



Informe de Terminación de Proyecto

PCR

Nombre del Proyecto:	Programa Integral de Protección Social
País:	Honduras
Sector/Subsector:	División de Protección Social y Salud
Equipo de Proyecto Original:	Jennelle Thompson (RE2/SO2), Jefa de Equipo; Catherine Fox (RE2/SO2); Emma Naslund-Hadley (RE2/SO2); Marie Gaarder (RE2/SO2); Alejandro Cruz (RE2/SO2); Claudia Cox (RE2/SO2); Javier Cayo (LEG/OPR); Miguel Coronado (LEG/OPR); Lesley O'Connell (COF/CHO).
Número de Proyecto:	HO0222
Número de Préstamo(s), CT(s):	1568/SF-HO
Fecha del QRR:	
Fecha de Aprobación Final del PCR:	
PCR Equipo: Autor Principal y Miembros:	Lesley O'Connell (SPH/CEC) con contribuciones de Maria Deni Sanchez (SPH/CHO); Claudia Pévere (SCL/SPH); y Nelson Hernandez (Consultor)



Índice

I.	INFORMACIÓN BÁSICA	1
I.	RESUMEN EJECUTIVO	2
II.	EL PROYECTO.....	3
	A. CONTEXTO DEL PROYECTO	3
	B. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	4
	C. REVISIÓN DE LA CALIDAD DEL DISEÑO	5
III.	RESULTADOS	5
	A. EFECTOS DIRECTOS.....	5
	B. EXTERNALIDADES.....	6
	C. PRODUCTOS	8
	D. COSTOS DEL PROYECTO	9
IV.	IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO	10
	A. ANÁLISIS DE LOS FACTORES CRÍTICOS.....	10
	B. DESEMPEÑO DEL PRESTATARIO/AGENCIA EJECUTORA.....	11
	C. DESEMPEÑO DEL BANCO	11
V.	SOSTENIBILIDAD	11
	A. ANÁLISIS DE FACTORES CRÍTICOS.....	11
	B. RIESGOS POTENCIALES	12
	C. CAPACIDAD INSTITUCIONAL.....	13
VI.	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	14
	A. INFORMACIÓN SOBRE RESULTADOS	14
	B. SEGUIMIENTO FUTURO Y EVALUACIÓN EX-POST.....	14
VII.	LECCIONES APRENDIDAS Y BUENAS PRÁCTICAS	14

Anexos



Abreviaturas y Acrónimos

AIN-C	Atención Integral a la Niñez Comunitaria
APF	Asociación de Padres de Familia
BANADESA	Banco Nacional de Desarrollo Agrícola
BE	Bono de Educación
BS	Bono de Salud
EDH	Encuesta de Desarrollo Humano
ERP	Estrategia para la Reducción de Pobreza
GHO	Gobierno de Honduras
LAC	Latinoamérica y el Caribe
OPS	Organizaciones Proveedores de Servicios
PIPS	Programa Integral de Protección Social
PRAF	Programa de Asignaciones Familiares
PTM	Programa de Transferencias Monetarias
RS	Red Solidaria
RPS	Red de Protección Social
SDS	Secretaría de Desarrollo Social
SDSRS	Secretaría de Desarrollo Social y Red Solidaria
SIRBHO	Registro Único de Hogares Beneficiarios



I. Información Básica

DATOS BÁSICOS (MONTO EN US\$)							
NO. PROYECTO:	TITULO: Programa Integral de Protección Social						
Prestatario: República de Honduras	Fecha aprobación Directorio: 28 de julio de 2004 Fecha firma del contrato: 7 de marzo de 2005 Fecha efectividad contrato préstamo: 23 de julio de 2005						
Agencia ejecutora (AE): Programa de Asignaciones Familiares (PRAF)	Fecha elegibilidad primer desembolso: 1 de diciembre de 2005 Fecha elegibilidad total: 19 de octubre de 2007						
Préstamo(s): 1568/SF-HO Sector: Protección Social	Meses en ejecución * desde aprobación: 88 * desde efectividad del contrato: 76						
Instrumento de préstamo: Préstamo de Inversión	Períodos de desembolso Fecha original desembolso final: 23 de enero de 2010 Fecha actual desembolso final: 30 de septiembre de 2011 Extensión acumulativa (meses): 20 Extensión especial (meses): 0						
	Monto préstamo(s) * Monto original: US\$20.000.000 * Monto actual: US\$20.000.000 * Pari Passu (si aplica): US\$2.220.000						
	Desembolsos Monto a la fecha: (%) 100%						
	Costo Total del Proyecto (Estimado Original):						
	Redireccionamiento Este proyecto: - recibió fondos de otro proyecto? [no] - Envió fondos a otro proyecto? [no] - N/A [x]						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>De/Para No. Proyecto</th> <th>Para No. Sub-préstamo</th> <th>Monto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	De/Para No. Proyecto	Para No. Sub-préstamo	Monto			
De/Para No. Proyecto	Para No. Sub-préstamo	Monto					
	* Monto actual (ajustado para redireccionamiento)						
Reducción de Pobreza (PTI): Si							
Equidad Social (SEQ): Si							
Clasificación ambiental: C							
	En estado de "Alerta" Está el proyecto "en alerta" por PAIS: NO De ser afirmativo, favor indicar razones (Clasificaciones OD, PI, y/o indicadores relevantes de PAIS): Comentarios de relevancia de la clasificación de alerta de este proyecto (si aplica):						

Resumen de la Clasificación de Desempeño				
OD	<input type="checkbox"/> Muy Probable(MP)	<input checked="" type="checkbox"/> Probable (S)	<input type="checkbox"/> Poco Probable (PP)	<input type="checkbox"/> Improbable (MI)
PI	<input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (I)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)
SO	<input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (PS)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)

I. Resumen Ejecutivo

El Programa Integral de Protección Social (1568/SF-HO) (PIPS) fue crítico para el fortalecimiento y ampliación de la red de protección social (RPS) de Honduras. Mediante el PIPs se logró consolidar el modelo de intervención integral del Programa de Transferencias Monetarias (PTM), que incluye incentivos a la demanda y la oferta. Este modelo apoya los niveles de consumo de las familias más pobres, promueve su demanda de servicios de salud y educación, y acompaña a la oferta de servicios de los sectores de salud y educación con estrategias comunitarias. Como se puede ver en el cuadro de Efectos Directos, el programa propició importantes efectos en la salud de las madres y de los niños/as, y contribuyó a incrementar la asistencia regular a la escuela. También, el PIPS fortaleció el Programa de Asignaciones Familiares (PRAF) y el proceso de unificación del PTM ejecutado en el país, impactando a 150.000 hogares que recibieron dicha transferencia con fondos locales. Además, en respuesta a la crisis del precio de los alimentos de 2008, mediante el PIPS se consolidó la plataforma operativa para ampliar el modelo de intervención integral a 45.000 hogares en situación de pobreza extrema, lo cual se financia a través del Programa de Apoyo Integral a la Red de Protección Social (2096/BL-HO) aprobado en octubre 2008¹.

Igualmente, el PIPS apoyó la consolidación de un sistema de protección social con enfoque integral. El equipo técnico apoyó el diseño e implementación de la Red Solidaria (RS), una iniciativa de protección social que buscaba reducir la extrema pobreza rural a través de la entrega de servicios en forma integral y articulada, y que englobaba los cuatro ejes de la Estrategia para la Reducción de la Pobreza (ERP): (i) Protección Social (nutrición, transferencias monetarias); (ii) Capacidades (salud, educación, documento de identidad); (iii) Oportunidades de Ingreso (capacitación, cajas rurales, bonos de tecnología/agrícolas); y (iv) Infraestructura (agua y saneamiento, infraestructura social y económica, mejoramiento de vivienda). La iniciativa movilizó en 2008 US\$43 millones para 175.000² hogares en situación de pobreza extrema ubicados en 1.547 aldeas de entre las más pobres del país³. También, con el apoyo del equipo técnico de PIPS, se diseñaron e implementaron medidas para fortalecer el marco institucional del sector, incluyendo la elaboración de la política de protección social, la creación de un Ministerio de Desarrollo Social y Red Solidaria para mejorar la coordinación de intervenciones en forma integral, y el diseño de una estrategia de combate a la pobreza extrema en áreas urbanas.

Factores críticos que afectaron la ejecución del programa de forma positiva fueron: (i) la contratación exitosa de las Organizaciones Proveedores de Servicios (OPS) que aseguraron el acompañamiento continuo de los hogares beneficiarios, y la promoción social y monitoreo de corresponsabilidades del PTM; (ii) la estrategia de ampliar la red de protección social para mitigar los efectos del aumento en los precios alimenticios en 2008; (iii) la coherencia del diseño de PIPS con el objetivo de la RS y su arranque simultáneo en 2006. Un factor crítico que afectó la ejecución del programa de forma negativa fueron los eventos políticos de junio 2009 que resultaron en una pausa en la ejecución de las operaciones del Banco. A pesar de haber sostenido un alto nivel de ejecución y desembolso en el periodo 2006 al 2009, logrando haber desembolsado el 91%, la subsecuente parálisis de la operación requirió una prórroga al plazo de desembolso por más de un año. A partir de 2010, las nuevas autoridades dinamizaron la ejecución del PIPS, utilizando los recursos para fortalecer el PRAF y el Programa de Transferencias Monetarias (PTM) "Programa Presidencial de Salud, Educación y Nutrición" (Bono 10.000). Varios de los logros del programa permanecieron pese a los eventos mencionados; sin embargo hubo una interrupción importante en la operación del PTM y la red de protección social que probablemente contribuyó al deterioro de las condiciones socioeconómicas del país. Con la toma de posesión del nuevo gobierno en el 2010, se retomó el PTM como el principal instrumento en materia de protección social.

¹ Línea de Crédito Condicional para Proyectos de Inversión (HO-X1012) de US\$80 millones y Primer Programa (HO-L1032) de US\$20 millones.

² Incluyendo los 150.000 hogares beneficiarios del PTM.

³ El diseño e implementación de la RS fue apoyado por el Programa Sectorial Asociado a la ERP (1804/SF-HO) y varias cooperaciones técnicas. Los préstamos 1568/SF-HO y HO-L1032 apoyaron el componente de protección social. El fortalecimiento de los servicios de salud en las aldeas de la RS fue apoyado por el Programa de Mejoramiento del Nivel de Salud en Honduras (1619/SF-HO). El Programa de Fomento de Negocios Rurales (PRONEGOCIOS) fue aprobado para apoyar el componente productivo de la estrategia.

II. El Proyecto

a. Contexto del proyecto

i. **Nivel de pobreza y desigualdad en Honduras.** En 2006, el año de arranque del programa, Honduras tenía uno de los niveles más altos de desigualdad en Latinoamérica y el Caribe (LAC) (con un Gini de 59⁴), y altas incidencias de pobreza y pobreza extrema (con tasas del 68% y 48% respectivamente)⁵. Honduras también tenía el “poverty gap” más alto de LAC, tres veces el promedio simple de la región⁶.

Como parte de las actividades preparatorias de la ejecución, el PIPS elaboró un Mapa de Pobreza para identificar las aldeas con mayor concentración de hogares en extrema pobreza⁷. Se focalizaba en 164 aldeas del país en los cuatro departamentos Lempira, La Paz, Intibucá, y Santa Bárbara. La línea de base del programa levantada en 2007 en la Encuesta de Desarrollo Humano (EDH), confirma las condiciones de exclusión social y pobreza crónica de la población objetivo:

Condiciones de la población beneficiaria (Línea de Base 2007)		
Exclusión social/pobreza crónica	Educación	Salud
- El gasto promedio de los hogares es \$285 per cápita anual. - 62% de los niños/as menores de cinco años tienen desnutrición crónica. - 44% de la población es analfabeta - 91% de los hogares no tienen luz.	-39% de los jefes de hogares no tiene ninguna educación. -36% de los jefes de hogares solo tiene educación hasta el 3º grado. -Hay un exceso de edad en el sistema. La matrícula neta de 6º grado es 25%.	-76% de los hogares caminan más de una hora para llegar a un centro de salud; de estos 49% caminan más de dos horas para llegar a un centro de salud. -66% de los partos ocurren en la casa.
A pesar del anterior, la LB también refleja las siguientes condiciones: -El 98.8% de los hogares tienen su documento de identidad, condición previa para recibir la transferencia de PRAF. -De las mujeres que estaban embarazadas en los últimos 5 años, el 82% hizo control prenatal y el 57% hizo control entre 2 y 5 meses. -El 79.3% de los niños/as de 5 a 16 años se matricularon en 2007. Quienes no se matricularon citan problemas económicos (29.9%), y no quieren estudiar (33.1%). -El 42% de la población beneficiaria es Lenca.		

ii. **Experiencia del país con programas de transferencias monetarias.** Antes de la aprobación del Préstamo 1568/SF-HO, el Banco había venido apoyando al PRAF desde 1995 con dos programas de inversión - 949/SF-HO (1995-2002) y 1026/SF-HO (1998-2006) - mediante el cual el Gobierno de Honduras (GHO) a través de PRAF ha adquirido experiencia, formado equipos técnicos y capacidad operativa e institucional para ejecutar el PTM. Sin embargo, a lo largo del tiempo se creó una divergencia entre el PTM financiado con fondos nacionales y el financiado con recursos del BID. Esta divergencia data del préstamo 1026/SF-HO, que financió diferentes grupos de intervención en forma piloto con el objetivo de identificar la intervención más efectiva para romper la transmisión intergeneracional contra la pobreza, y que luego sería adoptada por el PRAF⁸. El modelo de intervención integral que financia el PIPS resulta del Grupo 2 (demanda y oferta) del Préstamo 1026/SF-HO, incorporando lecciones aprendidas de la ejecución de éste préstamo. El PIPS incluyó financiamiento y condiciones contractuales para apoyar la unificación de los aspectos operativos del PTM con el fin de que PRAF contase con los mismos criterios operativos y técnicos, tales como la focalización geográfica, el registro único de beneficiarios, el pago por banco, el monitoreo de

⁴ En contraste con el resto de la región, la desigualdad se incrementó aún en contextos de crecimiento económico (como por ejemplo en el periodo entre 2000-2006). Evaluación del Programa de País: Honduras 2007-2010. OVE 2011.

⁵ HONDURAS: Informe sobre la revisión de la medición de la Pobreza en Honduras. Banco Mundial. Marzo 2008.

⁶ Calculado por el autor utilizando datos de *World Bank Indicators* circa 2007.

⁷ La metodología está basada en un modelo de predicción del gasto per cápita mensual para los hogares rurales del país, aplicando el método de variables próximas y utilizando como base de datos la Encuesta de Condiciones de Vida de 2004. Los coeficientes de la ecuación de predicción del gasto por hogar se utilizaron para estimar la incidencia de la extrema pobreza a nivel de aldea. Los resultados indicaron que dentro las zonas rurales existían cerca de 181 mil hogares en extrema pobreza; de ellos, 100 mil están localizados en aldeas con una tasa de extrema pobreza igual o mayor al 57%. Las 164 aldeas focalizadas por el PIPs son las aldeas con mayor concentración de hogares en extrema pobreza. Arcia, Gustavo. Propuesta de Focalización del PRAF/BID. Informe final de Consultoría. Tegucigalpa. Julio 2006.

⁸ Mediante el Programa de Asignación Familiar Fase II (1026/SF-HO), se ejecutaba cuatro grupos de intervención: Grupo 1: transferencias condicionadas de salud y educación; Grupo 2: transferencias condicionadas de salud y educación, complementadas por intervenciones para mejorar la oferta de servicios – formación docente, organización y transferencias a APF, AIN-C, equipamiento de centros de Salud; Grupo 3: apoyos a la oferta de servicios de salud y educación, mencionados en el Grupo 2; y Grupo 4 de comparación. Contando con una estrategia de focalización geográfica a nivel de municipio, los 70 municipios participantes en el programa se distribuyeron en los cuatro grupos en la siguiente manera: G1: 20 municipios; G2: 20 municipios; G1: 10 municipios, y G4: 20 municipios.

corresponsabilidades, etc. Las diferentes innovaciones, lecciones aprendidas y buenas prácticas que se han incorporado en el diseño del modelo de intervención integral del PTM de Honduras apoyado por el Banco se detallan en el Anexo 3.

iii. Ampliación de la RPS para mitigar los impactos de la crisis del precio de alimentos. El sostenido incremento de precios, especialmente de productos alimenticios, que culminaba en 2008 amenazaba con aumentar la incidencia de pobreza extrema rural en Honduras en un 6%⁹, y profundizar las condiciones de indigencia y desnutrición de la población en pobreza extrema¹⁰. Como en otros países de la región, con el apoyo del Banco, el GHO mitigó dichos riesgos mediante la ampliación de la RPS, especialmente mediante el PTM ejecutado por el PRAF¹¹. En 2008, con el apoyo del PIPS, el PRAF amplió la cobertura del Bono de Nutrición (BN) a 23.000 hogares adicionales, incrementando la cobertura total desde una cifra estimada de 150.000 a un total de 173.000 hogares en situaciones de pobreza y extrema pobreza. Se reorientaron recursos del PIPS para ampliar el modelo de intervención integral a los 23.000 hogares adicionales elegibles de las restantes 211 aldeas focalizadas en los cuatro departamentos beneficiarios de PIPS.

iv. Crisis política de 2009. La crisis política de 2009, que resultó en la deposición del Presidente del país en junio, tuvo su origen en un enfrentamiento entre el Presidente, el Congreso Nacional y la Corte Suprema, sobre la legalidad de una consulta popular planteada por el Presidente respecto a un referéndum para cambiar la constitución. En noviembre de 2009 se realizaron elecciones nacionales, con la toma de posesión de las nuevas autoridades en enero de 2010.

b. Descripción del Proyecto

i. Objetivo(s) del Desarrollo

El objetivo principal del programa es contribuir a mejorar el capital humano de las familias más pobres del país, a través de una estrategia integral de protección social. El programa busca propiciar cambios en el comportamiento de las familias, promoviendo su participación activa para alcanzar mejores niveles de bienestar. Específicamente, el programa busca: (a) mejorar el consumo familiar de alimentos nutritivos; (b) promover el crecimiento y desarrollo adecuado de niños de 0 a 5 años; (c) velar por la salud de las mujeres, particularmente las embarazadas y lactantes; y (d) aumentar la matrícula y asistencia escolar en los niños de primero a sexto grado. El programa buscaba propiciar el cambio en el comportamiento de las familias mediante una combinación de transferencias monetarias con corresponsabilidades en salud y educación, una educación social con acompañamiento familiar sostenido, y estrategias comunitarias para empoderar las comunidades y a la vez fortalecer los servicios de salud y educación.

ii. Componentes

El programa contempla tres componentes de intervenciones: **1. Nutrición y Salud:** el componente está orientado a mejorar los niveles de salud y el estado nutricional de los miembros de los hogares beneficiarios. A través de él se fomentaba una actitud preventiva en el auto cuidado de la salud y la adecuada vigilancia de la nutrición familiar. Se incluyen tres tipos de beneficios: el Bono de Nutrición y Salud, el Incentivo al Parto Institucional y la entrega de servicios de vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños mediante la ejecución de la estrategia de Atención Integral a la Niñez Comunitaria (AIN-C). También, se buscaba organizar los Comités Usuarios de Salud, y brindar, a través de promotores sociales, charlas y talleres para promover comportamientos sanos¹². **2. Educación:** el componente busca mejorar la matrícula, asistencia escolar y la retención de niños en los primeros seis grados de educación básica en las áreas focalizadas. Se incluyen dos tipos de beneficios: un incentivo a la demanda mediante el Bono Escolar (BE) y uno a la oferta mediante la organización y transferencias monetarias a las Asociaciones de Padres de Familia (APF).

⁹ *Rising Food Prices and Poverty in Latin America: Effects of the 2006-2008 Price Surge*, Marcos Robles et al., mayo 2008.

¹⁰ La EDH señala que el 72% de los gastos de los hogares beneficiarios de PIPS se orientan a alimentos.

¹¹ "Como Responder Desde la Protección Social al Incremento en el Precio de los Alimentos – Caso de Honduras". *Social Department, Interamerican Development Bank (O'Connell y Ripani)*. May 2008.

¹² Incluyendo temas como planificación familiar, prevención de violencia doméstica, salud oral, alimentación e higiene, estimulación temprana, prevención de accidentes, promoción del parto institucional y la lactancia materna, derechos de la mujer, hombres en desarrollo y pertenencia indígena.

3. Fortalecimiento Institucional: el componente busca mejorar la eficiencia y efectividad de la operación de la red de protección social en Honduras en general, y el fortalecimiento del PRAF como institución en particular, incluyendo la unificación de los aspectos técnicos y administrativos del PTM.

c. Revisión de la Calidad del Diseño

El diseño de la operación responde de forma efectiva a la problemática de los hogares en situación de extrema pobreza en la zona de intervención e incorpora lecciones aprendidas y buenas prácticas de los PTM de la región, y en particular de los ejecutados en Honduras con el apoyo del Banco. Específicamente, en base a las lecciones aprendidas del PRAF Fase II (1026/SF-HO) se introdujeron los siguientes ajustes al modelo de intervención integral: (i) aumento del monto de la transferencia; (ii) inclusión de la contratación de OPS para asegurar un acompañamiento permanente de los hogares con promotores y especialistas de salud y educación; (iii) acompañamiento del PTM con una consejería nutricional y un monitoreo del peso de los niños mediante el AIN-C; y (iv) mantenimiento de una focalización geográfica, bajando la unidad de análisis a la aldea, por la heterogeneidad que existe en los municipios. Sin embargo, el diseño tuvo algunas debilidades en el costeo de las intervenciones, especialmente por la insuficiencia de recursos para la reingeniería de PRAF, el levantamiento del registro de hogares, y la evaluación de impacto.

Revisión de la Calidad del Diseño

☐ Muy Satisfactorio (MS) ☒ Plenamente Satisfactorio (PS) ☐ Menos que Satisfactorio (MS) ☐ Insatisfactorio (I)

III. Resultados¹³

a. Efectos Directos

Durante la operación del programa se evidencia un descenso en la pobreza extrema en Honduras. Aunque no existen estudios para soportar la contribución del PIPS a este descenso, es factible que el programa tuviese un efecto positivo dada la entrega de transferencias en forma consistente y el apalancamiento para orientar recursos hacia los más pobres a través de la Red Solidaria y el PRAF, lo cual benefició a más de 80% de esta población.

Los resultados de la evaluación cualitativa muestran que los beneficiarios de PIPS perciben una imagen positiva del programa en los siguientes aspectos: (i) el acompañamiento familiar y el reforzamiento de la corresponsabilidad; (ii) la entrega de nuevos conocimientos que les ha permitido crear ambientes saludables, entornos adecuados, y hábitos nutricionales para mejorar el manejo de la salud y el crecimiento de los niños; (iii) el empoderamiento de las mujeres como titulares de los bonos, especialmente vinculadas a las decisiones sobre los gastos del hogar; y (iv) el mejoramiento de los procesos de empoderamiento, participación y auditoría social y fortalecimiento de la red de organizaciones sociales comunitarias.

LOGRO DEL LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO (OD)

Objetivos de Desarrollo(s) (Propósito): Contribuir a mejorar el capital humano de las familias más pobres del país, a través de una estrategia integral de protección social. Propiciar cambios en el comportamiento de las familias, promoviendo su participación activa para alcanzar mejores niveles de bienestar.

1. Nutrición y salud: el consumo familiar de alimentos nutritivos mejorado; la salud, el crecimiento y el desarrollo adecuado promovido para niños de 0 a 5 años; la salud de las mujeres, particularmente las embarazadas y lactantes, velada. Clasificación: P

Indicadores Claves de Efectos Directos

¹³ Esta sección se basa en los resultados de la consultoría: PIPS 1568/SF-HO: Informe de Terminación del Proyecto, Nelson Hernández, 2011.

<u>Efectos Directos Planeados</u> 1.1 Gasto per cápita de los hogares beneficiarios en alimentos aumentado en un 10%. 1.2 La desnutrición en los menores de 2 años entre la población elegible reducida en un 10%. 1.3 Los partos institucionales incrementados en un 10%. 1.4 La lactancia materna exclusiva en los menores de seis meses aumentada en un 5%.	<u>Efectos Directos Logrados</u> 1.1 Debido a la interrupción en la evaluación de impacto por los eventos políticos de 2009, no hay información (ver. VI, a.) 1.2 Al año 2009, la desnutrición en los menores de 2 años entre la población elegible de las comunidades con entrega de servicio por ONG reducido en un 11%. 1.3 Al año 2009, los partos institucionales incrementados en un 6%. 1.4 Al año 2009, la lactancia materna exclusiva en los menores de seis meses aumentada en un 8%.	<u>Balance</u> n.d. +1 -4% +3%
2. Educación: la matrícula y asistencia escolar aumentada en los niños de primer a sexto grado. Clasificación: P		
Indicadores Claves de Efectos Directos		
<u>Efectos Directos Planeados</u> 2.1 La matrícula de niños de 1º a 6º grado en las comunidades focalizadas aumentada en un 5%. 2.2 La tasa de inasistencia de los niños matriculados de las escuelas beneficiadas disminuida en un 5%.	<u>Efectos Directos Logrados</u> 2.1 Al año 2008 (último año disponible), la matrícula de niños de 1º a 6º grado en las comunidades focalizadas aumentada en un 2%. 2.2 Al año 2008, la tasa de inasistencia de los niños matriculados de las escuelas beneficiadas disminuida en un 7%.	-3% +2%
Indicadores Claves de Efectos Directos		
<u>Efectos Directos Planeados</u> 3.1 Al final del primer año, el sistema de información gerencial (módulos de beneficiarios, planillas, seguimiento de ofertas, monitoreo y contabilidad) instalado y funcionando. 3.2 Estrategia de comunicación social desarrollada y en ejecución a partir del 2º semestre de ejecución.	<u>Efectos Directos Logrados</u> 3.1 En el año 2008 se implementó parcialmente un sistema de información gerencial (módulos de beneficiarios, planillas, seguimiento de ofertas, monitoreo y contabilidad) instalado y funcionando. 3.2 Estrategia de comunicación social desarrollada, se implementó en forma tardía.	+ -
Reformulación. [x]N/A		
Reajuste ISDP: El ISDP no fue sujeto a "retrofitting". Sin embargo, fue reemplazado por el PMR; no afectó la matriz de resultados.		
Resumen del(os) Objetivo(s) de Desarrollo Clasificación (OD):		
[] Muy Probable(MP) [x] Probable (S) [] Poco Probable (PP) [] Improbable (MI)		
Se justifica la clasificación "probable" sobre el logro de los objetivos de desarrollo del programa, dado que se cumplió y se superó la mayoría de efectos directos deseados, incluyendo la reducción en la desnutrición, aumento en la lactancia materna, y aumento en la tasa de asistencia de los niños/as. No es posible medir el gasto per cápita en alimentos en los hogares beneficiarios, mismo que estará afectado por la crisis en el precio de alimentos, sin embargo, se puede estimar un desempeño positivo de este indicador por la reducción en la desnutrición y la alta cobertura de los hogares por el Bono de Nutrición y consejería alimentaria (mediante el AIN-C). No se logró el aumento deseado en los partos institucionales probablemente por el diseño de la intervención. Se requiere realizar estudios cualitativos para comprender el alto porcentaje de partos en casa (66%) de la población beneficiaria, la cual puede vincularse a preferencias culturales además de problemas de acceso a los servicios de salud. Igualmente, no se logró el aumento deseado en la matrícula de 1º a 6º grados por la alta cobertura de este nivel – se debería haber modificado la meta en base a los resultados de la EDH. Sin embargo, basada en experiencias previas en el país y la alta tasa de sobre edad en la zona, es probable que hubo impactos en la matrícula temprana de los niños lo cual mejora su futuro desempeño escolar y la eficiencia del sistema educativo ¹⁴ . En cuanto al fortalecimiento institucional de PRAF apoyado por el PIPS, se superaron los efectos directos esperados, dado que el PRAF se convirtió en el ejecutor principal de protección social durante el 2006 al 2009, y se amplió el PTM a más de 150,000 hogares, avanzando sustancialmente la homologación de las prácticas operativas y técnicas del PTM, analizada posteriormente.		
Estrategia de País: Durante el periodo de diseño y ejecución del proyecto, la estrategia del Banco en Honduras impulsó la acumulación de capital humano para incrementar la capacidad productiva de la población pobre, con un enfoque integral en el combate a la pobreza en el cual se conjugan acciones orientadas a fortalecer tanto la oferta como la demanda de servicios sociales. El Banco concentró su acción en el respaldo al cumplimiento de las metas de la Estrategia para la Reducción de la Pobreza a través del apoyo al mejoramiento de la cobertura y calidad de los servicios de salud y educación, así como del fortalecimiento de la red de protección social. El programa también apoyó lograr los objetivos de la Estrategia de País 2007-2010 (documento GN-2475), en lo referente a la formación de capital humano como mecanismo de generación de oportunidades y específicamente en lo referente a mejorar el acceso, coordinación e impacto de la red de protección social.		

b. Externalidades

El programa generó externalidades positivas sociales para los hogares en extrema pobreza. Los objetivos y enfoque integral del modelo de intervención coincidieron con los de la Red Solidaria (RS), una iniciativa de protección social que buscaba reducir la extrema pobreza rural a través de la entrega de servicios en forma integral y articulada, y que englobaba los cuatro ejes de la Estrategia para la Reducción de la Pobreza. La RS se creó mediante el Decreto Ejecutivo No. PCM-33-2006, como un programa que formaba parte del Gabinete Social y que estaba coordinado por la Primera Dama de la

¹⁴ PRAF Fase II (1026/SF-HO) Informe de Cierre, 2006.

República. La meta de la RS durante el periodo 2006-2010 era atender a 200.000 familias que vivían en situación de extrema pobreza, de las cuales el 80% se ubicaban en el área rural, mediante un plan de ampliación en tres fases¹⁵.

La RS funcionó en el plano operativo adscrita al PRAF¹⁶, y se apoyó en la estructura operativa del PIPS para su organización y consolidación. En este contexto, el PIPS generó instrumentos que apoyaron la implementación de la RS, incluyendo la estrategia de focalización y el levantamiento del Registro Único de Hogares Beneficiarios (SIRBHO) – que incluía información de las necesidades para dimensionar y focalizar las intervenciones principales de la RS¹⁷. El Mapa de Pobreza y el SIRBHO apoyaron en racionalizar, organizar, y articular la entrega de beneficios y subsidios a las poblaciones pobres. El PIPS en coordinación con la Oficina Técnica de la RS apoyó el proceso de diagnóstico y planificación de intervenciones multisectoriales, generando externalidades positivas para los 173.000 mil hogares beneficiarios de la RS. En 2008, la RS movilizó más de US\$43 millones de servicios.

En este marco, el GHO promovió inversiones para superar los problemas estructurales en la oferta de salud y educación. Importante para este proceso fue la certificación de la oferta de servicios de salud y educación elaborada por el PIPS e implementada por el Ministerio de Salud y Educación en las aldeas beneficiarias de PIPS y de PRAF. El diagnóstico demostró que más de la mitad de las aldeas analizadas no cuentan con suficiente acceso a los servicios educativos y de salud, comparado con las demandas de servicios que generan las corresponsabilidades. En el marco de la RS, en coordinación con los Ministerios de Salud y Educación, se promovió la ampliación de servicios de salud y educación especialmente aquellos vinculados a las corresponsabilidades respectivas. La movilización de servicios de salud y educación fue apoyada por la cooperación externa. Por ejemplo, el Programa para la Calidad de Educación, Gobernabilidad y Fortalecimiento Institucional financiado por el Banco Mundial incluía un componente de US\$7 millones para ampliar cobertura y calidad de educación a nivel preescolar y primaria (escuelas PROHECO, multigrados en áreas rurales), en las áreas focalizadas de la Red Solidaria. También, la Secretaría de Salud ampliaba servicios de salud en las aldeas focalizadas de la Red Solidaria, mediante el Paquete Básico de Salud, utilizando el Modelo Descentralizado (financiado con fondos nacionales, fondos italianos, de USAID, y del Banco Mundial). Con recursos del préstamo 1619/SF-HO (PROMESALUDH) del Banco se apoyaba la ampliación de servicios de salud materno-infantil en tres de los cuatro departamentos beneficiarios del Programa PIPS (Lempira, La Paz, Intibucá). Específicamente, se construyeron ocho clínicas materno infantiles y se financió la entrega del paquete básico de salud en los mismos departamentos. También, con recursos del préstamo se reforzaron los servicios de salud mediante la contratación de servicios individuales de ginecólogos, pediatras, enfermeras, etc. en la zona. Este proceso de alineamiento de la oferta de servicios de salud y educación con el PTM contribuyó a la estrategia de reducción de pobreza extrema en Honduras.

Como resultado del proceso mencionado, el PIPS generó externalidades positivas para sus propios hogares beneficiarios, mismos que se priorizaron para la movilización de servicios complementarios. Las intervenciones programadas para las aldeas beneficiarias de PIPS sumaban a US\$3.7 millones e incluían: (i) educación: Educados, Yo Sí Puedo, PROHECO, Matrícula Gratis, Becas, PRALEBAH, CCPREB, PRONEEAH; y (ii) salud: PROMESALUDH, Programa Escuela Saludable, Paquete Básico de Salud, el Modelo de Descentralizado, Brigadas Médicas¹⁸. Se estima que en las aldeas focalizadas por el PIPS deberían haber recibido en promedio siete intervenciones de la RS, reflejando el enfoque integral de la estrategia¹⁹. Sin embargo, la ejecución de las intervenciones fue interrumpida por los eventos políticos de 2009.

¹⁵ Fase 1 se inicia en 2006 con atención para 80.000 hogares más pobres del país; Fase 2 inicia en 2007, ampliando atención hasta atender 160.000 hogares más pobres del país, y Fase 3 en 2008, ampliar a 40.000 hogares pobres para alcanzar un total de 200.000 hogares atendidos.

¹⁶ Decreto Ejecutivo No. PCM-33-2006.

¹⁷ El SIRBHO contiene el registro de todos los habitantes de las aldeas focalizadas; contiene información básica sobre los hogares, incluyendo las características socioeconómicas, composición del hogar, características de la vivienda e identificación del titular.

¹⁸ La planificación de intervenciones fue formalizada mediante convenios firmados a nivel de Ministro con el Presidente; el proceso fue enmarcado en la Política Presupuestaria para el Ejercicio Fiscal 2008 y Presupuesto Plurianual (2009 a 2011).

¹⁹ Las intervenciones de la RS se enmarcaron en los cuatro ejes de acción de la ERP: (i) Protección Social (nutrición, transferencias monetarias); (ii) Capacidades (salud, educación, documento de identidad); (iii) Oportunidades de Ingreso

c. Productos

PROGRESO EN LA IMPLEMENTACION (PI)			
Componentes (Productos)	Indicadores Claves del Producto		
1. Componente 1.: Nutrición y Salud Costo total Componente 1: \$14.242.000 Contrapartida: \$1.607.000 BID: \$12.635.000 Desembolso BID %: 100% Clasificación: S	<u>Productos Planeados</u>	<u>Logrado</u>	<u>Balance</u>
	1.1 El 90% de los hogares registrados reciben el bono de nutrición y salud (BNS).	1.1 96% (BN) 77% (BS)	1.1 +6% -13%
	1.2 El 39% de las mujeres embarazadas registradas reciben el bono de incentivo al parto institucional.	1.2 37%	1.2 -2%
	1.3 El 90% de los niños/as menores de dos años atendidos mensualmente por las monitoras de la comunidad (AIN-C).	1.3 90.2%	1.3 +.2%
	1.4 El 70% de aldeas cuentan con Comités de Usuarios en Salud constituidos, capacitados y en operación.	1.4 99%	1.4 +29%
Explique brevemente diferencias entre los productos planeados y actuales (si aplica). El componente se califica con ejecución satisfactoria por lograr y superar la mayoría de los productos planeados. Para la ejecución de este componente, se logró instalar una base operativa importante incluyendo la organización y capacitación de 248 Comités de Usuarios de Salud, y la organización y capacitación de 1.568 monitores de AIN-C. La cobertura del BS, que está pagado por el cumplimiento de la corresponsabilidad, refleja un mejoramiento importante, a pesar de no lograr el cumplimiento del indicador. Dos factores resumen las dificultades encontradas: (i) los problemas de acceso a los servicios de salud mencionados previamente; y (ii) los desfases naturales en implementar el Programa de AIN-C, que requiere la identificación y capacitación de las monitoras y el levantamiento de una línea de base en las comunidades para arrancar. Esto último afectó el desempeño del indicador dado que los controles de peso de los niños/as realizado por las monitoras se reconocieron para el cumplimiento de las corresponsabilidades de los niños/as menores de dos años.			
Hubo un cambio en la ejecución del componente provocado por la crisis en el precio de los alimentos y enmarcado en el proceso de unificación del PTM. Dado los altos niveles de desnutrición crónica (60,6% de los niños/as menores de cinco años), se descompuso el Bono de Nutrición y Salud en dos Bonos (el Bono de Nutrición y el Bono de Salud), manteniendo el monto total de la transferencia. Al Bono de Nutrición se asignó el monto del Bono Solidario de PRAF que tuvo por objetivo proteger el consumo a todos los hogares con niños/as de 0 a 14 años, y se pagaba con promoción pero no monitoreo de las corresponsabilidades. Al Bono de Salud se asignaba un monto para mitigar el costo de oportunidad de los beneficiarios de cumplir con las corresponsabilidades. Para responder a la crisis, también, se potenciaba el programa de AIN-C con vigilancia y promoción nutricional, especialmente con respecto al uso de las transferencias para mejorar la ingesta alimenticia de los niños/as ²⁰ . Estos ajustes se mantuvieron en el diseño del programa HO-L1032.			
Reestructuración. (x) N/A			
2. Componente 2: Educación Costo total Componente 2: \$2.783.000 Contrapartida: \$334.000 BID: \$2.449.000 Desembolso BID %: 100% Clasificación: PS	<u>Productos Planeados</u>	<u>Logrado</u>	<u>Balance</u>
	2.1 El 90% de hogares registrados reciben el bono de educación.	2.1 97%	2.1 +7%
	2.2 El 90% de centros educativos beneficiarios del Programa cuentan con APF organizada, funcionando, legalizada y capacitadas	2.2 85%	2.2 -5%
	2.3 El 90% de las APF en las comunidades beneficiarias han ejecutado su "Proyecto de escuela" (PEC) y liquidado las transferencias	2.3 44%	2.3 -46%
Explique brevemente diferencias entre los productos planeados y actuales (si aplica). El componente se califica con ejecución "poca satisfactoria" por el bajo porcentaje de ejecución y liquidación de las transferencias a las APFs el cual afectó a la credibilidad del programa. El bajo nivel de transferencia es un resultado de los retrasos en la legalización de las APFs, complejidad en los instrumentos PEC, y los problemas de iliquidez una vez reorientados los recursos para expandir el Bono de Nutrición. Sin embargo, es notoria la alta cobertura del BE reflejando los esfuerzos de promoción y monitoreo de las corresponsabilidades del BE por parte de los promotores sociales de las OPS. También, es alto el nivel de organización, capacitación y legalización de las APFs (más de 774 APFs), lo cual estableció una base operativa comunitaria importante para futuros procesos de desarrollo en la zona.			
Reestructuración. [x] N/A			

(capacitación, cajas rurales, bonos de tecnología/agrícolas); y (iv) Infraestructura (agua y saneamiento, infraestructura social y económica, mejoramiento de vivienda).

²⁰ Ayuda Memoria Misión de Administración, junio de 2008. Propuesta de Convergencia del Programa de Transferencias Condicionadas, mayo 2008.

3. Componente 3: Fortalecimiento Institucional Costo total Componente 3: \$985.000 Contrapartida:\$117.000 BID:\$868.000 Desembolso BID %:100%		Productos Planeados	Productos Logrados
Clasificación: S		3.1 Al final del primer año, el sistema de información gerencial (módulos de beneficiarios, planillas, seguimiento de ofertas, monitoreo y contabilidad) instalado y funcionando.	3.1 En el año 2008 se implementó parcialmente un sistema de información gerencial (módulos de beneficiarios, planillas, seguimiento de ofertas, monitoreo y contabilidad) instalado y funcionando.
		3.2 Estrategia de comunicación social desarrollada y en ejecución a partir del 2º semestre de ejecución.	3.2 Estrategia de comunicación social desarrollada, se implementó al final del programa.
El componente se califica con ejecución satisfactoria debido a que cumplió los productos planeados. Otros indicadores de mayor relevancia son los avances en el proceso de homologación del PTM logrado con el apoyo del componente, incluyendo los siguientes: (i) metodología de focalización única (Mapa de Pobreza); (ii) creación de un Registro Único de Hogares Beneficiarios del PRAF (SIRBHO); (iii) pago de las transferencias monetarias vía el sistema bancario; (iv) duración de la transferencia; (v) unificación de criterios técnicos (ie. hogar como unidad de intervención, edades y grados de coberturas del Bono de Salud y Educación); y (vi) firma de acuerdos y promoción unificada de corresponsabilidades, con un monitoreo muestral de corresponsabilidades. Sin embargo, las metas administrativas del proceso de modernización del PRAF no se cumplieron en su totalidad por la falta de implementación de una propuesta de reestructuración del PRAF que resultó de la asistencia técnica del componente y fue aprobado por el Consejo Superior de PRAF, pero no recibió la incorporación presupuestaria por parte del Ministerio de Finanzas para permitir su implementación.			
Reestructuración. [x] N/A			
Resumen del Progreso en la Implementación Clasificación (S) :			
[] Muy Satisfactorio (MS) [x] Satisfactorio (S) [] Poco Satisfactorio (I) [] Muy Insatisfactorio (MI)			

d. Costos del Proyecto

Costo Total del Proyecto (US\$22,000,000)						
Componente	Planeado		Actual		% Diferencia	
	BID	Local	BID	Local	BID	Local
1. Nutrición y Salud	11.410	1.607	12.635	1.607	+11%	-
1.01 Bono de Salud	6.137	1.607	7.513	1.607	+22%	
1.02 Incentivo Parto Institucional	505	-	38		-92%	
1.03 Incentivos a la Oferta	4.769	-	5.084		+7%	
2. Educación	4.522	334	2.449	334	-46%	-
2.01 Bono de Educación	3.005	334	2.234	334	-26%	
2.01 Incentivos a la Oferta	1.518	-	216		-86%	
3. Fortalecimiento Institucional	654	117	868	117	+33%	-
3.01 Apoyo al PRAF	486	-	621		+28%	
3.1.1. Capacitación y Asistencia Técnica	305	-				
3.1.2. Mobiliario y Equipo	181	-				
3.02 Fortalecimiento de la Capacidad de Ejecución de PRAF	168	-	247		+47%	
3.2.1. Reingeniería Operativa	108	-				
3.2.2. Desarrollo de Sistemas de Información	47	-				
3.2.3. Capacitaciones y Asistencia Técnica	13	117		117		-
4. Gastos Operativos	2.105	52	2.519	52	+20%	-
4.01 Auditoría Externa	100		101		+1%	
4.02 Auditoría de Servicios de ONG	100		0		-	
4.03 Operación de UCP y servicios relacionados	1.672	52	2383	52	+43%	-
4.04 Promoción y medios	233	-	36		-85%	
5. Arranque, Seguimiento y Evaluación	653	-	872		+34	
5.01 Diagnóstico de Centros Educativos y de Salud	49	-	11		-78%	
5.02 Asambleas Comunitarias	174	-	66		-62%	
5.03 Ampliación de Encuestas	200	-	747		+274%	
5.04 Evaluaciones de medio término y final	230	-	48		-79%	
Costos Financieros	655	110	110		-	-
Comisión de crédito		110		110		-
Intereses	455		455		-	-
Inspección y vigilancia	200		200		-	-

Total	20.000	2.220	20.000	2.220	-	-
Explique brevemente diferencias.						
Con respecto a las deficiencias en las categorías presupuestarias, se justifica por una parte porque el programa está beneficiando a más hogares de lo programado con las transferencias de nutrición y salud, debido a que se censaron más hogares en las aldeas focalizadas que lo estimado en el mapa de pobreza. Esto también ha incrementado el costo de los servicios brindados por las OPS. Adicionalmente, el costo de línea de base no fue dimensionado en el presupuesto. Tampoco hubo presupuesto original para el levantamiento del Registro de Hogares Beneficiarios. El apoyo al PRAF ha sido de mayor magnitud de lo programado por la amplitud y alcance del proceso de reforma de la institución. Finalmente, por su relación al objetivo del Programa de consolidar la Red de Protección Social, el programa apoyó técnica y financieramente el arranque de la Red Solidaria. Las autoridades de gobierno solicitaron recursos adicionales para completar las inversiones del préstamo 1568/SF-HO, parte por el nuevo Programa 2096/BL-HO, y otras fuentes de recursos no re-embolsables. La reducción de recursos de categorías corresponde a compromisos que el PRAF financiará la estrategia de comunicación social del programa de la estrategia institucional. Asimismo, se convino con la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación que las instancias desconcentradas de dichas secretarías apoyarán la supervisión de las actividades de las OPS, de acuerdo a la rectoría de cada secretaría. Además, la RS financiaba el diagnóstico de los centros de salud y educación. Cabe notar que la UCP también coordinaba la ejecución de los siguientes programas: 2096/BL-HO (US\$20 millones); Apoyo al Monitoreo y Seguimiento de la Red de Protección Social (US\$150.000); Apoyo a la Red de Protección Social y Planificación Estratégica (US\$150.000); Armonización de Inversiones del PRAF y la Red Solidaria (US\$149.844); Atención a Niños, Adolescentes y Mujeres Vulnerables en Áreas Urbanas (US\$625.000); y dio seguimiento a las condicionalidades correspondientes al PRAF del Programa Sectorial Asociado a la Estrategia de Reducción de la Pobreza (1804/SF-HO).						

IV. Implementación del Proyecto

a. Análisis de los factores críticos

Los factores principales que afectaron la ejecución del proyecto son:

(i) La Articulación del Programa a la Política Social. El arranque del programa en 2006 coincidió con el inicio de un nuevo Gobierno, el cual integró el proyecto como una pieza de la Política Social, utilizándolo como una plataforma para la formulación e implementación de una Política Integral de Protección Social para, en este marco, impulsar la Red Solidaria. Esta vinculación apoyó la ejecución del programa porque le dio prioridad política y presupuestaria, además de visibilidad dentro de la agenda de protección social. Este factor también fue positivo para el logro de los resultados dado que el programa tuvo como propósito el fortalecimiento de la red de protección social, y la RS apoyó la movilización de servicios de salud, educación, entre otros para los hogares beneficiarios del programa. Sin embargo, también afectó negativamente a la ejecución y monitoreo del programa dado que se generó una importante carga de trabajo para el equipo de proyecto. (ii) Proceso de Cierre del PRAF Fase II (1026/SF). El arranque del PIPS coincidió con el cierre del PRAF Fase II, cuya evaluación permitió visibilizar a las nuevas autoridades las potencialidades del PRAF, y apoyó su conversión en el ejecutor principal de protección social en este período. También apoyó en sensibilizar a las más altas autoridades sobre la urgencia de la reforma institucional del PRAF. (iii) Contratación de las OPS. Las OPS viabilizaron la implementación del programa y el logro de sus objetivos. En el período de 2007-2008, las organizaciones brindaron asistencia técnica y capacitación durante un periodo de un año y seis meses a más de 22 mil hogares en las 164 aldeas, teniendo la responsabilidad de promover y monitorear la corresponsabilidad de los hogares, la implementación de servicios de AIN-C, el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias a través de la organización y capacitación de las APF y la organización de los CUS, la realización de Talleres de Capacitación a Beneficiarios y la realización de asambleas comunitarias y actualización de información de beneficiarios, entre otras²¹. (iv) Continuidad de Equipo Técnico. Un factor crítico para la ejecución del programa fue la continuidad del equipo técnico durante la ejecución. De esta forma se garantizó un conocimiento y mejoramiento de las actividades de planificación y operación del programa. (v) Oferta de Servicios de Salud y Educación: De acuerdo a los registros del programa se logró un cumplimiento estimado del 77% de las corresponsabilidades de salud y 97% de las corresponsabilidades de educación, reflejando no solo el compromiso de los hogares y las acciones de promoción y seguimiento de las OPS, sino también la colaboración del personal de salud y educación en el proceso operativo. Sin embargo, los problemas estructurales de oferta de servicios y los tiempos de acceso de las comunidades dificultaron el

²¹ Mediante una licitación internacional, se contrataron la Asociación de Profesionales S.A. de C.V. , *Catholic Relief Services* , y *Christian Children's Fund* de Honduras. Las OPS brindaron un acompañante permanente a los hogares con el apoyo de más de 78 promotores, 25 especialistas de salud y educación, con acceso a motocicletas y vehículos 4x4 para facilitar su movilización y llegada a las comunidades más remotas. Sin embargo, la condición previa de contratar las OPS también afectó negativamente en la ejecución debido a que el primer proceso de licitación se declaró desierto; como respuesta el PIPS hizo esfuerzos importantes de divulgación para generar interés en la licitación internacional.

cumplimiento y monitoreo de la corresponsabilidad de salud. (vi) Crisis en los Precio de Alimentos. La prioridad de fortalecer la RPS para mitigar los impactos de la crisis dio prioridad a las reformas impulsadas por el PIPS, y al PTM en general. Sin embargo, se reorientaron recursos del préstamo para aumentar la cobertura del Bono de Nutrición (en hogares elegibles), lo que afectó la disponibilidad de recursos para transferencias a las APF. Como parte de la estrategia de ampliar la RPS, el Banco aprobó una línea de crédito de US\$80 millones, y el primer préstamo Programa de Apoyo Integral a la Red de Protección Social (2096/BL-HO) de US\$20 millones para sostener el modelo de intervención integral de PIPS a los 45,000 hogares (22,000 iniciales y 23,000 hogares adicionales). (vii) Monto de la transferencia. La falta de anuencia del GHO de aumentar el monto de los Bonos de Salud y Educación financiados con recursos locales limitaba sustancialmente la unificación del PTM en Honduras, y la efectividad de las corresponsabilidades de los hogares, dado que el monto de la transferencia debe subsidiar los costos económicos que generan las corresponsabilidades (la asistencia escolar y las visitas a los centros de salud). En el contexto de la Crisis del Precio de los Alimentos, el PRAF sumaba los dos Bonos y creó el Bono Solidario, entregando el monto total de la transferencia a todos los hogares, continuando así la promoción y monitoreo muestral de las corresponsabilidades de los Bonos de acuerdo a la composición del hogar. (viii) Monitoreo y Seguimiento. El área de sistemas tuvo varios ajustes durante la ejecución del programa pero no logró poner en operación un sistema de información integrado para generar información actualizada de corresponsabilidades y de la gestión del programa. Tampoco se logró poner en operación procesos para garantizar el flujo de información (especialmente generada por las OPS) para el seguimiento operativo a las actividades y el monitoreo a los resultados y al rumbo del programa. (ix) Evento Político de 2009. Como se describió en la Sección del Contexto del proyecto, la pausa en las operaciones del Banco paralizó la ejecución del proyecto y el diálogo del Banco con el Gobierno. Además, el cambio de estructuras del gobierno y la falta de un traspaso normal de la operación (especialmente de carácter técnico) resultó en la pérdida de memoria institucional sobre el programa y las reformas impulsadas, dificultando su reactivación.

b. Desempeño del Prestatario/Agencia Ejecutora

El ejecutor tuvo un desempeño satisfactorio logrando cumplir la mayoría de productos y efectos directos planeados del programa, y simultáneamente integrar su contenido programático en la estrategia del Gobierno en materia de protección social, y de esta forma se amplió su impacto. Merece notar el constante acompañamiento del PIPS a los cuadros técnicos del PRAF para apoyar el proceso de homologación, y los esfuerzos permanentes de coordinación con el Ministerio de Salud y Educación para lograr un mejoramiento de los servicios de salud y educación en las aldeas beneficiarias. Sin embargo, la Unidad Ejecutora podría haberse fortalecido en la sistematización y documentación de los avances del proyecto, incluyendo el monitoreo sistemático del mismo vinculado a una estrategia de comunicación social, y así mitigar el impacto del cierre repentino del programa.

Clasificación del Desempeño del Prestatario/Agencia Ejecutora			
<input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (PS)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)

c. Desempeño del Banco

El Banco tuvo un acompañamiento estrecho en la ejecución de la operación e impulsó temas claves como el Registro de Beneficiarios, la homologación de procesos y la reorganización del PRAF. Se calificaba el desempeño del Banco como positivo y catalizador de los procesos.

Clasificación del Desempeño del Banco			
<input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (PS)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)

V. Sostenibilidad

a. Análisis de Factores Críticos

A nivel programático, el préstamo 2096/BL-HO promovía la sostenibilidad del modelo de intervención beneficiando a los 22.000 hogares de PIPS, y ampliando la cobertura de la intervención a 23.000 hogares en 211 aldeas adicionales. Sin embargo, los eventos políticos de 2009 impidieron que este

préstamo fuera ratificado y las condiciones previas al primer desembolso cumplidas. La instalación del nuevo gobierno elegido en noviembre de 2009 promovió una revisión de las políticas y programas sociales, incluyendo al PRAF, resultando en la creación del Programa Presidencial de Salud, Educación y Nutrición denominado “Bono 10.000” que consolida los programas de transferencias anteriormente ejecutados por el PRAF en un único PTM²².

