



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

La experiencia del Programa Bolsa Familia (Brasil) y del Progres-a-Oportunidades- Prospera (México) para mejorar la calidad de vida de sus beneficiarios

TESIS

Que para obtener el título de

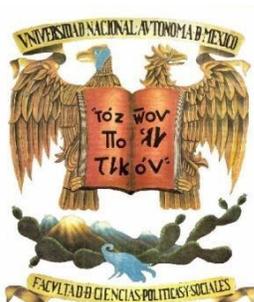
Licenciado en Relaciones Internacionales

P R E S E N T A

Assad Figueroa Dabián

DIRECTORA DE TESIS

Ana Cristina Castillo Petersen



Ciudad Universitaria, Ciudad de México, 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Introducción.....	4
1. Alimentación, salud y educación: elementos clave para el desarrollo humano.....	8
1.1. La alimentación, la salud y educación como objetivos de la Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible.....	8
1.1.1. Panorama mundial del objetivo Hambre Cero.....	12
1.1.2. Panorama mundial del objetivo Salud y Bienestar.....	16
1.1.3. Panorama mundial del objetivo Educación de Calidad.....	21
1.2. Hambre mundial, malnutriciones y consecuencias.....	29
1.2.1. Prevalencia de la subalimentación.....	32
1.2.2. Prevalencia de la inseguridad alimentaria.....	34
1.2.3. Emaciación y retraso del crecimiento como formas de malnutrición.....	36
1.2.4. Anemia, desnutrición materna y la lactancia materna exclusiva.....	49
1.2.5. Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas en América Latina.....	55
2. La experiencia brasileña del Programa Bolsa Familia.....	60
2.1. Estructura del Programa Bolsa Familia.....	60
2.1.1. Evolución de la cobertura y del presupuesto.....	71
2.2. Evaluación del Programa Bolsa Familia y sus impactos en las familias beneficiarias.....	73
2.2.1. Desarrollo en las capacidades educativas.....	74
2.2.2. Impactos en los estándares de salud.....	77
2.2.2.1. Vacunación y fertilidad.....	77
2.2.2.2. Salud prenatal e infantil.....	80
2.2.3. Evolución en los patrones alimenticios.....	83
2.2.3.1. Diversidad de la dieta e inseguridad alimentaria.....	83
2.2.3.2. Retraso del crecimiento y emaciación.....	86
2.2.3.3. Peso bajo para la edad, anemia y lactancia materna exclusiva.....	88
2.2.4. Otros efectos del programa: relaciones de género y trabajo infantil.....	91
2.2.5. Impactos en familias egresadas de Bolsa Familia.....	94

3. La experiencia mexicana del Progres-Oportunidades-Prospera.....	99
3.1. Estructura del programa.....	99
3.1.1. Evolución de la cobertura y presupuesto.....	112
3.2. Resultados del Progres-Oportunidades-Prospera tras dos décadas de implementación.....	122
3.2.1. Desarrollo en las capacidades educativas.....	123
3.2.2. Impactos en los estándares de salud.....	127
3.2.3. Evolución en los patrones alimenticios.....	132
3.2.3.1. Malnutriciones en infantes: retraso del crecimiento y emaciación.....	132
3.2.3.2. Cambios en las prevalencias de anemia, lactancia materna y diversidad de la dieta.....	135
3.2.4. Otros efectos del programa: relaciones de género, inversiones en el hogar y trabajo infantil.....	144
Conclusiones.....	151
Fuentes de información.....	160
Glosario.....	174
Índice de tablas, gráficas y figuras.....	178

INTRODUCCIÓN

Los programas de transferencias monetarias condicionadas son instrumentos de protección social que buscan incluir a las familias más pobres a la economía y sociedad misma. Estos programas permiten que estas personas puedan tener acceso a sus derechos sociales como es la alimentación, salud y educación. Las transferencias monetarias que se realizan a los hogares beneficiarios funcionan como un ingreso mínimo garantizado para que puedan ser satisfechas las necesidades de primer plano y se pueda redistribuir la riqueza nacional.

En la década de los 90's y a principios del siglo XXI surgieron dos compromisos con el objetivo de desarrollar las capacidades de las familias más desfavorecidas para que estas tuvieran más herramientas para superar el ciclo intergeneracional de la pobreza. Primero nació el Progreso-Oportunidades-Prospera (POP) en México y posteriormente, el Programa Bolsa Familia (PBF) de Brasil.

Estos dos programas de transferencias monetarias no solamente resaltaron por la magnitud de su presupuesto y cobertura de familias beneficiarias, sino porque fue posible observar que se convirtieron en verdaderos pactos de Estado. En el caso de Brasil este programa existe desde el 2003 y tras el paso del tiempo su alcance a las familias más vulnerables creció constantemente hasta llegar a más de 14 millones en 2014. En el caso mexicano se logró que el programa perdurara al paso de diferentes administraciones presidenciales comenzando en 1997 con tan solo 300 mil familias beneficiarias para que llegara a casi 7 millones de familias en 2016. El POP sufrió cambios en su estructura tras la llegada del actual Presidente Andrés Manuel López Obrador en 2018, dando por terminado las dos décadas de operación del programa.

Estos programas consideraron que, para que las familias pudieran romper con el ciclo intergeneracional de la pobreza, sería necesario dotarlos de diferentes beneficios que permitieran que sus capacidades en alimentación, salud y educación se superaran. En este sentido se proporcionaron estímulos económicos en el sector educación para incentivar a las familias a que los hijos no abandonaran sus estudios y estos tuvieran también mayores recursos económicos para continuar estudiando. En el sector salud se

buscó que los hogares tuvieran acceso a los sistemas de seguridad social para monitorear la salud de cada uno de sus integrantes, con mayor énfasis en la salud de los infantes y de las madres embarazadas y en periodo de lactancia. En el sector alimentación, se realizaron transferencias monetarias con el objetivo de que se destinaran a la adquisición de alimentos, medicamentos, útiles escolares, ropa y calzado, entre otros. Se consideró que estos tres elementos eran claves para que una persona pudiera gozar de un desarrollo humano completo.

El objetivo principal que guía esta investigación es encontrar si efectivamente estos dos programas de transferencias monetarias condicionadas han impactado favorablemente en las familias beneficiarias y en qué medida lo han logrado. Asimismo, será identificar si estos tipos de programas son suficientes para que las personas puedan aspirar a una mejor calidad de vida.

Como hipótesis principal se tendrá que el PBF y el POP han incidido positivamente para que las familias puedan elevar sus niveles escolares, patrones de salud y alimenticios. Como hipótesis secundaria se sostendrá que los programas de transferencias monetarias podrían generar impactos de mayor profundidad si estos fueron acompañados al mismo tiempo por otros instrumentos sociales que invirtieran en infraestructura social y física que incentivara la producción y el empleo.

Habiendo explicado esto, este trabajo se dividirá en tres capítulos. En el primero se describirá el escenario mundial de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) adoptados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 2015: Hambre cero, Salud y bienestar y Educación de calidad. Se tomaron estos tres objetivos debido a su gran relación con los dos programas de transferencias monetarias que serán objeto de estudio de la presente tesis.

En este capítulo, se ahondará en las metas que tiene cada objetivo, qué resultados se han obtenido y qué tan lejos se está de alcanzarlas de acuerdo con la Agenda 2030 de la ONU. Posteriormente, se pondrá especial atención en las enfermedades que se pueden originar tras una alimentación pobre como es la emaciación, la subalimentación, el retraso del crecimiento, el peso bajo para la edad y la anemia. Asimismo, se podrá

observar la importancia de una alimentación de calidad y suficiente para el desarrollo de los infantes en sus primeros años de edad, e incluso, en el desarrollo de los individuos en sus primeros mil días a partir de la gestación. Aunado a lo anterior, se hará hincapié en la salud de las mujeres antes, durante y después del embarazo para garantizar un buen porvenir tanto para la madre como el hijo.

En el capítulo dos, el objeto de estudio será el Programa Bolsa Familia de Brasil. Se analizará la estructura del programa y la evolución del mismo tanto en presupuesto como en el alcance de hogares beneficiarios que tuvo a lo largo de su implementación. Posteriormente, se mostrarán los impactos del programa sobre la educación, salud y alimentación de las familias. También se hablará de los resultados que se obtuvieron en familias no beneficiarias para determinar el impacto real del programa.

Se podrá observar que el PBF ha tenido una asociación positiva para el mejoramiento de los niveles educativos de los jóvenes de las familias beneficiarias con mayor impacto en la asistencia y grado escolar de las niñas beneficiarias. En la salud, el programa ha incentivado que las familias acudan más a los servicios de salud lo que ha impulsado la prevención de enfermedades, la salud prenatal, las tasas de vacunación y el monitoreo del crecimiento de los infantes. En nutrición, los impactos se reflejan en la disminución de la prevalencia del retraso de crecimiento, emaciación, peso bajo para la edad y mortalidad infantil. Los resultados positivos también se ven en el aumento de la lactancia materna exclusiva.

Para el capítulo tres, se realizará el mismo procedimiento que en el capítulo anterior, pero ahora se hablará sobre la experiencia mexicana del programa Progres-Oportunidades-Prospera. Al respecto a los resultados de este programa, se podrá ver avances en los niveles escolares de los becarios, mayores retornos escolares y una mayor participación en la matrícula escolar por parte de las mujeres. En el sector salud, se observará que las familias beneficiarias aumentaron sus asistencias a los centros de salud, se expandieron las citas de control nutricional de las mujeres embarazadas y de los recién nacidos. El impacto también se verá en los mejores índices de vacunación de

las familias beneficiarias contra las no beneficiarias, así como en las pruebas diagnósticas para la detección de la diabetes e hipertensión.

En cuestión de alimentación, se podrán ver impactos favorables en el retraso del crecimiento de los infantes y en la diversificación de la dieta de los miembros del hogar. Los resultados del POP en materia de emaciación y lactancia materna exclusiva serán desalentadores al tener impactos ligeros. En anemia, los resultados de diferentes fuentes de información serán producto de metodologías distintas lo que no permitirá la comparación de resultados, dándose en algunas investigaciones conclusiones favorables y en otras negativas.

Cabe mencionar que este trabajo no pretende ser un estudio comparativo entre el caso mexicano y el brasileño. Lo que se pretende es enriquecerse de ambas experiencias para conocer como han funcionado los programas de transferencias monetarias condicionadas en diferentes países y en qué medida han beneficiado estos a su población. Asimismo, este análisis ayudará a conocer qué más necesitan este tipo de programas y lo que necesitan implementar los Estados para que los problemas socioeconómicos de la población encuentren una solución satisfactoria.

Los programas de transferencias monetarias condicionadas pueden llegar a ser medidas con efectos muy positivos para las familias atendidas, pero no se debe perder de vista que estos constituyen uno de los diversos elementos con los que dispone un Estado para erradicar la pobreza, por lo que estos programas se deben articular a otros instrumentos para que los impactos puedan potencializarse.

1. Alimentación, salud y educación: elementos clave para el desarrollo humano

En este capítulo se analizarán los avances y retrocesos que se han obtenido en los objetivos de la Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible: hambre cero, salud y bienestar y educación de calidad. Se verá el panorama mundial y regional de cada uno de estos objetivos con el fin de observar las tendencias actuales y enseñar la importancia que tienen estos tres objetivos para los programas de transferencias monetarias condicionadas.

En primera instancia se verá el panorama de la subalimentación y de la inseguridad alimentaria como parte de las metas del objetivo de hambre cero. Posteriormente se analizarán los resultados que se han obtenido en salud y en educación. Debido a que la alimentación forma parte de las necesidades básicas de un ser humano se procederá a explicar con mayor detalle los resultados que se han obtenido en malnutriciones que tienen como origen una mala alimentación. Asimismo, se hablará de las consecuencias que tiene una pobre nutrición sobre el desarrollo de los infantes y de las madres.

Este capítulo tiene varios propósitos, el primero es el de mostrar al lector la situación actual de la alimentación, salud y educación. El segundo es sensibilizar sobre lo vital de estos tres elementos para que todas las personas puedan gozar de igualdad de capacidades y oportunidades. Por último, dar paso al análisis de dos programas sociales: uno en Brasil llamado Programa Bolsa Familia (PBF) y el otro en México conocido como Progresá-Oportunidades-Prospera (POP).

1.1. La alimentación, la salud y educación como objetivos de la Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible

Antes de que se acordaran los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) existieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) integrados por ocho objetivos generales: erradicar la pobreza extrema y el hambre; lograr la enseñanza primaria universal; promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer; reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años; mejorar la salud materna; combatir el

VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades; garantizar la sostenibilidad del medio ambiente; y fomentar una alianza mundial para el desarrollo.¹ Los ODM estuvieron vigentes entre el 2000 y el 2015

Respecto al ODM 1 (reducción de la pobreza extrema y el hambre) se logró reducir el número de personas que vivían con 1,25 dólares al día al pasar de 1926 millones en 1990, a 836 millones en 2015.² Asimismo ha habido una reducción en la prevalencia de la subalimentación en personas al pasar del 23,3% (991 millones) al 12,9% (780 millones) en el periodo 1990-2016.³

El 25 de septiembre de 2015, la ONU aprobó la Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible la cual representó la continuidad de los esfuerzos de los ODM. Esta nueva Agenda dio a luz 17 objetivos con metas particulares cada uno y que se deben alcanzar en el periodo 2015-2030, estos se llamaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Los objetivos de dicha agenda son los siguientes: fin a la pobreza, hambre cero, salud y bienestar, educación de calidad, igualdad de género, agua limpia y saneamiento, energía asequible y no contaminante, trabajo decente y crecimiento económico, industria, innovación e infraestructura, reducción de las desigualdades, ciudades y comunidades sostenibles, producción y consumo responsable, acción por el clima, vida submarina, vida de ecosistemas terrestres, paz, justicia e instituciones sólidas y alianzas para lograr los objetivos.⁴

El objetivo de hambre cero está constituido por metas puntuales, a las cuales se debe llegar para el 2030. La primera de ellas es el de poner fin al hambre que consistiría en que toda la población mundial tenga acceso a una alimentación sana y nutritiva todos los días del año. Luego se encuentra el poner fin a todas las formas de malnutrición como la

¹ Centro de Información de la ONU, *Los 8 objetivos del milenio*, [en línea], s/lugar de edición, CINU, Dirección URL: http://www.cinu.mx/minisitio/ODM8/los_8_objetivos_del_milenio/, [Consulta: 30 de julio de 2019].

² ONU, *Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe de 2015*, [en línea], 71 pp., Nueva York, ONU, 2015, Dirección URL: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/Spanish2015.pdf>, [Consulta: 30 de julio de 2019], p.15.

³ *Ibid.*, p. 20.

⁴ ONU, *La Agenda para el Desarrollo Sostenible*, [en línea], ONU, Dirección URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>, [Consulta: 30 de julio de 2019].

emaciación y el retraso del crecimiento en menores de 5 años, así como abordar los problemas nutricionales de las mujeres embarazadas, los lactantes, los adolescentes y los mayores de edad. El tercero consiste en duplicar la productividad agrícola y los ingresos de los pequeños productores de alimentos mediante una correcta distribución de las tierras. También se debe asegurar la sostenibilidad del sistema de producción de alimentos y la impartición de prácticas agrícolas resilientes que permita la adaptación al cambio climático, los desastres naturales y paulatinamente mejorar la calidad de la tierra.⁵

Por otro lado, este objetivo de los ODS plantea una mayor inversión en investigación agropecuaria e infraestructura rural. Asimismo, eliminar cualquier tipo de subvención para la exportación de productos agrícolas y así evitar distorsiones en el mercado que socavan el desarrollo de los países menos favorecidos.

Como se podrá observar hay una especial atención en la agricultura y en los pequeños agricultores y esto sucede porque esta actividad económica es la mayor fuente de ingresos en zonas rurales. “El sector de la agricultura es el mayor empleador del mundo y proporciona medios de vida al 40% de la población mundial actual.”⁶

El objetivo tres de los ODS, Salud y Bienestar, también tiene metas que se deben cumplir para el 2030. Entre ellas se encuentra la reducción de la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 mil nacidos vivos y reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada mil nacidos vivos. Asimismo, se encuentra el poner fin a epidemias como el SIDA, la tuberculosis, la malaria y combatir enfermedades como la hepatitis.⁷

Aunado a lo anterior, este objetivo de los ODS se propone incentivar la financiación en los sistemas de salud, asegurar el acceso universal a los servicios de salud, fortalecer la investigación y el desarrollo de nuevas vacunas, estimular la planificación familiar y salud

⁵ ONU, *Hambre cero*, [en línea], ONU, Dirección URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/hunger/>, [Consulta: 30 de julio de 2019].

⁶ *Idem*.

⁷ ONU, *Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*, [en línea], ONU, Dirección URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>, [Consulta: 10 de agosto de 2019].

sexual, mejorar el acceso a los medicamentos y vacunas, disminuir las muertes ocasionadas por productos químicos peligrosos y por la contaminación del aire, agua y el suelo. Igualmente se encuentran metas como la reducción de las muertes ocasionadas por accidentes de tráfico, fortalecer la prevención y tratamiento del abuso de estupefacientes, alcohol y tabaco.⁸

El objetivo cuatro de los ODS relativo a la educación tiene la meta de lograr que todos los niños y niñas terminen la educación preescolar, primaria y secundaria (que ha de ser gratuita) y que esto se vea reflejado en un conjunto de conocimientos efectivos. Asimismo, este objetivo busca eliminar las disparidades de género en todos los niveles de enseñanza que asegure el acceso igualitario tanto para hombres como para mujeres. Estas medidas también aplican para las personas con discapacidad, indígenas y niños en condiciones de vulnerabilidad.⁹

Este objetivo también busca aumentar considerablemente el número de jóvenes y adultos que tienen competencias necesarias para acceder al mercado laboral. Además, lograr que todos los jóvenes y la mayoría de adultos estén alfabetizados y tengan nociones básicas de aritmética. Por último, elevar la cantidad de becas escolares que permita desarrollar las competencias de las personas, sobre todo en países en desarrollo.¹⁰

Como se podrá ver más adelante, el Progreso-Oportunidades-Prospera (México) y el Programa Bolsa Familia (Brasil) son programas de transferencias monetarias que están muy alineados a estos tres objetivos de los ODS: la alimentación, la salud y la educación. Por lo anterior, será de gran ayuda este capítulo para entender la importancia de estos objetivos, darnos un panorama general de la situación en la que se encuentra el mundo y sensibilizar sobre la urgencia de crear nuevas medidas que ayuden a la población en general a superar estos problemas sociales.

⁸ *Idem.*

⁹ ONU, *Objetivo 4: Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos*, [en línea], ONU, Dirección URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/education/>, [Consulta: 10 de agosto de 2019].

¹⁰ *Idem.*

1.1.1. Panorama mundial del objetivo Hambre Cero

El objetivo de los ODS sobre hambre cero tiene especial relevancia para los programas de transferencias monetarias ya que se enfocan estos en mejorar los estándares de nutrición de su población beneficiada. Es difícil pensar en una persona sana si no es capaz de satisfacer una de las necesidades más básicas y primarias para su supervivencia: el alimento. De esta manera, una alimentación suficiente y de calidad se convierte en la base para que cualquier sociedad y economía pueda prosperar. Debido a la importancia que contiene este objetivo de la Agenda 2030, se procederá a dar una breve introducción de este, para posteriormente hablar de él con más detalle.

El objetivo dos está lejos de alcanzarse ya que la prevalencia de subalimentación ha descendido lentamente al pasar de 927,2 millones de personas a 785,4 millones en el periodo 2005-2015¹¹. Asimismo, a partir del 2015 el hambre ascendió hasta los 821,6 millones de personas en 2018.¹² Por un lado, el crecimiento de la subalimentación es un retroceso para el objetivo de hambre cero y, por el otro, los progresos que se habían tenido hasta el 2015 dejaron más a desear.

La mayor incidencia del hambre a nivel mundial se puede explicar en parte por los desastres naturales y el cambio climático que afectaron en gran medida la agricultura y, por el otro lado, el surgimiento de conflictos sociales que no permitieron el libre acceso a una alimentación sana y nutritiva. “Condiciones climáticas adversas que afectan la disponibilidad de alimentos y sus precios y conflictos armados prolongados, son las principales factores que impulsan estas tendencias.”¹³

El objetivo de hambre cero relativo a la inseguridad alimentaria también ha tenido retrocesos desde el 2014. La prevalencia severa y moderada en 2014 fue del 23,4%

¹¹ División de Estadística de las Naciones Unidas, *End hunger, achieve food security and improved nutrition and promote sustainable agriculture*, [en línea], Nueva York, ONU, 2019, Dirección URL: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2019/goal-02/>, [Consulta: 2 de agosto de 2019].

¹² FAO, *The state of food security and nutrition in the world 2019*, [en línea], Roma, FAO, 2019, Dirección URL: <http://www.fao.org/state-of-food-security-nutrition/en/>, [Consulta: 25 de julio de 2019].

¹³ División de Estadística de las Naciones Unidas, *End hunger, achieve food security and improved nutrition and promote sustainable agriculture*, op. cit.

para pasar en 2018 al 26,4%.¹⁴ Si nos referimos solamente a la inseguridad alimentaria severa, esta pasó del 8% en 2014 al 9,2% en 2018 como se muestra en la tabla líneas abajo.

Tabla 1.1. Prevalencia (%) de inseguridad alimentaria moderada y severa, 2014 y 2018 a través de la FIES

Región	Inseguridad alimentaria severa (%)		Inseguridad alimentaria moderada y severa (%)	
	2014	2018	2014	2018
Mundo	8.0	9.2	23.2	26.4
África	18.1	21.5	47.6	52.5
Asia	7.0	7.8	20.0	22.8
Latinoamérica (1)	7.7	9.0	24.2	30.9
Europa y América del Norte (2)	1.5	1.0	9.6	8.0

(1) Excluido el Caribe.

(2) Excluido México.

Fuente: FAO, *et al.*, *The state of food security and nutrition in the world 2019. Safeguarding against economic slowdowns and downturns*, [en línea], 212 pp., Roma, FAO, 2019, Dirección URL: <http://www.fao.org/3/ca5162en/ca5162en.pdf>, [Consulta: 2 de agosto de 2019], p.15.

Como se puede observar no solo la prevalencia de la inseguridad alimentaria ha aumentado, sino también el número absoluto. A nivel mundial, en el año 2018 se sumaron más de 300 millones de personas con inseguridad alimentaria (moderada y grave) de las que había en 2014, cifra aproximada a toda la población de Estados Unidos de 327,2 millones de personas en 2019.¹⁵

Una manera más completa de ver no solo el retroceso del objetivo 2.1.1 (subalimentación) y el objetivo 2.1.2 (inseguridad alimentaria) del año 2015 al 2018 es ver el poco avance que ha habido desde el año 1990 al 2018 con respecto a la subalimentación. En 1990 había 991 millones de personas subalimentadas¹⁶ y en 2018

¹⁴ FAO, *et al.*, *The state of food security and nutrition in the world 2019. Safeguarding against economic slowdowns and downturns*, [en línea], pp. 212, Roma, FAO, 2019, Dirección URL: <http://www.fao.org/3/ca5162en/ca5162en.pdf>, [Consulta: 2 de agosto de 2019], p. 15.

¹⁵ Banco Mundial, *Población Estados Unidos*, [en línea], Washington, Banco Mundial, 2019, Dirección URL: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL?locations=US>, [Consulta: 2 de agosto de 2019].

¹⁶ ONU, *Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe de 2015, op. cit.*, p. 20.

la cifra fue de 821,6 millones¹⁷, dando como resultado una disminución total de 169,4 millones de personas.

Tabla 1.2. Personas afectadas por la inseguridad alimentaria en 2014 y 2018 (millones) a través de la FIES

Región	Inseguridad alimentaria severa (millones)		Inseguridad alimentaria moderada y severa (millones)	
	2014	2018	2014	2018
Mundo	585.0	704.3	1696.3	2013.8
África	210.7	277.0	554.1	676.1
Asia	305.9	353.6	875.6	1038.5
Latinoamérica (1)	45.1	54.7	141.2	187.8
Europa y América del Norte (2)	16.1	10.6	105.2	88.7

(1) Excluido el Caribe.

(2) Excluido México.

Fuente: FAO, *et al.*, *The state of food security and nutrition in the world 2019. Safeguarding against economic slowdowns and downturns*, *op. cit.*, p. 18.

Visto de otra manera, se requirieron de 28 años para eliminar la subalimentación en 170 millones de personas, la Agenda de Desarrollo 2015-2030 se planteó eliminar la subalimentación de 785,4 millones de personas en un periodo de 15 años. Está de más decir que el objetivo está lejos de alcanzarse observando el comportamiento del hambre desde 1990 y que desde 2015 la tendencia va al alta.

Respecto al retraso del crecimiento, la prevalencia de esta malnutrición en menores de 5 años disminuyó del 32,5% (198,2 millones) en el año 2000 al 22% (149 millones) en el 2018.¹⁸ La meta para el 2025 es que el número de niños afectados descienda a 100 millones y para el 2030 a 83 millones. De acuerdo con los avances obtenidos en 18 años, esta malnutrición se redujo en 49 millones de niños, lo que da una reducción anual de 2,7 millones. A este ritmo, el retraso de crecimiento afectará a 130 millones de infantes en 2025 y a 116 millones en 2030, representando una cifra lejana a la meta del ODS.

¹⁷ FAO, *et al.*, *The state of food security and nutrition in the world 2019. Safeguarding against economic slowdowns and downturns*, *op. cit.*, p. 22.

¹⁸ UNICEF, *Malnutrition*, [en línea], Nueva York, UNICEF, 2019, Dirección URL: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>, [Consulta: 3 de julio de 2019].

En 2012 la prevalencia de la emaciación en menores de 5 años fue del 8,6% y en 2016 había 51,7 millones de niñas y niños emaciados.¹⁹ En 2017 la prevalencia fue del 7,5% (50,5 millones)²⁰ y en 2018 del 7,3% (49,5 millones).²¹ Como se observa desde el 2016 la emaciación disminuyó en un millón de niños cada año, por lo que llegar a las tasas globales menores del 5% (meta 2025) y del 3% (meta 2030) será todo un reto.

Si se mantienen las tendencias actuales, en 2030 el planeta aún albergará a más de 660 millones de personas subalimentadas (el 8% de la población). Asimismo, más de 100 millones de niños menores de 5 años (el 15%) padecerán retraso del crecimiento, más de 40 millones (el 6%) sufrirán emaciación, [...].²²

Como se había comentado líneas arriba, la agricultura y la inversión en este sector son vitales para evitar el hambre, ya que de ahí se obtiene una fuente de alimentos y de ingresos. No obstante, en 2018 la inversión en infraestructura y en la producción disminuyó. “El gasto público en agricultura en comparación con la contribución de la agricultura al total de la economía ha disminuido un 37%; la relación disminuyó del 0,42 en 2001 al 0,26 en todo el mundo en 2017.”²³

Hasta este punto se describirá la situación del objetivo “Hambre cero” ya que más adelante se tocará con mayor profundidad este tema y con ello poder observar como el retraso del crecimiento, la subalimentación, la emaciación, la anemia, la inseguridad alimentaria y la lactancia materna exclusiva son piezas claves que los programas de

¹⁹ OMS, UNICEF, *Marco global de vigilancia en nutrición: directrices operacionales para el seguimiento de los progresos hacia el logro de las metas para 2025*, [en línea], pp. 83, Ginebra, OMS, 2018 Dirección URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272262/9789243513607-spa.pdf?ua=1>, [Consulta: 26 de julio de 2019], p. 27.

²⁰ FAO, et al., *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición*, op. cit., pp. 17-18.

²¹ División de Estadística de las Naciones Unidas, *End hunger, achieve food security and improved nutrition and promote sustainable agriculture*, op. cit.

²² Iniciativas de Desarrollo, *2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition*, [en línea], pp. 165, Bristol, Iniciativas de Desarrollo, 2018, Dirección URL: https://globalnutritionreport.org/documents/352/2018_Global_Nutrition_Report.pdf, [Consulta: 5 de julio de 2019], p. 39.

²³ Consejo Económico y Social, *Progresos realizados para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible: informe del Secretario General*, [en línea], pp. 43, Nueva York, ONU, 2019, Dirección URL: <https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2019/secretary-general-sdg-report-2019--ES.pdf>, [Consulta: 6 de agosto de 2019], p. 8.

transferencias monetarias deben replantearse para que generen resultados más satisfactorios entre su población beneficiada.

1.1.2. Panorama mundial del objetivo Salud y Bienestar

Los programas de transferencias monetarias están alineados a las metas del ODS de salud ya que se contempla la prevención de enfermedades y el tratamiento de las mismas. Cuando una población genera una cultura del autocuidado de la salud, asiste regularmente a los centros médicos, cumple con los programas de vacunación y acude a consultas prenatales, permite que se logren efectos positivos en la salud materna e infantil, lo que se reflejará en un desarrollo óptimo durante toda la vida de un individuo.

La atención antes, durante y después del parto por personal médico es esencial para disminuir las tasas de mortalidad materna e infantil. Como se podrá ver en la gráfica 1.1, a nivel mundial existen avances al haber un aumento en la proporción de partos asistidos por personal especializado: en el periodo de 2006-2012 la prevalencia fue del 69% y en el periodo 2013-2018 aumentó al 81%. “La proporción de la mortalidad materna ha descendido 37 puntos porcentuales desde 2000. Sin embargo, en 2015, 303.000 mujeres en todo el mundo murieron debido a complicaciones durante el embarazo o el parto.”²⁴ Asimismo se han logrado disminuir las tasas de fecundidad en las mujeres al pasar de 56 nacimientos por cada mil de ellas en el año 2000, a 45 en 2015 y 44 en 2018.²⁵

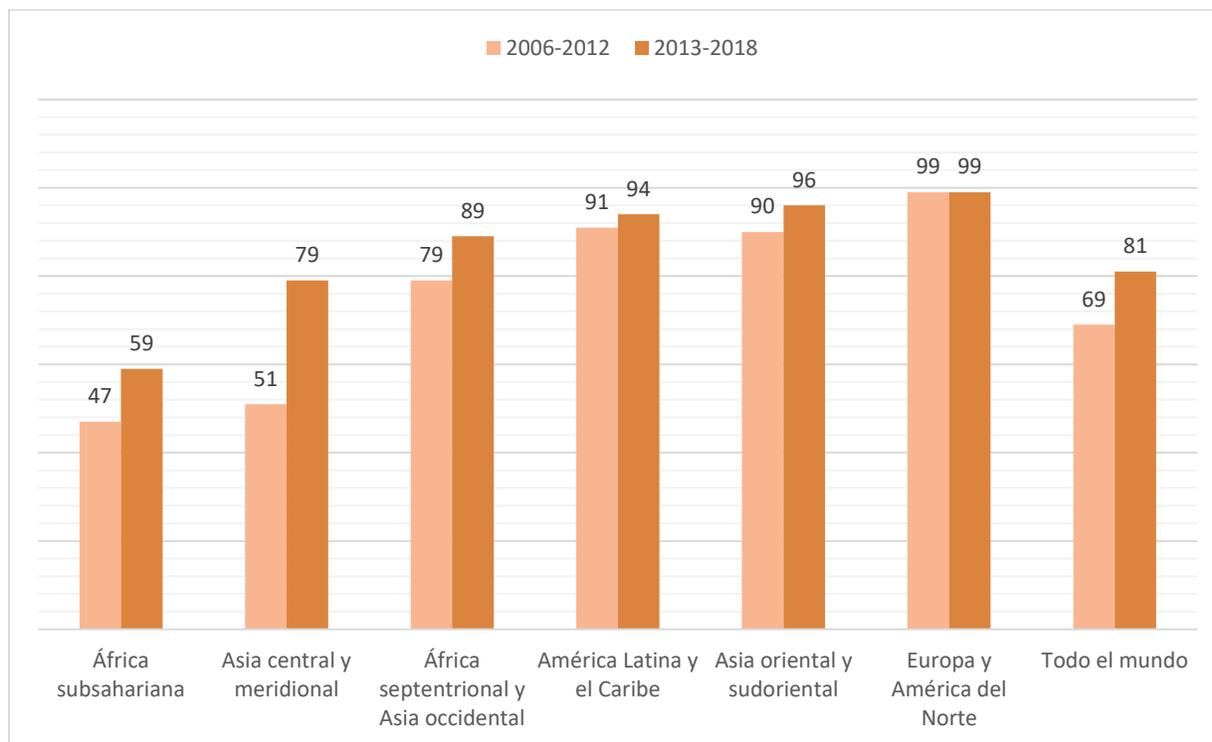
Al respecto a la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años de edad se ha logrado una disminución de 77 muertes por cada 1,000 nacidos vivos en el año 2000 a 39 muertes en 2017, esto representó una reducción del 49%.²⁶ Esto revela que la meta para 2030 de llegar a una tasa de hasta 25 muertes por cada 1,000 nacidos vivos podría ser alcanzada.

²⁴ ONU, *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2018*, [en línea], pp. 40, Nueva York, ONU, 2018, Dirección URL: <https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2018/TheSustainableDevelopmentGoalsReport2018-ES.pdf>, [Consulta: 7 de agosto de 2019], p. 5.

²⁵ ONU, *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019*, [en línea], pp. 64, Nueva York, ONU, 2019, Dirección URL: https://unstats.un.org/sdgs/report/2019/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2019_Spanish.pdf, [Consulta: 25 octubre de 2019], p. 26.

²⁶ *Ibid.*, p. 27.

Gráfica 1.1. Proporción (%) de partos con asistencia de personal sanitario, 2006-2012 y 2013-2018

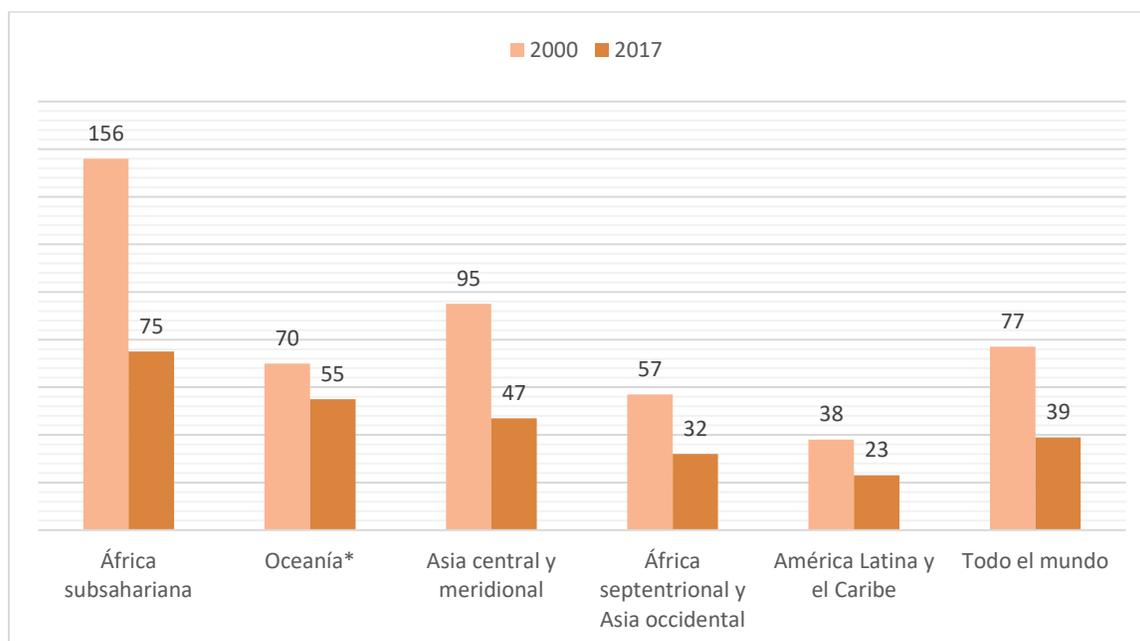


Fuente: ONU, *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019*, [en línea], pp. 64, Nueva York, ONU, 2019, Dirección URL: https://unstats.un.org/sdgs/report/2019/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2019_Spanish.pdf, [Consulta: 25 octubre de 2019], p. 26.

La tasa de mortalidad neonatal (muertes en recién nacidos) descendió un 41% al pasar de 31 fallecimientos por cada 1,000 nacidos vivos en el año 2000, a 18 en el año 2017.²⁷ La meta para 2030 es que esta tasa llegue al menos hasta 12 muertes por cada 1,000 nacidos vivos, la cual podría tener éxito de acuerdo con el comportamiento de los últimos años. A continuación, una gráfica que muestra las tasas de mortalidad de diferentes regiones alrededor del mundo. Como se verá, las regiones más afectadas son África subsahariana, Oceanía (excepto Australia y Nueva Zelanda) y Asia central y meridional.

²⁷ *Idem*.

Gráfica 1.2. Tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años, 2000-2017 (muertes por cada 1,000 nacidos vivos)



*Excluido Australia y Nueva Zelanda

Fuente: ONU, *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019*, [en línea], pp. 64, Nueva York, ONU, 2019, Dirección URL: https://unstats.un.org/sdgs/report/2019/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2019_Spanish.pdf, [Consulta: 25 octubre de 2019], p. 27.

Al respecto a las tasas de vacunación, estas han tenido mejoras constantes, lo que ayuda a reducir la incidencia de muertes infantiles prevenibles. La proporción de infantes que recibieron la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tosferina (DTP trivalente) aumentó del 72% en el año 2000 al 85% en 2015. En la segunda dosis de la vacuna contra el sarampión (MCV2) la proporción aumentó del 15% en el año 2000 al 67% en 2017. En la vacuna antineumocócica (PCV3) el aumento fue del 4% en 2008 al 44% en 2017.²⁸

²⁸ *Idem.*

Tabla 1.3. Tasas (%) mundiales de inmunización, por vacuna, 2000-2017

Vacuna	2000	2008	2017
DTP3	72	82	85
MCV2	15	35	67
PCV3	N/d	4	44

N/d: No determinado.

Fuente: ONU, *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019*, [en línea], pp. 64, Nueva York, ONU, 2019, Dirección URL: https://unstats.un.org/sdgs/report/2019/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2019_Spanish.pdf, [Consulta: 25 octubre de 2019], p. 27.

Por otro lado, el informe sobre los avances de los ODS en 2018 reportó alrededor de 870 mil muertes en 2016 debido a enfermedades diarreicas y a infecciones por nematodos intestinales, estas muertes se podrían reducir en gran medida si existieran mejores condiciones de higiene, sanidad y calidad del agua para beber. Asimismo, el estudio señaló que siete millones de muertes fueron causadas a nivel mundial por la contaminación del aire en el hogar y del ambiente en 2016.²⁹

Para llegar a las metas del objetivo de salud de los ODS será necesario contar con la infraestructura y personal necesario para que se puedan enfrentar las enfermedades de todas las personas, sobre todo en los países en desarrollo y en las regiones más marginadas. “Los datos disponibles para el período 2013 a 2018 indican que cerca del 40% de todos los países tienen menos de 10 médicos por cada 10.000 personas, y alrededor del 58% de los países tienen menos de 40 enfermeros y parteras por cada 10.000 personas.”³⁰

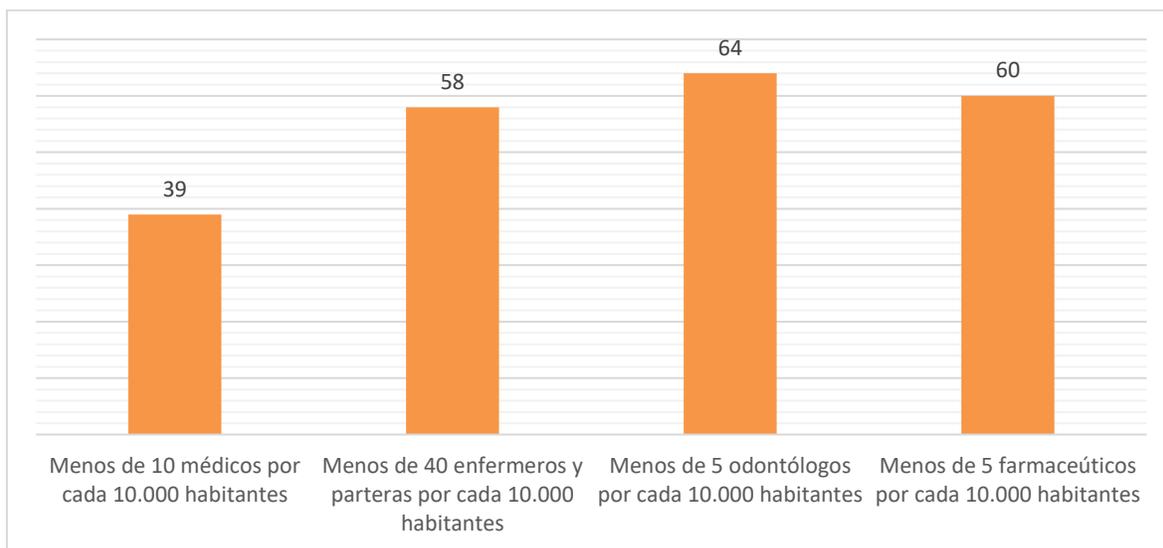
El paludismo había experimentado una reducción constante del 2000 al 2015, pero del 2015 al 2017 se experimentó un estancamiento. Los países más afectados son los de África subsahariana. “La tasa de incidencia del paludismo disminuyó en un 18% en el período de 2010 a 2015, de 72 casos por cada 1.000 personas en situación de riesgo al

²⁹ ONU, *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2018*, op. cit., p. 5.

³⁰ ONU, *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019*, op. cit., p. 29.

59%, y luego se mantuvo sin cambios entre los años 2015 y 2017.”³¹ Los infantes menores de 5 años son los más vulnerables a contraer esta enfermedad.

Gráfica 1.3. Proporción (%) de países con un número insuficiente de profesionales sanitarios, 2013-2018



Fuente: ONU, *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019*, op. cit., p. 29.

La tuberculosis continúa siendo de las enfermedades que más muertes ocasiona alrededor del mundo y a pesar de que se han logrado reducciones en la prevalencia de esta, los avances no serán suficientes para ponerle fin a esta enfermedad para 2030. “La incidencia de la tuberculosis disminuyó en un 21% desde el año 2000, pasando de 170 casos nuevos y recurrentes por cada 100.000 personas en ese año, a 140 en 2015 y 134 en 2017.”³²

Como se podrá ver, los mayores esfuerzos continúan centrándose en la oferta de los servicios de salud y el aseguramiento del acceso universal de ellos a las poblaciones marginadas. Mientras no se pueda generar la infraestructura y no exista el personal suficiente para atender a la población no se podrán prevenir y tratar las enfermedades en tiempo y forma. Los programas sociales de transferencias monetarias deben tener muy claro que para lograr la reducción de enfermedades y muertes entre su población

³¹ *Ibid.*, p. 28.

³² *Idem.*

beneficiada se debe garantizar infraestructura, recursos y personal sanitario en cantidad y calidad.

1.1.3. Panorama mundial del objetivo Educación de Calidad

Los programas de transferencias monetarias condicionadas reconocen que la educación representa un elemento clave para que las personas puedan romper con el ciclo intergeneracional de la pobreza y puedan insertarse en una economía global como la de hoy en día. De esta manera, se procederá a ver el panorama general que existe a nivel mundial en cuestión de cobertura, aprendizaje, alfabetización y disparidad de género.

Desde el año 2000 se ha logrado que cada vez sean menos los niños y adolescentes (de 6 a 17 años de edad) que no asisten a la escuela cuando están en edad de hacerlo. No obstante, aún hay trabajo por hacer ya que en 2018 hubo una gran cantidad de ellos sin acceso a la educación: “Alrededor de 258 millones de niños y jóvenes están fuera de la escuela, [...]. El total incluye 59 millones de niños en edad de asistir a la escuela primaria, 62 millones en edad de asistir a la secundaria y 138 millones en edad de asistir a la preparatoria.”³³ En 2018, el 17,1% de los niños y jóvenes en edad de estudiar los tres niveles escolares antes mencionados no lo hacían.³⁴

En la figura 1.1 recopilada del estudio *New methodology shows that 258 million children, adolescents and youth are out of school*³⁵ muestra el comportamiento que ha tenido la matriculación en niños y jóvenes en edad para estudiar la primaria, secundaria y preparatoria. Como se podrá ver, en los últimos años ha habido un estancamiento en la reducción del número de niños que no asisten a la educación primaria desde el 2008. Por otro lado, los jóvenes que no asisten a la educación media superior ha ido disminuyendo de manera constante, lo que enseña que se han obtenido mejores

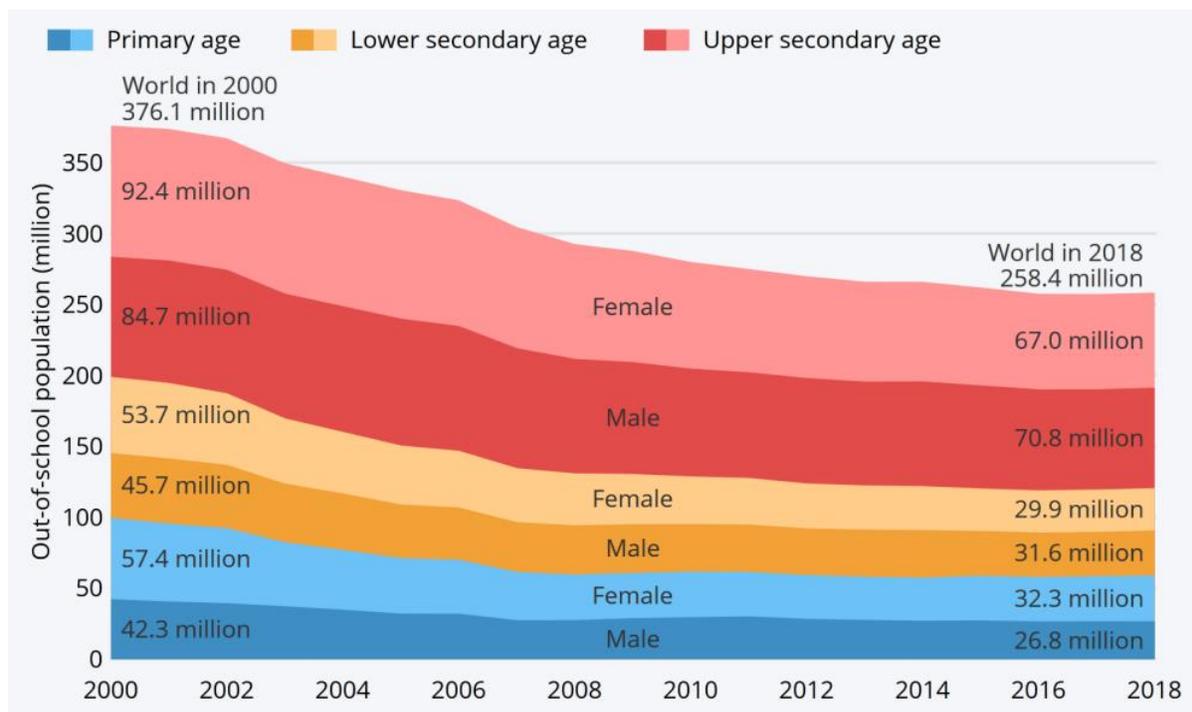
³³ Instituto para Estadísticas de la UNESCO, *Niños y jóvenes fuera de la escuela*, [en línea], París, UNESCO, 2020, Dirección URL: <http://uis.unesco.org/en/topic/out-school-children-and-youth>, [Consulta: 6 de abril de 2020].

³⁴ Instituto para Estadísticas de la UNESCO, *New methodology shows that 258 million children, adolescents and youth are out of school*, [en línea], 16 pp., París, UNESCO, 2019, Dirección URL: <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/new-methodology-shows-258-million-children-adolescents-and-youth-are-out-school.pdf>, [Consulta: 6 de abril 2020], p. 4.

³⁵ *Ibid.*, p. 2.

avances en este nivel escolar. A nivel mundial el número niños y jóvenes que no estudian ha disminuido de 376 millones en el año 2000 a 258 millones en 2018.

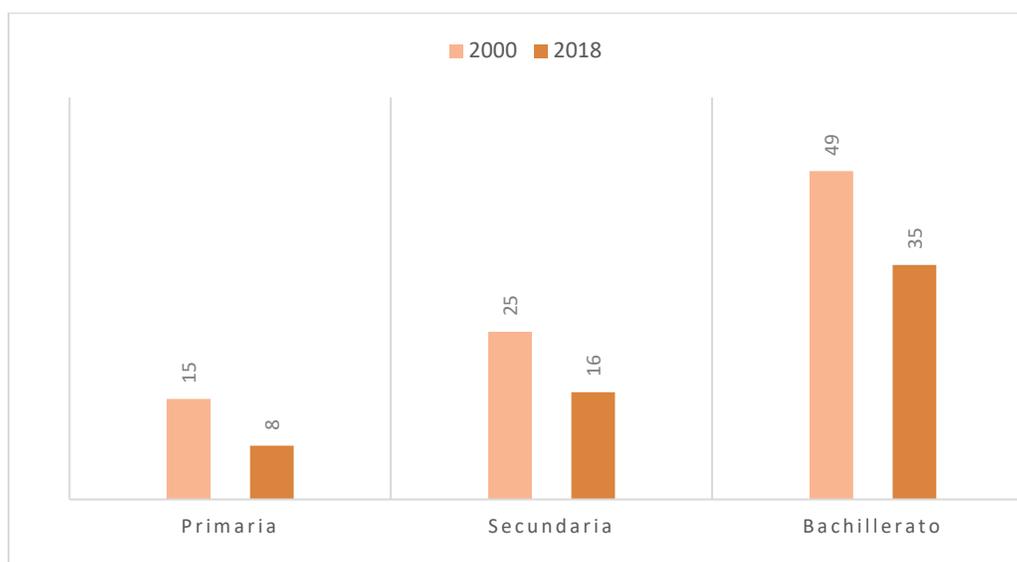
Figura 1.1. Prevalencia mundial de niños y jóvenes no escolarizados, por género y nivel escolar, 2000-2018



Fuente: Instituto para Estadísticas de la UNESCO, *New methodology shows that 258 million children, adolescents and youth are out of school*, [en línea], 16 pp., París, UNESCO, 2019, Dirección URL: <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/new-methodology-shows-258-million-children-adolescents-and-youth-are-out-school.pdf>, [Consulta: 6 de abril 2020], p. 2.

En la gráfica 1.4 se puede ver como en el año 2000 alrededor de la mitad de la población mundial en edad de estudiar la preparatoria no lo hacía. Para el año 2018, esta tasa ha podido disminuirse hasta el 35% (una reducción del 29%); sin embargo, aún queda un largo camino para lograr que todos los jóvenes tengan acceso a este nivel escolar. Por otro lado, no se ha conseguido una cobertura universal de la educación primaria al reducirse el porcentaje de niños sin esta del 15% al 8% (una reducción del 47%) en el periodo 2000-2018. A nivel secundaria se consiguió una reducción del 36%, al pasar esta del 25% al 16% (del 2000-2018).

Gráfica 1.4. Prevalencia (%) mundial de niños y jóvenes no escolarizados



Fuente: Instituto para Estadísticas de la UNESCO, *New methodology shows that 258 million children, adolescents and youth are out of school*, op. cit., p. 3.

De manera regional, se observan grandes diferencias entre ellas. En la tabla 1.4, se podrá observar que África subsahariana y Asia meridional son las zonas con mayores rezagos educativo al juntar más de 190 millones de niños y jóvenes fuera de escuela. Estas dos regiones tienen el 74% de la población mundial que está en edad de estudiar, pero no lo hace.

