

# Serie Documentos de Trabajo del IIEP

**Nº 35** - Noviembre de 2018

## ANÁLISIS Y CARACTERIZACIÓN DE LA CONDICIONALIDAD EN SALUD QUE ESTABLECE LA AUH

Ariela **Goldschmit**



Instituto Interdisciplinario de  
Economía Política de Buenos Aires  
**(IIEP-BAIRES)**

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Económicas  
Instituto Interdisciplinario de Economía Política de Buenos Aires  
Av. Córdoba 2122 - 2º piso (C1120 AAQ)  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina  
Tel +54 11 5285-6578

<http://iiep-baires.econ.uba.ar/>

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas  
Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva  
Av. Rivadavia 1917 (C1033AAJ)  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina  
Tel +54 11 5983-1420

<http://www.conicet.gov.ar/>

ISSN 2451-5728

Los Documentos de Trabajo del IIEP reflejan avances de investigaciones realizadas en el Instituto y se publican con acuerdo de la Comisión de Publicaciones. L@s autor@s son responsables de las opiniones expresadas en los documentos.  
Desarrollo editorial: Ed. Hebe Dato

El Instituto Interdisciplinario de Economía Política de Buenos Aires (IIEP-BAIRES) reconoce a los autores de los artículos de la Serie de Documentos de Trabajo del IIEP la propiedad de sus derechos patrimoniales para disponer de su obra, publicarla, traducirla, adaptarla y reproducirla en cualquier forma. (Según el art. 2, Ley 11.723).



Esta es una obra bajo Licencia Creative Commons  
Se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

# Análisis y caracterización de la condicionalidad en salud que establece la AUH

**Ariela Goldschmit**

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES. FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS. DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA. BUENOS AIRES, ARGENTINA. CONICET-UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES. INSTITUTO INTERDISCIPLINARIO DE ECONOMÍA POLÍTICA DE BUENOS AIRES (IIEP-BAIRES). BUENOS AIRES, ARGENTINA.  
**arielagold@hotmail.com**

## ANALYSIS AND CHARACTERIZATION OF AUH'S HEALTH CONDITIONALITY

### ABSTRACT

---

The implementation of Universal Child Assignment for Social Protection (AUH) was innovative in different aspects. On the one hand because it is a program of monetary transfers that moves away from the dominant practices until that moment of transferring goods in kind. Additionally, the program incorporates conditionalities in health and education, in order to extend the long-term impacts and break the intergenerational cycle of poverty.

The objective of this paper is to analyze the relevance and impact of health conditionality on the consumption of health services by the target population of the AUH; as well as in the quality of the services. The analysis is made on the basis of the results of the Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) process carried out by the United Nations Children's Fund (UNICEF) and the Survey of Protection and Social Security (ENAPROSS 2015) of the Ministry of Employment.

### RESUMEN

---

La implementación de la Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUH) resultó novedosa en distintos aspectos. Por un lado porque se trata de un programa de transferencias monetarias que se aleja de las prácticas dominantes hasta ese momento de transferir bienes en especie. De manera adicional, continuando con la iniciativa del Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados, el programa incorpora condicionalidades, en salud y educación, a los fines de extender los impactos a largo plazo y romper el ciclo intergeneracional de la pobreza.

Este documento tiene por objetivo analizar la pertinencia y el impacto que detenta la condicionalidad en salud en el consumo de servicios de salud por parte de la población destinataria de la AUH; así como en la calidad de los servicios percibidos. El análisis se efectúa sobre la base de los resultados de procesamientos de la encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) realizada por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Encuesta de Protección y Seguridad Social (ENAPROSS) del Ministerio de Trabajo correspondiente al año 2015.

---

**Keywords:** IMPACT ANALYSIS – CONDITIONALITIES – HEALTH - SOCIAL PROTECTION

**Palabras claves:** ANÁLISIS DE IMPACTO - CONDICIONALIDADES - SALUD - PROTECCIÓN SOCIAL

**JEL Codes:** H51

**Una versión de este trabajo fue publicado en Cetrángolo, O y Curcio, J. (coord.) (2017) "Análisis y propuestas de mejoras para ampliar la Asignación Universal por Hijo". UNICEF, ANSES, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Consejo de Coordinación de Políticas Sociales. ISBN: 978-92-806-4915-4. Buenos Aires, diciembre de 2017.**

<b>1. Introducción .....</b>	<b>2</b>
<b>2. Características de la condicionalidad en salud.....</b>	<b>2</b>
<b>3. La atención de la salud y la auh .....</b>	<b>7</b>
<b>4. Evaluación de impacto de la condicionalidad en salud.....</b>	<b>14</b>
4.1. Antecedentes de evaluaciones de impacto en salud.....	14
4.2. Metodología y fuentes de información.....	16
4.3. Resultados obtenidos .....	17
<b>5. Reflexiones finales .....</b>	<b>19</b>
<b>6. Referencias.....</b>	<b>22</b>

## **1. Introducción**

La implementación de la Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUH) resultó novedosa en distintos aspectos. Por un lado porque se trata de un programa de transferencias monetarias que se aleja de las prácticas dominantes hasta ese momento de transferir bienes en especie. De manera adicional, continuando con la iniciativa del Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados, el programa incorpora condicionalidades, en salud y educación, a los fines de extender los impactos a largo plazo y romper el ciclo intergeneracional de la pobreza.

Este documento tiene por objetivo analizar la pertinencia y el impacto que detenta la condicionalidad en salud en el consumo de servicios de salud por parte de la población destinataria de la AUH; así como en la calidad de los servicios percibidos. El análisis se efectúa sobre la base de los resultados de procesamientos de la encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) realizada por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Encuesta de Protección y Seguridad Social (ENAPROSS) del Ministerio de Trabajo correspondiente al año 2015.

Además de esta introducción, el documento se desarrolla en 5 secciones. A continuación, la sección 2 ofrece una descripción de la condicionalidad en salud y los controles involucrados en la misma así como su operatoria. La sección III resume los resultados de la MICS-UNICEF y la ENAPROSS con relación a la componente de salud y presenta una caracterización diferenciada de los destinatarios de la AUH. La sección IV presenta un análisis de evaluación de impacto del programa en una serie de resultados de atención de la salud comparando a los destinatarios de la AUH con un grupo de control con características similares pero que no perciben la asignación de modo de poder evaluar cambios en el comportamiento vinculado a la salud a partir de la condicionalidad que establece el programa. Por último, el documento finaliza con una serie de reflexiones finales.

## **2. Características de la condicionalidad en salud**

El beneficio que otorga la AUH comprende una suma mensual cuyo monto al mes de diciembre de 2016 asciende a 1.103 pesos por cada hijo. Esta prestación se divide en dos partes: una asignación que se abona mensualmente y que es equivalente al 80% del monto total; y una segunda parte, que se compone del 20% restante que se acumula en una caja de ahorro del Banco de la Nación Argentina y cuyo cobro queda sujeto a la verificación del cumplimiento de un conjunto de requisitos establecidos como condicionalidades. En este sentido se argumenta que la AUH adopta la forma de una transferencia semicondicionada.