El Programa Bono 10.000 considera las lecciones aprendidas de la experiencia anterior y toma la base operativa para la ejecución del nuevo programa teniendo al PRAF como ejecutor del programa y a la Secretaría de la Presidencia con el rol coordinador y encargado de la normativa del mismo. Un ejemplo de esto es el uso del mismo registro de hogares beneficiarios (SIRBHO), la contratación de las OPS en una primera fase para fortalecer el rol de la Secretaría de Salud y de Educación como entes responsables en la verificación de corresponsabilidades, el apoyo de las estructuras locales para fomentar el cumplimiento de corresponsabilidades, entre otros²³. Asimismo, la sostenibilidad de las acciones complementarias al PTM impulsado por la Red Solidaria fue buscada mediante la creación de la Secretaría de Desarrollo Social y Red Solidaria (SDSRS). Dicha Secretaría fue creada en octubre de 2008 mediante el Decreto Legislativo No. 142-2008. Las nuevas autoridades dieron continuidad a esta figura institucional con la creación de la Secretaría de Desarrollo Social (SDS) mediante Decreto Legislativo No. 193- 2009 en septiembre de 2009. Asimismo, se le confieren facultades en la planificación, administración y ejecución de los planes, programas, proyectos y estrategias orientadas a la reducción de la pobreza y pobreza extrema. A partir de dicho momento, las acciones de la Red Solidaria pasaron a formar parte de la SDS²⁴.

El programa ejecutó acciones de empoderamiento y fortalecimiento de las organizaciones comunitarias (CUS, APF, AIN-C). Estas organizaciones siguieron operando después de que el programa finalizó, lo cual indica la sostenibilidad de la intervención. El Programa Bono 10.000 utiliza los Comités Escolares Comunitarios, con el fin de garantizar la transparencia en la entrega de las transferencias y promover la participación comunitaria. Las comunidades del PIPS que ya cuentan con su APF y CUS tendrán una ventaja comparativa, por lo que la entrega del Bono 10.000 podrá ser mucho más expedita en estas comunidades. El programa también ejecutó actividades permanentes de acompañamiento familiar incluyendo la promoción y educación social en aspectos de higiene, nutrición, cuidado de los niños, lo que deberá apoyar la sostenibilidad de los comportamientos incentivados.

b. Riesgos Potenciales

El principal riesgo a la sostenibilidad de los efectos del programa es el deterioro en los niveles de nutrición y asistencia regular a la escuela por la interrupción del PTM en 2009. El apoyo del PIPS para arrancar el Bono 10.000 mitiga este riesgo. Otro riesgo es la desarticulación de PTM de los servicios complementarios de salud y educación, y la falta de implementación de la reorganización y reestructuración del PRAF requerido para sostener el alcance del PTM. El programa 2096/BL-HO mitiga estos riesgos mediante la implementación sostenida del programa de transferencias en los cuatro departamentos beneficiarios y el financiamiento de acciones para continuar fortaleciendo el PRAF. Las acciones de coordinación intersectorial impulsadas por la SDS mitigan el riesgo de la desarticulación del PTM de los servicios complementarios en salud y educación.

²² El Programa 2096/BL-HO fue reformulado con el fin de para permitir la utilización de los recursos del préstamo para financiar transferencias a las familias beneficiarias bajo las reglas de operación del Programa Bono 10,000.

²³ El Programa Bono 10.000 busca reducir la transmisión inter-generacional de la pobreza mediante la entrega de transferencias monetarias condicionadas al cumplimiento de corresponsabilidades de educación y salud.

²⁴ La SDS fue creada con el fin de rectorar y garantizar la ejecución de las acciones sociales orientadas a transformar las condiciones humanas, socio culturales y materiales de la población vulnerable en condiciones de pobreza y extrema pobreza en el país, de acuerdo con principios de desarrollo social sostenible en consonancia con la estrategia de descentralización y desarrollo territorial establecida en el Plan de Nación 2010-2022. Desde su creación en 2009, se encarga de desarrollar las actividades enmarcadas en el Programa Red Solidaria. Con la adscripción de éste programa a la SDS, aunque se cambia la adscripción inicial, se mantiene el hecho de que la estructura institucional es permanente y se considera un adecuado marco institucional que promueve la coordinación de las intervenciones, elimina duplicidades, generará intervenciones más costo/efectivas y proveerá la medición de logros.

c. Capacidad Institucional

Como se había mencionado en la Sección de Factores Críticos, con el arranque del GHO en 2006, se decidió convertir al PRAF en la institución líder en la ejecución de programas de protección social y llegar a la meta de cobertura de 200.000 hogares con el PTM. En este contexto, el fortalecimiento del PRAF y la homologación de los procesos y prácticas técnicas se convirtió en una tarea prioritaria para las autoridades del gobierno.

Con el apoyo del PIPS y también las condicionalidades del Préstamo Sectorial Asociado a la ERP (1804/SF-HO), el PRAF transformó los aspectos técnicos del PTM financiado con fondos locales, adoptando los criterios del PIPS. Un cambio importante fue designar el hogar como unidad de intervención (en vez de los beneficiarios individuales) y de sostener la intervención por un periodo de al menos 3 años para lograr el efecto esperado. Para identificar los hogares, se adoptó la estrategia de focalización geográfica de las aldeas rurales más pobres. Se creó el Sistema de Registro de Hogares Beneficiarios (SIRBHO) para identificar los hogares elegibles para el PTM. Es importante notar que el PRAF, con el apoyo del PIPS, levantó el SIRBHO, generando la capacidad institucional para actualizar, y eventualmente, expandir el SIRBHO sin depender de entes externos (como fue el caso en el préstamo 1026/SF-HO). El PRAF homologó los grados de cobertura del Bono de Educación (aumentándolo del 4º al 6º grado) extendiendo igualmente la edad de elegibilidad de 13 a 15 años. Se extendió la edad de cobertura del Bono de Salud de 0 a 3 años a 0 a 5 años. Como en el caso de PIPS, se realizaron asambleas comunitarias y se firmaron Actas de Cumplimiento de Corresponsabilidad con las 173.000 familias. El PRAF hizo promoción de las corresponsabilidades a todos los hogares, con monitoreo muestral de los mismos. También adoptó el proceso de pago, contratando los servicios del Banco Nacional de Desarrollo Agrícola (BANADESA), aprovechando la disponibilidad de sucursales en la zona de intervención para efectuar las transferencias. El PRAF logró pagar la transferencia dos veces al año²⁵. Utilizando estos criterios unificados, el PRAF extendió el PTM de cero a 173.000 hogares en el periodo de 2006 a 2009 (de los cuales 150.000 hogares se financiaron con fondos locales).

Para sostener la capacidad operativa que requería el PTM unificado, con asistencia técnica de PIPS, se generó una propuesta de reorganización del PRAF que planteaba la racionalización de los programas del PRAF, armonizándolos con una nueva estructura organizacional especializada en transferencias condicionadas, incluyendo la creación de estructuras locales para apoyar la promoción y monitoreo de corresponsabilidades²⁶. La propuesta fue aprobada por el Consejo Superior en mayo de 2008, acompañada con la aprobación de recursos de US\$1,5 millones para iniciar su implementación en 2008. Sin embargo, no se logró efectuar por el Ministerio de Finanzas la incorporación presupuestaria de los fondos aprobados para implementar la reforma institucional.

A pesar de la implementación de reformas técnicas para unificar el PTM, su efecto fue disminuido porque: (i) el PRAF no creó estructuras locales ni contaba con OPS para apoyar el acompañamiento permanente de los hogares beneficiados por el PTM financiado con fondos locales, ni para facilitar la promoción sostenida de las corresponsabilidades ni el cambio de comportamiento que se propiciaba, ni además averiguar casos de interrupción de servicios de salud y educación cuando ocurrieran; (ii) no se implementó la reestructuración necesaria para sostener la capacidad operativa del PRAF; y (iii) no hubo anuencia por parte del Ministerio de Finanzas de homologar los montos de las transferencias del PTM con los montos financiados por el PIPS. Esta última limitación fue superada con la introducción del Bono 10.000 en 2010, el cual promueve una transferencia de Lps. 10.000 (US\$505 aproximadamente) por familia que cumpla las condicionalidades de educación y de Lps.5.000 (US\$250 aproximadamente) para familias con corresponsabilidad en salud.

Vale la pena resaltar que el préstamo 2096/BL-HO contempla un componente para continuar con el fortalecimiento del PRAF en el seguimiento y promoción de la demanda de servicios de salud y educación, con énfasis en: (i) fortalecimiento de áreas estratégicas (como planificación, gestión

²⁵ No se logró efectuar el pago con frecuencia trimestral, explicado por diferentes factores, incluyendo el alcance del programa financiado con fondos nacional que se ha ampliado a más de 150.000 hogares y el monto de la transferencia (comparado con el costo de movilización de los beneficiarios).

²⁶ Propuesta de Reorganización Institucional del PRAF. Carlos Lacayo y Carlos Coca (2008)

financiera, supervisión y seguimiento); (ii) apoyo al sistema de información de PRAF sobre los hogares beneficiarios de forma efectiva; y (iii) promoción de las corresponsabilidades con monitoreo parcial de los hogares, en salud y educación, de los hogares beneficiarios.

Clasificación de Sostenibilidad (SO)			
<input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (PS)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)

VI. Evaluación y Seguimiento

a. Información sobre Resultados

Para la medición de los impactos del programa se utilizó un diseño cuasi-experimental creando un grupo de comparación de aldeas similares de los de la intervención²⁷. Se levantó la línea de base del programa en el año 2007 (la EDH) que se estructuró con 15 módulos, incluyendo los aspectos relacionados con las condiciones socioeconómicas de los hogares²⁸. Cabe notar que PRAF, aprovechando la capacidad generada de haber levantado el SIRBHO de 200.000 hogares, levantó la línea base del programa. Por su parte, la evaluación de resultados del programa, incluyendo el análisis cuantitativo, cualitativo y operativo, fue programada para el segundo semestre de 2009, pero fue interrumpida por los eventos políticos de junio de 2009. Como resultado, para informar sobre los logros del programa se contrató una consultoría externa para analizar los registros administrativos e información de monitoreo generado por las OPS. Esta tarea estuvo dificultada por el cierre repentino del programa y la debilidad del sistema de monitoreo, y requirió revisar los informes producidos por las OPS en los 11 lotes de intervención, incluyendo visitas a campo para recolectar y conciliar la información. Los resultados reportados son indicativos pero no siempre representativos dado que en algunos casos la información fue incompleta. La consultoría también realizaba grupos focales con los beneficiarios²⁹.

b. Seguimiento Futuro y Evaluación Ex-Post

Dado que en su diseño original el préstamo 2096/BL-HO financiaba la continuación del modelo de intervención para los 22.000 hogares beneficiarios de 1568/SF-HO, el diseño de su evaluación permitía un análisis longitudinal de los hogares beneficiarios del programa PIPS. También complementaba la segunda medición de la EDH con estudios cuantitativos y cualitativos, para identificar: (i) los impactos diferenciados del modelo de intervención integral y la ejecución del PTM de PRAF; (ii) examinar los impactos potenciales del programa por género y etnicidad; y (iii) explorar los efectos residuales de la población beneficiaria del Proyecto 1026/SF-HO, dado que hay coincidencia con algunos de los hogares en los diferentes grupos de intervención de este programa ejecutado en los años 2001 a 2005. Se contemplaba explorar los efectos de contar con diferentes periodos de exposición a las transferencias, con diferentes complementos de intervención, y la sostenibilidad de las actitudes de los hogares beneficiarios. El Banco se encuentra financiando una Cooperación Técnica (HO-T1120) para la Evaluación de Impacto del Programa Bono 10.000. Dicha cooperación es coordinada por la Secretaría de la Presidencia.

VII. Lecciones Aprendidas y Buenas Prácticas

A partir del aprendizaje recogido de la evaluación de impacto del programa 1026/SF-HO, en el PIPS se reforzó el modelo de intervención integral incorporando cambios tomando en cuenta los desafíos que se plantearon durante la ejecución del programa anterior: (i) las graves características de pobreza estructural de la población (entre otras, altas tasas de desnutrición crónica, bajos niveles de educación, bajas oportunidades de ingreso de los/as jefes/as de hogar); y (ii) la baja cobertura y calidad de los servicios provistos por los sectores en las áreas focalizadas. Estos desafíos revelaron necesidades de ajuste incorporados en el *diseño* de PIPS, tales como: (i) el aumento en las transferencias y la ampliación del programa de la consejería nutricional y monitoreo de AIN-C como complemento al PTM,

²⁷ Estrategia de Evaluación de Impacto del Programa Integral de Protección Social (1568/SF-HO), Rafael Flores, febrero 2007.

²⁸ La EDH se levantó para 31.159 personas en 5.598 viviendas (Hogares), de los cuales 16.648 personas y 2.843 viviendas corresponden al grupo de Intervención.

²⁹ Informe de Terminación de Proyecto. Nelson Hernandez. 2011; y Sistematización de los Resultados del a Prestación de Servicios de las OPS. Carmen Pereira 2011.

dado el bajo impacto en la desnutrición del programa 1026/SF-HO; (ii) la instalación de mecanismos formales de coordinación inter-sectorial para la movilización de servicios a los hogares beneficiarios; (iii) el diseño de transferencias de educación y salud para el hogar como un todo, independientemente del número de hijos para prevenir un impacto no deseado en el estímulo del embarazo; y (iv) el mejoramiento de las condiciones de la oferta de servicios de salud y educación mediante esquemas de fortalecimiento a nivel comunitario (APFs y CUS).

Otras lecciones aprendidas y buenas prácticas identificadas durante la ejecución del Programa son:

Coordinación Intersectorial. La coordinación interinstitucional entre el PRAF y los ministerios de línea debe ser estructural y sistemática, exigiendo instancias de coordinación más allá de la conformación del comité técnico originalmente previsto. Asimismo, el ordenamiento y la articulación de servicios sociales necesarios para atender los problemas estructurales en los territorios de intervención requieren un mandato político de alto nivel y un marco institucional apropiado para facilitar su implementación. Sin estas condiciones, los ministerios de línea continúan de brindar servicios de acuerdo a la lógica y los criterios de priorización de cada sector. Para hacer efectiva la coordinación intersectorial, se requiere que una instancia o institución con rango mayor de los ministerios de línea de Salud y Educación tome liderazgo del proceso para incentivar u obligar la movilización de servicios a las áreas priorizadas. La coordinación debe ser institucionalizada para incidir permanentemente en los procesos de gestión sectorial, como la planificación, asignación presupuestaria, asignación de recursos humanos, etc. También debe estar acompañado por el Ministerio de Finanzas para que la gestión de nueva cooperación igualmente se alinee con el proceso. En el periodo de 2006 al 2009, el proceso de coordinación intersectorial inició en el PRAF, pero se trasladó a nivel de Presidencia, incluyendo la firma de convenios con cada Ministro, apoyado por una política presupuestaria emitida por el Ministerio de Finanzas; eventualmente se creó un Ministerio de Coordinación con rango de Secretaria de Estado (superior a los otros ministerios) para institucionalizar el proceso. A partir de 2010, se lideró el proceso también a nivel presidencial, y se creó un Ministerio de Planificación y un Ministerio de Coordinación para institucionalizarlo. Cabe notar que la focalización geográfica de las áreas más pobres es un factor condicionante para lograr la coordinación efectiva de servicios.

Diseño de las transferencias. El programa se ejecutó durante la crisis en el precio de productos alimenticios, la cual revelaba la vulnerabilidad de los hogares beneficiarios al incremento de los precios (el 72% de los gastos de los hogares beneficiarios se orientan a alimentos). En este contexto, el GHO revisó el diseño de las transferencias monetarias para conciliar un doble objetivo: (i) proteger el consumo de los hogares pobres, especialmente de choques externos; y (ii) incentivar la acumulación de capital humano. Para no penalizar el consumo de los hogares por la falta de cumplimiento de la corresponsabilidad durante la crisis, se dividió el BNS en dos, creando el Bono de Nutrición que no requería cumplimiento de condicionalidad, y el Bono de Salud, que subsidiaba el costo económico que experimentaban los hogares para cumplir la corresponsabilidad.

Las Organizaciones Proveedores de Servicios. La contratación de las OPS fue una buena práctica y un factor crítico para la efectiva promoción y monitoreo de las corresponsabilidades, y las otras acciones de acompañamiento familiar que lograron propiciar el cambio esperado en el comportamiento de las familias. Las OPS implementaron estrategias para empoderar las comunidades y fortalecer las estructuras comunitarias en salud y educación. Estas organizaciones siguieron operando después de que el programa finalizó, lo cual indica la sostenibilidad de la intervención y la importancia de las acciones de acompañamiento. Sin embargo, una lección crítica fue la necesidad de generar sistemas que apoyarán el seguimiento más estrecho de las actividades de las OPS y fortalecer el flujo de información que se generan, articulándolo con el sistema de monitoreo del programa.

Debilidades en el Sistema de Monitoreo. El programa no logró garantizar el funcionamiento adecuado de un sistema integrado de monitoreo y evaluación que permitirá monitorear la frecuencia y calidad en la obtención de resultados, incluyendo los generados por las OPS, para permitir el seguimiento y evaluación del programa dentro de un marco de gestión por resultados. El diseño de la operación se debería haber establecido un plan de monitoreo y evaluación que pudiera haber servido

como marco orientador para el diseño y montaje de estos sistemas, además de la definición del proceso de evaluación de desempeño de las OPS.

Inclusión Social. Una lección aprendida de la ejecución de PIPS es la necesidad de buscar estrategias adecuadas de intervención y de comunicación social para lograr los resultados del programa en un contexto de diversidad cultural³⁰. También, es importante incluir en el diseño de la estrategia de acompañamiento familiar y en las iniciativas de comunicación social metodologías para sensibilizar ambos padres y reforzar la dinámica de familia en la toma de decisiones.

Pago de las transferencias. Una buena práctica del programa fue el pago de transferencias vía el sistema bancario con la movilización de cajas móviles, lo que disminuyó el costo privado de los beneficiarios para cobrar sus transferencias, considerando la dispersión geográfica y el difícil acceso de los hogares focalizados. Otra buena práctica fue la verificación en campo de los beneficiarios y el monto de las transferencias efectuadas por auditores externos en cada ejercicio de pago.

Articulación con estrategias nutricionales y de desarrollo infantil temprano³¹. Otra lección aprendida es la necesidad de articular el programa de transferencias con una estrategia integral de seguridad alimentaria y nutricional para lograr la reducción de la desnutrición crónica infantil en zonas rurales, que complementen las demás actividades a las que AIN-C apunta. De igual forma, se requiere articular explícitamente el programa con una Estrategia de Desarrollo Infantil para asegurar una intervención coherente de apoyo al desarrollo integral de los niños/as de los hogares beneficiarios.

Se adjunta en Anexo 4 un análisis más detallado de las lecciones aprendidas y buenas prácticas identificadas durante la ejecución del programa.

Anexos:

1. Acta del Taller de Cierre.
2. PIPS 1568/SF-HO: Informe de Terminación del Proyecto, Nelson Hernandez, 2011.
3. Evolución del Programa de Transferencias Monetarias con Corresponsabilidades de Honduras (1999-2009).
4. Análisis de Lecciones Aprendidas y Buenas Prácticas del Programa.

³⁰ Esa lección está incorporada en el préstamo 2096/BL-HO en forma incipiente, especialmente vinculado con el programa AIN-C, y el parto institucional. Se promueve el acompañamiento de las parteras a las madres embarazadas al momento del parto (financiado con el Fondo de Emergencia), y la promoción del rescate de alimentos tradicionales saludables en el AIN-C.

³¹ Informe de Consultoría "Sistematización de los Resultados de la Prestación de Servicios de las OPS del Programa Integral de Protección Social", Carmen Pereira 2010.

AYUDA MEMORIA		Taller de Cierre Programa Integral de Protección Social 1568/SF-HO	
Reunión convocada por:	Unidad Técnica UCP/PRAF	Tipo de reunión:	Taller de Cierre
Organizador:	Unidad Técnica UCP/PRAF	Fecha de la Reunión:	21/09/2011
Lugar de la Reunión:	Representación BID	Hora de la Reunión:	Inicio: 9:40 am Fin: 12:40 m
Asistentes:	Directivos y técnicos del PRAF Equipo técnico de la UCP/PRAF Programa Bono 10,000 Especialistas del BID		
Objetivo de la Reunión:	Presentar los resultados del informe final del Prréstamo No. 1568/SF-HO; Identificar y analizar de forma participativa los resultados y hallazgos: Identificar las lecciones aprendidas en el marco del diseño e implementación del proyecto y que puedan de utilidad a la Unidad Ejecutora del PRAF; Identificar tareas críticas para garantizar la sostenibilidad de aquellas acciones, productos o impactos iniciados por el proyecto y que están generando los beneficios esperados.		

Puntos tratados en la Reunión

Tema
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 9:40 am Apertura del Taller. La especialista Sectorial del BID, Lic. María Deni Sánchez, brindó las palabras de bienvenida a los asistentes, con lo cual se dio la apertura al Taller de Cierre. Cada uno de los participantes realizó su propia presentación, identificando la institución que representa.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ El Coordinador General de la UCP/PRAF, Lic. Alberto Sierra, presentó los objetivos del Taller de Cierre, indicando que el principal objetivo del mismo es la presentación del Informe Final del Proyecto 1568/SF-HO por el consultor Lic. Nelson Hernández. el informe del PCR se encuentra en estado de borrador, y seguirá siendo construido tanto por la UCP/PRAF como por el Banco. Una próxima reunión para su presentación y socialización será convocada durante el año 2012.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ La Lic. Sánchez realizó una presentación resumen sobre la operación, la cual tuvo la siguiente estructura: 1) Objetivos del proyecto: general y específicos; 2) Monto financiado; 3) Prioridades en la Intervención del programa; 4) Estructura del programa; 5) Historia de las Transferencias Monetarias con Corresponsabilidades a través de fondos BID en Honduras; y 6) Buenas prácticas adoptadas en la operación.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ El consultor Nelson Hernández hizo una extensa presentación del Informe Final de la operación. Recalcó que, si bien la información se encontraba dispersa en la institución, la misma fue encontrada en su mayoría. La estructura de la presentación fue la siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfoque de la evaluación, se sigue la estructura del PCR pero se incluyen otros elementos ✓ Metodología seguida ✓ Plan de trabajo seguido por el consultor y su equipo: Un trabajo de 4 meses ✓ Programación de la consultoría para los 5 productos esperados ✓ Ejecución de la consultoría. Durante esta etapa, el consultor recopiló y analizó alrededor de 250 documentos relativos a la operación. Los mismos fueron ordenados y digitalizados para la memoria institucional del programa. ✓ Estructura del informe, el cual cuenta con 6 capítulos y 9 anexos ✓ Descripción del Programa. Como antecedentes del mismo se mencionó que suman tres los programas de TMC en el país, para lo cual la operación 1568/SF-HO es la consolidación de la protección social en el país a través de la entrega de TMC y apoyó hacia la consolidación del Programa Presidencial Bono 10,000. Se destaca que es una operación consistente con la estrategia del Banco con el país. ✓ Intervención dual del Programa; con objetivos para fortalecer tanto la demanda como la oferta en

educación y salud.

- ✓ Logros del programa, basado en la información proporcionada por las OPS, sin embargo con problemas de información para concluir sobre algunos de ellos. De 7 indicadores 3 se cumplen 2 parcialmente y 2 No se cumplen. Conforme a los 14 indicadores de resultado, 4 se cumplen, 7 cuentan con datos no representativos, 1 no se cumple, 1 sin información, 1 no cumple ya que la meta no era la adecuada.
- ✓ Logros estratégicos del programa: con la ejecución de la operación se consolidó la política de protección social en el país, sirvió de base para el programa presidencial Bono 10,000, apoya a la experiencia de entrega de TMC a la institución (fortalecimiento institucional)
- ✓ Principales problemas durante la ejecución de la operación: riesgos, desempeño del banco, desempeño del ejecutor, focalización, capacidad institucional del PRAF, el programa no logró consolidar una estrategia de salida, la importancia de contar con un sistema de monitoreo y evaluación durante la vida del programa a fin de facilitar un seguimiento e ir midiendo resultados al momento de obtenerlos y no hasta el final de la operación, Salud y Educación no lograron articularse por considerar no tener beneficio en una estrategia conjunta con el PRAF, además no hubo una instrucción de gobierno como si lo hay en el programa Presidencial Bono 10,000, se planteó una estructura moderna para el PRAF pero no se concretó, pobre seguimiento a las OPS
- ✓ Aspectos positivos: apoyo del gobierno, permanencia del equipo técnico, acompañamiento del banco, contratación de las OPS para el trabajo local.
- ✓ Aspectos críticos, demora sustancial en el arranque (cumplimiento de condicionalidades), no se consolidó el aporte a las APF, no hay cultura de monitoreo y evaluación, no se implementó estrategia de comunicación del programa, período de pausa, la institución no está dedicada a la recolección de datos y encuestas por lo que se incurrió en altos costos para su contratación y capacitación cuya experiencia luego se perdió. Sostenibilidad, efectividad en las intervenciones pero no sostenibilidad. Componente 2 mayor sostenibilidad, no así 1 y 3
- ✓ Lecciones aprendidas, en el diseño, apropiación del programa por parte de los beneficiarios, en la contratación de las OPS, participación comunitaria, débil apoyo al monitoreo y evaluación.
- ✓ Síntesis

- ✓ La versión final del informe será alimentado con los comentarios de los participantes

✓ Sección de comentarios, preguntas MESA ABIERTA:

- ✓ Alberto Sierra, preocupación por la falta de una estrategia de salida de los beneficiarios, conoce casos de beneficiarios que reciben TMC de hace más de 12 años
- ✓ Se une la especialista sectorial Leslie O'Connellle a través de video conferencia. Menciona la falta de sistematización de las diferentes intervenciones, siendo Honduras uno de los primeros países en el mundo. Otros países incorporan en los diseños de operaciones similares esquemas utilizados por el PRAF. También menciona que en el 1026/SF-HO no se consideró estrategia de salida, para el 1568/SF-HO dicha estrategia quedó en diseño, fue interrumpida con la pausa del Banco, pero de igual manera no es la estrategia adecuada por las condiciones de pobreza de las familias. De igual manera la pausa interrumpió la evaluación y sistematización de los procesos. Contrario al consultor, explica que si se coordinó institucionalmente con las secretarías de educación y salud, siendo de los primeros en Latinoamérica y consolidando convenios interinstitucionales.
- ✓ Se reflexiona que continúan las dificultades con salud, por el acceso, con educación hay una mayor voluntad incluso para llenar corresponsabilidades.
- ✓ Mario Palma. Problema en el país es la coordinación interinstitucional, más si no se asocian beneficios. Actualmente se trabaja en la problemática con la Secretaría de Salud: falta de precisión en la información, ejemplo, una familia dice que asiste a un centro de salud, pero en realidad asiste a otro que puede confundir por el nombre o ubicación. Darle seguimiento a la corresponsabilidad es complicado, que sea PRAF el responsable de mover a las otras dos secretarías es difícil por la misma dinámica de ellas. Es necesario pensar en un cumplimiento de corresponsabilidades dinámico y no estático como está establecido actualmente. En campo los hogares son dinámicos, se mueven permanentemente, el seguimiento es más lento que el movimiento de las familias, además el programa establece que el beneficiario se acerque al centro de salud, y la estrategia de salud es acercarse al beneficiario. Se quisiera conocer de otras experiencias en países en relación al seguimiento de las corresponsabilidades, ejemplo Brasil donde se paga mensualmente.
- ✓ Se reflexiona que anteriormente existía incentivo a la oferta, con las actuales operaciones no lo hay. Se considerará incorporarlo a la nueva operación en caso que esto haya funcionado en operaciones anteriores, ejemplo bono a las APF.
- ✓ Child Fund. Sobre salud, AIN-C fue un importante reto, comenzó tarde, resistencia de personal de salud, difícil coordinar con ellos. NO se continuó con la estrategia, aun cuando esta beneficiaba la salud de los niños, promovió la relación con las OPS. Otro tema es la debilidad en el seguimiento y evaluación, la organización principal no estructuró un sistema base de monitoreo, no habían informes estructurados, cada OPS lo hacía a su discreción. Punto muy importante es la participación comunitaria, empoderar a las

comunidades, haber pasado de CUS a CEC es muy interesante. No son organizaciones solo de apoyo sino que auditen el proyecto. Por otro lado educación con o sin programa ellos marchan. Sería interesante continuar con las APF y con el incentivo a la oferta.

- ✓ Leslie O'Connell. Menciona la importancia de las estrategias comunitarias, CUS, APF, etc que fueron transmitidas del 1026/SF-HO al 1568/SF-HO. La estrategia de comunicación no fue la adecuada, no ayudó al programa. Fue difícil consolidar resultados presentados por las OPS.
- ✓ Maria Deni Sánchez. En miras de la preparación de la nueva operación, se puede hablar con salud para fortalecer la coordinación interinstitucional sobre la estrategia a seguir. La sistematización de resultados, es importante trabajar en ello para que sirva para futuras operaciones, sobre todo en esta etapa de expansión. Menciona que el Informe del consultor será divulgado. La elaboración del PCR es el siguiente paso, para lo cual se coordinará entre Leslie O'Connell.
- ✓ Alberto Sierra. Un reto que se ha iniciado es el diseño e implementación del sistema de seguimiento en el PRAF, y la estrategia de comunicación
- ✓ Daysi de Corea. Reconoce existe mayor acercamiento entre la unidad ejecutora y el PRAF, particularmente nunca había estado en un cierre de proyecto

✓ Almuerzo y fin de la sesión

✓ La reunión finalizó a las 12:50 m.

Otra información

Recursos:	Datashow, Videoconferencia

PROGRAMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE PROTECCIÓN SOCIAL PRÉSTAMO BID 1568/SF- HO

NELSON HERNANDEZ

INFORME DE
TERMINACIÓN DE
PROYECTO

Las opiniones y el contenido de este informe son de responsabilidad exclusiva del consultor y por lo tanto no comprometen al BID ni al PRAF y cualquier error u omisión en el presente documento es exclusiva responsabilidad del consultor.

TABLA DE CONTENIDO

PROGRAMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE PROTECCIÓN SOCIAL	PRÉSTAMO
BID 1568/SF-HO	0
INFORME DE TERMINACIÓN DE PROYECTO.....	0
INTRODUCCIÓN.....	7
1 DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	8
1.1 ANTECEDENTES Y ENFOQUE ESTRATÉGICO.....	8
1.2 CONTEXTO DEL PROGRAMA.....	10
1.3 OBJETIVOS DE DESARROLLO.....	12
1.4 ESTRUCTURA DEL PROGRAMA.....	13
1.4.1 Salud y Nutrición.....	13
1.4.2 Educación.....	14
1.4.3 Fortalecimiento Institucional.....	15
1.5 COSTOS DEL PROGRAMA.....	16
2 ANÁLISIS DE LOS LOGROS DEL PROGRAMA.....	18
2.1 CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES	18
2.1.1 Cumplimiento de los indicadores a nivel de Propósito	19
2.1.2 Cumplimiento de los indicadores de resultado.....	20
2.2 ANALISIS DE LOS LOGROS ESTRATEGICOS DEL PROGRAMA	21
2.2.1 Los efectos del programa en materia de política pública	22
2.2.2 El impulso a la Red Solidaria.....	22
2.2.3 El "Blindaje" Político	29
2.2.4 El Sistema de Focalización	29
2.2.5 Establecimiento de una estrategia de cobertura y dinámica en la entrega de Bonos.....	31
2.2.6 Contratación de OPS para apoyar el fortalecimiento de la oferta.....	34
2.2.7 Estrategia de seguimiento a la corresponsabilidad.....	40
2.2.8 Relaciones y Coordinación Interinstitucionales	43
2.2.9 Logros en la instalación de capacidades ciudadanas	45
2.2.10 Desarrollo del proceso de homologación.....	46
2.2.11 La Reorganización el PRAF.....	47
2.2.12 Certificación de la Oferta	48
2.2.13 Establecimiento del Registro de Beneficiarios	51
2.2.14 La Estrategia de Salida.....	52
2.3 ANALISIS Y VALORACION DE LOS RESULTADOS A NIVEL DE COMPONENTES.....	54
2.3.1 Productos del componente de salud y nutrición.....	54
2.3.2 Productos del componente de educación.....	56
2.3.3 Productos del componente de fortalecimiento institucional.....	57
2.3.4 Los logros desde la perspectiva territorial.....	58
3 ANÁLISIS DEL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA	60
3.1 EL DISEÑO DE LA OPERACIÓN	60
3.2 IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA	60
3.3 VALORACION Y ANALISIS DE ALGUNOS PROCESOS CLAVES DE IMPLEMENTACION	64
3.3.1 Censo y selección de beneficiarios	64
3.3.2 Implementación a nivel local.....	66

3.3.3	<i>El trabajo de los promotores y promotoras</i>	72
3.3.4	<i>Seguimiento a cumplimiento de corresponsabilidades</i>	73
3.3.5	<i>Prestación de servicios de salud</i>	75
3.4	FACTORES POSITIVOS Y CRITICOS EN LA IMPLEMENTACION	76
3.4.1	<i>Aspectos Positivos</i>	76
3.4.2	<i>Aspectos Críticos</i>	79
3.4.3	<i>Desempeño de la Unidad Ejecutora</i>	82
3.4.4	<i>Desempeño del Banco</i>	82
3.5	ANÁLISIS DE RIESGOS	83
3.6	IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EXTERNALIDADES	84
4	ANÁLISIS DE LA SOSTENIBILIDAD	86
4.1	EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD SOSTENIBLE	86
	<i>Conceptualización del Valor Publico</i>	86
4.1.1	<i>La matriz de efectividad sostenible</i>	88
4.1.2	<i>Metodología para aplicar el análisis de efectividad sostenible al PIPS</i>	89
4.1.3	<i>Evaluación de la efectividad sostenible para el caso del PIPS</i>	92
4.2	ANÁLISIS DE LA SOSTENIBILIDAD DEL PROGRAMA	94
5	EVALUACION Y SEGUIMIENTO	97
5.1.1	<i>Funcionamiento de los mecanismos de supervisión y seguimiento</i>	97
5.1.2	<i>Funcionamiento de los mecanismos de Monitoreo</i>	99
5.1.3	<i>La estrategia de evaluación</i>	99
5.1.4	<i>Capacidad de monitoreo y evaluación del Programa</i>	102
6	LECCIONES APRENDIDAS	105
6.1.1	<i>En el diseño</i>	105
6.1.2	<i>En la apropiación del programa por parte de los beneficiarios</i>	106
6.1.3	<i>En la implementación</i>	107
6.1.4	<i>La incidencia en la política social</i>	107
6.1.5	<i>En el fortalecimiento institucional</i>	107
6.1.6	<i>En la contratación de Organizaciones Prestadoras de Servicios</i>	107
6.1.7	<i>En el fortalecimiento de los mecanismos de participación comunitaria</i>	108
6.1.8	<i>Funcionamiento de los mecanismos de supervisión y seguimiento</i>	109

ANEXOS

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Costos del Programa (Miles US\$)	16
Tabla 2. Indicadores de Resultado de las OPS.....	20
Tabla 3. Inversiones de la Red Solidaria (Junio 2008)	23
Tabla 4. Hogares beneficiarios de bonos en las 164 aldeas iniciales	34
Tabla 5. Hogares beneficiarios de bonos en las 164 aldeas iniciales y las 211 Adicionales.....	34
Tabla 6. Asignación de lotes por OPS	35
Tabla 7. Recursos y capacidad instalada de las OPS.....	36
Tabla 8. Objetivos a cargo de las OPS	38
Tabla 9. Cumplimiento de la corresponsabilidad en salud	41
Tabla 10. Cumplimiento de la corresponsabilidad en educación	41
Tabla 11. Convenios de Cooperación Suscritos	44
Tabla 12. Parámetros para la calificación de los establecimientos de salud	50
Tabla 13. Resultados de la certificación de la Oferta Educativa	50
Tabla 14. Productos del Componente Salud y Nutrición	54
Tabla 15. Productos del Componente de Educación	56
Tabla 16. Productos del Componente de Fortalecimiento Institucional	57
Tabla 17. Aldeas y Hogares Beneficiarios por departamento	58
Tabla 18. Resultados del Programa a nivel departamental	58
Tabla 19. Factores críticos para el cumplimiento de los objetivos de las OPS	66
Tabla 20. Escalas de calificación de variables de evaluación de resultados	90
Tabla 21. Resultados de la evaluación efectividad sostenible para el caso del PIPS	92
Tabla 22. Hogares que transitaron del 1026 al 1568	96
Tabla 23. Cobertura de viviendas visitadas en la EDH.....	100
Tabla 24. Resultados de la EDH	101

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico1. Enfoque del Programa	10
Gráfico 2. Porcentaje de hogares pobres en Honduras (1991-2009)	11
Gráfico 3. Intervenciones del programa	15
Gráfico 4. Porcentaje de Inversión por ejes	24
Gráfico 5. Estrategia del PIPS	31
Gráfico 6. Etapas de Intervención de la Estrategia de Protección Social	32
Gráfico 7. Metas programadas para la entrega de bonos	33
Gráfico 8. Organización Operativa de las OPS	36
Gráfica 9. Cumplimiento Global de los Objetivos del Programa.....	39
Gráfica 10. Cumplimiento de las metas de los indicadores	40
Gráfica 11. Ciclo de levantamiento y verificación de la Corresponsabilidad del SIPROS.....	43
Gráfico 12. Etapas en la implementación	61
Gráfico 13. Relación de recursos transferidos APFs formadas y capacitadas	80
Gráfico 14. Recursos para incentivar la oferta educativa	80
Gráfico 15. Matriz de Efectividad Sostenible	88
Gráfico 16. Resultados de la evaluación efectividad sostenible para el caso del PIPS	94
Gráfico 17. Esquema de supervisión del PIPS	98
Gráfico 18. Estructura del Sistema de Monitoreo y Evaluación.....	102
Gráfico 19. Operación del SIMEP	103

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

ADEL	Asociación de Desarrollo Educativo Local
AIN-C	Atención Integral a la Niñez Comunitaria
APF	Asociaciones de Padres de Familia
BE	Bono Escolar
BNS	Bono de Nutrición y Salud
CNPV	Censo Nacional de Población y Vivienda
CT	Comité Técnico
CUS	Comité de Usuarios de Salud
EMT	Evaluación de Medio Término
ERP	Estrategia para la Reducción de Pobreza de Honduras
FHIS	Fondo Hondureño de Inversión Social
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
IPI	Incentivo para Partos Institucionales
ITS	Infecciones Transmitidas Sexualmente
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONG	Organismo No Gubernamental
OPS	Organización Prestadora de Servicios
POA	Plan Operativo Anual
PIPS	Programa Integral de Protección Social
PRAF	Programa de Asignación Familiar
RIH	Registro Inicial de Hogares
UCP	Unidad Coordinadora del Programa
USAID	Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

INTRODUCCIÓN

El Programa Integral de Protección Social (1568/SF-HO) que ejecutó el gobierno de Honduras entre 2007 y 2009, a través del Programa de Asignaciones Familiares (PRAF) y con el financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), forma parte de la nueva generación de programas sociales, que se basan en la entrega de incentivos económicos a poblaciones pobres condicionados a que éstos accedan a los servicios de educación y salud e inviertan en su capital humano.

Este tipo de programas de transferencias monetarias condicionadas o TMC se han convertido en un elemento importante en las estrategias de alivio de la pobreza en varios países de Latinoamérica y otras partes del mundo. Lo más importante de estos programas es que aseguran de manera sistemática el establecimiento de una red de seguridad de ingresos básicos para las personas y se invierte a largo plazo en el capital humano de generaciones futuras. Logran su cometido a través del condicionamiento de las transferencias de dinero en función de la participación de los hogares en los servicios de salud y educación. Esto se basa en la premisa de que el cuidado de la salud, la nutrición y la educación de los niños en sus primeros años, aumenta significativamente sus probabilidades futuras de salir de la pobreza.

En el Programa Integral de Protección Social (PIPS), los incentivos económicos les eran entregados a las mujeres de los hogares, reconociendo la importancia, responsabilidad y compromiso de ellas en el desarrollo de la familia. Adicionalmente a las intervenciones por el lado de la demanda, el programa planteaba fortalecer la capacidad de prestación de servicios de los establecimientos de salud y educación, mediante la entrega de servicios de atención a la niñez, la formación de Comités de Usuarios de Salud y el apoyo a las Asociaciones de Padres de Familia (APF) de los centros educativos.

Actualmente, el contrato de préstamo (1568/SF-HO) que financió la implementación del programa se encuentra en su fase de finalización, por lo que PRAF y el BID requieren realizar un análisis reflexivo sobre la eficacia de su implementación, valorar sus resultados y establecer, en qué medida, los efectos alcanzados pueden ser sostenibles en el tiempo.

El presente documento pretende contribuir con éste análisis, retomando diferentes fuentes de información, entre ellas, informes de monitoreo y seguimiento provenientes de las diferentes Organizaciones Prestadoras de Servicios que participaron en el programa, de los enlaces del PRAF a nivel local, de ayudas de memoria de reuniones de seguimiento operativo, de informes de consultoría y estudios realizados posteriormente a la finalización del programa y de entrevistas realizadas a diferentes actores clave.

1 DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Este capítulo presenta la descripción del programa, de acuerdo a lo indicado en el convenio de préstamo. Esta sección describe, el propósito y las motivaciones que incidieron en el diseño del programa, el enfoque estratégico y el contexto socioeconómico del país, así como los objetivos de desarrollo y la estructura del Programa por componentes. Este marco de referencia servirá de base para orientar la evaluación del desempeño del Programa que se presenta en este informe.

1.1 ANTECEDENTES Y ENFOQUE ESTRATÉGICO

El Banco había venido apoyando al PRAF desde 1995 con tres programas de inversión (949/SF-HO (1995-2002), 1026/SF-HO (1998-2006) y 1568/SF-HO (2004-2010). Mediante el Programa 1026/SF-HO, se introdujo en el PRAF un nuevo modelo de intervención que incluyó transferencias condicionadas a matrícula y asistencia regular a las escuelas y atención de salud para niños de 0-5 años y mujeres embarazadas, con un enfoque familiar y una duración establecida de 5 años de intervención, su objetivo de largo plazo era contribuir a mejorar el Capital Humano en las poblaciones pobres, mediante la introducción de cambios estructurales en el comportamiento de las familias, creando incentivos para promover la demanda de servicios de salud y educación y promoviendo su participación activa en el Programa.

Este programa, como se indica en las secciones siguientes, sirvió para impulsar transformaciones y le fortalecimiento del sector de Protección Social y para desarrollar instrumentos operativos para implementación de Programa de Transferencias Condicionadas tales como la focalización, el registro de beneficiarios, la certificación de la oferta, la contratación de organizaciones para la provisión de servicios, la homologación de procesos a otros programas asistenciales, entre otros.

Este programa se insertó dentro de la secuencia de Programas de Transferencias Condicionadas que el Banco ha realizado en el país desde finales de los años 90 , el programa predecesor del 1568, evidenció resultados positivos y la capacidad técnica y administrativa del país para operar un programa de Transferencias Condicionadas, similar al de otros países de América Latina.

En la segunda fase del Programa de Transferencias Condicionadas (TC) (2000-2006) se lograron avances en la selección objetiva y transparente de sus beneficiarios, el pago directo y sin intermediación a los beneficiarios a través del sistema bancario, el monitoreo y seguimiento de las familias beneficiarias. También, el proyecto introdujo experiencias innovadoras para el PRAF, aunque la integración de las nuevas prácticas técnicas y operativas fue parcial y tomó un tiempo en su implementación.

En resumen, los logros del 1026/SF-HO fueron:

- Capacidad ejecutora de PRAF fortalecida. Los resultados de la ejecución del proyecto, la transparencia en la selección de beneficiarios y la entrega de bonos vía el sistema bancario, y los resultados de la evaluación de impacto mejoraron el perfil de la institución, convirtiéndola en el ejecutor principal de protección social.
- Protección social evidenciada. Los bonos apoyaron a proteger los gastos del hogar durante choques económicos externos. Específicamente, una evaluación externa señala que los bonos educativos condicionados en matrícula escolar ayudaron a proteger la inversión en educación por los hogares beneficiarios a pesar de la crisis de café.
- Capital humano mejorado en la población más pobre. El programa logró una inversión adicional en el capital humano en los niños/as, el cual generará importantes beneficios futuros en cuanto a su estado de salud, desempeño escolar, y retornos en el mercado laboral.

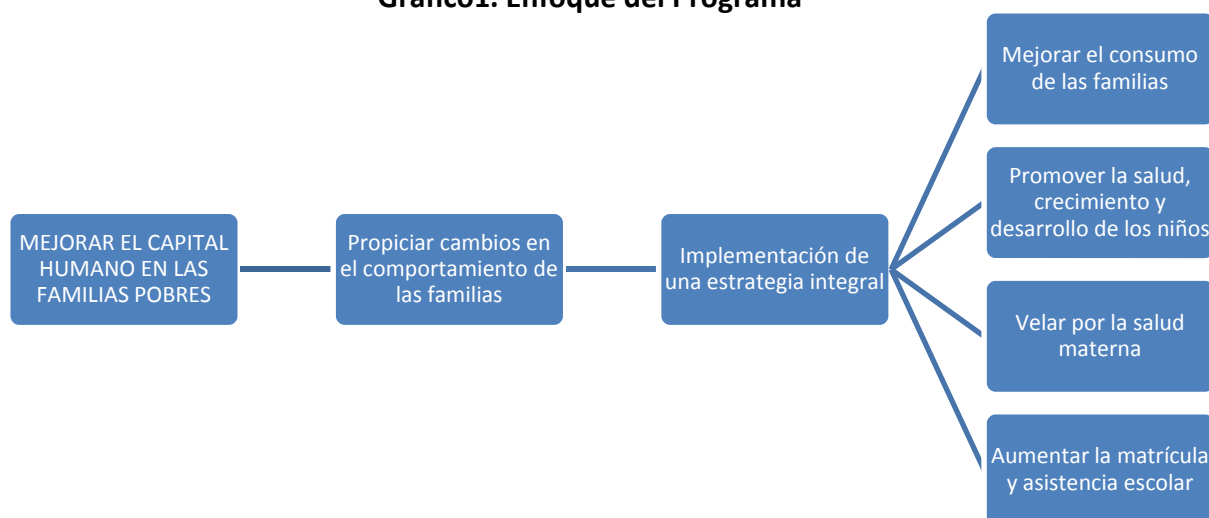
Esta etapa de operación de los Programas de TC demostró impactos positivos y mixtos, pero evidenció la capacidad institucional para expandir y mejorar del modelo. En este sentido la evaluación de este proyecto demostró la necesidad de abordar, en la etapa subsiguiente, flexibilizar el diseño y estructura compleja del proyecto, definir el alcance de las intervenciones de oferta, ajustar el monto de los bonos de demanda, implementar el sistema de monitoreo de la corresponsabilidad familiar, y modernizar el sistema de pagos a los beneficiarios.

El programa Integral de Protección Social (PIPS) financiado con el préstamo 1568/SF-HO fue consistente con la estrategia del Banco en Honduras la cual estuvo orientada a apoyar al gobierno en la reducción de la pobreza a través de la promoción de un mayor crecimiento sostenible, impulsado por aumentos en la competitividad y el incremento de las capacidades productivas de la población pobre y recoge las principales lecciones y recomendaciones de su programa predecesor. Una de las áreas estratégicas es la acumulación de capital humano, considerado un factor determinante para aumentar la productividad. La programación del Banco en esta área contempla un enfoque integral de la pobreza en el cual se conjugan acciones orientadas a fortalecer tanto la oferta como la demanda de servicios sociales. Para ello, el programa operativo del Banco concentró su acción en el respaldo al cumplimiento de las metas de la ERP a través del apoyo al mejoramiento de la cobertura y calidad de los servicios de salud y educación, así como del fortalecimiento de la red de protección social.

El PIPS fue precisamente un elemento importante en la red de protección social de Honduras, ofreciendo a los beneficiarios un paquete integral atractivo para atacar las debilidades en salud y educación a través de incentivos económicos y la incorporación de

la madre, para propiciar cambios en el comportamiento de los hogares frente a la demanda de servicios sociales.

Gráfico1. Enfoque del Programa

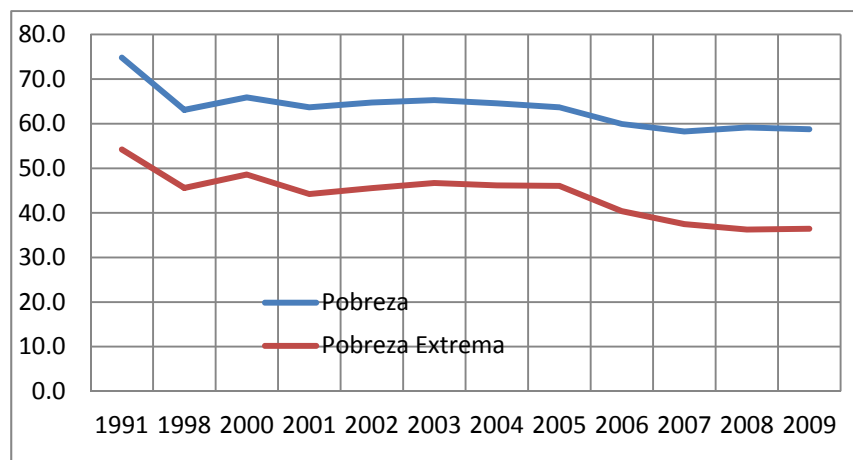


1.2 CONTEXTO DEL PROGRAMA

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) plantean metas para el desarrollo humano de todos los países en busca de un mundo más justo, equitativo y menos pobre para el año 2015. Específicamente, las metas hacen hincapié en la necesidad de erradicar la pobreza extrema, mejorar los niveles de educación, salud y nutrición, así como promover la equidad de género y la autonomía de la mujer.

Como uno de los países firmantes, Honduras tiene el compromiso de moverse hacia las metas del milenio. Asimismo, la Estrategia para la Reducción de Pobreza (ERP) en Honduras, presentaba metas de mediano y largo plazo para el desarrollo de capital humano y protección de grupos vulnerables. Sin embargo, ha afrontado grandes desafíos para alcanzarlas.

Según estadísticas oficiales, a pesar que Honduras logró una reducción en la incidencia de pobreza de ingresos entre 1991 y 2005, aún persistían importantes bolsones de extrema pobreza en 2005. El porcentaje de hogares pobres extremos disminuyó del 54.2% en 1991 al 46.0% en 2005, sin embargo, el nivel nacional de pobreza extrema experimentaba una tendencia a aumentar para el periodo 2001-2005, cuando el programa estaba en su etapa de diseño (ver gráfico 2). Además, la incidencia de la pobreza extrema era mucho mayor en las áreas rurales (62.8%) que en las urbanas (29.0%) en 2005.

Gráfico 2. Porcentaje de hogares pobres en Honduras (1991-2009)

FUENTE: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadísticas de Honduras (INE).

Durante la operación del programa se evidencia un descenso en la pobreza y aunque no hay información ni estudios que soporten la contribución del Programa en el descenso de los niveles de pobreza. Sin embargo, es factible que la entrada del PIPS en hogares de extrema pobreza, la entrega de bonos en forma consistente y el apalancamiento para orientar recursos hacia estas poblaciones a través de la Red Solidaria haya tenido un efecto en la reducción de los niveles de pobreza.

Por otro lado, existía una fuerte desigualdad en el acceso a los servicios básicos de salud que se traduce en bajos niveles de cobertura en áreas rurales, pobres y de difícil acceso. Para hacer frente a esta precaria situación en salud, la estrategia del gobierno incluye la tercerización de servicios a Organismos no Gubernamentales (ONG), firmas privadas u otras entidades especializadas para incrementar la cobertura de los servicios de salud, especialmente en las áreas rurales con difícil acceso. En cuanto a la demanda, la participación de las familias y comunidades en la prevención y control de enfermedades era relativamente baja debido a varios factores, entre ellos, se encuentran el escaso conocimiento de los riesgos y condicionantes de la salud, las intervenciones que no otorgaban responsabilidad a la población meta y el enfoque curativo.

En el sector educativo, la situación era parecida. De acuerdo a la Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples 2003, a nivel nacional, los hondureños con 15 o más años de edad tenían un promedio de 6,5 años de estudio, que disminuía a 4,9 años en áreas rurales. La tasa de analfabetismo de este segmento de la población era del 20%. En la educación primaria la tasa de matrícula neta era de 88,5%, habiendo crecido en un 0,94% anual durante los años noventa. En promedio un 38% de los niños que cursaban primaria tenían dos o más años de extra edad y apenas el 27% de los estudiantes terminaban la educación primaria a los 12 años de edad o menos. Los bajos niveles de escolaridad tienen que ver principalmente con el ingreso tardío de niños al primer grado, su asistencia irregular a la escuela, repitencia y deserción. Asimismo, debido a los ciclos de producción y

cosecha, no era sorprendente encontrar que un niño se retirara por razones de trabajo y perdiera hasta 20 días continuos de clase. La pobreza tiende a limitar las posibilidades de asistir a la escuela, especialmente para los hogares en condiciones de extrema pobreza que no tienen los recursos suficientes para comprar ni los alimentos suficientes, mucho menos los útiles escolares y uniformes.

