

*Documento de Trabajo del CGD No. 120 Abril de 2007*

## **Incentivos basados en el desempeño para la salud: Programa de transferencias condicionadas en efectivo en América Latina y el Caribe**

Amanda Glassman, Jessica Todd y Marie Gaarder

### **Extracto**

Con el fin de apoyar a las familias pobres en el mundo en desarrollo para que procuren obtener y utilicen atención de salud, se necesita una estrategia de varios aspectos tanto en el sector de la oferta como en el de la demanda de atención de la salud. Un programa considerado desde el aspecto de la demanda, llamado Transferencias Condicionadas en efectivo (CCT, por sus siglas en inglés) procura reducir la pobreza y también aumentar el consumo de alimentos, la asistencia escolar y el uso de la atención preventiva de salud. Desde 1997, siete países en América Latina han implantado y evaluado programas de CCT con componentes de salud y nutrición. El núcleo del programa se basa en estimular a las madres pobres a que procuren servicios preventivos de salud y asistan a charlas educativas sobre salud mediante el suministro de un incentivo monetario por su comportamiento sano (en el cual el comportamiento sano representa desempeño). Se realizaron evaluaciones de estos programas que midieron los resultados en la utilización de los servicios; los conocimientos, las actitudes y las prácticas de salud; el consumo de alimentos; la oferta y la calidad de los servicios, así como los resultados en los índices de vacunación; el estado nutricional; la morbilidad; la mortalidad y la fecundidad.

Si bien las evaluaciones del impacto de CCT proporcionó pruebas sin ambigüedades de que los incentivos financieros aumentan la utilización de servicios clave por parte de los pobres, los estudios prestaron poca atención al impacto en los comportamientos, las actitudes y la toma de decisiones de las unidades familiares en cuanto a la salud o la manera en que estos factores contribuyen al impacto en los resultados de salud o los limitan. Entre las recomendaciones figuran ampliar el alcance de futuras evaluaciones para estudiar estos efectos, modelar los aspectos del programa con anterioridad y seleccionar cuidadosamente las condiciones de pago de modo que no sean demasiado onerosas pero tampoco no irrelevantes. Se recomienda seguir el énfasis en los más pobres ya que los resultados demuestran que las unidades familiares más pobres deben llegar a un nivel mínimo de consumo de alimentos antes de que puedan realizar otras inversiones en su salud y bienestar.

---

El Centro de Desarrollo Global es un grupo de estudio independiente que trabaja para reducir la pobreza y la desigualdad en el mundo por medio de investigación rigurosa y participación activa con los que formulan políticas. Se estimula a utilizar y difundir este documento de trabajo, si bien las copias no pueden usarse para fines comerciales. Se permite su uso ulterior según los términos de la licencia de bienes comunes creativos. Este documento fue posible en parte mediante el financiamiento de la Fundación Bill y Melinda Gates. Las opiniones expresadas en este trabajo corresponden a los autores y no deben atribuirse a los directores ni financiadores del Centro de Desarrollo Global.

## **Incentivos para la salud basados en el desempeño: Programas de transferencias condicionadas en efectivo en América Latina y el Caribe**

Amanda Glassman<sup>1</sup>, Jessica Todd<sup>2</sup> y Marie Gaarder<sup>3</sup>  
6 de abril de 2007

---

<sup>1</sup> Brookings Institution. Los autores agradecen a Marcus Goldstein, Rena Eichler, Ruth Levine y los miembros del grupo de trabajo sobre pago por desempeño, del Centro de Desarrollo Global, sus comentarios, así como los de tres examinadores anónimos. También se agradece la asistencia en materia de investigación prestada por Lucia de la Sierra.

<sup>2</sup> American University

<sup>3</sup> Banco Interamericano de Desarrollo

## I. Introducción

En el mundo en desarrollo las familias pobres se enfrentan ante limitaciones de recursos y otros desincentivos para el uso de la atención de salud esencial. La distancia a los establecimientos sanitarios, la pérdida de salarios que se asocia con la enfermedad, los costos relacionados con la atención y la búsqueda de atención, las cuotas que se pagan en los establecimientos y otros gastos directos contribuyen a limitar el acceso a la atención de salud y la información sobre ella por parte de quienes más las necesitan, en particular la atención preventiva. Estos costos también tienen un impacto en la seguridad financiera de las unidades familiares pobres, ya que los gastos directos pueden llevar a las familias pobres a niveles más profundos de pobreza.

Para contrarrestar estos desincentivos se requiere una estrategia de múltiples enfoques destinada tanto a la oferta como a la demanda de un sistema de salud. En este trabajo se centra la mira en un tipo de transferencia en el aspecto de la demanda que se conoce como transferencia condicionada en efectivo (CCT, por sus siglas en inglés). Los programas de CCT transfieren dinero en efectivo a madres pobres para facilitar las limitaciones a la inversión de la unidad familiar en el desarrollo del capital humano mediante la reducción de los gastos directos y los costos de oportunidad. Estos programas también tienen la intención de inducir cambios de comportamiento en materia de salud y nutrición mediante el condicionamiento de las transferencias al uso de servicios preventivos de salud y la asistencia a charlas educativas sobre salud. De este modo, los pagos del CCT pueden considerarse pagos desde el aspecto de la demanda por desempeño, donde el desempeño se define como un comportamiento saludable, como la búsqueda de atención para intervenciones esenciales de salud.

Los orígenes de los programas de CCT son diversos, algunos se relacionan con amortiguar los efectos de las crisis económicas, otros como respuesta a fallas percibidas en las redes existentes de protección. Como resultado de ello, el objetivo central del programa es reducir la pobreza. Un segundo conjunto de objetivos tiene que ver con la acumulación de capital humano. Los resultados inmediatos que se espera obtener son el aumento del consumo de alimentos, la asistencia a escuelas y la utilización de servicios de salud entre los pobres. A plazo más largo, se espera que el CCT contribuya directamente a la acumulación de capital humano y los rendimientos relacionados con esto en el mercado laboral por medio de la reducción de la malnutrición y el mejoramiento de la

### **Programas CCT en América Latina y el Caribe**

Brasil: Bolsa Alimentação/Bolsa Familia

Colombia: Familias en Acción (FA)

Ecuador: Bono de Desarrollo Humano (BDH)

Honduras: Programa de Asignaciones Familiares (PRAF)

Jamaica: Programa de Progreso por Medio de la Salud y la Educación (PATH)

México: Progresa/Oportunidades

salud y de los índices de finalización de los estudios escolares y, por último, una mayor productividad de la economía en general. Los programas CCT proporcionan de este modo un beneficio multidimensional para las familias y las economías participantes. Es así que, si bien en este trabajo nos concentramos estrechamente en la repercusión de los programas en la salud y la nutrición, el impacto del CCT en la pobreza, la desigualdad y la instrucción escolar también son aspectos cruciales que se deben considerar al evaluar el costo de un beneficio de la intervención.

Los programas CCT se están difundiendo rápidamente en todo el mundo en desarrollo. Desde 1997 en adelante, siete países en América Latina y el Caribe han implantado y evaluado programas de CCT con componentes de salud y nutrición. Éstos son el tema de este trabajo. Otros están en proceso de desarrollo en Argentina, Chile, Costa Rica, El Salvador, Panamá, Paraguay y Perú y en todo el mundo. Si bien los resultados de la evaluación son alentadores, las características del diseño de los programas son asombrosamente similares entre un país y otro, lo que genera inquietudes de que las realidades locales no se tienen en cuenta suficientemente y destaca la necesidad de un mejor análisis *ex ante* de los problemas subyacentes del desarrollo que se quieren solucionar con la intervención.

Este trabajo de estudio procura analizar de manera crítica los programas de CCT con respecto a la salud y la nutrición con el fin de contribuir a la base de pruebas en las intervenciones del aspecto de la demanda para mejorar estos resultados. Tras presentar un panorama breve de los factores de los aspectos de la oferta y la demanda que contribuyen al uso de los servicios de salud, ofrecemos un examen crítico de los supuestos del modelo de efectos del programa que subyacen el diseño de los programas CCT. Se sostiene que los impactos medidos deben interpretarse con estos supuestos en mente con el fin de extraer conclusiones generalizadas sobre la eficacia de los programas de CCT en el aumento del uso de los servicios de atención de salud y en el mejoramiento de los resultados en materia de salud y nutrición. Se explican las características clave de los programas existentes y se resumen los resultados de la evaluación. Si bien no se trata de un trabajo empírico, extraemos conclusiones con respecto al uso de los programas de CCT para mejorar el estado de salud y nutrición y promover comportamientos sanos sobre la base de los resultados de la evaluación de la salud y la nutrición hasta la fecha a la luz del modelo de efectos del programa. Por último, se ofrecen sugerencias para direcciones futuras en el uso de programas de CCT como incentivos para promover el uso de los servicios y las prácticas de alimentación sanas. Las conclusiones y sugerencias no constituyen de manera alguna la palabra final sobre la eficacia de los programas de CCT para aumentar la utilización de los servicios de salud y mejorar la salud y la nutrición. Es muy necesario realizar un metanálisis pero esto va más allá del alcance de este trabajo. No obstante, recalamos la importancia de comprender la manera en que las características del diseño se relacionan con los supuestos subyacentes sobre cómo y por qué las personas y las unidades familiares toman decisiones sobre el uso de los servicios de atención de la salud. Esto es un paso crucial para una comprensión más integral de la manera en que los programas y las políticas influyen en los resultados. También se incluye como referencia un anexo sobre los aspectos metodológicos de las evaluaciones

de los impactos de los CCT para comprender los resultados que se notifican en el texto principal, junto con una bibliografía integral.

## **II. Modelo de efectos del programa CCT**

El nivel del uso de los servicios de salud se determina mediante una combinación de factores de la demanda y de la oferta. En el aspecto de la demanda, las enfermedades reducen la productividad de mercado y no de mercado, el monto total del tiempo disponible para la producción, así como el bienestar de la persona. Para evitar o reducir al mínimo estas experiencias no deseadas, las personas tenderán a invertir en su salud con el fin de producir salud por medio del uso de la atención preventiva o de la práctica de comportamientos sanos, o para restablecer la salud después de una enfermedad (Mushkin, 1962; Grossman, 1972). La medida en la cual el deseo de invertir en la propia salud se refleja en la demanda de atención de salud depende de si una persona identifica la enfermedad y está dispuesta a procurar la atención apropiada de la salud y puede hacerlo (Ensor y Cooper, 2004). La identificación de la enfermedad puede depender tanto del tipo de la enfermedad como del nivel de conocimientos de la persona. La disponibilidad a procurar atención se ve afectada tanto por los conocimientos como por las normas sociales, así como por los costos directos y de oportunidad de procurar tratamiento, el ingreso de la unidad familiar, junto con los costos, la calidad y la disponibilidad de productos y servicios sustitutos, y la toma de decisiones a nivel interno de la unidad familiar.

Como lo señaló Eichler (2006), la oferta de servicios de atención de la salud es determinada por una combinación de insumos estructurales (tiempo del personal, infraestructura, medicamentos y suministros, terreno, etc.) y los procedimientos que transforman estos insumos en resultados (como la tecnología disponible y la capacidad de gestión del proveedor) que a la larga llevan a mejores resultados en materia de salud. De importancia central para la transformación de los insumos en resultados es el comportamiento del proveedor de atención de la salud, tanto a nivel individual como institucional. Entre las funciones objetivas de los proveedores individuales pueden figurar, además del deseo de curar a los pacientes, el deseo de ganar dinero y el deseo de tener tiempo libre. Por consiguiente, las deficiencias en la calidad de la atención que tienden a impedir la capacidad de los sistemas de salud de mejorar los resultados en materia de salud para los pobres se relacionan con incentivos inadecuados para los proveedores junto con insuficientes recursos, rigideces organizativas y la falta de conocimientos.

El enfoque del programa de CCT es estimular la demanda de servicios de salud y charlas educativas sobre salud mediante la transferencia de dinero en efectivo a las madres con la condición de que asistan a los establecimientos de salud para consultas y charlas educativas sobre la salud. Sobre la base de este diseño, se realizan varios supuestos en ambos aspectos de la ecuación de la demanda y la oferta:

- i) ***Subutilización por parte de los pobres de los servicios de salud existentes.*** Los programas de CCT estipulan que se realizarán pagos con la condición de que las personas acudan a exámenes de salud periódicos en un establecimiento de salud. Este requisito se basa en el supuesto de que actualmente los pobres utilizan en forma insuficiente los servicios preventivos de atención a la salud. No obstante, en todos los diseños de programas, el uso insuficiente no está bien definido y, por lo tanto, tampoco está claro el monto óptimo de uso. En términos económicos, un monto óptimo privado de uso podría ser determinado como la meta, definida en términos del monto de uso que se observaría si las familias pobres tuvieran información plena sobre los costos y los beneficios de la atención preventiva de la salud. Un monto óptimo social del uso también podría utilizarse como meta, entendido como el monto del uso necesario para lograr un nivel dado de externalidades positivas que la atención preventiva de una persona tiene sobre el resto de la sociedad.

La documentación de referencia sobre salud y nutrición en los países del CCT indicó que había considerables desigualdades en el uso y el impacto financiero de la atención de la salud por estrato socioeconómico. Era mucho menos probable que las unidades familiares pobres y rurales identificaran las enfermedades y procuraran atención cuando estuvieran enfermos que sus homólogos más adinerados; sus gastos directos en atención de la salud eran más considerables como proporción de sus gastos totales en comparación con los de los ricos y los costos directos e indirectos relacionados con la búsqueda de atención con frecuencia se citaban como el motivo para no utilizar los servicios. Aún en sistemas con sólidos gastos públicos progresivos en salud, los pobres presentaron índices de uso más bajo. Por ejemplo, en Jamaica, solamente el 75% de los niños de 0 a 6 años habían visitado a un profesional de salud en los 12 meses antes de la fecha del inicio del programa. Menos del 60% de los niños había utilizado atención preventiva (Mathematica, 2004).

No obstante, se realizó poco análisis *ex ante* para poner a prueba directamente la propuesta de que las desigualdades observadas en los productos y resultados en salud y nutrición se debían principalmente a factores del aspecto de la demanda en relación con factores del aspecto de la oferta. Como lo señalan Handa y Davis (2006), como el ingreso está altamente correlacionado con el acceso a la atención de la salud y la calidad de ésta, las diferencias en los resultados podrían más bien ser impulsadas por la desigual distribución de los servicios de calidad. Si bien es probable que sean importantes tanto los factores de la oferta como de la demanda, sin un análisis realizado al comienzo es imposible determinar qué política o qué combinación de políticas es más eficaz en función de los costos para las inversiones gubernamentales.

Dos estudios han tratado de calcular la eficacia relativa en función de los costos de intervenciones en el aspecto de la oferta frente al de la demanda para mejorar la matrícula escolar en países en desarrollo (Coady y Parker, 2002; Handa, 2002). Sin embargo, los datos utilizados en estos estudios, que no incluyeron ningún

cambio importante en el aspecto de la oferta durante los períodos considerados, no permitieron realizar una investigación rigurosa de esta cuestión de política. Si bien hasta la fecha no se ha emprendido ningún estudio similar sobre salud o nutrición, Handa y Davis (2006) observan que la atención de la salud, en particular la atención preventiva de la salud, difiere de la educación en que las asimetrías de información son más agudas y que es probable que las unidades familiares pobres procuren menos la atención por este motivo, lo cual justificaría la intervención gubernamental para corregir esta falla del mercado.<sup>4</sup>

- ii) ***Insuficiente educación y conocimiento sobre salud entre las mujeres pobres.*** La inclusión de charlas educativas sobre la salud, dirigidas principalmente hacia las mujeres de las unidades familiares beneficiarias, como parte de la condicionalidad implica un supuesto de que no es solamente el ingreso insuficiente el motivo de las inversiones inadecuadas en salud en la unidad familiar, sino también una falta de información y educación. La desigualdad de la información y la educación también se corrobora en las encuestas de unidades familiares, pero aún no se ha descompuesto en los impulsores de dicha desigualdad.
- iii) ***Condicionamiento necesario para inducir los niveles deseados de utilización.*** Con el fin de recibir las transferencias de dinero efectivo de CCT de un mes a otro, las unidades familiares beneficiarias deben cumplir con un conjunto de condiciones relacionadas con el uso de los servicios preventivos de salud y la asistencia a sesiones educativas sobre salud. No hay condiciones explícitas sobre la nutrición; en lugar de ello, se esperaba que esto fuera resultado de la combinación del aumento del ingreso proveniente de las transferencias y de los conocimientos sobre nutrición proporcionados por los componentes de educación y capacitación de los programas.

Al condicionar la transferencia a ciertos tipos de comportamientos deseados, los programas de CCT suponen que al hacer menos rígidas las limitaciones presupuestarias debido a las transferencias en efectivos no será suficiente inducir importantes cambios en inversiones en capital humano. En lugar de ello, es preciso imponer una condición que transforme el efecto del ingreso en un efecto de precio, por ejemplo, requerir exámenes médicos regulares.

Es posible que este supuesto no se mantenga. Puede haber un nivel de transferencia que induciría el comportamiento deseado sin condicionamientos ni sus costos afines de monitoreo y oportunidad.

---

<sup>4</sup> Handa y Davis (2006): “La demanda de atención de salud de calidad es difícil de modelar porque es difícil medir (y controlar) el precio exógeno de diferentes alternativas, pero existen pruebas de que tanto la calidad como el acceso son también determinantes importantes de la utilización (Akin, et al., 1995; Jensen y Stewart, 2000).”

**Cuadro 1: Condicionalidad de la salud en los programas de CCT<sup>5</sup>**

<b>Programa</b>	<b>Condición</b>
Brasil-Bolsa Familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>i) Tarjetas actualizadas de inmunización para niños de 0 a 6 años.</li> <li>ii) Las mujeres embarazadas y que están amamantando acuden a visitas regulares a los centros de salud.</li> <li>iii) Los niños de 0 a 15 años acuden a visitas regulares a los centros de salud.</li> </ul>
Colombia-Familias en Acción (FA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>i) Los niños de 0 a 4 años asisten a visitas de control del crecimiento según un protocolo del Ministerio de Salud (6/año para los niños de 0 a 1 año, 2/año para los niños de 1 a 3 años, 1/año para los niños de 3 a 4 años).</li> <li>ii) Asistencia de las madres a talleres bimestrales de educación sobre la salud.</li> </ul>
Honduras-PRAF	<ul style="list-style-type: none"> <li>i) Los niños asisten a consultas de vigilancia del crecimiento según el protocolo del ministerio de salud.</li> <li>ii) Las mujeres embarazadas asisten a por lo menos cuatro consultas de atención prenatal.</li> </ul>
Jamaica-PATH	<ul style="list-style-type: none"> <li>i) Los niños de 0 a 1 año de edad acuden a los centros de salud por lo menos cinco veces al año.</li> <li>ii) Los niños de 1 a 6 años acuden a los centros de salud por lo menos dos veces al año.</li> </ul>
México-Progresas/Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>i) Los niños de 0 a 23 meses están plenamente inmunizados y asisten a consultas de vigilancia del crecimiento cada dos meses.<sup>6</sup></li> <li>ii) Los niños de 24 a 60 meses asisten a consultas de vigilancia del crecimiento cada cuatro meses.</li> <li>iii) Las mujeres embarazadas asisten a por lo menos cuatro consultas de atención prenatal.</li> <li>iv) Las mujeres que amamantan asisten a por lo menos cuatro consultas de atención post parto.</li> <li>v) Otros miembros de la familia asisten una vez al año para reconocimientos médicos.</li> <li>vi) Los miembros adultos de la familia asisten a charlas sobre salud; las mujeres cabezas de familia asisten cada dos meses; otros adultos una vez al año.</li> </ul>
Nicaragua-RPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>i) Asistencia de las madres a talleres bimestrales sobre educación en salud.</li> </ul>

<sup>5</sup> Fuentes: Brasil, Soares et al., 2006; Colombia, Unión Temporal IFS-Econometría S.A.-SEI, 2004; Honduras, Morris et al., 2004b; Jamaica, Mathematica, 2007; México, Hernandez et al., 2004; Nicaragua, Maluccio et al., 2004.

