

**Análisis Económico**

ME-L1257

Apoyo al Fortalecimiento de Prospera, Programa de Inclusión Social

**Septiembre de 2016**

**Documento preparado por Nadin Medellín y Pablo Ibarrarán**

# Resumen

1. Este documento presenta los resultados del análisis económico realizado al Programa de Transferencias Monetarias Condicionadas PROSPERA, Programa de Inclusión Social. El Banco está preparando una operación de crédito por US$600 millones para apoyar la entrega de transferencias y fortalecer la agenda de estudios y evaluaciones para generar conocimiento que permitirá aumentar los impactos del programa. Dado que la operación de crédito del Banco otorga un apoyo transversal a las actividades centrales de este PTMC (apoyos asociados a salud, alimentación y educación; agenda de estudios y evaluaciones), la estrategia de este documento es realizar un análisis costo-beneficio del programa, que puede considerarse válida también para los recursos de la operación (en especial aquellos destinados al Componente 1 que son más del 95% de la inversión).
2. Los beneficios de PROSPERA se estiman a partir de los siguientes elementos. Por un lado, las transferencias apoyan el consumo de las familias, y la evidencia muestra que en consumo familiar se incrementa en un 80% del monto de las transferencias (Angelucci & Attanasio, 2009). Por otro lado, es posible estimar ingresos futuros asociados a una mayor productividad laboral de los jóvenes, que está asociada a más años de escolaridad como resultado de las becas educativas; adicionalmente una mejor alimentación durante los primeros años de vida y los suplementos alimentarios se traducen en mejores salarios, para los menores de 3 años; finalmente también se generan ganancias en salud que se miden por los Años Libres de Discapacidad (DALYs, por sus siglas en inglés) ganados como resultado del aumento en las visitas a los centros de salud.
3. Para medir los costos de la intervención, se toman los costos totales de PROSPERA menos las transferencias que son entregadas a las personas que participan en el esquema sin corresponsabilidad. El costo total del programa se reporta en el Presupuesto de Egresos de la Federación de México y se encuentra asignado en tres instituciones: la Coordinación Nacional de PROSPERA (CNP), la Secretaría de Educación Pública (que tiene una línea presupuestal para los apoyos educativos), y la Secretaría de Salud, que si bien no realiza transferencias directamente si realiza acciones de promoción y preventivas en materia de salud para las familias beneficiarias del programa.
4. Se realizó el análisis para un año de operación del programa. Es decir, cuántos beneficios se generan en las familias beneficiarias si participan un año en el programa. El aumento en el consumo es inmediato, y así se contabiliza. Por otro lado, las ganancias por aumento en el ingreso laboral resultado de más educación y mejor alimentación se materializan hasta que los niños y jóvenes ingresan al mercado laboral, por lo que es necesario descontarlos adecuadamente. Por otro lado, las ganancias en DALYs se materializan el año mismo en que aumentan las vistas para recibir atención sanitaria.
5. Con estos elementos, el análisis arroja resultados positivos. En el escenario base (descrito más adelante), la razón Beneficio / Costo es 1.92, es decir que cada dólar invertido genera beneficios cuyo valor presente es de 92% superior. Asimismo, se presenta análisis de sensibilidad que muestra que la razón B/C es superior a la unidad en todos los escenarios considerados.

