

**RENTA BÁSICA UNIVERSAL Y SUS RELACIONES CON LA
SALUD: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LITERATURA**

GABRIEL JOAQUÍN VILLALOBOS PÉREZ

Médico

Especialista en Auditoría en Salud

Máster en Dirección y Gestión de Servicios de Salud

Trabajo para optar al título de Maestría en Salud Pública de la

Universidad Santo Tomás Bogotá-Colombia

Calle 54 n°10-66 Apto 1108 Teléfono 3012289746

gjvillalobos@yahoo.com

Pablo Enrique Chaparro Narváez

Médico

Especialista en Epidemiología y Salud Ocupacional

Magister en Epidemiología y Salud Pública

Doctor en Salud Pública

El autor manifiesta: que no tiene ningún conflicto de interés, que es independiente con respecto a la institución de apoyo, y que durante la ejecución del trabajo o la redacción del manuscrito no han incidido intereses o valores distintos a los que usualmente tiene la investigación.

RESUMEN

La Renta Básica Universal (RBU) es un ingreso pagado por el Estado a todos los ciudadanos por existir, independientemente de cualquier condición, compatible con el trabajo y con otros ingresos económicos. Este estudio examinó, a través de una revisión sistemática de literatura, la evidencia disponible sobre Renta Básica Universal y si en ésta se encuentran relaciones con la salud.

En bases de datos de revistas indexadas a nivel mundial se hicieron búsquedas partiendo del año 2000, en idiomas inglés y español, con las palabras clave: ("Basic Income" AND "Health"), ("Renta básica universal" AND "Salud"). Se tuvieron en cuenta criterios de inclusión y exclusión, se descartaron artículos duplicados, se diseñaron categorías para cuantificar los hallazgos y se documentó toda la trazabilidad de la revisión en hojas de cálculo.

La idea de la RBU tuvo sus orígenes en el siglo XVIII, se ha contemplado en distintos lugares del mundo y se experimenta en países pobres y ricos. Es un tema de actualidad que genera debate en contraposición con la asistencia social tradicional que focaliza poblaciones y exige requisitos.

La instauración de la RBU transformaría los resultados desiguales en salud al reducir enfermedades, lesiones menores, accidentes y delitos; al intervenir vías determinantes de la salud y número y frecuencia de embarazos; y al amplificar sus efectos a través de interacciones sociales.

Si intervenir los efectos del ingreso sobre la salud es una decisión, debe considerarse la RBU como alternativa a la asistencia social tradicional que no responde a las circunstancias del trabajo hoy, y cuyos efectos nocivos para los humanos están documentados.

ABSTRACT

The Universal Basic Income (UBI) is defined as a payment made by the estate to all the citizens just for the fact of existing, with or without a job or any income independently of any other condition. This study examined, through a systematic review of literature, the available evidence about UBI and if there are any relations with health.

In worldwide indexed magazines databases, a research was conducted from the year 2000, both in English and Spanish and with these keywords: "Basic Income" AND "Health", "Renta básica universal" AND "Salud". Inclusion and exclusion criteria were taken into account, duplicate articles were discarded, categories were designed to quantify findings, and all traceability of the review was documented in spreadsheets.

The UBI concept was born in the XVIII century, it has been considered in different places around the world, with applied experiments in both rich and poor countries. It is a current topic with controversial positions against traditional social assistance which targets specific population and demands requirements.

The UBI instauration, would transform the inequalities in health outcomes by reducing illness, minor injuries, accidents and crimes; by intervening determinant health ways and the number and frequency of pregnancies; and by amplifying its effects through social interactions.

If intervening the effects of incomes from health is a decision to make, UBI must be considered as an alternative to the traditional social assistance, which doesn't respond to the actual working circumstances, and which harmful effects for humans are documented.

Palabras clave:

Renta, salud pública, resultados de salud.

Income, public health, treatment outcome.

INTRODUCCIÓN

La Renta Básica Universal (RBU) promueve la justicia y la consecución de libertad real para tomar decisiones (1), permitiendo que todos los ciudadanos de un país incondicionalmente reciban una transferencia monetaria directa.

Si las causas de las causas que sentencian los resultados desiguales en salud hoy están identificadas, y estos desenlaces se configuran como reacción ante las distintas intensidades de la pobreza, no se puede eludir la seguridad financiera (2) para destrabar los avances de la Salud Pública (SP), más aún si crecimiento económico y mejores condiciones de salud se presentan de forma simultánea (3). En los Estados modernos no se han alcanzado los pilares de inclusión y equidad que la sociedad reclama para avanzar, no existen recursos suficientes para atender enfermedades, y las políticas públicas deben buscar anticiparse a la materialización de los riesgos para la salud modificando las influencias, hoy bien conocidas, que los generan.

Por otro lado la estratificación de la sociedad, el aumento de la brecha entre ricos y pobres, y la automatización y robotización laboral emergentes a nivel mundial son contrariedades que impiden el progreso

de la Salud Pública.

La RBU genera diferentes posturas en cuanto a su aplicación, defensores, que la consideran una política pública de la rama de la seguridad social que transforma la sociedad; y detractores, que analizan el riesgo moral, las consecuencias económicas y en particular las dificultades para financiarla. En todo caso en países y territorios disímiles como Alaska, Madhya Pradesh (India), Namibia, Ontario (Canadá), Utrecht (Holanda) y Finlandia, entre otros, se ha experimentado.

Según Rawls (4), el contrato social materializado en la creación del Estado, posteriormente, en una abstracción superior, generó la justicia. En Teoría de la Justicia se declara que es natural que al nacer no todos los individuos partan en las mismas condiciones sociales o biológicas, y aparece la justicia para administrar el contrato social a través del Estado; el objeto de su existencia es intervenir ante las desigualdades de partida, proveyendo más atención a quienes están en desventaja por nacer en una posición socioeconómica adversa.

La Medicina Social/Salud Colectiva busca respuestas a las problemáticas específicas en Latinoamérica, sui generis en sus dinámicas políticas,

culturales y socio-económicas, conectando ciencias sociales y salud, e incorporando desde la sociología el concepto de estructura social como condena que supedita lo individual a lo colectivo: “sistemas de restricciones que señalan la acción individual, sin margen de autonomía para los sujetos” (5).

Desde otra perspectiva los determinantes sociales de la salud (DSS) (6), hoy acogidos en los marcos institucionales globalizados, plantean que políticas públicas, macroeconómicas y sociales, posición socioeconómica, clase social y género, son determinantes estructurales y causas de las desigualdades injustas en salud.

