

COLABORACIÓN ESPECIAL**IMPACTO DE LOS PROGRAMAS DE TRANSFERENCIA CONDICIONADA DE RENTAS SOBRE EL ESTADO DE SALUD: EL PROGRAMA BOLSA FAMILIA DE BRASIL****Berta Rivera Castiñeira (1,2) Luis Currais Nunes (2) Paolo Rungo (1,2)**Escola Galega de Administración Sanitaria (FEGAS).
Universidad de A Coruña.**RESUMEN**

Las transferencias condicionadas de renta se están consolidando como instrumento estándar para la reducción de la pobreza. El Programa Bolsa Familia implementado en Brasil es el de mayor envergadura de este tipo de programa en el mundo. La evaluación de su impacto ofrece algunas indicaciones extrapolables a otros países. En este artículo se pone en evidencia la falta de resultados de este programa en términos de estado de salud y de modificación de conductas no saludables. La existencia de barreras por el lado de la oferta aparece como la limitación más importante para la consecución de mejores resultados en este ámbito. Sin embargo, el impacto positivo del programa sobre la educación y la reducción de la pobreza permite predecir mejoras en el estado de salud de la población a largo plazo.

Palabras clave. Economía. Pobreza. Indigencia. Estado nutricional. Desigualdad social.

ABSTRACT**The Impact of Conditional Cash Transfers on Health Status: The Brazilian Bolsa Familia Programme**

Conditional cash transfers are becoming the standard approach to reducing poverty levels; the Brazilian Bolsa Familia Program, in particular, is the largest program of this kind, and the evaluation of its impact allows for drawing some interesting conclusions, which may apply to other countries. In this paper, the lack of positive results in terms of both health status and modification of unhealthy habits is underlined. Among different causes, which are discussed here, the existence of barriers on the supply side appears as the most important limitation for obtaining better results. The positive impact of this program on both education and poverty reduction however, allows for predicting improvements in health status in the long run.

Key words. Economics. Indigency. Nutritional status. Poverty. Social Inequity. Brasil.

INTRODUCCIÓN

El hecho de que los ciudadanos más pobres tienen limitadas posibilidades de escapar de la trampa de pobreza en la cual están encerrados está ampliamente acep-

tado. El World Values Survey, por ejemplo, indica que el 76% de los ciudadanos de Brasil creen que los pobres "tienen muy pocas posibilidades de salir de la situación de pobreza"¹. Las transferencias monetarias constituyen una de las respuestas más difundidas a esta percepción, ya que su objetivo es la reducción de la pobreza y de la desigualdad. Básicamente, consisten en la entrega periódica de una suma de dinero a una población diana previamente establecida: familias pobres, madres o personas ancianas, por ejemplo. A diferencia de las transferencias en espe-

Correspondencia:
Berta Rivera Castiñeira
Escola Galega de Administración Sanitaria
Avda. Fernando de Casas Novoa, nº 37. Edificio CNL.
Portal A-B. 1º andar.
San Lázaro
15707 Santiago de Compostela
Berta.Rivera.Castineira@sergas.es

cie, como la entrega de alimentos o cheques para la compra de alimentos, las transferencias monetarias implican la posibilidad para los beneficiarios de utilizar el dinero de la forma que crean más oportuna. Los beneficiarios seleccionados en un programa no condicionado reciben una transferencia de renta periódica por un periodo fijo de tiempo. Por otra parte, las transferencias también pueden ser condicionadas al cumplimiento formal de algunas conductas de los beneficiarios, normalmente relacionadas con la acumulación de capital humano, como la asistencia a clase o a programas específicos de formación. En otras palabras, los programas de renta condicionada intentan cambiar el comportamiento de los beneficiarios utilizando con este propósito incentivos monetarios.

Los programas de transferencia condicionada de renta se han difundido de forma extensa en un gran número de países de América, desde Brasil (su *Programa Bolsa Familia* se analiza en este artículo) hasta México (*Progres/Oportunidades*), Chile (*Chile Solidario*), Colombia (*Familias en Acción*), Argentina (*Jefes de Hogar*) o Ecuador (*Bono de Desarrollo Humano*), por ejemplo. La creciente popularidad de estos programas se debe a distintas razones. En primer lugar, su estructura favorece el fortalecimiento de la demanda de educación y salud de los pobres y, a través de este canal, estimula el desarrollo del capital humano haciendo hincapié en la corresponsabilidad de Estado y familias. Si por un lado este enfoque parece vinculado a una visión liberal de la pobreza, según la cual los pobres son en cierto sentido responsables de su condición y resulta necesario cambiar su conducta, por otro lado los programas de este tipo se distinguen de otras prestaciones sociales más “paternalistas”, como las transferencias en especie, que reducen al mínimo las posibilidades de elección de las personas².

Además, puesto que las condiciones están especialmente orientadas a niños y madres, los resultados deberían ir más allá del alivio de la pobreza a corto plazo, incidiendo sobre la transmisión intergeneracional de la pobreza. Finalmente, las transferencias condicionadas son vistas como instrumentos más coste-efectivos para llegar a los pobres a través de un targeting eficiente³.