# Antecedentes del Proyecto[[1]](#footnote-2)

1. La inclusión social es el eje de las políticas sociales del Gobierno de México. En este sentido, los esfuerzos del Plan Sectorial de Desarrollo Social se alinean con la segunda Meta del Plan Nacional de Desarrollo: lograr un México Incluyente, cuya política social busca garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos, en particular de las personas en pobreza o que padecen carencias sociales. Así, se persigue crear las condiciones necesarias para lograr un círculo virtuoso de desarrollo, en el que se reduzcan las brechas sociales, se fomente el bienestar individual y comunitario, y se impulse un crecimiento sostenido para mejorar la calidad de vida de las personas. En específico, el Programa Sectorial de Desarrollo Social tiene como objetivo primordial fortalecer el cumplimiento efectivo de los derechos sociales que potencien las capacidades de las personas en situación de pobreza, a través de acciones que incidan positivamente en la alimentación, la salud y la educación. PROSPERA se inscribe en este ámbito fundamental de desarrollar las capacidades de las personas pobres y promover su acceso efectivo a otras dimensiones de bienestar a fin de contribuir a romper el ciclo de transmisión intergeneracional de la pobreza.
2. PROSPERA es parte de una larga y exitosa historia de programas de transferencias monetarias condicionadas (PTMC) en México. PROSPERA se creó en septiembre de 2014 a partir del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. PROSPERA mantuvo el doble objetivo de apoyar el consumo de las familias más pobres (fin redistributivo) y de estimular el desarrollo de capacidades. Por otro lado, el programa fortaleció los componentes centrales de alimentación, salud y educación. En alimentación, el programa incluyó acceso a leche fortificada de bajo costo y a suplementos nutricionales para embarazadas y lactantes y niños de 6 a 59 meses. En salud se amplió el acceso y la cobertura del paquete de beneficios de salud que brinda el Seguro Popular a las familias afiliadas, con énfasis en servicios de salud reproductiva y métodos anticonceptivos para adolescentes. En educación introdujo becas de educación superior para apoyar la continuidad educativa y futura inserción laboral de los jóvenes, así como becas para personas con discapacidad. También fortaleció acciones para vincular los beneficiarios con otros programas sociales, con un foco en los jóvenes y las mujeres como eje del rediseño del programa[[2]](#footnote-3).
3. PROSPERA y sus antecesores se caracterizan por ser programas con evidencia rigurosa de impactos significativos en varias dimensiones. En relación a la pobreza monetaria, PROSPERA incrementa el consumo de los hogares pobres. Un análisis del Banco, con base en la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) del 2014, muestra que sin el programa la pobreza extrema monetaria hubiera sido 5,6% mayor y la intensidad de la pobreza extrema entre este grupo hubiera sido 9,5% mayor[[3]](#footnote-4).
4. En cuanto a los impactos en el desarrollo de capacidades, la Evaluación Específica de Desempeño 2014-2015 publicada por CONEVAL reporta : (i) una reducción de la prevalencia de talla baja entre niños beneficiarios de 11 puntos porcentuales entre 1998 y 2007; (ii) una reducción en los problemas conductuales entre niños beneficiarios expuestos al programa durante la primera infancia; y (iii) una mejora en las capacidades verbales y lingüísticas para los niños nacidos dentro del programa. En cuanto a los resultados sobre educación, la exposición al programa por 10 años generó un impacto de 0,9 grados de escolaridad para individuos de 19 a 20 años y de 0,6 grados para individuos de 17 a 18 años; siendo los resultados mayores para mujeres que para hombres (0,85 grados escolares para mujeres y 0,65 para hombres). El análisis costo-beneficio de los impactos educativos muestra que el programa es costo efectivo.
5. La evaluación de CONEVAL documenta también una reducción de la desnutrición y anemia entre niños beneficiarios de hogares urbanos, así como un incremento en el consumo de alimentos, cerrando la brecha entre los menos y más pobres en este ámbito (Angelucci y Attanasio, 2009). El programa impacta en la generación de capital social y fortalece la cooperación en las comunidades. Por ejemplo, las redes sociales y familiares se consolidan porque participantes del programa comparten los beneficios con familiares que no participan (Angelucci et al., 2012) y las transferencias monetarias facilitan que algunas familias inviertan en activos productivos (Gertler et al., 2012).
6. En 2017 se cumplen veinte años en la implementación de los PTMC en México, abriendo un espacio para la evaluación y reflexión sobre alternativas para revisar su diseño e implementación y lograr mejoras en el cumplimiento de sus objetivos[[4]](#footnote-5). Sobre todo, estos ajustes al diseño se hacen necesarios debido a que el perfil de pobreza y las características sociodemográficas de los beneficiarios del programa ha tenido cambios estructurales en estas dos décadas. En primer lugar, el reto la incidencia de la pobreza extrema ha disminuido y se ha concentrado en su dimensión urbana, aunque la incidencia sigue siendo mayor en zonas rurales. Según datos de las ENIGH de 1996 y 2014, en este periodo el porcentaje de personas con ingreso inferior a la línea de pobreza extrema monetaria disminuyó de 39% a 21%; en zonas urbanas de 32% a 17% y de 61% a 32% en zonas rurales[[5]](#footnote-6). Lo anterior, junto con el aumento de la población urbana que pasó de 75% a 77%, implica que el porcentaje de personas en pobreza extrema que reside en zonas urbanas aumentó de 60% a 64% durante el periodo de análisis.
7. En segundo lugar, los hogares en pobreza extrema son más pequeños y con menor cantidad de miembros menores a 22 años, estos últimos foco importante del programa. El tamaño promedio de los hogares pobres extremos disminuyó de 5,7 en 1996 a 4,2 en 2014; mientras que en el resto hogares disminuyó de 4.0 a 3.6 personas por hogar. Desde la perspectiva de la acumulación de capital humano de los niños y jóvenes, uno de los objetivos de PROSPERA, destaca que la gran mayoría de los hogares en pobreza extrema en 1996 tenían al menos un miembro menor de 22 años (91%), mientras que en 2014 el porcentaje cayó a 75%. Más aun, según la ENIGH 2014, el 16% de los hogares que reciben transferencias de PROSPERA no tienen un menor de 22 años, aunque un cuarto de ellos tienen al menos una mujer en edad fértil.
8. En tercer lugar, entre 1996 y 2014 se observa un aumento en el porcentaje de hogares encabezados por mujeres, que es más prominente en el caso de los pobres extremos (12 pp) y los pobres moderados (9 pp). Con esto, en 2014 25% de hogares pobres y pobres extremos eran encabezados por mujeres, muy similar al 27% de los hogares no pobres. El porcentaje de hogares en pobreza extrema encabezados por mujeres es más alto en zonas urbanas (29%) que en rurales (17%). Los cambios en la estructura de los hogares tiene un impacto importante en la distribución de la carga de trabajo entre los miembros del hogar. La tasa de dependencia económica (personas económicamente inactivas por cada persona económicamente activa) en los hogares pobres extremos disminuyó de 2.5 en 1996 a 2.1 en 2014, pero continuó más alta que la tasa de dependencia nacional (1.8 en 1996 y 1.4 en 2014).
9. En cuarto lugar, los resultados educativos de la población en pobreza extrema han mejorado, pero todavía hay brechas que atender para lograr mejores perspectivas de inserción laboral. Por ejemplo, la deserción escolar de los pobres extremos, uno de los principales desafíos identificados en el diseño original del programa, se ha postergado considerablemente (Gráfica 1). En 1996 aproximadamente 50% de los jóvenes en pobreza extrema en edad de iniciar preparatoria (15 años) asistían a la escuela, mientras que en 2014 alrededor de 74% de los niños asisten.
10. Las mejoras en asistencia escolar entre los pobres extremos se reflejan en una reducción en la brecha de asistencia escolar según el nivel de ingreso de la familia, pero existen todavía brechas de asistencia escolar entre pobres extremos y no pobres de 12% a los 15 años (74% vs 86%) y de 21% a los 18 años (35% vs 56%, Gráfica 2). También persiste una brecha importante entre los jóvenes de localidades rurales donde solamente 62% asisten en comparación con el 81% de los jóvenes urbanos. En relación a las brechas de género, otro aspecto en que el programa ha puesto especial atención, en 2014, la asistencia de las niñas y de los niños en las familias pobres extremas es prácticamente la misma en todos los niveles, cerrando así las brechas que existían en 1996. Sin embargo, se observa que una mayor proporción de varones que inician la educación media superior y la superior (Gráfica 3).
11. En el periodo de análisis también mejoró el nivel educativo de la población en general y en particular de la población en pobreza y pobreza extrema, disminuyendo la brecha entre los pobres y los no pobres. En 1996, en promedio los adultos (entre 18 y 65 años que no asistían a la escuela) pobres extremos tenían solo 4,8 años de educación y 18% no tenía ningún grado educativo. En contraste, las cifra en 2014 eran 6,9 años de educación y 10%, respectivamente. En términos de zona de residencia, también hay avances aunque persisten las brechas: entre 1996 y 2014, la educación promedio de los pobres extremos en localidades rurales aumentó de 3,7 a 5,5 años y en localidades urbanas pasó de 5,5 a 7,6 años.
12. En quinto lugar, la principal carga de salud de la población tiene que ver más ahora con las enfermedades crónicas que con la salud materna infantil. México reporta avances significativos en salud materno-infantil. Por ejemplo, entre 2000 y 2012 la atención prenatal en el primer trimestre del embarazo en mujeres de 20 a 49 años pasó de 72,8% a 84,3%, mientras que la cobertura de vacunación por esquema completo para edad en menores de 12 meses aumento de 31,4% a 49,8% y de 33,9% a 51,0% para niños de 15 a 23 meses[[6]](#footnote-7). No obstante, como en otros países de la región, el perfil demográfico y epidemiológico de la población mexicana ha cambiado en los últimos 25 años. El envejecimiento de la población y la prevalencia de estilos de vida no saludables (tabaquismo, sedentarismo y dietas no saludables), han causado que al 2013, 6 de las 10 primeras principales causas de años de vida perdidos por muertes prematuras fuesen enfermedades crónicas. En 1990, apenas eran 2 de 10, y predominaban las enfermedades infecciosas, nutricionales o relacionadas a padecimientos del periodo neonatal[[7]](#footnote-8).
13. En sexto lugar, la participación laboral ha cambiado en las últimas dos décadas, en particular para las mujeres. A nivel nacional la participación laboral de las mujeres de 18 a 35 años[[8]](#footnote-9) aumentó de 44% a 51% entre 1996 y 2014. Sin embargo, fueron las mujeres no pobres las que aumentaron más su participación laboral, pasando de 53% a 59%, mientras que las mujeres en hogares en pobreza moderada pasaron de 42% a 46% y aquellas en pobreza extrema no cambiaron su participación laboral (38% en ambos años, aunque con diferencias entre zonas urbanas en que pasó de 37% a 41% y zonas rurales donde bajó de 40% a 33%). Las bajas tasas de participación laboral de las mujeres representan un espacio de oportunidad para mejorar los ingresos de los hogares en pobreza extrema, y pueden explicarse en parte por la carga del trabajo dentro del hogar.
14. Por último, CONEVAL reportó una disminución sustancial en las carencias sociales de rezago educativo, acceso a los servicios de salud, calidad y acceso a servicios básicos de la vivienda entre 1990 y 2015[[9]](#footnote-10). Por ejemplo, en el periodo de análisis el porcentaje de personas que habitan viviendas con piso de tierra disminuyó de 21% a 4% y el porcentaje de personas que habitan viviendas sin acceso a drenaje descendió de 40% a 8%. La mayor carencia es el porcentaje de personas con rezago educativo[[10]](#footnote-11) (19% en 2015) y es precisamente el que menos disminuyó desde 1990 (27% en 1990).
15. Resumiendo, las familias en pobreza extrema tiene un perfil sociodemográfico muy distinto que hace dos décadas, cuando empezó el programa. Este análisis inicial muestra que el total de familias en pobreza extrema se ha reducido y sus principales características difieren de las familias en pobreza extrema de ese entonces: son más pequeñas, con menores niveles de dependencia, sus adultos tienen más años de educación, sus miembros jóvenes asisten más a la escuela y enfrentan distintos retos de salud. Si bien las brechas con el resto de los hogares han disminuido, las diferencias persisten y sus perspectivas en el mercado laboral no han cambiado substantivamente.
16. Ante este nuevo contexto, el programa tiene el desafío de cerrar las brechas de conocimiento que le permitan adecuar su esquema de incentivos y así poder maximizar los impactos positivos ya alcanzados. En ese sentido, una prioridad es identificar intervenciones que apunten a impulsar el acceso y matricula en la educación secundaria y media superior, así como explorar el potencial de apoyar otras etapas clave del ciclo educativo relacionadas con educación inicial y desarrollo infantil temprano. En el caso de salud, es indispensable profundizar en el conocimiento del cambio del perfil epidemiológico de los pobres y ver de qué manera el programa puede contribuir respecto a esta nueva problemática. Todo esto, incorporando lecciones aprendidas sobre el uso de incentivos y alternativas para inducir el cambio en comportamiento hacia conductas que promuevan el desarrollo de capacidades y estilos de vida más saludable.
17. Si bien PROSPERA es uno de los programas mejor focalizados, persiste el reto de mejorar la cobertura entre los grupos de menores ingresos. En 2014, el programa benefició en la zona rural al 68% de pobres extremos elegibles y al 63% pobres moderados elegibles, proporciones similares a las del 2006[[11]](#footnote-12). En zonas urbanas la cobertura de pobres moderados elegibles mejoró ligeramente de 19% a 21% entre 2006 y 2014, sin embargo, disminuyó de 38% a 28% para los pobres extremos. En términos operativos, existe margen para hacer más eficiente el modelo de atención. Por ejemplo, durante el piloto de cambio de receptor la atención personalizada presencial ha sido altamente demandante en términos operativos e impone límites si se decidiera escalar el esquema a nivel nacional.
18. Por otro lado, luego de dos décadas el programa ha evolucionado a un mayor alcance y complejidad. Esto ha devenido en una planificación estratégica poco integrada entre las distintas direcciones. En este sentido, recientemente se creó dentro de la CNP una dirección general de planificación y seguimiento del programa con la finalidad de unificar dichas acciones. El reto hacia adelante es diseñar e implementar un modelo de planificación y seguimiento que oriente estratégicamente al programa y asegure la consecución de sus planes y metas.