Las elevadas tasas de extrema pobreza en las áreas rurales, la falta de progreso significativo en su reducción y las limitaciones en el acceso a servicios básicos de salud y educación, llevó a la necesidad de focalizar las acciones para enfrentar el problema, considerando que, detrás de la pobreza extrema están las serias carencias en educación, salud y nutrición, las que contribuyen a su transmisión intergeneracional.

Para combatir el círculo vicioso de la pobreza, en marzo del 2005 el gobierno de Honduras y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) suscriben el contrato de préstamo No. 1568/SF-HO, con el cual se financiaría el Programa Integral de Protección Social (PIPS). Este Programa tuvo varios aspectos importantes que definieron su ejecución y el alcance de sus resultados. En primer lugar coincide con el arranque de un periodo de Gobierno y de esta forma el PIPS se convierte en la plataforma para impulsar acciones de Política Social y de impulso a la iniciativa de la Red Solidaria¹, en segundo lugar hay una decisión política, desde el alto gobierno, de integrar el PIPS dentro del enfoque de implementación de una Política Integral de Protección Social. Estos elementos son analizados con mayor detalle en las secciones subsiguientes del presente documento.

1.3 OBJETIVOS DE DESARROLLO

El objetivo principal del programa es contribuir a mejorar el capital humano de las familias más pobres del país, a través de una estrategia integral de protección social. El Programa busca propiciar cambios en el comportamiento de las familias, promoviendo su participación activa para alcanzar mejores niveles de bienestar.

Como objetivos específicos, el programa busca:

- a) Mejorar el consumo familiar de alimentos nutritivos;
- b) Promover el crecimiento y desarrollo adecuado de niños de 0 a 5 años;
- c) Velar por la salud de las mujeres, particularmente las embarazadas y lactantes; y
- d) Aumentar la matrícula y asistencia escolar en los niños de primero a sexto grado.

¹ La Red Solidaria fue creada mediante Decreto Ejecutivo No. PCM-33-2006 para actuar como enlace y como ente coordinador con las instituciones gubernamentales y de la sociedad civil, para ordenar el conjunto de las acciones tendientes a mejorar de manera progresiva las condiciones de vida y el acceso a mecanismos de protección social para las familias que viven en condiciones de pobreza y pobreza extrema de tal manera de facilitar el acceso a un círculo virtuoso de desarrollo humano.

1.4 ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El programa tiene tres componentes²:

- **Componente 1:** Salud y Nutrición,
- **Componente 2:** Educación,
- **Componente 3:** Fortalecimiento Institucional.

1.4.1 Salud y Nutrición

El componente de nutrición y salud está orientado a mejorar los niveles de salud y el estado nutricional de los miembros de los hogares beneficiarios. A través de él se fomentará una actitud preventiva en el auto cuidado de la salud y la adecuada vigilancia de la nutrición familiar. Se incluyen tres tipos de beneficios: el Bono de Salud, el Bono al Parto Institucional y la entrega de servicios de vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños mediante la ejecución de la estrategia de Atención Integral a la Niñez Comunitaria (AIN-C).

Bono a la Demanda en Nutrición y Salud. El Bono de Nutrición y Salud es una transferencia directa a las familias beneficiarias para incrementar el consumo familiar de alimentos y para inducir la demanda de servicios básicos materno-infantiles. El valor de este bono es de US\$126 anuales por hogar independientemente de su tamaño y composición³. Para tener derecho a recibir este apoyo las familias deben cumplir con un plan de atención predeterminado. Dicho plan incluye la atención a la salud de la mujer y al niño de 0 a 5 años. Se provee además un apoyo monetario adicional que comprende un Incentivo para Partos Institucionales (IPI), para las embarazadas que den a luz en uno de los lugares identificados en la red de referencia. Dicho incentivo de US\$40 está orientado a cubrir los costos de transporte y estadía en el lugar de parto.

Incentivos a la Oferta. La actividad principal financiada por el lado de la oferta es la entrega de servicios de atención ambulatoria con un enfoque preventivo y promocional. En parte, estos servicios son prestados por el Programa de Atención Integral a la Niñez Comunitaria (AIN-C). Este programa costo-efectivo de salud preventiva y alimentaria es impulsado por la Secretaría de Salud y depende de madres voluntarias (monitoras) para inducir la participación activa de las familias y de la comunidad en el monitoreo del crecimiento de los niños menores de dos años⁴. Los esfuerzos van dirigidos a enseñarles a las personas a cargo del cuidado de los niños a identificar los signos de alerta en los

² Retomado del Anexo A del Contrato de Préstamo 1568/SF-HO (2005).

³ El monto del Bono de Nutrición y Salud es equivalente a US\$1.78 per cápita mensual. Este bono representa un 10% del consumo promedio de los hogares en condiciones de extrema pobreza y un 60% de la transferencia máxima por hogar. Este valor, como se indica en las secciones siguientes, fue ajustado durante la ejecución

⁴ Este programa vincula la atención preventiva con el desarrollo de una cultura de estilos de vida saludables, propiciando una mejor atención y creando nuevos paradigmas en el auto cuidado de la salud y la nutrición de la población beneficiaria.

menores cuando están enfermos y saber cuándo buscar ayuda inmediata en una Unidad de Salud. Además, el AIN-C apoya la detección temprana del crecimiento insatisfactorio y el desarrollo de estrategias para mejorar el estado nutricional del niño en el hogar beneficiario. Al mismo tiempo se llevan a cabo, a nivel local, charlas periódicas relacionadas con el bienestar familiar, así como actividades preventivas complementarias al AIN-C para los niños de 2 a 5 años.

El PRAF contrató organizaciones no gubernamentales (ONG) y otras entidades especializadas para proporcionar las acciones complementarias al AIN-C y para acompañar a las monitoras del AIN-C. Adicionalmente, se promueve la auditoria social de los servicios de salud a través de comités de usuarios que vigilan la satisfacción de los beneficiarios. Con esta actividad se espera incentivar el mejoramiento de la calidad de los servicios prestados por los proveedores.

1.4.2 Educación

El componente de Educación se orienta a mejorar la matrícula, asistencia escolar y la retención de niños en los primeros seis grados de educación básica en las áreas focalizadas. Se incluyen dos tipos de beneficios: el Bono Escolar (BE) y las Transferencias a las Asociaciones de Padres de Familia -APFsincluyen dos intervenciones principales: un incentivo a la demanda y uno a la oferta.

Bono Escolar. El bono escolar es una transferencia monetaria que se entrega a las familias que tienen al menos un hijo entre 6 y 14 años para incentivar la demanda por servicios de educación. Igual como en el caso de salud, el bono escolar es uno por hogar, fijo e independiente del número de niños en edad escolar. El valor del bono es de US\$84 por hogar al año. La corresponsabilidad familiar es la de matricular a todos los niños entre primero y sexto grado en la escuela y asegurar su asistencia con regularidad. El bono facilita que las familias compren los uniformes, útiles escolares y otros insumos necesarios cada año escolar. Al mismo tiempo sirve para compensar parcialmente el costo de oportunidad y así evitar la deserción prematura de los niños causada por la necesidad de incorporarse a un empleo a temprana edad. De esta manera, se espera promover un aumento en el porcentaje de niños que completen el sexto grado en las áreas rurales más pobres.

Incentivo a la Oferta. Por el lado de la oferta, se financian transferencias monetarias a las asociaciones de padres de familia o en los casos donde existan, a las asociaciones de desarrollo educativo local. Estas transferencias permiten la compra de materiales didácticos para las escuelas participantes en el Programa. Las asociaciones escolares reciben capacitación para realizar un diagnóstico anual de las necesidades locales, presupuestar y priorizar los materiales clave, y liquidar los recursos. De este modo, se fomenta que las comunidades asuman un rol protagónico en la educación de sus niños.

Gráfico 3. Intervenciones del programa

INTEVENCIÓN	OFERTA	DEMANDA
SALUD	ENTREGA DE SERVICIOS DE AIN-C	BONO SALUD BONO MATERNO INFANTIL
EDUCACIÓN	TRANSFERENCIAS A APF	BONO EDUCACIÓN

Bajo este esquema de diseño el Programa articula las intervenciones por el lado de la oferta y de la demanda para promover la implementación de una estrategia integral basada en el cambio de comportamiento de las familias y en su involucramiento en el logro de mayores y mejores niveles de bienestar para los hogares.

1.4.3 Fortalecimiento Institucional

El componente de fortalecimiento institucional contribuye a mejorar la eficiencia y efectividad de la operación de las acciones e intervenciones relacionadas con la estrategia de Protección Social. Las acciones de este componente buscan sistematizar las lecciones y buenas prácticas del programa, así como a propiciar un esquema coherente de intervenciones, e institucionalizar metodologías de focalización, modalidades de transferencias, modelos de administración y mecanismos de monitoreo entre las diferentes instancias y promover el fortalecimiento organizacional de las Organizaciones Prestadoras de Servicios -OPS.

El objetivo de este componente es mejorar la eficiencia y efectividad de la operación de la red de protección social en Honduras, tomando como base la estructura operativa del proyecto 1026/SF-HO. Los recursos de este componente se destinan a: (i) desarrollar y/o mejorar los sistemas de información administrativa y operativa para la toma de decisiones gerenciales; (ii) institucionalizar los procesos administrativos y operativos, a través de la documentación, análisis, y mejora de los mismos; y (iii) realizar actividades de capacitación en los procesos operativos y la evaluación continua de la implementación de

ellos. Estas acciones buscan tener un impacto significativo en la toma de decisiones y en la agilidad de las operaciones; particularmente en la actualización de la base de beneficiarios; la ejecución de transferencias a los beneficiarios; la generación de datos e indicadores del impacto de las intervenciones en salud, nutrición y educación; y el monitoreo de la ejecución del proyecto. Debido a la naturaleza del Programa, que cuenta con la participación simultánea de diversos actores, y a la importancia que tiene la corresponsabilidad para el éxito del mismo, se contempla una campaña de comunicación social que incluye talleres de capacitación y corresponsabilidad donde participan las asociaciones de padres de familia, maestros y los beneficiarios del Programa

1.5 COSTOS DEL PROGRAMA

El costo estimado del programa es el equivalente de US\$22.2 millones, según la siguiente distribución por categorías de inversión y por fuentes de financiamiento:

Tabla 1. Costos del Programa (Miles US\$)

	Componente	BID	LOCAL	TOTAL	%
1	Nutrición y Salud	11.411	1.607	13.018	59%
	Bono de Salud	6.137	1.607	7.744	
	Incentivo Parto Institucional	0.505		0.505	
	Incentivos a la Oferta	4.769		4.769	
2	Educación	4.522	0.334	4.856	22%
	Bono de Educación	3.005	0.334	3.339	
	Incentivos a la Oferta	1.517		1.517	
3	Fortalecimiento Institucional	0.654	0.117	0.771	3%
	Apoyo al PRAF	0.486		0.486	
	3.1.1. Capacitación y Asistencia Técnica	0.305		0.305	
	3.1.2. Mobiliario y Equipo	0.181		0.181	
	Fortalecimiento de la Capacidad de Ejecución	0.168	0.117	0.285	
	3.2.1. Reingeniería Operativa	0.108		0.108	
	3.2.2. Desarrollo de Sistemas de Información	0.047		0.047	
	3.2.3. Capacitaciones y Asistencia Técnica	0.013	0.117	0.13	
4	Gastos Operativos	2.105	0.052	2.157	10%
	Auditoría Externa	0.1		0.1	
	Auditoría de Servicios de ONG	0.1		0.1	
	Operación de UCP y servicios relacionados	1.672	0.052	1.724	
	Promoción y medios	0.233		0.233	
5	Arranque, Seguimiento y Evaluación	0.653	0	0.653	3%
	Diagnóstico de Centros Educativos y de Salud	0.049		0.049	
	Asambleas Comunitarias	0.174		0.174	
	Ampliación de Encuestas	0.2		0.2	

Informe de Terminación de Proyecto

	Evaluaciones de medio término y final	0.23		0.23	
6	Costos Financieros	0.655	0.11	0.765	3%
	Comisión de crédito		0.11	0.11	
	Intereses	0.455		0.455	
	Inspección y vigilancia	0.2		0.2	
	TOTAL	20	2.22	22.22	100%

Fuente: Documento de Proyecto.

2 ANÁLISIS DE LOS LOGROS DEL PROGRAMA

En ésta sección se identifican y analizan los logros del programa en términos de sus recursos, productos, resultados y efectos directos. Además, se consideran los factores que han potenciado o limitado su logro para poder comprender el alcance de los resultados del programa y contar con elementos de juicio para valorar su dimensión y contribución a las metas de desarrollo.

Cabe hacer la aclaración, que para el análisis, entenderemos el término “productos” como aquellos agregados de valor que resultan inmediatamente del uso de los recursos aportados por el programa.

Por otro lado, entenderemos por “resultados” a las consecuencias esperadas de uso de los bienes y servicios por parte de los usuarios, es decir, los estados deseados a los que se espera que los productos contribuyan.

Finalmente, los “efectos” son las consecuencias esperadas de los “resultados”, es decir, los estados a los que se espera que éstos, a su vez, contribuyan. Por ejemplo, “la mejora de la calidad de vida y de la salud de la población”, como una consecuencia de las intervenciones del Programa.

Siguiendo la lógica anterior, en este capítulo se describen cuáles fueron las acciones e insumos más destacados (recursos) que fueron realizados por el programa para hacer posible la entrega de productos a la población focalizada. Luego, identificaremos cuáles son esos productos que fueron entregados durante el periodo de implementación. Posteriormente, se establecen cuáles fueron los resultados como consecuencia del uso de esos productos y finalmente, nos aproximaremos a determinar los efectos que propiciaron esos resultados. El análisis de los resultados del programa se presentan desde dos dimensiones, la primera corresponde a logros estratégicos del Programa que se concretaron como resultado de la sinergia de las diferentes actividades y de la relación que tuvo el Programa con el diseño de lineamientos de política e instrumentos para la Protección Social Integral y la segunda corresponde al análisis de los logros de cada uno de los componentes.

2.1 CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES

En esta sección se analiza el cumplimiento de los indicadores del Programa, teniendo como referencia la Matriz del Marco Lógico que se presenta en el Anexo 1. Estos indicadores describen los insumos y acciones destacables que realizó el programa para hacer posible la entrega de los productos y resultados durante la operación del programa.

2.1.1 Cumplimiento de los indicadores a nivel de Propósito

Los resultados del programa han provocado una serie de cambios en términos de calidad de vida y bienestar para las familias que fueron intervenidas por el programa. Estas mejoras son la razón de ser de éste tipo de programas y por lo tanto, su logro supone el éxito de la política social.

La tabla adjunta muestra el nivel de cumplimiento para los principales indicadores del programa en los diferentes componentes en cuanto a los efectos que busca causar en la población objetivo.

Tabla 2. Logros del Programa a nivel de efectos

Componente	Indicador	Cumplimiento
Salud y Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> La desnutrición en los menores de 2 años en la población elegible en las comunidades con entrega de servicio por ONG se reduce en 10%. Un incremento de 10% en los partos institucionales. La lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses aumenta en 5%. 	<ul style="list-style-type: none"> Al año 2009, la desnutrición en los menores de 2 años en la población elegible en las comunidades con entrega de servicio por ONG se reduce en 11%. Al año 2009, se estima que el incremento en los partos institucionales es del 6%. Al año 2009, la lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses aumenta en 8%.
Educación	<ul style="list-style-type: none"> La matrícula de niños de 1º a 6º grado en las comunidades focalizadas aumenta en 5%. La tasa de inasistencia de los niños matriculados de las escuelas beneficiadas disminuye en 5%. 	<ul style="list-style-type: none"> Al año 2008 (último año disponible), la matrícula de niños de 1º a 6º grado en las comunidades focalizadas aumenta en 2%. Al año 2008, la tasa de inasistencia de los niños matriculados de las escuelas beneficiadas disminuye en 7%.
Fortalecimiento Institucional	<ul style="list-style-type: none"> Al final del primer año, el sistema de información gerencial (módulos de beneficiarios, planillas, seguimiento de ofertas, monitoreo y contabilidad) instalado y funcionando. Estrategia de comunicación social desarrollada y en ejecución a partir del 2º semestre de ejecución. 	<ul style="list-style-type: none"> En el año 2008 se implementó parcialmente un sistema de información gerencial (módulos de beneficiarios, planillas, seguimiento de ofertas, monitoreo y contabilidad) instalado y funcionando. Estrategia de comunicación social desarrollada, no se implementó.

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de las OPS e informes de progreso del programa.

Como se puede ver en la tabla, para el componente de Nutrición y Salud, el programa propició importantes efectos en la salud de las madres y de los niños y niñas. Por otro lado, en el componente de Educación, el programa contribuyó a incrementar aún más la asistencia regular a la escuela. En cuanto al componente de Fortalecimiento Institucional hubo también efectos importantes a nivel organizacional, aunque hubo dificultades que redujeron su magnitud. Es importante destacar, y como se analiza más adelante, la ausencia de un Sistema de Información para el Monitoreo y Evaluación del Programa, es un factor limitante para medir la magnitud y alcance de los resultados del Programa.

2.1.2 Cumplimiento de los indicadores de resultado

De acuerdo con el diseño el Programa utilizó la estrategia de contratación de Organizaciones Prestadoras de Servicios (OPS) para reforzar la oferta y garantiza la prestación de servicios a los beneficiarios. Ésta estrategia se analiza con mayor detalle en la sección 2.2.6 del presente informe.

Las OPS fueron las implementadoras del programa a nivel local y por tanto, el PRAF les delegó en su acción el logro de las metas de para 14 indicadores específicos, los cuales serían a la vez, un medidor de su propio desempeño y de la eficacia del programa. Estos indicadores, conforman, según la lógica de éste documento, los “resultados” que son consecuencia de los productos que se describen en la sección 2.3.

La tabla 3 presenta la situación de cada uno de los indicadores establecidos para medir el desempeño del programa por medio del apoyo de las OPS. En el Anexo 7 se presenta la metodología utilizada para la estimación del Progreso logrado para cada indicador.

Tabla 2. Indicadores de Resultado de las OPS

	Indicador	Progreso esperado	Progreso logrado	Cumplimiento
1	Desnutrición general en los niños y niñas menores de 2 años en las áreas del Programa	Disminución de 10%	-11.15%	SI
2	Lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses en las áreas focalizadas	Aumento de 5%	+8.1%	Datos no representativos (*)
3	Porcentaje de niñas y niños menores de dos años atendidos mensualmente por las monitoras de la comunidad	A un nivel del 90%	90.16%	SI
4	Porcentaje de cumplimiento de la corresponsabilidad de salud (asistencia a capacitaciones, controles de crecimiento y desarrollo a menores de cinco años, control a embarazadas y púerperas)	A un nivel del 90%	76.58%	Datos no representativos (*)
5	Porcentaje de niñas y niños menores de 2 años con crecimiento y desarrollo	Disminución de 10%	-5.7%	Datos no representativos

	Indicador	Progreso esperado	Progreso logrado	Cumplimiento
	inadecuado en dos controles sucesivos			(*)
6	Porcentaje de partos institucionales	Aumento de 10%	+6.35%	Datos no representativos (*)
7	Porcentaje de aldeas que cuentan con Comités de Usuarios en Salud constituidas, capacitadas y en operación	A un nivel del 70%	98.88%	SI
8	Tasa de asistencia de las niñas y niños matriculados de las escuelas beneficiarias	Aumenta 5%	+6,35%	SI
9	Porcentaje de hogares que cumplen con la corresponsabilidad en educación	A un nivel del 90%	96.72%	Datos no representativos (*)
10	Porcentaje de las APF en las comunidades beneficiarias que han ejecutado su "Proyecto de escuela" y liquidado las transferencias	A un nivel del 90%	43.95%	NO Datos no representativos (*)
11	Tasa de deserción de niñas y niños beneficiarios del Programa	Disminución de 15%	-0.52%	NO (La meta no era adecuada)
12	Tasa de matrícula de niñas y niños de 1º a 6º grado en las aldeas beneficiarias	Aumento de 5%	+1.62%	Datos no representativos (*)
13	Porcentaje de centros educativos beneficiarios del Programa cuentan con APF organizada, funcionando, legalizada y capacitadas	A un nivel del 90%	85%	NO
14	Porcentaje de mujeres y hombres que participan en por lo menos tres de los cuatro cursos anuales organizados por las OPS	Aumento no definido	No hay datos	Sin Información

(*) La cantidad de datos por lotes no es representativa para la estimación del Promedio.

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de las OPS.

Como se aprecia en la tabla anterior, la disponibilidad de información de calidad no ha sido apropiada. Sin embargo, por el conocimiento que se ha ganado sobre la gestión del programa y por las estadísticas disponibles para cada caso, se estima que existen elementos de juicio para considerar el cumplimiento en indicadores clave la reducción de la desnutrición, el aumento en la demanda de servicios de salud y el aumento en la retención y asistencia escolar.

2.2 ANALISIS DE LOS LOGROS ESTRATEGICOS DEL PROGRAMA

Como se indicó, el análisis de los logros del PIPS se divide en dos grupos para efectos del presente informe. El primero corresponde a un conjunto de logros que tiene un carácter estratégico porque tuvieron efectos en la política social y en la institucionalidad del sector

de Protección Social y el segundo corresponde a los logros obtenidos en cada uno de los componentes. En el Anexo 2 se presentan los resultados para cada uno de los años de ejecución del programa. Evidentemente, los logros estratégicos están inmersos dentro de la ejecución de los componentes pero es importante analizarlos y destacarlos por el alcance que han tenido en términos del fortalecimiento de la Política y los mecanismos de Protección Social. En esta sección se analizan los primeros.

2.2.1 Los efectos del programa en materia de política pública

El PIPS pasó de ser una intervención de compensación a una estrategia de Protección Social, que sentó las bases para la transformación del PRAF y para reforzar la consolidación del Programa de Transferencias Condicionadas, que posteriormente se configuró como el Programa Bono Diez Mil.

El PIPS sirvió de plataforma para mejorar y fortalecer la institucionalidad pública alrededor de la Protección Social debido a que i) desarrolló instrumentos como el Registro de beneficiarios, la contratación de ONG para la provisión de servicios, impulsó la homologación de procesos entre el Programa y el PRAF, ii) se constituyó en un espacio de liderazgo para desarrollar los aspectos estratégicos y normativos de la Política Social, dentro de los cuales se destaca la creación de la Secretaría de Desarrollo Social, iii) la contribución a la organización y puesta en funcionamiento de la Red Solidaria como instancia de articulación sectorial y de ejecución de convenios multisectoriales de apoyo a poblaciones pobres.

Posteriormente, los avances y logros del Programa han sido incorporados a la implementación del Programa Bono Diez Mil por parte de las instancias estratégicas y operativas (Secretaría del Despacho de la Presidencia; de las Secretarías de Salud y Educación y PRAF).

2.2.2 El impulso a la Red Solidaria

La Red Solidaria fue una iniciativa que se creó mediante el Decreto Ejecutivo No. PCM-33-2006, como un programa que formaba parte del Gabinete Social y coordinado por la Primera Dama de la República, la Oficina técnica de la Red Solidaria se creó en enero del 2008 con el apoyo del PIPS. La Red Solidaria operativamente funcionó adscrito al Programa de Asignación Familiar, (PRAF) y se apoyó en la estructura operativa del PIPS para su organización y consolidación.

El objetivo de la Red Solidaria era coordinar y articular acciones tendientes a mejorar de manera progresiva las condiciones para el desarrollo humano, especialmente de los que viven en extrema pobreza, focalizando inversiones en las áreas de salud, educación,

infraestructura social básica, generando oportunidades de ingresos, y protegiendo a los grupos más vulnerables.

La meta de la Red Solidaria durante el periodo 2006-2010 era atender a 200,000 familias que viven en extrema pobreza, de las cuales 80% se ubicaban en el área rural, logrando complementar acciones de protección social y promover el desarrollo socio económico de sus comunidades. Esta meta se estableció en las siguientes tres fases:

- Fase 1: Iniciar la coordinación de la atención a los 80,000 hogares más pobres del país durante el año 2006.
- Fase 2: Continuar la atención de los siguientes 80,000 hogares más pobres del país, para alcanzar un total de 160,000 hogares para el 2007.
- Fase 3: Complementar la atención de los siguientes 40,000 hogares más pobres del país durante el año 2008, para alcanzar un total de 200,000 hogares atendidos.

El informe de gestión de la Red Solidaria a Junio del 2008 mostraba que las inversiones en los cinco ejes de acción, que trabajados en forma conjunta, buscaban el desarrollo humano integral y la superación de la pobreza de la población focalizada por la Red Solidaria⁵ ascendían a US\$42.9 millones, de los cuales el 66% correspondió a proyectos de protección social y los bonos del PRAF representaron el 45% de las inversiones.

Tabla 3. Inversiones de la Red Solidaria (Junio 2008)

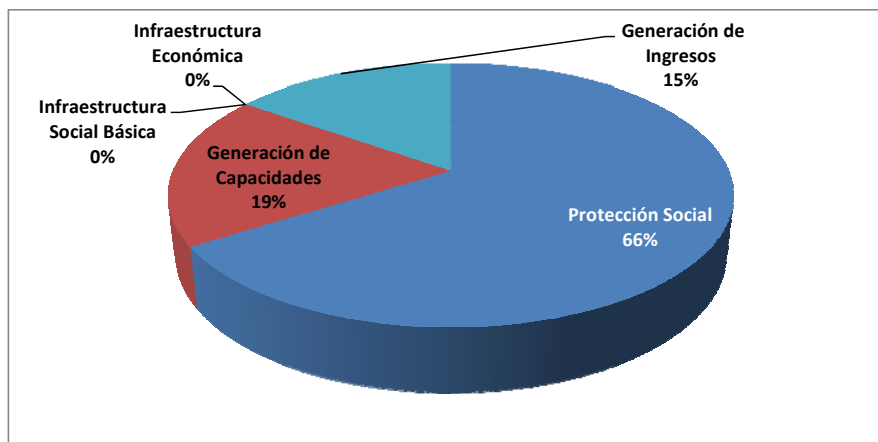
INSTITUCION	INVERSION US\$
1 SECRETARIA DE EDUCACIÓN	
Programa Nacional de Becas	1,122,053
Centros Comunitarios de Educación pre-básica	464,711
Educatodos	132,158
Matrícula Gratis	219,911
PRALEBAH	150,778
PROHECO	1,645,761
Yo sí puedo	37,768
PRONEEAAH	27,728
2 INFOP	44,129
3 INAM	27,114
4 SECRETARÍA DE SALUD	
AIN-C	175,754
Paquete básico de Salud	1,477,472
Paquete básico descentralizado	2,769,071

⁵ i) Protección Social, ii) Generación de Capacidades, iii) Infraestructura Social Básica, iv) Infraestructura Económica y v) Generación de Ingresos.

Inversión en Infraestructura y Equipamiento de CMI	2,291,397
inversión en Ambulancias	450,000
5 PROGRAMA ESCUELA SALUDABLE	3,017,513
6 HONDUSALUD	70,132
7 RNP	591,895
8 PRAF	
Bono Solidario	9,797,550
Bono Solidario 2 ETAPA	4,526,316
Bono PIPS	3,512,193
Bono Tercera Edad	306,695
Bono Juvenil	164,312
DI-Mujer	478,947
Jóvenes emprendedores	497,242
9 FHIS	
Nuestras raíces	752,162
Construcción Escuelas PROHECO	3,157,895
Chagas vivienda	317,763
DIPA	1,047,771
10 SAG	
Bono Tecnológico	965,368
Asistencia Técnica Tolupanes	3,789
Programa Seguridad Alimentaria	1,774,200
Asistencia Técnica /productos. Piscícolas	8,747
Plan Desarrollo Indígena	28,180
Subproyectos de Forestería	540,593
Protección Forestal	34,605
11 COOPERACION CUBANA	281,888
TOTAL	42,911,562

Fuente. Castro, Will. Informe de monitoreo y evaluación red solidaria. Junio 2008.

Gráfico 4. Porcentaje de Inversión por ejes



En la operación de la Red Solidaria se creó una sinergia entre el PIPS para apoyar la identificación y ejecución de proyectos con programas de las Secretarías de línea y con el FHIS, pero para estos efectos el PIPS, aparte de servir de plataforma operativa y de trasladar instrumentos de gestión, aportó:

- El Registro de Beneficiarios
- Los resultados del proceso de certificación de la oferta
- La base social creada a través de las APF y CUS
- El marco operativo con los niveles locales

Adicionalmente, en el marco de la Red Solidaria el programa apoyó las siguientes actividades y proyectos⁶:

1. Seguimiento a Asistencia Técnica para el Diseño de la Red Solidaria

Bajo la Cooperación Técnica no Reembolsable para el Programa de Apoyo a la Red de Protección Social y la Planeación Estratégica ATN/SF-9995-HO, se apoyaron las siguientes acciones:

- a. Diseño conceptual y operativo de la Red Solidaria
- b. Propuesta de intervenciones ejecutadas bajo la coordinación de la Red Solidaria
- c. Manual Operativo de la Red Solidaria
- d. Plan de Acción de la Red Solidaria 2006 – 2010

Como resultado de esta asistencia, se definió el concepto de la Red Solidaria, sustentándose en un enfoque de acceso a activos, que permita a los pobres mejorar sus capacidades, oportunidades, infraestructura y protección, lo cual era coherente con el

⁶ Elaborado con base en Programa Integral de Protección Social (1568/SF-HO-BID). principales logros en apoyo a la Red Solidaria. Noviembre 2007

nuevo marco conceptual y los objetivos de la ERP. Este enfoque buscaba sentar las bases para una Política de Protección Social, caracterizada por una mayor coordinación interinstitucional e intersectorial. En este sentido, la implementación de la Red Solidaria en el marco de la ERP, se constituye en el punto de partida para coordinar las intervenciones dirigidas a la población en extrema pobreza y riesgo social.

2. Cooperación Técnica de Apoyo al Monitoreo y Seguimiento de la Red de Protección Social.

El objetivo de esta Cooperación Técnica (ATN/SF-10035-HO) era apoyar el diseño de un Sistema de Seguimiento y Evaluación, que permita identificar y monitorear los resultados e impactos de la Red Solidaria y de los programas del Programa de Asignación Familiar (PRAF) en las poblaciones beneficiarias. El Proyecto se implementó paralelamente al Programa Sectorial Social asociado a la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP) HO-L1009, apoyando al Gobierno de Honduras en el cumplimiento de sus condicionalidades.

3. Asistencia técnica para la Red Solidaria, financiada con recursos del Programa Integral de Protección Social (1568/SF-HO)

Con recursos del PIPS, por un monto de US\$ 210,000.00, el PRAF apoyó el proceso de diseño e implementación de la Red Solidaria. El Componente de Fortalecimiento Institucional del PIPS, tuvo bajo su responsabilidad la elaboración, revisión y ajuste de los Términos de Referencia, para las consultorías nacionales e internacionales relacionadas con el:

- a. Desarrollo y aplicación de un sistema de focalización para la Red Solidaria
- b. Retos del PRAF en el marco de la ERP y Red Solidaria
- c. Formulación de instrumentos técnicos y de informática para el registro de beneficiarios a nivel rural y urbano
- d. Comunicación y difusión social de los programas de la Red Solidaria

4. Ajustes y revisión a solicitud de asistencia técnica para la Red Solidaria, presentada a la Cooperación Británica

La Primera Dama, en su condición de responsable de la Sub Coordinación de Protección Social del Gabinete Social, solicitó a la Cooperación Británica (DFID), asistencia técnica para apoyar el proceso de consolidación de la Red Solidaria. Mediante esta asistencia, se previó fortalecer las capacidades técnicas de la Red Solidaria en el área de Seguimiento y Monitoreo. Como producto de esta solicitud, el DFID acordó financiar por medio del BID, el Programa Armonización e Inversiones del PRAF y la Red Solidaria, por un monto de US\$ 150,000.

El objetivo de esta cooperación es apoyar la implementación de un sistema que permita coordinar, dar seguimiento, monitorear y evaluar los resultados e impactos de la Red Solidaria. Asimismo, esta asistencia es complementaria a otra cooperación financiada por el BID, para el diseño y creación de un sistema de seguimiento de la Red Solidaria, actualmente en ejecución bajo la supervisión de la Oficina Técnica de la Red.

5. Solicitud de Especialistas Sectoriales a las instituciones que conforman la Red Solidaria

Para hacer efectivo el mandato de la Red Solidaria, se requiere fortalecer en capacidades a sus cuadros técnicos, para consolidar la operatividad y sostenibilidad de la misma. A tal efecto, bajo el liderazgo de la Coordinación del PIPS, se organizó una Unidad Técnica de Apoyo a la Red Solidaria, adscrita al Programa de Asignación Familiar (PRAF), cuyo enfoque se sustentó en la demanda de las familias y las comunidades, así como la oferta pública y privada.

En este sentido, se formularon los Términos de Referencia para las funciones de los especialistas sectoriales de la Red Solidaria para apoyar la coordinación, planificación y seguimiento de las acciones de la Red Solidaria, en las áreas de Protección Social, Salud, Educación, Ingresos, Comunicaciones, e Infraestructura Social, entre otras.

6. Gestión y Seguimiento a Asistencia Técnica para la Implementación de la Red Solidaria

En este tema el PIPS apoyó el proceso de implementación de la Red Solidaria, en su papel fundamental de coordinar las intervenciones para asegurar una atención integral a 200,000 familias en extrema pobreza. En esta dirección se apoyó el diseño, la institucionalidad, organización y funcionamiento de una Oficina Técnica, además de procesos de socialización, difusión y comunicación, entre otros y se impulsaron diversas acciones de acercamiento y gestión ante los cooperantes internacionales, con la finalidad de lograr socializar los alcances de la Red Solidaria, así como gestionar asistencia técnica que contribuya a su sostenibilidad como una Política de Estado.

7. Apoyo a la Primera Dama, en cuanto a la coordinación del Componente sobre Fortalecimiento Institucional, del Proyecto Protección Social y Nutrición con recursos del Banco Mundial

El Gobierno de Honduras, por medio de la Secretaría de la Presidencia, ejecutó entre el 2005 desde el año 2005, el Proyecto Protección Social y Nutrición. Este Proyecto tiene un componente sobre Fortalecimiento Institucional, cuyo objetivo es fortalecer las capacidades nacionales en protección social. Entre las metas del componente destacan la formulación de una política de protección social, apoyo a la definición del marco institucional en protección social, y la definición de un sistema de seguimiento y

monitoreo. El PIPS apoyó en el dimensionamiento de varias de las actividades de este programa, así como en su ejecución y seguimiento.

8. Apoyo al Despacho de la Primera Dama en la Coordinación de la Asistencia Técnica, en apoyo a su gestión

La Primera Dama, en su condición de Sub Coordinadora de Protección Social, asumió una serie de compromisos relacionados con la gestión de proyectos, donaciones, atención a grupos vulnerables, etc. En este contexto, el PIPS, apoyó la formulación de los Términos de Referencia y el seguimiento y gestión de recursos nacionales y externos para la contratación de personal técnico. Con esta asistencia se avanza en acciones como:

- a. Comedores Solidarios
 - b. Merienda Escolar
 - c. VIH-SIDA
 - d. Donaciones
9. Seguimiento al Programa Sectorial Social Asociado a la Estrategia para la Reducción de la Pobreza (ERP) (HO-L1009)

Como parte de la cooperación con el Banco Interamericano de Desarrollo(BID), el Gobierno de Honduras por medio de la Secretaría de Finanzas, suscribió el Convenio de Préstamo (HO-L1009) Programa Sectorial Social Asociado a la ERP, por un monto de US\$ 30.00 millones. El financiamiento tenía como objetivo apoyar la ejecución de un programa de reforma de políticas, consistente en apoyar las reformas en el área social, orientadas a mejorar la efectividad en la implantación de la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP) actualizada 2006 - 2010, como instrumento de planeación para el desarrollo social y económico, y la reducción de la pobreza en Honduras.

La Coordinación del PIPS apoyó el cumplimiento de las condicionalidades que se presentaron a la Secretaría de Finanzas en el último trimestre del año 2006, mediante el cumplimiento de las siguientes condicionalidades relacionadas con el proceso de transformación del PRAF:

- Creación de la Red Solidaria
- Creación del Sub Gabinete de Protección Social
- Conformación de la estructura organizacional, operativa e institucional de la Red Solidaria
- Elaboración de propuesta de Manual Operativo de la Red Solidaria
- Aprobación por parte del Gabinete Social del Plan de Acción de la Red Solidaria.

2.2.3 El "Blindaje" Político

El PIPS durante su ejecución estuvo apoyando al Despacho de la Primera Dama en la articulación del Programa a las diferentes intervenciones de Política Social, en la definición de los lineamientos de la Política Social, en la configuración y organización de la red institucional de apoyo a la Protección Social (Red Solidaria, Secretaria de Desarrollo Social), en este contexto uno de los aspectos en los cuales tanto el BID como la Unidad Ejecutora pusieron mayor énfasis fue en definir mecanismos para garantizar un "Blindaje" del programa ante influencias de orden político. Los instrumentos que facilitaron esta protección del PIPS fueron los siguientes:

1. La implementación del Sistema de Registro de Beneficiarios como requisito para incorporar a beneficiarios como receptores de beneficios y bonos del Programa.
2. La suscripción de actas de compromiso con los hogares beneficiarios al arranque del programa y la renovación para los 45.000 hogares de la fase integral en el 2008 y 2009, estableciendo la confidencialidad de la información. De esta forma solamente el PRAF y el Programa podían tener acceso a la información de los beneficiarios y NO podía ser transferida a terceros para otros fines distintos a los del manejo del padrón de beneficiarios.
3. La contratación de OPS con la obligatoriedad de interactuar con los beneficiarios y de presentar la imagen institucional del PRAF y de transmitir un mensaje de independencia política del Programa.

Es importante notar que en los grupos focales que se realizaron con beneficiarios para conocer la percepción de los beneficiarios se encontraron opiniones y comentarios como los "ese censo, me parece que fue muy excelente porque no hubieron personas políticas que se metieron en eso, sino que eso se respetó...". Un líder agregaba: "a mí me gusto que en la vez pasada verdad, porque ahí no había ningún político que se metiera, el que salía vea, ahí no había ninguna entrada que yo como partido del poder decía saquemos estos, no se podía, ahí nadie, no había influencia política pues...." (Entrevistas en la Cofradía, San Miguelito)⁷

Vale la pena mencionar que el Registro de Beneficiarios creado con el apoyo del programa 1568/SF-HO ha sido la base para la identificación de beneficiarios del Programa Bono 10,000.

2.2.4 El Sistema de Focalización

⁷ Hernandez, N. Análisis documental de los resultados de la intervención de las Organizaciones Proveedores de Servicios en la ejecución del Programa Integral de Protección Social. Informe de Consultoría. Septiembre 2010

En cumplimiento de los acuerdos de diseño de la operación en el año 2006 se inició un ejercicio para realizar la focalización de beneficiarios a nivel nacional que pudiera ser utilizado por PIPS y por el PRAF para la entrega de otros bonos y programas con fondos nacionales. El sistema propuesto debería ser multipropósito, es decir servirle al PRAF y a otras instituciones del sector social para racionalizar y organizar la entrega de beneficios y subsidios a las poblaciones pobres.

El PIPS contrató los servicios de asistencia técnica para formular un modelo de focalización⁸ basado en un modelo de predicción del gasto per cápita mensual para los hogares rurales del país, aplicando el método de variables próximas y utilizando como base de datos la ENCOVI de 2004. Los coeficientes de la ecuación de predicción del gasto por hogar se utilizaron para estimar la incidencia de la extrema pobreza a nivel de aldea.

Esta incidencia se ordenó en forma ascendente dentro de cada municipio para así generar un sistema nacional de focalización concordante con la eficiencia y actividades de los programas operando en el sector social del país. Los resultados indicaron que a nivel de la población rural a nivel Departamental existían cerca de 181 mil hogares en extrema pobreza, indicando una tasa de extrema pobreza promedio para las zonas rurales del país del 34% y 100.000 de ellos 100,000 están localizados en aldeas con una tasa de extrema pobreza igual o mayor al 57%. Con estos resultados se realizó la selección de las 164 aldeas beneficiarias del PIPS.

Este ejercicio fue de gran importancia porque no se había realizado en el país un ejercicio sistemático de focalización para aplicar un modelo unificado para el sector social del país y operativamente se tradujo en un esquema que integró un equipo conjunto del PRAF (PIPS y la Unidad de Apoyo Técnico de la Presidencia (UNAT) para la revisión y apropiación de la metodología.

En el año 2008 utilizando la misma metodología el equipo técnico de la Unidad de Planificación del PIPS realizó un ejercicio de ajuste y actualización⁹ y los resultados indicaron que dadas las restricciones presupuestales de ese momento, el Programa estaría en capacidad de cubrir 25,920 hogares. El efecto más importante de este ejercicio fue la apropiación técnica y metodológica del programa para reproducir y actualizar el ejercicio de focalización.

Posteriormente, los resultados de la focalización fueron incorporados a los programas de la Red Solidaria y el ordenamiento de los 181.000 hogares en pobreza extrema se constituyó en la población meta de la Red Solidaria.¹⁰ Es de anotar que se utilizó el mismo esquema metodológico de selección de los hogares.

⁸ Arcia, Gustavo. Propuesta de Focalización del PRAF/BID. Informe final de Consultoría. Tegucigalpa. Julio 2006

⁹ PRAF. Unidad de Planificación. Ejercicio de Focalización para determinar las Aldeas donde intervendrá el Préstamo No. 1568/SF-HO. 2008.

¹⁰ Red Solidaria. Manual operativo. Abril 2007

Este se constituyó en un aporte importante del programa para introducir un criterio técnico para la racionalidad y transparencia en la selección de las áreas geográficas beneficiarias de los programas de protección social.

2.2.5 Establecimiento de una estrategia de cobertura y dinámica en la entrega de Bonos

En términos de cobertura y focalización, la estrategia planteada por el Gobierno fue la de atender a una población meta de hasta 200,000 hogares en extrema pobreza de las zonas rurales.

En la etapa inicial, el programa alcanzó una cobertura de 22,000 hogares en las 164 aldeas beneficiarias. Durante su ejecución (2006-2008) se lograron avances en el fortalecimiento del Sistema de Protección Social, en el desarrollo de instrumentos operativos y en la articulación con la Red Solidaria. De esta forma hacia el 2009 se definió que la intervención del PIPS formaba parte de una “Intervención Inicial” que estaba interrelacionada secuencialmente con una “Intervención Integral”, la cual incorporaba 23,000 hogares adicionales y se convertía en uno de los lineamientos para el diseño y ejecución del nuevo programa financiado por el BID ¹¹

Gráfico 5. Estrategia del PIPS



En este contexto, lo realizado por el PIPS entro a formar parte de la Etapa Inicial y dada la limitación en los recursos disponibles, se diseñó un esquema de incorporación gradual de

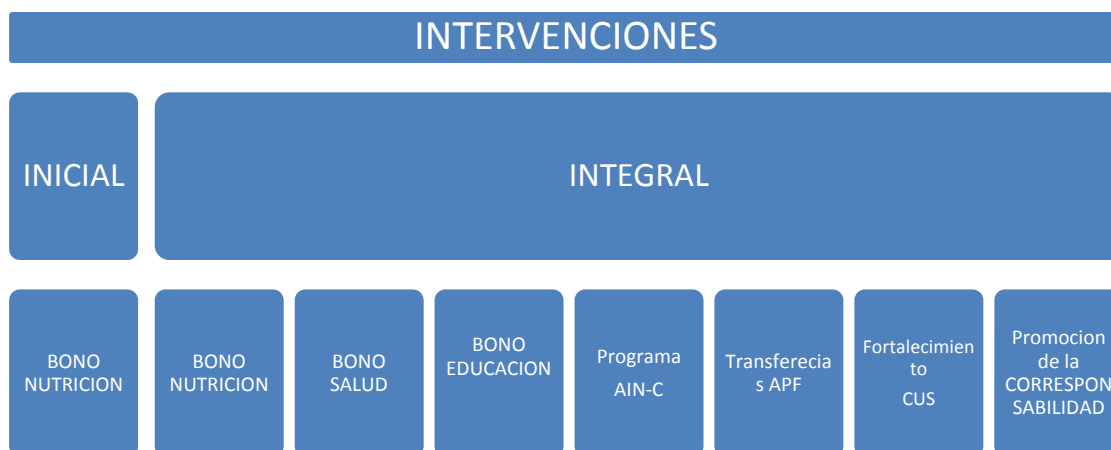
¹¹ Programa de Apoyo Integral a la Red de Protección Social. Línea De Crédito Condicional Para Proyectos De Inversión (HO-1012) Y Primer Programa (HO-L1032)

aldeas según el nivel de pobreza, esta incorporación se operativizó en una etapa de Intervención Inicial (151,000 hogares) y una etapa de Intervención Integral (22,000 hogares). De esta forma el PRAF cubrió a 173,000 hogares, tanto con fondos nacionales, como de Crédito Externo. El programa 1568/SF-HO atendería de ese total a 22,000 hogares de la Etapa de Intervención Integral, que se encontraban situados en los cuatro Departamentos (Lempira, Intibucá, Santa Barbara y La Paz) con mayores tasas de incidencia de extrema pobreza del país.

- En la etapa de Intervención Inicial cuyas transferencias fueron financiadas en su totalidad por fondos del GHO, el PRAF se apoyó el consumo de los hogares beneficiarios mediante la entrega de un Bono de Nutrición de US\$113 por año por hogar. En esta etapa, no se exigieron corresponsabilidades, pero se promovió la demanda de servicios de salud y educación por parte de los hogares beneficiarios.
- En la etapa de Intervención Integral, además del Bono de Nutrición, que se entregó durante la etapa inicial, se agregó un Bono de Educación de US\$97(Lps. 1846) por año y un Bono de Salud de US\$50(Lps. 990) por año, sujetos al cumplimiento de corresponsabilidades en salud y educación. Dadas las necesidades de fortalecimiento de la oferta de servicios de salud y educación, se acompañaría a los hogares beneficiarios mediante una estrategia comunitaria de mejoramiento de servicios de salud y educación con un enfoque de gestión comunitaria. Esta estrategia incluyó: (i) la expansión y seguimiento del Programa AIN-C ; (ii) la organización, legalización, capacitación y transferencia de fondos a: (a) las APF que destinarán los recursos para el financiamiento de proyectos relacionados con el mejoramiento de servicios educativos, y (b) a los CUS que utilizarán la transferencia para constituir Fondos Comunitarios de Salud que financien los gastos de transporte y cuidado para garantizar el parto seguro de las mujeres embarazadas, y un botiquín de suplementos y medicinas para la comunidad; (iii) promoción de corresponsabilidades y talleres de acompañamiento a los hogares beneficiarios; y (iv) articulación del programa con la oferta de diferentes programas complementarios, como parte de una estrategia de salida.¹²

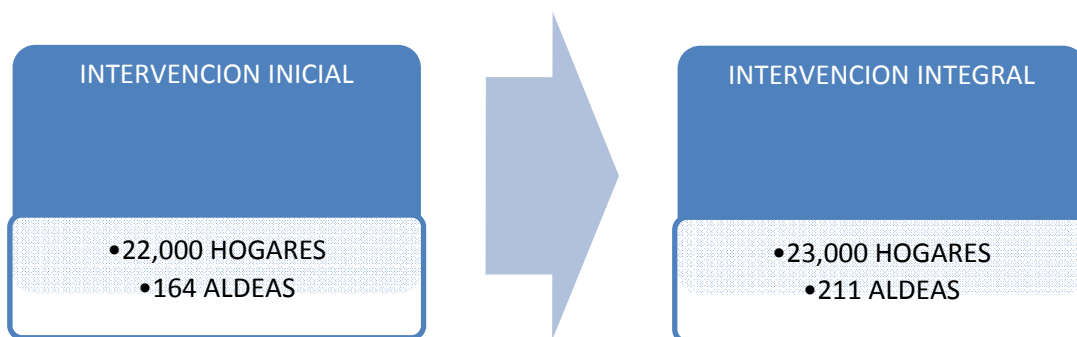
Gráfico 6. Etapas de Intervención de la Estrategia de Protección Social

¹² Estos lineamientos son parte integral del nuevo programa del BID.



Teniendo en cuenta que el 71% de los recursos del Programa estaban destinados a la entrega de bono, es importante analizar la dinámica de entrega de los bonos y los ajustes que se hicieron al monto durante la ejecución del Programa.

Gráfico 7. Metas programadas para la entrega de bonos



En términos de la estructura de los bonos, en el año 2007 (Septiembre) se realizó el primer pago de la transferencia a 21,249 hogares, bajo un esquema de alistamiento para la entrada del Programa. Es importante anotar que del total de la población beneficiaria, aproximadamente un 43.4% de población pertenece a población indígena, en su mayoría a la etnia Lenca.¹³

Entre finales del 2006 y el 2007 el programa realizó la entrega en las 164 aldeas iniciales, a comienzos del 2008 como consecuencia de la crisis de precios de los alimentos el PRAF solicitó la reorientación de fondos del Programa para ampliar la intervención a 211 aldeas adicionales en los 4 departamentos objeto del Programa.

¹³ Según datos de la Encuesta de Desarrollo Humano.

En el año 2008 se estructuró la entrega a través del Bono Solidario (Nutrición) equivalente a US\$113 (Lps. 2,150) y el Bono de Salud equivalente a US\$22 (Lps. 000) y se pagó a 22,153 hogares de las 164 aldeas iniciales y a 22,437 hogares de las 211 aldeas adicionales de los cuatro departamentos seleccionados. El Bono Nutrición se entregó a los hogares sin cumplimiento de la corresponsabilidad y justificado por la crisis de alimentos del 2008. Complementario, al Bono Salud y Educación y al Bono Solidario el PRAF, en forma complementaria con recursos nacionales, entregaron bonos a la tercera edad, como parte de la etapa de intervención integral¹⁴. En el Anexo 4 se presentan las cifras desagregadas de pago por departamento y municipio.

Tabla 4. Hogares beneficiarios de bonos en las 164 aldeas iniciales

Bonos	2007	2008	2009
Salud y Educación	21,249	22,035	
Solidario		22,153	21,577
Tercera Edad		3,261	

Tabla 5. Hogares beneficiarios de bonos en las 164 aldeas iniciales y las 211 Adicionales

Bonos	2007	2008	2009
Salud y Educación	21,249	22,035	
Solidario		44,590	21,577
Tercera Edad		7,815	

2.2.6 Contratación de OPS para apoyar el fortalecimiento de la oferta

En el marco de la ejecución del Programa las OPS cumplieron un papel fundamental porque se constituyeron en el implementador e interlocutor del PIPS a nivel local con las comunidades y los beneficiarios.

Las OPS se contrataron como respuesta a las limitaciones en el acceso a servicios de salud de la poblaciones beneficiarias, las cuales fueron detectadas en el ejercicio de certificación de la oferta y para garantizar un acompañamiento permanente a los hogares con el fin de inducir cambios en su conducta y comportamiento frente al autocuidado, la prevención y promoción de la salud y la nutrición y para promover el cumplimiento de las corresponsabilidades. De esta forma se buscaba que las OPS llenaran un vacío

¹⁴ La entrega de estos bonos resultó importante porque visibilizó el carácter integral del Programa y la incorporación de otros miembros de la familia como beneficiarios de las transferencias. De acuerdo con algunos entrevistados, esto evidenciaba la homologación y la utilización de los mismos procesos para entregar los diferentes bonos.

complementando las debilidades de la oferta, pero apoyando a la demanda a través de la promoción de la corresponsabilidad y del monitoreo continuo.

Las OPS tuvieron la tarea de apoyar la implementación del Programa, mediante la realización de actividades relacionadas con el levantamiento de corresponsabilidad en salud y educación, la implementación de servicios de Atención Integral a la Niñez en la Comunidad (AIN-C), el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias a través de la organización y capacitación de Asociaciones de Padres de Familia (APF) y organización de Comités de Usuarios (CUS), la realización de Talleres de Capacitación a Beneficiarios y la realización de asambleas comunitarias y actualización de información de beneficiarios, entre otras.

Para su contratación se siguieron los procedimientos establecidos por el Banco, el primer proceso licitatorio se declaró desierto y en el segundo semestre del 2006 se realizó la Licitación Pública Internacional SP/PRAF/BID-1568/001-2007 y como resultado final adjudicaron 11 lotes y se contrataron los servicios de la Asociación de Profesionales S.A. de C.V. (ASP Consultores), Catholic Relief Services (CRS), y Christian Children's Fund de Honduras (CCF), para apoyar la implementación del modelo de atención integral MAI en las aldeas beneficiarias del Programa.

En el marco del primer contrato de servicios (2007 -2008) estas Organizaciones brindaron asistencia técnica y capacitación durante un periodo de un año y seis meses en 164 aldeas de los Departamentos de Lempira, Intibucá, La Paz y Santa Bárbara, teniendo la responsabilidad de dar seguimiento a la corresponsabilidad a 22,164 hogares, distribuidos en 11 lotes. La conformación de los lotes según municipios y aldea se detalla en Anexo 7. En el cuarto siguiente se indica la asignación de lotes por Organización contratada.