En este artículo se analiza el Programa Bolsa Familia (PBF) implementado en Brasil a finales del año 2003. El PBF es el programa de transferencia condicionada de renta de mayor envergadura del mundo y su evolución puede ofrecer indicaciones valiosas, extrapolables a otros programas con las mismas características. En particular, se consideran aquí los efectos de este programa sobre el estado de salud de las personas. Tanto las transferencias monetarias *per se* como las condiciones impuestas para ser beneficiario deberían generar efectos positivos sobre el estado nutricional y de salud de las familias más pobres. Sin embargo, como se observará a continuación, la evidencia empírica sugiere que los resultados en salud del PBF han sido más bien escasos. En el presente trabajo se discuten tales resultados y algunas posibles causas, con el objetivo de extraer conclusiones generalizables a otros programas de transferencias condicionadas en contextos similares.

En la sección siguiente se presenta el Programa Bolsa Familia y se resume su funcionamiento. La sección 3 discute su impacto sobre la reducción de la pobreza y de la desigualdad, sus objetivos principales. En la sección 4 se analizan los resultados del programa en términos de salud, estado nutricional y conductas individuales relacionadas con la salud. La sección 5 indaga las posibles causas de estos resultados y, finalmente, la última sección resume las principales conclusiones.

EL PROGRAMA BOLSA FAMILIA (PBF): BREVE HISTORIA Y SU FUNCIONAMIENTO

El Programa Bolsa Familia (PBF) beneficia aproximadamente a 11 millones de familias pobres de Brasil (46 millones de personas en el 2006, el 25% de la población de Brasil). Como otros programas de transferencia condicionada, sus objetivos son la reducción de la pobreza y de la desigualdad a través de las transferencias monetarias directas a familias extremadamente pobres, así como la ruptura del ciclo de transmisión intergeneracional de pobreza por medio del establecimiento de requerimientos relacionados con el desarrollo del capital humano como condición necesaria para ser beneficiario.

El PBF fue oficialmente presentado en octubre del 2003 por el Presidente Lula, en un intento de consolidar y racionalizar cuatro programas distintos de transferencia preexistentes, el Programa Bolsa Escola (PBE), Bolsa Alimentação (BA), Auxílio Gas (AG) y el Programa do Cartão Alimentação (PCA). Estas iniciativas pioneras ya presentaban los rasgos fundamentales que constituyen la estructura de los programas de transferencia condicionada de renta: las beneficiarias son familias pobres, se concretan en transferencias monetarias directas, requieren una contrapartida en términos de escolarización. De hecho, el PBE a nivel federal todavía comparte el énfasis de las iniciativas municipales en la educación como medio para la reducción de la pobreza a largo plazo. Todos estos programas se concretaban en transferencias monetarias destinadas, en gran medida, a la misma población diana. La existencia de estructuras administrativas exclusivas para cada uno de estos programas generaba evidentes ineficiencias y duplicidades en la distribución de las ayudas.

En su versión actual, pueden ser beneficiarias del PBF las familias con renta mensual inferior a 120 reales (R\$) per cápita, aproximadamente 40 euros. Las transferen-

cias varían en cantidad desde 20 hasta 182 reales (R\$), en función de la renta y del número de hijos hasta los 17 años. Hay tres tipos de beneficios que determinan la cantidad final de la transferencia: beneficio básico, variable y variable vinculado al adolescente. En las tablas 1 y 2 se resumen los beneficios del PBF para las familias muy pobres (renta inferior o igual a 60 R\$) (tabla 1) y pobres (renta per cápita entre 60,01 y 120 R\$) (tabla 2).

Tabla 1

Transferencias a las familias según estructura familiar (familias muy pobres)

Número de hijos Hasta 15 años	Número de hijos de 16 a 17 años	Transferencia R\$
0	0	62,00
1	0	82,00
2	0	102,00
3+	0	122,00
0	1	92,00
1	1	112,00
2	1	132,00
3+	1	152,00
0	2+	122,00
1	2+	142,00
2	2+	162,00
3+	2+	182,00

Fuente: Ministerio de Desenvolvimento Social e Combate à Fome.⁵

Tabla 2

Transferencias a las familias según estructura familiar (familias pobres)

Número de hijos Hasta 15 años	Número de hijos de 16 a 17 años	Transferencia R\$
0	0	0,001
1	0	20,001
2	0	40,001
3+	0	60,001
0	1	30,001
1	1	50,001
2	1	70,001
3+	1	90,001
0	2+	60,001
1	2+	80,001
2	2+	100,001
3+	2+	120,001

Fuente: Ministerio de Desenvolvimento Social e Combate à Fome.⁵

En resumen, las familias muy pobres reciben el beneficio básico de 62 R\$, independientemente del número de hijos; las familias muy pobres y pobres reciben el beneficio variable de 20 R\$ por niño desde el nacimiento de un hijo hasta cuando tenga 15 años, con el límite máximo de 60 R\$ al mes; finalmente, todas las familias incluidas en el PBF reciben una transferencia adicional de 30 R\$ (máximo 60) por adolescente que frecuenta la escuela. Los pagos se entregan de forma preferencial a las mujeres (93% de los beneficiarios).

El ingreso de las transferencias implica la aceptación del cumplimiento de una serie de condiciones relacionadas con el desarrollo del capital humano que se resumen en la tabla 3. Con respecto a la educación, se establece una frecuencia escolar mínima del 85% para todos los niños de edad comprendida entre los 6 y 15 años y del 75% para los adolescentes de 16 a 17 años. En cuanto a salud, es necesario cumplir el calendario de vacunas establecidas para los niños menores de 7 años, así como el programa de crecimiento y desarrollo de los niños (visitas médicas de control). Las mujeres embarazadas deben frecuentar un programa pre-natal y las mujeres lactantes de 14 a 44 años el programa de acompañamiento correspondiente. Finalmente, los niños de las familias beneficiarias menores de 15 años en riesgo o retirados del trabajo infantil tienen que asistir como mínimo al 85% de la carga horaria de los servicios socioeducativos establecidos para este grupo.