Estrategia de la operación

1. El Banco ha brindado asistencia técnica y acompañamiento constante al desarrollo e implementación de la agenda de conocimiento del programa. Para esta operación, además del financiamiento de transferencias condicionadas[[12]](#footnote-13) el Banco y el Gobierno han definido como áreas de trabajo: (i) el apoyo técnico para la evaluación de largo plazo del programa, que está en línea con el acompañamiento del Banco en la implementación de la agenda de evaluación del programa desde hace más de quince años; (ii) generar conocimiento y potenciales intervenciones de cara a las características sociodemográficas actuales de las familias pobres extremas; (iii) revisar la estructura de incentivos a fin de potencializar los impactos del programa; y (iv) apoyar el diseño e implementación de un modelo de planeación estratégica para la CNP.
2. Objetivos, Componentes y Costo
3. Esta operación se plantea como un préstamo de inversión. El objetivo es contribuir al desarrollo de capacidades y apoyar el consumo de familias en situación de pobreza, mediante inversiones que mejoren sus condiciones de nutrición, salud y educación. La operación contará con dos componentes:
   1. **Componente 1. Apoyos bajo el esquema con corresponsabilidad para los componentes educativo y alimentario (US$594 millones).** El objetivo es fortalecer el desarrollo de las capacidades en educación y alimentación de las familias beneficiarias de PROSPERA.
   2. **Subcomponente 1.1. Apoyos bajo el esquema con corresponsabilidad para el componente educativo.** Este subcomponente cubrirá las becas educativas y otros apoyos educativos estipulados en las Reglas de Operación vigentes del Programa
   3. **Subcomponente 1.2 Apoyos bajo el esquema con corresponsabilidad para el componente alimentario.** Este subcomponente se destinará a apoyos alimentarios que están asociados al cumplimiento de corresponsabilidades en salud de conformidad con las Reglas de Operación vigentes del Programa.

