



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

CCP

Centro Centroamericano  
de Población

Doi: <https://doi.org/10.15517/psm.v22i1.57324>

Volumen 22, número 1, Art. Cient. Julio-diciembre 2024



# Población y Salud en Mesoamérica

## Efecto del programa de transferencia monetaria condicionada en la incidencia de tuberculosis pulmonar en República Dominicana (2012-2018)

Francisco M. Duarte Duarte

### Cómo citar este artículo:

Duarte Duarte, F. M. (2024). Efecto del programa de transferencia monetaria condicionada en la incidencia de tuberculosis pulmonar en República Dominicana (2012-2018). *Revista Población y Salud en Mesoamérica*, 22(1). <https://doi.org/10.15517/psm.v22i1.57324>



ISSN-1659-0201 <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

Revista electrónica semestral  
Centro Centroamericano de Población  
Universidad de Costa Rica

## Efecto del programa de transferencia monetaria condicionada en la incidencia de tuberculosis pulmonar en República Dominicana (2012-2018)

*Effect of the conditional cash transfer program on the incidence of pulmonary tuberculosis in Dominican Republic (2012-2018)*

Francisco M. Duarte Duarte<sup>1</sup> 

**Resumen: Introducción:** La tuberculosis pulmonar es un problema de salud pública en varios países de América Latina y el mundo debido a su alta incidencia y repercusiones sociales. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto del programa de transferencia monetaria condicionada (TMC) sobre la incidencia de tuberculosis pulmonar (TBP) en la Región III de salud de la República Dominicana, durante 2012-2018. **Método:** Se realizó un estudio observacional con diseño ecológico mixto y se abarcaron las cuatro provincias de la Región III de salud. Se analizaron los nuevos casos de TBP y los programas sociales. La cobertura de los programas sociales fue la variable principal y la tasa de incidencia de TBP, la variable dependiente. Se consideraron otras covariables. **Resultados:** La tasa de incidencia de TBP no disminuyó en la Región III de salud, a pesar de un aumento en la cobertura de los programas sociales de TMC y un descenso del nivel de pobreza. El programa de TMC «Comer es primero» tuvo un efecto significativo en la reducción de la pobreza y otros determinantes sociales en la Región III de salud. **Conclusiones:** Estos hallazgos respaldan investigaciones anteriores que sugieren que los programas de TMC son efectivos para reducir la pobreza y abordar algunas determinantes sociales de la salud. Sin embargo, contradicen el uso de las TMC como medida aislada para evitar nuevos casos de TBP, ya que la pobreza debe abordarse de manera integral, holística e inclusiva para lograr un mejor manejo de enfermedades con alta prevalencia y endemicidad.

**Palabras clave:** tuberculosis pulmonar, transferencia monetaria condicionada, incidencia viral

**Abstract: Introduction:** Pulmonary tuberculosis is a public health problem in several countries in Latin America and the world, due to its high incidence and social impact. The objective of this study was to evaluate the impact of the CCT program on the incidence of pulmonary tuberculosis (PTB) in Health Region III of the Dominican Republic during 2012-2018. **Method:** An observational study with a mixed ecological design was carried out. New cases of TBP and social programs were analyzed. The coverage of social programs was the main variable, and the TBP incidence rate was the dependent variable. Other covariates were considered. **Results:** The results showed that the TBP incidence rate did not decrease in Health Region III despite an increase in the coverage of CCT social programs and a decrease in the poverty level. The CCT "Eating First" program had a significant impact on reducing poverty and other social determinants in Health Region III. **Conclusions:** Our findings support previous research suggesting that CCT programs are effective in reducing poverty and addressing some social determinants of health. However, they do not support the use of CCTs as an isolated measure to reduce new cases of TBP, since poverty must be addressed in a comprehensive, holistic and inclusive manner to achieve a more significant impact on diseases with high prevalence and endemicity.

**Keywords:** Pulmonary tuberculosis, Conditional Monetary Transfer, viral incidence

**Recebido:** 29 oct, 2023 | **Corregido:** 17 jul, 2024 | **Aceptado:** 26 ago, 2024

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Santo Domingo, Santo Domingo, REPÚBLICA DOMINICANA. [fduarte95@uasd.edu.do](mailto:fduarte95@uasd.edu.do)

## 1. Introducción

La tuberculosis pulmonar (TBP) representa un desafío para la salud pública en varios países de América Latina y el Caribe debido a su elevada incidencia y capacidad de transmisión, además de sus consecuencias tanto en la salud individual como en la economía de las naciones. A nivel global, se estima que aproximadamente una tercera parte de la población alberga tuberculosis latente, esto significa que está infectada con el bacilo, pero no presenta síntomas activos ni puede transmitir la enfermedad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

Según la OMS (2022), alrededor de 10.6 millones de personas fueron diagnosticadas con tuberculosis y 1.6 millones fallecieron por esta enfermedad en el año 2022, incluyendo 187 000 personas con VIH. Más del 95 % de los casos y de las muertes ocurrieron en países en desarrollo. En su informe sobre tuberculosis en las Américas 2022, la OMS reportó 325 000 nuevos casos y 239 987 notificaciones, equivalentes a un incremento del 4 % en comparación con el año anterior. Estos datos, aunque muestran una tendencia positiva, se sitúan en un contexto posterior al inicio de la pandemia de COVID-19, período durante el cual varios indicadores para el control de enfermedades se vieron afectados negativamente. Esto subraya la urgencia de implementar iniciativas eficaces para fortalecer la respuesta regional contra la tuberculosis y avanzar hacia su eliminación como meta para el año 2030.

Históricamente, la República Dominicana ha enfrentado una alta incidencia y prevalencia de tuberculosis, esto la sitúa entre los 12 países con las tasas más elevadas en América Latina y el Caribe. Para el año 2021, la prevalencia de tuberculosis fue de 45 casos por cada 100 000 habitantes y el 89.2 % de esos casos fue de localización pulmonar (Ministerio de Salud de la República Dominicana, 2020; Presidencia de la República Dominicana, Sistema Único de Beneficiarios, 2022). A pesar de la existencia de un programa nacional de control de la tuberculosis y políticas públicas en salud dirigidas a su control, no se ha observado una reducción importante y progresiva de la enfermedad, lo que destaca la necesidad de esfuerzos continuos y coordinados en varios frentes. Por ejemplo, mejorar el acceso a la atención médica, promover servicios sociales más inclusivos, fortalecer la educación pública y reforzar los programas de control de la tuberculosis.

La tuberculosis pulmonar está asociada con aspectos culturales, demográficos y factores personales, como la pobreza y el estado nutricional (Alves et al., 2020; Reeves et al., 2014). Por esa razón, se buscan soluciones para lograr un mayor control y erradicar la enfermedad. En este contexto, investigaciones demostraron la influencia socioeconómica de la tuberculosis pulmonar y sugirieron que el apoyo económico y las mejoras en el ingreso de una persona contribuyen a prevenir la enfermedad y a cumplir de manera más eficaz el tratamiento una vez diagnosticada (Nidoi et al., 2021; Ukwaja et al., 2017). Asimismo, se constató que los cambios en las políticas sociales, la estructura social y las reformas en el sector salud son elementos determinantes en el comportamiento de la tuberculosis pulmonar (León et al., 2018).