Tabla 1.4. Panorama mundial y regional de niños y jóvenes no escolarizados en 2018

Región	Niños/Jóvenes fuera de escuela (%)				Niños/Jóvenes fuera de escuela (millones)			
	Ambos sexos				Ambos sexos			
	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Total	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Total
Europa y Norteamérica	1.7	1.6	6.7	2.9	1.1	0.7	2.5	4.4
Latinoamérica y el Caribe	3.8	7.2	23.0	9.6	2.3	2.5	7.2	12.0
Asia central	2.0	5.2	26.7	8.2	0.1	0.3	0.7	1.1
Asia meridional	6.8	15.2	45.5	21.5	12.5	16.5	64.0	93.0
Asia oriental y sudoriental	3.2	9.7	20.6	9.1	5.7	9.0	17.9	32.6
África septentrional y Asia occidental	9.2	13.9	29.8	15.5	5.0	4.0	8.1	17.1
África subsahariana	18.8	36.7	57.5	31.2	32.2	28.3	37.0	97.5
Oceanía	5.0	5.4	24.6	9.3	0.2	0.1	0.4	0.7
Mundial	8.2	15.6	35.2	17.1	59.1	61.5	137.8	258.4

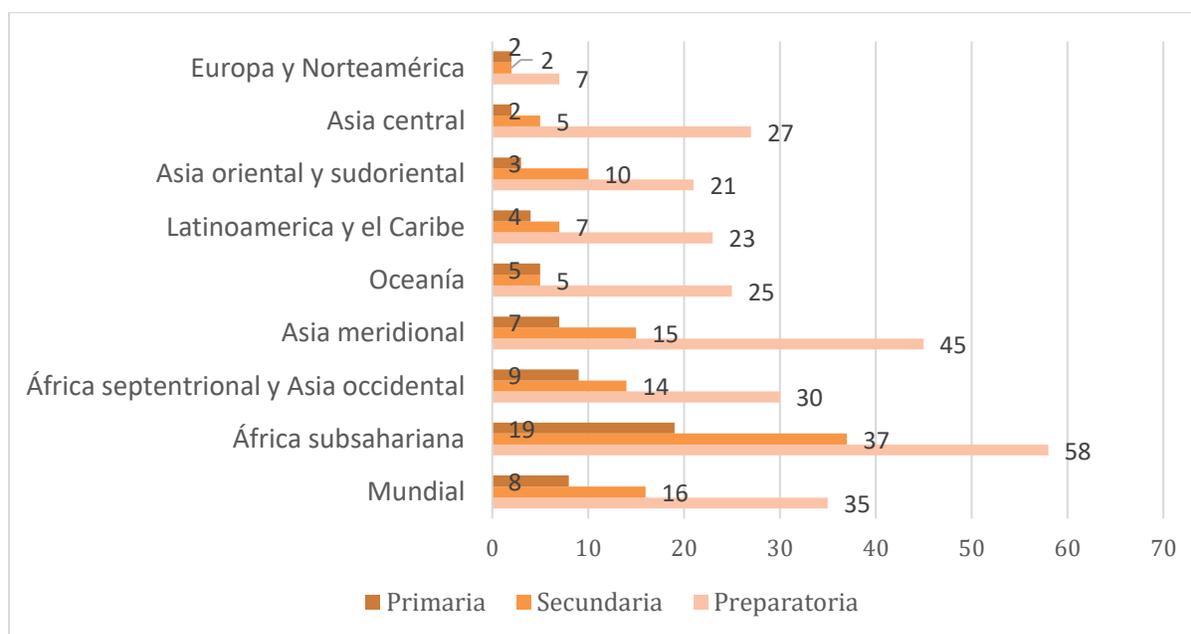
Fuente: Instituto para Estadísticas de la UNESCO, *New methodology shows that 258 million children, adolescents and youth are out of school*, op. cit., p. 4.

Por otro lado, en la gráfica 1.5 se verá que las regiones que están por encima del nivel mundial de niños fuera de la educación primaria y secundaria son África subsahariana, África septentrional y Asia occidental al superar el 8% mundial y 16% respectivamente.

En educación media superior, África subsahariana y Asia meridional superan el nivel mundial al tener alrededor de la mitad de su población fuera de las aulas escolares.

La UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) creó en 2017 el índice de paridad de género ajustado (GPIA, por sus siglas en inglés) el cual ayuda a observar las barreras por las cuales cruzan las mujeres en comparación con los hombres en cuanto educación. A nivel mundial se ha logrado la paridad de género en los niveles secundaria y preparatoria; sin embargo, regionalmente las disparidades persisten. “En el año 2000, el 54% de los 376 millones de niños, adolescentes y jóvenes no escolarizados eran mujeres. Para 2018, la proporción de mujeres en la población mundial no escolarizada había caído al 50%.”³⁶

Gráfica 1.5. Tasas (%) regionales de escolarización por nivel escolar, 2018



Fuente: Instituto para Estadísticas de la UNESCO, *New methodology shows that 258 million children, adolescents and youth are out of school, op. cit., p. 8.*

En la tabla 1.5 se verá que en 2018 se obtuvo un GPIA de 1,22 en la educación primaria, lo que significa que, en este año por cada 100 niños no escolarizados, 122 niñas no lo

³⁶ *Ibid.*, p. 8.

estaban también. En el nivel secundaria se obtuvo 1,01 y en preparatoria de 1,02. Cabe señalar que existe paridad de género cuando el GPIA se encuentra entre 0,97 y 1,03.

Regionalmente en Asia central, Asia sudoriental y África subsahariana se encuentran las mujeres con mayores dificultades para escolarizarse a nivel primaria. En secundaria, las mujeres más afectadas se encuentran en Asia central y Oceanía. Finalmente, en África septentrional y Asia Occidental se encuentran las mujeres con mayores probabilidades de no estar escolarizadas a nivel preparatoria.

Tabla 1.5. Índice de paridad de género en las tasas de niños y jóvenes no matriculados, 2018

Región	Primaria	Secundaria	Preparatoria
Asia central	1.27	1.37	1.12
Asia meridional	1.24	-0.87	1.06
África subsahariana	1.24	1.07	1.1
Oceanía	1.23	1.31	1.12
Asia oriental y sudoriental	1.23	-0.87	-0.68
África septentrional y Asia occidental	1.17	1.22	1.15
Latinoamérica y el Caribe	-0.84	-0.96	-0.93
Europa y Norteamérica	-0.79	1.11	-0.91
Mundial	1.22	1.01	1.02

Fuente: Instituto para Estadísticas de la UNESCO, *New methodology shows that 258 million children, adolescents and youth are out of school*, op. cit., p. 9.

Continuando con la información que provee la tabla 1.5, las regiones del mundo donde se encuentran las mujeres con mayor acceso a la educación primaria son Latinoamérica, Europa y Norteamérica. A nivel secundaria son Asia meridional, sudoriental y oriental. En preparatoria, las regiones donde casi existe la paridad de género es Latinoamérica y el Caribe junto con Europa y Norteamérica.

La tasa mundial de alfabetización ha mejorado en los últimos 50 años a la vez que se ha mejorado la paridad de género a este respecto; sin embargo, para que se alcance la totalidad de jóvenes y la mayoría de personas adultas alfabetizadas tomará más tiempo del que se dispone de aquí al 2030.

Aunque la alfabetización ha ocupado un lugar destacado en el programa de desarrollo de los últimos decenios, los datos de la UNESCO muestran que 750 millones de adultos -dos tercios de los cuales son mujeres- siguen careciendo de las aptitudes básicas de lectura y escritura, según los últimos datos disponibles para 2016. 102 millones de la población analfabeta tenían entre 15 y 24 años de edad. La tasa mundial de alfabetización de adultos era del 86% en 2016, mientras que la tasa de alfabetización de jóvenes era del 91%.³⁷

Como se podrá ver en la tabla 1.6, mundialmente entre los jóvenes de 15 y 24 años se está cerca de lograr la paridad de género en la tasa de alfabetización al tenerse un GPI de 0,96 en 2016. A este respecto, un GPI de 0,97 a 1,03 generalmente es interpretado como la existencia de paridad de género. Si se obtiene un valor menor a 1, significa que las mujeres se encuentran en desventaja en comparación de los hombres.

Tabla 1.6. Tasa mundial de alfabetización y analfabetismo, 2016

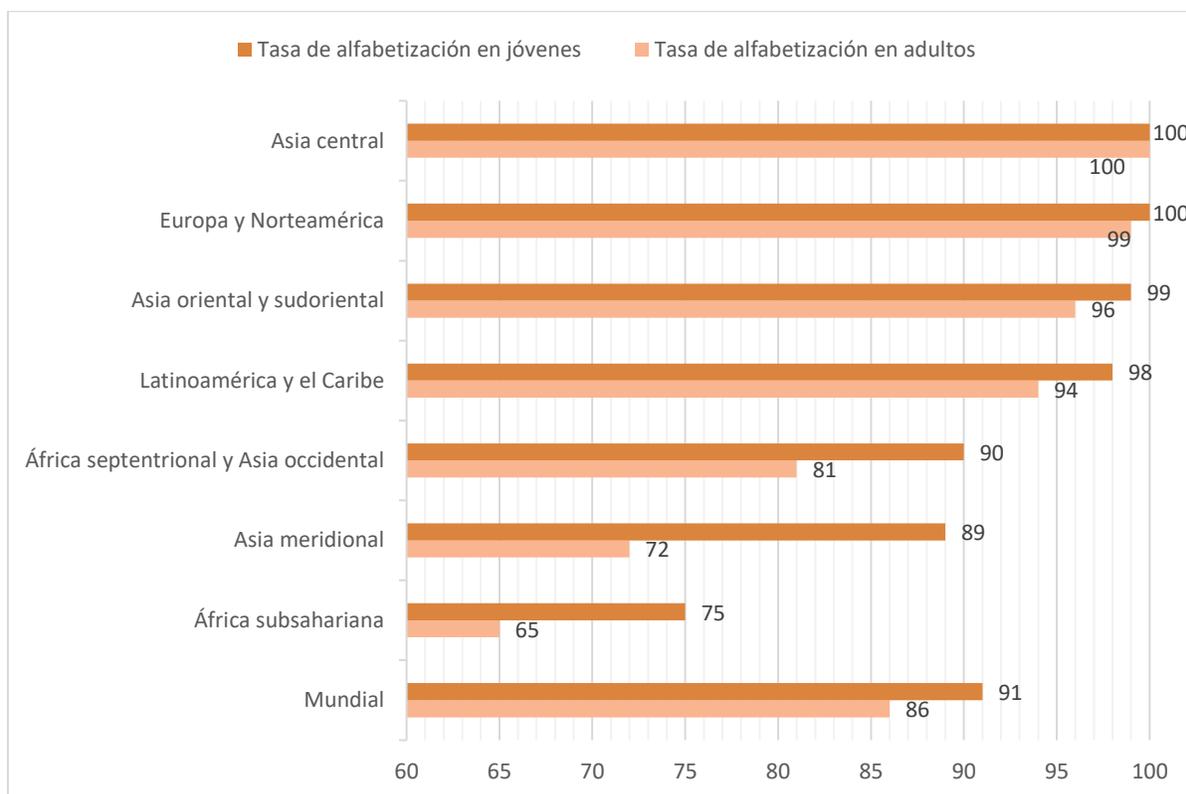
Indicador	Adultos (15 años de edad y mayores)	Jóvenes (15-24 años de edad)	Población de 25 a 64 años de edad	Población de 65 años de edad y más
Tasa mundial de alfabetización (%)				
Ambos sexos	86	91	86	78
Hombres	90	93	90	83
Mujeres	83	90	82	73
Índice de paridad de género	0.92	0.96	0.92	0.87
Población analfabeta (millones)				
Ambos sexos	750	102	507	141
Hombres	277	44	186	47
Mujeres	473	58	321	94
Proporción de mujeres (%)	63	57	63	67

Fuente: Instituto para Estadísticas de la UNESCO, *Literacy rates continue to rise from one generation to the next*, [en línea], 13 pp., París, UNESCO, 2017, Dirección URL: <file:///C:/Users/figueaa/Downloads/unesco%20alfabetismo%202017.pdf>, [Consulta: 11 de mayo de 2020], p. 3.

³⁷ Instituto para Estadísticas de la UNESCO, *Literacy rates continue to rise from one generation to the next*, [en línea], 13 pp., París, UNESCO, 2017, Dirección URL: http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/fs45-literacy-rates-continue-rise-generation-to-next-en-2017_0.pdf, [Consulta: 11 de mayo de 2020], p. 1.

En la gráfica 1.6 se podrá ver que en África subsahariana y Asia meridional se encuentran las tasas más bajas de alfabetización tanto en jóvenes como en adultos. Por otro lado, se recalca que, en Asia central, Norteamérica y Europa existen tasas de alfabetización del 100% llegando a la meta de que toda la población tenga las competencias mínimas de lectura y escritura.

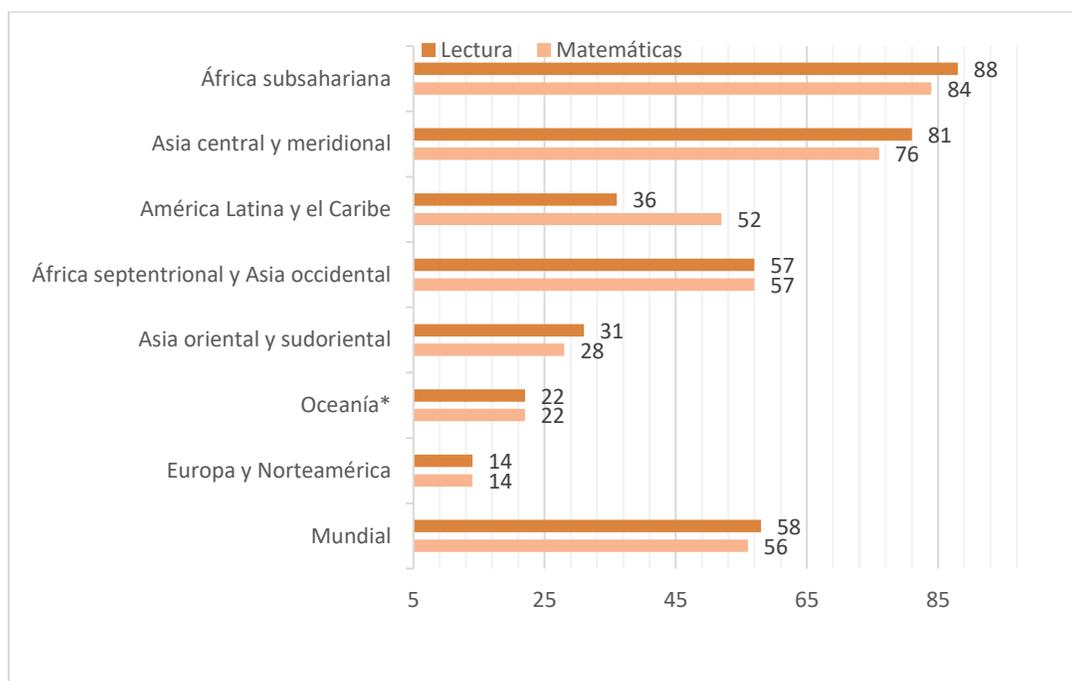
Gráfica 1.6. Tasas (%) regionales de alfabetización en jóvenes y adultos, 2016



Fuente: Instituto para Estadísticas de la UNESCO, *Literacy rates continue to rise from one generation to the next*, op. cit., p. 5.

Por otro lado, en la gráfica 1.7 se puede observar como África subsahariana, Asia central y Asia meridional tienen la mayor incidencia de niños y adolescentes que no han alcanzado el nivel mínimo de competencia en matemáticas y lectura. A nivel mundial más de la mitad de este grupo etario no puede desempeñarse óptimamente en estas materias, lo que refleja una crisis mundial en la enseñanza.

Gráfica 1.7. Porcentaje de niños y adolescentes que no han alcanzado el nivel mínimo de competencia en lectura y matemáticas, 2015



*Excluido Australia y Nueva Zelanda

Fuente: ONU, *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019*, op. cit., p. 30.

A manera de conclusión, aún son necesarios grandes esfuerzos para lograr una cobertura universal en la educación primaria, secundaria y preparatoria. Las mayores reducciones de niños no escolarizados se lograron en la educación primaria, pero es en esta misma donde las mujeres se encuentran con mayores desigualdades para acceder a ella. África subsahariana y Asia meridional son las regiones con mayores rezagos educativos. Asimismo, mujeres de todas las edades son las más afectadas en las tasas de alfabetización, lo que revela que aún hay mucho por hacer para lograr una completa igualdad de condiciones entre las mujeres y los hombres. A nivel mundial hay una crisis en la enseñanza al encontrarse que más de la mitad de la población mundial de niños y jóvenes no alcanzan las competencias mínimas en matemáticas y lectura.

Los programas de transferencias monetarias deben prestar especial atención para acabar con la desigualdad entre las mujeres y los hombres para garantizar que toda la población, sin importar su sexo, pueda generar las capacidades suficientes para aspirar a una mejor calidad de vida. Asimismo, se debe invertir en una mejor infraestructura

escolar y en la capacitación del personal docente para asegurar que los conocimientos adquiridos por los estudiantes sean significativos y duraderos.

1.2. Hambre mundial, malnutriciones y consecuencias

Para tener un claro entendimiento sobre la situación de la nutrición a nivel mundial se procederá a definir algunos conceptos clave que están involucrados con ella. En esta investigación se utilizarán las definiciones de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), entre otras.

En primera instancia el hambre es una “[...] sensación física incómoda o de dolor causada por un consumo insuficiente de energía alimentaria.”³⁸ La subalimentación crónica es la “[...] condición en la cual el consumo habitual de alimentos de un individuo es insuficiente para proporcionarle la cantidad de energía alimentaria necesaria a fin de llevar una vida normal, activa y sana.”³⁹ La subalimentación se considera un sinónimo de hambre para la FAO.

La desnutrición sucede cuando hay una “[...] ingesta nutricional deficiente en cantidad y/o calidad, o de absorción y/o uso biológico deficientes de los nutrientes consumidos como resultado de casos repetidos de enfermedades.”⁴⁰ La desnutrición comprende la emaciación (desnutrición aguda grave), el peso bajo para la talla (desnutrición aguda moderada), el retraso en el crecimiento (desnutrición crónica) y la malnutrición por carencia de micronutrientes (vitaminas y minerales).⁴¹

La seguridad alimentaria fue un concepto que se sumó dentro de los objetivos de la FAO al identificarse que la desnutrición corresponde a la condición en la que se encuentra una persona y que la inseguridad alimentaria es un estado que niega el acceso a alimentos en calidad y/o cantidad a una población. La diferencia entre ambos conceptos

³⁸ FAO, *et al.*, *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición*, [en línea], 218 pp., Roma, FAO, 2018, Dirección URL: <http://www.fao.org/3/i9553ES/i9553es.pdf>, [Consulta: 4 de abril de 2019], p. 173.

³⁹ *Ibid.*, p. 175.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 171.

⁴¹ UNICEF, *¿Cómo se diagnostica la desnutrición infantil?*, [en línea], Madrid, UNICEF, 2020, Dirección URL: <https://www.unicef.es/blog/como-se-diagnostica-la-desnutricion-infantil>, [Consulta: 16 de septiembre de 2020].

radica en que el último obedece a cuestiones estructurales que afectan a un grupo de individuos y que la subalimentación es el resultado de ellas. La seguridad alimentaria es la “[...] situación que se da cuando todas las personas tienen, en todo momento, acceso físico, social y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana.”⁴²

La Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria (FIES, por sus siglas en inglés) fue desarrollada por la FAO y de ella se obtiene la información necesaria sobre la inseguridad alimentaria. A partir de ocho preguntas que se realizan directamente a los encuestados se puede determinar el nivel de inseguridad que tienen.

La inseguridad alimentaria moderada sucede cuando hay una preocupación acerca de la capacidad para obtener alimentos, se encuentran comprometidas la calidad, la variedad y la cantidad de alimentos. Estas personas carecen de los ingresos o recursos suficientes para asegurarse una dieta nutritiva y en ocasiones pueden saltarse comidas. La inseguridad alimentaria grave sucede cuando una persona no puede comer en todo un día varias veces al año.

La FIES consta de ocho preguntas que se refieren a las experiencias y comportamientos relacionados a la alimentación del encuestado o de su hogar. Dentro de estos ocho incisos las personas deben contestar si ha habido algún momento en los últimos 12 meses en que, por falta de dinero o recursos:

1. Se haya preocupado por no tener suficientes alimentos para comer;
2. No haya podido comer alimentos sanos o nutritivos;
3. Haya comido poca variedad de alimentos;
4. Haya tenido que saltarse una comida;
5. Haya comido menos de lo que pensaba que debía comer;
6. Su hogar se haya quedado sin alimentos;
- 7.

⁴² FAO, *et al.*, *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición*, *op.cit.*, p. 175.

Haya sentido hambre pero no comió; 8. Haya dejado de comer durante todo un día.⁴³

Las ventajas de la FIES en comparación con otros instrumentos de medición de la inseguridad alimentaria son múltiples. En primera instancia, al ser una encuesta permite conocer la condición de los individuos de primera mano; por otro lado, logra desglosar grandes segmentos de la población y así conseguir una mejor identificación de aquellas personas más afectadas por la inseguridad alimentaria.

Una de las contribuciones únicas de la FIES [...], es que además de considerar la calidad comprometida de la dieta y la reducción de la cantidad de alimentos, también capta elementos psicosociales asociados con la ansiedad o la incertidumbre en cuanto a la capacidad de obtener suficientes alimentos, una faceta que otras medidas no tienen.⁴⁴

El Marco Integrado de Clasificación de la Seguridad Alimentaria (CIF o IPC por sus siglas en inglés) tiene un instrumento propio para medir la seguridad alimentaria. De acuerdo a la CIF, la inseguridad alimentaria puede ser crónica cuando la falta de acceso a nutrientes es un problema que persiste en el tiempo teniéndose que crear medidas que reduzcan esto en un mediano y largo plazo. Por otro lado, puede ser aguda cuando amenaza la vida de las personas y sus medios de subsistencia, haciendo imperativo la mitigación de la misma en un corto plazo.

Los resultados de la FIES y de la CIF se obtienen a través de metodologías distintas, por lo que no se deben confundir. Asimismo, tienen objetivos distintos, los informes de la CIF identifican grupos específicos de la población con inseguridad alimentaria y determinan la gravedad de su situación para crear acciones de intervención urgente. Por otro lado, la FIES es una escala que creó el Grupo Interinstitucional y de Expertos de la ONU para poder hacer un seguimiento de los Objetivos del Desarrollo Sostenible a largo plazo.

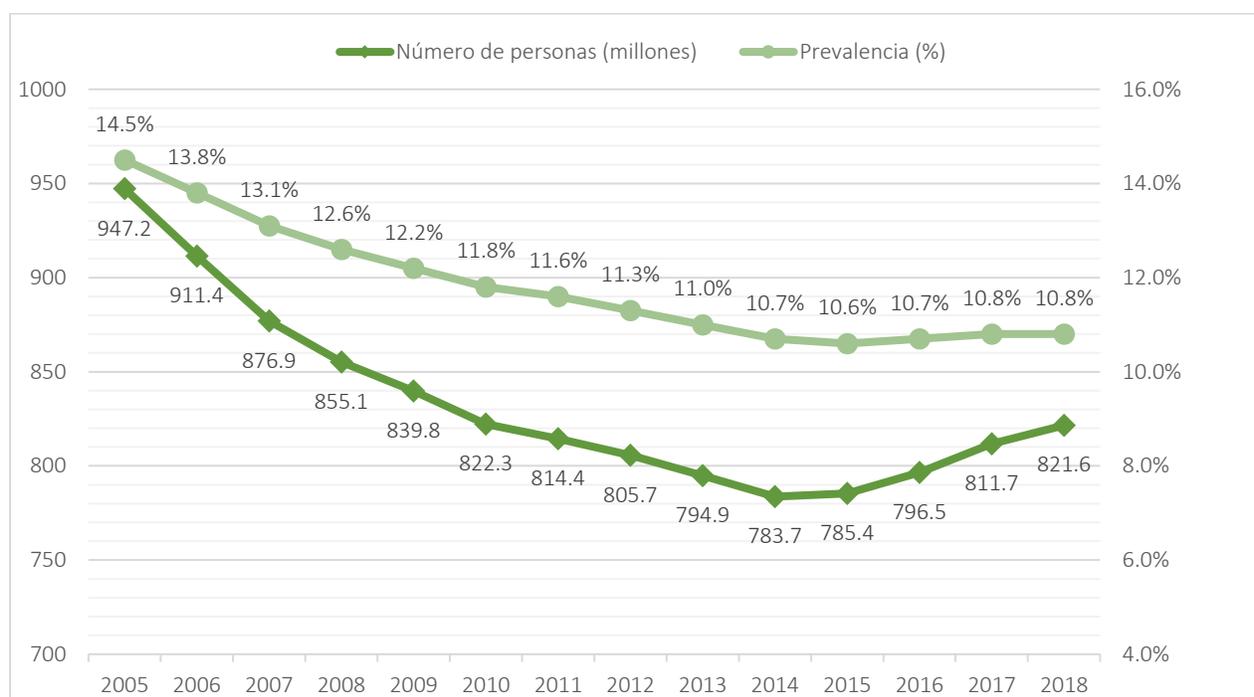
⁴³ FAO, *Escala de experiencia de inseguridad alimentaria*, [en línea], Roma, FAO, 2020, Dirección URL: <http://www.fao.org/in-action/voices-of-the-hungry/food-insecurity-experience-scale/es/>, [Consulta: 12 de junio de 2019].

⁴⁴ FAO, *The Food Insecurity Experience Scale*, [en línea], pp. 6, Roma, FAO, 2017, Dirección URL: <http://www.fao.org/3/a-i7835e.pdf>, [Consulta: 12 de junio de 2019], pág. 3.

1.2.1. Prevalencia de la subalimentación

Vistos algunos conceptos clave, se procederá a describir la situación del hambre a nivel mundial. De acuerdo con la FAO, el número de personas que padeció hambre (o subalimentación) en 2018 aumentó a 821,6 millones, teniéndose una prevalencia mundial del 10,8% (1 de cada 10 personas). De estos, 513,9 millones se encontraban en Asia; 256,1 millones en África; 42,5 en América Latina y el Caribe y 2,6 en Oceanía.⁴⁵

Gráfica 1.8. Prevalencia (%) de la subalimentación a nivel mundial y número de personas, 2005-2018



Fuente: FAO, et al., *The state of food security and nutrition in the world 2019. Safeguarding against economic slowdowns and downturns*, op. cit., p. 6.

Como se podrá ver en la gráfica 1.8, la prevalencia de la subalimentación en el mundo decreció del periodo 2005 al 2015; no obstante, el hambre aumentó de este último año al 2018 al pasar de 785,4 millones de personas con desnutrición a 821,6 millones.⁴⁶ Los logros pasados se vieron socavados por el cambio climático, por fenómenos extremos

⁴⁵ FAO, et al., *The State of Food Security and Nutrition in the World 2019. Safeguarding against economic slowdowns and downturns*, [en línea], pp. 239, Roma, FAO, 2019, Dirección URL: <http://www.fao.org/3/ca5162en/ca5162en.pdf>, [Consulta: 25 de julio de 2019], pp. 6, 9.

⁴⁶ *Ibid.*, p. 6.

como la sequía y por conflictos sociales, que dificultaron la producción y acceso a alimentos en cantidad y calidad.

El continente que tiene un mayor porcentaje de su población con subalimentación es África con el 19,9%; Asia tiene el 11,3%; América Latina y el Caribe el 6,5% y Oceanía tiene el 6,2%. Por otro lado, América del Norte (México excluido) y Europa tienen la menor cantidad de personas con subalimentación al tener una tasa inferior del 2,5% del total.⁴⁷

El indicador de la prevalencia de la subalimentación de la FAO se nutre de la información de más de 140 países; no obstante, una de las principales limitantes es que los datos que se obtienen son de encuestas de hogares, por lo que no se puede tener un espectro directo de la situación de cada individuo. Asimismo, no se puede desglosar por segmentos de población (sexo y edad) tanto como se desearía para identificar grupos vulnerables) y hacer políticas sociales enfocadas específicamente en este sector.

La subalimentación (desnutrición) tiene consecuencias sobre las personas y sobre todo si se presenta en los primeros años de vida. “La pobre nutrición causa cerca de la mitad (45 por ciento) de las muertes en los niños menores de 5 años –3.1 millones de niños cada año.”⁴⁸

En la investigación de Amalia Palma, *Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe*, se encuentran un menor desarrollo cognitivo y aprovechamiento escolar en los infantes menores de 5 años que sufrieron de subalimentación. Asimismo, la subalimentación se asocia con un aumento del riesgo de muerte por diarrea, neumonía y sarampión. “El bajo peso al nacer y la desnutrición durante la niñez son, además,

⁴⁷ FAO, et al., *The State of Food Security and Nutrition in the World 2019. Safeguarding against economic slowdowns and downturns*, op. cit., p. 8.

⁴⁸ ONU, *Objetivo 2: Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible*, [en línea], Nueva York, ONU, Dirección URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/hunger/>, [Consulta: 29 de julio de 2019].

factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.”⁴⁹

1.2.2. Prevalencia de la inseguridad alimentaria

En 2018 la inseguridad alimentaria grave (a través de la FIES) sufrió un aumento en todas las regiones del mundo sin excepción. De acuerdo con la FAO, “[...] 9,2% de la población mundial (o un poco más de 700 millones de personas) estuvo expuesta a niveles severos de inseguridad alimentaria en 2018 [...]”⁵⁰ Como se aprecia, el número de personas con subalimentación es mayor a las que sufren inseguridad alimentaria grave, ya que obedecen a diferentes medidas y metodologías. Sin embargo, se puede tener la certeza que esa población de 700 millones no come bocado en todo un día varias veces al año. Asimismo, se puede realizar un mayor desglose de las características de cada grupo social, a través de la FIES.

Los resultados son peores cuando se habla de inseguridad alimentaria moderada, que sucede cuando las personas no tienen acceso regular a una alimentación nutritiva y suficiente. “[...] en adición [en 2018], el 17,2% de la población mundial, o 1,3 miles de millones de personas, han experimentado inseguridad alimentaria en niveles moderados, [...]”⁵¹ La combinación de niveles moderados y severos de inseguridad alimentaria da un total de 2 mil millones de personas o el 26,4% de la población mundial.

Regionalmente, Asia es el continente más afectado por la inseguridad alimentaria moderada y grave al haber 1,039 millones de personas con este problema. De ellos, 354 millones de personas tienen inseguridad alimentaria severa. América del Norte y Europa (México no incluido) son las regiones menos afectadas por la inseguridad moderada y grave con 89 millones de personas. De ellos, solo 11 millones tienen inseguridad alimentaria severa.⁵²

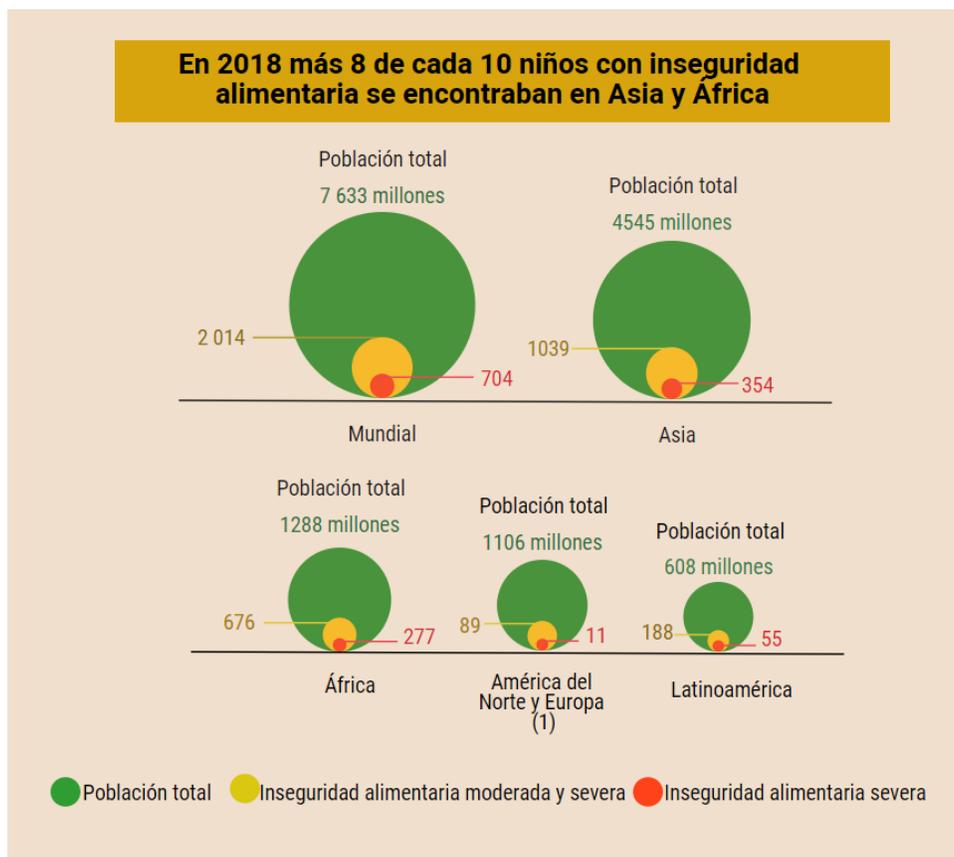
⁴⁹ Amalia Palma, *Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe*, [en línea], Santiago de Chile, CEPAL, 2018, Dirección URL: <https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latina-caribe>, [Consulta: 18 de julio de 2019].

⁵⁰ FAO, *The state of food security and nutrition in the world 2019*, op. cit.

⁵¹ *Idem*.

⁵² *Idem*.

Figura 1.2. Distribución regional de la inseguridad alimentaria severa y moderada en millones de personas, 2018



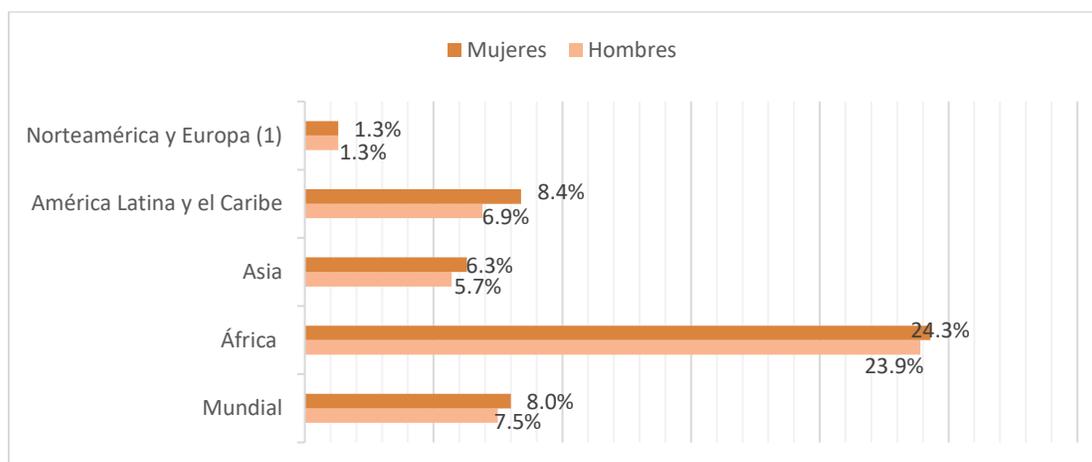
(1) Excluido México.

Elaboración propia con datos de: FAO, *The state of food security and nutrition in the world 2019*, [en línea], Roma, FAO, 2019, Dirección URL: <http://www.fao.org/state-of-food-security-nutrition/en/>, [Consulta: 25 de julio de 2019].

A pesar de que Asia tiene la mayor incidencia de inseguridad alimentaria severa y moderada, África tiene la mayor prevalencia. En este continente más de la mitad de su población no tienen acceso regular a una alimentación nutritiva en cantidad y variedad.

La FIES permite conocer el nivel de inseguridad alimentaria de los individuos por sexo, lo que le dota de una perspectiva de género. A nivel mundial las mujeres son más susceptibles de sufrir de inseguridad alimentaria grave, siendo América Latina la región donde hay una mayor desigualdad.

Gráfica 1.9. Prevalencia (%) de la inseguridad alimentaria por sexo en adultos ≥15 años en el periodo 2015-2017



(1) Excluido México.

Fuente: FAO, et al., *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición*, [en línea], 218 pp., Roma, FAO, 2018, Dirección URL: <http://www.fao.org/3/I9553ES/I9553es.pdf>, [Consulta: 4 de abril de 2019], p. 11.

1.2.3. Emaciación y retraso del crecimiento como formas de malnutrición

La subalimentación (desnutrición) al ser una condición en la que un individuo tiene una ingesta deficiente -en cantidad, variedad y calidad- de alimentos forma parte de una de las variantes de la malnutrición ya que ésta última es un “[...] estado fisiológico anormal debido a un consumo insuficiente, desequilibrado o excesivo de macronutrientes (carbohidratos, proteínas y grasas) o micronutrientes (vitaminas y minerales).”⁵³ De esta manera la obesidad entendiéndose como la “[...] acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”⁵⁴, es también una forma de malnutrición, pero no se abordará en este trabajo. Este capítulo se limitará a investigar las malnutriciones ocasionadas por un consumo insuficiente de micronutrientes y macronutrientes y no aquellas generadas por el consumo excesivo de estos últimos.

La emaciación es un estado de delgadez moderada o extrema en relación a la estatura. De acuerdo con la FAO es la “[...] pérdida grave de peso o incapacidad para aumentar

⁵³ FAO, et al., *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición*, op. cit., p. 173.

⁵⁴ OMS, *Obesidad y sobrepeso*, [en línea], Ginebra, OMS, 2018, Dirección URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, [consulta: 26 de junio de 2019].

de peso y puede ser consecuencia de una ingesta dietética insuficiente o de una incidencia de enfermedades infecciosas, especialmente la diarrea.”⁵⁵

En el informe de la FAO, *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo*, se revela que en 2017 “[...] el 7,5% de los niños menores de cinco años (50,5 millones) padecían emaciación.”⁵⁶ Del total de niños y niñas con emaciación, casi 7 de cada 10 se encontraban en Asia.

En marzo del 2019, la UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), el Grupo del Banco Mundial y la OMS (Organización Mundial de la Salud) publicaron nuevas estimaciones sobre la emaciación, las cuales muestran una ligera disminución en comparación con los datos del 2017.

Tabla 1.7. Emaciación moderada y grave (millones) en infantes menores de 5 años, 2018

	Emaciación moderada y grave	Emaciación grave
Mundial	49.5	16.6
Asia (1)	33.8	12.1
África	14.0	4.2
Latinoamérica y el Caribe	0.7	0.2
Oceanía (2)	0.1	0.0

(1) Japón excluido.

(2) Excluido Australia y Nueva Zelanda.

Fuente: UNICEF, OMS, BM, *Joint child malnutrition estimates, global and regional*, [en línea], Nueva York, UNICEF, 2019, Dirección URL: <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/05/Joint-Malnutrition-Estimates-Regional-and-Global-Estimates-March-2019.xlsx>, [Consulta: 3 de julio de 2019].

En la tabla 1.7 se muestra el número de infantes menores de 5 años que sufren de emaciación moderada y grave alrededor del mundo. Como se podrá observar la concentración en Asia y África es tal que tienen casi toda la población infantil emaciada, mientras que en Oceanía y América Latina y el Caribe hay una incidencia mucho menor.

⁵⁵ FAO, et al., *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición*, op. cit., p. 156.

⁵⁶ *Ibid.*, p. 14.

La emaciación obedece a varios factores los cuales pueden ser la inseguridad alimentaria, carencia de servicios de salud, falta de medidas sanitarias, bajo acceso a agua potable, tener malas prácticas de alimentación, entre otros. “El alza de los precios de los alimentos, su escasez en zonas de conflicto y las catástrofes naturales reducen el acceso a las familias a alimentos apropiados y en cantidad suficiente, por lo que son factores que pueden provocar emaciación.”⁵⁷

Ya en repetidas ocasiones se ha comprobado que las políticas que se crean para erradicar cualquier forma de malnutrición deben contener un esfuerzo nacional acompañado de políticas locales. Lo anterior, no es más que reconocer que a pesar de que la emaciación es un problema que afecta a todo el globo terráqueo, esta tiene especificidades y elementos particulares en el espacio-tiempo que hacen necesaria la elaboración de un estudio local en una comunidad, generar una estrategia local y engancharla a una de mayor tamaño para que se complemente.

Un ejemplo de este tipo de esfuerzos es el estudio que publicó la *Revista Nature* en marzo de 2018 *Mapping child growth failure in Africa between 2000 and 2015*.⁵⁸ Este trabajo analizó a 51 países africanos a través de informes y encuestas georeferenciadas para poder lograr una geolocalización de la emaciación, retraso del crecimiento y la desnutrición en cuadros de 5x5 km. La investigación permitió además de ubicar a los grupos afectados en un espacio-tiempo, conocer las particularidades de cada uno y sus necesidades específicas.

Las estimaciones geoespaciales de la insuficiencia de crecimiento infantil proporcionan un punto de referencia para medir el progreso, así como una plataforma de salud pública precisa para dirigir las intervenciones a aquellas poblaciones más necesitadas, a fin de reducir las disparidades en materia de salud y acelerar el progreso.⁵⁹

⁵⁷ OMS, *10 datos sobre nutrición*, [en línea], Ginebra, OMS, 2017, Dirección URL: <https://www.who.int/features/factfiles/nutrition/es/>, [Consulta: 28 de junio de 2019].

⁵⁸ Aaron Osgood-Zimmerman, *et al.*, “Mapping child growth failure in Africa between 2000 and 2015”, [en línea], pp. 20, Londres, *Nature*, vol. 555, 2018, Dirección URL: <https://www.nature.com/articles/nature25760.pdf>, [Consulta: 3 de julio de 2019].

⁵⁹ *Ibid.*, p. 41.

Por otro lado, en la siguiente tabla se puede observar cómo a pesar de que Oceanía es la región con menor presencia total de infantes con emaciación, sus tasas son equivalentes a las de Asia. Esto quiere decir que la prevalencia es la misma entre estas dos regiones, aunque en números absolutos haya una gran disparidad. “En Asia y Oceanía la emaciación está poniendo a cerca de 1 de cada 10 infantes menores de 5 años en un riesgo mayor de mortalidad.”⁶⁰

Tabla 1.8. Prevalencia (%) de emaciación moderada y severa en infantes menores de 5 años, 2018

	Emaciación moderada y grave (%)	Emaciación grave (%)
Mundial	7.3	2.4
Asia (1)	9.4	3.4
Oceanía (2)	9.4	3.4
África	7.1	2.2
Latinoamérica y el Caribe	1.3	0.3

(1) Excluido Japón.

(2) Excluido Australia y Nueva Zelanda.

Fuente: UNICEF, OMS, BM, *Joint child malnutrition estimates, global and regional, op. cit.*

Si se piensan los 49,5 millones de infantes con emaciación en 2018 como un hecho aislado se podría perder de vista que esta población es igual a la de Corea del Sur (51,6 millones de personas en 2018) o a la de Colombia (49,6 millones en 2018). Por otro lado, si se contempla solo la emaciación grave que es de 16,6 millones de niñas y niños, esto equivaldría a la población total de Zimbabue (14,4 millones, en 2018) o a la de Camboya (16,2 millones en 2018).⁶¹

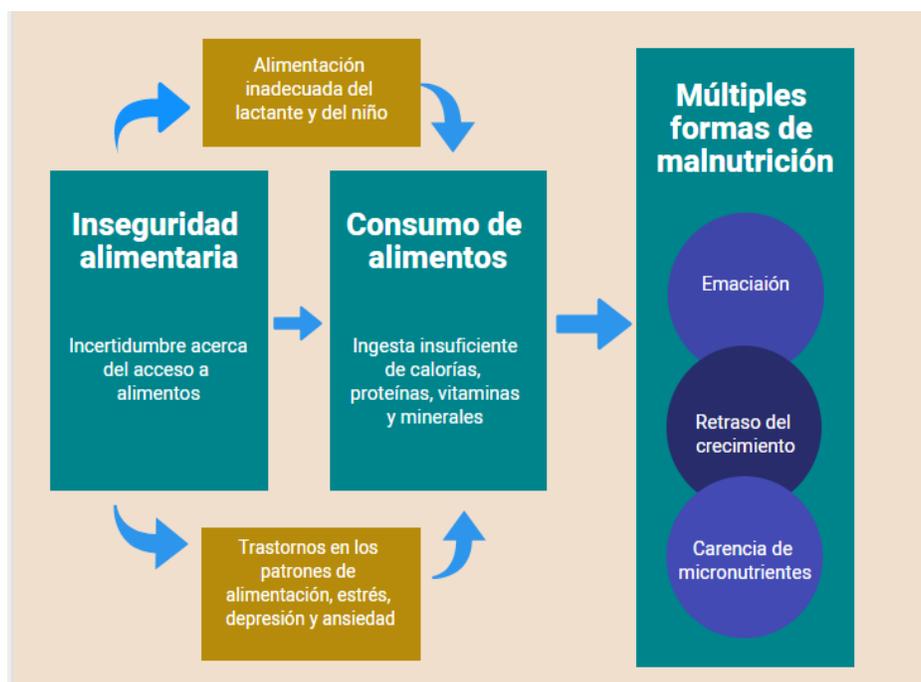
La emaciación es un círculo vicioso, ya que debilita el cuerpo, aumentando el riesgo de contraer infecciones y que éstas tengan por consecuencia una mayor delgadez de la persona. Asimismo, esta forma de malnutrición eleva los riesgos de mortalidad. “La emaciación severa se destaca por conllevar el nivel más alto de riesgo de muerte (alrededor de 12 veces más vulnerables al riesgo de muerte que un niño sin emaciación

⁶⁰ UNICEF, OMS, BM, *Levels and trends in child malnutrition: key findings of the 2019 Edition of the Joint Child Malnutrition Estimates*, [en línea], 15 pp., Ginebra, OMS, 2019, Dirección URL: <https://www.who.int/nutgrowthdb/jme-2019-key-findings.pdf?ua=1>, [Consulta: 4 de julio de 2019], p. 6.

⁶¹ Banco Mundial, *Población total*, [en línea], Washington, Banco Mundial, 2019, Dirección URL: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL>, [Consulta: 27 de junio de 2019].

ni retraso del crecimiento).”⁶² De acuerdo con una estimación del 2017 de la OMS “[...] cada año fallecen alrededor de 1,5 millones de niños por emaciación.”⁶³ Lo anterior es igual a que toda la gente de Iztapalapa, la delegación más poblada de México, desapareciera en 1 año y 3 meses.⁶⁴

Figura 1.3. Trayectoria de la inseguridad alimentaria a la malnutrición



Fuente: FAO, et al., *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición*, op. cit., p. 32.

Asia del Sur fue la subregión más afectada por la emaciación en menores de 5 años al tener una prevalencia igual al 14,6%, es decir, de cada 100 niños que vivían ahí, 15 presentaban esta malnutrición⁶⁵. Asimismo, de los 49,5 millones de niños emaciados de todo el mundo (en 2018), más de la mitad vivían en Asia del Sur (25,3 millones).⁶⁶

⁶² Grupo de interés Técnico sobre la Emaciación y el Retraso del Crecimiento, *Emaciación y retraso del crecimiento infantil: es hora de no separarlos más*, [en línea], pp. 3, Londres, ENN, 2018, Dirección URL: <https://www.ennonline.net/attachments/3036/WaSt-policy-brief-Spanish.pdf>, [Consulta: 16 de julio de 2019], p. 2.

⁶³ OMS, *10 datos sobre nutrición*, op. cit.

⁶⁴ La población de Iztapalapa en 2015 fue de 1,827,868 habitantes. Fuente: INEGI, *Número de habitantes*, [en línea], Ciudad de México, INEGI, 2015, Dirección URL: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx?tema=P>, [Consulta: 28 de junio de 2019].

⁶⁵ UNICEF, OMS, BM, *Levels and trends in child malnutrition: key findings of the 2019 Edition of the Joint Child Malnutrition Estimates*, op. cit., p. 6.

⁶⁶ *Ibid.* p. 7.

De acuerdo con el Informe Global de Nutrición, la India fue el país que presentó mayor número de infantes menores de 5 años con esta malnutrición en 2017. “Los tres países con un mayor número de niños que sufren emaciación son [...]: la India (25,5 millones) y Nigeria (3,4 millones), pero también Indonesia (3,3 millones).”⁶⁷

Pasando a otra forma de malnutrición, la FAO define el retraso del crecimiento como la “[...] estatura baja para la edad, que refleja un episodio o episodios pasados prolongados de desnutrición.”⁶⁸ En menores de 5 años, la OMS establece que un niño padece de esta malnutrición si presenta una estatura para la edad inferior a dos desviaciones típicas por debajo de la mediana de los Patrones de Crecimiento Infantil.

De acuerdo con datos de la OMS, UNICEF y del Banco Mundial (BM) en 2018, la prevalencia del retraso del crecimiento en menores de 5 años fue del 21,9% igual a 149 millones de infantes (de cada 100, 22 niños tenían retraso del crecimiento).⁶⁹ De manera global esta malnutrición ha disminuido constantemente. “Las tasas de prevalencia mundiales han disminuido de forma lenta pero segura, del 32,6% en 2000 al 22,2% en 2017 [para llegar al 21,9% actual]”⁷⁰. El número de infantes afectados transitó de 198,4 millones en 2000 a 150,8 millones [en 2017].⁷¹

Asia y África son los dos continentes más afectados tanto por números absolutos como por la prevalencia que existe. “En 2017, África y Asia tuvieron más de nueve de cada diez niños del total de niños con retraso del crecimiento a nivel mundial, lo que representa el 39% y el 55% respectivamente.”⁷² Juntos estos continentes tenían el 94% del total de niños afectados por esta desnutrición.

⁶⁷ Iniciativas de Desarrollo, *2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition*, op. cit., p. 35.

⁶⁸ FAO, et al., *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición*, op. cit., p. 174.

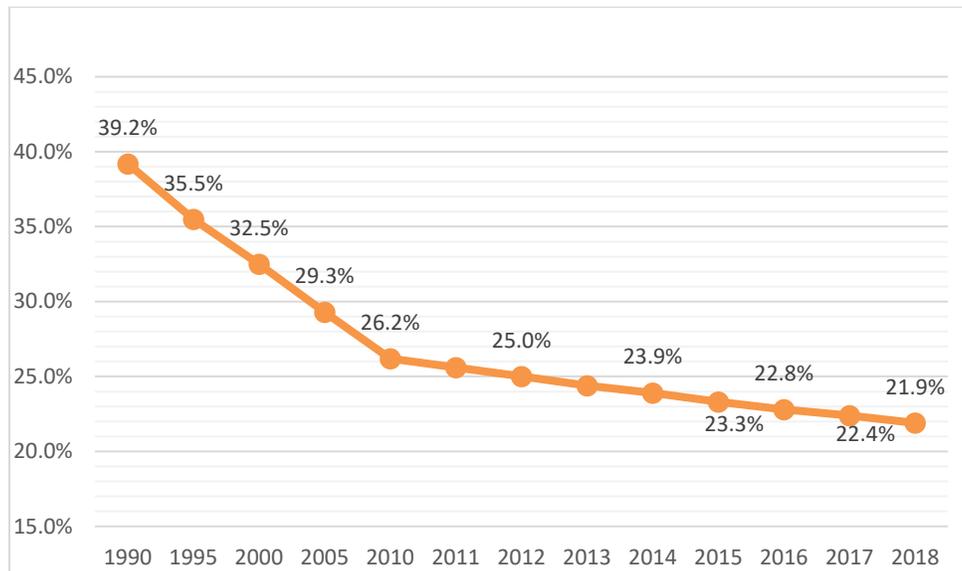
⁶⁹ UNICEF, *Malnutrition*, op. cit.

⁷⁰ Iniciativas de Desarrollo, *2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition*, op. cit., p. 30.

⁷¹ *Ibid.*, p. 31.

⁷² FAO, et al., *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición*, op. cit., p. 17.

Gráfica 1.10. Prevalencia (%) mundial del retraso del crecimiento, 1990-2018



Fuente: UNICEF, OMS, BM, *Joint child malnutrition estimates, global and regional*, op. cit.

De manera regional, los avances han sido positivos con respecto al retraso del crecimiento en menores, pues ha habido una disminución en ella del 2000 al 2017. “[...] en Asia se redujo del 38,1% al 23,2%; en América Latina y el Caribe, del 16,9% al 9,6%; y en África, del 38,3% al 30,3%.”⁷³ Sin embargo, el número absoluto de infantes afectados por el retraso del crecimiento sigue en aumento en África, ya que pasó de 50,3 millones en el 2000 a 58,8 millones en 2018.⁷⁴ Esto quiere decir que en este continente el crecimiento de la población superó al crecimiento del retraso del crecimiento, de ahí que la concentración disminuyera (prevalencia), pero no el número de afectados. Esto al final, representa un retroceso porque significa que su desarrollo no es el suficiente para darle una vida digna a todos sus habitantes.

⁷³ Iniciativas de desarrollo, *2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition*, op. cit., p. 30.

⁷⁴ UNICEF, OMS, BM, *Joint child malnutrition estimates, global and regional*, [en línea], Nueva York, UNICEF, 2019, Dirección URL: <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/05/Joint-Malnutrition-Estimates-Regional-and-Global-Estimates-March-2019.xlsx>, [Consulta: 3 de julio de 2019].

Tabla 1.9. Prevalencia regional (%) del retraso del crecimiento en menores de 5 años 2000, 2017, 2018

Región	Prevalencia (%)		
	2000	2017	2018
África	38.3	30.3	30.0
Asia(1)	38.1	23.2	22.7
América Latina y el Caribe	16.9	9.6	9.0
Oceanía(2)	N/d	N/d	38.2
Norteamérica(3)	N/d	N/d	2.6

N/d= No determinado.

(1) Japón excluido.

(2) Excluido Australia y Nueva Zelanda.

(3) Cifras basadas únicamente en datos de Estados Unidos.

Fuente: UNICEF, OMS, BM, *Joint child malnutrition estimates, global and regional, op. cit.*

Los países con una mayor prevalencia de retraso del crecimiento en 2017 fueron Burundi, Timor-Leste y Eritrea, donde más de la mitad de niños padecieron esta malnutrición. “Otros tres países suman casi la mitad (el 47,2%) del total de niños afectados: la India, Nigeria y el Pakistán.”⁷⁵ La India tiene 46,6 millones de niños con retraso de crecimiento, Nigeria 13,9 millones y Pakistán 10,7 millones.