<sup>6</sup> Las visitas incluyen mediciones, distribución de suplementos nutritivos equivalentes al 100% de las cantidades diarias recomendadas de micronutrientes y 20% de proteína, educación para padres sobre nutrición, salud e higiene.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>ii) Esquema actualizado de vacunación para niños de 0 a 1 año (que no se aplica a debido a fallas en los suministros)</li> <li>iii) Los niños menores de 2 años asisten a consultas mensuales de control del crecimiento y de cuidado del bebé.</li> <li>iv) Los niños entre 2 y 5 años de edad asisten a reconocimientos médicos bimestrales.</li> </ul>
--	--

Por lo tanto, debería calcularse la eficacia relativa en función de los costos de un esquema de transferencia condicionado en comparación con uno no condicionado. Una importante fuente potencial de ineficiencia en los programas de CCT es pagar a las personas por lo que ya están haciendo. Con el fin de reducir esta pérdida de eficiencia, los diseñadores de programas deberían modelar idealmente la probabilidad de que un beneficiario dado asista a los servicios de salud condicionados en el marco de diferentes escenarios de transferencias.

La prueba empírica de dichas compensaciones es escasa. Una evaluación comparativa del impacto *ex post*, realizada por Davis et al. (2002) del programa México Progresá y una transferencia no condicionada a agricultores pobres, conocida como Procampo, halló que mientras que los aumentos generales en el consumo de alimentos eran comparables entre los dos programas, los efectos en la salud y la escolaridad fueron considerablemente mayores en el caso de Progresá, lo que hace pensar en que la condicionalidad sí constituyó una diferencia para el logro de las inversiones en pro del niño. Un estudio reciente de una transferencia incondicional a las madres de niños pequeños en Sudáfrica (Agüero et al., 2006) hace pensar en que el efecto en el ingreso puede producir cambios importantes en la situación nutricional entre niños pequeños sin condicionalidad.

Poco se ha hecho en cuanto a los costos generales de los programas, lo que limita el alcance de la evaluación de la eficacia en función de los costos o de la eficiencia de los costos. Caldés et al. (2004) examinan la parte de los costos de programas que se relaciona con la fijación de objetivos y los condicionamientos y vincula estos costos con el tamaño de las transferencias, hallando que entre 21% (RPS) y 27% (Progresá) de los costos del programa se relacionan con estos rubros. El estudio no puede evaluar la eficacia relativa en función de los costos pero señala que el impacto en los resultados en materia de capital humano es grande y considerable en los tres programas estudiados.

- iv) ***Solamente si se vigila la condicionalidad y se exige el cumplimiento se tendrá un efecto.*** Si bien en los programas de CCT se exponen las condiciones, su cumplimiento no se vigila necesariamente. De los casos en los que hubo vigilancia efectiva, como en Colombia, México, Nicaragua y Jamaica, por lo general el cumplimiento es sumamente alto, yendo de 93% de las unidades familiares de Oportunidades de México, que declararon cumplimiento con los protocolos de visitas durante un ciclo reciente (Adato, Coady y Ruel, 2000), a 94% en Jamaica (Mathematica, 2004). En Nicaragua, menos del 1% de las

unidades familiares fueron expulsadas por falta de cumplimiento durante dos años de ejecución (Maluccio y Flores, 2004).

En los casos sin vigilancia, las pruebas son mezcladas.<sup>7</sup> Morris et al. (2004b) hallan efectos nulos en el programa hondureño donde la condicionalidad no se hizo cumplir, si bien los pagos también eran irregulares y pueden ser responsables de la ausencia de efectos observados. Como resultado de ello, los diseñadores de los programas han temido que sin vigilancia de la condicionalidad y los desincentivos para no cumplir (interrumpiendo las transferencias cuando las condiciones no se cumplen) los beneficiarios de los programas CCT no cumplirán con las condiciones del programa.

Hay dos aspectos importantes que pueden contrarrestar este efecto. El primero es que la mera señal por parte de las autoridades (o funcionarios del programa) de que el cumplimiento será vigilado señala a los beneficiarios la importancia de la actividad, un efecto “Westinghouse”. Segundo, la presencia de condiciones implica que existe un riesgo de perder las transferencias, lo cual podría durar mucho tiempo. Las conclusiones de Schady y Araujo (2006) sobre el componente de educación del programa de CCT del Ecuador, en el cual se les dijo a los beneficiarios que el cumplimiento sería vigilado pero no se realizó ninguna verificación, al parecer implica que la mera sugerencia de la condicionalidad fue suficiente para inducir un cambio grande y considerable en el comportamiento de unidades familiares pobres.<sup>8</sup>

Pero todavía no se ha realizado una labor similar en cuanto a la salud. Además, poco se sabe sobre durante cuánto tiempo la mera amenaza de vigilancia del cumplimiento puede sustituir la verdadera vigilancia del cumplimiento.

- v) ***La información induce el cambio de comportamientos.*** Si bien tal vez no sea porque así se ha diseñado, sino por defecto, las charlas educativas sobre salud han tendido a exponer a los beneficiarios en forma pasiva a la información sobre salud. Esperar que este tipo de intervención tenga un efecto en los comportamientos de unidades familiares en la búsqueda de servicios de salud e induzca a la salud implica un supuesto de que la información en sí misma inducirá cambios de comportamientos.
  
- vi) ***La asignación de recursos de CCT por parte de unidades familiares depende de quién es el beneficiario.*** Se sostiene que la transferencia en efectivo debería

---

<sup>7</sup> En Honduras, por ejemplo, se requería que las mujeres depositaran una hoja de asistencia certificada con un código de barras en una urna por cada visita requerida a un centro de salud; no obstante, nunca se suspendió a ningún beneficiario por no cumplir con esto (Morris et al, 2004<sup>a</sup>).

<sup>8</sup> Schady y Araujo (2006) informan los efectos sobre la matrícula que son dos y media veces más grandes que los observados en Progresá. El autor atribuye esta diferencia al nivel mucho más bajo de asistencia y matrícula en escuelas en el Ecuador, en oposición a México. Se observa un fenómeno similar en otras evaluaciones del impacto; los países que comienzan con puntos de referencia más bajos ven efectos más grandes, lo cual puede señalar que el CCT es apropiado en países y zonas más pobres sin la necesidad de intensa vigilancia de la condicionalidad.

realizarse a madres o cuidadoras bajo el supuesto explícito de que es más probable que ellas inviertan en el bienestar de los niños de la unidad familiar. Obsérvese que esto supone implícitamente que la persona que recibe la transferencia también decide en cuanto a su uso.

- vii) ***El suministro de servicios es adecuado o responderá a la demanda.*** Con excepción de los programas de CCT que incluyen fortalecimiento del aspecto de la oferta, como en Nicaragua, la mayoría de los programas supone que la capacidad existente de oferta es suficiente para satisfacer la demanda de los beneficiarios de CCT. Esto puede basarse en la observación común en América Latina y el Caribe de que la productividad de proveedores en el sector público es baja y podría aumentarse si se aumentaran los incentivos aún si otros insumos permanecieran sin cambios. En forma alternativa la esperanza es que los gobiernos y proveedores aumentarán los insumos de la oferta si los beneficiarios comienzan a exigir rendición de cuentas de servicios y proveedores. En otras palabras, como respuesta a las condiciones, es posible que los beneficiarios protesten enfrente al centro de salud hasta que las autoridades de salud pública respondan (como fue el caso recientemente en Panamá como reacción al programa piloto de CCT) o utilicen parte de su dinero efectivo adicional para alentar a los proveedores a que trabajen más horas u obtengan medicamentos y suministros.

Con frecuencia se supone que si el problema radica en el aspecto de la oferta, la transferencia necesita realizarse a este aspecto, idealmente en forma de un incentivo al desempeño, y si el problema es la falta de utilización debida a una falta de conocimientos de los beneficios de la atención preventiva o debido a información deficiente sobre la existencia de los servicios, etc., la transferencia debería realizarse al aspecto de la demanda, es decir, los beneficiarios. No obstante, siguiendo el supuesto de que los beneficiarios están bien informados de los beneficios potenciales de la atención preventiva de salud, si el problema es de calidad y existencia de suministro de atención de salud, los beneficiarios pueden utilizar su dinero adicional de la transferencia en efectivo para incentivar el aspecto de la oferta.

Se necesita una reflexión sobre las alternativas disponibles para aumentar la utilización. En primer lugar, lo ideal es que los responsables de formular políticas determinen si un gobierno con limitaciones presupuestarias debería concentrarse en la cantidad (es decir, aumentar la utilización) y no en la calidad (es decir, mejora la eficacia de los servicios existentes que se proporcionan a los usuarios existentes). Luego está la cuestión de las intervenciones alternativas para aumentar la utilización.

- viii) ***La utilización de los servicios de atención de salud (pública) mejorará el estado de salud.*** Al imponer condiciones a la utilización de los controles de salud preventiva, principalmente en establecimientos de salud del sector público, los programas de CCT suponen claramente que estas medidas mejorarán el estado de salud. Esto es un supuesto de varios niveles que se relaciona tanto con la calidad

de los servicios que se prestan en los establecimientos públicos como con la calidad y la eficacia de productos y servicios sustitutos.

- ix) ***Los impactos en la salud que se miden son los que pueden esperarse que se vean afectados por el programa y se miden en forma apropiada.*** Este supuesto tiene validez si el programa aborda concretamente los factores que afectan tanto las decisiones en materia de atención de salud como los resultados en salud. Por ejemplo, los programas de CCT pretenden alcanzar la reducción de la mortalidad infantil y materna; sin embargo, dependiendo del contexto, estos resultados pueden verse más influidos por la disponibilidad y uso de un hospital de calidad durante el nacimiento que el estado nutricional de la madre, que se ve más directamente afectado por un programa de CCT. Además, se supone que los instrumentos de evaluación utilizados para medir la eficacia de los programas son apropiados y suficientes para captar los cambios que surgen como resultado de la intervención. Por ejemplo, en regiones pobres donde una porción considerable de los nacimientos tienen lugar fuera de las instalaciones de salud, el hecho de que los programas de CCT evalúen la mortalidad infantil y materna sobre la base de los informes de estos establecimientos, en lugar de hacerlo mediante encuestas por muestreo, puede llevar a una subestimación considerable de estas medidas.

El modelo de efecto del programa, es decir, el cambio de salud debido a la participación en un programa de CCT y el cumplimiento con las normas del mismo, y los supuestos subyacentes, se representa en forma esquemática en el gráfico 1.

En Colombia, México y Nicaragua los programas modelaron los efectos que los programas habrían de tener en la pobreza, la desigualdad, el consumo y la asistencia escolar con el fin de proporcionar un marco para determinar los resultados de las evaluaciones. Pocos programas modelaron los efectos en la salud, con excepción de la demanda de servicios de salud en Honduras y los efectos en la nutrición en México y Nicaragua. Sin bien la omisión general del impacto en la salud en el marco de evaluación general podría ser resultado de la falta de vínculos entre los conjuntos de datos de ciertos tipos de resultados, como el estado nutricional o el uso de tipos específicos de atención preventiva en la mayoría de los casos, al parecer los objetivos de salud y nutrición fueron esencialmente ideas posteriores que se consideraron que eran “buenas” pero que no ameritaban un análisis más profundo.

## Gráfico 1: Marco de efecto del programa de CCT

### *Evaluación del impacto del programa*

[Primera línea]

Supuestos i) y ii)  
Supuestos iii) iv) y v)  
Supuesto viii)  
Supuesto ix)

[Segunda línea]

Programa CCT  
Condiciones:  
- No. de visitas a clínicas  
- No. de charlas sobre salud  
Comportamiento/demanda de salud  
- visitas a clínicas  
- charlas sobre salud  
- nutrición mejorada  
- medicinas, etc.  
Efecto en la salud  
Mediciones del efecto en la salud

[Tercera línea]

Dinero en efectivo  
Supuesto vi)  
Oferta de salud

[Cuarta línea]

Supuesto vii)  
Insumos al aspecto de la oferta

[Al margen entre llaves] Las limitaciones\* individuales y comunitarias se controlan en las evaluaciones del impacto.

.....

\* Limitaciones/recursos del individuo: ingreso, educación, información, dotación genética, preferencias, etc.

Recursos/limitaciones de la comunidad: precios, ubicación de proveedores, entorno de enfermedades, normas culturales, leyes, etc.

### III. Otras características del diseño de los programas de CCT

El material escrito existente describe y analiza bien el diseño y las características de ejecución de los programas de CCT (Handa y Davis, 2006; Rawlings y Rubio, 2003). En reconocimiento de estos esfuerzos, en este trabajo se resumirá apenas brevemente esta labor con la meta de proporcionar la información de antecedentes necesaria para la discusión.

**Diseño y estructura de las transferencias.** Los tamaños de las transferencias relacionados con las condiciones de salud y nutrición son generalmente una suma global. Ha habido varios enfoques diferentes al diseño de la transferencia. En Colombia, Jamaica y México el monto de la transferencia de salud y nutrición constituye la diferencia entre el consumo de una unidad familiar sumamente pobre promedio y la línea de pobreza de alimentos, con algunas variaciones (por ejemplo, la brecha de indigencia per cápita para niños menores de 6 años solamente). El objetivo de este tipo de transferencia es, en promedio, pasar a las unidades familiares que viven en la indigencia a un nivel mínimo de consumo. Además de las necesidades básicas y la cuestión política, se consideró que el consumo mínimo era un requisito previo para la inversión en capital humano. Otro enfoque, que se utilizó en Honduras, es basar el monto de la transferencia en los costos de oportunidad del acceso a la atención de salud, que ha tenido como resultado una transferencia mensual promedio más baja. Para los fines del presente trabajo, es importante señalar que la estructura de suma global de la donación en salud y nutrición favorece a las familias más pequeñas, lo cual puede afectar los efectos del programa, y que es el monto combinado de la transferencia, que representa tanto los subsidios escolares como de salud y nutrición, lo que influye en los resultados logrados en los programas que se evaluaron. En promedio, los montos de los pagos oscilan entre 10% y 25% del consumo total entre las unidades familiares beneficiarias.

**Cuadro 2: Montos de pago en dólares estadounidenses corrientes<sup>9</sup>**

Programa	Beneficio monetario mensual	Transferencia mensual promedio	Transferencia promedio como porcentaje de la línea de pobreza	Porcentaje de consumo de la unidad familiar previo a la transferencia
Brasil-Bolsa familia	\$18/unidad familiar; \$5/hijo hasta 3 hijos	\$24	12%	No declarado
Colombia-Familias (FA)	\$20/unidad familiar; \$6/	\$50	No declarado	30%

<sup>9</sup> Se reproduce este cuadro con el gentil permiso de Handa y Davis (2006).

	hijo en edad primaria; \$12/hijo en edad secundaria			
Honduras-PRAF	\$4/unidad familiar; \$5/hijo	\$17	8%	10%
Jamaica-PATH	\$9 por miembros elegibles de la unidad familiar (hijo, anciano, discapacitado)	\$45	16%	20%
México-Progres/Oportunidades	\$13/unidad familiar; US\$8-17/hijo en edad primaria; \$25-32/hijo en edad secundaria; donación única \$12-22/hijo para útiles escolares	\$20	23%	25%
Nicaragua-RPS	\$18/unidad familiar; \$9/unidad familiar adicional con un hijo en edad escolar; \$20/año/hijo para útiles escolares	\$25	18%	20%

**Elegibilidad para las transferencias y fijación de objetivos para las mismas.** Los programas de CCT se dirigen a familias pobres; en la mayoría de los casos, familias con hijos. Una característica central de los programas de CCT es el uso de estrategias explícitas para los objetivos a fin de determinar la elegibilidad para los beneficios.

PRAF y RPS aplican solamente estrategias de objetivos geográficos. Se identifican las localidades pobres mediante el uso de un índice de bienestar que por lo general se prepara sobre la base de información de censos y encuestas, las localidades de los programas se seleccionan al azar hasta una limitación presupuestaria y todas las unidades familiares de las localidades seleccionadas son elegibles para inscribirse en el programa. Progres/Oportunidades, FA y Bolsa Familia aplican una primera ronda de objetivos

geográficos de las localidades, seguida de la aplicación de sustitutos de pruebas de medios o prueba de ingreso directo para identificar las unidades familiares que reúnen los requisitos para participar en los programas. A veces se establecen otras condiciones para la participación de las localidades; por ejemplo, el programa FA requiere que las municipalidades participantes tengan un banco disponible en el radio de una zona de referencia geográfica dada, así como suficiente oferta de servicios de salud y educación para satisfacer los aumentos esperados de la demanda.

Con excepción de Progres/Oportunidades, los programas de CCT restringen la entrada solamente a las unidades familiares pobres con niños pequeños, niños en edad escolar y mujeres embarazadas; se excluyen todas las otras unidades familiares. Las categorías de niños que reúnen los requisitos varían dependiendo de 1) la estrategia de nutrición del país, que fija ciertos grupos de edad como metas (las prioridades han cambiado de niños de 0 a 5 años a niños de 0 a 3 años, rara vez se incluyen a niños de 6 años); 2) la edad oficial de inicio de la escuela; y 3) si el objetivo del programa es principalmente la creación de capital humano o nivelación del consumo. Por ejemplo, en el PRAF los niños menores de 3 años y los de 6 a 12 años que no han finalizado el cuarto grado de la escuela primaria no son elegibles; las unidades familiares con niños entre 3 y 6 años y sin niños de otros grupos de edad se excluyen. En RPS, los niños pequeños de hasta 5 años son elegibles y los niños en edad escolar de 7 a 13 años son elegibles pero se excluyen las unidades familiares con niños de 6 años y sin niños en otros grupos de edad.

Coady, Grosh y Hoddinott (2004) han examinado la eficiencia de diferentes estrategias de fijación de objetivos y hallaron que, si bien el desempeño de las pruebas de medios varía considerablemente según la capacidad de ejecución, estos instrumentos presentan los mejores resultados en términos de errores de inclusión y exclusión y pueden ser eficaces en función de los costos en entornos específicos. Si bien se informó que la estrategia de fijación de objetivos de México generaba conflictos sociales relacionados con unidades familiares individuales fijadas como objetivos en comunidades con mayoría pobres (Adato, Coady y Ruel, 2000; Coady, 2000) y hay algunas pruebas de que se ha jugado con los beneficiarios del sistema de fijación de objetivos, las ganancias en materia de eficiencia de la fijación de objetivos de unidades familiares parece ser considerable, en particular a medida que los programas se amplían para incluir entornos más heterogéneos económicamente, como las zonas urbanas. Por ejemplo, un estudio del IFPRI (2002b) para el RPF de Nicaragua demuestra que el agregado de los objetivos de unidades familiares a los objetivos geográficos pudo haber aumentado la proporción de beneficios en efectivo que llegan a los pobres de aproximadamente 88% a 95%, mientras que los índices de salidas habrían disminuido de 15% a 5%. Handa y Davis (2006) proporcionan un panorama general excelente de las prácticas de fijación de objetivos de diferentes programas y sus repercusiones para la selección.

Al examinar la eficacia de la transferencia en llegar a los que se encuentran en mayor riesgo de salud y nutrición deficiente, los estudios han hallado que las pruebas de medias de ingreso o consumo parecen funcionar igualmente bien como cuando se utilizan criterios específicos de nutrición para la fijación de objetivos (MNPTSG, 2002).