Por otro lado, desde el enfoque teórico-metodológico Curso de Vida, se concluye que efectos acumulativos de experiencias adversas del individuo como resultado de condiciones socioeconómicas desfavorables, y los cambios dentro de la jerarquía social (movilidad social), explican el riesgo de sufrir enfermedades, más graves cuanto más temprana sea la exposición y mayor su tiempo de duración (7).

Por su parte Rosen (8) relaciona la medicina social y la investigación con la construcción de política social; el autor apunta a que se deben llevar

las legislaciones a un cuestionamiento que se enfoque en si se encuentran a la par con el conocimiento alcanzado en salud y sus relaciones con las condiciones sociales y económicas. Esclarecer las divergencias entre la realidad y las normas, y en el mejor de los casos, exponer los obstáculos que suponen los grupos de presión y las relaciones de poder sobre los legisladores, es imprescindible para avanzar: sentencia.

El momento histórico y la confluencia de variables adversas, en relación con desigualdades en la distribución de los ingresos que afectan con lesiones y daños la vida humana, convierten en necesidad imperiosa el objetivo de revisar sistemáticamente la evidencia disponible a nivel mundial sobre características principales, condiciones históricas, posturas a favor y en contra, y experiencias prácticas en la implementación de la Renta Básica Universal, con el fin de examinar sus relaciones con la salud, en busca de una alternativa que dé un giro crucial a la deuda que la Salud Pública tiene, desde su origen, con las poblaciones.

METODOLOGÍA

Este es un estudio de investigación secundaria. A través del diseño de investigación revisión sistemática de literatura, se hicieron búsquedas exhaustivas y reproducibles de artículos publicados a partir del año 2000, disponibles e indexados a nivel mundial en las bases de datos: PubMed, BVS/BIREME (Medline, Lilacs, PAHO), SCIELO, EMBASE, ScienceDirect, Scopus, Ebsco y REDALYC. En idiomas inglés y español y con las palabras clave ("Basic Income" AND "Health") y ("Renta básica universal" AND "Salud"), y haciendo uso de los marcadores booleanos, se buscaron evidencias disponibles acerca de Renta Básica Universal y sus relaciones con la salud.

Los criterios de exclusión se aplicaron para artículos relacionados con otras formas de subsidios o transferencias monetarias condicionadas no vinculadas con la RBU, artículos no relacionados con salud, documentos que no corresponden a artículos (cartas a los editores, manifiestos, literatura gris, capítulos de libros y comentarios de noticias), y revisiones sistemáticas de literatura basadas en artículos cuyo tema fue la RBU. No se incluyeron datos de estudios no publicados. La última búsqueda fue el 23 de octubre de 2019.

Para documentar la sistematicidad de la revisión se utilizaron tablas de Excel. En el anexo N°1 con las columnas: "Fecha de búsqueda", "Motor de Búsqueda", "Sintaxis de la búsqueda" y "Número de artículos encontrados", se hizo el registro inicial de la búsqueda. En el anexo de trazabilidad N° 2 se descartaron artículos duplicados, se eligieron artículos para lectura de resúmenes/abstract, y se seleccionaron los artículos para lectura completa e independiente por parte de dos evaluadores, según cumplimiento de criterios de elegibilidad. El proceso de selección de los artículos se estructuró teniendo en cuenta el Diagrama de Flujo Prisma 2009 para reportar revisiones sistemáticas.

Recuperados íntegramente los artículos, fueron leídos por dos evaluadores verificándose de nuevo el cumplimiento a los criterios de elegibilidad; en esta etapa, sin disensos, se registró en el anexo N° 3 la selección final de los estudios que se incluyeron en la revisión sistemática. A continuación en el anexo N° 4 se cotejó la estructura de los artículos contra seis elementos de la lista STROBE (diseñada para estudios observacionales), buscando cumplimientos mínimos de comunicación de la información en título, resumen, introducción, métodos, resultados y discusión.

En el anexo N° 3 se registraron los datos que caracterizan a cada uno de los artículos asignándose a las variables definidas; se identificaron los aportes relevantes en relación con los objetivos, se analizó descriptivamente la información obtenida y se diseñaron categorías para cuantificar los hallazgos. Posteriormente con los resultados de la RSL se redactó una síntesis crítica de los contenidos disponibles actualmente sobre RBU y salud humana.

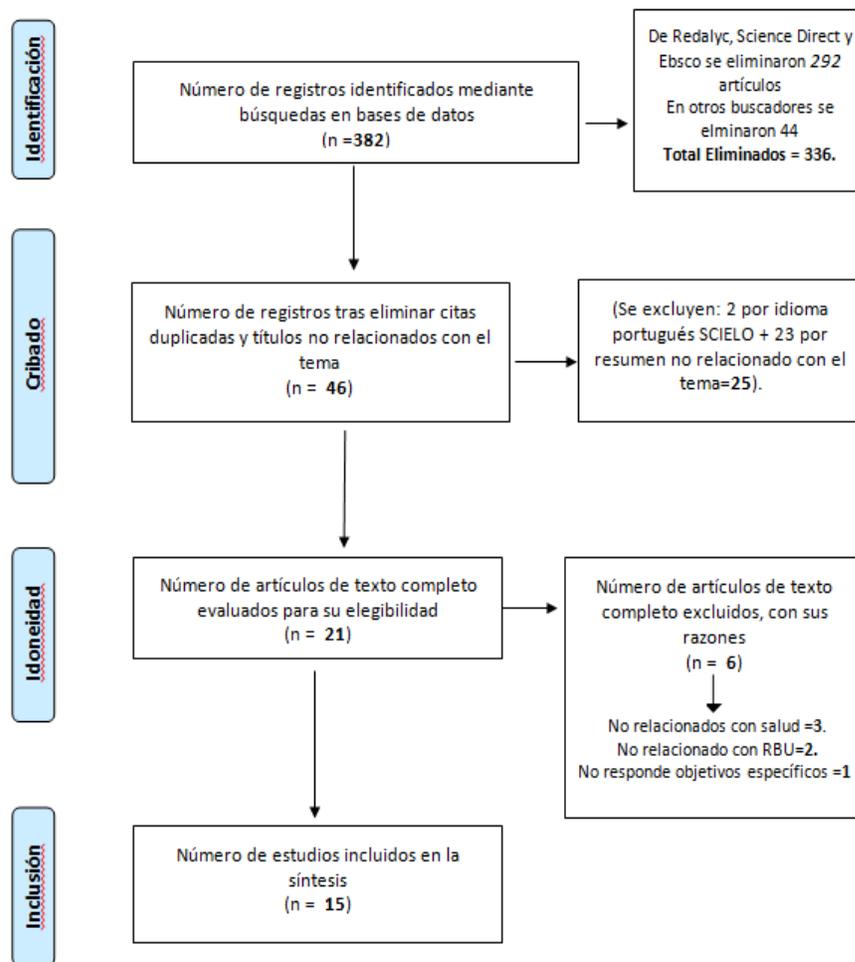
Los riesgos de sesgos se gestionaron con la exhaustividad, reproducibilidad explícita y sistematicidad de las búsquedas; el rigor metodológico orientó la valoración de las características en la estructura de los artículos, para una evaluación de contenidos que permitiera síntesis e interpretación objetiva de los resultados. Con dos evaluadores se mitigó el sesgo de selección en la inclusión de artículos y en la evaluación de calidad. Se eliminó el sesgo del observador no teniéndose en cuenta autores para incluir o no los artículos.

