

**Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR)
Consejo de Salud – Consejo de Desarrollo Social
Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS)**

**MAPEO DE POLÍTICAS DE TRANSFERENCIA
DE INGRESOS Y SUS MECANISMOS DE
CONTROL Y PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LOS
PAÍSES MIEMBROS DE UNASUR**

ISAGS  **UNASUR**
Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR)
Consejo de Salud – Consejo de Desarrollo Social
Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS)

MAPEO DE POLÍTICAS DE TRANSFERENCIA DE INGRESOS Y SUS MECANISMOS DE CONTROL Y PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LOS PAÍSES MIEMBROS DE UNASUR

Informe 1: Mapeo de las Políticas de Transferencia de Ingresos en los
Estados Miembros de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR)

ISAGS  **UNASUR**
Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

EXPEDIENTE

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

Director Ejecutivo:
José Gomes Temporão

Coordinador Técnico:
Henri Jouval

Consejo de Salud Suramericano - enero de 2016

Jorge Lemus
Argentina

Ariana Campero Nava
Bolivia

Marcelo Costa e Castro
Brasil

Carmen Castillo Taucher
Chile

Alejandro Gaviria
Colombia

Margarita Beatriz Guevara
Ecuador

Coordinación:
Alessandra Bortoni Ninis

Consultor Técnico:
Alejandro Wilner

Proyecto gráfico:
Humpono Design e Comunicação

Las opiniones expresadas en este documento son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

George Norton
Guyana

Antonio Barrios Fernandez
Paraguay

Anibal Velásquez Valdivia
Perú

Jorge Basso
Uruguay

Michel Blokland
Surinam

Henry Ventura Moreno
Venezuela

www.isags-unasur.org
www.facebook.com/isags.unasursalud
www.twitter.com/isagsunasur

INDICE

Presentación	5
Justificación	6
Introducción	7
Políticas de transferencia seleccionadas en cada uno de los países	12
Dimensiones y variables para el análisis	14
Análisis según país	15
1. Argentina: Asignación Universal por Hijo para la Protección Social	15
2. Estado Plurinacional de Bolivia: Bono Juancito Pinto y Bono Madre Niño Niña “Juana Azurduy de Padilla”	19
3. Brasil: Bolsa Familia	22
4. Chile: Ingreso Etico Familiar	26
5. Colombia: Más Familias en Acción	29
6. Ecuador: Bono de Desarrollo Humano	32
7. Guyana: Política de Protección Social	35
8. Paraguay: Tekoporá	38
9. Perú: Programa JUNTOS	41
10. Suriname: Políticas de Protección Social	44
11. Uruguay: Asignaciones Familiares – Plan Equidad	47
12. República Bolivariana de Venezuela: Gran Misión Hogares de la Patria	50
Fortalezas y debilidades de las Políticas de Transferencia Condicionada de Renta	53
Anexo 1: Síntesis de las políticas analizadas en cada uno de los países de UNASUR según variables seleccionadas	56
Bibliografía	60

PRESENTACIÓN

La pobreza y la desigualdad operan como variables de peso en el proceso de determinación social de la salud, siendo estas problemáticas sociales de gran ponderación en los países de UNASUR. Así los Estados nacionales implementan desde hace ya más de una década, iniciativas para la disminución de la pobreza que implican transferencias de renta que – habitualmente – incluyen condicionalidades a cumplir por la población beneficiaria en las áreas de educación y salud.

Hay consenso entonces respecto a que los efectos producidos por estas iniciativas impactan no sólo sobre las condiciones de salud de los colectivos sociales, sino también sobre los servicios y sistemas de salud, que se ven demandados en sus tareas cotidianas por personas y familias que buscan el ejercicio efectivo de su derecho a la salud o, por lo menos, procuran el cumplimiento de las condicionalidades que les imponen otros organismos del Estado (Cecchini y Madariaga, 2011; Kliksberg y Novacovsky, 2015; Rasella et al, 2013).

Es en este contexto que se implementa el presente proyecto que surge como consecuencia de los acuerdos generados por los países del bloque regional en cuanto a la necesidad de reflexionar e indagar acerca de la determinación social de la salud. En este contexto se define el mandato del Plan Operativo Anual 2015-2016 del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud - ISAGS, que en su eje de *Generación, Producción y Difusión de la Información y el Conocimiento*, prevé la realización de un Mapeo de las Políticas de Transferencia de Ingresos de los países del bloque, destacando sus resultados en la promoción de la salud y los mecanismos de control y participación social.

Por otro lado, el eje *Articulación Intersectorial* de dicho Plan, dispone la realización de un análisis comparativo de los mecanismos de participación social en la elaboración y control de las políticas referidas, de manera de indagar acerca de las condiciones en que se promueven acciones vinculadas con las intervenciones colectivas alrededor de estas políticas así como los mecanismos de control social que se integran en ellas.

JUSTIFICACIÓN

El Plan Quinquenal del Consejo de Ministros de Salud de UNASUR define como trazador estratégico la investigación y la innovación en las diversas áreas de trabajo que permitan la generación de nuevas ideas, conceptos y productos para la toma de decisiones. Específicamente, en el área de Promoción de la Salud y Acción sobre los Determinantes Sociales consensua como objetivo estratégico *“reducir las inequidades en cada uno de los países miembros mediante la generación de información, articulación intersectorial y la participación comunitaria en la formulación, ejecución y seguimiento de las políticas públicas de la salud.”*

Por otro lado, el Plan de Acción 2015 – 2017 del Consejo Suramericano de Desarrollo Social, acordado en la VII Reunión de Ministros y Ministras, define en su eje estratégico D *“La participación social en la formulación de políticas públicas ha sido entendida por este Consejo como un mecanismo a través del cual generar instrumentos que apunten a la organización social por la cual se puedan identificar las problemáticas y dificultades que surgen desde el propio territorio. El trabajo en promoción de participación social varía en función del enfoque político desde donde se lo impulse, la visión de sociedad que esté detrás así como del tejido cultural donde se implemente. Por esto es que, según sean estas dimensiones, los dispositivos de participación social varían no sólo en los resultados que producen sino en los formatos que adoptan. En este sentido, resulta fundamental la definición acerca del momento del ciclo de la política en que se concibe la participación de la sociedad, es decir si será desde la trasmisión de información, desde la co-gestión de programas, la evaluación, el diseño o rendición de cuentas de los mismos. Teniendo esto una relación directa con la posibilidad de incidencia de la ciudadanía en los destinos de las políticas públicas.”*

INTRODUCCIÓN

Los programas de transferencias condicionadas de ingresos se definen en el ámbito de la protección social básica¹ y su población objetivo es la que vive en situación de vulnerabilidad social como consecuencia de sus condiciones materiales de existencia, caracterizadas por la pobreza y la privación (ausencia o déficit de ingresos, dificultades en el acceso a los servicios públicos y sociales, desempleo o trabajo informal, condiciones de vivienda inadecuada, etc.) así como la fragilidad de vínculos relacionales y de pertenencia social.

Este piso de protección social se caracteriza como un derecho social que asegura la supervivencia y reproducción de las familias en situación de pobreza, por medio del acceso a ingresos estables y sistemáticos y a servicios sociales esenciales que promueven la autonomía de esas familias. En esta lógica, el concepto de protección social básica fundamenta sociedades más justas e inclusivas que garantizan niveles mínimos de vida para todos los ciudadanos; promueve - desde una perspectiva universal - condiciones de igualdad de condiciones para los habitantes de la nación, si bien puede focalizarse en aquellos grupos sociales que se caracterizaron en forma antecedente. Esta eventual contradicción entre focalización y universalización podría superarse si se habla de “...políticas universalizantes del nivel de derechos. Así la tensión entre políticas focalizadas y universales parece superarse pensando en políticas universalizantes” (Castronovo, 2011); en este sentido la focalización tiene una lógica diferente a la implementada en los 90 (del siglo XX); en este caso se concentra la intervención en un grupo poblacional específico de manera de poder ampliar el piso de ciudadanía. Desde la perspectiva actual, la focalización se propone un objetivo de equidad y reparatorio de los efectos sociales del neoliberalismo de los 90.

En la lógica de lo planteado anteriormente, los programas de transferencias de ingresos están contextualizados en el concepto de “universalismo básico” a partir del cual se definen pisos de protección social que garantizan niveles de acceso y consumo de servicios y transferencias universales en materia de salud, alimentación, educación y cuidados sociales. Estas prestaciones son financiadas habitualmente por las rentas generales del país y, por lo tanto son garantizados por el Estado para todos sus ciudadanos, complementando la protección social contributiva, establecida como condición en el mundo del trabajo.

¹ Se entiende como protección social básica a los pisos de protección social necesarios para garantizar a los ciudadanos un ingreso que asegure condiciones mínimas de existencia, el acceso a cuidados esenciales de salud, garantías respecto de la alimentación y acceso a agua potable y saneamiento y a la educación para las niñas, niños y adolescentes. En el caso de la vejez y la discapacidad, esta cobertura debiera viabilizar el acceso a ingresos, ya sea monetarios o en especies, que se garantizan en el contexto de la seguridad social a los ciudadanos en condiciones de invalidez y/o vejez (OIT, 2011).

Ampliando lo expuesto en el último párrafo, las políticas de transferencia de renta se constituyen en la dimensión no contributiva de la protección social, articulándose con la dimensión contributiva – definida habitualmente como seguridad social – financiada a través de contribuciones específicas establecidas como regulaciones de las relaciones entre capital y trabajo. Estos dos componentes se integran con un plexo normativo del mercado laboral que refiere a la promoción del trabajo decente (salario mínimo, trabajo formal, aportes y contribuciones, cobertura médica, protección de la familia del trabajador, etc.)

A partir de lo planteado, se podría concluir que estas políticas son promotoras de derechos ciudadanos que necesariamente deben ser instituidos por parte del Estado, ya sea en forma directa o a través de la regulación de las relaciones laborales. Así, los programas de transferencias condicionadas, en articulación con las políticas sociales sectoriales buscan asegurar un nivel básico de bienestar social y económico.

Estas iniciativas se vinculan directamente con la determinación social de la salud, pues son las condiciones materiales de existencia de los colectivos sociales las que determinan como las personas nacen, se desarrollan, viven y mueren. Estas condiciones impactan sobre el proceso salud – enfermedad – atención – cuidado, por lo que las intervenciones que promueven mejoras en las condiciones de vida de la población resultan en transformaciones en la dinámica de este proceso.

Según CEPAL (Cecchini y Vargas, 2014), la dinámica socioeconómica así como las políticas sociales implementadas en los países de UNASUR han permitido que, entre 1993 y 2013, Suramérica disminuya las condiciones de pobreza extrema en un 63%, las de pobreza en un 50% y - entre 2004 y 2012 - la desnutrición crónica en menores de 5 años, en un 13,6%. En este contexto son importantes los programas de transferencias condicionadas que se implementan desde hace aproximadamente una década y que, entre 2000 y 2013 cubrían a un total de 90 millones de personas (22,2% de la población de UNASUR), invirtiendo un promedio del 0,4% del PIB producido por cada uno de los países del bloque regional.

La hipótesis de intervención sobre la pobreza de estas iniciativas se basa en la combinación de dos lógicas: una de corto plazo, a través de las transferencias monetarias y no monetarias; y otra de largo plazo, a través del cumplimiento de las condicionalidades vinculadas con la situación de salud y educación de las niñas, niños y adolescentes; también en esta lógica se inscribe el control prenatal y el acompañamiento familiar en términos de fortalecimiento subjetivo y la capacitación y apoyo laboral. Podría plantearse también que otra hipótesis de intervención de estos programas es la de la promoción de la inclusión ciudadana y de la igualdad; asimismo, no es posible pensar en que estas políticas puedan ser efectivas en el abatimiento de la pobreza si no se contextualizan en un marco de políticas sociales que promuevan el desarrollo, de una activa política de empleo y, en síntesis, de un modelo inclusivo de desarrollo de país.

La estructura básica de estos programas es la siguiente: por un lado la caracterización de la familia en condiciones de pobreza o de extrema pobreza², condición de inclusión en la iniciativa; esta situación justifica la percepción de una transferencia monetaria que variará en razón de la presencia de menores de 18 años, de mujeres embarazadas, de miembros con discapacidad física y/o mental y de personas de más de 65 años. Como se planteó en el párrafo anterior, existen condicionalidades que la familia deberá cumplimentar para la recepción de

² Las modalidades en que las familias son caracterizadas como pobres o en condiciones de extrema pobreza varía según cada uno de los países, sin embargo es habitual que estén vinculadas con los ingresos, el empleo, la vivienda, las condiciones nutricionales de las niñas y los niños, entre otros. En general la caracterización de la pobreza es multidimensional.

las transferencias monetarias y su permanencia en el programa, que consisten en controles sanitarios (de las niñas, niños y adolescentes así como de las mujeres embarazadas y de los discapacitados), matriculación y permanencia en establecimientos escolares, acciones de capacitación para el aprestamiento laboral, acciones de acompañamiento familiar. Finalmente, la inclusión en los programas de transferencia condicionada implica el acceso prioritario o preferencial a otras políticas y programas del área social.

Si bien a lo largo del presente documento se describirán los mecanismos específicos implementados en cada uno de los países, como se planteaba anteriormente, estas políticas focalizan sus acciones en los colectivos sociales caracterizados como pobres o en condiciones de extrema pobreza; esta focalización – desde el punto de vista técnico y siguiendo lo planteado por Cecchini y Madariaga (2011) – puede ser geográfica, basada en los ingresos familiares, comunitaria (en el caso en que sea la comunidad la que certifica que la familia cumple los requisitos para ser incluida en la política) o también categórica (cuando se focaliza según la pertenencia del grupo familiar a determinada categoría, como por ejemplo la de incluir niñas y niños menores de 6 años en su composición).

Estas estrategias de focalización no tienen la misma lógica que la propuesta en los programas implementados en la década del 90 en la Región. Esas políticas, definidas en el marco ideológico del Consenso de Washington que orientó las políticas sociales en ese momento histórico, focalizaban para aumentar la eficiencia del aparato del Estado en la implementación de la política social. En el contexto actual, la focalización se propone como herramienta para lograr la priorización de aquellos grupos sociales más vulnerables de la Sociedad, de manera de promover su integración social y el ejercicio de sus derechos ciudadanos. Así ésta estrategia se fundamenta ideológicamente en el concepto de equidad de las políticas públicas, de manera de enfocar las acciones del Estado en aquellos colectivos sociales que, por sus condiciones materiales de pobreza y extrema pobreza, ven comprometidas sus posibilidades concretas de reproducción social y biológica; en este sentido se presta mucha menos atención a los errores de inclusión que a los de exclusión³.

Podríamos afirmar que la focalización de las políticas sociales que actualmente se implementan en UNASUR justamente se propone mejorar las condiciones de vida y de inclusión de aquellos grupos poblacionales que han sido seriamente afectados por las políticas definidas en el marco del Consenso de Washington.

Las políticas de transferencia de renta condicionada seleccionan y registran a la totalidad de sus beneficiarios a través de censos y bases de datos que consolidan las diferentes características de las familias incluidas. En el caso en que la focalización sea geográfica, es habitual que la cobertura de los programas se amplíe progresivamente a partir de la difusión en los diferentes territorios nacionales, con la consecuente extensión de los sistemas de información. Estas bases son también el sustento para la credencialización de la población cubierta con la provisión de tarjetas electrónicas que permiten la bancarización o incluso la utilización para la compra en comercios seleccionados, como se referirá más adelante.

Algunas de las políticas de transferencia de renta prescriben criterios para el egreso de los beneficiarios, poniendo en tensión - de esta manera - la lógica de la protección social como derecho, si bien esta situación no es generalizada en todos los países de UNASUR. En

³ Los errores de inclusión son aquellos en que las familias son incorporadas al programa cuando no debieran haber sido incluidas ya que no cumplen cabalmente con la totalidad de los requisitos de la iniciativa; en cambio en los errores de exclusión son las familias que debieran ser cubiertas por la política las que no son incluidas vulnerando, de esta manera, su derecho ciudadano.

general, el egreso se vincula con el período de permanencia en el programa, la modificación en las condiciones de elegibilidad (mejora en la situación socioeconómica, edad de las niñas, niños y adolescentes más allá de la considerada para ser incluidas e incluidos en la iniciativa, siempre que no presenten alguna discapacidad física o mental) o el incumplimiento de las condicionalidades en forma reiterada. En general no hay gran desarrollo en el aparato de control de las condiciones de egreso, ya que la contradicción respecto de la promoción del derecho que pudieran generar estas normativas limita su difusión.

Acercas de las prestaciones y condicionalidades, en general se vinculan – tal lo referido anteriormente - con la educación y la salud. Las transferencias monetarias son habitualmente de libre utilización por parte de la familia, aunque puede haber – en algunos países de UNASUR - limitaciones en su uso restringiendo la finalidad del gasto (sólo podrían adquirirse alimentos, artículos de limpieza y de higiene personal). En general son depositadas en una cuenta bancaria a nombre de la jefa de hogar, en forma preferente, quien dispone de una tarjeta magnética que le permite retirar dinero así como comprar en comercios seleccionados con beneficios impositivos; en aquellas localidades o regiones geográficas sin acceso a bancarización puede asignarse el dinero en forma física.

Estas políticas son explícitas en cuanto a la preferencia de asignar la transferencia monetaria a nombre de la jefa del hogar, con lo que estas iniciativas desarrollan una perspectiva de género, dando cuenta, por un lado, de la distribución intrafamiliar del trabajo que dispone que sean las mujeres quienes habitualmente son las responsables del cuidado en el hogar, así como de la educación de las niñas, niños y adolescentes; mientras que, por otro lado, al definir la preferencia de la transferencia a las jefas de hogar generan un reaseguro más respecto de la selección de aquellos hogares en condiciones materiales más desfavorables.

Para el cálculo de las transferencias monetarias puede haber un componente plano no vinculado con la composición de la familia y otro dependiente de la integración del grupo tomando en cuenta, inclusive, las características de esos sujetos (edad, presencia de discapacidad física o mental, escolaridad, grado de formalidad en la educación, entre otras). Asimismo el monto de la transferencia es frecuentemente ajustado según diferentes indicadores que dan cuenta de las modificaciones de las variables básicas de la economía, estos ajustes pueden ser discrecionales o establecidos normativamente, incluso por ley.

Por otro lado, también se realizan transferencias no monetarias, vinculadas con aportes nutricionales, articulaciones preferenciales con otros programas estatales, elementos para escolares así como apoyos familiares para la inserción laboral, generación de ingresos, el desarrollo de capacidades básicas y de desarrollo humano, visitas para el acompañamiento y la orientación familiar y apoyo psicosocial.

En lo referido a las condicionalidades, se proponen reforzar comportamientos familiares y de los responsables de las familias que viven en condiciones materiales desfavorables acerca de la importancia de la matriculación y continuidad educativa y de la atención de la salud en el desarrollo personal y colectivo; asimismo, su propio establecimiento podría promover el acceso a servicios que, justamente por las condiciones materiales de las familias, se definen con limitaciones reales en su accesibilidad. Sin embargo, la existencia de condicionalidades para recibir la transferencia, podría poner en tensión la perspectiva de derechos de estas iniciativas.

Según Cecchini y Madariaga (2011), las condicionalidades pueden tener diferentes grados de vinculación con el control de los programas de transferencia, así pueden ser fuertes (cuando

relacionan una transferencia con una condición, por lo que trabajan con el supuesto que el comportamiento de las familias se asocia en forma directa con lo que recibe), moderadas (cuando las verificaciones son débiles, o las transferencias están poco vinculadas con las condicionalidades) o leves (cuando no hay vinculación entre ambos elementos). Las sanciones y el monitoreo de condicionalidades se vinculan con estas lógicas, sin embargo pareciera haber consenso en que una evaluación muy estricta de condicionalidades no es aceptada ya que, por un lado, pondría-nuevamente - en tensión la perspectiva de derechos de estas políticas y, por el otro, resultaría una carga burocrática muy costosa para la estructura de estas iniciativas.