En general, las condiciones impuestas por los programas de transferencias monetarias en distintos países de la región latinoamericana, en relación con la salud y nutrición, implican controles periódicos, seguimiento del crecimiento y vacunaciones para niños menores de cinco años de edad, atención perinatal para las madres y asistencia de las madres a charlas periódicas que ofrecen información sobre la salud y, mayormente, suelen ir acompañadas de condicionalidades en educación. Las condiciones relativas a la educación incluyen la matrícula escolar, una asistencia de entre el 80% y el 85% de los días de clase y, ocasionalmente, algún indicador de desempeño (Fiszbein y Schady, 2009).

El cumplimiento de las corresponsabilidades en estas dos áreas es fundamental porque implica romper con la cadena de la pobreza a futuro. En este sentido, la política busca detener la dinámica de la pobreza intergeneracional, atacando las falencias que venían sosteniendo con permanencia las poblaciones más vulnerables. El acceso a los servicios de atención médica constituye una condición indispensable para que los niños destinatarios de estos programas puedan realizarse, tanto física como intelectualmente, y debe entenderse más allá del intento de reducir su riesgo de enfermedad y muerte. Incluye tanto aspectos médicos, psico-afectivos, sociales que buscan mejorar las condiciones de vida del niño, comprendiendo desde el acceso a una vivienda decente hasta la atención materno infantil, adquisición de los alimentos adecuados, buenas prácticas nutricionales y educación sanitaria (ANSES, 2012).

De manera adicional, desde un marco de análisis económico, los programas de transferencias condicionadas tienen objetivos vinculados con la equidad así como de eficiencia y corrección de fallas del mercado, y emplean por este motivo incentivos por el lado de la demanda (Das, Do y Ozler, 2005). En particular, la inversión en capital humano de los niños está en riesgo cuando, entre otros factores que reconocen de Janvry y Sadoulet (2004 y 2006), los padres están subinformados respecto de los beneficios de los controles de salud para sus hijos. En estos casos una transferencia condicionada genera mayores beneficios a largo plazo, que una no condicionada (Villatoro, 2007).

Según datos de Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) presentados por Cecchini y Veras Soares (2015) la condicionalidad de salud más común es la asistencia regular de los niños a controles médicos; seguidos de la asistencia de las mujeres a los controles pre y posparto (que se observa en 10 de los 16 países con Programas de Transferencias Condicionadas (PTC) relevados por dicha institución); vacunas para los niños (5 de 16); asistencia de mujeres a actividades de consejería en salud (4 de 16); controles de salud para las personas mayores y personas con discapacidades (3 de 16); y vacunas para mujeres embarazadas (2 de 16). Varios programas proporcionan capacitación a familias sobre temas relacionados con la salud, por medio de actividades de consejerías, charlas educativas y talleres. Por otra parte, estrategias amplias, como en el programa Red Unidos de Colombia y el plan Brasil sem Miséria, buscan vincular a las familias pobres a una gama de servicios sociales existentes, incluyendo el desarrollo en la primera infancia, seguro de salud o programas nutricionales.

En la Argentina, la condicionalidad en salud establecida por la Asignación Universal por Hijo (AUH) requiere que los niños destinatarios de la misma menores a 6 años, deban inscribirse en el Plan Nacer/Programa SUMAR y cumplir con el esquema de vacunación. El objetivo del plan es disminuir el componente sanitario de la morbimortalidad materno infantil y en ese sentido, la condicionalidad de la AUH ha servido como impulso adicional a los objetivos del Plan. A ello se suma la incorporación en 2011 de la Asignación por embarazo, que impone requisitos vinculados con el seguimiento y control de embarazo y la obligatoriedad de inscripción de los recién nacidos en el Plan Nacer.

Asimismo, a través de sus condicionalidades, la AUH busca inducir la registración de los nacimientos y la acreditación de una identidad, garantizando que cada niño receptor de la AUH cuente con su Documento Nacional de Identidad (D.N.I) (ANSES, 2012).

En este contexto, es muy importante resaltar la vinculación entre este programa nacional y las demandas que genera el cumplimiento de condicionalidades en las áreas de salud y educación a cargo de las provincias. En muchos casos la oferta de salud (y educación) disponible no es factible de modificarse de manera sustancial en el corto plazo, de modo que la instrumentación de requerimientos de controles de salud debiera ser acompañada de políticas de ampliación de la oferta disponible a nivel subnacional, que contemplen las características y las problemáticas que enfrentan estos servicios en cada lugar (Cetrángolo y Goldschmit, 2012).

Como se ha mencionado, conforme la normativa de ANSES, cada uno de los niños, niñas y adolescentes, hasta los 6 años de edad inclusive, deberá acreditar el cumplimiento de los controles sanitarios, del Plan de Vacunación Obligatorio y la inscripción al Plan Nacer/Programa SUMAR. (Ministerio de Salud, 2013). En el caso de la Asignación por Embarazo, la inscripción en el Plan Nacer/Programa SUMAR es condición necesaria para el alta en el beneficio y afecta el 100% del ingreso. El diseño cruzado incorpora también la etapa del nacimiento, ya que es condición para acceder a la asignación, la inscripción del niño recién nacido.

El Plan Nacer/Programa SUMAR tiene como objetivos mejorar y explicitar la cobertura de salud y la calidad de la atención brindada a la población materno infantil sin obra social (“cobertura efectiva de salud”) fortaleciendo la red pública de atención; incentivar el cambio cultural en la visión y gestión de la salud que priorice la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) y un desempeño eficaz del sistema; y contribuir a la reducción de las tasas de morbi-mortalidad materno infantil, en consonancia con las Metas Globales de Desarrollo del Milenio.

Los objetivos específicos del programa son el fortalecimiento del sub-sector público de salud y la promoción de Seguros de Salud Materno Infantil Provinciales destinados a otorgar cobertura en salud a su población objetivo, mujeres embarazadas, puérperas y niños y niñas menores de 6 años sin cobertura explícita de salud; garantizando desde una perspectiva de “equidad”, las mejores condiciones de acceso, de la población objetivo, a un paquete básico de prestaciones seleccionadas por su relevancia en el cuidado de la salud de dicha población.

Con respecto al modelo de gestión, hay dos características que distinguen al Plan Nacer/Programa SUMAR. Por un lado, la explicitación de prestaciones priorizadas en un nomenclador único. A partir de una priorización explícita de prestaciones se logra asegurar a la población objetivo un conjunto inicial de prestaciones que siempre estarían disponibles para ser prestadas, con el mismo nivel de calidad. Por otro lado, se diseñó una estrategia de pagos que fue revolucionaria como sistema de gestión, al aplicar incentivos específicos para la consecución de sus objetivos a través del mecanismo de pagos, conocido como Pago por Desempeño. Así, los mecanismos de pago entre los actores tienen un rol esencial ya que guían las acciones de los mismos hacia el logro de las metas propuestas. En este sentido, existen dos tipos de relaciones entre actores que determinan flujos de los fondos. En primer lugar, entre el Gobierno Nacional y las provincias, donde la Nación transfiere recursos a las provincias mediante una cápita. El 60% de ese monto se transfiere por identificación e inscripción de la población beneficiaria del Plan Nacer/Programa SUMAR y el 40% restante se integra a partir del cumplimiento de una serie de metas de resultados sanitarios (contemplados en las trazadoras). Inicialmente, el 100% del financiamiento de la cápita estuvo a cargo de la Nación, para luego pasar a ser cofinanciado bajo un sistema incremental y gradual

por las provincias, manteniendo siempre una mayor participación en el cofinanciamiento por parte de la Nación, permitiéndole conservar su rol de rectoría en la estrategia iniciada por el Plan.

