

En Centro Internacional de Políticas para el Crecimiento Inclusivo
es apoyado conjuntamente por el PNUD y el Gobierno de Brasil.

Program Keluarga Harapan (PKH): Programa Indonesio de Transferencia de Ingresos Condicionada

por Suahasil Nazara y Sri Kusumastuti Rahayu¹

I. Introducción

En 2007, el Gobierno de Indonesia lanzó el primer programa de transferencia de ingreso condicionada del país, llamado *Program Keluarga Harapan* (PKH). El objetivo del programa es mejorar la calidad del capital humano mediante transferencias monetarias a las familias que tienen acceso a determinados servicios de salud y educación. El PKH ayuda a reducir la carga de los gastos familiares y domésticos en los hogares muy pobres (efecto inmediato en el consumo), a la vez que invierte en las generaciones futuras brindándoles una mejor salud y educación (efecto en el desarrollo de capital humano). Esta combinación de asistencia a corto y largo plazo es la base de la estrategia del Gobierno para sacar de la pobreza a los beneficiarios del PKH de manera sustentable.

El PKH es administrado por el Ministerio de Asuntos Sociales bajo la supervisión de la Agencia Nacional de Planificación (Bappenas, en su sigla en indonesio). El PKH entró en vigor en 2007 como un programa experimental dotado de un componente de investigación.

En términos de política pública, la implementación de un proyecto experimental se traduce en un avance lento del programa, lo que se ve reflejado en su limitada cobertura (tanto en lo que se refiere al número de hogares como de áreas abarcadas). Desde 2010, la secretaría del Equipo Nacional para la Aceleración de la Reducción de la Pobreza (TNP2K) instalada en la oficina del vicepresidente ha fomentado la ampliación del PKH para incrementar su cobertura, aumentar la eficiencia de su gestión y mejorar su impacto en los sectores pobres de la población.

II. Cobertura, selección de beneficiarios e impactos del programa

Cuando se lanzó en 2007, el PKH estaba orientado a las personas extremadamente pobres, es decir, aquellas que se encontraban aproximadamente bajo el 80 por ciento de la línea de pobreza oficial de la época. Al tratarse de un programa experimental, la cobertura inicial era muy baja (véase la tabla 1). Hasta 2012 el programa cubrió solo 1,5 millones de los 60 millones de hogares de Indonesia, de los cuales cerca de 6,5 millones se encuentran bajo la línea de la pobreza. Se espera que hasta fines de 2014 el PKH llegue a 3,2 millones de hogares. El único año en que el PKH abarcó todas las provincias de Indonesia fue 2012, aunque no cubrió todos los distritos de la provincia. Si se quiere tener un efecto significativo en la población pobre de Indonesia, se deberá superar el desafío que implica ampliar el PKH.

La selección de beneficiarios del PKH la llevó a cabo la Oficina Nacional de Estadística de Indonesia (*Badan Pusat Statistik* [BPS]). Tras recabar datos en 2005 (por nombre y dirección), la BPS realizó por primera vez un estudio básico de salud y educación (*Survei Pendidikan dan Survei Pelayanan Dasar Kesehatan dan Pendidikan* [SPDKP]) para identificar los hogares extremadamente pobres y las instalaciones educativas y sanitarias existentes. El registro de 2005 contenía cerca de 19,2 millones de hogares, supuestamente correspondientes a los hogares con menores ingresos, y se había usado en el programa provisorio de transferencia monetaria no condicionada, el *Bantuan Langsung Tunai* (BLT). En la SPDKP, que se lleva a cabo todos los años, se incluyeron no solo los hogares sino también los establecimientos para evaluar su nivel de preparación para el PKH. En 2008, la Oficina Nacional de Estadística actualizó los datos de 2005. El programa *Pendataan Program Perlindungan Sosial* (PPLS) de 2008 se basó en 14 indicadores para identificar los hogares a ser beneficiados (Nazara, 2013). El nuevo registro se usó también para seleccionar a los beneficiarios del PKH para 2009-2011. Desde 2012, la selección de los beneficiarios del PKH se ha basado en la Base de Datos Unificada, o *Basis Data Terpadu* (BDT), a su vez alimentada con datos del registro de 2011, que contiene los nombres y direcciones de personas pertenecientes a hogares del 40 por ciento más bajo en la escala de distribución de riqueza. La Base de Datos Unificada es administrada por la secretaría del TNP2K y sirve para integrar el sistema nacional de selección de beneficiarios. En TNP2K (2013) se puede encontrar más información al respecto.