También puede problematizarse a las condicionalidades según una perspectiva sociohistórica. Siguiendo a Olesker (2015), en el corto plazo las condicionalidades podrían ser definidas como compensatorias de las consecuencias de la implementación de las políticas de los 90 sobre los colectivos sociales más pobres; en el mediano plazo se caracterizarían como componente del tránsito hacia la recuperación de derechos universales y harían parte de mecanismos de integración social garantizando el acceso a servicios de educación y salud, asumiéndose como corresponsabilidades más que condicionalidades. Finalmente, en el largo plazo, estas condicionalidades dejarían de tener vigencia ya que la transferencia integra una renta básica universal que garantiza un ingreso ciudadano y, consecuentemente, un piso de derechos para todos los integrantes de la nación.

Por último, hay consenso en que estas políticas tienen impacto en términos de incremento de la matrícula y en la retención escolar así como en la demanda de servicios de salud, sin embargo las evidencias son dispares y no siempre son concluyentes en cuanto a los resultados en la mejora de las condiciones del aprendizaje o de la salud y la nutrición (Cecchini y Madariaga, 2011). Se abordarán en cada una de las políticas nacionales, las evidencias disponibles al respecto.

POLÍTICAS DE TRANSFERENCIA SELECCIONADAS EN CADA UNO DE LOS PAÍSES

Para el mapeo de las políticas de transferencia de ingresos en los países de UNASUR, se han seleccionado, aquellas iniciativas que se consideran como las principales en cada uno de los estados nacionales. Este proceso se desarrolló en consulta con la Presidencia Pro Tempore y con cada uno de los puntos focales del Consejo de Desarrollo Social, así como con los integrantes del Grupo de Trabajo de Determinantes Sociales de la Salud del Consejo Suramericano de Salud. El criterio utilizado ha sido el de elegir aquellas iniciativas de transferencia condicionada de renta “*insignia*”⁴ en el marco de la política social de cada uno de los países del bloque regional.

También como consecuencia del acuerdo con la Presidencia Pro Tempore del Consejo de Desarrollo Social Suramericano, se decidió que este proceso privilegiaría las fuentes secundarias en razón de la difusión de material documental y bibliográfico producido alrededor de estos programas sociales. Sin embargo, en los casos de Guyana y Suriname, se recurrió al relevamiento de fuentes primarias en razón de la escasa disponibilidad de material bibliográfico disponible; así una delegación de ISAGS viajó a ambos países en el mes de septiembre de 2015 y mantuvo reuniones con las máximas autoridades de los Ministerios de Salud Pública y Protección Social de Guyana y de Asuntos Sociales y Salud en el caso de Suriname.

Asimismo, fueron un insumo para este documento los debates generados en la reunión “Diálogo entre las políticas de transferencia de renta y los determinantes sociales de la salud en tiempos de crisis global”. Este encuentro fue realizado entre el 4 y el 6 de noviembre de 2015, en la sede de ISAGS/UNASUR en Río de Janeiro y participaron en él representantes de la Secretaría General del Bloque, de la Presidencia Pro Tempore del Consejo Suramericano de Desarrollo Social, y del Grupo de Trabajo sobre Determinantes Sociales de la Salud del Consejo Suramericano de Salud. Esta reunión contó, además, con las ponencias de los Dres. Daniel Olesker y Rómulo Paes Souza.

El listado de las políticas de transferencia de ingresos seleccionadas para el mapeo es el siguiente:

4 Las políticas de transferencia condicionada “*insignia*” de cada país, refiere a las de mayor importancia en base a diferentes variables como cobertura (tanto en términos poblacionales como territoriales), presupuesto, representatividad en cuanto a la política social nacional, desarrollo histórico, población titular de derecho (priorizando las niñas, niños y adolescentes, así como las mujeres embarazadas), entre otras.

1. Argentina: Asignación Universal por Hijo
2. Bolivia: Bono Juancito Pinto y Bono Madre Niño Niña “Juana Azurduy de Padilla”
3. Brasil: Bolsa Familia
4. Chile: Ingreso Etico Familiar
5. Colombia: Más Familias en Acción
6. Ecuador: Bono de Desarrollo Humano
7. Guyana: Programas de Protección Social
8. Paraguay: Tekoporá
9. Perú: Juntos
10. Suriname: Programas de Protección Social
11. Uruguay: Asignaciones Familiares – Plan Equidad.
12. República Bolivariana de Venezuela: Gran Misión Hogares de la Patria

DIMENSIONES Y VARIABLES PARA EL ANÁLISIS

Respecto de cada una de las políticas seleccionadas, se desagregarán las siguientes dimensiones y variables para su análisis. La elección de cada una de ellas se fundamenta en que su relevamiento dará cuenta de las características de las iniciativas nacionales.

Tabla 1: Dimensiones para el análisis de las políticas de transferencia condicionada implementadas en los países suramericanos (elaboración propia)

DIMENSIONES	VARIABLES
Objetivos explícitos de la política	Concepción de la pobreza
	Perspectiva de derecho
Criterios para la selección de población titular de derechos	Criterios para la focalización
	Perspectiva de género
	Ciclo de vida
Cobertura	Cantidad de personas
	Cantidad de familias
	Relación con población general
Modelo de gestión	Centralización / Descentralización. Articulación interjurisdiccional
	Intersectorialidad. Articulación entre sectores
	Características de la estructura
Condicionalidades	Tipos
	Carácter vinculante con las transferencias
Estrategias de monitoreo y evaluación de la política	Estructuras de monitoreo
	Cantidad de incumplimientos necesarios para la suspensión del beneficio
	Evaluación específica de impactos en salud, alimentación y educación
Inversión en la política	Porcentaje del PIB
	Fuentes de financiamiento
Tipos y montos de las transferencias	Relación con el salario mínimo
	Estructura de las transferencias
	Finalidad de la transferencia (disponibilidad en uso por parte de la familia)
	Modalidades de pago
Prestaciones no monetarias	Modalidad (apoyos, capacitación y asistencia técnica, materiales)
Permanencia en el programa	Período contemplado programáticamente
	Criterios y condiciones para la permanencia
Fortalezas y debilidades de las políticas	Análisis en base al abordaje previo de las diferentes dimensiones explicitadas

ANÁLISIS SEGÚN PAÍS

1. Argentina: Asignación Universal por Hijo para la Protección Social

La Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (AUH) se instituye en noviembre de 2009 como parte del régimen de asignaciones familiares vigente en Argentina desde los inicios del siglo XX; en este marco se caracteriza como una iniciativa de protección social no contributiva. Es importante destacar que desde 2011 la AUH se complementa con la Asignación por Embarazo para Protección Social, que cubre a mujeres desde las 12 semanas de embarazo hasta el nacimiento o la interrupción del embarazo y que prevé el control prenatal como condicionalidad para la percepción de la transferencia. Asimismo, cuando las y los adolescentes superan la edad de 18 años y continúan estudiando pueden acceder al Plan PROG.R.ES.AR (Programa de Respaldo a Estudiantes de Argentina), que transfiere renta con la condicionalidad de mantenerse matriculado en el programa educativo al que aplicó oportunamente hasta los 24 años de edad.

En el texto del decreto 1602⁵ del año 2009, que regula esta política de transferencia de renta, se define a la AUH como un derecho, en el marco de la *Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*, que equipara a las hijas y los hijos de los trabajadores formales con los que se desempeñan en la economía informal o que carecen de empleo. Asimismo, este texto caracteriza a la pobreza como multidimensional a la vez que explicita que la AUH no tiene la capacidad – por sí sola - de promover la salida de la pobreza de los colectivos sociales, aunque sí la define como un paliativo importante (“... esta medida por sí no puede garantizar la salida de la pobreza de sus beneficiarios y no puede ubicarse allí toda la expectativa social, aunque resultará, confiamos, un paliativo importante. Queremos evitar entonces el riesgo de depositar la ilusión de que con una sola medida se puede terminar con la pobreza.” considerandos del decreto 1609/2009)

No sólo asume a la pobreza como multidimensional sino que, además, la norma es explícita en cuanto a que es el trabajo asociado a otros componentes del acondicionamiento social, los que permitirán la superación de esa problemática social (“... la mejor política social de promoción y articulación del tejido social es el trabajo que, sumado

5 Este es un decreto de necesidad y urgencia, firmado por la Presidenta Cristina Fernández de Kirchner en acuerdo general de Ministros (todos los Ministros del Gabinete Nacional refrendan la norma). Según la normativa argentina (Ley 26122), este decreto debe ser tratado por ambas Cámaras del Congreso Nacional y declararlo válido o inválido en un plazo perentorio. Así, el decreto 1602 tiene rango de ley nacional ya que fue validado por el Congreso Argentino.

a la educación, la salud, la modernización o creación de infraestructura, servicios básicos y viviendas, permitirá mejorar las condiciones de vida y avanzar sobre el núcleo más duro de la pobreza, consolidando progresivamente un desarrollo humano integral, sostenible e incluyente considerandos del decreto 1609/2009)

Respecto de quienes son titulares de derechos en esta política, el decreto los define como las niñas, niños y adolescentes menores de 18 años, cuyas familias no reciban ningún otro aporte de asignación familiar, cuyos jefes de hogar estén desocupados o se desempeñen en la economía informal y cuando los ingresos sean menores a un salario mínimo, vital y móvil⁶⁷. En el caso que se trate de hijas e hijos discapacitados no hay límite de edad para el usufructo del derecho, el cual es vigente de por vida.

El beneficio percibido se constituye en una transferencia mensual calculada según cada uno de los menores de 18 años presentes en el hogar (hasta un total de 5 niñas, niños y adolescentes por familia) y se abona a uno solo de los padres, prefiriendo normativamente a las madres. Las familias deben ser argentinas, naturalizadas o residentes legales en el país, aunque en este caso la residencia debe ser mayor de 3 años; los menores deben estar documentados y el vínculo parental debe estar debidamente acreditado con la documentación pertinente. Las transferencias son depositadas por el Estado en una cuenta a nombre de la madre o el padre en el Banco de la Nación Argentina y se provee asociada a ella una tarjeta para las extracciones por cajeros automáticos o para compras electrónicas, el dinero transferido es de libre disponibilidad. En el caso de los hijos discapacitados, la familia recibe una acreditación de por vida y el monto liquidado es especial y equivalente al que reciben los trabajadores formales con hijos en la misma condición.

El monto transferido mensualmente es del 80% del total, ya que el 20% es retenido por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) que lo remite anualmente a las cuentas familiares una vez acreditado el cumplimiento de las condicionalidades; para esto se requiere que el adulto responsable presente ante la Administración una declaración jurada en la que se acrediten el cumplimiento de los controles de salud y la matriculación y concurrencia escolar con la firma del profesional certificante en el caso de salud y de la autoridad del establecimiento en el caso de educación.

La cobertura de la AUH es prácticamente universal, a enero de 2015 su cobertura es de 3,6 millones de niñas, niños y adolescentes, siendo el 40% de ellos menores de 5 años (Kliksberg, 2015). Siguiendo a Bertranou (en Repetto y Potenza Dal Masetto, 2012), la cobertura del sistema de asignaciones familiares (contributiva y no contributiva), alcanza al 91% de la población menor de 18 años en Argentina; según la misma fuente el 70% de las niñas, niños y adolescentes que reciben la AUH se encuentran en los 2 primeros deciles de ingresos y el 60% vive en situación de pobreza.

Según el último decreto de actualización de la AUH (1141/2015), los montos que se transfieren son de \$ 837.- por hijo menor de 18 años y de \$ 2730.- por hijo discapacitado, lo que equivale a U\$D

6 En la página del ANSES se explicitan con mayor detalle cuáles son las familias que pueden recibir la AUH: monotributistas sociales (se inscriben en esta categoría de régimen simplificado de la Agencia Federal de Impuestos, aquellas personas físicas que se desempeñan en la economía informal, forman parte de cooperativas de trabajo e iniciativas productivas pequeñas), trabajadores del servicio doméstico, trabajadores por temporada en el período de reserva del puesto o perciban alguno de los siguientes planes sociales: Argentina Trabaja, Manos a la Obra, Ellas Hacen, Programa de Trabajo Autogestionado, Jóvenes con Más y mejor Trabajo, Programa Promover la igualdad de Oportunidades y Seguro de Capacitación y Empleo, aquellas personas privadas de su libertad (www.anses.gob.ar/prestacion/asignacion-universal-por-hijo-92, fecha de revisión: 25/8/15).

7 El salario mínimo, vital y móvil se establece en una mesa paritaria que integra el Gobierno Nacional, las entidades representativas de los trabajadores y de los empleadores. Establece el piso salarial en el mercado formal del empleo.

88,80.- y 289,65.- respectivamente⁸. Es importante destacar que desde el mes de julio, el Congreso Argentino sancionó una ley por la que se actualizan en forma automática y con frecuencia semestral, los montos de la AUH, adicionando además un mecanismo de priorización para aquellas familias que viven en la zona sur del país, donde los beneficios se incrementan en un 30%. El financiamiento de esta política pública depende de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) desde el Fondo de Garantía de Sustentabilidad del Sistema Integrado Previsional Argentino, y corresponde a 2792 millones de dólares, equivalentes al 0,44% del PIB (Cecchini y Vargas, 2014).

La modalidad de gestión de la AUH es centralizada por parte de la ANSES, ya que es esta organización la responsable de la totalidad de la gestión del acceso y el cobro del derecho. La ANSES es un organismo descentralizado dependiente del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación cuya responsabilidad es la de gestionar las prestaciones y servicios de la seguridad social en el país. Existen oficinas de esta repartición en todo el territorio nacional, reforzadas con estructuras móviles que realizan operativos especiales en zonas de difícil acceso y además canales de atención telefónica y por internet. Si se tiene en cuenta la cobertura que ha logrado la AUH, la ANSES ha logrado garantizar la accesibilidad al derecho por parte de los ciudadanos.

La gestión del cumplimiento de las condicionalidades implica mecanismos intersectoriales e interjurisdiccionales, ya que las familias concurren a establecimientos educativos y sanitarios que pueden ser provinciales y/o municipales, los cuales a su vez acreditan el cumplimiento para que la AUH pueda ser percibida en su totalidad. Para esto la ANSES dispone en su página web de un formulario libreta de salud y educación que debe ser completada por los funcionarios respectivos.

Como se planteara anteriormente, las condicionalidades de la AUH refieren a educación y salud. En el caso de los menores de 4 años prescribe controles de crecimiento y desarrollo, salud e inmunizaciones y su inscripción en el programa SUMAR⁹; en el caso de las niñas, niños y adolescentes entre 5 y 18 años, a lo anterior se suma la matriculación y la concurrencia escolar. Ambas condicionalidades deben ser acreditadas anualmente para cada una de las niñas, niños y adolescentes tributarios del derecho por parte del adulto responsable y el incumplimiento de este requisito o su falseamiento son causa de suspensión del beneficio.

La transferencia se realiza mensualmente en una cuenta bancaria a nombre del padre o tutor de las niñas, niños y adolescentes, con preferencia normativa en el caso de las madres. La finalidad del uso del dinero es amplia, no tiene limitaciones, sin embargo recientes investigaciones (Kliksberg et al, 2015) refieren que el destino del gasto es fundamentalmente el consumo de alimentos básicos y elementos necesarios para la escolaridad.

Como prestaciones no monetarias, los sujetos de derecho de la AUH - además de su inscripción obligatoria en el Programa SUMAR - tienen prioridad en su vinculación con otros programas sociales como Argentina Trabaja, Ellas Hacen, monotributo social y la fuerte articulación con el sector educación. Asimismo, las beneficiarias de la Asignación Universal por Embarazo reciben, al momento del alta luego del parto, un kit denominado *Qunita*, que incluye una cuna, colchón, elementos para el cuidado del recién nacido, indumentaria para el bebé y su madre, un portabebé para el traslado hasta los 6 meses de edad, mordillo, sonajero, libro de cuentos y una cartilla que asesora acerca de pautas de crianza y cuidado de la niña y el niño.

8 Según cotización dólar vendedor del Banco de la Nación Argentina (<http://www.bna.com.ar>, 30/9/15)

9 El programa SUMAR es una iniciativa del Ministerio de Salud - con financiamiento internacional - que brinda cobertura a la población materno-infantil, niños/as y adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres y hombres hasta los 64 años, que carecen de cobertura de la seguridad social

No hay límites a la permanencia en la política pública más allá del cumplimiento de las condiciones de inclusión (desocupación o informalidad del jefe de hogar; edad de las niñas, niños y adolescentes excepto en el caso de que sean discapacitados) y de las condicionalidades en salud y educación.

Respecto de los impactos de la AUH, según Cecchini y Vargas (2014) hay evidencias en cuanto a la disminución de la desigualdad del ingreso, de la indigencia (entre el 55 y 70% de su descenso podría atribuirse a la AUH) y en la ponderación de la importancia de la concurrencia a la escuela por parte de las familias que reciben la AUH. Recientemente, Kliksberg y Novacovsky (2015), comparando un grupo receptor de la AUH con un grupo que no es beneficiario demuestran diferencias importantes tales como la disminución de la desigualdad en la brecha de ingresos en niñas, niños y adolescentes urbanos pertenecientes a los deciles 1 y 10, la mejora en el consumo de alimentos básicos por parte de las familias que usufructúan el derecho, la mejora en la tasa de empleo de jefes y jefas de hogar receptores de la AUH. En términos de educación informan una diferencia de 7,2 y de 6,3% en la concurrencia de niñas y niños entre 3 y 5 años y de adolescentes de 13 y 17 respectivamente así como una mejora de 6,4% en el rendimiento en lengua y matemáticas en niñas, niños y adolescentes en niveles primario y secundario. Esta misma investigación informa que en salud se han logrado mejoras del 7,1% en los controles sanitarios entre los 0 y los 17 años y el descenso de la maternidad adolescente en un 10%; mientras que respecto del trabajo infantil evidencian disminución del 4,7% entre los 14 y los 15 años y de 3,8% entre los 16 y los 17 años.

2. Estado Plurinacional de Bolivia: Bono Juancito Pinto y Bono Madre Niño Niña “Juana Azurduy de Padilla”

El Bono Juancito Pinto fue instituido en el año 2006 y promueve la escolaridad primaria y secundaria en escuelas públicas de todo el país; en ese año sólo se limitaba al ciclo primario pero, progresivamente, fue ampliando su cobertura hasta completar tanto el ciclo primario como el secundario en forma reciente. Su antecedente inmediato es el bono Esperanza, que se implementó en El Alto y tenía también la finalidad de promover la escolaridad. Sus objetivos son los de aumentar la matriculación escolar, disminuir la deserción y promover la retención en la escuela a la vez que interrumpir la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Esta política se establece a partir de diferentes marcos normativos, comenzando por el decreto supremo 28.899 de 2006 en que el Presidente Morales Ayma, en Consejo de Ministros, define las características de la iniciativa; posteriormente una serie de normas (decretos supremos y resoluciones ministeriales) modifican los alcances – amplían la cantidad de años de escolaridad cubiertos – a la vez que cuestiones de funcionamiento y de financiamiento.

La normativa de creación del Bono asume a la pobreza como multidimensional y define la necesidad de integrar la iniciativa en el *Plan Nacional de Desarrollo - PND “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien”*. En esta lógica propone el desarrollo de acciones destinadas “...a fortalecer, proteger y desarrollar las capacidades humanas, favoreciendo fundamentalmente a los niños y niñas del país.” Define así al *Subsidio de Incentivo a la Permanencia Escolar* como el primer paso de la *Política de Protección Social y Desarrollo Integral Comunitario*. En este sentido, es claro también que se define a la política no sólo desde la perspectiva de abordaje de la pobreza sino también desde la reivindicación de derechos ciudadanos. Las niñas, niños y adolescentes que concurren a las escuelas públicas en el ciclo primario y secundario, incluyendo tanto a la Educación Juvenil Alternativa como a la Especial, son sujetos de derecho de esta política.

