

# Incentivos a la demanda como mecanismos de extensión de la protección social en salud

Policy brief 01/2008  
Cecilia Acuña  
Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud  
OPS/OMS  
Febrero 2008

## I. Introducción

Este documento tiene por objetivo sistematizar información relevante en cuanto a la aplicación de mecanismos de incentivos a la demanda por servicios de salud y sus ventajas y limitaciones para promover la extensión de la protección social en salud.

La decisión respecto del uso de incentivos o de subsidios a la demanda se enmarca dentro de la esfera de asignación de los recursos que el Estado destina para la atención de salud de la población. En este ámbito, la autoridad sanitaria puede decidir asignar recursos vía subsidios o incentivos a la oferta o a la demanda. Es importante aclarar que *subsidios* e *incentivos* son conceptos distintos.

El concepto de *incentivo* se refiere a una acción –económica, regulatoria o de otro tipo- que busca promover o eliminar una conducta determinada, ya sea en los proveedores o en los usuarios de servicios de salud. En cambio, el *subsidio* se refiere a la transferencia directa de recursos económicos a proveedores o a usuarios para el financiamiento específico de ciertas acciones de salud.

Por subsidio a la *oferta* se entiende la transferencia directa de recursos fiscales al sistema de salud para financiar las acciones de salud. Dichas transferencias se utilizan generalmente para pagar sueldos, comprar insumos, mejorar infraestructura de la oferta de salud y/o comprar servicios de salud a otros proveedores públicos o privados, bajo restricciones impuestas por la Ley de Presupuesto y el grado de autonomía en la administración de los centros públicos de salud de cada país.

Los *incentivos a la oferta* son regulaciones, transferencias o asignaciones (en recursos, en tiempo libre, en horas de capacitación, etc.) que buscan mejorar la oportunidad, calidad y/o cantidad de los servicios ofrecidos.

El *subsidio a la demanda* es la transferencia directa de un cierto monto per cápita a los usuarios del sistema de salud para permitir que dichos usuarios escojan la entidad — pública o privada— que les resulte más apropiada para atender sus necesidades de salud según sus preferencias personales. De este modo, en teoría, la persona subsidiada es la que posee el poder de negociación con el proveedor para exigir la mejor calidad en el servicio recibido. La experiencia mundial muestra que los subsidios a la demanda sólo funcionan bajo condiciones muy específicas, a saber: a) oferta pública y privada altamente desarrollada y distribuida de manera homogénea en el territorio geográfico; b) estándares de calidad similares para la oferta pública y privada; c) alto grado de regulación de la oferta pública y privada en cuanto a calidad, precio y tipo de servicios ofrecidos; d) alto grado de información de los usuarios en relación a la oferta de servicios disponible; e) alto grado de regulación de los proveedores y usuarios para evitar fraude. Por estos motivos, este documento se centrará en los *incentivos* a la demanda.

Por otro lado, los *incentivos a la demanda* son generalmente transferencias en dinero, en bonos o en especies, ya sea a los usuarios o al gobierno local, condicionadas al cumplimiento de ciertas acciones por parte del beneficiario -típicamente la asistencia a controles de salud o la

inscripción de un mayor número de personas de un grupo poblacional en un programa de salud que se realizan con el objetivo de promover una cierta conducta de búsqueda/utilización de servicios de salud en la población. Los incentivos a la demanda buscan incidir sobre los factores que determinan la demanda por servicios de salud, entre los cuales los más relevantes son las *barreras de acceso* económicas, geográficas y culturales.

El propósito esencial de ambos tipos de asignación de recursos es:

INCENTIVOS/SUBSIDIOS A LA DEMANDA → Aumentar la frecuencia en el uso de servicios de salud

INCENTIVOS/SUBSIDIOS A LA OFERTA → Garantizar la provisión adecuada de servicios de salud

Es importante señalar que sólo el uso combinado *ambos* tipos de asignación (es decir, combinaciones de subsidios/incentivos a la oferta y a la demanda) puede lograr mejoras del acceso y utilización de los servicios de salud y en los resultados de salud. La experiencia mundial muestra que no es posible mejorar estos parámetros utilizando sólo un tipo de mecanismo asignativo.

En el caso argentino, el Plan Nacer constituye un *incentivo a la demanda* porque su objetivo es incrementar la utilización de servicios básicos de salud por parte de la población materna e infantil sin cobertura explícita de salud a través de un mecanismo de aseguramiento, en el cual el gobierno central paga a cada provincia adherida al Plan un valor per cápita de acuerdo a la población que está efectiva y comprobadamente inscrita en los registros del Plan Nacer.