# Análisis económico

1. El análisis aquí planteado corresponde a los beneficios y costos de las transferencias de PROSPERA en general. Es decir, no buscamos identificar los beneficios costos de las transferencias financiadas por el préstamo del Banco, puesto que no hay manera de distinguir qué familias reciben transferencias con fondos del préstamo y, sobre todo, esto es irrelevante desde el punto de vista de las familias y de los resultados del programa. Así, nos centramos en los beneficios y costos de un año de transferencias, lo que nos permitirá determinar cuál es el valor presente de los beneficios generados con cada dólar invertido en el programa.
2. El análisis se basa en los beneficios que se capitalizan en un año típico de operación del programa. Es importante resaltar que este razonamiento no aplicaría para medir los beneficios de un programa que apenas arranca porque de acuerdo a la literatura las familias deben percibir que las transferencias son predecibles y constantes para entonces modificar su comportamiento. En este sentido es razonable decir que después de casi veinte años de implementación, los beneficios obtenidos de un año más son los beneficios promedio.
3. Se identifican cuatro tipos de beneficios, dos de ellos son inmediatos: el aumento al consumo y los beneficios en salud. Los dos restantes se presentan en el futuro cuando una mayor escolaridad y una mejor nutrición tienen efectos en el desempeño laboral de los niños y jóvenes becarios y aquellos niños pequeños que reciben micronutrientes. En este caso, es necesario aplicar una tasa de descuento. Para realizar un análisis de sensibilidad en cada uno de los beneficios se presentan tres escenarios alternativos: uno pesimista, uno conservador y uno optimista. El resto de esta sección explica cómo se estimó cada uno de los beneficios. Los costos corresponden simplemente al costo operativo de PROSPERA en un año. Esta sección describe como se estimaron cada uno de los beneficios y los costos.
4. En la literatura sobre análisis económico de proyectos es común que se utilice como tasa de descuento un valor de 12%, cifra que es comúnmente utilizada en proyectos de infraestructura (transporte y energía). Sin embargo, existe amplia literatura teórica y empírica que justifica utilizar valores distintos para el análisis de proyectos sociales, en que los beneficios tienen importantes externalidades, se realizan en el mediano y largo plazo, y donde la monetización de los beneficios no es tan directa. Como muestra el trabajo de Zhuang et al. (2007), la elección de una tasa de descuento apropiada para el análisis de costo-beneficio de distintos proyectos es un tema extremadamente debatido entre los economistas y concluyen que no hay una respuesta correcta para dicha elección. En este trabajo se acumulan distintos resultados para encontrar una tasa de descuento óptima para proyectos sociales, que luego será importante a la hora de hacer un análisis de costo beneficio. Encuentran que existe una diferencia entre los distintos países con respecto a las tasas de descuento elegidas. Los países desarrollados (como por ejemplo Francia, Alemania, Italia y España) eligen tasas de descuento de entre 3 y 7% y los países en desarrollo eligen tasas de entre 8 y 15%. Existe un trabajo del Banco Mundial (López, 2008) en el que estiman las tasas de descuento para nueve países latinoamericanos. Dependiendo de las expectativas de crecimiento del planificador social estas tasas de descuento varían enormemente, desde un 3 o 4% si se espera un bajo crecimiento a un 5 a 7% en un escenario de alto crecimiento futuro. En un documento sobre Costo-Efectividad de J-Pal, Dhaliwal et al. (2011) discuten que no existe una tasa de descuento única y la correcta tasa de descuento va a depender de quién esté realizando la inversión. Toman sus resultados del primer trabajo citado, y proponen usar un rango entre 5% y 15%. Asimismo, en el estudio de De Castillo y Lema (1998) se usa una tasa de descuento del 8% para analizar económicamente unos fondos sociales de inversión en Bolivia. También, un panel de expertos recomienda el empleo de una tasa de descuento del 3% para realizar un análisis de costo beneficio de un proyecto de salud en Estados Unidos (Weinstein et al, 1996). Para proyectos de Salud, la WHO (2003) recomienda usar 3% como tasa de descuento y sugieren que para los análisis de sensibilidad se descuenten los efectos de salud con una tasa del 0% y los costos con una del 6%. Otras evaluaciones económicas del impacto de proyectos de nutrición en salud y educación usan tasas de 8% (Martínez et al., 2008). Para proyectos de educación, por ejemplo, Heckman et al. (2010) utiliza una tasa de descuento de entre 3 y 5%. Además, Lomborg (2010) usa una tasa de descuento del 3 y del 6% para analizar el costo beneficio en términos de educación de una CCT para el caso de tres países latinoamericanos. Finalmente, el trabajo de Evans discute sobre la elección de una tasa de descuento apropiada en el caso de proyectos sociales de largo plazo. Concluye que en muchos proyectos los beneficios netos más importantes se relacionan con impactos ambientales y de seguridad social que deben ser descontados a una tasa baja de entre 0 y 2%. Para descontar la utilidad, de nuevo sugiere el empleo de las mismas tasas. De hecho, varios países desarrollados usan tasa de 0% para descontar beneficios intergeneracionales. Con base en estas consideraciones, en este proyecto se utiliza una tasa de descuento de 5%, misma que en los análisis de sensibilidad llega hasta 9%.

## Beneficios asociados a consumo

1. Uno de los beneficios inmediatos de PROSPERA es el aumento al consumo de las familias beneficiarias que corresponde al objetivo de redistribución de los PTMC. La estimación de este beneficio es sencilla y corresponde al monto total de las transferencias que utilizan en consumo las familias.
2. De acuerdo a información proporcionada por la CNP en 2015 el monto de las transferencias ascendió a 54.735 millones de pesos que se distribuyeron entre 6,2 millones de familias. Lo anterior implica que en promedio cada familia recibió 8.873 pesos anuales. En un escenario de contención presupuestal como el que prevalece en México actualmente es realista asumir que tanto el monto promedio como el número de familias beneficiarias se mantendrá en 2017.
3. No todo el monto que recibe las familias se traduce en consumo, alguna parte se utiliza para comprar activos o para pagar deudas. La literatura sobre los impactos al consumo de Prospera indica que en el caso de las zonas urbanas la propensión marginal a consumir las transferencias es de alrededor de 80% (Angelucci & Attanasio, 2009), mientras que otro estudio indica que en el contexto rural la propensión marginal a consumir es de 88% (Gertler, Martinez, & Rubio-Codina, 2012). Con base en estos resultados se considera como un escenario conservador que 80% de la transferencia que reciben las familias se consuma y como escenarios alternativos que en el peor de los casos se consuma 70% y en el mejor de los casos 90%.