Las condiciones para recibir los beneficios del PKH incluyen visitas médicas para las mujeres embarazadas, atención posnatal y visitas médicas para bebés y recién nacidos y, para los niños de 6 a 18 años, estar matriculado en el ciclo escolar obligatorio de nueve años. La distribución del beneficio es trimestral. Entre 2007 y 2012, el beneficio anual osciló entre 600 000 Rp y un máximo de 2,2 millones de rupias por año, dependiendo de la situación de la familia (el promedio situándose en 1,4 millones de rupias por familia por año). En 2013, los beneficios aumentaron y promediaron 1,8 millones por familia por año.

III. El impacto del PKH

Hay una extensa literatura sobre el impacto que han tenido los programas de transferencias monetarias condicionadas como el PKH. Este tipo de programa ha mejorado el desempeño educativo de las familias pobres (Schultz, 2004), efecto que se ha extrapolado igualmente al desempeño educativo de los hogares acomodados (Bobonis y Finan, 2005); ha tenido un efecto multiplicador en las transferencias, reflejado en las inversiones propias (Gertler, Martinez y Rubio, 2005); ha mejorado la calidad de la salud de madres e hijos (Gertler, 2004); ha reducido la carencia nutricional (Hoddinott y Skoufias, 2003); ha hecho crecer las economías locales (Coady y Harris, 2001); y ha contribuido a reducir la desigualdad y la pobreza (Soares et al., 2006).

En el caso concreto del PKH, desde su lanzamiento se han realizado varios estudios con el propósito de medir su impacto. Tanto entidades nacionales como internacionales han hecho controles y estudios en terreno. Al comienzo, la Bappenas (2009) intentó realizar un estudio cuantitativo basado en intervenciones aleatorias en los hogares, haciendo mediciones antes y después de la intervención en los grupos de tratamiento y los grupos testigo. El estudio reveló que el PKH tenía efectos positivos en general. Los resultados muestran que hubo efectos en una serie de indicadores de salud (por ejemplo, las visitas al servicio de maternidad Posyandu aumentó en 3 puntos porcentuales, mientras que la vigilancia del crecimiento de los niños se incrementó en 5 puntos porcentuales y las actividades de inmunización, en 0,3 puntos) y de educación (con un aumento de 0,2 por ciento en las tasas de asistencia). El PKH también incrementó considerablemente los gastos per cápita mensuales de los hogares en educación y salud.

El Banco Mundial (2010) también publicó un análisis de impacto del PKH con grupos testigo y de tratamiento, del que se infiere que el PKH trajo mejoras en términos de acceso a los establecimientos de salud. En efecto, las visitas pre- y posnatales de las mujeres a estos establecimientos en las áreas abarcadas por el PKH superaban en 7 a 9 puntos porcentuales a las áreas testigo. La cantidad de niños de menos de 5 años pesados en establecimientos de salud también era entre 15 y 22 puntos porcentuales más alta en las áreas del PKH. La proporción de partos realizados en los establecimientos de salud o asistidos por personal capacitado (doctores o matronas) era cerca de 5 a 6 puntos porcentuales más alta en estas áreas. Asimismo,

el estudio reveló que el PKH tiene más repercusiones en las zonas urbanas, donde los establecimientos sanitarios son mejores y más numerosos que los de las zonas rurales. El PKH también tiene efectos indirectos en los hogares no beneficiados de un mismo subdistrito, pues su acceso a los establecimientos de salud también es más elevado en las áreas del PKH.

En materia de educación, la evaluación de impacto no mostró grandes diferencias entre las áreas del PKH y las demás para ninguno de los niveles del ciclo de educación obligatoria de nueve años. Esto se explica en parte por el hecho de que Indonesia tiene tasas de matriculación y asistencia a la educación primaria bastante altas, por encima del 95 por ciento.

En cambio, en el primer ciclo de secundaria las tasas de matriculación son menos elevadas, por lo que el PKH debería tener un mayor efecto. El hecho de que la evaluación no mostrara grandes diferencias es un indicio de que hay algunos aspectos del programa que hay que mejorar. Otros estudios señalan dos problemas en este sentido: (i) los pagos del PKH no siempre se hacen a tiempo, de ahí que muchos hogares con alumnos egresados de primaria no tengan dinero suficiente para matricularlos en secundaria, y (ii) los beneficios de educación del PKH no dan abasto para la matrícula de secundaria.