Tabla 6. Asignación de lotes por OPS

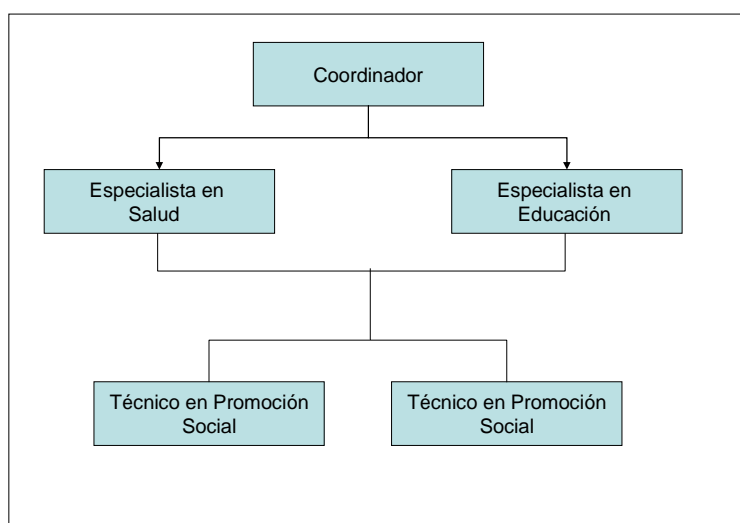
LOTE	OPS
Lote 1	ASP Consultores
Lote 2	ASP Consultores
Lote 3	ASP Consultores
Lote 4	Christian Children`s Fund de Honduras
Lote 5	Christian Children`s Fund de Honduras
Lote 6	Christian Children`s Fund de Honduras
Lote 7	Christian Children`s Fund de Honduras
Lote 8	ASP Consultores
Lote 9	Catholic Relief Services (CRS)
Lote 10	ASP Consultores
Lote 11	Catholic Relief Services (CRS)

A comienzos del 2009, como parte de una estrategia para la ampliación de cobertura del modelo de atención integral a aldeas focalizadas dentro de los mismos cuatro departamentos, las OPS iniciaron la instalación de servicios en 211 aldeas adicionales en el periodo de diciembre 2008 a junio 2009, además del reforzamiento de servicios brindado en el mismo periodo en las 164 aldeas originales. Igualmente, la consolidación e implementación del modelo de atención fue interrumpida por los eventos políticos de junio 2009.

Como parte de los requisitos que debían cumplir las OPS se encontraba el de estar debidamente inscrita y registrada como Proveedor de servicios en la Dirección de Regulación de la Secretaría de Salud. Las tres OPS que participaron en el Programa cumplieron a cabalidad con este requisito.

Para el desarrollo de las actividades las OPS debían contar con un equipo humano con un esquema organizacional similar al que se presenta en el siguiente diagrama. Las OPS organizaron los equipos de trabajo con base en esta estructura indicativa.

Gráfico 8. Organización Operativa de las OPS



Fuente: Elaboración propia 2010 con base en los informes de ejecución de las OPS

Para responder a los compromisos contractuales y a los objetivos operativos las OPS realizaron un despliegue operativo a través de una infraestructura de recursos para garantizar la capacidad logística y el cumplimiento de los planes de trabajo, el cuadro adjunto presenta algunas cifras indicativas de la capacidad instalada que las OPS pusieron al servicio del PIPS.

Tabla 7. Recursos y capacidad instalada de las OPS

Descripción	Departamento				
	Intibucá	Lempira	La Paz	Santa Bárbara	Total
No. Especialistas Salud	6	5	2	1	14
No. Especialistas Educación	3	6	2	1	12
No. Promotores	26	41	8	3	78
No. Motorista	6	5	1	1	13
No. Vehículos 4x4	3	5	2	1	11
No. motocicletas	4	9	2	1	16

Fuente: O'Connell, Lesley. Síntesis de los logros y avances del Programa Integral de Protección Social. Documento Preliminar. 2009.

Desde el punto de vista operativo las OPS estaban supeditadas a los lineamientos establecidos por la Unidad Coordinadora del Proyecto UPC dentro de lo definido en los documentos Marco de Programa.

Mensualmente las OPS debían reportar a los Gestores de Enlace la información de su gestión y desempeño tanto en los aspectos técnicos como en los administrativos. De la misma forma las OPS debían ingresar todos los datos del proceso en la aplicación automatizada del Programa y entregar el archivo electrónico con los datos actualizados.

La UPC también tenía a su cargo el seguimiento al desempeño de las OPS por medio de un plan de supervisión consistente en visitas de supervisión en las aldeas, revisión aleatoria de expedientes para verificar la corresponsabilidad, visita a los centros educativos y escuelas para verificar la corresponsabilidad, entrevistas a los beneficiarios y beneficiarias y revisión de los informes de las OPS.

Para el proceso de monitoreo el Programa se contaba con el Sistema de Monitoreo y Evaluación de las Prestadoras (SIMEP) como el instrumento para realizar la medición sistemática y continua en el tiempo del desempeño de las OPS en el marco de los contrato de prestación de servicios y para conocer y valorar los resultados de su gestión su comparación con las metas esperadas.

Como parte de la operación del Programa, el PRAF formuló el diseño técnico del sistema de monitoreo y evaluación del desempeño de las organizaciones prestadoras de servicios (SIMEP)¹⁵, sin embargo este sistema quedó en su etapa de diseño y no fue puesto en operación.

Las principales funciones a cargo de las OPS se indican en el cuadro siguiente:

¹⁵ PRAF. Sistema de Monitoreo y evaluación del Desempeño de las Organizaciones Prestadoras De Servicios –SIMEP-. Versión 2.0. Tegucigalpa, Junio 2006.

Tabla 8. Objetivos a cargo de las OPS

No	Objetivo
1	Realizar el seguimiento a la corresponsabilidad de los beneficiarios y beneficiarias del Programa.
2	Implementar y/o dar seguimiento a la Estrategia de la Atención Integral a la Niñez Comunitaria (AIN-C).
3	Apoyar la organización y funcionamiento de los Comités de Usuarios en Salud y Asociaciones de Padres de Familia, Comités de Usuarios de Salud, Monitoras de AIN-C, Madres y Padres Voluntarias.
4	Capacitar a las Asociaciones de Padres de Familia en la planificación y ejecución de las transferencias a los centros educativos.
5	Capacitación a las comunidades.
6	Apoyo administrativo.
7	Monitoreo y Evaluación.
8	Lograr una coordinación interinstitucional e intersectorial durante la ejecución del Programa.

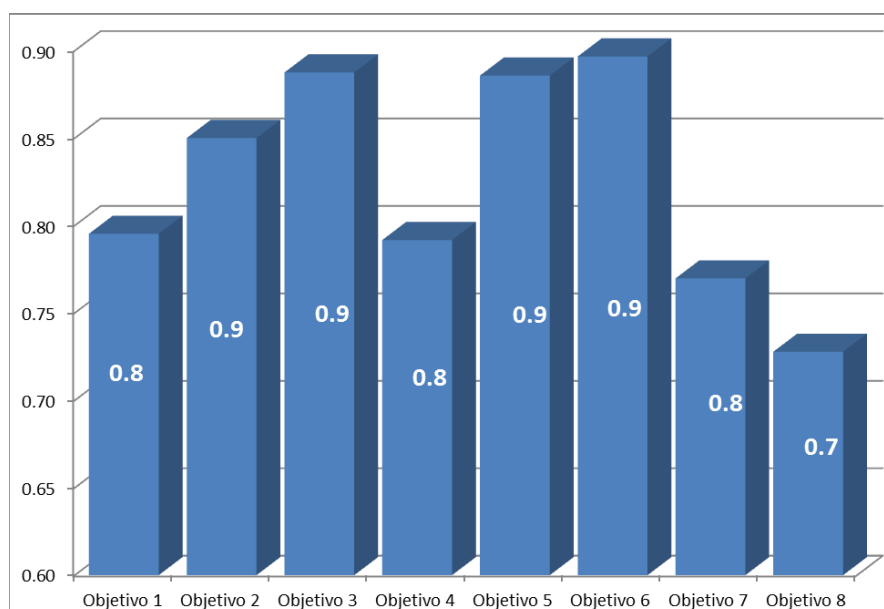
Fuente: Elaboración propia 2010 con base en el Reglamento Operativo del Programa

El listado que se presenta en cuadro anterior indica el alcance de las actividades que deberían desarrollar las OPS, de acuerdo con las entrevistas realizadas a los coordinadores operativos y especialistas se concluyó que las actividades asignadas estuvieron sobredimensionadas para su capacidad dado que no contaban con la experiencia, la capacidad organizacional y las herramientas técnicas, gerenciales y administrativas para desarrollar el conjunto de actividades exigidas. Sin embargo, como lo indican los resultados que se presentan a continuación, lograron un desempeño aceptable y se evidencia a nivel comunitario un reconocimiento del rol que jugaron en el acompañamiento a los hogares, en el fortalecimiento de la red de actores e instancias de participación comunitaria y en la promoción de los objetivos del programa (cumplimiento de la corresponsabilidad y aumento en la demanda de servicios de salud y educación).

Los resultados de la evaluación del desempeño de las OPS¹⁶ indican que el PIPS tuvo presencia, con la ampliación de cobertura, en cerca de 87 municipios, 360 aldeas, 2,386 caseríos y cerca de 61,000 hogares. En la gráfica 9 se presenta una valoración global del desempeño de los ocho objetivos del Programa en las que se tuvo en cuenta la calidad de las evidencias encontradas en los diversos informes del Programa, el esfuerzo realizado por las OPS consignado en los Programas Operativos Anuales (POA) y la disponibilidad de información. En el Anexo 3 se presentan las cifras correspondientes al desempeño de los OPS en los dos periodos de operación y en el Anexo 5 se presenta una síntesis del desempeño de las OPS.

¹⁶ Hernández, Nelson. Análisis Documental de los Resultados de la intervención de las Organizaciones Proveedores de Servicios en la ejecución del Programa Integral de Protección Social. Informe de Consultoría. Oct. 2010.

Gráfica 9. Cumplimiento Global de los Objetivos del Programa



Según la gráfica anterior, el programa presenta un desempeño adecuado en todos sus objetivos, entre un 80 y un 90% de cumplimiento. El valor promedio de cumplimiento es del 83%.

Particularmente el objetivo 7 presenta un desempeño del 77%, resultado de las dificultades que se presentaron para realizar un adecuado cumplimiento a las actividades definidas en el sistema de seguimiento y monitoreo del Programa. Como se discute más adelante la ausencia de una estrategia y de un sistema de supervisión y monitoreo que retroalimentara el trabajo de las OPS es una de las áreas de mayor debilidad en la valoración del desempeño de estas organizaciones.

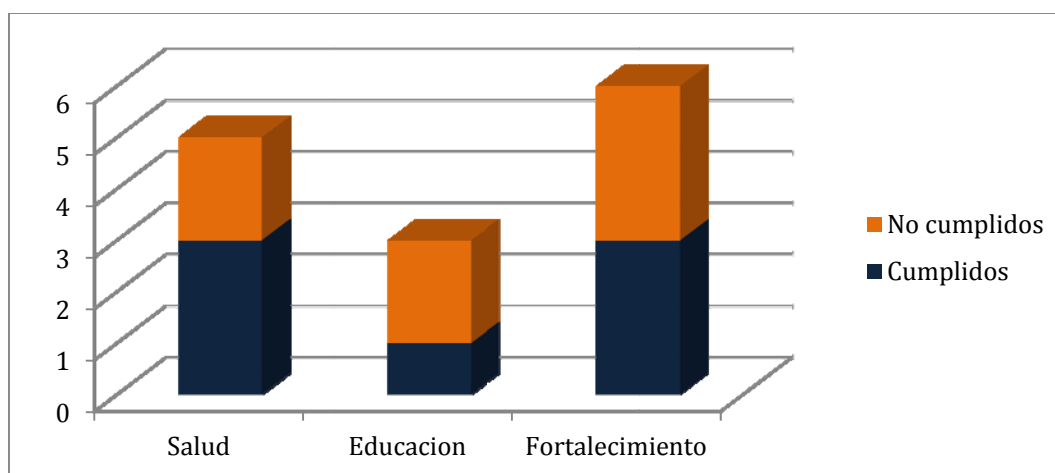
Con base en la calificación de importancia estratégica e intensidad de recursos se realizó una comparación con respecto al cumplimiento de cada uno de los objetivos del Programa. Los resultados indican que los objetivos 3, 5 y 6 que se relacionan con las actividades de capacitación tuvieron mayor cumplimiento aunque requerían menor intensidad de recursos y eran de menos importancia. Mientras que los objetivos 1 y 2 de seguimiento a la corresponsabilidad y de implementación de la estrategia de AINC, que tenían una gran importancia, tuvieron un cumplimiento alto pero no igual a los anteriores.

En efecto, estos resultados muestran que los indicadores de mayor importancia y esfuerzo (Obj1, Obj2 y Obj7) tienen un valor más bajo con relación a los objetivos relacionados con actividades de apoyo (capacitación, coordinación, apoyo comunitario y gestión administrativa) reportan, comparativamente, niveles de cumplimiento mayores. Este es

un aspecto esencial para el monitoreo, para el programa y sus resultados es más importante lograr mayores niveles de cumplimiento en las objetivos sustantivos y claves para la implementación del Modelo de Atención Integral. De todas formas, en su conjunto, el desempeño de las OPS se puede calificar de aceptable teniendo en cuenta que lograron adaptar sus esquemas de trabajo a los requerimientos del Programa.

En lo relacionado con el cumplimiento de los indicadores, los resultados indican que de los 14 indicadores, 6 indicadores fueron cumplidos y 8 no cumplidos y de los no cumplidos 5 no cuentan con información consistente para verificar su grado de cumplimiento. Esta es una consecuencia directa de no contar con un sistema de seguimiento consistente para monitorear los resultados del Programa y el desempeño de las OPS.

Gráfica 10. Cumplimiento de las metas de los indicadores



Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de las OPS. 2010

2.2.7 Estrategia de seguimiento a la corresponsabilidad

Desde el punto de vista del diseño del Programa y del esquema de operación de las Transferencias Condicionadas, la implementación de un sistema robusto y coherente de levantamiento y seguimiento al cumplimiento de las corresponsabilidades era un requisito de primera línea para el Programa. Por esta razón en su diseño se definió que se contratarían las OPS para levantar la información relacionada al cumplimiento de las corresponsabilidades en salud y nutrición en coordinación con los comités de usuarios de salud y de esta forma el PRAF contaría con información confiable y actualizada para dar seguimiento al cumplimiento de las corresponsabilidades.

Las OPS realizaron las actividades de levantamiento de información con relación al cumplimiento de la corresponsabilidad en salud¹⁷, los resultados consolidados indican un cumplimiento promedio del 77%, aunque no hay información completa para todos los lotes de intervención de las OPS, esto valores no son completamente representativos.

Tabla 9. Cumplimiento de la corresponsabilidad en salud

Lote	Hogares	2008	2009	Variación
1	3.973	71,00%		71,00%
2	3.727	86,00%		86,00%
3	5.946	82,00%		82,00%
4	4.404	100,00%	88,00%	88,00%
5	1.393	100,00%	72,00%	72,00%
6	7.757	93,90%	100,00%	100,00%
7	5.013	75,00%	82,00%	82,00%
8	6.454	17,00%		17,00%
9	4.700	92,00%		92,00%
10	3.966	38,00%		38,00%
11	9.067	95,00%		95,00%
Total	56.400			76.85%

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de las OPS. 2010

Con relación al cumplimiento de la corresponsabilidad en Educación¹⁸ se observa un porcentaje más alto, el valor promedio es del 97%, pero igualmente la información disponible nos es representativa

Tabla 10. Cumplimiento de la corresponsabilidad en educación

Lote	Hogares	2008	2009	Variación
1	3,973	98.15%		98.15%
2	3,727	96.86%		96.86%
3	5,946	97.31%		97.31%
4	4,404	95.00%	98.00%	98.00%
5	1,393	96.00%	96.00%	96.00%
6	7,757	94.60%		94.60%
7	5,013	90.00%	100.00%	100.00%
8	6,454	96.50%		96.50%

¹⁷ Definida como el porcentaje de hogares que cumplen la corresponsabilidad en salud, que comprende la asistencia a capacitaciones, controles de crecimiento y desarrollo a menores de 5 años, control embarazadas y púerperas.

¹⁸ Definida como la matriculación de todos los niños de primer a sexto grado en la escuela y no más de 9 inasistencias por niño durante un trimestre

Lote	Hogares	2008	2009	Variación
9	4,700	93.88%		93.88%
10	3,966	99.00%		99.00%
11	9,067	95.80%		95.80%
Total	56,400			96.72%

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de las OPS. 2010

El equipo del Programa realizó algunas mediciones puntuales de cumplimiento de las corresponsabilidades, las cuales no tuvieron una metodología de muestreo que garantizara su representatividad. Por ejemplo en el 2008 se indicaba que el análisis preliminar de la recolección de corresponsabilidad reflejó un aumento en la matrícula de niños(as) en un 17%¹⁹

Los resultados anteriores confirman varios hallazgos importantes en materia de seguimiento a la corresponsabilidad:

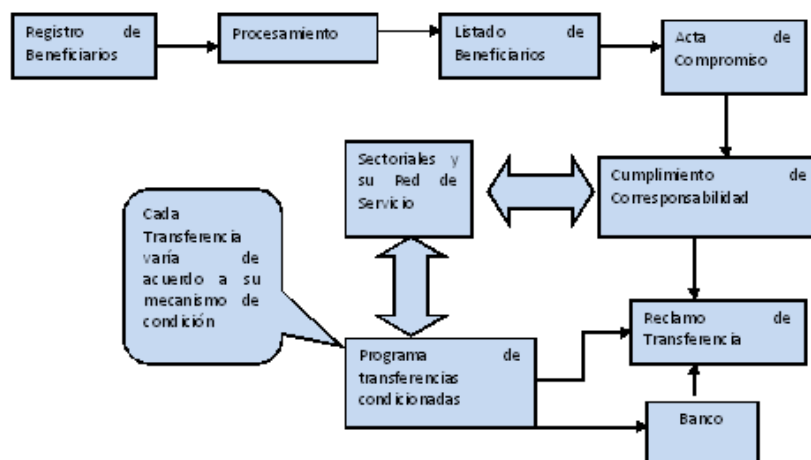
- El programa no asignó la importancia y prioridad requerida al levantamiento de información, establecimientos de los mecanismos de control de calidad y oportunidad para el seguimiento a la corresponsabilidad.
- La entrega de bonos sin verificar el cumplimiento de las corresponsabilidades, en la primera entrega de preparación para la entrada del Programa y posteriormente debido a la crisis de los precios de los alimentos, no facilitaron la consolidación de un esquema operativo que priorizara los procesos de levantamiento, análisis y uso de la información de corresponsabilidad.
- No hubo una exigencia hacia las OPS para garantizar el flujo de información para garantizar el seguimiento continuo a las corresponsabilidades.
- Al interior del Programa la Unidad de Sistemas no logró definir y consolidar procesos y procedimientos para el ciclo de producción de la corresponsabilidad.
- La información de corresponsabilidad disponible en el Programa se encuentra dispersa y no se utilizó la plataforma del SIPRAF para su administración y procesamiento.

En el año 2008 en el marco del denominado Sistema de Protección Social (SIPROS) se definió un esquema de funcionamiento de las corresponsabilidades. El SIPROS fue conceptualizado como una serie de intervenciones y modelos de inversión para desarrollar potencialidades de inversión en capital humano por medio de los principios de solidaridad, desarrollo social y asociativismo comunitario, a través de ejes de servicio: salud, educación, productividad, transferencias de capacidades e información de conductas, soluciones nutricionales, mejoramiento de condiciones de vivienda, empoderamiento de los grupos etarios conforme apoyos a necesidades identificadas, basadas en la participación comunitaria.

¹⁹ Ayuda Memoria Misión de Orientación 16 a 19 de septiembre de 2008, Anexo II Resultados de la Misión.

Dentro del SIPROS, se definieron niveles administrativo y técnicos para garantizar la gradualidad de las intervenciones, la entrada y salida de aldeas y hogares, por medio de fases definidas como entradas y salidas del sistema, que tienen la intencionalidad de no generar presión fiscal, y realizar mayores sinergia institucionales para la oportuna y eficaz intervención comunitaria. En este contexto se definió un ciclo de verificación de la corresponsabilidad basado en que el SIPROS realizaba la recolección de datos que reportan las intervenciones así mismo las organizaciones comunitarias que se tengan en la comunidad participan y asistentes a los beneficiarios y sus contrapartes institucionales, es decir que en el nivel local, las asociaciones de padres de familia y los comités de usuarios de salud, son colaboradores de los servicios de salud y educación para asegurar tanto el cumplimiento como la validación de la información que se tome en el campo de cada uno de las familias beneficiarias, debiendo ser entregada al enlace comunitario, para su remisión a las oficinas departamentales que SIPROS.²⁰ El ciclo propuesto se indica en el diagrama adjunto.

Gráfica 11. Ciclo de levantamiento y verificación de la Corresponsabilidad del SIPROS



Fuente: Elaboración propia con base en SIPROS.

Esta propuesta no logro implementarse durante la fase de la intervención integral y quedó a nivel de propuesta.

2.2.8 Relaciones y Coordinación Interinstitucionales

Durante la ejecución del Programa se suscribieron varios convenios con instituciones del Estado con el fin de apoyar el cumplimiento de objetivos del programa y de alinear el

²⁰ Programa de Asignación Familiar (PRAF). Sistema Integral de Protección Social. Tegucigalpa, M.D.C diciembre de 2008.

programa con los objetivos de la Red Solidaria. El contenido y alcance de los convenios suscritos se indican en la tabla siguiente.

Tabla 11. Convenios de Cooperación Suscritos

Convenio	Descripción
Convenio de cooperación entre la secretaria de salud pública y el Programa de Asignación Familiar (PRAF).	La finalidad del presente Convenio es formalizar y fortalecer las relaciones de cooperación técnica entre ambas partes y aprovechar en forma óptima los recursos institucionales, con el propósito de fortalecer de forma efectiva la Política y el Plan Nacional de Nutrición, de una forma que permita integrar las acciones sobre nutrición y seguridad alimentaria, a través del PIPS.
Convenio de cooperación técnico administrativa entre la secretaria de estado en el despacho de educación y el Programa De Asignación Familiar (PRAF).	Este Convenio se orienta a formalizar y fortalecer las relaciones de cooperación técnico administrativas ya existentes entre ambas partes y aprovechar en forma óptima los recursos institucionales, así como articular estrategias y acciones dirigidas al mejoramiento de la educación y a la reducción de la pobreza de la población beneficiaria por el “Proyecto 1568”, a fin de que los escolares de primero a sexto grado adquieran una mejor calidad educativa.
Convenio interinstitucional entre el Programa de Asignación Familiar (PRAF) y el Banco Nacional de Desarrollo Agrícola (BANADESA).	El PRAF, a través de la Coordinación de Bonos, tiene el propósito de realizar entregas monetarias a las familias beneficiadas del Bono Tradicional, o Bono Solidario a nivel nacional. Para efecto de reforzar las acciones en cuanto a procesos de transparencia y sin intermediación, se ha definido desarrollar con apoyo de BANADESA, una colaboración interinstitucional con la finalidad de que se realice el pago directo a los beneficiarios del Proyecto del Bono.
Convenio de cooperación interinstitucional entre el registro nacional de las personas y el Programa de Asignación Familiar.	Durante el levantamiento del Registro Único de Beneficiarios, se constató que entre un 20% y un 25% de los ciudadanos carecen de una identificación, hecho que motivó a suscribir un Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el PRAF y el Registro Nacional de las Personas (RNP). El Convenio, incide asimismo en la ejecutoria de la Red Solidaria, ya que el derecho a la ciudadanía, es inmanente a cada habitante del país. Este Convenio tiene por objeto determinar la cooperación que se efectuará en forma recíproca entre el PRAF y el RNP, en el marco de sus competencias y en los aspectos técnicos, administrativos, logísticos, informáticos y formativos.

Fuente: Convenios PRAF.

Estos convenios fueron firmados para apoyar la ejecución del Programa y fueron renovados con la Secretaria de Educacion y Salud. En el último convenio el Programa promovió la conformación del Equipo Técnico de Acompañamiento Institucional en Salud (ETAIS). Para la conformación de este equipo, se realizaron reuniones en diferentes momentos, obteniéndose la conformación de un equipo que dio acompañamiento técnico a las actividades del proyecto y participó prestando apoyo al desarrollo con la participación de los Programas Nacionales de Atención en Salud y con la Sub – Secretaría de Redes de Servicios de Salud. Este enlace no tuvo efectos importantes en la

consolidación de una estrategia efectiva de coordinación con la Secretaría de Salud. En consecuencia este convenio no logró inducir una efectiva coordinación y articulación entre el PRAF y la Secretaría de Salud.

2.2.9 Logros en la instalación de capacidades ciudadanas

La intervención del programa ha provocado mejoras sustantivas en varios aspectos relacionados al bienestar de las familias beneficiarias, que van más allá de la Salud y de la Educación. Uno de los logros más importantes del programa es la mejora de las capacidades para ejercer ciudadanía, especialmente entre las mujeres participantes del programa. Para ilustrar lo anterior, en el Anexo 3 se presenta un análisis sobre los beneficios percibidos por las familias y por miembros de la comunidad, el cual está basado en un estudio cualitativo realizado en 2010 en varias aldeas participantes del programa²¹. Los resultados de la evaluación cualitativa muestran que las y los participantes perciben una imagen positiva del programa en los siguientes aspectos:

- El acompañamiento familiar y el reforzamiento de la corresponsabilidad
- La continuidad en los servicios y la entrega de nuevos conocimientos y habilidades que les ha permitido mejorar el manejo de la salud de los niños, la creación de ambientes saludables y entorno ha adecuado para el crecimiento de los niños y la práctica de hábitos nutricionales adecuados.
- El empoderamiento de las mujeres como titulares de los bonos en lo relacionado con la toma decisiones sobre los gastos del hogar y la vinculación del gasto de la transferencia con bienes y servicios relacionados con el bienestar del hogar y de los niños.
- El personal de campo se ha convertido en un instrumento clave en la divulgación de las acciones que realiza el programa en las comunidades.
- El mejoramiento de los procesos de empoderamiento, participación y auditoria social producto del acompañamiento de las OPS, impulsó los procesos de autogestión local.
- El fortalecimiento de la red de organizaciones sociales comunitarias a través de la entrega de servicios de asistencia técnica, tutoría y capacitación.

Otro aspecto importante es el fortalecimiento del capital social a través de la promoción y reforzamiento de las capacidades organizativas y administrativas de las organizaciones comunitarias. Un factor determinante de éste tipo de logro ha sido el apoyo de los promotores y promotoras de las OPS, quienes son la cara visible del programa (y del PRAF) para los beneficiarios.

Además, los resultados muestran cambios positivos en el fortalecimiento de la red de actores y organizaciones locales como los Comités de Usuarios en salud y las Asociaciones de Padres de Familia. Para el primer caso entre el 2007 y el 2009 se aumentaron de 174 a

²¹ Sandoval, Mauricio. Valoración de la Percepción de los Beneficiarios del Programa 1568. Documento de trabajo para el PCR.

304 los CUS organizados y de 448 a 911 las APF organizadas. Estos resultados indican el rol de las OPS en la promoción de la organización de las comunidades. En este contexto el trabajo de las OPS contribuyó a la promoción y fortalecimiento de gestión comunitaria participativa.

2.2.10 Desarrollo del proceso de homologación

El proceso de homologación se diseñó e implementó como una respuesta a las siguientes deficiencias identificadas en la operación del PRAF:

- Diferentes criterios para la selección de beneficiarios y para algunos programas la no aplicación de criterios de focalización.
- Diferentes aplicaciones en los esquemas de corresponsabilidad
- Aplicación de diferentes procesos operativos para la entrega de bonos
- Diferentes procedimientos de pago
- Debilidades en los procesos y procedimientos de control en los programas
- Ausencia de procesos estandarizados de trabajo

Ante la decisión del Gobierno de convertir al PRAF en la institución líder en la ejecución de Programas de Protección Social y de llegar a la meta de cobertura de 200.000 hogares, el fortalecimiento del PRAF y la homologación de los procesos y prácticas del PIPS se convirtió en una tarea prioritaria para el nivel directivo.²²

El proceso de homologación se estructuró en dos áreas: la técnica y la administrativa. En la parte técnica el proceso de homologación tenía como elementos centrales: i) El Registro de Beneficiarios, ii) El pago vía el sistema bancario, iii) El hogar como unidad de intervención y pago, iv) unificación de las edades y coberturas del Bono de Salud y Educación y vi) la implementación de la promoción unificada de corresponsabilidades. En el componente administrativo se buscaba la unificación de los procedimientos administrativos de pago y del ciclo administrativo financiero de las transferencias. Al final del Programa se puede indicar que la homologación técnica se cumplió satisfactoriamente, la homologación administrativa fue parcial y reducida.

Como se indica más adelante, el proceso de homologación se implementó por dos vías: primero por el diseño del programa y segundo por la inclusión de condiciones de homologación en el Programa Sectorial de Apoyo a la ERP (Proyecto 1804 SF-HO).

Las Directivas y el equipo técnico del PRAF entendieron el proceso de homologación como un requisito para la modernización y para una administración eficiente. A través de estas acciones se buscaba lograr una mayor focalización de los programas a favor de las

²² Entrevista con Olga Lidia Díaz, Ex directora del PRAF

poblaciones más pobres, promover la transparencia dentro de los procesos y lograr mayores niveles de eficiencia en la utilización de los recursos.

Al realizar un balance del grado de avance y de apropiación del proceso de homologación, es evidente que se avanzó más en la parte técnica y menos en la administrativa debido a que la homologación en la parte administrativa requería estar acompañado de un proceso de reorganización institucional.

En las entrevistas y grupos focales con el PRAF se destaca que el proceso de homologación se constituyó en un reto institucional, de tal forma que la homologación logro concretarse más rápidamente en la adopción de los mecanismos y estándares del PIPS aplicables a los procesos técnicos.

Adicionalmente, es importante destacar que en el diseño del Programa se estableció que para asegurar la implantación del proceso de homologación entre el PIPS y el PRAF, el desembolso del 50% de los recursos de los Componentes 1 (Salud y Nutrición) y 2 (Educación) estará condicionado a los avances en la implementación de sistemas para mejorar los procesos de administración, focalización de beneficiarios, pago de transferencias, y de monitoreo y evaluación de los otros programas de transferencias monetarias condicionadas (Bono Escolar y Bono Materno-Infantil) que ejecuta el PRAF con fondos nacionales. Esta condición permitió agilizar y consolidar el proceso de homologación.

Como resultado del proceso de homologación, el PRAF logró incorporar dentro de su estructura operativa un conjunto de procesos y procedimientos irreversibles (Ver Análisis de Sostenibilidad) que ya forman parte de la línea de producción de servicios y de entrega de bonos con Fondos Nacionales. La homologación se extendió a 128,000 hogares beneficiarios de bonos con recursos nacionales, más los 45,000 hogares del PIPS. Los principales procesos objeto de la homologación que actualmente siguen vigentes son:

- Focalización a nivel de Aldeas
- Hogar como unidad de intervención y pago
- Registro de Beneficiarios,
- Certificación de la oferta
- Pago vía el sistema bancario
- Unificación de las edades y coberturas del Bono de Salud y Educación
- Creación de la Unidad de Monitoreo y Evaluación

2.2.11 La Reorganización el PRAF

El proceso de transformación institucional del PRAF que fue apoyado desde el PIPS contó con dos instancias de dirección y coordinación: El Comité interinstitucional y el Comité

Operativo. Aunque no funcionaron regularmente sirvieron de espacios para discutir y analizar las propuestas de reorganización.

La propuesta de reorganización del PRAF plantea la transición hacia una institución especializada en Transferencias Condicionadas (TC) dentro de un marco general de políticas y normas operativas que enmarcan la conducción del Programa en dos grandes líneas estratégicas, la Rural y la Urbana. La propuesta incluyó la armonización y consolidación de programas, se desarrolló y dimensionó una nueva estructura de organizacional para el programa.²³

Con los lineamientos acordados sobre la armonización, consolidación y racionalización del Programa, se plantea la estructura organizacional que deberá implementarse. Esta permite mantener y preservar el equilibrio del programa, y responde a las exigencias de funcionalidad, flexibilidad y de adaptación rápida a los cambios del entorno, garantizando la transparencia en los procesos administrativos, financieros y técnicos.

La estructura organizacional plantea un diseño funcional que se alinea con una organización que tiene objetivos estratégicos, funciones, procesos y un marco legal. La propuesta plante los siguientes elementos:

- Organización por Funciones
- Estructura matricial (5 niveles funcionales organizativos)
- Propone Procesos Integrados
- Define funciones por área funcional
- Facilita la generación de indicadores por proceso
- Programación y Planificación Financiera Integrada
- Genera Requerimientos de Sistematización Integrales
- Simplifica la Integración Operativa y Financiera

La propuesta de reorganización del PRAF fue aprobada por el Consejo Directivo en el 2008, pero no fue implementada debido a la restricción de recursos y a la no asignación de recursos por parte del Ministerio de Finanzas.²⁴

2.2.12 Certificación de la Oferta

En el diseño de la operación estaba previsto que durante la etapa preparatoria y de arranque el PIPS realizaría un diagnóstico a los establecimientos de salud y educación localizados dentro de los municipios objeto del Programa. Este diagnóstico tenía como

²³ Lacayo, Carlos. Reorganización Institucional del PRAF. Informe Final. Diagnóstico y Propuesta de Reorganización PRAF en el Marco de la Red Solidaria.

²⁴ Entrevistas con funcionarios del PRAF.

finalidad, realizar una caracterización de los establecimientos en lo relacionado con la prestación de servicios, los recursos con los que cuentan, la gestión de los servicios, la existencia de organizaciones locales como CUS o APF y la identificación de programas y/o proyectos relacionados con las actividades e intervenciones del Programa 1568/SF-HO, como paso previo a una Certificación de la Oferta en los municipios seleccionados y en las aldeas focalizadas.

Este diagnóstico de establecimientos servirá para identificar las actividades prioritarias para fortalecer la capacidad resolutive de los establecimientos y para coordinar con el Comité Técnico Interinstitucional del Programa las acciones de apoyo que se requieren por parte de las Secretarías de Salud y Educación para garantizar La oferta de prestación de servicios.²⁵

Para el caso de Salud se definieron como criterios de evaluación la calidad, oportunidad y acceso, de acuerdo con los siguientes parámetros:

Calidad de servicios incluyendo:

- Infraestructura: edificación, red servicios sanitarios
- Recurso Humano: personal de acuerdo a su perfil de servicios
- Instrumentos de Servicios: materiales e insumos de servicios, herramientas de servicio
- Institucionalidad: identificación de sectorial
- Satisfacción del usuario: calidad de prestación y continuo uso del mismo

Oportunidad de servicios incluyendo:

- Criterios de Capacidad de resolución de la demanda de servicios de acuerdo al nivel administrativo y atención de cada secretaria,
- Procedimientos de recolección de demanda,
- Identificación de los requerimientos de la demanda,
- Determinación de brechas de servicios.

Acceso incluyendo:

- Criterios de servicio por acceso geográfico: relación de distancia de domicilio a lugar de prestación de servicio.
- Agrupación poblacional: definición de grupos etarios y atención de servicios por definición institucional.

²⁵ Análisis de la oferta sectorial de educación y salud aldeas Programa de Integral de Protección Social. (PIPS) PRAF-BID No.1568/SF-HO. Mayo 2008

La información de estos criterios se cuantificó de acuerdo a los parámetros que se indican en la tabla adjunta.

Tabla 12. Parámetros para la calificación de los establecimientos de salud

Calificación	Numero	%
--------------	--------	---

Porcentaje	Calificación	Criterio
Mayor o igual 80 % >	Ideal	Calidad, Oportunidad y Acceso
Mayor o igual 70 y 79 %>	Aceptable	Calidad, Oportunidad y Acceso
Mayor o igual 60 y 69% >	Rechazado	Calidad, Oportunidad y Acceso

Para el sector salud se analizaron 203 establecimientos de los cuales 40 establecimientos contaban con infraestructura y acceso adecuados, estas unidades tenían una cartera de servicios que priorizaba la atención al grupo de mujeres entre 18 y 35 años y la atención al control de crecimiento de los niños entre 0 a 12²⁶. Con respecto al acceso se encontró que el 52%, de los establecimientos (106 unidades de servicios) están localizados a más de una hora para llegar al establecimiento, lo cual revela limitaciones en el acceso.

En el caso de los establecimientos de Educación se consideraron variables como la modalidad de vinculación del Director, el tipo de establecimiento, la relación maestros-alumnos, alumnos con pupitres en los centros educativos que se encuentran brindando servicios a las aldeas intervenidas por el Programa.

Los resultados consolidados muestran que 80% de los establecimientos educativos ofrecen servicios adecuados en el ciclo básico y cumplen con las condiciones de oportunidad y acceso.

Tabla 13. Resultados de la certificación de la Oferta Educativa

²⁶ Estos grupos poblacionales son los que la mayor frecuencia de embarazos y el más alto riesgo de morbilidad y muerte.

Aprobada	442	80%
Rechazada	111	20%
Total general	553	100%

Se combinaron ambos criterios de oportunidad y acceso, para conocer el comportamiento de las aldeas y así poder certificarlas a nivel de programa. Los resultados muestran que el 80% de los establecimientos educativos cumplen con los estándares mínimos para la certificación de la oferta. Adicionalmente se identificaron 445 asociaciones de padres de familia operando en el área de influencia del PIPS.

En resumen, el ejercicio de certificación de la oferta permitió identificar que la oferta educativa tiene mayor accesos a servicios de educación primaria, pero con una menor calidad)maestro-a-alumno y pupitres. Por el lado de la oferta de salud, hay una buena calidad y servicios, pero con un limitado acceso debido a las distancia de los centros y unidades de servicios.

En el año 2008 el sistema de Certificación de la Oferta fue aplicado para la Red Solidaria y con cobertura Nacional.

2.2.13 Establecimiento del Registro de Beneficiarios

El Sistema de Registro de Beneficiarios de Honduras (SIRBHO), se desarrolló como una respuesta a la una necesidad de disponer de un sistema de información integral, actualizado y consistente, que pudiera registrar a los potenciales beneficiarios de todos los programas sociales que coordinará la Red Solidaria en las aldeas más pobres del país, seleccionadas mediante un procedimiento estadístico llamado focalización geográfica.

El Programa contrató asistencia técnica para la definición del marco conceptual y metodológico, el diseño de los instrumentos y la preparación de los distintos manuales utilizados para realizar las diferentes etapas durante el proceso.

Para su implementación operativa el PIPS contrató 851 personas entre el 2006 y el 2007 distribuidos en 110 supervisores de campo, 5 supervisores técnicos, 530 encuestadores, 49 críticos, 135 digitadores, 8 coordinadores y 8 asistentes de la coordinación, y 6 personas en las oficinas a nivel central. En la primera etapa del SIRBHO se ingresaron cerca de 136,000 hogares correspondientes a 730,000 personas de las 1,047 aldeas focalizadas, en 232 Municipios de 16 de los 18 Departamentos del país. El costo promedio por boleta, a precios del 2006 fue de US\$10.18 dólares. La segunda etapa se realizó a partir del 2007 para completar 200,000 hogares.

Para la administración del SIRBHO el PIPS creó y organizó la unidad de Registro de Beneficiarios para administrar la información de los 200,000 hogares incluyendo los 22,000 del PIPS de la etapa de intervención inicial y los 23,000 de la cobertura ampliada. Esta unidad resultó importante, en términos de la organización del trabajo, la estandarización de procedimientos y la unidad en el manejo de la información.

Una de las principales limitaciones del SIRBHO fue la disponibilidad de cartografía para levantar el censo. El Instituto Nacional de Estadística (INE) no contaba con la cartografía actualizada.

Para apoyar el Registro se diseñó e implementó el Sistema de Información SIRBHO para el procesamiento de la boleta de encuesta utilizada por el Registro de Beneficiarios, el cual comenzó operaciones en el mes de Julio de 2006. El sistema estaba integrado por los siguientes componentes básicos:

1. Captura de los datos de la boleta
2. Proceso de Malla de Validación y Duplicidad de Identidades
3. Respaldo y Restauración de información
4. Reportes operativos y de análisis

Las versiones subsiguientes, mejoradas por la unidad de informática del PRAF, con apoyo de un experto internacional contenían la incorporación del módulo productivo y del módulo de salud se implementaron en 20 sede regionales diferentes y contenían módulos de reportes estadísticos, el mejoramiento del proceso de instalación e implementación, actualización de validaciones, control de Asambleas Comunitarias, entre otras.

2.2.14 La Estrategia de Salida

El PIPS estableció explícitamente una estrategia de salida, a través de la cual los beneficiarios una vez que transitaran por los beneficios de los bonos pasarían a una etapa subsiguiente de ejecución de proyectos productivos. La estrategia de salida del programa se analiza más ampliamente en el capítulo de sostenibilidad del Programa.

Para definir el procedimiento de acceso a estos proyecto el PIPS preparó la “Guía para planificar las actividades a realizar con los incentivos de las estrategias para fortalecer el desarrollo comunitario y el mejoramiento de servicios educativos, de salud y de la económico local” para apoyar la capacitación a las comunidades interesadas en la preparación y ejecución de los proyectos.

El supuesto del modelo de los proyectos productivos es el siguiente: la participación de las familias es el eje del proceso del desarrollo comunitario, porque les permite conocer el entorno local en el que se desenvuelven, los logros y dificultades con que se enfrentan. En la medida en que las familias participan, contribuyen a solventar los problemas que se

presentan, e invierten esfuerzos, conocimientos y experiencias, este se traduce en el mejoramiento del nivel de vida de la población.

Para facilitar y apoyar a las organizaciones comunitarias que ejecutan proyectos en lo referente a la inversión y administración de fondos para mejorar la oferta en los componentes educativos, de salud y productivo, se elaboraron las siguientes Guías:

1. Guía para planificar las actividades a realizar con los incentivos de las estrategias para fortalecer el desarrollo comunitario y el mejoramiento de servicios educativos, de salud y de la economía local.
2. Guía de artículos autorizados para la inversión del incentivo de las estrategias para fortalecer el desarrollo comunitario y el mejoramiento de servicios educativos y de salud.
3. Guía para la administración, control y liquidación de fondos para la inversión del incentivo por parte de las organizaciones comunitarias que ejecutan proyectos del Programa Integral de Protección Social (PIPS).

El proceso de capacitación e implementación conduciría a poner en operación el **Componente Productivo** del programa a través del montaje de Las Empresas Rurales y Urbanas Productivas (ERUP) que se conformarían como organizaciones comunitarias que se constituyen en empresas productivas que mediante el fortalecimiento de sus capacidades y competencias emprendedoras, implementan planes estratégicos de producción y mercadeo que permiten el desarrollo de sus Proyectos fomentando una cultura emprendedora con la inclusión del financiamiento en sus procesos empresariales y planes de negocios para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida en sus comunidades. Lo que el programa buscaba a través de este componente era:

- Fortalecer a los beneficiarios con capacitaciones empresariales y humanas.
- Identificar y canalizar recursos.
- Fomentar las iniciativas productivas y comerciales.
- Desarrollar competencias empresariales.
- Fomentar la participación de las Organizaciones Públicas y Privadas.
- Asistir, organizar y financiar proyectos productivos.

Las acciones que el PIPS realizó en este componente fueron prestar asistencia técnica y apoyo a través de promotores y técnicos especialista del PIPS para la etapa de identificación y formulación d proyectos y apoyando a las organizaciones comunitarias en la correcta ejecución de sus proyectos. Con esto se buscaba:

- Desarrollar en los beneficiarios las Capacidades y Competencias Emprendedoras.

- Implementar un Plan Estratégico de Producción y Mercadeo que permita el Desarrollo de los Proyectos.
- Fomentar la Cultura Emprendedora con la inclusión del Financiamiento en los procesos empresariales y planes de negocios²⁷

2.3 ANALISIS Y VALORACION DE LOS RESULTADOS A NIVEL DE COMPONENTES

En ésta sección se analizan los logros obtenidos por el programa a nivel de productos. Para ello, revisaremos los valores alcanzados en los indicadores establecidos en el marco lógico para cada componente del Programa y los compararemos con las metas esperadas para cada uno de ellos.

2.3.1 Productos del componente de salud y nutrición

Como se indicó previamente, el objetivo de este componente es mejorar los niveles de salud y el estado nutricional de los miembros de los hogares beneficiarios. Se fomentará una actitud preventiva en el auto cuidado de la salud y la adecuada vigilancia de la nutrición familiar. Se incluyen tres tipos de beneficios: el Bono de Salud, el Bono al Parto Institucional y la entrega de servicios del Estrategia de Atención Integral a la Niñez Comunitaria (AIN-C).

En lo relacionado con los indicadores de la Matriz de Marco Lógico y sobre los logros en las actividades relacionadas con la implementación del AIN-C y el fortalecimiento de las instancias de participación comunitaria:

Tabla 14. Productos del Componente Salud y Nutrición

Indicadores Clave de Producto		
a) Bono de Salud: Es una transferencia directa a las familias beneficiarias para incrementar el consumo familiar de alimentos y para inducir la demanda de servicios básicos materno-infantiles. El valor de este bono será US\$126 anuales por hogar independientemente del tamaño y composición de los hogares.		
Productos Planeados	Productos Logrados	Diferencias
Al final del programa, el 90% de hogares registrados reciben el bono de salud	Al final del programa, el 77% de hogares registrados reciben el bono de salud	(-13%)
Otros Productos Alcanzados		

²⁷ Propuesta De Estrategia Para Los Preparativos Del Cierre Administrativo Y Técnico. Programa Integral De Protección Social. (1568 SF-HO)

135 talleres dirigidos a CUS		
106 talleres dirigidos a monitores AIN-C		
926 talleres dirigidos a beneficiarios		
b) Bono Incentivo Parto Institucional Apoyo monetario adicional que comprende un Incentivo para Partos Institucionales (IPI), para las embarazadas que den a luz en uno de los lugares identificados en la red de referencia definida en el Reglamento Operativo del Programa. Dicho incentivo de hasta US\$60 está orientado a cubrir los costos de transporte y estadía en el lugar de parto.		
Productos Planeados	Productos Logrados	Diferencias
Al final del programa, el 39% de la mujeres embarazadas registradas reciben el bono de incentivo de parto institucional	Al final del programa, el 37% de la mujeres embarazadas registradas reciben el bono de incentivo de parto institucional	(-2%)
Otros Productos Alcanzados		
5,279 mujeres embarazadas identificadas en la encuesta de Línea Base		
c) Incentivos a la oferta		
Productos Planeados	Productos Logrados	Diferencias
Al final del programa, el 90% de niñas y niños menores de dos años atendidos mensualmente por las monitoras de la comunidad	Al final del programa, el 90.2% de niñas y niños menores de dos años eran atendidos mensualmente por las monitoras de la comunidad	0.02%
Al final del programa, el 70% de aldeas cuentan con Comités de Usuarios en Salud constituidos, capacitados y en operación	Al final del programa, el 99% de aldeas cuentan con Comités de Usuarios en Salud constituidos, capacitados y en operación	29.00%
Otros Productos Alcanzados		
522 CUS Organizados		
248 CUS Capacitados		
1,161 monitores AIN-C organizados		
1,568 monitores AIN-C capacitados		
916 monitores de AIN-C existentes apoyados		
61 Centros de Salud (CESAMO) participantes		
113 Centros de Salud (CESAR) participantes		

2.3.2 Productos del componente de educación

Este componente tiene la finalidad de mejorar la matrícula, asistencia escolar entre primero y sexto grado de los niños y niñas de los hogares beneficiarios. Para lo cual se trabajará con dos tipos de beneficios: el Incentivo a la Demanda, a través del Bono Escolar y el Incentivo a la Oferta en concepto de transferencias a las Asociaciones de Padres de Familia.

En lo relacionado con los indicadores de la Matriz de Marco Lógico su cumplimiento es el siguiente:

Tabla 15. Productos del Componente de Educación

Indicadores Clave de Producto		
a) Bono de Educación: Es una transferencia monetaria que se entregará a las familias que tengan al menos un hijo entre 6 y 14 años para incentivar la demanda por servicios de educación. Igual como en el caso de salud, el bono escolar será uno por hogar, fijo e independiente del número de niños en edad escolar. El valor del bono se ha determinado en US\$84 por hogar al año.		
Productos Planeados	Productos Logrados	Diferencias
Al final del programa, el 90% de hogares registrados reciben el bono de educación	Al final del programa, el 97% de hogares registrados reciben el bono de educación	7.00%
b) Incentivos a la oferta: Por el lado de la oferta, se financiarán transferencias monetarias a las asociaciones de padres de familia o en los casos donde existan, a las asociaciones de desarrollo educativo local. Estas transferencias permitirán la compra de materiales didácticos para las escuelas participantes en el Programa.		
Productos Planeados	Productos Logrados	Diferencias
Al final del programa, el 90% de centros educativos beneficiarios del Programa cuentan con APF organizada, funcionando, legalizada y capacitadas	Al final del programa, el 85% de centros educativos beneficiarios del Programa cuentan con APF organizada, funcionando, legalizada y capacitadas	(-5%)
Al final del programa, el 90% de las APF en las comunidades beneficiarias que han ejecutado su "Proyecto de escuela" y liquidado las transferencias	Al final del programa, el 44% de las APF en las comunidades beneficiarias que han ejecutado su "Proyecto de escuela" y liquidado las transferencias	(-46%)
Otros Productos Alcanzados		
1,023 APF Organizadas		
518 APF Capacitadas		
774 APF con Personería Jurídica		

245 APF con proyecto liquidado
164 talleres dirigidos a APF
788 escuelas oficiales participando
304 escuelas PROHECO participando
64,112 niños y niñas de 1-6 grado matriculados

2.3.3 Productos del componente de fortalecimiento institucional

Este componente responde al objetivo de mejorar la eficiencia y efectividad de la operación de las acciones e intervenciones relacionadas con la protección social. Se apoyará al PRAF en la estandarización de mecanismos, procesos y sistemas de información de los programas de transferencias condicionadas focalizados a los hogares más pobres. Adicionalmente se fortalecerá a la UCP en el mejoramiento de los sistemas de información administrativos y operativos para la toma de decisiones gerenciales y la institucionalización de procesos administrativos y operativos, con el fin de contribuir al fortalecimiento de la estructura organizacional del PRAF.

En lo relacionado con los indicadores de la Matriz de Marco Lógico su cumplimiento es en el siguiente:

Tabla 16. Productos del Componente de Fortalecimiento Institucional

Indicadores Clave de Producto	
a) Apoyo al Organismo Ejecutor:	
Se apoyará al organismo ejecutor en la estandarización de objetivos, procesos normativos, mecanismos y sistemas de información de sus varios programas de acumulación de capital humano focalizados a las familias más pobres.	
Productos Planeados	Productos Logrados
Plan de comunicación a nivel local desarrollado y en ejecución a partir del 1º semestre de ejecución.	El plan de comunicación no fue ejecutado
Al final del primer año, el sistema de información gerencial (módulos de beneficiarios, planillas, seguimiento de ofertas y contabilidad) instalado y funcionando.	El sistema de información fue implementado parcialmente en el año 2008
Al final del primer semestre de ejecución, se ha capacitado y certificado a al menos el 85% del personal de la UCP sobre los procesos que les compete (incluidos en los manuales de procesos y procedimientos).	

2.3.4 Los logros desde la perspectiva territorial

El Programa se concentró en atender las 164 aldeas de los departamentos de Intibucá, Santa Bárbara, Lempira, la Paz. Como resultado del ejercicio de focalización el número esperado de aldeas y de hogares beneficiarios era el siguiente:

Tabla 17. Aldeas y Hogares Beneficiarios por departamento

Departamento	Aldeas	Hogares
Intibucá	32	1,414
La Paz	18	2,581
Lempira	105	12,358
Santa Bárbara	9	5647
Total	164	22,000

Fuente: PRAF. Documentos para Informe inicial

Aunque los sistemas de información del PIPS no permitían conocer información a nivel de departamentos y municipios, se realizaron algunos ejercicios de consolidación para analizar la distribución territorial de las intervenciones del Programa utilizando información de las OPS ^{28 29}. La información indicada muestra que en promedio las intervenciones del programa se han distribuido con la siguiente proporcionalidad: Lempira (46%), Intibucá (34%), La Paz (14%) y Santa Bárbara (6%).

Tabla 18. Resultados del Programa a nivel departamental

Descripción	Departamento				
	Intibucá	Lempira	La Paz	Santa Bárbara	Total
No. Municipios	7	12	4	1	24
No. Aldeas	32	107	18	9	166
No. Caseríos	269	531	119	34	953
No. Hogares	7416	4415	2454	1234	15519
No. de Escuelas	169	281	36	23	509
Implementación del AINC					
No. de Monitoras AIN-c Nov 2008	428	832	145	67	1472
No. de Monitoras Capacitadas	241	498	79	67	885
No. de Monitoras (Dic 2007)	199	251	66	0	516

²⁸ Los resultados de esta sección están basados en la información de O'Connell, Lesley. Síntesis de los logros y avances del Programa Integral de Protección Social. Documento Preliminar. 2009.