## **II. Aplicación de mecanismos asignativos en países con estructura federal de gobierno**

En los países federales, la toma de decisiones para la formulación e implementación de políticas públicas requiere de la participación y cooperación de distintos niveles de gobierno. En este contexto resulta crucial definir los roles de cada uno de los actores en el proceso de toma de decisiones y establecer acuerdos en torno a los objetivos sanitarios comunes a alcanzar y los mecanismos de asignación de recursos a utilizar para ello.

Un rol fundamental de la autoridad sanitaria nacional en un contexto federal es el desarrollo de un *pacto sanitario*, que garantice en todas las provincias o estados la prestación de un conjunto de servicios básicos de salud con dos fines: (a) Cumplir los objetivos sanitarios comunes acordados y (b) Lograr reducir las brechas de equidad en el acceso y utilización de servicios de salud y en los resultados de salud entre las provincias.

Según Maceira y Del Río (2), la agenda de debate sobre este tópico debe incluir:

- Crear mecanismos de integración o coordinación financiera (parcial o total) de los distintos subsistemas de salud
- Establecer la conveniencia/necesidad de un cuerpo regulatorio uniforme básico
- Establecer contenidos sanitarios de un acuerdo mínimo interprovincial
- Definir fórmulas de redistribución de recursos entre provincias en base a contenidos mínimos a garantizar y teniendo en cuenta diferencias en patrones epidemiológicos, de ingreso e infraestructura
- Diseñar estructuras de incentivos y premios por desempeño y cumplimiento de metas asociadas a logros en salud (a nivel regional, provincial y/o municipal)
- Proponer mecanismos de evaluación y monitoreo.

En el caso argentino, es importante aprovechar los espacios de diálogo existentes en el país - tales como el COFESA- para reforzar el liderazgo del Ministerio de Salud y construir las alianzas que permitan lograr el *pacto sanitario*, sobre la base de acuerdos con cada una de las provincias en cuanto a la definición de metas sanitarias comunes, de modo que el pacto constituya el centro de la política sanitaria federal. En este contexto, los diversos subsidios e incentivos deben ser concebidos como instrumentos a aplicar en cada caso con el fin de lograr las metas acordadas.

### III. Programas de incentivos a la demanda actualmente en implementación en la Región de ALC

**Cuadro 1.**  
**Incentivos a la demanda implementados en países de ALC como parte de una política de extensión de la protección social en salud para la población materno-infantil**

Tipo	Ejemplo	País
Atención materna e infantil gratuita	Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia Seguro Universal Materno-Infantil Seguro Provincial Materno-Infantil Seguro Integral de Salud	Ecuador Bolivia Argentina Perú
Transferencia condicionada de dinero	Bono materno-infantil Programa OPORTUNIDADES Bono Solidario	Honduras México Ecuador
Transferencia condicionada en especies	Plan Nacional Alimentación Complementaria Plan Nacional Alimentación Complementaria Programa Vaso de Leche	Chile Argentina Perú

#### 1) Seguro universal materno Infantil- SUMI (Bolivia)

Tipo de programa: Atención materna e infantil gratuita. Año de inicio: 1996.

Con el fin de reducir la mortalidad materna e infantil aumentando la utilización de los servicios de salud a través de la eliminación de las barreras económicas, a partir de 1996 se han implementado sucesivamente tres esquemas de servicios de salud gratuitos para la población materna e infantil en Bolivia: el Seguro Nacional Materno-Infantil (SNMI), el Seguro Básico de Salud (SBS) y el Seguro Universal Materno-Infantil (SUMI). El SUMI consiste en la entrega gratuita de servicios de salud de manera focalizada a mujeres en edad reproductiva o embarazadas y niños menores de 5 años. Los recursos financieros para el programa son asignados a los Municipios y provienen de tres fuentes:

- El Tesoro General de la Nación, que financia los recursos humanos del subsistema de salud público, mientras el Seguro Social u otros establecimientos del programa cubren los recursos humanos con sus propios fondos.
- Impuestos: 10% de las transferencias de impuestos centrales son distribuidas a las municipalidades sobre una base per cápita
- Fondo Nacional de Redistribución.

La población beneficiaria para el año 2003 se estimó en 1,852.942 individuos<sup>1</sup> - cerca del 25% de la población total- 1,252.157 menores de 5 años, 327,700 mujeres embarazadas y 273,085 recién nacidos.