Otro desafío que el PKH deberá superar estriba en el hecho de que la evaluación no arrojó ninguna reducción en los índices de trabajo infantil. Esto se debe en gran parte a los mecanismos insuficientes del PKH para enfrentar el problema. Además, los beneficios del PKH no son un incentivo suficiente para que los niños dejen de trabajar y vayan a la escuela.

En cuanto a los índices de consumo, el estudio sugiere que entre 2007 y 2009 los hogares beneficiados por el PKH experimentaron un incremento de 10 por ciento en su consumo mensual promedio. El dinero transferido en el marco del PKH generalmente se destina a cubrir gastos cotidianos (consumo) y de educación (uniformes y transporte). En algunos hogares se usan estos fondos para mejorar las condiciones de la vivienda y reembolsar deudas. Contraer deudas es un mecanismo de supervivencia de las familias pobres, así como vender activos y reducir el consumo.

Tabla 1: Cobertura del PKH en 2007–2012

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nº de hogares (millones)	0,388	0,621	0,726	0,774	1,052	1,454
Presupuesto (millones de USD PPA)	79,244	113,065	126,688	146,049	210,181	228,287
Provincias (de 33 en total)	7	13	13	20	25	33
Distritos (de 497 en total en 2010)	48	70	70	88	119	169
Subdistritos	337	637	781	946	1.387	2.001
Localidades	4.311	7.654	9.295	10.998	16.154	25.032

Fuente: Ministerio de Asuntos Sociales, PKH Profile, 2013

IV. Desafíos del PKH en materia de estrategia

El PKH deberá enfrentar varios desafíos en materia de estrategia. Estos pueden agruparse en tres tipos de problema: (i) su ampliación y configuración institucional; (ii) estrategia de salida y exclusión; y (iii) problemas de complementación con otros programas.

Ampliación y configuración institucional

Los resultados de la evaluación del PKH mencionados arriba sirven como pauta para seguir ampliando los programas de transferencias monetarias condicionadas en Indonesia. Al tratarse de un programa de mitigación de la pobreza, idealmente el PKH debería abarcar todos los hogares que se encuentran bajo la línea de la pobreza. Según la Base de Datos Unificada, cerca de 7,2 millones de hogares correspondían a esa categoría en 2011. No obstante, el Gobierno actual fijó una meta de 3,2 millones de hogares beneficiarios para fines de 2014, menos de la mitad del número de hogares calculado.

Aumentar la cobertura del PKH es una tarea que se complica a medida que se consideran nuevas áreas para incluir en el programa. Como se observa en la tabla 1, aunque el PKH se extendió a todas las provincias en 2012, no todos los distritos (y, por consiguiente, subdistritos o localidades) se vieron beneficiados.

La estrategia de ampliación del PKH tendría que combinar dos medidas importantes. En primer lugar, debe convertirse en un programa nacional. Una vez que todas las provincias se hayan incorporado, el PKH debería beneficiar a los 497 distritos del país (municipios y ciudades), tal como prevé para 2013. En segundo lugar, hay que considerar otro aspecto que podría contribuir para mejorar su eficiencia. Se trata de cubrir la totalidad de las áreas existentes, medida que puede adoptarse a nivel de los subdistritos. Como se muestra en la tabla 1, el PKH no opera en todas las localidades de los subdistritos. Desde luego, poner demasiado énfasis en la cobertura local podría perjudicar el objetivo de cobertura nacional y viceversa.

Para la ampliación del programa también se requieren recursos humanos adecuados. En 2012, el PKH empleó a cerca de 6.700 ejecutores. Según un cálculo hecho por la secretaria del TNP2K, para atender a 3 millones de hogares el PKH requeriría al menos 12.500 ejecutores. Las autoridades provinciales tendrían que hacerse cargo de los centros de TI de las oficinas locales para incrementar la eficiencia de la gestión del programa.