Este trabajo fue sometido finalmente al chequeo de los 27 puntos de la Lista Prisma que verifica mínimos en la comunicación de revisiones sistemáticas de literatura.

RESULTADOS

Al aplicar la metodología de búsqueda se encontraron 382 artículos, de los cuales 15 fueron incluidos en la revisión sistemática (Figura 1).

Figura 1. Búsqueda de literatura según diagrama de flujo Prisma-2009



El país con mayor producción seleccionada fue Canadá con 7, seguido de Estados Unidos con 2; del continente africano se halló 1. El año con más

inclusiones fue 2018 con cuatro, seguido por 2019 y 2017 con tres en cada año. La totalidad de los artículos se encontraron en idioma inglés. No se hallaron resultados que cumplieran los criterios de inclusión con la sintaxis de búsqueda en español. El nombre más frecuente para RBU fue Basic Income (Cuadro 1). La aplicación de la lista mínima para evaluación de calidad sobre 6 puntos de chequeo a la estructura, arrojó calificación alta para 4 artículos, media para 4 y baja para 7 (Cuadro 1).

Cuadro 1. Artículos seleccionados – RSL.

Nº	Buscador o BD	Año	Publicación	País de origen	Autores	Título	Métodos	Evaluación de calidad	Nominación de la RBU
1	PUBMED	2018	Health Promotion International,	CANADA	Dennis Raphael, Toba Bryant, y Zsofia Mendly-Zambo	Canada considers a basic income guarantee: can it achieve health for all? (7 pág.)	Perspectives	1 de 6	BIG Basic Income Guarantee (BIG)
2	PUBMED	2018	Global Public Health	USA	Neiloy R. Sircar y Eric A. Friedman	Financial security and public health: How basic income & cash transfers can promote health (12 pág.)	Revisión de tema	3 de 6	BIG Basic Income Guarantee (BIG)
3	SCOPUS	2018	Social Theory and Health	UK	Matthew Thomas Johnson y Elliott Johnson	Stress, domination and basic income: considering a citizens' entitlement response to a public health crisis (19 pág.)	Artículo original	2 de 6	Universal Basic Income (UBI)
4	SCOPUS	2019	Critical Social Policy	UK	Daniel Sage	Unemployment, wellbeing and the power of the work ethic: Implications for social policy (24 pág.)	Análisis de los 2008 European Values Study (EVS) (examina si las personas en paro con una fijación más débil a la ética de trabajo tienen mayor bienestar que los que tienen un mayor	3 de 6	Universal Basic Income (UBI)

							apego). Datos de alrededor de 66.000 personas en 47 países.		
5	SCOPUS	2019	Basic Income Studies.	Holanda	Robert van der Veen	Basic Income Experiments in the Netherlands? (13 pág.)	Ensayos controlados aleatorizados con grupos de control y poblaciones con tres variables (exención de condiciones; ' deberes o reintegración ' con entrenamiento intensivo; incentivo financiero al entrar en el mercado laboral).	4 de 6	Unconditional o full Basic Income
6	SCOPUS	2019	Journal of Poverty	CANADÁ	Leah Hamilton y James P. Mulvale	"Human Again": The (Unrealized) Promise of Basic Income in Ontario (25 pág.)	Estudio cualitativo fenomenológico beneficios sociales VS RBU en 4000 personas por 3 años en Ontario	4 de 6	Basic Income.
7	SCOPUS	2017	Basic Income Studies	Canadá	Tracy A Smith-Carrier y Steven Green	Another Low Road to Basic Income? Mapping a Pragmatic Model for Adopting a Basic Income in Canada (21 pág.)	Artículo de Reflexión	2 de 6	Basic income o Demogrant
8	SCOPUS	2015	Journal of Development Effectiveness,	Suecia	Simon Beck, Anni-Maria Pulkki-Brännströma y Miguel San Sebastián	Basic income – healthy outcome? Effects on health of an Indian basic income pilot project: a cluster randomised trial (18 pág.)	Ensayo aleatorio grupal que involucra 2034 hogares.	6 de 6	Basic income
9	SCOPUS	2013	Social Inclusion	Canadá	Evelyn L. Forget, Alexander D. Peden y Stephenson B. Strobel	Cash transfers, basic income and community building (9 pág.)	"Ensayo"	2 de 6	Basic income
10	SCOPUS	2011	Canadian Public Policy – Analyse de politiques	Canadá	Evelyn L. Forget	The town with no poverty: The health effects of a Canadian guaranteed annual income field experiment (24 pág.)	Datos de variables de MINCOME cruzadas con variables de los mismos en el sistema de salud canadiense	5 de 6	Guaranteed annual income/Univer sal basic income
11	SCOPUS	2006	Journal of	Sudáfrica	Nicoli	Trading off	Artículo de	2 de 6	Universal

			Social Policy		Natrrass	income and health?: AIDS and the disability grant in South Africa (18 pág).	Reflexión		Basic Income Grant
12	BVS	2018	Journal of Health Organization and Management	USA	Nathan Gerard	Universal healthcare and universal basic income: Complementary proposals for a precarious future (9 Pág.)	View point	2 de 6	Universal Basic Income (UBI)
13	BVS	2017	Journal of Public Health Dentistry	CANADÁ	Yi-An Chen; Carlos Quinonez	Basic income guarantee: a review of implications for oral health.(7 pág.)	Revisión de artículos publicados y capítulos de libros con datos de proyectos piloto de RBU y salud oral.	3 de 6	Basic income guaranteed
14	BVS	2017	Journal of Public Health	CANADÁ	Arne Ruckert, Chau Huynh, Ronald Labonté	Reducing health inequities: is universal basic income the way forward? (5 pág.)	Perspectiva	2 de 6	Universal Basic Income (UBI)
15	EMBASE	2016	SCANDINAVIAN JOURNAL OF DISABILITY RESEARCH	Australia	Jennifer M. Mays	Countering disablism: an alternative universal income support system based on egalitarianism (12 pág.)	Investigación histórica-comparativa de políticas (análisis párrafo por párrafo con análisis temáticos y de patrones para discernir políticas y lenguaje. Se asignaron códigos descriptivos reducidos y refinados para identificar temas relevantes y comparar y generar conceptos analíticos de orden superior).	3 de 6	Basic income

Fuente: Elaboración propia.