Las provincias, que tienen a su cargo la implementación del Plan Nacer/Programa SUMAR en sus territorios, transfieren fondos a los efectores encargados de realizar las prestaciones a la población beneficiaria, los cuales le permiten mejorar la calidad de los servicios que brindan a los destinatarios. A su vez las provincias optan, en el marco del proyecto, por distintas modalidades de pago las cuales son una herramienta estratégica con la que cuentan los Seguros Provinciales para el logro de los resultados sanitarios esperados. El mencionado mecanismo de pago, puede visualizarse en el gráfico 1 que sigue.

Las provincias firman un convenio con el gobierno nacional en el cuál se comprometen a que los fondos del Plan Nacer/Programa SUMAR no reemplacen los recursos públicos provinciales invertidos previamente en salud, como consecuencia de la incorporación de esta nueva fuente, sino que los complementen. De este modo, se avanza hacia un nuevo modelo de financiamiento.

Mediante los mecanismos de incentivos mencionados se buscó modificar la conducta de los agentes de una manera que no podría conseguirse con los medios de financiamiento tradicionales, como la financiación por partidas presupuestarias.

**Gráfico 1. Mecanismos de pago del Plan Nacer/Programa SUMAR**



Fuente: Plan Nacer.

Los Seguros Materno Infantil Provinciales, por su parte, transfieren recursos a los efectores para financiar la provisión de servicios de salud y los efectores pueden invertir esos fondos en rubros de gasto pre-acordados. De esta manera se respeta la autonomía de cada jurisdicción provincial, al mismo tiempo que se asegura que las



instituciones prestadoras de servicios asignen los recursos en los rubros definidos por cada provincia, en el marco del ejercicio de esa autonomía. Los rubros de gasto que forman parte de los acuerdos realizados son incentivos al personal, locaciones de obra y/o servicios, insumos, inversiones y mantenimiento.

El paquete de prestaciones priorizadas por el Plan Nacer se plasmó inicialmente en un listado explícito de prestaciones -Nomenclador Único del Plan Nacer- que contiene un paquete de prestaciones básicas de salud altamente costo-efectivas para la población materno-infantil objetivo. Las primeras prestaciones incorporadas, estaban dirigidas a alentar la atención primaria, prevención y promoción de la salud, siguiendo atributos de calidad y oportunidad descritos en guías y protocolos del buen cuidado de la embarazada y el niño. El mencionado nomenclador único del programa, se encuentra organizado en 6 grupos que se detallan en el cuadro 1.

Los aprendizajes generados por la implementación del paquete inicial permitieron posteriormente identificar una estrategia de incorporación de prestaciones asociadas al cuidado integral de las cardiopatías congénitas, ciertas prestaciones ambulatorias y de cuidado del embarazo del alto riesgo junto con servicios de neonatología de alta complejidad. Luego, habiendo avanzado en la incorporación de un paquete más integral del cuidado de la embarazada y del niño, se inició un proceso de priorización de prestaciones básicas para el cuidado de otros grupos de edad (Programa SUMAR). El Programa SUMAR, junto con la cobertura para la población materno-infantil, incorpora a los niños/as y adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres hasta los 64 años.

**Cuadro 1. Plan de Beneficios único (Nomenclador) del Plan Nacer. Estructura por grupo y subgrupo y prestaciones correspondientes**

GRUPO Y SUBGRUPO		PRESTACIONES
MUJER	EMBARAZO	→ Consulta de educación para la salud en embarazo (bio-psico-social) → Anatomía patológica (Papanicolau) en control de embarazo → Inmunización antitetánica en embarazo
	EMBARAZO DE ALTO RIESGO	→ Consulta de control prenatal de embarazo de alto riesgo → Atención y tratamiento ambulatorio de SIDA en la embarazada
	PARTO	→ Atención de parto y recién nacido → Atención de parto y recién nacido (cesaria)
	PUERPERIO	→ Inmunización puerperal (Rubéola) → Consejería puerperal
NIÑO	NEONATO	→ Inmunización de recién nacido (Incluye BCG y Hepatitis B) → Incubadora hasta 48 horas para recién nacido → Tratamiento inmediato de transmisión vertical de SIDA en RN
	MENORES DE 6 AÑOS	→ Consulta oftalmológica → Consejería en salud buco-dental
LABORATORIO		→ Prueba de embarazo → Colposcopia en Control de embarazo → Extracción de sangre → Análisis de sangre
IMÁGENES		→ RX tórax F y P en mujeres embarazadas → Ecografía
COMUNIDAD		→ Captación por búsqueda activa de embarazadas en el primer trimestre por agente sanitario y/o personal de Salud → Ronda Completa de Agente Sanitario en área rural → Diagnóstico socio-epidemiológico de población en riesgo → Encuentros para promoción de pautas alimentarias → Encuentros para promoción del desarrollo infantil
TRANSPORTE		→ Transporte de emergencia del RN

Fuente: Área Técnica Plan Nacer.

La sinergia buscada a través de la articulación Plan Nacer (Programa SUMAR)/AUH se inserta en una nueva lógica de gestión de las políticas públicas, que busca abordar las causas multidimensionales de los problemas sociales a través de la complementariedad entre diversos programas (Ministerio de Salud, 2013).

### 3. La atención de la salud y la AUH

Habiendo visto las características y el modo en que se implementa la condicionalidad en salud de la AUH, esta sección presenta una caracterización de la atención de la salud que perciben los destinatarios de la AUH elaborada sobre la base de las encuestas MICS de UNICEF y ENAPROSS 2015 y comparada con la situación de aquellos que no perciben este beneficio.

Como era de esperar, y tal como se exhibe en el cuadro 2 la cobertura de seguros de salud resulta muy reducida entre los perceptores de la AUH, abarcando a apenas 28,7% de los mismos. En tanto que la situación inversa se observa entre los no perceptores de la AUH, donde la cobertura de seguro asciende a 72,2%. Esta información se complementa con los datos que surgen del cuadro 3, donde se detalla el tipo de cobertura de salud que surge de la encuesta ENAPROSS. Allí se constata que la cobertura mediante planes públicos alcanza mayores proporciones entre los destinatarios de la AUH (90,3%), mientras que la cobertura formal a través de una Obra Social predomina entre los que no perciben la asignación (65,2%).

**Cuadro 2. Cobertura de seguro de salud**

	PERCEPTORES AUH	
	NO	SI
NO	27,8	71,3
SI	72,2	28,7
Total	100	100

Fuente: elaboración propia sobre la base de la base de MICS-UNICEF.

**Cuadro 3. Tipo de cobertura de salud, 2015**

	PERCEPTORES AUH		
	NO	SI	Total
Obra Social	65,2	8,4	49,2
PAMI	0,4	0,2	0,3
Prepaga	4,6	0,6	3,5
PROFE- INCLUIR SALUD	0,7	0,5	0,6
Hospital público/ CAPS	29,1	90,3	46,3
Total	100	100	100

Fuente: elaboración propia sobre la base de la base de ENAPROSS 2015.