Otro aspecto importante que el PKH debe considerar es la necesidad de aumentar los métodos de pago, que actualmente se realizan a través de las oficinas de correo. Para la ampliación del programa habrá que realizar los pagos a través del sistema bancario. Como los hogares extremadamente pobres no tienen acceso a la banca, el uso del sistema bancario para realizar las transferencias ayudaría a estos sectores de la población a aprender a ahorrar. Posteriormente, sus ahorros podrían impulsar el consumo.

Los programas de transferencias monetarias condicionadas requieren complejos sistemas de información para la gestión. Urge, pues, que los administradores del PKH pongan mucha atención en mejorar constantemente sus sistemas de información para la gestión.

Salida y exclusión

El PKH tiene una doble vocación de mitigación de la pobreza a corto plazo y desarrollo del capital humano a largo plazo. Desde luego, el programa no debe producir una dependencia a largo plazo, con lo cual es importante contar con una estrategia de salida para lograr buenos resultados. Al salirse del PKH, los hogares también permiten que haya una igualdad horizontal, pues ceden su lugar a quienes aún no se han beneficiado.

Las directrices actuales del PKH están pensadas para mitigar la pobreza a largo y, por lo tanto, permitir la salida de los beneficiarios por tres razones:

Tabla 2: Montos del PKH

Detalles de la transferencia	Monto otorgado (Rp) 2007–2012	Monto otorgado (USD) 2007–2012	Monto otorgado (Rp) 2013 en adelante	Monto otorgado (USD) 2013 en adelante
Transferencia monetaria fija	200.000	20,75	300.000	31,13
Transferencia variable para cada beneficiario:				
a. niño de hasta 5 años	800.000	83,01	1.000.000	103,77
b. embarazada o madre lactante	800.000	83,01	1.000.000	103,77
c. niño en edad de escolaridad primaria	400.000	41,51	500.000	51,88
d. niño en edad de asistir al primer ciclo de secundaria	800.000	83,01	1.000.000	103,77
Transferencia mínima por año	600.000	62,26	800.000	83,01
Transferencia máxima por año	2.200.000	228,29	2.800.000	290,55
Transferencia promedio por familia y por año	1.390.000	144,24	1.800.000	186,78

Fuente: directrices del PKH

- ya no cumplen con los requisitos de adhesión;
- dejaron de ser pobres; o
- alcanzaron el límite de seis años como beneficiarios.

La primera razón mencionada es una forma natural de salida, como cuando un niño concluye el ciclo educativo obligatorio de nueve años y deja de recibir los beneficios del PKH.

La segunda razón, sin embargo, es un tanto peliaguda.

Por un lado, el programa requiere un seguimiento permanente para identificar a los hogares que hay que dar de baja.

Una opción de seguimiento es programar fechas de recertificación de los hogares. No obstante, la exclusión también puede ser delicada por otra razón: algunos hogares tienen ingresos que fluctúan cerca de la línea de la pobreza, y estos siguen siendo muy vulnerables a los altibajos económicos.

Por consiguiente, el PKH no debería dar de baja a ninguna familia mientras haya probabilidades elevadas de que vuelva a caer bajo la línea de la pobreza debido a su incapacidad de autosustentarse tras dejar de recibir los beneficios del programa. Por último, si bien la tercera razón de salida —el límite de seis años— es la regla más fácil de aplicar, no es apropiada para programas de transformación social como el PKH. La capacidad de un hogar o una persona para salir de la pobreza extrema está determinada por las dinámicas del hogar y el amplio contexto social, económico y político en el que se inscribe (hay, por ejemplo, lugares que carecen de infraestructura o servicios afectados por catástrofes).

El primer grupo de beneficiarios del PKH (cohorte de 2007) debería quedar excluido del programa a partir de 2013 porque se habrá cumplido el plazo de seis años. Sin embargo, se llegó a la conclusión de que dar de baja a la primera cohorte de forma definitiva y sin preparación iría en contra de los intereses de las familias o del programa indonesio de mitigación de la pobreza. Primero hay que desarrollar una estrategia para garantizar que el PKH satisfaga las necesidades de sus beneficiarios y de Indonesia en general en materia de mitigación de la pobreza.