<sup>1</sup> MSD – Reforma de Salud: “SUMI, Análisis de Sostenibilidad Financiera”, 2004.

La utilización de servicios institucionales de salud materna e infantil cubiertos por el programa aumentó con la implementación de los SNMI- SBS- SUMI. Más aún, entre 1994 y 1998 el quintil de menores ingresos mostró el mayor aumento en la utilización de asistencia del parto por personal entrenado, de 11,4% a 19,8%. Esto es importante debido a que las personas más excluidas de estos servicios son de este quintil de ingresos (OPS/ASDI, 2004). La caída significativa de mortalidad materna e infantil registrada en el mismo período puede haber estado relacionada a este aumento en la cobertura.

Sin embargo, en los últimos años, la cobertura no se ha incrementado de acuerdo a lo esperado, y la brecha en la equidad entre el medio urbano y rural, indígena y no-indígena, ricos y pobres, permanece alta. De acuerdo a las cifras del Ministerio de Salud, en el año 2003 la cobertura de partos institucionales fue de 55% en los distritos municipales más ricos, comparado con 41% de cobertura para los más pobres. De acuerdo a la encuesta MECOVI, en 2001 el 20% del quintil más pobre tenía acceso a asistencia calificada en partos, comparado con 89% del quintil más rico. Otros estudios encontraron que, controlando por ingreso y otras características, la probabilidad de tener asistencia institucional en los partos es 29% más alta si la familia vive en áreas urbanas que si vive en áreas rurales, y es 17% menor si el jefe de hogar es indígena (Banco Mundial, 2003).

El SUMI impulsó la creación de un sistema de información para monitorear los resultados del esquema pero no integró su base de datos con la del Ministerio de Salud y esto es una tarea pendiente<sup>2</sup>. Respecto a los recursos humanos y la infraestructura, el SUMI ha tenido poco impacto en el desarrollo de la oferta de servicios de salud, que están desigualmente distribuidos en el país, lo cual lleva a problemas importantes de acceso debido a las grandes distancias y la baja capacidad instalada en las áreas rurales. El aumento en la demanda puede haber exacerbado la escasez de recursos humanos y de infraestructura de la oferta disponible de servicios de salud.

El SUMI ha contribuido a superar la fragmentación del subsistema de salud público con respecto a las intervenciones materno-infantiles, estableciendo relaciones explícitas y mecanismos de coordinación entre diferentes niveles territoriales y administrativos dentro del subsistema público. No ha contribuido a reducir la segmentación del sistema, ya que su meta no es la igualación de calidad, contenido y condiciones de entrega de los servicios de salud ofrecidos a diferentes grupos socioeconómicos.

## **2) Programa de incentivos en efectivo y/o especie a la mujer gestante, en lactancia y con niños menores de dos años (Bolivia)**

Tipo de programa: Transferencias condicionadas en dinero. Año de inicio: previsto para fines del 2008.

El Programa se desarrolla en el marco de la Política de Protección Social y Desarrollo Integral Comunitario (PPS-DIC) como parte de la estrategia Bolivia Digna. El objetivo del Programa es intervenir de manera progresiva en los territorios y poblaciones vulnerables y de extrema pobreza, a fin de lograr en el corto, mediano y largo plazo, cambios estructurales en las condiciones de vida de la población. El Programa se financia a través de un acuerdo con el Banco Mundial. La población objetivo del Programa es aquella que habita en áreas eminentemente rurales y mayoritariamente indígenas. El Programa será implementado en 52 Municipios.

En su fase inicial el Programa establece un apoyo económico en efectivo para mujeres embarazadas que se inscriben en el Programa y permanecen en él hasta que el niño(a) cumple

---

<sup>2</sup> En 2005 OPS y la Agencia Española de Cooperación Internacional-AECI acordaron financiar la integración de la base de datos del SUMI con la del Ministerio de Salud. Los productos finales de este proyecto no estaban disponibles al momento de escribir este informe.

2 años; posteriormente el Ministerio de Salud tiene prevista la complementación de este apoyo en efectivo con incentivos colectivos en especie. El financiamiento del Banco Mundial está exclusivamente dirigido al pago de las transferencias en efectivo. Este pago estará condicionado al cumplimiento de las responsabilidades individuales de las beneficiarias. Inicialmente el programa considera las siguientes responsabilidades: i) Cuatro controles prenatales, ii) Control post parto y iii) Monitoreo del crecimiento y desarrollo del niño hasta el segundo año de edad.