Al igual que con los instrumentos de fijación de objetivos, el uso de fijación de objetivos de unidades familiares individuales también tiene limitaciones, que pueden ser importantes si el programa ha de servir como red de protección. La selección de unidades familiares sobre la base de determinantes de la pobreza que surge de un análisis de componentes principales ha tendido a dar prioridad a familias con niños pequeños sin excluir a las unidades familiares pobres sin niños pequeños o con jefes de familia ancianos (el programa de Colombia excluye a unidades familiares sin niños pequeños para la donación por salud y nutrición en cualquier caso). Sin embargo, a esta estrategia también se ha debido los mejores resultados de fijación de objetivos puesto que estas unidades familiares tienden a ser más pobres que las que no tienen niños pequeños (MNPTSG, 2002). También se han detectado problemas en torno al uso de límites de elegibilidad en puntos específicos, lo cual excluye algo arbitrariamente a unidades familiares que pueden diferir de las elegibles de maneras insignificantes, lo que lleva a los efectos comunitarios adversos observados en la evaluación de Progresá. Por último, mientras que la fijación de objetivos de unidades familiares individuales puede mejorar la eficiencia del programa en entornos más heterogéneos, en comunidades rurales pequeñas y sumamente marginadas, la experiencia mexicana hace pensar en que la fijación de objetivos geográficos por sí sola es suficiente y que la estrategia de objetivos más precisos empleadas por el programa no es eficaz en función de los costos.<sup>10</sup>

El proceso de recalificación de beneficiarios de los programas varía de un país a otro. México aplica en forma periódica el cuestionario de la prueba de medios por sustitución a beneficiarios existentes y potenciales. Se puede incorporar nuevas familias y determinar que son inelegibles los beneficiarios existentes que ya no son pobres, según lo define la prueba de medios. Colombia y otros países inicialmente fijaron términos de elegibilidad limitados, por lo general relacionados con la duración esperada del financiamiento disponible, pero desde entonces han modificado la estrategia pasando a una más similar a la de México. En el caso de países que proporcionan beneficios a personas que integran unidades familiares pobres en lugar de a la unidad familiar en general, las características sociodemográficas de la unidad familiar beneficiaria (por ejemplo, la presencia de niños en edades elegibles) determina la continuación de la elegibilidad.

La mayoría de los programas de CCT han aumentado gradualmente y, con excepción de Oportunidades al 2005, son programas que no llegan al universo de sus beneficiarios propuestos. Esto se ha debido al deseo de poner a prueba procedimientos operativos y medir los resultados del programa utilizando métodos de evaluación del impacto, pero también se atribuye a las limitaciones presupuestarias.

---

<sup>10</sup> No obstante, cabe señalar que hay otras motivaciones para el uso de las pruebas de medios individuales basadas en fórmulas (por sustitución) como la reputación del programa por su imparcialidad y transparencia. La estrategia de fijación de objetivos de México se basó en dichas motivaciones, sin bien la percepción de los beneficiarios fue considerablemente diferente. El personal técnico creyó en su transparencia e imparcialidad aún cuando los beneficiarios se quejaron de que no podían entender de qué manera se determinaba la elegibilidad; probablemente ambos sean importantes.

**Cuadro 3: Características de los beneficiarios de CCT<sup>11</sup>**

Programa	Números de unidades familiares beneficiarias	% de pobres	Año de inicio
Brasil-Bolsa Familia	~2-5 millones (2004) <sup>12</sup>	No declarado	2003
Colombia-FA	362.000 (2005)	87% pobres; 44% indigentes	2001
Honduras-PRAF	30.000 (2005)	5% pobres extremos	2000
Jamaica-PATH	180.000 (2005)	No declarado	2001
México-Progres/Oportunidades	5.000.000 (2005)	100% pobres extremos	1997
Nicaragua-RPS	30.000 (2004) – ahora cerrado	Municipalidades cuyas zonas rurales eran: 31%-61% pobres extremos; 78%-90% pobres	2000

**Arreglos operativos.** La tendencia ha sido que los programas de CCT han sido ejecutados por entidades creadas especialmente y vinculadas directamente a oficinas presidenciales u otras unidades semiautónomas de ejecución de proyectos. Como tales, son institucionalmente separadas de los gobiernos locales y ministerios de operaciones, como el Ministerio de Salud. Esto parece haber contribuido al rápido ritmo de ejecución que se observó en la mayoría de los programas pero también ha generado fricción institucional y burocrática entre los asociados de ejecución.

En general, el ciclo de proyectos de un programa de CCT comprende una secuencia aproximada de actividades, como sigue: i) selección de áreas del programa (objetivo geográfico) y coordinación con los sectores de salud y educación; ii) identificación de unidades familiares beneficiarias (objetivo de unidades familiares); iii) inscripción de beneficiarios, que por lo general comprende reuniones con beneficiarios en cada comunidad para informar a los participantes de sus derechos y responsabilidades en el marco del programa; iv) organización de respuestas de la oferta antes de la entrega de transferencias de demanda y entrega de transferencias de oferta, donde se aplique (Honduras, Nicaragua); v) verificación de la condicionalidad que comprende la distribución, recolección y tramitación de registros de asistencia a clínicas y escuelas; vi) entrega de transferencias de demanda, calculando las transferencias sobre la base de

<sup>11</sup> Fuentes: Brasil, Soares et al., 2006; Colombia, Glassman y Todd, 2006; Honduras, Alvarez et al., 2005; Jamaica, Mathematica, 2004; México, BID, 2005; Nicaragua, Maluccio et al., 2004.

<sup>12</sup> Los registros administrativos de Bolsa Familia indican 5,04 millones de beneficiarios mientras que los datos de la encuesta de unidades familiares muestra aproximadamente 2,09 millones (Soares et al., 2006). La discrepancia no se explica en su mayor parte si bien se atribuye a un período de transición de la Bolsa Escola/Alimentação a Bolsa Familia.

niveles de cumplimiento, informando a los beneficiarios sobre las transferencias programas y asegurando que el desembolso y pago de transferencias por medio de bancos o correo se realice en forme oportuna y ordenada; y vii) vigilancia y evaluación internas, incluida supervisión, verificaciones esporádicas, auditorías y otros.

**Condiciones de la oferta.** En algunos países, antes de implantar la parte de la demanda hay un mínimo de condiciones de oferta que se deben reunir. En Colombia, tomó la forma de una proporción mínima de proveedor/infraestructura a beneficiario y la disponibilidad de “espacio” para producir más visitas con respecto a una proporción estándar. En México, se establecieron distancias mínimas a los establecimientos. En Honduras y Nicaragua, sin embargo, los programas de CCT fortalecieron el aspecto de la oferta con el propósito de responder a las presiones relacionadas con el aumento de la demanda de servicios y la posibilidad de que la calidad pudiera disminuir como resultado de una mayor productividad. Este fortalecimiento tomó la forma de contratación de proveedores privados para el suministro de un conjunto de servicios y charlas educativas sobre salud en Nicaragua (US\$160/beneficiario/año) y apoyo a un paquete básico y de mejoramiento de la calidad por medio de centros de salud pública en Honduras (US\$6.000/centro de salud/año). En ambos casos, hubo considerables demoras relacionadas con la ejecución de estos componentes, las cuales fueron mayores que las relacionadas con el diseño y lanzamiento de un programa de CCT totalmente nuevo.

#### **IV. Resultados de la evaluación**

Los programas de CCT latinoamericanos comprenden componentes de evaluación del impacto, situación que no tiene precedentes en la región y se debe principalmente a cuatro factores. Como primer ejecutor, el programa Progresá de México llevó a cabo una evaluación experimental del impacto de lo más moderna. Esto llevó a una extensa documentación y difusión de los resultados del programa, lo que a su vez llevó a la durabilidad del programa en un período de transición política y generó demanda de evaluaciones similares en países que siguieron el modelo mexicano. En segundo lugar, como el uso de transferencias de dinero en efectivo como red de protección era relativamente nuevo en la mayoría de los países, los responsables de formular políticas hallaron que era necesario demostrar la eficacia en el logro de los resultados de desarrollo frente a modalidades alternativas, tales como los subsidios en especies. En algunos casos, se utilizaron resultados de la evaluación como justificación técnica para la eliminación de estos subsidios, que sufrían de problemas de fijación de metas y eficacia. En tercer lugar, la rápida expansión de los programas y la magnitud de las poblaciones beneficiarias generaron una necesidad de evaluaciones como herramienta de rendición de cuentas para el gobierno; el uso de evaluadores independientes ha protegido a los programas contra las acusaciones de politización.<sup>13</sup> Por último, con excepción de México que financió la primera fase de Progresá independientemente, la participación del Banco Interamericano del Desarrollo y el Banco Mundial parece haber estimulado la inclusión de una

---

<sup>13</sup> Sin bien hay pruebas de ampliaciones preelectorales de las poblaciones beneficiarias —aunque siempre con la aplicación de los mismos criterios de fijación de objetivos— en Colombia y México.

evaluación de impacto, lo que hace que la experiencia sea particularmente interesante de examinar a la luz de los bajos índices de evaluación de otros programas.

**Objetivos y características de la evaluación.** Las evaluaciones procuraron confirmar la existencia y medir el tamaño de los impactos esperados, determinar efectos no anticipados, comprender las percepciones de los beneficiarios y de los interesados directos del programa y verificar que los beneficios del mismo se prestaran de manera eficaz en función de los costos. Para lograr estos objetivos, las evaluaciones de CCT tienen diseños experimentales (Honduras, México, Nicaragua) o cuasiexperimentales (Colombia, Ecuador, Jamaica), con observaciones repetidas de grandes muestras de unidades familiares en grupos de tratamiento y de control por medio de encuestas diseñadas especialmente y realizadas antes y después de la ejecución de los programas. Se cuenta con encuestas de escuelas y centros de salud o datos administrativos sobre la oferta en zonas de intervención de los programas en Colombia, Honduras y México, y cuatro países incluyeron una evaluación cualitativa sobre algunos aspectos de la operación y los efectos de los programas.

En general, las evaluaciones diseñadas de manera experimental constituyen el mejor intento de medir el impacto de los programas de CCT ya que el sesgo de selección de la muestra es limitado por medio de asignaciones aleatorias. Los diseños cuasiexperimentales deben superar la cuestión de la selección, pero cuando se realizan con cuidado pueden limitar el sesgo que resulta de ello y hay muchas estrategias econométricas disponibles para superar las limitaciones de diseño. Algo que se trata con menor frecuencia es la portabilidad de los resultados tanto dentro del país como entre países. Es raro ver que una evaluación se diseñe de tal manera que los impactos puedan estimarse para toda la población de beneficiarios a los que se quiere llegar. Las evaluaciones de Oportunidades, PRAF, RPS y PATH tienen carencias de este tipo ya que las muestras de las evaluaciones (o las fases piloto sobre las cuales se realizaron las evaluaciones) no son representativas de la población beneficiaria total o potencial. Por ejemplo, las evaluaciones de PRAF y RPS se realizaron en fases piloto, que se implantaron en una porción seleccionada del país. En el caso de PRAF, el grupo beneficiario piloto representaba las comunidades más empobrecidas del país. En el caso de RPS, la fase piloto no se ofreció a las localidades más pobres, pero aún así no era representativa de todos los beneficiarios potenciales. En el cuadro 4 se resumen las características de los datos de evaluaciones publicados por país; solamente se notifican datos correspondientes a un subconjunto de programas que han finalizado y notificado sobre por lo menos una ronda de recolección de datos posteriores al programa: Colombia, Honduras, México y Nicaragua.

**Cuadro 4: Resumen de datos de evaluación por país**

	País			
	México	Honduras	Nicaragua	Colombia
<i>Período de evaluación</i>	Rural: 1997-1999 Urbana: 2002-2003	2000-2002	2000-2002	2002-2003
<i>Fijación de objetivos</i>  nivel (método)	localidad y unidad familiar (índice de marginalidad)	Localidad (índice de prioridad)	Municipalidad (70 con el nivel más bajo (haz) de alumnos de primer grado)	Localidad (reúne 4 criterios) y unidad familiar (SISBEN 1)
<i>Diseño de la evaluación</i>	Rural: experimental urbano: cuasiexperimental	Experimental	Experimental	Cuasiexperimental
<i>Principal metodología de evaluación</i>	Diferencia en diferencias; pareamiento por puntaje de propensión (urbano)	Diferencia en diferencias	Diferencia en diferencias	Diferencia en diferencias; pareamiento por puntaje de propensión
<i>Tamaño de la muestra (Panel)</i>  Unidades familiares (individuos)	Rural: ~22.000 (~110.000) Urbano: 17.201 (76.002)	5.096 (25.777)	1.396 (~8.500)	10.742 (64.500)

**Resultados seleccionados de las evaluaciones.** En esta sección se resume la información publicada sobre los productos y resultados relacionados con la salud y la nutrición que existen actualmente en lo publicado sobre el tema. Como se señala en el anexo adjunto, cada diseño de muestra de evaluación determinó el tipo de análisis que podía realizarse sobre los datos y cada cuestionario determinó qué resultados fueron medidos y notificados. En general, a menos que se indique lo contrario, se notifican los estimados de los impactos de diferencia en diferencias.

**Productos: Utilización.** Como se reseñó anteriormente, se piensa que el uso de la atención preventiva de salud es un insumo importante para mejorar en general la salud infantil, y el uso de esta atención con frecuencia está correlacionado fuertemente con indicadores de antecedentes familiares, como el aprovechamiento educativo de los padres. Por lo tanto, uno de los productos principales que se espera de los programas de CCT es mitigar la ventaja de los antecedentes socioeconómicos en la determinación de la probabilidad del uso de los servicios. Todos los programas estipularon la utilización de

servicios preventivos de salud como condición para recibir las transferencias y, como tales, estos indicadores se midieron utilizando encuestas administrativas y de unidades familiares en todos los programas.

A corto plazo, se espera que los programas de CCT aumenten la utilización de los servicios de salud preventivos y curativos. Dado el incentivo de utilizar a los proveedores de atención de salud pública, se podría esperar una disminución de la utilización de los servicios de atención de salud privado. Además, se mejora el acceso a los servicios de atención de salud preventiva y la provisión de servicios se lleva a cabo de manera adecuada, debería esperarse una reducción del número y de la gravedad de los episodios de salud que, a su vez, deberían reducir el número de vías de hospitalización.

Gertler y Boyce (2001) investigaron el impacto de Progresá en las visitas a las clínicas públicas empleando datos administrativos y hallaron que, tras la introducción del programa de 1997, los índices de visitas a clínicas en las localidades de Progresá son en promedio más elevado que en las localidades que no tienen Progresá, y la diferencia crece con el tiempo a medida que más localidades de Progresá comienzan a proporcionar beneficios. Se registran aproximadamente 2,09 más visitas por día, o alrededor de 18,2% más visitas a establecimientos de salud en las áreas de Progresá en comparación con las que no tienen Progresá (que es probable que sean tanto beneficiarios de Progresá y efectos secundarios en los beneficiarios que no son de Progresá; véase Handa et al., 2001). Además, utilizando los datos de la encuesta de evaluación, Gertler y Boyce (2001) sugieren que Progresá aumentó la utilización de las clínicas públicas en 53% en general.

Como era de esperar, la utilización de los servicios condicionados de salud preventiva aumentó en forma considerable en promedio entre los pobres como resultado de los programas de CCT. El grado de este aumento varió en magnitud, en general siendo mayor en los entornos de referencia de bajo uso como las zonas rurales y las unidades familiares más pobres. También hay algunos resultados sorprendentes con respecto a la distribución de edad de la utilización, siendo los efectos más pronunciados en algunos de los programas fuera del grupo de edad más joven (0-3 años de edad), que los analistas atribuyen a elevadas tasas preexistentes de uso entre esta población o reducción de la necesidad de atención curativa debido al impacto positivo de las transferencias en el estado nutricional de las madres.

**Cuadro 5: Efectos de los programas en la utilización de los servicios de salud<sup>14</sup>**

<b>Indicador/país</b>	<b>México (1998-2000) 15, 16, 17,</b>	<b>Honduras (2000-2002)<sup>18</sup></b>	<b>Nicaragua (2000-02)<sup>19</sup></b>	<b>Colombia (2001-2003)<sup>20</sup></b>
Visitas a clínicas públicas para niños (período de referencia)	Rural 0-2 años de edad 1,5% de disminución  3-5 años de edad Ningún impacto  (últimos 6 meses)	0-3 años de edad 20,2% puntos de aumento de la base de 44%  (proporción tomada a centro de salud en los últimos 30 días)	0-3 años de edad 11% de puntos de aumento de la base de 69,8%  (últimos 6 meses)	0-2 años de edad 30% de aumento  2-4 años de edad 50% de aumento  (completó las visitas apropiadas a la edad)  base de 29,2% para todos los niños de 0 a 6
Visitas de atención prenatal (número de visitas; detalle)	Rural Ningún impacto  Urbano <sup>21</sup>	18,7% de puntos de aumento de la base de 37,9%	No declarados	No declarados

<sup>14</sup> Como se señaló al comienzo de esta sección cada diseño de muestra de la evaluación determina el tipo de análisis que podría realizarse de los datos. En general, se utilizan estimaciones de diferencia en diferencias para informar los impactos.

<sup>15</sup> En México, la utilización no se incluyó en la encuesta de referencia, lo que requiere estimaciones de primeras diferencias del impacto. Las estimaciones del impacto en la utilización en México también se realizaron utilizando diferencia en diferencias con los datos administrativos a nivel de establecimientos de salud, que estaban disponibles antes y después del programa. Los datos administrativos confirmaron un aumento de la utilización en las comunidades de los programas, pero estas estadísticas sobre utilización no se desglosaron por grupo de edad.

<sup>16</sup> Utilización de establecimientos de clínicas públicas por niños, Gertler y Boyce (2001).

<sup>17</sup> Visitas de atención prenatal, Prado et al., (2004).

<sup>18</sup> El impacto se refiere al conjunto de unidades familiares solamente (es decir, solamente subsidios en el aspecto de la demanda), como lo informan Morris et al. (2004b).

<sup>19</sup> Maluccio y Flores (2004).

<sup>20</sup> Unión Temporal IFS-Econometría, S.A.-SEI (2004); no se informaron por separado las medidas de la referencia de Unión Temporal IFS-Econometría, S.A.-SEI (2001b) correspondientes a los grupos de edad de 2 años para los cuales se estimaron los impactos.

<sup>21</sup> El período de referencia es 2002-2003 para las zonas urbanas.

	6,12% puntos de aumento de la base de 56%	(5 o más; último embarazo)		
	(5 o más)			

Si bien los datos de utilización correspondientes a los niños en el programa de México demuestran poco efecto, el uso de la atención preventiva general por unidades familiares parece haber aumentado en forma marcada. En general, Oportunidades aumentó el número promedio de visitas de atención preventiva de la salud por miembros de las familias beneficiarias en 20%. La investigación cualitativa y los datos administrativos confirman estos patrones; Meneses et al. (2005) informan que el motivo principal de la última visita a un establecimiento de salud era la cita condicionada por Oportunidades o las charlas educativas en salud (74%-86%), mientras que las enfermedades solamente representaron de 17% a 22%.

El mayor uso de la atención preventiva también puede reflejar aumentos en los conocimientos y prácticas en cuanto a la salud, pero es imposible distinguir los efectos de la condicionalidad de los relacionados con mayores niveles de conocimientos. INSP y CIESAS (2003) utilizaron datos mensuales a nivel de establecimientos de salud de los registros administrativos de los establecimientos públicos manejados por IMSS-Solidaridad, y hallaron que la proporción de consultas preventivas aumentó a un ritmo mayor en las comunidades incorporadas y la proporción de visitas de niños con desnutrición grave disminuyó gradualmente con la duración de la incorporación de la comunidad.

Progres/Oportunidades también reducen la posibilidad de hospitalización en un 2,5% (Gutiérrez et al., 2005, Gertler y Boyce, 2001). El estudio de 2001 muestra que las estadías de internación en hospitales de los niños de 0 a 2 años disminuyeron en más de la mitad y las visitas a médicos privados disminuyeron un tercio. Los resultados fueron similares para el grupo de 18 a 50 años de edad, pero mezclados para el grupo de 50 y más años de edad; Gertler y Boyce (2001), informan grandes reducciones y Gutiérrez et al. (2005) informan un aumento de 22% en el mismo grupo de edad.<sup>22</sup> Cuando ocurren hospitalizaciones, es probable que los beneficiarios de Oportunidades pasen en el hospital períodos más cortos; el promedio de duración de estadía es de 1,35 días menos que entre los no beneficiarios. Si bien estos análisis todavía no han aclarado si las disminuciones de hospitalización son resultado de más o mejor utilización de los servicios de prevención o efectos de mejores conocimientos, tomados en conjunto con el aumento general de la utilización de servicios de atención preventiva, al parecer el programa tiene éxito en reducir la frecuencia y la gravedad de la morbilidad (véase la sección sobre morbilidad para mayores detalles).