²⁹ Pereira, Carmen. Sistematización de los Resultados de la Prestación de Servicios de las OPS del Programa Integral de Protección Integral. (PO-1568/SF-HO). Informe Final de Consultoría. 2010.

Informe de Terminación de Proyecto

Niños menores de 2 años 2007	1396	561	0	0	1957
Niños menores de 2 años 2008	1522	4419	0	477	6418
Niños atendidas por AIN-C Nov 2007	1150	285	0	0	1435
Niños atendidas por AIN-C Nov 2008	2577	3407	93	0	6077
No. de Mujeres Embarazadas Captadas 2007	90	0	0	0	90
No. de Mujeres Embarazadas Captadas 2008	62	1291	294	206	1853
No. de Mujeres en Control Prenatal 2007	79	0	0	0	79
No. de Mujeres en Control Prenatal 2008	56	0	36	0	92
No. de Mujeres con parto institucional 2007	55	0	0	74	129
No. de Mujeres con parto institucional 2008	239	646	74	109	1068
Educación					
Matricula 2007	2483	5964	3064	1722	13233
Matricula 2008	2665	16287	2967	2039	23958
PreMatricula 2009	2695	4486	0	0	7181
Gestión con APF					
No. APF formados	133	239	46	23	441
No. APF capacitados PEC	67	213	46	23	349
No. PEC transferidos/liquidados \$1000	73	112	7	22	214
No. Talleres Capacitación APF	21	7	0	0	28
No. Asistentes Capacitación APF	1012	306	300	106	1724
Gestión con CUS					
No. CUS formados	34	139	16	9	198
No. Talleres Capacitación CUS	20	5	170	0	195
No. Asistentes Capacitación CUS	616	190	62	0	868
No. Asistentes Capacitación Beneficiarios	15384	12457	3124	1124	32089
Asambleas Comunitarias					
No. de Asambleas Comunitarias realizadas	35	25	0	0	60
Población que participó en Asambleas Comunitarias	0	1013	277	1227	2517

Fuente: O'Connell, Lesley. Síntesis de los logros y avances del Programa Integral de Protección Social. Documento Preliminar. 2009.

3 ANÁLISIS DEL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

En ésta sección se presentan los aspectos relacionados con el diseño de la operación y los principales hitos y características en su implementación. La información de este capítulo se complementa con el Anexo 5 que describe el desempeño de las OPS y el anexo 8 que presenta una evaluación cualitativa con actores claves en la implementación del Programa.

3.1 EL DISEÑO DE LA OPERACIÓN

En términos generales, se considera que el Programa fue adecuadamente diseñado en sus objetivos, componentes y esquema de ejecución, en parte porque utiliza la configuración típica de los programas de transferencias condicionadas (PTC) que existen en otros países como México, Colombia, Brasil y El Salvador. Las evaluaciones de impacto, de varios de estos programas, han puesto en evidencia que los PTC constituyen una modalidad eficaz para promover el acceso y utilización de los servicios disponibles en la oferta pública y para aliviar la pobreza en el corto plazo. Por otro lado, Honduras ha tenido una experiencia desde 1998 en la gestión y operación de programas de transferencias, lo cual le ha permitido ganar un aprendizaje importante. Adicionalmente, el diseño incorpora las lecciones del Programa 1026. Además, el reconocimiento de los resultados obtenidos en la implementación del PTC, ha permitido contar con una plataforma para el diseño del Programa Bono Diez Mil. Adicionalmente, se considera que el PIPS dio un apoyo y aporte técnico al diseño del nuevo programa de TC.

Adicionalmente, el diseño del programa acogió los hallazgos y recomendaciones formulados en el PCR del programa 1026 y de esta forma, los ajustes en su diseño y operación apuntaban a garantizar una mayor efectividad en las intervenciones.³⁰

3.2 IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA

Los resultados de un programa pueden estar influenciados por la manera en que éste es implementado, y en el caso del PIPS, que tiene entre sus objetivos principales mejorar la educación, salud y nutrición de la población más pobre, también pueden estar influenciados por aspectos relacionados con la oferta de los servicios de educación y salud en los municipios. En esta sección, y con el propósito de buscar elementos que puedan ayudar a comprender mejor los resultados alcanzados, se discuten aspectos relacionados con la forma cómo el programa fue implementado y administrado, tanto, por el

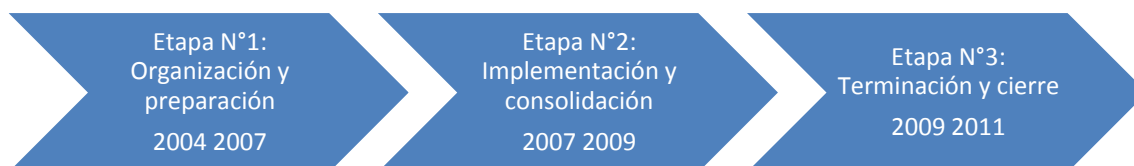
³⁰ BID. Informe de Terminación de Proyecto. Programa de Asignación Familiar Fase II. Tegucigalpa, Diciembre 2006.

Organismo Ejecutor, como por las organizaciones prestadoras de servicios (OPS) que operativizar el programa en los municipios priorizados.

La ejecución del PIPS se programó para un período de 54 meses contados a partir de la vigencia del contrato del préstamo, esto significa del 2004 a mediados del 2009.

La implementación del Programa para fines analíticos se puede dividir en tres etapas. Una primera de organización y preparación que cubre desde la aprobación (2004) hasta la declaración de elegibilidad (2007), la segunda de implementación y consolidación desde el cumplimiento de las condiciones previas hasta la pausa que inició en junio del 2009 y la tercera que comprende la pausa de Junio del 2009 a Enero del 2010 y el año 2010 y 2011 en los cuales se realizan las actividades de cierre del Programa. Tal como se muestra en el Anexo 2, gran parte de los resultados importantes del PIPS se generaron entre el 2007 y el 2009.

Gráfico 12. Etapas en la implementación



A continuación se resumen las acciones más destacables de cada una de las etapas:

Etapa 1: Organización y Preparación

- En Diciembre de 2004 se aprueba la operación por parte del directorio del Banco.
- En Mayo de 2004 se lleva a cabo la firma del contrato de préstamo.
- En Julio de 2005 se lleva a cabo la ratificación de la operación.
- En Octubre de 2007 se consigue el estado de Elegibilidad, a partir de éste momento se pueden obtener los recursos necesarios y proceder a la operación, luego de cumplir con las condiciones previas que solicita el Banco.
- Se preparan las guías para la Organización de Asambleas Comunitarias.
- En el mismo 2007 se realizó el levantamiento del SIRBHO, se definió la estrategia de evaluación y la contratación de las OPS.

Un elemento importante a destacar en la primera etapa es el desfase entre la aprobación y la elegibilidad (cerca de 36 meses), debido a las condiciones para el primer desembolso.

Para el caso del programa en su conjunto se estableció como condiciones previas: i) La suscripción de convenios de coordinación Inter-Institucional con las Secretarías de Educación y Salud y ii) la puesta en vigencia el reglamento operativo del programa. Estas dos condiciones fueron cumplidas en junio del 2005. Para el caso del desembolso de los componentes 1 y 2 se establecieron como condiciones: i) levantamiento de la línea de base de los beneficiarios del programa., ii) la definición de la Lista final de las aldeas focalizadas, iii) la selección de las OPS en las que se ejecutara el programa.

La segunda condición le permitió al Programa y al país formular un sistema de focalización que fue utilizado por varias instituciones para fines de focalización de los programas sociales.

Etapas 2: Implementación y consolidación

- En el año 2008 inicia la capacitación de las OPS en diversos temas para que puedan iniciar su operación en los municipios focalizados.
- Se organizan asambleas comunitarias en las 164 aldeas iniciales para la verificación de los beneficiarios en cada municipio con la colaboración de alcaldes municipales, líderes comunitarios y los miembros de la Red Solidaria de cada comunidad. Estas asambleas sirvieron, entre otras cosas, para:
 - Socializar y dar a conocer el Programa
 - Verificar el SIRBHO
 - Promover la corresponsabilidad
 - Identificar y elegir las Madres Titulares
 - Suscribir las actas de corresponsabilidad
 - Identificación de comités de usuarios de salud y monitoras
 - Recolección de listados de embarazadas, menores de 5 años, mapeo de programas en las comunidades y reconocimiento geográfico.
- En Junio del 2008 se realizó la encuesta de Desarrollo Humano.
- En 2008 se desarrollaron tres transferencias de pago por corresponsabilidad a los hogares beneficiarios con una ejecución satisfactoria, y se desarrollaron Asambleas finales con la participación de beneficiarias y beneficiarios, socializando los resultados logrados en cada una de las aldeas focalizadas por el PIPS.
- Una actividad desarrollada que no estaba contemplada dentro del Plan Operativo Anual del 2008, fue la verificación de las personas de la tercera edad en las comunidades de cobertura del Programa a quienes se les favoreció el acceso a la transferencia de la tercera edad, en la misma oportunidad que se hizo a las familias beneficiarias del PIPS.
- En la segunda fase con la renovación del contrato se incluyeron 211 aldeas nuevas. Las actividades realizadas durante esta segunda fase incluyen el reconocimiento geográfico de las aldeas, mapeo de programas de desarrollo ejecutándose en las

comunidades, realización de las Asambleas Iniciales donde se efectuó la verificación y actualización de las beneficiarias y beneficiarios, identificar y conformar las organizaciones comunitarias que serán de apoyo tales como: las Asociaciones de Padres de Familia (APF), Comités de Usuarios de Servicios (CUS), y las Monitoras y Monitores de la estrategia de Atención Integral a la Niñez en la Comunidad (AIN-C), y la identificación de organizaciones que podrían conformarse como las Empresas Rurales Productivas (ERUP) en ciertas comunidades.

- Las aldeas intervenidas en la primera fase continúan siendo asesoradas técnicamente para fortalecer la estrategia de AIN-C, capacitando a monitoras y monitores en el segundo y tercer módulo de la estrategia, contribuyendo a disminuir los índices de morbi-mortalidad infantil.

No obstante haberse clasificado el diseño del programa como **satisfactorio**, existen al menos tres aspectos que pueden ser oportunidades de mejora. Estos aspectos son:

1. Se deben realizar mejores análisis ex – ante de los problemas que se quieren resolver, lo cual permitiría superar las tensiones derivadas de los múltiples objetivos que se han tratado de alcanzar a través del programa y que han repercutido en pérdidas de eficiencia e impacto.
2. Es muy importante avanzar en el papel que pueden desempeñar los gobiernos locales, los cuales podrían aportar significativamente en la superación de los problemas de coordinación en el contexto territorial y pueden tener un rol importante en la actualización del registro de beneficiarios.
3. La irregularidad en la entrega de las transferencias puede ser un factor que reduzca el incentivo de las familias para participar en el programa, así como su impacto.

Etapas 3: Terminación y Cierre

La etapa de terminación y cierre comprende el periodo de la pausa de Junio del 2009 a Enero del 2010 originada en los problemas institucionales del país y el año 2010 y 2011 en los cuales se realizan las actividades de cierre del Programa

Durante el periodo de la pausa no se realizaron actividades técnicas debido a que los recursos del programa permanecieron congelados y no hubo comunicación con el Banco, algunas de las acciones, que fueron mínimas, se realizaron con fondos de contrapartida.³¹ Las principales actividades realizadas por el programa tuvieron que ver con la

³¹ Entrevista con el Lic. Marcial Munguía Coordinador del Programa.

programación de actividades y planificación para la eventual reapertura del Programa. Pero no se dio continuidad al trabajo técnico que desarrollaba el PIPS.

Después de enero del 2010 el programa tuvo un nuevo equipo técnico y directivo que se dio a la tarea de reorganizar la estructura del programa, a recuperar la memoria institucional y a garantizar la transición entre el 1568 y el nuevo programa, para ello una de las primera actividades realizadas fue el cierre de los contratos con las OPS y el trámite de la solicitud de contratación directa de organizaciones prestadoras de servicios para apoyar la implementación de la estrategia del Bono diez mil y del modelo de atención integral.

Durante el 2010 y el 2011 el programa realizó, junto al arranque del nuevo programa, la transferencia de instrumentos, proceso y metodologías para facilitar el arranque del Programa Presidencial del Bono Diez Mil.

3.3 VALORACION Y ANALISIS DE ALGUNOS PROCESOS CLAVES DE IMPLEMENTACION

A continuación se analizan los aspectos más destacados en la implementación del programa y se describen aquellos factores críticos que facilitaron la operación y aquellos que la limitaron. La adecuada comprensión de estos factores nos permite explicar, en alguna medida, por qué se obtuvieron los resultados que hemos discutido en el capítulo de análisis de los logros del Programa.

3.3.1 Censo y selección de beneficiarios

El SIRBHO contiene el registro de todos los habitantes de las aldeas focalizadas, este Censo se levantaría previo a la ejecución del programa y contiene información básica sobre las características de los hogares. La información recolectada incluye principalmente: características socioeconómicas, composición del hogar, características de la vivienda e identificación del titular.

La información recopilada en campo sería sistematizada y consolidada en la base de datos de los hogares, esta información era verificada y validada en la Asamblea Comunitaria de los beneficiarios.

El Censo de Hogares ese constituyó en la base para identificar los hogares beneficiarios de las transferencias de bonos y se mantendría estable durante la ejecución del programa.

Según su diseño no se debía incluir nuevos hogares conformados por personas residentes o migrantes a las aldeas; la base de datos se modificaría exclusivamente con la salida de aquellos hogares que cumplan con los requisitos de exclusión que se establecen en el Reglamento Operativo.

Los requisitos para ser incluido dentro del Censo fueron los siguientes:

1. Tener nacionalidad Hondureña,

2. Demostrar que el hogar tiene por lo menos seis meses de residencia en la aldea focalizada.

No serán incluidos los hogares con las siguientes características:

1. Hogares conformados por un solo miembro de sexo masculino,
2. Hogares conformados solamente por personas de la tercera edad.

El programa podría definir criterios adicionales de exclusión de beneficiarios, estos criterios serían incorporados y desarrollados en el Reglamento Operativo.

El Censo de Hogares se constituyó, entonces, en la base para la creación del Registro de beneficiarios del programa, este registro incluyó a los hogares que reciben los beneficios e incentivos del programa, la identificación del titular principal y del secundario del hogar. El mantenimiento y actualización del Registro está a cargo de la Unidad de Informática de la UCP del programa y la información sobre cambios en el registro es suministrada por las Organizaciones Prestadoras de Servicios (OPS) a través de la Unidad de Planificación de la UCP.

Factores críticos facilitadores

Transparencia:

El manejo del censo y de la selección de los participantes del programa tuvo, según la percepción de beneficiarios, un nivel aceptable de transparencia y reducido sesgo político, lo cual causó satisfacción entre la gente. Otro aspecto positivo fue la participación de líderes de las comunidades en el levantamiento del censo en varias de las aldeas. Esta característica es muy importante en este tipo de procesos pues la coordinación a nivel local es más efectiva y se activan dinámicas de contraloría social por parte de las personas de la comunidad.

Factores críticos restrictivos

Planificación:

Desde la perspectiva de los beneficiarios, en sus inicios el proceso no les era muy claro y despertó mucha incertidumbre al no contar suficiente información. Por ello, al principio no todos creyeron en la oferta de quienes llegaron a promocionar el programa. Muchos hogares se negaron a dar sus datos para el censo o se escondían a la llegada de los encuestadores debido a la desconfianza que en un inicio sentían.

La incertidumbre que había al principio del programa también fue experimentada por promotores y coordinadores de las OPS en el ámbito local. Según ellos, el censo no estuvo bien planificado y hasta hubo casos en que se obviaron varias familias por estar en lugares de difícil acceso o en sitios remotos.

Errores de inclusión:

Además, los errores en el procesamiento de la información fueron evidentes al momento de las verificaciones. Se incorporó a personas que no cumplían con los requisitos, muchos

eran profesionales, personas con posibilidades económicas y personas que laboraban en los centros de salud o maestros de las escuelas. También fueron frecuentes los errores de identificación. Ante éste tipo de errores, existía la posibilidad de dar de baja en los listados a estas personas siempre y cuando fuera solicitado y justificado durante las Asambleas de verificación, pero nadie lo hacía por temor a expresarlo en público.

Posiblemente, la misma incompreensión de las personas con relación a que existían criterios de selección definidos y que no todos los censados recibirían el bono, si no calificaban en alguno de los criterios, llevó a que muchas personas no figuraran en los listados de beneficiarios cuando eran enviados a los municipios para el pago del bono.

Supervisión y control:

Según representantes de las OPS, perciben que hubo deficiencias en cuanto a la supervisión y control por parte de los profesionales del PRAF en las tareas del censo. En su opinión, la calidad del censo pudo haber sido mejor si PRAF hubiera supervisado directamente el levantamiento del censo.

3.3.2 Implementación a nivel local

Como se ha indicado antes, las OPS fueron contratadas en el marco del Programa como una estrategia para garantizar el seguimiento efectivo de la corresponsabilidad y de apoyar el afianzamiento y apropiación, por parte de los beneficiarios y beneficiarias, del enfoque de la corresponsabilidad. En este sentido las OPS tenían a su cargo la realización de actividades de promoción, recolección y seguimiento a la corresponsabilidad en los temas de salud y educación, la ejecución de actividades de capacitación y el apoyo a las comunidades en su organización y gestión, a través de Comités de Usuarios de Salud y Asociaciones de Padres de Familia. Estratégicamente, el rol de las OPS tenía un enfoque dual porque estaba dirigido a fortalecer tanto la demanda de servicios como a ampliar la capacidad de prestación de servicios de salud y educación. En el Anexo 8 se presenta la evaluación cualitativa de la implementación que se basa en la actualización de la información levantada en el 2010 para las OPS.

En la siguiente tabla, se describen los objetivos que debían cumplir las OPS, las actividades que cada uno demandaba y la descripción de los factores críticos que incidieron en su éxito, esta sistematización fue realizada con base en el trabajo de campo y entrevistas a técnicos que participaron en la implementación del Programa.

Tabla 19. Factores críticos para el cumplimiento de los objetivos de las OPS

No	Objetivo	Actividades	Factores Críticos
1	Realizar el seguimiento a la corresponsabilidad de los beneficiarios y beneficiarias	<ul style="list-style-type: none"> Verificar y levantar la información, en forma periódica, sobre el cumplimiento de la corresponsabilidad en salud y 	<ul style="list-style-type: none"> El papel clave de los maestros tanto en el desarrollo de las

	del Programa	<p>educación de los beneficiarios y beneficiarias de conformidad con las normas y procedimientos establecidos por el Programa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recopilar y mantener actualizada la información de acreditación de controles de crecimiento y desarrollo para la población materno infantil, así como del parto institucional. • Recopilar y mantener actualizada la información de la matrícula y asistencia por grado y escuela y remitirlos a la UCP. • Presentar al Programa los informes de cumplimiento de la corresponsabilidad para efectos de procesar los pagos de bonos un mes antes de las entregas • Garantizar el cumplimiento de la Programación de fechas para la recopilación y envío de la información sobre cumplimiento de la corresponsabilidad. • Informar a las comunidades sobre las fechas y mecanismos para el levantamiento de la información sobre la corresponsabilidad. • Coordinar con los establecimientos de salud y educación el levantamiento de la información 	<p>actividades como en el registro de la corresponsabilidad. Los maestros representan un factor importante en el desarrollo de todas las actividades de salud y educación. En los casos que se lograron sinergias y empatía entre maestros y personal técnico en el seguimiento de la corresponsabilidad, la misma fue efectiva, resaltando también su papel como fuente de motivación a padres de familia para mejorar la asistencia y evitar la deserción y ausentismo escolar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El desempeño de las OPS en el desarrollo de las actividades para éste objetivo fue de 79.4% en promedio (SIGIL, 2010)
2	Implementar y/o dar seguimiento a la Estrategia de la Atención Integral a la Niñez Comunitaria (AIN-C).	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar las siguientes etapas de implementación de la estrategia de AINC, de acuerdo a los lineamientos normativos definidos por la Secretaria de Salud para las siguientes fases: i) Organización y diagnóstico, ii) Implementación y expansión, iii) Capacitación y iv) Vigilancia estratégica v) Reconocer geográficamente las comunidades de intervención. • Realizar una reunión a nivel comunitario para socializar el Programa e identificar las monitoras existentes y potenciales, así como los integrantes de los CUS. • Elaborar el Plan Operativo que considere de forma efectiva los enfoques de equidad de género y la perspectiva indígena, las características de cada una de las comunidades y que describa las estrategias diferenciadas de acuerdo a las condiciones de cada uno de las 	<ul style="list-style-type: none"> • En la implementación y seguimiento de la estrategia AIN-C fue clave el desarrollo de las actividades de identificación y georeferenciación de las zonas en las que tuvo presencia el Programa. Esta actividad le permitió a las OPS tener una idea más concreta de cómo abordar el tema en la comunidad tanto desde el punto de vista operativo como desde el punto de vista logístico. • Entre las técnicas utilizadas por las OPS para la implementación del AIN-C se destaca el método "Aprender Haciendo", el

		<p>comunidades de manera que se facilite la implementación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participar en reuniones de seguimiento a solicitud del Programa. • Coordinar con los Gobiernos Municipales la organización y funcionamiento de los Comités Municipales de apoyo al AIN-C. • Apoyar a los monitores (as), mediante el acompañamiento y asesoría, en el monitoreo del crecimiento y desarrollo de los menores de 5 años • Organizar eventos de capacitación en las comunidades beneficiarias en temas de salud priorizados, sin detrimento de las actividades propias del AIN-C, procurando en lo posible aprovechar los conocimientos de salud tradicional propia de su grupo étnico. • Recopilar la información sobre actividades y resultados de la implementación del AIN-C en las comunidades asignadas. • Organizar eventos de socialización y evaluación de resultados con la participación de los Gobiernos Municipales, líderes indígenas, actores claves los municipios y las Unidades de Salud. • Aplicar metodologías o técnicas específicas con pertinencia indígena para la educación de adultos en los procesos de capacitación. 	<p>cual permite la apropiación de las herramientas por parte de los monitores. Esta técnica fue aún más efectiva en los casos en que se realizó acompañamiento por parte del personal técnico de los proyectos a las actividades desarrolladas por los monitores.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otro aspecto interesante es la complementariedad de las acciones, por ejemplo se evidencian casos en los que los integrantes de los CUS son a su vez monitores AIN-C, con lo cual el efecto multiplicador de ambas estrategias se potencia. • El desempeño de las OPS en el desarrollo de las actividades para éste objetivo fue de 84.7% en promedio.
3	<p>Apoyar la organización y funcionamiento de los Comités de Usuarios en Salud y Asociaciones de Padres de Familia, Comités de Usuarios de Salud, Monitoras de AIN-C, Madres y Padres Voluntarias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participar en la organización de las asambleas comunitarias, cabildos informativos y garantizar el cumplimiento de las actividades estipuladas en el Manual Operativo. • Levantar las actas de compromiso de los beneficiarios y beneficiarias en las asambleas comunitarias. • Apoyar y prestar asistencia técnica en el proceso de creación, organización, legalización, capacitación y registro de las Asociaciones de Padres de Familia, Comités de Usuarios de Salud, Monitoras de AIN-C, Madres y Padres Voluntarias. • Realizar el acompañamiento a las Asociaciones de Padres de Familia en el proceso de diseño de proyectos, administración, gestión y liquidación de 	<ul style="list-style-type: none"> • El apoyo a organizaciones comunitarias como los CUS o las APF son claves en la generación de una cultura de empoderamiento ciudadano y control social. En este sentido se evidencian casos destacados, en los cuales este tipo de organizaciones han ejercido un amplio liderazgo y reconocimiento gracias al apoyo y acompañamiento realizado por las OPS. • Se destacan nuevamente los casos en que las CUS están conformadas en su

		fondos.	<p>totalidad por monitores AIN-C, lo cual potencializa el aporte de ambas estrategias en la comunidad y en el logro de los objetivos del Programa.</p> <ul style="list-style-type: none"> El desempeño de las OPS en el desarrollo de las actividades para éste objetivo fue de 88.7% en promedio (SIGIL, 2010)
4	Capacitar a las Asociaciones de Padres de Familia en la planificación y ejecución de las transferencias a los centros educativos	<ul style="list-style-type: none"> Capacitar a las Asociaciones de Padres de Familia en el ciclo de las transferencias, desde la programación y ejecución, hasta la liquidación, incluyendo la apertura de una cuenta bancaria y su manejo. Apoyar la capacitación de las APF que funcionen dentro del área de influencia del OPS pertenecientes al PRAF Prestar asistencia técnica en la formulación del proyecto de escuela y verificar que cumpla con las normas y procedimientos establecidos por el Programa. Durante el ciclo de ejecución, para asegurar que las adquisiciones y compras cumplan con las normas y requisitos del Programa. Realizar la revisión de la documentación de liquidación de las transferencias que presenten las APF dentro de su jurisdicción, para garantizar que la documentación está completa y cumple con los procedimientos establecidos por el Programa. 	<ul style="list-style-type: none"> Las OPS tuvieron algún grado de dificultad para lograr que las APF comprendieran en su totalidad los contenidos de las capacitaciones, tanto por el nivel de rigurosidad de los procesos y complejidad de algunos formatos, así como en la apropiación por parte de los beneficiarios dadas sus características de educación y formación. El desempeño de las OPS en el desarrollo de las actividades para éste objetivo fue de 79.2% en promedio (SIGIL, 2010)
5	Capacitación a las comunidades	<ul style="list-style-type: none"> Preparar el plan de capacitación integrado que logre los siguientes objetivos y someterlo a consideración del Programa. Preparar los contenidos de las charlas y talleres, asegurando que se cubren como mínimo los siguientes temas prioritarios: planificación familiar y VIH/SIDA/ITS, violencia doméstica, salud oral, alimentación e higiene, estimulación temprana, prevención de accidentes, promoción del parto institucional y la lactancia materna, derechos de la mujer, hombres en desarrollo y pertenencia indígena. Desarrollar talleres de capacitación y 	<ul style="list-style-type: none"> Si bien, las OPS han conseguido capacitar a un considerable número de personas, es importante discriminar el alcance de lo que se entiende por capacitación y lo que se entiende por charla informativa, pues en la revisión de los diferentes informes se evidencia que en ocasiones se manejan como si fueran lo mismo. El impacto de la capacitación depende de la calidad de sus contenidos y de la

		<p>charlas bajo el esquema de aprender haciendo y según las normas de las Secretarías de línea.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar en los procesos operativos que realiza la OPS a personal de campo seleccionado por el PRAF. • Coordinar con las comunidades sobre las fechas y la programación de la capacitación. • Llevar los registros desagregados de asistencia a los eventos de capacitación. • Informar al Programa sobre la asistencia a los eventos de capacitación. 	<p>metodología para garantizar la comprensión de las personas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El desempeño de las OPS en el desarrollo de las actividades para éste objetivo fue de 88.7% en promedio (SIGIL, 2010)
6	Apoyo administrativo	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar una sede permanente en un municipio dentro del área de influencia de las aldeas asignadas. • Disponer de los medios de movilización, equipos de oficina y mobiliario, que permitan garantizar el seguimiento y la supervisión del trabajo de campo. • Ejecutar el presupuesto asignado en forma efectiva, transparente y eficiente y elaborar los informes financieros periódicos. • Conformar el equipo de trabajo, con el personal profesional y técnico requerido, para dar cobertura a todos los hogares beneficiarios y beneficiarias y para garantizar la calidad técnica de las intervenciones. • Garantizar la permanencia del personal contratado. • Coordinar la ejecución del contrato de prestación de servicios con los Gestores de Enlace (Coordinadores Departamentales) y con el personal de la Unidad Coordinadora del Programa. • En lo relacionado con la parte contable y financiera a las OPS le corresponde: • Registrar los pagos relativos al cumplimiento de los servicios objeto del contrato, en una cuenta de costos creada específicamente para tal fin dentro de su catálogo contable, las subcuentas serán suministradas por el PRAF. Los gastos deben estar claramente identificados en cuanto al fin y objeto. • Conservar y custodiar la información y la documentación relativa a la ejecución del contrato por un lapso de 5 años. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si bien las actividades administrativas son en esencia actividades de apoyo y no se encuentran asociadas a indicadores de desempeño del Programa que den cuenta de los cambios esperados en las condiciones de salud y educación de la población beneficiaria, su importancia no se puede minimizar pues precisamente su función es la de facilitar el cumplimiento de las actividades misionales de la intervención. Estas actividades aseguraban, en su conjunto, el soporte y la logística para la operación. • El desempeño de las OPS en el desarrollo de las actividades para éste objetivo fue de 89.8% en promedio (SIGIL, 2010)

		<ul style="list-style-type: none"> • En caso de ser necesario, las OPS mostrarán a las organizaciones auditoras de servicios, los registros contables con sus respectivos soportes, de acuerdo a las normas de contabilidad generalmente aceptadas, pertinentes al Programa. • La UCP revisará las cuentas contables antes mencionadas y los proveedores estarán en la obligación de prestar su colaboración para tal fin. 	
7	Monitoreo y Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener actualizado el registro de beneficiarios y beneficiarias. • Preparar y actualizar el plan operativo de actividades y presentarlo al Programa de acuerdo a los lineamientos establecidos y dentro de los plazos previstos. • Entregar informes mensuales para alimentar el sistema de monitoreo y evaluación del Programa, de acuerdo a los lineamiento, tiempo y plan operativo. • Entrega de informes semestrales sobre la ejecución técnica y administrativa del contrato de prestación de servicios. • Apoyar las actividades de monitoreo y evaluación establecidas por el Programa, con el fin de identificar y medir los logros y resultados de las intervenciones del Programa en las aldeas asignadas. • Reportar información sobre la ejecución de sus actividades a la Unidad Coordinadora de Proyectos. • Apoyar el trabajo de la UCP mediante el suministro de información oportuna y el acceso a la información para fines de supervisión y seguimiento. • Ingresar y mantener actualizado el sistema de información en los instrumentos y en la aplicación automatizada proporcionada por el Programa. • Apoyar en las actividades de supervisión y evaluación que organice el Programa y las Secretarías de Línea. • Participar en reuniones con los equipos técnicos del Programa para identificar y proponer soluciones técnicamente factibles y económicamente viables para mejorar y optimizar la ejecución del contrato de prestación de servicios. • Apoyar las actividades de difusión y de 	<ul style="list-style-type: none"> • Uno de los aspectos más críticos del proceso de trabajo y la relación entre las OPS y el PRAF fue la ausencia de mecanismos claros y sistemáticos para la supervisión y el monitoreo de estas organizaciones. La falta de un sistema de monitoreo no permitió realizar un seguimiento y retroalimentación permanente al trabajo de las OPS. Durante la operación de las OPS no se logró consolidar un sistema de seguimiento y en consecuencia, no se logró aprovechar eficientemente la información que generaron estas organizaciones. También es importante reconocer una de las áreas de mayor debilidad dentro de las OPS era el área de monitoreo. • El desempeño de las OPS en el desarrollo de las actividades para éste objetivo fue de 77% en promedio (SIGIL, 2010)

		comunicación social que el Programa define.	
8	Lograr una coordinación interinstitucional e intersectorial durante la ejecución de programa	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con los Gestores de Enlace, intercambio de experiencias e información con los diferentes niveles operativos del Programa (municipalidades, CUS, APF, organizaciones indígenas). • Coordinar con los Gestores de Enlace actividades que permitan integrar las intervenciones a otras comunidades o programas que desarrolle el PRAF • Presentar credenciales ante las autoridades de las Secretarías de línea a nivel departamental, municipal y local. • Socializar el Programa con los actores y actrices involucrados. • Planificar las actividades a realizar en forma coordinada con los actores. • Establecer un mecanismo de retroalimentación continuo. 	<ul style="list-style-type: none"> • La implementación de programas intersectoriales como el PIPS demanda de los operadores un especial esfuerzo de coordinación entre los diversos actores involucrados y una claridad en sus funciones y alcance de las mismas. En este sentido las OPS presentaron diferencias marcadas: territorios donde la relación con las autoridades era permanente y satisfactoria y otros donde por el contrario la relación era distante y no tan efectiva. Esta diversidad en la articulación con las autoridades dependió de varios factores como la relación entre las autoridades políticas (alcaldes y líderes) y la OPS, del grado de credibilidad y aceptación del Programa. • El desempeño de las OPS en el desarrollo de las actividades para éste objetivo fue de 73% en promedio (SIGIL, 2010)

Fuente: Elaboración propia basado en el documento "Análisis Documental de los Resultados de la intervención de las Organizaciones Proveedores de Servicios en la ejecución del Programa Integral de Protección Social" (Oct. 2010) y en entrevistas a promotores y representantes de las OPS (Julio 2010).

3.3.3 El trabajo de los promotores y promotoras

La Organización Prestadora de Servicios desempeñó un papel central en la operación del programa en los ámbitos municipal y comunitario. La cara visible de la OPS y del PRAF es el promotor, quien es el pilar del trabajo de esta organización en la comunidad.

Los beneficiarios reconocen que el promotor es la persona responsable de todos los aspectos diarios del programa. Para los beneficiarios, los promotores son la principal

fuentes de difusión de las actividades del programa. Un aspecto importante a destacar es que el promotor ofrece orientación personalizada a través de visitas frecuentes.

Factores críticos facilitadores

Coordinación en el ámbito comunitario:

El promotor es quien coordina las actividades exigidas por el programa y es quien estimula la participación y el cumplimiento de las corresponsabilidades. Dentro del diseño del Programa, los promotores desempeñaban un papel estratégico, en tanto que son ellos quienes logran su operativización y funcionamiento comunitario. Son el enlace más cercano y el referente con que cuentan las familias beneficiarias para conocer y asimilar los objetivos que persigue el Programa en el corto, mediano y largo plazo, así como el seguimiento en el cumplimiento de las corresponsabilidades. Desde la perspectiva de los beneficiarios, el promotor representa la figura que posibilita la ejecución del Programa en las comunidades, en tanto que desarrolla responsabilidades de orientación, coordinación, verificación, acompañamiento, capacitación, comunicación y de facilitador logístico para el desenvolvimiento del Programa.

Confianza en los promotores:

Adicionalmente, se destaca que el promotor era la persona que le aportaba credibilidad a las acciones del programa, ya que gozaban de una amplia confianza entre los hogares y actores locales.

3.3.4 Seguimiento a cumplimiento de corresponsabilidades

La corresponsabilidad para la entrega del bono de nutrición y salud consistía en: (i) la asistencia de los niños, mujeres embarazadas y puérperas a los controles de salud según las normas establecidas por la Secretaría de Salud; y (ii) participación del hogar en por lo menos 3 de los 4 talleres educativos por año.

Para recibir el bono de educación, la titular se compromete a matricular en el ciclo de educación básica (grado 1 a 6) a todos los niños que al 15 de febrero del año escolar tengan edades entre 6 años y 12 años, asimismo se compromete a garantizar su asistencia durante todo el ciclo escolar. Es importante destacar que para recibir el bono de educación la titular debía matricular a los niños en los centros educativos ubicados dentro de los municipios objeto del programa.

En ese sentido, las OPS tienen como una de sus principales funciones, la de darle seguimiento a la corresponsabilidad de los beneficiarios y beneficiarias del Programa. El logro de este objetivo se operacionalizó a partir de siete actividades que las OPS efectuaron en el transcurso de la operación del Programa con resultados y experiencias disímiles relacionadas con los contextos geográficos y poblacionales en que se llevaron a cabo.

Las actividades que debían ser asumidas por las OPS se detallan a continuación:

- Verificar y levantar la información, en forma periódica, sobre el cumplimiento de la corresponsabilidad en salud y educación de los beneficiarios y beneficiarias de conformidad con las normas y procedimientos establecidos por el Programa.
- Recopilar y mantener actualizada la información de acreditación de controles de crecimiento y desarrollo para la población materno infantil, así como del parto institucional.
- Recopilar y mantener actualizada la información de la matrícula y asistencia por grado y escuela y remitirlos a la UCP
- Presentar al Programa los informes de cumplimiento de la corresponsabilidad para efectos de procesar los pagos de bonos un mes antes de las entregas
- Garantizar el cumplimiento de la Programación de fechas para la recopilación y envío de la información sobre cumplimiento de la corresponsabilidad.
- Informar a las comunidades sobre las fechas y mecanismos para el levantamiento de la información sobre la corresponsabilidad.
- Coordinar con los establecimientos de salud y educación el levantamiento de la información.

Factores Críticos Facilitadores

Participación de monitores y monitoras:

Por el lado de Salud y Nutrición, el papel de las monitoras y los monitores ha sido clave en la promoción y vigilancia de la asistencia a controles y a la toma de peso, lo que facilitó el proceso de seguimiento de la corresponsabilidad por parte de las OPS y les brindaron un apoyo valioso.

Participación de los maestros:

Por el lado de Educación, es importante resaltar el papel clave de los maestros tanto en el desarrollo de las actividades como en el registro de la corresponsabilidad. Los maestros representan un factor importante en el desarrollo de todas las actividades de educación. En los casos que se lograron sinergias y empatía entre maestros y personal técnico en el seguimiento de la corresponsabilidad, la misma fue efectiva, resaltando también su papel como fuente de motivación a padres de familia para mejorar la asistencia y evitar la deserción y ausentismo escolar.

Factores Críticos Restrictivos

Metodología para el monitoreo de corresponsabilidades:

Una de las posibles diferencias interesantes entre las OPS son los mecanismos que utilizan para asegurarse que los beneficiarios cumplan con las corresponsabilidades, y las acciones que toman en caso que no las cumplan. El monitoreo de las corresponsabilidades y la exactitud en los procedimientos para reportar los incumplimientos, pueden estar influenciados por factores como las dificultades logísticas de recolectar la información en cuanto a la asistencia escolar y de visitas a los centros de salud, en particular si se encuentran geográficamente dispersas, o si los maestros y el personal de salud no siempre tienen la información disponible a tiempo.

Manejo de la Información:

Otro factor restrictivo es la falta de procesos mecanizados para gestionar la información. Si bien existían sistemas informáticos, estos no funcionaban adecuadamente según los representantes de las OPS. Por éste motivo, la información y datos eran manejados en hojas electrónicas y cuando debían enviarla a PRAF lo hacían en papel, lo que además era un requisito del contrato.

Además, hubo descoordinación y falta de estandarización en la elaboración de informes, por lo que cada entidad tuvo que arreglárselas para presentar sus resultados, ya que era una obligación contractual.

3.3.5 Prestación de servicios de salud

Atención prestada en el centro de salud

Para ser beneficiario del bono de nutrición y salud, los hogares debían cumplir un plan de atención que incluye controles de los niños menores de cinco años y de las mujeres embarazadas y puérperas, así como una serie de talleres educativos para todas las titulares. Los controles de los niños consisten en el monitoreo del crecimiento, inmunizaciones, suplementación con micronutrientes, desparasitación en los niños mayores de 2 años, y consejería a las madres en alimentación y referencia. En cuanto a los controles de las mujeres embarazadas, éstos consisten en el monitoreo del incremento de peso materno y altura de fondo uterino, monitoreo de signos de vitalidad fetal, suplementación con micronutrientes, inmunizaciones, referencia por signo de peligro y atención de parto.

Los servicios de atención para los niños entre 2 y 5 años son entregados por los Centros de Salud adscritos a la red de la Secretaría de Salud que se encuentran distribuidos dentro de las aldeas focalizadas.

Factores Críticos Restrictivo

Acceso al Centro de Salud:

En términos generales, existe satisfacción por la atención que se recibe en los centros de salud. Lo que es importante comentar es que el acceso a los centros sigue siendo un reto para las familias, ya que en muchos casos deben caminar por varias horas para poder

acudir a ellos y esto fue evidenciado desde los procesos de certificación de la oferta de salud.

Estrategia de Atención a la Niñez en la Comunidad (AIN-C)

La estrategia AIN-C que era entregada por las OPS contratadas por el programa, consiste en la entrega de servicios con un enfoque preventivo y promocional para los menores de 2 años, la ejecución está a cargo de las monitoras quienes incentivarán la participación activa de los hogares en el monitoreo del crecimiento y desarrollo de los niños.

Factores Críticos Facilitadores

Participación comunitaria:

El apoyo y participación de hombres y mujeres de la comunidad, como voluntarios o como monitores de salud es, sin duda, uno de los logros más relevantes del programa en términos de participación ciudadana.

Factores Críticos Restrictivos

Costos de operación:

Según la opinión de representantes de las OPS, el programa no pudo establecer una estrategia según las normas establecidas, como la que impulsaba la Secretaría de Salud, especialmente por los costos de operación. Por ello, las personas consultadas consideran que la estrategia AIN-C del programa era “light”, dado que las capacitaciones eran muy generales y faltaba material didáctico.

3.4 FACTORES POSITIVOS Y CRITICOS EN LA IMPLEMENTACION

Con base en las entrevistas realizadas a Directivos, técnicos y a actores institucionales que interactuaron con el Programa, en esta sección se presentan los factores positivos y negativos que tuvieron mayor relevancia y efecto en la ejecución del Programa.

3.4.1 Aspectos Positivos

Continuidad de Equipo Técnico. Uno de los aspectos más importantes del Programa fue la continuidad del equipo técnico durante la ejecución de esta forma se garantizó un conocimiento y mejoramiento de las actividades de planificación y operación del Programa. Aunque el programa operó con varios esquemas organizacionales, el mismo equipo estuvo durante la mayor parte de la ejecución.

Apoyo del Gobierno. El arranque del programa coincidió con el inicio de un nuevo Gobierno, el cual entendió y le dio apoyo al Programa y se utilizó la plataforma técnica para formular e implementar la estrategia de Protección Social y para impulsar a la Red Solidaria y el uso de instrumentos como el Registro de beneficiarios, tal como se ha descrito en las secciones anteriores.

Articulación del Programa a la Política Social. Relacionado con lo anterior el enfoque del Programa fue integrado como una pieza de la Política Social del Gobierno³² y al desarrollo de sus componentes estuvo alineada con las iniciativas y propuestas del Gobierno en materia Social. Como se ha comentado desde el Programa se diseñó la arquitectura de la Red Solidaria, de la Secretaría de Desarrollo Social y se promovió la integración de los diferentes programas de atención a las poblaciones pobres.

Acompañamiento del Banco. Un elemento importante que es destacado por las autoridades del PRAF³³ y por los técnicos del Programa es el acompañamiento continuo del Banco en dos direcciones. Una brindando recursos de asistencia técnica para el desarrollo de proceso claves (sistema de focalización, sistemas de MYE, reorganización del PRAF, diseño de la estrategia de evaluación) y otra con la supervisión permanente a los aspectos sustantivos del programa con el propósito de garantizar el rumbo y la orientación del Programa.

Gestión de las OPS. Dado el buen desempeño de las OPS, con la aprobación de la nueva administración del PRAF, en el año 2010 el PIPS solicitó al BID³⁴ la contratación de los OPS que han trabajado desde el 2007 con el Programa para apoyar el Programa presidencial del Bono Diez Mil, la solicitud se basó en los siguientes criterios:

1. Experiencia operativa y reconocimiento local. La interacción con el PRAF estas organizaciones han logrado acumular una experiencia operativa en términos de los esquemas de operación, el trabajo con las comunidades, la coordinación con actores locales y el desarrollo de metodologías e instrumentos para el seguimiento de trabajo de campo.
2. Desempeño Operativo. Como resultado del análisis del desempeño de las OPS entre servicios de noviembre 2007 y Junio 2009³⁵ se evidencia que estas organizaciones

³² Programa Integral de Protección Social (PIPS). Compendio de documento. Fortalezas y capacidades. Tegucigalpa, Febrero 2008.

³³ Entrevista con Olga Lidia Díaz y con equipo técnico del PRAF

³⁴ Programa Integral de Protección Social. Memorando de solicitud de contratación directa de organizaciones prestadoras de servicios para apoyar la implementación de la estrategia del bono diez mil y del modelo de atención integral. Agosto 2010.

³⁵ Hernandez, Nelson. Análisis documental de los resultados de la intervención de las Organizaciones Proveedores de Servicios en la ejecución del Programa Integral De Protección Social .Informe de Consultoría. Septiembre 2010.

tuvieron un alto desempeño de los compromisos contractuales, los resultados de este estudio indican que las OPS cumplieron con los términos de referencia y el grado su desempeño promedio fue del 83%.

3. Resultados. Los resultados muestran en su conjunto, que a pesar de los problemas en la operación de un sistema integral de seguimiento y el la disponibilidad de información estas organizaciones lograron inducir efectos en variables trazadoras del desarrollo humano como el mejoramiento en la salud y el aumento en la utilización de servicios.
4. Resultados en la apropiación del programa por parte de los beneficiarios. Los beneficiarios perciben una imagen positiva del programa en los siguientes aspectos:
 - El acompañamiento familiar y el reforzamiento de la corresponsabilidad
 - La continuidad en los servicios y la entrega de nuevos conocimientos y habilidades que les ha permitido mejorar el manejo de la salud de los niños, la creación de ambientes saludables y entorno ha adecuado para el crecimiento de los niños y la práctica de hábitos nutricionales adecuados.
 - El empoderamiento de las mujeres como titulares de los bonos en lo relacionado con la toma decisiones sobre los gastos del hogar y la vinculación del gasto de la transferencia con bienes y servicios relacionados con el bienestar del hogar y de los niños.
 - El personal de campo se ha convertido en un instrumento clave en la divulgación de las acciones que realiza el programa en las comunidades.
 - El mejoramiento de los procesos de empoderamiento, participación y auditoria social producto del acompañamiento de las OPS, impulsó los procesos de autogestión local.
 - El fortalecimiento de la red de organizaciones sociales comunitarias a través de la entrega de servicios de asistencia técnica, tutoría y capacitación.
5. Fortalecimiento institucional y comunitario. Las OPS contribuyeron al desarrollo de un proceso de promoción y reforzamiento de las capacidades organizativas, administrativas y propositivas de las organizaciones comunitarias es un activo importante para la promoción y fortalecimiento de gestión comunitaria participativa. Las OPS han jugado un papel como representantes del Programa en cada una de las aldeas logrando un nexo entre las Asociaciones de Padres de Familia, Comités Usuarios de Salud, El Voluntariado de salud y los mismos beneficiarios. Un aspecto de especial importancia es el fortalecimiento de la red de actores y organizaciones locales como los Comités de Usuarios en salud y las Asociaciones de Padres de Familia.

6. Aprendizaje organizacional y economías de escala. El Programa a través de la contratación de las OPS ha realizado un esfuerzo técnico y financiero para la formación y capacitación de las OPS en el modelo de intervención y para crear una capacidad instalada para el país. Estas organizaciones están en capacidad de apoyar y potenciar este aprendizaje organizacional y el conjunto de procedimientos operativos y técnicos para apoyar la implementación de la estrategia del Bono Diez Mil.

3.4.2 Aspectos Críticos

Demora en el arranque. Para el arranque del programa se establecieron como condiciones: i) Suscripción de Convenios con Salud y Educación, ii) la puesta en Vigencia Manual Operativo y para tramitar el primer desembolso de los componentes las condiciones fueron contar con i) la línea de Base del Programa, ii) el sistema de focalización y iii) la selección de ONG. Las primeras condicionalidades, aunque con algún retraso, lograron su cumplimiento. Las condiciones especiales afectaron el arranque del Programa, por ejemplo, el primer proceso licitatorio para la contratación de las OPS y su vinculación se hizo efectiva hasta el 2007 y en este momento se inició la operación del programa de acuerdo al esquema previsto en el diseño. El levantamiento de la línea de base se realizó en el 2007.

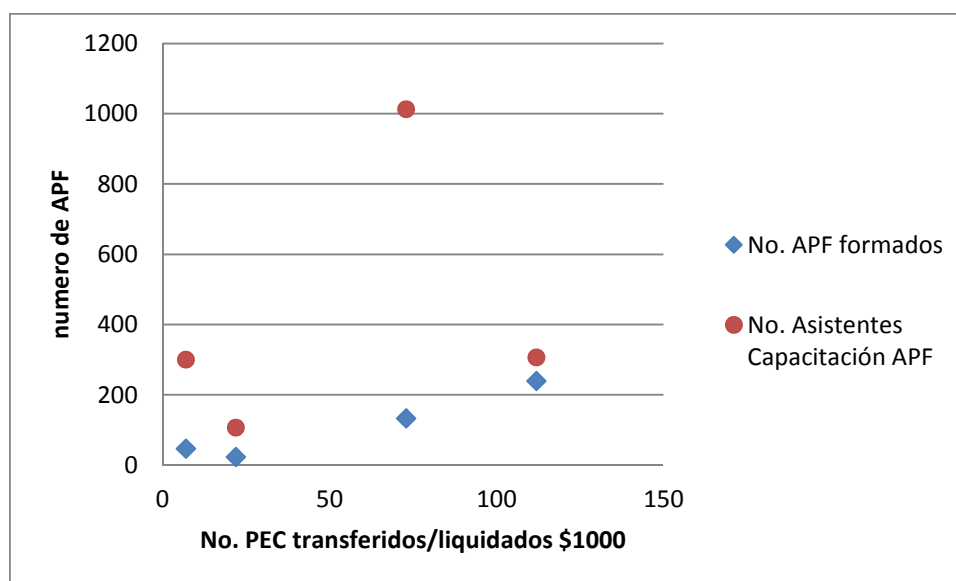
Oferta institucional. Un aspecto importante en la implementación del Programa, era el supuesto de que la oferta y la capacidad instalada de educación y salud responderían a los nuevos y adicionales requerimientos de la demanda, aunque el Programa realizó un ejercicio de certificación de la oferta con el propósito de garantizar la prestación de los servicios en las aldeas beneficiarias, el sistema en su conjunto y particularmente la Red de Servicios de Salud no logró ampliar la capacidad de respuesta para atender la demanda y esta estuvo cubierta por las OPS. Desde el punto de vista de la atención integral al binomio madre-hijo, el funcionamiento de una red de servicios contribuye a mejorar el sistema de referencia y contra referencia, a mejorar la calidad de los servicios y contribuye a mejorar los indicadores de salud en la población beneficiaria.

Intervenciones en la oferta. Comparativamente con el programa anterior (1026) el PIPS no asignó importancia a las intervenciones por el lado de la oferta debido principalmente a las dificultades de coordinación con las Secretarías de Salud y Educación. Por ejemplo, en el caso de las APF éstas tuvieron un mayor desarrollo en el Programa anterior cuando desde la Unidad Coordinadora se dirigió su conformación y apoya. En esta etapa el acompañamiento estuvo a cargo de las OPS. Por ejemplo, tampoco se logró incorporar a los maestros capacitados dentro del proyecto de la Unidad de Medición de la Calidad Educativa (UMCE). Este enfoque de la implementación respondió al diseño del programa en el cual se intervenía tanto el componente de oferta como el de demanda.

Recursos para las APF. Uno de los principales aspectos que surgieron en las entrevistas con las organizaciones locales se relaciona con la falta de disponibilidad de recursos para las APFs. Como se observa en la gráfica adjunta los recursos para los PEC fueron transferidos desde el 2009 y varias APF ya habían recibido capacitaciones con el 1026 y con 1568 y ya tenían capacidad para ejecutar recursos.

En el Grafico siguiente se presenta la relación entre recursos transferidos y la cantidad de APF creadas y los recursos capacitados por departamento. De izquierda a derecha los datos corresponden a los siguientes departamentos: La Paz, Santa Bárbara, Intibucá y Lempira. Los resultados indican que para el caso de La Paz e Intibucá se capacitaron más personas que las que requería la oferta de APFs.

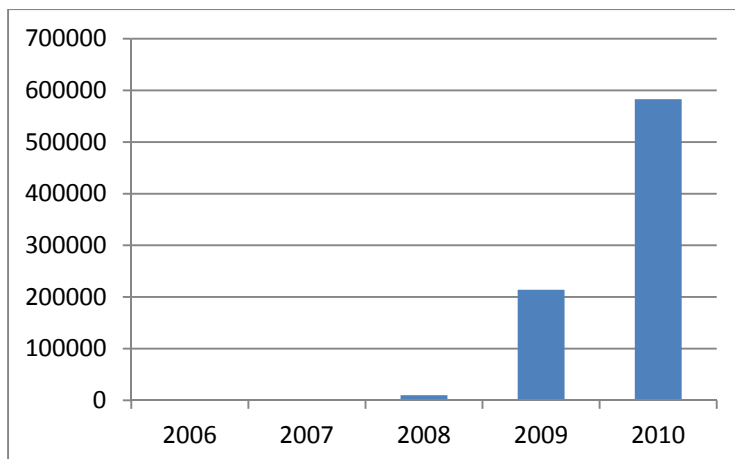
Gráfico 13. Relación de recursos transferidos APFs formadas y capacitadas



Fuente: O'Connell, Lesley. Síntesis de los logros y avances del Programa Integral de Protección Social. Documento Preliminar. 2009.

El programa promovió la organización de más de 500 APF en los cuatro departamentos y la capacitación de cerca de 1800 personas, lo cual arroja un promedio de 4 personas por APF. En la misión del Banco realizada en junio del 2008 se advertía que el Fondo Rotario del Programa resultaba insuficiente para cumplir con la demanda de recursos del programa debido entre otras causas, a los desembolsos para las APFs.

Gráfico 14. Recursos para incentivar la oferta educativa



Fuente: PRAF. Informes de Ejecución presupuestal 2006 2010.