### 3) Programa de Alimentación Complementaria-PNAC (Chile)

Tipo de programa: Transferencia condicionada en especies. Año de inicio: 1952

El PNAC se inscribe dentro de una política de larga data destinada a proteger la salud materna e infantil que tuvo su inicio en 1938. Es interesante destacar que aún durante el régimen militar que disminuyó fuertemente el gasto público en salud, los fondos remanentes fueron destinados a los servicios prenatales, la supervisión nutricional a menores de seis años, los cuidados intensivos para niños desnutridos, y la distribución del PNAC a mujeres embarazadas, madres lactantes y menores de seis años (Hakim y Solimano, 1978; Foxley y Raczynsky, 1984; Castaneda, 1992).

En la actualidad el programa es universal y entrega productos con distinta composición nutricional que se distribuyen de acuerdo a la situación nutricional de los beneficiarios. La entrega se realiza condicionada a la asistencia a los controles de salud establecidos en la norma Ministerial. A través de los años, el PNAC no sólo ha permitido mejorar la situación nutricional de la población materna e infantil, sino que también ha promovido efectivamente un comportamiento de búsqueda de servicios de atención primaria entre los beneficiarios. En la actualidad el programa se articula con otro programa nutricional y de servicios de salud que se entrega en las salas de clases a la población escolar (Programa de Alimentación Escolar, PAE), para asegurar el abastecimiento continuo de servicios de salud y de nutrición a esta población (Idiart, 2004).

**Cuadro 2. Cobertura del PNAC según grupo etáreo, 2002**

Edad	Total de población elegible	Población cubierta	Población cubierta % de la población elegible
0-24 meses	343.044	307.000	89,5%
25-72 meses	679.508	518.000	76,2%
Total de niños	1.022.552	825.000	80,5%
Mujeres embarazadas	93.617	80.903	86,4%
<b>Total PNAC</b>	<b>1.116.169</b>	<b>905.903</b>	<b>81,2%</b>

**Fuente:** Riumallo, J., Pizarro, T., Rodríguez, L., Benavides, X. "Programa de suplementación alimentaria y de fortificación de alimentos con micronutrientes en Chile, Ministerio de Salud, Chile.

Evaluaciones sucesivas del PNAC entre finales de la década de 1970 y mediados de la década de 1990 demuestran que el programa consistentemente ha tenido mayor cobertura para las personas en los dos quintiles de ingresos más bajos de la población (MINSAL, 2000). Más aún, según Idiart (2004), los beneficiarios del programa consideran los beneficios del programa como parte de sus derechos ciudadanos y no simplemente como una acción paliativa. La cobertura general actual del programa es alrededor del 80% del total de las madres y los menores de seis años en Chile. El PNAC ha sido efectivo en la promoción de los derechos de los ciudadanos a acceder a servicios de salud y a una adecuada nutrición para la población materna e infantil. El PNAC también ha tenido éxito en la promoción de comportamientos de búsqueda de servicios de atención primaria entre sus beneficiarios, impulsando así la demanda por servicios de salud especialmente entre las madres y mujeres embarazadas (Idiart, 2004).

### 4) Bono Materno-Infantil – BMI (Honduras)

Tipo de programa: Transferencia condicionada en dinero. Año de inicio: 1990

El Bono Materno Infantil es parte del Programa de Asignación Familiar (PRAF), una iniciativa lanzada en 1990 por el Gobierno de Honduras y apoyada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para proporcionar una red de seguridad a los más pobres protegiendo de la inseguridad alimentaria y la desnutrición durante los períodos de ajustes económicos (USAID, 1994). Su financiamiento proviene del presupuesto nacional, el BID, la UNESCO, la Unión Europea, UNICEF y de agencias bilaterales tales como la AECl española y la ASDI de Suecia.

El BMI consiste de una transferencia mensual de Lps.50 (US\$ 3.00) a miembros de familias que viven en la extrema pobreza con hijos menores de 5 años, mujeres embarazadas o amamantando y niños discapacitados menores de 12 años, beneficiando a un máximo de tres niños por familia (Gobierno de Honduras – Oficina de la Presidencia, 2005). Por lo tanto, la asignación familiar más alta posible es de tres bonos por un valor total de Lps.150 mensuales (cerca de US\$ 9.00). Según un informe de USAID, en promedio los hogares reciben aproximadamente 2 bonos.