Ahora bien, las transferencias monetarias condicionadas (TMC) surgieron a finales del siglo XX como una respuesta innovadora a los desafíos persistentes de la pobreza y las desigualdades tras la crisis económica de la década de 1980. En ese período, muchos países latinoamericanos eran incapaces de atender sus obligaciones económicas, con lo cual la pobreza existente empeoró aún más. A la par, la caída del Muro de Berlín y el colapso de la Unión Soviética a fines de los años ochenta fortalecieron la hegemonía del capitalismo de mercado a escala global, dando paso a un fenómeno de globalización aceptado e inevitable (Petras y Veitmeyer, 2010; Stiglitz, 2002).

El Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial prestaron su ayuda a estos países bajo la condición de que implementaran reformas neoliberales y prácticas político-económicas (Harvey, 2007; Steger y Roy, 2017). Aunque se logró cierta estabilización macroeconómica, tales políticas también condujeron a mayores grados de desigualdad, pobreza y desempleo y los sectores más vulnerables de la sociedad fueron especialmente afectados (Gwynne y Cristobal, 2004). Dicho panorama (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 1997) planteó la necesidad de intervención estatal, lo que llevó a la puesta en marcha de programas sociales destinados a paliar estos problemas, mejorar las condiciones sociales a largo plazo y combatir la pobreza.

Antes de la década de los noventa, las políticas sociales en América Latina eran asistencialistas e informales, consistentes en subsidios sin objetivos claros. Sin embargo, estas nuevas políticas sociales dieron paso a una combinación de bienestar liberal informal (Gough et al. 2004) que se convirtió en una nueva política social (Lavinás, 2014). Las transferencias monetarias condicionadas (TMC) son programas de asistencia social en los que el gobierno transfiere dinero a las familias en situación de pobreza con la condición de que cumplan ciertos requisitos, como llevar a los niños a la escuela y a revisiones médicas regulares. El alcance de estas compensaciones a menudo se exagera y es posible que ni siquiera sean restricciones vinculantes en la práctica (Ravallion, 2009).

En América Latina, los primeros países que adoptaron este modelo de política social fueron Honduras, Brasil, México, Ecuador y Colombia, pero hoy está presente en casi toda la región y en muchos otros países del mundo (Banco Mundial, 2009). En efecto, países de ingresos bajos y medianos han incorporado las TMC como instrumento de reducción de la pobreza (Barrientos y Villa, 2013; Honorati et al., 2015). La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, 2019) señaló que los programas de protección social permiten a las familias disponer de más alimentos, a menudo incrementando los que ellas mismas cultivan, y también mejoran la variedad y calidad de sus dietas.

Muchos estudios en diversas partes del mundo mostraron los efectos beneficiosos de las TMC en la reducción de la pobreza y de algunos indicadores de morbilidad, lo cual podría representar un nuevo paradigma a considerar. Tal es el caso de India, donde los incentivos financieros para el tratamiento de la tuberculosis contribuyeron a disminuir el número de personas enfermas y evitar que las ya contagiadas incurrieran en costos catastróficos (Patel et al., 2019). Brasil reportó resultados muy favorables en relación con problemas de salud de índole social, como la tuberculosis pulmonar (Banco Interamericano de Desarrollo [BID], 2016). En un estudio realizado en ese país, los autores

encontraron una relación estadísticamente significativa entre el aumento en la cobertura del programa de TMC y una reducción en la tasa de incidencia de tuberculosis (Nery et al., 2017). Según se concluyó en otras investigaciones, las intervenciones socioeconómicas y de microfinanzas fortalecen las actividades de control de la tuberculosis pulmonar y otros indicadores, además de paliar costos catastróficos (Timire et al., 2022; Todd et al., 2023).

En la República Dominicana, se evaluaron los severos costos directos e indirectos que afrontan los pacientes con tuberculosis; en cuyo caso, el diagnóstico y el tratamiento gratuito de la tuberculosis pulmonar no son suficientes para aliviar las limitaciones financieras que experimentan los grupos vulnerables como resultado de la enfermedad. Aun cuando los objetivos de un programa de transferencias monetarias estén explícitamente relacionados con la salud, los resultados pueden ser mucho más amplios que la salud sola e incluir, por ejemplo, una reducción del estigma, el empoderamiento y una mayor agenda del individuo (Mauch et al., 2013; Yoshino et al., 2023).

Con todo, los enfoques y las evidencias positivas en la reducción de la pobreza han sido contrastados con otros enfoques debido a los numerosos cuestionamientos sobre su efectividad a largo plazo y el impacto en las convicciones personales de los beneficiarios. En América Latina, la perpetuidad política es un hecho común, en ese sentido, se cuestiona cuán poderosas pueden ser las transferencias de efectivo como instrumento de política (Bagliari et al., 2016).

Las transferencias de efectivo y sus condiciones juegan un papel importante en la formación de la actividad política de los beneficiarios (Schober, 2019), pues se le asigna un destacado rol al Estado en la distribución de dinero, lo cual crea una nueva forma de relación entre el Estado y los ciudadanos que puede resultar discriminatoria en muchos casos (Ferguson y Gibson, 2015). Esta condicionalidad coloca a los miembros de las familias en la obligación de demostrar ciertos comportamientos que consolidan emociones ligadas a la abnegación, la postergación y la obligación en cuanto a las tareas de cuidado que suponen y exigen (Aguirre, 2021; Cena y Dettano, 2020). La pregunta que surge es si estas exigencias son éticas. No hay dudas de que la justicia y la autonomía de las personas se ven relegadas a la subordinación de la miseria.

Las sociedades son sistemas en donde las personas que las conforman son generadoras de derechos. Sin embargo, las políticas de salud dirigidas a grupos poblacionales no consiguen transformar sus contextos sociales y pueden no ser la mejor manera de abordar la pobreza y la desigualdad. Por ello, las TMC resultan inefectivas: no logran modificar de manera estructural las formas en que la desigualdad, el trabajo y la protección social afectan el proceso de salud-enfermedad (Aguirre, 2023, 2024). Encima, perpetúan relaciones de poder dispares y no abordan las causas profundas de la pobreza y la exclusión social (Yazbek, 2010).

La República Dominicana, al igual que otros países latinoamericanos, no fue ajena a la crisis económica de las décadas de 1980 y 1990. A finales de 2003, una de las peores crisis económicas de los últimos tiempos llevó a la pobreza extrema a más de un millón de dominicanos. Esta situación impulsó la creación de un gabinete de políticas sociales. En 2012, mediante el decreto 488-12, se creó el programa social de transferencias monetarias condicionadas llamado Progresando con

Solidaridad (PROSOLI). Este programa, focalizado en los sectores más vulnerables, selecciona a las familias en situación de pobreza según el Índice de Pobreza Multidimensional de la República Dominicana (IPM-RD) y no únicamente según el ingreso económico (Sistema Único de Beneficiarios de la República Dominicana [SIUBEN], 2021).

El SIUBEN identifica a las familias elegibles en las diferentes provincias y municipios del país, mantiene registros y recertifica a las familias beneficiarias de PROSOLI cada cuatro años. El IPM-RD abarca cinco dimensiones: salud, educación y cuidado infantil, sustento y trabajo, vivienda y entorno, y brecha digital y convivencia. Para incorporar a las familias, estas deben tener carencia en al menos una tercera parte de estos indicadores (SIUBEN, 2021).