Según Cecchini y Vargas (2014), la cobertura del Bono a 2013 era de 1,95 millones de estudiantes (18,7% de la población del país) y con la expansión a quinto y sexto año de la escuela secundaria llegaría a 2,8 millones de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años. Es requisito para la recepción del Bono la inscripción en el Registro Único de Estudiantes (RUDE), el que se actualiza en forma permanente.

El monto del Bono es de 200 Bolivianos (inicialmente en 2 cuotas de 100, luego sólo en una al final del ciclo lectivo), lo que equivale a

U\$D 28,7. La inversión nacional en esta iniciativa es de 60 millones de dólares a 2013, lo que equivale a 0,2% del PIB (CEPAL, 2015); los fondos provienen de la nacionalización de los hidrocarburos. La gestión del programa es implementada a través de una Unidad Ejecutora dependiente del Ministerio de Educación (originalmente dependiente del Ministerio de Planificación del Desarrollo), y las Fuerzas Armadas son designadas como “...Agentes de Entrega del Bono “Juancito Pinto”, responsables del soporte logístico, operativo y administrativo, necesario para garantizar la seguridad, correcta y oportuna entrega del mismo al conjunto de sus beneficiarios...” (Decreto Supremo 1372). Esto implica un modelo de gestión fuertemente centralizado; sin embargo esto no excluye mecanismos de participación y control social que serán oportunamente abordados en otros apartados.

El cobro del Bono por parte de las familias tiene la condicionalidad de la matriculación y la concurrencia a por lo menos el 80% del año escolar, esto es acreditado por las autoridades escolares. En caso que no se cumpla esta condicionalidad, no se cobra el Bono, o se discontinúa el beneficio. El monitoreo se realiza a partir del RUDE.

Si bien la finalidad del Bono es financiar los costos secundarios de la educación pública (transporte, materiales escolares, vestimenta, etc.), el uso por parte de las familias es libre, ya que el Bono es pagado en efectivo. Sin embargo, las evaluaciones realizadas (Cecchini y Vargas, 2014) dan cuenta de una leve mejora en las tasas de matriculación y permanencia (alrededor del 1%) y en la tasa de promoción (3,5%). A partir de una simulación econométrica se concluye un aumento del 3,6% en la tasa de asistencia escolar con una mayor incidencia en el nivel primario y en zonas rurales.

El Bono Madre Niña Niño Juana Azurduy es una política de transferencia condicionada destinada a las mujeres embarazadas y lactantes y a las niñas y niños menores de 2 años sin cobertura de seguridad social. El Bono “...tiene por finalidad hacer efectivos los derechos fundamentales de acceso a la salud y desarrollo integral consagrados en la Constitución Política del Estado, para disminuir los niveles de mortalidad materna e infantil y la desnutrición crónica de los niños y niñas menores de 2 años.”, tal lo que plantea el Decreto Supremo 0066 de 2009 firmado por el Presidente Morales Ayma en Consejo de Ministros. Queda claro, en los considerandos de esta norma, que el eje inmediato de la política está puesto en el cuidado de la salud y la nutrición y la disminución de indicadores sanitarios como la mortalidad infantil y materna, pero lo hace en un marco de derechos al acceso a la salud, a la maternidad segura, a la alimentación saludable y, en síntesis, al Buen Vivir y la dignidad, tal lo planteado en el Bono Juancito Pinto.

Los criterios para la selección de los titulares de derecho del Bono refieren a un grupo poblacional específico (mujeres embarazadas y lactantes y niñas y niños menores de 2 años) con la característica de carecer de cobertura de seguridad social, así esta selección categórica tiene perspectiva de género y prioriza ciclos de vida. Se implementa en la totalidad del territorio nacional.

A 2013, la cobertura efectiva del Bono era de 809.049 personas (165.112 hogares), lo que equivale al 7,74% de la población boliviana. La inversión en ese período equivale a U\$D 17.572.092, correspondientes a 0,08% del PIB (CEPAL, 2015). Su financiamiento proviene de fondos del tesoro nacional junto con aportes del BIRF y del BID.

La gestión del Bono está en manos del Ministerio de Salud y Deportes, quien articula con los Servicios de Salud Departamentales, los que a su vez son responsables de la implementación de la política en esos territorios; asimismo los Gobiernos Municipales son responsables del

empadronamiento de las y los beneficiarios y la complementación con sus propios servicios de salud. Por otro lado, el Ministerio de Planificación del Desarrollo es responsable también, junto al de Salud y Deportes por la articulación en Departamentos y Municipios y a la vez con otros programas que aborden la problemática de la pobreza. Finalmente, el Ministerio de Planificación del Desarrollo tiene la función de evaluar anualmente el impacto de la implementación del Bono y su incidencia en el cumplimiento de las metas y objetivos de las políticas de erradicación de extrema pobreza y del Plan Nacional de Desarrollo.

Las prestaciones previstas como condicionalidad para la recepción del Bono son las siguientes:

- Bono de Control Prenatal: para mujeres embarazadas, se reciben hasta un total de 4 bonos por familia (de B\$ 50, total 200, equivalente a U\$D 28,7). Quien recibe el bono es la mujer y requiere concurrir a controles de salud en el servicio asignado con una frecuencia establecida. Asimismo la persona debe concurrir a las actividades educativas y seguir las recomendaciones de cuidados.
- Bono parto institucional y control posnatal: para las mujeres embarazadas y sus hijas e hijos. Es un pago único de B\$ 120 (17,1 U\$D). La condición es que el parto se realice en una institución de salud y que concurra a control posnatal hasta 10 días posteriores al parto.
- Bono controles integrales de salud: para las niñas y niños menores de 2 años. Integra hasta 12 bonos bimestrales durante un período de 24 meses y es percibido por la madre de las niñas y niños; requiere la asistencia regular a controles integrales de salud en centros asignados, el cumplimiento de las recomendaciones alimentarias y nutricionales y la cobertura obligatoria de inmunizaciones, así como actividades educativas para las madres. Cada uno de los bonos corresponde a B\$ 125 (U\$D 18), el máximo es de B\$ 1500 (U\$D 215,7).

El Bono cuenta con un sistema de información de base propia que es su sustento para el monitoreo y la evaluación, competencia del Ministerio de Planificación del Desarrollo, tal lo prescrito en el Decreto Supremo 0066/2009. En esta normativa se prevé, además, la realización de una evaluación a nivel municipal al quinto año de implementación de la política. Al momento no hay bibliografía disponible con evaluaciones acerca del impacto del Bono Juana Azurduy respecto de los objetivos planteados para la política.

3. Brasil: Bolsa Familia

El Programa Bolsa Familia fue creado en octubre de 2003 aunque es la Ley 10836 (9/1/2004), que lo instituye a partir de la articulación de programas vigentes anteriormente como el Bolsa Escola, Bolsa Alimentação (Programa Nacional de Acceso a la Alimentación), Programa Auxilio Gas y el de Cadastro Unico del Gobierno Federal. Posteriormente, en 2005 se agregan en su composición las acciones del Programa de Erradicación del Trabajo Infantil (PETI) y en 2012 se suma el beneficio de superación de la extrema pobreza. El responsable político de su implementación es el Ministerio de Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre, pero la gestión depende del Consejo Gestor Interministerial del Programa Bolsa Familia que designa una Secretaría Ejecutiva con competencias específicas.

Su definición de pobreza es multidimensional, no sólo vinculada con los ingresos sino también con cuestiones de infraestructura familiar, acceso a la alimentación, la educación y a la salud así como a la participación y el control social de las acciones del propio programa. En este sentido es clara la web del Ministerio responsable cuando caracteriza el programa según sus 3 ejes: complemento de renta, acceso a derechos y articulación con otras acciones (políticas del Estado); específicamente en el punto de acceso a derechos refiere al cumplimiento de las condicionalidades y define “...as condicionalidades não têm uma lógica de punição; e, sim, de garantia de que direitos sociais básicos cheguem à população em situação de pobreza e extrema pobreza. Por isso, o poder público, em todos os níveis, também tem um compromisso: assegurar a oferta de tais serviços.” Por otro lado, es importante destacar que es la Constitución Nacional y la Ley Orgánica de Asistencia Social, las que definen también que el derecho a la asistencia social es un derecho ciudadano y una obligación del Estado garantizarlo.

En el aspecto de la articulación de Bolsa Familia con otras acciones del Estado – y también como claro ejemplo de la conceptualización de la pobreza incluida en esta política pública - desde 2011 integra un macro plan que es Brasil Sem Miséria cuya lógica es vincular acciones intersectoriales de diferente índole con la finalidad de disminuir y hasta superar las condiciones de extrema pobreza en el país. Así, además de Bolsa Familia, este plan integra iniciativas como Brasil Carinhoso (cuyo objetivo es el desarrollo infantil temprano), Agua y Luz para todos, programas de capacitación técnica, entre otras iniciativas (d’Aquino Mafra, 2015).

Las familias se incluyen en el Programa a partir de la búsqueda activa por parte de los Municipios, que reciben desde el Gobierno Federal una estimativa de la totalidad de familias en condiciones de

pobreza y extrema pobreza en sus territorios. Así pueden incluirse en la iniciativa aquellos grupos que tienen una renta menor a R\$ 77 por persona y por mes o de entre R\$ 77 y 154 por persona y por mes cuando los núcleos familiares integren niñas, niños y adolescentes (entre 0 y 17 años). Estos grupos familiares ingresan en el Cadastro Unico para Programas Sociais del Gobierno Federal donde se define su ingreso en Bolsa Familia. La cobertura del programa es nacional y las transferencias se hacen en cuentas de la Caixa Económica Federal (agente operador bancario) cuyo titular es el jefe de hogar, con preferencia en las mujeres.

La cobertura de Bolsa Familia a 2014 (CEPAL, 2015) es de 14.003.441 hogares, 54.613.420 personas que corresponde al 27,1% de la población brasilera. Su presupuesto asciende a R\$ 26.725.937.102 (USD 11.372.739.192), equivalente al 0,48% del PIB nacional. Es el gobierno federal el que financia el Programa.

El modelo de gestión del Programa es descentralizado, al igual que la mayoría de la política pública en Brasil, ya que tanto la Constitución Nacional como la Ley Orgánica de Asistencia Social imponen esta lógica de funcionamiento al estado brasilero. Incluso, la implementación de Bolsa Familia prevé un índice de gestión descentralizada que condiciona las transferencias del gobierno federal a las municipalidades dependiendo del nivel de desempeño de los estados locales, en este aspecto son elementos de ponderación en el índice la inscripción de los beneficiarios en el Cadastro Unico para Programas Sociais, la supervisión de condicionalidades en salud y educación y las visitas que los municipios realizan periódicamente a los grupos familiares. También existe un índice de gestión descentralizada que regula las transferencias entre el gobierno federal y los gobiernos estaduais.

Las diferentes esferas de gobierno con corresponsables de la implementación de Bolsa Familia, así la Secretaría Nacional de Renta de Ciudadanía, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre, es el área responsable de la gestión en el Gobierno Federal. Desarrolla acciones de apoyo técnico y financiero a Estados y Municipios, acciones de comunicación tanto para gestores como ciudadanos y de monitoreo y evaluación de la iniciativa así como de articulación con otros organismos del gobierno nacional y de la Sociedad Civil. A la vez es responsable de la gestión de los acuerdos con la Caixa Económica Federal, agente operador de Bolsa Familia. En tanto, los gobiernos estaduais son los responsables de las articulaciones intersectoriales, el apoyo técnico a los gobiernos locales, la implementación financiera y el fortalecimiento de la participación y el control social. Finalmente, los municipios son los responsables directos de la gestión territorial del Programa, así son quienes están en contacto con las familias e implementan las acciones articuladas entre los sectores de salud, educación y acción social, implementan la gestión de las familias beneficiarias en el Cadastro Unico de Programas Sociais, implementan la búsqueda activa de nuevos beneficiarios, ejecutan el presupuesto, acompañan el control de las condicionalidades, fiscalizan las acciones del Programa y promueven el control y la participación social.

En la tabla que sigue se detallan los beneficios que integran las transferencias del Programa Bolsa Familia, los requisitos que deben cumplir las familias para recibir cada uno de ellos así como las condicionalidades requeridas a esos grupos. Es importante destacar, nuevamente, la perspectiva de derechos en el seguimiento de las condicionalidades así, en caso de incumplimientos se implementan acciones graduales, siendo la primera la advertencia a los jefes de hogar sin efectos sobre las transferencias. En caso que el incumplimiento persista o se reitere en un plazo de hasta 6 meses, se bloquea el retiro del beneficio (aunque una vez resuelto el problema, podría retirarse). En caso que el incumplimiento se reitere en los siguientes 6

meses, se produce un bloqueo de 2 transferencias mensuales consecutivas no pudiendo la familia retirarlo posteriormente. Cuando persistieran los incumplimientos, antes de la exclusión de la familia del Programa debe mediar un acompañamiento por parte del Municipio, ya que se asume que la familia incapaz de dar cuenta de las condicionalidades se encuentra en una situación de alta vulnerabilidad, por lo que el Estado debe acompañarla más cercanamente.

Tabla N° 2: Características de las transferencias del Programa Bolsa Familia

Tipo de Transferencia	Característica	Monto	Requisito	Condicionalidad	Tiempo máximo de implementación
Beneficio básico	Fija. Sólo 1 por familia	R\$ 77 (USD 34)	Extrema pobreza. Familias con renta per cápita mensual menor a R\$ 77	Ninguna	Mientras persista condición social
Beneficio por menores de 15 años	Variable. Hasta por 5 niñas, niños de 0 a 15 años	R\$ 35 por niña o niño (USD 17)	Familias con renta mensual per cápita menor de R\$ 154	Controles de Salud, Inmunizaciones, Concurrencia de más 85% de ciclo escolar	Hasta las 15 años de las niñas y niños o se supere la condición social
Beneficio por adolescentes	Variable. Hasta por 2 adolescentes de 16 y 17 años	R\$ 42 por adolescente (USD 21)	Familias con renta mensual per cápita menor de R\$ 154	Inmunizaciones, Concurrencia de más 75% de ciclo escolar	Hasta los 17 años de adolescentes o se supere la condición social
Beneficio por gestante	Variable	R\$ 35 (USD 17)	Familias con renta mensual per cápita menor de R\$ 154	Controles prenatales. El embarazo debe estar acreditado por el sistema de salud	Desembolso por 9 meses
Beneficio por lactante	Variable	R\$ 35 (USD 17)	Familias con renta mensual per cápita menor de R\$ 154	Controles del lactante en los primeros 6 meses de vida. El lactante debe estar registrado en CadUnico hasta los 6 meses	Desembolso por 6 meses
Superación de extrema pobreza	Variable	Valor calculado de acuerdo a ingreso de cada familia. Se calcula para que supere el ingreso per cápita mensual de R\$ 77	Familias con ingresos per cápita mensual de R\$ 77 luego de recibidas las demás transferencias	Ninguna	Mientras persista la condición social

Fuente: elaboración propia a partir de información de página web del Ministerio de Desenvolvimento Social e Combate à Fome <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e/beneficios>

No existe un plazo máximo de permanencia de las familias en el Programa, sino que son beneficiarios mientras persistan las condiciones sociales que justifican su caracterización como titulares de derecho; asimismo, las diferentes transferencias sí pueden discontinuarse al dejar de cumplirse los criterios de elegibilidad para cada una de ellas.

Tal como se planteó en forma antecedente, teniendo en cuenta la articulación de la política social en general así como la inclusión del Programa Bolsa Familia y los Planes Brasil Sem Miséria y Fome Zero, las familias titulares de derecho de la iniciativa tienen un acceso preferencial a otras prestaciones vinculadas con el trabajo y el empleo, el acceso al agua potable y el suministro de energía eléctrica, microcrédito, alimentación, vivienda, fortalecimiento de la agricultura familiar, saneamiento básico, entre otros.

Respecto de las evaluaciones de impacto del Bolsa Familia, si bien las publicaciones pueden ser contradictorias entre sí, hay consenso que la vida de los colectivos sociales ha mejorado y que efectivamente existen diferentes niveles de impacto sobre las condiciones materiales en que se desarrolla su existencia. Así Marques (2013) explicita que la desigualdad de la renta en Brasil ha disminuido entre 1999 y 2009 y que un 16% de esa disminución puede atribuirse al Programa Bolsa Familia; además esta iniciativa es responsable de la mejora de la frecuencia escolar del 2,2% en las áreas urbanas y del 3% en las rurales. También mejora la salud de la población evidenciando una disminución del bajo peso en niñas y niños entre los 0 y los 4 años.

En este mismo sentido, Rivera Castiñeira et al (2009) afirma que el impacto sobre la pobreza es muy fuerte disminuyendo – en Recife – el 50% en caso de los pobres y en el 66% en el caso de los extremadamente pobres. Abonando esto se plantea que en San Pablo, el ingreso en las familias más pobres estaba constituido en un 21% por dinero proveniente de transferencias de este tipo de programas mientras que en todo el país, el Programa Bolsa Familia reduce la pobreza en un 12% y su severidad en el 19%, mientras el 35% de la caída en la desigualdad de ingresos se debe a esta iniciativa. Habría también cambios en los comportamientos alimentarios como consecuencia de las transferencias del Programa, en este sentido estudios del Instituto Brasileiro de Análisis Sociales y Económicos sostienen que el 73% de las familias han mejorado la cantidad de alimentos que consumen como consecuencia del Programa Bolsa Familia, aunque no su calidad (se trata de alimentos con alto contenido calórico pero baja calidad nutricional). Asimismo, investigaciones del Ministerio de Desarrollo Social y Combate contra el Hambre han demostrado – en unidades de salud de la zona semiárida – una reducción significativa de la desnutrición aguda en menores de 5 meses y la crónica en niñas y niños de entre 6 y 11 meses de vida. Estos mismos autores informan que no parece haber impacto en términos de cobertura de calendario de vacunas ni en consultas prenatales aunque sí en cantidad de consultas generales.

Finalmente, según estudios realizados entre 2005 y 2009 por el Instituto Internacional de Pesquisas sobre Políticas Alimentares (Rasella et al, 2013), se verifica una mejora del 4,4% en la matrícula escolar de niñas y niños entre 6 y 17 años comparando beneficiarios con no beneficiarios. Asimismo aumenta en un 19% las posibilidades de que una niña de 15 años continúe la concurrencia escolar si recibe el Programa, mientras la misma fuente informa un 1,5 más visitas para controles prenatales, a la vez que se incrementa en un 15% la posibilidad de recibir las vacunas completas antes de los 6 meses.

4. Chile: Ingreso Etico Familiar

El Ingreso Etico Familiar fue creado en 2012 según la ley nacional 20.595, que propone un sistema de promoción y protección social, al que llama de “Seguridades y Oportunidades”, destinado a personas y familias vulnerables por vivir en condiciones de extrema pobreza. El objetivo explícito de este sistema es el de promover el acceso a mejores condiciones de vida para los colectivos que se involucran en él; en este sentido es claro que la iniciativa se conceptualiza como una estrategia programática que se asume como transitoria y que tiene como finalidad apoyar a las familias y personas en un proceso de mejora y superación de su condición de vulnerabilidad.