Con relación al cuidado personal de la salud, en el cuadro 4 se evidencia que no existen disparidades importantes entre los perceptores y no perceptores de la Asignación Universal. En ambos casos la consulta al médico en el último año se ubica por encima del 80%. Mientras que entre los motivos por los cuales no se realizaron consulta médica (cuadro 5) resulta llamativo el 1,5% de los destinatarios de la AUH que argumentó haber concurrido al servicio pero no haber recibido atención médica. Ello debe alertar sobre la necesidad de mejorar los servicios de atención primaria de la salud en los hospitales públicos y CAPS de modo de asegurar una atención adecuada y oportuna a toda la población.

**Cuadro 4. Realizó consulta en el último año**

	PERCEPTORES AUH		
	NO	SI	Total
SI	81,0	84,7	82,1
NO	19,0	15,3	17,9
Total	100	100	100

Fuente: elaboración propia sobre la base de la base de ENAPROSS 2015.

### Cuadro 5. Motivo por el cual no realizó consulta

	PERCEPTORES AUH		
	NO	SI	Total
No estuvo enfermo o bien tuvo un problema de salud pasajero	97,3	97,9	97,5
Falta de dinero	0,5	0,5	0,5
Dificultades de transporte	0,3	0,0	0,2
Falta de tiempo para sacar turno, hacer trámites, derivaciones	1,0	0,0	0,7
Para no perder días de trabajo o en la escuela	0,1	0,0	0,1
Concurrió al servicio pero no lo atendieron	0,2	1,5	0,5
Otra razón	0,7	0,0	0,5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: elaboración propia sobre la base de la base de ENAPROSS 2015.

Respecto de la consulta en el último año, en el cuadro 6 se observa la predominancia de controles y chequeos médicos para toda la población, destacándose, en el caso de los destinatarios de la AUH, el requerimiento del control sanitario que impone la condicionalidad en salud como un motivo de consulta para el 6,3% de los casos. Ello podría dar cuenta de que el requerimiento de condicionalidad en salud no implica un costo de cumplimiento para los perceptores de la AUH, es decir, no opera como una restricción ya que la mayoría de los perceptores de la misma de todos modos cumplen con el control de su salud.

### Cuadro 6. Motivo de la consulta en el último año

	PERCEPTORES AUH		
	NO	SI	Total
Control/ chequeo/ prevención	68,5	66,7	67,9
Enfermedad/ lesión/ dolor	25,6	23,0	24,9
Tratamiento en curso	5,1	3,8	4,7
Control por embarazo	0,3	0,0	0,2
Por certificado AUH	0,0	6,3	1,8
Otro motivo	0,6	0,3	0,5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: elaboración propia sobre la base de la base de ENAPROSS 2015.

En cuanto al lugar de realización de la consulta, si se perciben diferencias en el comportamiento de los destinatarios de la AUH. En este caso la consulta se realiza en

forma predominante en hospitales públicos o centros de salud, mientras que aquellos que no perciben la AUH consultan en clínicas, sanatorios, hospitales privados o consultorios médicos en mayor medida (cuadro 7).

**Cuadro 7. Lugar de realización de la consulta**

	PERCEPTORES AUH		
	NO	SI	Total
En hospital público	21,1	51,5	30,0
En centro de Salud/ salita	11,3	38,5	19,2
En clínica/ sanatorio u hospital privado	43,1	6,8	32,5
En consultorio médico	23,2	2,9	17,3
En domicilio del paciente	1,0	0,1	0,7
En otro lugar	0,3	0,2	0,3
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: elaboración propia sobre la base de la base de ENAPROSS 2015.

Llamativamente, en línea con los resultados del cuadro 5, entre las razones esgrimidas respecto de la no realización de estudios médicos prescritos en la consulta (cuadro 8), 5,3% de los perceptores de la AUH, argumenta que fue y no recibió atención para realizar sus estudios. Ello resulta preocupante en términos de política pública ya que no se estaría asegurando la atención requerida a toda la población, imposibilitando en algunos casos el cumplimiento de la condicionalidad que establece el Programa.

**Cuadro 8. Razón por la cual no realizó los estudios solicitados**

	PERCEPTORES AUH		
	NO	SI	Total
No le pareció importante	4,6	8,1	5,3
No tuvo tiempo	28,9	15,3	26,3
Le quedaba lejos	2,4	1,4	2,2
No tenía dinero	5,5	4,6	5,3
Perdía o le descontaban horas de trabajo	0,3	0,0	0,2
Fue y no lo atendieron	0,8	5,3	1,7
La atención es mala	2,5	0,0	2,0
Otro motivo	55,0	65,3	56,9
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: elaboración propia sobre la base de la base de ENAPROSS 2015.

En el cuadro 9 se muestra la modalidad de obtención de los medicamentos. Aquí se observa que la mayor parte de los destinatarios de la AUH perciben su medicación de manera gratuita (54,6%). No obstante si bien la proporción de compra muestra una reducción con relación a los no destinatarios de la AUH, aún abarca un porcentaje elevado (45,1%) de la población que percibe la Asignación, representando una barrera al cuidado de la salud de este grupo.

**Cuadro 9. Modalidad de obtención de la mayoría de los medicamentos**

	BENEFICIARIO AUH		
	NO	SI	Total
Se los entregaron gratuitamente	21,6	54,6	31,0
Los compró	77,0	45,1	67,9
Los tenía en casa	0,7	0,2	0,6
Los reemplazó por remedios caseros	0,6	0,0	
Otra modalidad	0,0	0,1	0,1
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: elaboración propia sobre la base de la base de ENAPROSS 2015.

Los cuadros 10, 11 y 12 refieren a la atención percibida para las enfermedades de larga duración. Si bien se destaca que la mayoría de la población percibe todo lo que necesita para el tratamiento y cuidado de las enfermedades de larga duración (78,3% del total), más de la mitad de los perceptores de la AUH dice que no percibe lo necesario para atender su enfermedad debido a que no cuenta con cobertura (cuadro 11). Mientras que en el 37,2% de los casos el financiamiento de la medicación proviene de gasto de bolsillo, lo que tiene fuertes implicancias en términos de inequidad en el acceso a la salud.

**Cuadro 10. Lo que recibe para enfermedades de larga duración**

	BENEFICIARIO AUH		
	NO	SI	Total
Todo lo que necesita (medicación, ayuda o cuidado de otra persona, tratamiento/ rehabilitación y/o ayuda técnica)	80,8	72,0	78,3
Solo parte de lo que necesita: medicación	3,5	7,5	4,6
Solo parte de lo que necesita: tratamiento/ rehabilitación	3,8	7,1	4,7
Solo parte de lo que necesita: cuidado o ayuda de otra persona	0,0	1,5	0,4
Solo parte de lo que necesita: ayuda técnica	0,0	0,0	0,0
Solo parte de lo que necesita: medicación y tratamiento/ rehabilitación	0,6	0,0	0,5
Solo parte de lo que necesita: medicación y ayuda técnica	0,0	0,0	0,0
Solo parte de lo que necesita: tratamiento/ rehabilitación y cuidado o ayuda de otra persona	0,3	0,0	0,2
Solo parte de lo que necesita: medicación, cuidado o ayuda de otra persona y ayuda técnica	0,5	0,0	0,4
Solo parte de lo que necesita: medicación, tratamiento/ rehabilitación y cuidado o ayuda de otra persona	0,6	0,0	0,4
No recibe nada de lo que necesita	9,8	12,0	10,4
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: elaboración propia sobre la base de la base de ENAPROSS 2015.