Handa et al. (2001) examinaron una hipótesis adicional de que Progres generó efectos comunitarios o secundarios en los no beneficiarios sobre la base de informes anecdóticos

<sup>22</sup> No obstante, el estudio observa que la capacidad estadística de identificar diferencias es limitada ya que la hospitalización es un episodio no frecuente. (Gutiérrez et al., 2005).

de agentes de salud en las comunidades de Progresá que indicaron que el uso general de los servicios había aumentado debido a un efecto de demostración (que no sería pertinente en los casos en que no se aplica la fijación de objetivos de unidades familiares individuales). Estos autores hallaron que los índices de asistencia a establecimientos de salud para niños no beneficiarios que viven en las comunidades de Progresá fueron 5% más altos que los niños no elegibles que viven en comunidades que no participan en Progresá, lo cual indica que las evaluaciones del impacto en los beneficiarios únicamente subestiman los efectos plenos del programa.

Oportunidades tuvo efectos opuestos con respecto al uso de la atención prenatal. El estudio del INSP y CIESAS (2003) no halló diferencias considerables con respecto a la proporción de atención prenatal iniciada durante el primer trimestre del embarazo entre los tres grupos de clínicas analizadas, así como tampoco se halló un aumento importante en general en esta proporción. Prado et al. (2004) hallan que el porcentaje de nacimientos con la atención prenatal adecuada, que se define como por lo menos 5 visitas durante el embarazo, aumentó en 6,12 puntos porcentuales entre 2002 y 2003 entre los beneficiarios urbanos. No obstante, utilizando la muestra rural, los autores no hallaron ningún impacto. Se halló que los grupos de intervención procuran atención prenatal más temprana durante el embarazo, realizan un número mayor de visitas de atención prenatal y una proporción más elevada de este grupo tiene un índice satisfactorio de atención prenatal en comparación con el grupo de control. No se hallaron efectos significativos en atención calificada durante los partos (Prado et al., 2004).

Las familias beneficiarias en Oportunidades pueden haber cambiado su comportamiento en cuanto a búsqueda de atención de la salud, sustituyendo los servicios públicos por servicios privados; la evaluación en mitad de período en zonas rurales señala que el uso de los servicios de salud pública aumentó en la misma proporción en que disminuyó el de servicios privados (Gutiérrez et al., 2005) lo que indica posiblemente la sustitución de proveedores de atención de salud pública privados por públicos.

En el caso del PRAF, IFPRI (2003) informó un aumento en el porcentaje de niños menores de 3 años que acudió a una clínica de salud en los últimos 30 días en alrededor de 20 puntos porcentuales, de los que han tenido un control del crecimiento en los últimos 30 días, en 20-22 puntos porcentuales y de los que han sido pesados en los últimos 30 días en aproximadamente 15 puntos porcentuales. Los evaluadores del PRAF también registraron un aumento de aproximadamente 20 puntos porcentuales en el porcentaje de mujeres embarazadas que habían tenido por lo menos 5 controles prenatales. Morris et al. (2004b) evalúan el impacto del PRAF en el uso de la atención prenatal, vacunación y control del crecimiento. Se hallaron efectos considerables solamente en los grupos que recibieron tratamientos de demanda (transferencias) y no entre las unidades familiares que solamente se beneficiaron de las intervenciones del aspecto de la oferta. Morris et al. (2004b) también informan que los aumentos de utilización se concentraron entre niños de 1 a 5 años de edad.

RPS produjo un aumento promedio considerable de 11 puntos porcentuales en el porcentaje de niños menores de 3 años cuyos padres los habían llevado para control de la

salud en los 6 meses anteriores a la evaluación en 2002. Se registró un efecto promedio de 17,5 puntos porcentuales adicionales con respecto a los niños que habían sido llevados a un proveedor de salud y pesados (Maluccio y Flores, 2004). Los efectos promedio del programa son más grandes en las unidades familiares más pobres. Los efectos fueron más pronunciados en niños de 3 a 5 años de edad. A diferencia del caso mexicano, en el que las familias beneficiarias sustituyeron la atención pública por la privada, el programa de Nicaragua proporcionó servicios a familias beneficiarias de contratos con ONG proveedoras. En este entorno, algunas familias beneficiarias pueden haber sustituido la atención privada o de ONG por la pública, con el posible resultado de un aumento en la utilización también entre las unidades familiares de control, dado que las zonas de control están geográficamente adyacentes y la demanda de servicios relacionados con los beneficiarios cambió.

Los niños beneficiarios de FA también presentaron aumentos pronunciados de visitas a proveedores de atención de salud para control del crecimiento; un aumento de alrededor de 30 puntos porcentuales entre niños menores de 24 meses y 50 puntos porcentuales entre niños de 24 a 48 meses, todo lo cual constituyen diferencias altamente significativas (Unión Temporal IFS-Econometría, S.A.-SEI 2004). No se observaron diferencias entre los mayores de 48 meses.

Si bien las evaluaciones de CCT permiten determinar los cambios en las prácticas de los beneficiarios en cuanto a búsqueda de atención con respecto al número total de visitas, en particular las de control de la salud del niño, los análisis publicados hasta la fecha proporcionan poca información sobre el número de suposiciones y causales descritas anteriormente que, a su vez, limitan la interpretación de los resultados.

En primer lugar, la motivación subyacente para un aumento de la utilización puede estar relacionada realmente con la condicionalidad del programa, pero también podría ser resultado de una combinación de varios de los factores en que influyen los programas, como un aumento de los conocimientos de salud de los padres, el suministro de suplementos nutricionales en centros de salud pública, el aumento del ingreso, la mejora del estado nutricional y de las prácticas de salud que reducen la necesidad de la utilización de los servicios y las mejoras en la calidad de la oferta. Con excepción del diseño del PRAF que incluía cuatro grupos de estudio (transferencias de efectivo, aumentos de la oferta y la combinación de transferencias de efectivo y aumentos de la oferta junto con un grupo de control), se ha hecho poco esfuerzo por distribuir la función de cada factor en los cambios de utilización observados. Lamentablemente, las demoras en la ejecución y distribución de las intervenciones del aspecto de la oferta durante el período de recolección de datos de la evaluación limitó la utilidad de este diseño de evaluación presciente en el estudio de la función de los diversos factores que influyen en la utilización.

En segundo lugar, los aumentos netos de la utilización siguen siendo difíciles de medir debido a que algunos programas, como los de Colombia y Honduras, no informan sobre lo que sucede con la utilización del sector privado. Además, el único diseño de

evaluación experimental —Oportunidades— no produce efecto alguno en la utilización para los grupos de edad más jóvenes.

En tercer lugar, los efectos en los patrones de edad de la utilización siguen siendo difíciles de interpretarse. Se observa una intensificación de efectos en el grupo de 2 a 5 años de edad, pese al hecho de que los niños de 0 a 24 meses son los más vulnerables a la morbilidad y mortalidad y, por lo tanto, se considera la población objetivo más crítica para las intervenciones de salud preventiva. Se han ofrecido algunas hipótesis sobre este fenómeno; el uso de puntos referencia más elevados existe entre el grupo más joven o un mejor estado nutricional materno combinado con un aumento de la duración de la lactancia materna (esto no se verificó en los casos en que fue notificado) puede llevar a que los bebés sean más sanos y, por lo tanto, a un menor uso de los servicios curativos. En general, una mejor exploración de la relación que existe entre los patrones de edad de los efectos de utilización y los patrones de edad en términos de disminuciones en la morbilidad y mortalidad ayudaría a desenredar las partes para determinar cuáles partes del conjunto de servicios de salud que ofrece el CCT influyen en el impacto y si existe una vinculación entre la utilización de los servicios y los resultados en salud.

Por último, mientras que los aumentos observados en la visitas de atención preventiva son inherentemente positivos, en particular cuando se observan junto con una disminución de la atención curativa, también es posible que por encima de un cierto número de visitas, puede tener lugar el desplazamiento de clientes no beneficiarios o la calidad puede disminuir a niveles tales que dichos aumentos ya no son deseables en el marco de las limitaciones existentes de la oferta. También es deseable que haya costos de bienestar de la unidad familiar relacionados con la utilización en exceso. Por ejemplo, al inicio de Progresá una unidad familiar promedio se enfrentaba antes 32 visitas condicionadas de atención y charlas de salud al año. Será útil para futuros diseños de programas comprender cuáles son los niveles sociales e individuales óptimos de utilización.

**Productos: Conocimientos, aptitudes y prácticas de salud.** Por lo general la medición directa de los conocimientos y las actitudes en salud no ha sido un componente de las evaluaciones (o, si se han incluido en los cuestionarios, no se han notificado en informes de evaluación o documentos sobre ello, como el caso de Colombia), pese a la inclusión de los componentes de educación en salud en todos los programas. Como los conocimientos como las actitudes y las prácticas se consideran elementos cruciales de los cambios de resultados en salud, la comprensión de la evolución de estos factores es esencial para explicar los resultados de salud observados.

Hay algunas excepciones a la falta de estudio de los impactos en los conocimientos y los comportamientos de salud. Los evaluadores de Progresá hallaron un aumento en la calidad de la dieta y el consumo de calorías. Para controlar el efecto en el ingreso relacionado con el aumento de consumo de calorías, el aumento del consumo es más diverso, se consumen alimentos de mayor calidad nutricional, como frutas, verduras y productos animales, lo que indica que puede haber un efecto de la educación nutricional proporcionado por medio de las charlas de educación sobre la salud, conocidas como

pláticas (Hoddinott et al., 2000). Este efecto no varía sistemáticamente según el nivel socioeconómico de las familias beneficiarias. Duarte et al. (2004) tratan de aislar los efectos de las charlas sobre salud de Oportunidades en el consumo de tabaco y alcohol en zonas rurales, análisis que también es interesante dado el hecho que un efecto potencial en el ingreso de la transferencia es aumentar el consumo de estos bienes, y que halla que los jóvenes consumieron menos alcohol y más cigarrillos que los grupos de control. Más aún, Prado et al. (2004) informan un aumento de conocimientos de métodos de planificación familiar tanto en zonas urbanas como rurales. Además, en las zonas rurales el uso de métodos modernos de planificación familiar es más elevado en el grupo de intervención que en el grupo de control. El inicio de la lactancia materna y su duración fue incluido en muchos cuestionarios, pero pocos informaron sobre los resultados. Entonces lo sorprendente es que las charlas sobre salud de tipo conferencia acompañadas por aprendizaje entre iguales por medio de las “madres de la comunidad” parece haber tenido efectos positivos en México en algunas zonas.

Los evaluadores hallaron que el programa FA de Colombia aumentó el tiempo en que los niños eran amamantados en 1,44 meses en las zonas urbanas y 0,84 meses en las zonas rurales. El programa también mejoró la calidad del consumo de alimentos por parte de los niños, habiendo aumentado el número promedio de días por semanas en el cual se consumen varias proteínas (entre 0,25 días y 1,09 días), granos (aproximadamente 0,45 días) y frutas y verduras (entre 0,25 días y 1,23 días). Además, el programa aumentó en general el consumo en la unidad familiar de alimentos de alta calidad, como proteínas, tuberosas, cereales, frutas, legumbres, grasas y aceites en zonas urbanas, y proteínas, cereales, grasas y aceites en zonas rurales. Más pruebas del impacto del programa de CCT en el mejoramiento de las prácticas sanas provienen de Maluccio y Flores (2004), que hallan que RPS tuvo un efecto beneficioso en la diversidad alimentaria en términos del número y de la calidad de alimentos comprados.

**Productos: Consumo.** Las comunidades beneficiarias y las unidades familiares de los programas de CCT son en su mayoría pobres o sumamente pobres antes del inicio del programa. Por definición, estas últimas tienen un nivel total de gastos de la unidad familiar que es insuficiente para adquirir una canasta básica de alimentos. Además de mejorar la calidad de los alimentos consumidos, se considera que el mayor consumo de alimentos es el vehículo para el logro de un mejor estado nutricional, que, a su vez, está vinculado a un mejor desarrollo cognoscitivo y social, a mayores niveles de aprovechamiento educativo y otros resultados.

**Cuadro 6: Efectos del programa en el consumo de la unidad familiar<sup>23</sup>**

<b>Indicador</b>	<b>México<sup>24</sup></b> (1997-1999)	<b>Honduras<sup>25</sup></b> (2000-2002)	<b>Nicaragua<sup>26</sup></b> (2000-2002)	<b>Colombia<sup>27</sup></b> (2001-2003)
Media per cápita de consumo/gastos en alimento	10,6% aumento media en noviembre de 1998 (6 meses después del inicio del programa igual a 142 pesos, \$14)	Ningún impacto	21% de aumento de la base de C\$2.812 (\$225)	20,4% de aumento en zonas urbanas 22,5% de aumento en zonas rurales  base de referencia: urbano = 298.797 COP [\$130] rural = 303.975 COP [\$132] (total de la unidad familiar, mensual)

Hoddinott et al. (2000) hallaron que el consumo medio de las unidades familiares aumentó considerablemente entre las unidades beneficiarias de Progresá, una diferencia de casi 11%, y que este efecto fue más pronunciado entre los pobres. Como se informó anteriormente, el valor del consumo de alimentos también es considerablemente más elevado al concentrarse el aumento de consumo en frutas, verduras y productos animales. Tampoco hubo pruebas de que el suministro de suplementos alimentarios fortificados destinados a niños pequeños desplazara el consumo calórico.

<sup>23</sup> Se notifican estimaciones de diferencia en diferencias para Nicaragua, Colombia y Honduras en gastos en alimentos. Se notifican estimaciones de cortes transversales (diferencia única o primera diferencia) para México y gastos totales en Honduras. En el caso del anterior, no se recogieron datos de consumo en la línea de referencia; en el caso del último, hubo una diferencia en la estacionalidad de la encuesta de referencia en los grupos de control y de tratamiento que afectó los gastos diferentes de alimentos de la línea de referencia.

<sup>24</sup> Hoddinott et al. (2000); no se recogieron datos sobre el consumo de alimentos de la línea de referencia, la primera medida sobre el consumo de alimentos fue en octubre/noviembre de 1998 y alcanzó un promedio de 142 pesos (\$14) per cápita.

<sup>25</sup> El impacto se refiere solamente al paquete de la unidad familiar (es decir, solamente los subsidios en el aspecto de la demanda), según lo informado en Morris et al. (2004<sup>a</sup>).

<sup>26</sup> Malucci y Flores (2004).

<sup>27</sup> Unión Temporal IFS-Economertría, S.A.-SEI (2004), las estimaciones informan la diferencia en diferencias entre grupo de tratamiento sin pago y grupo de control; convertido a porcentajes a partir de las estimaciones del punto logarítmico; los valores de línea de referencia informados con respecto a zonas urbanas y rurales independientemente de su estado de trato.

El efecto promedio del RPF en el gasto per cápita anual de las unidades familiares fue, en 2002, aproximadamente 13% de su valor previo al programa y el efecto fue mucho mayor en las unidades familiares de pobreza extrema que en el de los no pobres (40% del gasto inicial per cápita en las unidades familiares de extrema pobreza en comparación con 6% en las de no pobres) (Maluccio y Flores, 2004). Los evaluadores del RPS también informaron aumentos en el gasto anual per cápita en alimentos, más o menos equivalente a los aumentos observados en el gasto total per cápita anual de la unidad familiar, lo que refleja que la mayoría del ingreso adicional proporcionado por la transferencia se destinó a la adquisición de alimentos.

En el caso del PRAF, IFPRI (2003) informa los resultados de su primera evaluación que se realizó después de dos años de funcionamiento del programa. Muchos problemas operativos demoraron la ejecución de muchos componentes del programa, en especial los del aspecto de la oferta. Como se mencionó anteriormente, si bien la evaluación se diseñó como para poder observar los impactos separadamente de las intervenciones de la demanda y de la oferta, los problemas de ejecución significaron que solamente se pudo evaluar el aspecto de la demanda del programa (transferencias de efectivos a unidades familiares). Sin embargo, los pagos fueron muy irregulares, lo que se cree que ha tenido como resultado los impactos muy pequeños o inexistentes que se observaron. En el caso del consumo de alimentos, no se observó ningún efecto considerable.

Se halló que el programa FA de Colombia había aumentado el consumo total, el consumo de alimentos y los gastos en ropa de niños tanto en zonas rurales como urbanas, así como el gasto y consumo escolar en zonas urbanas. Específicamente, el programa aumentó el consumo total en 0,130 puntos logarítmicos en zonas urbanas y 0,156 puntos logarítmicos en zonas rurales. Más aún, el consumo de alimentos aumentó en 0,186 puntos logarítmicos en zonas urbanas, mientras que en las rurales el aumento fue de 0,203 puntos. Como se señaló anteriormente, el aumento del consumo estuvo concentrado principalmente en alimentos de alta calidad.

Por lo tanto, con excepción del programa de Honduras, el efecto del programa en el consumo total de la unidad familiar es grande y considerable, lo que no es de sorprender dado que los programas de CCT transfieren dinero en efectivo directamente a las familias participantes. Lo que sí es más importante, los efectos en el consumo de alimentos y la diversidad de la dieta son grandes y considerables y los resultados de este aumento de calidad calórica son evidentes en algunos de los resultados nutricionales que se describen más adelante.

**Productos: Oferta de servicios de salud.** El modelo del efecto del programa de CCT comprende dos supuestos importantes relacionados con el suministro de servicios de salud; en primer lugar, que el suministro actual de servicios de salud es adecuado o que un aumento del mismo seguirá el aumento de la demanda resultante del programa, y, segundo, que la utilización mejorará el estado de salud. Esto último supone además que la calidad de la atención disponible es suficiente para producir cambios positivos en la salud. Mientras que la mayoría de los programas tienen datos administrativos que se podrían utilizar, actualmente hay poca documentación sobre cómo los programas han

afectado la disponibilidad y calidad de servicios de atención en salud y, lo que reviste mayor importancia, cómo los componentes del programa del aspecto de la oferta han afectado los resultados observados.

Como se informó anteriormente, Gertler y Boyce (2001), utilizando datos administrativos, registran un aumento considerable del número de visitas en las localidades de Progreso mientras que los estudios cualitativos también confirman un aumento de la carga de trabajo. En un entorno urbano, el personal médico de las comunidades beneficiarias informó de 23% a 87% más visitas (Escobar-Latapí et al., 2005), mientras que un grupo de estudio de directores de salud informa escasez de personal, saturación de servicios y falta de suministros (Menesses et al., 2005). En respuesta a estos desafíos, algunos funcionarios médicos informan que cobran a los beneficiarios del programa cuando una visita médica no está relacionada con el programa. En algunos casos, el personal médico diagnostica una enfermedad durante la consulta obligatoria del programa, pero los beneficiarios deben realizar otra cita y se les cobra por esta “consulta extra” (Escobar-Latapí et al., 2005).

En términos de aumentos de las instalaciones físicas, Merino, Santiago y Székely (2006) informan un aumento del número de clínicas de salud en las localidades de los programas y en los presupuestos públicos para el rubro de salud. Escobar-Latapí et al. (2005) informan que las clínicas urbanas se incorporaron a las zonas del programa después de la introducción de éste y comprenden funcionarios con altos sueldos, todo lo cual puede ser indicio de una respuesta de la oferta al programa.

Como se señala en otras partes, el programa de Nicaragua financió directamente la oferta de salud de mayor nivel por medio de proveedores de ONG. Regalia y Castro (2006) tratan el aumento del número de establecimientos de atención de la salud debido al RPS, pero no abordan las cuestiones de calidad o del efecto de las conferencias sobre salud en los comportamientos y conocimientos de las unidades familiares beneficiarias relacionados con la salud. Mientras que el hecho de que los fondos dedicados a aumentos en instalaciones de atención de salud, personal, capacitación, equipos y suministros deberían traducirse directamente en mejoras en estas áreas, en la práctica, las demoras de ejecución (de capacitación, contratación y transferencias de recursos) podrían dar lugar a grandes desviaciones entre los cambios planeados y los efectuados, en especial durante cortos períodos de tiempo que son comunes para las evaluaciones del impacto. Por lo tanto, no es un ejercicio trivial evaluar hasta qué grado y con qué rapidez se ejecutan las transferencias planeadas de recursos desde el aspecto de la oferta. Hasta este punto, los investigadores no han podido separar plenamente los efectos de los diversos componentes del programa, en especial las diferencias entre impactos debidos a las transferencias de efectivos frente a las mejoras en el aspecto de la oferta. Sin embargo, sin determinar los cambios que ocurren en la oferta de servicios, es imposible realizar un análisis de esa índole.