El total de los artículos registraron que las características principales de la RBU son su universalidad y su incondicionalidad, sin criterios de elegibilidad ni verificación de requisitos; así como su compatibilidad con otras fuentes de ingresos.

En la literatura se expresa que la RBU, sus programas piloto y sus pruebas, han dependido de los gobiernos de turno, y que la voluntad política es el mayor obstáculo que enfrenta (9-12). Si derrotar la pobreza fuera una prioridad, al ser un problema sistémico, las soluciones involucrarían todo el sistema (11) y la RBU sería la respuesta a la crisis de Salud Pública (13). Así mismo cuatro artículos enfatizan en que la RBU debe acompañarse de políticas en especie y programas clásicos de bienestar social, por lo menos inicialmente, y que no debe eliminar los salarios del empleo (2,14,15,16).

Los artículos en revisión afirman que los pobres, con frecuencia, no cumplen con los criterios de elegibilidad, en ocasiones por errores de inclusión y exclusión (17), para acceder a los programas clásicos de asistencia social, y en esas personas se encuentra la peor pobreza (18). Es frecuente también que la asistencia social, como en Sudáfrica, no sea para los pobres sino para los muy enfermos, los muy jóvenes o los muy viejos (19), calificando algunas personas para múltiples programas, mientras otros, como los trabajadores pobres, no reciben nada (12, 20).

La trampa de la pobreza generada por la asistencia social condicional es abordada por seis artículos; declarándose que las ayudas clásicas desincentivan el trabajo y marginan del ámbito económico, del consumo, a quienes las reciben (9); si las personas pudieran trabajar

correrían el riesgo de no cumplir las condiciones para recibir la asistencia (18,20), y por otro lado condiciones estresantes en estas poblaciones, muchas veces a causa del cumplimiento de requisitos, no les permiten buscar trabajo (16), lo que los condena a la pobreza (11,17).

En siete artículos se reporta que los vínculos entre ingresos, hambre, falta de vivienda y salud son difíciles de cuestionar (15); que el ingreso es considerado ampliamente como un importante determinante social de la salud (14,18,21) que, además, la modifica a través de la educación (20); y que es un golpe de suerte para la Salud Pública que exista una manera de reducir el estrés de la infancia a través de la seguridad financiera, porque el nexo entre salud y riqueza revelado por el gradiente social es una relación de "ganancia inesperada" que al ser intervenida transformaría los efectos negativos, sobre estructuras y funciones vitales humanas, que sentencian desde la infancia, para toda la vida e intergeneracionalmente, la salud (2,11).

En pro de la RBU, cuatro artículos advierten que serían eliminados los costos administrativos, engorrosos y paternalistas, derivados de la reevaluación permanente de requisitos, exigidos en la asistencia condicional para mantener la elegibilidad; erradicando al mismo tiempo, la corrupción que ejercen evaluadores con poder de decisión, y el

despilfarro de dineros públicos y tiempo, de funcionarios y ciudadanos, en cargas burocráticas ineficientes en contra de la autodeterminación humana (11,12,17,20).

De igual forma cuatro artículos resaltan que una RBU promovería derechos universales (10,13,14,21); cinco artículos señalan que resolvería la amenaza que plantea la automatización laboral de hoy, que desafió el sistema ya obsoleto de seguridad del ingreso reemplazando a los trabajadores (2,9,12,14,22); cinco artículos destacan que la RBU reformaría los valores predominantes, rompiendo la ética tradicional que obliga al trabajo para recibir ingresos, y que endilga a la responsabilidad individual los resultados en salud y la consecución o no de trabajo, en circunstancias en las que el trabajo ya no debe, ni puede, ser hecho por todos (12,16,20-22).

Al respecto de la discriminación (ocupado/desocupado, respetado/estigmatizado) que padecen las personas focalizadas para recibir las asistencias tradicionales, **nueve artículos** aseveran que la RBU desmonta los estigmas, sus efectos sobre la salud y sus costos sociales, originados en las categorizaciones binarias (apto/no apto, merecedor/no merecedor) a las que obligan los sistemas de elegibilidad, que no solo condenan a la pobreza sino que la engendran, cuando exigen demostrar el fracaso social y no tener ingresos cada mes **(2,9,11,12,15,17,20,22)**.

Asimismo, RBU, según **seis artículos**, suprime el desincentivo para buscar trabajo y para la movilidad económica, porque elimina esa condición (no tener trabajo o ingresos) para recibir el derecho **(9,12,14,16,22)**. En el mismo sentido con RBU desaparece la incertidumbre que no permite a los pobres la planeación para estudiar o para ir a entrevistas (21). De igual manera la RBU promueve la independencia y la autonomía de la mujer, especialmente en los países en desarrollo donde una transferencia de ingresos comienza a cambiar parte del desequilibrio de poder (14).

De acuerdo con dos artículos, una familia decide mejor que un funcionario como invertir el dinero (12,21). Por otra parte, tres artículos reportan amplificación de efectos a través de interacciones sociales, es decir se benefician quienes no reciben las transferencias de dinero: los comportamientos individuales son trasladados a la comunidad (18,20,21).

En contra de la RBU se registró que fomenta el ocio (9,14); no mueve a la gente por encima de la línea de pobreza porque un solo paso en el gradiente social es suficiente para obtener resultados (15); es demasiado costosa y desincentiva el trabajo (11,14,20); refuerza los roles tradicionales de género (14); desmantela el estado de bienestar y elimina beneficios sociales en especie (nutrición, vivienda, salud) (2,14);

la estigmatización que se da en la asistencia social pasa a los beneficiarios de RBU (15); se requieren más estudios para obtener pruebas de su efectividad (2,14,16,17,21); y por último, se hace hincapié en que RBU desnuda el cómo se altera y se sesga la distribución de los DSS (5).