Tabla III.1. Beneficios asociados al consumo

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Escenarios | Propensión marginal a consumir | Monto de los beneficios acumulados |
| Pesimista | 70% | 38.314.459.782 |
| Conservador | 80% | 43.787.954.036 |
| Optimista | 90% | 49.261.448.291 |

Fuente: Elaboración de los autores

## Beneficios asociados a Salud

1. Los beneficios relacionados con las mejoras en salud provienen del impulso que generan las transferencias en un año para que las familias atiendan consultas preventivas, talleres de autocuidado y acceso a ciertos tratamientos. Cabe mencionar que en el caso de PROSPERA todos los miembros de la familia deben cumplir con apegarse a las consultas recomendadas por el protocolo de salud[[13]](#footnote-14). En específico las familias de PROSPERA tienen acceso al Paquete Básico Garantizado de Salud y paulatinamente han ganado acceso a las 27 intervenciones de Salud Pública del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). Los beneficios asociados a PROSPERA corresponden al aumento en la asistencia a las consultas médicas que se estima en un escenario conservador en 33% y en 25% y 50% en los escenarios alternativos. Cabe mencionarse que parte del presupuesto del programa (7,6%) se asigna a la al sector salud con la finalidad de fortalecer la oferta de servicios de salud para los beneficiarios de PROSPERA.
2. Los beneficios por concepto de una vida más saludable de todos los beneficiarios del Programa se estiman utilizando el concepto de años de vida ajustados por discapacidad (AVADs o DALYs por sus siglas en inglés) que es un indicador sintético que combina años de vida perdidos por muerte prematura y los años perdidos por discapacidad severa. Existe un sólido trabajo académico para medir los impactos de implementar diferentes líneas de atención de salud en una población en términos de AVADs. Este enfoque ha sido utilizado con anterioridad para medir la costo-efectividad de las intervenciones de salud (por ejemplo, Berkley et al., 1993; Jamison et al., 2006) y también ha sido utilizado con anterioridad para evaluar la costo-efectividad de proyectos del Banco.
3. Los años de vida perdidos por cada muerte prematura se establecen en función de la Esperanza de Vida restante a la edad de cada muerte. Un AVAD representa la pérdida de un año que equivale a un año totalmente saludable en la que el individuo podría haber sido productivo (Ver Cuadro 1 para más detalles metodológicos).
4. Los beneficios de salud se expresan en AVADs por cada millón de habitantes tratados. Para estimar las ganancias por salud se multiplican los AVADs ahorrados por la población beneficiaria. En este sentido la Tabla 2 detalla los AVADs derivados de las intervenciones de salud más relevantes que se incluyen en el paquete de salud para los beneficiarios de PROSPERA. Para traducir las ganancias en vida saludable a términos monetarios se debe multiplicar el número de personas beneficiaras expresado en millones, en este caso 26,4 millones de personas por el PIB per cápita. El PIB per cápita utilizado corresponde al pronóstico del Fondo Monetario Internacional para 2017 que asciende a 158.475 pesos anuales.

Tabla III.2. Líneas de cuidado, intervenciones y efectividad en AVADs por millón

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TOTAL del conjunto de intervenciones | AVADs por millón de habitantes | Fuente | 125.931 |
| UFV-80: Vit. A Suppl., Vit. A Fort., Zinc Suppl.,Zinc Fort., nutrición y control de crecimiento, Sales de RHO y manejo de IRA 80% cobertura | 3.535 | (Organización Mundial de la Salud, 2015) | 4.667 |
| Programa Ampliado de Inmunizaciones | 45.000 | (Bobadilla, Cowley, Musgrove, & Saxenian, 1994) | 59.409 |
| Administración de anticonceptivos y tratamientos ETS | 35.000 | (Bobadilla et al., 1994) | 46.207 |
| MNH-73: Atención integral recién nacido+CPN+ Emergencias obstetricias y puerperio | 5.638 | (Organización Mundial de la Salud, 2015) | 7.443 |
| BRE-6: Tratamiento estados I-IV cáncer + mamografía bianual | 313 | (Organización Mundial de la Salud, 2015) | 413 |
| Consejería para reducir obesidad | 2.085 | (Cecchini, Sassi, y Lauer 2010) | 2.753 |
| Control glicemia convencional | 333 | (Salomon et al., 2012) | 440 |
| Ambulancia comunitaria con personal entrenado | 3.484 | (Jamison et al., 2006) | 4.600 |

Fuente: elaboración propia a partir de referencias indicadas en la tabla; en el caso de WHO-CHOICE se toman como referencia los valores para la región América B, que incluye México.

Cuadro 1. Metodología para estimar los AVADs

|  |
| --- |
|  |
| En términos generales los AVADs dependen de los siguientes parámetros: AVD: total Años Vividos con Discapacidad. Nj: Población susceptible de enfermar a cada edad (0 - L). Ij: Incidencia de la enfermedad a cada edad (0 - L). Tj: Duración media de la enfermedad desde la edad de inicio (0 - L). D: Valor que pondera la discapacidad entre valores de "0 = salud perfecta" y "1 = máxima discapacidad o equivalente al estado de muerte". El método para establecer las escalas de severidad o ponderación de la discapacidad usada para los AVAD es el de Equivalencia de personas (Murray & Lopez, 1994)  Como discuten Alvis y Valenzuela (2010), Mathers et al. (2001) y Tan-Torres Edeker et al. (2003), entre muchos otras referencias, los AVADs resumen, mediante estudios de carga de la enfermedad, el impacto de la mortalidad y discapacidad asociada a enfermedades específicas, en distintas comunidades; los AVAD son comúnmente utilizados como medidas de resultado en los estudios de evaluación económica midiendo el impacto de acciones o intervenciones específicas para revertir la carga de la enfermedad. Su carácter genérico permite comparar el impacto de intervenciones de salud enfocados en atender diferentes enfermedades.  De acuerdo a la metodología original, el cálculo de los AVADs requiere ponderar los años vividos a cada edad (Figura 1), lo cual se sustenta por el hecho de que en los años medios de la vida, las personas no sólo sostienen económicamente a los más jóvenes y adultos mayores, sino que realizan una serie de funciones sociales que repercuten favorablemente en la salud de los individuos de otras edades (por ejemplo, proveer cuidados a niños y adultos mayores). Para una explicación detallada sobre la metodología de AVADs se recomienda ver el capítulo 3 de la Guía Práctica para Estudios Nacionales de Carga de Enfermedad (Mathers et al., 2001) así como el texto de Alvis y Valenzuela (2010) y para un ejemplo de su aplicación detallado, se recomienda revisar Fox-Rushby y Hanson (2001)  Figura 1. Valor relativo de un año de la vida vivido en diversas edades, según lo ponderado en AVADs  Fuente: Alvis y Valenzuela 2010. |