**Productos: Calidad de los servicios de salud.** La calidad de los servicios da el contenido a las visitas condicionadas a los centros de salud y, sin calidad adecuada, los efectos esperados no ocurrirán. La mayoría de los datos sobre calidad provienen de los

estudios cualitativos y de pequeña escala, por lo que los resultados no se pueden generalizar. Los pocos estudios existentes son mexicanos. Pese a estas limitaciones, cabe señalar que mientras el número de procedimientos es más elevado entre los beneficiarios, los resultados de las intervenciones no son alentadores, lo que hace pensar en que debe ser una prioridad el fortalecimiento del aspecto de la oferta para la calidad de la atención.

La disponibilidad y la calidad de las medicinas parece ser una cuestión importante en México. Una encuesta de un establecimiento de pequeña escala realizada por Escobar y González (2002) halló que las clínicas de salud pública en el grupo de localidades de Oportunidades tenían insuficiente oferta de medicinas disponibles para tratar el mayor número de pacientes. Los beneficiarios informaron que las medicinas proporcionadas por las clínicas públicas se consideraban de baja calidad y que muchos beneficiarios escogían adquirir medicamentos más caros de mayor calidad en farmacias privadas. Neufeld et al. (2005) observaban que la entrega de suplementos nutricionales a localidades del programa en México a veces se demoraba, con el resultado de que la oferta era inadecuada y potencialmente se reducía la frecuencia del consumo.

Un estudio sobre la calidad de la atención para beneficiarios diabéticos de Oportunidades en zonas urbanas (Hernández-Ávila et al., 2004) tiene el propósito de vincular la calidad de la atención con las diferencias observadas entre las unidades familiares y los individuos tratados y no tratados. Los investigadores recogieron muestras de sangre de pacientes diabéticos y registraron hasta qué punto cumplían con los protocolos de tratamiento de la diabetes, tanto los proveedores como los pacientes. Los resultados indican que los diagnósticos de diabetes han aumentado, pero no es más probable que los beneficiarios se hagan tratar adecuadamente de la enfermedad, lo que parece señalar que existe mucho margen para mejorar la calidad de la atención de la salud que reciben los beneficiarios. Utilizando la muestra completa, Fernald et al. (2004) confirman que es más probable que los beneficiarios se hagan el control para la diabetes, si bien no se observaron diferencias considerables en términos de los efectos del tratamiento.

Otro estudio mexicano de las muestras rurales de Oportunidades (Prado et al., 2004) examina la calidad de la atención prenatal y de parto y halla que las mujeres beneficiarias en el grupo de intervención recibieron en promedio un mayor número de los procedimientos estipulados en el protocolo. Sin embargo, la frecuencia con la cual se informó a las mujeres de sus grupos sanguíneos o a las que se administró pruebas de detección de sífilis fue muy baja. No se observaron diferencias considerables entre los grupos con respecto a nacimientos en un establecimiento médico, si bien una proporción menor de cesáreas se registró en el grupo de intervención temprana que en los grupos de control.

La evaluación del impacto de FA incluyó una encuesta de establecimientos de salud con información recogida sobre varias características relacionadas con el acceso y la calidad de la atención. Las encuestas de los establecimientos de salud recogieron información sobre las horas de funcionamiento, los tipos de servicios ofrecidos, el número de varios servicios proporcionados en el año anterior, el número y el tipo del personal actual, existencias de diversas medicinas, interrupciones en el servicio debido a problemas

laborales, disturbios políticos o desastres naturales, el presupuesto y los ingresos del año anterior, las principales fuentes de ingresos, la participación en el programa y la capacitación recibida y otros detalles relacionados con el programa. Sin embargo, el método de muestreo de los establecimientos no es claro y esta información no se estudió ni se incluyó en la evaluación del impacto.

**Producto/Resultado: Índices de vacunación.** Los protocolos de vacunación difieren levemente entre países pero, según el Programa Ampliado de Inmunizaciones, un “esquema completo para la edad” por lo general incluye para la edad exacta de 1 año, una dosis de BCG, tres dosis de poliomielitis, tres dosis de pentavalente o DPT y una dosis de MMR. Si bien la vacunación fue una condición para recibir las transferencias en Honduras y Nicaragua, en la práctica esta condición no fue vigilada por el programa de CCT. En lugar de ello, solamente se registró la visita en lugar registrar el progreso realizado en la finalización del cronograma de inmunización, si bien con frecuencia es práctica de los centros de salud mantener también registros de las inmunizaciones. Como resultado de ello, se realizaron estimaciones del impacto de los índices de vacunación por medio de las evaluaciones externas de los programas. La evaluación de los índices es complicada debido a las prácticas deficientes de registro por parte de los proveedores de salud en las tarjetas de vacunación que tienen las familias. Todas las evaluaciones notifican dificultades para establecer la fecha de vacunación. Algunas evaluaciones consideraron solamente una o dos vacunas “trazadoras” mientras que otras trataron de documentar toda la vacunación, si bien cada evaluación utiliza una definición diferente.

La contribución general de los programas de CCT en sí mismos a la cobertura de vacunación parece ser marginal. Pese a los aumentos aparentes atribuibles al programa, durante un programa piloto realizado entre 2000 y 2001, el RPF de Nicaragua produjo un aumento promedio neto insignificante de 6,1 puntos porcentuales en los niveles de vacunación actualizada entre 2000 y 2002 (Maluccio y Flores, 2004).<sup>28</sup> Los niños del PRAF presentaron índices marginalmente más elevados de DTP/Pentavalente, si bien diferencias insignificantes y pequeñas para MMR (Morris et al., 2004b). El IFPRI (2003) informó un aumento de 8% en los niños menores de 3 años que recibieron la primera dosis de DTP a tiempo. El programa de Colombia midió la prevalencia de DPT y halló una diferencia insignificante entre los participantes del programa en comparación con los de los grupos de control (Unión Temporal IFS-Econometría, S.A.-SEI, 2004).

Es difícil imponer la vacunación como condición ya que es un servicio que depende mucho de la oferta; a diferencia de las visitas de control del crecimiento, si no hay existencias de vacunas, la vacunación no ocurrirá. La experiencia de Honduras, en la que la oferta fue variable, parece ser un ejemplo de este fenómeno y los resultados pueden tener que ver más con la disponibilidad de vacunas en los centros de salud que con un efecto de demanda, si bien no hay manera de evaluar esto en forma empírica. Sin embargo, podría haber un efecto indirecto del programa en que la coordinación con el

---

<sup>28</sup> Maluccio y Flores (2004) incluyen una nota al pie interesante con respecto a la calidad de los datos administrativos sobre la vacunación que será pertinente a otros esquemas de pago por desempeño; hallan que los informes de las encuestas son considerablemente más bajos que el 100% registrado en los datos administrativos. Los errores pueden ocurrir en ambas direcciones.

Ministerio de Salud en las zonas del programa puede de hecho generar más oferta de vacunas (Maluccio y Flores, 2004).

Un estudio realizado recientemente (Barham et al., 2007) halla resultados considerables en las unidades familiares de ingresos más bajos y entre hijos de madres con menor instrucción, lo que hace pensar en que si bien el CCT puede no tener un impacto en la vacunación en términos globales, los programas pueden ser útiles en aumentar la cobertura de vacunación en los subgrupos de población menos accesibles.

**Resultados: Estado nutricional.** A diferencia de los resultados positivos claramente no ambiguos con respecto al consumo de alimentos en la mayoría de los programas, las medidas de los resultados del estado nutricional muestran un resultado variable (cuadro 7). Dejando a un lado al programa de Honduras, todos los programas presentan una reducción considerable del crecimiento frenado. Los resultados de la proporción de niños con bajo peso son menos uniformes; el RPF de Nicaragua muestra una disminución grande y considerable, mientras que el programa de Colombia muestra impacto solamente en las zonas rurales entre los niños de 3 a 7 años. En México, no se observa un impacto en esta medida. No se observaron efectos en la anemia, pese a las pruebas de mayor diversidad en la dieta proveniente de los datos de consumo.

**Cuadro 7: Efectos del programa en el estado nutricional**

<b>Resultados</b>	<b>México</b> (1997-1999) <sup>29</sup> (1997-2003) <sup>30</sup>	<b>Honduras</b> (2000-2002)	<b>Nicaragua</b> (2000-2002)	<b>Colombia</b> <sup>31</sup> (2001-2003)
Proporción de crecimiento frenado; estatura por edad (“haz”) ≤-2,0	1997-1999: 12-36 meses de edad  disminución estadísticamente significativa de la base de referencia de 44% (no se notificó estimación de puntos)	0-4 años de edad ningún impacto	0-4 años de edad disminución de 5,5% puntos de la base del 41,9%	0-2 años de edad disminución de 6,9% puntos de la base de 23,7%  (base de referencia notificada correspondiente a todos los niños de 0-6)  2-7 años de edad

<sup>29</sup> El crecimiento frenado, el sobrepeso y la anemia; Behrman y Hoddinott (2005), datos recogidos por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) 1998 y 1999 que posteriormente se compararon con los datos de la evaluación de ENCEL.

<sup>30</sup> Gertler y Fernald (2004).

<sup>31</sup> Unión Temporal IFS-Econometría, S.A.-SEI (2004); valores de base de referencia de Unión Temporal IFS-Econometría, S.A.-SEI (2001b); en el caso de la proporción del bajo peso, se notificaron valores de la base de referencia correspondientes a los niños de 2 a 4 años (12,4%) y 5 a 6 años (11,7%), por lo tanto el 12% es la aproximación propia del autor correspondiente al grupo de 3 a 6 años de edad.

	<u>1997-2003</u> 24-72 meses 29% de disminución (niñas) 11% de disminución (varones)			ningún impacto
Proporción de bajo peso; peso por edad (“waz”) $\leq -2,0$	Ningún impacto	0-4 años de edad ningún impacto	0-4 años de edad disminución de 6% puntos de la base de 15,3%	Rural 0-3 años de edad ningún impacto  3-6 años de edad disminución de 3,4% puntos de la base de aproximadamente 12%  Urbano ningún impacto
Proporción de bajo peso; peso por edad (“waz”) $\leq -2,0$	Ningún impacto	0-4 años de edad ningún impacto	0-4 años de edad disminución de 6% puntos de la base de 15,3%	Rural 0-3 años de edad ningún impacto  3-6 años de edad disminución de 3,4% puntos de la base de aproximadamente 12%  Urbano ningún impacto
Anemia (prevalencia)	<u>1997-1999</u> Ningún impacto  <u>1997-2003</u> 3% de disminución, no se recogió información en base de referencia	12-23 meses de edad ningún impacto	6-59 meses de edad ningún impacto	No se midió

Tras un año de ejecución, Progresía informó aumento en el crecimiento de los niños entre 12 y 36 meses en aproximadamente un centímetro por año, que es aproximadamente un sexto del crecimiento que habría ocurrido sin el programa (Behrman y Hoddnott, 2005). El peso al nacer aumentó en todos los grupos, pero el aumento fue más elevado en las mujeres elegibles de las zonas de no intervención que en el grupo incorporado (es decir, la proporción de nacimientos con bajo peso al nacer disminuyó en forma más considerable en el anterior). Si bien, se halló que las evaluaciones más tempranas no tuvieron impacto en la anemia, Gertler y Fernald (2004) hallan que tras seis años de funcionamiento, hubo una disminución pequeña pero insignificante de aproximadamente 3% en la anemia en general. Sin embargo, la magnitud de la disminución varió según la edad en la cual el programa comenzó para un niño, registrándose una disminución mayor (de 26%) en aquellos cuyo tratamiento había comenzado en el período prenatal entre niños de 24 a 72 meses de edad en épocas de la encuesta de 2003. Para la época de la ronda de la encuesta de 2003 utilizada en este estudio, todos los niños que recibieron un tratamiento habían estado en el programa durante más de dos años, y aproximadamente la mitad de la muestra había recibido beneficios desde su concepción. Este mismo estudio señala que entre los niños de 24 a 72 meses de edad, se encuentra una reducción del crecimiento frenado de 29% en las niñas (58% si el tratamiento comenzó en el período prenatal), y de 11% en los niños (16% en el período prenatal). Una inquietud es que, al parecer, el programa aumenta considerablemente la obesidad entre niños en alrededor de 40% (y entre las niñas, en 15%). Tanto los niños como las niñas en tratamiento tienen considerablemente menos crecimiento frenado, si bien los niños en tratamiento tienden a tener más sobrepeso y ser obesos.

El RPS muestra los resultados más firmes y más coherentes en las reducciones del crecimiento frenado y el peso por edad; en promedio, los evaluadores observaron una disminución de 5,5 puntos porcentuales en el porcentaje de niños que tenían crecimiento frenado (estatura por edad), de un nivel inicial de 39% (Maluccio y Flores, 2004). El RPF también realizó una evaluación cualitativa que permite desarrollar mejor la hipótesis explicativa de muchos de los resultados registrados en la evaluación cuantitativa. Si bien el programa incluyó suplementos de hierro en sus protocolos de visita y lanzó un programa dinámico de distribución, no tuvo impacto en los índices de anemia. La evaluación cualitativa halló que las madres sabían que los suplementos eran importantes para la salud de sus hijos, pero no se los daban regularmente por una variedad de motivos, incluido el hecho de que a los niños no les gustaba el sabor o los suplementos causaban vómito o diarrea (Adato y Roopnaraine, 2004).

Como se observó anteriormente, los problemas operativos del PRAF hipotéticamente tienen como resultado efectos no registrados de estatura por edad, peso por estatura y peso por edad o la incidencia de anemia por deficiencia de hierro.

Como se espera del aumento del consumo de alimentos altamente nutritivos entre los niños, también se halló que el programa FA había aumentado los puntajes z de estatura por edad y peso por edad entre niños menores de 24 meses en 0,161 y 0,192, respectivamente. Además, el programa mejoró el peso por edad entre los niños mayores de 48 meses, aumentando el puntaje z en 0,107. Estos mejoramientos en las mediciones

de estatura por edad y peso por edad se traducen en una reducción de la proporción de niños menores de 24 meses clasificados como de crecimiento demorado en 6,9 puntos porcentuales y una reducción de la proporción de niños de más de 48 meses clasificados con crecimiento demorado o en riesgo de mal nutrición en 3,7 puntos porcentuales. Separando el efecto por regiones urbanas y rurales, se halló que el programa había reducido la proporción de niños de más de 36 meses en zonas rurales clasificados como con bajo peso en 3,4 puntos porcentuales y la proporción de niños menores de 36 meses en zonas urbanas que tienen bajo peso o están en riesgo de mal nutrición en 14,2 puntos porcentuales. Se halló que FA había aumentado el peso al nacer en las zonas urbanas en 0,578 Kg., pero no había tenido ningún efecto en el peso al nacer en zonas rurales o en la prevalencia del bajo peso o sobrepeso entre mujeres con niños menores de 7 años. Además, se halló que el programa había reducido la incidencia de diarrea en los 15 días anteriores a la encuesta entre niños menores de 4 años en zonas rurales en aproximadamente 10 puntos porcentuales.

Una excepción a los efectos positivos de los programas de CCT en el estado nutricional del niño lo menciona Morris et al. (2004) correspondiente a Bolsa Alimentação (un precursor de Bolsa Familia) en el Brasil. Los autores examinan los datos del nordeste del Brasil para evaluar el impacto del programa en la tasa de aumento de peso de los niños (por medio de mediciones de peso por edad de niños menores de 7 años), y hallan que el promedio del puntaje z de peso por edad fue 0,13 más bajo entre los beneficiarios que entre los niños excluidos. Utilizando mediciones mensuales de crecimiento para niños menores de 3 años, se determinó que cada mes de exposición al programa reducía el aumento de peso en 31 gramos. Los autores opinan que el efecto negativo del programa nutricional se debe al hecho de que las madres pensaban que si sus hijos comenzaban a crecer, se los eliminaría del programa y, por lo tanto, tenían el incentivo de reducir el crecimiento de sus hijos o de evitar proporcionarles la nutrición agregada proporcionada por el programa. Los resultados son válidos únicamente para la fase piloto y no se puede suponer que se apliquen al programa ampliado más grande.

**Resultados: Morbilidad.** La morbilidad medida puede aumentar o disminuir como resultado de la intervención de CCT. Por una parte, el mayor uso de la atención preventiva y los niveles más elevados de conocimientos de salud pueden llevar a menos episodios de enfermedad. Por un lado, los niveles más elevados de conocimientos de salud y las visitas más frecuentes a centros de salud pueden aumentar la probabilidad de que las madres diagnostiquen enfermedades más frecuentemente o con mayor precisión y procuren obtener la atención cuando sea necesaria. Además, una mejor salud puede llevar al aumento de síntomas de morbilidad (como las infecciones respiratorias) que causan un aumento de la demanda de atención curativa (Oppenheimer, 2001). Estas hipótesis no se han explorado mucho en evaluaciones y la mayoría de los resultados de que se dispone provienen del programa mexicano. En los casos en que se ha medido, el CCT parece disminuir la incidencia y prevalencia de la morbilidad.

La evaluación de México halló que el impacto del programa en la probabilidad de la enfermedad del niño es negativo y estadísticamente significativo en todos los grupos de edad, pero no hasta que un niño haya estado recibiendo los beneficios durante por lo

menos un período de 12 meses (Gertler y Boyce, 2001). En las zonas rurales, se observa una pequeña disminución en los días de enfermedad solamente en la población en edad productiva, registrándose un mayor efecto y una gama de edad más amplia en las zonas urbanas. Un estudio posterior realizado por Gutiérrez et al. (2005) halla que el número de días de enfermedad durante las cuatro semanas anteriores a la encuesta disminuyó en aproximadamente 21% a 24% en los niños y de 9% a 10% en las niñas. En términos generales, el número de días perdidos debido a enfermedad disminuyó en 20% entre las familias beneficiarias y han experimentado una disminución de poco más de un día en el número de días de discapacidad de corta duración.

Gutiérrez et al. (2004) utilizan los datos de las muestras de evaluación de Progres/Oportunidades en zonas rurales y urbanas, ENCEL (2000, 2003) y ENCELURB (2002, 2003) para determinar el impacto de Oportunidades en los días de enfermedad y la capacidad física. En zonas rurales, la única diferencia considerable entre los grupos de intervención y de control con respecto al número de días se halló en el grupo de 16 a 49 años de edad (es decir, la edad productiva): una disminución de días de enfermedad de 2,1 por año. No hubo resultados significativos en cuanto a los días de discapacidad, si bien los efectos fueron negativos (disminución). En cuanto a la capacidad de llevar a cabo actividades físicas, el grupo de 18 a 49 años experimentó un aumento significativo, si bien pequeño (0,5%). No se halló efectos considerables en el número de kilómetros o de cuadras que la persona puede caminar. En zonas urbanas, la única diferencia considerable entre los grupos de intervención y de control con respecto al número de días de enfermedad salió entre el grupo de 6 a 15 años de edad, una disminución de días de enfermedad de 8,3 por año. En cuanto al grupo de 16 a 49 años de edad, si bien no es considerable, el efecto es el equivalente de una disminución de días de enfermedad de 6,8 por año. En cuanto a los días de discapacidad, los resultados fueron considerables y equivalentes a una reducción de días de discapacidad de 6,2 por año para el grupo de 6 a 15 años, y 7,57 por año para el grupo de 16 a 49 años. En cuanto a la capacidad de realizar actividades físicas, se hallaron pequeños efectos positivos. Un resultado anómalo es que el trabajo muestra un efecto más grande de disminución en las enfermedades y discapacidad notificada en el grupo urbano que en el rural (el efecto más grande y para una gama más amplia de edad), pese al hecho de que existe un efecto más grande del programa en la utilización de los servicios en la zona rural.