Condiciones históricas reseñan a Tomas Payne, padre fundador de los Estados Unidos, quien en 1797 precisó las bases conceptuales de la RBU en su libro *Agrarian Justice*, cuando habló de la pobreza como un estado no natural producto de un desequilibrio en la Edad Moderna, causado por los monopolios sobre la tierra no transformada a través del trabajo, y propuso compensación a través de cobro de rentas y pagos (12). Más adelante en el siglo XX Milton Friedman, ante el auge de los programas de asistencia social, lanzó la idea de la RBU en su libro *Capitalismo y Libertad* en busca de eliminar la trampa del bienestar que desincentivaba el trabajo, aduciendo además que el Estado no debería intervenir en las vidas y decisiones de los ciudadanos (18).

En la década de los sesenta, durante la presidencia de Nixon en Estado Unidos, para retirar la asistencia social se encomendó a Donald Rumsfeld y Dick Cheney (figuras políticas conservadoras durante los periodos de George W Bush) experimentar con la RBU. De forma similar de 1974 a 1979 se implementó el MINCOME en Dauphin, Canadá, donde

todos los ciudadanos fueron elegibles; décadas después la investigadora Evelyn Forget recopiló la información abandonada de ese periodo y al cruzarlo con datos del sistema universal de salud obtuvo resultados del experimento canadiense (18).

También en Canadá, en los años sesenta del siglo pasado, se creó una red de seguridad social para los adultos mayores que produjo una reducción extraordinaria de la pobreza del 36,9% en 1976 al 3,9% en 1995 considerado "la historia de éxito más importante de la política social de Canadá en el siglo XX" (11).

En experiencias prácticas se halló en relación con la salud (Cuadro 2), que esta es determinada por la pobreza a través de los efectos del gradiente social y que la RBU modifica el determinante ingresos (2,13,15); y que comparaciones entre transferencias monetarias condicionadas y sin condiciones muestran el máximo beneficio de RBU para modificar los resultados en salud (2). Otro hallazgo mostró que las decisiones tomadas por una persona o una familia que reciben la RBU influyen los comportamientos y decisiones de personas y familias que no reciben la transferencia monetaria, modificando los resultados en salud de los dos grupos (21).

Cuadro 2. Experiencias prácticas

LUGAR	RESULTADO	FECHA
ONTARIO	"Me convertí en un ser humano de nuevo bajo ingreso básico". Más de 400 receptores de RBU en una encuesta (9).	2018
KENIA	Estudios de ensayo aleatorio controlado: seguridad financiera mejoró salud mental, menor estrés, mayor felicidad, menor violencia doméstica y mayor seguridad alimentaria (2). Los jóvenes experimentaron 24% menos síntomas depresivos, bienestar psicológico aumentó el beneficio, efecto amortiguador para la salud mental de los niños huérfanos. Los hombres jóvenes reportaron sentirse más saludables y esperanzados (14).	2014
ZAMBIA	Zambia puso a prueba dos proyectos de larga duración, en varios distritos rurales, recibieron alrededor de \$ 24 cada dos meses (2).	2013
FINLANDIA	No se conocen resultados (13,22). El dinero dado en la forma de un cheque de pago en realidad libera a los desempleados para prepararse para el trabajo futuro y seguro (12).	2017
PAISES BAJOS	11 ciudades experimentan con múltiples diferencias (variables) desde 2015 (Investigación en el mundo desarrollado: efectos en la participación del mercado laboral)(16).	2015
ESTADOS UNIDOS: Nueva Jersey, Pensilvania, Iowa, Carolina del Norte, Seattle, Denver y Gary (Indiana)	El primer experimento: población urbana en Nueva Jersey y Pensilvania entre 1968 y 1972. Segundo experimento: Gary, Indiana, para examinar el efecto de un ingreso garantizado anual en padres solteros. Tercer experimento: Carolina del Norte y Iowa examinó los efectos sobre las poblaciones rurales. Cuarto: "Income Maintenance Experiment Seattle – Denver" (SIME-DIME), la población experimental más grande (5000 FLIAS POR 3 Y 5 AÑOS). A los resultados de estos experimentos considerados a gran escala, no se les dio importancia y los apoyos fueron retirados cuando algunos datos de los cualitativos y cuantitativos: mayores tasas de divorcio en quienes recibieron el "Ingreso Anual Garantizado" (GAI), contra los controles, así como indicios de que los adolescentes retrasaban su ingreso al trabajo, que fue leído como desincentivo al trabajo (se trataba según registros de aumentar los años de estudio). En Gary, Indiana se reportaron efectos positivos sobre el peso al nacer en grupos de riesgo (18).	Décadas de 1960 y 1970
CANADÁ: Dauphin y Winnipeg (Manitoba)	No todos participaban del ingreso negativo (en Dauphin, 12.500 personas, todos fueron elegibles; con 67% del "Limite de Bajos Ingresos") pero se beneficiaron todos. La "contaminación" por las decisiones afecta por interacción social el delito y las infecciones de transmisión sexual, por ejemplo. Se descubrió la naturaleza social de las lesiones y accidentes: relacionados con pobreza y estrés. La conexión entre las personas es estrecha y el comportamiento de uno influye en el otro (21). El total de hospitalizaciones en relación con el grupo de comparación disminuyó 8.5%, la mayor caída estadística se atribuyó a hospitalizaciones específicas por accidentes, lesiones y diagnósticos de salud mental, en el "Manitoba Basic Annual Income Experiment" (MINCOME). La tasa de hospitalizaciones se redujo 19,23 x c/1000 habitantes (95% intervalo de confianza). Más adolescentes continuaron hasta el grado 12 ("la cohorte afortunada"). Un relativamente modesto GAI puede mejorar la salud de la población, lo que sugiere un ahorro significativo para el sistema de salud. Las mujeres nacidas entre 1967 y 1974, que vivieron en Dauphin durante el período MINCOME fueron significativamente menos propensas que el grupo de comparación a tener hijos antes de los 25 años y tuvieron, en promedio, menos hijos antes de los 25 (18).	1974/1979
INDIA (Madhya Pradesh 8 poblaciones)	RBU redujo significativamente las probabilidades de enfermedades y lesiones menores (incluye lesiones en el hogar) que necesitan tratamiento, pero no hospitalización, 46 por ciento menos en el grupo de intervención. RBU y salud tiene un camino individual y otro social (individual: puede ser neomaterial; y psicosocial: relacionado con el estatus y cohesión social o pertenencia al grupo) (15).	2011/2012

MALAWI (tres grupos: Transferencia Condicional/ir al colegio; Incondicional; y no recibir transferencia)	Si aumentan los ingresos se aplaza el nacimiento del primer hijo, y se tienen menos hijos; y si aumentan más los ingresos se gasta en educación. En Malawi en lo condicional e incondicional se educan más las niñas (40% más) porque es una condición, pero ocurre en las dos alternativas (21).	
NAMIBIA (Otjivero)	No se registran resultados en salud. Todos recibieron el ingreso.	2008
ALASKA	Mayor peso al nacer de 38,8 g para los participantes, y un 14% disminuyó la probabilidad de bajo peso al nacer, con resultados más significantes para las madres con menor nivel educativo (18).	1970

Fuente: Elaboración Propia.