**Cuadro 11. Motivos por los que no recibe medicación/tratamiento para enfermedad de larga duración**

	BENEFICIARIO AUH		
	NO	SI	Total
No tiene cobertura	23,4	53,4	34,0
La cobertura no le cubre nada	18,1	2,6	12,6
La cobertura le cubre solo una parte	35,7	16,4	28,9
No sabe si la cobertura le llega a cubrir algo o no	0,1	5,9	2,1
Está esperando que le respondan	0,9	0,5	0,8
Ya se lo otorgaron pero aun no lo recibe	0,1	4,1	1,5
Aun no completó todos los trámites	1,7	0,0	1,1
No sabe qué trámites tiene que hacer	4,6	11,7	7,1
Otro motivo	15,3	5,4	11,8
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: elaboración propia sobre la base de la base de ENAPROSS 2015.

**Cuadro 12. Financiamiento de medicamentos para enfermedad de larga duración**

	BENEFICIARIO AUH		
	NO	SI	Total
La persona con el problema de salud, un familiar o un amigo	40,5	37,2	39,7
PROFE- INCLUIR SALUD	2,1	0,5	1,7
PAMI	0,0	1,0	0,3
PLAN NACER - Programa SUMAR	0,4	4,4	1,4
Obra social	32,2	3,8	24,9
Prepaga o mutual	10,4	1,0	8,0
Hospital público/ centro de salud/ salita estatal	14,4	52,1	24,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: elaboración propia sobre la base de la base de ENAPROSS 2015.



## **4. Evaluación de impacto de la condicionalidad en salud**

### ***4.1. Antecedentes de evaluaciones de impacto en salud***

De la revisión de la literatura se encuentra que existe una amplia gama de estudios que analizan los efectos de los Programas de Transferencias Condicionadas en el acceso escolar, la participación en el mercado laboral y la pobreza e indigencia de los hogares y personas. No obstante, en lo referente a salud, resultan escasas las referencias específicas a estudios que hayan evaluado el impacto de las condicionalidades en salud establecidas por estos programas en los países de América Latina.

En términos generales se argumenta que este tipo de iniciativas han tenido efectos positivos en el acceso a la salud, la realización de controles preventivos e inmunizaciones así como en la reducción de la prevalencia de enfermedades en los niños (Villatoro, 2007). De este modo, el aumento de demanda inducido por los PTC ha generado un mayor uso de la oferta instalada de servicios públicos (Glassman y Gaarder, 2007).

Paxon y Schady (2007) analizan el impacto del Bono de Desarrollo Humano en Ecuador en la salud y desarrollo infantil. El estudio utiliza un diseño experimental y evalúa ocho medidas de resultados: (i) resultados físicos (hemoglobina, talla para la edad y motricidad fina); (ii) resultados cognitivos (test de vocabulario, memoria de largo plazo, memoria de corto plazo, e integración visual); (iii) y resultados de comportamiento. Los autores encuentran que el Programa tiene un efecto positivo en el indicador de motricidad fina y en el indicador de memoria de largo plazo del niño.

Por su parte, Sedlacek et al. (2000) a partir de una comparación sistemática de los destinatarios del programa Progresá en México y grupos de control encuentran que la cantidad de visitas a centros de salud aumentó un 20% en las áreas en que estaba presente el Programa, pero sólo 5% en las áreas donde no estaba. Para las familias con hijos menores de 5 años, aumentó en un 30% y para aquellas con mujeres embarazadas, en un 16%. Según Gertler y Boyce (2001), este mismo programa incrementó la utilización de las clínicas públicas en 53% y dio cuenta de una merma en las tasas de enfermedad en los niños beneficiarios menores de 3 años. En tanto que, Gutierrez et al. (2005) y Hernández et al. (2005) encuentran un impacto positivo del programa Oportunidades en la utilización de servicios de salud rural y en el control prenatal de embarazadas.

Para Colombia, Attanasio et al. (2009) y DNP (2006) muestran que el programa Familias en Acción logró incrementar el porcentaje de menores de 48 meses con controles preventivos de salud al día. Mientras que Attanasio et al. (2009) señalan una disminución de la probabilidad de desnutrición, en la prevalencia de diarrea y de enfermedades respiratorias agudas en los niños menores de 6 años.

En Honduras (Morris, Flores et al., 2004) constatan un aumento en la cobertura de atención prenatal y en los chequeos de bienestar de los niños.

En Brasil de Brauw et al. (2012) señalan mejoras en algunos indicadores antropométricos como el peso, la estatura y el índice de masa corporal en niños menores de 5 años del programa Bolsa Familia. Por su parte, Rasella et al. (2013) señalan la relevancia de este mismo programa en la reducción de la mortalidad en niños menores de 5 años; por su incidencia en las causas de muertes relacionadas con la pobreza, como la desnutrición y la diarrea.

Para el caso argentino, debe mencionarse la experiencia del Plan Nacer/Programa SUMAR (BID, 2011), que desde su origen incorporó en su diseño un sistema de monitoreo y evaluación que permite dimensionar el cambio en la situación de salud de la población elegible que es atribuida a la presencia del programa, así como los efectos en el comportamiento de los establecimientos de salud originados por su incorporación al Plan Nacer. Entre los indicadores analizados se encuentran: tasa de mortalidad infantil (TMI), tasa de inscripción, cumplimiento de trazadoras (porcentaje de retribución alcanzado sobre el máximo del 40% atribuible por cumplimiento de resultados sanitarios) y aplicación de fondos, entre otros. La evidencia cuantitativa del impacto en las provincias de Misiones y Tucumán (Gertler et al., 2011) permite señalar que en esas jurisdicciones el Plan Nacer incrementó la probabilidad de detección temprana de la embarazada durante las semanas 14 a 20, disminuyó la probabilidad de muy bajo peso al nacer (menor a 1.5 y 2.5 kg.) y redujo la mortalidad en el momento del nacimiento (cuadro 13).

**Cuadro 13. Medición del impacto del Plan Nacer en las Provincias de Tucumán y Misiones**

TUCUMÁN		MISIONES			
<b>Probabilidad de detección temprana de la embarazada</b>					
<b>Semanas 14 – 20</b>					
Con Plan Nacer	Sin Plan Nacer	Con Plan Nacer		Sin Plan Nacer	
32.1%	29.7%	59.8%		30.0%	
<b>Probabilidad de muy bajo peso al nacer</b>					
P<2.5Kg		P<1.5 Kg.		P<2.5Kg	
Con Plan Nacer	Sin Plan Nacer	Con Plan Nacer	Sin Plan Nacer	Con Plan Nacer	Sin Plan Nacer
1.1%	1.3%	0.1%	1.9%	7.4%	10.5%
<b>Mortalidad al nacer</b>		<b>Número de controles prenatales</b>			
Con Plan Nacer	Sin Plan Nacer	Con Plan Nacer		Sin Plan Nacer	
0%	1%	7.2		3.4	

Fuente: Gertler Paul, Martinez Sebastian, Celhay Pablo (2011). "Informe de Evaluación de Impacto del Programa Plan Nacer sobre utilización de servicios y resultados sanitarios. Resultados con datos administrativos de las provincias de Misiones y Tucumán".