Hasta el año 2021 en la República Dominicana se ejecutaban los programas sociales de Transferencia Monetaria Condicionada (TMC), que incluía el programa Progresando con Solidaridad («Comer es primero» y ayuda a la asistencia escolar), y Transferencia Monetaria no Condicionada (TMNC), que incluía el programa «Protección a la vejez en pobreza extrema» o PROVEE (a partir de ese año el programa «Comer es primero» fue sustituido por el programa «Supérate», bajo la misma modalidad).

Las familias cubiertas por el programa PROSOLI reciben un bono mensual para ayudar con el pago del gas y la electricidad, así como un incentivo en efectivo a cambio de cumplir con ciertas responsabilidades; estas son enviar a sus hijos a la escuela, mantener una salud integral (control y prevención del embarazo, chequeos materno-infantiles, vacunación), formación humana y empoderamiento de los integrantes de las familias para que se conviertan en protagonistas de su desarrollo, entre otras.

Antes del año 2021, se otorgaba una transferencia económica mensual de ochocientos veinticinco pesos (825 DOP, aproximadamente 16 USD) o de mil pesos (1000 DOP, aproximadamente 19 USD) al jefe de familia, de acuerdo con la clasificación de pobreza extrema (ICV-1) o pobreza moderada (ICV-2) por el SIUBEN, para adquirir alimentos según una canasta básica determinada. Dicho monto fue duplicado a partir de 2021 a 1650 DOP, unos 29.46 USD. En el caso de hogares con niños menores de 5 años y/o mujeres embarazadas, dicha transferencia se asigna bajo la condición de que asistan a los servicios de salud, conforme al protocolo y esquema de salud del Ministerio de Salud Pública (Presidencia de la República Dominicana, 2020).

El programa «Incentivo a la asistencia escolar» (IAE) consiste en una transferencia económica mensual de trescientos pesos dominicanos (300 DOP, aproximadamente 5.70 USD), pagada bimestralmente, durante el período de clases, a los jefes de las familias beneficiarias por cada hijo, hasta un máximo de cuatro, en edades comprendidas entre 6 y 16 años, matriculados desde primero hasta sexto grado de educación básica. Esta transferencia está condicionada a la matriculación y asistencia mínima del 80 % de los niños a la escuela (Presidencia de la República Dominicana, 2020).

El gobierno dominicano, en su memoria institucional del año 2020, expresó que, en siete años y medio del programa, un millón ochocientos mil familias salieron del umbral de la pobreza, esto redujo la pobreza del 42.2 % en 2012 al 20.6 % en 2019, y que unas 700 000 personas salieron de la

pobreza extrema (Tapia, 2020). Asimismo, según el gobierno, se evidenció una disminución del analfabetismo, la inseguridad alimentaria y la morbimortalidad. Estos datos parecen ser respaldados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2019), el cual afirmó que en la República Dominicana varios indicadores del Índice de Desarrollo Humano (IDH) mejoraron, aunque también se apuntó que la redistribución de la riqueza por sí sola es insuficiente.

Los programas sociales implementados en la República Dominicana no están dirigidos hacia personas con enfermedades crónicas ni hacia hogares afectados por TBP o en riesgo de padecerla. En cambio, se enfocan en hogares en situación de pobreza extrema o moderada que cumplen con los criterios de elegibilidad según los requisitos del SIUBEN. Aun así, es ampliamente reconocido que los determinantes sociales juegan un papel crucial en la incidencia de la tuberculosis. El *Mycobacterium tuberculosis* está estrechamente relacionado con el hacinamiento y las condiciones de pobreza. Por tanto, la premisa de que la reducción de los niveles de pobreza, del hacinamiento, del analfabetismo y la mejora en el estado nutricional podría disminuir los nuevos casos de tuberculosis es una hipótesis que se plantea.

El objetivo de esta investigación fue evaluar el efecto del programa de transferencia monetaria condicionada en relación con la incidencia de tuberculosis pulmonar en la Región III de salud de la República Dominicana, durante el período 2012-2018.

## 2. Metodología

Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo de diseño ecológico para evaluar el efecto del programa de transferencia monetaria condicionada en la incidencia de tuberculosis pulmonar, en la Región III de salud de la República Dominicana, durante el período 2012-2018. Se analizó la relación entre la cobertura provincial de los programas sociales, la población por provincia y año, el número de casos nuevos de TBP, el índice de pobreza multidimensional, el hacinamiento y el analfabetismo. Se investigaron estas variables sociales como posibles determinantes y factores de riesgo para el desarrollo de la tuberculosis pulmonar, así como para evaluar la efectividad de los programas de TMC con respecto a nuevos casos de TBP.

La cobertura de los programas de TMC en cada provincia se consideró como la variable independiente, obtenida de la base de datos del programa Progresando con Solidaridad (PROSOLI) y de la Oficina Nacional de Estadística de la República Dominicana (ONE, 2019). La cobertura se define como el total de familias incluidas en cada municipio o provincia dividido entre el total de familias elegibles según los criterios utilizados para la selección en cada provincia.

La incidencia anual de TBP en cada provincia se calculó dividiendo el número de casos nuevos por provincia y año entre la población total. Los datos se obtuvieron de los Indicadores básicos de salud de la República Dominicana 2004-2018, publicados por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

## 2.1 Análisis estadístico

Se efectuó un análisis descriptivo de la cobertura de los programas sociales gubernamentales PROSOLI, la tasa de incidencia de TBP y las covariables de interés en las provincias de la Región III de salud. Se calculó el efecto de los programas sociales gubernamentales en la tasa de incidencia de TBP e, igualmente, la correlación de la tasa de TBP con otras variables de interés para esta enfermedad, como el hacinamiento, el analfabetismo y el índice de pobreza.

Se calculó la tasa de incidencia de TBP, tanto bruta como ajustada. Se midió el efecto de los programas en las provincias con mayor o menor porcentaje de cobertura de los programas sociales, lo cual pudo tomarse como referencia del efecto o su ausencia. Para medir la significancia estadística entre las variables se utilizó la correlación de Pearson, la cual establece que un valor de 0 indica que no hay asociación entre las dos variables. Un valor mayor que 0 indica una asociación positiva, con un nivel de confianza de un 95 %.

Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS (Statistical Product and Service Solutions) versión 25.0, el cual ofrece un conjunto de herramientas que hace posible un análisis estadístico comprensible.



### 3. Resultados

Todos los casos de TBP en las provincias de la Región III de salud de la República Dominicana durante los años de estudio fueron incluidos. La tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar durante el período 2012-2018 mantuvo un comportamiento variable, a pesar de un aumento en la cobertura de los programas sociales (Tabla 1).

**Tabla 1**

Casos de Tuberculosis pulmonar por provincias, según años y variación porcentual del período. Región III de salud, República Dominicana, 2012-2018

Años	Provincias				Total Región III
	Duarte	María Tdad. Sánchez	Hermana Mirabal	Samaná	
2012	47	41	17	19	124
2013	71	51	21	39	182
2014	55	56	13	38	163
2015	65	44	9	38	156
2016	44	117	36	11	178
2017	62	110	33	6	211
2018	53	36	14	49	152
Variación porcentual	12.7	-12.2	-17.4	157.9	22.6

**Fuente:** Indicadores básicos de salud de la Rep. Dominicana 2004-2021 (MSP y OMS).

La Tabla 2 presenta la tasa de incidencia de TBP en cada provincia relacionada con la cobertura del principal programa social «Comer es primero». Hubo un aumento de la cobertura del programa por año en cada provincia, sin embargo, la tasa de incidencia de TBP no disminuyó de forma secuencial, sino que tuvo un comportamiento inconsistente. Solo los años 2014 y 2015 evidenciaron un descenso consecutivo de la tasa de TBP en la región. A pesar de lo anterior, la tasa de incidencia de TBP aumentó nuevamente para 2016, lo que lleva a pensar que, si bien se redujo el número de casos durante esos años, tal hecho parece no tener relación con la ampliación de la cobertura.