Los anteriores datos fueron del 2017, pero también se pueden agregar otros países como Papúa Nueva Guinea que en 2010 tuvo una prevalencia del 49,5%; Madagascar en 2013 del 48,9%; Guatemala en 2015 del 46,7%; Yemen en 2013 del 46,4%; Laos en 2011 del 44,2%; Mozambique en 2011 del 42,9%; y Malawi en 2014 del 42,4%.⁷⁶

Así como hay países con altas tasas de retraso del crecimiento también hay aquellos que tienen resultados alentadores. Chile en 2014 tuvo una prevalencia en menores de 5 años del 1,8% (de cada 100, dos niñas(os) estaban afectados); Polonia en 2014 del 2,6%; y Estados Unidos en 2016 del 3,5%.⁷⁷

El retraso del crecimiento tiene múltiples causas; no obstante, se ha encontrado que los primeros 1000 días de vida de un individuo desde la fecundación (iniciando en el útero

⁷⁵ Iniciativas de Desarrollo, *2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition, op. cit.*, p. 35.

⁷⁶ UNICEF, OMS, BM, *Joint child malnutrition estimates, global and regional, op. cit.*

⁷⁷ *Idem.*

hasta cumplir dos años de edad) son de vital importancia y definirán el desarrollo de la persona. “Casi todos los casos de retraso en el crecimiento se produce en los primeros 1000 días después de la concepción.”⁷⁸

Como se observa, la salud de la mujer antes, durante y después de estar embarazada definirá el desarrollo del feto y posteriormente del infante, ya que durante su crecimiento necesitará de vitaminas, minerales y demás nutrientes suficientes que garanticen su crecimiento lineal. Este dato revela que para garantizar el pleno desarrollo de un niño(a), no es suficiente con brindarle lo necesario después de haber nacido, sino que se debe garantizar también la salud de las madres. “Una proporción significativa (20-30%) de la emaciación y del retraso del crecimiento encuentran su origen en el útero, demostrando la importancia que tiene la nutrición materna antes y después del embarazo para la prevención de estas formas de desnutrición.”⁷⁹

El retraso del crecimiento es ocasionado principalmente por la carencia de una alimentación suficiente y de calidad. Si no se tiene acceso a este elemento (desde la concepción hasta los dos primeros años de edad), el sistema inmunológico se debilita, lo que aumenta el riesgo de contraer enfermedades infecciosas como la malaria, meningitis, sarampión, neumonía y diarrea. Estudios han demostrado que la diarrea es la enfermedad infecciosa que pone en mayor peligro el crecimiento lineal de un infante. “La proporción atribuible al retraso del crecimiento por cinco episodios previos de diarrea es del 25% [cuando suceden en los primeros 24 meses de edad de un individuo].”⁸⁰

También se encuentran otras causas como la falta de una educación nutricional por parte de la madre y el padre que podrían devenir en pobres prácticas alimentarias. La falta de medidas higiénicas y sanitarias aumenta el riesgo de contraer enfermedades infecciosas. Por otro lado, una lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de un

⁷⁸ Robert E. Black, *et al.*, “Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middleincome countries”, [en línea], pp. 427-451, Londres, *The Lancet*, vol. 382, 2013, Dirección URL: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2813%2960937-X>, [Consulta: 10 de julio de 2019], p. 434.

⁷⁹ Grupo de interés Técnico sobre la Emaciación y el Retraso del Crecimiento, *Emaciación y retraso del crecimiento infantil: es hora de no separarlos más*, *op. cit.*, p. 1.

⁸⁰ Robert E. Black, *et al.*, “Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middleincome countries”, *op. cit.*, p. 434.

bebé y una lactancia acompañada de una dieta complementaria en los posteriores 18 meses son determinantes en el desarrollo del niño. Por último, la falta de acceso a servicios de salud puede aumentar considerablemente el riesgo de esta malnutrición al no tenerse un tratamiento disponible contra las enfermedades infecciosas.⁸¹

La población rural es más vulnerable a ser afectada por el retraso del crecimiento y la emaciación que aquella en zonas urbanas. Esto sucede ya que las economías rurales se caracterizan por realizar actividades del sector primario como la agricultura, la ganadería, la pesca y la silvicultura, así como producir algunos otros bienes y servicios básicos no propios de una economía del sector secundario o terciario. Este tipo de actividades económicas son más sensibles a los cambios climáticos, a los desastres naturales, e incluso a las inestabilidades económicas y a las fluctuaciones de los precios.

La prevalencia del retraso del crecimiento en las zonas urbanas es, en promedio, del 19,2%, frente al 26,8% en las zonas rurales. La emaciación aún afecta en mayor medida a los niños de las zonas rurales que a los de las zonas urbanas, aunque la diferencia es mucho menos pronunciada (el 5,8% en las zonas urbanas frente al 6,4% en las zonas rurales).⁸²

Un estudio realizado en Perú, titulado *Impacto de la inversión pública rural en el desarrollo regional*⁸³ analizó los beneficios del gasto público en las zonas rurales. Del 2002 al 2012 el gobierno de este país decidió invertir en cuatro categorías distintas: 1) infraestructura productiva que incluía inversión en riego, caminos rurales, electrificación rural, telecomunicación rural, infraestructura de comercialización, agua y saneamiento; 2) infraestructura social en educación y salud; 3) programas de apoyo directo al productor; y 4) en programas de apoyo social a la población rural.

⁸¹ *Ibid.*, p. 428.

⁸² Iniciativas de Desarrollo, 2018 *Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition*, op. cit., p. 44.

⁸³ Ricardo Fort, Héctor Paredes, *Impacto de la inversión pública rural en el desarrollo regional*, pp. 8, Pittsburgh, CIES, 2014, Dirección URL: <http://cies.org.pe/sites/default/files/files/articulos/economiasociedad/01-fort.pdf>, [Consulta: 15 de julio de 2019].

Con el tiempo la inversión en infraestructura productiva y social fueron los dos rubros que absorbieron el grueso de la inversión. Los resultados arrojaron que la inversión en infraestructura física y social era más benéfica para el desarrollo rural que la inversión en programas de apoyo a los productores. “Así, se encuentra que las inversiones en riego, caminos y telecomunicaciones constituyen una estrategia de política efectiva para la atención simultánea de objetivos de pobreza y productividad.”⁸⁴

Asimismo, en un estudio realizado en Brasil, se sostiene que mantener un gasto en infraestructura física y el tener una política agraria contribuyen en gran medida al crecimiento de las zonas rurales. “[...] los países que invierten una mayor proporción de sus fondos públicos rurales en bienes públicos y que, al mismo tiempo, reducen los subsidios privados, tienen mayores ingresos rurales [...].”⁸⁵ Lo anterior representan casos de cómo el aumento en la calidad de la infraestructura social y física contribuyen en el desarrollo de una región y con ello, mantener una población saludable y lejos de la malnutrición.

Al igual que la emaciación, el retraso del crecimiento eleva el riesgo de mortalidad y sobre todo cuando se presenta con una doble carga que sucede cuando dos formas de malnutrición coexisten al mismo tiempo, es decir, que un infante padezca emaciación y retraso del crecimiento a la vez. Un niño que padece estas dos malnutriciones es cinco veces más probable su muerte que la de un niño sano.⁸⁶

En este sentido el Informe Global de la Nutrición del 2018 encontró que “[...] el retraso del crecimiento y la emaciación coexisten en el 3,62% de los menores de 5 años —es decir, 15,95 millones de niños—.”⁸⁷ De acuerdo con un estudio del *American Journal of Clinical Nutrition*⁸⁸ los infantes que padecen emaciación, retraso del crecimiento y

⁸⁴ *Ibid.*, p.13.

⁸⁵ Fernando Baquero, Józimo Rocha, Jorge Ortega, *Políticas públicas y desarrollo rural en América Latina y el Caribe: el papel del gasto público*, [en línea], 333 pp., Santiago de Chile, FAO, 2006, Dirección URL: <http://www.fao.org/3/a0825s/a0825s00.pdf>, [Consulta: 16 de julio de 2019], p. 187.

⁸⁶ Grupo de interés Técnico sobre la Emaciación y el Retraso del Crecimiento, *Emaciación y retraso del crecimiento infantil: es hora de no separarlos más*, *op. cit.*, p. 2

⁸⁷ Iniciativas de desarrollo, *2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition*, *op. cit.*, p. 44.

⁸⁸ Christine M. McDonald, *et al.*, “The effect of multiple anthropometric deficits on child mortality: meta-analysis of individual data in 10 prospective studies from developing countries”, [en línea], pp. 896-901,

desnutrición tienen un mayor riesgo de mortalidad que aquellos que presentaran una sola. La Red de Nutrición de Emergencia (ENN, por sus siglas en inglés) confirma que padecer estas dos desnutriciones eleva “[...] el riesgo de muerte a niveles que pueden compararse con las de niños con la forma más severa de emaciación [...].”⁸⁹

Los efectos de la malnutrición se agravan cuando esta sucede en tempranas edades ya que la salud física y mental de los infantes queda comprometida. La emaciación es una de las formas más amenazantes para la niñez ya que eleva el riesgo de la mortalidad y de contraer infecciones que se vuelven en un círculo vicioso ya que hacen perder peso en tiempos muy cortos y con ello, empeorar la delgadez del infante.

La delgadez entre los niños de 5 a 9 años y los adolescentes de 10 a 19 años está asociada con un riesgo más alto de enfermedades infecciosas, retraso madurativo, y menor fortaleza muscular, capacidad de trabajo y densidad ósea en las etapas posteriores de la vida.⁹⁰

Por otro lado, la emaciación y la subalimentación generan otros efectos sobre las mujeres además de los antes mencionados. “[...] la delgadez [...] está asociada con malos resultados en el embarazo, tales como mortalidad materna, complicaciones en el parto, parto prematuro y retraso del crecimiento intrauterino.”⁹¹

Se estima que diferentes formas de desnutrición como la restricción del crecimiento fetal, el retraso del crecimiento, la emaciación, la lactancia materna subóptima y las deficiencias en vitamina A y zinc son causa de 3,1 millones de muertes anualmente, o bien, fueron responsables del 45% del total de muertes de niños en 2011.⁹²

Se reporta que aquellos que tuvieron retraso del crecimiento en sus dos primeros años de edad, la salud mental posterior tiene niveles más altos de depresión, ansiedad,

The American Journal of Clinical Nutrition, vol. 97, num. 4, 2013, Dirección URL: <https://doi.org/10.3945/ajcn.112.047639>, [Consulta: 11 de julio de 2019], p. 896.

⁸⁹ Grupo de interés Técnico sobre la Emaciación y el Retraso del Crecimiento, *Emaciación y retraso del crecimiento infantil: es hora de no separarlos más*, op. cit., p. 2.

⁹⁰ FAO, et al., *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición*, op. cit., p. 26.

⁹¹ *Idem*.

⁹² Robert E. Black, et al., “Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middleincome countries”, op. cit., p. 427.

hiperactividad, un mayor riesgo de ideación suicida y una menor autoestima en comparación con los que no tuvieron esta desnutrición. Asimismo, en la vida adulta se elevan los niveles de déficit de atención.⁹³

Asimismo, la desnutrición genera un costo económico que se refleja en el corto y largo plazo. Los primeros son los costos relacionados a la atención médica de las enfermedades asociadas a la desnutrición, que se presentan desde la infancia hasta la vida adulta; por el otro, las pérdidas en la capacidad productiva de un país por los niños que no llegaron a la edad adulta por muerte asociada a la malnutrición.⁹⁴ Igualmente, una economía pierde productividad por aquellos infantes que no lograron tener un mejor desempeño escolar, que se traduce en un menor capital humano y menores ingresos en la vida laboral. “Los costos económicos de la desnutrición son sustanciales: las pérdidas productivas en las personas son estimadas en más del 10% de los ingresos de toda su vida, y las pérdidas para el Producto Interno Bruto pueden ser del 2 al 3% de muchos países.”⁹⁵

Investigaciones demuestran que el retraso del crecimiento aumenta las probabilidades de padecer emaciación y viceversa. Asimismo, “[...] los datos indican que la mayoría de los factores de riesgo que resultan en la emaciación o el retraso del crecimiento en un niño durante su infancia o niñez, son idénticos.”⁹⁶ Es entonces que estas dos malnutriciones pueden investigarse y tratarse conjuntamente para lograr mejores avances sobre los infantes.

Como se observa, la malnutrición en la niñez no solo es ocasional, sino que las consecuencias prevalecerán durante toda la vida de estos niños de acuerdo a la gravedad en que se presentó. Un niño o una niña que haya sufrido de desnutrición no

⁹³ *Ibid.*, p. 442.

⁹⁴ Amalia Palma, *Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe*, op. cit.

⁹⁵ Susan Horton, et al., *Scaling up nutrition. What will it cost?*, [en línea], 100 pp., Washington, Banco Mundial, 2010, Dirección URL: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/Peer-Reviewed-Publications/ScalingUpNutrition.pdf>, [Consulta: 18 de julio de 2019], p. 1.

⁹⁶ Grupo de interés Técnico sobre la Emaciación y el Retraso del Crecimiento, *Emaciación y retraso del crecimiento infantil: es hora de no separarlos más*, op. cit., p. 1.

tendrá el mismo desarrollo que sus pares, es más, se encontrará en una situación de desventaja en materia de salud, educación, vida productiva y reproductiva.

La malnutrición puede tener génesis desde el útero, es entonces que la salud de la madre importa ya que la salud que posea la mujer embarazada será transferida al hijo. Si el feto no cuenta con los nutrientes necesarios desde su concepción, su desarrollo dentro y fuera de la madre, será fallido.

1.2.4. Anemia, desnutrición materna y la lactancia materna exclusiva

La anemia es parte de los ODS, la FAO la define como “[...] una concentración de hemoglobina inferior a un punto límite determinado, que puede variar en función de la edad, el sexo, el estado fisiológico, los hábitos de fumar y la altitud en la que vive la población que se evalúa.”⁹⁷ Se tiene anemia en mujeres embarazadas cuando la hemoglobina es inferior a 110g/L y en mujeres no embarazadas cuando es inferior a 120g/L. Esta malnutrición se evalúa en mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años).

A nivel mundial esta malnutrición aumentó del 30,3% en 2012 al 32,8% en 2016, la cifra más reciente provista por la OMS. Esto significa que 1 de cada 3 mujeres en edad fértil tiene anemia. “En 2016, la anemia afectaba a 613,2 millones de mujeres en edad reproductiva, de las cuales 35,3 millones estaban embarazadas.”⁹⁸

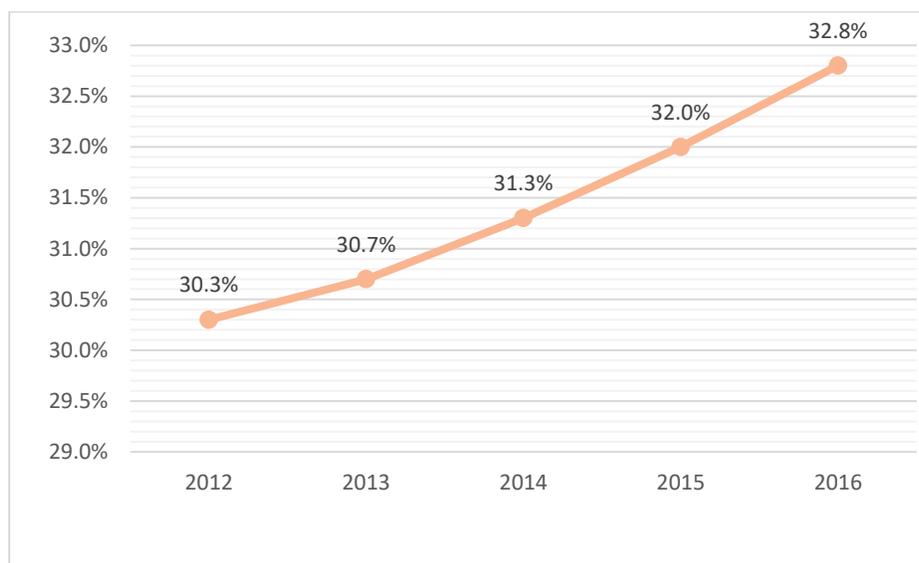
Por regiones de la OMS, el Sudeste Asiático fue el más afectado en 2016 con una prevalencia del 45,8%; después le siguió el Mediterráneo Oriental con 39,8%; África con 39,0%; el Pacífico Occidental con 25,3%; Europa con 22,7%; y América con 19,1%.⁹⁹

⁹⁷ FAO, et al., *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición*, op. cit., p. 160.

⁹⁸ Iniciativas de desarrollo, *2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition*, op. cit., p. 32.

⁹⁹ OMS, *Prevalence of anaemia in women. Estimates by WHO region*, [en línea], Ginebra, OMS, 2017, Dirección URL: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH28REG?lang=en>, [Consulta: 22 de julio de 2019].

Gráfica 1.11. Prevalencia (%) mundial de la anemia en mujeres en edad reproductiva (15-49 años), 2012-2016



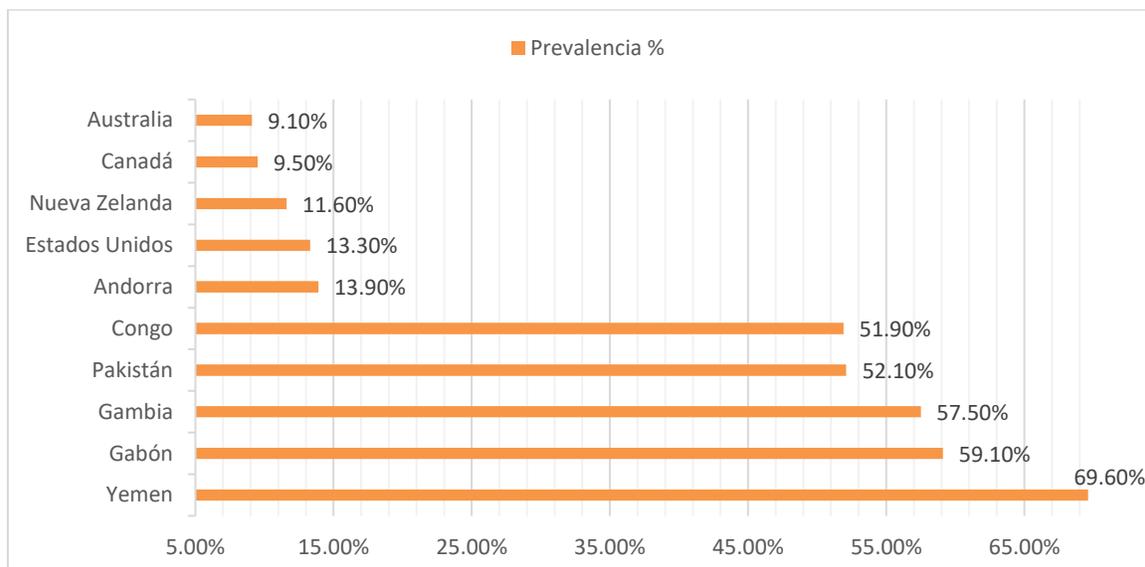
Fuente: OMS, *Prevalence of anaemia in women. Estimates by WHO region*, [en línea], Ginebra, OMS, 2017, Dirección URL: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH28REG?lang=en>, [consulta: 22 de julio de 2019].

La anemia sucede cuando no se tiene suficiente hemoglobina en la sangre que es la proteína que contiene el oxígeno dentro de los glóbulos rojos, ellos transportan el oxígeno a los tejidos corporales. Sin suficiente producción de hemoglobina, los glóbulos rojos dejan de estar sanos y el cuerpo deja de funcionar correctamente. “El cuerpo necesita ciertas vitaminas, minerales y nutrientes para producir suficientes glóbulos rojos. El hierro, la vitamina B12 y el ácido fólico son tres de los más importantes.”¹⁰⁰ Algunos síntomas de la anemia son: mareo, piel pálida, dolor torácico, dificultad para respirar, fatiga o debilidad e intolerancia al frío.¹⁰¹

¹⁰⁰ MedlinePlus, *Anemia*, [en línea], Rockville, Biblioteca Nacional de Medicina de EUA, 2019, Dirección URL: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000560.htm>, [Consulta: 23 de julio de 2019].

¹⁰¹ American Kidney Fund, *La anemia y la enfermedad renal*, [en línea], Rockville, American Kidney Fund, 2019, Dirección URL: <http://www.kidneyfund.org/en-espanol/enfermedad-de-los-rinones/complicaciones/anemia.html>, [Consulta: 23 de julio de 2019].

Gráfica 1.12. Países con menor y mayor prevalencia (%) de anemia en mujeres en edad reproductiva, 2016



Fuente: OMS, *Prevalence of anaemia in women. Estimates by country*, [en línea], Ginebra, OMS, 2017, Dirección URL: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH28REG?lang=en>, [Consulta: 22 de julio de 2019].

La inseguridad alimentaria eleva el riesgo de padecer anemia porque estas personas no pueden consumir alimentos en cantidad, calidad y variedad necesaria para obtener no solo los macronutrientes necesarios, sino también los micronutrientes como el hierro, que logra evitar en gran medida la anemia. “La inseguridad alimentaria aumenta en especial el riesgo de bajo peso al nacer, de retraso del crecimiento en los niños menores de 5 años y de anemia en las mujeres en edad reproductiva.”¹⁰² Asimismo la anemia puede ser ocasionada por una baja absorción de nutrientes o a la pérdida de sangre. El embarazo aumenta el riesgo de padecer esta malnutrición.¹⁰³

La salud de la madre es de vital importancia, ya que si sufre de desnutrición eleva su riesgo de padecer anemia, a la vez que no permite el acceso del feto a los micronutrientes necesarios para su correcto desarrollo durante el embarazo. La deficiencia en nutrientes como el ácido fólico, calcio, hierro, la vitamina A y D, el yodo y zinc durante el embarazo

¹⁰² FAO, et al., *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición*, op. cit., p. 35.

¹⁰³ Robert E. Black, et al., *Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middleincome countries*, op. cit., p. 430.

contribuye a que los niños no alcancen su potencial de desarrollo y eleve el riesgo de generar enfermedades.

El estudio *Iron and folic acid supplements in pregnancy improve child survival in Indonesia* demuestra que la suplementación de hierro y ácido fólico reduce el riesgo de muerte en menores de 5 años. “Después del ajuste por posibles factores de confusión, el riesgo de muerte de los niños menores de 5 años de edad se redujo significativamente en un 34% si la madre consumía cualquier suplemento de hierro y ácido fólico.”¹⁰⁴

Investigaciones presentadas en *Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries*¹⁰⁵ demuestran que la falta de vitamina A puede provocar problemas en la visión de la madre, que la deficiencia de zinc se asocia con problemas a largo plazo en el crecimiento físico, el sistema inmunológico y el estatus metabólico. Además, se asocia con un trabajo de parto prematuro y prolongado, hemorragia postparto y restricción del crecimiento fetal. Asimismo, se demuestra que la toma de calcio puede evitar el parto prematuro, hipertensión durante el embarazo y la restricción del crecimiento fetal.

Aunado a lo anterior, la baja presencia de vitamina D afecta el desarrollo del cerebro del bebé, causa preeclampsia en las madres, aumenta el riesgo de mortalidad perinatal y de parto prematuro, por último, se asocia con un desarrollo menor del feto dentro del vientre de la madre (SGA, por sus siglas en inglés).¹⁰⁶ La deficiencia severa de yodo puede causar cretinismo en el infante, lo cual se puede evitar con suplementos de este mineral antes de la concepción o en el primer trimestre de gestación.¹⁰⁷

¹⁰⁴ Michael J. Dibley, *et al.*, “Iron and folic acid supplements in pregnancy improve child survival in Indonesia”, [en línea], pp. 220-230, *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 95, num. 220, 2012, Dirección URL: <https://pdfs.semanticscholar.org/6b1a/1aa25ad8f36b01371c397bcd7aeafbd1bd1d.pdf>, [Consulta: 23 de julio de 2019], p. 220.

¹⁰⁵ Robert E. Black, *et al.*, *Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middleincome countries*, *op. cit.*

¹⁰⁶ *Ibid.*, pp. 430-432.

¹⁰⁷ POD Pharoah, IH Buttfeld, BS Hetzel, “Neurological damage to the fetus resulting from severe iodine deficiency during pregnancy”, [en línea], pp. 589-592, Oxford, *International Journal of Epidemiology*, vol. 41, num. 3, 2012, Dirección URL: <https://doi.org/10.1093/ije/dys070>, [Consulta: 22 de julio de 2019], pp. 590-591.

La lactancia materna exclusiva resulta ser una práctica alimentaria vital para el desarrollo del bebé durante sus primeros seis meses de edad y en los posteriores 18 meses con una lactancia acompañada de una alimentación complementaria. “La lactancia materna exclusiva para niños menores de seis meses se define como la alimentación exclusiva a base de leche materna sin otros alimentos ni líquidos adicionales, ni siquiera agua.”¹⁰⁸ La leche producida desde el seno materno constituye el mejor alimento para un recién nacido ya que reduce el riesgo de formar enfermedades crónicas y fortalece el sistema inmunológico.

En 2012 solo el 36,9% de todos los niños menores de seis meses de edad fueron alimentados exclusivamente con leche materna, en 2018 esto subió al 41,6%. Alrededor de 4 de cada 10 niñas(os) menores de 6 meses tuvieron una lactancia materna exclusiva. “En 2018, África y Asia tenían la mayor prevalencia de lactancia materna exclusiva. Sin embargo, estas dos regiones tienen la mayor prevalencia de anemia entre las mujeres en edad reproductiva.”¹⁰⁹ Una lactancia materna subóptima en los primeros meses de vida de un bebé eleva el riesgo de mortalidad neonatal. “El número de muertes infantiles atribuibles a una lactancia materna subóptima en 2011 fue de 804,000 o el 11,6% del total de ellas”¹¹⁰.

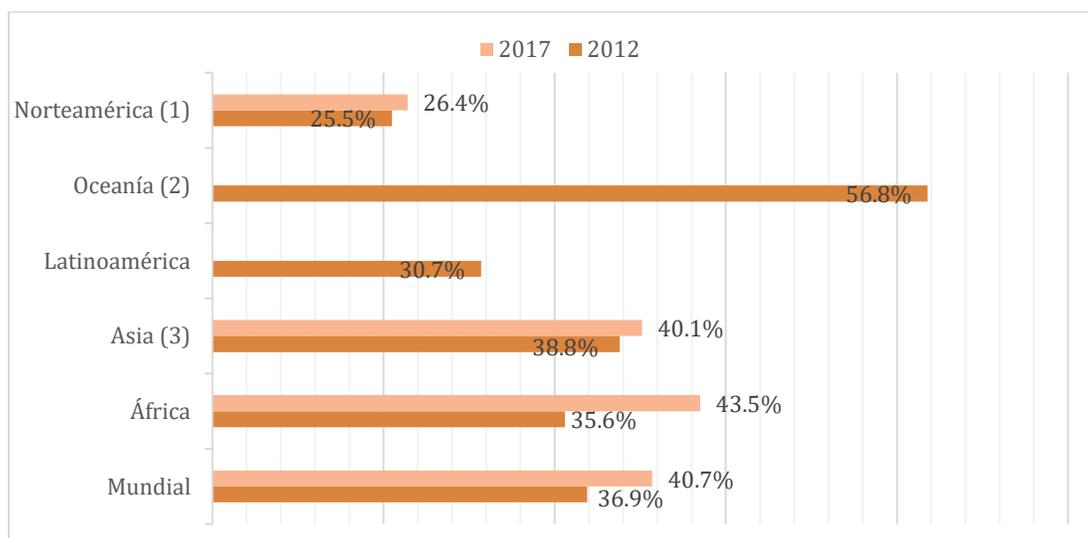
Lo anterior visto demuestra que la salud de las mujeres antes, durante y después del embarazo resulta determinante para su propia salud y la de los bebés. Las mujeres que cruzan un episodio de desnutrición, anemia, falta de micronutrientes, o que tuvieron problemas de salud a una edad temprana tienen una mayor asociación a complicaciones durante el embarazo y su bebé a un desarrollo subóptimo.

¹⁰⁸ FAO, *et al.*, *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición*, *op. cit.*, p. 158.

¹⁰⁹ FAO, *The state of food security and nutrition in the world 2019*, *op. cit.*

¹¹⁰ Robert E. Black, *et al.*, “Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middleincome countries”, *op. cit.*, p. 441.

Gráfica 1.13. Prevalencia regional (%) de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de edad, 2012 y 2017



(1) Excluido México.

(2) Excluido Australia y Nueva Zelanda.

(3) Excluido Japón.

Fuente: FAO, et al., *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición*, op. cit., pp. 128-139.

Es por esto que los programas de transferencias monetarias, que tengan como objetivo mejorar la salud de sus beneficiarios, deben enfocarse precisamente en la de las mujeres y en la de los bebés recién nacidos, ya que el desenvolvimiento que tengan será contundente para el resto de su vida.

El objetivo “Hambre cero” de los ODS ha tenido avances y retroceso. Los progresos se aprecian en la disminución de la prevalencia en la emaciación, el retraso del crecimiento y en el aumento de la lactancia materna exclusiva. Por el otro lado, el número absoluto de afectados y la prevalencia de la subalimentación, la inseguridad alimentaria y la anemia se han agravado.

Al respecto a los avances que se han obtenido, las tendencias actuales muestran que se está lejos de alcanzar las metas mundiales de 2030 en todos los aspectos. Los números indican que la subalimentación, la inseguridad alimentaria, la anemia, la emaciación, el retraso del crecimiento y la lactancia materna exclusiva terminarán afectando a más personas de las que la Agenda 2030 se había planteado. Continuar bajo la misma trayectoria constituirá un fracaso para los ODS.

El ODS, “Salud y bienestar”, muestra progresos en la disminución de la mortalidad infantil, un mejor escenario en la atención de partos por personal sanitario especializado y mayores tasas de vacunación. Una constante en este objetivo, es la existencia de una gran proporción de países que no cuentan con la infraestructura y personal suficiente para hacer frente a las enfermedades de la población.

En cuanto educación, los principales retos se centran en acabar con la desigualdad de oportunidades para mujeres en la educación, asegurar que toda la población mundial tenga las capacidades mínimas de escritura y lectura, la capacitación docente y mejorar la infraestructura de las escuelas. Por otro lado, se han tenido importantes avances en la cobertura de la educación en los niveles primaria, secundaria y media superior.

La alimentación, salud y educación muestran ser elementos de gran importancia para los programas de transferencias monetarias que buscan el desarrollo de las capacidades de su población beneficiaria. En materia de nutrición y salud, estos programas deben dirigir los esfuerzos principalmente a las mujeres y a los recién nacidos al ser los sujetos que ven más afectados estos rubros si no cuentan con los recursos suficientes para subsistir. En materia de educación, los programas deben buscar que las mujeres tengan igualdad de oportunidades en el acceso a la educación primaria, secundaria y media superior.

Por último, las tendencias mundiales en estos tres objetivos de los ODS enseñan que se están teniendo resultados positivos, pero no serán suficientes para alcanzar las metas de la agenda 2030. Se deben repensar las acciones y programas existentes a manera que se consiga una vida plena para todas las personas.

1.2.5. Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas en América Latina

Los Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas (PTMC) son programas sociales a través de los cuales se otorgan apoyos monetarios y no monetarios a las familias que se encuentran en pobreza. Para que la población beneficiaria pueda continuar gozando de dichos beneficios debe cumplir con una serie de requisitos que tienen la intención primordial de desarrollar su capital humano y su salud.

Entre algunos de los beneficios que otorgan esta clase de programas además de las transferencias monetarias son: entrega de apoyos alimenticios, acceso al sector salud, acceso a becas educativas, apoyos para útiles escolares, inclusión financiera e inclusión laboral. Las principales condicionalidades para gozar de estos beneficios se centran en el sector salud y educación como que los beneficiarios cumplan con esquemas de visitas a los centros de salud y que los hijos cumplan con un mínimo de asistencia escolar, solo por mencionar algunos, aunque las condicionalidades pueden variar entre cada programa.

El primer PTMC en América Latina tuvo lugar en Honduras en 1990 bajo el nombre de Programa de Asignación Familiar. “Sin embargo, fue a finales de la década cuando se expandieron masivamente en la región. Uno de los pioneros en esta etapa fue Brasil, con Bolsa Escola (1995), seguido por México, con el programa de Educación, Salud y Alimentación Progresiva (1997).”¹¹¹

A partir del siglo XXI los PTMC se expanden prácticamente a todos los países de Latinoamérica. En la tabla 1.10 se podrá visualizar la gran aceptación que tuvieron estos programas en la región. Esta expansión no se quedó solo en Latinoamérica, sino que se desarrollaron estos programas en otras partes del mundo. “Para 2008, había PTMC en más de 30 países, incluidos India, Turquía, Nigeria, Camboya, Filipinas, Burkina Faso y la ciudad de Nueva York.”¹¹²

¹¹¹ Mónica Uribe, Catalina Vasquez, *Los estudios sobre los Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas en América Latina: trayectorias, enfoques y perspectivas sobre la pobreza*, [en línea], Universidad Externado de Colombia, 2019, Dirección URL: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/675/67560760011/67560760011.pdf>, [Consulta: 21 de mayo de 2021], p. 4.

¹¹² *Ibid.*, p. 3.

**Tabla 1.10 Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas en
Latinoamérica**

Programa	País	Inicio	Fin
Asignación Universal por Hijo para Protección Social	Argentina	2009	*
Familias por la Inclusión Social	Argentina	2005	2010
Jefas y Jefes de Hogar Desocupados	Argentina	2002	2005
Programa de Ciudadanía Porteña	Argentina	2005	*
Creando oportunidades para nuestra transformación social (Building Opportunities for Our Social Transformation, BOOST)	Belice	2011	*
Bono Juancito Pinto	Bolivia	2006	*
Bono Madre Niña-Niño Juana Azurduy	Bolivia	2009	*
Bolsa Alimentação	Brasil	2001	2003
Bolsa Escola	Brasil	2001	2003
Bolsa Familia	Brasil	2003	*
Cartão Alimentação	Brasil	2003	*
Programa Bolsa Verde	Brasil	2011	2018
Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI)	Brasil	1996	*
Chile Seguridades y Oportunidades - SSyOO (Ingreso Ético Familiar - IEF)	Chile	2012	*
Chile Solidario	Chile	2002	2017
Subsidio Único Familiar	Chile	1981	*
Más Familias en Acción	Colombia	2001	*
Red Unidos (Ex Red Juntos)	Colombia	2007	*
Subsidios Condicionados a la Asistencia Escolar	Colombia	2005	2012
Avancemos	Costa Rica	2006	*
Crecemos	Costa Rica	2019	*
Superémonos	Costa Rica	2000	2002
Bono de Desarrollo Humano	Ecuador	2003	*
Bono Solidario	Ecuador	1998	2003
Desnutrición Cero	Ecuador	2011	*
Programa de Apoyo a Comunidades Solidarias en El Salvador (ex Comunidades Solidarias Rurales o Red Solidaria)	El Salvador	2005	*
Bono Social (ex Mi Bono Seguro)	Guatemala	2012	*
Mi Familia Progresá	Guatemala	2008	2001
Protección y Desarrollo de la Niñez y Adolescencia Trabajadora	Guatemala	2007	2008
Ti Manman Cheri	Haití	2012	*
Bono Vida Mejor (ex Bono 10.000 Educación, Salud y Nutrición)	Honduras	2010	*
PRAF/BID Fase II	Honduras	1998	2005
PRAF/BID Fase III	Honduras	2006	2009
Programa de Asignación Familiar (PRAF)	Honduras	1990	2009
Programme of Advancement Through Health and Education (PATH)	Jamaica	2001	*
Becas para el Bienestar Benito Juárez	México	2019	*
Oportunidades (Programa de Desarrollo Humano, ex Progresá)	México	1997	2014

Programa de Estímulos para el Bachillerato Universal, "Prepa Sí"	México	2007	2019
Prospera. Programa de Inclusión Social	México	2014	2019
Red de Protección Social	Nicaragua	2000	2006
Sistema de Atención a Crisis	Nicaragua	2005	2006
Bonos Familiares para la Compra de Alimentos	Panamá	2005	*
Red de Oportunidades	Panamá	2006	*
Abrazo	Paraguay	2005	*
Tekoporâ	Paraguay	2005	*
Juntos (Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres)	Perú	2005	*
Programa Solidaridad	República Dominicana	2005	2012
Progresando con Solidaridad	República Dominicana	2012	*
Targeted Conditional Cash Transfer Program (TCCTP)	Trinidad y Tabago	2005	*
Asignaciones Familiares - Plan Equidad	Uruguay	2008	*
Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES)	Uruguay	2005	2007
Tarjeta Uruguay Social (ex-Tarjeta Alimentaria)	Uruguay	2006	*

*Continúa vigente el PTMC

Elaboración propia con datos de ONU, *Base de datos de programas de protección social no contributiva*, [en línea], Santiago, 2021, Dirección URL: <https://dds.cepal.org/bpsnc/ptc>, [Consulta: 21 mayo 2021].

Los PTMC en Latinoamérica han logrado convertirse en algunos países políticas de Estado, sobreviviendo al paso de diferentes gobiernos conservando su estructura original. Esto puede deberse a la creciente preocupación de los gobiernos en la pobreza y desigualdad existente en su población. Asimismo, estos programas tuvieron el interés de la sociedad mundial a partir de la existencia de organismos internacionales y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Otros análisis como el de Lavinas, han planteado que la propagación de los PTMC en América Latina fue consecuencia de una coyuntura de crecimiento económico que coincidió con gobiernos progresistas con agendas sociales que pusieron el foco en el crecimiento de la desigualdad y la pobreza en países como Argentina, Brasil y Chile. Esto, sumado al apoyo financiero del BID y el BM, y su interés por ampliar la participación de los pobres en el mercado, contribuyó para la expansión de este tipo de programas subsidiados.¹¹³

¹¹³ *Ibid.*, p. 7.

Los ODM y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) resultan tener una gran relación con los PTMC ya que tienen intereses comunes. Por un lado, buscan acabar con la pobreza intergeneracional al desarrollar las capacidades de sus beneficiarios en alimentación, salud y educación. Por otro lado, estos programan coadyuvan a que se logren metas particulares que la Agenda 2030 como disminuir la mortalidad infantil, la anemia en las mujeres, la inseguridad alimentaria, las tasas de alfabetización, reducción de la desigualdad, acceso a los servicios básicos y disminuir la gran variedad de malnutriciones como el retraso de crecimiento o emaciación.

2. La experiencia brasileña del Programa Bolsa Familia

El Programa Bolsa Familia (PBF) fue creado en 2003 bajo la medida provisoria N° 132 y previsto en la Ley Federal N°10.836 de 9 de enero de 2004¹¹⁴ convirtiéndose en el programa de transferencias monetarias más importante de Brasil hasta la fecha. El PBF ha estado en un constante cambio, ampliándose a nuevas familias y complementándose con diversos programas. En 2019, el PBF atendió a un poco más de 41,7 millones de personas.¹¹⁵

El PBF demuestra ser parte de una política de Estado ya que a pesar de haber acabado la administración del expresidente Lula da Silva (con quien inició el Programa Bolsa Familia) el programa ha continuado su recorrido en la historia de políticas sociales de Brasil, no obedeciendo intereses políticos particulares y sin perder su objetivo principal: combatir el ciclo intergeneracional de la pobreza. “El PBF se consolidó, a un nivel ineludible, como una política de Estado y uno de los elementos centrales de la protección social brasileña.”¹¹⁶

El presente capítulo explicará en primera instancia la estructura del PBF. En segundo lugar, se procederá a ver los resultados que ha obtenido el mismo en materia de educación, salud y nutrición para visualizar los cambios obtenidos entre las familias beneficiarias durante su exposición al programa.

2.1. Estructura del Programa Bolsa Familia

El PBF realiza transferencias monetarias a las familias que se encuentran en pobreza y pobreza extrema. Estas son identificadas a partir de la línea de pobreza que el gobierno

¹¹⁴ Presidencia de la República, *Ley N° 10.836, de 9 de enero de 2004*, [en línea], Brasilia, Presidencia de la República, 2004, Dirección URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/10.836.htm, [Consulta: 22 de septiembre de 2019].

¹¹⁵ MDS, *Programa Bolsa Familia: beneficios*, [en línea], Brasilia, MDS, 2019, Dirección URL: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/bolsafamilia/painel.html>, [Consulta: 30 de septiembre de 2019].

¹¹⁶ Tereza Campello, Marcelo Cortes, *Programa Bolsa Familia, una década de inclusión y ciudadanía*, [en línea], pp. 82, Brasilia, IPEA, 2014, Dirección URL: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/bolsa_familia/Livros/Bolsa10anos_Sumex_Port.pdf, [Consulta: 22 de septiembre de 2019], p.13.

de Brasil establece y que se reajusta de acuerdo con el comportamiento del índice de precios.

Las líneas de pobreza no obedecen al salario mínimo y sus reajustes no tienen una periodicidad establecida; no obstante, el Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre (MDS) es el facultado para realizar los cambios en los pagos que se hacen a cada familia. “Las líneas de la pobreza adoptadas por el PBF tuvieron como referencia el salario mínimo vigente en la época de su creación (R\$ 200,00): un cuarto de salario mínimo por persona para la línea de extrema pobreza y medio salario mínimo por persona para la línea de pobreza.”¹¹⁷

Como se menciona líneas arriba, el PBF otorga determinados beneficios a las familias de acuerdo con el ingreso mensual per cápita de cada uno de sus miembros y características de cada uno. Las transferencias monetarias se reajustan según indiquen las líneas de pobreza y pobreza extrema, ya que el objetivo de este programa es que el ingreso mensual de cada miembro supere la línea de pobreza.

El PBF busca la superación de la pobreza de las familias a partir de la participación en tres ejes prioritarios: el primero, es el de realizar transferencias monetarias que permiten un alivio inmediato de su situación de pobreza; el segundo, la ampliación de los servicios de salud, educación y asistencia social para romper con el ciclo intergeneracional de la pobreza; y el tercero, coordinación con otras acciones y programas, con las tres esferas de gobierno y de la sociedad para que las familias puedan superar la pobreza y pobreza extrema.¹¹⁸

A través del decreto n° 9.396 del 30 de mayo de 2018, se establece que el PBF “[...] atenderá a las familias en situación de pobreza y de extrema pobreza, caracterizadas

¹¹⁷ Aline Gazola Hellman, *¿Cómo funciona Bolsa Família? Mejores prácticas en la implementación de programas de transferencias monetarias condicionadas en América Latina y el Caribe*, [en línea], pp. 53, Washington, Banco Interamericano de Desarrollo, 2015, Dirección URL: https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7210/como_funciona_bolsa_familia.pdf?sequence=1, [Consulta: 21 de septiembre de 2019], p. 10.

¹¹⁸ MDS, *Bolsa família, Transferência de renda e apoio à família no acesso à saúde, à educação e à assistência social*, [en línea], pp. 20, Brasília, MDS, 2013, Dirección URL: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/bolsa_familia/Cartilhas/Cartilha_PBF_2015.pdf, [Consulta: 2 de octubre de 2019], p. 5.

por un ingreso familiar mensual per cápita de hasta R\$ 178,00 [...] y R\$ 89,00 [...], respectivamente.”¹¹⁹ Estas líneas actualmente son las que definen a las familias pobres y el importe de las transferencias.

Tabla 2.1. Evolución de las líneas de pobreza y pobreza extrema adoptada por el PBF

	2004	2006	2009	2014	2018
Legislación	Ley nº 10.836	Decreto 5.749	Decreto 6.917	Decreto 8.232	Decreto nº 9.396
Pobreza Extrema	hasta R\$ 50,00	hasta R\$ 60,00	hasta R\$70,00	hasta R\$77,00	Hasta R\$ 89,00
Pobreza	de R\$ 50,00 a R\$ 100,00	de R\$ 60,00 a R\$ 120,00	de R\$ 70,00 a R\$ 140,00	de R\$ 77,00 a R\$154,00	Hasta R\$ 178,00

Fuente: Presidencia de la República, *Decreto N° 5.209 de 17 de septiembre de 2004*, [en línea], Brasilia, Casa Civil, 2004, Dirección URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5209.htm, [Consulta: 22 de septiembre de 2019].

Existen diferentes beneficios a las que las familias pueden acceder. El primero es el Beneficio Básico (BB) que se entrega a cada familia que se encuentre en situación de pobreza extrema (que la familia tenga un ingreso mensual per cápita inferior a la línea de pobreza extrema vigente), en 2019 este pago era igual a R\$ 89.¹²⁰ Este beneficio se entrega por familia, no por cada miembro de ella.

El Beneficio Variable (BV) con un valor de R\$ 41 se concede a familias en situación de pobreza y pobreza extrema que tengan embarazadas, lactantes y niños(as) y adolescentes de 0 a 15 años.¹²¹ Se pueden entregar como máximo 5 beneficios de esta clase por familia.¹²²

¹¹⁹ Diario Oficial de la Unión, *Decreto 9.396 del 30 de mayo de 2018*, [en línea], Brasilia, Casa Civil de la Presidencia de la República, 2018, Dirección URL: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/16782572/do1-2018-06-01-decreto-n-9-396-de-30-de-mayo-de-2018-16782568, [Consulta: 21 de septiembre de 2019].

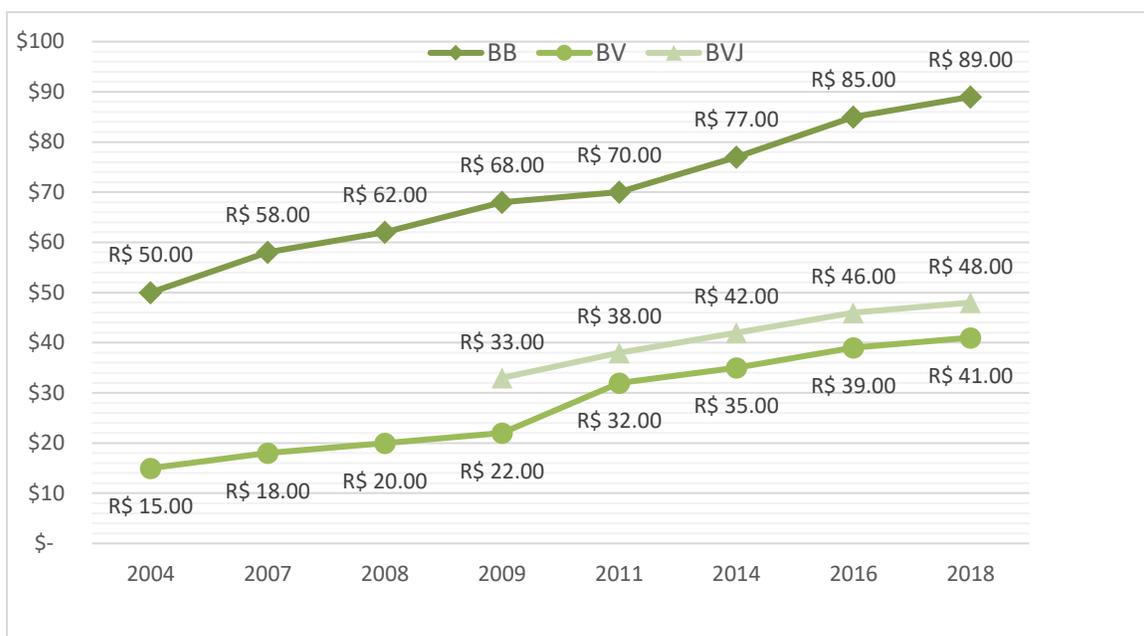
¹²⁰ Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre, *Preguntas frecuentes*, [en línea], Brasilia, Secretaría Especial de Desarrollo Social, 2019, Dirección URL: <http://mds.gov.br/acesso-a-informacao/perguntas-frequentes/bolsa-familia/beneficios/beneficiario>, [Consulta: 22 de septiembre de 2019].

¹²¹ *Idem*.

¹²² Presidencia de la República, *Decreto N° 7.494 de 2 de junio de 2011*, [en línea], Brasilia, Casa Civil, 2011, Dirección URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7494.htm#art1, [Consulta: 22 de septiembre de 2019].

El Beneficio Variable Joven (BVJ) con un valor en 2019 de R\$ 48¹²³ se concede a familias en situación de pobreza y pobreza extrema que tengan adolescentes de 16 a 17 años, teniéndose como máximo dos beneficios por unidad familiar. El BVJ se crea a partir del Decreto N° 6.917 del 30 de julio de 2009.¹²⁴

Gráfica 2.1. Cambios en los beneficios del PBF 2004-2018 en reales



Fuentes:

(1) Presidencia de la República, *Decreto N° 5.209 de 17 de septiembre de 2004*, [en línea], Brasilia, Casa Civil, 2004, Dirección URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5209.htm, [Consulta: 22 de septiembre de 2019].

(2) Cámara de Diputados, *Ley N° 10.836 de 9 de enero de 2004, Crea el Programa Bolsa Família*, [en línea], Brasilia, Cámara de Diputados, 2004, Dirección URL: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2004/lei-10836-9-janeiro-2004-490604-publicacaooriginal-1-pl.html>, [Consulta: 22 de septiembre de 2019].

El Beneficio para la Superación de la Pobreza Extrema (BSP) se destina a aquellas familias del PBF que aun recibiendo los otros beneficios (básico, variable, joven) su renta per cápita es inferior a línea de pobreza extrema (R\$ 89 en 2019). La cantidad de su valor se calcula caso por caso, pero el objetivo siempre será que el ingreso por persona supere la línea de pobreza extrema vigente, es decir, R\$89.¹²⁵ Este beneficio se adhirió

¹²³ Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre, *Preguntas frecuentes*, op. cit.

¹²⁴ Presidencia de la República, *Decreto n° 6.917, de 30 de julho de 2009*, [en línea], Brasilia, Presidencia de la República, 2009, Dirección URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6917.htm#art1, [Consulta: 22 de septiembre de 2019].

¹²⁵ Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre, *Preguntas frecuentes*, op. cit.

a Bolsa Familia en 2012 cuando se creó el plan Brasil Sin Pobreza Extrema (*Brasil Sem Miséria*, BSM)¹²⁶ como parte de un compromiso con las familias más desfavorecidas a través del Decreto N° 7.758 de 15 de julio de 2012.¹²⁷

Para acceder al programa se da preferencia a las familias consideradas prioritarias, después, las familias con menor ingreso per cápita, y por último, las familias con mayor número de personas de 0 a 17 años. Son consideradas familias prioritarias en el PBF: “[...] familias Quilombolas; familias indígenas; familias de recolectores de material reciclable; familias con niños en situación de trabajo infantil; y familias con personas liberadas de situaciones análogas al trabajo esclavo.”¹²⁸

Una herramienta que es de bastante utilidad para que el PBF funcione es el Registro Único, que es una base de datos donde se encuentra la información relevante de los beneficiarios del programa, sus ingresos, su composición familiar, sus progresos y su estatus actual. Esta herramienta permite identificar a las familias más pobres y con ello establecer los tipos de beneficios a los que una familia puede acceder. Asimismo, el Registro Único evita que se dupliquen esfuerzos y que se beneficie a familias que no estén en situación de pobreza o pobreza extrema. El gestor responsable del Registro Único es el Ministerio de Ciudadanía y los que mantienen en buen estado la información del Sistema del Registro Único es la Caja Económica Federal (Caixa) y los agentes operadores de cada municipio

Desde 2003, el Registro Único se ha convertido en el principal instrumento del Estado brasileño para la selección e inclusión de familias de bajos ingresos en programas federales, siendo utilizado obligatoriamente para otorgar los beneficios del Programa Bolsa Família, la Tarifa Social de Energía Eléctrica, el Programa Minha Casa Minha Vida y la Bolsa Verde, entre otros. También se puede utilizar

¹²⁶ MDS, *Bolsa família, Transferência de renda e apoio à família no acesso à saúde, à educação e à assistência social*, op. cit., p. 17.

¹²⁷ Presidencia de la República, *Decreto nº 7.758, de 15 de junho de 2012*, [en línea], Brasília, Presidencia de la República, 2012, Dirección URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7758.htm, [Consulta: 22 de septiembre de 2019].

¹²⁸ MDS, SAGI, Senarc, *Manual do pesquisador, Programa Bolsa Família*, [en línea], pp. 86, Brasília, MDS, 2018, Dirección URL: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/manual_do_pesquisador_gestao_bolsa_familia_semlogo.pdf, [Consulta: 26 de septiembre de 2019], p. 52.

para seleccionar a los beneficiarios de los programas ofrecidos por los gobiernos estatales y municipales.¹²⁹

En el Registro Único solo se puede capturar los datos de familias con un ingreso mensual per cápita de hasta medio salario mínimo, familias con un ingreso mensual de hasta tres salarios mínimos, y familias de 1 o más integrantes en situación de calle. En el último caso, estas personas deben acudir a un puesto de asistencia social y solicitar su registro.¹³⁰ El MDS verifica anualmente que no haya discrepancias en la información ingresada en el Registro Único con ayuda de otras bases de datos gubernamentales.