Otros estudios argumentan que la jerarquización del trabajo y la posibilidad de destitución, en busca de la eficiencia, generan el 70% del gasto total en salud del Reino Unido por enfermedades generadas por el estrés, que se abordan individualmente a medida que se presentan los síntomas sin resolver las causas subyacentes; como si el estrés y la mala salud fueran consecuencias inevitables del trabajo. Los ingresos de la RBU gestionarían las causas psicosociales de la crisis de la salud, mitigando los efectos de la dominación sobre la salud (13).

La ética del trabajo glorificada como identidad de la vida en los Estados enferma a quien no tiene trabajo; la aceptación en la sociedad está sujeta a la remuneración económica asociada al trabajo, pero no todos pueden trabajar. Para que el desempleo no impacte sobre la salud RBU desconecta los ingresos del trabajo (22).

En el mismo sentido la asistencia social limitada a condiciones estresantes es una trampa de la pobreza que consume recursos mentales, no permite buscar trabajo y enferma (9,16). No focalizar

reduce los costos sociales de la pobreza, permite encontrar trabajo y tiene efectos positivos sobre los resultados en salud (17). REPETIDO?

Evidencias recientes sugieren que soportes de ingresos más generosos conducen a disminución del maltrato infantil y mejoras en dominios como la atención prenatal y perinatal, el desarrollo infantil, y los resultados generales de salud y de salud mental (11).

En Sudáfrica la epidemia de SIDA se relaciona con la pobreza y el desempleo, y la subvención por invalidez para asistir a la misma tiene como condición estar enfermo, lo que genera que no se use la terapia antirretroviral de gran actividad y se busque permanecer enfermo para recibir la transferencia monetaria, por lo que la RBU se esgrime como imperativo moral que deshace las conductas contra la salud (19).

Se ha demostrado que los ingresos tienen a corto y largo plazo implicaciones para las vías de los DSS que modifican resultados del parto, educación, salud mental, vivienda y utilización de asistencia sanitaria. La RBU reduce los resultados desiguales en salud a través de la reducción de las desigualdades en el ingreso (14); eliminar la pobreza y la estigmatización asociada a la asistencia condicionada determina resultados en salud (10).

La RBU transforma la salud oral a través de diferentes vías: al reducir

enfermedades y lesiones menores que incluyen las de salud oral; al reducir hospitalizaciones vinculadas a corto plazo con el deterioro de la salud oral y la higiene bucal; al mejorar niveles de educación ya que prevalencia de caries, buena higiene bucal, visitas de cuidado dental y mala salud oral, están relacionadas con el nivel de educación; al disminuir desigualdades del ingreso, pues se accede a más visitas de cuidado oral, y mejoras en la nutrición y la vivienda propia se relacionan con mejor estatus de dientes cariados, perdidos y obturados (CPO), y con disminución de la enfermedad periodontal en madres que resulta en prematuridad y bajo peso al nacer de sus hijos (20).

Los resultados de la RSL se categorizaron y cuantificaron para asignarles un peso porcentual en relación con la cantidad de artículos en los que se reiteran los argumentos (Cuadro 3).

Cuadro 3. Peso de los contenidos en la RSL

CATEGORÍA	PORCENTAJE
RBU es universal y sin condiciones	100%
La estigmatización por dicotomía debe eliminarse	67%
RBU depende de la voluntad del gobierno	47%
Los ingresos determinan la salud	47%
Asistencia social es una trampa de la pobreza	40%
RBU elimina desincentivos para trabajar	40%
Con asistencia social los pobres no reciben ayudas	33%
La automatización reemplaza a los trabajadores	33%
La ética del trabajo debe actualizarse	33%
Falta investigación para RBU	33%

Con RBU no se debe eliminar la asistencia social	27%
RBU disminuye costos	27%
RBU promociona derechos universales	27%
Interacciones sociales benefician a quienes no las reciben	20%
RBU es costosa y desincentiva el trabajo	20%
Los pobres deciden mejor como invertir su dinero	13%
RBU engendra perezosos y ociosos	13%
RBU desmantela el estado de bienestar	13%
RBU promueve independencia de género	7%
Con RBU hay estigmatización	7%
RBU refuerza roles tradicionales de género	7%
RBU no mueve a la gente por encima de la línea de pobreza	7%

Fuente: Elaboración Propia.

DISCUSIÓN

La universalidad en la renta básica es consecuencia de su estatus de derecho humano porque cubre los mínimos vitales de todas las personas; la estigmatización asociada a recibir “ayudas” tradicionales, que genera discriminación y perpetúa la pobreza, con efectos sobre los resultados en salud, solo puede ser eliminada si el derecho es universal; la renta básica es una actualización del Estado en coherencia con la evolución de la humanidad, no es una respuesta coyuntural sino una suma a largo plazo que para su sostenibilidad requiere de universalidad.

La incondicionalidad, es decir que RBU sea entregada sin preguntas, y sin verificación de situación personal, medios financieros o existencia o no de trabajo, es ineludible para que la transferencia monetaria no constituya una trampa que impida trabajar, salir de la pobreza y mejorar los resultados desiguales en salud. La incondicionalidad es también sinónimo de libertad para invertir el dinero, las personas que decidieron qué hacer con su dinero invirtieron en alimentos y educación principalmente, lo que modificó los resultados en salud.

La ética del trabajo exige que todos estén trabajando, pero la idea del pleno empleo, en la que se basan esos valores, es cada vez más lejana con la consolidación acelerada y permanente de la automatización y la

robotización. El gradiente social relaciona la cantidad de ingresos con la salud que se tiene, y la RBU se presenta como una corrección a esta evidencia que permite anticiparse a los altos costos sociales, morales y económicos, de una población que enferma y muere por efectos conocidos de causas prevenibles.