Más allá de estos antecedentes, no existen estudios que hayan encarado una evaluación de impacto de la condicionalidad en salud de la AUH. En parte, ello se vincula con la ausencia de preguntas vinculadas con resultados en salud en las encuestas a hogares que realiza el INDEC. Consecuentemente, el análisis que aquí se propone y se presenta a continuación, toma como fuente de información la encuesta ENAPROSS que realizó el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social en el año 2015, donde es posible identificar algunas preguntas respecto de la atención y cuidado de la salud de los destinatarios de la AUH y un grupo de control a los fines de evaluar si existe un comportamiento diferente atribuible a la condicionalidad que establece el programa.

## 4.2. Metodología y fuentes de información

Como se ha mencionado, los datos utilizados en esta sección provienen de la ENAPROSS llevada a cabo por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social en el año 2015 en algunas áreas geográficas del país: Ciudad de Buenos Aires, 24 Partidos del GBA y en las provincias de Catamarca, Corrientes, Chaco, Jujuy y Río Negro.

Con el propósito de evaluar el impacto de la condicionalidad en salud en el comportamiento sanitario de los destinatarios de la AUH se utilizó un método no experimental basado en la aplicación de técnicas de *matching* para definir un grupo de control<sup>1</sup>, lo que permite estimar cuál habría sido la situación de los destinatarios si no hubieran accedido al programa. Tras definir con precisión este grupo y comparando las variables de resultado de éste con las del grupo destinatario es posible atribuir las diferencias observadas a la política particular que se estudia.

Siguiendo la terminología tradicional de este enfoque,  $D$  se define como la variable que indica la recepción de la transferencia ( $D = 1$  si el hogar o la persona recibe la transferencia;  $D = 0$  si no la recibe);  $Y$  es el resultado de interés (donde  $Y^1$  es el resultado en presencia del beneficio e  $Y^0$  en su ausencia). El impacto de la transferencia se mide por el efecto medio del tratamiento en los tratados (ATT), que depende de un *propensity score*  $P(X)$ :

$$ATT(X) = E[Y^1 - Y^0/P(X), D = 1]$$

donde  $X$  representa un vector de características observables y  $E[.]$  es el valor esperado de la diferencia entre los dos resultados, con y sin el tratamiento, en la población que recibe la transferencia ( $D = 1$ ).

Dado que el contrafactual  $E[Y^0/P(X), D = 1]$  no refiere a una situación observable, para estimarlo se emplean técnicas de *matching* a partir del *score*. Teniendo en cuenta que sólo es necesario identificar el efecto medio del tratamiento en los tratados, es suficiente verificar los supuestos sugeridos en Heckman, Ichimura y Todd (1997 y 1998): i) la "ignorabilidad" o independencia del tratamiento en media condicional, y ii) la condición de *matching*. La primera condición implica que el grupo de tratados y el grupo de control se seleccionaron solo sobre la base del *score*; entonces, después de dar cuenta de ello, la asignación al tratamiento es independiente de la media de los resultados. La segunda condición garantiza que por cada valor posible del *score* existen casos destinatarios y no destinatarios.

El ATT del impacto de la transferencia se mide directamente por el efecto medio del tratamiento en los tratados, condicional al *score*  $P(X)$  utilizado para el *matching* entre el grupo control y tratamiento. Formalmente se obtiene la siguiente expresión:

$$ATT(X) = E[Y^1 - Y^0/P(X), D = 1]$$

---

<sup>1</sup> La idea general de la técnica de *matching* es aproximarse a la estrategia del diseño de experimentos aleatorizado de manera que tras aplicar el *matching* la exposición al programa sea independiente del valor de las covariables, lo que es equivalente a aleatorizar los grupos control y tratamiento antes de la aplicación del programa.

Los hogares elegibles que cumplen con todos los requisitos para recibir la AUH pero no la perciben constituyen el grupo de control. Por lo tanto, el análisis se limitará a los hogares (y sus miembros) con hijos que eran elegibles para la AUH en un determinado año, diferenciándolos según hayan accedido al beneficio (grupo de tratamiento) o no (grupo de control) en el año siguiente.

Los hogares con información incompleta o con valores imputados a los ingresos individuales o familiares se excluyeron de la muestra.

Las preguntas empleadas para el análisis fueron construidas de forma de arrojar resultados binarios en sus respuestas. En este sentido se trabajó con las siguientes preguntas y respuestas estructuradas:

1. Realización de consulta médica (SI/NO)
2. Razón principal por la que no hizo ninguna consulta médica (Concurrió pero no lo atendieron/Otras razones)
3. Razón principal por la que no realizó los estudios o análisis prescritos en la consulta médica (No lo atendieron/Otras razones)
4. Razón principal por la que no realizó los estudios o análisis prescritos en la consulta médica (Razones económicas/Otras razones)
5. Modalidad de obtención de la mayoría de los medicamentos (Gratuitamente/Otras modalidades).

### 4.3. Resultados obtenidos

Los cuadros que siguen muestran los resultados obtenidos de la evaluación del comportamiento en salud de los hogares según la metodología descripta.

**Cuadro 14. Evaluación del comportamiento en salud de los hogares**

Atributo evaluado	ENAPROSS 2015 - HOGAR								
	Promedio Beneficiarios	Promedio Control	ATT	SE	Valor p	Sig.	Treated Obs.	Control Obs.	Total Obs.
Consulta médica últimos 12m	0,971	0,964	<b>0,006</b>	0,010	0,522		1.098	2.216	3.314
No lo atendieron en la consulta médica	0,073	0,010	<b>0,063</b>	0,041	0,128		82	108	190
No hizo estudios por falta de atención en el ctro.	0,024	0,069	<b>-0,045</b>	0,036	0,210		125	208	333
Medicamento gratuito	0,656	0,512	<b>0,145</b>	0,032	0,000	***	783	1.535	2.318

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAPROSS 2015.

## Cuadro 15. Evaluación del comportamiento en salud de los individuos

Atributo Evaluado	ENAPROSS 2015 - INDIVIDUAL EN HOGARES AUH									
	Sub-grupo	Promedio Beneficiarios	Promedio Control	ATT	SE	Valor p	Sig.	Treated Obs.	Control Obs.	Total Obs.
Consulta médica últimos 12m	Total (Jefes y Cónyuges)	0,624	0,709	-0,085	0,035	0,015	**	688	1.125	1.813
	Jefes	0,608	0,649	-0,041	0,051	0,414		329	436	765
	Jefes Hombres	0,551	0,482	0,069	0,120	0,565		107	171	278
	Mujeres	0,641	0,695	-0,055	0,027	0,041	**	971	1.464	2.435
	Jefes Mujeres	0,644	0,713	-0,069	0,059	0,243		239	253	492
	Cónyuges Mujeres	0,653	0,766	-0,114	0,051	0,026	**	340	634	974
Medicamento gratuito	Total (Jefes y Cónyuges)	0,519	0,498	0,021	0,061	0,730		264	432	696
	Jefes	0,527	0,479	0,048	0,085	0,570		129	181	310
	Jefes Hombres	sd	sd	sd	-	-		0	39	39
	Mujeres	0,518	0,457	0,061	0,050	0,219		359	524	883
	Jefes Mujeres	0,495	0,556	-0,061	0,102	0,554		99	114	213
	Cónyuges Mujeres	0,508	0,551	-0,043	0,096	0,653		130	222	352

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAPROSS 2015.