Un estudio realizado por Oportunidades del efecto del programa en las poblaciones indígenas halló que el programa había disminuido las tasas de enfermedad de 0,2% a 3,5% en los tres grupos de edad estudiados (0 a 5, 3 a 5 y menos de 3 años) habiéndose observado los mayores efectos entre los niños menores de 3 años (Quiñones, 2006). Las estimaciones del efecto promedio del programa difieren considerablemente de los resultados de Gertler, lo cual se debe muy probablemente a las diferencias en el tamaño de las muestras y el enfoque utilizado. Los efectos positivos del programa que se observaron en los beneficiarios indígenas fueron similares a los de los beneficiarios no indígenas. Este resultado puede considerarse una debilidad del programa, como lo sostiene Quiñones, dada la suposición implícita de que el efecto promedio del programa debe ser mayor en los grupos más pobres y más marginados. Por otra parte, es sorprendente que los beneficios experimentados sean equivalentes para ambos grupos

cuando se tiene en cuenta la prueba anecdótica de que los grupos indígenas se ven ante más dificultades para cumplir con las condicionalidades del CCT debido a las barreras de idioma y de cultura.

En términos de la enfermedad diarreica, IFPRI (2003) informa que el PRAF generó una reducción de la incidencia de diarrea entre los niños menores de 3 años de entre 3% y 6%. Los evaluadores del FA de Colombia hallan que el programa redujo la incidencia de la diarrea en los últimos 15 días entre los niños menores de 4 años en zonas rurales en aproximadamente 10 puntos porcentuales. La explicación de estos resultados puede ser un mejor estado nutricional, mejores prácticas de higiene y mejor cobertura de vacunación.

Con respecto a la morbilidad relacionada con enfermedades crónicas, los controles regulares y la participación en charlas sobre salud que el programa requiere pueden tener un efecto positivo en las unidades familiares y en las normas sociales relacionadas con la ingesta de alimentos y la actividad. Por otra parte, la transferencia de ingresos a las unidades familiares puede hacer que algunos comportamientos que aumentan el riesgo de enfermedades crónicas sean más asequibles (por ejemplo, la comida chatarra, las bebidas gaseosas, el alcohol). El único estudio realizado sobre este tema en México halla resultados alentadores. Gertler y Fernald (2004) hallan una alta prevalencia en la base de referencia de obesidad (24%), hipertensión (39%) y diabetes (19%) entre los pobres rurales en México y que la participación en Oportunidades reduce considerablemente la prevalencia de todas ellas, salvo la diabetes. Los síntomas de hipertensión y diabetes también se reducen considerablemente por medio de la participación en el programa. Obsérvese que el programa de México es el único que incluye a toda la unidad familiar como beneficiarios elegibles para el programa de CCT; estos resultados de la evaluación señalan que si se implanta un programa de CCT para lograr objetivos de salud en países que se hallan bien avanzados en la transición epidemiológica, que requiera que los adultos pobres procuren atención preventiva y controles puede ser una estrategia eficaz. Sin embargo, combinada con la información cualitativa sobre la calidad de la atención, otra hipótesis que vale la pena considerar es que se puede lograr mejoras en los resultados de salud de los adultos proporcionando a los beneficiarios información sobre su estado de enfermedad crónica en combinación con educación sobre nutrición y una transferencia de dinero en efectivo.

**Resultados: Mortalidad.** La mortalidad no se midió directamente por medio de las evaluaciones; solamente el programa mexicano utiliza datos administrativos para analizar los efectos del programa. Mientras que el programa de México halla que la mortalidad infantil y materna ha disminuido considerablemente en las zonas del programa, su dependencia de la información administrativa, en especial en el caso de la mortalidad materna, es problemática.

Hernández et al. (2004) examinan el impacto de Oportunidades en mortalidad materna e infantil utilizando datos correspondientes al período 1995-2002 de la Secretaría de Salud y del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), desagregados al nivel municipal. En lo que respecta al período completo, una vez ajustado para tener en

cuenta el efecto del año, la presencia de otros programas, el número de unidades de salud y la marginalización, la mortalidad materna fue 11 por ciento menor en las municipalidades que tenían por lo menos una localidad incorporada a Oportunidades, en comparación con las que no tenían ninguna localidad incorporada. Las estimaciones de números absolutos indican que, gracias al programa, se ha evitado un promedio de 79 muertes maternas por año en este período. La reducción de la mortalidad materna es mayor en las municipalidades que tienen entre 4 y 35 por ciento de la población incorporada al programa, habiendo alcanzado una reducción del 15 por ciento.

Un aspecto interesante de las medidas de intervención y de los impactos medidos es que la visita preventiva más eficaz en términos de la mortalidad infantil y materna, los nacimientos atendidos en las instituciones (o atención obstétrica de emergencia),<sup>32</sup> no son una condición en ninguno de los programas (salvo el de la PRAF, donde la condición todavía no se ha implantado). La mayoría de las complicaciones donde hay riesgo de perder la vida ocurren durante el trabajo de parto y el parto mismo, y el estudio de preselección prenatal no identifica a todas las mujeres que sufrirán complicaciones. De hecho, la mayoría de las complicaciones obstétricas ocurren entre las mujeres sin ningún factor de riesgo (Rooks, Winikoff y Bruce, 1990.) Como se observó anteriormente, no hay un efecto medido del programa Oportunidades en los nacimientos ocurridos en las instituciones. Este resultado, aunado a la metodología relativamente poco precisa que se aplica para medir los efectos del programa (por qué se encontraría un efecto considerable en una municipalidad grande que solo tiene una comunidad incorporada, y por qué los efectos no aumentan de forma lineal con el aumento de comunidades en una municipalidad dada que están actualmente incorporadas en el programa) cuestiona la falta de confiabilidad del resultado.

Durante el período completo (1997-2003) la mortalidad infantil fue dos por ciento más baja en las municipalidades incorporadas a Oportunidades, al comparar con las municipalidades no incorporadas. La mortalidad infantil mostró una tendencia por lo general decreciente durante el período, independientemente de su incorporación al programa Oportunidades. Las estimaciones de números absolutos indican que se ha evitado un promedio de 340 muertes infantiles por año en este período gracias a la intervención del programa. El impacto de Oportunidades en la mortalidad infantil al nivel municipal aumenta a medida que aumenta la proporción de la población incorporada al programa, llegando a una reducción de seis por ciento en las municipalidades con participación de más de 35 por ciento de la población.

**Resultados: Fecundidad.** Mientras que la literatura sobre los incentivos financieros en la fecundidad hace pensar que la fecundidad se encuentra en una disminución secular en todo el mundo en desarrollo y que los programas de bienestar social y las políticas estatales no han sido suficientes para generar una respuesta positiva a la cuestión de la

---

<sup>32</sup> La EOC incluye intervenciones específicas para manejar las complicaciones obstétricas de “emergencia”. Las intervenciones pueden incluir antibióticos por vía intravenosa, oxitócicos o anticonvulsivos, manejo de las complicaciones del aborto, manejo de las hemorragias del posparto, asistencia en el parto en casos de trabajo de parto prolongado tales como el uso de extracción al vacío o fórceps, transfusión de sangre y operación cesárea.

fecundidad, hubo una cierta inquietud entre algunos en cuanto a que los niveles de fecundidad puedan verse afectados por los programas de CCT. A pesar de que la información sobre Colombia, México y Nicaragua muestra que las tasas de fecundidad han disminuido en presencia del programa, el programa de Honduras, que aplicó una estructura diferente de pago de incentivos, mostró un aumento en la fecundidad.

Stecklov et al. (2006) han examinado los efectos no intencionales de los programas de CCT en Honduras, México y Nicaragua en los niveles de fecundidad, y hallaron que los incentivos no intencionales para tener hijos en Honduras (un subsidio de salud y nutrición que no es una suma global y varió de acuerdo con el número de hijos y de mujeres embarazadas en una unidad familiar beneficiaria) puede haber contribuido a un aumento de 2 a 4 por ciento de aumento de la fecundidad. Este efecto, que no se observó en México ni en Nicaragua donde los pagos de salud y nutrición son sumas globales, puede relacionarse con un aumento de las tasas de matrimonio, los efectos del programa en la presencia de un compañero o a una respuesta a tempo a los incentivos no intencionales del programa.

Prado et al. (2004) encuentran que en las zonas rurales no se observó ninguna diferencia entre la intervención de Oportunidades y las localidades de control en términos del uso de métodos de planificación familiar, aunque la proporción de mujeres que utiliza estos métodos disminuyó en ambos grupos. No obstante, el número promedio de hijos por cada mujer en edad reproductiva también disminuyó en ambos grupos.

La evaluación de la FA de Colombia informa que ha habido una disminución relativamente grande de la fecundidad en todos los grupos (grupos de control y de intervención) entre las encuestas de referencia y las de seguimiento, pero en el informe de evaluación no se examinan los motivos que explican estos cambios.

### **Limitaciones de la evaluación**

Mientras que las evaluaciones del programa de CCT ciertamente fijan un estándar alto para la evaluación del impacto, hay no obstante limitaciones importantes relacionadas con los diseños de muestreos y la construcción de grupos contrafácticos. Como estas cuestiones son principalmente metodológicas, se han incluido en un anexo. Con respecto a la salud en particular, las limitaciones de las evaluaciones de CCT tienen que ver con el uso de instrumentos y preguntas en particular apropiadas al estudio de la relación entre los componentes específicos del programa y los resultados y productos específicos. A continuación se detallan los aspectos en que el estudio ha sido limitado y para los cuales algunas mejoras específicas podrían realzar tanto el conocimiento de los impactos del programa como el diseño de futuros programas.

Las evaluaciones del programa de CCT han prestado muy poca atención al impacto en los comportamientos, las actitudes y la toma de decisiones en las unidades familiares relacionados con la salud o a cómo estos factores contribuyen o limitan el impacto en los resultados. Como se deduce del resumen anterior, la mayoría de las evaluaciones del programa se ha enfocado en medir los efectos en los resultados específicos de los

indicadores de salud, tales como la incidencia de enfermedades, el crecimiento de los niños y los productos como los índices de utilización de los establecimientos públicos para la atención preventiva, curativa y prenatal. Claro está que, en la mayoría de los programas, se han enumerado las mejoras de estos resultados y productos como metas de manera que el determinar el impacto del programa es un primer paso importante. Sin embargo, muchos de los productos, en especial el uso de la atención preventiva y prenatal, son realmente condiciones para recibir las transferencias de forma que debería esperarse que el programa lleve a aumentos. Además, los resultados tales como las enfermedades y el crecimiento de los niños se observan más o menos al final de una caja negra y las evaluaciones dan muy poco entendimiento de exactamente cómo funciona el programa para efectuar tales cambios en los resultados.

Por ejemplo, se encontró que tanto Oportunidades como RPS habían mejorado los resultados de salud entre niños pequeños, pero no está claro exactamente cuáles componentes fueron importantes para obtener estas mejoras. Por ejemplo, estos impactos podrían ser el resultado de haber recibido suplementos nutritivos, del aumento del uso de servicios de atención preventiva y prenatal, del aumento del consumo de alimentos, de haber adquirido mayores conocimientos sobre los temas cubiertos en las charlas de información sobre la salud (tales como la higiene y la preparación adecuadas de alimentos, mejores hábitos de amamantar y del tratamiento de la diarrea) o aún del aumento de la cobertura y el tiempo oportuno de las vacunaciones por medio de un aumento de la provisión de servicios de atención preventiva. Es esencial entender la función que desempeñan estos factores en influir en los resultados para elaborar programas más eficaces. Por ejemplo, una excepción rara y reciente de esta brecha en las evaluaciones es la prueba que ha surgido sobre el rol limitado que tienen el uso de los suplementos nutritivos en mejorar el crecimiento y la nutrición de los niños en Oportunidades. Neufeld et al. (2005) estudiaron la preparación y el consumo adecuados de los suplementos nutritivos por parte de los niños menores de cinco años en las unidades familiares urbanas beneficiarias. Sus hallazgos muestran que los suplementos pueden tener un mayor impacto si se provee una mayor cantidad a las familias (porque por lo común las dosis se reducen ya que existe el hábito de compartirlos con miembros de unidades familiares que no forman parte del estudio) y que se debería prestar mayor atención a asegurar la entrega a tiempo de los suplementos a las localidades y a cómo se da a los beneficiarios la información sobre la preparación adecuada. Además, se encontró que la forma de algunos nutrientes es absorbida con más dificultad, lo que hace que el programa modifique la fórmula (BID, 2005.) Así, sin un estudio cuidadoso del proceso de entrega y uso de los suplementos por parte de los beneficiarios, estas cuestiones podrían seguir poniendo límites a la eficacia de por lo menos un componente del programa.

El hecho de que en México a menudo los beneficiarios no preparan ni utilizan adecuadamente los suplementos nutritivos hace pensar en que las mejoras en el crecimiento observadas entre los niños más pequeños se debían mayormente a aumentos en la cantidad y variedad del consumo de alimentos en la unidad familiar. Sin embargo, un componente principal que falta en este análisis es el entender si se recibió en forma positiva la información presentada en las charlas e incorporada a las unidades familiares

beneficiarias. Los estudios cualitativos han indicado que la transferencia de información en las charlas sobre la salud es mínima, en parte debido al hecho de que al principio las charlas se dieron en español y no en los idiomas nativos. Sin embargo, los cambios en el comportamiento también podrían haber sido estudiados cuantitativamente por medio de encuestas de unidades familiares, que recogen información detallada sobre las prácticas de lactancia materna y de alimentación suplementaria de los niños pequeños, el tratamiento de casos de diarrea y de otras enfermedades (no solamente documentar las ocurrencias), los registros de inmunización de niños pequeños, los resultados de embarazos actuales y del pasado (no solamente la atención prenatal) y otra información relacionada con el contenido de las charlas sobre la salud. Las encuestas demográficas y de salud pueden proveer un buen modelo a partir del cual se pueda basar el diseño de futuras encuestas de evaluación ya que las preguntas han sido probadas repetidamente en una variedad de entornos sociales y culturales.

Por último, si bien la justificación del programa y la modelación del efecto indican que la disminución de los gastos fuera de presupuesto y los costos de oportunidad asociados con la búsqueda de la atención de la salud son el mecanismo principal para aumentar la utilización y, por lo tanto, una de las variables de los resultados sobre los cuales uno esperaría observar un impacto, ninguna evaluación ha analizado estos aspectos. Se pueden citar muchos otros ejemplos.

#### **IV. Conclusiones y recomendaciones**

El impacto de las evaluaciones de CCT presenta pruebas sin ambigüedades de que los incentivos financieros logran aumentar la utilización de los servicios clave por parte de la población de bajos recursos. Además, las evaluaciones indican que las transferencias en efectivo acompañadas de la información, el apoyo social, la vigilancia del peso y el suplemento de micronutrientes pueden estimular prácticas de alimentación más sanas y mejorar el estado nutricional de los niños más pequeños de manera impresionante, particularmente la incidencia de la atrofia. El programa mexicano sugiere que la salud de los adultos también se beneficia. A diferencia de las críticas presentadas en el aspecto de la educación de las transferencias en efectivo (Reimers et al., 2006), los programas de salud y nutrición de CCT han producido obvias ganancias en la salud y la nutrición.

La multidimensionalidad de los beneficios de los programas de CCT es una atracción adicional. A diferencia de los incentivos específicos en el aspecto de la demanda, tales como incentivos para hacerse la prueba del VIH o seguir un régimen de medicinas, los programas de CCT reconocen que las barreras existentes a una salud mejor y mejor uso de los servicios son parte de un problema más amplio de escasez de recursos en la unidad familiar. Los hallazgos señalan que las unidades familiares más pobres deben alcanzar un umbral mínimo de consumo de alimentos antes de que tengan puedan efectuar otras inversiones en su bienestar. Además, la existencia de un estado nutricional mejor aumenta la eficacia de los tratamientos de la salud. Y debido a que los programas de CCT están dirigidos a atender a los niños pobres, las ganancias de las cohortes relacionadas con la atención preventiva y la escolaridad son irreversibles, aún si se debe suspender un programa. Más aún, la información sobre los costos proveniente de América Latina

indica que los programas son asequibles. En su revisión de siete programas de CCT, Handa y Davis (2006) encuentran que los costos totales del programa no exceden el 1% del producto interno bruto, lo que indica que son asequibles en términos fiscales.

Sin embargo, el panorama mezclado con respecto a los resultados –vacunas, estado de nutrición y, cuando existe la información, la morbilidad y la mortalidad— hace pensar en que el estimular la utilización de los servicios cuando éstos son de mala calidad puede no producir los efectos deseados. Más aún, los resultados indican que las suposiciones sobre las necesidades, la toma de decisiones en la unidad familiar y las relaciones causales pueden no ser totalmente correctas y, por lo tanto, nuestras expectativas sobre los impactos, dados los diseños del programa actual, pueden ser incorrectas.

Los incentivos financieros son un instrumento sin filo que también puede tener muchos efectos no intencionales tales como los que se han observado en la fecundidad en Honduras. Por este motivo, es importante diseñar los incentivos cuidadosamente. Esto reviste particular importancia en relación con los componentes de salud y nutrición, ya que los resultados examinados parecen indicar que hay un subdiseño de estos aspectos en los programas de CCT.

Una cuestión clave en el diseño se refiere a la identificación del beneficio marginal de las transferencias condicionadas o las no condicionadas. La vigilancia de la condicionalidad es costosa y por lo tanto es importante que se determine si las condiciones son necesarias y, si lo son, si hacerlas cumplir es esencial. Tanto la PRAF de Honduras como el BDH de Ecuador demuestran que se pueden obtener cambios importantes en el comportamiento sin obligación de cumplimiento. En algunos casos, es probable que el aumento del ingreso solamente sea suficiente para obtener resultados, aunque no necesariamente el nivel máximo de resultados potenciales. Esto implicaría que la pobreza es el problema total pero esto debe considerarse cuidadosamente en la etapa del diseño. Otro factor importante que debe considerarse al respecto es la situación de los resultados del punto de referencia. Un punto de referencia bajo significa mejores resultados; de lo contrario, los programas de CCT pueden no tener ningún impacto o no ser eficaces en función de los costos como estrategia para aumentar la demanda o la productividad del proveedor.

## **Recuadro**

### **Cómo diseñar y evaluar una CCT con un objetivo de salud y nutrición: Algunos consejos prácticos**

- **Verifique si las hipótesis se mantienen.** Utilizando las fuentes de datos existentes o una encuesta de evaluación de referencia, o ambas, evalúe si las hipótesis descritas en la sección II se aplican al país en el cual usted está trabajando. Por ejemplo, ¿son los servicios preventivos subutilizados por los pobres? ¿Cuál es el impedimento principal al acceso? Por ejemplo, ¿son bajas las tasas de uso de la terapia de rehidratación debido principalmente a sistemas deficientes de adquisición y distribución o debido a que los pobres enfrentan altos costos asociados con la búsqueda de la atención?

- **Modele los efectos del programa *ex ante*.** Modele los efectos de una transferencia *ex ante* y fije la cantidad de la transferencia basándose en los efectos que desea lograr.
- **Evalúe con cuidado la situación de la oferta y las condiciones del diseño.** Las condiciones deben ser totalmente adecuadas, no ser mucha carga ni tampoco irrelevantes. Sencillez. El forzar la utilización de las clínicas de atención primaria de la salud en un sector público abandonado puede no producir los resultados deseados, de manera que donde la calidad es un problema, es necesario contratar a los beneficiarios. Trate las implicaciones del sector de salud posteriormente.
- **Obligue o no el cumplimiento, pero siempre evalúe.** Ponga en práctica los requisitos necesarios para que el sistema de información funcione, o no lo haga y evalúe lo que sucede.
- **Ataque la pobreza extrema.** Debido a que los efectos del programa son más pronunciados cuando son dirigidos hacia las unidades familiares que tienen los resultados más pobres, es crucial dirigirse a los que viven en la pobreza extrema, utilizando cualesquiera métodos de llegar a ellos que sean eficaces en función de los costos en un entorno dado.
- **Aprenda de otros programas.** Los bancos multilaterales de desarrollo y los donantes deben cerciorarse de que se dispone de evaluaciones y del personal con experiencia para apoyar a los gobiernos en la elaboración de programas. Lea la bibliografía.