El BMI aún no cubre a toda la población elegible en las regiones focalizadas por falta de recursos. Más aún, una evaluación del BID en 2002 encontró que el 40% de los beneficiarios del BMI en las áreas más pobres están en los dos quintiles más altos. También, de acuerdo a un informe de USAID existen preocupaciones debido a la falta de focalización de posibles beneficiarios debido a la “inadecuada identificación y métodos de inscripción, la aplicación inconsistente de criterios de elegibilidad, y la incapacidad del sistema de información de resguardarse de inscripciones múltiples en distintos centros de parte de los mismos beneficiarios”. Un informe del gobierno indica que los mecanismos de distribución de los bonos no garantiza su entrega a las familias más pobres y su impacto no es evaluado periódicamente de acuerdo a los objetivos del programa (Gobierno de Honduras – Oficina de la Presidencia, 2005). En su evaluación del esquema, el BID argumenta que la cantidad de dinero entregado a las familias es demasiado pequeña como para introducir cambios en su patrón de consumo, ya que representa menos de 5% del gasto total de la población objetivo (BID, 2002). Es importante destacar que esquemas similares de transferencias condicionadas de dinero implementados en México y Nicaragua representan un 20% y un 18% respectivamente del gasto total de las familias elegibles (BID, 2002).

Un estudio realizado en 1995 mostró que el BMI ha tenido un efecto positivo e importante sobre la educación de las mujeres y que esto ha promovido una demanda mas adecuada de servicios de salud (Bitrán y Muñoz, 2000). Sin embargo, si el BMI fuera implementado en todo el país y fuera exitoso en alcanzar a todos los beneficiarios, el aumento resultante de la demanda por servicios de salud podría plantear serios problemas de infraestructura y recursos humanos necesarios para satisfacer esa demanda. La razón por la que esto no ocurre en la actualidad es la baja cobertura del programa debida a limitaciones financieras.

## **5) Programa OPORTUNIDADES (México)**

Tipo de programa: Transferencia condicionada en dinero. Año de inicio: 1997

El programa, originalmente llamado PROGRESA (Programa de Educación, Salud y Alimentación) fue diseñado para estimular a las familias a invertir en la salud, nutrición y educación de la población infantil. El incentivo financiero se distribuye a la madre de familia y la entrega del efectivo es condicional a una serie de factores, incluyendo: i) que los miembros de la familia busquen y acepten servicios preventivos de salud; ii) que los menores entre 0-5 años y las madres que están amamantando participen en programas de monitoreo de crecimiento y nutrición; y iii) que las mujeres embarazadas vayan a establecimientos de salud para atención prenatal, suplementos nutricionales y educación en salud (Gertler y Boyce, 2003).

El programa incluye atenciones preventivas tal como cuidados prenatales, controles médicos para bebés sanos, vacunas infantiles, monitoreo de crecimiento para menores de 5 años y controles médicos preventivos para adultos. También incluye una variedad de programas de salud, higiene y educación. Se requiere que las mujeres embarazadas tengan cinco controles prenatales en los primeros tres meses de embarazo, y cada dos meses se debe controlar las vacunas y el crecimiento de los menores de dos años. Se proporciona una transferencia de efectivo adicional si existen niños en edad escolar en el hogar que estén matriculados y asistiendo a la escuela.

El financiamiento del programa proviene de los impuestos generales y fuentes extra presupuestarias del BID y el Banco Mundial. El esquema focaliza a los hogares pobres dentro de comunidades preseleccionados por sus altas tasas de pobreza. El gobierno determina las áreas de implementación basado en el índice de marginalidad que considera el nivel de ingreso, la densidad de población y el acceso a salud y educación. Los beneficiarios del programa son seleccionados a través de un proceso de dos etapas. En primer lugar, se identifican los pueblos pobres en base a un puntaje de la comunidad basado en información disponible del censo nacional sobre niveles educacionales, empleo y condiciones de la vivienda. En segundo lugar, se seleccionan las familias pobres dentro de esos pueblos sobre la base de factores estrechamente asociados con el ingreso, recolectado por un censo comunitario especial. No existe un procedimiento de postulación; se informa a las familias acerca del programa y su elegibilidad. El beneficio es válido por tres años pero es condicional a que las familias cumplan con los requisitos estipulados por el programa.

En 2003 el programa atendía a más de 20 millones de personas o aproximadamente 20% de la población de México, que equivale a aproximadamente el 40% de la población pobre. El tamaño de la transferencia de efectivo es grande y estos pagos en total representan cerca del 20% de los ingresos de las familias participantes (Coady, 2003; BID, 2002).