Al respecto de la atención en salud y la mercantilización global del trabajo, el enfoque en la eficiencia y los resultados financieros conquista los sistemas de salud, y los efectos de la conexión indefectible con los rendimientos económicos, además de afectar acceso y calidad, desmotivan intrínsecamente a trabajadores de la salud que deben ofrecer mejor atención solo a quienes puedan pagarla mientras resisten estrategias y planes con alcances cortos, prioridades sesgadas alejadas de las necesidades de la comunidad, y procedimientos costosos e innecesarios disponibles en sus sitios de trabajo (12).

Debe resaltarse que los proyectos que cumplen con las características de una RBU: todos elegidos, sin verificar requisitos, y sin instrucciones para gastar el dinero, solo se dieron en: Alaska, y poblaciones en Namibia, Madyha Pradesh (India) y Kenia. Los demás experimentos, africanos, latinoamericanos, europeos y norteamericanos, tuvieron condiciones y no todos fueron elegibles; otros fueron transferencias monetarias incondicionales en poblaciones seleccionadas, es decir no

universales.

Se recalca que existen transferencias monetarias condicionales, incondicionales y RBU, y que deben diferenciarse las transferencias monetarias incondicionales de la RBU (2); si las transferencias monetarias se otorgan solo a aquellos que la necesitan no se trata de RBU (2); RBU no debe convertirse en un esquema de subsidios para quienes tengan bajos salarios (14).

Los resultados arrojados por los experimentos de RBU en relación con la salud (Cuadro 2), se agrupan en tres componentes: por un lado directo sobre salud con reducción del 46% de enfermedades y lesiones menores (17); reducción del 8.5% en hospitalizaciones específicas por accidentes, lesiones y diagnósticos de salud mental; y reducción de la tasa de hospitalizaciones en 19,23 x c/1000 habitantes (18). Por otro lado sobre vías determinantes, con mejoras en educación (18,21), nutrición (2) y factores psicosociales como estrés y pobreza (2,14); y un componente que revela la naturaleza social de las lesiones, accidentes y delitos (21), reducción y espaciamiento de embarazos (18,21), y amplificación de los resultados en salud a través de las interacciones sociales que diseminan conductas decididas por unas familias en otras (21).

Postulados en Cursos de Vida, DSS, Determinación Social y teoría Ecosocial, entre otros, consideran el nivel de ingresos económicos causa de la distribución de los problemas de Salud Pública (SP). Si las causas de las causas que rigen los procesos de salud y enfermedad, y sentencian los resultados en salud, están hoy bien documentados, y la pérdida de la salud evitable es la reacción a la acción de la pobreza, los ingresos explican las evidencias halladas en los experimentos basados en transferencias monetarias sin condiciones.

En contra de la RBU se destaca en un 33% de los artículos (Cuadro 3) la solicitud de más experimentos, se argumenta que no hay pruebas de la efectividad de la RBU porque son insuficientes las pruebas en poblaciones completas, no es posible generalizar resultados de unas poblaciones a otras por las singularidades complejas de las mismas, y los mecanismos de amplificación de efectos observados por interacciones sociales aún no son claros (2,14,16,17,21). Aunque los efectos de los ingresos sobre la salud de las poblaciones son reconocidos en las teorías que explican los procesos salud enfermedad; y experimentos que contemplan la universalidad para conocer efectos a largo plazo, equivaldrían per se a la implementación del derecho.

Otros argumentos en contra de la RBU son contrarrestados por los resultados de la revisión así: los hallazgos apuntan a que la asistencia

tradicional ha desincentivado el trabajo a través de las condiciones que impone, y que cuando madres y adolescentes redujeron su carga de trabajo volvieron a la educación al recibir una renta; la crítica por no mover por encima de la línea de pobreza a las poblaciones, habla de la efectividad de RBU para activar el gradiente social a corto plazo; al respecto de lo costosa que resultaría se acepta la eficiencia de RBU, que elimina las burocracias complejas con alto riesgo de corrupción de la asistencia tradicional, los altos costos sociales de la discriminación humana, y los gastos en salud al atenderse con altas tecnologías resultados evitables en los sistemas de salud.

Se propone también que RBU en vez de reforzar roles de género aporta a la libertad de las mujeres, aún más en países pobres, en busca de la equidad de género. Asimismo la estigmatización a quienes reciben asistencia tradicional se elimina con la universalidad de la RBU; para evitar el remplazo de los beneficios sociales del Estado con RBU se insiste en mantenerlos inicialmente. Y por último se esgrime en contra, que los efectos de una RBU desnudarían cómo se altera y se sesga la distribución de los DSS, lo que parece inevitable cuando se busca transformar la gestión de los resultados en SP interviniendo las causas y no solo los síntomas.

El cumplimiento a la evaluación de calidad de la estructura de los

artículos (Cuadro 1), las dificultades para generalizar resultados desde experimentos en poblaciones con singularidades específicas, y la ausencia de datos a largo plazo, son limitaciones de este trabajo. Fortalezas relevantes de este trabajo son la sistematicidad reproducible en la aplicación de la metodología, la adhesión a los protocolos establecidos para informar revisiones sistemáticas de literatura, y la categorización de los contenidos arrojados por la revisión para orientar la fiabilidad de este informe.

En Colombia, la emergencia de SP por Coronavirus llegada con el año 2020, y la crisis de ingresos generada por las medidas para prevenir, mitigar y contener los contagios, hizo manifiesta la necesidad de encontrar alternativas para resolver la imposibilidad de conseguir ingresos a través del trabajo informal, para intervenir ante la destrucción de los puestos de trabajo (23), y para hacer frente a la aceleración de la digitalización del trabajo que reduciría la disponibilidad de empleo. Lo anterior sin contar con las complejidades que afectan los ingresos de las poblaciones rurales del país.

Por cuenta de las normas promulgadas (24), la pandemia reveló que puestos de trabajo asociados a turismo, restauración, ocio, transporte de personas entre otros, pueden eventualmente desaparecer, como se observó en el primer semestre de 2020, al igual que otros sectores con

dificultades o inviabilidad para adaptarse a operaciones no presenciales. En este contexto aparece la RBU como solución a la crisis del trabajo y sus efectos sobre ingresos y salud.