Aplicando este análisis se obtiene que los beneficios de salud derivados de participar un año en PROSPERA oscilan entre 25 mil millones de pesos y 50 mil millones de pesos.

Tabla III.3. Beneficios asociados al aumento en el acceso a servicios de salud

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Escenarios | Aumento porcentual en la asistencia a servicios de salud | Monto de los beneficios acumulados |
| Pesimista | 25% | 24.946.119.752 |
| Conservador | 33% | 33.258.166.854 |
| Optimista | 50% | 49.892.239.504 |

Fuente: Elaboración de los autores

## Beneficios asociados a la educación

1. La evidencia de numerosas evaluaciones de impacto para los PTMC en México (Progresa y Oportunidades, antecesores de PROSPERA) muestra que el programa incrementa la asistencia y la progresión de los niños y jóvenes. Existe una relación causal sólidamente establecida tanto teórica como empíricamente entre la escolaridad y los ingresos laborales, por esto se plantea que la participación en el programa incrementa el ingreso laboral como consecuencia de aumentar los años acumulados de escolaridad.
2. Existen varios estudios que estiman el impacto en la progresión escolar de participar en Prospera. Behrman, Sengupta, & Todd (2005) estimaron utilizando una simulación que el impacto del programa en la escolaridad de los niños es de alrededor de 0,7 grados escolares cuando inician su participación en el programa a los seis años y permanecen en el durante ocho años. Más tarde utilizando datos de línea de base y cinco años y medio después del inicio del programa Behrman, Parker, & Todd (2011) estimaron que los impactos podrían ser mayores. Y que los niños que ingresan al programa acumulan alrededor de un año adicional de escolaridad en comparación a los niños que no participan en el programa. Mientras que las niñas acumulan alrededor de 0,7 años de escolaridad.
3. Sin embargo la evidencia presentada en el párrafo anterior mide los impactos de varios años de participación en el programa y para estimar la magnitud de los impactos anuales es necesario hacer algún un supuesto. En este caso se asume que cada año de participación en el programa contribuye de igual manera a la progresión escolar. Así en un escenario pesimista se establece que los niños ganaran al menos 0,7 años escolares después de participar por 5,5 años en el programa lo que equivale a decir que cada año contribuye con 0,13 años de progresión escolar. El escenario más optimista estima que cada año de educación contribuirá 0,18 años de progresión escolar.
4. Lo anterior considera que aún sin el programa muchos niños y jóvenes asistirían a la escuela, entonces los beneficios vienen únicamente de aquellos que asisten gracias al programa. Una vez establecidos los escenarios sobre los impactos del programa en el aumento de la escolaridad se estiman las ganancias utilizando las valoraciones sobre los rendimientos a la educación en México. En este caso, es razonable asumir una tasa de retorno de 9% por cada año de educación. Así pues, el beneficio por joven beneficiario en un año está dado por los años adicionales de educación que se acumulan gracias al programa (en el escenario base es 0,15), que se multiplica por el aumento en el salario por tener un año más de educación (tomamos un valor fijo de 0,09), y esto se multiplica por el valor del salario que se tendría en ausencia del programa (tomado como el ingreso laboral promedio de personas con 8-11 años de educación y 18-65 años de edad, que es la perspectiva que tienen en promedio los jóvenes del programa). Este número se multiplica también por la probabilidad de estar ocupado, que es 0.65. Se obtiene entonces la sumatoria de los ingresos adicionales durante la vida laboral del individuo (18-65 años). Dado que los beneficios por educación se generan en el futuro cuando los jóvenes se integran al mercado laboral es necesario utilizar varias tasas de descuento.

Tabla III.4. Beneficios asociados al aumento en el salario consecuencia de mayor escolaridad

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Escenarios | Aumento anual a la progresión escolar | Tasa de descuento | | | | |
| 2% | 3% | 5% | 6% | 9% |
| Bajo | 0,13 | 420,919,653,967 | 205,092,340,731 | 46,648,880,988 | 37,872,393,714 | 21,826,443,674 |
| Medio | 0,15 | 511,116,722,674 | 249,040,699,459 | 56,645,069,771 | 45,987,906,653 | 26,503,538,747 |
| Alto | 0,18 | 601,313,791,381 | 292,989,058,187 | 66,641,258,555 | 54,103,419,592 | 31,180,633,820 |

Fuente: Elaboración de los autores

## Beneficios asociados a nutrición

1. Uno de los apoyos en especie que incluye PROSPERA son los suplementos alimentarios para los niños de 6 a 59 meses, mujeres embarazadas y en lactancia (hasta un año después del parto). Estos suplementos varían de acuerdo al lugar de residencia de la familia con el objetivo de responder mejor a las necesidades de mayor contenido calórico en las localidades rurales.
2. Un estudio experimental de largo plazo realizado por Hoddinott, Maluccio, Behrman, Flores, & Martorell (2008) en Guatemala encontró que el recibir suplementos alimentarios durante la infancia temprana (esto es antes de los tres años) tiene importantes efectos en el salario (46%). En el caso de este estudio se asume que los contenidos nutricionales que utiliza Prospera pueden generar los mismos efectos en los rendimientos. Para estimar solamente los efectos de un año de programa se asume que los beneficios de un año son equivalentes a un cuarto de los beneficios proporcionales que corresponderían a un año (15,3%) por lo que en el escenario conservador se estima que un año de participación en el Programa durante los primeros 36 meses de vida equivalen a un aumento de 3,8% en el ingreso durante la vida laboral.
3. Cabe resaltar que los beneficios derivados de una mejor nutrición solo comenzarán a observarse 17 años después, cuando se incorporan al mercado laboral.