El esquema fue evaluado mediante encuestas de hogares que se hicieron antes y dos años después de su inicio en cerca de 300 pueblos que habían recibido servicios y 200 pueblos que no los habían recibido (Bitrán y Muñoz, 2000). Entre los hallazgos principales están los siguientes:

- Casi 60% de los beneficiarios del programa pertenecían al 20% de la población más pobre de México; 80% de los beneficiarios estaban entre el 40% más pobre del país.
- Los principales factores que contribuyeron a los resultados altamente progresivos fueron la selección de pueblos pobres y el vínculo de los beneficios con la participación en programas de educación y salud por parte de los niños (ya que los pobres tienen más hijos que las personas con mejor situación económica). La focalización en familias pobres dentro de los pueblos fue menos importante ya que la mayoría de las familias en los pueblos seleccionados eran pobres.
- El programa produjo aumentos notables en las matrículas escolares, especialmente en las matrículas de educación media; disminución en los niveles de desnutrición y enfermedades infantiles; y reducciones de la pobreza.

Los resultados a la fecha indican que el programa ha sido exitoso al contribuir a contrarrestar la pobreza de las familias participantes. Una evaluación efectuada por el International Food Policy Research Institute en 2000 encontró que después de seis años de implementación el programa ha disminuido la pobreza en 8% en las áreas que se benefician del programa comparado con las áreas no beneficiarias. Una razón importante de esto es el tamaño de la transferencia de efectivo, que representa un aumento promedio de 20% del ingreso de los hogares que viven en la extrema pobreza. Más aún, Hoddinott y Skoufias (2000) encontraron que 70% de las transferencias de efectivo se habían usado para aumentar la disponibilidad de alimentos en los hogares tanto en términos de cantidad (calorías) como de calidad (proteínas y micro nutrientes).

Cabe mencionar que el programa tiene un enfoque explícito de género. El programa aborda el tema género de tres maneras:

- 1) le brinda la transferencia financiera a la mujer jefa de hogar de cada hogar participante,
- 2) las transferencias asociadas a la asistencia al colegio son más altas para las niñas que para los niños a nivel de escuela secundaria, y
- 3) los beneficios de atención de salud del programa se centran en mujeres embarazadas y madres amamantando.

Un estudio de los resultados del programa encontró que en cinco de ocho categorías de toma de decisión, el programa disminuyó la probabilidad que los maridos tomaran las decisiones solos, es decir, sin consultar a sus esposas. También parece que con el paso del tiempo, las mujeres que participan en el programa han logrado decidir por sí mismas sobre el uso que le darán al ingreso que reciben del programa y han desarrollado más conciencia, confianza y control sobre sus actividades. Resultados de grupos focales mostraron que el programa ha promovido el reconocimiento a la contribución del rol de las mujeres en el cuidado de sus familias (Wodon, Q., De la Briere, B., Siaens, C., Yitzhaki, S., 2003).

Gertler (2000) encontró que los menores de 5 años participando en el programa tenían 12% menos incidencia de enfermedades que sus pares no participantes. Esto puede estar relacionado al hallazgo que el programa redujo los niveles de desnutrición infantil según medidas de peso y alto de los niños. Los hallazgos de un estudio efectuado por investigadores de la Universidad de Princeton (2005) sugieren un efecto positivo del programa en la reducción de las tasas de morbilidad con respecto a la incidencia de diarrea y de infecciones respiratorias agudas. Rivera et al encontraron que el programa estaba asociado a un mejor crecimiento en la altura de los niños más jóvenes y más pobres. La edad y la altura ajustada por el largo era mayor en 1,1 cm entre los menores de seis meses en la línea de base y que vivían en los hogares más pobres. También encontraron que el programa estaba asociado a tasas menores de anemia en los niños y bebés de áreas rurales de bajos ingresos (Rivera, J., Sotres-Alvarez, D., Habicht, J., Shamah, T., Villalpando, S., 2004).