En la Región III de salud, no se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la cobertura del programa «Comer es primero» y la tasa de incidencia de TBP ( $r = 0.131$   $p = 0.253$ ; Figura 1), ni con el programa IAE («Incentivo a la asistencia escolar»; Figura 2). La provincia Hermanas Mirabal, pese a tener la mayor cobertura de los programas sociales para el año 2018, tampoco mostró relación estadísticamente significativa con la tasa de TBP ( $r = 0.549$   $p = 0.101$ ).

El programa «Comer es primero» tuvo un efecto estadísticamente significativo en la Región III en cuanto al hacinamiento ( $r = -0.367$   $p = 0.027$ ), la tasa de analfabetismo ( $r = -0.645$   $p = 0.000$ ), la cobertura del programa IAE ( $r = 0.785$   $p = 0.000$ ) y la tasa de pobreza multidimensional ( $r = -0.859$   $p = 0.000$ ). Ese efecto fue igualmente significativo para todas las provincias que componen la región.

**Tabla 2**

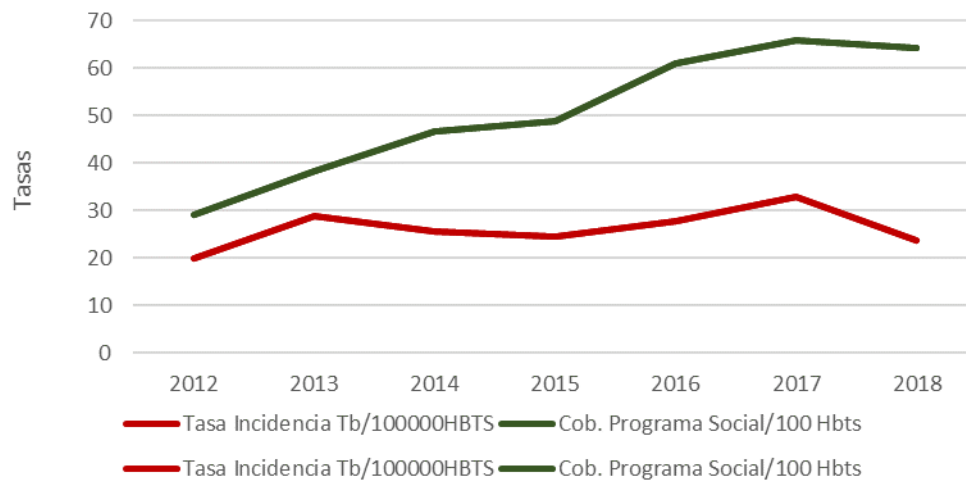
Tasa de incidencia de TBP y cobertura del programa social «Comer es primero» por provincias, según años. Región III de Salud, República Dominicana, 2012-2018

Años	Duarte		María Tdad. Sánchez		Hermanas Mirabal		Samana		Región III	
	Tasa incidencia TBP/ 100 000 hbts.	Cobertura «Comer es primero» / 100 hbts.	Tasa incidencia TBP/ 100 000 hbts.	Cobertura «Comer es primero» / 100 hbts.	Tasa incidencia TBP/ 100 000 hbts.	Cobertura «Comer es primero» / 100 hbts.	Tasa incidencia TBP/ 100 000 hbts.	Cobertura «Comer es primero» / 100 hbts.	Tasa incidencia TBP/ 100 000 hbts.	Cobertura «Comer es primero» / 100 hbts.
2012	16.02	28.9	28.98	33.2	18.38	28.9	18.07	25.5	20.0	29.1
2013	24.14	45.4	36.06	33.8	22.71	34.5	36.72	40.0	28.7	38.4
2014	18.65	54.0	39.61	41.6	14.07	50.4	35.43	40.9	25.6	46.7
2015	21.98	52.0	31.13	45.5	9.75	53.1	35.11	44.4	24.5	48.8
2016	14.84	52.4	82.81	55.1	39.00	88.9	10.07	47.7	27.8	61.0
2017	20.84	55.0	77.86	59.7	35.76	96.2	5.44	52.1	32.9	65.8
2018	17.77	54.2	25.50	58.7	15.18	92.7	44.06	51.6	23.6	64.3

**Fuente:** Oficina Nacional de Estadística (ONE), Indicadores básicos de salud de la Rep. Dominicana 2004-2021 (MSP y OMS), e Índice de Pobreza Multidimensional para América Latina (IPM-AL) una aplicación para la República Dominicana 2000-2016 (MEPyD).

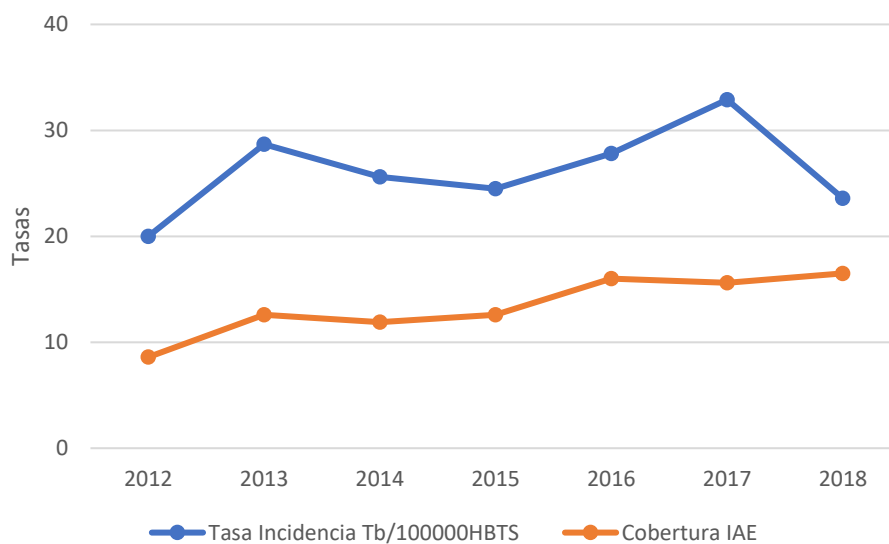
**Figura 1**

Tasas de incidencia de TBP y cobertura del programa social «Comer es primero», según años. Región III de salud, República Dominicana, 2012-2018



**Figura 2**

Tasas de incidencia de TBP y cobertura del programa social IAE, según años. Región III de salud, República Dominicana, 2012-2018



La Tabla 3 contiene un resumen de las variables y las covariables, al igual que la tasa de incidencia de TBP para la Región III de salud durante los años de estudio. Nótese que, de todas las variables vinculadas con la TBP, el hacinamiento reveló la menor tasa de disminución a lo largo de todos los años, con una variación porcentual de un -17.9.