## Cuadro 16. Evaluación del comportamiento en salud de las mujeres titulares

Atributo Evaluado	ENAPROSS 2015 - MUJERES TITULARES AUH									
	Sub-grupo	Promedio Beneficiarios	Promedio Control	Doble Diferencia	SE	Valor p	Sig.	Treated Obs.	Control Obs.	Total Obs.
Consulta médica últimos 12m	Mujeres	0,635	0,724	<b>-0,089</b>	0,008	0,000	***	658	1.556	2.214
	Jefes Mujeres	0,610	0,727	<b>-0,118</b>	0,063	0,064	*	182	256	438
	Cónyuges Mujeres	sd	sd	sd	-	-		-	-	-
Medicamento gratuito	Mujeres	0,570	0,396	<b>0,174</b>	0,050	0,001	***	244	548	792
	Jefes Mujeres	0,574	0,456	<b>0,118</b>	0,105	0,265		68	110	178
	Cónyuges Mujeres	sd	sd	sd	-	-		-	-	-

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAPROSS 2015.

## Cuadro 17. Evaluación del comportamiento en salud de los menores

Atributo Evaluado	ENAPROSS 2015 - MENORES x HOGAR									
	Sub-grupo	Promedio Beneficiarios **	Promedio Control	Doble Diferencia	SE	Valor p	Sig.	Treated Obs.	Control Obs.	Total Obs.
Consulta médica últimos 12m	menores 18	0,545	0,579	<b>-0,034</b>	0,043	0,433		407	908	1.315
Medicamento gratuito	menores 18	0,663	0,432	<b>0,232</b>	0,084	0,006	***	101	248	349

Fuente: elaboración propia sobre la base de la ENAPROSS 2015.

Acorde a las estimaciones presentadas a nivel familiar no parecen observarse diferencias significativas en el porcentaje de hogares que realizó consultas médicas, ni en las razones por las que no se hizo tal consulta para aquellos que la requirieron. Sin embargo, los resultados a nivel de hogar no se mantienen necesariamente para los miembros de ellos. En particular, se observa que las mujeres, especialmente las titulares del beneficio registran un menor porcentaje de consultas respecto de sus pares en el grupo de control. De todas maneras, lo que resulta interesante es que no aparecen diferencias en el caso de los menores que es justamente donde recae la condicionalidad. Este resultado llama la atención y debería ser analizado en profundidad si se accediera a otras fuentes de información al respecto.

Donde sí se observan diferencias estadísticamente significativas es en el modo de obtención de los remedios. En este caso, los hogares AUH tienen mayores probabilidades de obtenerlos gratuitamente respecto del resto. Ello se repite luego entre las mujeres titulares del beneficio y, especialmente, entre los menores que perciben esta asignación. Ello podría estar reflejando un mayor acercamiento y conocimiento por parte de los destinatarios de la AUH sobre otras políticas de salud que se vinculan con este aspecto.

## **5. Reflexiones finales**

Como se ha mencionado a lo largo de este documento, la incorporación de condicionalidades en salud se justifica a los fines de generar un cambio de comportamiento en los hogares perceptores de programas de transferencias condicionadas, que les permita invertir en capital humano de modo de romper con la reproducción intergeneracional de la pobreza.

La condicionalidad en salud establecida por la AUH para el cobro del 20% de la asignación depositada en el BNA se justifica a partir de diferentes argumentos. Se considera que el acceso a los servicios de atención médica constituye una condición indispensable para que estos niños puedan realizarse, tanto física como intelectualmente, y debe entenderse más allá del intento de reducir su riesgo de enfermedad y muerte (ANSES, 2012).

La condicionalidad en salud requiere que los niños destinatarios de la AUH menores a 6 años, deban inscribirse en el Plan Nacer/Programa SUMAR y cumplir con el esquema de vacunación. El objetivo del plan es disminuir el componente sanitario de la morbi-mortalidad materno infantil. Mientras que en el caso de la Asignación por embarazo, los requisitos se vinculan con el seguimiento y control de embarazo y la obligatoriedad de inscripción de los recién nacidos en el Plan Nacer/Programa SUMAR.

Asimismo, a través de sus condicionalidades, la AUH busca inducir la registración de los nacimientos y la acreditación de una identidad, garantizando que cada niño receptor de la AUH cuente con su Documento Nacional de Identidad (D.N.I) (ANSES, 2012).

Al analizar, sobre la base de encuestas, las características de los perceptores de AUH no se observan diferencias significativas en el uso de los servicios de salud entre los destinatarios de la AUH y los que no perciben la Asignación. Ello podría dar cuenta de que el requerimiento de condicionalidad en salud no implica un costo de cumplimiento para los perceptores de la AUH; es decir, no opera como una restricción ya que la mayoría de los perceptores de la misma de todos modos cumplen con el control de su salud, aunque en algunos casos se identifican problemas de acceso a la atención.

Tomando como fuente de información la encuesta ENAPROSS llevada a cabo por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social en el año 2015 se realizó una evaluación de impacto de la condicionalidad en salud, en el comportamiento asociado al cuidado de la salud, de los destinatarios de la AUH y un grupo de control a los fines de evaluar si existe un comportamiento diferente atribuible a la condicionalidad que establece el programa.

Acorde a las estimaciones presentadas a nivel familiar no parecen observarse diferencias significativas en el porcentaje de hogares que realizó consultas médicas ni en las razones por las que no se hizo tal consulta para aquellos que la requirieron.

Donde sí se observan diferencias estadísticamente significativas es en el modo de obtención de los medicamentos. En este caso, los hogares AUH tienen mayores probabilidades de obtenerlos gratuitamente respecto del grupo de control. Ello podría estar reflejando un mayor acercamiento y conocimiento por parte de los destinatarios de la AUH sobre otras políticas de salud que se vinculan con este aspecto, como el plan Remediar.

Debe notarse que la existencia de condicionalidades en salud suele ir acompañada de un incremento en la demanda de los servicios de salud y, en algunos casos, ello puede verificarse en áreas rurales remotas o áreas urbanas marginales, donde la oferta resulta insuficiente, es de inferior calidad o directamente no existe. Ello resalta la necesidad de fortalecer los servicios de atención de la salud en aquellas localidades con una masa de destinatarios significativa y menor cantidad de prestadores disponibles. La coordinación entre la política de transferencia de ingresos y la política sectorial (el Ministerio de salud) adquiere de este modo mayor relevancia. Como se señala en Novella y García (s/f) factores como largas distancias, altos costos de transporte, escasez de personal de salud, tiempos de atención al público, entre otros; pueden desincentivar la demanda de los servicios de salud a pesar de la existencia del incentivo monetario que brinda un Programa de Transferencia Condicionado.