IMPACTO DEL PBF SOBRE POBREZA Y DESIGUALDAD

La primera cuestión relevante en el estudio de un programa de transferencia condicionada es su efectividad en términos de reducción de la pobreza y disminución de los niveles de desigualdad, puesto que estos son sus objetivos principales. Las transferencias monetarias directas constituyen el mecanismo que permite lograr estos fines a corto plazo, mientras que las condiciones impuestas deberían cumplir la misma función a medio-largo plazo.

Con respecto a la evaluación del PBF se han realizado distintas encuestas en zonas geográficas específicas de Brasil que permiten sacar conclusiones interesantes. Una realizada en Sao Paulo en el año 2004, por ejemplo, muestra que el 19% de la población tuvo acceso a las transferencias, las cuales constituyeron el 21% de los ingresos de las familias más pobres, es decir, el programa de transferencias se concreta en un incremento significativo de la renta de los más pobres⁶. En Recife el impacto de la transferencia de renta sobre la reducción de la pobreza es modesto, con el 7% de las familias beneficiarias que cruzan la línea de 120 R\$ mensuales de renta per capita. Sin embargo, el valor mediano de renta de las familias beneficiadas ha pasado de 60 R\$ per cápita a 78 R\$ y se observa además un impacto significativo y positivo sobre la renta de las familias que se sitúan en el primer cuarto de la distribución. En otras palabras, el PBF parece tener un impacto

Tabla 3

Condiciones de permanencia en el PBF

Educación Salud Asistencia Social	Salud	Asistencia Social
<i>Hijos 6-15 años:</i> Frecuencia escolar mínima 85%	<i>Hijos 0-7 años:</i> Cumplimiento programa vacunas	<i>Hijos de hasta 15 años en riesgo o retirados del mercado laboral:</i> Frecuencia mínima del 85% a los servicios socioeducativos
<i>Hijos 16 y 17 años:</i> Frecuencia escolar mínima 75%	<i>Mujeres embarazadas y lactantes:</i> Visitas prenatales Asistencia programas post-parto	

Fuente: Ministerio de Desenvolvimento Social e Combate à Fome.⁵

mayor sobre la población más pobre: el porcentaje de familias muy pobres en la muestra pasa de 54% a 43%. La severidad de la pobreza en Recife se ha reducido en el 50% para las familias pobres y en 2/3 en el caso de las familias indigentes. El beneficio principal de este tipo de programas es la reducción de la intensidad y severidad de pobreza e indigencia⁷. Estas conclusiones son válidas para Brasil en su conjunto, donde la cuota de transferencias en los ingresos totales de las familias indigentes es un 50% mayor que para el resto de la población y se ha demostrado que el PBF reduce en un 12% el hiato medio de la pobreza y su severidad alrededor del 19%⁸.

Estos resultados implican que aunque el incremento medio de la renta monetaria de los beneficiarios no sea particularmente elevado, el PBF tiene un impacto relevante sobre la reducción de la desigualdad. El índice de Gini en el año 2004 (0,568) es el más bajo desde que se implementó la encuesta nacional a las familias, en los años 70, aunque siga en niveles dramáticamente elevados⁹. A través de la descomposición de este índice de desigualdad, se ha podido demostrar que el PBF es responsable del 21% de la reducción experimentada a partir del año 1995. Este resultado es particularmente relevante si se considera que las transferencias recibidas a través del PBF representan sólo el 0,5% del total de los ingresos familiares per cápita¹⁰.

En general, el 35% de la caída en la desigualdad de ingresos observada en Brasil entre el 2001 y el 2004 se debe a la expansión de los programas de transferencia condicionada¹¹. Estos resultados son comunes a otros programas de transferencias condicionadas de renta implementados en América Latina^{8, 12-15}. Los resultados positivos en términos de reducción de la pobreza y de la desigualdad contrastan con el impacto del PBF sobre el estado de salud y las conductas relacionadas.

IMPACTO DEL PBF SOBRE ESTADO DE SALUD Y CONDUCTAS RELACIONADAS

El aspecto más relevante de los programas de transferencias condicionadas es la acumulación de capital humano de las nuevas generaciones, puesto que de ello depende el desarrollo a largo plazo de toda la economía. Nos centraremos aquí en los resultados en nutrición y salud. En primer lugar, las transferencias monetarias directas pueden tener un impacto positivo sobre el consumo familiar generando una mejoría del estado nutricional de las personas independientemente de las condiciones impuestas por el programa (por ejemplo, a través de una alimentación más adecuada). En segundo lugar, el respeto de las condiciones debería generar cambios en los comportamientos individuales con efectos positivos sobre el estado de salud.

Con referencia al primer aspecto se ha observado que el incremento de renta monetaria de las familias más pobres se refleja en el cambio de niveles y patrones de consumo, siendo este último el efecto más importante generado por las transferencias. En Recife, por ejemplo, el 83% de los beneficiarios entrevistados ha declarado que el primer ítem de gasto de las transferencias recibidas es la alimentación⁷. Sin embargo, otros autores han observado que el PBF no produce variaciones significativas en los niveles de consumo de las familias, en línea con las experiencias de Ecuador aunque en contraste con lo averiguado en México y Colombia^{4, 16, 17}.

El Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE) ha realizado una encuesta específica para evaluar el impacto del PBF sobre la seguridad alimentaria y nutricional que permite cuantificar los efectos sobre el consumo (en ese estudio, se definen tres categorías de inseguridad alimentaria (IA): IA grave, hambre en personas jóvenes o adultas; IA

moderada, restricción en la cantidad de alimentos; IA leve, posibilidad de sufrir en el futuro alguna otra forma de IA)¹⁸. El estudio indica que más del 73% de las familias encuestadas declaran que la cantidad de alimentos consumidos se ha incrementado gracias al programa. La encuesta concluye que el efecto más relevante del incremento de renta de las familias pobres es la modificación en la cesta de consumo, hecho también evidenciado por otros autores^{4, 12}.

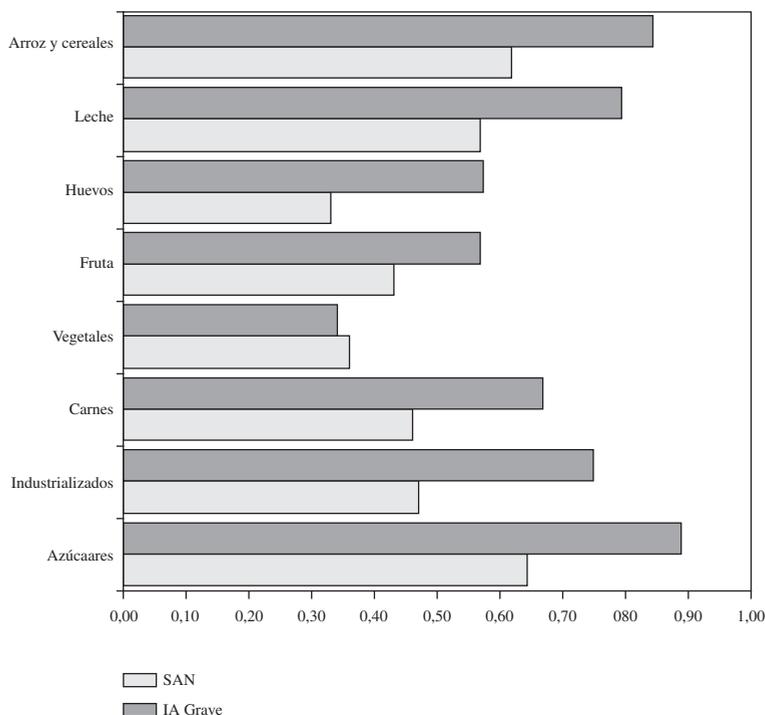
A pesar de que casi el 70% de las familias reporta un incremento en la variedad de alimentos consumidos, cabe destacar el aumento en el consumo de alimentos altamente calóricos y de bajo nivel nutritivo que afecta especialmente a

las familias con un estado de inseguridad alimentaria grave. En particular, el incremento en el consumo de estos alimentos es proporcionalmente mayor que el incremento en el consumo de frutas y verduras, como se puede observar en la figura 1.

Estos resultados parecen apuntar que las familias beneficiarias del PBF no tendrían acceso a la información adecuada sobre alimentación y nutrición que les permitiría utilizar de forma más eficiente los recursos que se les ofrecen. Las transferencias monetarias directas pueden aliviar las necesidades básicas de las familias más pobres pero las pérdidas de eficiencia pueden ser elevadas cuando faltan políticas de información complementarias.

Figura 1

Aumento en el consumo de grupos de alimentos seleccionados, según nivel de inseguridad alimentaria (SAN: seguridad alimentaria y nutricional)²²



Por otro lado, los resultados del IBASE sugieren que las condiciones impuestas a los beneficiarios juegan un papel fundamental para el éxito de los programas de transferencias como el PBF, ya que intentan modificar conductas inadecuadas para el desarrollo individual y económico. Los requerimientos del PBF relacionados con el estado de salud (en primer lugar, el seguimiento del desarrollo físico de los niños) podrían contribuir a esta función. Sin embargo, la literatura no proporciona datos alentadores con relación a este aspecto.

El programa BA, por ejemplo, no ha tenido efectos positivos significativos sobre el estado nutricional (medido a través de la variable altura-por-edad) y algunos autores encuentran un efecto negativo del programa sobre el peso-por-edad de los niños de edad inferior a 7 años, aunque este resultado se debe, presumiblemente, a interpretaciones erróneas de los criterios de elegibilidad por parte de los padres^{19, 20}. Una encuesta del MDS en las unidades de salud de la región semi-árida demuestra que el PBF ha reducido de forma significativa la desnutrición crónica de los niños de 6 a 11 meses de edad y la desnutrición aguda en los niños de edad inferior a 5 meses; sin embargo, no se encuentra ningún efecto positivo sobre la desnutrición de los niños de edad comprendida entre 12 a 36 meses, una edad crítica por el incremento de necesidades de nutrientes y por las consecuencias potenciales de la escasez de estos²¹. Otros estudios confirman que el estado nutricional de los niños incluidos en el PBF no ha mejorado de forma significativa²². La falta de un impacto positivo podría ser la consecuencia de una orientación inadecuada en los centros de salud: estos problemas suelen estar más relacionados con la oferta de servicios que con el cumplimiento por parte de las familias de las condiciones de participación en el programa⁹.