El marco normativo define que el ingreso en el sistema es voluntario para aquellos colectivos que cumplen las condiciones de elegibilidad, definiendo la condición de pobreza extrema como la imposibilidad de satisfacer las necesidades alimentarias. El ingreso entonces implica la firma de un documento de compromiso que acredita la decisión de cumplir con los requisitos que define el sistema para sus beneficiarios. La iniciativa define entonces un período máximo de 4 años para la permanencia de las familias en el sistema y también una cantidad máxima de 70.000 familias o personas cubiertas (la ley propone ambas modalidades, aunque esto implique coberturas diferentes).

Además de la condición de pobreza extrema como condición de acceso al Ingreso Etico Familiar, la ley es explícita en cuanto a que otras situaciones de vulnerabilidad pueden ser cubiertas por la política: *(a) Tener 65 o más años de edad, vivir solo o con una persona y estar en situación de pobreza...; (b) Las personas en situación de calle; (c) Los menores de edad, cuyo adulto significativo se encuentre privado de libertad. También serán beneficiarios los cuidadores de tales menores.* La iniciativa tiene cobertura nacional.

La cobertura a 2013 del Programa (CEPAL, 2015) es de 179.539 hogares, que equivale a 718.156 personas, 4,08% de la población del país y la inversión en ese mismo año ascendió a 0,14% del PIB (USD 380.727.929.-). El sistema es gestionado por el Ministerio de Desarrollo Social en los diferentes niveles de su implementación, es quien selecciona y define quienes son beneficiarios de la iniciativa y también el organismo que destaca al personal que hace el seguimiento de las familias y personas beneficiarias. Para el cumplimiento de las condicionalidades de salud, son las Municipalidades las que participan haciendo constar en el carné de salud del menor los controles sanitarios. Asimismo, en el caso de las vinculadas con la concurrencia escolar o con los niveles de logros escolares, es el Ministerio de Educación quien define la información y la transmite al Ministerio de Desarrollo Social.

La política cuenta como pilares básicos para su intervención con un programa eje que articula las diferentes intervenciones de apoyo psicosocial y sociolaboral y la implementación de bonos de transferencias condicionadas y no condicionadas. Específicamente en el caso de los bonos, estos a su vez se articulan en 3 modalidades básicas:

- a. Bonos por dignidad: esta es una transferencia no condicionada (aunque es vinculante la participación en los planes de apoyo psicosocial y sociolaboral) que cuenta con un bono base familiar y un bono de protección
- b. Bonos por deberes: se trata de una transferencia condicionada vinculada con 2 modalidades: el control del niño sano (para menores de 6 años) y el bono por asistencia escolar (para niñas, niños y adolescentes entre 6 y 18 años)
- c. Bonos por logros: también se trata de una transferencia condicionada que tiene 2 modalidades. Por un lado un bono de logros escolares para menores de 24 años que cursen entre 5° año de educación básica hasta 4° año de educación media que pertenezcan al 30% más vulnerable de la población y se encuentre en el 30% de mejor rendimiento académico y el bono de trabajo de la mujer que se asigna a mujeres trabajadoras dependientes e independientes con cotizaciones previsionales al día, que tienen entre 25 y 59 años y que pertenecen al 40% más vulnerable de la población. Las mujeres pueden obtenerlo hasta durante 4 años consecutivos pero la transferencia al empleador (que funciona como una suerte de subsidio), sólo puede ser remitida durante 24 meses.

El funcionamiento del sistema propone que, una vez identificadas las familias o las personas en condiciones de vulnerabilidad y/o en extrema pobreza, el Ministerio de Desarrollo Social realiza una visita al domicilio e invita a formar parte del Ingreso Etico Familiar. Posteriormente se realiza un diagnóstico por parte de ese Ministerio y se definen – a partir de las condiciones y de los recursos y capacidades de las familias – un plan de intervención específico para la familia y que prevé un programa de acompañamiento psicosocial y uno de apoyo sociolaboral; ambos pueden ser implementados por un período máximo de 24 meses (aunque no necesariamente coexistentes ni consecutivos), con un período mínimo de 3 meses. Estos programas incluyen la vinculación con redes de políticas e iniciativas tanto públicas como privadas; asimismo se establece la percepción de bonos por parte de la familia que apoyan el proceso de promoción de mejores condiciones de vida y de superación de la condición de extrema pobreza. Este programa eje es monitoreado y evaluado periódicamente por funcionarios del Ministerio de Desarrollo Social.

Los bonos del pilar de dignidad, como se planteaba, tienen 2 modalidades. Un bono base familiar cuyo monto se calcula en base al 85% de la diferencia entre el ingreso per cápita potencial de la familia¹⁰ y la línea de pobreza extrema; este bono se percibe mensualmente hasta un período máximo de 24 meses y es condición la realización de los planes de apoyo psicosocial y sociolaboral para su percepción. Es actualizado anualmente en base al Índice de Precios al Consumidor. Por otro lado, el bono de protección está también vinculado con el desarrollo del plan de apoyo psicosocial, se ejecuta mensualmente durante un período máximo de 24 meses y sus montos son decrecientes en períodos de 6 meses (comienza por U\$D 36 y culmina en 23).

¹⁰ El ingreso per cápita potencial de la familia se calcula en base a la suma del promedio nacional del ingreso autónomo per cápita mensual de las familias en condiciones de pobreza extrema, el valor del alquiler per cápita mensual promedio de la vivienda y el valor per cápita de los subsidios que la familia recibe mensualmente.

Los bonos por deberes también tienen 2 modalidades. Para menores de 6 años la condicionalidad es el control del niño sano y debe acreditarse ante las Municipalidades, su percepción es mensual y su valor es de U\$D 14.- por un lapso máximo de 24 meses; en el caso del bono de asistencia escolar, su percepción es por niña, niño o adolescente de entre 6 y 18 años, su percepción es mensual y su valor de U\$D 14.- también por un máximo de 24 meses. La condicionalidad refiere a la matriculación en la escuela y la concurrencia de más del 85% del año escolar, este dato se constata en forma mensual por parte del Ministerio de Educación que lo informa al Ministerio de Desarrollo Social.

Finalmente, los bonos por logros tienen también 2 modalidades. Por un lado el de logro escolar que se transfiere en una cuota anual que depende de la pertenencia al 30% más vulnerable de la población pero al alcance del mejor rendimiento académico del 30% de la población de esa promoción. Esto es informado por el Ministerio de Educación al de Desarrollo Social y su monto es de U\$D 125 si el rendimiento está en el mejor 15% o U\$D 75 en caso que esté en el segundo 15%. Finalmente, la otra modalidad es la del bono por el trabajo de la mujer, que como se plantea corresponde a mujeres trabajadoras con cotización previsional al día que pertenezcan al 40% más vulnerable de la población; el monto es variable y se calcula en base a las condiciones sociales (establecidas por la ficha de protección social) y los ingresos de todos los miembros de la familia.

Según Cecchini y Vargas (2014), no hay disponibilidad de evaluaciones de impacto de esta política, aunque sí de su predecesor "Chile Solidario", que presenta similitudes con la iniciativa en cuestión. Así se ha acreditado una disminución del 0,1% en la indigencia que podría atribuirse a la iniciativa, sobre todo dependiente de las condiciones de vida en la zona rural. Por otro lado, hay un impacto positivo en la inscripción de usuarios del programa en el sistema de salud, siendo también superior en el caso de la zona rural (4,6%) por sobre la urbana (3,8%); finalmente, hay un incremento del 4,9% en las posibilidades de obtener trabajo en el caso de los beneficiarios de la política.

5. Colombia: Más Familias en Acción

Esta política de transferencia condicionada tiene sus orígenes históricos en el Programa Familias en Acción que se implementa desde 2001, pero que a partir de 2012 (Ley 1532) tiene una serie de modificaciones (cambios en los criterios de focalización, de organización geográfica que definen modificaciones en las transferencias, así como diferenciales en los niveles educativos), que caracterizan el diseño actual en que se establecen una serie de condicionalidades y ajustes, sobre todo en lo referido a la adecuación de los montos de las transferencias en relación al índice de precios al consumidor de ingresos bajos.

Esta iniciativa depende institucionalmente del Departamento para la Prosperidad Social (definida como la entidad del Gobierno Nacional responsable por la inclusión social y la reconciliación) y explícitamente define como su objetivo el apoyo a familias con menores de 18 años que requieren ayuda económica para desarrollar una alimentación saludable, promover controles de crecimiento y desarrollo a tiempo y la permanencia en el sistema escolar. En ese sentido, el objetivo de esta política es *“...contribuir a la superación y prevención de la pobreza y la formación de capital humano, mediante el apoyo monetario directo a la familia beneficiaria.”* (artículo 3 de Ley 1532/2012).

La población beneficiaria de esta iniciativa son las familias víctimas de desplazamiento forzado, de la comunidad indígena¹¹, los beneficiarios de la Red Unidos¹², y las familias que viven en condiciones de pobreza según el SISBEN¹³. La inclusión en el programa requiere que las familias se inscriban, lo que requiere su proactividad en la concurrencia a oficinas municipales con una serie de documentación en original y copia que incluye acreditación de la identidad de madre,

11 En el caso de las familias indígenas, no es necesario que sean categorizadas por el SISBEN, sino que simplemente cuando son censadas como pertenecientes a naciones indígenas ya se establece su derecho a ser parte de Más Familias en Acción.

12 *La Red Unidos y el Ingreso para la Prosperidad Social complementan la estrategia de reducción de la pobreza y generación de ingresos para la población pobre y en situación de desplazamiento de Colombia. La Red Unidos fue creada en 2006 (con el nombre de Red Juntos) con el fin de contribuir al acceso integral a los servicios sociales, al fortalecimiento del capital humano y la generación de ingresos mediante un plan familiar que consiste en el cumplimiento de 45 logros básicos agrupados en nueve dimensiones que son clave para salir de la pobreza. Las nueve dimensiones son: educación, ingresos y trabajo, habitabilidad, bancarización y ahorro, nutrición, dinámica familiar, salud, identificación y acceso a la justicia.* (Cecchini y Vargas, 2014)

13 EL SISBEN es el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales. Este sistema define pobreza según capacidades y funcionamientos que son constitutivos para la vida. Así los potenciales beneficiarios son categorizados y las familias son seleccionadas y focalizadas según sus necesidades; en el caso de la política bajo análisis, son potenciales beneficiarias aquellas con puntaje 0 a 30,56 en el caso de Bogotá y capitales, 0 a 32,20 en el caso de zonas urbanas y centros poblados y 0 a 29,03 en el caso de las zonas rurales.

hijas e hijos, documentos legales que acrediten la custodia legal de las niñas, niños y adolescentes en caso que quien cuida no sea la madre y constancias de los controles de crecimiento y desarrollo así como de estudios.

La cobertura de la iniciativa a 2014 (CEPAL, 2015) es de 2.672.386 hogares, equivalentes a 4.807.772 personas (9,81% de la población del país), con un presupuesto de U\$D 1.132.528.050.- correspondiente al 0,27% del PIB. Su modalidad de gestión es descentralizada ya que si bien la responsabilidad de la implementación depende de una estructura nacional (Departamento para la Prosperidad Social), la inscripción en el programa depende de estructuras municipales, así como los controles de salud y las prestaciones educativas. Asimismo, en las prestaciones a poblaciones indígenas, se amplía la participación de los cabildos indígenas y las alcaldías.

Las transferencias, tal como se planteó anteriormente, están vinculadas con salud y con educación. En el primer caso el beneficio es familiar (sólo se transfiere uno por familia con menores de 7 años); las niñas y niños que deben concurrir a controles de crecimiento y desarrollo periódicos que se acreditarán a través de su carné de crecimiento y desarrollo. Las transferencias se realizan cada 2 meses hasta el día previo en que la niña o niño cumple sus 7 años. En el caso de educación, la transferencia es personal (una por cada uno de las niñas, niños y adolescentes entre 5 y 18 años); su frecuencia también es bimensual y se realizan 5 transferencias anuales (no se transfiere cuando la niña, niño o adolescente no concurre a la escuela, en los meses de enero y febrero). La condicionalidad es la concurrencia al 80% del ciclo escolar y debe ser acreditado a través de constancias del centro educativo, asimismo no debe haber una pérdida de más de 2 años de escolaridad. En caso de jóvenes que no hayan concluido la escolaridad, la transferencia continúa pero si tiene 18 o 19 años debe cursar 10° grado y en caso de que tuviera 20 años, 11° grado.

La cobertura de transferencias es variable según el espacio geográfico y los niveles educativos así como la condición del estudiante, ya que de 1° a 11° grado se cubren un máximo de 3 beneficios por familia, aunque en Bogotá sólo la cobertura es entre el 6° y el 11° grado; por otro lado, son beneficiarios de transferencias los discapacitados que estudian y están identificados por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Sistema de Matriculación Escolar (aunque en Bogotá no tienen cobertura entre el 0 y el 5° grado). Finalmente, existe una transferencia especial en la transición desde grado 0 para niñas y niños de 5 y 6 años, pero este beneficio no se provee en Bogotá.

Los montos de los bonos dependen de la zona de residencia así como de la edad, por lo que en el caso del de salud, el mínimo es de U\$D 27,7, mientras el máximo es de 54,4; en el de educación 16,6 y de 66,5 (Cecchini y Vargas, 2014)

La salida del programa depende de la superación de las condiciones económicas y sociales, así como del incumplimiento de las condicionalidades, sin embargo la ley prevé que en el caso de las familias que incumplan en 2 periodos consecutivos de pago se establecerá un mecanismo de seguimiento especial, y que *“Cuando las causas no sean imputables a todo el núcleo familiar se propenderá por un seguimiento para evitar la suspensión estas familias.”*

Finalmente, siguiendo a Cecchini y Vargas (2014) en el ámbito de la medición de impactos, respecto de pobreza y desigualdad, el Programa ha permitido reducir en 3% la pobreza y en 7% la brecha de desigualdad. Por otro lado, en términos de educación ha mejorado la matriculación de adolescentes entre 14 y 17 años así como la de niñas y niños entre 8 y 13 años (entre un 1 y 3%); las chances de terminar la escuela secundaria, sobre todo entre mujeres de zonas rurales se incrementa entre 4 y 8% por la pertenencia al programa.

La iniciativa ha demostrado efectividad en la promoción de la realización de controles de crecimiento y desarrollo en niñas y niños entre 0 y 5 años; asimismo la contribución del Más Familias en Acción para el crecimiento de niñas y niños es también significativa, así como en la disminución de la prevalencia de enfermedades respiratorias y diarreas, y en el aumento de las coberturas de inmunizaciones. Finalmente, el programa, ha impactado positivamente sobre las posibilidades de empleo de sus beneficiarios en condiciones de trabajar.

6. Ecuador: Bono de Desarrollo Humano

Esta iniciativa, que se implementa desde 2003, tiene su antecedente inmediato en el Bono Solidario cuya finalidad fue la compensación a las familias por la eliminación de los subsidios al gas, electricidad y combustibles, vigente desde 1998 hasta la instalación del Bono de Desarrollo Humano. El Bono Solidario no contaba con condicionalidades, sino que la transferencia de renta se hacía sin requisito alguno, más allá de las condiciones sociales de los hogares.

En 2003 se realiza una reforma del sector social que implica, entre otras cosas, la reconversión del Bono Solidario en el de Desarrollo Humano¹⁴, refocalizando esta iniciativa e implementando las corresponsabilidades en términos de educación y salud. Asimismo el Bono define 3 tipos de beneficiarios: las familias con menores, los adultos mayores con más de 65 años y los discapacitados con porcentajes de discapacidad mayores del 40% (según la definición funcional que realiza el CONADIS¹⁵); la totalidad de los beneficiarios deben ser caracterizados en condiciones de vulnerabilidad social, integrantes de los quintiles de ingresos 1 y 2 y no ser beneficiarios de la seguridad social. Posteriormente, en 2009, estos programas sociales se integran en el Programa de Protección Social, quien es responsable de su gestión y articula estas iniciativas con otras como el Bono de Emergencia, el Crédito de Desarrollo Humano (microcréditos) y la Red de Protección Solidaria (que brinda cobertura en el caso de situaciones individuales catastróficas).

Explícitamente, en la página web del Ministerio de Inclusión Económica y Social¹⁶ - organismo responsable de la implementación del Bono de Desarrollo Humano –se define que el objetivo de esta iniciativa es *“Ampliar el capital humano y evitar la persistencia de la pobreza mediante la entrega de compensaciones monetarias directas a las familias que se encuentran bajo la línea de pobreza...”* garantizando a los hogares un nivel básico de consumo e implementando corresponsabilidades en salud y educación que promoverán la disminución de la prevalencia de desnutrición crónica y enfermedades prevenibles en menores de 5 años a la vez que estimularán la reinserción escolar y la continuidad de asistencia a clases para niñas, niños y adolescentes de entre 5 y 18 años.

Las familias son seleccionadas a través del sistema de identificación y selección de beneficiarios de los programas sociales (Registro Social, ex SELEBEN) que, a través de encuestas – ya sea en forma sistemática

14 El Bono de Desarrollo Humano se implementa a través del Decreto Ejecutivo N° 347-A; el que en 2006 se complementa con el Decreto Ejecutivo N° 1824 que agrega las Pensiones Asistenciales (para adultos mayores y discapacitados).

15 Consejo Nacional de Discapacidades

16 <http://www.inclusion.gob.ec/objetivos-bdh/>, revisado el 12/10/15

o a pedido de las familias que consideran cumplir con los requisitos del Bono – identifica las condiciones de vulnerabilidad en términos de vivienda, composición de los hogares (integrantes, edad, sexo, ocupación, afiliación al seguro social, parentesco, estado civil, escolaridad, presencia de discapacidades, entre otros) y pertenencia al 1° y 2° quintiles de ingresos. En el caso de las familias con niñas, niños y adolescentes menores de 16 años, el beneficio se entrega a las madres quienes, a su vez, son las responsables del cumplimiento de las condicionalidades.

La cobertura del Bono es nacional. Según CEPAL (2014), a 2013, la iniciativa brindaba servicios a 1.026.114 familias, 569.144 adultos mayores y 122.233 discapacitados, resultando que 5.900.000 personas habitan en hogares cubiertos por el Bono de Desarrollo Humano, esto equivale al 37,2% de la población ecuatoriana. El financiamiento se realiza a través de fondos públicos y asciende a U\$D 1062 millones equivalentes al 1,13% del PIB. La transferencia es mensual y corresponde a U\$D 50.- por familia, independientemente de la cantidad de niñas, niños y adolescentes en el hogar; en el caso de los adultos mayores o de los discapacitados, el monto de la transferencia es el mismo. El cobro del beneficio puede hacerse en los bancos o a través de una tarjeta magnética que puede utilizarse para la compra de productos – contando, en ese caso con descuentos sobre algunos de ellos – o para el retiro del dinero en cajeros automáticos.

La modalidad de gestión es centralizada en el Programa de Protección Social, estructura en la que el Ministerio de Inclusión Económica y Social delega la gestión del Bono. El Programa tiene oficinas en todos los municipios del país a la vez que ha implementado un acuerdo con las Juntas Parroquiales para que las familias beneficiarias puedan entregar la documentación necesaria para ser incluida en la iniciativa. Es también en estas oficinas donde las familias interactúan para acreditar el cumplimiento de las condicionalidades.

Las acciones intersectoriales también se realizan a través del Programa de Protección Social, que interactúa con los Ministerios de Salud y Educación para la mejora de la oferta de servicios; por otro lado, existe articulación con la Estrategia de Reducción de la Desnutrición Infantil de implementación fundamentalmente en la Sierra Central.

Las condicionalidades que regula el Bono son exclusivamente referidas a familias con menores de 16 años ya que en el caso de los adultos mayores y en el de los discapacitados, el Bono carece de este mecanismo. Como se planteó anteriormente, las condicionalidades son en educación y en salud, así cuando se trata de niñas, niños y adolescentes de entre 5 y 17 años, el requisito es la matriculación y la asistencia escolar en un porcentaje mayor al 75% mientras que cuando refiere a los menores de 1 año es necesario que se presenten constancias de controles preventivos en salud con frecuencia de, por lo menos, 2 meses; cuando refiere a niñas y niños entre el año y los 5, la frecuencia es de al menos 1 control cada 6 meses.