La información que se ingresa al Registro Único se obtiene de un formulario llenado por los agentes operadores, designados a nivel municipal, con los datos que le proporciona el Responsable Familiar (RF), quien debe ser preferentemente una mujer y tener al menos 16 años de edad.¹³¹ Esta persona debe acudir a los centros municipales previstos para la captura de su información familiar, o bien, los agentes van directamente a los hogares.

El agente operador determina si una familia puede ser beneficiaria por el PBF y el monto de las transferencias monetarias a las que accederá. Es responsabilidad de cada familia hacer una recertificación cada dos años, para que los agentes operadores evalúen la situación actual de cada familia y determinar si pueden seguir siendo beneficiarias. En caso contrario, la familia pierde su reingreso al PBF. Una vez introducida la información al Registro Único, se genera automáticamente un Número de Identificación Social (NIS) con el que se monitoreará a cada familia.

El formulario está compuesto de dos partes. La primera parte se refiere a las características de la familia y domicilio en que esta reside, tales como:

¹²⁹ Secretaría Especial de Desarrollo Social, *Para qué sirve el Registro Único*, [en línea], Brasilia, Ministerio de Ciudadanía, 2015, Dirección URL: <http://mds.gov.br/assuntos/cadastro-unico/o-que-e-e-para-que-serve>, [Consulta: 23 de septiembre de 2019].

¹³⁰ Secretaría Especial de Desarrollo Social, *Quién puede ser registrado*, [en línea], Brasilia, Ministerio de Ciudadanía, 2015, Dirección URL: <http://mds.gov.br/assuntos/cadastro-unico/o-que-e-e-para-que-serve/quem-pode-se-cadastrar>, [Consulta: 23 de septiembre de 2019].

¹³¹ Secretaría Especial de Desarrollo Social, *Cómo registrarse*, [en línea], Brasilia, Ministerio de Ciudadanía, 2015, Dirección URL: <http://mds.gov.br/assuntos/cadastro-unico/o-que-e-e-para-que-serve/como-se-cadastrar>, [Consulta: 23 de septiembre de 2019].

composición familiar; dirección y características del domicilio; acceso a servicios públicos de agua, saneamiento y energía eléctrica; gastos mensuales; pertenencia a grupos tradicionales y específicos; y vinculación a programas sociales, entre otros. La segunda parte se refiere a las características de cada uno de los componentes de la familia: escolaridad; situación en el mercado de trabajo; deficiencias; documentación civil; ingresos, entre otros.¹³²

La Tarjeta Bolsa Familia es el medio a través del cual se realizan las transferencias monetarias a las familias mensualmente. El RF (el que brindó información para el llenado del formulario) es el titular de la tarjeta magnética y es el que debe recoger la misma en los centros municipales o en las agencias de la Caixa y activarla. El beneficio puede ser cobrado en las agencias de la Caixa, comercios acreditados por la misma, en las casas de loterías y en cajeros automáticos de efectivo.¹³³ Cada beneficio está disponible para ser retirado hasta por 90 días a partir de la fecha del calendario de pago.

El PBF fue estructurado para compartir responsabilidades y la gestión del mismo en las tres esferas del gobierno. A nivel federal, le corresponde a la Secretaría Nacional de Renta de la Ciudadanía (Senarc), del Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre, vigilar la implementación, gestión y monitoreo del Registro Único. A los estados les corresponde capacitar a los agentes operadores de cada municipio, dar asistencia técnica en la captura de datos en el Registro Único, integrar el PBF con otros programas estatales y vigilar el cumplimiento de las condicionalidades de cada localidad.¹³⁴ A los municipios y al Distrito Federal les corresponde localizar a las familias de bajos ingresos, realizar las entrevistas, analizar la fidelidad de la información brindada, ingresar los datos al Registro Único y mantener actualizado el mismo.¹³⁵

¹³² Aline Gazola Hellman, *¿Cómo funciona Bolsa Familia? Mejores prácticas en la implementación de programas de transferencias monetarias condicionadas en América Latina y el Caribe*, op. cit., p. 11.

¹³³ Secretaría Especial de Desarrollo Social, *Cómo se realiza el pago*, [en línea], Brasilia, Ministerio de Ciudadanía, 2015, Dirección URL: <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e/beneficios/como-e-feito-o-pagamento-1>, [Consulta: 23 de septiembre de 2019].

¹³⁴ MDS, *Bolsa familia, Transferência de renda e apoio à família no acesso à saúde, à educação e à assistência social*, op. cit., p. 13.

¹³⁵ Secretaría Especial de Desarrollo Social, *Atribuciones de cada nivel de gobierno*, [en línea], Brasilia, Ministerio de Ciudadanía, 2015, Dirección URL: <http://mds.gov.br/assuntos/cadastro-unico/a-gestao-do-cadastro/atribuicoes-de-cada-nivel-de-governo>, [Consulta: 24 de septiembre de 2019].

Un aspecto importante de la estructura de PBF es que los municipios, el Distrito Federal y los estados se adhieren voluntariamente al programa. “Al unirse al PBF, las tres entidades asumen compromisos específicos relacionados con el programa. Estos compromisos se tradujeron en atribuciones, según el Decreto nº 5.209, de 2004 [...]”¹³⁶

Para que las familias puedan garantizar su permanencia en el PBF deben cumplir con algunas condiciones en el sector salud y educación. Para familias con niños de 6 a 15 años, se debe garantizar una asistencia escolar de por lo menos un 85% y para adolescentes de 16 a 17 años un frecuencia del 75%. En el sector salud las madres embarazadas deben presentarse a las unidades de salud y acudir a consultas prenatales. Para niños de hasta 7 años, se les debe llevar regularmente a consultas médicas para que reciban las vacunas recomendadas y se vigile su desarrollo físico.¹³⁷ El Ministerio de Salud (MS) y el Ministerio de Educación (MEC) son los responsables de vigilar el cumplimiento de las condicionantes y reportarle al Senarc de las mismas.

En caso de falta de cumplimiento de las condicionantes por seis meses seguidos, se hace una advertencia a la familia, si el comportamiento persiste por otros seis meses, se bloquea el beneficio por un mes, con la posibilidad de recuperarse la cuota al mes siguiente. Después del mismo periodo de incumplimiento, se procede a la suspensión de los beneficios por dos meses sin posibilidad de recuperarlos. Finalmente, la cancelación del programa es el último paso. Lo anterior quiere decir que se vigila el comportamiento de una familia por un periodo de dos años para definir si puede continuar siendo beneficiada.

Cabe mencionar que el gobierno de Brasil considera que si una familia no está cumpliendo con los requisitos en el sector salud y educación puede deberse a que esta unidad familiar se encuentra en mayor vulnerabilidad que las otras, lo que le impide

¹³⁶ MDS, SAGI, Senarc, *Manual do pesquisador, Programa Bolsa Família, op. cit.*, p. 19.

¹³⁷ Secretaría Especial de Desarrollo Social, *Cuales son las condicionantes de Bolsa Família*, [en línea], Brasilia, Ministerio de Ciudadanía, 2015, Dirección URL: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e/acesso-a-educacao-e-saude>, [Consulta: 24 de septiembre de 2019].

atender sus obligaciones. Por lo anterior, esta familia debe ser monitoreada por los centros de asistencia social del municipio para identificar su situación real.

Para el PBF es importante establecer estas condicionantes a las familias beneficiarias ya que los niños(as) al tener una mejor salud y educación podrán más fácilmente romper con el ciclo intergeneracional de la pobreza. Las condicionantes de Bolsa Familia son la garantía mínima de que las transferencias monetarias serán utilizadas para empoderar a los miembros de cada familia y así puedan aspirar a una mejor calidad de vida.

El MDS creó el Índice de Gestión Descentralizada (IGD) que es un indicador que mide la calidad en la implementación del PBF y del Registro Único. Entre mayor es el IGD, mayor es el presupuesto que la federación manda a los estados y a los municipios. Los puntos que se toman en cuenta son: “[...] calidad e integridad de la información del Registro Único; actualización de la base de datos del registro; información sobre el cumplimiento de las condicionalidades de educación y salud.”¹³⁸ Esta herramienta contribuye a que los municipios y estados tengan un beneficio o un correctivo de acuerdo con la gestión del programa.

El PBF tiene un sistema de monitoreo descentralizado que permite la participación de diferentes actores del poder ejecutivo, legislativo y judicial, en sus tres esferas de gobierno, así como de la sociedad civil. Como resultado de ello, en 2005 el gobierno federal creó la Red Pública de Fiscalización del Programa Bolsa Familia, una iniciativa que formalizaba la intervención y las competencias de diferentes entidades del gobierno para el seguimiento del PBF, garantizándose una mayor transparencia en la implementación del programa. “Las Instancias de Control Social (ICS) del PBF, que deben ser creadas en cada municipio donde se ejecuta el programa, también forman parte de la red pública y juegan un papel fundamental en la supervisión del programa.”¹³⁹

¹³⁸ MDS, *Bolsa família, Transferência de renda e apoio à família no acesso à saúde, à educação e à assistência social*, op. cit., p. 14.

¹³⁹ Luziele Tapajós, *Júnia Quiroga, Síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do MDS, versão atualizada e revisada 2006-2010*, [en línea], 242 pp., Brasília, MDS, 2010, Dirección URL: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmeps/ferramentas/docs/caderno%20-%202013.pdf>, [Consulta: 7 de octubre de 2019], p. 16.

A nivel municipal, las ICS y los Consejos Municipales de Asistencia Social (CMAS) son órganos encargados de fiscalizar cada etapa del PBF. “Los Consejos de Asistencia Social, [...], están vinculados a los órganos de gestión, y deben participar en la formulación, evaluación, control e inspección de la política de asistencia social.”¹⁴⁰ Se integran por el sector salud, educación, el poder público municipal y por miembros de la sociedad civil que son elegidos por medio de la consulta pública. Las ICS desenvuelven las siguientes actividades:

Seguimiento del Programa Bolsa Familia (PBF) en el municipio o estado; asistencia en el monitoreo del PBF en el municipio o estado; apoyo al trabajo de otras políticas sociales a favor de las familias beneficiarias del programa; verificación de los servicios de educación y salud ofrecidos en el municipio; asistencia para identificar a las familias más pobres y vulnerables del municipio para que puedan inscribirse y entrar a Bolsa Familia; apoyo a la comunidad para que participe en la supervisión de las actividades del PBF, en el municipio o estado.¹⁴¹

En la composición de las ICS y de los CMAS debe haber paridad gobierno-sociedad civil, representatividad e intersectorialidad. Por otro lado, la autonomía y permanencia son principios que deben regir a las ICS para que se garantice un conjunto de normas y atribuciones para cada uno de los miembros del consejo municipal, así como la certidumbre de que no se regirán por intereses particulares.¹⁴²

Los consejos de control social abren la oportunidad de que el PBF se adapte a las necesidades particulares de cada localidad y de cada familia al estar más próximos de los beneficiarios. “Para que los CMAS contribuyan eficazmente a la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos Bolsa Familia, es necesario estimular las acciones de los

¹⁴⁰ Secretaría Especial de Desarrollo Social, *Inscrição nos Conselhos de Assistência Social*, [en línea], Brasília, Ministerio de Ciudadanía, 2017, Dirección URL: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/entidade-de-assistencia-social/inscricao-nos-conselhos-de-assistencia-social>, [Consulta: 26 de septiembre de 2019].

¹⁴¹ Contraloría General de la Unión, *Programa Bolsa Família, Orientaciones para el acompañamiento de las acciones del Programa Bolsa Família*, [en línea], pp. 51, Brasília, CGU, 2012, Dirección URL: <https://www.cgu.gov.br/Publicacoes/controle-social/arquivos/bolsafamilia2012.pdf>, [Consulta: 26 de septiembre de 2019], p. 27.

¹⁴² MDS, SAGI, Senarc, *Manual do pesquisador, Programa Bolsa Família, op. cit.*, p. 39.

miembros de la junta directiva, fomentando su conocimiento sobre el Programa y sobre la realidad social del municipio [...].”¹⁴³

A nivel federal, el MDS a través de la SENARC mantiene una constante supervisión sobre la información que mandan los municipios. Asimismo, el MDS se apoya del trabajo de la Contraloría General de la Unión (CGU) que es parte del poder ejecutivo y se encarga del control interno de la administración pública. “Cada dos meses, 60 municipios son sorteados para ser inspeccionados por los equipos de la CGU. Existe una amplia difusión de los informes de inspección, cumpliendo una función de disuasión de posibles irregularidades y fraudes en la ejecución del PBF.”¹⁴⁴ La Secretaría de Evaluación y Gestión de la Información (SAGI, por sus siglas en portugués) es la responsable de evaluar y monitorear las tareas del MDS.

Como parte del poder legislativo, está el Tribunal de Cuentas de la Unión (TCU) que analiza la información del Registro Único con otras bases de datos de otros Ministerios. A través de este método, el TCU puede identificar discrepancias entre los beneficiarios y la información proporcionada. Por último, los Ministerios Públicos Federales y Estatales supervisan el buen funcionamiento del Registro Único, realizan averiguaciones sobre fraudes y hacen propuestas de acciones penales, civiles o administrativas para los infractores del PBF.

Como se observa, la interacción de varias esferas del gobierno y de la sociedad civil, aumenta el control social de los presupuestos asignados a cada municipio. Asimismo, cada entidad no pierde autonomía en sus funciones y tienen diferentes herramientas para evaluar constantemente el PBF. Lo anterior, vuelve más difícil que se haga un mal uso del erario público y que los recursos sean lo mejor administrados.

Cuando se levanta una averiguación sobre una posible infracción en el reglamento del PBF la Senarc bloquea los pagos de los beneficiarios y notifica al municipio para que realice una investigación preliminar sobre la familia y acuda a su domicilio de ser

¹⁴³ *Ibid.*, p. 41.

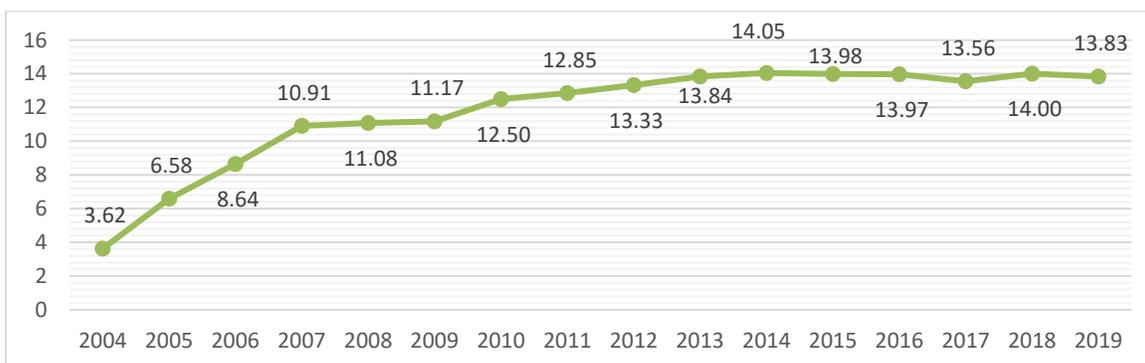
¹⁴⁴ Luziele Tapajós, Júnia Quiroga, *Síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do MDS, versão atualizada e revisada 2006-2010, op. cit.*, p. 17.

necesario para tener el correcto perfil socioeconómico de la familia. Cuando la infracción es hacia un servidor público, se abre un proceso administrativo. En caso de encontrarse irregularidades, la sanción para los beneficiarios consiste en la devolución total de las transferencias efectuadas y para los agentes públicos en multas cuyo valor varía de 2 a 5 veces a la cantidad recibida por las familias.¹⁴⁵

2.1.1. Evolución de la cobertura y del presupuesto

Como se observa en la siguiente gráfica, el PBF inició con un poco más de 3,5 millones de familias y de ahí hasta el año 2007 creció enormemente para llegar a casi 11 millones de hogares beneficiados. A partir del año 2013 el número de usuarios del PBF se ha mantenido constante, teniendo su mayor pico en 2014 con 14,05 millones de familias beneficiarias.

Gráfica 2.2. Histórico de familias beneficiadas por el PBF 2004-2019 (millones)



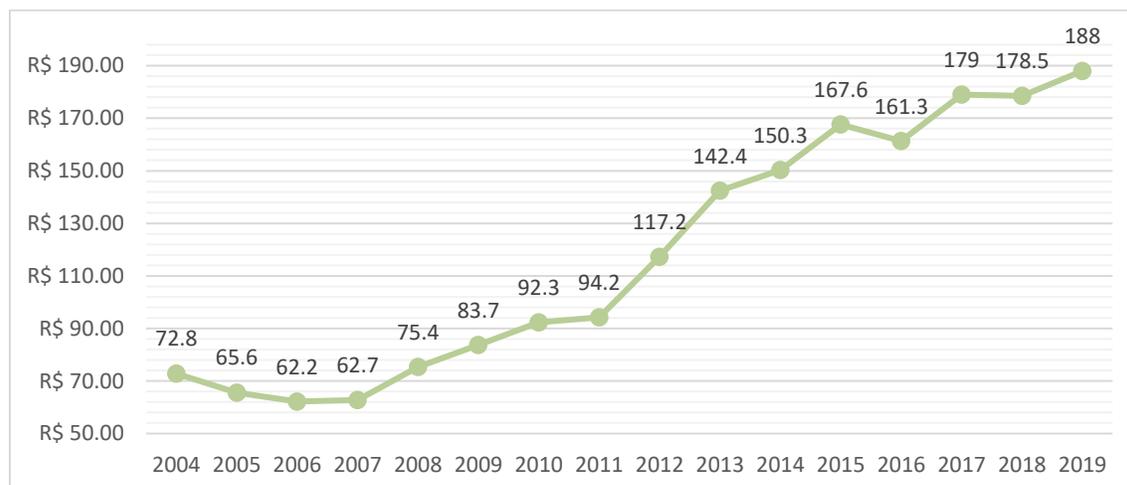
Fuente: MDS, *Programa Bolsa Família: benefícios*, [en línea], Brasilia, MDS, 2019, Dirección URL: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/bolsafamilia/painel.html>, [Consulta: 30 de septiembre de 2019].

Por otro lado, como se vio en la tabla 2.1 las líneas de pobreza y pobreza extrema han ido en aumento y con ello los beneficios a los que pueden acceder las familias. En 2004, el beneficio básico (concedido a las familias en pobreza extrema) era de R\$ 50 y en 2019 este pasó a R\$ 89. Lo anterior es importante porque significa que los pagos que se realizan a las familias brasileñas contesta al índice de precios, garantizándoles siempre

¹⁴⁵ MDS, SAGI, Senarc, *Manual do pesquisador, Programa Bolsa Família*, op. cit., p. 44.

una calidad de vida mínima. En este sentido, una familia beneficiaria promedio recibía R\$ 72,8 en 2004 y R\$ 94.2 en 2011.

Gráfica 2.3. Valor promedio de los beneficios concedidos a las familias del PBF 2004-2019 (reales)



Fuente: MDS, *Programa Bolsa Família: beneficios*, op. cit.

El costo anual estimado para que el PBF pudiera atender a 9,3 millones de familias muy pobres fue de R\$ 20,000 millones. En la gráfica que se encuentra líneas abajo, se muestra como en el año 2007, cuando se llegó a 10,9 millones de familias, se gastó un poco menos de R\$ 9,000 millones.

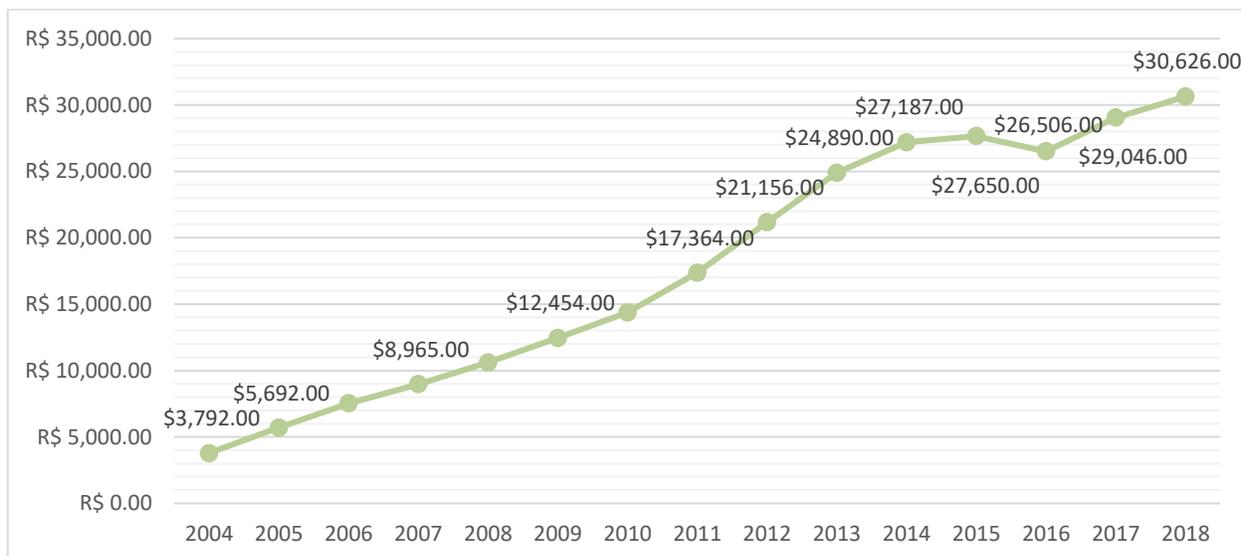
Nuestras estimaciones muestran que solamente el programa de los cupones de alimentación [lo que después sería el PBF] costaría cerca de 20,000 millones de reales si atendiese todo el «stock actual» de 9,3 millones de familias muy pobres en solo un año —cerca de 44 millones de personas—. ¹⁴⁶

Por otro lado, la gran variación del valor promedio de las transferencias hechas de Bolsa Familia del 2011 al 2012 obedece a la creación en ese año del Beneficio para la Superación de la Pobreza Extrema a partir del plan Brasil Sin Pobreza Extrema, que

¹⁴⁶ José G. da Silva, Mauro E. Del Grossi, Caio G. de França, *Fome Zero, la experiencia brasileña*, [en línea], pp. 369, Brasilia, MDA, FAO, 2012, Dirección URL: <http://www.fao.org/3/i3023s/i3023s.pdf>, [Consulta: 19 de septiembre de 2019], p. 50.

tenía como objetivo aliviar a las familias más desfavorecidas que aun con el apoyo del PBF no superaban la línea de pobreza extrema.

Gráfica 2.4. Valor anual transferido por el PBF a las familias en millones de reales



Fuente: MDS, *Programa Bolsa Família: beneficios, op. cit.*

La gráfica 2.4, como las anteriores, evidencian como el gobierno brasileño tuvo un compromiso real con el PBF al aumentar su cobertura de 3,5 millones de familias a casi 14 millones. Asimismo, los apoyos económicos fueron constantemente actualizados lo que permitió que las familias no se vieran fuertemente afectadas por la inflación de los precios de los bienes y servicios.

2.2. Evaluación del Programa Bolsa Família y sus impactos en las familias beneficiarias

Para evaluar los impactos de Bolsa Família en las familias beneficiarias se procedió a la recopilación de diferentes fuentes de información que mostraran resultados entre familias del programa y no pertenecientes a este. De este modo, primero se describirán los cambios en educación, salud y en nutrición, tomando especial importancia en malnutriciones como la emaciación, el retraso del crecimiento, la anemia y el peso bajo para la edad. Por último, se analizará los efectos del programa en las relaciones de género, el trabajo infantil y las experiencias de las familias al egresar del programa.

2.2.1. Desarrollo en las capacidades educativas

Entre los principales objetivos del PBF se encuentra el de elevar los niveles educativos de su población beneficiada para que así se pudiera romper con el ciclo de la pobreza y dotar a las nuevas generaciones un capital humano suficiente para el mercado laboral. De esta manera, se estudiaron diferentes trabajos tratándose de abarcar todos los años bajos los cuales se ha implementado el PBF para así tener mayor veracidad sobre los impactos del programa. No obstante lo anterior, se debe mencionar que a pesar de que hay existencia de trabajos recientes, estos continúan basándose en fuentes de información antiguas, por lo que la literatura con resultados actualizados es limitada. De este modo, se procederá a mostrar los principales hallazgos del programa en educación.

De manera general se encontró una asociación positiva entre ser beneficiario del PBF y el aumento de la asistencia escolar. Las mayores diferencias se encuentran en la región Nordeste y en los jóvenes de 16 a 17 años. En los niños y niñas de 6 a 15 años se encuentra una mayor asistencia entre beneficiarios a aquellos no beneficiarios, pero las diferencias son más ligeras. Con ello, se demuestra el impacto de las condicionalidades del PBF para mantener la asistencia por encima del 85% en estudiantes de 6 a 15 años de edad y de 75% en jóvenes de 16 a 17 años.

En el estudio *Síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do MDS* hecho en 2007 identifica niveles altos de asistencia de los niños beneficiarios del PBF: “Entre los niños de 7 a 15 años que estudian, el 84,5% asistió a la escuela todos los días de la semana anteriores a la encuesta; el 9,5% asistió 4 días a la semana; y sólo el 6% asistió 3 días o menos.”¹⁴⁷

Por otro lado, en el estudio *Síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do MDS, versão atualizada e revisada, 2006-2010* no se encontraron diferencias en las tasas de asistencia escolar (entre 2006 y 2009) tanto en beneficiarios como en no beneficiarios ya que éstas ya eran altas y rondaban en el 95%. No obstante, entre los

¹⁴⁷ Rômulo Paes-Sousa, Jeni Vaitsman, *Síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do MDS*, [en línea], pp. 133, Brasilia, MDS, 2007, Dirección URL: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/caderno%20-%2005.pdf>, [Consulta: 26 de marzo de 2020], p. 18.

beneficiarios de 15 a 17 años de edad las tasas de asistencia escolar son más altas a las del grupo de control (no beneficiarios).¹⁴⁸

Continuando con el mismo trabajo, la proporción de niños de hasta 14 años que se mantienen en la escuela es mayor entre los beneficiarios de PBF a los que no lo son. En infantes de 6 a 17 años de edad de familias beneficiarias el grado escolar fue 6 puntos porcentuales (p.p.) mayor en comparación con el de las familias no beneficiarias. Los resultados son más significativos entre las jóvenes de 15 a 17 años donde la diferencia llega a 19 y 28 puntos porcentuales, respectivamente.¹⁴⁹

En el trabajo *Bolsa Família: Um survey sobre os efeitos do programa de transferência de renda condicionada do Brasil*, se recopilan diferentes estudios que evalúan los impactos del PBF. Entre los principales resultados, en 2006 se observa un aumento de 0,8 a 5,3 p.p. en la proporción de niños y adolescentes que solamente estudian, respectivamente. En escuelas con estudiantes beneficiarios, aumentó la matrícula 2 p.p. y 3,9 p.p. en zonas urbanas y rurales, respectivamente. Asimismo, el PBF hace que los alumnos beneficiarios tengan un 11% menor probabilidad de reprobación escolar. En niñas de hogares beneficiarios, su participación escolar aumentó 8,2 p.p. de 2005 a 2009. En jóvenes de 16 años, hubo un aumento de 6,2 p.p. en su asistencia escolar de 2006 a 2008.¹⁵⁰

La fuente de información: *Avaliação de impacto do programa Bolsa Família, 2ª rodada* (AIBF II), resulta ser de gran ayuda cuando se quieren evaluar los impactos del PBF ya que este estudio, como lo dice su título, tiene una primera ronda que se realizó en 2005. En este año, se investigó a 15,426 hogares, cuya muestra incluía tanto domicilios beneficiarios como no beneficiarios. En 2009, se realizó la segunda ronda, en la cual se pudo entrevistar al 74% de las familias de la primera ronda (11,433 hogares). De esta manera, a través de la AIBF II es posible evaluar los cambios que han surgido en las

¹⁴⁸ Luziele Tapajós, Júnia Quiroga, *Síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do MDS, versão atualizada e revisada 2006-2010, op. cit.*, p. 36.

¹⁴⁹ *Ibid.*, pp. 36-38.

¹⁵⁰ Felipe Garcia, Claudio Shikida, Ronald Otto, "Bolsa Família: Um survey sobre os efeitos do programa de transferência de renda condicionada do Brasil", [en línea], pp. 805-862, Sao Paulo, *Estudios Económicos*, vol. 47, num. 4, 2017, Dirección URL: <http://www.scielo.br/pdf/ee/v47n4/0101-4161-ee-47-04-0805.pdf>, [Consulta: 26 de marzo de 2020], p. 831.

familias beneficiarias a partir de su incorporación al programa y compararlo con las familias del grupo de control. La muestra abarcó 24 unidades de la federación y 269 municipios a lo largo de Brasil. Los resultados obtenidos del 2005 al 2009 se muestran a continuación.

Al respecto a la infraestructura de las escuelas, el 56,7% de las familias beneficiarias comentó que mejoró, el 36,9% no observó cambios y el 6,4% opina que empeoró.¹⁵¹ En asistencia escolar, el grupo de los beneficiarios y no beneficiarios presentaba niveles semejantes en 2005, pero en 2009 el grupo de tratamiento (beneficiarios) mejoró sustancialmente sus niveles de asistencia. Los mayores impactos se reflejan en los jóvenes de 15 a 17 años y en la región del Nordeste donde se alcanzó una diferencia de 19,9 p.p. a favor de los beneficiarios.¹⁵² El grupo de estudiantes de 6 a 13 años de edad experimentó entre 2005-2009 menores tasas de abandono escolar. Asimismo, entre los infantes de 6 a 17 años de familias beneficiarias se encontró una progresión escolar 6 p.p. mayor a la de los no beneficiarios.¹⁵³

El MDS y la SAGI en conjunto con otras instituciones e investigadores hacen evaluaciones periódicas llamadas “cuadernos de estudio” en cuyos trabajos es posible recopilar información puntual sobre los avances e impactos de los programas sociales de Brasil, en este caso, el PBF. En el cuaderno número 16 *Síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do MDS, 2011-2014*, es posible ver que el PBF ha influido en una mayor asistencia escolar en estudiantes de familias beneficiarias tanto de zonas rurales como urbanas. En comunidades indígenas, fue posible aumentar la permanencia escolar de los beneficiarios y disminuir las faltas ocasionadas, principalmente, por los tiempos de colecta de materias primas y venta de artesanías en las ciudades de los alrededores.¹⁵⁴

¹⁵¹ John Hoddinott, *Avaliação de impacto do Programa Bolsa Família, segunda rodada (AIBF II)*, [en línea], pp. 37, Brasília, SAGI, 2012, Dirección URL: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/475.pdf>, [Consulta: 27 de marzo de 2020], p. 13.

¹⁵² *Ibid.*, p. 20.

¹⁵³ *Ibid.*, p. 23.

¹⁵⁴ Paulo Jannuzzi, Júnia Quiroga, *Síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do MDS 2011-2014*, [en línea], pp. 358, Brasília, MDS, 2014, Dirección URL:

También en este estudio, se encuentra que los estudiantes de 6 a 17 años de hogares beneficiarios tuvieron una asistencia escolar 4,1 p.p. mayor a los no beneficiarios. En las adolescentes de 15 a 17 años se observan los mejores resultados, la asistencia escolar fue 8,4 p.p. mayor en las beneficiarias y la progresión escolar 10,5 p.p.¹⁵⁵ Todos los resultados anteriores representan los cambios experimentados por las familias en el periodo 2005-2009.

El PBF logró su objetivo de aumentar la permanencia escolar de los jóvenes beneficiarios, teniendo un mayor impacto en los jóvenes de 15 a 17 años, en las mujeres y en la región del Nordeste. Esto refleja que las condicionalidades puestas a las familias incentiva a que los niños y niñas continúen con sus estudios y obtengan mejores grados escolares. Asimismo, las transferencias monetarias ayudan a sustituir en cierto grado la renta familiar, permitiendo que los estudiantes dediquen mayor tiempo a la escuela y no a un trabajo.

2.2.2. Impactos en los estándares de salud

El Programa Bolsa Familia apostó en la inversión en la salud de su población beneficiada como un instrumento que coadyuvaría a elevar la calidad de vida de la gente. Como se pudo ver en el capítulo uno, la prevención y tratamiento en tiempo y forma de enfermedades puede tener impactos muy positivos en el desarrollo de cada individuo. Es por lo anterior que se analizarán los efectos del programa en las tasas de vacunación, en las visitas a los centros de salud, en las consultas prenatales, en las tasas de fertilidad y de mortalidad infantil.

2.2.2.1. Vacunación y fertilidad

Las tasas de vacunación son un factor importante para prevenir enfermedades en los infantes, si estas son administradas a tiempo y de acuerdo con el programa de vacunación se ayuda en gran medida a que las niñas y niños tengan un desarrollo físico y mental óptimo. A continuación, una tabla que resume los principales hallazgos de

<https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmsps/ferramentas/docs/Caderno%20de%20Estudo%20N.16.pdf>, [Consulta: 30 de marzo de 2020], p. 87.

¹⁵⁵ *Ibid.*, p. 123.

diferentes fuentes de información al respecto de la vacunación de los infantes beneficiarios y no beneficiarios.

Tabla 2.2. Resultados del PBF en vacunación

Resultado	Periodo	Fuente
La proporción de infantes beneficiarios que recibieron la primera dosis de la vacuna contra la poliomielitis en el periodo adecuado fue 15 p.p. mayor que la de niños no beneficiarios. En el caso de la tercera dosis, la proporción fue 25 p.p. superior.	2006-2010	Luziele Tapajós y Júnia Quiroga
En niños beneficiarios se encontró una aplicación en la segunda dosis de la vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (Tdap) 18 p.p. mayor a la de los no beneficiarios. Asimismo, en la tercera dosis la diferencia fue de 19 p.p.	2006-2010	Luziele Tapajós y Júnia Quiroga
La proporción de niños y niñas menores de 6 años de edad que nunca recibieron ninguna vacuna cayó del 21% al 18%. De manera general, las tasas de vacunación son un poco mayores entre beneficiarios y en la región del Nordeste.	2005-2009	John Hoddinott
En 2005 la proporción de jóvenes beneficiarios menores de seis meses de edad que fueron dadas de alta a los programas de vacunación fue 5 p.p. mayor que en no beneficiarios (37% contra 32%). Pero en 2009, la proporción en el grupo de los beneficiarios cayó a 33%, dando un retroceso.	2005-2009	John Hoddinott
La proporción de niños y niñas beneficiarios de 6 a 23 meses de edad que recibieron la vacuna Tdap en 2005 fue del 59%. En 2009, hubo retrocesos al haber tasas de 52% en beneficiarios y 55% en no beneficiarios.	2005-2009	John Hoddinott
La vacuna Tdap fue más frecuente entre los infantes de familias beneficiarias al haber una diferencia de 15,5 p.p. en la segunda dosis y de 26 p.p. en la tercera dosis.	2009	John Hoddinott
La proporción de niños beneficiarios que recibieron la tercera dosis de la vacuna contra la polio en el periodo adecuado fue 11,6 p.p. mayor que la proporción de no beneficiarios.	2009	John Hoddinott
En la región del Nordeste, hubo un aumento en la probabilidad de que un infante beneficiario de hasta 6 meses de edad reciba todas sus vacunas obligatorias en 23,64%. Solamente en zonas urbanas este aumento es de 32,91%.	2005-2009	Ana Kern
Aumento en la probabilidad de que los infantes beneficiarios reciban la vacuna contra la polio (primera dosis) en 24,95%. Al respecto a la vacuna Tdap, el PBF aumenta la probabilidad de administración en todas sus dosis: 42,91% en la primera dosis; 38,56% en la segunda dosis; 35,81% en la tercera dosis; y 27,44% en la dosis de refuerzo.	2005-2009	Ana Kern
Aumento en la probabilidad de que los infantes beneficiarios de 6 años de edad reciban la vacuna contra la hepatitis B (tercera dosis) en 25,13%. También se encuentran aumentos en la vacuna contra la tuberculosis (BCG) en 23,19% y contra sarampión en 27,04%.	2005-2009	Ana Kern

Tabla 2.2. Resultados del PBF en vacunación (continuación)

Resultado	Periodo	Fuente
En áreas rurales se observan mayores impactos en la probabilidad de aplicación de vacunas en menores de 6 años de edad: vacuna contra la polio primera dosis (69,16%), segunda dosis (50,29%), tercera dosis (38,62%); y en la vacuna contra el sarampión (38,81%).	2005-2009	Ana Kern

Fuentes:

(1) Luziele Tapajós, Júnia Quiroga, *Síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do MDS, versão atualizada e revisada 2006-2010*, [en línea], pp. 242, Brasília, MDS, 2010, Dirección URL: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/caderno%20-%2013.pdf>, [Consulta: 26 de marzo de 2020], p. 37.

(2) John Hoddinott, *Avaliação de impacto do programa bolsa família, segunda rodada (AIBF II)*, [en línea], pp. 37, Brasília, SAGI, 2012, Dirección URL: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/475.pdf>, [Consulta: 27 de marzo de 2020], pp. 18-24.

(3) Ana Kern, *O programa bolsa família e impactos sobre o desenvolvimento humano*, [en línea], pp. 136, Juiz de Fora, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2018, Dirección URL: <http://repositorio.ufjf.br:8080/jspui/bitstream/ufjf/7192/1/anapaulakern.pdf>, [Consulta: 31 de marzo de 2020], pp. 82, 87.

Al respecto del rubro vacunación, el PBF tuvo un impacto significativo para que los infantes beneficiarias tuvieran mejores tasas de vacunación y con ello prevenir enfermedades y elevar su desarrollo infantil. Los mejores resultados se observan en el Nordeste y en las zonas rurales.

En cuanto a los niños y niñas de 6 a 24 meses de edad se notan retrocesos para que sean inscritos a los programas de vacunación y en el suministro de algunas vacunas. Esto podría ser explicado debido a que en los primeros meses de edad de un niño la madre dispone de mayor tiempo para sus atenciones, pero posteriormente, la disponibilidad de los servicios de salud se ve limitados debido a que las madres regresan al mercado laboral, lo que dificulta el mantener el calendario de vacunación al día.

Las mejores tasas de vacunación se reflejan en los infantes menores de 6 años, lo que señala que el PBF ofrece impactos de mayor magnitud en la medida que sus beneficiarios son expuestos mayor tiempo al programa. Asimismo, se obtiene que este programa puede generar cambios duraderos en la vida de sus beneficiarios.

Por otro lado, una de las críticas hacia el PBF fue que incentivaría a las familias a tener más hijos con tal de tener mayores beneficios económicos. Esto se desmiente con los resultados de diferentes estudios que demuestran la disminución de la fertilidad de las familias beneficiarias en diferentes periodos de tiempo.

En el estudio *Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities* se encuentra una disminución de la tasa de fertilidad en 2004 de 2,31 hijos por madre a 2,01 en 2009, lo que significa una reducción del 13%.¹⁵⁶ En el trabajo de Jannuzzi, Bichir y Ritzi se encontró en las mujeres beneficiarias del PBF (con ingresos per cápita de hasta 70 reales) una disminución en la fecundidad de 5,1 hijos a 3,6 en el periodo de 2000-2010.¹⁵⁷ Lo mismo se puede encontrar en la investigación de Castiñeira, Nunes y Rungo en 2009: “[...], se ha puesto en evidencia que las mujeres entrevistadas manifiestan el deseo de no tener más hijos y que tener más hijos no es una opción considerada por los beneficiarios para aumentar sus ingresos.”¹⁵⁸

2.2.2.2. Salud prenatal e infantil

Otras de las áreas donde el PBF pudo tener un impacto significativo fue en la salud prenatal de los beneficiarios al aumentar el número de visitas a los centros de salud durante el embarazo. Al reducirse los partos prematuros, como se vio en el capítulo uno, se previenen en gran medida enfermedades durante el crecimiento de los infantes y se asegura un mejor desarrollo óptimo física y mentalmente tanto para los bebés como para las madres.

En 2005, el 19% de las mujeres embarazadas beneficiarias y el 23% de las no beneficiarias declaró no haber recibido ningún cuidado prenatal. Para 2009, se encontró una reducción en estos porcentajes tanto en beneficiarias como en no beneficiarias, 5%

¹⁵⁶ Davide Rasella, *et al.*, “Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities”, [en línea], pp. 57-64, Londres, *The Lancet*, vol. 382, 2013, Dirección URL: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2813%2960715-1>, [Consulta: 31 de marzo de 2020], p. 59.

¹⁵⁷ Paulo Jannuzzi, Renata Bichir, Rovane Ritzi, *Bolsa Familia y sus impactos en las condiciones de vida de la población brasileña: principales resultados de la encuesta Evaluación de Impacto del Bolsa Familia II*, [en línea], pp. 12, Brasilia, SAGI, 2012, Dirección URL: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmeps/simulacao/estudos_tecnicos/pdf/40.pdf, [Consulta: 31 de marzo de 2020], p. 8.

¹⁵⁸ Berta Castiñeira, Luis Nunes, Paolo Rungo, “Impacto de los programas de transferencia condicionada de renta sobre el estado de salud: el Programa Bolsa Familia de Brasil”, [en línea], pp. 85-97, Santiago de Compostela, *Revista Española de Salud Pública*, vol. 83, 2009, Dirección URL: <https://scielosp.org/pdf/resp/2009.v83n1/85-97/es>, [Consulta: 31 de marzo de 2020], p. 93.

y 12%, respectivamente.¹⁵⁹ Asimismo, el número de consultas prenatales durante el embarazo (en mujeres beneficiarias) creció de 3 a 3,7 en el periodo 2005-2009.¹⁶⁰

Por otro lado, la proporción de bebés nacidos a tiempo fue 14,1 p.p. mayor en hogares beneficiarios que en aquellos no beneficiarios en el periodo de 2006-2010.¹⁶¹ Los mismos resultados son encontrados en la investigación de Jannuzzi y Quiroga en el periodo 2011-2014: “El número de niños nacidos a tiempo, es decir, después de un período de gestación de entre 37 y 41 semanas, fue 7,9 puntos porcentuales mayor en las familias beneficiarias que en las no beneficiarias.”¹⁶²

Por otro lado, el PBF ha tenido impactos favorables en la salud infantil. Se ha observado una disminución en la mortalidad infantil y aumentos en la asistencia a los centros de salud. No obstante a lo anterior, también existen investigaciones cuyos resultados arrojan pocos cambios en lo que se refiere a las enfermedades de los infantes.

En la investigación de Rasella y otros se realizó un cruce de información entre diferentes fuentes de información comprendidas del 2004 al 2009. Con esta base de datos se procedió a determinar la mortalidad infantil en infantes menores de 5 años en 5,565 municipios brasileños. Lo que se encontró fue una disminución de la tasa de mortalidad de 21,7 a 17,5 muertes por cada mil nacidos vivos en el periodo 2004-2009.¹⁶³ Lo anterior significó una reducción del 19,4%.

Asimismo, en 2010 el estudio de Shei y otros, investigó a 1126 niños y niñas menores de 17 años de edad: 841 beneficiarios (66%) y 425 no beneficiarios (34%). Los resultados arrojaron que el PBF aumentaba la probabilidad de que los infantes menores de 7 años

¹⁵⁹ John Hoddinott, *Avaliação de impacto do Programa Bolsa Família, segunda rodada (AIBF II)*, op. cit., p. 24.

¹⁶⁰ *Idem*.

¹⁶¹ Luziele Tapajós, Júnia Quiroga, *Síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do MDS, versão atualizada e revisada 2006-2010*, op. cit., p. 37.

¹⁶² Paulo Jannuzzi, Júnia Quiroga, *Síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do MDS 2011-2014*, op. cit., p. 122.

¹⁶³ Davide Rasella, *et al.*, “Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities”, op. cit., p. 59.

asistieran a consultas de monitoreo del crecimiento en 3,1% para niños de 7 a 17 años de edad.¹⁶⁴

Tabla 2.3. Tasas de mortalidad infantil en menores de 5 años, 2004-2009, por cada mil nacidos vivos

	2004	2009	Porcentaje de cambio 2004-09
En total	21,7	17,5	-19,4%
Por diarrea	0,95	0,51	-46,3%
Por malnutrición	0,55	0,23	-58,2%
Por infecciones respiratorias	1,15	0,84	-27,0%
Por causas externas	1,23	1,01	-17,9%

Fuente: Davide Rasella, *et al.*, “Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities”, [en línea], pp. 57-64, Londres, *The Lancet*, vol. 382, 2013, Dirección URL: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2813%2960715-1>, [Consulta: 31 de marzo de 2020], p. 59.

Por otro lado, el mismo estudio encontró que Bolsa Familia reducía las probabilidades de que los niños de 7 a 17 años tuvieran diarrea en los últimos 3 meses, pero en menores de 7 años de edad no se encontró una reducción, sino un aumento. El 12% de los niños menores de 7 años tuvo diarrea en las pasadas dos semanas de cuando fueron entrevistados y el 16% de los niños de 7 a 17 años declaró haber tenido esta enfermedad en los pasados tres meses a partir de que fueron entrevistados. Por último, el programa no mostró impactos en la fiebre y en la tos de los beneficiarios.¹⁶⁵

Como se puede observar, el PBF ha incidido positivamente en que sus usuarios tengan una mejor salud al estar aumentando sus asistencias a las consultas prenatales y de monitoreo del crecimiento. Las investigaciones que marcan puntos de interés, como se podrá ver, obedecen a enfermedades que se presentan recurrentemente en los seres humanos y que con los servicios de salud y cuidados pertinentes no deben escalar a niveles mayores de riesgo. Asimismo, las investigaciones sustentan una reducción en

¹⁶⁴ Amie Shei, *et al.*, “The impact of Brazil’s Bolsa Família conditional cash transfer program on children’s health care utilization and health outcomes”, [en línea], pp. 9, Boston, *BMC International Health and Human Rights*, vol. 14, num. 10, 2014, Dirección URL: <https://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-698X-14-10>, [Consulta: 1 de abril de 2020], p. 3.

¹⁶⁵ *Ibid.*, p. 5.

las tasas de mortalidad infantil, lo que refleja que el PBF tiene un impacto de profundidad en la salud de la población.

2.2.3. Evolución en los patrones alimenticios

Dentro del diseño del Programa Bolsa Familia, la nutrición de las personas es una pieza clave ya que como se vio en el capítulo uno, el no tener acceso en cantidad y calidad a alimentos puede generar una serie de malnutriciones sobre el individuo, frenando su propio desarrollo. Asimismo, en el caso de las madres, si ellas no cuentan con una buena salud, el crecimiento del feto y posteriormente del bebé estarán comprometidos. Es por lo anterior, que el Programa Bolsa Familia toma este aspecto como de vital importancia, al considerarlo una de las primeras necesidades de todo individuo debe satisfacer.

De esta manera, se procederá a explicar los resultados que ha obtenido el PBF en los principales problemas relacionados con un mal acceso a la alimentación: inseguridad alimentaria, diversidad de la dieta, retraso de crecimiento, emaciación, lactancia materna exclusiva, anemia y el bajo peso al nacer. Se describirán los resultados obtenidos en familias beneficiarias y no beneficiarias a fin de encontrar la magnitud de impacto de este programa de transferencias monetarias.

2.2.3.1. Diversidad de la dieta e inseguridad alimentaria

Las transferencias monetarias del PBF han demostrado ser una fuente importante de recursos para que las familias beneficiarias utilicen estos para aumentar la variedad de su dieta. En el estudio de Paes-Sousa y Vaitsman se encontró que el 73,3% de las familias beneficiarias aumentó la variedad de alimentos consumidos después de su incorporación al programa.¹⁶⁶

En la investigación de Garcia, Shikida y Otto se encontró un aumento del 10,8% en el gasto de alimentos por parte de las familias beneficiarias.¹⁶⁷ Este resultado es aún mejor

¹⁶⁶ Rômulo Paes-Sousa, Jeni Vaitsman, *Síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do MDS, op. cit.*, p. 25.

¹⁶⁷ Felipe Garcia, Claudio Shikida, Ronald Otto, "Bolsa Família: Um survey sobre os efeitos do programa de transferência de renda condicionada do Brasil", *op. cit.*, p. 822.

cuando se contempla que el aumento se centró en las frutas y verduras y no en cigarrillos o bebidas. Asimismo, en el mismo trabajo, se encontró que las familias tenían 6,8 p.p. mayor probabilidad de adquirir leche no pasteurizada (cambios observados del 2008 al 2009).¹⁶⁸

Los mejores estándares de alimentación por parte de las familias beneficiarias tuvieron efectos en la nutrición de las y los niñas y niños como encontraron en su investigación Tapajós y Quiroga entre 2006 y 2010: “[...] la proporción de niños beneficiarios que se consideran nutridos fue 39,4 puntos porcentuales mayor que la de los niños no beneficiarios, considerando el Índice de Masa Corporal (IMC), que establece una relación entre el peso y la altura de los niños.”¹⁶⁹

Los mejores niveles de nutrición de los infantes pueden explicarse gracias a que investigaciones muestran que las transferencias monetarias son principalmente utilizadas para la adquisición de alimentos. Una fuente que sustenta esto es la del Instituto Brasileño de Análisis Sociales y Económicos (IBASE) en su trabajo *Repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas* en el cual se preguntó a los titulares de los beneficios cuáles eran los tres principales rubros en el que destinaban los recursos recibidos: el 87% de las familias contestaron como primera opción la de adquisición de alimentos, en segunda opción fueron los gastos en educación con el 46% de las familias y en tercera la de vestimenta con el 37%. Los alimentos que aumentaron más su consumo fueron los azúcares, los cereales y la leche y los que no vieron tanto aumento fueron los vegetales, los huevos y las frutas.¹⁷⁰

Asimismo, las familias beneficiarias comentaron que una vez inscritos en el PBF la cantidad de alimentos consumidos aumentó un 74% y la variedad de alimentos un 70%.

¹⁶⁸ *Ibid.*, p. 832

¹⁶⁹ Luziele Tapajós, Júnia Quiroga, *Síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do MDS, versão atualizada e revisada 2006-2010, op. cit.*, p. 37.

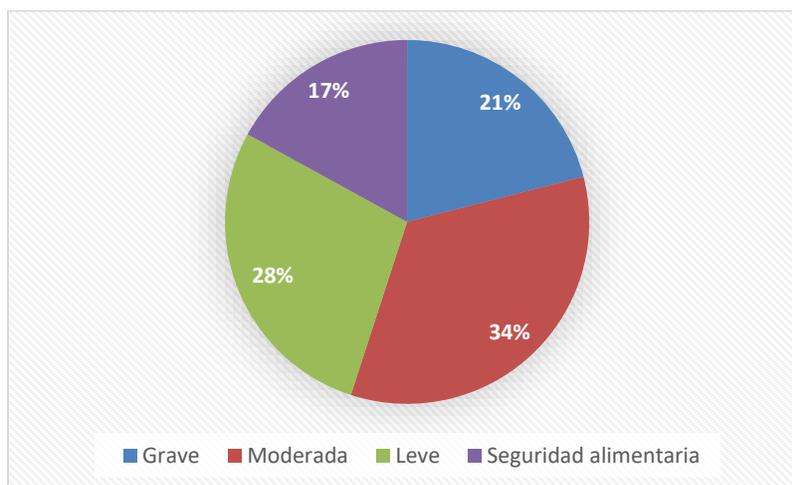
¹⁷⁰ Francisco Menezes, *Repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas*, [en línea], pp. 21, Rio de Janeiro, IBASE, 2008, Dirección URL: https://ibase.br/userimages/ibase_bf_sintese_site.pdf, [Consulta: 3 de abril de 2020], p. 5.

Por último, en 2007 los hogares beneficiarios destinaban 200 reales mensuales en alimentación, lo que representa el 56% de la renta familiar en promedio.¹⁷¹

A pesar de lo anterior, en el mismo estudio del IBASE se encontró que el 21% de las familias entrevistadas tenían inseguridad alimentaria grave (padecían hambre), el 34% padecía inseguridad alimentaria moderada (restricción de alimentos), el 28% tenía inseguridad alimentaria leve (no existe falta de alimentos, pero si una incertidumbre sobre el consumo de ellos en un futuro) y solamente el 17% estaba en una situación de seguridad alimentaria.¹⁷²

Por otro lado, y no necesariamente contraponiéndose con la información del párrafo anterior, en el estudio de Camelo y otros (2009), encontraron que las familias beneficiarias que estaban en inseguridad alimentaria leve, tenían 11,6 puntos porcentuales (p.p.) mayores posibilidades de transitar a la seguridad alimentaria.¹⁷³

Gráfica 2.5. Inseguridad alimentaria en familias beneficiarias del PBF, 2007



Fuente: *Repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas*, [en línea], pp. 21, Rio de Janeiro, IBASE, 2008, Dirección URL: https://ibase.br/userimages/ibase_bf_sintese_site.pdf, [Consulta: 3 de abril de 2020], p. 8.

¹⁷¹ *Ibid.*, p. 8.

¹⁷² *Idem.*

¹⁷³ Felipe Garcia, Claudio Shikida, Ronald Otto, "Bolsa Família: Um survey sobre os efeitos do programa de transferência de renda condicionada do Brasil", *op. cit.*, p. 832.