Otra condición de las transferencias del PBF con posible impacto sobre el estado de

salud de las personas es el cumplimiento del calendario de vacunaciones. La condición parece bien planteada por su relevancia en términos de consecuencias potenciales y porque los datos disponibles demuestran que alrededor del 30% de los niños en el quintil de renta más pobre no siguen el calendario establecido¹. A pesar de su utilidad, distintos estudios no encuentran diferencias significativas en el cumplimiento del calendario de vacunaciones entre beneficiarios de hecho y beneficiarios potenciales no incluidos en el programa^{4, 22}. Sin embargo, en otros países de América sí se ha observado un efecto positivo significativo^{23, 24}.

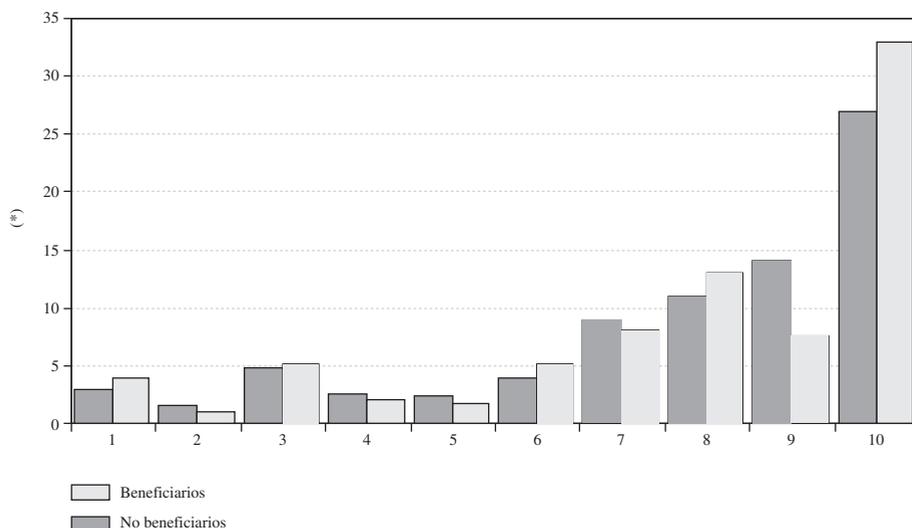
Las condiciones relacionadas con la salud también incluyen aspectos de género que pueden tener repercusiones sobre las mujeres y sus hijos. La proporción de ellas para las cuales el PBF ayudó a aumentar la frecuencia a los servicios de salud es bastante significativa en todas las regiones, con una media de 42,2%, aunque con diferencias regionales de hasta 18 puntos porcentuales (regiones Norte 56,3% y Sur 38,3%)¹⁸. Sin embargo, en Recife se ha observado que no existen diferencias significativas entre beneficiarios y no beneficiarios del PBF en cuanto a número de consultas prenatales (figura 2). Tampoco en el ámbito federal se encuentra una diferencia significativa entre beneficiarios y no beneficiarios del PBF con respecto a las visitas prenatales²².

FACTORES EXPLICATIVOS DE LA AUSENCIA DE RESULTADOS EN SALUD

Los trabajos revisados parecen sugerir que los efectos del programa sobre el estado de salud y las conductas de las personas no son los esperados. La modificación de conductas es un aspecto especialmente relevante en este ámbito, puesto que se ha puesto en evidencia la difusión

Figura 2

Porcentaje de mujeres, por número de consultas prenatales, según participación en el PBF - Recife 2007²²



de hábitos especialmente perjudiciales para la salud⁷.

Estos resultados poco confortantes del PBF imponen la necesidad de discutir las posibles causas. Además, hay que observar que contrastan con la casi unanimidad que se encuentra en las evaluaciones del impacto del PBF sobre la educación, normalmente positivas. El PBF, como los demás programas de transferencias condicionadas en América Latina, han determinado un incremento significativo de la asistencia a clase, aunque la mayor asistencia no siempre se refleja en mejores resultados^{10,15,22,24,26}. La estructura del plan incide sin duda en la asimetría observada en los resultados. El no cumplimiento de las condiciones del programa puede causar sanciones que llegan a la exclusión del sistema de transferencias, y esto se aplica tanto a las condiciones relativas a la salud como a las condiciones relacionadas con la educación de niños y adolescentes. No obstante, en el caso de la educación está previsto un incentivo económico (beneficio variable de 30 reales por

adolescente que frecuenta la escuela) que no existe en el caso de la salud¹. A este incentivo monetario directo hay que añadir la percepción (equivocada) de que unos de los criterios de inclusión (no de permanencia) en el PBF es tener hijos matriculados en la escuela, lo cual podría generar auto-selección por parte de los beneficiarios potenciales⁷. Estas razones ayudan a entender el mayor impacto relativo del PBF sobre la educación con respecto a la salud, aunque los resultados obtenidos en salud tienen causas más profundas.