Auditoria de desempeño. Para el seguimiento al desempeño de las OPS estaba prevista la contratación de Organizaciones Auditoras de Servicios (OAS) que tienen a su cargo el monitoreo y evaluación al desempeño de las OPS, teniendo como referencia los Planes de Acción Multianuales y los Planes Operativos y las metas y los indicadores de desempeño establecidos para las OPS. Debido a la extensión del proceso de contratación de las OPS se decidió no contratar las OAS, las cuales podrían haber contribuido a mejorar los procesos de supervisión a las OPS e inducir el mejoramiento del monitoreo y seguimiento desde el Programa a nivel central.

Memoria Institucional. El PIPS logró impulsar la generación de información y conocimiento sobre la implementación del Programa, sobre los aspectos normativos y operativos de la Política Social y sobre otros temas relacionados con la Protección Social. Este esfuerzo se tradujo en la producción de un gran volumen de información documental, sin embargo esta Memoria Institucional no fue administrada adecuadamente y actualmente existe un desconocimiento de la generación de conocimiento e información desde el programa. El desaprovechamiento de esta memoria institucional se debió a los siguientes factores: i) No se definieron lineamientos para la administración y diseminación de la memoria institucional del Programa, ii) La administración de la información estuvo en función de personas y no del Programa, iii) No se incorporó esta información a la página Web del programa.

Monitoreo y Evaluación. Otro aspecto crítico de la implementación del Programa fueron las debilidades en el sistema de monitoreo y seguimiento a los resultados del programa, los cuales son analizados en las secciones siguientes.

Estrategia de Comunicación. Con relación al diseño e implementación de una Estrategia de Comunicación el Programa no logró concretar una estrategia sostenible y efectiva para comunicar y diseminar el alcance y resultados del programa a la Sociedad Civil y al público en general. El Plan de comunicación que se diseñó en el 2008 quedó en etapa de diseño y se concretó su implementación. Las consecuencias de la no implementación fueron las

siguientes i) el desconocimiento de los logros del Programa, ii) el desconocimiento del rol del PIPS como un programa impulsor de cambios dentro del PRAF y dentro de la Política Social.

Situación Política del 2009 - Periodo de pausa. Como se ha indicado el periodo de pausa tuvo un efecto importante en la paralización, a nivel comunitario, de las intervenciones del programa. Como se pudo evidenciar en las entrevistas con los niveles técnicos varios procesos de organización comunitaria se debilitaron, el cumplimiento de las corresponsabilidades no se realizaron.

3.4.3 Desempeño de la Unidad Ejecutora.

La Unidad Ejecutora del Proyecto BID, de acuerdo con la información disponible y con los resultados de entrevistas a diferentes actores tuvo un desempeño adecuado porque integrar el contenido programático del proyecto a la estrategia del Gobierno en materia de Protección Social y mantener el equipo técnico durante la ejecución. Uno de los aspectos de mayor debilidad que tuvo incidencia en la ejecución del Programa se relaciona con la capacidad de respuesta de dos áreas clave para el programa: sistemas y monitoreo y evaluación. El área de sistemas tuvo varios ajustes durante la ejecución del programa y no logró poner en operación un sistema de información integrado e integral para generar información actualizada de corresponsabilidades y de la gestión del Programa. En el área de monitoreo y evaluación, no se logró organizar un equipo técnico ni poner en operación procesos para garantizar el flujo de información para el seguimiento operativo a las actividades y el monitoreo a los resultados y al rumbo del programa.

3.4.4 Desempeño del Banco

En las entrevistas con los equipos del PRAF y del PIPS, se evidenció el rol que el Banco tuvo en el acompañamiento de la ejecución de la operación y el impulso a temas claves como el Registro de Beneficiarios, la homologación de procesos y la reorganización del PRAF. Los diferentes actores coinciden en calificar el desempeño del Banco como positivo y catalizador de los procesos.

Un aspecto importante que se destaca en el desempeño del Banco es la incorporación de condicionalidades en el diseño de los programas, por ejemplo el Programa Sectorial Social Asociado a la ERP (HO-L1009) estableció como condicionalidades:

- Homologación de las metodologías operativas y técnicas, a fin de que el PRAF funcione con un sistema único de bonos escolares y salud. .
- La creación e incorporación de la Unidad de Registro Único de Hogares Beneficiarios, a la estructura del PRAF, con el correspondiente presupuesto.

- Contratación de asistencia técnica para la preparación de la Estrategia de Salida y diseño del piloto.
- La creación de la Unidad de Seguimiento y Evaluación dentro de la estructura del PRAF, e incorporada en el presupuesto 2007 con recursos nacionales
- Preparación del Reglamento Operativo del Sistema de Certificación de Oferta en Salud y Educación, con los procedimientos de implantación, aprobado por el Consejo Superior del PRAF.

En la sección anterior se analizaron los efectos positivos y la percepción del acompañamiento del Banco.

3.5 ANALISIS DE RIESGOS

En el proceso de diseño la operación se identificaron varios riesgos relacionados con la focalización de beneficiarios y coordinación interinstitucional. Con relación a la focalización se anticipaba que era previsible que algunos beneficiarios no elegibles, en este caso no pobres, reciban los apoyos económicos. Para minimizar este riesgo el Programa implementó el sistema de focalización riguroso para seleccionar las aldeas más pobres del país buscando que la población beneficiaria estuviera por debajo de la línea de extrema pobreza. Esta condición se validó, adicionalmente, en las asambleas comunitarias en estas se realizó la validación del registro de beneficiarios y se dio la oportunidad para que algunas familias pudieran auto-excluirse o ser excluidas por los otros residentes. Este mecanismo funcionó de manera adecuada para promover y garantizar la entrada de los hogares más pobres. Sin embargo, en los grupos focales de beneficiarios se detectaron escasos casos aislados de inclusión de beneficiarios no elegibles.

El segundo riesgo se relacionaba con la coordinación interinstitucional dado que el éxito en la implementación estaba condicionado a la participación y el esfuerzo combinado del PRAF con las Secretarías de Salud y de Educación para asegurar una cobertura adecuada de servicios. Este riesgo se administró mediante la suscripción de convenios sin embargo la sinergia y coordinación esperada se logró parcialmente con Educación y débilmente con Salud. Esta situación se debió fundamentalmente a que no existió una decisión y un mandato desde el alto Gobierno para forzar y conducir la coordinación. Un ejemplo es la forma en que, bajo el esquema de Bono Diez Mil, se ha realizado la coordinación entre las Secretarías de Línea y su involucramiento en la operación. Esto ha sido posible por la decisión y el mandato desde el nivel más alto del poder ejecutivo.

Otros riesgos que se identificaron fueron i) la capacidad institucional del PRAF y ii) la disponibilidad de recursos financieros.

La capacidad institucional del PRAF se abordó a través del conjunto de acciones previstas en el componente 3, sin embargo, como se analizó anteriormente, el efecto más

importante que era la reorganización y restructuración del PRAF no se concretó. La disponibilidad de recursos financieros fue una situación recurrente en la ejecución del Programa debido a la programación de recursos por parte de la Secretaría de Finanzas.

3.6 IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EXTERNALIDADES

Como se ha descrito antes, si bien hubo algún grado de éxito en algunos de los indicadores de resultado, en otros no ha habido un logro significativo. Sin embargo, existen factores importantes que han condicionado la acción del programa y restringido su logro:

1. A partir de julio de 2009, Honduras entra en un período de crisis política y social, que tiene fuertes repercusiones en las instituciones del estado. Esto provoca que se den cambios súbitos en las estructuras organizacionales se interrumpen los planes y proyectos y se complica la ejecución de los recursos presupuestados. Esta situación afectó de manera importante la ejecución del plan de ejecución del PIPS, en especial la ampliación de cobertura a nuevas aldeas, retrasos en los pagos a las aldeas que ya lo recibían, la conformación de nuevas asociaciones de padres de familia (APF) y comités de usuarios en salud (CUS) y el financiamiento de sus proyectos, el pago a las organizaciones prestadoras de servicios y de igual forma, la oferta de servicios de salud y educación se vio afectada en alguna medida.
2. En los años en que el programa estaba en plena operación, a partir de 2008, sucede la llamada crisis FFF (Food, Fuel and Finances), ya que entre sus principales factores causantes estarían los altos precios de las materias primas, la sobrevalorización del producto, una crisis alimentaria mundial y energética, una elevada inflación planetaria y la amenaza de una recesión en todo el mundo, así como una crisis crediticia, hipotecaria y de confianza en los mercados. Como un efecto cascada, los países que dependen de economías como la de Estados Unidos, se vieron profundamente afectados. Esto tuvo diferentes repercusiones en el programa. En primer lugar, el bono se vio devaluado, debido a que los precios de los alimentos y la canasta básica se elevaron. Esto afectó especialmente, el alcance del programa en cuanto a la nutrición de la familia y en especial de los niños y niñas. Además, los altos precios de los alimentos, de alguna manera, estimularon el trabajo agrícola, por lo cual se requirió más mano de obra. Esto pudo haber afectado el hecho de que muchos niños no fueron matriculados en las escuelas o propició la deserción escolar y, en consecuencia, el cumplimiento de la corresponsabilidad de educación. En segundo lugar, los costos para la implementación del programa se vieron afectados, lo que forzó a reducir los alcances de las diferentes intervenciones como el caso de la estrategia AIN-C, así como el financiamiento de los proyectos de los APF y las actividades de los CUS.

Finalmente, los costos de operación, afectaron el pago a las OPS y los planes de expansión a nuevas aldeas.

4 ANÁLISIS DE LA SOSTENIBILIDAD

En esta sección, se analiza la sostenibilidad de los resultados del 1568/SF-HO que se han documentado en las secciones anteriores. Originalmente, el Programa permanecería en los municipios por tres años, sin embargo, a raíz de la crisis institucional de 2009, el programa modifica sus alcances y finaliza su operación en ese mismo año. Debido a que el programa no mantuvo su intervención por el tiempo planificado y a que no se tienen suficientes datos de los siguientes años, no es posible determinar con exactitud la sostenibilidad de los resultados por medio de evaluar cómo cambian los indicadores cuando el programa ha cesado su acción. Sin embargo, utilizando elementos de juicio, según las informaciones y antecedentes disponibles y el conocimiento sobre los municipios, se tratará de estimar el nivel de probabilidad que tiene cada uno de los indicadores de resultado de mantenerse durante un plazo mayor al mínimo que justifica la inversión realizada. Entonces, la pregunta a responder es: ¿Se mantiene en el tiempo el efecto del programa – más allá de la duración de las TMC?

4.1 EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD SOSTENIBLE

Antes de entrar en el análisis de la sostenibilidad, haremos un breve repaso de los conceptos que se utilizan en éste apartado para valorar la efectividad y la sostenibilidad del programa en la producción de “valor público”.

Conceptualización del Valor Publico

Las aproximaciones teóricas sobre la efectividad y valor público, sostienen que las sociedades producen más valor en cuanto más se garantiza el bienestar de sus miembros. Por ejemplo Hintze³⁶, afirma que, el valor puede ser definido como la satisfacción de necesidades humanas presentes y futuras asociadas a la vida mediante el esfuerzo humano organizado. Hay dos supuestos importantes en esta definición que, a pesar de su obviedad, no pueden dejar de mencionarse: el primero, que el valor es vida humana. El segundo, que no se agota en la satisfacción de las necesidades presentes sino que, además, es preciso que exista –ya en el propio presente- la posibilidad de satisfacer necesidades futuras. El valor entonces, no es sólo vida presente, sino también esperanza de vida: quien no tiene futuro no tiene sus necesidades humanas satisfechas, pues el futuro es una necesidad humana. Los dos aspectos mencionados, sin embargo, no consideran aún la cuestión pública por excelencia, la equidad. No se trata sólo de la medida en la que las sociedades generen vida y oportunidades de vida para sus miembros, sino, también, la medida en que garanticen el derecho al acceso a esas oportunidades (es decir, la medida en que, en la satisfacción de las necesidades humanas, intervenga la

³⁶ Director de TOP, Centro de Desarrollo y Asistencia Técnica en Tecnología para la Organización Pública, www.top.org.ar

condición ciudadana). El valor se torna valor público cuando incluye el ejercicio del derecho a la vida y a la esperanza de vida, es decir, el ejercicio de la libertad. El valor público, en consecuencia, presupone democracia. Desde esta perspectiva resulta lícito considerar que la medida última de la efectividad de las sociedades es su producción de valor público y que, por lo tanto, es –o debiera ser– éste el objeto principal de la política.

Conceptualización de la Efectividad

La efectividad es un concepto que alude dos aspectos: la medida en que, como consecuencia de determinadas asignaciones de recursos, se logran resultados que satisfacen necesidades humanas y, además la medida en que estos resultados producen efectos adicionales deseados. Por lo tanto, la efectividad se refiere en primer lugar al logro de resultados y en segundo, y como consecuencia, a los efectos que con ellos se logran. Por tal razón la evaluación de la efectividad comienza con la evaluación de los resultados. Por ejemplo, la cura de las enfermedades debe ser considerada uno de los resultados de ciertas asignaciones de recursos que satisfacen necesidades humanas y la posibilidad de trabajar de las personas es un efecto de ello. Por lo tanto, la evaluación de los efectos se realizará partiendo de los resultados o, en su defecto éstos estarán implícitos.

Conceptualización de la Sostenibilidad

La sostenibilidad se refiere a la medida en que los resultados y efectos logrados mediante determinadas asignaciones de recursos se mantienen a lo largo del tiempo una vez que la asignación de recursos ha cesado. La sostenibilidad se refiere tanto a medida en que perduran residualmente los resultados y efectos como al grado en que ello se logra por haberse desarrollado capacidades.

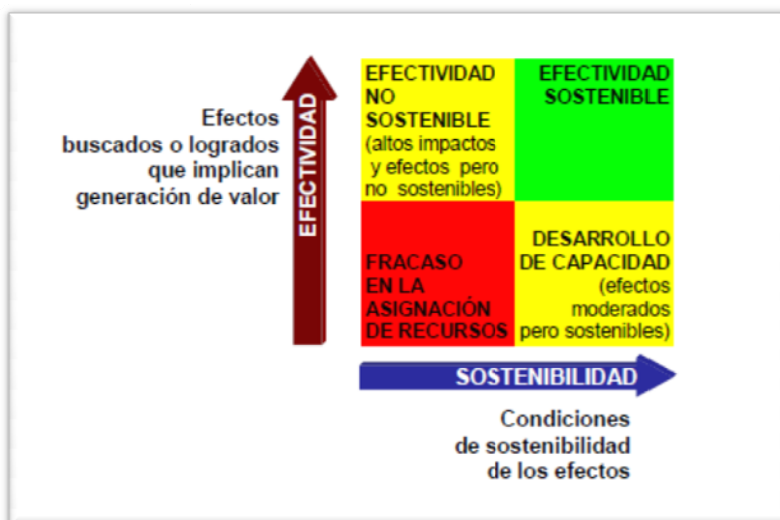
Por ejemplo, si una determinada población ha recibido durante un período prolongado una buena atención en salud, aunque ésta se suspendiera (v.g. por una catástrofe), los resultados y efectos se mantendrían por un cierto tiempo debido a que la buena salud de esa población es un buen punto de partida. Estos son los efectos residuales de la asignación inicial de los recursos. Sin embargo, es posible que la población haya desarrollado capacidades preventivas o haya aprendido a curar determinadas enfermedades, lo que le permita mantener autónomamente mejores niveles de salud. Ello se debe al desarrollo de capacidades. La combinación de efectos residuales más el desarrollo de capacidades determinan el grado de sostenibilidad.

La sostenibilidad es una medida que se refiere a un período determinado a partir del cese de la asignación de los recursos. Este período puede ser convencional o bien haber sido el que se consideró en su momento aceptable como criterio para la asignación de recursos. Si, por ejemplo, se realiza una evaluación de sostenibilidad a tres años, los valores serán relativos a esta medida y no serán comparables con una evaluación a dos o a diez años.

4.1.1 La matriz de efectividad sostenible

La efectividad y la sostenibilidad, por sí mismas, informan menos que la relación entre ambas, que puede mediante la matriz de efectividad sostenible, herramienta que permite identificar situaciones alternativas (que responden a políticas y estrategias diferentes), como se muestra en el gráfico 15. Como puede verse, la sostenibilidad apunta al desarrollo de capacidad para la satisfacción de necesidades, mientras que la efectividad a dicha satisfacción. La operacionalización de la efectividad y sostenibilidad puede realizarse de manera específica en cada caso mediante observaciones directas y/o indicadores.

Gráfico 15. Matriz de Efectividad Sostenible



La Matriz de Efectividad Sostenible da lugar a cuatro situaciones claramente diferenciadas desde el punto de vista político y estratégico. Sin duda, el logro de efectos sostenibles, situación que se representa en el cuadrante superior derecho, puede considerarse éxito en cuanto a la asignación de recursos públicos y, su opuesto, fracaso. Sin embargo, las dos situaciones alternativas (el logro de efectos no sostenibles), así como el desarrollo de capacidades para producir efectos (antes que efectos en sí mismos), que se representan en los cuadrantes amarillos no pueden ser necesariamente caracterizadas de éxito o fracaso desde el punto de vista de la asignación de recursos públicos.

Aunque el logro de efectos perdurables que se representa en el cuadrante superior derecho, parece a primera vista el fin principal de la asignación de los recursos públicos, ello no siempre es posible ni, en ocasiones, deseable: algunas veces parece imponerse la necesidad de dar respuestas perentorias al corto plazo, aun cuando no se logre ningún tipo de sostenibilidad y, otras veces, es preferible el logro de efectos moderados pero que se mantengan en el tiempo, situaciones que, como mencionamos antes, se representan, respectivamente, en los cuadrantes superior izquierdo e inferior derecho del gráfico. La relación entre estas dimensiones resulta particularmente útil para identificar ciertas tensiones que veremos a continuación:

La efectividad no sostenible alude a los logros de impactos (cuando se trate del corto plazo) y efectos que desaparecerán cuando se dejen de realizar los esfuerzos que los produjeran, es decir, cuando cese la asignación de recursos con ese fin. Si bien este tipo de medidas no son bien vistas en el discurso político, lo cierto es que, sobre la base de este criterio, se asigna una significativa proporción de los recursos públicos, por razones que pueden originarse en un amplio espectro de criterios y motivaciones, desde el más elemental sentido común hasta (pasando por las soluciones de compromiso entre los intereses de actores y otras circunstancias) el más descarado oportunismo político.

Desarrollo de capacidad: el cuadrante inferior derecho de la matriz se refiere a las consecuencias de las asignaciones de recursos del tipo “inversión por única vez”, es decir, cuya finalidad principal no es tanto la producción de efectos o impactos como la creación de la capacidad para producirlos. En estos casos, los efectos buscados siguen siendo los mismos, pero la asignación de recursos no se orienta directamente a ellos sino a generar las condiciones que podrían lograrlos.

Efectividad sostenible: el cuadrante superior derecho de la matriz es el lugar en el que se representan los afortunados casos de asignaciones de recursos que producirían o produjeron (según se evalúen los planes ante sus consecuencias después) efectos inmediatos y, también, sostenibles. Estos casos -en los que es indiscutible el éxito de la asignación de los recursos- parecen ser menos frecuentes de lo deseable pero, sin duda, no imposibles.

Fracaso en la asignación de recursos: finalmente, en el cuadrante inferior izquierdo de la matriz de efectividad sostenible se pueden registrar los casos en los que no se logran los efectos deseados en el corto plazo ni tampoco sostenibilidad. Este tipo de pronóstico no aparece, naturalmente en las planificaciones (ya que, si se hiciera, sería razón más que suficiente para no realizar las asignaciones de recursos respectivas), pero, sin duda, debería aparecer en las evaluaciones ex post. Si se dispusiera de ellas, podríamos comprobar qué proporción de los recursos ha sido dilapidada sin producir efectos.

4.1.2 Metodología para aplicar el análisis de efectividad sostenible al PIPS

La evaluación de resultados debe hacerse, naturalmente, una vez que ha pasado el tiempo necesario para ver si los resultados se han producido o no. En algunos casos ello es más o menos inmediato y en otros requiere de algún tiempo.

Para cada uno de los indicadores, se procede a realizar una calificación de la medida en que se han logrado los resultados respecto de la situación descrita en la línea de base. Para ello se utiliza la escala de calificación de efectividad y sostenibilidad que se muestra en la tabla 15. Como se indica es una escala normalizada, que permite referenciar a una escala común una serie de situaciones heterogéneas que se describen respecto de cada

indicador. La evaluación de efectividad se refiere a lo que se ha obtenido como resultados durante y hasta el momento en que haya finalizado la asignación de los recursos. Todo logro que se mantenga luego de la asignación de recursos debe contabilizarse como sostenibilidad.

En base a todo lo anterior, se describe una breve justificación de las razones por las cuales se ha considerado adecuada la calificación asignada en la escala normalizada. Estas razones se refieren a la diferencia que se ha observado entre la situación de la línea de base y la que se ha encontrado al momento del análisis, y definen la síntesis ejecutiva de la opinión sobre cada indicador.³⁷

La evaluación de la sostenibilidad puede realizarse desde dos perspectivas muy diferentes: una de ellas se refiere a la sostenibilidad esperada y la otra a la efectivamente lograda. En el primer caso, se trata de un pronóstico sobre la medida en que los logros de resultados obtenidos hasta el momento del fin de la asignación de recursos se mantendrán en el tiempo. Este tipo de evaluaciones se realizan por lo general al finalizar proyectos o programas. El segundo caso, menos frecuente pero más confiable, se refiere a las evaluaciones realizadas tiempo más tarde, cuando se puede constatar la medida en que los resultados se han mantenido realmente a lo largo del tiempo.

Debe establecerse el plazo de evaluación de sostenibilidad. Este plazo debe ser el mismo para todos los indicadores. El plazo de sostenibilidad es el que haya sido considerado (explícita o implícitamente) como aceptable al momento de la toma de decisión sobre la asignación de los recursos. Es evidente que ningún resultado se sostendrá eternamente en el tiempo, y que la evaluación de efectividad permitirá calificaciones más altas en cuanto más cortos sean los plazos.

A continuación se describen los criterios de calificación mediante la escala normalizada de la sostenibilidad, respecto del plazo considerado.

Tabla 20. Escalas de calificación de variables de evaluación de resultados

EFECTIVIDAD		SOSTENIBILIDAD	
Puntaje	Descripción	Puntaje	Descripción
0	La situación observada se encuentra en una situación inferior a la descrita en el punto siguiente.	0	La situación observada se encuentra en una situación inferior a la descrita en el punto siguiente.

³⁷ La valoración de cada indicador se hizo de acuerdo con puntajes establecido por cada miembro del equipo evaluador.

10	Hay elementos de juicio, según los indicadores tomados en cuenta, para considerar que la asignación de recursos realizada contribuyó de manera muy limitada a mejorar la situación preexistente de los beneficiarios y/o el contexto. No se verificaron efectos positivos perceptibles respecto de la situación inicial atribuibles a los esfuerzos realizados.	10	Hay elementos de juicio, según las informaciones y antecedentes disponibles y el estado del conocimiento sobre el tema, para considerar probable que los efectos logrados y/o por lograrse como consecuencia de la asignación de recursos realizada cesarán de manera inmediata o en plazos muy cortos apenas cese dicha intervención.
20	La situación observada se encuentra en una situación intermedia entre las descritas en los puntos anterior y siguiente.	20	La situación observada se encuentra en una situación intermedia entre las descritas en los puntos anterior y siguiente.
30	Hay elementos de juicio, según los indicadores tomados en cuenta, para considerar que la asignación de recursos contribuyó a mejorar la situación preexistente de los beneficiarios y/o el contexto de manera poco significativa. Se verificaron efectos positivos menores que los normales esperables, respecto de la situación inicial, según el estado del conocimiento en la materia, atribuibles a los esfuerzos realizados.	30	Hay elementos de juicio, según las informaciones y antecedentes disponibles y el estado del conocimiento sobre el tema, para considerar probable que los efectos logrados y/o por lograrse como consecuencia de la asignación de recursos se mantuvieron o se mantendrán por debajo del plazo mínimo que justifica la inversión realizada, y principalmente como consecuencia de la duración inercial de los mismos y no como resultado de nuevas capacidades autosuficientes.
40	La situación observada se encuentra en una situación intermedia entre las descritas en los puntos anterior y siguiente.	40	La situación observada se encuentra en una situación intermedia entre las descritas en los puntos anterior y siguiente.
50	Hay elementos de juicio, según los indicadores tomados en cuenta, para considerar que la asignación de recursos contribuyó a mejorar la situación preexistente de los beneficiarios y/o el contexto de manera apreciable. Se verificaron los efectos positivos normales esperables respecto de la situación inicial, según el estado del conocimiento en la materia, atribuibles a los esfuerzos realizados.	50	Hay elementos de juicio, según las informaciones y antecedentes disponibles y el estado del conocimiento sobre el tema, para considerar probable que los efectos logrados y/o por lograrse como consecuencia de la asignación de recursos se mantuvieron o se mantendrán durante el plazo mínimo que justifica la inversión realizada, y principalmente como consecuencia de la duración inercial de los mismos y secundariamente como resultado de nuevas capacidades autosuficientes.
60	La situación observada se encuentra en una situación intermedia entre las descritas en los puntos anterior y siguiente.	60	La situación observada se encuentra en una situación intermedia entre las descritas en los puntos anterior y siguiente.

70	Hay elementos de juicio, según los indicadores tomados en cuenta, para considerar que la asignación de recursos contribuyó a mejorar la situación actual de los beneficiarios y/o el contexto de manera considerable. Se verificaron efectos positivos mayores a los normales esperables, respecto de la situación inicial, según el estado del conocimiento en la materia, atribuibles a los esfuerzos realizados.	70	Hay elementos de juicio, según las informaciones y antecedentes disponibles y el estado del conocimiento sobre el tema, para considerar probable que los efectos logrados y/o por lograrse como consecuencia de la asignación de recursos se mantuvieron o se mantendrán durante un plazo mayor que el mínimo que justifica la inversión realizada, principalmente como resultado de nuevas capacidades auto suficientes y secundariamente como consecuencia de la duración inercial de los mismos.
80	La situación observada se encuentra en una situación intermedia entre las descritas en los puntos anterior y siguiente.	80	La situación observada se encuentra en una situación intermedia entre las descritas en los puntos anterior y siguiente.
90	Hay suficientes elementos de juicio, según los indicadores tomados en cuenta, para considerar que la asignación de recursos contribuyó a mejorar la situación actual de los beneficiarios y/o el contexto de manera muy significativa. Se verificaron efectos positivos mucho mayores a los normales esperables, respecto de la situación inicial, según el estado del conocimiento en la materia, atribuibles a los esfuerzos realizados.	90	Hay elementos de juicio, según las informaciones y antecedentes disponibles y el estado del conocimiento sobre el tema, para considerar probable que los efectos logrados y/o por lograrse como consecuencia de la asignación de recursos se mantuvieron o se mantendrán durante un plazo mucho mayor que el mínimo que justifica la inversión realizada y esencialmente consecuencia de nuevas capacidades auto suficientes.
100	La situación observada se encuentra en una situación superior a la descrita en el punto anterior.	100	La situación observada se encuentra en una situación superior a la descrita en el punto anterior.

4.1.3 Evaluación de la efectividad sostenible para el caso del PIPS

A continuación se presentan los resultados obtenidos para el caso del PIPS, después de haber aplicado la metodología de evaluación descrita en el numeral 4.1.1.

Tabla 21. Resultados de la evaluación efectividad sostenible para el caso del PIPS





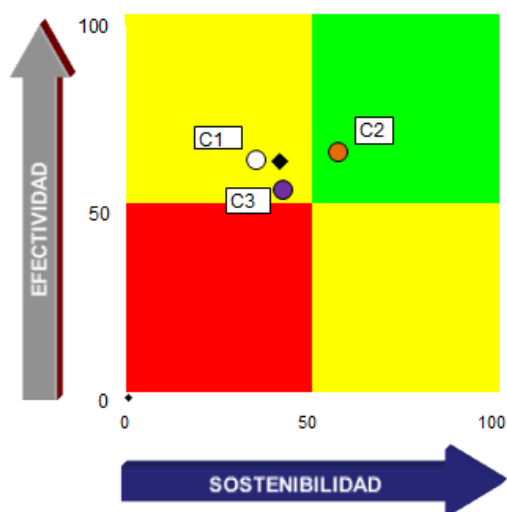
Componente	INDICADORES PRIORIZADOS		EVALUACIÓN RESULTADOS	
	Indicador	Descripción	Efectividad	Sostenibilidad a 2 años
1	1.1	La desnutrición general en niños y niñas menores de dos años se reduce en un 10% al final de la ejecución del Programa	70	50
	1.2	La lactancia materna exclusiva en los menores de seis meses en las áreas focalizadas aumenta en 5pp con respecto a la línea base, al final de la ejecución del Programa	80	50
	1.3	Porcentaje de niñas y niños menores de dos años atendidos mensualmente por las monitoras de la comunidad	80	40
	1.4	Porcentaje de cumplimiento de la corresponsabilidad de salud (asistencia a capacitaciones, controles de crecimiento y desarrollo a menores de cinco años, control a embarazadas y puerperas)	40	30
	1.5	Porcentaje de niñas y niños menores de 2 años con crecimiento y desarrollo inadecuado en dos controles sucesivos	60	30
	1.6	Porcentaje de partos institucionales	30	20
	1.7	Porcentaje de aldeas que cuentan con Comités de Usuarios en Salud constituidas, capacitadas y en operación	90	30
 Efecto Componente 1 Peso del efecto sobre 100 :			64.29	35.71
			70.0	
2	2.1	Tasa de asistencia de las niñas y niños matriculados de las escuelas beneficiarias	80	70
	2.2	Porcentaje de hogares que cumplen con la corresponsabilidad en educación	80	70
	2.3	Porcentaje de las APF en las comunidades beneficiarias que han ejecutado su "Proyecto de escuela" y liquidado las transferencias	30	40
	2.4	Tasa de deserción de niñas y niños beneficiarios del Programa	70	60
	2.5	Tasa de matrícula de niñas y niños de 1º a 6º grado en las aldeas beneficiarias (Hogares	70	60
	2.6	Porcentaje de centros educativos beneficiarios del Programa cuentan con APF organizada, funcionando, legalizada y capacitadas	70	50
 Efecto Componente 2 Peso del efecto sobre 100 :			66.67	58.33
			26.0	
3	3.1	Plan de comunicación a nivel local desarrollada y en ejecución a partir del 1º semestre de ejecución.	20	30
	3.2	Al final del primer año, el sistema de información gerencial (módulos de beneficiarios, planillas, seguimiento de ofertas y contabilidad) instalado y funcionando.	70	90
	3.3	Al final del primer semestre de ejecución, se ha capacitado y certificado a al menos el 85% del personal de la UCP sobre los procesos que les compete (incluidos en los manuales de procesos y procedimientos).	40	50
 Efecto Componente 3 Peso del efecto sobre 100 :			43.33	56.67
			4.0	
 TOTALES:			64.07	42.43
			100.0	

Gráfico 16. Resultados de la evaluación efectividad sostenible para el caso del PIPS

Como puede verse en el gráfico anterior, luego de hacer un análisis del programa en cuanto a valorar la sostenibilidad de los efectos alcanzados, podemos decir que el programa en su conjunto estaría sobre la zona de la efectividad no sostenible (cuadrante superior izquierdo). Esto quiere decir que, si bien se reconocen logros positivos en la población, éstos tienden a desaparecer cuando se dejan de realizar los esfuerzos que los produjeron, es decir, cuando cesa la asignación de recursos con ese fin.

Sin embargo, al ver los tres componentes del programa independientemente, se reconoce que el componente de Educación está sobre la zona de la efectividad sostenible (cuadrante superior derecho). Esto significa que los efectos logrados en los indicadores de educación se mantienen algún tiempo adicional aun cuando ha cesado la transferencia de dinero a las familias. Debemos recordar que una de las características reconocidas de las familias beneficiarias es que consideran muy importante que sus hijos e hijas asistan a la escuela, lo cual se ve en los valores de línea base, donde la matrícula ya era de más del 90% y la tasa de deserción escolar menor al 2%.

Los componentes de Salud y Nutrición y el de Fortalecimiento Institucional están en la zona de sostenibilidad no sostenible. En ambos casos, los logros han sido limitados y se estima que los efectos no se mantienen en el tiempo después del cese de los recursos.

4.2 Análisis de la sostenibilidad del programa

En complemento al análisis presentado en la sección anterior los factores que determinan la sostenibilidad del programa son los siguientes:

- El programa logró consolidar una intervención sostenida en los hogares en extrema pobreza a través del modelo de intervención integral, en la cual los hogares tuvieron acceso a incentivos económicos para inducir la utilización de servicios de salud y educación y para la incorporación de la madre para propiciar cambios en el comportamiento de los hogares frente a la demanda de servicios sociales. Los hallazgos de las valoraciones cualitativas de precepción indican que los hogares captaron el concepto de la corresponsabilidad y en forma espontánea respondían con el cumplimiento de controles en salud y la matrícula escolar. El opinión de los técnicos de las OPS los mensajes de sensibilización sobre la necesidad y conveniencia de la corresponsabilidad es uno de los principales efectos en el cambio de conducta de los hogares.
- Las OPS crearon una base local importante con las APF y los CUS, la cual se sigue conservando en ausencia del Programa, sin embargo se requiere su fortalecimiento. El programa realizó una inversión importante en la creación de capacidades en estas organizaciones locales y en el acompañamiento de sus procesos de gestión
- El Programa desarrolló instrumentos de gestión para la implementación de la política de protección social, (Registro de Beneficiarios, Focalización) los cuales siguen siendo válidos y requieren de perfeccionamiento y adecuación
- Las acciones del Programa en términos de la capacitación en temas técnicos y de las visitas de observación a los Programas de Transferencias Condicionadas de Chile, Colombia, México y Brasil tuvieron un efecto en conocer los mecanismos operativos de los otros países y en dimensionar las posibilidades de aplicación para el PRAF.
- La homologación de procesos con el PRAF produjo cambios irreversibles que se extendieron a 128000 beneficiarios con fondos nacionales y después de dos años el PRAF ya institucionalizó estos procesos y los ha hecho extensivo a la oferta de bonos y subsidios. Como resultado del proceso de homologación dentro de los procesos técnicos del PRAF quedaron institucionalizados el pago de bonos a través de la Banca, la utilización del censo para fines de focalización y selección de beneficiarios y la definición e identificación del Hogar como unidad básica de los beneficios del Programa, antes los Programas giraban alrededor de la Mujer.
- La estrategia de Salida del programa establecía la gradualidad de las intervenciones y la vinculación progresiva de las aldeas que recibieron bonos entre el 2006 y el 2008 a la ejecución de Proyectos Productivos. En este sentido, el programa promovió la articulación con los proyectos productivos en el marco de la Red Solidaria logrando incorporar hogares a la estrategia de salida. Algunos hogares lograron movilizarse hacia la ejecución de

proyectos productivos en el marco de la estrategia de salida del programa y de esta forma el programa promovió la graduación de los hogares y su avance hacia un nivel que creara mayores y mejores condiciones para superar la pobreza. El Programa no cuenta con información completa y confiable del número de hogares que gestionaron proyectos productivos.

- Un factor importante en la sostenibilidad del programa es la continuidad en los Hogares que transitaron del Programa 1026 al 1568. De acuerdo con las cifras disponibles de los 22.0000 hogares elegibles cerca de un 28% de hogares fueron beneficiarios del Programa 1026.

Tabla 22. Hogares que transitaron del 1026 al 1568

DEPARTAMENTO	HOGARES
INTIBUCA	2020
MASAGUARA	698
SAN FRANCISCO DE OPALACA	684
SAN ISIDRO	81
YAMARANGUILA	557
LA PAZ	287
CABAÑAS	94
YARULA	193
LEMPIRA	3381
BELEN	199
ERANDIQUE	679
GUALCINCE	511
LEPAERA	739
SAN FRANCISCO	500
SANTA CRUZ	445
TOMALA	308
SANTA BÁRBARA	576
PROTECCION	576
TOTAL	6264

Fuente: PRAF Unidad de Informática 2011

5 EVALUACION Y SEGUIMIENTO

En esta sección se describen los mecanismos implementados por el Programa para realizar el monitoreo, seguimiento a la obtención de productos y al logro de resultados. Como se describe más adelante, esta es un área que presentó debilidades y que no logró desarrollarse de acuerdo a las metas establecidas en el diseño.

5.1.1 Funcionamiento de los mecanismos de supervisión y seguimiento

Durante la ejecución del Programa se realizó el diseño conceptual operativo del Sistema de Monitoreo y Evaluación del desempeño (SIMEP) de las Organizaciones que tendrán a su cargo la implementación del programa tanto, desde el punto de vista de la prestación de los servicios como de la auditoría a estos procesos de prestación. De acuerdo con la propuesta el SIMEP se convertiría en una herramienta gerencial integrada por un conjunto de procedimientos e instrumentos de recolección y análisis de información para conocer y valorar el desempeño de las OPS, el grado de cumplimiento de los acuerdos contractuales, su eficiencia operativa en la implementación del programa y su contribución al logro de los resultados finales del programa.

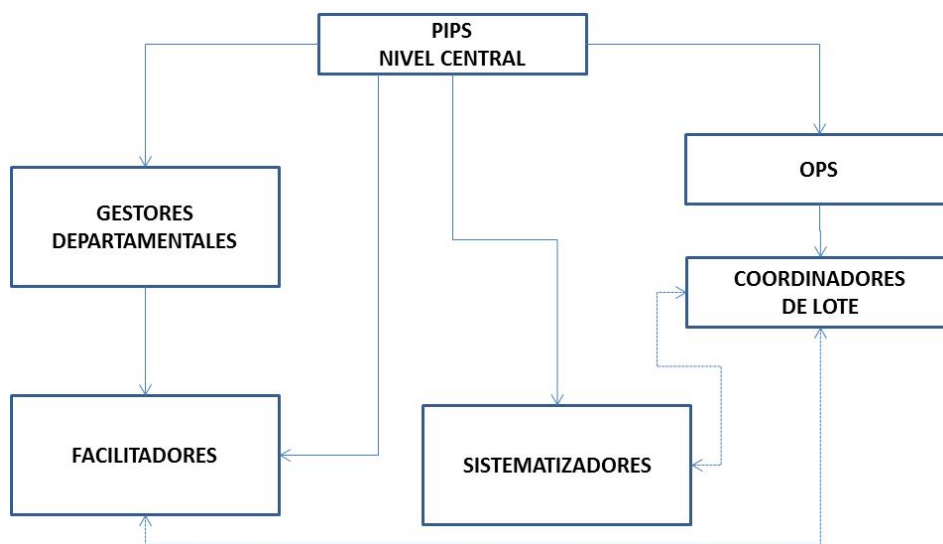
En su diseño el SIMEP se concibió como una herramienta que le permitiría al programa realizar la medición sistemática y continua en el tiempo del desempeño de las OPS en el marco de un contrato de prestación de servicios para conocer los resultados de su gestión su comparación con las metas esperadas, con la finalidad de mejorar su desempeño y de garantizar el logro de los objetivos del programa. Teniendo en cuenta que el esquema de funcionamiento y operación del programa involucra instancias del nivel central, departamental, municipal y local, el ejercicio de las funciones de Monitoreo y Evaluación será un proceso cíclico y participativo de retroalimentación continua y permanente que incluirá a los diferentes actores del programa, facilitando la reflexión, análisis y documentación de los procesos y resultados que se obtienen como resultado de la ejecución de las actividades y extraer las lecciones y buenas prácticas implementadas para avanzar en el logro de los objetivos del programa. Este aspecto es uno de los elementos estratégicos que busca propiciar y consolidar el sistema.

Los usuarios de este sistema serán, en primer lugar, los niveles técnicos y gerenciales del programa para conocer y valorar como está operando la implementación de las intervenciones por lado de la oferta y la demanda en los componentes de salud y educación y como se están logrando los objetivos y metas propuestas, para fines de toma de decisiones. En segundo lugar, las OPS como generadoras de información y receptoras de los resultados de su procesamiento y análisis y finalmente, las OAS porque este se constituirá en la fuente de información para medir en forma continua la gestión y el desempeño de las OPS. Adicionalmente, los beneficiarios pueden ser usuarios de este sistema en la medida en que proporciona información sobre los efectos directos en las familias beneficiarias.

Teniendo en cuenta que el Programa debería contratar una organización externa para evaluar el desempeño de las OPS, debido a los retrasos en la contratación de las OPS el programa solicitó al Banco optar por una modalidad de conformación de una estructura informal de supervisión desde el nivel central, en la cual un coordinador con el apoyo de los gestores departamentales y de un grupo de facilitadores y sistematizadores realizaban acciones de coordinación con las OPS y de seguimiento a las actividades de las OPS. Con esta modalidad se buscaba subsanar la no implementación del SIMEP y garantizar la evaluación externa de las OPS. Como resultado de las entrevistas al personal del nivel central que tuvo a cargo estas funciones, como con técnicos del nivel local (facilitadores y sistematizadores) y de la revisión de los informes de actividades se puede afirmar que no se realizó un monitoreo sistemático y estructurado debido a que no existían lineamientos para realizarlo, en consecuencia la gestión de este grupo, en su conjunto, se convirtió en un ejercicio sin evidencia cuantitativa y basado en información documental.

El rol de los sistematizadores y facilitadores fue limitado por un factor adicional: las OPS operaban en función del cumplimiento de metas y resultados, por lo tanto estas organizaciones dentro de sus proceso de gestión adoptaron sus propios mecanismos de monitoreo y supervisión.

Gráfico 17. Esquema de supervisión del PIPS



Por otra parte, no se logró una adecuada interacción con la Unidad de Planificación y de Monitoreo del PRAF, la cual fue creada en el marco de las condicionalidades de un préstamo sectorial financiado por el BID.

En ese sentido, a continuación se detallan algunas deficiencias y áreas de oportunidad con relación a los mecanismos de seguimiento y monitoreo:

- Algunos de los promotores y gestores de enlace expresan que no había claridad en lo que se esperaba de ellos para reportar sobre el seguimiento del programa.
- Otro aspecto que limitaba el seguimiento del programa fue la falta de estandarización de los informes. Cada OPS presentaba sus resultados como mejor les parecía y porque era una obligación contractual. Los informes tenían periodicidad mensual, semestral y anual lo cual demandaba mucho del tiempo de los promotores durante la preparación de la información para consolidar los informes oficiales.
- Por otro lado, el manejo y uso de las bases de datos de los beneficiarios fue un desafío para los promotores ya que tenían errores e incongruencias que afectaban las actividades a nivel local, los cuales nunca fueron subsanados. Entre estos errores se pueden mencionar: errores en los números de identidad, personas en listados que no les corresponden o con datos equivocados y familias que no cumplieron la corresponsabilidad aparecían en las planillas de pago.
- Los sistemas de información no funcionaban apropiadamente, lo que llevó a que toda la información se manejara en papel en el nivel local, aun los documentos de soporte.

5.1.2 Funcionamiento de los mecanismos de Monitoreo

Como se indica en lo expuesto en la sección anterior el Programa no tuvo una estrategia explícita de monitoreo a sus resultados, las acciones realizadas se orientaron a la supervisión de procesos y fueron realizadas en forma reactiva a situaciones críticas puntuales en la operación del programa.

El programa no tuvo una cultura de monitoreo, no logro desarrollar los instrumentos ni una plataforma estructurada para gestionar los resultados del programa se organizó la unidad pero sin procesos, sin sistemas de soporte y no se logró implantar un sistema de MYE. En su conjunto esto fue el resultado de no contar con una estrategia de Monitoreo del Programa.

5.1.3 La estrategia de evaluación

La estrategia de evaluación se definió en el año 2007 con el propósito de: i) documentar si el Programa llega a la población objetivo, ii) a generar la evidencia que permita demostrar

si el Programa produce mejoras en la salud, nutrición y educación de la población objetivo y iii) a señalar si el Programa mejora el acceso a los servicios de salud y educación.

Esta estrategia consistió en un diseño cuasi-experimental de Grupo Control no equivalente en donde la unidad de análisis será la aldea y para la implementación operativa de la estrategia de evaluación se realizará una medición inicial antes de que se inicie la intervención (línea de base) y una medición final al concluir la intervención.

El Grupo de Intervención (GI) se conformará por 82 seleccionadas por muestreo simple aleatorio de las 164 aldeas que son objeto del Programa y el Grupo de Comparación (GC) se conformará por otras 82 aldeas que el Programa no va a intervenir y que están ubicadas en el área de influencia del PIPS. Estas aldeas son las más similares posibles que se puedan encontrar con respecto a las aldeas de intervención.

Las mismas aldeas que se midan en la línea basal son la que se volverán a medir en la medición final. Desde el punto de vista metodológico este es un diseño anidado de cohorte y por lo tanto los análisis de impacto deberán estar basados en los modelos lineales generalizados mixtos.

Con la finalidad de contar con una medición proxy de la pobreza se estimó el gasto total promedio por hogar y el gasto per cápita, considerando diez grupos de bienes y servicios objeto de gasto en los hogares.

Tabla 23 Cobertura de viviendas visitadas en la EDH

Departamento	Viviendas Visitadas	Viviendas Ocupadas	Viviendas con información	Cobertura %
La Paz	813	784	746	95.1
Intibucá	988	979	931	95.1
Lempira	2,951	2,866	2,728	95.2
Santa Bárbara	1,340	1,278	1,193	93.3
Total	6,092	5,907	5,598	94.7

Para realizar el levantamiento de la línea de base en abril del 2007 el BID aprobó la estrategia de levantamiento de información a través de equipos contratados y supervisados por el PIPS, esta decisión se tomó en consideración al retraso en la entrega de información a través de la contratación de una firma consultora y ante la imposibilidad que el INE pudiera comprometerse a entregar la información en el plazo requerido. En mayo del 2007 se realizó la incorporación de 122 personas para participar como Encuestadores, Antropometrías, Supervisores y Jefes de Zona, se realizó la capacitación y la prueba piloto del operativo se realizó en las comunidades rurales de Las Flores, Rio

Hondo y San Buena Ventura del departamento de Francisco Morazán. El operativo de campo se inició el 1 de julio y duró cerca de tres meses con 15 equipos en el campo.

Durante el trabajo de campo se visitaron un total de 6,092 viviendas en las 164 aldeas seleccionadas para la línea base.³⁸, la base de datos de la encuesta, cuenta con información para 5,598 viviendas (hogares) y 31,159 personas, lo cual indica que la tasa de no respuesta real fue del 8,1%. Se destaca que el número de hogares del GI es un 3% superior al número de hogares del GC y en cuanto al número de personas, el GI tiene un 15% de personas más que el GC.³⁹

Consistente con el enfoque de la evaluación la Encuesta de Desarrollo Humano (EDH) La EDH se estructuró con 15 módulos que incluyen los aspectos relacionados con las condiciones socioeconómicas de los hogares beneficiarios del Programa y los del Grupo de Comparación. La EDH se levantó para 31.159 personas y 5598 viviendas (Hogares), de los cuales 16648 personas y 2843 viviendas corresponden al grupo Intervención.

Tabla 24. Resultados de la EDH

Grupo	Aldeas	Viviendas	Personas
Intervención	82	2,843	16,648
Control	82	2,755	14,511
Total	164	5,598	31,159

En el Anexo 9 se presentan los resultados consolidados de la EDH, un balance de esta experiencia del PRAF dejó los siguientes resultados y lecciones aprendidas:

- El programa logró responder a la necesidad de disponer de información oportuna y de calidad para medir el perfil de sus beneficiarios.
- El programa logró poner en operación una estructura para responder al ciclo de recolección, verificación y procesamiento de datos
- Bajo este esquema se realizó un ahorro de recursos frente a otras opciones como la contratación de un institución pública o de una firma privada.

³⁸ Programa Integral de Protección Social 1568/SF-HO. Informe de trabajo de campo estudio de línea base. Agosto 2007

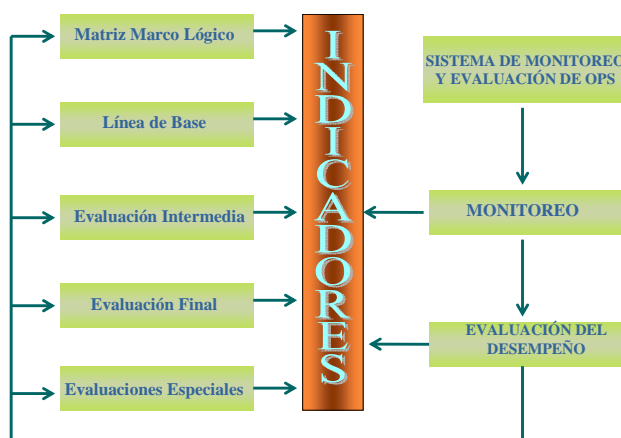
³⁹ El PIPS para fines de la recolección de información levantó información a nivel de hogares y para el hogar se hizo la caracterización de su vivienda.

- Dado que el PIPS no era una institución dedicada a la recolección de datos y encuestas el recurso humano, la capacidad instalada y la experiencia fueron desaprovechados y en el largo plazo, se perdieron.

5.1.4 Capacidad de monitoreo y evaluación del Programa

Durante la ejecución del Programa se realizó el diseño conceptual operativo del Sistema de Monitoreo del Programa (SMyE) y se realizó la capacitación del personal técnico para el manejo del diseño e igualmente se realizaron reuniones con la Unidad de Sistemas para avanzar en el desarrollo del aplicativo correspondiente ⁴⁰.

Gráfico 18. Estructura del Sistema de Monitoreo y Evaluación



De acuerdo con el enfoque propuesto el sistema estaba diseñado para gerenciar la información de:

- Monitoreo y evaluación de impactos. Referido al seguimiento de algunos indicadores claves que permitan verificar si será factible contribuir al logro de los objetivos del propósito del Proyecto.
- Monitoreo y evaluación de efectos directos resultados. El Monitoreo de los Resultados hace en relación a los respectivos IVO (Indicadores Objetivamente Verificables del Marco Lógico)
- Monitoreo y evaluación de productos. El Monitoreo de los productos permite verificar si se están logrando los frutos de las acciones del Programa.
- Seguimiento y monitoreo de actividades. Se hace en relación al cumplimiento de las metas por programas, para verificar si cada una de las actividades está siendo desarrollada de acuerdo a lo establecido en la Estrategia de implementación.

⁴⁰ Hernandez, Nelson. Sistema de Monitoreo y evaluación del Programa Integral De Protección Social. 2007.

El SMyE estaba integrado, en forma general, por la línea de base, la evaluación intermedia, la evaluación final y por estudios evaluativos especiales⁴¹. Además se basaba en el marco de resultados definido por la matriz del marco lógico del programa.

Una pieza fundamental de SMyE era el Sistema de Monitoreo y Evaluación del desempeño de las OPS tanto, desde el punto de vista de la prestación de los servicios como de la auditoría a estos procesos de prestación. Este sistema denominado el SIMEP se articulaba al sistema general de Monitoreo y Evaluación del Programa tanto desde el punto de vista conceptual como desde el punto de vista funcional.

Gráfico 19. Operación del SIMEP



Desde el punto de vista conceptual el seguimiento a la gestión y el desempeño de las OPS se conceptualizó como parte integral de las funciones gerenciales del monitoreo y la evaluación en consecuencia el enfoque y los métodos de los dos sistemas están debidamente alineados. Desde el punto de vista funcional la operación de los dos sistemas se articulan para que exista una retroalimentación en los flujos de información y el SIMEP genere información para determinar y valorar el rumbo general del programa, en el contexto de la gestión institucional en los tres componentes que conforman el programa.

⁴¹ Estos incluyen el análisis y medición de temas específicos como participación comunitaria, empoderamiento de las mujeres, aspectos de género, etc.

Según el diseño indica cómo el SIMEP se inscribe dentro de un esquema de gestión por resultados y de acuerdo con este enfoque el SIMEP se articula con dos elementos: la estrategia y las operaciones del programa. El elemento restante el entorno de aprendizaje es el contexto que influye en la manera en que se ejecuta el programa y en la forma en que opera el SIMEP.

De acuerdo con el diseño propuesto la primera etapa en el diseño del SIMEP consistía en la definición clara del propósito y alcance del sistema en lo relacionado con la finalidad que cumplirá dentro del esquema de ejecución del programa, este ejercicio deberá establecer los lineamientos del diseño funcional del sistema. La especificación del propósito permitirá determinar claramente lo que puede esperarse del sistema, dado que implica reflexionar acerca de la naturaleza del programa y de la información que es necesaria para apoyar los procesos de gestión con base en resultados. En consecuencia, el SIMEP serviría principalmente para:

- Conocer y valora el desempeño de las OPS en el marco de sus funciones y resultados esperados,
- Identificar, a través de indicadores, el cumplimiento de sus objetivos y metas
- Apoyar la toma de decisiones con base en información pertinente, oportuna y confiable
- Mejorar la capacidad de gestión y de respuesta del programa ante las demandas y necesidades de los beneficiarios,
- Servir de canal de retroalimentación entre los diferentes actores e involucrados en la ejecución.
- Generar información de evaluación y aprendizaje de las intervenciones del programa

Este diseño al igual que el anterior fue presentado al Programa y quedó en fase de diseño.