La evidencia disponible en la literatura actual muestra relaciones entre la RBU y los resultados en salud de las poblaciones estudiadas. Si se busca alcanzar la cobertura universal en los sistemas de salud, para reducir y gestionar la materialización de riesgos para la salud y disminuir los costos económicos y sociales evitables; entonces mitigar la desigualdad en el acceso a los ingresos, a través de la garantía de un derecho universal al ingreso económico mínimo, es imprescindible si mejorar los resultados desiguales en SP es la decisión.

No utilizar el conocimiento que hoy se posee acerca de las vías que producen la pérdida de salud, y reaccionar al cambio de valores anacrónicos incompatibles con los avances tecnológicos al respecto de la ética del trabajo, condena a la Salud Pública a ámbitos teóricos y académicos. Según Gerard (12) en 2030 un tercio de los trabajadores serán remplazados por la automatización. Es el momento, tal vez, de alcanzar garantía de ingresos, y ya no de trabajo, para todos.

Forget (18) señala, que la condicionalidad de los programas sociales al centrarse en comportamientos, asigna a los pobres la responsabilidad

por su situación, aunque la pobreza depende menos de la conducta que de elementos estructurales detrás de ella. Los experimentos sobre RBU cuestionan qué pasaría si mejoran los ingresos de los pobres: la respuesta se encuentra en los resultados desiguales en salud conocidos en la actualidad.

Para que el conocimiento alcanzado en salud a través de la investigación esté a la par con las legislaciones, debe admitirse lo que se declara en las teorías de los procesos salud-enfermedad: los ingresos distribuyen los problemas en SP. Para gestionar esta causa la RBU debe considerarse como alternativa a la asistencia social tradicional.

La calidad y el rigor para informar los resultados de los estudios en relación con la RBU y la salud deben mejorarse teniendo en cuenta los consensos internacionales establecidos.

REFERENCIAS

1. Van Parijs P. La renta básica: ¿por qué, cómo y cuándo en el Norte y en el Sur?. En Giraldo J, editor. La renta básica, más allá de la sociedad salarial. Medellín (CO): Ediciones Escuela Nacional Sindical, 2003, 13-39.
2. Sircar N, Friedman E. Financial security and public health: How basic income & cash transfers can promote health. Global Public Health. 2018;13:1-11. DOI: <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1460383>
3. Higueta-Gutiérrez L, Cardona-Arias J. Índice de desarrollo humano y eventos de salud pública: revisión sistemática de la literatura 1990-2015. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2018;36(1):5-16. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n1a02>
4. Rawls J. Teoría de la Justicia. México: Fondo de Cultura Económica; 2015, c1995. 549p.
5. Casallas A. La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. Rev Cienc Salud. 2017;15(3):397-408. DOI: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>

6. Carmona-Meza Z, Parra-Padilla D. Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. Salud Uninorte. 2015;31(3):608-620. DOI: <http://dx.doi.org/10.14482/sun.31.3.7685>
7. Blanco M. El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. Revista Latinoamericana de Población. 2011;5(8):5-31. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323827304003>
8. Rosen G. De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud. Siglo XXI Editores. 1985. p. 76 - 137.
9. Hamilton L, Mulvale J. "Human Again": The (Unrealized) Promise of Basic Income in Ontario. Journal of Poverty. 2019;23(7): 576-599. DOI: <https://doi.org/10.1080/10875549.2019.1616242>
10. Mays J. Countering disablism: an alternative universal income support system based on egalitarianism. Scandinavian Journal of Disability Research. 2016;18(2): 106-117. DOI: <http://doi.org/10.1080/15017419.2014.995218>
11. Smith-Carrier T, Green S. Another Low Road to Basic Income? Mapping a Pragmatic Model for Adopting a Basic Income in Canada. Basic Income Studies. 2017;12(2): 1-21. DOI: <https://doi.org/10.1515/bis-2016-0020>

12. Gerard N. Universal healthcare and universal basic income. *J Health Organ Manag.* 2018;32(3):394-401. DOI: <https://doi.org/10.1108/JHOM-01-2018-0004>
13. Johnson M.T., Johnson E. Stress, domination and basic income: considering a citizens' entitlement response to a public health crisis. *Soc Theory Health.* 2019; 17: 253–271. DOI: <https://doi.org/10.1057/s41285-018-0076-3>
14. Ruckert A, Huynh C, Labonté R. Reducing health inequities: is universal basic income the way forward? *J Public Health (Oxf).* 2018;1;40(1):3-7. DOI: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdx006>
15. Raphael D, Bryant T, Mendly-Zambo Z, Canada considers a basic income guarantee: can it achieve health for all? *Health Promotion International.* 2019;34(5):1025–1031. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/day058>
16. Van der Veen R. Basic Income Experiments in the Netherlands? *Basic Income Studies.* 2019;14(1):1-13. DOI: <https://doi.org/10.1515/bis-2018-0023>
17. Beck S, Pulkki-Brännström A, San Sebastián M. Basic income – healthy outcome? Effects on health of an Indian basic income pilot project: a cluster randomised trial. *Journal of Development*

Effectiveness. 2015;7(1):111-126. DOI:
<https://doi.org/10.1080/19439342.2014.974200>

18. Forget, E. The Town with No Poverty: The Health Effects of a Canadian Guaranteed Annual Income Field Experiment. Canadian Public Policy / Analyse De Politiques. 2011;37(3):283–305. DOI:
<https://doi.org/10.2307/23050182>

19. Natrass N. Trading off Income and Health?: AIDS and the Disability Grant in South Africa. Journal of Social Policy. Cambridge University Press.2006;35(1):3–19. DOI:
<https://doi.org/10.1017/S0047279405009293>

20. Chen YA, Quiñonez C. Basic income guarantee: a review of implications for oral health. J Public Health Dent. 2018;78(1):56-62. DOI: <https://doi.org/10.1111/jphd.12239>

21. Forget E, Peden, A, Strobel S. Cash Transfers, Basic Income and Community Building. Social Inclusion. 2013;1(2):84-91. DOI:
<http://dx.doi.org/10.17645/si.v1i2.113>

22. Sage, D. Unemployment, Wellbeing and the Power of the Work Ethic: Implications for Social Policy. Critical Social Policy. 2019;39(2):205–228. DOI: <https://doi.org/10.1177/0261018318780910>

23. Departamento Administrativo Nacional de Estadística [Internet]. Colombia: Mercado laboral, información junio 2020, Tasa de Desempleo; 2020 [citado 2020 23 de agosto]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo>

24. Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. Colombia: Medidas frente a la Pandemia COVID-19; 2020 [citado 2020 23 de agosto]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Documentos-Administrativos-covid-19.aspx>