La asistencia a clase también podría tener un impacto negativo sobre el consumo de alimentos: el trabajo de los niños, aunque perjudicial para el desarrollo a medio-largo plazo, constituye una fuente de ingresos para las familias más pobres. El incentivo a dedicar más tiempo al estudio podría por lo tanto generar una reducción en los ingresos familiares sólo compensada por las transferencias monetarias del programa. En otras palabras, los programas de transferencias condicionadas pueden gene-

rar una reducción del tiempo dedicado al trabajo y, por ende, de los ingresos familiares por ese concepto. El resultado puede ser un efecto no significativo del PBF sobre el consumo y seguridad alimentaria de los niños. De hecho, algunos autores en otros países han evidenciado la falta de efectividad de las transferencias condicionadas a asistencia escolar²⁷. Además, hay que añadir el posible efecto adverso de una redistribución intrafamiliar que podría no favorecer a los niños.

La consideración de los efectos negativos del trabajo infantil sobre salud y educación pueden sin embargo compensar los comentarios anteriores, y el incremento de los niveles educativos, a su vez, tiene un impacto positivo sobre el estado de salud. La escuela proporciona información de gran utilidad en materia de higiene y salud. Igualmente, es reconocido el impacto que tiene la educación sobre la capacidad de entender y utilizar tal información, y sobre la valoración individual de la importancia del estado de salud. Algunos autores han destacado que el efecto positivo sobre la frecuencia a la escuela no implica una mejoría en los resultados y en la *performance* educativa²⁸. La falta de éxito en el proceso educativo no impide sin embargo que los niños consigan mejorar su estado nutricional: la asistencia permite aprovecharse de los comedores escolares a través del Programa Nacional de Alimentación Escolar (PNAE)²⁹.

Otro factor que se ha considerado para explicar la falta de resultados en nutrición y salud es el incremento de la tasa de fertilidad generado por el programa. Como hemos observado a lo largo de la sección 2, el PBF prevé un beneficio variable en función del número de hijos, lo cual podría constituir un incentivo a la maternidad. Esta cuestión es especialmente relevante, entre otras cosas, por dos razones. En primer lugar, un elevado número de hijos implica una menor cuota de recursos familiares per

cápita y, por lo tanto, niveles inferiores de consumo que pueden perjudicar al estado nutricional y, en general, a las inversiones en capital humano. Asimismo, tasas de fertilidad muy elevadas contribuyen a comprimir la renta a nivel agregado, obstaculizando el desarrollo económico y manteniendo el país encerrado en la trampa de pobreza³⁰.

Una encuesta a nivel nacional demuestra sin embargo que el 68% de las mujeres beneficiarias del PBF han tenido un hijo sin haberlo planeado. Además, se ha puesto en evidencia que las mujeres entrevistadas manifiestan el deseo de no tener más hijos y que tener más hijos no es una opción considerada por los beneficiarios para aumentar sus ingresos. Por lo tanto, este factor no parece explicar los resultados observados con respecto a la salud⁷.

Los resultados de los programas de transferencias dependen crucialmente del respeto de las condiciones establecidas por parte de los beneficiarios y de los sistemas que garantizan su cumplimiento. Las condiciones juegan un papel fundamental porque las transferencias monetarias pueden ser utilizadas de forma inapropiada y, por lo tanto, los exiguos resultados encontrados con respecto al estado de salud de las personas podrían estar generados por la falta de adherencia a tales condiciones. En primer lugar, un aspecto fundamental a destacar es la existencia de información y el conocimiento de las condiciones por parte de los beneficiarios. Una encuesta representativa a nivel nacional ha demostrado que en Agosto de 2005 el 95% de la población conocía las condiciones relativas a educación y el 93% conocía las condiciones relativas a vacunas¹¹. A partir de aquel momento, además, el MDS ha intensificado las campañas de información, distribuyendo folletos informativos a todos los beneficiarios. Cabe destacar, sin embargo, que en algunos casos las condiciones no son establecidas de forma unívoca, lo cual genera inevitablemente variabilidad en la aplicación y en los

resultados. Por ejemplo, la frecuencia y el número de visitas prenatales no son establecidos con exactitud: el PBF establece que hay que seguir el calendario recomendado por el Ministerio de Sanidad, que generalmente son 6-7 visitas, cuando en la realidad el número medio de visitas en el sistema público de salud es inferior a 3. Algunos autores reportan evidencia anecdótica sobre la entrega de la certificación del cumplimiento de la condición con una sola visita¹.

El cumplimiento de las condiciones depende también de la existencia de un sistema de control adecuado. Después de muchos esfuerzos, a finales de 2007 se había logrado monitorizar el perfil salud del 45,2% de las familias¹¹. A pesar de la escasa cobertura, hay que destacar que la casi totalidad de estas familias respetó las condiciones establecidas. Analizando los datos del sistema de información de salud de la población de Brasil (SISVAN) se ha llegado a concluir que la casi totalidad de las familias beneficiarias analizadas cumplen con las condiciones relacionadas con la salud (en particular, en el primer trimestre de 2006 el 99,6% de los niños controlados —el 43,1% del total— cumplían los requerimientos)¹. Por lo tanto, parece que el cumplimiento de las familias no constituye un problema fundamental para el programa.