**Tabla 3**

Índice de pobreza multidimensional (IPM-RD), cobertura de los programas sociales, tasa de analfabetismo, tasa de hacinamiento y tasa de TBP. Región III de salud, República Dominicana, 2012-2018

Años	IPM-RD	Cobertura IAE	Cobertura «Comer es primero»	Total			Tasa TBP (100 000 hbts.)
				en ambos programas sociales	Tasa de analfabetismo	Tasa de hacinamiento	
2012	37.7	9.0	29.1	38.1	11.6	9.5	19.6
2013	31.8	12.9	38.4	51.3	11.5	8.0	28.7
2014	26.0	11.7	46.7	58.4	9.7	7.8	25.6
2015	25.0	12.0	48.7	60.7	9.3	7.6	24.5
2016	21.6	13.8	61.0	74.8	7.3	8.7	27.8
2017	20.0	15.6	65.8	81.4	8.6	7.8	32.9
2018	19.3	16.5	64.3	80.8	8.6	7.8	23.6
<b>Varia- ción anual</b>	-48.8	83.3	121.0	112.1	-25.9	-17.9	20.4

**Fuente:** Índice de Pobreza Multidimensional para América Latina (IPM-AL) una aplicación para la República Dominicana 2000-2016 (MEPyD), Oficina Nacional de Estadística (ONE), Indicadores básicos de salud de la Rep. Dominicana 2004-2018 (MS y OMS).

El índice de pobreza multidimensional (IPM) es una herramienta desarrollada por la Universidad de Oxford para medir la pobreza con base en una serie de indicadores. Es el índice adoptado por el gobierno de la República Dominicana (IPM-RD) para medir los niveles de pobreza poblacional. Se puede afirmar que los programas sociales tuvieron un efecto significativo en el IPM (Tabla 4), pero no así en la tasa de TBP (Figura 3).

**Tabla 4**

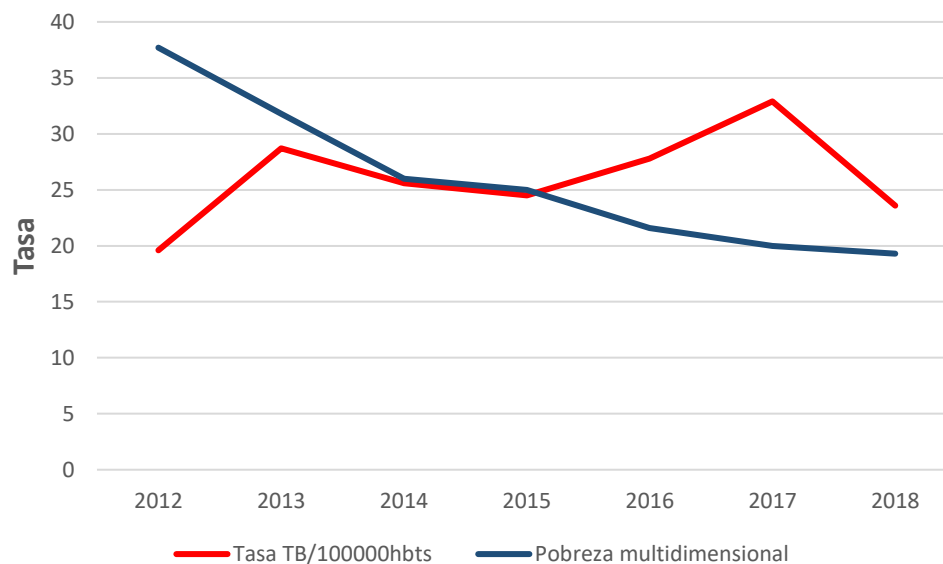
Análisis estadístico según cobertura de programas sociales, tasa de incidencia de TBP y covariables. Región III de salud, República Dominicana, 2021-2018

Correlaciones		Cobertura		Tasa de		Tasa de	
		«Comer es primero»	Tasas TBP	Hacina- miento	analfa- betismo	Cobertura IAE	pobreza IPM
Cobertura «Comer es Primero»	Correlación de Pearson	1	.131	-.367*	-.645**	.785**	-.859**
	Sig. (unilateral)		.253	.027	.000	.000	.000
	<i>N</i>	28	28	28	28	28	28
Tasas TBP	Correlación de Pearson	.131	1	-.134	-.310	-.074	-.156
	Sig. (unilateral)	.253		.248	.054	.354	.214
	<i>N</i>	28	28	28	28	28	28
Hacinamiento	Correlación de Pearson	-.367*	-.134	1	-.020	-.028	.134
	Sig. (unilateral)	.027	.248		.460	.444	.248
	<i>N</i>	28	28	28	28	28	28
TSANAL	Correlación de Pearson	-.645**	-.310	-.020	1	-.387*	.724**
	Sig. (unilateral)	.000	.054	.460		.021	.000
	<i>N</i>	28	28	28	28	28	28
Cobertura IAE	Correlación de Pearson	.785**	-.074	-.028	-.387*	1	-.783**
	Sig. (unilateral)	.000	.354	.444	.021		.000
	<i>N</i>	28	28	28	28	28	28
Tasa de pobreza IPM	Correlación de Pearson	-.859**	-.156	.134	.724**	-.783**	1
	Sig. (unilateral)	.000	.214	.248	.000	.000	
	<i>N</i>	28	28	28	28	28	28

Notas. \*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (unilateral). \*\*La correlación es significativa en el nivel 0,01 (unilateral).

**Figura 3**

Índice de pobreza multidimensional (IPM) y tasa de TBP, según años. Región III de salud, República Dominicana, 2012-2018



## 4. Discusión

De acuerdo con el análisis de los resultados obtenidos, a pesar de que los programas de TMC, como «Comer es primero» e «Incentivo a la asistencia escolar», experimentaron un aumento en su cobertura anual en las provincias y la Región III de salud de la República Dominicana, no se encontró una relación estadísticamente significativa con la disminución de la incidencia de TBP en dicha región. De tal modo, aunque estos programas tienen un efecto positivo en la reducción de la pobreza, no parecen contribuir a la reducción de nuevos casos de TBP. Entonces, se podría argumentar que el incentivo económico otorgado a las familias es insuficiente para mitigar la presencia de esta enfermedad, o que otras variables relacionadas fueron excluidas de estos programas.

Conforme a lo anterior, el presente estudio diverge de investigaciones similares; por ejemplo, la efectuada en Brasil (Nery et al., 2017), donde se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la cobertura de programas sociales y la incidencia de tuberculosis. Los autores sugirieron que, si bien hubo una tendencia a la baja en Brasil durante el período estudiado, es

plausible que estos programas hayan contribuido a esa disminución. Sin embargo, la evidencia es limitada y no puede considerarse aplicable de manera generalizada.

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad compleja, influenciada por múltiples factores, por lo que es crucial comprender las dimensiones ontológicas de las personas, sus creencias, costumbres, dignidad, autonomía y su responsabilidad tanto individual como colectiva dentro de sus comunidades. Lamentablemente, en la República Dominicana estos aspectos fundamentales no fueron considerados en la selección de beneficiarios de los programas de TMC. En efecto, «Comer es primero» e «Incentivo a la asistencia escolar» fueron diseñados dentro de un marco político-social, en donde se aplican soluciones uniformes sin contemplar las condiciones específicas que rodean a cada individuo. Dejan de lado las causas estructurales profundas de la desigualdad y la pobreza, limitándose a proporcionar apoyo económico bajo ciertos criterios predefinidos (Palmer et al., 2004).