Una segunda cuestión crucial tiene que ver con la eficacia relativa en función de los costos de invertir en el aspecto de la oferta frente al de la demanda dentro del sistema de salud. La oferta y la demanda se determinan conjuntamente y, si bien al pagar a las unidades familiares pobres para que utilicen los servicios preventivos resulta en un aumento de la utilización, aún no está claro lo que sucede en el puesto de salud. Si la calidad disminuye o los no beneficiarios son excluidos, puede ser que los programas estén pagando demasiado por la atención que los beneficiarios reciben. En otras palabras, los efectos secundarios negativos en la calidad de los servicios por parte de los programas en el aspecto de la demanda pueden ser mayores que la ganancia neta que reciben los beneficiarios. Por otro lado, una mayor demanda puede estimular mejoras en la eficiencia y la calidad.

De cualquier manera, estas cuestiones enfatizan la necesidad de realizar una evaluación del modelo del aspecto de la demanda y de la modelación *ex ante* de la demanda por servicios de atención de la salud. También debe considerarse la cuestión de la eficacia en función de los costos con relación a la nutrición. Los que diseñan el programa deben evaluar el desempeño favorable de un programa de CCT en relación con una transferencia en especie o un subsidio del precio de los alimentos. Además, deben modelarse los efectos *ex ante* en la utilización, el consumo y la nutrición a fin de determinar la carga de los servicios condicionados para una unidad familiar promedio. Alvarez et al. (2006) muestran que aún cuando se imponen muchas condiciones a las unidades familiares, la mayoría de ellas (especialmente las más pobres) perciben una ganancia neta ya que solamente los menos pobres entre los beneficiarios se retiran

voluntariamente. Sin embargo, tal vez las ganancias en el bienestar se puedan aumentar al disminuir la carga con poca pérdida en los impactos.

**Una palabra final sobre evaluación.** Este documento ha encontrado un análisis limitado de los efectos en la salud de los programas de CCT fuera de México, y aún menos del impacto que los programas han tenido en los proveedores de salud mismos. Al aumentar el alcance de futuras evaluaciones del impacto de los programas de CCT para que incluya los efectos en los productos, como los conocimientos, los comportamientos, el acceso a los servicios y la oferta, puede rendir grandes beneficios en cuanto a mejorar nuestra comprensión de cómo funciona el programa para obtener mejoras. Sin embargo, la opción de ampliar los cuestionarios o añadir instrumentos casi siempre requiere una concesión en materia de profundidad en otras áreas a fin de mantener la calidad de los datos. A menudo las encuestas de objetivos múltiples sacrifican la profundidad por la amplitud y sería contraproducente disminuir la calidad en otras áreas de la evaluación.

No obstante, es importante observar que muchas de las encuestas de evaluación de programas ya contienen preguntas que podrían utilizarse para ampliar el ámbito de las evaluaciones del impacto, pero no se han utilizado los datos. Tal vez el abrir el acceso a la información a más investigadores llevará a realizar estudios adicionales cuyos resultados podrán utilizarse para guiar la puesta a punto y el diseño de futuras evaluaciones e instrumentos. Por ejemplo, las encuestas de establecimientos y las medidas de los conocimientos que puedan tener las madres sobre el tratamiento adecuado de la diarrea, obtenidas en la evaluación de la FA, podrían dar una visión útil de la oferta y los conocimientos subyacentes en cuanto a atención de la salud que existen en las unidades familiares pobres, y se podría utilizar medidas repetitivas para estudiar los impactos de los programas en estos factores. Más aún, la experiencia de trabajar con los datos podría ayudar a informar a los investigadores sobre cómo se pueden mejorar esos instrumentos para utilizarlos en otros programas y situaciones.

Probablemente una de las mayores brechas en las evaluaciones del impacto que se ha tratado ha sido la falta de información sobre la oferta de servicios de atención de la salud. La cantidad y calidad de la atención de la salud disponible para las unidades familiares pobres podría tener un efecto grande en el estado de salud no solamente de los niños sino también de sus padres. Mejorar las herramientas y estrategias utilizadas para medir la calidad de la prestación de servicios fue el tema de un taller reciente realizado en el Banco Mundial (27-28 de abril de 2006), en el cual los participantes intercambiaron experiencias en la recolección y el estudio de una variedad de aspectos relacionados con la provisión de servicios de atención de la salud. Entre estos enfoques figuraron el seguimiento de los gastos, el estimado de la eficiencia y la calidad de los servicios por medio de registros administrativos de casos, bienes y equipo, la medición de la calidad por medio de observación directa de consultas y viñetas, y la captación de factores de la demanda por medio de entrevistas de salida. Una de las observaciones más comunes realizadas por los participantes fue el hecho de que la utilidad de los datos al nivel de las instituciones sobre la oferta y la calidad aumentaba cuando se comparaba con los datos al nivel de la unidad familiar sobre los resultados en salud. Por lo tanto, las evaluaciones del impacto del programa de CCT parecen ser el entorno más apropiado en el cual utilizar

instrumentos del aspecto de la oferta y elaborar enfoques para estudiar la relación entre los factores de la demanda y de la oferta de los resultados de salud.

Si se tuvieran en cuenta estos factores durante el diseño de un programa de CCT tendríamos una oportunidad singular e importante para mejorar la eficacia de estos programas y, dado que el objetivo son los pobres, mejorar la eficacia del sistema de salud mismo para el estado de la salud y la nutrición.

## **Anexo: diseño de la evaluación y sus límites**

Los programas de transferencias condicionadas en efectivo (CCT, por sus siglas en inglés) son únicos en su manera de utilizar las intervenciones multisectoriales y en la naturaleza descentralizada de la ejecución. Inicialmente, se sabía poco acerca de si los gobiernos y las instituciones iban a poder ejecutar bien esos programas y en qué medida el desempeño de esos programas iba a mejorar los resultados en materia de salud y educación de los niños. Por lo tanto, cada uno de los seis programas abordados en este documento asignaba prioridad a la realización de una rigurosa evaluación de impacto para medir las repercusiones en los resultados clave. Estas evaluaciones de impacto, a la vez que son promovidas firmemente por los investigadores y expertos que participan en el diseño de los programas, también son aceptadas por los gobiernos como una forma de obtener pruebas científicas acerca de los logros para mejorar los resultados relativos a los niños y para conseguir el apoyo del público. En esta sección se hace hincapié en el abordaje de las evaluaciones de impacto realizadas para cada uno de los programas, poniendo de relieve tanto las estrategias empleadas en cada evaluación para identificar los impactos del programa como las limitaciones de los diseños seleccionados, de los instrumentos usados para medir los resultados y del alcance en relación con los resultados de salud.

En resumen, los diseños de la evaluación variaban en su capacidad de generar estimaciones de impactos que pudieran ser generalizados a todas las poblaciones beneficiarias o a programas similares. Tal como se explicará a continuación, las generalizaciones de los resultados de los impactos son limitadas debido a problemas de selección de la muestra y al hecho de que en lugar de evaluar cada componente por separado, las evaluaciones se concentraron en los impactos del conjunto de múltiples intervenciones. Es cierto que la separación de los efectos de los diferentes componentes plantea desafíos considerables, pero los intentos en este sentido al principio estaban limitados por la selección y/o el diseño de los instrumentos y el enfoque general adoptado para la evaluación. Por lo tanto, la experiencia con la evaluación de estos programas de CCT indica que, a fin de determinar no sólo cuáles son los impactos logrados por un programa, sino también cómo y por qué se lograron, las encuestas de unidades familiares deben recopilar información que capte los comportamientos y las actitudes de los miembros de la familia, especialmente los que se relacionan con los resultados de la salud y la nutrición. Ahora que el público sabe cada vez más y está más interesado en la utilización de los programas de transferencias condicionadas en efectivo, así como en aumentar su eficacia para mejorar el bienestar de los pobres del mundo, parece que lo más indicado sea que las evaluaciones futuras adopten un enfoque que permita una mejor comprensión de cómo funcionan los programas de transferencias condicionadas en efectivo.<sup>32</sup> Esto permitirá que los responsables de las políticas diseñen programas más eficaces. Se presentan sugerencias sobre la forma en que las evaluaciones futuras pueden mejorar la profundidad de la comprensión de cómo pueden influir en el mejoramiento del bienestar los programas de transferencias condicionadas en efectivo.

---

<sup>32</sup> Nota: la Tercera Conferencia Internacional sobre Transferencias Condicionales de Efectivo se celebró del 24 al 26 de junio de 2006 en Estambul, Turquía <http://info.worldbank.org/etools/icct06/welcome.asp>

Además de las evaluaciones del impacto, algunos programas (Oportunidades, RPS, FA, PATH) incluían evaluaciones del método para determinar los destinatarios y del proceso y ejecución del programa en su diseño inicial. En América Latina, el diseño de programas de transferencias condicionadas en efectivo ocurrió en un momento en que se reconocía ampliamente que las transferencias públicas a menudo estaban mal orientadas a las unidades familiares y personas pobres y a menudo se beneficiaban solamente grupos pequeños con fuertes vinculaciones políticas. Por lo tanto, las evaluaciones de los métodos para seleccionar a los destinatarios, cuando se efectuaban, resultaban cruciales para lograr el apoyo de las organizaciones de donantes tanto públicas como internacionales. Esto se observó más intensamente en México, donde el programa Oportunidades marcó el comienzo de reformas drásticas en el diseño y suministro de transferencias públicas (Levy y Rodríguez, 2004). Las evaluaciones de los procedimientos y de la ejecución de los programas suministran a los gobiernos información valiosa sobre cómo mejorar las operaciones y, en muchos casos, pueden ayudar a explicar los resultados observados durante las evaluaciones de impacto. En algunos casos, las lecciones aprendidas pueden ser generalizadas a otros países y programas, y agregadas al conocimiento mundial acerca de cómo diseñar y ejecutar con eficacia los programas de transferencias condicionadas en efectivo. En este documento no se trata por separado estas evaluaciones de la selección de los destinatarios y de los procesos, excepto cuando los resultados están relacionados con las evaluaciones de impacto. El lector interesado puede consultar los informes específicos citados en el Apéndice.

**Diseños de evaluación del impacto.** Teóricamente, las evaluaciones de impacto son muy sencillas; los resultados de los beneficiarios se comparan con el resultado que se habría obtenido si no existiera el programa, y la diferencia entre estas dos medidas es el impacto del programa. Sin embargo, en la práctica, realizar esa sencilla comparación es prácticamente imposible ya que no existe un contrafáctico (entidad virtual) para los beneficiarios por la sencilla razón de que ellos eran beneficiarios. En lugar de ello, para hacer la comparación debe crearse un grupo de control o de comparación, del cual es posible esperar razonablemente que represente la condición del grupo beneficiario si no existiera el programa. En las pruebas clínicas de medicamentos nuevos se utiliza un diseño experimental, en el cual las personas elegibles se asignan aleatoriamente al tratamiento, y el grupo de control se considera el patrón oro para crear un contrafáctico a fin de compararla con el grupo tratado con los medicamentos. Si no se hace una asignación aleatoria puede ocurrir un sesgo en la selección en los impactos estimados, especialmente cuando los beneficiarios pueden decidir si participan o no, o cuando se seleccionan los beneficiarios porque poseen un conjunto particular de características. Cada vez que haya diferencias en las características observadas o no observadas entre beneficiarios y no beneficiarios, es necesario tener en cuenta esas diferencias en el cálculo de los impactos, lo que algunas veces puede resultar no trivial.

Dada la naturaleza de las intervenciones en los programas de CCT (transferencias de dinero en efectivo a unidades familiares y en algunos casos aumento del financiamiento y los recursos para los proveedores de servicios de salud y educación), la aleatorización

individual no es factible. Aun la asignación aleatoria a nivel de unidades familiares plantea desafíos. Las inquietudes por la equidad y por reducir al mínimo el descontento social hacen que no sea factible incluir y excluir a unidades familiares de manera aleatoria en una comunidad pequeña. Más aún, cuando el programa incluye intervenciones en el sector de la oferta, aunque es posible asignar recursos en forma aleatoria entre proveedores, es imposible excluir a una parte de las unidades familiares de los servicios mejorados si éstas se encuentran dentro del área de captación de un proveedor. Por lo tanto, a fin de realizar una evaluación que suministre medidas razonables de los efectos del programa, deben adoptarse estrategias alternativas para identificar un contrafáctico apropiado para las unidades familiares beneficiarias.

Otro factor importante que debe considerarse cuando se realizan evaluaciones es la cuestión de la representación, tanto de la población como del programa, en la muestra utilizada para la evaluación. Con el objeto de que los impactos estimados sean válidos para toda la población de beneficiarios, la muestra de evaluación utilizada para medir los impactos del programa debe ser representativa de la población de beneficiarios. Si la muestra no es representativa, los resultados de la evaluación del impacto son válidos solamente para el subgrupo representado por la muestra y no puede suponerse que sean válidos para toda la población beneficiaria. Más aún, cuando se realiza una evaluación de una versión piloto del programa, no puede suponerse que los impactos sean externamente válidos y aplicables a una versión ampliada si la fase piloto es diferente del programa ampliado. Suele suceder que las fases piloto de los programas identifican problemas en el diseño y las operaciones, y la información obtenida de la fase piloto se utiliza para mejorar el programa por medio de modificaciones antes de una expansión.

Cada programa tratado en este documento se ocupó del problema clave mediante la creación de un contrafáctico para la evaluación en formas ligeramente diferentes y pocas pudieron asegurar que los resultados fuesen estimados válidos del impacto del programa para toda la población de beneficiarios o que pudiera esperarse razonablemente que esos resultados ocurrieran en una versión ampliada del programa. Las evaluaciones de impacto de los programas Oportunidades, PRAF y RPS se basaban en la asignación aleatoria del programa a nivel comunitario a partir de un conjunto de comunidades preseleccionadas que se habían identificado como elegibles para la intervención.<sup>33</sup> FA y PATH utilizaron diseños casi experimentales, aplicando técnicas de pareamiento para crear un grupo virtual a partir de un conjunto de comunidades (en el caso del FA) o de unidades familiares (en el caso del FA), excluidos del programa o programas. Además, el programa Oportunidades utilizó técnicas casi experimentales para calcular los impactos

---

<sup>33</sup> El término ‘comunidad’ se utiliza aquí de manera amplia para referirse a la unidad más pequeña (por encima de la familia) utilizada para asignar el programa. En el caso del PRAF, el programa fue asignado en forma aleatoria a los municipios (que abarcan múltiples comunidades) debido al hecho de que los proveedores de servicios de salud y educación tenían áreas de captación que se extendían a los municipios. En el RPS, el programa fue aleatorizado a través de un conjunto de comarcas, unidades del censo. Solamente en el caso del programa Oportunidades la aleatorización se hizo realmente a nivel comunitario (de la localidad).

después de seis años de funcionamiento del programa (después de que el grupo de control se había incorporado también en el programa). Sin embargo, tal como se explicará más adelante, cada una de las evaluaciones se realizó sobre fases piloto y no se efectuaron sobre muestras representativas y, por lo tanto, la portabilidad de los resultados podría ser limitada.

La aleatorización a nivel comunitario, aunque no sea el patrón oro para la evaluación, puede resultar en la creación de dos grupos con distribuciones similares de características observables en las que el grupo que no recibirá beneficios del programa puede servir como grupo de control para el grupo que sí los recibió. Con este diseño, el calculador de las diferencias dentro de las diferencias puede usarse con datos de panel para que tenga en cuenta las diferencias iniciales en las características observables entre los dos grupos y pueda producir estimados sin el sesgo del efecto del programa, mientras pueda suponerse que ambos grupos se encontraban en entornos macroeconómicos similares, aparte del programa (Stock y Watson, 2003). Una ventaja significativa de la asignación aleatorizada a nivel comunitario es que evita el sesgo en la selección que pudiera ocurrir cuando se utilizan como grupos virtuales a las unidades familiares que no son elegibles o que no son participantes para compararlas con los beneficiarios, como en los diseños casi experimentales. Sin embargo, siempre existe la posibilidad de que las diferencias en características comunitarias no observables y en la dinámica podrían tener una gran influencia sobre la forma en que funcionan los programas y en el impacto que tienen sobre los beneficiarios. Cuando se correlacionan las características no observables con las observables, este problema potencial puede mitigarse, pero sigue siendo un factor importante que debe tenerse presente.

A menudo, se utilizan diseños casi experimentales cuando la aleatorización no es posible (aunque sea por un período breve de uno o dos años), lo que podría ocurrir por muchas razones. Uno de los motivos posibles para no aleatorizar es que los gobiernos, por preocupaciones relativas a la equidad, no quieran excluir aleatoriamente a quienes son personas elegibles. Otro posible motivo es que los países tal vez carezcan de suficiente información previa a nivel de la comunidad que permitiría la creación de grupos similares de control y tratamiento. Los diseños casi experimentales también surgen si la evaluación no se incluyó inicialmente en el diseño del programa original y se la realizó después de comenzado, o sencillamente fue retrasada debido a problemas administrativos, financieros o políticos. Por consiguiente, el diseño casi experimental puede ser una buena solución intermedia entre intereses contrapuestos o puede brindar los medios para realizar una evaluación aun cuando ésta no se hubiese incluido en el diseño original. La desventaja principal de este diseño es que resulta casi imposible eliminar completamente todas las formas de sesgo en la selección en los grupos de control y tratamiento, especialmente si el programa es nacional, aunque si la selección se hace con cuidado, esos sesgos pueden reducirse en forma marcada.

## **OPORTUNIDADES**

Las evaluaciones del programa Oportunidades se realizaron utilizando datos administrativos para los establecimientos de salud pública, estudios cualitativos a nivel

del establecimiento y la comunidad, como datos experimentales de panel sobre unidades familiares, recopilados mediante encuestas de unidades familiares en una muestra de comunidades rurales beneficiarias y datos casi experimentales de panel sobre unidades familiares, recopilados en zonas urbanas. Los datos administrativos se utilizaron principalmente para estudiar cambios en las tasas de utilización de las clínicas públicas, tanto para atención preventiva como curativa, mientras que los estudios cualitativos lograron captar las percepciones de los proveedores y los beneficiarios acerca del programa y sus componentes, así como los cambios que ocurrieron debido al programa.

Los datos de panel de la encuesta de unidades familiares se utilizaron para la primera de las evaluaciones de impacto debido al hecho de que el programa empezó en zonas rurales y a que se seleccionaron 506 comunidades situadas en la parte central del país para la evaluación. En vista de que las limitaciones presupuestarias y administrativas crearon la necesidad de que la incorporación se efectuara en fases a lo largo del tiempo en todo el país, las comunidades que formaban la muestra para la evaluación podían asignarse aleatoriamente en dos grupos, uno que recibiría los beneficios del programa inmediatamente y otro grupo que empezaría a beneficiarse del programa después de 1 ½ a 2 años después que el grupo de tratamiento y podía servir de control para el grupo tratado inicialmente (Berhman y Todd, 1999). Los datos de panel sobre unidades familiares para la evaluación se recopilaron por medio de varias encuestas de unidades familiares, comenzando con una observación de referencia efectuada en 1997. Las rondas de encuestas de seguimiento se hicieron en octubre de 1998, mayo de 1999, noviembre de 1999, mayo de 2000, noviembre de 2000 y, más recientemente, en 2003. A diferencia de la mayoría de las otras evaluaciones de programas, las encuestas se administraron a todas las unidades familiares de cada comunidad (se hizo un censo en cada ronda de encuestas) en lugar de utilizar una muestra de unidades familiares.