### **III. Factores que inciden en el éxito en la aplicación de mecanismos de incentivos a la demanda**

De acuerdo a la información disponible, los principales factores de éxito de estos mecanismos son:

- 1) **Volumen de la entrega:** en el caso de entrega condicionada en dinero: Por ejemplo, en el caso del programa mexicano OPORTUNIDADES la cantidad de la transferencia, que representa un 25% de aumento en el ingreso familiar, es crucial para ayudar a las familias beneficiarias a contrarrestar la pobreza.
- 2) **Continuidad a través del tiempo y en diferentes gobiernos y una supervisión cercana de los resultados** son los factores que se han identificado en el éxito del el PNAC chileno que ha sido exitoso en cambiar los patrones de demanda por servicios de salud a través de los años.
- 3) **Sentido de pertenencia:** El ejemplo PNAC chileno indica que la apropiación del programa por parte de todos los ciudadanos (el programa se entrega en establecimientos públicos y privados en todo el país) es un factor de éxito importante en su implementación, ya que contribuye a eliminar el estigma asociado a los mecanismos de ayuda focalizados en los más pobres.
- 4) **Se debe fortalecer la oferta de servicios de manera acorde con el incremento de la demanda:** La información disponible indica que estimular la demanda por servicios de

salud sin fortalecer la infraestructura de la oferta de dichos servicios en el sistema de salud afecta la calidad y cantidad de los servicios ofrecidos tanto a las personas que son nuevas en el sistema como a las que ya estaban cubiertas antes de que se implementara el programa de incentivo a la demanda. Para evitar esto, se debe fortalecer la oferta en forma acorde al aumento esperado de la demanda.

- 5) **El uso de mecanismos focalizados debe hacerse con criterio de universalidad:** La focalización tiene la ventaja de llegar a los grupos vulnerables o excluidos cuando no se ha logrado el acceso universal o equitativo a servicios de salud. Los programas focalizados de transferencia de dinero o en especies han tenido éxito en aumentar la demanda por servicios de salud cuando están condicionados a comportamientos que buscan salud, por ende usados como incentivos a la utilización de los servicios de salud como ha sido el caso del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) en Chile y el Programa OPORTUNIDADES en México. De acuerdo a estas experiencias, los programas condicionados logran mejores resultados cuando están dirigidos a familias en vez de individuos y cuando la madre es la que recibe el beneficio monetario o en especies. El ejemplo de OPORTUNIDADES también muestra que dar el control del beneficio monetario a la madre mejora la situación de las mujeres dentro de la familia.

Sin embargo, entregar esquemas condicionados y focalizados por edad en un escenario de pobreza difundida y sin más apoyo a las familias hace surgir el problema de la equidad dentro del hogar y como se distribuyen los recursos dentro de la familia. Específicamente, que pasa con la salud –o el dinero- una vez que llega al hogar y allí se encuentran varios miembros de la familia hambrientos -dentro y más allá del rango de edad del beneficio- y varias necesidades familiares que satisfacer. El hecho que el Bono Materno Infantil de Honduras ha logrado modestas mejoras en la situación de nutrición de los niños pobres hace pensar si el dinero fue usado para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia.

El PNAC chileno es un buen ejemplo del uso de mecanismos focalizados en la edad para lograr cobertura universal y así lograr equidad vertical y horizontal, ya que a) está dirigido a toda la población dentro de un rango de edad, y b) más allá del rango de edad del niño/a – específicamente después de los seis años – continúa con el Programa de Alimentación Escolar proporcionado por el colegio.

- 6) **El uso de estos mecanismos debe realizarse con un reconocimiento explícito del Ministerio de Salud Nacional como líder sectorial en temas de salud pública y organización de los servicios de salud de responsabilidad provincial:** Los ejemplos de Bolivia y México muestran que para ser exitosos, los mecanismos asignativos deben ser liderados por la autoridad sanitaria nacional, aún cuando su implementación sea realizada por los estados en un contexto federal. Esto es particularmente importante para el diseño del programa y para la selección de los beneficiarios, ya que estos programas tiene un alto potencial para reducir o aumentar las inequidades entre estados o provincias, dependiendo de cómo sean aplicados.
- 7) **Los mecanismos asignativos deben ser acordes con los problemas sanitarios relevantes y con los objetivos sanitarios acordados entre los actores:** La aplicación de dichos mecanismos debe ser producto de la construcción de un consenso social amplio sobre un tema sanitario relevante y sensible para la sociedad y las personas. La población beneficiaria de los mecanismos de incentivo también debe cambiar acorde con los problemas sanitarios relevantes a abordar. Hoy puede ser la población materno-infantil y los servicios de salud materna y reproductiva, mañana pueden ser los adultos mayores y las enfermedades crónicas no transmisibles, etc.