Como se observa el PBF obtuvo efectos positivos para que las familias beneficiarias incrementaran sus posibilidades de gozar de una mejor nutrición al aumentar la variedad y cantidad de alimentos; no obstante, un programa de transferencias monetarias condicionadas al sector salud y educación resulta insuficiente para aliviar todos los problemas a los que se enfrentan las familias pobres como es el caso de la inseguridad alimentaria. Se hace imperativo que el PBF sea acompañado de otras políticas públicas para que se satisfagan otras necesidades de las familias como la creación de trabajos formales que garanticen una renta familiar estable y digna, mejores condiciones en las viviendas y el desarrollo de las economías locales.

2.2.3.2. Retraso del crecimiento y emaciación

Al respecto al retraso del crecimiento, el PBF muestra tener impactos positivos al respecto de esta malnutrición ya que en la AIBF II se encuentra una disminución en su prevalencia durante el periodo 2005-2009 en infantes menores de 5 años de edad. Como se podrá ver en la tabla líneas abajo, la prevalencia de esta malnutrición tuvo una reducción del 34%, en dicho periodo, en el grupo de los beneficiarios y de 30% en no beneficiarios. De esto, se debe tener en mente que el grupo de los beneficiarios se encuentra en un cuadro de mayor riesgo y vulnerabilidad, por lo que al tener cambios más satisfactorios se muestra que Bolsa Familia está teniendo los avances esperados.

Tabla 2.4. Prevalencia del retraso de crecimiento en infantes menores de 5 años de edad, 2005-2009

	2005	2009	Cambio 2005-09
Beneficiario PBF	14,7%	9,7%	34,01%
No beneficiario	15,8%	11,0%	30,37%

Fuente: John Hoddinott, *Avaliação de impacto do programa bolsa família, segunda rodada (AIBF II)*, op. cit., p. 17.

En 2007 el trabajo de Carvalho y otros, se encuentra una menor prevalencia de esta malnutrición en el grupo de los beneficiarios (6,5% contra 6,0% de los no beneficiarios).¹⁷⁴ En estudio de Paes-Sousa, Pacheco y Shisue, se encontró que los

¹⁷⁴ Fabiana Carvalho, *et al.*, "Programa Bolsa Família e estado nutricional infantil: desafios estratégicos", [en línea], pp. 3307-3316, Viçosa, *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 16, num. 7, 2011, Dirección URL: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/30.pdf>, [Consulta: 6 de abril de 2020], p. 3311.

infantes menores de 5 años de edad beneficiarios de Bolsa Familia tienen 26% mayores probabilidades de gozar una adecuada estatura para la edad en comparación con aquellos no expuestos al programa, esto también aplicó para el peso y para la edad. En infantes de 36 a 59 meses, la probabilidad de que consigan una estatura normal para la edad asciende a 41%, en aquellos de 0 a 11 meses de edad, no se encontró diferencias entre beneficiarios y no beneficiarios.¹⁷⁵ Esto demuestra que entre mayor tiempo se esté bajo exposición del programa, mejores serán los resultados obtenidos.

Jannuzzi y Quiroga estudiaron a 408,605 infantes de 0 a 5 años de edad. En la investigación se obtuvo una disminución en el retraso del crecimiento al pasar de 17,3% en 2008 a 8,6% en 2012.¹⁷⁶ Esto significó una reducción del 50%. Para obtener esta información se hizo un entrelazamiento de información proveniente del CadÚnico, y del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN).

Tras las investigaciones de diferentes estudios y autores, se determina que el PBF ha conseguido impactos positivos al respecto del retraso de crecimiento. Asimismo, es posible observar que entre mayor tiempo esté expuesta la familia beneficiaria al programa, mejores resultados se obtendrán en los infantes menores de 5 años de edad.

Al respecto a la emaciación, se encuentra la limitante de que existe una carencia de literatura que muestre resultados del PBF en este rubro. Las fuentes de información existentes se centran en la adquisición de alimentos por parte de los beneficiarios, en los usos de los servicios de salud, en vacunación, en mortalidad infantil, pero sobre emaciación no. Lo más cercano que se obtuvo fue sobre el peso bajo para la edad y el retraso del crecimiento. Por todo lo anterior, se procederá a mostrar los resultados de la AIBF II como la fuente que muestra mayor veracidad debido a la metodología utilizada y el periodo de tiempo de estudio.

¹⁷⁵ Rômulo Paes-Sousa, Leonor Maria Pacheco Santos, Édina Shisue Miazaki, "Effects of a conditional cash transfer programme on child nutrition in Brazil", [en línea], pp. 496-503, Brasilia, *Bull World Health Organ*, vol. 89, 2011, Dirección URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3127265/pdf/BLT.10.084202.pdf>, [Consulta: 6 de abril de 2020], p. 498.

¹⁷⁶ Paulo Jannuzzi, Júnia Quiroga, *Síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do MDS 2011-2014*, op. cit., p. 118.

En la AIBF II, se puede apreciar que el PBF tuvo un impacto ligero en la disminución de la emaciación (peso para la estatura). Lo anterior ya que esta malnutrición pasó de 7,7% a 7,4% de 2005 a 2009. En no beneficiarios se observa un incremento de la misma.

Tabla 2.5. Prevalencia de la emaciación en infantes beneficiarios de PBF menores de 5 años de edad, 2005-2009

	2005	2009	Cambio 2005-09
Beneficiario PBF	7,7%	7,4%	-3,9%
No beneficiario	8,0%	9,0%	12,5%

Fuente: John Hoddinott, *Avaliação de impacto do programa bolsa família, segunda rodada (AIBF II)*, op. cit., p. 17.

Ante la falta de más estudios de comparación, hacer un juicio por sí solo podría ser apresurado y poco exacto. Por lo mismo, se tendría que examinar los demás resultados del PBF en la salud infantil y con ello poder determinar cuáles son las causas por las que el PBF no está obteniendo los resultados esperados en la prevalencia de la emaciación de los infantes menores de 5 años.

Estudios ya citados en esta investigación concluyen que los resultados en el programa no se ven afectados por el cumplimiento de las condicionalidades, sino por la oferta en los servicios de salud. Asimismo, hay que recordar que la emaciación es causada por una mala nutrición en el infante, por una exposición a ambientes insalubres, y por otras enfermedades como la diarrea, que si no son tratadas a tiempo pueden ocasionar efectos desastrosos en los infantes. Lo anterior enseña que para combatir la emaciación se necesita un paquete más amplio para poder erradicarla, exigiéndose instrumentos más allá que transferencias monetarias o visitas a los centros de salud.

2.2.3.3. Peso bajo, anemia y lactancia materna exclusiva

El peso bajo, la anemia y la lactancia materna exclusiva son indicadores que reflejan la salud que goza un infante por lo que se convierten en aspectos de interés al momento de evaluar el PBF. Las fuentes encontradas varían en metodología y periodos de tiempo, la mayoría de ellas carecen de estudios longitudinales, lo que no permite que se puedan evaluar los cambios generados en los beneficiarios durante un periodo de tiempo dado. Dicho lo anterior, la AIBF II, al haber hecho un estudio longitudinal del 2005 al 2009, será

utilizada como uno de los estudios centrales al momento de analizar el PBF. Cabe recalcar que se encuentran limitantes al tratar de hacer análisis sobre la anemia y la lactancia materna exclusiva ya que los estudios no se enfocan en estos rubros, incluso la AIBF II no habla sobre resultados del programa en la anemia.

En el estudio de Tapajós y Quiroga se encontró que en los dos primeros años de implementación del PBF hubo una reducción en los déficits de peso en los infantes beneficiarios menores de 10 años de edad, en los mayores de 10 años, no se encontraron impactos.¹⁷⁷

En el municipio de Paula Cândido localizado en la zona de Mata de Minas Gerais se evaluó a 446 infantes de 6 a 84 meses de edad, 184 no beneficiarios (41%) y 262 beneficiarios (59%). Tras una investigación en infantes menores de 5 años de septiembre a noviembre de 2007 se encontró una mayor prevalencia de bajo peso para la edad en beneficiarios (2,3%) que en no beneficiarios (1,6%).¹⁷⁸

En la misma investigación se encontró una prevalencia de anemia en beneficiarios (infantes de 6 a 84 meses de edad) del 22%, en no beneficiarios fue del 23,4%. Del grupo de beneficiarios, el 68% tenía anemia leve, el 30% moderada y el 2% grave.¹⁷⁹ Para determinarse si se tenía esta malnutrición se obtuvo una gota de sangre del dedo pulgar de la mano dominante. El punto de corte fue a partir de 11,0 g/dL, para anemia leve fue de 10,0 a 10,9 g/dL, anemia moderada de 7,0 a 9,9 g/dL y si se obtenía un valor inferior a 7,0 g/dL era anemia grave.

En la AIBF II, el PBF tuvo una asociación positiva en la reducción de la prevalencia del bajo peso en beneficiarios menores de 5 años de edad. Esta malnutrición decreció un 18% en el periodo 2005-2009. No obstante a lo anterior, el grupo no perteneciente a Bolsa Familia obtuvo mejores resultados, aun siendo que sus tasas eran más altas en 2005. Líneas abajo la tabla 2.7 que describe lo anterior.

¹⁷⁷ Luziele Tapajós, Júnia Quiroga, *Síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do MDS, versão atualizada e revisada 2006-2010, op. cit.*, p. 21.

¹⁷⁸ Fabiana Carvalho, *et al.*, "Programa Bolsa Família e estado nutricional infantil: desafios estratégicos", *op. cit.*, p. 3311.

¹⁷⁹ *Idem.*

Tabla 2.6. Prevalencia de la anemia en infantes de 6 a 84 meses de edad, beneficiarios y no beneficiarios del PBF, 2007

	Beneficiario PBF	No beneficiario
Anemia	22,0%	23,4%
Anemia leve	68,4%	69,8%
Anemia moderada	29,8%	30,2%
Anemia grave	1,8%	-

Fuente: Fabiana Carvalho, *et al.*, "Programa Bolsa Família e estado nutricional infantil: desafios estratégicos", [en línea], pp. 3307-3316, Viçosa, *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 16, num. 7, 2011, Dirección URL: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/30.pdf>, [Consulta: 6 de abril de 2020], p. 3311

Asimismo, en la AIBF II se analizó el peso al nacer de los niños y niñas. En familias beneficiarias el peso medio al nacer fue de 3,26 kg, y en no beneficiarias fue de 3,24 kg (se les preguntó a madres con hijos menores de 1 año de edad en 2009). Solamente el 8% de los infantes beneficiarios nacieron con bajo peso (menor a 2,5 kg).¹⁸⁰

Tabla 2.7. Prevalencia del bajo peso para la edad en menores de 5 años, 2005-2009

	2005	2009	Cambio 2005-09
Beneficiario PBF	7,2%	5,9%	-18,05%
No beneficiario	7,8%	5,8%	-25,64%

Fuente: John Hoddinott, *Avaliação de impacto do programa bolsa família, segunda rodada (AIBF II)*, *op. cit.*, p. 17.

Por último, en la misma investigación, se muestra que después de 4 años de exposición al programa, la prevalencia de lactancia materna exclusiva (durante los primeros seis meses de vida del bebé) fue mayor por 8 p.p. entre los beneficiarios que en los no beneficiarios (61% vs 53%).¹⁸¹

Como se podrá ver, el PBF ha logrado disminuir la prevalencia de bajo peso para la edad, lo que significa que el programa está incidiendo correctamente en la nutrición de los infantes. Asimismo, fue posible notar que aún hay trabajo por hacer ya que las familias no beneficiarias obtuvieron mayores reducciones en esta malnutrición. Respecto a la anemia, los resultados no muestran diferencias significativas entre el grupo Bolsa Família

¹⁸⁰ John Hoddinott, *Avaliação de impacto do Programa Bolsa Família, segunda rodada (AIBF II)*, *op. cit.*, p. 15.

¹⁸¹ *Idem.*

y el grupo de control. En lactancia materna exclusiva, los beneficiarios muestran mejores tasas lo que

2.2.4. Otros efectos del programa: relaciones de género y trabajo infantil

Las relaciones de género fueron otro punto que estuvo dentro de la agenda del Programa Bolsa Familia al plantearse como primera opción a las mujeres como las titulares de los beneficios del programa. Con ello se buscó que las mujeres aumentaran su poder en la toma de decisiones en el plano personal como del hogar.

La investigación de Jannuzzi y Quiroga encuentra que en 2009 el 92% de los titulares legales de los beneficios son mujeres. Asimismo, entre 2011-2012 el 83,7% de mujeres recibían menos de un salario mínimo y el 40,5% recibía menos de medio salario mínimo.¹⁸² Los autores concluyen que el programa más que hacer un cambio en las relaciones de género, genera una mayor circulación de dinero entre las mujeres. Por otro lado, Garcia, Shikida y Otto enseñan que el PBF aumenta la probabilidad de que las mujeres tomen sus propias decisiones en el uso de métodos anticonceptivos entre 9,6 y 11,1 pp.¹⁸³

En 2009, la AIBF II encuentra que las decisiones en el hogar son tomadas conjuntamente entre un 45% y 69%, alrededor de las regiones estudiadas. En la “decisión de trabajar” el porcentaje de casos en que fue tomada únicamente por el cónyuge disminuyó entre 3 y 14%. En decisiones sobre la compra de medicamentos para los hijos, la participación de las mujeres aumentó 8 pp. y en la compra de bienes duraderos 5,3 p.p. Asimismo, la proporción de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos aumentó 9,8 pp. Respecto a la toma de decisiones en: alimentación, ropa infantil, asistencia a la escuela de los niños, gasto en medicamentos para los niños y compra de bienes duraderos, el

¹⁸² Paulo Jannuzzi, Júnia Quiroga, *Síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do MDS 2011-2014*, op. cit., pp. 57-58.

¹⁸³ Felipe Garcia, Claudio Shikida, Ronald Otto, “Bolsa Família: Um survey sobre os efeitos do programa de transferência de renda condicionada do Brasil”, op. cit., p. 852.

porcentaje de mujeres que respondieron que sólo ellas toman las decisiones aumentó del 4% al 7%.¹⁸⁴

A manera de conclusión, Bolsa Familia ha logrado aumentar la fuerza de las mujeres en la toma de decisiones en el ámbito del hogar y en cuestiones personales como el uso de métodos anticonceptivos. No obstante, como lo describen los estudios citados, las mujeres continúan situándose en condiciones de dependencia al haber una gran proporción de ellas que tienen una renta inferior a un salario mínimo lo que limita en gran medida su autonomía. La inducción de un programa de transferencias monetarias no basta para romper el esquema vigente de las relaciones de género.

En cuestión de trabajo infantil, los apoyos económicos y las condicionalidades en educación por parte del programa tienen el objetivo de incentivar a que el padre y la madre lleven a la escuela a los hijos y con ello continuar con el desarrollo académico de los infantes. Asimismo, la reducción del trabajo infantil es prioritaria para que los niños y niñas puedan dedicar su tiempo al estudio, sin que esto afecte la renta familiar.

Tabla 2.8. Tasas de trabajo infantil en beneficiarios del PBF, 2005-2009

Rango edad	2005	2009	Cambio 2005-09
5-10 años	1,0%	0,7%	-30.0%
11-15 años	6,3%	4,6%	-27.0%
16-17 años	22,9%	15,7%	-31.0%

Fuente: John Hoddinott, *Avaliação de impacto do programa bolsa família, segunda rodada (AIBF II)*, op. cit., p. 27.

En este sentido la AIBF II encontró reducciones en las tasas de trabajo infantil entre 2005 y 2009. Como se podrá ver en la tabla líneas abajo, en todos los rangos de edades se observaron disminuciones bastante positivas ya que en promedio el trabajo infantil se redujo un 29% entre las edades de 5 a 17 años.¹⁸⁵

Por otro lado, cuando se hace una segregación por sexo, se observa que en las niñas de 5 a 10 años se centran los mayores impactos al haber una reducción de 43% en el

¹⁸⁴ John Hoddinott, *Avaliação de impacto do Programa Bolsa Família, segunda rodada (AIBF II)*, op. cit., p. 25.

¹⁸⁵ *Ibid.*, p. 27.

trabajo infantil. En niños y niñas de 11 a 17 años se encuentran, de manera general, mismas tasas de disminución. Por último, se identifica que los niños de todas las edades tienen una participación mayor en el mercado laboral en contraste con las niñas. “Cuando se estudió en adolescentes (de 5 a 17 años) que estaban llevando a cabo alguna actividad doméstica, se verificó un impacto por el programa en la reducción del número de horas dedicadas a estas tareas en el orden de 4,5 horas [...]”¹⁸⁶

Tabla 2.9. Tasas de trabajo infantil en beneficiarios del PBF por sexo, 2005-2009

Rango de edad	Niñas			Niños		
	2005	2009	Cambio 2005-09	2005	2009	Cambio 2005-09
5-10 años	0,7%	0,4%	-43.0%	1,3%	0,9%	-31.0%
11-15 años	4,6%	3,4%	-26.0%	7,8%	5,7%	-27.0%
16-17 años	16,1%	10,6%	-34.0%	29,3%	20,4%	-30.0%

Fuente: John Hoddinott, *Avaliação de impacto do programa bolsa família, segunda rodada (AIBF II)*, op. cit., p. 27.

En el estudio de Chitolina, Foguel y Menezes-Filho se valida que Bolsa Familia tiene el efecto de aumentar 4,4 pp. la decisión de los jóvenes por estudiar y trabajar simultáneamente, en zonas rurales el cambio fue por 9,7 pp. y urbanas por 2,6 pp.¹⁸⁷ Los resultados representan a jóvenes de 15 y 16 años de edad. Lo anterior con base en 4 preguntas que se les hicieron a los jóvenes: probabilidad de no estudiar y no trabajar, probabilidad de solo trabajar, probabilidad de solo estudiar y la probabilidad de trabajar y estudiar. A continuación, una tabla con las respuestas de los jóvenes.

Tabla 2.10. Probabilidades en jóvenes beneficiarios del PBF de 15 y 16 años de estudiar y/o trabajar, en puntos porcentuales, 2006-2012

	Todos	Urbano	Rural
No estudiar y no trabajar	-3,8	-2,8	-8,6
Solo estudiar	0,4	1,2	-2,0
Solo trabajar	-1,0	-0,9	-0,8
Trabajar y estudiar	4,4	2,6	9,7

¹⁸⁶ *Ibid.*, p. 29.

¹⁸⁷ Lia Chitolina, Miguel Foguel, Naercio Menezes-Filho, “The Impact of the Expansion of the Bolsa Família Program on the Time Allocation of Youths and Their Parents”, [en línea], pp. 183-202, Rio de Janeiro, *Revista Brasileira de Economia*, vol. 70, num 2, 2016, Dirección URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbe/v70n2/0034-7140-rbe-70-02-0183.pdf>, [Consulta: 10 de abril de 2020], p. 195.

Fuente: Lia Chitolina, Miguel Foguel, Naercio Menezes-Filho, "The Impact of the Expansion of the Bolsa Família Program on the Time Allocation of Youths and Their Parents", [en línea], pp. 183-202, Rio de Janeiro, *Revista Brasileira de Economia*, vol. 70, num 2, 2016, Dirección URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbe/v70n2/0034-7140-rbe-70-02-0183.pdf>, [Consulta: 10 de abril de 2020], p. 195.

Como se podrá ver, el PBF impactó favorablemente en dos aspectos: el primero fue en reducir las tasas de trabajo infantil y la segunda en crear una mayor motivación en los estudiantes a que si se ven en la necesidad de trabajar, no dejen sus estudios, ya que las probabilidades de "solo trabajar" o "no trabajar y no estudiar" decrecieron. Por otro lado, los datos anteriores revelan que aún existe la necesidad por parte de algunos hogares beneficiarios de que los hijos continúen trabajando para completar la renta familiar ante la falta de recursos suficientes.

2.2.5. Impactos en familias egresadas de Bolsa Familia

Resulta relevante evaluar la situación de las familias egresadas de Bolsa Familia para poder observar si el programa está generando cambios de largo o corto plazo. Los programas de transferencias monetarias condicionadas deben estar acompañados de objetivos inmediatos que alivien las necesidades básicas de las familias y de objetivos estratégicos para que estas familias no se vuelvan dependientes del programa y puedan realmente mejorar sus condiciones de vida.

En la investigación de Silva¹⁸⁸ se realizaron grupo focales y estudios cuantitativos en los municipios de *São Luís*, *Imperatriz* y *São José de Ribamar* con familias egresadas de Bolsa Familia y gestores del programa. Los objetivos fueron determinar en qué medida Bolsa Familia había generado impactos de largo plazo y cómo cambiaban las condiciones de vida de las familias una vez desligadas de este.

Entre los principales hallazgos de la investigación es la inexistencia de mecanismos que se dediquen al estudio de las familias egresadas por parte de las secretarías gestoras de Bolsa Familia. Asimismo, se encontró que Bolsa Familia tiene un fuerte impacto para aliviar las necesidades inmediatas de las familias (alimentación, vestimenta, calzado y

¹⁸⁸ Paulo Jannuzzi, Paula Montagner, *Síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do MDS, 2015-2016*, [en línea], pp. 288, Brasília, SAGI, 2016, Dirección URL: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmps/ferramentas/docs/Caderno%20de%20Estudos%2027.pdf>, [Consulta: 16 de abril de 2020].

adquisición de medicamentos) y que son estas mismas las que se ven más afectadas una vez que las familias dejan de ser beneficiarias.

De los discursos de los egresados se puede deducir que los impactos son principalmente en el poder adquisitivo que aumenta con el beneficio financiero recibido por la participación en Bolsa Familia, con el aumento del poder de compra de los bienes prioritarios para asegurar la supervivencia diaria. Así pues, los impactos identificados son de corta duración ya que con el desligamiento de la familia, con la consiguiente retirada del beneficio financiero, pocos cambios permanecen.¹⁸⁹

En cuanto a la educación se observan impactos de largo plazo ya que las madres contestaron que los hijos elevaron su permanencia en la escuela aun cuando dejaron de ser beneficiarios. En salud, se observa un ligero impacto en la permanencia de la cultura de prevención entre las familias egresadas.

[...] se destaca que estos cambios no se sostienen cuando se desligan del programa, lo que nos lleva a entender que la condicionalidad termina siendo interpretada incluso por las familias como una obligación y condición para no salir de Bolsa Familia, en lugar de constituirse una estrategia educativa con posibilidad de convertirse en un impacto duradero en la vida de estas familias.¹⁹⁰

Continuando al respecto del sector salud, las familias egresadas denuncian que el acceso a los servicios de salud se ve afectado sobre todo para la realización de exámenes, consultas y la entrega de medicamentos.¹⁹¹ De esta manera, es posible ver que estas familias resultan desprotegidas al no haber mejorado del todo sus condiciones de vida y no tener los beneficios del programa.

Al respecto a las viviendas, se puede mencionar que el programa logró un impacto de largo plazo ya que las inversiones que se hagan al hogar pueden permanecer aun cuando las familias dejen de ser beneficiarias. En la AIBF II se encontró que las casas hechas de mampostería aumentaron del 79% al 84% de los hogares entre 2005 y 2009.

¹⁸⁹ *Ibid.*, p. 248.

¹⁹⁰ *Ibid.*, p. 249.

¹⁹¹ *Ibid.*, pp. 249-250.

Asimismo, en 2005 el 81% de los domicilios beneficiarios contaban con piso de cerámica o concreto. Para 2009 los porcentajes aumentaron a favor del piso de cerámica.¹⁹² Asimismo, la proporción de casas que contaban con menos de 2 dormitorios en 2005 era del 31%, en 2009 este porcentaje disminuyó a 18%.¹⁹³

El programa Bolsa Familia ha tenido impactos positivos en las familias mientras estas son beneficiarias, pero se ha encontrado que una vez que estas no pertenecen más al programa, sus condiciones de vida no han tenido cambios de fondo o de largo plazo. Sus necesidades inmediatas fueron cubiertas, mas no resueltas por el PBF ya que las familias no lograron desarrollar las capacidades necesarias para asegurar un mejor nivel de renta. Se hace visible que un programa de transferencias monetarias no es suficiente para que las familias puedan superar el ciclo de la pobreza, sino que se necesita complementar Bolsa Familia con otros programas sociales que desarrollen la economía local y las capacidades de las personas.

Como se pudo ver a lo largo de este capítulo el Programa Bolsa Familia ha tenido una asociación positiva para el mejoramiento de los niveles educativos de los jóvenes beneficiarios con un mayor impacto en la asistencia y grado escolar de las niñas beneficiarias. En la salud, el programa ha incentivado que las familias acudan más a los servicios de salud lo que ha impulsado la prevención de enfermedades, la salud prenatal, las tasas de vacunación y el monitoreo del crecimiento de los infantes.

En nutrición, los impactos se reflejan en la disminución de la prevalencia del retraso de crecimiento, emaciación, peso bajo para la edad y mortalidad infantil. Los resultados positivos también se ven en el aumento de la lactancia materna exclusiva. Cabe mencionar que la literatura que hable sobre los impactos del programa en nutrición es limitada, tal es el caso de la anemia y la salud de las mujeres embarazadas, donde no se puede determinar si el PBF ha tenido efectos positivos o negativos.

¹⁹² John Hoddinott, *Avaliação de impacto do Programa Bolsa Família, segunda rodada (AIBF II)*, op. cit., p. 10.

¹⁹³ *Ibid.*, pp. 10-11.

Por otro lado, las transferencias monetarias han sido bien utilizadas por las familias ya que se destinan principalmente al sector alimentos, educación y vestimenta. Esto ha mejorado la diversidad de la dieta en alimentos como vegetales, cárnicos, lácteos, cereales y frutas, aunque se debe mencionar que el grupo que más aumentó fue el de los azúcares.

Al respecto a la inseguridad alimentaria, las transferencias monetarias han permitido que las familias tengan una renta mensual fija, lo que brinda al hogar un mayor grado de estabilidad financiera. Sin embargo, se demuestra que los instrumentos y mecanismos del programa se ven rebasados por la realidad socioeconómica de las familias más necesitadas al encontrarse, aun con los apoyos del programa, altas tasas de inseguridad alimentaria, ya sea leve, moderada o grave.

Otra limitante encontrada fue que no existen mecanismos sistemáticos que evalúen los impactos de Bolsa Familia, es decir, publicaciones periódicas que tomen la misma metodología y objetivos para poder ver los avances del programa a lo largo del tiempo. Lo más cercano que se obtiene son los Cuadernos de Estudio que son publicaciones de las investigaciones que hace el Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre (MDS) a través de la Secretaría de Evaluación y Gestión de la Información (SAGI), pero estas evalúan diferentes rubros, varían en metodología, y en las últimas publicaciones el PBF ha dejado de ser una parte central de las investigaciones. Debido a lo anterior, es posible decir que Bolsa Familia ha mostrado ser un programa efectivo para mejorar las condiciones de vida de las familias en el pasado, mas no se puede aseverar que se están teniendo los mismos resultados en el presente.

Por otro lado, mientras las familias están inscritas al programa se pueden ver resultados positivos en educación, salud y nutrición, pero cuando estas egresan de Bolsa Familia se encuentran retrocesos en su salud y nutrición debido a que durante su permanencia en el programa no lograron desarrollar las capacidades suficientes para que se independizaran de los apoyos de Bolsa Familia. En este sentido, se muestra la importancia de que los programas cuenten con objetivos de corto y largo plazo, ya que

se pudo ver que en educación y condiciones de la vivienda los resultados alcanzados pudieron permanecer aun cuando las familias egresaban de Bolsa Familia.

Los programas de transferencias monetarias condicionadas resultan tener impactos significativos, pero algunos de sus efectos duran mientras las familias pertenecen a ellos debido a su naturaleza. Pensar que este tipo de programas sociales acabarán con el ciclo intergeneracional de la pobreza es erróneo, a la vez que pensar que no son necesarios. Se hace imperativo que existan instrumentos complementarios a estos que incentiven las economías locales, doten de instrumentos duraderos a las familias y así, las familias puedan producir por sí mismas una renta digna.

3. La experiencia mexicana del Progres-Oportunidades-Prospera

En México, desde 1997 se creó un programa de transferencias monetarias bajo esquemas de corresponsabilidad, el cual tuvo modificaciones a lo largo del tiempo, pero sin perder sus componentes y objetivos de un inicio. Este programa llamado Progres-Oportunidades-Prospera (POP)¹⁹⁴ sobrevivió a gobiernos de diferentes partidos políticos lo que permitió que el programa tuviera un margen de instrumentación de 21 años.

Sin embargo, en 2019 el gobierno del actual presidente de México, Andrés Manuel López Obrador (2018-2024), creó por decreto la Coordinación Nacional de Becas para el Bienestar Benito Juárez¹⁹⁵ como órgano desconcentrado de la Secretaría de Educación Pública (SEP) que tiene por objetivo gestionar la entrega de apoyos educativos del POP en todos sus niveles escolares. A partir de este momento, Prospera Programa de Inclusión Social (Prospera) elimina sus componentes de salud y alimentación, entrando a una nueva etapa con objetivos distintos. Es por lo anterior que la presente investigación se centrará en la implementación del POP de 1997 al 2018.

En el presente capítulo se explicará la estructura de este programa. Posteriormente se hablará sobre los resultados que obtuvo el POP en los hogares beneficiarios y se compararán con población no beneficiaria para que se pueda determinar la magnitud de impacto del mismo.

3.1. Estructura del programa

En un inicio se conoció como el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progres-Oportunidades) que atendió a la población en pobreza extrema de 1997 al 2002 en las administraciones de Ernesto Zedillo y Vicente Fox. “Un rasgo muy distintivo del proceso de diseño del programa fue la realización de un piloto que sirvió para probar y ajustar las

¹⁹⁴ Se usará este término de ahora en adelante y se harán distinciones por el nombre que recibió el programa en cada etapa histórica cuando sea necesario.

¹⁹⁵ DOF, *Decreto por el que se crea la Coordinación Nacional de Becas para el Bienestar Benito Juárez*, [en línea], Ciudad de México, SEGOB, 2019 Dirección URL: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5561693&fecha=31/05/2019, [Consulta: 2 de noviembre de 2019].

propuestas iniciales.”¹⁹⁶ Posteriormente, transitó al Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (Oportunidades) que operó en el periodo 2002-2014. Finalmente, Prospera Programa de Inclusión Social (Prospera) fue creado en 2014.

Como se dijo anteriormente, estos programas sociales representan una continuación uno de otro ya que conservan el mismo objetivo esencial desde 1997 hasta 2018 bajo mínimas modificaciones en operación y apoyos. A manera de ejemplificación se pondrá el objetivo de Prospera por ser la etapa del POP más próxima:

Contribuir a fortalecer el cumplimiento efectivo de los derechos sociales que potencien las capacidades de las personas en situación de pobreza a través de acciones que amplían el desarrollo de sus capacidades en alimentación, salud y educación y el acceso a otras dimensiones de bienestar para coadyuvar a la ruptura del ciclo intergeneracional de la pobreza.¹⁹⁷

De igual manera, con Progresas y con Oportunidades existieron estos tres componentes esenciales (alimentación, salud y educación) ya que se consideró que había una interdependencia entre ellos. Es decir, un niño no podrá tener un pleno crecimiento si desde que nace no tiene una alimentación sana, acceso digno a servicios de salud y ello se reflejará en su desempeño académico. Asimismo, el avance escolar dependerá en medida de la salud y alimentación del infante. Si no existen las condiciones mínimas para estos niños, el ciclo de la pobreza continuará. “La hipótesis central que guió el diseño del programa se asocia con este segundo objetivo: la inversión en la educación, salud y alimentación de las nuevas generaciones les permitiría, cuando fueran adultos, insertarse en el mercado laboral en actividades de mayor estatus, productividad y remuneración.”¹⁹⁸

¹⁹⁶ Gonzalo Hernández Licona, *et al.*, *El Progresas-Oportunidades-Prospera, a veinte años de su creación*, [en línea], p. 715, Ciudad de México, CONEVAL, 2019, Dirección URL: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Libro_POP_20.pdf, [Consulta: 2 de noviembre de 2019], p. 36.

¹⁹⁷ DOF, *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación de Prospera Programa de Inclusión Social, para el ejercicio fiscal 2015*, [en línea], pp. 94, Ciudad de México, SEGOB, 2014, Dirección URL: http://www.normateca.sedesol.gob.mx/work/models/NORMATECA/Normateca/Reglas_Operacion/2015/rop_prospera.pdf, [Consulta: 21 de octubre de 2019], p. 5.

¹⁹⁸ Gonzalo Hernández Licona, *et al.*, *El Progresas-Oportunidades-Prospera, a veinte años de su creación*, *op. cit.*, p. 36.

La población objetivo a la cual se dirigieron estos programas fue a las familias en pobreza extrema cuyo ingreso per cápita fuera inferior a la Línea de Bienestar Mínimo (LBM)¹⁹⁹ vigente, con los años, estas líneas se podían diferenciar para poblaciones rurales y urbanas. En las tres etapas del programa (Progres-a-Oportunidades-Prospera) la cobertura de familias beneficiarias estuvo sujeta al presupuesto aprobado.

Un aspecto que puede ser objeto de crítica es que la cobertura de estos programas era nacional, tanto para áreas rurales como urbanas, pero donde existían condiciones de accesibilidad a los servicios de salud y educación. Esto significó que las localidades sin la infraestructura pertinente se quedaron fuera del programa. Con Progres-a, la población primordial fue la rural debido a que era el público con mayores desventajas socioeconómicas. “El programa inicialmente se dirigió a la población asentada en las localidades rurales del país, donde, acorde con su diagnóstico, el 60% de los hogares experimentaban pobreza extrema, con una profundidad que era siete veces mayor que en el medio urbano.”²⁰⁰

Se planteó de esta manera ya que la operatividad del POP se basaba en realizar transferencias monetarias y brindar otras clases de apoyos para los cuales era necesario que ya hubiera presencia de planteles educativos y centros de salud funcionales. “El Programa tendrá cobertura nacional en las localidades donde existan condiciones de accesibilidad y capacidad de atención de los servicios de salud, así como accesibilidad a los servicios de educación, que permitan operar en forma integral los componentes del Programa.”²⁰¹

Asimismo, en ninguna de las etapas del POP se realizó inversión en crear nueva infraestructura, solamente se destinaron fondos en equipamiento y mantenimiento de los centros educativos y de salud. “Paralelamente, un conjunto de acciones se orienta a mejorar la calidad de los servicios de salud y de educación mediante la habilitación de

¹⁹⁹ La Línea de Bienestar Mínimo es igual a la canasta alimentaria que adopta el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) que equivale al ingreso mínimo que necesita una persona para conseguir alimentos de calidad y variedad durante un mes.

²⁰⁰ Gonzalo Hernández Licona, *et al.*, *El Progres-a-Oportunidades-Prospera, a veinte años de su creación*, *op. cit.*, p. 36.

²⁰¹ DOF, *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación de Prospera Programa de Inclusión Social, para el ejercicio fiscal 2015*, *op. cit.*, p. 5.

las instalaciones y su equipamiento, así como a la capacitación e incentivos para el personal.”²⁰² Por otro lado, el alcance de familias beneficiarias de los programas estaba sujeto al presupuesto del ejercicio fiscal próximo y al número de beneficiarios del año anterior.

Los apoyos consistieron en transferencias monetarias para la alimentación y educación, así como brindar acceso gratuito a servicios de salud y a suplementos alimenticios para las familias. En el sector educación las becas se otorgaron a niños y adolescentes de tercero de primaria hasta la finalización de la Educación Media Superior (EMS). Estos apoyos iban en aumento en medida que se escalaba en los estudios, a la vez que se diferenciaban por el sexo de los becarios. Otro tipo de apoyo que se otorgó, fue el de adquisición de útiles escolares en todos los niveles de estudios a partir de tercero de primaria. En la educación primaria, se añadió el apoyo para reposición de útiles escolares.

Al término de la preparatoria, se otorgaba un apoyo a los estudiantes que finalizaban dicho grado escolar. Este beneficio se llamó Jóvenes con Oportunidades y Jóvenes con Prospera.²⁰³ En el primero se acumulaban puntos en una cuenta bancaria desde tercero de secundaria hasta el término del bachillerato, acumulando un total de 3,000 puntos. “El becario que termina su Educación Media Superior, obtiene un apoyo monetario en efectivo de aproximadamente \$4,000 pesos [...]”²⁰⁴

Por otro lado, Jóvenes con Prospera dejó ser una acumulación de puntos y pasó a ser un monto fijo que se depositaba al término de los estudios. “El monto del incentivo para las y los becarios que concluyan la educación media superior antes de cumplir los 22 años de edad, asciende a \$4,890.00 [...] vigente desde el segundo semestre de 2014.”²⁰⁵

²⁰² S/autor, *Progesa Programa de Educación, Salud y Alimentación*, [en línea], pp. 79, Ciudad de México, s/editor, 1998, Dirección URL: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/79893/1998--.pdf>, [Consulta: 19 de octubre de 2019], p. 6.

²⁰³ En Progesa no se otorgó este tipo de beneficio ni becas en EMS ya que durante la instrumentación de este programa solo era obligatoria la educación secundaria.

²⁰⁴ UAEM, *Programa Jóvenes con Oportunidades*, [en línea], Cuernavaca, UAEM, 2017, Dirección URL: <https://www.uaem.mx/estudiantes-y-egresados/becas/jovenes-con-oportunidades.php>, [Consulta 22 de octubre de 2019].

²⁰⁵ DOF, *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación de Prospera Programa de Inclusión Social, para el ejercicio fiscal 2015*, op. cit., p. 13.

Otra innovación durante la instrumentación de Prospera fue la atención escolarizada a niños y jóvenes con alguna discapacidad o trastorno grave de desarrollo en los Centros de Atención Múltiple (CAM). Las personas inscritas en estas escuelas, podían recibir becas en los niveles de EMS y capacitaciones laborales en oficios de costura, preparación de alimentos, carpintería, servicios de limpieza, repostería y panadería, jardinería y servicios de oficina. “En el CAM Laboral se promueve la Formación para la vida y el trabajo de jóvenes entre 15 y 22 años de edad, a través del desarrollo de competencias laborales [...]”²⁰⁶ Como se puede observar, con esta medida se impulsó la inclusión de niños y jóvenes con discapacidad que tienen mayores obstáculos para asistir a escuelas regulares.

Por último, a partir de Prospera las becas se expandieron a la modalidad no escolarizada en la EMS brindando un apoyo único al término de un módulo o materia. Los montos estaban sujetos a la capacidad presupuestaria. De igual manera, esto abrió más oportunidades para personas que se les imposibilitara asistir a una escuela presencialmente.

En el sector alimentación se hicieron transferencias monetarias para mejorar la calidad, cantidad y variedad de alimentos a cada familia que cumpliera con los lineamientos de ingresos per cápita. En 2007 se creó el apoyo energético que buscaba compensar los efectos de la economía nacional sobre los precios de los energéticos. En 2009 se constituyó el apoyo complementario (inicialmente apoyo Vivir Mejor) para subsanar el alza de los precios internacionales de los alimentos. A partir del ejercicio fiscal 2010 se añadió el apoyo infantil, otorgado a cada miembro de la familia de 0 a 9 años de edad, este se cancelaba cuando el infante se convertía en acreedor de una beca escolar (a partir de tercero de primaria). “La familia podrá recibir hasta 3 apoyos por concepto del Apoyo Infantil, monto que también estará sujeto al monto máximo mensual de becas.”²⁰⁷ Como se observa, este apoyo fungió como una ayuda complementaria para que un infante pudiera acceder a mejores oportunidades de desarrollo. Por último, el apoyo al

²⁰⁶ AEFCM, *Educación especial*, [en línea], Ciudad de México, AEFCM, 2018, Dirección URL: https://www2.aefcm.gob.mx/que_hacemos/especial.html, [Consulta: 23 de octubre de 2019].

²⁰⁷ DOF, *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación de Prospera Programa de Inclusión Social, para el ejercicio fiscal 2015*, op. cit., p. 12.

adulto mayor, era otorgado a los miembros de familias beneficiarias que tuvieran 70 años o más.

Como resultado de estos cambios, desde 2007, las familias han recibido, en promedio, montos más altos de transferencias de este componente. De acuerdo con el Banco Mundial, la proporción del monto de los apoyos del componente de alimentación respecto a los de educación se incrementó, y dio un mayor peso relativo al objetivo de bienestar en el presente que al de desarrollo de capital humano.²⁰⁸

Tabla 3.1. Evolución de los beneficios mensuales del POP en pesos

Apoyos	2003	2009	2010	2012	2018
Alimentario	\$155.00	\$195.00	\$210.00	\$225.00	\$335.00
Alimentario complementario	N/A	\$120.00	\$120.00	\$120.00	\$140.00
Infantil	N/A	N/A	\$100.00	\$105.00	\$120.00
Útiles escolares Primaria	\$135.00	\$175.00	\$185.00	\$200.00	\$235.00
Útiles escolares Secundaria	\$250.00	\$330.00	\$350.00	\$375.00	\$440.00
Útiles escolares EMS	\$250.00	\$330.00	\$350.00	\$375.00	\$440.00
Adulto mayor	N/A	\$275.00	\$295.00	\$315.00	\$370.00

N/A: No aplica.

Fuentes:

(1) DOF, *Acuerdo por el que se emiten y publican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el Ejercicio Fiscal 2003*, [en línea], Ciudad de México, SEGOB, 2003, Dirección URL: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=695290&fecha=08/05/2003, [Consulta: 23 de octubre de 2019].

(2) DOF, *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el ejercicio fiscal 2009*, [en línea], Ciudad de México, SEGOB, 2008, Dirección URL: http://dof.gob.mx/nota_to_doc.php?codnota=5076288, [Consulta 23 de octubre de 2019].

(3) DOF, *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el ejercicio fiscal 2010*, [en línea], Ciudad de México, SEGOB, 2009, Dirección URL: http://dof.gob.mx/nota_to_doc.php?codnota=5126615, [Consulta 23 de octubre de 2019].

(4) DOF, *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el ejercicio fiscal 2012*, [en línea], Ciudad de México, SEGOB, 2011, Dirección URL: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5228659&fecha=30/12/2011, [Consulta 23 de octubre de 2019].

(5) DOF, *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social, para el ejercicio fiscal 2018*, [en línea], Ciudad de México, SEGOB, 2017, Dirección URL: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5509738&fecha=29/12/2017, [Consulta: 22 de octubre de 2019].

Cabe mencionar que la cantidad de los montos se actualizaban semestralmente de acuerdo con el comportamiento del Índice Nacional de Precios de la Canasta Básica a partir de julio de 1997 que publicaba el Banco de México (durante la implementación de oportunidades) y de la canasta alimentaria rural y urbana que publica el Consejo Nacional

²⁰⁸ Gonzalo Hernández Licona, *et al.*, *El Progreso-Oportunidades-Prospera, a veinte años de su creación*, *op. cit.*, p. 55.

de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) durante la implementación de Prospera. “El monto de todos los apoyos monetarios se actualizará semestralmente, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal y con base en la variación acumulada a partir de junio de 2011, de los índices asociados a las Líneas de Bienestar Mínimo (rural y urbano), publicadas por el CONEVAL.”²⁰⁹

Tabla 3.2. Montos de las becas escolares del POP para los años fiscales 2003 y 2018, en pesos

Becas	2003		2018	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
3° Primaria	\$105.00	\$105.00	\$175.00	\$175.00
4° Primaria	\$120.00	\$120.00	\$205.00	\$205.00
5° Primaria	\$155.00	\$155.00	\$265.00	\$265.00
6° Primaria	\$205.00	\$205.00	\$350.00	\$350.00
1° Secundaria	\$300.00	\$315.00	\$515.00	\$540.00
2° Secundaria	\$315.00	\$350.00	\$540.00	\$600.00
3° Secundaria	\$335.00	\$385.00	\$570.00	\$660.00
1° EMS	\$505.00	\$580.00	\$865.00	\$990.00
2° EMS	\$545.00	\$620.00	\$925.00	\$1,055.00
3° EMS	\$575.00	\$655.00	\$980.00	\$1,120.00

Fuentes:

(1) DOF, *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social, para el ejercicio fiscal 2018, op. cit.*

(2) DOF, *Acuerdo por el que se emiten y publican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el Ejercicio Fiscal 2003, op. cit.*

Los montos máximos, eran un tope al beneficio que podían adquirir las familias. Los beneficios para la adquisición y reposición de útiles, así como el beneficio al adulto mayor, no se contemplaban en este límite monetario. “Cuando se rebase el monto máximo mensual se ajustarán proporcionalmente los montos de las becas y del Apoyo Infantil sin considerar el monto de los apoyos para la adquisición de útiles escolares.”²¹⁰

²⁰⁹ DOF, *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación de Prospera Programa de Inclusión Social, para el ejercicio fiscal 2018*, [en línea], Ciudad de México, SEGOB, 2017, Dirección URL: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5509738&fecha=29/12/2017, [Consulta: 22 de octubre de 2019].

²¹⁰ DOF, *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación de Prospera Programa de Inclusión Social, para el ejercicio fiscal 2015, op. cit.*, p. 12.

Tabla 3.3. Montos máximos mensuales a los que podía acceder una familia durante la instrumentación del POP, en pesos

Apoyo	Monto máximo mensual por familia vigente desde enero-junio 2005		Monto máximo mensual por familia vigente desde julio-diciembre 2014	
	Con becarios en primaria y secundaria	Con becarios en EMS	Con becarios en primaria y secundaria	Con becarios en EMS
Alimentario	\$170.00	\$170.00	\$335.00	\$335.00
Alimentario Complementario*	N/A	N/A	\$140.00	\$140.00
Subtotal	\$170.00	\$170.00	\$475.00	\$475.00
Monto Máximo Becas	\$885.00	\$1,615.00	\$1,350.00	\$2,470.00
Monto Máximo Apoyos	\$1,055.00	\$1,785.00	\$1,825.00	\$2,945.00

N/A: No aplica.

*Durante la instrumentación de Oportunidades el componente de apoyo alimentario complementario es añadido para el ejercicio fiscal 2009.

**Los montos mostrados representan los vigentes para el ejercicio fiscal 2005 para el caso de Oportunidades y los vigentes para el ejercicio fiscal 2018 para Prospera. Existieron actualizaciones entre este periodo de tiempo, más no son mostradas por fines didácticos.

Elaboración propia con datos de:

(1) DOF, *Acuerdo por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*, [en línea], pp. 68, Ciudad de México, SEGOB, 2005, Dirección URL: http://dof.gob.mx/nota_to_doc.php?codnota=2045343, [Consulta: 22 de octubre de 2019], pp. 13-14.

(2) DOF, *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social, para el ejercicio fiscal 2018*, op. cit.

En el sector salud, lo que se buscó fue fomentar la educación en esta área que promoviera el autocuidado, la prevención de enfermedades y una alimentación sana. Para el logro de este objetivo se dio acceso gratuito al Paquete Básico Garantizado de Salud y la ampliación progresiva de las 27 intervenciones de Salud Pública del CAUSES. Se proporcionaron suplementos alimenticios a niños de 6 a 59 meses de edad, a mujeres embarazadas y en lactancia. Se dio especial atención a esta población, ya que es la que más nutrientes necesita para un correcto desarrollo y así se puedan prevenir futuras enfermedades.

Tabla 3.4. Micronutrientes de los suplementos alimenticios

Mujeres embarazadas y en lactancia	Niños de 6 a 59 meses de edad
Hierro	Hierro
Zinc	Zinc
Vitamina B12	Vitamina A
Vitamina C	Vitamina C
Vitamina E	Vitamina E
Ácido fólico	Riboflavina
Yodo	Vitamina B12

Fuente: S/autor, *Progresos Programa de Educación, Salud y Alimentación*, [en línea], pp. 79, Ciudad de México, s/editor, 1998, Dirección URL: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/79893/1998--.pdf>, [Consulta: 19 de octubre de 2019], p. 47.

Como se puede ver en la tabla 3.4 fue un gran acierto el otorgar suplementos alimenticios a las familias menos favorecidas ya que, como se pudo observar en el capítulo 1, la falta de micronutrientes en el embarazo y en el desarrollo de un bebé puede afectar su crecimiento lineal, sus capacidades cognitivas y eleva los riesgos de padecer enfermedades como la emaciación, desnutrición, diarrea, entre otras. Asimismo, una mujer embarazada con una mala nutrición eleva sus probabilidades de padecer anemia, sufrir preeclampsia y mayores afectaciones durante el parto.

A través de su distribución en más de 7 mil 500 unidades de salud que atienden a la población beneficiaria, el Programa ha distribuido durante 1998, un total de 153 millones de dosis de suplemento alimenticio para niños y de 101 millones de dosis para mujeres embarazadas o en periodo de lactancia. Mensualmente se distribuyen 6.7 millones de sobres de suplemento alimenticio a niños menores de 2 años y 3.7 millones a mujeres.²¹¹

Por otro lado, se encontró una mayor proporción de mujeres embarazadas y de niños menores de 5 años que asistían a citas médicas para un correcto seguimiento de su salud. Por ejemplo, un recién nacido debía ser revisado al nacimiento, a los 7 y 28 días de edad; los niños menores de 5 años, se revisaban cada dos meses hasta cumplir año

²¹¹ SEDESOL, *Más oportunidades para las familias pobres. Evaluación de Resultados del Programa de Educación, Salud y Alimentación*, [en línea], pp. 406, Ciudad de México, SEDESOL, 1999, Dirección URL: https://evaluacion.prospera.gob.mx/es/wersd53465sdg1/docs/1999/1999_libro_evaluacion.pdf, [Consulta: 24 de noviembre de 2019], p. 290.

y medio de edad, después de esto, se revisaban cada 6 meses y una mujer embarazada debía tener mínimo 5 consultas antes y durante el embarazo.²¹²

Las transferencias monetarias se hacían bimestralmente en efectivo o por depósito a una cuenta personalizada del titular del beneficio. Los apoyos alimentarios y complementarios eran los únicos que se depositaban mensualmente (el apoyo infantil se realizaba bimestralmente). A este respecto, se diferenciaba del Programa Bolsa Familia, ya que este deposita todos sus beneficios mensualmente.

Para localizar a las familias beneficiarias se pedía llenar el Cuestionario Único de Información Socioeconómica (CUIS) que indicaba la situación socioeconómica de la familia, la escolaridad de sus miembros, su edad, su sexo, si pertenecían a una comunidad indígena, su ocupación y sus ingresos totales. Esta tarea la realizaba cada municipio a nivel localidad o colonia. El registro de la información de cada familia se capturaba en el Padrón Base de Beneficiarios, si las familias cumplían con los requisitos del programa pasaban al Padrón Activo de Beneficiarios. Las familias beneficiarias debían recertificarse cada 3 años.

El Sistema de Focalización para el Desarrollo (SIFODE) fue una herramienta que se comenzó a usar en 2016 en Prospera para tener una mejor identificación de las familias que podrían ser parte de este programa social, así como de otros a nivel nacional. El SIFODE era el encargado de integrar la información socioeconómica proveniente de los CUIS y así ayudar a que el POP tuviera una mejor focalización de su población objetivo.

La selección de localidades obedecía al índice de marginación que elabora el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y al índice de rezago social publicado por el CONEVAL y a la información estadística de hogares generada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

²¹² DOF, *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el ejercicio fiscal 2007*, [en línea], pp. 75, Ciudad de México, SEGOB, 2007, Dirección URL: http://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4964256&fecha=28/02/2007&cod_diario=210715, [Consulta: 19 de octubre de 2019], pp. 42-44.

Progresa, Oportunidades y Prospera tenían una Coordinadora Nacional, un Consejo y un Comité Técnico (este último no lo tenía Progresa). Las funciones de la Coordinación Nacional eran formular, seguir, evaluar y supervisar la ejecución del programa. Asimismo, recolectaba la información de los beneficiarios, revisaba el correcto cumplimiento de las corresponsabilidades, realizaba la entrega de apoyos, definía los montos de los mismos, proponía modificaciones al programa, hacía las reglas de operación para cada año fiscal y elaboraba los formatos de certificación de las corresponsabilidades.

Las funciones del Consejo con respecto al programa eran: autorizar las políticas de evaluación, definir los lineamientos de supervisión y analizar los impactos del programa. Durante la implementación de Prospera el Consejo estaba integrado por los titulares de las siguientes dependencias: Secretaría de Desarrollo Social quien lo presidiría (SEDESOL); Hacienda y Crédito Público (SHCP); Economía (SE); Educación Pública (SEP); Salud (Salud); Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA), y del Trabajo y Previsión Social (STPS).²¹³ El Comité Técnico era un órgano de apoyo a la Coordinación Nacional. Entre sus principales funciones eran aprobar las reglas de operación y proponer modificaciones que incentiven la eficiencia y transparencia del programa.