Esta estrategia se conoce como ‘proceso de transformación’, que contempla una recertificación anual en el quinto año de participación para evaluar la situación de los hogares sobre la base de sus ingresos. El proceso de recertificación consiste en una evaluación de la situación socioeconómica de los beneficiarios del PKH para determinar si pueden seguir participando en el programa por encontrarse en situación de pobreza. La recertificación del PKH se diseñará de forma que también evalúe otros factores que afectan a la capacidad de los beneficiarios del PKH para salir de la pobreza. A continuación, se usarán los resultados de la recertificación para determinar la permanencia de los hogares en el programa. Además, la recertificación podría recabar información sobre el acceso a programas complementarios de asistencia o de reducción de la pobreza que sirven para desarrollar una estrategia de salida. La recertificación al quinto año de participación en el PKH también dará tiempo suficiente para que la administración del PKH prepare la siguiente etapa de transformación sobre la base de los criterios que se detallan a continuación:

- Un hogar del PKH que, según los resultados de la recertificación, todavía sea pobre (perteneciente al 10 por

ciento más pobre de los hogares que figuran en la Base de Datos Unificada) y cumpla con los requisitos del PKH entrará en una etapa de transición. Estos hogares recibirán transferencias monetarias durante otros tres años, junto con otros programas de protección social como *Jamkesmas* (seguro de salud), *BSM* (ayuda escolar), *Raskin* (subsidio al arroz para los hogares pobres), etc. Durante los tres años de transición, los beneficiarios recibirán los mismos montos que los demás participantes del PKH. Al cabo de ese período, quedarán automáticamente excluidos del PKH sin un proceso de recertificación.

- Los beneficiarios del PKH que, según los resultados de la recertificación, hayan dejado de ser pobres (ya no pertenezcan al 10 por ciento más pobre de los hogares de la Base de Datos Unificada) y/o ya no cumplan con los requisitos del PKH dejarán de recibir las transferencias del PKH y entrarán en una etapa de exclusión en la que continuarán a beneficiarse de otros programas de protección social como *Jamkesmas*, *BSM* y *Raskin*, así como otros programas de reducción de la pobreza y mejora de los medios de subsistencia.

El éxito de esta estrategia de transformación dependería de una serie de factores clave. En primer lugar, el proceso de recertificación debe realizarse en forma periódica para cada cohorte —con excepción del primero, puesto que la primera cohorte ya superó el plazo de seis años y, por consiguiente, las cohortes de 2007 y 2008 se recertificarían juntas. En segundo lugar, hay que cerciorarse de que los demás programas de protección social estén preparados para recibir a los hogares que vayan dándose de baja del PKH. Para ello, la coordinación entre los diferentes programas es crucial. En tercer lugar, se debe realizar una amplia labor de divulgación entre los beneficiarios, entendida como un proceso de información sobre las reglas de funcionamiento del programa.

Programas complementarios

Los programas de mitigación de la pobreza de Indonesia se dividen en tres clústeres. El PKH es uno de los diversos programas que figuran en el clúster 1 de programas de mitigación de la pobreza: aquel que está orientado a los individuos y hogares. También forman parte del clúster 1 los programas *Raskin* (subsidio al arroz), *Jamkesmas* (seguro de salud) y *BSM* (ayuda monetaria para la educación). El clúster 2 comprende varios programas de desarrollo comunitario (PNPM). El clúster 3 apunta al desarrollo de microempresas y pequeñas empresas a través del *Kredit Usaha Rakyat* (KUR), que consiste básicamente en un programa de garantía de créditos administrado por bancos públicos y privados.

Hay dos tipos de complementariedad: una relativa a la cobertura (es decir, los hogares más pobres deben recibir todos los programas del clúster 1 de manera coordinada) y otra relativa al funcionamiento del programa.

Hasta 2011, era todo un desafío tener programas complementarios en Indonesia puesto que cada uno tenía su propia base de datos de beneficiarios. En términos conceptuales, como el PKH abarca los hogares extremadamente pobres y su cobertura es la más baja de los programas del clúster 1, todos sus beneficiarios también deberían estar inscritos en los programas *Raskin*, *Jamkesmas* y *BSM*. En la

práctica, esto no ocurre, pese a que ha habido intentos para garantizar que los programas se complementen. En 2009, por ejemplo, el Ministerio de Salud emitió instrucciones para que todos los establecimientos de salud permitan a los hogares del PKH acceder al programa *Jamkesmas*, con lo cual la tarjeta PKH basta para que los miembros de una familia beneficiaria del PKH tengan acceso gratuito a los servicios de cualquier establecimiento de salud.