6 LECCIONES APRENDIDAS

6.1.1 En el diseño

El PIPS reforzó el modelo de intervención que el PRAF venía aplicando con el 1026 este reforzamiento se tradujo en cambios importantes en el esquema de Transferencias Condicionadas, definidos por: i) el incremento en el valor de la transferencia, ii) el aumento de la frecuencia de pago, iii) el establecimiento del hogar como unidad de referencia para el pago de bonos, iv) el fortalecimiento de coordinación interinstitucional, v) la inclusión de estrategias complementarias como el AINC e intervenciones en nutrición, vi) el reforzamiento de la participación comunitaria y el fortalecimiento de la oferta a través de los CUS y las APF.

Cambios como por ejemplo, la fijación del valor del bono por hogar desvinculó el incentivo del número de niños por hogar e introdujo un sistema de incentivos diferente para los hogares, la intervención aparece ahora en un esquema integral.

Adicionalmente, es importante destacar que en el diseño del Programa se estableció que para asegurar la implantación del proceso de homologación entre el PIPS y el PRAF, el desembolso del 50% de los recursos de los Componentes 1 (Salud y Nutrición) y 2 (Educación) estará condicionado a los avances en la implementación de sistemas para mejorar los procesos de administración, focalización de beneficiarios, pago de transferencias, y de monitoreo y evaluación de los otros programas de transferencias monetarias condicionadas (Bono Escolar y Bono Materno-Infantil) que ejecuta el PRAF con fondos nacionales. Esta condición permitió agilizar y consolidar el proceso de homologación. Esto indica que el sistema de incentivos para la homologación estuvo bien diseñado y la institución respondió a estos incentivos.

A partir del aprendizaje recogido de la evaluación de impacto del programa 1026/SF-HO, el programa 1568/SF-HO reforzó el modelo de intervención de PRAF, incorporando cambios al Programa que se diseñaron tomando en cuenta los desafíos que se plantearon durante la ejecución de los programas anteriores. En resumen, los desafíos enfrentados han sido los siguientes:

- Las características de pobreza estructural de la población (entre otras, altas tasas de desnutrición crónica, bajos niveles de educación, bajas oportunidades de ingreso de los/as jefes/as de hogar);
- La baja cobertura y calidad de los servicios provistos por los sectores en las áreas focalizadas. Estos desafíos revelaron necesidades de ajuste tales como: (i) la necesidad de aumentar las transferencias dado el bajo impacto en los niveles de desnutrición de los programas anteriores;

- La necesidad de coordinar inter-sectorialmente la movilización de servicios a los hogares beneficiarios debido a la gravedad de la situación de pobreza de la población meta que requiere apoyo multisectorial;
- La necesidad de diseñar las transferencias de educación y salud para el hogar como un todo, en forma independiente al número de hijos, para tener un mayor impacto. Aunque los cambios al modelo de intervención se detallarán más adelante, en general los mismos se refieren a cambios en el diseño de las transferencias y a mejoramiento de las condiciones de la oferta de servicios de salud y educación (mediante el aumento del monto de las transferencias, una mayor frecuencia en la entrega, la instalación del programa de Atención Integral a la Niñez en la Comunidad (AIN-C), y un esquema de fortalecimiento de la oferta a nivel comunitario mediante Asociaciones de Padres de Familia (APF) y los Comités de Usuarios de Salud (CUS)).

De esta forma, en los últimos años, el programa 1568/SF-HO ha sido exitoso en utilizar un modelo de intervención que apoya los niveles de consumo de las familias más pobres, promueve su demanda de servicios de salud y educación, y acompaña a la oferta de servicios de los sectores fortaleciendo la oferta a nivel comunitario.

6.1.2 En la apropiación del programa por parte de los beneficiarios

Uno de los aspectos de mayor importancia que se encontró en el análisis de la percepción del Programa por parte de los beneficiarios es el empoderamiento en el cumplimiento de corresponsabilidad lo cual explica el aumento en la utilización de servicios (matrícula, baja deserción escolar y aumento en los controles al crecimiento y desarrollo).

La lección aprendida con respecto al acompañamiento continuo y sostenido de los hogares, indica que esta presencia continua contribuyo a:

- Reforzamiento de la corresponsabilidad y a la creación de una cultura y consciencia con respecto a su cumplimiento
- La continuidad en los servicios y la entrega de nuevos conocimientos y habilidades que les ha permitido mejorar el manejo de la salud de los niños, la creación de ambientes saludables y entorno ha adecuado para el crecimiento de los niños y la práctica de hábitos nutricionales adecuados.
- El empoderamiento de las mujeres como titulares de los bonos en lo relacionado con la toma decisiones sobre los gastos del hogar y la vinculación del gasto de la transferencia con bienes y servicios relacionados con el bienestar del hogar y de los niños.
- El personal de campo se ha convertido en un instrumento clave en la divulgación de las acciones que realiza el programa en las comunidades.

- El mejoramiento de los procesos de empoderamiento, participación y auditoría social producto del acompañamiento de las OPS, impulsó los procesos de autogestión local.
- El fortalecimiento de la red de organizaciones sociales comunitarias a través de la entrega de servicios de asistencia técnica, tutoría y capacitación.

6.1.3 En la implementación

La implementación muestra que la incorporación de ajustes al esquema de operación de las TC con base en los hallazgos de 1026 O El PIPS reforzó el modelo de intervención que el PRAF venía aplicando con el 1026 este reforzamiento se tradujo en cambios importantes en el esquema de Transferencias Condicionadas y en el establecimiento de las bases para la expansión del Bono 10 Mil.

6.1.4 La incidencia en la política social

A través de la generación de conocimiento y asistencia técnica el PIPS se convirtió en un espacio para impulsar transformaciones en el sector social de Honduras y de incidencia en el diseño e implementación de las estrategias de protección social. Esto fue posible por la combinación de la decisión política y el apoyo continuo y con valor agregado por parte del Banco.

6.1.5 En el fortalecimiento institucional

EL PRAF logro por varias vías fortalecer a las instituciones con funciones relacionadas con la protección Social: Red Solidaria, Secretaria de Desarrollo Social, y al PRAF. Su integración demostró que es posible alinear las diferentes intervenciones alrededor de una misma estrategia canalizar los diferentes programas. El esfuerzo del Banco para promover la modernización del PRAF, aunque no se logró, de acuerdo a lo previsto, la homologación genero transformaciones y la adopción de procesos sostenibles y prácticamente irreversibles que tendrán efectos en el mejoramiento de la calidad y eficiencia de los servicios.

6.1.6 En la contratación de Organizaciones Prestadoras de Servicios

La OPS como estrategia para fortalecer la oferta de servicios trajo resultados importantes para el sector de protección social, porque se logró una intervención sostenida y homogénea en las 164 aldeas iniciales y en las 211 adicionales, como se indicó en este informe las OPS lograron cambio marginales en términos de la reducción de la Desnutrición general en los niños y niñas menores de 2 años (11%, en promedio), un aumento en el porcentaje de Porcentaje de niñas y niños menores de dos años atendidos

mensualmente por las monitoras de la comunidad como consecuencia de la implementación de la estrategia de AINC (se alcanzó una cobertura del 90%), un aumento en la Tasa de asistencia de las niñas y niños matriculados de las escuelas (aumento promedio del 6%), se logró que el 98% de las aldeas contaran con Comités de Usuarios en Salud constituidas, capacitadas y en operación y un cumplimiento promedio del 97% en la corresponsabilidad en educación.

Los resultados muestran en su conjunto, que a pesar de los problemas en la operación de un sistema integral de seguimiento y en la disponibilidad de información estas organizaciones lograron inducir efectos en variables trazadoras del desarrollo humano como el mejoramiento en la salud y el aumento en la utilización de servicios.

Las principales lecciones aprendidas del proceso de contratación de las OPS fueron las siguientes:

- Se requiere de un sistema integrado para que el contratante pueda monitorear la frecuencia y calidad en la obtención de resultados por parte de la agencia contratada.
- Es necesario establecer un conjunto de incentivos debidamente alineados que permita valorar el desempeño de las OPS dentro del marco de una gestión por resultados y de rendición de cuentas.
- La capacidad instalada y el aprendizaje organizacional debe ser visto desde una perspectiva de largo plazo y como una estrategia que contribuya al fortalecimiento de la red de servicios.

6.1.7 En el fortalecimiento de los mecanismos de participación comunitaria

La principal lección aprendida es a través de un mecanismo explícito el programa logró hacer una contribución en la formación y capacitación de las organizaciones comunitarias como los CUS y las APF las acciones de impulso a su organización y el reforzamiento de las capacidades organizativas, administrativas y propositivas de las organizaciones comunitarias es un activo importante para la promoción y fortalecimiento de gestión comunitaria participativa, adicionalmente se promovió el nexo entre las Asociaciones de Padres de Familia, Comités Usuarios de Salud, El Voluntariado de salud y los mismos beneficiarios para contribuir al fortalecimiento de la red de actores y organizaciones locales como los Comités de Usuarios en salud y las Asociaciones de Padres de Familia. Para el primer caso entre el 2007 y el 2009 se aumentaron de 174 a 304 los CUS organizados y de 448 a 911 las APF organizadas. Estas organizaciones siguieron operando

después de que el programa finalizó sus actividades a través de las OPS, lo cual indica la sostenibilidad de la intervención y la importancia de las acciones de acompañamiento.

6.1.8 Funcionamiento de los mecanismos de supervisión y seguimiento

El Programa no logro organizar una estructura para garantizar el funcionamiento adecuado del sistema de monitoreo y evaluación. La principal lección aprendida es que junto al diseño de la operación se debe establecer un plan de MYE que sirva de marco orientador para el diseño y montaje de estos sistemas. Por ejemplo, la formulación de la estrategia de evaluación del PIPS permitió orientar y consolidar el levantamiento de la línea de base, este fue un proceso que se realizó en forma organizada y bajo unos parámetros técnicos definidos.

ANEXOS

Anexo 1

MATRIZ DE MARCO LÓGICO

Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
Fin Contribuir al mejoramiento del capital humano en las Hogares más pobres.	1. La tasa de mortalidad infantil, en menores de cinco años, se reduce con respecto al valor de referencia del año 2005 de ENDESA. 2. La tasa promedio de escolaridad, en la población de 6 a 12 años, se aumenta con respecto al valor de referencia del año 2004 de la ENCOVI. 3. El número de hogares en extrema pobreza, en los departamentos objeto del programa, se reduce con respecto al valor de referencia del año 2004 de la ENCOVI.	1. Encuesta ENDESA 2. Reportes ENCOVI Informes Encuestas de Hogares Informes de Evaluación Final 3. Reportes ENCOVI Informes Encuestas de Hogares	Existirá una eficiente articulación interinstitucional entre las secretarías de línea y las estructuras de organización comunitaria.
Propósito Mejorar las condiciones de vida de los hogares focalizados en extrema pobreza, mediante una estrategia integral de protección social.	1. La desnutrición global en los menores de 2 años en las áreas del programa se reduce en 10% al final de la ejecución del programa. 2. La demanda de servicios de atención	1. Informe de línea de base y evaluación intermedia y final. Reportes de las OPS (Mediciones antropométricas realizadas por las Monitoras de AINC). 2. Informe de línea de base y evaluación	Existirá una eficiente articulación interinstitucional entre las secretarías de línea y las estructuras de organización comunitaria.

Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
	<p>materno infantil se aumenta en 15% en el 2009 con respecto a la línea de base.</p> <p>3. El número de niños beneficiarios del programa con episodios de EDA se reduce en un 15% en el 2009 con respecto a la línea de base.</p> <p>4. El número de niños beneficiarios del programa con episodios de IRA se reduce en un 10% en el 2009 con respecto a la línea de base.</p> <p>5. El porcentaje de mujeres embarazadas que son beneficiarias del programa que han sido captadas en el primer trimestre de embarazo se aumenta en 80% en el 2009 con respecto a la línea de base.</p> <p>6. La tasa de deserción de los niños beneficiarios del programa se reduce al menos en un 15% al final de ejecución del programa.</p> <p>7. Al menos un 50% de las APF han gestionado proyectos con otras organizaciones para el mejoramiento a la educación.</p> <p>8. El número promedio de días transcurridos entre el cierre de la corresponsabilidad y el pago de la transferencia es de por lo menos 15 días</p>	<p>intermedia y final.</p> <p>3. Informe de línea de base y evaluación intermedia y final</p> <p>4. Informe de línea de base y evaluación intermedia y final</p> <p>5. Informe de línea de base y evaluación intermedia y final</p> <p>(i) 6. Listados de matrícula</p> <p>Registro de Centros escolares</p> <p>7. Reportes evaluación de las APF y de administración del PRAF</p>	

Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
	<p>calendario al finalizar el 2009.</p> <p>9. El 100% de los beneficiarios de los subprogramas del PRAF están incorporados dentro del Registro Único de Beneficiarios al 2009.</p> <p>10. El índice de costo beneficio para los bonos de salud y educación se mantienen en los valores de referencia del año 2007.</p> <p>11. Costos administrativos del programa no superan el 10% después de del primer año de ejecución.</p> <p>12. El 80% de los recursos de los subprogramas de educación y salud del PRAF son ejecutados bajo el esquema de homologación en el 2008.</p> <p>13. Mujeres empoderadas se aumenta en x% al finalizar la ejecución del programa con respecto a la línea de base.</p>	<p>8. Reportes Unidad de Corresponsabilidad Reportes Unidad Administrativo Financiera.</p> <p>9. Reportes de la Unidad de Registro de beneficiarios</p> <p>10. Reportes de la Unidad Administrativa y Financiera PRAF</p> <p>11. Reportes de la Unidad Administrativa y Financiera PRAF.</p> <p>12. Reportes de la Unidad Administrativa y Financiera PRAF Sistema de Monitoreo Y Evaluación</p> <p>13. Informe de línea de base de grupos focales. Evaluación Intermedia y Final. Informe Auditoria social.</p>	
Componentes			

Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
1. Prácticas y estilos de vida saludables promovidos en la población beneficiaria en condiciones de extrema pobreza.	<p>1.1. La lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses en las áreas focalizadas aumenta en 5% con respecto a la línea base, al final de la ejecución del programa.</p> <p>1.2. El Porcentaje de partos atendidos a Clínicas materno infantiles u Hospitales con respecto al número de embarazos captados en la población beneficiaria es de al menos un 10% con respecto a la línea de base.</p> <p>1.3. El 90% de hogares cumplen con la corresponsabilidad (asistencia a capacitaciones, controles de crecimiento y desarrollo a menores de cinco años, control a embarazadas y púerperas) al finalizar la ejecución del programa.</p> <p>1.4. Al menos el 90% de los niños menores de dos años son atendidos mensualmente por las monitoras de la comunidad al finalizar la ejecución del programa.</p> <p>1.5. Al menos 70% de las aldeas cuentan con Comités de Usuarios en Salud constituidas, capacitadas y en operación al 2007.</p> <p>1.6. El 85% de las mujeres beneficiarias</p>	<p>1.1. Reportes de las OPS (Registro de lactancia de las Monitoras de AINC).</p> <p>1.2. Reportes de las OPS (Registro de parto institucional Monitoras de AINC)</p> <p>1.3. Reportes de las OPS (Registro de corresponsabilidad)</p> <p>1.4. Reportes de las OPS (Listado de niños en la comunidad de las Monitoras de AINC)</p> <p>1.5. Reportes CUS</p>	Los procedimientos de intervención del programa están consensuados, estandarizados y normados.

Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
	<p>capacitadas en AIN-C reconocen al menos dos señales de peligro de enfermedades en la niñez (IRA y EDA), en el niño menor de cinco años, al 2008.</p> <p>1.7. El porcentaje de niños menores de 2 años con crecimiento y desarrollo inadecuado, en dos controles sucesivos, se reduce en X% al final de la ejecución del programa, con relación a la línea de base de las monitoras de AIN C del 2007.</p> <p>1.8. El número promedio de visitas por año para el control de crecimiento y desarrollo en menores de 5 años llega a 7 controles al 2008.</p>	<p>1.6. Reporte de evaluación</p> <p>1.7. Reportes de las OPS (Listado de niños en la comunidad de las Monitoras de AINC)</p> <p>1.8. Reportes de las OPS (Listado de niños en la comunidad de las Monitoras de AINC y listados de atención de unidades de salud)</p>	
2. Matrícula y asistencia escolar de los niños de primero y sexto grado aumentada.	<p>2.1. La matrícula de 1º a 6º grado en las aldeas beneficiarias aumenta en 5 puntos porcentuales, con respecto a la línea de base, al final de la ejecución del programa.</p> <p>2.2. La tasa de asistencia de los niños matriculados de las escuelas beneficiarias se aumenta en 5 puntos porcentuales, con respecto al cumplimiento de la norma de corresponsabilidad, al final de la ejecución del programa.</p>	<p>2.1. Reportes de las OPS (Listados de matrícula por grado y escuela de los niños matriculados)</p> <p>2.2. Reportes de las OPS (Listados de asistencia por grado y escuela)</p>	Los procedimientos de intervención del programa están consensuados, estandarizados y normados.

Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
	<p>2.3. El 90% de los centros educativos beneficiarios del programa cuentan con APF organizada, legalizada y capacitadas al 2008.</p> <p>2.4. El 90% de las APF beneficiarias han ejecutado su "Proyecto de escuela" y liquidado 100% las transferencias, de conformidad con las normas del programa al 2009.</p> <p>2.5. El 90% de hogares cumplen con la corresponsabilidad en educación al finalizar la ejecución del programa.</p>	<p>2.3. Registros de las OPS</p> <p>2.4. Reportes de las OPS Reportes de las APF.</p> <p>2.5. Reportes de las OPS (Registro de corresponsabilidad).</p>	
3. Eficiencia operativa y administrativa mejorada.	<p>El 100% de las aldeas seleccionadas como objeto del programa fueron identificadas de acuerdo con un sistema de focalización basado en criterios de pobreza.</p> <p>El Registro Único de Beneficiarios del Programa levantado y actualizado al año 2008.</p> <p>El sistema de Monitoreo y Evaluación del programa ha sido diseñado e implementado al finalizar el 2008.</p> <p>El 100% del monto de las transferencias monetarias para los bonos de educación</p>	<p>3.1. Informe de focalización aprobado por el BID.</p> <p>3.2. Reportes del Sistema de Registro</p> <p>3.3. Reportes del sistema de Monitoreo y Evaluación Informes de evaluación</p>	El PRAF fortalecido en su capacidad institucional.

Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
	<p>y salud, con aporte local, se gestionan de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos para el seguimiento a la corresponsabilidad para el 2008.</p> <p>El 100% del monto de las transferencias monetarias para los bonos de educación y salud, con aporte local, se entregan a través de transferencia bancaria para el 2008.</p> <p>Cumplimiento de las metas de cobertura del número de hogares beneficiarios de acuerdo a las metas programadas: 2007 16,000 Hogares Salud y N 14,000 Hogares Educación 2008 16,000 Hogares Salud y N 14,000 Hogares Educación. 2009 16,000 Hogares Salud y N 14,000 Hogares Educación. La estrategia de comunicación a nivel local del programa ha sido diseñada, ejecutada y evaluada al 2009.</p>	<p>3.4. Reportes de la Unidad de Corresponsabilidad</p> <p>3.5. Reportes de la Unidad Administrativa y financiera</p> <p>3.6. Reportes de unidad de Registro de beneficiarios. Reportes del Sistema de Información del PRAF SIPRAF</p> <p>3.7. Informe de evaluación intermedia Informe de evaluación final.</p>	
Actividades			
Prácticas y estilos de vida saludables promovidos en la población			Los recursos financieros están disponibles eficientemente.

Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
<p>beneficiaria en condiciones de extrema pobreza</p> <p>Transferencias monetarias de bonos nutrición y salud (bono de salud).</p> <p>Transferencias monetarias de incentivo al parto institucional.</p> <p>Incentivo a la oferta en salud (también incluye algunas sub-actividades de educación como se detallan abajo).</p> <p>Coordinación con las Secretarías de Salud y Educación, para uso de mismos formatos, AIN-C, crecimiento y desarrollo, parto institucional, matrícula y asistencia de niños a centros escolares.</p> <p>Contratación de Organizaciones Prestadoras de Servicio (OPS).</p> <p>Organización de comités de usuarios de salud (CUS), organización y personería jurídica de Asociación de Padres de Familia (APF).</p> <p>Capacitación de CUS y APF.</p> <p>Capacitación a Organizaciones Prestadoras de Servicios (OPS) sobre la corresponsabilidad en salud y educación.</p> <p>Organización y capacitación de</p>	<p>Al menos un 95% de ejecución (US \$ 7,744,000.00)</p> <p>Al menos un 80% de ejecución (US \$ 505,000.00)</p> <p>1.3. Al menos un 95% de ejecución (US \$ 4,768,000.00)</p>	<p>Reportes de unidad administrativa</p> <p>Reportes de unidades del programa</p> <p>Reportes de la red bancaria.</p> <p>Reportes de unidad de informática</p> <p>Reportes de unidad administrativa</p> <p>Reportes de unidades del programa</p> <p>Reportes de la red bancaria</p> <p>Reportes de unidad de informática.</p> <p>Reportes de unidad administrativa</p> <p>Reportes de las OPS.</p> <p>Reportes de unidades del programa</p>	<p>Se administran en forma eficiente los recursos asignados.</p>

Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
<p>monitoras de AIN-C. Capacitación a los hogares beneficiarios del programa. Seguimiento a la corresponsabilidad (niños en control de crecimiento, mujeres embarazadas y puérperas, niños matriculados y en asistencia a la escuela).</p>			
<p>Matricula y asistencia escolar de los niños de primero y sexto grado aumentada.</p> <p>Transferencias monetarias de los bonos de educación (bono de Educación).</p> <p>Incentivo a la oferta (APF)</p>	<p>Al menos un 95% ejecución (US \$ 3,339,000.00)</p> <p>Al menos un 95% ejecución (US \$ 1,518,000.00)</p>	<p>Reportes de unidad administrativa Reportes de unidades del programa Reportes de informática Reportes de la red bancaria Reportes de unidad administrativa Reportes de unidades del programa Reportes de APF Reportes de OPS Reportes de la red bancaria</p>	<p>Los recursos financieros están disponibles eficientemente. Se administran en forma eficiente los recursos asignados.</p>
<p>Eficiencia operativa y administrativa mejorada.</p> <p>Apoyo al PRAF - Organización y puesta en funcionamiento del comité técnico interinstitucional a nivel central y departamental de salud y educación Diseño del sistema de seguimiento y evaluación del programa. Estrategia de evaluación del</p>	<p>3.1. Un 100% ejecución (US \$ 486,000.00)</p>	<p>Reportes de unidad administrativa Reportes de unidades del programa</p>	<p>Los recursos financieros están disponibles eficientemente. Se administran en forma eficiente los recursos asignados.</p>

Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
<p>programa.</p> <p>Fortalecimiento de la capacidad de ejecución</p> <p>Sistema de focalización del programa.</p> <p>Gastos operativos del programa.</p> <p>Auditoría externa.</p> <p>Auditoría de servicio de ONG.</p> <p>Operación de UCP y servicios relacionados.</p> <p>Diseño y ejecución de estrategia de comunicación social del programa</p> <p>Arranque, seguimiento y evaluación.</p> <p>Levantamiento de diagnósticos de los establecimientos de Salud y educación.</p> <p>Asambleas comunitarias para firma de compromisos de corresponsabilidad con beneficiarios de bonos en crecimiento y desarrollo, parto institucional, matrícula y asistencia a la escuela.</p> <p>Ampliación de encuestas</p> <p>- Registro de beneficiario del</p>	<p>3.2. Un 100% ejecución (US \$ 285,000.00)</p> <p>3.3.1. Un 100% ejecución (US \$ 100,000.00)</p> <p>3.3.2. Un 100% ejecución (US \$ 100,000.00)</p> <p>3.3.3. Un 100% ejecución (US \$ 1,724,000.00)</p> <p>3.3.4. Al menos un 90% ejecución (US \$ 233,000.00)</p> <p>3.4.1. Un 100% ejecución (US \$ 49,000.00)</p> <p>3.4.2. Un 100% ejecución</p>	<p>Reportes de unidad administrativa</p> <p>Reportes de unidades del programa</p> <p>3.3.1. Reportes unidad administrativa</p> <p>Reportes unidades del programa</p> <p>Reportes de auditoría</p> <p>3.3.2. Reportes unidad administrativa</p> <p>Reportes unidades del programa</p> <p>Reportes de auditoría</p> <p>3.3.3. Reportes unidad administrativa</p> <p>Reportes unidades del programa</p> <p>Reportes de auditoría</p> <p>3.3.4. Reportes unidad administrativa</p> <p>Reportes unidades del programa</p> <p>Reportes de auditoría</p> <p>3.4.1. Reportes unidad administrativa</p> <p>Reportes unidades del programa</p> <p>3.4.2. Reportes unidad administrativa</p>	

Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
programa. - Línea Base cuantitativa y cualitativa del programa.	(US \$ 174,000.00)	Reportes unidades del programa	
Evaluaciones de medio término y final del programa.	3.4.3. Un 100% ejecución (US \$ 200,000.00)	3.4.3. Reportes unidad administrativa Reportes unidades del programa	
	3.4.4. Un 100% ejecución (US \$ 230,000.00)	3.4.4. Reportes unidad administrativa Reportes unidades del programa	

Fecha 9/18/2006

Anexo 2

SINTESIS DE LOS LOGROS DEL PROGRAMA INTEGRAL DE PROTECCION SOCIAL POR AÑO

EL PROGRAMA	
2006	
	Levantamiento del censo de potenciales beneficiarios.
	Realización de talleres de socialización del programa con ONG.
2007	
	Se lleva a cabo la contratación de 3 organizaciones prestadoras de servicios (OPS) que atenderán las primeras 164 aldeas.
2008	
	Se logró incrementar la demanda de educación y salud.
	Se logró fortalecer y desarrollar la capacidad de gestión de las organizaciones comunitarias en el primer año.
	Se llevaron a cabo tareas de evaluación y monitoreo de servicio e información de la estrategia aplicada en las 164 aldeas.
	Se desarrollaron tres transferencias de pago por corresponsabilidad a los hogares beneficiarios con una ejecución satisfactoria, y se desarrollaron Asambleas finales con la participación de beneficiarias y beneficiarios, socializando los resultados logrados en cada una de las aldeas focalizadas por el PIPS.
	Finaliza el primer contrato con las OPS.
	Se realizó una medición de los resultados al primer año de proyecto. El trabajo realizado por el equipo técnico del PIPS muestra resultados satisfactorios en el cumplimiento de indicadores que reflejan que en las comunidades se está mejorando las condiciones de oferta y demanda de los servicios de salud y educación.
	Se hizo la georeferenciación de todos los centros de salud, escuelas y caseríos, lo que permitió conocer las distancias que existen entre un lugar y otro.
	Después de un año de estar operando, se ha realizado el 100% de reconocimiento geográfico de las 164 aldeas y como resultado del pago 2008 de Bono Solidario en las nuevas 211 aldeas se realizó un sondeo geográfico general para la nueva operación.2
2009	

Se define la continuidad de la contratación de las OPS en dos fases: la primera con fondos remanentes de la operación BID 1568/SF-HO. La segunda, una contratación utilizando fondos de una nueva operación con el BID. La primera fase se renueva hasta el 30 de abril de 2009 y la segunda hasta un año.
En la segunda fase con la renovación del contrato se incluyeron 211 aldeas nuevas. Las actividades realizadas durante esta segunda fase incluyen el reconocimiento geográfico de las aldeas, mapeo de programas de desarrollo ejecutándose en las comunidades, realización de las Asambleas Iniciales donde se efectuó la verificación y actualización de las beneficiarias y beneficiarios, identificar y conformar las organizaciones comunitarias que serán de apoyo tales como: las Asociaciones de Padres de Familia (APF), Comités de Usuarios de Servicios (CUS), y las Monitoras y Monitores de la estrategia de Atención Integral a la Niñez en la Comunidad (AIN-C), y la identificación de organizaciones que podrían conformarse como las Empresas Rurales Productivas (ERUP) en ciertas comunidades.
Los hogares beneficiarios focalizados por el PIPS, están más sensibilizados y conscientes de la importancia y compromiso que deben mantener en llevar a sus hijas e hijos a los controles de crecimiento cada mes, y de mantener la asistencia escolar para lograr el rendimiento escolar esperado.
Se realiza el pago del único bono solidario de 2009.
La Línea Base para 2009 no fue levantada en su totalidad, debido a la falta de personal, de recursos, entre otros. Esto se ve reflejado en la falta de información necesaria para la construcción y análisis de muchos de los indicadores de resultado.
Los acontecimientos políticos del pasado junio de 2009 provocaron el cierre repentino de las operaciones del Programa. Esto causó que mucha de la información necesaria para el análisis de los indicadores de resultado no fuese obtenida por parte de las OPS, entre otros inconvenientes.
2010
Actualmente, el Programa Bono 10,000 utiliza los Comités Escolares Comunitarios, con el fin de garantizar la transparencia en la entrega de las transferencias y promover la participación comunitaria. Las comunidades del PIPS que ya cuentan con su APF y CUS tendrán una ventaja comparativa sobre aquellas comunidades sin organizaciones comunitarias de base, por lo que la entrega del Bono 10,000 podrá ser mucho más expedita en estas comunidades.
COMPONENTE SALUD Y NUTRICIÓN
2008
Identificación de comités de usuarios de salud, monitoras, recolección de listados de embarazadas, menores de 5 años, mapeo de programas en las comunidades y reconocimiento geográfico. Donde no existen CUS se organizaron durante las asambleas comunitarias.
Realización de talleres de capacitación sobre la estrategia AIN-C dirigidos a los equipos de las OPS.
Registro de monitoras y monitores de salud.
Se logró fortalecer y desarrollar el proceso de participación del voluntariado a los servicios básicos de salud.

Se logró entregar talleres informativos a los beneficiarios en temas de alimentación, higiene y salud oral, así como sobre el parto institucional.
Incorporación de la población con niños menores de dos años a las sesiones de peso a través del voluntariado de salud.
Incorporación de la estrategia de la corresponsabilidad en el área de salud a través de la asistencia de los beneficiarios a las unidades de salud.
Se cuenta con 898 monitoras para la prestación de servicios de AIN-C en las 164 aldeas.
Como paso preliminar para la implementación de la estrategia AIN-C, en todos los caseríos se realizó el levantamiento de línea base.
Se ha apoyado a la Secretaría de Salud en la campaña nacional de vacunación y en la entrega de paquete básico.
Se interviene en el 100% de las aldeas con la estrategia AIN-C en su primera fase de conformidad a las normas de la Secretaría de Salud en lo relacionado a la capacitación, cobertura y dotación del material necesario. Se instalan centros de convergencia como parte de la implementación.
Se inició el levantamiento de la información del Estudio de Línea Base en cada una de las comunidades intervenidas, permitiendo contar con una línea de partida de la situación y estado nutricional de las niñas y niños menores de 5 años en la comunidad, que facilite el análisis y medición del impacto de la intervención.
Se organizaron 212 Comités de Usuarios de Salud, los cuales también fueron capacitados.
Se realizaron 109 talleres dirigidos a los CUS.
Se realizaron 719 talleres dirigidos a los beneficiarios.
Se recolectó y envió al PRAF la documentación correspondiente a los partos del período diciembre del 2007 al 30 de septiembre.
Se realizó el estudio de línea base en el 100 % de las aldeas como paso preliminar para la implementación de la estrategia del AIN-C y se eligieron los monitores a capacitar.
Se realizaron 94 talleres dirigidos a los monitores de la estrategia AIN-C.
Una actividad desarrollada que no estaba contemplada dentro del Plan Operativo Anual del 2008, fue la verificación de las personas de la tercera edad en las comunidades de cobertura del Programa a quienes se les favoreció el acceso a la transferencia de la tercera edad, en la misma oportunidad que se hizo a las familias beneficiarias del PIPS.
Se formaron CUS en los municipios de acuerdo a la nueva estrategia de Comités de Usuarios de Servicios, los cuales fueron capacitados en temas de educación y salud. Fueron juramentados e insertados en puntos de actas en las alcaldías respectivas.
2009
Las aldeas intervenidas en la primera fase continúan siendo asesoradas técnicamente para fortalecer la estrategia de AIN-C, capacitando a monitoras y monitores en el segundo y tercer módulo de la estrategia, contribuyendo a disminuir los índices de morbi-mortalidad infantil.

Se organizó un CUS por aldea integrado entre tres a cinco personas por comité, procurando la participación de una partera, una monitora o monitor y un líder representante de la comunidad. Durante el primer año del proyecto la organización se denominó Comités de Usuarios de Salud, al finalizar esa primera etapa se reconsideró la función que se asignarían a los mismos y se conformaron bajo la figura de Comités de Usuarios de Servicios.
El levantamiento de línea base en la segunda etapa del proyecto se comenzó en el mes de marzo en todas las aldeas.
Se organizaron 310 Comités de Usuarios de Salud, de los cuales 36 fueron capacitados.
Se realizaron 26 talleres dirigidos a los CUS.
Se realizaron 207 talleres dirigidos a los beneficiarios.
Se realizaron 12 talleres dirigidos a los monitores de la estrategia AIN-C.
COMPONENTE EDUCACIÓN
2008
Identificación de asociaciones de padres de familia. Donde no existen APF se organizaron durante las asambleas comunitarias. Se verificó cuales tienen personería jurídica y cuáles no.
A un año de estar trabajando en las aldeas, la matrícula aumenta 16.7% hasta llegar a 96% según la EDH. La asistencia regular a clases llega al 96% y la deserción escolar pasa de 1.28% a 0.62% (OPS y SIPRAF).
Dotaciones de material y equipo al 50% de los centros educativos a través de las APF.
Incorporación de la estrategia de la corresponsabilidad en el área de educación, tanto en el seguimiento de la matrícula como de la asistencia.
Se recolecta la información de la corresponsabilidad de la matrícula escolar. Así mismo se hizo el seguimiento en el hogar para verificar las edades de los niños y niñas. En el caso de los mayores de 16 años sin haber finalizado primaria se les recomiendan otras modalidades como la enseñanza a distancia.
En los períodos requeridos durante el año, se realizó el levantamiento de la corresponsabilidad de la asistencia a clases con el apoyo de maestros y maestras.
Se organizaron 496 Asociaciones de Padres de Familia, de las cuales 386 fueron capacitadas, 430 obtuvieron personería jurídica y 213 liquidaron su transferencia.
Se ha participado en asambleas de maestros para unificar criterios, facilitar la documentación y sensibilizarlos sobre la actitud docente en bien de la calidad educativa.
2009
Se reestructuraron las juntas directivas de las APF y se comenzó a dar el seguimiento de las personerías jurídicas que estaban en proceso, el cual no fue completado por la suspensión del proyecto.

Se organizaron 527 Asociaciones de Padres de Familia, de las cuales 132 fueron capacitadas, 344 obtuvieron personería jurídica y 32 liquidaron su transferencia.
COMPONENTE DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL
2007
Realización de un taller de socialización e inducción del programa dirigido a los coordinadores, especialistas de salud y educación y representantes de las OPS ganadoras de los procesos para cada lote.
2008
Se convocó por escrito a cada comunidad para participar en asambleas comunitarias por aldea de cada municipio.
Las OPS obtienen sus certificados de registro para implementar la estrategia AIN-C por la Secretaría de Salud.
Capacitación a las OPS en diversos temas, incluyendo el manejo de las bases de datos.
Realización de las Asambleas Comunitarias para la verificación de los beneficiarios del programa. Verificación de listados de beneficiarios en cada municipio. Estos contaron con la colaboración de alcaldes municipales, líderes comunitarios y los miembros de la Red Solidaria de cada comunidad.
Diseño de la intervención integral extensión de cobertura en 211 nuevas aldeas.
Se realiza primer taller de fortalecimiento para coordinadores de proyectos y especialistas de educación, con el propósito de capacitarlos en el proceso metodológico de la entrega de la transferencia y apoyo a las Asociaciones de padres de familia.
Se han logrado estandarizar las capacitaciones de la estrategia de AIN-C a las monitores de acuerdo a las normativas de la Secretaría de Salud.
Respecto a la organización y equipamiento de la sede, provisión del equipo de transporte, provisión del personal idóneo que cumple con los requisitos académicos y de experiencia solicitados. Las contrataciones del personal se realizaron en forma oportuna, y durante este primer año, el personal de campo ha laborado en forma permanente, y ha sido hasta el mes de diciembre, que producto de una evaluación, se ha decidido realizar cambios, que redundarán en un mejor desempeño del equipo de trabajo.

Fuente: Informes Anuales y Semestrales PIPS.

Anexo 3**ANALISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS**

NO.	INDICADOR BASICO	Estudio 1			Estudio 2		
		ALDEAS ORIGINALES	ALDEAS NUEVAS	TOTAL A JUNIO 2009	ALDEAS ORIGINALES	ALDEAS NUEVAS	TOTAL A JUNIO 2009
		Nov. 2008	Jun-09		Nov. 2008	Jun-09	
1	Número de municipios atendidos	24	59	83	24	63	87
2	Número de aldeas atendidas	165	208	371	163	197	360
3	Número de caseríos atendidos	1,160	1,185	2,345	1159	1227	2,386
4	Total hogares atendidos	30,159	30,941	61,100	30,159	30,941	61,100
5	Total de Centros de Salud (CESAMO)	21	42	63	21	40	61
6	Total de Centros de Salud (CESAR)	49	69	118	49	64	113
7	Total escuelas oficiales	364	441	805	362	426	788
8	Total escuelas PROHECO	150	154	304	150	154	304

9	Total niños 1-6 grado matriculados	35,256	38,723	73,979	32,613	31,499	64,112
10	Porcentaje de asistencia escolar	95.33%	98.5%		95.51%	97.8%	
11	Porcentaje de deserción escolar	0.91%	0.3%		0.82%	0.0%	
12	Número de monitores AIN-C ya existentes en la comunidad	505	481	986	505	411	916
13	Total niños menores 2 años identificados en encuesta de LB de AIN-C	8,949	4,677	13,626	8,952	5,860	14,812
14	Número menores 2 años con crecimiento y desarrollo inadecuado	2,196	857	3,053	2,501	1,293	3,794
15	Número menores 2 años con crecimiento y desarrollo inadecuado persistente	909	790	1,699	619	1,195	1,814
16	Número embarazadas identificadas en encuesta LB de AIN-C	3,010	1,163	4,173	3,203	2,076	5,279
17	Total de APF organizadas	495	531	1026	496	527	1,023
18	Total de APF capacitadas	400	181	581	386	132	518
19	Total de APF con personería jurídica	452	407	859	430	344	774
20	Total de APF con transferencias liquidadas	182	0	182	213	32	245

21	Total de CUS organizados	180	320	500	212	310	522
22	Total de CUS capacitados	180	10	190	212	36	248
23	Total de monitores AIN-C organizados por la ONG	769	128	897	898	263	1,161
24	Total de monitores AIN-C capacitados	1,274	0	1,274	1,325	243	1,568
25	Total talleres dirigidos a APF	130	8	135	130	34	164
26	Total talleres dirigidos a CUS	109	7	113	109	26	135
27	Total talleres capacitación dirigidos a monitores AIN-C	94	11	105	94	12	106
28	Total talleres comunitarios dirigidos a beneficiarios	717	214	931	719	207	926

Fuente: Hernandez, N. Análisis documental de los resultados de la intervención de las Organizaciones Proveedores de Servicios en la ejecución del Programa Integral de Protección Social. Informe de Consultoría. Septiembre 2010

Pereira, C. Sistematización De Los Resultados de la Prestación de Servicios de las OPS del Programa Integral de Protección Social (PO-1568/SF-HO). Informe Final de Consultoría. Diciembre 2010.

Anexo 4

COMPORTAMIENTO EN LA ENTREGA DE BONOS

AÑO 2007

BONO y DPTO	HOGARES	VALOR (Lps.)
SOLIDARIO	21249	45,685,350
INTIBUCA	5895	12,674,250
DOLORES	576	1,238,400
MASAGUARA	1464	3,147,600
SAN FRANCISCO DE OPALACA	1210	2,601,500
SAN ISIDRO	112	240,800
SAN MARCOS DE LA SIERRA	1030	2,214,500
SAN MIGUELITO	481	1,034,150
YAMARANGUILA	1022	2,197,300
LA PAZ	1881	4,044,150
CABAÑAS	194	417,100
SAN JUAN	222	477,300
SANTA ANA	1219	2,620,850
YARULA	246	528,900
LEMPIRA	12387	26,632,050
BELEN	376	808,400
ERANDIQUE	1313	2,822,950

Informe de Terminación de Proyecto

GUALCINCE	896	1,926,400
LA IGUALA	1891	4,065,650
LEPAERA	1311	2,818,650
PIRAERA	1471	3,162,650
SAN ANDRES	1149	2,470,350
SAN FRANCISCO	941	2,023,150
SAN MANUEL COLOHETE	1081	2,324,150
SAN SEBASTIAN	691	1,485,650
SANTA CRUZ	785	1,687,750
TOMALA	482	1,036,300
SANTA BÁRBARA	1086	2,334,900
PROTECCION	1086	2,334,900
TOTAL	21249	45,685,350

ANO 2008

BONO y DPTO	HOGARES	VALOR (Lps.)
SALUD	44590	79,600,402
INTIBUCA	11597	20,353,426
CAMASCA	286	614,900
COLOMONCAGUA	1209	2,599,350
CONCEPCION	244	524,600
DOLORES	604	855,501
INTIBUCA	1779	3,824,850
JESUS DE OTORO	761	1,636,150
LA ESPERANZA	90	193,500
MASAGUARA	1624	2,298,176
SAN FRANCISCO DE OPALACA	1253	1,775,127
SAN ISIDRO	119	167,302

Informe de Terminación de Proyecto

SAN JUAN	935	2,010,250
SAN MARCOS DE LA SIERRA	1071	1,513,961
SAN MIGUELITO	495	700,020
SANTA LUCIA	59	126,850
YAMARANGUILA	1068	1,512,889
LA PAZ	7079	13,754,687
CABAÑAS	200	285,525
CANE	30	64,500
CHINACLA	448	963,200
GUAJQUIRO	643	1,382,450
LA PAZ	450	967,500
LAUTERIQUE	129	277,350
MARCALA	71	152,650
MERCEDES DE ORIENTE	51	109,650
OPATORO	93	199,950
SAN ANTONIO DEL NORTE	131	281,650
SAN JOSE	301	647,150
SAN JUAN	237	332,457
SAN PEDRO TUTULE	248	533,200
SANTA ANA	1291	1,823,851
SANTA ELENA	876	1,883,400
SANTA MARIA	401	862,150
SANTIAGO PURINGLA	1215	2,612,250
YARULA	264	375,804
LEMPIRA	19680	32,883,251
BELEN	388	554,932
CANDELARIA	237	509,550
COLOLACA	170	365,500

Informe de Terminación de Proyecto

ERANDIQUE	1347	1,911,262
GRACIAS	1739	3,738,850
GUALCINCE	960	1,353,473
GUARITA	197	423,550
LA IGUALA	1963	2,777,509
LA UNION	560	1,204,000
LA VIRTUD	145	311,750
LAS FLORES	585	1,257,750
LEPAERA	2471	4,302,773
MAPULACA	278	597,700
PIRAERA	1529	2,173,150
SAN ANDRES	1189	1,687,004
SAN FRANCISCO	961	1,356,692
SAN JUAN GUARITA	159	341,850
SAN MANUEL COLOHETE	1111	1,568,414
SAN MARCOS DE CAIQUIN	445	956,750
SAN RAFAEL	451	969,650
SAN SEBASTIAN	718	1,019,938
SANTA CRUZ	814	1,146,398
TALGUA	522	1,122,300
TAMBLA	166	356,900
TOMALA	489	690,706
VALLADOLID	86	184,900
SANTA BÁRBARA	6234	12,609,038
ATIMA	332	713,800
AZACUALPA	60	129,000
CEGUACA	87	187,050
CHINDA	46	98,900

Informe de Terminación de Proyecto

CONCEPCION DEL NORTE	311	668,650
EL NISPERO	107	230,050
ILAMA	26	55,900
LA ARADA	79	169,850
MACUELIZO	464	997,600
NARANJITO	574	1,234,100
NUEVA FRONTERA	118	253,700
PROTECCION	1090	1,549,438
QUIMISTAN	987	2,122,050
SAN FRANCISCO DE OJUERA	135	290,250
SAN JOSE DE COLINAS	102	219,300
SAN LUIS	787	1,692,050
SAN MARCOS	146	313,900
SAN NICOLAS	141	303,150
SAN PEDRO ZACAPA	182	391,300
SAN VICENTE CENTENARIO	408	877,200
TRINIDAD	52	111,800
Tercera E	7815	5,767,200
SOLIDARIO	22035	51,490,787
INTIBUCA	6228	15,464,099
DOLORES	607	1,589,959
MASAGUARA	1607	3,782,585
SAN FRANCISCO DE OPALACA	1259	3,261,536
SAN ISIDRO	117	295,346
SAN MARCOS DE LA SIERRA	1073	2,711,079
SAN MIGUELITO	501	1,196,803
YAMARANGUILA	1064	2,626,791
LA PAZ	1963	4,370,167

Informe de Terminación de Proyecto

CABAÑAS	199	400,921
SAN JUAN	231	557,462
SANTA ANA	1264	2,908,668
YARULA	269	503,116
LEMPIRA	12727	29,155,099
BELEN	389	943,063
ERANDIQUE	1347	3,430,301
GUALCINCE	942	1,930,430
LA IGUALA	1937	3,898,602
LEPAERA	1358	3,461,412
PIRAERA	1519	3,213,597
SAN ANDRES	1184	2,805,125
SAN FRANCISCO	953	2,329,494
SAN MANUEL COLOHETE	1101	2,588,504
SAN SEBASTIAN	710	1,440,738
SANTA CRUZ	808	2,042,376
TOMALA	479	1,071,457
SANTA BÁRBARA	1117	2,501,422
PROTECCION	1117	2,501,422
TOTAL	74440	136,858,389

ANO 2009

BONO y DPTO	HOGARES	VALOR (Lps.)
SALUD	21577	23,195,275
INTIBUCA	6071	6,526,325
DOLORES	582	625,650
MASAGUARA	1566	1,683,450
SAN FRANCISCO DE OPALACA	1228	1,320,100

Informe de Terminación de Proyecto

SAN ISIDRO	114	122,550
SAN MARCOS DE LA SIERRA	1047	1,125,525
SAN MIGUELITO	484	520,300
YAMARANGUILA	1050	1,128,750
LA PAZ	1930	2,074,750
CABAÑAS	198	212,850
SAN JUAN	219	235,425
SANTA ANA	1231	1,323,325
YARULA	282	303,150
LEMPIRA	12501	13,438,575
BELEN	383	411,725
ERANDIQUE	1320	1,419,000
GUALCINCE	919	987,925
LA IGUALA	1911	2,054,325
LEPAERA	1340	1,440,500
PIRAERA	1493	1,604,975
SAN ANDRES	1167	1,254,525
SAN FRANCISCO	933	1,002,975
SAN MANUEL COLOHETE	1085	1,166,375
SAN SEBASTIAN	682	733,150
SANTA CRUZ	790	849,250
TOMALA	478	513,850
SANTA BÁRBARA	1075	1,155,625
PROTECCION	1075	1,155,625
Total general	21577	23,195,275

Fuente: PRAF Unidad de Sistemas

Anexo 5

EL DESEMPEÑO DE LAS OPS

Con base en los resultados presentados en los capítulos anteriores en esta sección se presentan un balance de las conclusiones sobre el desempeño de las OPS y se formulan los criterios para una posible contratación en el marco del Programa del Bono Diez Mil.

Diseño de la intervención de las OPS

Dados los problemas de capacidad de la oferta, especialmente en salud, las OPS cumplieron un rol importante en la implementación de la estrategia de AINC aunque no fue posible realizarla de acuerdo a la norma de la Secretaría de Salud debido a que no se disponía de los recursos para aplicarla en todas sus fases y componentes.

El Programa no contaba con la capacidad operativa para atender la población beneficiaria y para realizar el seguimiento a la corresponsabilidad y este sentido las OPS garantizaron una presencia continua del Programa.

En su diseño el establecimiento de los TDR con actividades y objetivos definidos lograron establecer un marco unificado y coherente de trabajo y gracias a ello las OPS pudieron formular un plan de trabajo coherente y secuencial, sin embargo este diseño exigía, por parte del PRAF, un esfuerzo en términos de supervisión y seguimiento.

Un aspecto fundamental y que se debe reconocer es el “blindaje” que el PRAF estableció para aislar a las OPS de influencias políticas y para garantizar que el Programa sería la instancia que tendría el reconocimiento por los servicios prestados.

Capacidad Operativa de las OPS

El trabajo de las OPS en las 164 aldeas iniciales y en las 211 adicionales permitió generar una sistematización de sus procesos y procedimientos y un conocimiento de las comunidades en lo relacionado con su organización, sus necesidades y su dinámica de trabajo al tiempo que el Programa, por intermedio de las OPS, ha logrado un reconocimiento de parte de los beneficiarios y de las organizaciones locales.

Las OPS despegaron en los cuatro departamentos (Lempira, Intibucá, Santa Barba y La Paz) y en las 374 aldeas una capacidad instalada en recursos (humanos, logísticos, equipo y materiales) y capacitaron una red de promotores con experiencia y conocimiento de la operación del programa y de acceso a las organizaciones locales (Alcaldías, Asociaciones comunitarias).

Como resultado del trabajo con el PIPS las organizaciones han logrado acumular una experiencia operativa en términos de los esquemas de operación, el trabajo con las comunidades, la coordinación con actores locales y el desarrollo de metodologías e instrumentos para el seguimiento de trabajo de campo.

Desempeño de las OPS

Las OPS para ejecutar el trabajo suscribieron un contrato de prestación de servicios que describía un conjunto de actividades para cumplir con objetivos operativos y si realizaban este trabajo de conformidad con los lineamientos acordados se esperaban resultados en términos de cambios en el bienestar y el acceso a los servicios por parte de los beneficiarios. En lo relacionado con el desempeño operativo entre noviembre 2007 y Junio 2009 se evidencia que estas organizaciones tuvieron un alto desempeño de los compromisos contractuales, los resultados de este estudio indican que las OPS cumplieron con los términos de referencia y el grado su desempeño promedio fue del 83%.

El desempeño de las OPS se midió en función de la evidencia, el esfuerzo y de la disponibilidad de información y sobre una escala de 1 a 10 se obtuvo un puntaje individual por actividad que fue ponderado para obtener el grado de cumplimiento del objetivo en porcentaje. Para el proceso de ponderación de las actividades se definió como el indicador de mayor importancia (28%) el relacionado con la implementación y seguimiento a la Estrategia de la Atención Integral a la Niñez Comunitaria (AIN-C), en segundo lugar con el 22% realizar el seguimiento a la corresponsabilidad de los beneficiarios y beneficiarias del Programa y en tercer lugar con el 13% cumplir con las actividades de monitoreo y evaluación de la estrategia del Modelo de Atención.

Los resultados indican que las OPS obtiene presenta un desempeño adecuado en todos sus objetivos entre un 80 y un 90% de cumplimiento, el valor promedio de cumplimiento global de las OPS es del 83%, en lo particular el objetivo 7, el cual presenta un

desempeño del 77% resultado de las dificultades que se presentaron para realizar un adecuado cumplimiento a las actividades definidas en el sistema de seguimiento y monitoreo del Programa.

Las actividades rutinarias operativas (capacitaciones, gestión administrativas) tuvieron un mayor cumplimiento con relación a las actividades técnicas sustantivas (seguimiento a la corresponsabilidad e implementación de la estrategia de AINC)

Resultados en los beneficiarios

La medición de los resultados esperados a partir del trabajo de las OPS se midieron a través de los 14 indicadores del marco Lógico del Programa, los hallazgos son combinados porque no hay información completa para medir objetivamente la consecución de las metas.

Los resultados de las OPS, para fines de análisis fueron agrupados en tres áreas: salud, educación y fortalecimiento comunitario.

Los resultados indican que las OPS lograron inducir cambios marginales en términos de la reducción de la Desnutrición general en los niños y niñas menores de 2 años (11%, en promedio), un aumento en el porcentaje de Porcentaje de niñas y niños menores de dos años atendidos mensualmente por las monitoras de la comunidad como consecuencia de la implementación de la estrategia de AINC (se alcanzó una cobertura del 90%) , un aumento en la Tasa de asistencia de las niñas y niños matriculados de las escuelas (aumento promedio del 6%), se logró que el 98% de las aldeas contaran con Comités de Usuarios en Salud constituidas, capacitadas y en operación y un cumplimiento promedio del 97% en la corresponsabilidad en educación.

Los resultados muestran en su conjunto, que a pesar de los problemas en la operación de un sistema integral de seguimiento y el la disponibilidad de información estas organizaciones lograron inducir efectos en variables trazadoras del desarrollo humano como el mejoramiento en la salud y el aumento en la utilización de servicios. Sin embargo se requieren análisis evaluativos más robustos para validar estos hallazgos iniciales.

Supervisión y Monitoreo a las OPS

Uno de los aspectos más críticos del proceso de trabajo y la relación entre las OPS y el PRAF fue la ausencia de mecanismos claros y sistemáticos para la supervisión y el monitoreo de estas organizaciones. La falta de un sistema de monitoreo no permitió realizar un seguimiento y retroalimentación permanente al trabajo de las OPS. Durante la operación de las OPS no se logró consolidar un

sistema de seguimiento y en consecuencia, no se logró aprovechar eficientemente la información que generaron estas organizaciones. También es importante reconocer una de las áreas de mayor debilidad dentro de las OPS era el área de monitoreo.