Para poder recibir los beneficios las familias debían someterse a un esquema de corresponsabilidades. En el sector educación los jóvenes debían demostrar su comprobante de inscripción y mantener una asistencia regular (no se especifica un porcentaje). En EMS los jóvenes debían acudir a los talleres de autocuidado de la salud para poder continuar recibiendo sus apoyos. En los apoyos de alimentación, suplementos alimenticios y del adulto mayor las familias debían asistir a todas sus citas médicas. A partir de Prospera, se creó un esquema con y sin corresponsabilidades. “En este esquema la cobertura y capacidad de atención de los servicios de educación y salud no permiten operar de forma simultánea, [...] por lo que las familias pueden recibir los

²¹³ DOF, *Decreto por el que se crea la Coordinación Nacional de Prospera Programa de Inclusión Social*, [en línea], Ciudad de México, SEGOB, 2014, Dirección URL: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5359088&fecha=05/09/2014, [Consulta: 23 de octubre de 2019].

apoyos de los componentes alimentario y de vinculación, así como los apoyos de Educación Superior.”²¹⁴

Las secretarías estatales de salud y educación eran las responsables de realizar la certificación de las corresponsabilidades para después enviárselas a las Coordinaciones Estatales del programa para que estas evaluaran el cumplimiento de las familias. En caso de incumplimiento, se procedía a la suspensión de los pagos, y si persistía el comportamiento, se cancelaban los beneficios al becario o a la familia en general.

La Coordinación Nacional revisaba bimestralmente la información enviada por los servicios estatales de salud y educación para proceder a actualizar el Padrón Activo de Beneficiarios de acuerdo con los avances de las corresponsabilidades de las familias. En caso de incumplimiento, la Coordinación Nacional era la responsable de dar de baja a las familias.

La contraloría social actuó por medio de los Comités de Promoción Comunitaria (CPM), que estaban integrados por miembros beneficiarios de la localidad o colonia y que eran elegidos democráticamente. Si el número de familias beneficiarias era bajo, en un área en particular, este podía unirse con el más próximo geográficamente.

Por otro lado, las mujeres tenían prioridad para integrar los comités. Este aspecto, coincide con el papel primordial que se le otorgó a la mujer tanto en el programa de México como en el de Brasil, ya que se buscó que las mujeres encabezaran la participación comunitaria y familiar.

Los comités fungían como el vínculo entre las familias beneficiarias y los servicios de salud, educación, inclusión social, laboral, financiera y productiva. Los CPM canalizaban las sugerencias, peticiones y quejas de las familias para que se externaran y permitiera a su vez, un mejor funcionamiento de los componentes del programa. “Se propiciará la participación de las y los beneficiarios del Programa a través de los Comités de Promoción Comunitaria [...] para el seguimiento y vigilancia del cumplimiento de las

²¹⁴ DOF, *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social, para el ejercicio fiscal 2018, op. cit.*

metas y acciones comprometidas en el Programa, así como de la correcta aplicación de los recursos públicos asignados al mismo.”²¹⁵

La supervisión de los programas estaba a cargo de los tres niveles del gobierno y de la sociedad a través de los CPM. La Coordinación Nacional y Estatal vigilaban la correcta ejecución del programa. “La Coordinación Nacional deberá realizar un ejercicio de seguimiento físico y operativo de sus apoyos, acciones o servicios entregados [...]”²¹⁶ Asimismo, en cada dependencia de gobierno existía un mecanismo interno de control, seguimiento y evaluación.

Por las características, impacto e importancia de los recursos asignados, Progres-Oportunidades-Prospera estuvieron sujetos a la fiscalización de la Auditoría Superior de la Federación (ASF), del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y de la Secretaría de la Función Pública (SFP) en coordinación con los órganos de control de los gobiernos locales.

Adicionalmente, se creó el Modelo de Seguimiento Operativo cuyo propósito era el de obtener información detallada del estado de la operación, notar desviaciones operativas e implementar acciones de mejora. Bimestralmente difundía información sobre los avances de cada entidad federativa a los Comités Técnicos Estatales para su valoración.

Por último, a partir de Prospera se formaliza la vinculación de las familias beneficiarias a programas de inclusión social, laboral, financiera, de productividad, y de generación de empleo, ya que en esta etapa del programa se añaden al Consejo y a la Coordinación Nacional y Estatal, las siguientes dependencias de gobierno: la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA), la Secretaría de Economía (SE), y la Secretaría de Trabajo y Previsión Social (STPS). Con ello, los programas a cargo de las anteriores dependencias podían tener una mejor operatividad al ser parte de Prospera y lograr un mayor acercamiento con las familias.

La suma del componente vinculación dentro de Prospera nació bajo el reconocimiento de que no se habían logrado los resultados esperados sobre la inserción laboral e

²¹⁵ *Idem.*

²¹⁶ *Idem.*

ingresos de los jóvenes. Varios estudios señalaron que el pobre desempeño productivo del mercado laboral era la principal razón que no permitía a los jóvenes (sobre todo en localidades rurales) desarrollar su capital humano.²¹⁷

Los programas de inclusión productiva se dirigieron principalmente a localidades rurales. No obstante, los programas pilotos que se implementaron en conjunto con la SE, STPS, SAGARPA y la SEDESOL no obtuvieron los avances esperados, lo que reflejó la falta de coordinación interinstitucional.

Al respecto a la inclusión laboral, se buscó conectar la oferta y demanda laboral para que los jóvenes tuvieran un mejor acceso a un trabajo bien remunerado y de calidad al finalizar sus estudios medios superiores. El subprograma se conoció como Bécate, bajo la gestión de la STPS.

La inclusión financiera se ejecutó a través del Programa Integral de Inclusión Financiera (PROIIF) que brindó educación financiera, créditos, seguro de vida, ahorro y gastos funerarios en colaboración con el Banco del Ahorro y Servicios Financieros (Bansefi).

La evaluación del PROIIF señala limitaciones importantes en su operación que ponen en riesgo el cumplimiento de sus objetivos, incluyendo [...] deficiencias en la infraestructura material y humana del Bansefi, lejanía de las sucursales bancarias, así como poca claridad por parte de los beneficiarios sobre los criterios para el manejo de su cuenta, lo cual ha causado desconfianza hacia el PROIIF.²¹⁸

Finalmente, la inclusión social incluía programas que favorecían el acceso a los derechos sociales entre las familias beneficiarias. Las iniciativas llevadas a cabo eran relativas al desarrollo infantil, nutrición, estancias infantiles, salud reproductiva, educación para adultos, abasto de productos básicos y mejora de la vivienda.

3.1.1. Evolución de la cobertura y presupuesto

Después de dos décadas de instrumentación del POP es posible ver la importancia que adquirió para el país cuando se observa el crecimiento de la cobertura del mismo. Desde

²¹⁷ Gonzalo Hernández Licona, *et al.*, *El Progreso-Oportunidades-Prospera, a veinte años de su creación*, *op. cit.*, p. 57.

²¹⁸ *Ibid.*, p. 59.

su creación hasta el 2004 se obtuvo un crecimiento acelerado en el alcance de hogares; de esta fecha hasta el 2009 se mantuvo constante y finalmente volvió a tener un crecimiento ligero para los años posteriores. Desde 1997 hasta el 2016, no hubo ninguna disminución en la cobertura, mostrándose el compromiso gubernamental con el programa.

En un principio, Progresá atendió a 300 mil familias, para el 2000 la cobertura llegó a 2,5 millones de hogares y en 2004 se duplicó a 5 millones. En 2016 se obtuvo el mayor pico con 6,8 millones de hogares beneficiados y para 2017 hubo una ligera disminución a 6,6 millones. “En 2016, la población potencial del programa se estimó en 10,68 millones de hogares y la objetivo en 7,95 millones mientras que la cobertura apenas alcanzaba 6,76 millones; es decir, en ese año se atendía solo el 63% de la población potencial y el 85% de la población objetivo.”²¹⁹ De acuerdo con cifras de la SHCP, para este mismo año Prospera tenía presencia en el 99,4% de los municipios del país y en las 16 alcaldías de la Ciudad de México, mostrándose la madurez que alcanzó el programa a lo largo de dos décadas.²²⁰

Por otro lado, el POP se centró principalmente en localidades rurales durante toda su instrumentación. La participación de áreas semiurbanas y urbanas se encuentra desde 1998; no obstante, este margen es muy pequeño en comparación con localidades rurales.

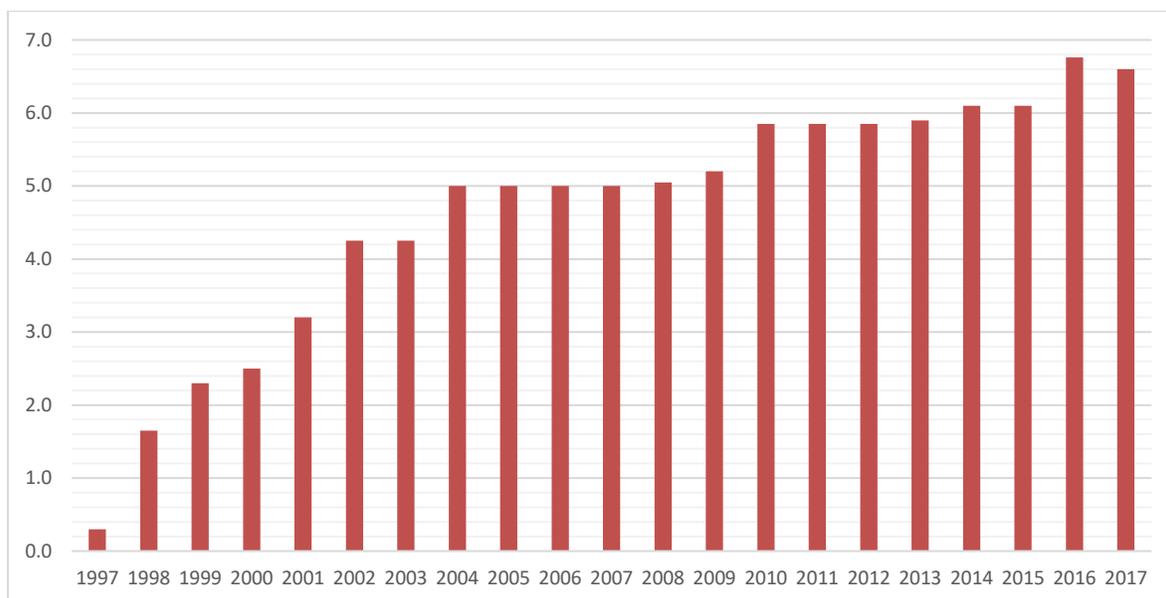
Al cierre del 2017, Prospera tiene presencia en todas las entidades del país en las que atiende a 6 millones 584 mil 63 familias en 113 mil 784 localidades de 2 mil 457 municipios. El 96,8% de estas localidades son rurales, con población menor a los 2 mil quinientos habitantes, y concentra al 52,4% de las familias beneficiarias del programa.²²¹

²¹⁹ *Ibid.*, p. 42.

²²⁰ CEFEP, *El gasto público federal en el desarrollo económico y social de México*, [en línea], pp. 8, Ciudad de México, Cámara de Diputados, 2016, Dirección URL: <http://www.cefp.gob.mx/publicaciones/nota/2016/marzo/notacefp0072016.pdf>, [Consulta: 3 de noviembre de 2019], p. 4.

²²¹ SEDESOL, *Prospera Programa de Inclusión Social, nota sobre la estrategia de cobertura de mediano y largo plazo*, [en línea], pp. 24, Ciudad de México, SEDESOL, 2018, Dirección URL: https://evaluacion.prospera.gob.mx/es/wersd53465sdg1/docs/2018/20180910_Nota_Estrategia_cobertura_a_PROSPERA.pdf, [Consulta: 11 de noviembre de 2019], p. 14.

Gráfica 3.1. Evolución de la cobertura del POP en millones de familias, 1997-2017



Fuente:

Gonzalo Hernández Licona, *et al.*, *El Progreso-Oportunidades-Prospera, a veinte años de su creación*, [en línea], pp. 715, México, CONEVAL, 2019, Dirección URL: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Libro_POP_20.pdf, [Consulta: 2 de noviembre de 2019], p. 42.

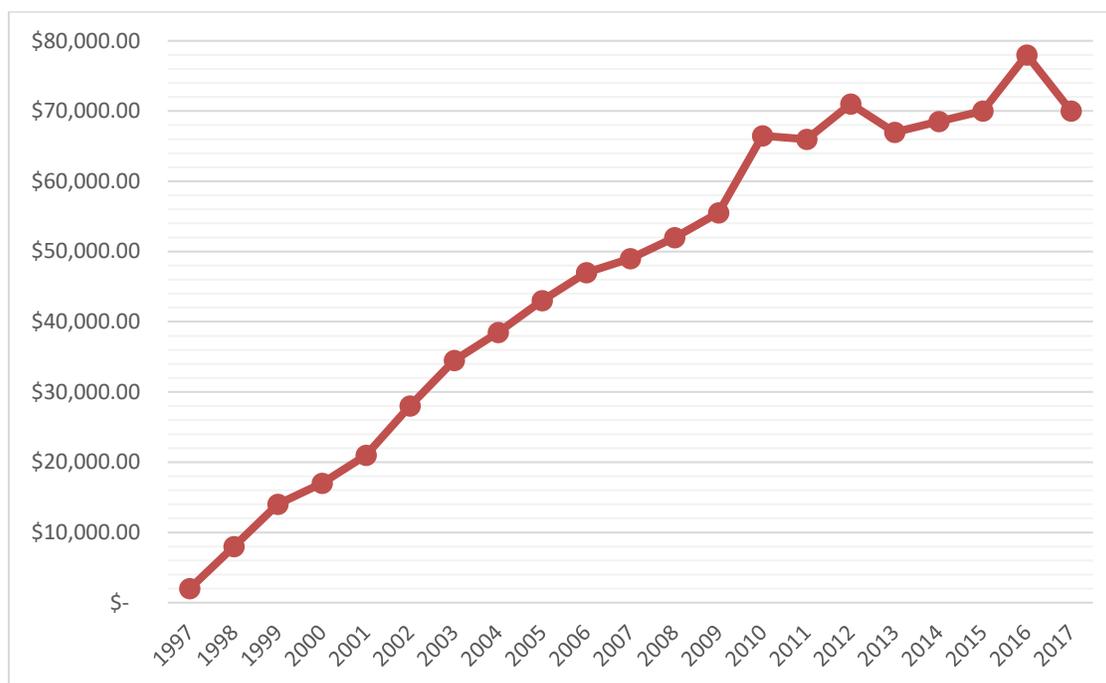
Por otro lado, los estados del sur fueron los que concentraron la mayor parte de beneficiarios del programa como Chiapas, Estado de México, Veracruz, Puebla, Guerrero y Oaxaca. “Es importante hacer notar que Prospera está presente en poco más de 42 mil localidades que su población es menor a los 50 habitantes. Al ámbito semiurbano pertenecen 2,7% de las localidades con familias beneficiarias y al medio urbano pertenecen únicamente el 0,6% de las localidades.”²²²

Tras 20 años de implementación y expansión del POP, se ha hecho cada vez más difícil el llegar a nuevas familias que están en situación de pobreza extrema porque estas se encuentran muy a la periferia, lo que las deja vulnerables por la falta de acceso a programas sociales, a servicios públicos y al libre ejercicio de sus derechos sociales. “No se puede soslayar el hecho de que Prospera se encuentra en la totalidad de los municipios del país y que la gran mayoría de localidades aún no atendidas son del medio rural, de las que el 88% son de 1 y 2 viviendas.”²²³

²²² *Idem.*

²²³ *Ibid.*, p. 23.

Gráfica 3.2. Evolución del presupuesto real ejercido por el POP, 1997-2017 en millones de pesos constantes del 2012



Fuente: Gonzalo Hernández Licona, *et al.*, *El Progreso-Oportunidades-Prospera, a veinte años de su creación, op. cit.*, p. 44.

El POP se convirtió en el programa social de mayor envergadura en México y eso se puede apreciar a través del gasto público que se asignó a dicho programa a lo largo de su implementación. “El programa emblemático de la política social del gobierno es PROSPERA Programa de Inclusión Social [...]. Este programa se ha constituido en el eje central de la política social y es considerado, según reporta la SHCP, el programa social más importante de México, [...]”²²⁴ A continuación una cita que refleja la importancia del programa dentro del gasto público.

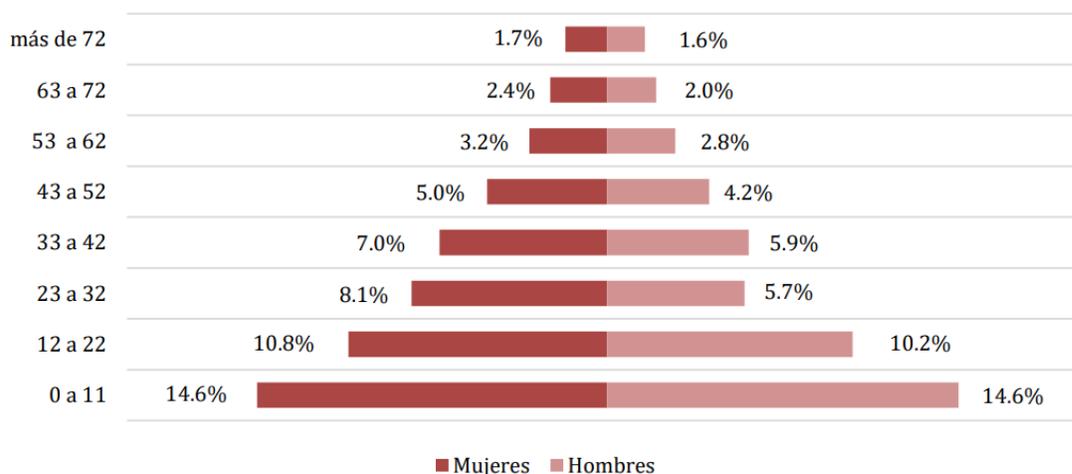
En el caso del porcentaje respecto al PIB, la cifra pasó del 0.004% en 1997 al 0.47% en 2016 [...]. Por su parte, el porcentaje que constituye respecto al gasto en desarrollo social aumentó del 0.17% en su primer año de operación al 3.2% en 2003 y, a partir de ese momento, se estabiliza entre el 3 y 4%. Mientras tanto, la proporción respecto al gasto en superación de la pobreza fue de 1.67% en 1997;

²²⁴ CEFEP, *El gasto público federal en el desarrollo económico y social de México, op. cit.*, p. 4.

tuvo su valor más alto en 2003, con 24.2%, y en los años subsecuentes ha registrado una tendencia a la baja hasta ubicarse en 21.3% en 2017.²²⁵

Los beneficiarios del POP fueron principalmente los niños y niñas de hasta 11 años y posteriormente, personas de 12 a 22 años, como se podrá ver en la figura 3.1. Esto evidencia cómo los apoyos que se realizaban en sus diferentes componentes se centraban en la generación de un capital humano para que los miembros de las familias más desfavorecidas tuvieran mayores oportunidades (en salud, educación y laboral) para superar la pobreza extrema.

Figura 3.1. Población del POP por sexo y grupo de edad, 2016



Fuente: SEDESOL, *Prospera Programa de Inclusión Social, nota sobre la estrategia de cobertura de mediano y largo plazo*, [en línea], pp. 24, Ciudad de México, SEDESOL, 2018, Dirección URL: https://evaluacion.prospera.gob.mx/es/wersd53465sdg1/docs/2018/20180910_Nota_Estrategia_cobertura_PROSPERA.pdf, [Consulta: 11 de noviembre de 2019], p. 13.

El POP se preocupó por la población indígena. De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2016, en México había un poco más de 6,9 millones de personas que afirmaron hablar una lengua indígena, de ellas 4,4 millones eran beneficiarias de Prospera. La población indígena representó en este año el 15% del total de beneficiados.

²²⁵ Gonzalo Hernández Licona, et al., *El Progreso-Oportunidades-Prospera, a veinte años de su creación*, op. cit., p. 44.

Tabla 3.5. Personas beneficiarias del POP que hablaban una lengua indígena, 2016

Prospera	Lengua indígena			Total
	No habla	Habla	N/C	
No beneficiario	86,138,747	2,534,652	4,515,248	93,188,647
Porcentaje	92.43%	2.72%	4.85%	100%
Beneficiario	23,747,755	4,418,081	1,289,407	29,455,243
Porcentaje	80.62%	15%	4.38%	100%
Total	109,886,502	6,952,733	5,804,655	122,643,890

N/C: No contestó

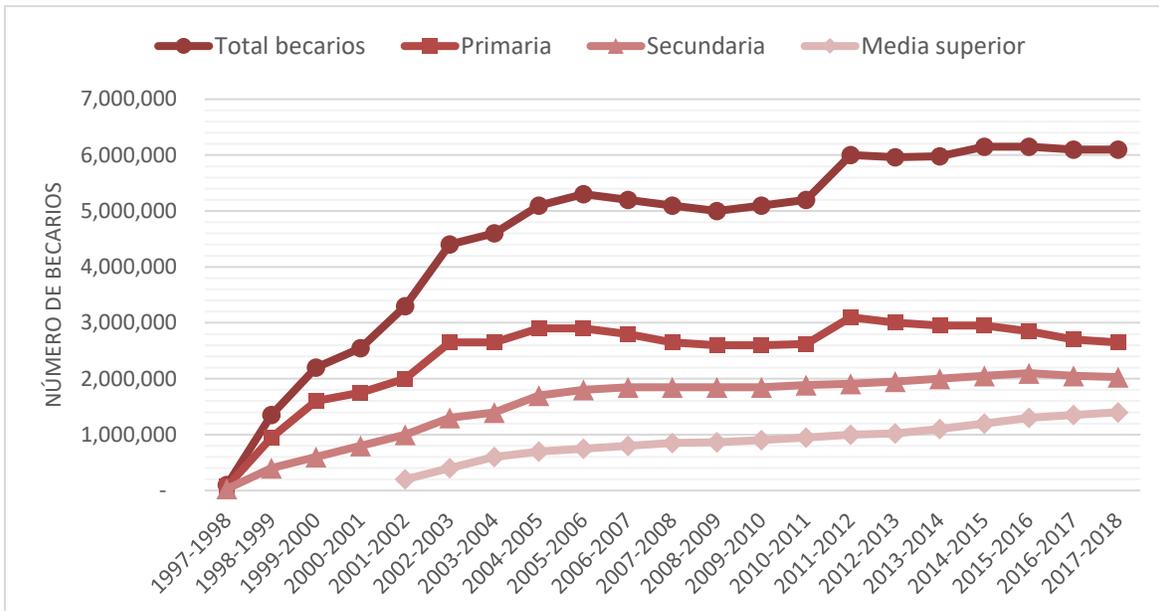
Fuente: SEDESOL, *Prospera Programa de Inclusión Social, nota sobre la estrategia de cobertura de mediano y largo plazo, op. cit., p. 22.*

Por otro lado, el crecimiento en el número de becarios fue acelerado durante toda la instrumentación de Progresá. Comenzó con un poco menos de 100 mil becarios (1997) y alcanzó en el periodo 2001-2002 más de 3 millones. Con la implementación de Oportunidades y la anexión de la EMS al sistema de apoyos educativos la cifra terminó con más de 5 millones de becarios en 2005 (de este año al 2011 el número de beneficiarios permaneció constante). Para el 2012 volvió a haber una expansión del POP en su componente educativo para llegar a 6 millones de estudiantes beneficiarios. De esta fecha al 2018 la cobertura permaneció con ligeros cambios.²²⁶

Dentro del POP, la educación primaria fue el nivel escolar que absorbió el mayor número de becarios, mientras que la EMS fue la que ostentó el menor número. Por ejemplo, para 2018 los becarios de educación primaria ascendían a 2,7 millones, en secundaria un poco más de 2 millones y en EMS un poco más de 1,4 millones. Lo anterior enseñó la importancia de ir aumentando el monto de los apoyos educativos conforme se ascendía en grado escolar para incentivar a los beneficiarios a continuar con sus estudios y lograr el objetivo de acrecentar el capital humano de las familias más pobres.

²²⁶ *Ibid.*, p. 49.

Gráfica 3.3. Número de becarios del POP por nivel educativo, 1997-2018



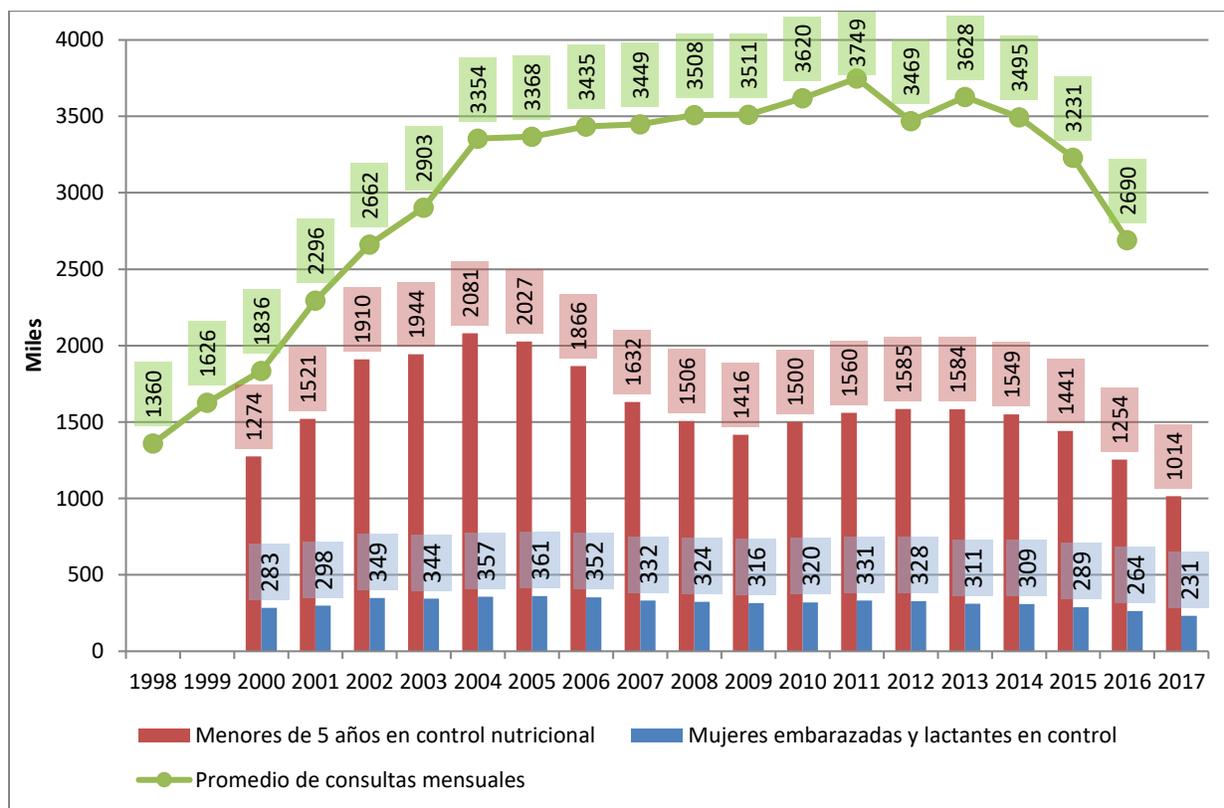
Fuente: Gonzalo Hernández Licona, *et al.*, *El Progreso-Oportunidades-Prospera, a veinte años de su creación*, op. cit., p. 49.

Respecto al componente de salud, este pasó del paquete básico de 13 acciones médicas, a la ampliación progresiva de las 27 intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). Por otro lado, se buscó la afiliación de las familias beneficiarias al Seguro Popular. “De acuerdo con la información recabada por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, en ese año el 81.8% de la población Prospera reportó estar afiliada al Seguro Popular.”²²⁷

En la gráfica 3.4 se puede apreciar el crecimiento de las consultas médicas que se tenían mensualmente en promedio. En 2011 se llegó al mayor pico en consultas con más de 3,7 millones. Para 2016, más de un millón de infantes y más de 230 mil mujeres embarazadas y en lactancia estuvieron bajo un control nutricional que velaría por su correcto desarrollo.

²²⁷ *Ibid.*, p. 53.

Gráfica 3.4. Evolución de consultas médicas mensuales del POP, 1998-2017



Fuente: Gonzalo Hernández Licona, *et al.*, *El Progreso-Oportunidades-Prospera, a veinte años de su creación, op. cit.*, p. 52.

Como se mencionó en el capítulo 1, la salud de este grupo de personas (infantes, mujeres embarazadas y en lactancia) es la más proclive a verse afectada por una mala alimentación y un limitado acceso a servicios de salud ya que son periodos de la vida que exigen una mayor cantidad de nutrientes para un desarrollo óptimo. El hecho de que este grupo fuera prioritario para el POP demuestra un compromiso de este por el estado de salud de las familias con menos ingresos. No apoyar un correcto crecimiento de esta población obstaculizaría el objetivo de romper con el ciclo intergeneracional de la pobreza.

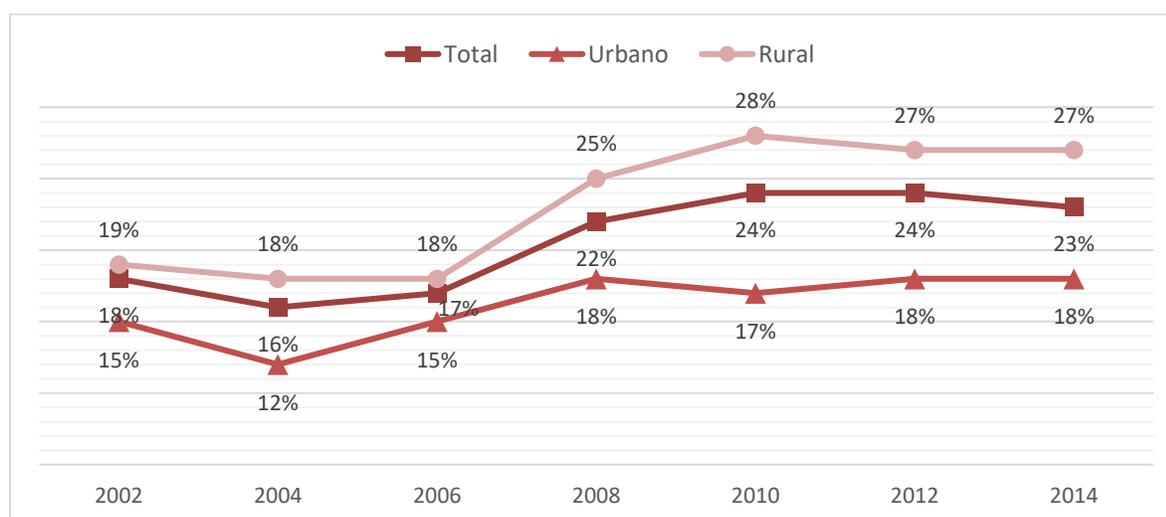
Como se podrá ver, las consultas médicas tuvieron un constante crecimiento hasta el 2011 debido a oscilaciones en el presupuesto del programa y a los recortes presupuestales de los últimos años, lo cual también se expresó en un recorte del número de familias beneficiarias.

El cuidado de la población beneficiaria se notó, además de lo antes mencionado, en los talleres de autocuidado que se impartían a la titular de los beneficios y a los becarios de EMS. Lo que se pretendió fue generar una cultura de prevención y cuidado de salud.

Asimismo, se constituyeron acciones como la Estrategia Integral de Atención a la Nutrición en 2014 y la Estrategia de Desarrollo Infantil Temprano en 2017 que buscaban la prevención y atención de la desnutrición y anemia en niños menores de cuatro años, fomentar la lactancia materna exclusiva, la disminución del riesgo de obesidad en mujeres embarazadas y la promoción del desarrollo cognitivo y socioafectivo de los infantes.

En relación a la proporción que representaban las transferencias del POP con respecto a los ingresos de los hogares se puede apreciar cómo estas fueron aumentando al pasar de los años. De 2006 al 2008 el crecimiento fue mayor que en otros periodos debido a la crisis económica, lo que hizo que las familias dependieran más de las transferencias del POP. Cabe mencionar que el monto de los apoyos dejó de actualizarse de acuerdo con la inflación desde el 2014 debido a las restricciones presupuestarias. Por otro lado, las familias que residían en áreas rurales dependían en mayor medida de los apoyos educativos y alimentarios, lo que denota la mayor vulnerabilidad de estas localidades.

Gráfica 3.5. Porcentaje de las transferencias del POP con respecto a los ingresos monetarios de las familias beneficiarias, 2002-2014



Fuente: Gonzalo Hernández Licona, et al., *El Progreso-Oportunidades-Prospera, a veinte años de su creación, op. cit.*, p. 56.

Finalmente, en el componente inclusión los programas sociales más importantes que estaban en vinculación con Prospera fueron: Programa de abasto social de leche a cargo de Liconsa que en 2016 benefició a más de 5 millones de personas; Programa de abasto rural a cargo de Diconsa con más de 1,9 millones en el mismo año; y el Programa de Seguro de Jefas de Familia que atendió a un poco menos de 1,9 millones.

Tabla 3.6. Número de beneficiarios del POP atendidos por acciones de inclusión social, 2014-2017

Programa	2014	2015	2016	2017
Programa de Apoyo a la Educación Indígena	58,303	17,808	54,497	62,948
Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras	36,580	45,593	34,223	27,543
Programa de Apoyo a la Vivienda	190,988	173,628	204,108	55,580
Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas	161,920	31,564	40,382	28,684
Programa de Pensión para Adultos Mayores	272,233	950,222	841,539	705,247
Programa Nacional de Becas (becas de manutención de educación superior)	112,817	183,632	121,524	ND
Programa de abasto rural a cargo de Diconsa	3,774,872	2,680,000	1,965,736	ND
Programa de abasto social de leche a cargo de Liconsa	1,095,860	1,121,368	5,070,668	5,005,820
Programa de Seguro de Jefas de Familia	1,249,888	1,404,230	1,875,772	ND

ND: No disponible

Fuente: Gonzalo Hernández Licona, *et al.*, *El Progreso-Oportunidades-Prospera, a veinte años de su creación, op. cit.*, p. 61.

De manera general, la información presentada demuestra como el POP tuvo una expansión en cobertura y en presupuesto de manera gradual y continua durante sus dos décadas de instrumentación lo cual pudo obedecer a los resultados positivos observados en indicadores de salud, educación y alimentación entre la población beneficiada.

Asimismo, muestra el compromiso de diferentes sexenios presidenciales por continuar con el programa y estarlo mejorando hasta llegar a todo el territorio nacional. La prioridad en localidades rurales fue notoria, lo que evidencia que en estas comunidades se centran los mayores problemas sociales y económicos de México, o bien, que estas familias son las que cuentan con menores oportunidades de desarrollo local e individual.

3.2. Resultados del Progres-Oportunidades-Prospera tras dos décadas de implementación

El POP tras 21 años de implementación logró mejorar la calidad de vida de las familias beneficiarias. Se observaron avances en el grado escolar de los becarios, en la inscripción de nivel secundaria y de EMS, a la vez que se logró aumentar la inscripción de las mujeres a los sistemas escolares.

Por otro lado, las familias beneficiarias tuvieron una mayor demanda de los servicios de salud, incentivándose las prácticas de cuidado y prevención de la salud. Asimismo, aumentaron las consultas de control prenatal, postparto e infantiles, lo que permitió llevar un tratamiento adecuado de la salud de todos los miembros del hogar.

Entre las enfermedades derivadas de la malnutrición hubo grandes avances en el retraso del crecimiento. Con respecto a la emaciación la incidencia de esta enfermedad no tuvo cambios significativos. La prevalencia de anemia tuvo reducciones en los infantes, pero en las mujeres esta no presentó disminuciones. Por otro lado, el hecho de que las familias recibieran apoyos económicos fijos permitió aumentar la calidad y diversidad de su dieta. Por último, no se logró aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva.

El POP influyó positivamente en la reducción del trabajo infantil gracias a que los apoyos económicos incentivaban a las familias a que los hijos e hijas dedicaran más tiempo a la escuela que al trabajo. Asimismo, estas mismas aportaciones impulsaron a que las familias hicieran inversiones dentro del hogar y aumentaran sus gastos en ropa, calzado y salud. Asimismo, el hecho que las mujeres fueran las titulares de los beneficios del POP aumentó su poder en la toma de decisiones ligeramente.

Respecto a la operación del programa, el costo-beneficio es plausible ya que los gastos administrativos se mantuvieron en porcentajes bajos en relación al presupuesto del POP. Asimismo, la cultura de la prevención en el sector salud resulta benéfico ya que evita el desarrollo de enfermedades graves en la población beneficiaria con lo que se obtiene un círculo virtuoso porque no se tendrá que incurrir en gastos mayores para el tratamiento de estas enfermedades, a la vez que una población sana será más productiva.

A continuación, se procederá a desarrollar de manera más explícita los resultados que obtuvo el POP en materia de educación, salud, alimentación, trabajo infantil, género e inversiones en el hogar para poder apreciar los avances y retrocesos del programa a manera de que este juicio crítico sirva como guía para la implementación de nuevos programas sociales.

3.2.1. Desarrollo en las capacidades educativas

Respecto a la asistencia escolar no se notan diferencias significativas entre beneficiarios y no beneficiarios. “De acuerdo a la información en la Encuesta intercensal 2015, 96.2% de las personas de 6 a 14 años asistían a la escuela, porcentaje que en la ENSANUT Prospera 2017-2018 es de 96.9%, indicando con esto un ligero aumento.”²²⁸ Por otro lado, en una evaluación que se hizo a las primeras familias incorporadas a Progresá en 1997 se vislumbra la misma situación. “Progresá parece tener un efecto positivo y significativo en la asistencia escolar en la primaria, incrementando la asistencia en 1.4 puntos porcentuales, pero no hay ningún efecto en la secundaria en esta materia.”²²⁹ Como se puede observar, estos bajos impactos se deben a las tasas altas que ya existían en el nivel primaria.

La inscripción de los niños y niñas a nivel primaria no presenta cambios debido a que ya se tenían tasas altas, no obstante, sí se encontró una relación positiva entre ser beneficiario del POP e iniciar a una edad temprana la educación elemental.

Dado un porcentaje de cobertura mayor a 90% de la educación primaria, el Programa no presenta un impacto significativo en la inscripción a este ciclo en zonas rurales. Sin embargo, para las transiciones de primaria a secundaria y de secundaria a media superior, se presentan mayores tasas de inscripción, y

²²⁸ Teresa Shamah Levy, *et al.*, *Módulo de PROSPERA en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2017-2018, Informe de resultados*, [en línea], pp. 246, Ciudad de México, Instituto Nacional de Seguridad Pública, 2018, Dirección URL: https://evaluacion.prospera.gob.mx/es/wersd53465sdg1/docs/2018/Informe_Modulo_PROSPERA_en_ENSANUT_2017_2018.pdf, [Consulta: 10 de diciembre de 2019], p. 61.

²²⁹ SEDESOL, *Más oportunidades para las familias pobres, Evaluación de Resultados del Programa de Educación, Salud y Alimentación, Primeros Avances, 1999*, [en línea], pp. 406, Ciudad de México, SEDESOL, 1999, Dirección URL: https://evaluacion.prospera.gob.mx/es/wersd53465sdg1/docs/1999/1999_libro_evaluacion.pdf, [Consulta: 10 de diciembre de 2019], p. 165.

aumentan también los años de escolaridad de la población beneficiaria [...]. Oportunidades no muestra un efecto significativo en las tasas de inscripción [en zonas urbanas] para educación primaria debido a que ya estaban cerca de 100 por ciento.²³⁰

En evaluaciones que se hicieron a familias beneficiarias entre 1998 y 2001, la inscripción a nivel secundaria atisbó avances significativos tanto en niños como niñas, observándose una mejor reacción en las mujeres, lo que denota que las becas escolares diferenciadas por sexo están surtiendo el efecto deseado. “El incremento representa un aumento proporcional para los niños de entre 5 y 8 por ciento y de 11 a 14 por ciento para las niñas.”²³¹

Para el periodo 1997-1999 la matrícula de estudiantes aumentó. En primera instancia, este comportamiento se debió a la construcción de nuevas escuelas, al crecimiento de la población estudiantil y en menor medida por la influencia del programa. “Para el ciclo 1997-1998, en las escuelas a donde asisten beneficiarios de Progresá había en promedio 6.8 alumnos más; sin embargo, para el ciclo 1998-1999, esta diferencia es de 19.5 alumnos [...]”.²³²

La inscripción a la EMS también observó aumentos sobre todo en el primero y segundo año. En este rubro la diferencia en el cambio entre hombres y mujeres no fue tan notorio ya que la lejanía de las escuelas y las zonas rurales desincentivó el ingreso a este grado escolar. Asimismo, se encontró una relación importante entre el número de estudiantes por maestro y la percepción de la calidad de los servicios educativos. Entre mayor número de estudiantes, menor interés existía por las familias para que los hijos

²³⁰ Carlos Cruz, Rodolfo de la Torre, César Velázquez, *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2001-2006, Informe compilatorio*, [en línea], pp. 42, Ciudad de México, INSP, 2006, Dirección URL: https://evaluacion.prospera.gob.mx/es/wersd53465sdg1/docs/2006/insp_2001_2006_compilatorio.pdf, [Consulta: 10 de diciembre de 2019], pp. 11-12.

²³¹ Susan W. Parker, John Scott, *Evaluación del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) a partir de: Indicadores de Seguimiento, Evaluación y Seguimiento 1998-2001, Encuestas de Evaluación 2000*, [en línea], pp. 151, Ciudad de México, CIDE, 2001, Dirección URL: https://evaluacion.prospera.gob.mx/es/wersd53465sdg1/docs/2001/cide_2001_evaluacion_impacto.pdf, [Consulta: 10 de diciembre de 2019], p. 2.

²³² SEDESOL, *Más oportunidades para las familias pobres, Evaluación de Resultados del Programa de Educación, Salud y Alimentación, Primeros Avances, 1999, op. cit.*, pp. 184-185.

continuaran sus estudios. “En la inscripción a la educación media superior, Parker muestra que el incremento en la inscripción de los jóvenes se dio especialmente en primer grado con un incremento en la matrícula de 37.8 por ciento.”²³³

El POP hizo la apuesta en desarrollar las capacidades de las personas para que éstas tuvieran mayores herramientas con qué defenderse y poder romper con el ciclo intergeneracional de la pobreza. De este modo, los resultados arrojados en evaluaciones externas entre 1998 y 2001 son favorables. Se encontró que los años escolares entre los becarios Progresá eran mayores a los del grupo de control (no beneficiarios). “De manera más intuitiva, se puede decir que 38 por ciento de las niñas y 15 por ciento de los niños beneficiarios tienen un año más de escolaridad como resultado de recibir becas de Progresá por dos años y medio.”²³⁴

El nivel de escolaridad de los jóvenes beneficiarios (en zonas urbanas) que ingresaron al mercado laboral experimentó un gran avance. En 2002 casi la mitad de los jóvenes trabajadores solo tenían la primaria (45%), pero esto cambia para el 2009 donde el 43% de los jóvenes beneficiarios tenían la secundaria completa. En la tabla 3.7 se puede observar los cambios en el grado escolar de los jóvenes durante la implementación de Oportunidades. El nivel escolar de los beneficiarios que laboraban ascendió a secundaria en un alto porcentaje, brindando mayores oportunidades para romper con el ciclo de la pobreza.

Al respecto a la reprobación escolar, el informe compilatorio 2001-2006 sobre los efectos de Oportunidades encontró un impacto significativo en la primaria en el tercero y cuarto grado. “En relación con los índices de reprobación, en el tercer año, 3.8% de niños y 8.4% de niñas que hubieran reprobado el año escolar ya no lo hicieron, y en el cuarto, 6.5% de las niñas tampoco reprobaron.”²³⁵ Estos resultados se visualizan también cuando se habla de la deserción escolar a nivel primaria. “En el tercer año 14% de los

²³³ Carlos Cruz, Rodolfo de la Torre, César Velázquez, *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2001-2006, Informe compilatorio, op. cit.*, p. 37.

²³⁴ Susan W. Parker, John Scott, *Evaluación del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) a partir de: Indicadores de Seguimiento, Evaluación y Seguimiento 1998-2001, Encuestas de Evaluación 2000, op. cit.*, p. 4.

²³⁵ Carlos Cruz, Rodolfo de la Torre, César Velázquez, *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2001-2006, Informe compilatorio, op. cit.*, p. 36.

niños y 17.9% de las niñas ya no abandonaron la escuela y para el cuarto grado 16.5% de las niñas tampoco lo hicieron.”²³⁶

Tabla 3.7. Escolaridad de jóvenes beneficiarios que ingresaron al mercado laboral, 2002-2009, porcentajes

Escolaridad	2002	2009
Ninguna	0.27	0.25
Primaria	45.12	27.17
Secundaria	38.47	43.11
Preparatoria	11.22	24.96
Carrera técnica	2.59	1.85
Profesional	1.72	2.66

Fuente: INSP, SEDESOL, CNPDHO, *Evaluación externa del programa oportunidades 2010 en zonas urbanas (2002 - 2009)*, [en línea], pp. 106, México, SEDESOL, 2011, Dirección URL: https://evaluacion.prospera.gob.mx/es/wersd53465sdg1/docs/2010/2010_mp_aspectos_sociales_educ_urbano.pdf, [Consulta: 11 de diciembre de 2019], p. 44.

Una vez más se muestran los efectos positivos que se tienen en la diferenciación de becas escolares por sexo. Al implementar estas medidas de equidad se logró que las familias se vieran incentivadas a que sus hijas asistieran a las escuelas y hubiera un mejor aprovechamiento escolar.

El retorno escolar también se ve influido a partir de que las familias fueron incorporadas al POP. En un estudio realizado entre 1997-1998 se entrevistó a 100 mil familias donde se encontró un total de 71,412 niños y niñas de entre 8 y 17 años de edad, de este último grupo, 20,868 jóvenes habían abandonado sus estudios (29%). Una vez ejecutado el programa en estas familias, el 18.4% de las niñas y los niños que habían abandonado sus estudios retornaron a la escuela.²³⁷

Por otro lado, el mismo estudio arrojó que el programa no influyó en el retorno de los hombres que tenían más de tres años de haber abandonado sus estudios, sin importar su edad y nivel escolar alcanzado. Esto puede sugerir que los montos de las becas no son suficientes para reemplazar el ingreso que pueden obtener los jóvenes de un trabajo

²³⁶ *Ibid.*, p. 37.

²³⁷ SEDESOL, *Más oportunidades para las familias pobres, Evaluación de Resultados del Programa de Educación, Salud y Alimentación, Primeros Avances, 1999, op. cit.*, p. 213.

remunerado, lo que desincentiva a estas personas a regresar a sus estudios o tener un buen aprovechamiento escolar.

Asimismo, el estudio revela que existe un mayor ausentismo escolar cuando las familias son de un mayor tamaño, cuando es invierno y cuando es el ciclo agrícola de primavera. Esto da una primera alerta de que el programa debe rediseñarse de tal manera que contemple estas temporadas del año en las que los niños y las niñas se ven en la necesidad de trabajar para contribuir a los ingresos de los hogares.

De manera general, el POP tuvo grandes avances en el tema educativo entre la población beneficiada, los niveles de grado escolar aumentaron, hubo menor reprobación, aumentó el retorno escolar, la matrícula aumentó a nivel secundaria. Asimismo, en cuestión de género, las niñas han podido tener mejores oportunidades para aprovechar los servicios educativos y el apoyo de la familia para que continúen sus estudios.

Por otro lado, si bien el POP no veía en las becas escolares un medio de sustitución del ingreso de los hogares beneficiados sí se debe mencionar que los montos a lo largo de su implementación han sido bajos, si se compara con el valor de la canasta alimentaria y no alimentaria, ya sea rural o urbana. Este hecho ha generado, por ejemplo, que los sujetos que tienen más de tres años de rezago educativo ya no vean en las becas escolares un apoyo real para su vida e invertir en su capital humano.

Aunado a lo anterior, se debe considerar que las familias beneficiadas son gente en pobreza extrema, es decir, que tienen ingresos menores a la línea de bienestar mínima, por lo que los apoyos que ofrece el POP deberían de ser los suficientes para que estas personas tengan un ingreso per cápita igual a la línea de bienestar (valor de la canasta alimentaria y no alimentaria).

3.2.2. Impactos en los estándares de salud

En el rubro de salud se observó un aumento de las consultas preventivas y curativas tanto en zonas rurales como urbanas. Esto significó un cambio en las prácticas de los

beneficiarios, al prestar mayor atención a su salud y con ello prevenir enfermedades a largo plazo.

En los resultados de corto plazo [en zonas rurales], la asistencia a los centros de salud y clínicas ha aumentado las consultas de nutrición 45%, las consultas preventivas 78% y las consultas de atención prenatal 21%. En tanto que en resultados de mediano plazo hubo un aumento de 35% en el número de consultas preventivas y curativas. [...] Las familias beneficiarias del Programa [en zonas urbanas] incrementaron su asistencia a consultas médicas preventivas en relación con el grupo de comparación, con una diferencia cercana a 25% entre los individuos de 50 años o más, 26% en los de 19 a 49 años, y casi 30% para aquellos de 6 a 18 años.²³⁸

Aunado a lo anterior, haciendo comparaciones entre los beneficiarios y la población en control (no beneficiarios) se vuelven a observar diferencias significativas en el uso de los servicios de salud. “Los primeros resultados de corto plazo reportaron que, en general, los beneficiarios incrementaron la asistencia al centro de salud 37,2%, en tanto que su comparativo aumentó su asistencia 11,7%; el efecto neto correspondió a un incremento de 25,6 por ciento.”²³⁹ Asimismo, en el mismo estudio se revela un aumento en las consultas infantiles en un 52% entre la población beneficiaria.

En los estudios hechos por la SEDESOL en 1997-1998 se observó un aumento en los diagnósticos de diabetes (61%) y en hipertensión arterial (48%), entre las familias beneficiarias.²⁴⁰ Asimismo, en la evaluación externa de Oportunidades 2001-2006 se observa un incremento (entre la población beneficiaria y no beneficiaria en zonas urbanas) en la prueba de diabetes e hipertensión. Para la población de 19 a 49 años el incremento fue de 10% en diabetes y de 17% en hipertensión. Para los individuos mayores de 50 años aumentó 17% las pruebas de diabetes y 11% las de hipertensión.²⁴¹

²³⁸ Carlos Cruz, Rodolfo de la Torre, César Velázquez, *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2001-2006, Informe compilatorio, op. cit.*, pp. 13-14.

²³⁹ *Ibid.*, p. 44.

²⁴⁰ SEDESOL, *Más oportunidades para las familias pobres, Evaluación de Resultados del Programa de Educación, Salud y Alimentación, Primeros Avances, 1999, op. cit.*, p. 245.

²⁴¹ Carlos Cruz, Rodolfo de la Torre, César Velázquez, *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2001-2006, Informe compilatorio, op. cit.*, p. 14.

A pesar de que hubo un mayor número de diagnósticos previos sobre la hipertensión y la diabetes, el POP no ha logrado influir como desearía en las prevalencias de ambas enfermedades. De acuerdo con la ENSANUT 2017-2018, la prevalencia de diabetes en beneficiarios fue de 7,2% y en no beneficiarios de 10,4%, las cifras de 2011-2012 no muestran cambios significativos ya que fueron de 7,9% y de 8,6% respectivamente.²⁴²

Al respecto de la hipertensión la ENSANUT 2017-2018 dice: “A partir de los 50 años, tanto en hombres como en mujeres beneficiarios del Programa, la prevalencia de hipertensión es mayor de 40% y en el grupo de edad de 80 y más años, la prevalencia de hipertensión es mayor del 70%.”²⁴³

Esto revela que, si bien la población puede atenderse a una etapa temprana de su enfermedad o diagnosticarla a tiempo, los hábitos de salud y de alimentación no han cambiado como se esperaba, lo que evidencia que se debe trabajar más en la generación de buenos hábitos de salud.

Por otro lado, la población beneficiada, en comparación con la no beneficiaria, ha mostrado mejorías al respecto de los días en los que se encuentran enfermos tanto en zonas rurales y urbanas. “En las áreas de salud y nutrición, los niños beneficiarios de Progresá tienen una incidencia de enfermedades 12 por ciento menor y ha habido una reducción en la probabilidad de baja talla para la edad entre los niños de 12 a 36 meses.”²⁴⁴

De igual modo, estos resultados fueron presenciados en 2006 en donde hubo una disminución en los días de incapacidad entre la población beneficiada. “[...] se observó que para menores de seis años hubo una reducción en los días de enfermedad de 30%; para los individuos de 6 a 49 años de edad se observó una reducción de 24% en los días

²⁴² Teresa Shamah Levy, et al., *Módulo de PROSPERA en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2017-2018, Informe de resultados*, op. cit., p. 180.

²⁴³ *Ibid.*, p. 192.

²⁴⁴ Susan W. Parker, John Scott, *Evaluación del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) a partir de: Indicadores de Seguimiento, Evaluación y Seguimiento 1998-2001, Encuestas de Evaluación 2000*, op. cit., p. 2.

de incapacidad [en zonas rurales].”²⁴⁵ De la misma manera, las zonas urbanas tuvieron resultados similares, la reducción en los días de enfermedad fue de un 20% en general.