Es importante destacar que, aunque las TMC pueden aliviar la condición de vulnerabilidad de las personas beneficiarias, la tuberculosis es una enfermedad que conlleva estigma social y puede actuar como una barrera. Además, la condicionalidad asociada con las TMC, como la asistencia escolar o controles de salud, es objeto de críticas (Gertler, 2004). Existe un debate sobre si estas condiciones son justas y éticas, ya que supeditan un derecho básico a la adopción de comportamientos específicos. En lugar de enfoques condicionados, surge un llamado creciente hacia una transformación holística de los determinantes de salud, que no solo abarque la pobreza y la desigualdad estructural, sino también promueva el acceso universal a la salud sin restricciones comportamentales. Este enfoque busca mejorar las condiciones económicas de los individuos, así como eliminar las barreras sociales y estructurales que perpetúan la desigualdad y afectan la salud pública.

Ahora, ¿podría considerarse como normal la variabilidad en la incidencia de TBP a lo largo de los años del estudio, a pesar de observarse una disminución en los niveles de pobreza? La República Dominicana cuenta con el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, integrado a las políticas nacionales de salud; sin embargo, este no ha alcanzado las metas establecidas. Y, como se dijo, los programas de TMC no tratan de manera integral las raíces estructurales de la pobreza. Desde la perspectiva de los resultados obtenidos, se plantean dos explicaciones: una estadística y otra relacionada con la gestión gubernamental. La explicación estadística sugiere la posibilidad de un subregistro o un retraso en el reporte de los casos de tuberculosis de un año a otro. La explicación gubernamental apunta a deficiencias en las políticas de salud, un abordaje inadecuado de la pobreza, una limitada detección de pacientes sintomáticos respiratorios, escasas intervenciones ante casos sospechosos y una mayor vulnerabilidad social.

La desigualdad y la pobreza siguen siendo problemas persistentes en la República Dominicana y otros países latinoamericanos. Cuando se evidencian mejoras, estas no son sostenidas a lo largo del tiempo. Es preocupante observar que muchas necesidades básicas siguen sin satisfacerse y que el entorno social de muchos ciudadanos está marcado por la privación; este contexto perpetúa el ciclo

de desigualdad e, incluso, puede llevar a situaciones de estrés y problemas depresivos entre la población (Cutuli et al., 2010). Esta investigación no exploró si los nuevos casos de TBP reportados pertenecían a familias incluidas o no en los programas sociales, tampoco examinó el entorno social de los beneficiarios ni cómo invirtieron el dinero recibido. Al respecto, es crucial que futuros estudios evalúen el impacto de estos programas en otros determinantes sociales además de la pobreza.

Factores sociales como el hacinamiento familiar, la desnutrición y un entorno comunitario desfavorable propician la infección por *Mycobacterium tuberculosis*; por tanto, tienen un impacto significativo en la salud pública y van más allá de la simple exposición a la bacteria (Aviraveetil et al., 2020; Zille et al., 2019). Los programas de TMC implementados en la República Dominicana no priorizan la intervención en determinantes sociales como la mejora de las condiciones de vivienda de las familias o la transformación de los entornos comunitarios, excepto en casos específicos como el programa gubernamental para cambiar pisos de tierra por cemento, que responde más a consideraciones políticas que a una estrategia integral de salud pública.

La hipótesis de que una reducción de los niveles de pobreza, el hacinamiento y el analfabetismo y la mejora del estado nutricional podrían disminuir los nuevos casos de tuberculosis no pudo ser confirmada. Esto sugiere que la incidencia de esta enfermedad no depende únicamente de factores económicos, sino también requiere la intervención en otras determinantes sociales y estructurales. Es fundamental abordar al individuo desde una perspectiva ontológica, considerando que las políticas actuales de TMC no logran transformar de manera integral las condiciones que interactúan en el proceso de salud-enfermedad, ni tampoco enfrentan las raíces profundas de la pobreza y la exclusión social (Aguirre, 2024; Yazbek, 2010).

Existen fuertes evidencias de que los programas sociales pueden ser altamente beneficiosos para las personas diagnosticadas con tuberculosis, así lo demostraron varios estudios dirigidos en diversas poblaciones a nivel mundial (Parthasarathy y Malhotra, 2019; Reis-Santos et al., 2019; Richterman et al., 2018). Estos estudios concluyeron que las transferencias monetarias, incluidos los incentivos financieros mediante programas sociales, son valiosos, eficaces y contribuyen significativamente a mejorar las tasas de curación de la tuberculosis.

Los resultados de este estudio coinciden con investigaciones previas (Owusu-Addo et al., 2018; Snilsveit et al., 2019) en cuanto a que las TMC, como el programa «Comer es primero», tienen un efecto positivo y estadísticamente significativo en la reducción del hacinamiento, la tasa de analfabetismo y la pobreza. Otros estudios llegaron a conclusiones similares (Fuady et al., 2019; Klein et al., 2019; Patel et al., 2019).



## 5. Conclusiones

Las transferencias monetarias condicionadas (TMC) emergieron como una herramienta significativa para contrarrestar la pobreza y mejorar algunos indicadores de salud pública en poblaciones vulnerables. No obstante, es esencial discutir críticamente las limitaciones y los desafíos inherentes a estos programas para maximizar su efectividad y sostenibilidad a largo plazo.

En este contexto, se debe evitar la estigmatización y las limitaciones estructurales que pueden reducir el aprovechamiento de las TMC. Para optimizar sus beneficios es fundamental adoptar un enfoque más holístico, inclusivo e integral, que considere no solo la asistencia económica directa, sino también intervenciones comunitarias y mejoras en los determinantes sociales de la salud. Más allá de enfrentar la pobreza de manera superficial, se trata de comprender las causas subyacentes que perpetúan la desigualdad social.

A pesar de los avances observados, los resultados de este estudio no lograron corroborar la hipótesis inicial de que las TMC podrían reducir la incidencia de enfermedades como la tuberculosis mediante la mejora estructural de las condiciones socioeconómicas. Sería beneficioso completar estudios de seguimiento más profundos y extensos que incluyan una muestra más amplia y exploren otros factores y determinantes que pueden afectar los resultados. Esto permitiría comprender mejor por qué las TMC, aunque efectivas para mitigar la pobreza, carecen del mismo efecto esperado en la salud pública, cuando se trata de enfermedades complejas y multifactoriales como la tuberculosis.

## 6. Limitaciones

Como un estudio ecológico, se utilizaron datos gruesos obtenidos de las diferentes instituciones gubernamentales. La cobertura de los programas sociales y la tasa de analfabetismo se obtuvieron de la base de datos de la Oficina Nacional de Estadística de la República Dominicana (ONE) y los de tuberculosis pulmonar, de la base de datos de los indicadores básicos de salud del Ministerio de Salud Pública (MSP).

Los niveles de pobreza multidimensional y hacinamiento se extrajeron del Índice de Pobreza Multidimensional para América Latina (IPM-AL) una aplicación para República Dominicana 2000-2016 (MEPyD). Este informe contiene datos hasta el año 2016. Los años 2017 y 2018 fueron estimados por interpolación lineal, usando línea de tendencia de regresión lineal simple, una metodología estadísticamente comprobada. No se considera que las estimaciones de estos años pudieran haber cambiado los resultados, al igual que el dato de analfabetismo del año 2018, el cual no estuvo disponible y se trabajó usando el mismo dato del año anterior. Las tasas de hacinamiento de los años 2017 y 2018 no pudieron ser conocidas, por ello se utilizó el dato del último año (2016), lo cual se entiende no modificaría el resultado de la investigación para esta variable durante esos años. La unidad de análisis fue cada provincia de forma individual y la región como conjunto.