Otro ejemplo es la complementariedad entre el PKH y el BSM. Para 2010 y 2011, los administradores del PKH obtuvieron de los establecimientos escolares una lista con los nombres y direcciones de los niños del PKH y, con la ayuda de la secretaria del TNP2K, se la presentaron al Ministerio de Educación y Cultura para que los incluyeran en la lista de beneficiarios del BSM. Se trata de una complementariedad *ad hoc*, que no garantiza una incorporación sistemática a largo plazo. En el ejemplo de la coordinación entre el PKH y *Jamkesmas*, la cobertura del PKH aumentó todos los años, y en las nuevas áreas se desconocía este acuerdo. En consecuencia, muchos todavía se quejan de establecimientos de salud que rechazan su tarjeta PKH.

Indonesia sentó las bases de la complementariedad en 2011, cuando creó la Base de Datos Unificada con el fin de garantizar la continuidad de la cobertura complementaria. Desde 2012, todos los nombres y direcciones recabados para la ampliación del PKH también se han incluido automáticamente en los programas *Jamkesmas*, *Raskin* y BSM. Si bien los programas son administrados por diferentes ministerios, los hogares o personas a los que apunta cada programa provienen de la Base de Datos Unificada.

Otra perspectiva de complementariedad es la que se plasma en los objetivos de los programas. Aunque su objetivo es proporcionar fondos para ayudar a cubrir los gastos domésticos, el PKH también sirve para mejorar la calidad del capital humano brindando, entre otras cosas, acceso a los servicios de salud y educación. Para ello, el PKH cuenta con ejecutores que prestan asistencia a los hogares pobres.

El papel de los ejecutores no debería limitarse a ayudar a los hogares pobres a acceder a los servicios del PKH; también debería servir para darles acceso a diferentes servicios públicos y actividades de desarrollo. Por ejemplo, los ejecutores del PKH son los agentes adecuados para garantizar que los hogares beneficiarios del PKH puedan comprar la cuota correcta de arroz *Raskin* al precio justo. También deberían trabajar de cerca con los ejecutores del PNPM con el fin de permitir a los hogares del PKH participar y ser más escuchados durante las reuniones locales de planificación. Asimismo, los ejecutores podrían desempeñar un papel esencial en la coordinación entre el PKH y el BSM. Esto, como complemento de la estipulación oficial incluida en las directrices del BSM para incorporar automáticamente a los niños del PKH. En esencia, la labor de los ejecutores no debe limitarse a las operaciones internas de los programas. El PKH también puede funcionar como una entidad de enlace a través de la cual los hogares pobres tengan acceso a todos los servicios públicos de su área. Estos podrían incluir no solo los servicios de salud y educación, sino también los de participación comunitaria y de registro civil para efectos de identificación y emisión de otros documentos civiles,

así como los trabajos de mantenimiento de infraestructura local que requieren mucha mano de obra, etc. Para convertir el PKH en una entidad de enlace, es fundamental establecer una estrecha coordinación con otras entidades del Gobierno, tanto nacionales como locales.

Otro aspecto importante de la complementariedad del programa es el hecho de que el PKH depende mucho de la existencia de infraestructura como los establecimientos escolares y de salud. En las áreas que carecen de este tipo de infraestructura, el PKH no tendría buenos resultados como programa de transferencia de ingreso condicionada, de ahí que para ampliar el PKH también haya que tomar en cuenta la disponibilidad de infraestructura local. Dicho esto, el desafío estriba en que la disponibilidad de infraestructura en determinada área no depende únicamente del Gobierno nacional, pues en muchos casos también es responsabilidad del Gobierno local. Por consiguiente, la colaboración con los Gobiernos locales también es un factor crucial.

V. Observaciones finales

Pese a llevar siete años funcionando, el programa PKH de Indonesia todavía tiene varios desafíos por delante: tiene que ampliarse considerablemente para abarcar una proporción significativa de los hogares pobres del país; necesita mejorar su eficiencia en muchos aspectos; hay que gestionar las expectativas relativas a la exclusión y transición de los beneficiarios; y, por último, se debe mejorar su coordinación con otros programas de mitigación de la pobreza y de protección social. Así, el PKH es un programa fundamental para mitigar la pobreza en Indonesia, pero requiere constantemente que se introduzcan reformas para lograr una mayor eficiencia y eficacia. ■

1. Suahasil Nazara es profesor de economía de la Universidad de Indonesia, en Yakarta, y se desempeña como coordinador del Grupo de Políticas TNP2K. Sri Kusumastuti Rahayu es director del Grupo de Políticas del Clúster 1. Ambos grupos forman parte de la secretaría del TNP2K. Los autores agradecen a Fiona Howell y G. Irwan Suryanto por sus comentarios sobre el presente documento. Cualquier error contenido en este informe es de exclusiva responsabilidad de los autores.