Otro aspecto en donde influyó el POP de manera positiva con respecto a los no beneficiarios fue en la salud reproductiva y prenatal. Tanto en zonas rurales como urbanas las mujeres incrementaron el uso de métodos anticonceptivos modernos (17.23% y 2.96% respectivamente). En zonas rurales, el número de mujeres embarazadas que ha recibido atención prenatal superó el 88%; incrementó 6.94% el número de partos atendidos por médicos en el grupo que ingresó al programa en 1998 y aumentó 61% la realización de la prueba de Papanicolaou en las mujeres beneficiarias. En localidades urbanas como rurales la variación en las consultas de planificación familiar aumentó un 19% (con respecto a los no beneficiarios).²⁴⁶

Los anteriores resultados del 2006, se ven reflejados en el número de mujeres que estuvieron embarazadas en zonas rurales con respecto a las no beneficiarias de acuerdo con la ENSANUT 2017-2018 (48,6% y 88,4% respectivamente).²⁴⁷ Esto enseña que el mayor conocimiento de la salud reproductiva ha logrado incidir de manera significativa en las tasas de embarazos.

En tasas de vacunación, se observa mejores resultados en la población beneficiada con respecto a la no beneficiada en las vacunas del neumococo, influenza, sarampión, rubeola y el tétanos. En la tabla 3.8 se pueden observar las tasas de ambos grupos.

La mortalidad materna disminuyó un 11% en los municipios incorporados a Oportunidades con respecto a los no incorporados. Asimismo, se observó el mismo comportamiento en la mortalidad infantil, con una disminución del 2% en los municipios incorporados.²⁴⁸

²⁴⁵ Carlos Cruz, Rodolfo de la Torre, César Velázquez, *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2001-2006, Informe compilatorio, op. cit.*, p. 13.

²⁴⁶ *Ibid.*, pp. 13, 45.

²⁴⁷ Teresa Shamah Levy, et al., *Módulo de PROSPERA en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2017-2018, Informe de resultados, op. cit.*, p. 10.

²⁴⁸ Carlos Cruz, Rodolfo de la Torre, César Velázquez, *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2001-2006, Informe compilatorio, op. cit.*, pp. 50-51.

Tabla 3.8. Tasas de vacunación entre beneficiarios del POP y no beneficiarios, 2017

Vacuna	Grupo de edad	Beneficiario	No beneficiario
Tétanos	Adulto	77%	61%
Sarampión	Adulto	46%	36%
Rubeola	Adulto	46%	36%
Neumococo	Adulto mayor	68%	45%
Influenza estacional	Adulto mayor	72%	52%

Fuente: Teresa Shamah Levy, *et al.*, *Módulo de PROSPERA en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2017-2018, Informe de resultados*, [en línea], pp. 246, Ciudad de México, Instituto Nacional de Seguridad Pública, 2018, Dirección URL: https://evaluacion.prospera.gob.mx/es/wersd53465sdg1/docs/2018/Informe_Modulo_PROSPERA_en_ENSANUT_2017_2018.pdf, [Consulta: 10 de diciembre de 2019], pp. 11-12.

En tabaquismo, el grupo de jóvenes incorporados al POP en 1998 redujo su consumo de tabaco en 15%, mientras que el grupo incorporado en 2000 lo redujo en 13%. En relación al consumo de bebidas alcohólicas, las disminuciones fueron de 11 y 13% respectivamente. En adultos beneficiarios y no beneficiarios, no se encuentran diferencias en su consumo de tabaco y alcohol.²⁴⁹ De acuerdo con lo observado, el POP resulta benéfico en la prevención del tabaquismo y el alcoholismo antes de que este suceda en los jóvenes, es decir en la prevención; no obstante, una vez que los jóvenes ya son consumidores, el programa no influye sobre ellos.

De acuerdo con estudios de los inicios de Progres a y de Oportunidades, el uso de servicios de salud aumentó debido al impulso del programa y por las corresponsabilidades inherentes para continuar recibiendo los beneficios del POP. No obstante, en la ENSANUT 2017-2018 se vislumbró una tendencia al alza en el uso de servicios médicos privados para la atención de condiciones ambulatorias.

Los largos tiempos de traslado y espera que pueden superar una hora para recibir atención, aunado a la falta de surtimiento completo de los medicamentos prescritos y el gasto total de la atención que para poblaciones con escasos recursos económicos puede representar un monto elevado, pueden ser factores que afecten el uso de servicios, a pesar de lo cual la evaluación de la calidad de la atención y la satisfacción posterior a la misma son elevadas.²⁵⁰

²⁴⁹ *Ibid.*, p. 50.

²⁵⁰ Teresa Shamah Levy, *et al.*, *Módulo de PROSPERA en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2017-2018, Informe de resultados*, *op. cit.*, p. 16.

Como se observó, el POP logró aumentar estándares de salud entre su población beneficiaria como en las tasas de mortalidad materna, en la reducción de enfermedades, en el aumento de las consultas preventivas, en la reducción de las tasas de fertilidad y en mejores niveles de vacunación.

Asimismo, es posible ver un área de oportunidad que los programas de transferencias monetarias deben tomar en cuenta. Esta es que deben incidir positivamente en mejorar los hábitos alimentarios de sus beneficiarios para reducir el consumo de azúcares y alimentos con alto valor calórico. Esto en el largo plazo puede tener impactos significativos en la reducción de la hipertensión y de la diabetes en los adultos beneficiarios.

3.2.3. Evolución en los patrones alimenticios

Una de los principales objetivos del POP fue mejorar la salud nutricional de los infantes y de las mujeres embarazadas y en lactancia para lo cual dentro de la operación del programa se llevó un control nutricional de las familias beneficiarias, desde consultas durante el embarazo, como seguimiento del desarrollo del recién nacido y de la madre en lactancia. El programa durante toda su operación llevó a cabo estudios comparativos entre beneficiarios y no beneficiarios para determinar, de esta manera, el impacto real del POP.

3.2.3.1. Malnutriciones en infantes: retraso del crecimiento y emaciación

El retraso del crecimiento, también conocido como la baja talla para la edad, tuvo una menor prevalencia entre los beneficiarios demostrando que el programa incidía correctamente, ya que se encontró un mayor crecimiento en los infantes tanto en zonas rurales como urbanas. A continuación, una tabla que cita los principales hallazgos de diferentes estudios en diferentes periodos del POP.

Tabla 3.9. Resultados del POP en retraso del crecimiento en niños y niñas, 1998-2018

Resultado	Periodo	Localidad
Reducción en la probabilidad de baja talla para la edad entre los niños de 12 a 36 meses.	1998-2001	Rural
Los niños de 24 a 71 meses de edad en localidades de intervención crecieron en promedio 0,67 cm más que los niños de localidades no beneficiarias y la prevalencia de talla baja fue 17.4% menor en aquéllas que en estas últimas.	1998-2003	Rural
Los niños incorporados a Oportunidades antes de los seis meses de edad miden, en promedio, 1 cm más y pesan 0,5 kg más.	2002-2004	Urbana
En menores de 24 meses (beneficiarios) la prevalencia en 2002 de retraso de crecimiento fue del 22,8% y en 2004 fue de 17,2%. En menores de 12 meses la prevalencia fue de 13% y 7,5% respectivamente. En menores de 6 meses fue de 6,5% y de 2,9% respectivamente.	2002-2004	Urbana
La prevalencia en niños de 6 a 59 meses de edad disminuyó 8,7 puntos porcentuales en los estados de Baja California, Chihuahua, Jalisco, Guanajuato, Michoacán, México, Tlaxcala, Hidalgo, Chiapas, Oaxaca y Guerrero.	2014-2017	Rural y urbana
La talla baja afectó al 49,1% de los niños y niñas indígenas de 6 a 59 meses de edad.	2016-2017	Rural y urbana
En infantes menores de 9 años la prevalencia disminuyó del 22% en 2012 a 17,1% en 2018. La prevalencia de los no beneficiarios pasó de 12,7% a 9,3%.	2012-2018	Rural y urbana
En infantes menores de 9 años en zonas rurales la prevalencia pasó de 26% a 19,9%. En no beneficiarios pasó de 16% a 12,3%.	2012-2018	Rural
En infantes menores de 9 años en zonas urbanas la prevalencia llegó al 13,4% en beneficiarios y a 7,3% en no beneficiarios, ambas cifras menores a las del 2012.	2012-2018	Urbana

Fuentes:

(1) Abelardo Ávila Curiel, *et al.*, *Beneficios del consumo de los suplementos alimenticios de Prospera, segunda etapa*, [en línea], pp. 89, Ciudad de México, INCMNSZ, 2017, Dirección URL: https://evaluacion.prospera.gob.mx/es/wersd53465sdg1/docs/2017/REPORTE_SUPLEMENTOS%202017.pdf, [Consulta: 23 de diciembre de 2019].

(2) Carlos Cruz, Rodolfo de la Torre, César Velázquez, *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2001-2006, Informe compilatorio*, [en línea], pp. 42, México, INSP, 2006, Dirección URL: https://evaluacion.prospera.gob.mx/es/wersd53465sdg1/docs/2006/insp_2001_2006_compilatorio.pdf, [Consulta: 10 de diciembre de 2019].

(3) Teresa Shamah Levy, *et al.*, *Módulo de PROSPERA en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2017-2018, Informe de resultados, op. cit.*

Como se podrá observar en la anterior tabla se obtuvieron resultados satisfactorios con respecto al retraso del crecimiento, no obstante, a lo largo de diferentes estudios, se utilizaron metodologías y variables distintas (entidades federativas, tamaños de muestra, características de los individuos a evaluar, diferenciaciones entre zonas rurales y urbanas, grupos indígenas, grupos de edades, entre otros) lo que perjudica el poder hacer comparaciones efectivas entre diferentes periodos de implementación del POP.

De esta manera, se recomienda que para futuros programas sociales se establezcan mecanismos permanentes de evaluación bajo mismos esquemas, categorías y metodologías que permita análisis más certeros y comparables sobre los avances del POP.

Al respecto a la emaciación no se encuentra una gran variedad de fuentes que evalúen directamente a los beneficiarios del POP y comparen sus resultados con grupos de control. Si bien se encuentran evaluaciones que muestran estudios sobre el bajo peso para la talla (desnutrición aguda moderada), se debe tomar en cuenta que esta malnutrición y la emaciación son diferentes, ya que esta última es una condición extrema de delgadez y tiene consecuencias muy graves sobre la salud de los niños y niñas (desnutrición aguda grave). En la ENSANUT 2017-2018 se encontró un cambio en la prevalencia de la emaciación en niños y niñas menores de 5 años; en 2012 fue de 2,1% y en 2018 de 1,8%.

Por último, los resultados en 2018 muestran una prevalencia de emaciación en menores de cinco años beneficiarios de PROSPERA de 1.8% y de 0.2% en los niños y niñas no beneficiarios del programa, ambas cifras menores a las observadas en 2012. Por tipo de localidad de residencia, las localidades urbanas beneficiarias de PROSPERA tuvieron un aumento de un punto porcentual entre 2012 y 2018 (1.7% a 2.7%, respectivamente), las localidades rurales mostraron cifras menores en 2018, respecto a lo observado en 2012.²⁵¹

En el peso bajo para la talla se observó una mejora en los menores de seis meses de edad del 2001 al 2006 (zonas urbanas). Los niños y niñas beneficiarios pesaban en promedio 0,5 kg más que los que vivían en condiciones similares pero no estaban incorporados al programa.²⁵² Ahora bien, en la ENSANUT 2017-2018 la población beneficiaria de 0 a 9 años con bajo peso para la talla fue de 4,9%, obteniéndose una ligera diferencia con el 4,7% del 2012.²⁵³

²⁵¹ *Ibid.*, p. 128.

²⁵² Carlos Cruz, Rodolfo de la Torre, César Velázquez, *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2001-2006, Informe compilatorio, op. cit.*, p. 14.

²⁵³ Teresa Shamah Levy, *et al.*, *Módulo de PROSPERA en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2017-2018, Informe de resultados, op. cit.*, p. 9.

Como se puede observar, durante la instrumentación del POP se lograron ligeros cambios en la emaciación y en el bajo peso para la talla. Esto puede deberse a que la emaciación es ocasionada en primera instancia por enfermedades, entre ellas la diarrea, que provocan pérdidas de peso con rapidez si no son tratadas a tiempo. Es por lo anterior, que se requiere de una infraestructura y de equipos de salud eficaces para que puedan detectar a tiempo las enfermedades en los infantes y se prevengan episodios de emaciación.

3.2.3.2. Cambios en las prevalencias de anemia, lactancia materna y diversidad de la dieta

Durante la instrumentación del POP se otorgaron los suplementos alimenticios *Nutrisano* (solo en zonas rurales) y *Vitaniño* a niñas y niños de 6 a 59 meses de edad. La *Bebida Láctea Nutrisano* se dio a niños de zonas rurales de 12 a 23 meses de edad. En el caso del suplemento *Nutrivida Tabletas*, se otorgó a mujeres embarazadas y en lactancia (hasta un año postparto).²⁵⁴

En la tabla siguiente se colocó los principales resultados obtenidos en la prevalencia de anemia entre los beneficiarios del POP. Se utilizaron tres estudios, los cuales fueron encomendados por la Coordinación Nacional del POP para realizar la evaluación de los impactos del programa. Las tres investigaciones marcan diferentes etapas, desde Progresas hasta Prosperas, por lo que se pueden apreciar diferentes resultados a lo largo de su operación.

Uno de los principales obstáculos que se obtienen al realizar una evaluación de los impactos del POP es que a lo largo del tiempo los diferentes estudios referentes al mismo tienen metodologías distintas, lo que no permite una comparación entre la población beneficiaria y los grupos de contraste en diferentes periodos.

²⁵⁴ Secretaría de Salud, *Manual para el suministro y Control del Suplemento Alimenticio*, [en línea], pp. 133, Ciudad de México, SSa, 2017, Dirección URL: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/218143/Manual_para_el_suministro_y_control_del_suplemento_alimenticio_2017.pdf, [Consulta: 5 de enero de 2020], p. 41.

Tabla 3.10. Resultados en la prevalencia de anemia y concentración de hemoglobina en niñas, niños, adolescentes, mujeres y adultos mayores beneficiarios del POP, 1998-2018

Resultado	Periodo	Localidad
El análisis de impacto mostró que en los niños de 60 a 71 meses de las localidades no incorporadas la concentración de hemoglobina fue 0,42 g/dl superior respecto de la de los niños de localidades incorporadas.	1998-2003	Rural
En niños y niñas beneficiarios de 24 a 35 meses se incrementó la concentración de hemoglobina en 0,3 g/dl. Sin embargo, el impacto no provoca un cambio en la prevalencia de anemia en este grupo de edad, pues continuó siendo 12% mayor a la deseable en estos niños.	2002-2004	Urbana
La anemia en niños y niñas de 6 a 59 meses de edad cayó 20,4 puntos porcentuales en los estados de Baja California, Chiapas, Chihuahua, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, México, Oaxaca y Tlaxcala. Asimismo hubo un aumento en la concentración de hemoglobina al pasar del 11,38 g/dl a 12,10 g/dl (+0,73 g/dl).	2014-2017	Rural y urbana
La prevalencia de anemia en niños y niñas de 6 a 59 meses de edad de zonas urbanas de los estados de Nayarit, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz y Yucatán pasó del 36,6% al 27,7%. En zonas rurales no se observaron cambios significativos.	2016-2017	Rural y urbana
La prevalencia de anemia en mujeres embarazadas y en lactancia de los estados de Nayarit, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz y Yucatán pasó del 28,6% al 29,6%. La concentración de hemoglobina pasó de 12,0 g/dl a 12,4 g/dl.	2016-2017	Rural y urbana
La prevalencia de anemia en mujeres embarazadas y en lactancia de los estados de Baja California, Chihuahua, Jalisco, Guanajuato, Michoacán, México, Tlaxcala, Hidalgo, Chiapas, Oaxaca y Guerrero pasó del 24,1% al 28,6%. En áreas rurales pasó del 23,1% al 26,7%. En áreas urbanas pasó de 27,3% a 33,8%.	2016-2017	Rural y urbana
La concentración de hemoglobina en los beneficiarios de los estados de Nayarit, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz y Yucatán pasó de 12,01 g/dl a 12,36 g/dl (+0,35 g/dl). La prevalencia de anemia, pasó del 28,6% al 29,6%.	2016-2017	Rural y urbana
La concentración de hemoglobina en los beneficiarios de los estados de Baja California, Chiapas, Chihuahua, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, México, Oaxaca y Tlaxcala pasó de 12,87 g/dl a 12,67 g/dl. La prevalencia de anemia pasó del 24,1% al 28,6%. Las zonas urbanas fueron las que sufrieron mayores retrocesos.	2016-2017	Rural y urbana
En adolescentes (10 a 19 años) de localidades urbanas, los no beneficiarios tuvieron una prevalencia más alta de anemia (34,6%) que los beneficiarios (10,1%). En localidades rurales, también los no beneficiarios presentaron una mayor prevalencia (20,3%) en comparación con los beneficiarios (14,9%).	2017-2018	Rural y Urbana
La prevalencia de esta malnutrición en menores de 5 años fue mayor en beneficiarios que en no beneficiarios en 2018 (25,8% vs. 18,7%). En áreas rurales fue mayor entre beneficiarios que en no beneficiarios (26,8% vs. 17,2%). En áreas urbanas fue mayor entre beneficiarios (24,5% vs. 19,7%).	2017-2018	Rural y Urbana

Tabla 3.10. Continuación

Resultado	Periodo	Localidad
En población de 5 a 11 años la prevalencia de anemia fue mayor en los beneficiarios Prospera a los no Prospera, situándose en 18% y 16,6% respectivamente. En jóvenes de 12 a 19 años de Prospera, presentaron una menor prevalencia (12,7%) que los no beneficiarios (31,9%).	2017-2018	Rural y Urbana
La prevalencia de anemia en población adulta (20 a 59 años, ambos sexos) presentó niveles similares entre beneficiarios y no beneficiarios (22%). En mujeres el porcentaje fue más alto (32%) al de los hombres (10%).	2017-2018	Rural y urbana
La prevalencia de anemia en mujeres en edad reproductiva (12 a 49 años) fue menor entre las beneficiarias que en no beneficiarias (27,2% vs. 32,8%). En áreas rurales la prevalencia es menor en beneficiarias que en no beneficiarias (21,2% vs. 27,1%). En áreas urbanas no hubo diferencias entre beneficiarias y no beneficiarias (33,5% vs. 34,9%).	2017-2018	Rural y urbana
La prevalencia en adultos de 60 años o más fue menor entre beneficiarios que en no beneficiarios (32,6% vs. 38,0%).	2017-2018	Rural y Urbana
Para menores de 5 años (beneficiarios) la prevalencia de anemia aumentó del 24,4% al 25,8%. En áreas rurales pasó del 26,2% al 26,8%. En áreas urbanas pasó del 21,7% al 24,5%.	2012-2018	Rural y Urbana
La prevalencia de anemia en mujeres beneficiarias en edad reproductiva (12 a 49 años) aumentó 14,8 pp.: siendo en 2012 de 12,4% y de 27,2% en 2018.	2012-2018	Rural y urbana

Fuentes:

- (1) Abelardo Ávila Curiel, *et al.*, *Beneficios del consumo de los suplementos alimenticios de Prospera, segunda etapa, op. cit.*
- (2) Carlos Cruz, Rodolfo de la Torre, César Velázquez, *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2001-2006, Informe compilatorio, op. cit.*
- (3) Teresa Shamah Levy, *et al.*, *Módulo de PROSPERA en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2017-2018, Informe de resultados, op. cit.*

Una vez vista la anterior tabla, se aprecia que, en los primeros años del POP, este logró aumentar la concentración de hemoglobina y disminuir la prevalencia de anemia en menores de 5 años; no obstante, esta tendencia se rompe en el periodo 2012-2018, dando retrocesos en la prevalencia de esta malnutrición. Esto puede obedecer a que durante este lapso de tiempo Prospera experimentó recortes presupuestales y el número de niñas y niños en control nutricional disminuyó.

Por otro lado, en diferentes estudios se pueden encontrar bajas tasas de entrega de los suplementos, pero en otros las entregas son favorables. En 2004, el 64,5% de los niños y niñas de 6 a 23 meses no recibió el complemento; y de los niños y niñas de 24 a 36 meses que presentaron algún grado de desnutrición, solo 30% reportó haber consumido el suplemento.²⁵⁵

²⁵⁵ Carlos Cruz, Rodolfo de la Torre, César Velázquez, *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2001-2006, Informe compilatorio, op. cit.*, pp. 63-64.

Contrastantemente, en los estados de Nayarit, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz y Yucatán la proporción de entrega de *Vitaniño* se encontró entre el 94% y el 100% tanto en áreas urbanas como rurales en el periodo 2016-2017. Para el mismo estudio, la proporción de entrega de *Nutrisano* (únicamente para áreas rurales) fue tan solo del 10%.²⁵⁶

Figura 3.2. Suplementos alimenticios del POP



Fuente: S/a., “Elimina la Ssa entrega de suplementos alimenticios a niños”, [en línea], Ciudad de México, *El Sol de México*, 2019, Dirección URL: <https://www.elsoldemexico.com.mx/mexico/sociedad/elimina-la-ssa-entrega-de-suplementos-alimenticios-a-ninos-4022556.html>, [Consulta: 20 de enero de 2019].

Asimismo, existe evidencia de que el consumo de los suplementos alimenticios no se realiza acorde con las instrucciones que se marcan²⁵⁷ y así aprovechar al máximo los micronutrientes. “[...] sólo 57% de las familias lo prepara siguiendo las indicaciones, mientras que 43% agregó azúcar, leche o ambos. Por su parte, en las mujeres en periodo de lactancia estudiadas, 60% prepara el complemento según las indicaciones del Programa.”²⁵⁸ Por otro lado, la dotación de los suplementos alimenticios debe ser

²⁵⁶ Abelardo Ávila Curiel, et al., *Beneficios del consumo de los suplementos alimenticios de Prospera, segunda etapa*, [en línea], pp. 89, Ciudad de México, INCMNSZ, 2017, Dirección URL: https://evaluacion.prospera.gob.mx/es/wersd53465sdg1/docs/2017/REPORTE_SUPLEMENTOS%20_20_17.pdf, [Consulta: 23 de diciembre de 2019], p. 40.

²⁵⁷ Se considera que el complemento se preparó adecuadamente cuando se empleó sólo agua más complemento y con la cantidad adecuada de éste (44 gramos).

²⁵⁸ Carlos Cruz, Rodolfo de la Torre, César Velázquez, *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2001-2006, Informe compilatorio, op. cit.*, p. 64.

consumida solamente por la niña, niño o mujer beneficiaria, pero no sucede esto ya que se comparten estos suplementos entre los miembros del hogar.

En general, los complementos que entrega Oportunidades son en gran medida aceptados. Sin embargo, su consumo individual está por debajo de lo recomendado, pues hay evidencia que muestra que, en el caso de Nutrisano, los niños no consumen la cantidad recomendada pues las madres lo reparten entre los demás integrantes de la familia. Lo mismo sucede con el complemento Nutrivida, cuyo consumo es exclusivo de las mujeres embarazadas y en lactancia.²⁵⁹

Por otro lado, en la tabla se observa que, entre la población de 5 a 11 años, la prevalencia de anemia es mayor entre beneficiarios que no beneficiarios (18% vs. 16,6%). Sin embargo, entre la población de 12 a 19 años de edad se observa una menor prevalencia de anemia en beneficiarios que en no beneficiarios (12,7% vs. 31,9%).

Esto puede responder a que justo el grupo de edad de 5 a 11 años no recibe algún tipo de beneficio por parte del POP, ya que los suplementos alimenticios se entregan hasta los cinco años de edad y porque las becas educativas se otorgan hasta tercero de primaria (en este grado escolar se ingresa alrededor de los 10 años de edad). Por otro lado, la población de 12 a 19 años es beneficiada por las becas educativas del programa y eso puede influir en los mejores niveles en las tasas de anemia. Lo anterior muestra un área de oportunidad para el POP, ya que la población de 5 a 11 años aún está en pleno crecimiento por lo que no debe quedar fuera de los beneficios que brinda el programa.

Por último, la prevalencia de anemia en mujeres en edad reproductiva (12 a 49 años) no ha tenido los avances esperados al aumentar 14,8 puntos porcentuales del 2012 al 2018, lo cual puede obedecer a la baja entrega de los suplementos alimenticios y a la mala preparación de los mismos.

²⁵⁹ *Ibid.*, p. 65.

Tabla 3.11. Puntos de corte para determinar la prevalencia de anemia en la ENSANUT 2017-2018

Grupo de población	Grupo de edad	Punto de corte para diagnóstico de anemia (g/l)
Preescolares	12 a 59 meses	<110.0
Escolares	5 a 11 años	<115.0
Mujeres no embarazadas	12 años y más	<120.0
Hombres	12 a 14 años	<120.0
	15 años y más	<130.0

Fuente: Teresa Shamah Levy, *et al.*, *Módulo de PROSPERA en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2017-2018, Informe de resultados, op. cit.*, p 46.

En la ENSANUT 2017-2018 se encontraron bajos niveles de entrega de los complementos: “De las mujeres embarazadas y lactantes solo el 36.6% indicó recibir las tabletas Nutrivida en áreas rurales, en medio urbano este porcentaje fue de 27.6%, [...]”²⁶⁰ Asimismo en otro estudio realizado a los estados Nayarit, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz y Yucatán en 2017 sucede lo mismo: “[...] se observó una menor proporción de mujeres que reportaron recibir las tabletas Nutrivida (durante el periodo evaluado), tanto de forma general (63.8%), como en la modalidad urbana (66.0%) y rural (62.9%).”²⁶¹

En la ENSANUT 2017-2018, de las mujeres embarazadas o en lactancia que recibieron el suplemento alimenticio el 14,8% no lo consumió porque no le gustaba y el 31,6% porque le hacía daño. Del grupo que consumió el suplemento, el 84,3% reportó consumirlo diariamente, pero no se especifica si lo preparó de manera adecuada. De este último grupo, solamente el 3,8% de las mujeres compartió el suplemento alimenticio con otro integrante del hogar.²⁶²

Como se observa, la proporción de entrega de las tabletas *Nutrivida* ha sido muy baja a lo largo de la operación del POP, y si bien en un principio no se consumían adecuadamente (por ejemplo, compartir los suplementos con otros miembros del hogar), este hecho fue disminuyendo. De esta manera, se puede concluir que una de las razones

²⁶⁰ Teresa Shamah Levy, *et al.*, *Módulo de PROSPERA en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2017-2018, Informe de resultados, op. cit.*, p. 8.

²⁶¹ Abelardo Ávila Curiel, *et al.*, *Beneficios del consumo de los suplementos alimenticios de Prospera, segunda etapa, op. cit.*, p. 15.

²⁶² Teresa Shamah Levy, *et al.*, *Módulo de PROSPERA en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2017-2018, Informe de resultados, op. cit.*, pp. 103-104.

por las que se obtuvieron desalentadores impactos sobre la salud de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia fue porque hubo una baja entrega de los suplementos alimenticios que otorgaba el POP.

A lo largo de la instrumentación del POP se observó una mayor diversificación de la dieta entre las familias beneficiarias. Hubo un aumento en el consumo de productos de origen animal y cereales. Asimismo, las familias aumentaron su gasto en productos de higiene personal, ropa y calzado.

En la ENSANUT 2017-2018 se encontró que el grupo de niños menores de 5 años de edad de hogares no beneficiarios estaban ligeramente por encima de los beneficiarios de Prospera en el consumo de verduras, frutas, carnes, huevos y lácteos. No obstante, entre los beneficiarios hubo un mayor consumo de agua simple.²⁶³

Por el lado de la comida chatarra, se encontró un mayor consumo entre los niños y niñas menores de 5 años no beneficiarios (70,3%) que entre los infantes Prospera (57,6%). En infantes menores de 3 años la ENSANUT 2017-2018 reporta lo siguiente: “Destaca el consumo de botanas, dulces y postres donde más de la mitad de beneficiarios PROSPERA (53.3%, IC95%:45.4, 61.1) y más del 70% de los no beneficiarios (70.5%, IC95%:59.9, 79.3) los consumieron.”²⁶⁴ A este respecto, el mismo estudio comenta que el incremento en el consumo de comida chatarra y postres obedece a un problema de salud pública generalizado en México y no propiamente un déficit en la operación del POP.

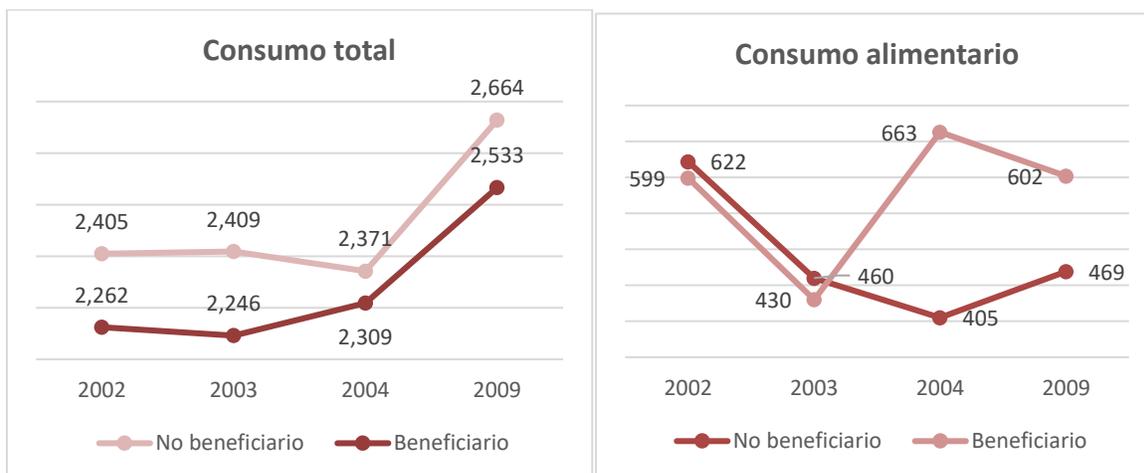
Por otro lado, el POP permitió que las familias beneficiarias pudieran aumentar su consumo total y su gasto en productos alimentarios, a la vez que los apoyos recibidos fungieron como un amortiguador ante la subida de los precios de los alimentos. “[...], en 2009 éste último grupo [los beneficiarios] logra alcanzar e incluso superar al grupo de no beneficiarios, tal es el caso del consumo de cereales y granos, reduciéndose la brecha entre ambos y mostrando un consumo más homogéneo.”²⁶⁵

²⁶³ *Ibid.*, p. 137.

²⁶⁴ *Ibid.*, p. 140.

²⁶⁵ INSP, SEDESOL, CNPDHO, *Evaluación externa del programa oportunidades 2010 en zonas urbanas (2002 - 2009)*, [en línea], pp. 106, Ciudad de México, SEDESOL, 2011, Dirección URL:

Gráfica 3.6. Consumo total y alimentario en hogares beneficiarios y no beneficiarios en zonas urbanas, 2002-2009, pesos del 2009



Fuente: INSP, SEDESOL, CNPDHO, *Evaluación externa del programa oportunidades 2010 en zonas urbanas (2002 - 2009)*, op. cit., p. 29.

De este modo, el POP disminuyó la brecha entre el consumo de las familias beneficiarias y no beneficiarias, a la vez que se encontró mejores hábitos de alimentación entre los primeros que en los segundos. Asimismo, el hecho de que las familias recibieran un ingreso fijo a lo largo de los meses permitió que pudieran tener una mejor respuesta ante los cambios de los precios de los alimentos.

En el rubro de la lactancia materna esta ya reflejaba valores altos por lo que no se registró un impacto estadísticamente significativo tanto en familias beneficiarias como no beneficiarias. Después de 8 meses de implementación de Progresá, la proporción de niños y niñas de 4 a 24 meses amamantados pasó del 93,7% al 95,8% entre las familias beneficiarias y del 92,7% al 93,8% entre los no beneficiarios.²⁶⁶

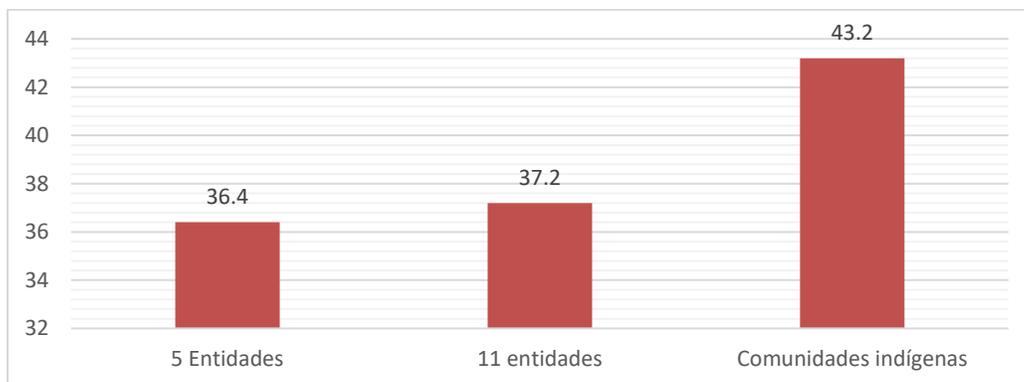
Este dato es positivo ya que no se observó una disminución en la lactancia en los infantes menores de 2 años a pesar de que se brindaban suplementos alimenticios a los hogares beneficiarios, lo anterior debido a que se temía que las familias utilizaran estos como un medio de sustitución de la leche materna.

https://evaluacion.prospera.gob.mx/es/wersd53465sdg1/docs/2010/2010_mp_aspectos_sociales_educ_u rbano.pdf, [Consulta: 11 de diciembre de 2019], p. 30.

²⁶⁶ SEDESOL, *Más oportunidades para las familias pobres. Evaluación de Resultados del Programa de Educación, Salud y Alimentación*, op. cit., p. 295.

Por otro lado, las tasas de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de edad de los bebés son bajas. En zonas urbanas y rurales las prevalencias se encuentran entre el 36 y 38%, mientras que en comunidades indígenas las prevalencias son mayores (43,2%).²⁶⁷

Gráfica 3.7. Prevalencia (%) de lactancia materna exclusiva en menores de 5 años, 2017



5 Entidades: Nayarit, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz y Yucatán.

11 Entidades: Baja California, Chihuahua, Jalisco, Guanajuato, Michoacán, México, Tlaxcala, Hidalgo, Chiapas, Oaxaca y Guerrero.

Comunidades indígenas: de los Altos de Chiapas, de la Montaña Alta de Guerrero y de la Mixteca de Oaxaca

Fuente: Abelardo Ávila Curiel, *et al.*, *Beneficios del consumo de los suplementos alimenticios de Prospera, segunda etapa, op. cit.*, p. 26.

Como se observa líneas arriba, las tasas de lactancia materna exclusiva son bajas a pesar de que el POP tenía entre sus objetivos elevar esta práctica. Esto se puede deber a que las familias beneficiarias a veces se ven obligadas a alimentar a los recién nacidos con fórmula de bebé, o bien, por el desconocimiento de los beneficios que la lactancia tiene en el desarrollo de los infantes. Cabe resaltar que el POP contaba con talleres sobre lactancia materna, pero no parecen haber dado los frutos esperados. Esto se puede deber a que se impartieron estos cursos a menos de la mitad de las mujeres beneficiarias.

²⁶⁷ Abelardo Ávila Curiel, *et al.*, *Beneficios del consumo de los suplementos alimenticios de Prospera, segunda etapa, op. cit.*, p. 25.

Tabla 3.12. Porcentaje de madres beneficiarias que recibió capacitación sobre la lactancia materna

5 Entidades	11 Entidades	Comunidades indígenas
34,3%	26,1%	41,1%

5 Entidades: Nayarit, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz y Yucatán.

11 Entidades: Baja California, Chihuahua, Jalisco, Guanajuato, Michoacán, México, Tlaxcala, Hidalgo, Chiapas, Oaxaca y Guerrero.

Comunidades indígenas: de los Altos de Chiapas, de la Montaña Alta de Guerrero y de la Mixteca de Oaxaca

Fuente: Abelardo Ávila Curiel, *et al.*, *Beneficios del consumo de los suplementos alimenticios de Prospera, segunda etapa, op. cit.*, p. 24.

3.2.4. Otros efectos del programa: relaciones de género, inversiones en el hogar y trabajo infantil

Con respecto a la cuestión de género, el hecho de que el POP otorgue directamente los apoyos económicos a las mujeres de los hogares beneficiarios logra empoderar a las mujeres y aumentar su autonomía. No obstante, se debe reconocer que los cambios no han sido del todo satisfactorios ya que la toma de decisiones sigue siendo fuertemente influenciada por los hombres. A este respecto, las mujeres han aumentado su intervención en la toma de decisiones relacionadas a los aspectos de la educación y salud de los hijos.

De las entrevistas semiestructuradas surge como principal conclusión que cuando se trata de disponer de recursos económicos en el hogar, la toma de decisiones está influida de manera importante por la persona que aporta el dinero para llevarla a cabo. Así, las mujeres que participaban más en las decisiones sobre gastos para la casa, y para los hijos e hijas, fueron aquellas que generaban recursos económicos, aunque fuera en pequeña proporción en comparación con los del esposo; [...]. Fuera de estas circunstancias, son los varones los principales actores en la toma de decisiones en los temas vinculados al control de los recursos económicos.²⁶⁸

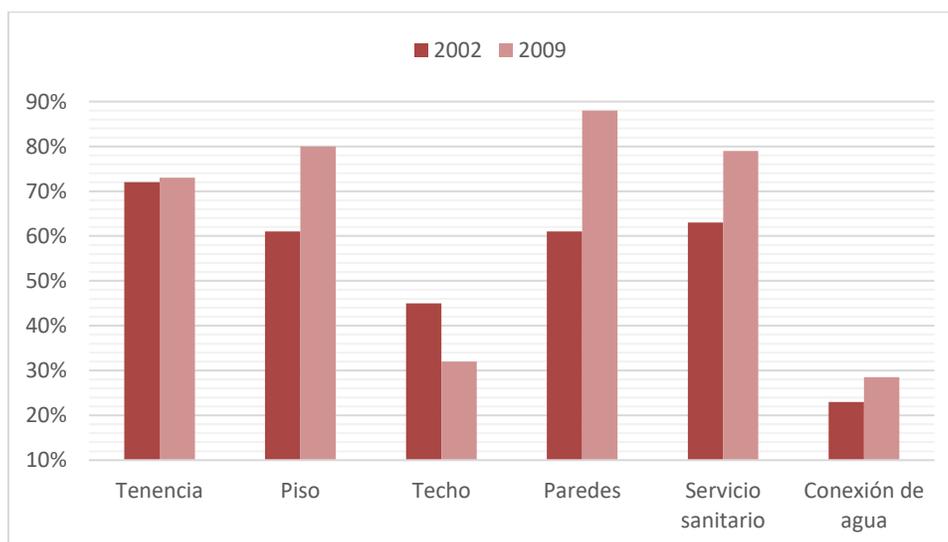
Como conclusión, se obtiene que las mujeres han aumentado su poder en la toma de decisiones; no obstante, se encuentra que el sujeto que tiene una mayor presencia en la

²⁶⁸ SEDESOL, *Más oportunidades para las familias pobres. Evaluación de Resultados del Programa de Educación, Salud y Alimentación, op. cit.*, p. 359.

toma de decisiones es en primera instancia el hombre. De este modo, las aportaciones económicas y estructura del POP no logran romper con las relaciones preexistentes en el hogar.

Durante la instrumentación del POP, se observaron mayores reparaciones en los hogares beneficiarios como en el piso, paredes y el servicio sanitario. No obstante, se debe reconocer que los apoyos económicos no son del todo suficientes para que la población pueda realizar mejoras en el techo, conexión de agua y adquirir una vivienda propia.

Gráfica 3.8. Mejoras en hogares beneficiarios del POP, zonas urbanas, 2002-2009, porcentaje respecto al total



Fuente: INSP, SEDESOL, CNPDHO, *Evaluación externa del programa oportunidades 2010 en zonas urbanas (2002 - 2009)*, op. cit., p. 36.

Respecto al trabajo infantil este ha disminuido en los hogares del POP gracias a que los apoyos económicos incentivan a las familias a que los infantes dediquen más tiempo a la educación que al trabajo. Asimismo, los apoyos permiten sustituir en un cierto rango los ingresos que los hijos e hijas podrían proporcionar a los hogares.

Como se observa en la tabla 3.13, se ha logrado una disminución ligera en cuanto a las jornadas de trabajo de los infantes. Por otro lado, el objetivo del POP es enriquecer el capital humano de sus beneficiarios por lo que también se evaluó la inserción de los jóvenes al mercado laboral y lo que se encontró fue que a pesar de que el grado

académico de los beneficiarios aumentó, el mercado laboral no tenía las condiciones para ofrecerles un trabajo de calidad. “Respecto a las prestaciones recibidas por el trabajo desempeñado, se observa que éstas han decrecido. En 2002, el 29% de los jóvenes beneficiarios recibían utilidades, IMSS/ISSSTE, SAR o seguro particular, mientras que en 2009 únicamente el 16% recibió alguna de las prestaciones destacadas.”²⁶⁹

Tabla 3.13. Prevalencia de niños beneficiarios de 5 a 13 años que trabajan y jornada semanal promedio, zonas urbanas, 2002-2009

Año	Porcentaje	Año	Jornada semanal
2002	2,6%	2002	25,4 hrs.
2009	1,1%	2009	21,6 hrs.

Fuente: INSP, SEDESOL, CNPDHO, *Evaluación externa del programa oportunidades 2010 en zonas urbanas (2002 - 2009)*, op. cit., p. 42.

Como se pudo observar, tras los más de 20 años de implementación del POP este demostró tener buenos avances en lo que respecta al desempeño académico de sus becarios, ya que logró que entre ellos se encontraran mayores años de escolaridad, mayores retornos escolares, menores abandonos escolares y un punto muy positivo fue que aumentó la inscripción de las mujeres al sistema educativo. De este modo, el objetivo de aumentar el capital humano de sus beneficiarios para romper con el ciclo intergeneracional de la pobreza fue alcanzado.

En el rubro de salud también se consiguió la meta de crear una cultura de la prevención, ya que las familias beneficiarias tuvieron un mayor número de asistencias a los centros de salud. Asimismo, se registró un gran número en las citas de control nutricional de los recién nacidos y de las mujeres embarazadas lo que se reflejó en el mayor número de partos atendidos en centros de salud y en el mayor conocimiento de los requerimientos de los infantes para su correcto desarrollo.

El impacto también se observó en los mejores índices de vacunación de las familias beneficiarias contra las no beneficiarias, así como en las pruebas diagnóstico para la

²⁶⁹ INSP, SEDESOL, CNPDHO, *Evaluación externa del programa oportunidades 2010 en zonas urbanas (2002 - 2009)*, op. cit., p. 43.

detección de la diabetes e hipertensión, lo que permitió que las familias pudieran detectar estas enfermedades en etapas tempranas. No obstante, el POP no influyó positivamente en la reducción en las prevalencias de estas enfermedades.

En educación sexual, se observó un mayor conocimiento de los métodos anticonceptivos, lo que produjo una mejor planificación familiar y un menor número de embarazos entre la población beneficiaria a la no beneficiaria.

En los patrones alimenticios, el POP no cumplió su cometido, ya que los resultados más significativos se observan en las reducciones del retraso del crecimiento al encontrarse una mejor talla para la edad entre infantes de hogares del POP que de hogares no beneficiarios. La diversificación de la dieta y las citas de control nutricional de la niñez demuestran haber dado el resultado esperado.

En emaciación, la prevalencia presentó ligeras disminuciones las cuales no son estadísticamente significativas. Estos resultados son desalentadores, ya que se destinaron suplementos alimenticios a los infantes que presentaban desnutrición para contrarrestar su malnutrición. Asimismo, la lactancia materna exclusiva no tuvo cambios, lo que demuestra que los talleres que incentivaban esta práctica no ayudaron a aumentar esta prevalencia debido a sus bajas tasas de cobertura. Por otro lado, se debe resaltar que los suplementos alimenticios no crearon un efecto sustitución sobre el amamantamiento en los bebés.

El poco impacto visto en la emaciación se debe a que es una malnutrición más difícil de combatir ya que obedece a un mayor número de causantes. Esto revela que para erradicar esta malnutrición se requieren más apoyos que suplementos alimenticios o consultas médicas, ya que en la emaciación influye en gran medida la calidad de la alimentación, la sanidad de los hogares, el acceso a agua entubada y potable. Como se observa, esto requiere de medidas que superan el diseño e implementación del POP ya que este no prevé inversiones en la infraestructura de los hogares y de las localidades beneficiarias, por lo tanto, se puede señalar que los programas de transferencias monetarias se deben articular con otros programas sociales a modo que las múltiples necesidades de las familias y localidades encuentren respuesta.

Acerca de la prevalencia de anemia en menores de cinco años y adolescentes se encuentra que las diferentes metodologías utilizadas en las evaluaciones del POP no permiten la comparación entre unas y otras, y con ello determinar avances o retrocesos para largos periodos de tiempo. Así, por ejemplo, en el estudio *Beneficios del consumo de los suplementos alimenticios de Prospera, segunda etapa*, se demuestra la disminución de la anemia en menores de 5 años para el periodo 2016-2017. Sin embargo, en el estudio *Módulo de PROSPERA en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2017-2018, Informe de resultados*, se encuentra un aumento en esta prevalencia para el mismo grupo de edad en el periodo 2012-2018. De este modo, se procede a tomar los valores de la última fuente al tener una mayor representatividad de población, por ser una fuente periódica y por abarcar un mayor rango de tiempo.

Los pocos avances vistos en la nutrición de los menores de 5 años se deben a que durante la instrumentación del POP las tasas de entrega de los suplementos alimenticios no fueron constantes, ya que en algunos estudios se encuentran tasas altas y en otros se encuentra que más del 60% de los menores de 5 años no recibieron esta clase de apoyos. Asimismo, la repartición de los suplementos entre los miembros de los hogares (cuando solo lo debería consumir el infante beneficiario) y la mala preparación de los complementos influyeron en que no se lograra disminuir estas malnutriciones. Sumando a lo anterior, en los últimos años del POP se encuentra una mayor variación del presupuesto y de la cobertura del programa, lo que influyó en un menor número de citas de control nutricional de la niñez.

Respecto a la prevalencia de anemia en mujeres embarazadas y en periodo de lactancia se ha encontrado que esta malnutrición ha aumentado entre la población beneficiaria. La misma situación se encontró entre las mujeres beneficiarias en edad reproductiva (de 12 a 49 años de edad).

Estos desalentadores resultados se deben a que durante la operación del POP se encontraron bajas tasas de entrega de los suplementos alimenticios (tasas inferiores al 40% en los últimos años de operación del POP) y en menor medida porque en los hogares beneficiarios se evidenció que los suplementos alimenticios eran compartidos

entre los miembros del hogar o que eran mal preparados, lo que evitaba el máximo aprovechamiento de los nutrientes.

Respecto al empoderamiento de las mujeres, se alcanzaron ligeros avances en la autonomía de las mujeres al volverlas titulares de los beneficios; no obstante, las costumbres dentro de los hogares no han cambiado de fondo ya que la toma de decisiones continúa siendo influida en gran medida por los hombres.

Respecto al trabajo infantil se logró el cometido de disminuir las jornadas laborales de las niñas y niños. Asimismo, las familias apoyaron más a los hijos a que asistieran a clases, ya que se veían incentivados por las becas escolares y porque las becas iban aumentando en medida que avanzaran los becarios en los grados escolares.

Por último, uno de los aspectos más importantes del POP es lograr que entre sus beneficiarios se den las capacidades suficientes para que puedan engrandecer su capital humano y así romper con el ciclo intergeneracional de la pobreza. Por un lado, en cuestión de salud y educación se logró lo planeado (excepto en nutrición) por lo que efectivamente, la población del programa tiene mayores capacidades y cualidades para ingresar al mercado laboral. Sin embargo, en diferentes estudios se ha demostrado que el mercado laboral no tiene las condiciones para generar empleos bien remunerados y de calidad, lo que no permite que se puedan aprovechar los beneficios del POP.

De manera general, el POP dio buenos resultados en los rubros de salud, educación, inscripción de las mujeres a los sistemas educativos, trabajo infantil, y en menor medida en la igualdad de las mujeres. En cuestión de nutrición materna e infantil, solo se observaron mejoras en el retraso del crecimiento. Las principales áreas de oportunidad del POP se encuentran en la emaciación, la anemia y la lactancia materna exclusiva. Por otro lado, los esfuerzos del POP no se pueden materializar cuando el mercado laboral no tiene las condiciones para absorber una fuerza de trabajo calificada, lo cual no depende de la estructura del programa.

Por último, se observó que la entrega de suplementos alimenticios fue irregular ya que esto dependía del presupuesto aprobado anualmente y de la operación de cada

municipio. Debido a lo anterior, los resultados influidos por ellos fueron inconstantes a lo largo del tiempo.

CONCLUSIONES

Al principio de esta investigación se pudo observar la importancia que tiene para cada ser humano poderse desarrollar plenamente en materia de educación, salud y alimentación. Si una persona en sus primeros años de edad está imposibilitada de gozar de una dieta diversificada, suficiente y de calidad tendrá un mayor riesgo de padecer enfermedades como subalimentación, retraso del crecimiento, anemia, emaciación, entre otras. Si no cuenta con acceso a los sistemas de seguridad social no podrá prevenir y atender sus enfermedades. Si no puede desarrollar sus capacidades académicas le será más difícil insertarse en la economía global. Estos tres elementos son clave para la vida de cualquier persona y se interrelacionan para lograr un mejor desarrollo humano.

En cuanto alimentación, las consecuencias de padecer alguna malnutrición terminan siendo desastrosas para el crecimiento de los infantes y para las mujeres durante y después del embarazo. En el caso de los infantes, se ha comprobado que la pobre nutrición en este grupo etario es causante del 45% de las muertes en niñas y niños menores de 5 años. Asimismo, se ha demostrado que los primeros 1,000 días de un individuo después de la concepción resultan vitales y definirán el desarrollo del mismo. En este sentido, en este rango de tiempo se ha encontrado origen a las principales malnutriciones que afectan a la niñez como el retraso del crecimiento, la emaciación y la anemia. En el caso de las mujeres embarazadas la pobre alimentación está asociada con malos resultados durante el embarazo, tales como mortalidad materna, complicaciones en el parto, parto prematuro y retraso de crecimiento intrauterino.

Asimismo, padecer alguna malnutrición en los primeros años de vida ocasiona que en la salud mental posterior se tenga niveles más altos de depresión, ansiedad, hiperactividad, un mayor riesgo de ideación suicida, una menor autoestima y mayores niveles de déficit de atención. En la vida productiva, esta de igual manera, se ve socavada por las personas que no llegaron a una vida adulta por muerte asociada a la desnutrición y por los menores desempeños académicos.

En este punto se puede visualizar la importancia que tiene que los programas de transferencias monetarias condicionadas tengan objetivos inmediatos, ya que la salud

de las mujeres (antes, durante y después del embarazo) y de los recién nacidos son tan frágiles que, en un periodo corto de tiempo, si no cuentan con los nutrientes necesarios, su salud se puede ver gravemente afectada, pudiendo concluir incluso en la muerte. De ahí que las aportaciones económicas y el acceso a los servicios de salud sean prioritarios para garantizar una dieta mínima y un buen monitoreo de la salud.

Por otro lado, resulta de gran importancia que los programas de transferencias monetarias dirijan sus esfuerzos en proporcionar a los hogares beneficiarios acceso a los servicios de salud ya que no sería posible garantizar el pleno desarrollo de un individuo si este no tuviera acceso a estos. Como se observó, el seguro social es vital para incidir positivamente en las tasas de vacunación, en el seguimiento de la salud, en la prevención de enfermedades, y en la atención de las mismas.

Asimismo, la apuesta que hacen los programas de transferencias monetarias en educación es válida ya que la economía global cada vez es más competitiva y las personas rezagadas son las que se ven más afectadas para insertarse en ella. Por lo que es vital que estos programas proporcionen incentivos a las familias para que las personas continúen sus estudios y no vean limitado su crecimiento académico por falta de recursos.

Los resultados en educación del Programa Bolsa Familia y del Progreso-Oportunidades-Prospera son favorables ya que la asistencia escolar de los niños, adolescentes y jóvenes aumentó a la vez que su grado escolar. La proporción de estudiantes que reprobaron años escolares se redujo y el retorno a las escuelas aumentó.

Asimismo, estos programas de transferencias monetarias condicionadas motivaron a los padres y madres de familia a que los niños dedicaran más tiempo a la escuela que al trabajo. Un aspecto a recalcar de la experiencia mexicana y que dio resultados muy alentadores fueron las becas escolares diferenciadas por sexo y grado escolar. Esta medida produjo que las mujeres tuvieran mayor acceso a las escuelas y su matriculación se expandiera. Aunado a lo anterior, el hecho de que las becas cada vez dieran montos más altos en la medida que el grado escolar ascendía ocasionó que los estudiantes comenzaran estos ciclos escolares en edades más tempranas.

