es de inferior calidad. Estas intervenciones, entonces, ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer la prestación de los servicios de salud, pero la respuesta no siempre es suficiente. [4] Los PTC pueden incidir en los resultados de salud y nutrición por medio de: primero, aumento del poder adquisitivo de las familias beneficiarias debido a los efectos de ingresos derivados de la transferencia; segundo, los efectos de las condicionalidades en las preferencias y actitudes de las familias beneficiarias; tercero, mejoramientos en el suministro de los servicios básicos de salud, ya sea como parte del programa o como estrategia complementaria para ampliar los servicios de salud en las áreas en que se implementa el programa; y, finalmente, a través del acceso preferencial o facilitado a los servicios.

Si bien la mayoría de las evaluaciones han documentado el efecto de los PTC sin investigar los canales a través de los cuales han incidido o no en los resultados que interesan, es probable que los efectos en los resultados sean establecidos por la sinergia entre la ampliación de la oferta para satisfacer la demanda incentivada, los cambios de comportamiento y el flujo de efectivo extra para las familias de bajos ingresos.

Nuestra revisión de las evaluaciones sobre los efectos de los PTC en la salud y la nutrición en América Latina muestra cambios positivos en el acceso a los controles preventivos de salud y cobertura de inmunización (Ver apéndice en línea). Los efectos en los resultados antropométricos y nutricionales, así como en el estado de salud fueron variados. Los resultados no fueron homogéneos y variaron según indicador, país, programa, área de residencia y edad de los beneficiarios (Recuadro). Este balance

de resultados es similar a los de las evaluaciones sistemáticas de la incidencia de los PTC sobre la salud y la nutrición infantil en países en desarrollo.[12–14]

En general, estos resultados sugieren que los programas de transferencias monetarias condicionadas en América Latina han tenido un efecto positivo en la facilitación del acceso a los servicios de salud por parte de grupos de la población tradicionalmente excluidos, así como en los resultados de salud y nutrición, cuando se disponía de servicios suficientes, tanto en términos de cantidad como de calidad. Según el análisis de Atun y sus colegas,[15] el fortalecimiento de los sistemas de salud se ha logrado, al menos en lo que se refiere a la inmunización y a los cuidados prenatales.

Los PTC se pueden utilizar para dar impulso a la cobertura universal de salud adaptando los servicios a las necesidades de las personas e introduciendo un enfoque equitativo en los programas universales. Estos programas promueven la equidad, centrándose en identificar y abordar las mayores necesidades diferenciales de los pobres. Un aprendizaje para aquellos países que desean implementar estos programas, especialmente los países de bajos ingresos, es que los recursos se deben orientar no solo a aumentar la demanda de servicios de salud, sino también a ampliar la oferta. La incidencia de los PTC en salud se puede fortalecer si los países cuentan con una atención de salud universal y de alta calidad.

RECONOCIMIENTOS

Agradecemos a Milena Lavigne por su cuidadosa, minuciosa y consistente asistencia en la investigación. 

REFERENCIAS

1. Monteiro de Andrade LO, Filho AP, Solar O, et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Lancet* 2014; publicado en línea oct 16. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61494-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61494-X). Inglés.
2. Cecchini S, Martínez R. Inclusive social protection in Latin America: a comprehensive, rights-based approach. Libros de la CEPAL, 111. Economic Commission for Latin America and the Caribbean, Santiago de Chile, 2012. Inglés.
3. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Non-contributory social protection programmes in Latin America and the Caribbean database: conditional cash transfer programmes. Disponible en: <http://dds.cepal.org/bdptc/> (citado 5 de noviembre, 2013). Inglés.
4. Gaarder MM, Glassman A, Todd JE. Conditional cash transfers and health: unpacking the causal chain. *J Dev Effect* 2010; 2: 6–50. Inglés.
5. Gertler P, Boyce SP. An experiment in incentive based welfare: the impact of Mexico's PROGRESA on health. Mimeo. Disponible en: http://faculty.haas.berkeley.edu/gertler/working_papers/PROGRESA%204-01.pdf (citado 7 de octubre, 2013). Inglés.
6. Gertler P. Do conditional cash transfers improve child health? Evidence from PROGRESA's control randomized experiment. *Health, Health Care, and Economic Development* 2004; 94: 336–41. Inglés.
7. Fernald L, Gertler P, Neufeld L. Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. *Lancet* 2008; 371: 828–37. Inglés.
8. DNP (Departamento Nacional de Planeación). Programa Familias en Acción. Impacto del Programa a un año y medio de su ejecución, Bogotá, Colombia. Mayo, 2006.
9. Attanasio O, Trias J, Vera-Hernández M. Old and new welfare: the relative effect on child nutrition, Hunger-Free Latin America and the Caribbean. Initiative Working Papers 8, United Nations Food and Agriculture Organization. April, 2009. Inglés.
10. De Brauw A, Gilligan D, Hoddinott J, Roy S. The impact of Bolsa Familia on child, maternal, and household welfare. Washington DC: International Food Policy Research Institute, Enero, 2012. Inglés.
11. Rasella D, Aquino R, Santos C, Paes-Sousa R, Barreto B. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet* 2013; 382: 57–64. Inglés.
12. Lagarde M, Haines A, Palmer N. Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low- and middle-income countries. *JAMA* 2007; 298: 1900–10. Inglés.
13. Leroy J, Ruel M, Verhofstadt E. The impact of conditional cash transfer programmes on child nutrition: a review of evidence using a programme theory framework. *J Dev Effect* 2009; 1: 103–29. Inglés.
14. Manley J, Gitter S, Slavchevska V. How effective are cash transfers at improving nutritional status? *World Dev* 2013; 48: 133–55. Inglés.
15. Atun R, Monteiro de Andrade LO, Almeida G, et al. Health-systems reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet* 2014; publicado en línea oct 16. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9). Inglés.

LOS AUTORES

Simone Cecchini (autor para correspondencia: simone.cecchini@cepal.org), Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Santiago, Chile.

Fábio Veras Soares, United Nations Development Programme, International Policy Centre for Inclusive Growth, Brasília, Brasil.

Traducción aprobada por los autores: 19 de enero, 2015

Declaraciones: Ninguna

Citación sugerida: Cecchini S, Veras Soares F. Las transferencias monetarias condicionadas y la salud en América Latina. MEDICC Rev. 2015;17 Suppl:S8–9. Disponible en: <http://medicc.org/mediccreview/uhc-cecchini.php>