El grupo de control empezó a beneficiarse del programa en el otoño de 1999, de tal manera que los datos experimentales abarcan el período comprendido entre la encuesta de referencia, en 1997, y la encuesta de noviembre de 1999. Las evaluaciones iniciales se realizaron utilizando el calculador de diferencias dentro de las diferencias después de 1 ½ a 2 años del funcionamiento del programa con los datos experimentales. Debido a la ubicación, las comunidades incluidas en la muestra para la evaluación no eran necesariamente representativas de toda la población beneficiaria; sin embargo, tenían la ventaja de que eran más fácilmente accesibles para efectuar encuestas varias veces, lo que ayudó a reducir los costos relacionados con la evaluación.<sup>34</sup>

Otras evaluaciones posteriores se realizaron después de seis años de funcionamiento en zonas rurales y de un año de funcionamiento en zonas urbanas que utilizaron un diseño casi experimental en el cual se creó un grupo de control mediante el pareamiento por puntajes de propensión. En las zonas rurales, se seleccionó un conjunto de comunidades rurales para servir como grupo de comparación sobre la base de las semejanzas con las comunidades tratadas y luego las unidades familiares fueron pareadas por medio de

---

<sup>34</sup> En realidad, nadie ha determinado todavía hasta qué punto la muestra de evaluación representa a la población de beneficiarios, pero es bien conocido que la región central del país es menos pobre que el sur y más pobre que el norte, en promedio (CITE).

puntajes de propensión. En las zonas urbanas, donde la incorporación se hizo de manera muy diferente, el grupo de comparación también se creó mediante la selección cuidadosa de unidades familiares no beneficiarios y el pareamiento por puntajes de propensión. Hasta la fecha, la muestra de evaluación urbana abarca el período 2002- 2003.

## **RPS**

La evaluación del RPS en Nicaragua se efectuó en la fase piloto del programa y se fundamentó en la asignación aleatoria para participar en el programa a nivel comunitario. La selección de comunidades para el proyecto piloto incluyó múltiples pasos. En primer lugar, la lista de comunidades potenciales se redujo a aquellas situadas dentro de dos departamentos administrativos que fueron seleccionados debido a que tenían una infraestructura adecuada de salud y educación y cuyas tasas de pobreza eran más altas que el promedio nacional, entre otros criterios. En segundo lugar, se elaboraron índices de marginalidad para cada comunidad de los departamentos preseleccionados utilizando los datos del censo más recientes, y se seleccionaron las 42 comunidades más marginales para la fase piloto. Una lotería determinó la asignación de la mitad de las comunidades, agrupadas en estratos de acuerdo al índice de marginalidad, al grupo de tratamiento y la otra mitad al grupo de control (Maluccio y Flores, 2004). Los datos de panel se recopilaban por medio de varias encuestas de unidades familiares para una muestra aleatoria de unidades familiares en ambos grupos, antes de la encuesta de referencia, y después de un año y de dos años del inicio del programa. Por lo tanto, los datos experimentales abarcan el período de otoño del 2000 a otoño de 2002.

En 2003, las localidades tratadas habían perdido los beneficios de las transferencias condicionadas en efectivo (pero no los beneficios del sector de los suministros), mientras que el grupo de control empezó a recibir transferencias en efectivo y beneficios del sector de la oferta. A fin de poder continuar la evaluación, se seleccionó a otro grupo de control y se encuestó en 2002, antes del comienzo del cambio en las intervenciones, de manera que los datos de referencia para el grupo podían recopilarse al mismo tiempo y utilizando el mismo instrumento que los grupos originales de tratamiento y de control. En vista de la selección no experimental del nuevo grupo de control, se hizo la evaluación utilizando el pareamiento por puntajes de propensión.

## **PRAF**

En el programa PRAF, la selección de las comunidades para participar en la fase piloto incluía la identificación de los municipios del país cuya medida promedio del crecimiento de los niños fuese la más baja. Todos los municipios del país se clasificaron primero de acuerdo a la estatura de los niños de primer grado mediante un censo de 1997 realizado entre alumnos de primer grado; dicho censo había recopilado datos sobre la estatura y el peso de todos los niños inscritos en primer grado. Los 70 municipios con el promedio más bajo de la relación estatura por edad (puntajes  $z$ ), que indicaban el peor crecimiento y desarrollo de los niños, fueron seleccionados para la fase piloto del programa y para la

evaluación.<sup>35</sup> Luego, el conjunto de 70 municipios fue organizado en cuatro estratos de acuerdo al puntaje z promedio y una lotería determinó cuáles municipios de cada estrato se asignarían a uno de cuatro protocolos distintos de tratamiento (IFPRI 2000a).

El diseño del programa inicial incluía cuatro grupos diferentes, a saber: a) demanda solamente, es decir, un grupo que recibiría solamente transferencias en efectivo para unidades familiares; b) demanda y oferta, un grupo que se beneficiaría solamente de mayores corrientes de recursos a los proveedores de servicios de salud y educación; c) oferta solamente, un grupo que recibiría transferencias y tendría acceso a los establecimientos de salud y educación con mayores recursos; y d) un cuarto grupo que serviría como grupo de control. La idea era que los resultados en las unidades familiares de cada uno de los tres diferentes grupos de tratamiento pudieran compararse con el grupo de control y también entre ellos, de manera que podrían investigarse los impactos de los componentes separados. Sin embargo, las dificultades administrativas limitaron la ejecución oportuna de las transferencias a los proveedores de servicios de salud y educación, lo que significó que el grupo de oferta solamente estaba recibiendo poco o ningún beneficio en el momento en que se hizo la ronda de seguimiento de los datos y el grupo de demanda y oferta sólo recibió transferencias en efectivo. Por otra parte, el programa PRAF también experimentó retrasos prolongados en el pago de las transferencias a las unidades familiares, lo que redujo aun más la intensidad del tratamiento en los grupos que recibían las transferencias en efectivo (IFPRI 2003a).

## **FA**

El programa FA se ejecutó inicialmente a nivel nacional en 631 municipios que satisfacían cuatro criterios utilizados para ayudar a concentrar el programa en áreas necesitadas y asegurar que se contaba con la infraestructura adecuada para el programa. Concretamente, a fin de beneficiarse del programa, las comunidades tenían que estar clasificadas como pobres de acuerdo a un índice de necesidades no satisfechas elaborado sobre la base del censo de 1993 y tener una población de menos de 100.000 habitantes,<sup>36</sup> contar con una infraestructura suficiente de servicios de salud y educación, tener como mínimo un banco y líderes locales que apoyaran las operaciones del programa y estuvieran dispuestos a cumplir con cualquier obligación que les impusiera el programa (Unión Temporal IFS 2000).

Para fines de la evaluación se seleccionó una muestra aleatoria de comunidades beneficiarias y luego de unidades familiares en ciertas comunidades. El grupo de control para la evaluación fue seleccionado de los 269 municipios que se habían seleccionado inicialmente para participar en el programa pero no satisfacían por lo menos uno de los

---

<sup>35</sup> En realidad, tres de los municipios con el promedio más bajo de estatura para la edad, puntajes z de alumnos de primer grado, tuvieron que ser excluidos de la muestra debido a la inestabilidad política. Por lo tanto, los municipios ubicados en los lugares 71 a 73 de la clasificación se incluían como sus reemplazos (IFPRI 2000a).

<sup>36</sup> Además, los municipios no podían ser capital del departamento ni estar situados en una región cafetalera que se estuviese beneficiando de otros programas de bienestar social.

criterios de elegibilidad y, por lo tanto, quedaban excluidos. Se utilizó el pareamiento por puntajes de propensión para identificar a los municipios que eran más parecidos a las comunidades beneficiarias, con lo cual se reducían al mínimo las diferencias observables entre los dos grupos antes de la intervención del programa (Unión Temporal IFS 2000). Finalmente, para la evaluación se hizo una encuesta de una muestra aleatoria de unidades familiares seleccionada de una muestra de 122 municipios, compuesta por 57 municipios beneficiarios y 65 de control. El hecho de que los municipios que no satisfacían por lo menos uno de los requisitos de elegibilidad fuesen asignados al grupo de control plantea dificultades significativas para determinar el impacto del programa, especialmente si los municipios del grupo de control carecían de acceso a servicios de salud que fuesen equivalentes a los que recibían quienes se encontraban en el grupo tratado antes de la intervención.

Por otra parte, la evaluación del programa FA afrontaba otros desafíos significativos. La encuesta para la evaluación de referencia se hizo luego de que algunos municipios ya habían empezado a recibir transferencias y la mayoría de ellos ya habían recibido información acerca del programa y su situación como beneficiario inminente. Por lo tanto, las medidas “previas al programa” probablemente estaban contaminadas ya que las unidades familiares habían empezado a responder a las condiciones del programa, lo que tendería a ocasionar un sesgo tendiente a la baja en el impacto estimado. Para tratar de superar estos problemas, además de usar el pareamiento por puntajes de propensión a fin de limitar el grupo de control a los que eran similares al grupo tratado [aunque, como se recordará, no eran lo suficientemente similares para ser beneficiarios], se recopiló información retrospectiva acerca de los resultados en la encuesta de referencia para tratar de obtener medidas más puras de las condiciones existentes antes del programa. Para algunos resultados, la información retrospectiva puede ayudar a identificar las diferencias existentes antes del programa; sin embargo, resultados como el crecimiento y la nutrición básicamente no pueden medirse retrospectivamente y otros resultados como el consumo y la salud pueden estar sumamente sesgados hacia la baja cuando se recuerdan.

Una nota final acerca de la evaluación del programa FA es que el programa sufrió retrasos en la transferencia de los pagos a las unidades familiares y, por eso, los impactos observados durante el período de evaluación no son necesariamente los que ocurrirían en un programa más maduro en el cual los pagos se efectúen regularmente y a tiempo.

## **PATH**

La evaluación todavía no se ha terminado (prevista para finales de junio de 2006), pero utilizó también una metodología casi experimental que aplicó el pareamiento por puntajes de propensión para identificar un conjunto de unidades familiares como grupo de comparación que era similar a un conjunto de unidades familiares beneficiarias antes de la intervención del programa. Si bien las diferencias comunitarias tales como las observadas en el programa FA probablemente no sean muy grandes (debido a que la selección para participar en el programa se basa solamente en las características de la unidad familiar), la evaluación utilizó unidades familiares que habían solicitado participar en el programa pero que resultaron no elegibles para servir como grupo de comparación.

Si bien este enfoque supera las cuestiones de las diferencias en la intención de participar en el programa (todos las unidades familiares de la evaluación habían solicitado participar en el programa), el hecho de que las unidades familiares de control fueron consideradas no elegibles, mientras que las unidades familiares tratadas fueron elegibles significa que los dos conjuntos de unidades familiares son diferentes entre sí. Sin embargo, la elegibilidad para participar en el programa se basa en un puntaje similar al utilizado para el programa Oportunidades y, por lo tanto, el umbral puede ser bastante arbitrario, especialmente en el umbral o cerca de él, y en consecuencia, las unidades familiares que están situados exactamente por encima o por debajo del umbral de elegibilidad tal vez no sean tan diferentes unas de otras.

La evaluación de impacto del programa PATH también se hizo utilizando técnicas cuasiexperimentales, pero en muchos sentidos, es única con respecto a las otras cuatro evaluaciones de programa. La evaluación comparaba los resultados obtenidos por los beneficiarios que se encontraban en el umbral para la elegibilidad, o cerca de él, con las unidades familiares de comparación pareados basándose en los datos de aplicación del programa a las unidades familiares. El grupo de comparación estaba compuesto estrictamente por unidades familiares no elegibles y, por lo tanto, parece poco probable que sirva como un contrafáctico apropiado, pero al limitar la muestra de unidades familiares tratadas sólo a las que están situadas justamente por debajo del umbral para ser elegibles, las diferencias entre los dos grupos son bastante pequeñas (Levy y Ohls, 2003). Hay una ventaja adicional si se seleccionan unidades familiares de comparación entre las que solicitaron participar en el programa, ya que hay probabilidades de que las unidades familiares sean similares según características no observables, tales como un interés en participar en el programa. Por lo tanto, la evaluación se efectúa para el subconjunto de población beneficiaria que era apenas lo suficientemente pobre para ser elegible y, por lo tanto, indica la magnitud o la dirección de los impactos para beneficiarios con puntajes de elegibilidad mucho más bajos (unidades familiares mucho más pobres). Sin embargo, los evaluadores ponen de relieve que los resultados demuestran el impacto marginal del programa y los impactos que deberían esperarse si el programa se ampliara aumentando la elegibilidad elevando el umbral del puntaje de elegibilidad (Levy y Ohls, 2003).

Otra diferencia entre el programa PATH y los otros programas es que los beneficiarios de los otros programas primero tenían que residir en comunidades elegibles, pero en PATH la elegibilidad era determinada estrictamente a partir de las características de la unidad familiar. De allí que es más probable encontrar unidades familiares beneficiarias y no beneficiarias en comunidades similares (o iguales), lo que reduce el potencial de que los impactos del programa se confundan con la influencia de otros factores que difieren entre los dos grupos.

### **Cuestionarios**

En general, los instrumentos para encuestar utilizados en la evaluación no han incluido preguntas que logran captar estos factores, y esas encuestas que han intentado hacerlo no son tan completas para permitir un análisis en profundidad de estos factores y la relación entre intervenciones de los programas y sus resultados. Las encuestas iniciales

del programa Oportunidades (1998-2000) eran particularmente deficientes ya que sólo incluían preguntas muy mínimas acerca de la situación de la salud de los niños y los comportamientos relacionados con ella. Las encuestas rurales y urbanas de 2003 incluían instrumentos adicionales para medir factores tales como el desarrollo de aptitudes mentales y motoras de niños pequeños, los hábitos de alimentación, el estado de salud y las actividades sociales de los adolescentes, así como la historia reproductiva, las actitudes y los comportamientos de las mujeres. No obstante, debido a que estos módulos o instrumentos sólo aparecieron en la última ronda rural, se desconoce la situación de referencia, y el cálculo del impacto del programa sobre estos resultados no puede hacerse utilizando los datos experimentales iniciales sino basándose en técnicas casi experimentales.

Los cuestionarios del programa RPS, que eran cuestionarios modificados de las encuestas LSMS, profundizaban un poco más acerca de la salud y la enfermedad de los niños. El módulo de salud de los niños incluía preguntas más detalladas acerca de incidencias y tratamientos recientes de la diarrea entre niños pequeños y muchas de las preguntas se concentraban en si se había buscado tratamiento o no (y por qué no) y, en caso afirmativo, a qué tipo de establecimiento habían acudido, y los costos de viajes y de tratamiento pagados por el paciente de su propio bolsillo. La encuesta incluía una pregunta acerca de la lactancia materna, pero la pregunta estaba mal planteada ya que solamente indagaba acerca de la duración de la lactancia materna exclusiva y no sobre la duración total. En consecuencia, aunque la encuesta recopilaba información acerca de los tipos de prácticas suplementarias de alimentación, la falta de información completa acerca de la lactancia materna dificultó el estudio del impacto del programa en los comportamientos de alimentación de la unidad familiar relacionados con la nutrición de los niños. El módulo de la encuesta relativo a la salud del niño incluido en el programa RPS no registraba si se había pesado al niño en su último examen físico, si había recibido suplementos de vitamina A y hierro recientemente y si había recibido vacunas cruciales para enfermedades como la tuberculosis (TB), difteria, tos ferina y tétanos (vacuna DPT) y poliomielitis, aunque no se registraran las fechas de la vacunación.

Los cuestionarios sobre la salud de los niños incluidos en los programas PRAF y FA recabaron la mejor información acerca de comportamientos relacionados con la salud. Esto incluyó preguntas sobre si el niño se lavaba o no las manos antes de comer (PRAF), la duración de la lactancia materna, los tipos de alimentos suministrados al niño (especialmente detallados en el cuestionario del programa FA), si se había llevado al niño a un centro de salud en el último mes y el motivo de la consulta (aunque hubiera ocurrido más de 30 días atrás), las fechas exactas en las que el niño había recibido cada vacuna, y los síntomas específicos del último episodio de diarrea. En el caso del PRAF, el módulo se aplicaba solamente a los niños de menos de tres años y se observó poco impacto del programa debido a la falta de ejecución oportuna de muchos de los componentes del programa. Estos factores limitaron el uso de estas preguntas para estudiar los impactos. En el caso del programa FA, el módulo de salud del niño se aplicó a todos los niños menores de 7 años y también incluía información adicional acerca del peso y la estatura de cada niño al nacer, edad gestacional al nacer, medidas de crecimiento anteriores, si el niño estaba inscrito en un programa de seguimiento del crecimiento, así como episodios

de tos, fiebre y otras enfermedades. Si bien algunos de estos datos fueron estudiados en la evaluación del impacto (peso al nacer y enfermedades), la mayoría no se estudió (o al menos no se notificaron oficialmente en la evaluación).

Las preguntas relacionadas con la fecundidad y la salud materna eran limitadas en las encuestas rurales en el caso del programa Oportunidades, mientras que en los cuestionarios de los programas RPS, PRAF y FA las preguntas se centraban en el número de exámenes prenatales, tipos de tamizaje que se hicieron durante los exámenes, y la presencia de proveedores de servicios de salud en el parto. En la encuesta del programa RPS, había muchas preguntas relativas a los costos asociados con la atención prenatal, pero no había información acerca de los resultados reales del nacimiento tales como la edad gestacional en el momento del nacimiento, peso al nacer o mortalidad infantil (excepto en la ronda de 2002, sólo para el nacimiento más reciente). El tamaño de la muestra era relativamente pequeño para algunos resultados, de allí que la exclusión de esos tipos de preguntas fuese una cuestión práctica. En la encuesta del programa PRAF, el módulo de fecundidad y de salud materna era más elaborado y captaba la duración del último embarazo, así como el resultado final, pero no el peso al nacer. En el cuestionario FA, el módulo de salud materna se aplicaba solamente a las mujeres beneficiarias o a las jefas de familia o a esposas de jefes de familia y no queda claro si se abarcaron todas las mujeres en edad fecunda.

Los programas PRAF, RPS y FA no recopilaron historias completas de nacimientos para mujeres en edad fecunda. Por el contrario, esa información tuvo que ser reconstruida a partir de los miembros de la familia y, por lo tanto, quedaban fuera los niños que no estaban vivos o que no vivían con la madre. En el cuestionario del programa FA se recopilaron datos (pero no se incluyeron en el informe de la evaluación) sobre el uso de anticonceptivos por las mujeres; pero, no se recabaron estos datos en los cuestionarios de los programas PRAF y RPS (con la excepción de la encuesta RPS de 2002, pero en ella se preguntaba solamente si la mujer había estado embarazada alguna vez). La encuesta rural de 2003 del programa Oportunidades comprendía un módulo integral de fecundidad con preguntas sobre el conocimiento y uso de los anticonceptivos pero no administraba la encuesta a todas las mujeres en edad fecunda (se observó que lo más probable es que faltaran las hijas). Stecklov et al. (2006) encontraron que la fecundidad había aumentado en las comunidades tratadas en el programa PRAF, pero no en los programas RPS y Oportunidades, y atribuyeron el aumento al hecho de que se asignaban transferencias nutricionales por cada niño pequeño, lo que sugiere que las unidades familiares estaban reaccionando al incentivo para tener más niños en la familia. Sin embargo, en vista del período tan breve abarcado por las encuestas y al hecho de que había poca información acerca de los determinantes inmediatos de la fecundidad, todavía no está clara la fuente o la razón del impacto en la fecundidad. En consecuencia, parece imperioso que las futuras encuestas para las evaluaciones de programas que tienen potencial de influir en los cambios demográficos recopilen la mayor información posible relacionada con la salud reproductiva y la toma de decisiones al respecto dentro de las unidades familiares.

Un componente singular del módulo materno del programa FA eran las preguntas que se hacían a la madre acerca del tratamiento adecuado para la diarrea (concretamente si los

alimentos y los líquidos que ese daban a los niños deberían aumentarse cuando el niño tiene diarrea) y la participación en charlas que cubrían una amplia gama de temas sobre salud y nutrición. No obstante, esta información no se utilizó en la evaluación de impacto publicada. Estas preguntas son similares al enfoque de viñeta utilizado para evaluar la competencia del proveedor en estudios sobre la calidad del servicio de salud (Das et al., 2004, entre otros) y el uso de esos instrumentos podría explorarse para futuras evaluaciones.