Otro efecto positivo que dejaron estos programas fue el aumento de la matrícula en los primeros años de la Educación Media Superior, lo que refleja que la población beneficiada tiene una preparación académica más especializada. Esto también se vio en la escolaridad de los jóvenes que entraron al mercado laboral, en un principio el grueso de la población tenía tan solo la primaria, después de la implementación de estos programas la escolaridad logró aumentarse a secundaria.

Por otro lado, un beneficio adicional que se encontró en el caso brasileño fue que este programa logró disminuir las faltas escolares ocasionadas, principalmente, en los tiempos de colecta de materias primas y venta de artesanías en las ciudades de los alrededores. En el caso mexicano, se encontró un mayor ausentismo escolar cuando las familias son de un mayor tamaño, cuando es invierno y cuando es el ciclo agrícola de primavera. Esto alerta que los programas de transferencias monetarias, aunque sean de alcance nacional, siempre deben tomar en cuenta las circunstancias particulares espacio-tiempo de cada localidad para identificar sus necesidades y las familias no se vean desprotegidas.

De igual modo, estos programas permitieron reducir las jornadas de trabajo en los infantes beneficiarios. Las mayores reducciones se encontraron en los niños y niñas de 5 a 10 años de edad. Asimismo, los jóvenes beneficiarios se vieron más motivados en estudiar y trabajar si se veían en la necesidad de generar mayores ingresos para el hogar.

Por otro lado, estos programas no influyeron en el retorno de los hombres que tenían más de tres años de haber abandonado sus estudios, sin importar su edad y nivel escolar alcanzado. Esto revela la importancia de que estos programas apoyen a los infantes desde edades tempranas para que estos no se vean en la necesidad de abandonar la escuela y puedan tener un desarrollo académico constante.

Tras la implementación de ambos programas los estándares de salud de la población mejoraron, tal fue el caso de las tasas de vacunación. En familias beneficiarias hubo una mayor aplicación de las vacunas contra el neumococo, influenza, sarampión, rubéola y el tétanos en comparación con familias no beneficiarias. Un aspecto que se pudo notar

en el caso brasileño es que los infantes que estuvieron mayor tiempo expuestos al programa lograron tener mejores tasas de vacunación, lo que denota que estos programas tienen una asociación positiva entre el tiempo de exposición y los impactos obtenidos en los hogares beneficiarios.

Asimismo, se observó un aumento de las consultas preventivas y curativas tanto en zonas rurales como urbanas. Este aumento fue mayor en comparación con las familias no beneficiarias que estaban en los grupos de control. Esto significó un cambio en las prácticas de los beneficiarios, al prestar mayor atención a su salud y con ello prevenir enfermedades a largo plazo. En el caso mexicano, el programa ayudó a aumentar el uso de las pruebas de detección de diabetes e hipertensión arterial. El aumento de las consultas prenatales también fue influenciado positivamente por este tipo de programas lo que influyó positivamente en la reducción de partos prematuros.

Estos programas incidieron positivamente a mejorar la salud reproductiva al incentivarse el uso de los métodos anticonceptivos. Este beneficio se reflejó igualmente en el aumento de partos atendidos por personal médico especializado y en las consultas de planificación familiar.

Por otro lado, se demuestra que, en el caso mexicano y brasileño, los programas de transferencias monetarias no incentivan a las familias a tener más hijos con tal de tener mayores beneficios económicos. Esto se muestra en los resultados de diferentes estudios donde se observa la disminución de las tasas de fertilidad de las familias beneficiarias en diferentes periodos de tiempo.

Los mayores niveles de asistencia a los centros de salud, las mejores tasas de vacunación y las mayores atenciones médicas tanto para las mujeres como para los infantes se tradujeron en reducciones en las tasas de mortalidad materna e infantil. En el caso de los infantes, las muertes por diarrea, malnutriciones e infecciones respiratorias se redujeron mostrándose la importancia que tiene que cada individuo tenga un acceso oportuno y de calidad a los sistemas de seguridad social.

En cuanto a los patrones alimenticios de la población beneficiada se observó que ambos programas incidieron positivamente en el retraso del crecimiento de los infantes al

encontrase mejores tallas para la edad. Asimismo, se encontró que entre mayor tiempo estaban expuestas las familias a los programas los resultados eran mejores. De igual modo, los infantes beneficiarios disminuyeron sus déficits de peso para la talla y se encontraron mejores pesos al nacer en los bebés.

Respecto a la prevalencia de anemia en infantes menores de 7 años de edad, la experiencia brasileña arrojó prevalencias ligeramente menores entre beneficiarios que en no beneficiarios. Las fuentes de información consultadas no muestran resultados en mujeres en edad reproductiva. A este hecho, la falta de información sobre anemia en infantes y en mujeres no permite realizar análisis sobre si el PBF incidió favorablemente en la población beneficiaria.

En el caso mexicano, la anemia en infantes disminuyó en los primeros años del POP, no obstante, en años posteriores los resultados son diversos. En algunas investigaciones se encuentran disminuciones y en otras, aumentos. Asimismo, se encuentran concentraciones superiores de hemoglobina en la sangre de los beneficiarios, pero no las suficientes para eliminar la anemia entre los infantes. Esto puede deberse a que se encontraron inconsistencias en las entregas de los suplementos alimenticios por parte del Estado a lo largo de la operación del POP. Por otro lado, se encontró un mal uso de los suplementos alimenticios por parte de los beneficiarios al no prepararlos conforme las instrucciones y así aprovechar al máximo los micronutrientes o al compartirlo con otros miembros del hogar.

Asimismo, en el caso mexicano, entre las familias beneficiarias se encontró que los niños y niñas de 5 a 10 años son los que presentan menores avances en cuanto a la anemia, esto se puede deber a que justo este grupo de edad no recibe algún tipo de beneficio por parte del POP ya que los suplementos alimenticios se entregan hasta los 5 años de edad y las becas escolares se otorgan a partir del tercer año de primaria, lo que deja desprotegido a este grupo social. Los programas de transferencias monetarias deben tener claro que los primeros años de edad de los infantes es crucial, pero que también los años posteriores son vitales para garantizar un crecimiento lineal del infante.

La prevalencia de anemia en mujeres presentó resultados diversos en la experiencia mexicana. No obstante, se toman los resultados de la ENSANUT 2012-2018 al ser una fuente gubernamental y al ser una publicación que contempla un largo periodo de tiempo. En dicha investigación se encuentran mayores tasas de anemia en mujeres. De igual forma esto puede obedecer a que se encontraron inconsistencias en las entregas de los suplementos alimenticios a las mujeres embarazadas y en lactancia.

Por otro lado, en ambos programas se logró observar aumentos en cuanto a la lactancia materna. En Brasil la lactancia materna exclusiva en menores de seis meses de edad aumentó con respecto a las familias no beneficiarias. En el caso mexicano, la lactancia materna en los primeros años de edad de los bebés presentó niveles altos, sin embargo, se encuentra que la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de edad es inferior al 50%. Esto puede deberse a varios factores, entre ellos el desconocimiento por parte de los familiares sobre los beneficios de esta práctica y en otros casos, debido a que los infantes no aceptan la leche materna.

Las transferencias monetarias de ambos programas permitieron que las familias tuvieran un ingreso mensual garantizado lo que ayudó a hacer frente al alza de los precios de los alimentos. Asimismo, esto permitió que las familias pudieran aumentar la cantidad y diversidad de los alimentos, aunque debe mencionarse que las frutas y las verduras fueron los grupos de alimentos que menos aumentó su consumo. Los alimentos en los que se incrementó más el consumo fueron los cereales, los azúcares y los lácteos. Por otro lado, se encontró que las transferencias monetarias fueron principalmente utilizadas para la adquisición de alimentos, para los gastos escolares y para la ropa y calzado.

No obstante a los incrementos en la adquisición de alimentos, se encontró que la inseguridad alimentaria continúa afectando a las familias beneficiarias lo que revela que los montos de las transferencias monetarias no son suficientes para garantizar tres comidas diarias para cada integrante del hogar. Asimismo, enseña que una de las principales necesidades de estos hogares es tener una fuente de ingresos propia provenientes de un trabajo asalariado o de alguna otra actividad económica.

Al respecto a la emaciación tanto en Brasil y en México se encontraron ligeras disminuciones en las familias beneficiarias. Esto puede deberse a que esta malnutrición tiene como causa una multiplicidad de factores como es la inseguridad alimentaria, la carencia de acceso a servicios de salud de calidad y eficientes, el bajo acceso al agua potable, tener malas prácticas de alimentación, la falta de medidas sanitarias y la exposición a ambientes insalubres. Es por ello que estos programas deben ampliar su paquete de acciones y enfocarse en garantizar que en el hogar y en las localidades las familias puedan desenvolverse en ambientes salubres. Asimismo, se debe mencionar la carencia de literatura en ambos países que profundice en la investigación de la emaciación en infantes, lo que perjudica el análisis de resultados de estos programas.

Por otro lado, tanto para el caso mexicano como brasileño se encuentra una falta de fuentes de información gubernamentales que investiguen diferentes tópicos sobre los impactos de los programas de transferencias monetarias. Es por ello que se recomienda que los gobiernos establezcan mecanismos permanentes que investiguen los impactos de estos bajo una misma metodología y periodicidad ya que esto permitirá hacer un estudio profundo sobre los cambios que generan estos programas.

Continuando en la misma línea, en ambos países se encuentra fuentes de información en las que para una misma malnutrición se encuentran avances y en otras se encuentran retrocesos. Esto no necesariamente es incorrecto, sin embargo, no ayuda a la evaluación de resultados generales. Asimismo, las fuentes gubernamentales que tienen cierta periodicidad no siempre se abarcan los mismos objetivos de estudio, encontrándose lagunas de información para ciertos temas. Lo anterior debería de ser de gran importancia para los Estados ya que así tendrían un mejor control y monitoreo de los programas, ayudando así, a la identificación de debilidades y progresos de los mismos.

Por otro lado, un hecho constante en la experiencia brasileña y mexicana es la curva ascendente en el consumo de comida chatarra y con altos niveles de azúcares lo que está inhibiendo los esfuerzos de los programas en mejorar la salud de la población. Los Estados y esta clase de programas sociales no deben de perder de vista este aspecto y rediseñarse para que se motive una alimentación balanceada.

Respecto a las relaciones de género, se encontró que el hecho de que las mujeres fueran prioritariamente las titulares de los beneficios ayudó a que hubiera una mayor circulación de dinero hacia ellas y su participación en la toma de decisiones en el hogar se viera ligeramente fortalecida. No obstante, la toma de decisiones continúa siendo guiada fuertemente por los hombres, lo que no ha permitido un cambio de fondo en las relaciones de género.

Un punto importante al analizar estos dos programas sociales de transferencias monetarias es ver si generan cambios de mediano y largo plazo que permitan que las familias se puedan independizar de los beneficios de los mismos y tengan un desarrollo real en sus vidas. De este modo, se puede aseverar que el Programa Bolsa Familia y el Progres-a-Oportunidades-Prospera generan impactos de mediano plazo en cuestión de educación y salud ya que una vez que egresen de los programas los estudiantes ya podrán contar con mejores capacidades educativas, estándares de salud y habrán combatido las principales malnutriciones que tienen origen desde los primeros días de vida de un individuo.

Por otro lado, las transferencias monetarias de estos programas permiten satisfacer necesidades inmediatas como la compra de alimentos, ropa y calzado, educación, medicamentos y algunos artículos para el hogar. Una vez que egresan las familias de los programas se observa que estas mismas necesidades son las que se ven afectadas al no verse más los apoyos. Asimismo, se ha documentado que el acceso de las familias a los servicios de salud se ve perjudicado obstaculizándose la adquisición de medicamentos y aumentándose los tiempos de espera para tener una consulta médica.

Esto revela que los programas de transferencias monetarias como el de Brasil y México dan resultados satisfactorios, pero estos programas se deben acompañar de otros esfuerzos que inviertan en la infraestructura física y social de una comunidad para que la población beneficiada pueda desenvolver sus nuevas capacidades en una economía dinámica y con empleos bien remunerados. La experiencia mexicana hizo esta apuesta al vincular el POP con programas de inclusión social, laboral, productiva y financiera, lamentablemente estos esfuerzos no dieron los resultados esperados debido a

problemas de coordinación y a que se gestaron en una etapa tardía del POP lo que no permitió que se explotaran estas acciones.

Un elemento vital para que los programas de transferencia monetarias condicionadas brinden mejores frutos será la participación efectiva de la sociedad en el diseño y supervisión de los mismos para que estos puedan adaptarse a las necesidades de cada localidad y no se genere una solución general a un problema particular. En ambas experiencias (la de México y la de Brasil) se vislumbran los primeros pasos de la participación social en cada uno de los programas; no obstante, los gobiernos federales y locales deben generar una mejor coordinación para que los comités sociales que se formen hagan un ejercicio real de sus capacidades y tanto el gobierno como la sociedad tomen un compromiso verdadero.

Finalmente, se puede concluir que el Programa Bolsa Familia y el Progreso-Oportunidades-Prospera son instrumentos de protección social efectivos para mejorar la educación, salud y los patrones alimenticios de las familias beneficiarias, pero deben vincularse con otros programas para que se creen impactos de largo alcance y las familias puedan independizarse de los programas creando sus propios ingresos. Estos programas están diseñados para satisfacer necesidades inmediatas de las familias y para mejorar las capacidades de los individuos en el mediano plazo. Para que las personas puedan romper con el ciclo intergeneracional de la pobreza se necesitará de estos programas y de otras medidas enfocadas en la producción, generación de empleo, financiamiento e inversión en la infraestructura física de las comunidades.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Fuentes electrónicas:

CAPÍTULO 1

- ❖ American Kidney Fund, *La anemia y la enfermedad renal*, [en línea], Rockville, American Kidney Fund, 2019, Dirección URL: <http://www.kidneyfund.org/en-espanol/enfermedad-de-los-rinones/complicaciones/anemia.html>, [Consulta: 23 de julio de 2019].
- ❖ Banco Mundial, *Población Estados Unidos*, [en línea], Washington, Banco Mundial, 2019, Dirección URL: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL?locations=US>, [Consulta: 2 de agosto de 2019].
- ❖ Banco Mundial, *Población total*, [en línea], Washington, Banco Mundial, 2019, Dirección URL: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL>, [Consulta: 27 de junio de 2019].
- ❖ Baquero Fernando, Rocha Józimo, Ortega Jorge, *Políticas públicas y desarrollo rural en América Latina y el Caribe: el papel del gasto público*, [en línea], 333 pp., Santiago de Chile, FAO, 2006, Dirección URL: <http://www.fao.org/3/a0825s/a0825s00.pdf>, [Consulta: 16 de julio de 2019], p. 187.
- ❖ Black, Robert, *et al.*, “Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middleincome countries”, [en línea], pp. 427-451, Londres, *The Lancet*, vol. 382, 2013, Dirección URL: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2813%2960937-X>, [Consulta: 10 de julio de 2019], p. 434.
- ❖ Centro de Información de la ONU, *Los 8 objetivos del milenio*, [en línea], s/lugar de edición, CINU, Dirección URL: http://www.cinu.mx/minisitio/ODM8/los_8_objetivos_del_milenio/, [Consulta: 30 de julio de 2019].
- ❖ Consejo Económico y Social, *Progresos realizados para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible: informe del Secretario General*, [en línea], pp. 43, Nueva York, ONU, 2019, Dirección URL:

<https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2019/secretary-general-sdg-report-2019--ES.pdf>, [Consulta: 6 de agosto de 2019], p. 8.

- ❖ Dibley, Michael J., *et al.*, “Iron and folic acid supplements in pregnancy improve child survival in Indonesia”, [en línea], pp. 220-230, *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 95, num. 220, 2012, Dirección URL: <https://pdfs.semanticscholar.org/6b1a/1aa25ad8f36b01371c397bcd7aeafb1bd1d.pdf>, [Consulta: 23 de julio de 2019], p. 220.
- ❖ División de Estadística de las Naciones Unidas, *End hunger, achieve food security and improved nutrition and promote sustainable agriculture*, [en línea], Nueva York, ONU, 2019, Dirección URL: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2019/goal-02/>, [Consulta: 2 de agosto de 2019].
- ❖ FAO, *Escala de experiencia de inseguridad alimentaria*, [en línea], Roma, FAO, 2020, Dirección URL: <http://www.fao.org/in-action/voices-of-the-hungry/food-insecurity-experience-scale/es/>, [Consulta: 12 de junio de 2019].
- ❖ FAO, *et al.*, *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición*, [en línea], 218 pp., Roma, FAO, 2018, Dirección URL: <http://www.fao.org/3/I9553ES/i9553es.pdf>, [Consulta: 4 de abril de 2019], p. 173.
- ❖ FAO, *et al.*, *The state of food security and nutrition in the world 2019. Safeguarding against economic slowdowns and downturns*, [en línea], pp. 212, Roma, FAO, 2019, Dirección URL: <http://www.fao.org/3/ca5162en/ca5162en.pdf>, [Consulta: 2 de agosto de 2019], p. 15.
- ❖ FAO, *The Food Insecurity Experience Scale*, [en línea], pp. 6, Roma, FAO, 2017, Dirección URL: <http://www.fao.org/3/a-i7835e.pdf>, [Consulta: 12 de junio de 2019], pág. 3.
- ❖ FAO, *The state of food security and nutrition in the world 2019*, [en línea], Roma, FAO, 2019, Dirección URL: <http://www.fao.org/state-of-food-security-nutrition/en/>, [Consulta: 25 de julio de 2019].
- ❖ Fort, Ricardo, Paredes, Héctor, *Impacto de la inversión pública rural en el desarrollo regional*, pp. 8, Pittsburgh, CIES, 2014, Dirección URL:

<http://cies.org.pe/sites/default/files/files/articulos/economiaysociedad/01-fort.pdf>,
[Consulta: 15 de julio de 2019].

- ❖ Grupo de interés Técnico sobre la Emaciación y el Retraso del Crecimiento, *Emaciación y retraso del crecimiento infantil: es hora de no separarlos más*, [en línea], pp. 3, Londres, ENN, 2018, Dirección URL: <https://www.ennonline.net/attachments/3036/WaSt-policy-brief-Spanish.pdf>, [Consulta: 16 de julio de 2019], p. 2.
- ❖ Horton, Susan, *et al.*, *Scaling up nutrition. What will it cost?*, [en línea], 100 pp., Washington, Banco Mundial, 2010, Dirección URL: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/Peer-Reviewed-Publications/ScalingUpNutrition.pdf>, [Consulta: 18 de julio de 2019], p. 1.
- ❖ Iniciativas de Desarrollo, *2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition*, [en línea], pp. 165, Bristol, Iniciativas de Desarrollo, 2018, Dirección URL: https://globalnutritionreport.org/documents/352/2018_Global_Nutrition_Report.pdf, [Consulta: 5 de julio de 2019], p. 39.
- ❖ Instituto para Estadísticas de la UNESCO, *Literacy rates continue to rise from one generation to the next*, [en línea], 13 pp., París, UNESCO, 2017, Dirección URL: http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/fs45-literacy-rates-continue-rise-generation-to-next-en-2017_0.pdf, [Consulta: 11 de mayo de 2020], p. 1.
- ❖ Instituto para Estadísticas de la UNESCO, *New methodology shows that 258 million children, adolescents and youth are out of school*, [en línea], 16 pp., París, UNESCO, 2019, Dirección URL: <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/new-methodology-shows-258-million-children-adolescents-and-youth-are-out-school.pdf>, [Consulta: 6 de abril 2020], p. 4.
- ❖ Instituto para Estadísticas de la UNESCO, *Niños y jóvenes fuera de la escuela*, [en línea], París, UNESCO, 2020, Dirección URL:

<http://uis.unesco.org/en/topic/out-school-children-and-youth>, [Consulta: 6 de abril de 2020].

- ❖ McDonald, Christine, *et al.*, “The effect of multiple anthropometric deficits on child mortality: meta-analysis of individual data in 10 prospective studies from developing countries”, [en línea], pp. 896-901, *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 97, num. 4, 2013, Dirección URL: <https://doi.org/10.3945/ajcn.112.047639>, [Consulta: 11 de julio de 2019], p. 896.
- ❖ MedlinePlus, *Anemia*, [en línea], Rockville, Biblioteca Nacional de Medicina de EUA, 2019, Dirección URL: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000560.htm>, [Consulta: 23 de julio de 2019].
- ❖ OMS, *10 datos sobre nutrición*, [en línea], Ginebra, OMS, 2017, Dirección URL: <https://www.who.int/features/factfiles/nutrition/es/>, [Consulta: 28 de junio de 2019].
- ❖ OMS, *Obesidad y sobrepeso*, [en línea], Ginebra, OMS, 2018, Dirección URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, [consulta: 26 de junio de 2019].
- ❖ OMS, *Prevalence of anaemia in women. Estimates by WHO region*, [en línea], Ginebra, OMS, 2017, Dirección URL: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH28REG?lang=en>, [Consulta: 22 de julio de 2019].
- ❖ OMS, UNICEF, *Marco global de vigilancia en nutrición: directrices operacionales para el seguimiento de los progresos hacia el logro de las metas para 2025*, [en línea], pp. 83, Ginebra, OMS, 2018 Dirección URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272262/9789243513607-spa.pdf?ua=1>, [Consulta: 26 de julio de 2019], p. 27.
- ❖ ONU, *Base de datos de programas de protección social no contributiva*, [en línea], Santiago, 2021, Dirección URL: <https://dds.cepal.org/bpsnc/ptc>, [Consulta: 21 mayo 2021].
- ❖ ONU, *Hambre cero*, [en línea], ONU, Dirección URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/hunger/>, [Consulta: 30 de julio de 2019].

- ❖ ONU, *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2018*, [en línea], pp. 40, Nueva York, ONU, 2018, Dirección URL: <https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2018/TheSustainableDevelopmentGoalsReport2018-ES.pdf>, [Consulta: 7 de agosto de 2019], p. 5.
- ❖ ONU, *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019*, [en línea], pp. 64, Nueva York, ONU, 2019, Dirección URL: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2019/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2019-Spanish.pdf>, [Consulta: 25 octubre de 2019], p. 26.
- ❖ ONU, *La Agenda para el Desarrollo Sostenible*, [en línea], ONU, Dirección URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>, [Consulta: 30 de julio de 2019].
- ❖ ONU, *Objetivo 2: Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible*, [en línea], Nueva York, ONU, Dirección URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/hunger/>, [Consulta: 29 de julio de 2019].
- ❖ ONU, *Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*, [en línea], ONU, Dirección URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>, [Consulta: 10 de agosto de 2019].
- ❖ ONU, *Objetivo 4: Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos*, [en línea], ONU, Dirección URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/education/>, [Consulta: 10 de agosto de 2019].
- ❖ ONU, *Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe de 2015*, [en línea], 71 pp., Nueva York, ONU, 2015, Dirección URL: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/Spanish2015.pdf>, [Consulta: 30 de julio de 2019], p.15.

- ❖ Osgood-Zimmerman, Aaron, *et al.*, “Mapping child growth failure in Africa between 2000 and 2015”, [en línea], pp. 20, Londres, *Nature*, vol. 555, 2018, Dirección URL: <https://www.nature.com/articles/nature25760.pdf>, [Consulta: 3 de julio de 2019].
- ❖ Palma, Amalia, *Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe*, [en línea], Santiago de Chile, CEPAL, 2018, Dirección URL: <https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latina-caribe>, [Consulta: 18 de julio de 2019].
- ❖ POD Pharoah, IH Butfield, BS Hetzel, “Neurological damage to the fetus resulting from severe iodine deficiency during pregnancy”, [en línea], pp. 589-592, Oxford, *International Journal of Epidemiology*, vol. 41, num. 3, 2012, Dirección URL: <https://doi.org/10.1093/ije/dys070>, [Consulta: 22 de julio de 2019], pp. 590-591.
- ❖ UNICEF, *Malnutrition*, [en línea], Nueva York, UNICEF, 2019, Dirección URL: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>, [Consulta: 3 de julio de 2019].
- ❖ UNICEF, OMS, BM, *Joint child malnutrition estimates, global and regional*, [en línea], Nueva York, UNICEF, 2019, Dirección URL: <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/05/Joint-Malnutrition-Estimates-Regional-and-Global-Estimates-March-2019.xlsx>, [Consulta: 3 de julio de 2019].
- ❖ UNICEF, OMS, BM, *Levels and trends in child malnutrition: key findings of the 2019 Edition of the Joint Child Malnutrition Estimates*, [en línea], 15 pp., Ginebra, OMS, 2019, Dirección URL: <https://www.who.int/nutgrowthdb/jme-2019-key-findings.pdf?ua=1>, [Consulta: 4 de julio de 2019], p. 6.

CAPÍTULO 2

- ❖ Campello, Tereza, Cortes, Marcelo, *Programa Bolsa Família, una década de inclusión y ciudadanía*, [en línea], pp. 82, Brasilia, IPEA, 2014, Dirección URL: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/bolsa_familia/Livros/Bolsa10anos_Sumex_Port.pdf, [Consulta: 22 de septiembre de 2019], p.13.
- ❖ Carvalho, Fabiana, *et al.*, “Programa Bolsa Família e estado nutricional infantil: desafios estratégicos”, [en línea], pp. 3307-3316, Viçosa, *Ciência e Saúde*

- Coletiva*, vol. 16, num. 7, 2011, Dirección URL: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/30.pdf>, [Consulta: 6 de abril de 2020], p. 3311.
- ❖ Castiñeira, Berta, Nunes, Luis, Rungo, Paolo, “Impacto de los programas de transferencia condicionada de renta sobre el estado de salud: el Programa Bolsa Familia de Brasil”, [en línea], pp. 85-97, Santiago de Compostela, *Revista Española de Salud Pública*, vol. 83, 2009, Dirección URL: <https://scielosp.org/pdf/resp/2009.v83n1/85-97/es>, [Consulta: 31 de marzo de 2020], p. 93.
 - ❖ Chitolina, Lia, Foguel, Miguel, Menezes-Filho, Naercio, “The Impact of the Expansion of the Bolsa Família Program on the Time Allocation of Youths and Their Parents”, [en línea], pp. 183-202, Rio de Janeiro, *Revista Brasileira de Economia*, vol. 70, num 2, 2016, Dirección URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbe/v70n2/0034-7140-rbe-70-02-0183.pdf>, [Consulta: 10 de abril de 2020], p. 195.
 - ❖ Contraloría General de la Unión, *Programa Bolsa Familia, Orientaciones para el acompañamiento de las acciones del Programa Bolsa Familia*, [en línea], pp. 51, Brasilia, CGU, 2012, Dirección URL: <https://www.cgu.gov.br/Publicacoes/controle-social/arquivos/bolsafamilia2012.pdf>, [Consulta: 26 de septiembre de 2019], p. 27.
 - ❖ Da Silva, José G., del Grossi, Mauro E., de França, Caio, *Fome Zero, la experiencia brasileña*, [en línea], pp. 369, Brasilia, MDA, FAO, 2012, Dirección URL: <http://www.fao.org/3/i3023s/i3023s.pdf>, [Consulta: 19 de septiembre de 2019], p. 50.
 - ❖ Diario Oficial de la Unión, *Decreto 9.396 del 30 de mayo de 2018*, [en línea], Brasilia, Casa Civil de la Presidencia de la República, 2018, Dirección URL: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/16782572/do1-2018-06-01-decreto-

[n-9-396-de-30-de-maio-de-2018-16782568](#), [Consulta: 21 de septiembre de 2019].

- ❖ Garcia, Felipe, Shikida, Claudio, Otto, Ronald, “Bolsa Família: Um survey sobre os efeitos do programa de transferência de renda condicionada do Brasil”, [en línea], pp. 805-862, Sao Paulo, *Estudios Económicos*, vol. 47, num. 4, 2017, Dirección URL: <http://www.scielo.br/pdf/ee/v47n4/0101-4161-ee-47-04-0805.pdf>, [Consulta: 26 de marzo de 2020], p. 831.
- ❖ Hellman, Aline G., *¿Cómo funciona Bolsa Família? Mejores prácticas en la implementación de programas de transferencias monetarias condicionadas en América Latina y el Caribe*, [en línea], pp. 53, Washington, Banco Interamericano de Desarrollo, 2015, Dirección URL: https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7210/como_funciona_bolsa_familia.pdf?sequence=1, [Consulta: 21 de septiembre de 2019], p. 10.
- ❖ Hoddinott, John, *Avaliação de impacto do Programa Bolsa Família, segunda rodada (AIBF II)*, [en línea], pp. 37, Brasília, SAGI, 2012, Dirección URL: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/475.pdf>, [Consulta: 27 de marzo de 2020], p. 13.
- ❖ Jannuzzi, Paulo, Bichir, Renata, Ritzi, Rovane, *Bolsa Família y sus impactos en las condiciones de vida de la población brasileña: principales resultados de la encuesta Evaluación de Impacto del Bolsa Família II*, [en línea], pp. 12, Brasília, SAGI, 2012, Dirección URL: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmps/simulacao/estudos_tecnicos/pdf/40.pdf, [Consulta: 31 de marzo de 2020], p. 8.
- ❖ Jannuzzi, Paulo, Montagner, Paula, *Síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do MDS, 2015-2016*, [en línea], pp. 288, Brasília, SAGI, 2016, Dirección URL: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmps/ferramentas/docs/Caderno%20de%20Estudos%2027.pdf>, [Consulta: 16 de abril de 2020].

- ❖ Jannuzzi, Paulo, Quiroga, Júnia, *Síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do MDS 2011-2014*, [en línea], pp. 358, Brasília, MDS, 2014, Dirección URL: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/Caderno%20de%20Estudo%20N.16.pdf>, [Consulta: 30 de marzo de 2020], p. 87.

- ❖ MDS, *Bolsa família, Transferência de renda e apoio à família no acesso à saúde, à educação e à assistência social*, [en línea], pp. 20, Brasília, MDS, 2013, Dirección URL: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/bolsa_familia/Cartilhas/Cartilha_PBF_2015.pdf, [Consulta: 2 de octubre de 2019], p. 5.

- ❖ MDS, *Preguntas frequentes*, [en línea], Brasília, Secretaría Especial de Desarrollo Social, 2019, Dirección URL: <http://mds.gov.br/aceso-a-informacao/perguntas-frequentes/bolsa-familia/beneficios/beneficiario>, [Consulta: 22 de septiembre de 2019].

- ❖ MDS, *Programa Bolsa Família: beneficios*, [en línea], Brasília, MDS, 2019, Dirección URL: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/bolsafamilia/painel.html>, [Consulta: 30 de septiembre de 2019].

- ❖ MDS, SAGI, Senarc, *Manual do pesquisador, Programa Bolsa Família*, [en línea], pp. 86, Brasília, MDS, 2018, Dirección URL: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/manual_do_pesquisador_gestao_bolsa_familia_semlogo.pdf, [Consulta: 26 de septiembre de 2019], p. 52.

- ❖ Menezes, Francisco, *Repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas*, [en línea], pp. 21, Rio de Janeiro, IBASE, 2008, Dirección URL: https://ibase.br/userimages/ibase_bf_sintese_site.pdf, [Consulta: 3 de abril de 2020], p. 5.

- ❖ Paes-Sousa, Rômulo, Santos, Leonor, Miazaki, Édina S., “Effects of a conditional cash transfer programme on child nutrition in Brazil”, [en línea], pp. 496-503, Brasilia, *Bull World Health Organ*, vol. 89, 2011, Dirección URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3127265/pdf/BLT.10.084202.pdf>, [Consulta: 6 de abril de 2020], p. 498.
- ❖ Paes-Sousa, Rômulo, Vaitsman, Jeni, *Síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do MDS*, [en línea], pp. 133, Brasilia, MDS, 2007, Dirección URL: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmps/ferramentas/docs/caderno%20-%2005.pdf>, [Consulta: 26 de marzo de 2020], p. 18.
- ❖ Presidencia de la República, *Decreto N° 7.494 de 2 de junio de 2011*, [en línea], Brasilia, Casa Civil, 2011, Dirección URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7494.htm#art1, [Consulta: 22 de septiembre de 2019].
- ❖ Presidencia de la República, *Decreto nº 6.917, de 30 de julho de 2009*, [en línea], Brasilia, Presidencia de la República, 2009, Dirección URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6917.htm#art1, [Consulta: 22 de septiembre de 2019].
- ❖ Presidencia de la República, *Decreto nº 7.758, de 15 de junho de 2012*, [en línea], Brasilia, Presidencia de la República, 2012, Dirección URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7758.htm, [Consulta: 22 de septiembre de 2019].
- ❖ Presidencia de la República, *Ley N° 10.836, de 9 de enero de 2004*, [en línea], Brasilia, Presidencia de la República, 2004, Dirección URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm, [Consulta: 22 de septiembre de 2019].
- ❖ Rasella, Davide, *et al.*, “Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities”, [en línea], pp. 57-64, Londres, *The Lancet*, vol. 382, 2013, Dirección URL:

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2813%2960715-1>, [Consulta: 31 de marzo de 2020], p. 59.

- ❖ Secretaría Especial de Desarrollo Social, *Atribuciones de cada nivel de gobierno*, [en línea], Brasilia, Ministerio de Ciudadanía, 2015, Dirección URL: <http://mds.gov.br/assuntos/cadastro-unico/a-gestao-do-cadastro/atribuicoes-de-cada-nivel-de-governo>, [Consulta: 24 de septiembre de 2019].
- ❖ Secretaría Especial de Desarrollo Social, *Cómo registrarse*, [en línea], Brasilia, Ministerio de Ciudadanía, 2015, Dirección URL: <http://mds.gov.br/assuntos/cadastro-unico/o-que-e-e-para-que-serve/como-se-cadastrar>, [Consulta: 23 de septiembre de 2019].
- ❖ Secretaría Especial de Desarrollo Social, *Cómo se realiza el pago*, [en línea], Brasilia, Ministerio de Ciudadanía, 2015, Dirección URL: <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e/beneficios/como-e-feito-o-pagamento-1>, [Consulta: 23 de septiembre de 2019].
- ❖ Secretaría Especial de Desarrollo Social, *Cuales son las condicionantes de Bolsa Familia*, [en línea], Brasilia, Ministerio de Ciudadanía, 2015, Dirección URL: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e/aceso-a-educacao-e-saude>, [Consulta: 24 de septiembre de 2019].
- ❖ Secretaría Especial de Desarrollo Social, *Inscrição nos Conselhos de Assistência Social*, [en línea], Brasilia, Ministerio de Ciudadanía, 2017, Dirección URL: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/entidade-de-assistencia-social/inscricao-nos-conselhos-de-assistencia-social>, [Consulta: 26 de septiembre de 2019].
- ❖ Secretaría Especial de Desarrollo Social, *Para qué sirve el Registro Único*, [en línea], Brasilia, Ministerio de Ciudadanía, 2015, Dirección URL: <http://mds.gov.br/assuntos/cadastro-unico/o-que-e-e-para-que-serve>, [Consulta: 23 de septiembre de 2019].

- ❖ Secretaría Especial de Desarrollo Social, *Quién puede ser registrado*, [en línea], Brasilia, Ministerio de Ciudadanía, 2015, Dirección URL: <http://mds.gov.br/assuntos/cadastro-unico/o-que-e-e-para-que-serve/quem-pode-se-cadastrar>, [Consulta: 23 de septiembre de 2019].
- ❖ Shei, Amie, *et al.*, “The impact of Brazil’s Bolsa Família conditional cash transfer program on children’s health care utilization and health outcomes”, [en línea], pp. 9, Boston, *BMC International Health and Human Rights*, vol. 14, num. 10, 2014, Dirección URL: <https://bmcinthealthumrights.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-698X-14-10>, [Consulta: 1 de abril de 2020], p. 3.
- ❖ Tapajós, Luziele, Quiroga, Júnia, *Síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do MDS, versão atualizada e revisada 2006-2010*, [en línea], 242 pp., Brasilia, MDS, 2010, Dirección URL: <https://aplicacoes.mds.gov.br/saqirms/ferramentas/docs/caderno%20-%202013.pdf>, [Consulta: 7 de octubre de 2019], p. 16.

CAPÍTULO 3

- ❖ AEFM, *Educación especial*, [en línea], Ciudad de México, AEFM, 2018, Dirección URL: https://www2.aefcm.gob.mx/que_hacemos/especial.html, [Consulta: 23 de octubre de 2019].
- ❖ CEFM, *El gasto público federal en el desarrollo económico y social de México*, [en línea], pp. 8, Ciudad de México, Cámara de Diputados, 2016, Dirección URL: <http://www.cefm.gob.mx/publicaciones/nota/2016/marzo/notacefm0072016.pdf>, [Consulta: 3 de noviembre de 2019], p. 4.
- ❖ Cruz, Carlos, de la Torre, Rodolfo, Velázquez, César, *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2001-2006, Informe compilatorio*, [en línea], pp. 42, Ciudad de México, INSP, 2006, Dirección URL: https://evaluacion.prospera.gob.mx/es/wersd53465sdq1/docs/2006/insp_2001_2006_compilatorio.pdf, [Consulta: 10 de diciembre de 2019], pp. 11-12.

- ❖ Curiel, Abelardo A., *et al.*, *Beneficios del consumo de los suplementos alimenticios de Prospera, segunda etapa*, [en línea], pp. 89, Ciudad de México, INCMNSZ, 2017, Dirección URL: https://evaluacion.prospera.gob.mx/es/wersd53465sdg1/docs/2017/REPORTE_SUPLEMENTOS%20_2017.pdf, [Consulta: 23 de diciembre de 2019], p. 40.
- ❖ DOF, *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación de Prospera Programa de Inclusión Social, para el ejercicio fiscal 2015*, [en línea], pp. 94, Ciudad de México, SEGOB, 2014, Dirección URL: http://www.normateca.sedesol.gob.mx/work/models/NORMATECA/Normateca/Reglas_Operacion/2015/rop_prospera.pdf, [Consulta: 21 de octubre de 2019], p. 5.
- ❖ DOF, *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación de Prospera Programa de Inclusión Social, para el ejercicio fiscal 2018*, [en línea], Ciudad de México, SEGOB, 2017, Dirección URL: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5509738&fecha=29/12/2017, [Consulta: 22 de octubre de 2019].
- ❖ DOF, *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el ejercicio fiscal 2007*, [en línea], pp. 75, Ciudad de México, SEGOB, 2007, Dirección URL: http://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4964256&fecha=28/02/2007&cod_diario=210715, [Consulta: 19 de octubre de 2019], pp. 42-44.
- ❖ DOF, *Decreto por el que se crea la Coordinación Nacional de Becas para el Bienestar Benito Juárez*, [en línea], Ciudad de México, SEGOB, 2019 Dirección URL: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5561693&fecha=31/05/2019, [Consulta: 2 de noviembre de 2019].
- ❖ DOF, *Decreto por el que se crea la Coordinación Nacional de Prospera Programa de Inclusión Social*, [en línea], Ciudad de México, SEGOB, 2014, Dirección URL:

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5359088&fecha=05/09/2014,
[Consulta: 23 de octubre de 2019].

- ❖ Gonzalo Hernández Licona, *et al.*, *El Progreso-Oportunidades-Prospera, a veinte años de su creación*, [en línea], pp. 715, Ciudad de México, CONEVAL, 2019, Dirección URL: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Libro_POP_20.pdf, [Consulta: 2 de noviembre de 2019], p. 36.
- ❖ INSP, SEDESOL, CNPDHO, *Evaluación externa del programa oportunidades 2010 en zonas urbanas (2002 - 2009)*, [en línea], pp. 106, Ciudad de México, SEDESOL, 2011, Dirección URL: https://evaluacion.prospera.gob.mx/es/wersd53465sdq1/docs/2010/2010_mp_aspectos_sociales_educ_urbano.pdf, [Consulta: 11 de diciembre de 2019], p. 30.
- ❖ Levy, Teresa S., *et al.*, *Módulo de PROSPERA en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2017-2018, Informe de resultados*, [en línea], pp. 246, Ciudad de México, Instituto Nacional de Seguridad Pública, 2018, Dirección URL: https://evaluacion.prospera.gob.mx/es/wersd53465sdq1/docs/2018/Informe_Modulo_PROSPERA_en_ENSANUT_2017_2018.pdf, [Consulta: 10 de diciembre de 2019], p. 61.
- ❖ Parker, Susan W., Scott, John, *Evaluación del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) a partir de: Indicadores de Seguimiento, Evaluación y Seguimiento 1998-2001, Encuestas de Evaluación 2000*, [en línea], pp. 151, Ciudad de México, CIDE, 2001, Dirección URL: https://evaluacion.prospera.gob.mx/es/wersd53465sdq1/docs/2001/cide_2001_evaluacion_impacto.pdf, [Consulta: 10 de diciembre de 2019], p. 2.
- ❖ S/autor, *Progreso Programa de Educación, Salud y Alimentación*, [en línea], pp. 79, Ciudad de México, s/editor, 1998, Dirección URL: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/79893/1998--.pdf>, [Consulta: 19 de octubre de 2019], p. 6.

- ❖ Secretaría de Salud, *Manual para el suministro y Control del Suplemento Alimenticio*, [en línea], pp. 133, Ciudad de México, Ssa, 2017, Dirección URL: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/218143/Manual_para_el_suministro_y_control_del_suplemento_alimenticio_2017.pdf, [Consulta: 5 de enero de 2020], p. 41.

- ❖ SEDESOL, *Más oportunidades para las familias pobres, Evaluación de Resultados del Programa de Educación, Salud y Alimentación, Primeros Avances, 1999*, [en línea], pp. 406, Ciudad de México, SEDESOL, 1999, Dirección URL: https://evaluacion.prospera.gob.mx/es/wersd53465sdg1/docs/1999/1999_libro_evaluacion.pdf, [Consulta: 10 de diciembre de 2019], p. 165.

- ❖ SEDESOL, *Prospera Programa de Inclusión Social, nota sobre la estrategia de cobertura de mediano y largo plazo*, [en línea], pp. 24, Ciudad de México, SEDESOL, 2018, Dirección URL: https://evaluacion.prospera.gob.mx/es/wersd53465sdg1/docs/2018/20180910_Nota_Estrategia_cobertura_PROSPERA.pdf, [Consulta: 11 de noviembre de 2019], p. 14.

- ❖ UAEM, *Programa Jóvenes con Oportunidades*, [en línea], Cuernavaca, UAEM, 2017, Dirección URL: <https://www.uaem.mx/estudiantes-y-egresados/becas/jovenes-con-oportunidades.php>, [Consulta 22 de octubre de 2019].

- ❖ Uribe, Mónica; Vasquez, Catalina, *Los estudios sobre los Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas en América Latina: trayectorias, enfoques y perspectivas sobre la pobreza*, [en línea], Universidad Externado de Colombia, 2019, Dirección URL: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/675/67560760011/67560760011.pdf>, [Consulta: 21 de mayo de 2021].

GLOSARIO

AEFCM: Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México

Bansefi: Banco del Ahorro y Servicios Financieros

Banxico: Banco de México

BB: Beneficio Básico

BM: Banco Mundial

BSM: Brasil Sin Pobreza Extrema, Brasil Sem Miséria

BSP: Beneficio para la Superación de la Pobreza Extrema

BV: Beneficio Variable

BVJ: Beneficio Variable Joven

Caixa: Caja Económica Federal (Institución financiera del gobierno brasileño vinculada al Ministerio de Hacienda)

CAUSES: Catálogo Universal de Servicios de Salud

CEFP: Centro de Estudios de la Finanzas Públicas

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CGU: Contraloría General de la Unión

CIDE: Centro de Investigación y Docencias Económicas

CIES: Sociedad de Educación Comparada e Internacional, Comparative and International Education Society

CIF: Marco Integrado de Clasificación de la Seguridad Alimentaria (IPC por sus siglas en inglés)

CINU: Centro de Información de la ONU

CMAS: Consejo Municipal de Asistencia Social

CNPDHO: Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades

CONAPO: Consejo Nacional de Población

CONEVAL: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

CUIS: Cuestionario Único de Información Socioeconómica

DOF: Diario Oficial de la Federación

EMS: Educación Media Superior

ENCASEH: Encuesta de Características Socioeconómicas de los Hogares

Encel: Encuesta de Evaluación Rural
Encelurb: Encuesta de Evaluación de Hogares Urbanos
ENIGH: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
ENN: Red de Nutrición de Emergencia, Emergency Nutrition Network
ENSANUT: Encuesta Nacional de Nutrición
FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FAS: Fundación de Acción Social, Fundação de Ação Social
FEGAS: Escola Galega de Administración Sanitaria
FIES: Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria, Food Insecurity Experience Scale
IBASE: Instituto Brasileño de Análisis Sociales y Económicos
IBGE: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística
ICS: Instancia de Control Social
IGD: Índice de Gestión Descentralizada
INCMNSZ: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran
INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INSP: Instituto Nacional de Salud Pública
IPEA: Instituto de Investigación Económica Aplicada, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LBM: Línea de Bienestar Mínimo
MDA: Ministerio de Desarrollo Agrario
MDS: Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre
MEC: Ministerio de Educación
MS: Ministerio de Salud
NIS: Número de Identificación Social
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONU: Organización de las Naciones Unidas
Oportunidades: Programa de Desarrollo Humano Oportunidades
PBF: Programa Bolsa Familia

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
POP: Progres-Oportunidades-Prospera
Progres: Programa de Educación, Salud y Alimentación
PROIIF: Programa Integral de Inclusión Financiera
Prospera: Prospera Programa de Inclusión Social
PTMC: Programa de transferencias monetarias condicionadas
RF: Responsable Familiar
SAGARPA: Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
SAGI: Secretaría de Evaluación y Gestión de la Información, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação
SE: Secretaría de Economía
SEDESOL: Secretaría de Desarrollo Social
SEGOB: Secretaría de Gobernación
Senarc: Secretaría Nacional de Renta de la Ciudadanía
SEP: Secretaría de Educación Pública
SFP: Secretaría de la Función Pública
SHCP: Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIFODE: Sistema de Focalización para el Desarrollo
SIGPBF : Sistema de Gestión del Programa Bolsa Familia
SISVAN: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional
SS: Secretaría de Salud
STPS: Secretaría del Trabajo y Previsión Social
SUAS: Sistema Único de Asistencia Social
TCU: Tribunal de Cuentas de la Unión
UAEM: Universidad Autónoma del Estado de Morelos
UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

ÍNDICE DE TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

TABLAS

Tabla 1.1 Prevalencia (%) de inseguridad alimentaria moderada y severa, 2014 y 2018 a través de la FIES

Tabla 1.2 Personas afectadas por la inseguridad alimentaria en 2014 y 2018 (millones) a través de la FIES

Tabla 1.3 Tasas (%) mundiales de inmunización, por vacuna, 2000-2017

Tabla 1.4 Panorama mundial y regional de niños y jóvenes no escolarizados en 2018

Tabla 1.5 Índice de paridad de género en las tasas de niños y jóvenes no matriculados, 2018

Tabla 1.6 Tasa mundial de alfabetización y analfabetismo, 2016

Tabla 1.7 Emaciación moderada y grave (millones) en infantes menores de 5 años, 2018

Tabla 1.8 Prevalencia (%) de emaciación moderada y severa en infantes menores de 5 años, 2018

Tabla 1.9 Prevalencia regional (%) del retraso del crecimiento en menores de 5 años 2000, 2017, 2018

Tabla 1.10 Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas en Latinoamérica

Tabla 2.1 Evolución de las líneas de pobreza y pobreza extrema del PBF

Tabla 2.2 Resultados del PBF en vacunación

Tabla 2.3 Tasas de mortalidad infantil en menores de 5 años, 2004-2009, por cada mil nacidos vivos

Tabla 2.4 Prevalencia del retraso de crecimiento en infantes menores de 5 años de edad, 2005-2009

Tabla 2.5 Prevalencia de la emaciación en beneficiarios de PBF menores de 5 años de edad, 2005-2009

Tabla 2.6 Prevalencia de la anemia en infantes de 6 a 84 meses de edad, beneficiarios y no beneficiarios del PBF, 2007

Tabla 2.7 Prevalencia del bajo peso para la edad en menores de 5 años, 2005-2009

Tabla 2.8 Tasas de trabajo infantil en beneficiarios del PBF, 2005-2009

Tabla 2.9 Tasas de trabajo infantil en beneficiarios del PBF por sexo, 2005-2009

Tabla 2.10 Probabilidades en jóvenes beneficiarios del PBF de 15 y 16 años de estudiar y/o trabajar, en puntos porcentuales, 2006-2012

Tabla 3.1 Evolución de los beneficios del POP en pesos

Tabla 3.2 Montos de las becas escolares del POP para los años fiscales 2003 y 2018, en pesos

Tabla 3.3 Montos máximos mensuales a los que podía acceder una familia durante la instrumentación del POP, en pesos

Tabla 3.4 Micronutrientes de los suplementos alimenticios

Tabla 3.5 Personas beneficiarias del POP que hablaban una lengua indígena, 2016

Tabla 3.6 Número de beneficiarios del POP atendidos por acciones de inclusión social, 2014-2017

Tabla 3.7 Escolaridad de jóvenes beneficiarios que ingresaron al mercado laboral 2002-2009, porcentajes

Tabla 3.8 Tasas de vacunación entre beneficiarios del POP y no beneficiarios, 2017

Tabla 3.9 Resultados del POP en retraso del crecimiento en niños y niñas, 1998-2018

Tabla 3.10 Resultados en la prevalencia de anemia y concentración de hemoglobina en niñas, niños, adolescentes, mujeres y adultos mayores beneficiarios del POP, 1998-2018

Tabla 3.11 Puntos de corte para determinar la prevalencia de anemia en la ENSANUT 2017-2018

Tabla 3.12 Porcentaje de madres beneficiarias que recibió capacitación sobre la lactancia materna

Tabla 3.13 Prevalencia de niños beneficiarios de 5 a 13 años que trabajan y jornada semanal promedio, zonas urbanas, 2002-2009

GRÁFICAS

Gráfica 1.1 Proporción (%) de partos con asistencia de personal sanitario, 2006-2012 y 2013-2018

Gráfica 1.2 Tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años, 2000-2017 (muertes por cada 1,000 nacidos vivos)

Gráfica 1.3 Proporción (%) de países con un número insuficiente de profesionales sanitarios, 2013-2018

Gráfica 1.4 Prevalencia (%) mundial de niños y jóvenes no escolarizados

Gráfica 1.5 Tasas (%) regionales de escolarización por nivel escolar, 2018

Gráfica 1.6 Tasas (%) regionales de alfabetización en jóvenes y adultos, 2016

Gráfica 1.7 Porcentaje de niños y adolescentes que no han alcanzado el nivel mínimo de competencia en lectura y matemáticas, 2015

Gráfica 1.8 Prevalencia (%) de la subalimentación a nivel mundial y número de personas, 2005-2018

Gráfica 1.9 Prevalencia (%) de la inseguridad alimentaria por sexo en adultos ≥ 15 años en el periodo 2015-2017

Gráfica 1.10 Prevalencia (%) mundial del retraso del crecimiento, 1990-2018

Gráfica 1.11 Prevalencia (%) mundial de la anemia en mujeres en edad reproductiva (15-49 años), 2012-2016

Gráfica 1.12 Países con menor y mayor prevalencia (%) de anemia en mujeres en edad reproductiva, 2016

Gráfica 1.13 Prevalencia regional (%) de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de edad, 2012 y 2017

Gráfica 2.1 Cambios en los beneficios del PBF 2004-2018 en reales

Gráfica 2.2 Histórico de familias beneficiadas por el PBF 2004-2019 (millones)

Gráfica 2.3 Valor promedio de los beneficios concedidos a las familias del PBF 2004-2019 (reales)

Gráfica 2.4 Valor anual transferido por el PBF a las familias en millones de reales

Gráfica 2.5 Inseguridad alimentaria en familias beneficiarias del PBF, 2007

Gráfica 3.1 Evolución de la cobertura del POP en millones de familias, 1997-2017

Gráfica 3.2 Evolución del presupuesto real ejercido por el POP, 1997-2017 en millones de pesos constantes del 2012

Gráfica 3.3 Número de becarios del POP por nivel educativo, 1997-2018

Gráfica 3.4 Evolución de consultas médicas mensuales del POP, 1998-2017

Gráfica 3.5 Porcentaje de las transferencias del POP con respecto a los ingresos monetarios de las familias beneficiarias, 2002-2014

Gráfica 3.6 Consumo total y alimentario en hogares beneficiarios y no beneficiarios en zonas urbanas, 2002-2009, pesos del 2009

Gráfica 3.7 Prevalencia (%) de lactancia materna exclusiva en menores de 5 años, 2017

Gráfica 3.8 Mejoras en hogares beneficiarios del POP, zonas urbanas, 2002-2009, porcentaje respecto al total

FIGURAS

Figura 1.1 Prevalencia mundial de niños y jóvenes no escolarizados, por género y nivel escolar, 2000-2018

Figura 1.2 Distribución regional de la inseguridad alimentaria severa y moderada en millones de personas, 2018

Figura 1.3 Trayectoria de la inseguridad alimentaria a la malnutrición

Figura 3.1 Población del POP por sexo y grupo de edad, 2016

Figura 3.2 Suplementos alimenticios del POP