El control del cumplimiento de las condicionalidades no se realiza a todas las familias beneficiarias, sino que se toman muestras aleatorias, tanto en los ámbitos urbanos como en los rurales; esta actividad es implementada por los equipos del Programa de Protección Social. Sin embargo, a la hora de incluir población en el Bono, es necesaria la presentación de diversa documentación que acredita el parentesco así como el cumplimiento de las condiciones de inclusión y de las corresponsabilidades en términos de salud y educación¹⁷.

17 Para la inclusión en el Bono es necesario que, según las características de los beneficiarios, se presenten ante las oficinas del Programa de Protección Social la cédula de ciudadanía de la madre y su cónyuge, la partida de nacimiento de todas las niñas, niños y adolescentes menores de 16 años, la copia de la libreta de calificaciones o el certificado de matrícula en el caso de niñas, niños y adolescentes entre 5 y 17 años y, en menores de 6 años, la copia del carné de vacunaciones. En el caso de los discapacitados, deben acreditar su condición con la copia del carné de CONADIS.

La salida del Bono se fundamenta en la mejora de la condición social de la familia; así si los ingresos superan los de los 1° y 2° quintiles o si se afilian al seguro social, egresan del Programa, aunque podrían reincorporarse en caso que se deteriore su situación. Por otro lado, el hecho de salir del país o la muerte de los beneficiarios (en el caso de los adultos mayores o los discapacitados) es también condición para dejar de percibir el Bono.

Los impactos del Bono se han indagado a través de investigaciones específicas y, siguiendo a Cecchini y Vargas (2014), puede acreditarse una mejora en el 11% en las condiciones de pobreza de consumo y en el 20% en el caso de la indigencia; en el caso de educación, puede atribuirse al Bono un aumento del 10% en la tasa de matriculación, mientras que en salud, si bien hay mejoras en el acceso – medido en términos de aumento de la frecuencia de controles – y en las condiciones nutricionales – en base a la prevalencia de anemia -, las diferencias atribuibles a esta iniciativa no es estadísticamente significativa. Finalmente el impacto es importante en términos de disminución en la incidencia de trabajo infantil en niñas, niños y adolescentes entre 6 y 17 años, reduciéndose la participación en el mercado de trabajo en más de un 17%.

7. Guyana: Política de Protección Social

Guyana es uno de los países más jóvenes de Suramérica, su independencia data de 1966 y, en 1970, asume su organización como República Cooperativa de Guyana. Su política de protección social es implementada por el Ministerio del mismo nombre que tiene bajo su responsabilidad las competencias vinculadas con el abordaje social de la población así como las relacionadas con la regulación del trabajo. También se desarrollan acciones vinculadas con el apoyo y la asistencia social por parte del Ministerio de Salud Pública, pero en estos casos se vinculan con un padecimiento específico de salud.

Desde el Ministerio de Protección Social se planea la implementación de una política de transferencia de renta condicionada a partir del 2016; para esto se propone la modificación de las políticas sociales - que actualmente se vinculan directamente con los sujetos que padecen vulnerabilidades de diferente índole - por un abordaje que se centre en las familias y que proponga la implementación de corresponsabilidades en salud y en educación. El modelo que inspira este proceso de planificación es el del Programa Bolsa Familia de Brasil.

Como se plantea, la política social del País es variada y se orienta a la provisión de asistencia a sujetos y grupos sociales que atraviesan una situación de vulnerabilidad. El objetivo de la política social – en palabras de la Ministra de Protección Social, Volda Lawrence (comunicación personal, 2015) – es el abordaje de las situaciones de exclusión generadas no sólo por las condiciones de pobreza sino también por las diferencias étnicas, religiosas y de pertenencia a determinado colectivo social.

Un programa de importancia y que ha tenido importantes impactos sobre la vida cotidiana de las mujeres es “Mujeres en Valor” (Women of Worth) que asigna microcréditos a mujeres de entre 18 y 60 años a la vez que genera acciones de capacitación laboral, de modo que las mejoras en las condiciones de las mujeres impacten sobre ellas pero también sobre sus familias. También existen programas de microcréditos para pequeños negocios familiares que se articulan con bancos privados.

El Ministerio cuenta también con una Unidad de Circunstancias Difíciles (Difficult Circumstances Unit) que se ocupa de diferentes programas. Uno de ellos brinda ayuda a hogares monoparentales en condiciones de desempleo o con discapacidad aportando subsidios a niñas, niños y adolescentes en edad escolar (menores de 17 años); esta iniciativa es similar a otra que aporta apoyos escolares a familias cuyos padres atraviesan situaciones económicas difíciles. En ambos casos el aporte es de un mínimo de 6700 dólares guyaneses (alrededor de USD 33) por niña, niño o adolescente por mes, con un máximo variable, ya que

depende de la evaluación que los equipos técnicos del Ministerio hagan de la situación social. Esta es una iniciativa que se implementa colaborativamente con la FAO y es la base sobre la que se está diseñando la política de transferencia condicionada; es más, ya hay articulaciones con los Ministerios de Salud Pública y de Educación en el sentido de desarrollar las corresponsabilidades.

Asimismo, la Unidad de Circunstancias Dificiles se ocupa de la cobertura de pensiones en el caso de los adultos mayores (de más de 65 años), siendo esta una política tendiente a la universalización del derecho. Según Cecchini y Vargas (2014) el 80% de los adultos mayores recibe una pensión – ya sea contributiva o no contributiva – invirtiendo el Estado el 1,46% del PIB en las contributivas y el 0,48% en las no contributivas. Otras acciones de la Unidad son la cobertura de afectados por situaciones de desastres naturales o generados por el hombre, así como la ayuda médica para personas con discapacidad (transporte, prótesis, etc). Una acción que también se articula en la futura política de transferencia condicionada es la de provisión de uniformes escolares y de subsidios alimentarios en los casos de familias cuyos jefes de hogar se encuentren en condición de desempleo o sean discapacitados.

Otra línea de abordaje es la de la seguridad alimentaria. Articuladamente con el Ministerio de Salud Pública se implementa un programa de alimentación en escuelas en aquellos distritos donde se identifican situaciones de mayor vulnerabilidad social. También este Ministerio brinda alimentos para grupos específicos como, por ejemplo, los lactantes de mujeres portadoras de VIH a quienes se provee leche maternizada; asimismo se realizó una investigación sobre la implementación de “sprinkles¹⁸” fortificadas con hierro, ácido fólico y vitamina A para mujeres embarazadas, lactantes y niñas y niños en edad escolar que recomienda su uso generalizado. Otra iniciativa importante en este aspecto es la del apoyo a familias dedicadas a la agricultura para garantizar la seguridad alimentaria familiar y que, en caso que exista excedente, este se pueda comercializar en las escuelas locales; esta iniciativa es dependiente del Ministerio de Protección Social. Esta línea de intervención también cuenta con la participación de ONGs que habitualmente son locales aunque cuentan con financiamiento internacional, con estas organizaciones existen dificultades para la articulación.

El Ministerio de Protección Social también desarrolla una Agencia de Protección Infantil (Child Protection Agency) que promueve políticas para el cuidado de niñas, niños y adolescentes abusados o en situación de calle o abandono. Para esto prioriza abordajes comunitarios y de apoyo y fortalecimiento familiar, y sólo en casos extremos el alojamiento en hogares. El Ministerio cuenta con 4 hogares gubernamentales mientras existen 28 que pertenecen a ONGs; en total Guyana cuenta con 900 niñas, niños y adolescentes institucionalizados. Asimismo, se proyecta el desarrollo de una línea de promoción de pautas de crianza de manera de fortalecer los derechos de la infancia y los lazos familiares.

El abordaje de la discapacidad se hace a través de una Comisión específica que tiene rango constitucional, también recientemente se sancionó una ley específica. Esta Comisión es responsable de definir los niveles de discapacidad y la consecuente concesión de una pensión.

Por otro lado, es también una preocupación la agenda de género y el tráfico de personas, ambos problemas de alta prevalencia en Guyana por lo que existen abordajes articulados de los Ministerios de Protección Social, Salud Pública y Seguridad Pública, además de marcos legales específicos y colaboración de organismos internacionales como UNICEF.

18 Chispas. Programa promovido por OPS para la elaboración e implementación de un suplemento nutricional que integra los principios nutricionalmente activos envueltos en una capa fosfolípida que facilita su absorción. El producto se disuelve en la leche que toma la niña y el niño o se mezcla con los alimentos.

Un problema relevante es el de la carencia de estadísticas confiables y necesarias para la evaluación de las diversas intervenciones programáticas. En ese sentido, a partir del mes de octubre de 2015 se conformará un comité integrado por la Oficina Nacional de Estadísticas junto con personal de los Ministerios de Salud Pública y de Protección Social para la implementación de una base de datos unificada que se constituya en el fundamento de las evaluaciones de procesos e impactos.

Tanto en el Ministerio de Salud Pública como en el de Protección Social, la disponibilidad de personal adecuado es un problema, ya que los profesionales capacitados son requeridos por otros países que ofrecen mejores condiciones de trabajo y promueven la migración. En el caso específico del Ministerio de Protección Social, cuentan con Trabajadores Sociales en 7 de las 10 Regiones del País, por lo que han acordado con la Universidad un sistema de pasantías que permitan paliar esta dificultad. Por otro lado, existen planes de capacitación de indígenas como asistentes sociales de manera de facilitar el acceso y el abordaje de estos grupos poblacionales, que hoy acceden con mucha dificultad.

Específicamente en el ámbito de salud, el Ministerio de Salud Pública promueve el avance progresivo hacia un sistema con cobertura universal, para esto cuenta con 360 servicios de salud en todo el país, con 5 niveles de atención¹⁹ aunque se dispone de alta complejidad sólo en Georgetown. El sistema cuenta con un listado de medicamentos esenciales que se distribuyen en los servicios de todo el país, aunque tienen dificultades en la provisión en aquellas regiones más remotas en el interior. El Ministerio subsidia a las personas que requieren servicios de complejidad no disponibles en las regiones o – directamente – en el País, financiando viajes y coberturas.

19 El primer nivel está constituido por Puestos de Salud que disponen de enfermeros y agentes sanitarios, luego los Centros de Salud ya cuentan además con médicos y nutricionistas. Los hospitales se organizan en Distritales, Regionales y 1 Nacional, de máxima complejidad en la capital del País.

8. Paraguay: Tekoporá

El programa Tekoporá se implementa en Paraguay desde 2005 en que comienza como una experiencia piloto que cubre a 3500 hogares con transferencias monetarias con corresponsabilidad. Sus beneficiarios son las familias en condiciones de pobreza extrema y su objetivo es el de romper la transmisión intergeneracional de la pobreza y promover el ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes para mejorar sus oportunidades futuras; para esto facilita el acceso a alimentación y nutrición segura y adecuada. La concepción de la pobreza que define este programa, regulado por la ley 4087 de 2011, es multidimensional ya que no sólo transfiere renta de manera de mejorar los ingresos familiares, sino que también promueve condicionalidades respecto de salud y educación de los integrantes del hogar así como el acompañamiento socio familiar y el acceso preferente a otras ofertas del Estado tanto del sector social como de otras reparticiones públicas.

La iniciativa implementa diferentes criterios de selección de familias beneficiarias. En una primera instancia utiliza el Índice de Priorización Geográfica, que selecciona aquellos Distritos que concentran mayor población en condiciones de pobreza extrema; luego se realizan operativos censales en los que, a través de la Ficha del Beneficiario – que permite aprehender las condiciones en que se desarrolla la vida de las familias, sus integrantes, las condiciones de las viviendas, entre otros datos sociales - se seleccionan los hogares que podrían ser beneficiarios de Tekoporá. Finalmente, es el Índice de Calidad de Vida²⁰ el que genera un puntaje que caracteriza a la familia según diferentes indicadores y permite la selección de aquellos hogares de muy baja y baja calidad de vida, que son los que se definen como beneficiarios del programa.

A nivel local es la Mesa de Participación Ciudadana la que valida la lista de los potenciales beneficiarios del programa. Este organismo local se conforma a instancias de Tekoporá y está integrado por el Intendente Municipal; 1 miembro de la Junta Municipal, 1 representante del Ministerio de Educación y Cultura, 1 representante del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 1 representante de las Iglesias locales, 1 representante de organismos de la sociedad civil (radios comunitarias, contraloría ciudadana u ONG), hasta 3 representantes de organizaciones sociales y populares y representantes de Comités de Beneficiarios del programa.

20 El Índice de Calidad de Vida toma en cuenta variables como acceso adecuado a la atención a la salud, acceso a la educación formal, acceso a actividades económicas que reporten ingresos, acceso a una vivienda digna, acceso a servicios básicos y acceso a activos duraderos (Dirección General de Protección Social y Desarrollo Humano, 2012).

Los beneficiarios de la iniciativa son las familias con hijos entre 0 y 18 años, así como los adultos mayores de 65 años y aquellas personas afectadas por una discapacidad severa; estos hogares podrán ser beneficiarios de la iniciativa mientras sostengan las condiciones de elegibilidad. La implementación de Tekoporá es nacional y, según CEPAL (2015), la cobertura al año 2014 era de 101.440 hogares donde habitan 446.336 personas (6,48% de la población paraguaya). La inversión que realiza anualmente el programa es de U\$D 52.956.508.-, lo que equivale al 0,17% del PIB nacional; siendo sus fuentes fondos nacionales y donaciones internacionales (BID en 2005-2010, BIRF en 2009, Taiwan en 2005-2010, Yacyretá en 2009-2010).

Los montos transferidos son variables en cuanto a la finalidad de la transferencia y la composición de los hogares; así se define una transferencia plana, denominada “bono alimenticio” que es de U\$D 20.- por familia. Por otro lado, el apoyo de educación y salud corresponde a U\$D 8,75.- por niña, niño y adolescente de 0 a 18 años, con un máximo de 4 menores por familia. Finalmente, tanto por adultos mayores de 65 años o discapacitados severos, la transferencia es de U\$D 8,75.- con un máximo de 1 beneficiario por hogar. Según la ley 4087/11, estos montos serán actualizados a partir de estudios de indicadores sobre pobreza realizados por el Estado. Los pagos se realizan con frecuencia bimestral y se depositan en cuentas bancarias con retiros por caja o a través de tarjeta magnética.

Las condicionalidades a cumplir por las familias refieren a educación y salud, en el primer ítem los menores de 18 años deben estar matriculados en las escuelas y concurrir por lo menos al 85% de las clases del ciclo lectivo mientras respecto de la salud, deben acreditar controles de salud y vacunas en las niñas, niños y adolescentes así como atención prenatal en el caso de las mujeres embarazadas. Por otro lado, las familias son apoyadas por un sistema de acompañamiento familiar implementado por técnicos denominados “Guías Familiares” cuya función es la de control del cumplimiento de las corresponsabilidades, así como orientar a las familias en el mejoramiento de su hábitat, el fortalecimiento de hábitos de higiene así como de ideas y acciones para mejorar la calidad de la alimentación y el cuidado de la salud (Secretaría de Acción Social, 2015); asimismo colaboran para el acceso a diferentes servicios públicos.

Tekoporá promueve la conformación asociaciones de pequeños productores cuya finalidad es que, a partir de la participación y el empoderamiento, mejoren sus condiciones de producción y comercialización. Asimismo desarrolla un componente de inclusión financiera (Kakuaa) que fortalece la autosustentabilidad familiar, la capacitación para el uso de los cajeros automáticos, educación financiera y la importancia del ahorro; uno de los objetivos de este componente es que todas las familias beneficiarias del programa social se bancaricen durante su permanencia en la iniciativa.

La gestión de Tekoporá depende de la Secretaría de Acción Social, organismo dependiente de la Presidencia de la Nación. Su responsabilidad es la de priorizar los Distritos a través del Índice de Priorización Geográfica y la selección de hogares a partir de la Ficha del Beneficiario y el Índice de Calidad de Vida. Luego, quien tiene responsabilidad operativa respecto de la selección de beneficiarios es la Mesa de Participación Ciudadana, organización que, además, gestiona territorialmente articulando con otros servicios públicos (vialidad, provisión de agua y cloacas, etc.). Por otro lado, existen mecanismos de participación social de los beneficiarios que se concretan a partir de la elección de Madres Líderes por parte de las Jefas de Hogar que reciben el Programa, cuya función es la de canalizar las inquietudes hacia las autoridades de Tekoporá y apoyar el trabajo de los Guías Familiares. Asimismo se constituyen comités de beneficiarios que están representados en las Mesas de Participación Ciudadana.

Las evaluaciones realizadas en el programa son de tipo *cuasi* experimental (Cecchini y Vargas, 2014), según la misma fuente, en educación se constata impacto en la tasa de asistencia escolar (entre 5 y 8%) y en la de progresión escolar (4 a 7%) con mayor efecto en varones entre 9 y 15 años. En salud, se registra impacto en la concurrencia a controles de salud en menores de 5 años (incremento del 1% en las posibilidades de concurrir por lo menos 3 veces al año, 4% entre 4 y 5 veces al año y 7% en las de acceder al control más de 6 veces en el año); sin embargo no se hallaron resultados en la cobertura de vacunas ni en las posibilidades de desarrollar mejoras en las condiciones antropométricas y nutricionales. Respecto de la inclusión laboral se ha registrado que el programa ha tenido un impacto negativo en la tasa de participación laboral masculina que descendió entre 4 y 10%, preponderantemente en la población económicamente activa moderadamente pobre y en la población rural.

9. Perú: Programa JUNTOS

El Programa Juntos (Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres) se instituyó a partir del Decreto Supremo 032-2005-PCM y se implementa en el Perú desde 2005, en que comenzó en el Departamento de Ayacucho, asumiendo actualmente dimensión nacional ya que a 2014 está vigente en 15 de los 24 Departamentos en que se organiza políticamente Perú. Desde 2007 forma parte de la estrategia nacional CRECER para la lucha contra la pobreza y la desnutrición crónica infantil que articula la política social en base a 3 ejes: la restitución de derechos fundamentales, la promoción del desarrollo productivo y el establecimiento de una red de protección social (CEPAL, 2015).

La concepción de la pobreza es multidimensional y los objetivos explícitos de JUNTOS se expresan en su misión que define la ruptura de la transferencia intergeneracional de la pobreza y propone contribuir al desarrollo humano a través de incentivos económicos “... que promueven y apoyan el acceso a servicios de calidad en educación, salud, nutrición e identidad bajo un enfoque de restitución de derechos básicos con la participación organizada y la vigilancia de los actores sociales de la comunidad” (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2015).

Si bien originalmente el organismo responsable de la implementación de JUNTOS era la Presidencia del Consejo de Ministros, se ha delegado esta función en el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) a partir de 2012. Para el desarrollo de la iniciativa, el MIDIS, articula con los Ministerios de Salud, de Educación y de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

JUNTOS focaliza en población que vive en condiciones de pobreza y extrema pobreza, priorizando sus acciones en las zonas rurales, aunque este no es un criterio excluyente. Su objetivo está en los hogares con niñas, niños y adolescentes menores de 19 años, y en ellos orienta sus acciones hacia las mujeres. Al 2014, según datos del MIDIS (2015), el Programa cuenta con 1.788.636 beneficiarios en 833.836 hogares afiliados²¹; asimismo, como la focalización también es geográfica la implementación se desarrolla en 15 de los 24 Departamentos del País, 150 de las 196 Provincias²² y 1157 de los 1854 Distritos. También para 2014, el presupuesto del Programa es de U\$D 397.314.354.- que corresponde al 0,2% del PIB (CEPAL, 2015). Los fondos son nacionales y provenientes de donaciones internacionales del Banco Interamericano de Desarrollo.