## 7. Conflicto de interés

Ninguno

## 8. Referencias

- Aguirre, M. (2021). El derecho condicionado a la asistencia: consideraciones sobre la Ley Provincial 9185/04. *Conciencia social*, 5(9). <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/35348>
- Aguirre, M. (2023). Salud Pública y cuestión social: un abordaje comparado desde los programas familias en acción (COL) y asignación Universal por hijo para la protección social (ARG) [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio Universidad Nacional de Colombia.
- Aguirre, M. (2024). Trabajo precario, trabajo de cuidados y sus expresiones en salud pública: ¿cuánto y cómo protege la asistencia social latinoamericana?. *Itinerarios de Trabajo Social*, (4), 61-71. <https://doi.org/10.1344/its.i4.43748>
- Alves, J. D., Arroyo, L. H., Arcoverde, M. A. M., Cartagena-Ramos, D., Berra, T. Z., Alves, L. S., Ramos, A. C. V., Fuentealba-Torres, M., Assis, I. S., Fiorati, R. C., Nuñez, C., & Arcencio, R. A. (2020). Magnitud de los determinantes sociales en el riesgo de mortalidad por tuberculosis en el Centro-Oeste de Brasil. *Gaceta Sanitaria*, 34(2), 171-178. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.01.004>
- Ayiraveetil, R., Sarkar, S., Chinnakali, P., Jeyashree, K., Vijayageetha, M., Thekkur, P., Lakshminarayanan, S., Knidsen, S., Hochberg, N. S., Horsburgh, C. R., Ellner, J., & Roy, G. (2020). Household food insecurity among patients with pulmonary tuberculosis and its associated factors in South India: a cross-sectional analysis. *BMJ Open*, 10(2), e033798. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033798>
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2016). Síntesis del programa Bolsa Familia en Brasil. <https://publications.iadb.org/es/publicacion/15580/sintesis-del-programa-bolsa-familia-en-brasil>

- Barrientos, A., & Villa, J. M. (2013). Antipoverty Transfers and Labour Force Participation Effects. Brooks World Poverty Institute Working Paper No. 185. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2275291>
- Bastagli, F., Hagen-Zanker, J., Harman, L., Barca, V., Sturge, G., Schmidt, T. & Pellerano, L. (2016). Cash transfers: what does the evidence say? A rigorous review of programme impact and of the role of design and implementation features. Odi.org. <https://odi.org/en/publications/cash-transfers-what-does-the-evidence-say-a-rigorous-review-of-impacts-and-the-role-of-design-and-implementation-features/>
- Cena, R., & Dettano, A. (2020). Emociones en torno a los cuidados sociales mediados por las políticas sociales. Entre el deber moral y la postergación. *Investigación y Desarrollo*, 28(1), 68-103. <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/investigacion/article/view/12494/214421445234>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (1997). Panorama social de América Latina 1997. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/7eca2ffb-1e85-407f-8af9-cee506498c89/content>
- Cutuli, J. J., Wiik, K. L., Herbers, J. E., Gunnar, M. R., & Masten, A. S. (2010). Cortisol function among early school-aged homeless children. *Psychoneuroendocrinology*, 35(6) 833-845. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2009.11.008>
- Ferguson J., & Gibson, T. (2015). Front Matter. En *Give a Man a Fish: Reflections on the New Politics of Distribution* (pp. i-iv). Duke University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1198xwr.1>
- Fuady, A., Houweling, T. A. J., Mansyur, M., Burhan, E., & Richardus, J. H. (2019). Effect of financial support on reducing the incidence of catastrophic costs among tuberculosis-affected households in Indonesia: eight simulated scenarios. *Infectious Diseases of Poverty*, 8(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s40249-019-0519-7>
- Gertler, P. (2004). Do Conditional Cash Transfers Improve Child Health? Evidence from PROGRESA's Control Randomized Experiment. *American Economic Association*, 94(2), 336-34. <https://doi.org/10.1257/0002828041302109>
- Gough, I., Wood, G., Barrientos, A., Bevan, P., Davis, P., & Room, G. (2004). Latin America: towards a liberal-informal welfare regime. En *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America: Social Policy in Development contexts* (pp. 121-168). Cambridge University Press.
- Gwynne, R. N., & Cristobal, K. (2004). *Latin America transformed: globalization and modernity*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203763704>

- Harvey, D. (2007). Breve historia del neoliberalismo [Archivo de PDF]. <https://www.perio.unlp.edu.ar/catedras/wp-content/uploads/sites/49/2020/03/T08-HARVEY-Breve-historia-del-neoliberalismo-pp-11-16-45-49-183-189-1.pdf>
- Honorati, M., Gentilini, U., & Yemtsov, R. G. (2015). The state of social safety nets 2015 [Archivo de PDF]. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/415491467994645020/pdf/97882-PUB-REVISED-Box393232B-PUBLIC-DOCDATE-6-29-2015-DOI-10-1596978-1-4648-0543-1-EPI-1464805431.pdf>
- Klein, K., Bernachea, M. P., Iribarren, S., Gibbons, L., Chirico, C., & Rubinstein, F. (2019). Correction: Evaluation of a social protection policy on tuberculosis treatment outcomes: A prospective cohort study. *PLOS Medicine*, 16(5), e1002826. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002826>
- Lavinas, L. (2014). La asistencia social en el siglo XXI [Archivo de PDF]. *New Left Review*. <https://newleftreview.es/issues/84/articles/lena-lavinas-la-asistencia-social-en-el-siglo-xxi.pdf>
- León, P., Pria, M., Perdomo, I., García, A., & Valdez, D. (2018). Desigualdades sociales y acceso a los servicios de salud en la tuberculosis pulmonar y su contextualización en La Habana. *Información Científica para la Dirección en Salud*, 0(26), 16-27. <https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/443>
- Mauch, V., Melgen, R., Marcelino, B., Acosta, I., Klinkenberg, E., & Suarez, P. (2013). Tuberculosis patients in the Dominican Republic face severe direct and indirect costs and need social protection. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(5), 332-339. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9179/a04v33n5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ministerio de Salud de la República Dominicana (2020). Informe de Gestión del Programa de Tuberculosis en República Dominicana 2020. <https://actbistas.org/informe-de-gestion-del-programa-de-tuberculosis-republica-dominicana-2020/>
- Nery, J. S., Rodrigues, L. C., Rosella, D., Aquino, R., Barreira, D., Torrens, A. W., Boccia, D., Penna, G. O., Penna, M. L. F., Barreto, M. L., & Pereira, S. M. (2017). Effect of Brazil's conditional cash transfer program on the incidence of tuberculosis. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 21(7), 790-796. <https://doi.org/10.5588/ijtld.16.0599>
- Nidoi, J., Muttamba, W., Walusimbi, S., Imoko, J. F., Lochoro, P., Ictho, J., Mugenyi, L., Sekibira, R., Turyahabwe, S., Byaruhanga, R., Putoto, G., Villa, S., Raviglione, M. C., & Kirenga, B. (2021). Impact of socio-economic factors on Tuberculosis treatment outcomes in north-eastern Uganda: a mixed methods study. *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12056-1>

- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2019). Protección social. <https://www.fao.org/social-protection/es>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Informe mundial sobre tuberculosis, (2022). <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>
- Owusu-Addo, E., Renzaho, A. M. N., & Smith, B. J. (2018). The impact of cash transfers on social determinants of health and health inequalities in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Health Policy and Planning*, 33(5), 675-696. <https://doi.org/10.1093/heapol/czy020>
- Palmer, N., Mueller, D. H., Gilson, L., Mills, A., & Haines, A. (2004) Health financing to promote access in low-income settings-how much do we know?. *The Lancet*, 364(9442), 1365-70. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17195-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17195-X)
- Parthasarathy, R., & Malhotra, S. (2019). Cash transfer interventions in tuberculosis treatment outcomes. *National Medical Journal of India*, 32(5), 294-295). <https://doi.org/10.4103/0970-258X.295960>
- Patel, B. H., Jeyashree, K., Chinnakali, P., Vijayageetha, M., Mehta, K. G., Modi, B., Chavda, P. D., Dave, P. V., Zala, C. C., Shewade, H. D., Solanki, D. M., & Kumar, A. M. V. (2019). Cash transfer scheme for people with tuberculosis treated by the National TB Programme in Western India: a mixed methods study. *BMJ Open*, 9(12), e033158. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033158>
- Petras, J., & Veitmeyer, H. (2010). Neoliberalism and the Dynamics of Capitalist Development in Latin America. En Berberoglu, B. (Ed.), *Globalization in the 21st Century* (pp. 57-85). Palgrave Macmillan.
- Presidencia de la República Dominicana. (2020). Memorias institucionales: Informe de seguimiento noviembre 2020. Programa Progresando con Solidaridad. <https://transparencia.superate.gob.do/plan-estrategico-institucional/memorias-institucionales>
- Presidencia de la República Dominicana. Sistema Único de Beneficiario. (2022). Análisis descriptivo de la tuberculosis en población vulnerable de la República Dominicana [Archivo de PDF]. <https://siuben.gob.do/wp-content/uploads/2023/03/nota-tecnica-de-tuberculosis-avance-preliminar-de-estructura-version-4.pdf>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2019). En RD persisten las desigualdades, según Informe de Desarrollo Humano 2019. <https://www.undp.org/es/dominican-republic/news/en-rd-persisten-las-desigualdades-seg%C3%BAAn-informe-de-desarrollo-humano-2019>
- Ravallion, M. (2009). How relevant is targeting to the success of an antipoverty program? [Archivo de PDF].

<https://documents1.worldbank.org/curated/en/368761468339647732/pdf/629860PUB0WorI00Box0361496B0PUBLIC0.pdf>

- Reeves, A., Basu, S., McKee, M., Stuckler, D., Sanddgren, A., & Semenza, J. (2014). Social protection and tuberculosis control in 21 European countries, 1995-2012: a cross-national statistical modelling analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 14(11), 1105-1112. [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(14\)70927-2](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(14)70927-2)
- Reis-Santos, B., Shete, P., Bertolde, A., Sales, C.M., Sanchez, M. N., Arakaki-Sanchez, D., Andrade, K. B., Gomes, M.G.M., Boccia, D., Lienhardt, C., & Maciel, E. L. (2019). Tuberculosis in Brazil and cash transfer programs: A longitudinal database study of the effect of cash transfer on cure rates. *PLoS One*, 14(2), e0212617. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212617>
- Richterman, A., Steer-Massaró, J., Jarolimova, J., Luong Nguyé, L. B., Winderberg, J., & Ivers, L. C. (2018). Cash interventions to improve clinical outcomes for pulmonary tuberculosis: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(7), 471-483. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.208959>
- Schober, G. S. (2019). Conditional Cash Transfers, Resources, and Political Participation in Latin America. *Latin American Research Review*, 54 (3). <https://doi.org/10.25222/larr.143>
- Snilsveit, B., Stevenson, J., Langer, L., Tannous, N., Ravat, Z., Nduku, P., Polanin, J., Shemilt, I., Evers, J., & Ferraro, P. J. (2019). Incentives for climate mitigation in the land use sector-the effects of payment for environmental services on environmental and socioeconomic outcomes in low- and middle-income countries: A mixed-methods systematic review. *Campbell*, 15(3). <https://doi.org/10.1002/cl2.1045>
- Steger, M. B. & Roy, R. K. (2017). *Globalization: a very short introduction* (4.a ed.). Oxford University Press.
- Stiglitz, J. (2002) *Globalization and its Discontents* [Archivo de PDF]. <http://digamo.free.fr/stig2002.pdf>
- The World Bank. (2009). Conditional Cash Transfers: Paying People to Invest in Children. <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2009/02/12/conditional-cash-transfers-paying-people-to-invest-in-children>
- Timire, C., Sandy, C., Ferrand, R. A., Mubau, R., Shiri, P., Mbiriyawanda, O., Mbida, F., Houben, R. M. G. J., Pedrazzoli, D., Bond, V., Foster, N., & Kranzer, K. (2022). Coverage and effectiveness of conditional cash transfer for people with drug-resistant tuberculosis in Zimbabwe: A mixed methods study. *PLOS Global Public Health*, 2(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001027>
- Todd, H., Hudson, M., Grolmusova, N., Kazibwe, J., Pearman, J., Skender, K., Tran, P. B., Boccia, D., Shete, P. B., & Wingfield, T. (2023). Social Protection Interventions for TB-Affected

Households: A Scoping Review. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 108(4), 650-659. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.22-0470>

Ukwaja, K., Alobu, I., Gidado, M., Oriazi, O., & Oshi, D. (2017). Economic support intervention improves tuberculosis treatment outcomes in rural Nigeria. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 21(5), 564-570. <https://doi.org/10.5588/ijtld.16.0741>

Yazbek, M. C., (2010). Servicio social y pobreza. *Katalysis*, 13(2), 153-154. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179616095001>

Yoshino, C. A., Sidney-Annerstedt, K., Wingfield, T., Kirubi, B., Viney, K., Boccia, D., & Atkins, S. (2023). Experiences of conditional and unconditional cash transfers intended for improving health outcomes and health service use: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD013635. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013635.pub2>

Zille, A. I., Werneck, G. L., Luiz, R. R., & Conde, M. B. (2019). Social determinants of pulmonary tuberculosis in Brazil: an ecological study. *BMC Pulmonary Medicine*, 19(1), 87. <https://doi.org/10.1186/s12890-019-0855-1>

# Población y Salud en Mesoamérica

¿Quiere publicar en la revista?

Ingresa [aquí](#)

O escribanos:

[revista.ccp@ucr.ac.cr](mailto:revista.ccp@ucr.ac.cr)



Población y Salud en Mesoamérica (PSM) es la revista electrónica que cambió el paradigma en el área de las publicaciones científicas electrónicas de la UCR. Logros tales como haber sido la primera en obtener sello editorial como revista electrónica la posicionan como una de las más visionarias.

**Revista PSM es la letra delta mayúscula, el cambio y el futuro.**

Indexada en los catálogos más prestigiosos. Para conocer la lista completa de índices, ingrese [aquí](#).



 Revista Población y Salud en Mesoamérica -

Centro Centroamericano de Población  
Universidad de Costa Rica