## Referencias bibliográficas

1. Acosta O. y Ramírez J.C. "Las redes de protección social: modelo incompleto" Documento 141 CEPAL, 2004
2. Acuña, C. "Evolución y reforma de los sistemas de protección de la salud en los países del MERCOSUR y en Chile" Friedrich Ebert Stiftung, 2000. Disponible en [www.fes.org.ar/Publicaciones/serie\\_prosur/Prosur\\_CeciliaAcunia.pdf](http://www.fes.org.ar/Publicaciones/serie_prosur/Prosur_CeciliaAcunia.pdf)
3. Acuña, C. "Exclusión, protección social y el derecho a la salud" Marzo, 2005. Disponible en <http://www.lachsr.org/extension/pdf/exclus-dersalud-ceciacuna.pdf>
4. Bautista S., Martínez S., Bertozzi S., Gertler P. "Evaluación del efecto de OPORTUNIDADES sobre la utilización de servicios en el medio rural". Resultados de la evaluación externa del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Documentos finales. México DF, 2003. Disponible en: [www.oportunidades.gob.mx/e\\_oportunidades/evaluacionimpacto/2003/abril/oportunidadesevaluacionexterna\\_2003.pdf](http://www.oportunidades.gob.mx/e_oportunidades/evaluacionimpacto/2003/abril/oportunidadesevaluacionexterna_2003.pdf)
5. Coady, David "Alleviating Structural Poverty in Developing Countries: The Approach of PROGRESA in Mexico" Background Paper for the 2004 World Development Report, February, 2003. Disponible en: [http://econ.worldbank.org/files/27999\\_Coady.pdf](http://econ.worldbank.org/files/27999_Coady.pdf)
6. Foxley Alejandro, and Raczynsky Dagmar "Vulnerable groups in recessionary situations: the case of children and the youth in Chile" World Development 12 N°3 (march), 233-246
7. Gertler, Paul J. and Simone Boyce. "An Experiment in Incentive-Based Welfare: The Impact of PROGRESA on Health in Mexico". April 3, 2001.
8. Gobierno de Honduras "Principales logros 2002-2003" 2004
9. Gobierno de Honduras, Oficina del Presidente "Informe de avance de la ERP Segundo trimestre 2004. Volumen 1 Número 2", 2005
10. Hakim Peter and Solimano Giorgio "Development, reform and malnutrition in Chile". MIT Press. Cambridge, MA 1978
11. Idiart, Alma "Institutional factors and neo-liberal trends: maternal health and nutrition programs in Argentina and Chile in the past two decades" Paper to be presented at SASE 2004, 16<sup>th</sup> Annual Meeting on Socio-Economics. Network: Rethinking the welfare state. Welfare state in Latin America. George Washington University, Washington DC, July 8-11, 2004
12. Inter-American Development Bank-IADB "Country Program Evaluation Honduras" RE-263-2 Office of evaluation and oversight, OVE 2002.
13. Inter American Development Bank-IADB "Honduras. Programa integral de protección social (HO-0222). Propuesta de préstamo" 2004
14. Maceira Daniel, y del Río Fortuna Cynthia "Reforma y Salud en Argentina. Debate N° 2 Federalismo y Redistribución de Fondos en Salud" Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 2002.
15. OPS/OMS "Exclusion in Health in Latin America and the Caribbean" Washington D.C., 2003.
16. OPS/OMS-ASDI Reports on the characterization of exclusion in health in LAC countries, 2001-2004. Available at <http://www.lachsr.org/extension/esp/index.html>
17. OPS/OMS Social protection in health schemes for mother and child populations: lessons learned from the Latin American region" 2007 disponible en [www.lachealthsys.or](http://www.lachealthsys.or)
18. Princeton University "Child health in rural Mexico: did PROGRESA improve children's morbidity risks?", 2005
19. Rivera J., Sotres-Alvarez D., Habicht J., Shamah T., Villalpando S., "Impact of the Mexican Program for education, health, and nutrition (PROGRESA) on rates of growth and anemia in infants and young children" Journal of the American Medical Association, JAMA. 2004; 291:2563-2570
20. Riumallo J., Pizarro T., Rodríguez L., Benavides X. "Programa de suplementación alimentaria y de fortificación de alimentos con micronutrientes en Chile". Ministry of Health, Chile year? Available at: [www.infoleche.com/fepale/lechosalud/revistahtml/Art%20Chile/Programa%20Chile.htm](http://www.infoleche.com/fepale/lechosalud/revistahtml/Art%20Chile/Programa%20Chile.htm)