Tabla III.5. Beneficios asociados al aumento en salario derivado de mejor nutrición.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Escenarios | Aumento anual a la progresión escolar | Tasa de descuento | | | | |
| 2% | 3% | 5% | 6% | 9% |
| Bajo | 1.9% | 16,766,179,558 | 11,350,354,675 | 5,633,137,579 | 4,040,082,356 | 1,579,513,095 |
| Medio | 3.8% | 33,474,143,215 | 22,661,298,396 | 11,246,715,652 | 8,066,136,648 | 3,153,541,769 |
| Alto | 7.6% | 66,366,127,418 | 44,928,487,254 | 22,297,836,250 | 15,991,992,659 | 6,252,239,333 |

Fuente: Elaboración de los autores

## Costos

1. A partir de 2016 el programa PROSPERA incluye a las familias que participan en el tradicional esquema de transferencias condicionadas y a las familias que participan en el esquema sin corresponsabilidad antes denominado Programa de Apoyo Alimentario (PAL)[[14]](#footnote-15). El PAL tiene el objetivo de apoyar el consumo de las familias que residen en localidades donde no tienen acceso a los servicios de educación y de salud y por tanto no pueden cumplir con las corresponsabilidades. Dado que la operación del Banco únicamente apoya el esquema con corresponsabilidad para realizar este análisis económico debe sustraerse el costo del esquema sin corresponsabilidad, algo que no es posible ya que no se puede distinguir entre los costos operativos asociados a cada uno de los esquemas. En esta circunstancia solamente se deduce el costo de las transferencias del esquema sin corresponsabilidad. Debe considerarse que el costo del esquema con corresponsabilidad es menor al utilizado y por lo tanto se trata de un esquema conservador. También por simplicidad se reitera que cuando se habla de PROSPERA en este documento, solamente se refiere al esquema con corresponsabilidad.
2. Dado que la operación de crédito del Banco otorga un apoyo transversal a las actividades centrales de este PTMC (apoyos asociados a salud, alimentación y educación; agenda de estudios y evaluaciones), la estrategia de este documento es realizar un análisis costo-beneficio del programa, que puede considerarse válida también para los recursos de la operación (en especial aquellos destinados al Componente 1 que son más del 95% de la inversión).

## Resultados

1. La siguiente tabla muestral los beneficios que se obtienen por los cuatro elementos considerados: educación, salud, alimentación y consumo.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tasa de descuento | 2% | 3% | 5% | 6% | 9% |
| **Educación** |  |  |  |  |  |
| Bajo | 420,919,653,967 | 205,092,340,731 | 46,648,880,988 | 37,872,393,714 | 21,826,443,674 |
| Medio | 511,116,722,674 | 249,040,699,459 | 56,645,069,771 | 45,987,906,653 | 26,503,538,747 |
| Alto | 601,313,791,381 | 292,989,058,187 | 66,641,258,555 | 54,103,419,592 | 31,180,633,820 |
| **Nutrición** |  |  |  |  |  |
| Bajo | 16,766,179,558 | 11,350,354,675 | 5,633,137,579 | 4,040,082,356 | 1,579,513,095 |
| Medio | 33,474,143,215 | 22,661,298,396 | 11,246,715,652 | 8,066,136,648 | 3,153,541,769 |
| Alto | 66,366,127,418 | 44,928,487,254 | 22,297,836,250 | 15,991,992,659 | 6,252,239,333 |
| **Salud** |  |  |  |  |  |
| Bajo | 24,946,119,752 | 24,946,119,752 | 24,946,119,752 | 24,946,119,752 | 24,946,119,752 |
| Medio | 33,258,166,854 | 33,258,166,854 | 33,258,166,854 | 33,258,166,854 | 33,258,166,854 |
| Alto | 49,892,239,504 | 49,892,239,504 | 49,892,239,504 | 49,892,239,504 | 49,892,239,504 |
| **Consumo** |  |  |  |  |  |
| Bajo | 38,314,459,782 | 38,314,459,782 | 38,314,459,782 | 38,314,459,782 | 38,314,459,782 |
| Medio | 43,787,954,036 | 43,787,954,036 | 43,787,954,036 | 43,787,954,036 | 43,787,954,036 |
| Alto | 49,261,448,291 | 49,261,448,291 | 49,261,448,291 | 49,261,448,291 | 49,261,448,291 |
| **TOTAL** |  |  |  |  |  |
| Bajo | 500,946,413,059 | 279,703,274,939 | 115,542,598,101 | 105,173,055,604 | 86,666,536,303 |
| Medio | 621,636,986,779 | 348,748,118,744 | 144,937,906,313 | 131,100,164,191 | 106,703,201,406 |
| Alto | 766,833,606,594 | 437,071,233,235 | 188,092,782,600 | 169,249,100,046 | 136,586,560,948 |

1. Finalmente, se presenta la tabla con la razón beneficio / costo para el escenario de beneficios bajo, medio y alto y distintas tasas de descuento. El escenario base está dado por beneficios medios en todas las dimensiones y una tasa de descuento de 5%, lo que arroja beneficios de 1,92. Esto significa que por cada dólar que PROPSERA invierte en sus beneficiarios, se generan beneficios que en valor presente son cuantificados en 1,92. Por tanto, el programa es socialmente rentable.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2% | 3% | 5% | 6% | 9% |
| Bajo | 6.64 | 3.71 | 1.53 | 1.39 | 1.15 |
| Medio | 8.25 | 4.63 | 1.92 | 1.74 | 1.42 |
| Alto | 10.17 | 5.80 | 2.49 | 2.24 | 1.81 |

## Referencias

Alvis, N., & Valenzuela, M. T. (2010). Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud. *Revista Médica de Chile*, *138*, 83–87. http://doi.org/10.4067/S0034-98872010001000005

Angelucci, M., & Attanasio, O. (2009). Oportunidades: Program Effect on Consumption, Low Participation, and Methodological Issues. *Economic Development and Cultural Change*, *57*(3), 479–506. Retrieved from http://ideas.repec.org/a/ucp/ecdecc/v57y2009i3p479-506.html

Behrman, J. R., Parker, S. W., & Todd, P. E. (2011). Do Conditional Cash Transfers for Schooling Generate Lasting Benefits?: A Five-Year Followup of PROGRESA/Oportunidades. *Journal of Human Resources*, *46*, 93–122.