En una primera instancia, el Programa, focaliza sus acciones en aquellos Departamentos con mayor prevalencia de pobreza y extrema

21 Si bien ese es el número de hogares informados como afiliados, sólo se realizan transferencias a 755.556 hogares, que son los que cumplen con las corresponsabilidades.

22 Entre las Provincias en que Juntos no se implementa, se cuentan Lima, Ica, Arequipa, Moquegua, Tacna, Lambayeque, Ucayali y Madre de Dios, entre otras.

pobreza, según el Mapa de la Pobreza elaborado por el Ministerio de Economía y Finanzas. Allí identifica hogares elegibles en base a un proceso de focalización que realiza el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) cuyo criterio sigue siendo el de la pobreza y la extrema pobreza de manera de identificar los hogares que desarrollan su existencia en condiciones de vulnerabilidad. El SISFOH elabora un padrón general de hogares a través de la ficha socioeconómica única que releva condiciones de las viviendas, de las personas que la habitan y, a partir de estos datos, elabora un índice de focalización de hogares basado en la calidad de vida de las personas, los ingresos del hogar en términos de trabajo asalariado y los gastos en servicios básicos. Una vez establecida esta selección de potenciales beneficiarios de JUNTOS, es necesaria su validación como paso previo a integrar el padrón de beneficiarios por parte de la Asamblea Comunal de Validación, cuya definición es vinculante. También son criterios para el proceso de selección de hogares la afectación por violencia política y la presencia de niñas y niños en condiciones de desnutrición crónica.

Las prestaciones del Programa son de diferente índole, por un lado están las transferencias de ingresos y por otro el acceso privilegiado a otras iniciativas programáticas que se integran en la Estrategia Nacional CRECER; asimismo todos los beneficiarios de JUNTOS son afiliados automáticamente al Seguro Integral de Salud, a partir de 2009. La transferencia se efectiviza a través de un bono familiar que tiene un valor único de U\$D 70,4.-, su pago se realiza con una frecuencia bimestral a través de una cuenta bancaria. Asimismo hay otro tipo de transferencias que se realizan en zonas priorizadas como es el caso del VRAE (Valle de los ríos Apurímac y Ene), región declarada de necesidad pública y preferente interés nacional, donde se implementó un incentivo anual de U\$D 35.- por cada uno de las y los menores de 14 años que apruebe el grado secundario en que está matriculado, a lo que se adicionan U\$D 24.- en caso que se encuentre entre el tercio con mejor desempeño de su grupo.

Respecto de las condicionalidades, estas se refieren tanto a salud como a educación. En el primer caso se diferencian por ciclo de vida, así respecto de las mujeres embarazadas se requiere el control prenatal con frecuencia mensual, mientras que en el caso de las niñas y los niños, varía según la edad: entre los 0 y los 11 meses se requieren controles de crecimiento y desarrollo con frecuencia mensual, entre los 12 y 23 meses la frecuencia es bimestral y entre los 24 y los 36 meses es trimestral. En el ámbito de la educación también hay diferencias según las edades, ya que entre los 3 y los 6 años se requiere la matriculación y concurrencia a establecimientos del nivel inicial con una tolerancia de 3 ausencias injustificadas en el mes mientras que entre los 6 y los 19 años se requiere la matriculación y concurrencia a establecimientos primarios y secundarios con la misma tolerancia en cuanto a inasistencias injustificadas. El seguimiento y control de estas corresponsabilidades corresponde a los niveles distritales y municipales.

Son causales para la suspensión del beneficio la pérdida de las condiciones de elegibilidad de los hogares (mejora de las condiciones sociales y, consecuentemente, superación de la situación de pobreza y extrema pobreza) o ausencia de niñas, niños y adolescentes menores de 19 años o que ya hayan concluido los estudios secundarios. Asimismo, según Cecchini y Vargas (2014), luego de permanecer en el programa durante 4 años se requiere una recertificación que acredita la posibilidad de otros 4 años, luego de los cuales el monto de las transferencias es decreciente hasta suspenderse luego de un período de 4 años.

Las evaluaciones de impacto de JUNTOS son producto de diversas investigaciones específicas (Cecchini y Vargas, 2014). Así, en lo referido a la pobreza, el Programa ha contribuido a aumentar el consumo de los hogares disminuyendo la prevalencia de pobreza e

indigencia en un 14 y 19% respectivamente. En educación el impacto se verifica en la asistencia escolar de niñas y niños entre 6 y 14 años, con un aumento del 25%; finalmente en salud también se verifican mejoras en el acceso de los menores de 5 años a los controles de salud (69% de incremento en accesibilidad) y caso de enfermedad (55%) mientras que las mujeres embarazadas tiene 95% más posibilidades de acceder a la atención profesional del parto y una mejora del 12% en el acceso a servicios de anticoncepción. En términos nutricionales, hay una mejora del 7,9% en el caso de la desnutrición crónica extrema en menores de 5 años.

10. Suriname: Políticas de Protección Social

Suriname es también, junto con Guyana, un país joven en el contexto de UNASUR. Su independencia data de 1975 y, en razón de su historia, es el único país del bloque cuya lengua oficial es el holandés. El país se organiza en 10 Distritos regidos cada uno de ellos por un Comisionado Distrital que es designado por el Presidente.

Sus políticas sociales son gestionadas por el Ministerio de Asuntos Sociales, aunque hay acciones sectoriales que son implementadas por otras áreas como la oficina de la Primera Dama o el Ministerio de Asuntos Internos. El Ministerio de Asuntos Sociales gestiona pensiones que se orientan a la mejora de las condiciones de vida de aquellas personas en condiciones de vulnerabilidad, así cubre las discapacidades, las necesidades de vivienda (o su reparación y mantenimiento), la cobertura de uniformes escolares para los diferentes niveles educativos en el caso de familias desempleadas o en condiciones de pobreza y las pensiones para adultos mayores²³.

Las pensiones para adultos mayores, pueden ser contributivas o no contributivas, en el primer caso el financiamiento es a través de un aporte del 4% del salario de los trabajadores, ya que si bien el Estado promueve que los empleadores aporten para este beneficio, la ley no los obliga. Las pensiones no contributivas son financiadas por el Estado en los casos sin antecedentes de historia laboral o de personas que viven en condiciones de pobreza. El monto de las pensiones es de 525 dólares surinameses (USD 159.-), valor establecido por el Gabinete Presidencial; a septiembre de 2015 son 53.136 los beneficiarios de esta política (comunicación personal de la Dirección de Asuntos Sociales).

Por otro lado, se implementa también una asignación familiar que, en el caso de los trabajadores, es financiada por los empleadores - si bien no existe una ley que los obligue a hacerlo -. En el caso de los desempleados es el Estado quien financia este beneficio que equivale a 50 dólares surinameses (15 USD) por niña, niño o adolescente de hasta 16 años (o 18 en caso que esté escolarizado) y cada familia puede recibirlo por hasta 4 hijas e hijos. Esta asignación, que sólo es vigente para los ciudadanos, se recibe mensualmente y no tiene condicionalidades, excepto la inscripción en un registro específico. El monto del beneficio es fijo y establecido por el Gabinete Presidencial.

También este Ministerio, hasta 2014, financiaba la cobertura de salud de la población más vulnerable a la que proveía de una tarjeta que habilitaba la cobertura pública del seguro de salud. Sin embargo, a partir

23 El País cubre con pensiones para adultos mayores a partir de los 60 años.

de ese año se sanciona en el país una ley de atención básica de la salud que garantiza el acceso a una canasta básica de servicios a todos los ciudadanos surinameses; el seguro es financiado por la seguridad social pero, en el caso de los menores de 16 años (18 años en caso que estén escolarizados) y de los adultos mayores, es garantizado por el Ministerio de Asuntos Internos.

El Ministerio de Asuntos Sociales implementa también un programa de apoyo alimentario para menores de 18 años en los que los servicios de salud diagnostican problemas nutricionales. Esta población recibe en forma quincenal alimentos secos y frescos y debe cumplir con la realización de controles en los servicios de salud y recibir la visita domiciliaria de Trabajadores Sociales del Ministerio en forma periódica como condicionalidad. Con la información vinculada con esta población se constituye una base de datos que informa una cobertura de 8645 familias (comunicación personal de la Dirección de Asuntos Sociales).

Otra importante acción que se realiza desde el Ministerio de Asuntos Sociales es el sostenimiento de hogares para niñas, niños y adolescentes que han sido vulnerados en sus derechos ya sea por condiciones sociales o vinculares (abusos sexuales intrafamiliares, violencia doméstica). Actualmente cuentan con 35 hogares propios y 5 que pertenecen a diferentes organizaciones de la Sociedad Civil, en promedio, cada una de estas instituciones aloja alrededor de 50 niñas, niños y adolescentes (comunicación personal de la Dirección de Asuntos Sociales)

Otras políticas sociales son gestionadas por la Oficina de la Primera Dama; ejemplo de esto es una iniciativa que promueve el desarrollo infantil cuyo nombre es *Bun Funderi*²⁴. Este programa, que cuenta con el financiamiento y asesoramiento del Banco Interamericano de Desarrollo, propone un abordaje integral y universal para las niñas, niños y adolescentes menores de 16 años que articula acciones de salud, educación y desarrollo social con la finalidad de promover el desarrollo integral de la infancia y adolescencia; así genera acciones de promoción, control y cuidado de la salud, la matriculación y permanencia escolar, el apoyo de las familias que viven en condiciones de vulnerabilidad social para el fortalecimiento de la crianza de niñas, niños y adolescentes, entre otras intervenciones. Estas acciones son articuladas entre organizaciones de la Sociedad Civil y el Gobierno, con la participación de diferentes sectores de la política pública. Ha comenzado su implementación en 2015 en áreas donde se realizan experiencias piloto con la intención de avanzar hacia la cobertura nacional de la iniciativa; actualmente se implementa el acompañamiento domiciliario de familias con niñas y niños menores de 3 años, requiriendo la intervención de los diferentes Ministerios en caso que se detecten situaciones problemáticas.

También desde la Oficina de la Primera Dama se implementa un programa de apoyo para los recién nacidos. Consiste en la entrega de un kit a cada familia luego del nacimiento que está integrado por un cobertor, cambiador, pañales, lociones y aceites de producción local y una cartilla de recomendaciones respecto de pautas para la crianza. Asimismo, la entrega del kit condiciona la inscripción del recién nacido. Esta misma área de gobierno preveía la implementación de una política de transferencia condicionada de renta que se llamó *Bromki Fu Tamara* que se implementaría con asesoramiento y financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo, sin embargo no se concretó en razón que el País y el BID no pudieron terminar de consensuarlo.

El Ministerio de Salud se encuentra trabajando para la implementación de la cobertura universal del sistema de salud a través de la definición de una canasta básica de servicios accesible a todos los ciudadanos. Asimismo desarrolla la iniciativa “Salud en todas las Políticas”, para lo que cuenta con el asesoramiento de la Organización Panamericana de la Salud;

24 *Bun Funderi*, en el idioma popular de Suriname – el Sranan Tongo – significa “con buenos cimientos”.

actualmente implementan un proceso de planificación estratégica en la que están representados todos los Ministerios del País. Este sector desarrolla también una política de apoyo alimentario a las hijas e hijos de mujeres con VIH con la provisión de leches maternizadas y aborda – también - el problema de la inscripción de los recién nacidos, ya que si bien la ley prescribe que este proceso debe realizarse hasta un máximo de 72 hs. luego del nacimiento, esto no sucede.

Por otro lado, el Ministerio de Educación desarrolla un programa extensión de la jornada escolar posibilitando que las niñas, niños y adolescentes puedan quedarse en la escuela luego de la finalización de las actividades de manera de realizar actividades no curriculares y recibir alimentos.

11. Uruguay: Asignaciones Familiares Plan Equidad

Uruguay reconoce las asignaciones familiares como un derecho del trabajador desde la segunda mitad del siglo XIX, si bien este derecho se generalizó en la década del 50 en el siglo XX. Ya desde 1919, el Estado, asigna pensiones no contributivas a los adultos mayores y las personas con discapacidad con ingresos insuficientes o que viven en condiciones de pobreza. En 2008 se reconoce el derecho de aquellas niñas, niños y adolescentes que viven en hogares pobres e indigentes con la implementación de las asignaciones familiares - plan Equidad (AFAM-PE).

Las AFAM-PE se regulan a partir de la ley 18.227 que establece que los beneficiarios de este derecho son las niñas, niños y adolescentes que viven en hogares vulnerables socioeconómicamente o que reciben atención en tiempo completo en establecimientos de o conveniados con el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU). La vulnerabilidad del hogar se define en términos de ingresos, condiciones de la vivienda, entorno, composición del hogar, características de sus integrantes y situación sanitaria, por lo que la definición de la pobreza es claramente multidimensional y promueve el derecho de las niñas, niños y adolescentes a través de una iniciativa que se propone interrumpir la reproducción intergeneracional de la pobreza. La transferencia es recibida por quienes están a cargo de las niñas, niños y adolescentes, aunque el marco normativo determina la preferencia por la mujer como quien administre y reciba el beneficio.

Los beneficiarios de las AFAM-PE son las niñas, niños y adolescentes desde el embarazo hasta los 18 años; así lo reciben las mujeres embarazadas y los menores de 14 años (edad de finalización de la educación primaria en el País); en caso que las y los adolescentes no hayan podido concluir sus estudios primarios por causa justificada (enfermedad o residencia en zonas rurales a más de 5 km. de los centros educativos) a la edad establecida, el beneficio se prorroga hasta los 16 años. Asimismo, puede recibirse hasta los 18 años en caso que se cursen estudios de un nivel superior a los primarios. En el caso de los discapacitados, cuando la persona estudie o cuando la discapacidad impida la concurrencia al centro educativo, el beneficio se recibe hasta los 18 años, aunque es reevaluado cada 3 años.

La cobertura de esta iniciativa, a 2012, es de 131.926 hogares, en los que habitan 527.704 personas (el 15,49% de la población de Uruguay). El monto invertido en esta política es de U\$D 229.884.433.-, correspondiente al 0,46% del PIB; es financiado en forma integral desde rentas generales (CEPAL, 2015).

Para acceder a las AFAM-PE, las familias deben recurrir – telefónica y/o presencialmente - a las oficinas del Banco de Previsión Social (BPS) o

del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) en cualquier punto del País para solicitar su inclusión; posteriormente los equipos técnicos del MIDES realizan una visita domiciliaria en la que evalúan las condiciones del hogar (según los criterios definidos anteriormente) y se determina si corresponde o no el beneficio. El organismo que implementa el programa es el BPS, aunque su responsabilidad recae sobre el MIDES; la transferencia está bancarizada.

Los montos que se transfieren dependen de la cantidad de niñas, niños y adolescentes por hogar, sus edades y sus condiciones de escolarización. En todos los casos, el beneficio se calcula multiplicándolo por la cantidad de niñas, niños y adolescentes (hasta un máximo de 7 por hogar), luego por coeficiente de 0,6 y posteriormente dividiéndolo por la cantidad de beneficiarios; en el caso de las embarazadas y los menores de 14 años el monto es de U\$D 37, en tanto que para las y los adolescentes que concurren a las escuelas medias como para los discapacitados, el monto básico es de U\$D 52,63.-

Las condicionalidades dependen también de las características de los beneficiarios. Así en el caso de las embarazadas, se requiere el carné obstétrico en que consten los controles prenatales y la fecha de última menstruación y/o la fecha probable de parto. Si las niñas y niños son menores de 4 años, es necesaria la presentación del carné de control pediátrico donde consten los controles de crecimiento y desarrollo realizados, entre los 4 y los 18 años, deberá acreditarse la escolaridad a través del certificado de escolaridad, de estudios o el carné de notas. Cuando se trate de discapacitados, esta condición debe ser acreditada por certificación médica de establecimientos públicos o privados y renovarse cada 3 años mientras se perciba el beneficio. Estas acreditaciones deben presentarse antes el BPS, quien además tiene la competencia para requerir información a los Ministerios de Salud, de Educación y Cultura y de Desarrollo Social.

El período en el que un hogar puede percibir las AFAM-PE se define en términos de las condiciones de elegibilidad, es decir mientras las niñas, niños y adolescentes mantienen los requisitos de edad y, en el caso de los discapacitados, también su condición. Por otro lado, la falta de cumplimiento de condicionalidades es también causa para la suspensión del beneficio.

Es importante destacar que, algunas de las familias titulares de derecho de las AFAM-PE reciben también los beneficios de la Tarjeta Uruguay Social (TUS), que se implementa desde 2006 en forma articulada por el MIDES, el Ministerio de Salud, la Administración de Servicios de Salud del Estado y el Instituto Nacional de Alimentación. La TUS está dirigida a personas y familias en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica extrema y permite el acceso a productos de la canasta básica²⁵. Según el MIDES, los hogares que reciben la TUS, son los más pobres del País²⁶.

Actualmente son 60.000 los hogares que reciben la TUS²⁷, estos son caracterizados por el Índice de Carencias Críticas el que valora la probabilidad que un hogar pertenezca al primer quintil de ingresos y lo categoriza en base a los ingresos ponderados por las condiciones de educación, vivienda, confort y composición del hogar. El Índice tiene diferentes valores para las ponderaciones según se aplique en Montevideo o el interior del País; este instrumento fue elaborado por la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración de la Universidad de la República y lo implementa el personal del MIDES en las visitas que realiza periódicamente a los hogares.

25 A través de la TUS sólo pueden adquirirse alimentos, productos de limpieza e higiene personal y está prohibida la compra de tabaco, cigarrillos, alcohol y refrescos.

26 Según datos publicados en la web del Ministerio de Desarrollo Social, revisados el 19/10/15 en <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/55480/3/innova.front/tarjeta-uruguay-social-tus>

27 Según datos de la página web del MIDES, revisada el 19/10/15 en <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/55480/3/innova.front/tarjeta-uruguay-social-tus>

Luego de la aplicación del Índice y las visitas domiciliarias se define si el hogar califica o no para ser beneficiario de la TUS, según el punto de corte de valor del Índice. Asimismo, una familia puede solicitar la visita del MIDES si considera que es merecedora de esta política social. Es importante destacar también que esta política pública también define la selección de población en situación de vulnerabilidad social como beneficiaria de la TUS, este es el caso del colectivo Trans.

La TUS, como se planteaba anteriormente, es una tarjeta prepaga de compra en comercios seleccionados (Red de Comercios Solidarios) con finalidad del gasto predeterminedada. El uso de la TUS implica la devolución completa del IVA y, además, en el caso de las mujeres embarazadas y/o las niñas y niños menores de 3 años, se garantiza el acceso a 1 kg. de leche en polvo MAS (fortificada con hierro, para la prevención de la anemia) para cada una de las beneficiarias y beneficiarios por mes.

Los montos transferidos mensualmente en la TUS dependen de la cantidad de menores de 18 años que componen el hogar y de su condición social, ya que las 30.000 familias que se categorizan como en peor situación socioeconómica del País, duplican los montos recibidos. A enero de 2015, los montos básicos recibidos eran los siguientes: hogares con 1 menor: U\$D 42,56.-, con 2 menores U\$D 64,47.-, con 3 menores U\$D 82,05.- y con 4 o más menores U\$D 114,31.-. Los montos se ajustan según los precios de los alimentos y las bebidas. A 2013, Uruguay invirtió U\$D 70.699.097.- en esta política social (CEPAL, 2015).