El cumplimiento de las condiciones y los resultados potenciales que éstas pueden generar dependen en gran medida del acceso a los servicios. La imposición de condiciones no es efectiva cuando no está acompañada de inversiones para garantizar que la oferta de servicios satisfaga la demanda³¹. La calidad y disponibilidad de los servicios de salud relevantes son elementos fundamentales para lograr los objetivos de salud de cualquier programa de transferencias condicionadas. Las transferencias condicionadas son una política que actúa sobre la demanda, la cual intenta fomentar un uso mayor de los ser-

vicios disponibles. Por lo tanto, la efectividad de los programas como el PBF es directamente proporcional a la calidad de los servicios disponibles³. Cuando tales servicios no existen, una transferencia monetaria no generará ningún resultado en términos de salud. Estas consideraciones son particularmente relevantes para algunas zonas de Brasil. En una encuesta sobre la percepción de los servicios en las áreas de salud y educación por parte de los beneficiarios, el 40% de las mujeres entrevistadas opina que los servicios de salud son malos o muy malos. Se han identificado problemas de acceso a los ambulatorios, dificultad en la obtención de medicamentos y en la realización de los exámenes indicados por los médicos³².

Puesto que los datos existentes sugieren que las familias beneficiarias tienden a respetar las condiciones de participación en el programa, la falta de resultados en salud apunta directamente a problemas de la oferta. El descuido de la oferta, a su vez, podría constituir un obstáculo al crecimiento a largo plazo¹². En otras palabras, las transferencias condicionadas de renta no influyen en la provisión de servicios, pero las condiciones que imponen pueden ser efectivas sólo si son disponibles servicios de calidad. En este sentido, intervenciones por el lado de la oferta que actúen, por ejemplo, sobre la baja calidad de los servicios o la falta de personal, son requisitos esenciales de los programas de transferencia condicionada^{3,15}. Su ausencia o escasez, por lo tanto, son los factores que más perjudican los resultados de un programa de transferencias de estas características.

COMENTARIOS

El PBF implementado en Brasil es un ejemplo significativo de los programas de transferencias condicionadas de renta que se han difundido en tiempos relativamente

recientes en América Latina y otras áreas geográficas. De hecho, el PBF es el programa de este tipo más importante del mundo. A pesar de su complejidad, derivada tanto del tamaño del programa como de otras cuestiones administrativas y de gestión, presenta algunos rasgos y problemáticas extrapolables a otras realidades.

En primer lugar, se ha puesto en evidencia que el PBF ha logrado buenos resultados en términos de reducción de la severidad de la pobreza y disminución de los niveles de desigualdad, aunque estos efectos se encuadran en un escenario de persistencia de la indigencia. Las transferencias monetarias directas son en gran medida las responsables del impacto positivo sobre la pobreza extrema observado. Aunque no esté claro si las condiciones impuestas a los beneficiarios contribuyen a lograr este resultado o si transferencias no condicionadas permitirían lograr el mismo efecto a corto plazo, un mayor nivel de renta se refleja en un consumo de alimentos mayor y más variado, lo cual, a su vez, debería tener un impacto positivo sobre el estado nutricional de las personas.

Sin embargo, se ha observado que el perfil de consumo encontrado indica la priorización de alimentos de mayor densidad calórica y menor contenido de micronutrientes (vitaminas y minerales), así como de alimentos de preferencia infantil, apreciándose en este sentido la falta de resultados a corto plazo sobre el estado nutricional de los niños. La evidencia empírica parece también indicar que el programa no ha sido capaz de modificar las conductas individuales relacionadas con la salud que constituyen las condiciones de las transferencias. Así, por ejemplo, no se encuentran diferencias significativas en el cumplimiento del calendario de vacunas entre los beneficiarios del programa y otras familias, o diferencias significativas entre beneficiarios y no benefi-

ciarios del PBF con respecto a las visitas prenatales. A la hora de tener en cuenta estos resultados no podemos dejar de mencionar los problemas percibidos por el lado de la oferta.

Algunos elementos apuntan, sin embargo, a la existencia de efectos positivos del programa sobre el estado de salud a largo plazo. Por ejemplo, el efecto positivo del programa sobre la educación puede afectar favorablemente la salud de las generaciones futuras. Como ya está ampliamente demostrado en la literatura sobre la transmisión intergeneracional de la pobreza, el estado socio-económico y el estado de salud de los padres (en particular, de la madre) afectan al estado de salud de sus hijos. Puesto que mayores niveles educativos se reflejan en un estado de salud más favorable y mayores niveles de renta durante la edad adulta, las nuevas generaciones se beneficiarán de padres “mejores” y disfrutarán de un estado de salud también mejor. Este efecto de la educación sobre la salud puede ser determinante para la ruptura del ciclo intergeneracional de la pobreza, otro de los grandes objetivos del Programa Bolsa Familia. La falta de resultados en estado nutricional y salud a corto plazo no implica por lo tanto la imposibilidad de una mejora a largo plazo, que todavía no estamos en condiciones de evaluar.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos sinceramente a Lena Lavinás toda la colaboración prestada para el desarrollo de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lindert K, Linder A, Hobbs J y and de la Brière B. The Nuts and Bolts of Brazil's Bolsa Família Program: Implementing Conditional Cash Transfers in a Decentralized Context. SP Discusión Paper 0709. Washington: World Bank; 2007.