Behrman, J. R., Sengupta, P., & Todd, P. (2005). Progressing through PROGRESA: An Impact Assessment of a School Subsidy Experiment in Rural Mexico. *Economic Development and Cultural Change*, *54*(1), 237–275. http://doi.org/10.1086/431263

Berkley, S., Murray, C. J. L., Hecht, R., Saxenian, H., Musgrove, P., Tan, J.-P., … Jamison, D. T. (1993). Informe sobre el desarrollo mundial 1993 : investir en salud, 1–351. Retrieved from http://documentos.bancomundial.org/curated/es/1993/07/12711504/world-development-report-1993-investing-health-informe-sobre-el-desarrollo-mundial-1993-investir-en-salud

Bobadilla, J. L., Cowley, P., Musgrove, P., & Saxenian, H. (1994). Design, content and financing of an essential national package of health services. *Bulletin of the World Health Organization*, *72*(4), 653–62. Retrieved from http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2486601&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

Cecchini, M., Sassi, F., & Lauer, J. (2010). Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. *The Lancet*. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673610615140

Fiszbein, A., Schady, N. R., & Ferreira, F. H. G. 2009. “Conditional cash transfers: Reducing present and future poverty”. Washington D.C: World Bank.

Fox-Rushby, J. A., & Hanson, K. (2001). Calculating and presenting disability adjusted life years (DALYs) in cost-effectiveness analysis. *Health Policy and Planning*, *16*(3), 326–31. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11527874

Gertler, P. J., Martinez, S. W., & Rubio-Codina, M. (2012). Investing Cash Transfers to Raise Long-Term Living Standards. *American Economic Journal: Applied Economics*, *4*(1), 164–192. http://doi.org/10.1257/app.4.1.164

Hoddinott, J., Maluccio, J. A., Behrman, J. R., Flores, R., & Martorell, R. (2008). Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults. *Lancet (London, England)*, *371*(9610), 411–6. http://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60205-6

Jamison, D. T., Breman, J. G., Measham, A. R., Alleyne, G., Claeson, M., Evans, D. B., … Musgrove, P. (2006). Disease Control Priorities in Developing Countries. World Bank. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11728/

Mathers, C., Vos, Th., Lopez, A., Salomon, J., & Ezzati, M. (Eds.). (2001). *National Burden of Disease Studies: A Practical Guide. Edition 2.0*. Giinebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1994). Quantifying disability: data, methods and results. *Bulletin of the World Health Organization*, *72*(3), 481–94. Retrieved from http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2486704&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

Organización Mundial de la Salud. (2015). Cost effectiveness and strategic planning (WHO-CHOICE). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Retrieved from http://www.who.int/choice/costs/CER\_thresholds/en/

Salomon, J. A., Carvalho, N., Gutiérrez-Delgado, C., Orozco, R., Mancuso, A., Hogan, D. R., … González-Pier, E. (2012). Intervention strategies to reduce the burden of non-communicable diseases in Mexico: cost effectiveness analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *344*(mar02\_1), e355. http://doi.org/10.1136/bmj.e355

Tan-Torres Edejer, T., Baltussen, R., Adam, T., Hutubessy, R., Acharya, A., Evans, D. B., & Murray, C. J. L. (Eds.). (2003). *Making Choices in Health:WHO Guide to Cost-Effectiveness Analysis*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

1. Esta sección puede saltarse si después de la lectura del documento de préstamo, pues es una versión resumida de la sección I de dicho documento. [↑](#footnote-ref-2)
2. El objetivo de PROSPERA es “contribuir a fortalecer el cumplimiento efectivo de los derechos sociales que potencien las capacidades de las personas en situación de pobreza, a través de acciones que amplíen sus capacidades en alimentación, salud y educación, y mejoren su acceso a otras dimensiones del bienestar” (Reglas de Operación 2016). [↑](#footnote-ref-3)
3. Cálculos de SPH con base en ENIGH 2014. [↑](#footnote-ref-4)
4. Este análisis parte de la revisión del diagnóstico de la pobreza sobre el cual se basó el programa e incluye aspectos operativos y de diseño, e incluye evaluaciones de CONEVAL sobre la Política Social ([link](http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/IEPDS_2014/IEPDS_2014.pdf)), el diagnóstico que sustentó la creación de PROSPERA a partir de Oportunidades y la consolidación de los programas de transferencias monetarias bajo un solo programa (incluido como enlace electrónico del documento original), así como análisis del equipo del Banco. [↑](#footnote-ref-5)
5. Para fines comparativos en este párrafo se utiliza la definición monetaria de la pobreza. [↑](#footnote-ref-6)
6. Las cifras de 2000 son de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) y las de 2012 de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) [↑](#footnote-ref-7)
7. No existe un análisis de las principales causas de años de vida perdidos por muertes prematuras por condición socioeconómica. Sin embargo, aunque la expectativa de vida sea menor entre los quintiles más bajos de ingreso y las enfermedades infecciosas sea mayor, no se espera que la diferencia sea tan significativa que afecte la distribución de las principales causas de muerte prematura. [↑](#footnote-ref-8)
8. Se utiliza este rango de edad por corresponder al de los jóvenes que han participado en el programa y se han integrado o lo harán pronto al mercado laboral. Si se extiende hasta 65 años, los resultados son muy similares [↑](#footnote-ref-9)
9. Estos instrumentos no permiten medir la evolución del resto de las carencias de la definición multidimensional de la pobreza: ingreso, acceso a seguridad social, acceso a la alimentación y grado de cohesión social. Los resultados completos pueden consultarse en [CONEVAL](http://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Evolucion_dimensiones_pobreza_1990_2015.aspx). [↑](#footnote-ref-10)
10. El rezago educativo se integra con tres variables: inasistencia escolar de la población de 6 a 15 años, población de 16 años o más sin primaria y población de 16 años o más sin secundaria. [↑](#footnote-ref-11)
11. Datos de ENIGH. En el caso de 2006, para facilitar la comparación se utiliza una definición de las zonas rurales como las localidades menores a 2.500 habitantes. [↑](#footnote-ref-12)
12. Durante el periodo de tres años que dura esta operación, el monto de las transferencias financiadas por el Banco corresponde alrededor del 6% del total de las transferencias que realizará PROSPERA. [↑](#footnote-ref-13)
13. Esto es un claro contraste con otros PTMC que se enfocan en las mujeres embarazadas y en lactancia y en los niños pequeños. [↑](#footnote-ref-14)
14. Más información en las Reglas de Operación de PROSPERA de 2016 http://dof.gob.mx/nota\_detalle.php?codigo=5421756&fecha=30/12/2015 [↑](#footnote-ref-15)