El Equipo Nacional para la Aceleración de la Reducción de la Pobreza (TNP2K) es un equipo ministerial presidido por el vicepresidente de la República de Indonesia encargado de coordinar las políticas estratégicas de mitigación de la pobreza en Indonesia. El TNP2K tiene una secretaría cuya misión es proporcionar información sobre políticas públicas al equipo. Dotado de un cuerpo de académicos, investigadores y profesionales, la secretaría se desempeña como un centro de estudios sobre políticas públicas con el fin de fomentar el proceso de formulación de políticas sobre la base de conocimientos y pruebas empíricas.

El presente informe de política es una publicación conjunta del Centro Internacional de Políticas para Crecimiento Inclusivo (IPC-IG) de Brasil y el Equipo Nacional para la Aceleración de la Reducción de la Pobreza (TNP2K) de Indonesia. El IPC-IG cuenta el apoyo de la Dirección de Políticas de Desarrollo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y el Gobierno de Brasil. El TNP2K fue creado por el Gobierno de Indonesia y cuenta con el apoyo de la Agencia Australiana de Desarrollo Internacional (AusAID) a través del Crédito de Apoyo a la Reducción de la Pobreza (PRSF).

Referencias:

- Bappenas (2009). *Laporan Akhir Evaluasi Program Perlindungan Sosial: Program Keluarga Harapan 2009*. Jakarta, Bappenas.
- Bobonis, G. y F. Finan (2005). *Endogenous Social Interaction Effects in School Participation in Rural Mexico*. Berkeley, CA, Universidad de California.
- Coady, D. y R.L. Harris (2001). 'Evaluating Transfer Programs Within a General Equilibrium Framework', *FCND Discussion Paper*, N° 110. Washington, DC, International Food Policy Research Institute.
- Gertler, P. (2004). 'Do conditional cash transfers improve child health? Evidence from PROGRESA's control randomized experiment', *American Economic Review*, 94 (2): 336–341.
- Gertler, P., M. Sebastian y M. Rubio (2005). *Investing Cash Transfers to Raise Long Term Living Standards*. Berkeley, CA, Universidad de California.
- Hoddinott, J. y E. Skoufias (2004). 'The Impact of PROGRESA on Food Consumption', *Economic Development and Cultural Change*, 53 (1): 37–61.
- Ministerio de Asuntos Sociales (2013). *PKH Program Profile*. Jakarta, Ministerio de Asuntos Sociales.
- Suahasil Nazara. (2013) Single Registry for Better Targeting of Social Protection Programmes in Indonesia. *Poverty in Focus* N° 25. International Policy Centre for Inclusive Growth.
- Schultz, T.P. (2004). 'School Subsidies for the Poor: Evaluating the Mexican Progresa Poverty Program', *Journal of Development Economics*, 74 (1): 199–250.
- Soares, F.V., S. Soares, M. Medeiros y R.G. Osorio (2006). 'Cash Transfer Program in Brazil: Impact on Equality and Poverty', *International Poverty Centre Working Paper*, N° 21, June. Brasilia, Centro Internacional de la Pobreza.
- Banco Mundial (2010). 'PKH Conditional Cash Transfer', *Social Assistance Program and Public Expenditure Review*, No. 6. Jakarta, Banco Mundial Indonesia.

Las opiniones vertidas en el presente informe son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente las opiniones de los Gobiernos de Brasil, Indonesia o Australia o del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.



Australian Government

Department of Foreign Affairs and Trade



Centro Internacional de Políticas para el Crecimiento Inclusivo

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

SBS, Quadra 1, Bloco J, Ed BNDES, 13º andar
70076-900 Brasília, DF - Brasil

Teléfono: +55 61 2105 5000

Correo Electrónico: ipc@ipc-undp.org ■ URL: www.ipc-undp.org