Anexo 6

METODOLOGIA PARA LA ESTIMACION DEL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO DE LAS OPS

La metodología general para estimar los resultados alcanzados para cada indicador fue la siguiente:

1. Se consolidaron matrices de resultados para cada lote con al menos dos de tres puntos de referencia (Línea base, datos del 2008 y datos del 2009). Estas matrices fueron elaboradas para cada OPS.
2. Se determinó el progreso de cada indicador para todos los lotes, utilizando los datos de la última medición disponible y la más temprana disponible. En varios casos no se cuenta con tres mediciones que permitan ver el progreso de los indicadores, por lo que se presentan los resultados, con la información disponible.⁴²
3. Se identificaron unidades de análisis para cada indicador y se determinó la población atendida para cada lote (hogares, CUS, APF, niños menores de 2 años, mujeres embarazadas, etc.) Estas unidades se utilizaron como “factores de ponderación” para estimar el promedio consolidado por indicador. Esto permitió asignar a cada lote pesos diferenciales.
4. La sumatoria de estos valores ponderados da el resultado logrado por cada indicador.

⁴² Se diferenciaron los datos no disponibles o que, a criterio de los consultores, no son consistentes y los datos donde no existe variación debido a que en ese lote el valor del indicador corresponde a un 100%.

Anexo 7**LISTADO DE ALDEAS POR LOTE ASIGNADAS A LAS OPS**

Lote	No	Dpto	Municipio	Aldea
L1	1	Intibucá	San Marcos de La Sierra	San Marcos de La Sierra
L1	2	Intibucá	San Marcos de La Sierra	Las Delicias
L1	3	Intibucá	San Marcos de La Sierra	San José
L1	4	Intibucá	San Marcos de La Sierra	San Luis
L1	5	Intibucá	Yamaranguila	Azacualpa
L1	6	Intibucá	Yamaranguila	El Membrillo No.1
L1	7	Intibucá	Yamaranguila	El Picacho
L1	8	Intibucá	Yamaranguila	Oloas
L1	9	Intibucá	Yamaranguila	Planes
L1	10	Intibucá	Yamaranguila	Sequire
L1	11	Intibucá	Yamaranguila	Zacate Blanco
L2	12	Intibucá	San Miguelito	Cofradía
L2	13	Intibucá	San Miguelito	Chupucay o Resina
L2	14	Intibucá	San Miguelito	Segua
L2	15	Intibucá	Dolores	Dolores
L2	16	Intibucá	Dolores	Azacualpa o Llano de San Antonio
L2	17	Intibucá	Dolores	San José o Piedra Redonda
L2	18	Intibucá	Dolores	Toco
L2	19	Intibucá	San Francisco de Opalaca	San Francisco de Opalaca o Monte Verde
L2	20	Intibucá	San Francisco de Opalaca	Agua Sucia
L2	21	Intibucá	San Francisco de Opalaca	El Naranjo o Santa Lucia

L2	22	Intibucá	San Francisco de Opalaca	El Zacatal o Suyapa
L2	23	Intibucá	San Francisco de Opalaca	La Ceibita
L2	24	Intibucá	San Francisco de Opalaca	La Chorrera Aspera
L2	25	Intibucá	San Francisco de Opalaca	Ojo de Agua
L2	26	Intibucá	San Francisco de Opalaca	Plan de Barrio
L3	27	Intibucá	San Isidro	Macuelizo o Hato Viejo
L3	28	Intibucá	Masaguara	Guasore
L3	29	Intibucá	Masaguara	Lagunetas
L3	30	Intibucá	Masaguara	Potrerito o El Rosario
L3	31	Intibucá	Masaguara	Quiragüira
L3	32	Intibucá	Masaguara	Santa Cruz de Horcones
L4	33	La paz	Santa Ana	Estancia
L4	34	La paz	Santa Ana	Juniguara
L4	35	La paz	Santa Ana	Los Hornos
L4	36	La paz	Santa Ana	San Antonio
L4	37	La paz	Santa Ana	San Isidro
L4	38	La paz	Santa Ana	San Miguel
L4	39	La paz	Santa Ana	Santiago
L4	40	La paz	Cabañas	Azacualpa
L4	41	La paz	Cabañas	El Bailadero
L4	42	La paz	Cabañas	El Palmar
L4	43	La paz	Cabañas	Las Lajitas
L4	44	La paz	Yarula	Las Huertas
L4	45	La paz	Yarula	Tierra Colorada
L4	46	La paz	Yarula	El Zancudo
L5	47	La paz	San Juan	San Juan
L5	48	La paz	San Juan	El Quebrachal
L5	49	La paz	San Juan	Horcones

L5	50	La paz	San Juan	Las Trancas
L5	51	La paz	San Juan	Ocotillos
L6	52	Santa Bárbara	Protección	Buenos Aires
L6	53	Santa Bárbara	Protección	El Chile
L6	54	Santa Bárbara	Protección	El Ocote o Cerro El Ocote
L6	55	Santa Bárbara	Protección	La Laguna
L6	56	Santa Bárbara	Protección	La Reina
L6	57	Santa Bárbara	Protección	La Ruidosa
L6	58	Santa Bárbara	Protección	Las Vueltas
L6	59	Santa Bárbara	Protección	Pueblo Nuevo
L6	60	Santa Bárbara	Protección	Zambrano
L7	61	Lempira	Lepaera	Alegrías
L7	62	Lempira	Lepaera	Arenales
L7	63	Lempira	Lepaera	Brisas del Ocotillo
L7	64	Lempira	Lepaera	Buenos Aires
L7	65	Lempira	Lepaera	Cementera
L7	66	Lempira	Lepaera	Consolación
L7	67	Lempira	Lepaera	El Aguacatal
L7	68	Lempira	Lepaera	El Barrio
L7	69	Lempira	Lepaera	El Chagüite
L7	70	Lempira	Lepaera	El Matasanito
L7	71	Lempira	Lepaera	El Rosario
L7	72	Lempira	Lepaera	La Jagua
L7	73	Lempira	Lepaera	La Laguna del Pedernal
L7	74	Lempira	La Iguala	Chusquín
L7	75	Lempira	La Iguala	El Juncal
L7	76	Lempira	La Iguala	El Mango
L7	77	Lempira	La Iguala	El Matasano
L7	78	Lempira	La Iguala	El Rodeíto
L7	79	Lempira	La Iguala	El Zapote
L7	80	Lempira	La Iguala	La Guadalupe
L7	81	Lempira	La Iguala	Lagunas

L7	82	Lempira	La Iguala	Las Vegas
L7	83	Lempira	La Iguala	Los Tablones
L7	84	Lempira	La Iguala	Llano Largo
L7	85	Lempira	La Iguala	Monte Largo
L7	86	Lempira	La Iguala	Potrerrillos
L7	87	Lempira	La Iguala	Quioco
L7	88	Lempira	La Iguala	Río Blanco
L7	89	Lempira	La Iguala	San Isidro de Jacan
L7	90	Lempira	La Iguala	San José de Curunate
L7	91	Lempira	La Iguala	San Miguel
L8	92	Lempira	San Manuel Colohete	Corante
L8	93	Lempira	San Manuel Colohete	Guacutao
L8	94	Lempira	San Manuel Colohete	Piedra Larga
L8	95	Lempira	San Manuel Colohete	Pulaje
L8	96	Lempira	San Manuel Colohete	San Antonio
L8	97	Lempira	San Manuel Colohete	San Antonio del Aguacatillo
L8	98	Lempira	San Manuel Colohete	San Pedrito
L8	99	Lempira	San Manuel Colohete	Santa Teresa
L8	100	Lempira	San Manuel Colohete	Cerro Colorada
L8	101	Lempira	San Sebastián	Agua Fría
L8	102	Lempira	San Sebastián	El Cutal
L8	103	Lempira	San Sebastián	El Suete
L8	104	Lempira	San Sebastián	El Volcancito
L8	105	Lempira	San Sebastián	San Isidro
L9	106	Lempira	Erandique	Azacualpa Grande
L9	107	Lempira	Erandique	Azacualpa Montaña
L9	108	Lempira	Erandique	Concepción o Barrio Nuevo
L9	109	Lempira	Erandique	El Carrizal
L9	110	Lempira	Erandique	El Conal
L9	111	Lempira	Erandique	El Chimisal
L9	112	Lempira	Erandique	El Rodeo
L9	113	Lempira	Erandique	Guatincara
L9	114	Lempira	Erandique	La Laguna

L9	115	Lempira	Erandique	San Antonio Montaña
L9	116	Lempira	Erandique	Valle de La Cruz
L9	117	Lempira	San Francisco	Concordia
L9	118	Lempira	San Francisco	Jelpoa
L9	119	Lempira	San Francisco	Marquira
L9	120	Lempira	San Francisco	Rorruca
L9	121	Lempira	San Francisco	San Lucas
L10	122	Lempira	Belén	El Carrizal
L10	123	Lempira	Belén	El Naranjo o La Penca
L10	124	Lempira	Belén	Los Planes de Ojuera
L10	125	Lempira	Santa Cruz	Santa Cruz
L10	126	Lempira	Santa Cruz	Candelaria
L10	127	Lempira	Santa Cruz	Loma Limpia
L10	128	Lempira	Santa Cruz	Pajapas
L10	129	Lempira	Santa Cruz	San Pedro
L10	130	Lempira	Santa Cruz	Santa Rosa
L10	131	Lempira	San Andrés	San Andrés
L10	132	Lempira	San Andrés	Caona
L10	133	Lempira	San Andrés	Cenalaca
L10	134	Lempira	San Andrés	San Jose de Esquipara
L10	135	Lempira	San Andrés	San Simón
L10	136	Lempira	San Andrés	Santiago
L11	137	Lempira	Gualcince	Congolón
L11	138	Lempira	Gualcince	Guacual
L11	139	Lempira	Gualcince	Gualcea
L11	140	Lempira	Gualcince	Guatemalita
L11	141	Lempira	Gualcince	Santa Cruz
L11	142	Lempira	Gualcince	Santo Tomás
L11	143	Lempira	Gualcince	San Marcos Cerique
L11	144	Lempira	Gualcince	San Marcos Mora
L11	145	Lempira	Gualcince	Tenango
L11	146	Lempira	Piraera	Piraera
L11	147	Lempira	Piraera	Las Moras

L11	148	Lempira	Piraera	Quisimaca
L11	149	Lempira	Piraera	San Felipe
L11	150	Lempira	Piraera	San Jerónimo
L11	151	Lempira	Piraera	San José
L11	152	Lempira	Piraera	San Pedro
L11	153	Lempira	Piraera	San Sebastián
L11	154	Lempira	Piraera	Santa Lucía o Guasquín
L11	155	Lempira	Piraera	Suyapita o Pichigual No. 1
L11	156	Lempira	Tomalá	Azacualpa
L11	157	Lempira	Tomalá	El Copante
L11	158	Lempira	Tomalá	La Soledad del Morro
L11	159	Lempira	Tomalá	San Cristóbal
L11	160	Lempira	Tomalá	San Juan
L11	161	Lempira	Tomalá	San Lorenzo
L11	162	Lempira	Tomalá	San Marquitos
L11	163	Lempira	Tomalá	San Pablo de Consolación
L11	164	Lempira	Tomalá	Santo Domingo

Anexo 8

EVALUACION CUALITATIVA DE LA IMPLEMENTACIÓN

Percepción sobre los cambios percibidos después de la intervención del programa:

- Todos los participantes de los grupos focales aseguran que hubo cambios muy positivos en la vida de los hogares beneficiarios y en la comunidad.
- En cuanto a los cambios observados por los informantes en materia de salud, se percibe que durante el tiempo en que se implementó el programa hubo una disminución en las enfermedades de los niños y los riesgos relacionados al embarazo con la promoción de los partos institucionales. Algunas opiniones que ilustran esto: *“sí, creo que mejoró bastante, cuando las madres estaban embarazadas le ponían más interés”, “nos han enseñado como darle tratamiento al agua y por eso han disminuido las enfermedades”, “han disminuido en los niños lo que son las iras y la diarrea”.*
- Así mismo, se observaron cambios muy positivos en cuanto a la educación, lo cual comenta el director de una escuela de Erandique: *“es un gran alivio para nosotros saber que los niños van a llegar a la escuela con sus cuadernos, con su mochila, tal vez antes no venían porque no tenían su ropa para venir, verdad, aunque uno no aprenda pero vienen, verdad, y....así que en verdad la asistencia ha mejorado bastante, así y los niveles de matrícula cada año han ido en aumento y así ha aumentado la cantidad de maestros con el aumento de niños”*
- Una maestra en Piedra Redonda comenta: *“aquí lo que se ha evitado es la deserción escolar, va porque, a través del bono la gente ha aprovechado de mandar los hijos a la escuela”.* Un maestro en El Conal opina: *“los padres enviaban los niños a la escuela. Hubo más matrícula”,* y una maestra de El Membrillo comenta como mejoraba la asistencia a clases: *“...también en la escuela, cuando venía el bono, los niños estaban puntuales en la escuela”*
- Además de la entrega de los bonos, el programa proveía apoyo directo a las Asociaciones de Padres de Familia de las escuelas de las aldeas participantes. El apoyo consistía en hacer una transferencia monetaria para la ejecución de proyectos en beneficio de las escuelas. Estos proyectos iban desde la adquisición de libros y material didáctico, equipamiento y mobiliario,

hasta reparaciones menores en las instalaciones: *“...por ejemplo nosotros ahora tenemos mobiliario para la escuela”* (miembro de la APF de una escuela en El Membrillo).

- Otros cambios se han producido, según los informantes, debido a la eficacia de las “charlas” que les daban dentro de la ejecución del programa. Uno de los monitores de salud mencionó que hubo un cambio en sus hogares con respecto a la higiene: *“entonces, uno aunque pobremente sea pero uno debe ser aseadito, pero gracias a Dios hemos logrado, quizás, no podemos decir un ciento por ciento, que esta gente se ha capacitado como tienen que hacer en el hogar, sus casitas bien barriditas, sus pilitas bien lavaditas, su ropita, el baño diario, eh como debe administrarse el agua y en fin, aquí les hemos dicho como se clasifica la basura que se deben hacer agujeros, que la que se pudre en una parte y lo que no se pudre en otro....hemos avanzado en ese sentido”*.
- Esta última dimensión es, sin duda, uno de los elementos más importantes para la sostenibilidad de éste tipo de programas, como se ha demostrado en las evaluaciones de programas similares en América Latina. Un monitor de AIN-C de San Andrés comenta: *“por eso le digo que a veces la consejería vale mucho más para las madres, porque las madres siempre están puntual al peso”*

Anexo 9**INDICADORES DE LA ENCUESTA DE DESARROLLO HUMANO 2008**

Indicador	Descripción	Valor ENH	Valor Esperado
Educación			
Tasa de matrícula de Primaria	Cociente entre la población matriculada en el rango de edad escolar, sobre la población total en ese rango de edad.	85,5%	90,5%
Tasa de deserción escolar	Porcentaje de niños matriculados que abandonan la escuela durante el año lectivo en todos los grados	1,28	1,08
Tasa de asistencia escolar	Porcentaje de los niños entre 5 y 16 años matriculados para el año 2007 que reportan asistencia a la escuela. ⁴³	98,8%	100%
Salud materna			
Demanda de servicios para control prenatal	Porcentaje de mujeres embarazadas en los últimos cinco años que recibieron control prenatal.	82%	92% ⁴⁴
Captación precoz del embarazo	El porcentaje de mujeres embarazadas que son captadas en el primer trimestre de embarazo.	19%	31% ⁴⁵
Porcentaje de partos institucionales	Porcentaje de partos atendidos a Centros de Salud, Clínicas materno infantiles u Hospitales con respecto al número de partos totales.	30,1%	40,1%
Salud Infantil			

⁴³ Este indicador debe ser medido con respecto a la corresponsabilidad. La medición de este indicador en la EDH corresponde a la precepción de la madre y no es confiable.

⁴⁴ Valor ENDESA 2005-2006.

⁴⁵ ENDESA 2005 2006 para el sector rural encontró un porcentaje promedio del 62,7%. La meta se fija en el 50% de este valor.

Indicador	Descripción	Valor ENH	Valor Esperado
Demanda de servicios de atención infantil	Porcentaje de menores de cinco años que reciben control de crecimiento y desarrollo.	19,%	29%
Prevalencia de EDA (Enfermedades Diarreicas Agudas)	Porcentaje de niños menores de cinco años con cuadros de diarrea 15 días antes de la encuesta.	19%	14% ⁴⁶
Prevalencia de IRA (Problemas Respiratorios)	Porcentaje de niños menores de cinco años con tos acompañada de respiración rápida en los 15 días previos a la encuesta.	21%	16% ⁴⁷
Lactancia y Nutrición			
Lactancia materna exclusiva	La lactancia materna exclusiva en los menores de 2 años con respecto al número total de niños de ese grupo de edad.	81%	86%
Desnutrición global	Porcentaje de niños menores de dos o años en desnutrición global con respecto al número total de niños menores de cinco años. (Referencia NCHS)	24.8%	18,8%
Gasto en Alimentos			

⁴⁶ Reducción de 5 pp. La ENDESA 2005 2006 reporta un valor de 17,6%

⁴⁷ Reducción de 5 pp. La ENDESA 2005 2006 reporta un valor de 13%

Indicador	Descripción	Valor ENH	Valor Esperado
Gasto en alimentos	Valor del gasto anual per cápita en alimentos, en términos reales se aumenta, en 5%	4164	4580
Empoderamiento de las mujeres			
Mujeres que participan en las decisiones del hogar	Porcentaje de mujeres que participan en las decisiones de compra de alimentos y de otros bienes y servicios.	30,2%	45%
Gestión de las APF			
Participación en la gestión de las Asociaciones de Padres de Familia.	Porcentaje de padres de familia que participan en la gestión de las APF.	45%	60%

FUENTE: Programa Integral de Protección Social. Encuesta de Desarrollo Humano. Resultados de la línea de base. Junio 2008

Evolución del Programa de Transferencias Monetarias con Corresponsabilidades de Honduras				
Resumen				
Evolución del diseño	Intervenciones sostenidas; Unidad de intervención a nivel de hogar; Focalización geográfica, bajándola a nivel de aldea; Transferencias con corresponsabilidades; Entrega por sistema bancario, con cajeros móviles para reducir costo privado de transacción; Pertinencia de modelo de intervención integrado a nivel comunitario con AIN-C, APFs, CUS; Contratar servicios especializados de ONGs para apoyar promoción social, con acompañamiento sostenido a los hogares, y organización comunitaria; Evaluación de impacto con grupo de comparación;			
Acciones correctivas	Fijar el monto de transferencia por hogar, independiente del número de niños/as; Aumentar el monto de transferencias como % del ingreso/gasto del hogar; Entrega de bonos con frecuencia trimestral; Ampliar cobertura de BE de 4o al 6o grado; Ampliar cobertura de Bono de Nutrición y Salud de 0-3 a 0-5 años; Simplificar las intervenciones en salud a AIN-C; Canalizar el incentivo al parto institucional a los Fondos Comunitarios de Salud; Desagregar el Bono de Nutrición y Salud en el Bono de Nutrición y el Bono de Salud.			
Lecciones aprendidas	i) necesidad de mecanismos formales de alto nivel para coordinar la entrada articulada de servicios; ii) importancia de mejorar oportunidades productivas para apoyar la graduación de beneficiarios; iii) requerimientos de enfoque especial para población indígena.			
Llave	+ <i>en italics</i> = <i>modificación introducida</i> ; + = buena práctica que se mantiene; - lección aprendida.			
Temas Particulares	949/SF-HO	1026/SF-HO (1999-2006)	1568/SF-HO (2005-2009)	2096/BL-HO (2008-2009)
Registro de Hogares	- Identificación individual de beneficiarios a través de los centros de servicios - Intervención esporádica y no sostenida para los beneficiarios.	+ <i>Registro de Hogares con intervención sostenida.</i> - Dependencia en una firma consultora para levantar Registro, sin capacidad de actualizar el mismo.	+ Registro de Hogares con intervención sostenida + <i>PRAF fortalecida para levantar el Registro de Hogares de Beneficiario y actualizar la información.</i>	+ Registro de Hogares con intervención sostenida. + PRAF fortalecida para levantar el Registro de Hogares de Beneficiario y actualizar la información.
Focalización	- Criterios de focalización por tipo de bono.	+ <i>Se aplicó una metodología de focalización geográfica</i> para identificar hogares más pobres, que disminuye costos administrativos y se consideró efectivo por los altos niveles de pobreza y extrema pobreza. - Existe variación en los niveles de bienestar de las aldeas dentro de los municipios.	+ Se aplicó una metodología de focalización geográfica para identificar hogares más pobres, que disminuye costos administrativos y se consideró efectivo por los altos niveles de pobreza y extrema pobreza. + <i>Se hizo más preciso la estrategia de focalización bajando el nivel de análisis a la aldea.</i> -No contempla una estrategia de focalización urbana.	+ Se aplicó una metodología de focalización geográfica para identificar los hogares más pobres, que disminuye costos administrativos y se consideró efectivo por los altos niveles de pobreza y extrema pobreza. + Se hizo más preciso la estrategia de focalización bajando el nivel de análisis a la aldea. + <i>Contempla una estrategia de focalización urbana a nivel de barrio, combinada con la identificación de los hogares beneficiarios, utilizando un proxy means test.</i>
Estructura de las transferencias.	- Individual como unidad de intervención, sin asegurar la integralidad de la intervención.	+ <i>Introdujo el hogar como la unidad de intervención única para recibir transferencias de salud y educación.</i> - Las transferencias de salud y educación se asignaron al hogar en base a número de niños/as.	+ Mantener el hogar como la unidad de intervención única para recibir transferencias de salud y educación. + Transferencia en salud y educación cada una se calcula como monto fijo por hogar, independiente de número de niños/as.	+ Mantener el hogar como la unidad de intervención única para recibir transferencias de salud y educación. + Transferencia en salud y educación cada una se calcula como monto fijo por hogar, independiente de número de niños/as.
Bono Educativo	Bono Educativo para niños/as que asisten 1 a 3 grado.	+ BE para niños/as menores de 13 años que asistan de 1 a 4 grados. + <i>Corresponsabilidades en matrícula y asistencia, con promoción universal y monitoreo muestral.</i>	+ <i>Se amplió cobertura de BE para niños/as menores de 15 años que asistan de 1 a 6 grados, primaria completa.</i> + Corresponsabilidades en matrícula y asistencia, con promoción y monitoreo universal.	- Se mantiene cobertura de BE para niños/as menores de 15 años que asistan de 1 a 6 grados, primaria completa. + corresponsabilidades en matrícula y asistencia, con promoción y monitoreo universal.
Bono de Nutrición y Salud	BMI a madres embarazadas o lactantes con la condición que éstas realicen chequeos materno-infantiles básicos.	+ BNS- incluir madres embarazadas y niños de 0 a 3 años. - No incluye intervención para los niños de 4 y 5 años, dejándolo fuera, antes de beneficiar de BE. + <i>Se prevé la incorporación de estrategias para entrenar a las madres sobre prácticas alimentarias y de Higiene pero como incentivo a la oferta.</i> - No fue incluido como actividad a acompañar las transferencias de nutrición y salud.	+ <i>Ampliar cobertura del BNS a niños de 0 a 5 años para asegurar transición con el BE.</i> + <i>Incluir entrenamiento a las madres sobre prácticas a todos los hogares beneficiarios del BNS (mediante AIN-C).</i> + <i>Aumentó las transferencias como porcentaje de los gastos del hogar (18%).</i> - BNS condicionada en cumplimiento de corresponsabilidades de salud, desprotege el consumo de los hogares.	+ Ampliar cobertura del BNS a niños de 0 a 5 años para asegurar transición con el BE. + Incluir entrenamiento a las madres sobre prácticas a todos los hogares beneficiarios del BNS (mediante AIN-C). + Aumentó las transferencias como porcentaje de los gastos del hogar (18%). + Se reconoce los controles de crecimiento de AIN-C como cumplimiento de la corresponsabilidad para 0 a 2 años.

		- Transferencia solo 4% del ingreso del hogar.	- Difícil acceso a algunos centros de salud dificulta la realización de controles. + <i>Se reconoce los controles de crecimiento de AIN-C como cumplimiento de la corresponsabilidad para 0 a 2 años.</i>	+ <i>Dividir el BNS en Bono de Nutrición con promoción - sin monitoreo - de corresponsabilidades, y Bono de Salud condicionada en cumplimiento de corresponsabilidades de salud, con monitoreo universal.</i>
Promoción del Parto Institucional	N.a.	N.a.	+ <i>Incentivo al Parto Institucional para reducir incidencia de mortalidad materna infantil en los primeros días después del parto.</i> - Percepción local de incentivo al embarazo. - Se paga después de que el parto esté realizado requiriendo que las madres afrontan los gastos de movilización. - No considera posibles barreras culturales de beneficiarios indígenas.	+ <i>Reestructurar el Incentivo al Parto Institucional para canalizar fondos a un Fondo Comunitario de Salud para apoyar movilizar madres embarazadas a red de instituciones para el parto.</i> + <i>Considera el acompañamiento de la partera.</i>
Sistema de entrega de transferencias	Entrega de bonos (vouchers) sin nombre, mediante los centros de salud y las escuelas, menor costos de transacción pero cuestiones de transparencia, mercados locales cobran porcentaje de los bonos.	+ <i>Entrega de transferencias monetarias a beneficiarios con tarjeta de identidad producida por el PRAF, a través del sistema bancario comercial.</i> - Más costo privado de transacción de beneficiarios por costos de movilización a sucursales bancarias.	+ Entrega de transferencias monetarias a beneficiarios con tarjeta de identidad emitida por Registro Civil, a través del sistema bancario. + <i>Entrega de transferencia monetaria mediante servicios de BANADESA por mayor número de sucursales en la zona, y movilización de cajeros móviles para reducir costo privado de transacción de beneficiarios.</i>	+ Entrega de transferencias monetarias a beneficiarios con tarjeta de identidad emitida por el Registro Civil, a través del sistema bancario. + Entrega de transferencia monetaria mediante servicios de BANADESA por mayor número de sucursales en la zona, y movilización de cajeros móviles para reducir costo privado de transacción de beneficiarios.
Estrategias para la mejora de servicios de salud y educación	N.a.	+ <i>Uno de los primeros programas de CCT que se enfocó en el mejoramiento de oferta además de la demanda de servicios de salud y educación.</i> + <i>Implementó programa de formación continua de docentes de 2 años.</i> + <i>Se logró el equipamiento de los Centros de Salud en las zonas de intervención del Programa.</i> + <i>Prevé un sistema de subsidios (transferencias monetarias a APFs, y Centros de Salud para mejorar servicios).</i> - Complicado esquema de ejecución con tres diferentes grupos de intervención. - Difícil de ejecutar intervenciones para mejorar servicios sectoriales desde el PRAF (acciones corresponden a las secretarías de línea), con excepción de estrategias con enfoque comunitario. - No se logra contratación de Organizaciones No Gubernamentales para apoyar la entrega de servicios, promoción y monitoreo de corresponsabilidades, etc.; - Se utiliza promotores sociales contratados por el PRAF, lo cual genera mucha carga administrativa.	+ Mantiene intervención integral (grupo 2) para el mejoramiento de oferta además de la demanda de servicios de salud y educación. + <i>Se simplifica el esquema de ejecución con un solo grupo de intervención.</i> + <i>Se simplifican las intervenciones para el mejoramiento de servicios a estrategias con enfoque comunitario (APFs, CUS, AIN-C).</i> -No cuenta con un diagnóstico de la oferta de servicios de salud y educación para certificar oferta. + <i>La UCP/PRAF en el marco de la RS realizó un diagnóstico de 1,000 centros de salud y 2,000 centros educativos para certificar la oferta de servicios correspondientes a las corresponsabilidades, e identificar las deficiencias de las mismas.</i> + <i>Contratación de Organizaciones Prestadoras de Servicios OPS para apoyar la entrega de servicios, promoción y monitoreo de corresponsabilidades, incluyendo acompañamiento familiar.</i>	+ Mantiene intervención integral (grupo 2) para el mejoramiento de oferta además de la demanda de servicios de salud y educación. + Se simplifica el esquema de ejecución con un solo grupo de intervención. + Se simplifican las intervenciones para el mejoramiento de servicios a estrategias con enfoque comunitario (APFs, CUS, AIN-C). + La UCP/PRAF en el marco de la RS realizó un diagnóstico de 1,000 centros de salud y 2,000 centros educativos para certificar la oferta de servicios correspondiente a las corresponsabilidades, e identificar las deficiencias de las mismas. + Contratación de Organizaciones Prestadoras de Servicios para apoyar la entrega de servicios, promoción y monitoreo de corresponsabilidades, etc, incluyendo acompañamiento familiar.
Marco para la coordinación intersectorial (Salud,	+ Prevé coordinación con el FHIS. - Limitado coordinación	+ Prevé la coordinación intersectorial con el FHIS, Secretaría de Salud y Educación, y la Unidad de Asistencia Técnica a la Presidencia	+ <i>Crea un Comité Técnico Interinstitucional para promover la coordinación intersectorial.</i> - PRAF no tiene autoridad suficiente para obligar la	+ El GHO crea en 2006 la RS que depende de la Presidencia para incentivar la movilización de servicios a las aldeas de la RS.

Educación, FHIS)	sectorial.	(UNAT) - No crea un espacio formal para lograr la misma.	movilización de servicios de salud y educación desde el PRAF (acciones que corresponden a las secretarías de línea) - No existe mecanismos operativos para mejorar la oferta de servicios. + <i>El GHO crea en 2006 la RS que depende de la Presidencia para incentivar la movilización de servicios a las aldeas de la RS.</i> + <i>El GHO oficializa un Mapa de Pobreza Rural a nivel de aldea para coordinar el mejoramiento de servicios mediante una focalización geográfica y Registro de Hogares.</i>	+ El GHO oficializa un Mapa de Pobreza Rural a nivel de aldea para coordinar el mejoramiento de servicios mediante una focalización geográfica y Registro de Hogares. + <i>El GHO en 2008 crea la Secretaría de Desarrollo Social y Red Solidaria (posteriormente la Secretaría de Desarrollo Social) que coordinará el mejoramiento de servicios a las aldeas de la RS.</i> - A pesar de avances en movilizar recursos para las aldeas (fondos nacionales, fondos BID, fondos BM, etc.) se requiere más esfuerzos para mejorar servicios.
Evaluación de Impacto	N.a.	+ <i>Riguroso evaluación de impacto con diseño experimental.</i> + <i>Evaluación externa asesorada por IFPRI.</i> + <i>Inclusión de cláusula en el convenio de préstamo permitiendo ajustes al programa basado en los resultados de la evaluación intermedia.</i> - Diseño de la evaluación complicada y cara, con 4 grupos de análisis. - Baja apropiación de PRAF del sistema de monitoreo y evaluación. - Grupo control controversial; eventualmente grupos de intervención contaminadas. - No incluyó evaluación cualitativa. - Dependencia en firma consultora para levantar y analizar la información.	+ Riguroso evaluación de impacto con diseño cuasi-experimental. + Evaluación externa asesorada por expertos individuales. + Simplificado diseño de evaluación de impacto. + <i>Grupo de comparación en vez de grupo de control.</i> + <i>Prevé grupos focales.</i> + <i>PRAF levantó la línea de base, con asistencia técnica especializada.</i> + <i>PRAF realizó análisis de resultados con asistencia técnica especializada.</i> + <i>Alto nivel de apropiación de sistema de monitoreo y evaluación.</i> - Subdimensionado el costo de la evaluación. - Sistema de monitoreo parcialmente implementado, no se nutre directamente la información generada por las OPS. - No considera efectos residuales de beneficiarios de 1026/SF-HO.	+ Riguroso evaluación de impacto con diseño cuasi-experimental. + Evaluación externa asesorada por expertos individuales. + Simplificado diseño de evaluación de impacto. + Grupo de comparación en vez de grupo de control. + Prevé grupos focales. + PRAF levantó la línea de base, con asistencia técnica especializada. + PRAF realizó análisis de resultados con asistencia técnica especializada. + Alto nivel de apropiación de sistema de monitoreo y evaluación. + Inclusión de cláusula en el convenio de préstamo permitiendo ajustes al programa basado en los resultados de la evaluación intermedia. + Se moviliza recursos no reembolsables para financiar evaluación. + Se prevé análisis específico de población beneficiaria indígena. + <i>Se prevé considerar efectos residuales de beneficiarios de 1026/SF-HO, y el programa nacional de PRAF.</i>
Participación de la comunidad en el mejoramiento de servicios	N.a.	+ <i>Introduce el modelo para la organización, legalización y capacitación de Asociaciones de Padres de Familia para mejorar servicios educativos, mediante un Proyecto Educativo de Centro y transferencia de US\$1,000.</i> + <i>Promueve el Programa AIN-C como estrategia comunitaria para mejorar la nutrición.</i> - estrategias comunitarias de salud y educación solo implementaron en algunas comunidades.	+ Continúa el modelo para la organización, legalización y capacitación de Asociaciones de Padres de Familia para mejorar servicios educativos, mediante un Proyecto Educativo de Centro y transferencia de US\$1,000. + Promueve el Programa AIN-C como estrategia comunitaria para mejorar la nutrición. + <i>estrategias comunitarias de salud y educación implementaron en todas aldeas beneficiarias.</i> - no prevé la gestión de fondos de los Comités Usuarios de Salud.	+ Continúa el modelo para la organización, legalización y capacitación de Asociaciones de Padres de Familia para mejorar servicios educativos, mediante un Proyecto Educativo de Centro y transferencia de US\$1,000. + Promueve el Programa AIN-C como estrategia comunitaria para mejorar la nutrición. + estrategias comunitarias de salud y educación implementaron en todas aldeas beneficiarias. + <i>Prevé la legalización y transferencia de fondos a los los Comités Usuarios de Salud.</i>
Inclusión Social y	N.a.	- No identificó etnicidad de los beneficiarios.	+ <i>Autoidentificación de etnicidad en el Registro de</i>	+ Autoidentificación de etnicidad en el

Género		<ul style="list-style-type: none"> - No incorporó estrategias particulares para la población beneficiaria indígena. - No incorporó explícitamente temas de género. 	<p><i>Hogares.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> + <i>Autoidentificación de etnicidad incluida en la boleta de la línea de base (Encuesta de Desarrollo Humano.</i> + <i>Se valora en la contratación de las OPS la contratación de personal con experiencia en trabajo de temas de género y perspectiva cultura.</i> + <i>Se incorpora el tema de género en el diseño del proyecto, indicadores.</i> - No desglose los indicadores del marco lógico por etnicidad. - No identifica acciones específicas para adecuar servicios para población indígena. - No incluye estrategias particulares para incorporar ambos padres en la toma de decisiones y en las estrategias de promoción. 	<p>Registro de Hogares.</p> <ul style="list-style-type: none"> + Autoidentificación de etnicidad incluida en la boleta de la línea de base (Encuesta de Desarrollo Humano. + Se valora en la contratación de las OPS la contratación de personal con experiencia en trabajo de temas de género y perspectiva cultura. + Se incorpora el tema de género en el diseño del proyecto, indicadores. + Prevé el desglose los indicadores del marco lógico por etnicidad. + Identifica acciones específicas para adecuar servicios para población indígena, incluyendo aspectos de género.
Estrategia de Salida.	No contempla una estrategia de salida, pero tampoco las transferencias para los hogares son sostenidas.	<ul style="list-style-type: none"> + <i>Se prevé que los resultados de la evaluación informará la definición de políticas en protección social y programas de transferencias condicionadas para definir modelo de intervención.</i> - No prevé una estrategia de salida del programa. - El programa termina con el fin del gobierno de 2005. 	<ul style="list-style-type: none"> + Se prevé que los resultados de la evaluación informarán la definición de políticas en protección social y programas de transferencias condicionadas, <i>especialmente en relación a la duración de la intervención.</i> + Se prevé una estrategia de salida que incluye 1 año adicional de transferencias a las APFs. - No incluye componente productivo y integralidad de servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> + Se prevé que los resultados de la evaluación informará la definición de políticas en protección social y programas de transferencias condicionadas, especialmente en relación a la sostenibilidad de las interenciones una vez terminada el beneficio (ie. de 1026/SF-HO). + <i>Se prevé una estrategia de salida que incluye el fortalecimiento de las organizacionales locales (APFs, CUS) con una estrategia de capitalización de fondos.</i> + <i>Se prevé una estrategia de salida integral, mediante la instalación de servicios complementarios via la Red Solidaria.</i> + <i>Se prevé movilizar recursos adicionales para implementar una estrategia de productiva.</i>

Anexo 4: Análisis de las lecciones aprendidas y buenas prácticas del Programa¹

A partir del aprendizaje recogido de la evaluación de impacto del programa 1026/SF-HO, en el PIPS se reforzó el modelo de intervención integral incorporando cambios tomando en cuenta los desafíos que se plantearon durante la ejecución del programa anterior. En resumen, los desafíos enfrentados han sido los siguientes: (i) las graves características de pobreza estructural de la población (entre otras, altas tasas de desnutrición crónica, bajos niveles de educación, bajas oportunidades de ingreso de los/as jefes/as de hogar); y (ii) la baja cobertura y calidad de los servicios provistos por los sectores en las áreas focalizadas. Estos desafíos revelaron necesidades de ajuste incorporados en el *diseño* de PIPS, tales como: (i) el aumento en las transferencias y la ampliación del programa de la consejería nutricional y monitoreo de AIN-C como complemento al PTM, dado el bajo impacto en la desnutrición del programa 1026/SF-HO; (ii) la instalación de mecanismos formales de coordinación inter-sectorial para la movilización de servicios a los hogares beneficiarios; (iii) el diseño de transferencias de educación y salud para el hogar como un todo, independientemente del número de hijos para prevenir un impacto no deseado en el estímulo del embarazo; y (iv) el mejoramiento de las condiciones de la oferta de servicios de salud y educación mediante esquemas de fortalecimiento a nivel comunitario (APFs y CUS).

Otras lecciones aprendidas y buenas prácticas identificadas durante la ejecución del Programa son:

Diseño de las Transferencias Monetaria. En el contexto de la crisis del precio de los alimentos, el GHO revisó el diseño de las transferencias monetarias para conciliar un doble objetivo: (i) proteger el consumo de los hogares pobres, especialmente de choques externos; y (ii) incentivar la acumulación de capital humano. Para no penalizar el consumo de los hogares por la falta de cumplimiento de la corresponsabilidad durante la crisis, se dividió el BNS en dos, creando el Bono de Nutrición cuyo monto igualaba el monto del Bono Solidario, y no requería cumplimiento de condicionalidad, y el Bono de Salud, que junto con el Bono de Educación subsidiaba el costo económico que experimentaban los hogares para cumplir la corresponsabilidad (asistencia escolar y visitas a los centros de salud). Estos aspectos de diseño se mantuvieron en el préstamo 2096/BL-HO sin embargo, el mismo fue reformulado nuevamente con el fin de apoyar el Programa Bono 10.000.

Coordinación Intersectorial. El préstamo PIPS en su diseño original buscaba la coordinación operativa y técnica con la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación, mediante la creación de un Comité Técnico, reforzado por la suscripción de los convenios interinstitucionales con las Secretarías de Educación y de Salud. Mientras que se cumplieron estas acciones, en la práctica los problemas estructurales encontrados en la oferta de servicios de salud y educación en las aldeas priorizadas revelaban la necesidad de una coordinación interinstitucional mucho más estructural y sistemática entre el PRAF y los ministerios de línea. Este proceso buscaba una coordinación de la planificación de intervenciones, la asignación presupuestaria, la movilización de cooperación externa, y todo obedeciendo a una focalización geográfica y enmarcado en una estrategia sectorial y de política presupuestaria, la cual se operativizó mediante la RS. Se dio continuidad a este proceso en el Programa Presidencial de Salud, Educación y Nutrición (Bono 10.000). Otra lección aprendida es que el ordenamiento y la articulación de servicios sociales requieren un mandato político de alto nivel y un marco institucional apropiado para facilitar su implementación. Desde su creación en 2006, la Red Solidaria operativamente funcionó adscrita al PRAF y se apoyó en la estructura operativa del PIPS para su organización y consolidación. Posteriormente (a partir de enero 2008) se impulsó el funcionamiento de la RS desde la Oficina Técnica de la RS que dependía de la Presidencia, y luego en octubre 2008 se creó la Secretaría de Desarrollo Social para institucionalizar el proceso de coordinación intersectorial. Igualmente, la actual gestión del Programa Bono 10.000 está liderado por la Secretaria del Despacho de la Presidencia lo cual promueve la coordinación intersectorial.

En resumen, para hacer efectiva la coordinación intersectorial, se requiere que una instancia o institución con rango mayor de los ministerios de línea de Salud y Educación tome liderazgo del proceso para incentivar u obligar la movilización de servicios a las áreas priorizadas. La coordinación debe ser institucionalizada para incidir permanentemente en los procesos de gestión sectorial, como la planificación, asignación

¹ Esta sección incorpora análisis del Informe de Terminación de Proyecto, Nelson Hernández 2011, y del Informe de Consultoría "Sistematización de los Resultados de la Prestación de Servicios de las OPS del Programa Integral de Protección Social", Carmen Pereira 2010.

presupuestaria, asignación de recursos humanos, etc. En el periodo de 2006 al 2009, el proceso de coordinación intersectorial fue liderado a nivel presidencial, apoyado por una política presupuestaria emitida por el Ministerio de Finanzas, y eventualmente se creó un Ministerio de Coordinación con rango de Secretaría de Estado para institucionalizar el proceso. A partir de 2010, el proceso fue liderado también a nivel presidencial, y se creó un Ministerio de Planificación y un Ministerio de Coordinación para institucionalizar el proceso. Cabe notar que la focalización geográfica de las áreas más pobres es un factor condicionante para lograr la coordinación intersectorial.

Fortalecimiento de los Comités de Usuarios de Salud. Originalmente el objetivo de los CUS fue el de promover la auditoría social de los servicios de salud y vigilar la satisfacción de los beneficiarios. Sin embargo, se revelaba durante la ejecución del PIPS, el potencial de los CUS era apoyar la repuesta de emergencia de la salud en la comunidad y fortalecer la atención en salud. Por ende, durante la ejecución del PIPS se fortaleció la organización de los CUS, y en el Préstamo 2096/BL-HO, se estableció el traslado de US\$900 a cada CUS para constituir un Fondo Comunitario de Salud que financiaba la movilización de los beneficiarios para realizar su parto dentro de una institución, atender emergencias de salud, y financiar un botiquín de suplementos y medicinas para la comunidad². Con la ejecución del programa se lograron identificar los aspectos operativos para la constitución de estos Fondos.

Diversidad cultural y adecuación de servicios. En el diseño original del Programa PIPS, se contemplaba la inclusión de variables sobre la autoidentificación étnica de los titulares; esta buena práctica continuó posteriormente en el Programa Bono 10,000, apoyado por el Prestamo 2096/BL-HO y 2372/BL-HO. Como resultado de la inclusión de una pregunta sobre la autoidentidad, la EDH revelaba que más del 40% de los hogares beneficiarios de PIPS son Lenca. Una lección aprendida de la ejecución de PIPS fue la necesidad de buscar estrategias adecuadas de intervención y de comunicación social para lograr los resultados del programa en un contexto de diversidad cultural. Esta lección promovió acciones de adecuación en el marco de ejecución del PIPS (especialmente en las acciones de acompañamiento familiar), y está incorporada en el préstamo 2096/BL-HO en forma incipiente, especialmente vinculado con el programa AIN-C, y el parto institucional. Por ejemplo, se promueve el acompañamiento de las parteras a las madres embarazadas al momento del parto (financiado con el Fondo de Emergencia), y la promoción del rescate de alimentos tradicionales saludables en el AIN-C. También, en el diseño de la evaluación de 2096/BL-HO se desglosan los indicadores por etnicidad y género, y se contemplan recursos para estudios cualitativos y cuantitativos para identificar los efectos o barreras de servicios particulares a los beneficiarios indígenas.

Rediseño del Incentivo al Parto Institucional. Durante la ejecución del programa y como resultaba de la EDH se revelaba que el Incentivo para el Parto Institucional no estaba diseñado de forma adecuada, por: (i) no considerar potenciales barreras culturales a la demanda del servicio; (ii) el difícil acceso físico de las madres embarazadas a los servicios correspondientes; y (iii) el mecanismo de pago (debido a que se pagaba el Incentivo después del parto institucional requiriendo que la madre embarazada encontrara la forma de moverse en el interino). Por lo tanto, se ajustó esta intervención para que se canalizara el apoyo a las mujeres embarazadas con el fin de tener un parto institucional mediante la creación del Fondo de Emergencia para lograr mayores economías de escala y estrategias comunitarias en la movilización de las madres embarazadas al momento del parto, y al mismo tiempo, para atender también otras emergencias de salud que se presentaban en la comunidad.

Auditoría con Verificación en campo. Una buena práctica realizada durante la ejecución del programa fue la verificación en campo de las diferentes operaciones del programa realizada por auditores externos utilizando diseños muestrales estadísticamente representativos. Por ejemplo, el Sistema del Registro de Hogares Beneficiarios levantado por el PRAF (SIRBHO) estuvo sujeto a una auditoría externa con visitas en campo para verificar la información de los beneficiarios. Igualmente, cada ejercicio de pago de las transferencias monetarias del programa estuvo sujeto a una auditoría externa, con verificación de los beneficiarios y el monto de las transferencias efectuadas. Los informes de auditoría se presentaron con cada solicitud de desembolso del programa. Esta práctica promovió la transparencia y la credibilidad del programa.

² Con la reformulación del préstamo 2096/BL-HO se destinaron los recursos a financiar el Programa Bono 10.000 donde la Secretaría de Salud toma la responsabilidad directa para asegurar la entrega de los servicios de salud. Actualmente se están impulsando los modelos de gestión descentralizada (préstamo 2418/BL-HO) mediante el cual se asegura la entrega del paquete básico de servicios para las poblaciones más vulnerables. Estos fondos cubren los gastos de la entrega del servicio así como de medicinas, entre otros.

Las Organizaciones Proveedores de Servicios. La contratación de las OPS fue una buena práctica y un factor crítico para la efectiva promoción y monitoreo de las corresponsabilidades, y las otras acciones de acompañamiento familiar, comunicación social, consejería nutricional y organización comunitaria para propiciar el cambio esperado en el comportamiento de las familias. El PIPS permitió demostrar los beneficios de los servicios brindados por las OPS, que en forma efectiva implementaron estrategias para empoderar las comunidades y fortalecer las estructuras comunitarias en salud y educación (se organizaba y capacitada a más de 400 Asociaciones de Padres y Familia y 180 Comités de Usuario de Salud), y se capacitaron a más de 1274 monitoras de AIN-C. (Estas organizaciones siguieron operando después de que el programa finalizó sus actividades, lo cual indica la sostenibilidad de la intervención y la importancia de las acciones de acompañamiento.) También se implementaba un programa de educación social y acompañamiento familiar incluyendo temas prioritarios como la planificación familiar y VIH/SIDA/ITS, violencia doméstica, salud oral, alimentación e higiene, estimulación temprana, prevención de accidentes, promoción del parto institucional y la lactancia materna, derechos de la mujer, hombres en desarrollo y pertenencia indígena. Se realizaron más de 700 talleres de este tipo de acompañamiento a las familias beneficiarias. (Más de 85% de las familias participaron en tres o más talleres). Para dar continuidad a esta estrategia de intervención, el préstamo 2096/BL-HO incluía en su diseño la contratación de las OPS como actor fundamental en el esquema de ejecución³. Sin embargo, una lección crítica fue la importancia de asegurar un seguimiento más estrecho de las actividades de las OPS y fortalecer el flujo de información que generan, articulándolo con el sistema de monitoreo del programa.

Con el Programa Bono 10.000, se incorporan las estructuras locales del Ministerio de Educación y Salud para verificar las corresponsabilidades dando continuidad al apoyo de las OPS en la transición del modelo. Igualmente, el Banco está apoyando la ampliación de las actividades de AIN-C mediante el Préstamo de Fortalecimiento de la Gestión Descentralizada de los Servicios de Salud (2418/BL-HO) y la Iniciativa Mesoamérica (HO-G1001).

Debilidades en el Sistema de Monitoreo. El programa no logró garantizar el funcionamiento adecuado de un sistema integrado de monitoreo y evaluación que permitirá monitorear la frecuencia y calidad en la obtención de resultados, incluyendo los generados por las OPS, para permitir el seguimiento y evaluación del programa dentro de un marco de gestión por resultados. El diseño de la operación se debería haber establecido un plan de monitoreo y evaluación que pudiera haber servido como marco orientador para el diseño y montaje de estos sistemas, además de la definición del proceso de evaluación de desempeño de las OPS.

Transversalidad en los mensajes a ambos padres de familia. Como parte de su diseño cardinal, un PTM promueve el empoderamiento de las mujeres que son titulares de los beneficios. Una lección aprendida durante la ejecución del programa es la importancia de incluir en el diseño de la estrategia de acompañamiento familiar y en las iniciativas de comunicación social metodologías para sensibilizar a ambos padres respecto a temas, tales como higiene, nutrición, salud reproductiva, entre otros, para reforzar la dinámica de familia en la toma de decisiones.

Pago de la Transferencia vía el Sistema Bancario Móvil. Una buena práctica del programa fue el pago de transferencias vía el sistema bancario. Se inició este proceso con el Programa 1026/SF-HO y se extendió al PTM de PRAF en forma general a partir de 2006. En este marco, una buena práctica fue la movilización de cajas móviles por parte del BANADESA, lo que disminuyó el costo privado de los beneficiarios para cobrar sus transferencias, considerando la dispersión geográfica y el difícil acceso de los hogares focalizados.

Periodo de intervención y estrategia de salida del programa. El diseño original del Programa PIPS estableció un periodo de intervención de tres años de incentivos a la demanda para los hogares beneficiarios, y se definió como estrategia de salida la continuación de los servicios AIN-C y las transferencias a las APF durante el cuarto y último año, esperando un efecto duradero de la sensibilización y cambio de comportamiento en las familias en la demanda de los servicios de salud, nutrición y educación. Esta estrategia de salida fue fortalecida durante la ejecución del programa mediante el inicio de movilización de servicios complementarios a

³ Posteriormente, en el marco del Bono 10.000 se trasladó la responsabilidad de verificar las corresponsabilidades a los Ministerios de Salud y Educación manteniendo el apoyo de las OPSs en un proceso de transición

las aldeas focalizadas en el marco de la RS, con el objetivo de mejorar estructuralmente las condiciones de vida de los hogares beneficiarios del programa. También se implementó en forma piloto un componente de la estrategia de salida que fortalecía la capacidad empresarial y productiva de los hogares beneficiarios con enfoques comunitarios para aumentar su nivel de ingreso. El diseño del Préstamo 2096/BL-HO contemplaba revisar el periodo de intervención del programa de transferencias en base a los resultados de la evaluación de medio término (considerando las condiciones de los hogares beneficiarios). Dado que las transferencias monetarias y el proceso de movilizar los servicios a las aldeas focalizadas se suspendieron por los eventos políticos de 2009, será necesario revisar el periodo de intervención del PTM. Dada la disponibilidad de información longitudinal de algunos hogares beneficiarios del PTM que data desde 2000, (2000, 2002, 2007, y 2008) merece considerar la realización de un estudio dinámico de la pobreza con instrumentos cuantitativos y cualitativos para informar sobre el período recomendado de intervención.

Desarrollo Infantil Temprano. El PIPS financió varias intervenciones para mejorar las condiciones de desarrollo infantil temprano, especialmente vinculadas a las transferencias para proteger el consumo del hogar, las transferencias condicionadas de salud para incentivar los controles prenatales, los controles de los niños sanos, y las actividades del monitoreo del crecimiento y peso de los niños y la promoción nutricional del programa AIN-C. También los talleres de educación social organizados por las OPS para los hogares beneficiarios incluyeron entre otros temas la estimulación temprana. Sin embargo, dada la base organizativa comunitaria que el programa ha instalado, y el conjunto de intervenciones que promueve, se requiere articular explícitamente el programa con una Estrategia de Desarrollo Infantil para asegurar una intervención coherente de apoyo al desarrollo de los niños/as de los hogares beneficiarios. En esta línea se deberá ampliar las actividades de AIN-C con programas tales como el Programa de los Primeros 1.000 Días (período de gestación-2 años) y CONE (Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales), a manera de incorporar acciones que fortalezcan los cuidados prenatales y neonatales, y lograr una significativa reducción en las tasas de mortalidad materna e infantil. Estas últimas actividades están consideradas en el Programa de la Iniciativa Mesoamerica (HO-G1001).

Estrategia de Reducción de la Desnutrición. Para futuras operaciones de transferencias condicionadas, es importante considerar una estrategia integral de seguridad alimentaria y nutricional, a través de alianzas estratégicas con programas como el Programa Mundial de Alimentos o UNICEF. De esta manera se puede esperar un impacto importante en la reducción de la desnutrición crónica infantil en zonas rurales, que complemente las demás actividades a las que AIN-C apunta.