Referido a las evaluaciones de impacto de las AFAM-PE, según Cecchini y Vargas (2014), estas son el producto de investigaciones cuasi experimentales realizadas *ad hoc*. En este sentido, ha logrado el descenso de 1% en el índice de Gini; por otro lado, respecto a salud y educación, las evaluaciones refieren al Plan Nacional de Asistencia a la Emergencia Social (PANES), antecedente directo de las AFAM-PE. El PANES promovió el descenso del bajo peso al nacer en un 15%, mientras tuvo un efecto débil en el estímulo para la realización de controles sanitarios. En educación determinó un aumento del 4,5% de la tasa de asistencia escolar en niñas, niños y adolescentes entre 6 y 17 años. Finalmente, en términos de inclusión laboral, se registran impactos contradictorios, ya que mientras se constata un aumento de 4,6% en la tasa de ocupación en la población en edad de trabajar, se registra también un aumento del 12,3% en la informalidad laboral que podría fundarse en los controles bimestrales que realiza el BPS, ya que si el hogar supera un umbral de ingresos formales es suspendido el beneficio de la AFAM-PE durante 6 meses.

12. República Bolivariana de Venezuela: Gran Misión Hogares de la Patria

La Gran Misión Hogares de la Patria se instituye por parte de la Presidencia de la República en el año 2014, a partir de la integración de diferentes iniciativas sociales como las Misiones Madres del Barrio, Hijas e Hijos de Venezuela, Niñas y Niños del Barrio y Niño Jesús, así como la Fundación Nacional “El Niño Simón”. Su objetivo es el de promover el ejercicio de los derechos sociales de las mujeres, hombres, niñas, niños y adolescentes que viven en hogares en condiciones de pobreza, extrema pobreza y situaciones de vulnerabilidad.

Para esto se propone el abordaje de los ejes de protección social, organización y formación popular, convivencia solidaria y cultura de la paz y producción socialista. En el eje de protección social plantea como líneas estratégicas garantizar el acceso a bienes y servicios a las familias en situación de pobreza y pobreza extrema, a través de otras misiones sociales en las áreas de salud, educación, alimentación, deporte, cultura y recreación a la vez que articula esfuerzos a fin de *disminuir progresivamente las condiciones de pobreza, pobreza extrema y vulnerabilidad para garantizar y proteger el desarrollo de una infancia feliz para nuestros niños, niñas y jóvenes* (República Bolivariana de Venezuela, 2015). Es en este componente, que entre otras acciones, se definen las transferencias monetarias condicionadas para mujeres, niñas, niños y adolescentes. Por otro lado, en el eje de organización y formación popular se proponen acciones que promuevan la conformación y fortalecimiento de Comunas y Consejos Comunales, la promoción de la participación comunitaria en “...órganos del Poder Popular constituidos en la comunidad” (República Bolivariana de Venezuela, 2015) así como garantizar el acceso a la educación formal, el cuidado familiar y la perspectiva de género.

En el eje de convivencia solidaria y cultura de la paz se promueven abordajes de la violencia en el ámbito doméstico, la perspectiva de género, el empoderamiento de las mujeres y la formación de las niñas, niños y adolescentes en espacios promotores de la paz, la convivencia solidaria y la equidad de género al interior del hogar. Finalmente, en el eje de producción socialista se estimulan acciones de economía social que se vinculan con organismos del Estado de manera de facilitar la comercialización de lo producido, el desarrollo de acciones productivas a nivel comunal, la integración económica de las personas que viven en condiciones de pobreza, pobreza extrema y vulnerabilidad social.

A partir de la descripción que se desarrolla hasta aquí, queda claro que el abordaje de la pobreza que propone la Gran Misión Hogares

de la Patria la define como multidimensional y, por lo tanto no refiere sólo a transferencias de renta sino que incluye acciones en diferentes áreas, sectores y disciplinas, a la vez que se propone la interrupción de la transmisión intergeneracional de la pobreza. También, tal como lo plantea el decreto 1149/2014 que regula esta política social, se promueve el ejercicio de derechos sociales de la población que habita en hogares que se caracterizan en condiciones de pobreza, extrema pobreza o vulnerabilidad social.

La Gran Misión Hijas e Hijos de Venezuela – integrada en la Gran Misión Hogares de la Patria – es específicamente la política de transferencia monetaria condicionada implementada para mejorar las condiciones materiales de existencia de la infancia y la adolescencia en el País. Fue instituida en diciembre de 2011 a través del decreto 8625 que tiene rango, valor y fuerza de ley; esta política tiene como objetivo brindar ayuda económica a las familias en condiciones de pobreza crítica que tienen ingresos por debajo del salario mínimo y que integran en el hogar mujeres embarazadas, niñas, niños y adolescentes menores de 18 años y/o discapacitados. Por otro lado, sus condicionalidades prevén el acceso a los servicios de salud y educación, a la vez que su integración en un marco mayor como es la Gran Misión Hogares de la Patria, la articula con otras prestaciones no monetarias que fueron detalladas anteriormente.

En sus inicios se implementó en 13 de los 24 Estados en que se organiza el País, actualmente se desarrolla en la totalidad de la Nación. A julio de 2013, la iniciativa cubría 316.320 familias (Transparencia Venezuela, 2015), en el caso de la Gran Misión Hogares de la Patria obviamente la cobertura es mayor, alcanzando en 2014 a 96.652 mujeres, 600.000 niñas, niños y adolescentes y 410.926 familias, que corresponden al 5,7% de los hogares de Venezuela (Cecchini y Vargas, 2014).

La Gran Misión Hijas e Hijos de Venezuela incorpora a sus beneficiarios a partir del registro de las familias interesadas en maternidades, centros de salud y/o escuelas; en esta primera instancia es necesario que la madre presente su cédula de identidad así como la partida de nacimiento de cada una de sus hijas e hijos menores de 18 años. Luego la familia es visitada en su domicilio por un equipo conformado por un Vocero del Poder Popular, un luchador del Frente Francisco Miranda, un empadronador y un médico integral que define si la familia es elegible para la política social. Una vez que las familias son seleccionadas se publican sus datos en un padrón que es remitido al Banco de Venezuela con la autorización para el pago en cuenta y el retiro a través de tarjeta magnética. La familia seleccionada no puede recibir otras transferencias monetarias.

Las transferencias a las familias dependen de la conformación del hogar, así se asignan 430 bolívares por niña, niño o adolescente menor de 18 años (hasta un máximo de 3 por familia) y 600 bolívares por discapacitado sin ningún límite de edad. Las condicionalidades, como se planteaba anteriormente pueden ser de salud y educación, en el primer caso se requiere que las mujeres embarazadas, las niñas y niños y los discapacitados concurren a controles sanitarios a establecimientos del primer nivel de atención; en el caso de educación tanto los menores de 18 años, las mujeres menores de 19 años y los discapacitados menores de 15 años deben asistir a centros educativos (en el caso de los discapacitados, si la discapacidad es mental, deben concurrir a establecimientos de educación especial). Además, en el caso de las y los adolescentes entre 15 y 17 años deben concurrir a alguna organización cultural, científica, deportiva, ambientalista, excursionista o comunitaria. El control de las condicionalidades es débil y sus incumplimientos no implican, necesariamente, la discontinuidad de las transferencias.

Se transfiere a la familia el 90% del monto calculado, mientras el 10% se remite a un Fondo de Ahorro Familiar e Inversión Social cuya finalidad es la de financiar proyectos productivos, ayudas especiales, rehabilitación de viviendas, etc. Este Fondo gestiona microcréditos y está financiado no sólo por los aportes de los beneficiarios sino que originalmente fue fondeado con un aporte estatal de 10.000 bolívares proveniente de Areperas de Venezuela, el Banco de Venezuela y los puertos. Es administrado por un Servicio Desconcentrado del Ministerio del Poder Popular de la Educación Superior.

La Gran Misión Hogares de la Patria depende de la Presidencia de la República y es gestionada por el Organo Superior de la Gran Misión Hogares de la Patria, que integra a los Ministros del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género, para la Educación, para las Comunas y los Movimientos Sociales, para los Pueblos Indígenas, para la Salud, para la Alimentación, el Ministro de Estado para la Transformación Revolucionaria del Gran Caracas, el Viceministro de la Suprema Felicidad Social del Pueblo, el Jefe de Gobierno del Distrito Capital y puede convocar a Gobernadores de Estados, Jefes de Gobierno, Alcaldes y otras autoridades regionales y locales. El Organo tiene un Presidente y una Secretaría Ejecutiva que se ocupa de la implementación cotidiana de las actividades. El presupuesto para el funcionamiento de este Organo depende del Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género.

La Gran Misión Hijas e Hijos de Venezuela estuvo originalmente adscrita al Ministerio del Poder Popular para las Comunas y los Movimientos Sociales pero, en 2013, pasa a depender del Ministerio del Poder Popular del Despacho de la Presidencia y Seguimiento de la Gestión del Gobierno, refiriendo luego sus actividades – en 2014 – al Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género. También existe un Organo²⁸ responsable de su gestión y seguimiento.

28 El Organo de la Gran Misión Hijas e Hijos de Venezuela está integrado por el Presidente, el Vicepresidente del Consejo de Ministros para el Area Social, y los Ministros del Poder Popular para la Educación, las Comunas y Protección Social, para la Salud, para la Mujer y la Igualdad de Género, para la Juventud, para la Educación Universitaria y el Presidente del Instituto Nacional de Estadística.

FORTALEZAS, DEBILIDADES Y DESAFÍOS DE LAS POLÍTICAS DE TRANSFERENCIA CONDICIONADA DE RENTA

La implementación por más de una década de estas políticas en todos los países de UNASUR es sin dudas una fortaleza que instala una reparación necesaria por parte del Estado para los grupos poblacionales que han sido afectados por la implementación de las políticas neoliberales definidas en el contexto del Consenso de Washington en la década de los 90. En los países de la Unión Regional la pobreza y la extrema pobreza tienen mayor representación en la infancia y, sólo las políticas activas del Estado – con estrategias focalizadas que procuren la equidad, en un marco de universalidad de las acciones - pueden impactar sobre la reproducción social de estratos sociales determinados por la pobreza, la indigencia y la miseria.

En ese sentido, iniciativas que aseguran un ingreso básico en los hogares pobres y que además promueven el acceso privilegiado de esas familias a políticas sociales, educativas, de infraestructura básica, entre otras, y al acompañamiento activo de trabajadores estatales en el contexto de acciones sociolaborales y de fortalecimiento familiar a la vez que promotoras de organización social, son de gran relevancia. La combinación entonces de abordajes de corto plazo (transferencias de ingresos) con aquellos que operan en el mediano y el largo plazo (intervenciones en salud, educación, apoyo familiar y comunitario para la inclusión socioeconómica y la promoción de ciudadanía) resultan de importancia y, como se plantea, de gran relevancia para el desarrollo social. El abordaje en plazos diferenciados y con estrategias diferentes da cuenta de una conceptualización compleja de la pobreza, multidimensional y que se asienta en considerar fundamentalmente a estas iniciativas en el marco de la restitución de derechos.

En el marco de la restitución de derechos, es un importante desafío para estas políticas la inclusión de grupos sociales que han sido históricamente discriminados y que viven en condiciones materiales muchas veces precarias y la mayoría, desiguales (grupos trans, etnias minoritarias, discapacitados, etc.) Varias de las políticas en la región ya definen a estos colectivos como titulares de derecho, sin embargo esta no es una situación generalizada.

En términos de impactos, existen evidencias – que han sido planteadas al abordar cada una de las políticas en cada País en particular - en cuanto a que estas políticas han logrado importantes

efectos que impactan disminuyendo las condiciones de pobreza y de extrema pobreza y mejorando los indicadores de equidad al interior de cada uno de los países y en UNASUR en general. Por otro lado, también resultan evidentes las mejoras en términos educativos, no sólo respecto de tasas de matriculación y permanencia en la escuela sino también en producción de aprendizajes y de terminalidad educativa. Ya en el ámbito de la salud, hay mejoras en las condiciones nutricionales y antropométricas, así como respecto de la cobertura de inmunizaciones y la realización de controles de crecimiento y desarrollo así como en la accesibilidad para la procura de cuidados para la enfermedad. Resulta también de gran importancia el aumento de la cobertura de cuidados prenatales y perinatales que condicionan la disminución del bajo peso al nacer y, consecuentemente, de la mortalidad infantil.

La cobertura de estas políticas es muy amplia, alcanzando a un total de 90.000.000 de personas en Suramérica, con bajos costos en relación con la magnitud de sus impactos. En este sentido, la inversión promedio de los países es de 0,4% del PIB (si bien el rango es amplio ya que va desde Chile con un 0,14% hasta Ecuador que invierte el 1,13% de su PIB). En esta línea es importante destacar que, en general, los gastos de las estructuras que implementan las políticas de transferencias de renta impactan poco sobre el presupuesto de estas iniciativas.

Un punto de importancia es la tensión presente en estas políticas respecto de la promoción de derechos en relación con el cumplimiento de las condicionalidades. Es posible advertir la eventual contradicción entre el reconocimiento del derecho a que el Estado asegure las condiciones de reproducción social y biológica de las familias pobres a través de la implementación de un ingreso universal ciudadano, y la existencia de condicionalidades para ejercer ese derecho. Resulta claro el trato específico de esta población, ya que no se exigen corresponsabilidades a, por ejemplo, los trabajadores formales – que reciben también asignaciones familiares producto de las regulaciones que el Estado impone a las relaciones entre capital y trabajo – pero sí a quienes ese mismo Estado propone reconocerles un derecho que les permite acceder a un piso consensuado de ciudadanía. No se reduce la importancia de la producción de cuidados en salud y la promoción de las acciones educativas que se proponen en las condicionalidades, sino que se cuestiona justamente el concepto de poner en quienes son beneficiarios de este derecho el esfuerzo de acceder a servicios que son de difícil accesibilidad y que, muchas veces, los rechazan.

En esta misma línea de tensión está la definición de egresos de estas políticas. Si bien no es un componente generalizado, hay países que plantean la transitoriedad de la inclusión de las familias en estas iniciativas. Sin dudas que estas intervenciones se proponen mejorar las condiciones socioeconómicas de los hogares, pero el hecho de que se plantee el egreso de los programas de apoyo en tiempos determinados, pone en suspenso la perspectiva de derechos e instala más fuertemente la dimensión de políticas compensatorias. Desde esta dimensión es recomendable problematizar estas situaciones de manera de asegurar que las familias que egresan de las políticas de transferencias condicionadas no pierdan la protección social básica que debiera ser garantizada socialmente, en este sentido, el egreso sólo debiera producirse cuando los grupos familiares acceden al empleo formal de manera de que se garantice el piso de ciudadanía al que hubieran accedido.

Es también una fortaleza de estas políticas la perspectiva de género con que se implementan, ya que en todos los países de UNASUR, se prioriza a las mujeres como receptoras de las transferencias, reconociéndoles el lugar de gestoras del hogar y responsables de la producción de cuidados tanto en términos de salud y educación para niñas, niños y adolescentes, así como para aquellos sujetos con mayor debilidad en el hogar, como los discapacitados. Sin embargo,

resulta necesario incluir la perspectiva de género también en términos del cuidado de la salud de las mujeres, la garantía en el acceso a los programas de salud sexual y reproductiva, a iniciativas educativas que puedan fortalecer su desarrollo y a la emancipación del lugar de la producción de cuidados al interior del hogar incluso a expensas de su propia subjetividad, estipulado en la división intrafamiliar del trabajo. En este aspecto es también importante que los programas de acompañamiento familiar promuevan la problematización de relaciones de sometimiento y subordinación – muchas veces violentas - al interior de las estructuras familiares como línea estratégica de promoción de derechos. Es de destacar también desde esta perspectiva la inclusión del colectivo trans como beneficiario de la Tarjeta Uruguay Social.

Resulta también una fortaleza la profesionalización en la gestión de las transferencias así como la bancarización de los beneficios, ya que de esta manera se disminuyen los rangos de discrecionalidad a la vez que se reducen los márgenes de posibilidad para prácticas clientelares. Sin embargo, esta misma dinámica podría generar sesgos de exclusión de algunas poblaciones aisladas, sin acceso a estructuras bancarias o al capital simbólico necesario para operar en estructuras de ese tipo o, incluso automatizadas como las de los cajeros automáticos o las compras con tarjetas. En este sentido son interesantes las iniciativas de algunos países de desarrollar componentes de acompañamiento y capacitación para el desarrollo de estas competencias.

Un desafío importante es el de mejorar las capacidades del aparato del Estado en los territorios en que se desarrollan la vida de los colectivos que son beneficiarios de estas políticas, ya que hay evidencias respecto que los incumplimientos de las corresponsabilidades por parte de las familias podrían estar condicionados por las dificultades en el acceso a servicios de salud y educación. En estos últimos sería necesario también implementar estrategias de promoción del desarrollo infantil temprano como un abordaje útil para el fomento de las potencialidades de las niñas y niños, así como para el condicionamiento y la interrupción de la transmisión intergeneracional de la pobreza; en este aspecto es necesario problematizar las relaciones entre iniciativas comunitarias y profesionales en el campo de la educación. Es también un desafío el de alcanzar la adecuación cultural de manera de evitar choques que podrían dificultar el desarrollo de las comunidades y la subordinación de culturas originarias y tradicionales que, necesariamente, debieran ser respetadas y promovidas.

Respecto de los servicios de salud, es necesario fortalecer el primer nivel de atención a la vez que desarrollar mecanismos que aseguren la atención de familias beneficiarias de las políticas de transferencia de renta. En este sentido cabe preguntarse si no sería útil implementar metas asistenciales de los servicios vinculadas con esta población. Asimismo mejorar la capacitación y evitar la discriminación por parte de los trabajadores de salud y educación respecto de estos colectivos; es importante que conozcan las lenguas originarias y no sólo las oficiales de manera de facilitar la comunicación con las familias; además el abordaje efectivo de estos grupos, que llevan años de exclusión y marginación requiere de conocimientos específicos por parte de los trabajadores que faciliten el acceso y minimicen las trayectorias de los sujetos en la procura de cuidados e ingreso escolar.

A manera de cierre provisional, es imprescindible la formalización de estas políticas de manera de preservarlas de eventuales cambios políticos y de la introducción de prácticas clientelares. En este sentido es relevante la promoción de acciones de participación y control social así como la estructuración de los marcos normativos que rigen estas iniciativas y la adecuación de los montos de las transferencias de manera que los procesos de modificación de precios de la economía no impacten negativamente sobre ellas.