En este marco, es posible señalar algunos puntos sobre los que podría trabajarse para mejorar el diseño de la AUH con relación a la condicionalidad en Salud:

- ❖ Dada la evidencia de que en general los hogares que se encuentran en condiciones geográficas adversas tienen menos probabilidad de demandar los controles de salud que establece el programa; políticas alternativas de atención primaria, como el acercamiento de la oferta a la población necesitada, a partir de móviles para poblaciones alejadas y dispersas, podrían constituir una alternativa que asegure el cumplimiento de la condicionalidad en salud en forma instantánea.
- ❖ En este sentido, poder contar con información relativa acerca de la distancia de los hogares a los establecimientos sanitarios constituye un indicador relevante para evaluar el costo de cumplimiento de la condicionalidad en salud, en zonas rurales y dispersas.
- ❖ Un tema que debiera ser revisado refiere al mecanismo de validación de la condicionalidad. La incorporación de herramientas informáticas que empleen nuevas tecnologías podría facilitar el cumplimiento de la misma, mediante la validación en forma automática desde el prestador de salud sin requerimiento de trámites adicionales por parte de los destinatarios. Ello posibilitaría procesar el cumplimiento en forma periódica y habilitar el cobro del 20% en distintas instancias del año.
- ❖ Adicionalmente debería repensarse la penalidad asociada al no cumplimiento de la condicionalidad. La suspensión total del programa no haría más que agravar las condiciones de vulnerabilidad de la población receptora de la AUH y no parece razonable desde una perspectiva de aseguramiento de derechos. Podría

evaluarse reducir la pérdida a únicamente el 20% de la prestación retenida a cuenta de la certificación de las condicionalidades o incluso podría relajarse también éste criterio, habida cuenta que los trabajadores que perciben Asignaciones familiares Contributivas (AFC) no se encuentran sujetos al cumplimiento de este tipo de condicionalidades.

- ❖ Dado que el no cumplimiento, en la mayoría de los casos, constituye el reflejo de una situación de mayor vulnerabilidad social, dichas situaciones llevan a pensar en intervenciones articuladas con otras áreas del estado, que permitan suavizar los requisitos para algunos grupos poblacionales y ayudar a los beneficiarios al cumplimiento de las condicionalidades en otros casos.
- ❖ A los fines de considerar el costo que implica para algunos hogares dar cumplimiento a la verificación de la condicionalidad en salud, se podría evaluar si resulta conveniente adicionar incentivos monetarios por prestaciones puntuales, como consultas prenatales, controles pediátricos durante el primer año de nacimiento y vacunaciones, entre otros.



## 6. Referencias

- Administración Nacional de la Seguridad Social, 2012. La Asignación Universal por Hijo para Protección Social en perspectiva. Observatorio de la Seguridad Social. ANSES.
- Attanasio O., Trias J., Vera-Hernández M., 2009. Old and new welfare: the relative effect on child nutrition, Hunger-Free Latin America and the Caribbean. Initiative Working Papers 8, United Nations Food and Agriculture Organization.
- Banco Interamericano de Desarrollo, 2011. Planes de beneficios en salud: Diseño, implementación y ajuste. Estudio de caso de Argentina: Plan Nacer, Buenos Aires.
- Banco Interamericano de Desarrollo, 2014. Planes de Beneficios en Salud de América Latina. Una comparación regional. División de Protección Social y Salud, BID.
- Cecchini S. y Veras Soares F., 2014. Las transferencias monetarias condicionadas y la salud en América Latina, *The Lancet*.
- Cecchini, S. y Veras Soares, F., 2015. Las transferencias monetarias condicionadas y la salud en América Latina. *MEDICC rev.* 17 Suppl: S8-9.
- Cetrángolo, O. y Goldschmit, A., 2012. “Financing effective social policies and decentralization: impact, challenges and reforms. Latin american cases: Argentina, CEPAL.
- Das, J. Do Q. y Ozler B., 2005. *Reassessing Conditional Cash Transfer Programas*. Oxford University Press, Oxford.
- De Brauw A., Gilligan D., Hoddinott J., Roy S., 2012. The impact of Bolsa Familia on child, maternal, and household welfare. Washington DC: International Food Policy Research Institute.
- De Janvry A. y Sadoulet E., 2004. Making conditional cash transfers more efficient: Designing for the maximum effect of the conditionality, University of California and World Bank Development Economics Research Group, Berkeley.
- De Janvry A. y Sadoulet E., 2006. Conditional cash transfer programs for child human capital development: Lessons derived from experience in Mexico and Brazil, University of California and World Bank Development Economics Research Group, Berkeley.
- Departamento Nacional de Planeación, 2006. Programa Familias en Acción. Impacto del Programa a un año y medio de su ejecución, Bogotá.
- Fiszbein, A. y Schady, N., 2009. Transferencias Monetarias Condicionadas. Reduciendo la pobreza actual y futura, Banco Mundial, Washington DC.
- Gertler Paul, Martinez Sebastian, Celhay Pablo (2011). “Informe de Evaluación de Impacto del Programa Plan Nacer sobre utilización de servicios y resultados sanitarios. Resultados con datos administrativos de las provincias de Misiones y Tucumán”.
- Gertler, P. y S. Boyce, 2001. “An Experiment in Incentive-Based Welfare: The Impact of PROGRESA on Health in Mexico”. Discussion Paper, University of California, Berkeley.

[http://faculty.haas.berkeley.edu/gertler/working\\_papers/PROGRESA%204-01.pdf](http://faculty.haas.berkeley.edu/gertler/working_papers/PROGRESA%204-01.pdf)

- Glassman, A. y M. Gaarder, 2007. "Performance-based Incentives for health: conditional cash transfer program in Latin America and the Caribbean. Center for Global Development, pp.17.
- Gutiérrez, J. P., S. Bautista, P. Gertler, M. Hernández y S. M. Bertozzi (2005a) Impacto de Oportunidades en la morbilidad y el estado de salud de la población beneficiaria y en la utilización de los servicios de salud. Resultados de corto plazo en zonas urbanas y de mediano plazo en zonas rurales, México, Instituto Nacional de Salud Pública. En Hernández B. y Hernández M. (editores) Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004. Tomo II, Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Heckman, J., H. Ichimura y P. Todd, 1997. "Matching as an econometric evaluation estimator: evidence from evaluating a job training programme", *The Review of Economic Studies*, vol. 64, N° 4, Oxford, Oxford University Press.
- Heckman, J., H. Ichimura y P. Todd, 1998. "Matching as an Econometric Evaluation Estimator", *The Review of Economic Studies*, vol. 65, N° 2, Oxford, Oxford University Press.
- Ilahi, N., Sedlacek, G. and Gustafsson-Wright, E. (2000) Targeted Conditional Transfer Programmes in Latin America: An Early Survey
- Ministerio de Salud, 2013. Análisis del proceso institucional de generación de una política social de impacto multisectorial: el Plan Nacer y la Asignación Universal por Hijo y por Embarazo. Estudio de abordaje secuencial de la integración de programas sociales y sus resultados en la población. Documento de divulgación de resultados. Ministerio de Salud.
- Morris, Saul, Rafael Flores, Pedro Olinto y Juan Manuel Medina (2004). Monetary incentives in primary health care and effects on use and coverage of preventive health care interventions in rural Honduras: cluster randomised trial.
- Novella, R. y García, A. (s/f) ¿Son suficientes las transferencias condicionadas para garantizar el acceso a la salud? El rol de la oferta de servicios como variable complementaria de política, GRADE.
- Paxon C. y Schady N., 2007. Does Money matter? The effect of cash transfer on child health and development in rural Ecuador. World Bank Policy Research Paper 4226, Washington DC.
- Rasella D., Aquino R., Santos C., Paes-Sousa R. y Barreto B., 2013. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet* 2013; 382: 57-64.
- Villatoro, P., 2007. Las transferencias condicionadas en América Latina: Luces y Sombras. CEPAL.