2. Lund F, Noble M, Barnes H y Wright G. Is there a rationale for conditional cash transfers for children in South Africa? Working Paper No 53. Oxford: CASASP, University of Oxford; 2008.
3. Doetinchem O, Xu K y Carrin G. Conditional cash transfers: what's in it for health? WashingtonDC: Technical Briefs for Policy-Makers; 2008. Disponible en: www.who.int/health_financing.
4. Oliveira AM, Viegas M, Costa A, Guimaraes C, Rodriguez L y Perez R. Primeiros resultados da analise da linha de base da Pesquisa de Avaliacao de Impacto do Programa Bolsa Familia. En: Vaitzman J y Paes-Sousa R, compiladotes. Avaliacao de Políticas e Programas do MDS. Brasilia: Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre; 2007.
5. MDS. Programa Bolsa familia [citado 28 de noviembre de 2008]. Disponible en: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/>.
6. Figueiredo A, Torres H y Bichir R. A Conjuntura Social Brasileira Revisitada. Novos Estudos. 2006; 75: 173-83.
7. FINEP. Medindoo Grau de aversao a desigualdade da populacho brasileira atraves dos resultados do programa bolsa-familia. Rio de Janeiro: FINEP; 2008.
8. Zepeda E. Do CCTs reduce poverty?. One Pager #21. Brasilia: Internacional Poverty Centre; 2006.
9. Soares S. Distribucao da Renda no Brasil de 1976 a 2004 com enfase no periodo entre 2001 e 2004. IPEA, Texto para Discussao N° 1166. Rio de Janeiro: IPEA; 2006
10. Soares F, Soares S, Medeiros M y Osório RG. Programas de Transferencia de Renda no Brasil: impactos sobre a desigualdade. Brasilia: IPEA; 2006.
11. IPEA. Políticas Sociais - acompanhamento e análise #15. Brasilia/Rio de Janeiro: IPEA; 2008.
12. Soares FV, Ribas RP y Osório RG. Avaliando o Impacto do Programa Bolsa Família: uma Comparacao com Programas de Transferencia Condicionada de Renda de Outros Países. IPC Evaluation Note 1. Brasilia: International Poverty Centre; 2007.
13. De Britto TF. The Emergence and Popularity of Conditional Cash Transfers in Latin America. En: Barrientos A y Hulme D, editores. Social Protection for the Poor and the Poorest. Basingstoke and New York: Palgrave Macmillan; 2008. p. 181-93.
14. Molyneux M. Mothers at the Service of the New Poverty Agenda: Progres/Oportunidades, Mexico's Conditional Cash Transfer Programme. Soc Policy Adm. 2006; 40: 425-49.
15. Rawlings LB y Rubio GM. Evaluating the impact of conditional cash transfer programmes. World Bank Res Obs. 2005; 20: 29-55.
16. Hoddinott J, Skoufias E y Washburn R. The Impact of PROGRESA on Consumption: A Final Report. September. Washington, DC: International Food Policy Research Institute; 2000.
17. Atanasio O y Mesnard A. The impact of a conditional cash transfer programme on consumption in Colombia. Fiscal Studies. 2006; 27: 421-442.
18. IBASE. Repercussaoes do Programa Bolsa Familia na seguranga alimentar e nutricional: velatorio sintese. Rio de Janeiro: IBASE; 2008.
19. Morris SS, Olinto P, Flores R, Nilson E y Figueiró A. Conditional Cash Transfers are Associated with a Small Reduction in Age-related Weight Gain in Children in Northeast Brazil. J Nutr. 2004; 134:2336-41.
20. 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.
21. Santos LMP. Perfil Nutricional das crianzas menores de cinco anos do Sami-Árido brasileiro. En: Vaitzman J y Paes-Sousa R, compiladotes. Avaliacao de Políticas e Programas do MDS. Brasilia: Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre; 2007. p. 347-382.
22. MDS. Avaliacao de Políticas e Programas do MDS. Brasilia: Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre; 2007.
23. Atanasio O, Gómez LC, Heredia P y Era-Hernandez M. The short-term impact of a condicional flow subsidy on child health and nutrition in Colombia. Report Summary. London: Institute of Fiscal Studies; 2005.
24. Gertler P. Do conditional cash transfers improve child health? Evidence from Progres's control randomised experiment. Am Econ Rev. 2004; 94: 336-41.
25. Bourguignon F, Ferreira FHG y Leite PG. Conditional Flow Transfers, Schooling, and Child Labor: Micro-Simulating Brazil's Bolsa Escola Program. World Bank Econ Rev. 2003; 17: 229-254.
26. Cardoso E y Souza AP. The Impact of Cash Transfers on child Labor and School Attendance in Brazil.

- Working Paper No. 04-W07. Nashville: Vanderbilt University; 2004. Disponible en: <http://www.vanderbilt.edu/Econ/wparchive/workpaper/vu04-w07.pdf>
27. Simeon DT. School feeding in Jamaica: a review of its evaluation. *Am J Clin Nutr.* 2008; 67 Supl 1: 790-794.
 28. Paraguassú L. Evasão escolar cresce entre beneficiados do Bolsa-Família. O Estado de São Paulo; 08/03/2008. Disponible en: http://www.estadao.com.br/nacional/not_nac136993,0.htm
 29. Rocha C. Developments in National Policies for Food and Nutrition Security in Brazil. *Dev Policy Rev.* 2009; 27: 51-66.
 30. Azariadis C y Stachurski J. Poverty Traps. En: Aghion P y Durlauf S, editores. *Handbook of Economic Growth.* Amsterdam: Elsevier; 2005.
 31. Farrington J y Slater R. Cash Transfers: Panacea for Poverty Reduction or Money down the Drain? *Dev Policy Rev.* 2006; 24: 499-511.
 32. Pochmann M. Gasto social e seus efeitos recentes no nível de emprego e na desigualdade da renda do trabalho no Brasil. Campinas, Sao Paulo: University of Campinas (UNICAMP); 2005.