ANEXO 1: SÍNTESIS DE LAS POLÍTICAS ANALIZADAS EN CADA UNO DE LOS PAÍSES DE UNASUR SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS

Tabla 3: Políticas de Transferencia Condicionada de Renta según variables seleccionadas (elaboración propia)

	PAÍS											
	Argentina	Estado Plurinacional de Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	Guyana	Paraguay	Perú	Suriname	Uruguay	República Bolivariana de Venezuela
Nombre de la política	Asignación Universal por Hijo para la Inclusión Social	Bono Juancito Pinto (BJP) Bono Juana Azurduy Padilla (BJAP)	Bolsa Familia	Ingreso Etico Familiar	Más Familias en Acción	Bono de Desarrollo Humano	Difficult Circumstances Unit	Tekoporá	Programa Juntos	Asignaciones familiares Pensiones para Adultos Mayores	Asignaciones Familiares – Plan Equidad. (AFAM-PE) Tarjeta Uruguay Social (TUS)	Gran Misión Hogares de la Patria
Año de implementación	2009	BJP 2006 BJAP 2009	2004	2012	2001 Familias en Acción, 2012 Más Familias en Acción	2003	--	2005	2005	--	2008	2014
Valor de la transferencia (en U\$D)	Menor de 18 años (hasta 4 NNyA): 88,80.- Discapacidad 289,65	BJP 28,7.- BJAP: Bono control prenatal: 28,7.- (hasta 4) Bono parto institucional y control posnatal: 17,1.- (único) Bono controles integrales de salud: 18.- (hasta 24, bimestral)	Básico: 34.- (1 por familia) Menor de 15 años (hasta 5 niños): 17.- Adolescentes (hasta 2): 21.- Gestante: 17.- Lactante: 17.- Superación de extrema pobreza: variable, cálculo per cápita para superar línea de pobreza	Bono por dignidad: bono base familiar calculado en base al 85% de la diferencia entre el ingreso per cápita potencial de la familia y la línea de extrema pobreza y bono de protección que va entre 36 y 22 (decreciente cada 6 meses) Bono por deberes: control del niño sano: 14 y bono por asistencia escolar: 14 Bono por logros: Menores de 24 años: 125/75 y bono mujer trabajadora: monto variable	Variable según niveles escolares y ubicación geográfica. Bono Salud: 1 por familia con menores de 7 años: 27,7 – 54,4 Bono Educación: 1 por NNyA de 5 a 18 años (hasta 3 por familia): 16,6 – 66,5	Familias con menores de 16 años; Discapacitados; Adultos Mayores: 50 (la transferencia es familiar, no hay variación por cantidad de NNyA)	Subsidios a menores de 17 años en condiciones de vulnerabilidad social. Definición ad hoc por parte de equipos del Ministerio de Protección Social. Mínimo 33.- Pensiones para adultos mayores (cobertura del 80%)	Bono Alimenticio: 1 por familia: 20.- Menores de 18 años: (hasta 4 NNyA): 8,75.- Adultos Mayores: 8,75.- (1 beneficio) Discapacitados severos: 8,75.- (1 beneficio)	Bono Familiar: 70,4.- independientemente de cantidad de NNyA menores de 19 años En zonas seleccionadas (VRAE) bono anual de 35.- para adolescentes de 14 años o más que aprueban grado secundario en que están matriculados; si están en tercio superior de rendimiento se adicionan 24.- también anuales	Asignaciones familiares (contributivas y no contributivas) para familias con menores de 16 años: 15.- por NNyA hasta 4 por familia Pensiones para adultos mayores: (contributivas y no contributivas para mayores de 60 años): 159.-	AFAM-PE: cálculo según cant. de NNyA menores de 14 (hasta 7 por hogar) x 0,6/ cantidad de beneficiarios del hogar. Embarazadas y menores de 14 años: 37.- Adolescentes y discapacitados: 52,63.- TUS: 1 menor: 42,56.- 2 menores: 64,47.-; 3 menores: 82,05.- 4 o más: 114,31. Familias más pobres duplican	Menores de 18 años: 67,72.- (hasta 3 por hogar) Discapacitados: 94,5.- 10% de las transferencias son retenidos con destino al Fondo de Ahorro Familiar e Inversión Social

PAÍS												
	Argentina	Estado Plurinacional de Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	Guyana	Paraguay	Perú	Suriname	Uruguay	República Bolivariana de Venezuela
Tipo de condicionalidad	Controles de salud e inmunizaciones Concurrencia escolar mayor al 80%	BJP Matriculación y concurrencia mayor al 80% BJAP: Bono control prenatal: controles de salud, actividades educativas, cumplimiento de recomendaciones de cuidados Bono parto institucional y control posnatal: parto hospitalario y control a 10 días Bono controles integrales de salud: controles en salud, alimentario nutricionales y cobertura de inmunizaciones en menores de 2 años	Básico: sin condicionalidad Menor de 15 años: control de salud, inmunizaciones y más de 85% de concurrencia escolar Adolescente: inmunización y más de 75% concurrencia escolar. Gestante: controles prenatales mensuales Lactante: controles en los primeros 6 meses de vida Superación extrema pobreza: sin condicionalidad	Bono dignidad: realización del plan de apoyo psicosocial y sociolaboral. Bono por deberes: control del niño sano: controles de salud mensual; bono por asistencia escolar: concurrencia a más del 85% de las clases Bono por logros: escolares: ubicación en el 30% de los mejores rendimientos; bono mujer trabajadora: inclusión laboral	Bono Salud: controles periódicos de crecimiento y desarrollo Bono Educación: concurrencia a más del 80% de clases (puede prorrogarse hasta los 18 y 19 años si cursa 10° grado o hasta 20 si cursa 11°). No debe haber más de 2 años de atraso en la carrera escolar	Sólo para familias con menores de 16 años. Niñas y niños de 0 a 5 años: controles de salud periódicos NNyA entre 5 y 17 años: concurrencia a más del 75% de clases	Sin condicionalidades. En caso de subsidios se reevalúan periódicamente en términos de persistencia de situación de vulnerabilidad social	Menores de 18 años: matriculación escolar, concurrencia a más de 85% de clases. Controles en salud e inmunizaciones en NNyA y controles prenatales en embarazadas Adultos Mayores y Discapacitados sin condicionalidad des	Salud: controles prenatales; controles de crecimiento y desarrollo en menores de 36 meses Educación: 3 a 19 años, matriculación y asistencia escolar (sólo son admisibles 3 inasistencias injustificadas mensuales)	Sin condicionalidades para Adultos Mayores. Asignaciones familiares: inscripción en registro específico	Embarazadas: controles prenatales Menores de 4 años: controles de crecimiento y desarrollo 4 a 18 años: escolaridad Discapacitados reevalúo cada 3 años y asistencia a educación especial (si corresponde)	Salud: controles sanitarios en el primer nivel de atención Educación: concurrencia a centros educativos (incluye a mujeres menores de 19 años) Para adolescentes entre 15 y 17 años, deben concurrir también a organización cultural, científica, deportiva, ambientalista, excursionista o comunitaria
Frecuencia de transferencia	Mensual	BJP Anual BJAP (detalle anterior)	Básico, menor de 17 años y adolescentes y superación de la extrema pobreza: mensual Gestante: mensual por 9 meses Lactante: mensual por 6 meses	Bono por dignidad: mensual por 24 meses Bono por deberes: mensual por 24 meses Bono por logros: anual por 4 años	Cada 2 meses. En el caso de Educación no se paga en vacaciones (5 transferencias anuales)	Mensual	Mensual	Cada 2 meses	Cada 2 meses	Mensual en ambos casos	Mensual en ambos casos	Mensual

	PAÍS											
	Argentina	Estado Plurinacional de Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	Guyana	Paraguay	Perú	Suriname	Uruguay	República Bolivariana de Venezuela
Sujeto beneficiario en el hogar	Menores de 18 años. Discapacitados sin límite de edad	BJP Menores de 18 años que concurren a establecimientos educativos BJAP: Mujeres embarazadas y menores de 2 años	Menores de 17 años, adolescentes, embarazadas, lactantes. Hogar	Bono por dignidad: hogar (mujer) Bono por deberes: control de niño sano: menores de 6 años; asistencia escolar: NNyA entre 6 y 18 años Bono por logros: escolar: menores de 24 años del 30% más vulnerable; mujer trabajadora: 24 a 59 años, del 40% de población más vulnerable	Bono Salud: familias con menores de 7 años Bono Educación: NNyA entre 5 y 18 años (hasta 20 años en condiciones especiales)	Familias en menores de 17 años Adultos Mayores Discapacitados	Niñas, Niños y Adolescentes. Adultos Mayores	Menores de 18 años Adultos Mayores Discapacitados	Menores de 19 años.	Adultos Mayores en caso de las pensiones Menores de 16 años en caso de asignaciones familiares	Embarazadas, menores de 18 años. Discapacitados	Embarazadas, menores de 18 años. Discapacitados
N° de hogares cubiertos	1.862.862 (2014)	BJP 2.800.000 menores de 18 años (2014) BJAP 165.112 (2013)	14.003.441 (2014)	179.539 (2013)	2.672.386 (2014)	1.026.114 (2013)	--	101.440 (2014)	833.836 (2014) (15/24 Departamentos)	--	AFAM-PE: 131.926 (2012) TUS: 66.348 (2013)	410.926 (2014)
Prestaciones no monetarias	Programa SUMAR; acceso preferencial a planes y programas sociales; Plan QUNITA. Capacitación laboral para mujeres	BJP No tiene BJAP: actividades educativas y recomendaciones de cuidados	Integración en Brasil Sem Miséria: Brasil Carinhoso, Agua y Luz para todos, Capacitación técnica. Acceso preferencial a otros planes sociales	Programa de apoyo psicosocial y sociolaboral. Acceso preferente a otros programas sociales	Acceso preferente a otros programas sociales	Acceso preferente a otros programas sociales (Programa de Protección Social)	Acceso a otros programas sociales en caso de NNyA subsidiados.	Guías Familiares: cumplimiento corresponsabilidad, orientación familiar para mejora del hábitat, higiene, acceso a otros servicios públicos Promoción de asociaciones de pequeños productores Kakuaa: autosustentabilidad familiar, educación financiera, bancarización	Estrategia CRECER: abordaje de la pobreza y desnutrición crónica infantil (acceso preferencial a otros programas sociales) Afilación automática al Seguro Integral de Salud	En caso de beneficios no contributivos, acceso preferencial a otros programas sociales	Acceso preferencial a otros programas sociales. TUS: 1 kg de leche fortificada con hierro por beneficiario y por mes	Intervenciones en ejes protección social, organización y formación popular, convivencia solidaria y cultura de la paz y producción socialista. Aportes del Fondo de Ahorro Familiar e Inversión Social para proyectos productivos, ayudas especiales y rehabilitación de viviendas

	PAÍS											
	Argentina	Estado Plurinacional de Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	Guyana	Paraguay	Perú	Suriname	Uruguay	República Bolivariana de Venezuela
Inversión en porcentaje del PIB	0,44%	BJP 0,2% BJAP 0,08%	0,48%	0,14%	0,27%	1,13%	Pensiones: contributivas 1,46%, no contributivas 0,48%	0,17%	0,2%	--	AFAM-PE 0,46% TUS 0,11%	--
Límite de permanencia en la política	Sin límite. Cambios en las condiciones de elegibilidad	BJP finalización de escuela secundaria BJAP cambios en las condiciones de elegibilidad	Sin límite. Cambios en las condiciones de elegibilidad	Hasta 4 años. Bonos dignidad y por logros sólo por 24 meses, bonos por logros hasta por 4 años	Sin límite. Cambios en las condiciones de elegibilidad. Incumplimiento de las condicionalidades	Sin límites Cambios en las condiciones de elegibilidad. Registro en seguridad social contributiva	Pensiones sin límite Subsidios para NNyA evaluación periódica de vulnerabilidad social	Sin límite. Cambios en las condiciones de elegibilidad	Cambios en las condiciones de elegibilidad. 4 años, luego reevaluación y otros 4 años, siguientes 4 años decrecientes y finalización	En caso de adultos mayores sin límites. Asignaciones familiares: cambios en condiciones de elegibilidad	Cambios en condiciones de elegibilidad	Cambios en condiciones de elegibilidad

BIBLIOGRAFÍA

BID, **Estrategia de País del BID con la República Cooperativa de Guyana, 2012–2016**, Washington DC, 2012, revisado el 21/9/15 en <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=37346337>

Castronovo R., **Metodología III – Castronovo – UBA**, 2011, revisado el 27/10/15 en <http://metodologia-castronovo.blogspot.com.ar/2012/09/post-neoliberalismo-politicas-de.html>

CEPAL, **Base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe, Programas de Transferencias Condicionadas**, División de Desarrollo Social, 2015, <http://dds.cepal.org/>

Cecchini S., Filgueira F., Robles C., **Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe. Una Perspectiva Comparada**, Serie Políticas Sociales N° 202 CEPAL, Santiago de Chile, 2014

Cecchini S., Madariaga A., **Programas de transferencias condicionadas - Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe**, Cuadernos de la CEPAL N° 95, Santiago de Chile, 2011

Cecchini S., Vargas L., **Transferencias de ingresos para la erradicación de la pobreza. Dos décadas de experiencia en los países de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR)**, CEPAL UNASUR, Santiago de Chile, 2014

Costa Cavalcante P., **Programas de Transferencia Condicionada de Renda na América Latina: uma abordagem comparada entre Brasil, México, Chile y Colombia**, Revista do Serviço Público, Brasília 62(2): 105-118, Abr/Jun, 2011

d’Aquino Mafra R., **O Plano Brasil Sem Miséria**, trabajo final del curso POLÍTICAS PUBLICAS INTERSECTORIALES Y DETERMINACION SOCIAL DE LA SALUD DEL INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD (ISAGS), Río de Janeiro, Brasil, Marzo 2015. Mimeo

DAES-DESyTC-DINEM MIDES, **¿Qué es el Índice de Carencias Críticas?**, Serie de documentos “Aportes a la conceptualización de la pobreza y la focalización de las políticas sociales en Uruguay”, Montevideo, Uruguay, 2013. Revisado el 20/9/15 en http://dinem.mides.gub.uy/innovaportal/file/35169/1/que_es_el_indice_de_carencias_criticas_-_daes_-_desytc_-_dinem.pdf

Dirección General de Protección Social y Desarrollo Humano, **Programa Tekoporá**, Secretaría de Asistencia Social, Paraguay, 31/10/12, revisado el 20/10/15 en http://redproteccionsocial.org/sites/default/files/paraguay_consolidado.pdf

do Nascimento A., dos Reis C., **Os Programas de Tranferência Condicionada de Renda na América Latina: especificidade de uma realidade que se mantém**, Rev. Pol. Publ, São Luis, V.13 n.2, p. 183-193, Jul/Dez 2009

Filgueira F., Hernández D., **Sistemas de Protección Social en América Latina y el Caribe: Uruguay**, CEPAL, Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo de Alemania, GIZ, Santiago, Chile, 2012

Grosh M., Baker J., **Proxy means tests for targeting social programs: Simulations and speculation**, World Bank, Washington DC, 1995, revisado el 25/8/15 en <http://213.154.74.164/invenio/record/17562/files/lsm118.pdf>

ISAGS/UNASUR. **Plan Operativo Anual**, 2015-2016.

Kliksberg B., **“El gran desafío - Romper la Trampa de la Desigualdad desde la Infancia. Aprendizajes de la Asignación Universal por Hijo”**, en Seminario Internacional “Sistemas de Protección e Inclusión Social en América Latina”, Buenos Aires, 21 de mayo de 2015, revisado el 30/9/15 en http://www.seminarioproteccionsocial.anses.gov.ar/presentaciones/Bernardo_Kliksberg.pdf

Kliksberg B., Novacovsky I., **El gran desafío: romper la trampa de la desigualdad desde la infancia. Aprendizajes de la Asignación Universal por Hijo**, Editorial Biblos, UNTREF, Buenos Aires, 2015

Lavigne M., **Sistemas de Protección Social en América Latina y el Caribe. Paraguay**, CEPAL, Santiago, Chile, 2012

Lavigne M., **Sistemas de Protección Social en América Latina y el Caribe: Perú**, CEPAL, Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo de Alemania, GIZ, Santiago, Chile, 2013

Marco Navarro F., **El Bono Juancito Pinto del Estado Plurinacional de Bolivia. Programas de transferencias monetarias e infancia**, CEPAL, Santiago, Chile, 2012

Marques R., **Políticas de transferencia de renda no Brasil e na Argentina**, Revista de Economía Política, vol 33, n°2 (131), pp. 298-314, abril-junio/2013, San Pablo, Brasil

MERCOSUR, **Proyectos y Programas Sociales del MERCOSUR en Perspectiva**, Instituto Social del MERCOSUR, Julio 2014, Asunción, Paraguay

Mina Rosero L., **Sistemas de Protección Social en América Latina y el Caribe. Colombia**, CEPAL, Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo de Alemania, GIZ, Santiago, Chile, 2013

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, **Programa JUNTOS**, Lima, Perú revisado el 24/10/15 en <http://www.juntos.gob.pe/index.php/>

Misión Permanente del Ecuador ante Naciones Unidas y otros Organismos Internacionales en Ginebra, **Informe N° 4-7-01/2009**, revisado el 12/10/15 en <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/EPoverty/casher/Ecuador.pdf>

Monterrey Arce J., **Sistemas de Protección Social en América Latina y el Caribe. Estado Plurinacional de Bolivia**, CEPAL, Santiago, Chile, 2013

Naranjo Bonilla M., **Sistemas de Protección Social en América Latina y el Caribe. Ecuador**, CEPAL, Cooperación Alemana, Santiago, Chile, 2013

OIT, **Pisos de protección social para la justicia social y una globalización equitativa**, Conferencia Internacional del Trabajo, 101° reunión, 2012, Informe IV(1), ILC.101/IV/1, Ginebra, 2011

Olesker D., **Ponencia en “Diálogo entre las políticas de transferencia de renta y los determinantes sociales de la salud en tiempos de crisis global”**, ISAGS/UNASUR, Río de Janeiro, Brasil, 2015

OPS, **Guyana en Salud en las Américas. Panorama Regional y Perfiles de País**, Washington DC EEUU, Edición 2012, revisado el 21/9/15 en http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=211&Itemid=

OPS, **Suriname en Salud en las Américas. Panorama Regional y Perfiles de País**, Washington DC EEUU, Edición 2012, revisado el 21/9/15 en <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/sa-2012-suriname.pdf>

Paes-Sousa R., Regalia F., Stampini M., **Condiciones para el éxito de la puesta en práctica de programas de transferencias monetarias condicionadas: lecciones de América Latina y el Caribe para Asia**, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington D.C., EEUU, 2013

Rasella D., Aquino R., Santos C., Paes-Sousa R., Barreto M., **Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities**, *Lancet* 2013; 382: 57–64, revisado el 15/10/15 en [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60715-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60715-1/fulltext)

Repetto F., Dal Masetto F., **Sistemas de Protección Social en América Latina y el Caribe: Argentina**, CEPAL, Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo de Alemania, GIZ, Santiago, Chile, 2012

República Bolivariana de Venezuela, **Decreto 1149/2014**, Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 413.804, 31 de julio 2014, revisado el 27/10/15 en http://www.mp.gob.ve/c/document_library/get_file?p_l_id=29942&folderId=5033940&name=DLE-7915.pdf

República Bolivariana de Venezuela, **Gran Misión Hogares de la Patria**, revisado el 27/10/15 en <http://www.hogaresdelapatria.gob.ve/>

Rivera Castiñeira B., CurraisNunes L., Rungo P., **Impacto de los programas de transferencia condicionada de renta sobre el estado de salud: El Programa Bolsa Familia de Brasil**, Rev. Española de Salud Pública, 83:85-97. N° 1, Santiago de Compostela, España, 2009

Robles C., Mirosevic V., **Sistemas de Protección Social en América Latina y el Caribe. Brasil**, CEPAL, Santiago, Chile, 2013

Robles Fariás C., **Sistemas de Protección Social en América Latina y el Caribe. Chile**, CEPAL, Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo de Alemania, GIZ, Santiago, Chile, 2013

Secretaría de Acción Social, Presidencia de la Nación, Paraguay, **Programa Tekoporá**, revisado el 20/10/15 en <http://www.sas.gov.py/pagina/54-tekopor.html>

The World Bank Group, **Country Partnership Strategy for Suriname for the Period fy15-19, Report No: 91238-SR**, BIRF, Washington DC, April 27 2015, revisado el 21/9/15 en http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSP/IB/2015/04/30/090224b082e2a6f7/2_0/Rendered/PDF/Suriname000Cou0r0the0period0FY15019.pdf

Transparencia Venezuela, **Gran Misión Hijas e Hijos de Venezuela**, Misiones Transparentes, Enero de 2015, revisado el 30/6/15 en <http://transparencia.org.ve/wp-content/uploads/2015/01/InformeHijos2.pdf>

UNASUR. Consejo de Salud Suramericano. **Plan Quinquenal**, 2010-2015.

UNASUR. Consejo Sudamericano de Desarrollo Social. **Plan de Acción 2015 - 2017**. Mayo, 2015.

Vecinday L., **La reconfiguración del campo asistencial: el caso del Plan Equidad en Uruguay**, Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 116, p. 700-724, out./dez. 2013. Brasil