



Apoyo al Programa de Protección Social (Multifase) (DR-L1039 / 2176/OC-DR) (DR-L1044 / 2426/OC-DR) (DR-L1047 / 2623/OC-DR)

Informe de Terminación de Proyecto (PCR)

Equipo de Proyecto Original:

DR-L1039

Mario Alberto Sánchez (SCL/SPH), Jefe de Equipo; Luis César Acosta (CID/CDR); Rafael Anta (SCL/SCT); Armando Godínez (EDU/CDR); Martha Guerra (SCL/SPH); Isabel Nieves (SPH/CBL); Juan Carlos Pérez-Segnini (LEG/SGO); Claudia Pévere (SCL/SPH); Laura Ripani (SCL/LMK); Jorge Torres (SPH/CDR); e Ignez Tristao (SCL/SPH).

DR-L1044

Mario Sánchez (SCL/SPH), Jefe de Equipo; Luis Acosta (PDP/CDR); Rafael Anta (SCL/STC); Matías Busso (RES/RES); Awilda Castillo (CID/CDR); Carolina Escudero (PDP/CDR); Juan Carlos Pérez-Segnini (LEG/SGO); Claudia Pévere (SCL/SPH); Jorge Torres (SPH/CDR); e Ignez Tristao (SCL/SPH).

DR-L1047

Ignez Tristao (SCL/SPH), Jefe de Equipo; Luis Acosta (PDP/CDR); Matías Busso (RES/RES); Carolina Escudero (PDP/CDR); Juan Pablo Severi (SCL/SPH); Mario Sanchez (SCL/SPH); Serrana Mujica (SCL/SPH); Sandro Parodi (SPH/CDR); Vielka Pimentel (CID/CDR); Gabriela Regojo (LEG/SGO); Claudia Pévere (SCL/SPH); Rafael Rodríguez-Balza (CID/CID); Jorge Torres (SPH/CDR); y Claudia Piras (SCL/GDI).

Equipo PCR: Carolina González Acero, Jefe de Equipo (SPH/CDR); Sebastian Gallegos (SPD/SDV); Paola Polanco Santos (SPH/CDR); Yonaida Encarnación (CID/CDR); Matilde Neret (SCL/SPH); Martha Guerra (SCL/SPH); Alejandro Cruz Fano (Consultor); y Francisco Meía (Consultor).

INDEX

Enlaces Electrónicos Requeridos	ii
Enlaces Electronicos Opcionales.....	ii
INFORMACIÓN BÁSICA DEL PROYECTO.....	iv
I. INTRODUCCIÓN.....	7
II. DESEMPEÑO DEL PROYECTO	13
2.1 Relevancia	13
a. Alineación con las necesidades de desarrollo del país.....	13
b. Alineación con los Objetivos Estratégicos del Banco	14
c. Relevancia del Diseño.....	15
2.2 Efectividad	25
a. Objetivos de desarrollo del Programa Multifase.	25
b. Resultados Alcanzados.....	25
c. Análisis de la Atribución de los Resultados	31
d. Resultados imprevistos	34
2.3 Eficiencia.....	35
2.4 Sostenibilidad.....	37
a. Aspectos Generales de Sostenibilidad	37
b. Salvaguardias Ambientales y Sociales.....	39
III. CRITERIOS NO CENTRALES.....	40
3.1 Desempeño del Banco	40
3.2 Desempeño de la Contraparte	41
IV. HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES	47
4.1 Lógica Vertical – Matriz de Resultados	47
4.2 Ejecución - Plazo	48
4.3 Experiencia general con la gestión del proyecto.....	48
4.4 Evaluación de Impacto	48
4.5 Asuntos no resueltos.....	49

Enlaces Electrónicos Requeridos

1. [Matriz de Efectividad en el Desarrollo \(DEM\) - DR-L1039](#)
2. [Matriz de Efectividad en el Desarrollo \(DEM\) - DR-L1044](#)
3. [Matriz de Efectividad en el Desarrollo \(DEM\) - DR-L1047](#)
4. [Versión Final de Reporte de Progreso del Monitoreo \(PMR\) - DR-L1039](#)
5. [Versión Final de Reporte de Progreso del Monitoreo \(PMR\) - DR-L1044](#)
6. [Versión Final de Reporte de Progreso del Monitoreo \(PMR\) - DR-L1047](#)
7. [Checklist del PCR - DR-L1039](#)
8. [Checklist del PCR - DR-L1044](#)
9. [Checklist del PCR - DR-L1047](#)

Enlaces Electronicos Opcionales

1. [Análisis Costo-Beneficio Ex Post](#)

Acrónimos y Abreviaciones

ACE	Análisis Costo Efectividad
ADESS	Administradora de Subsidios Sociales
ALC	América Latina y el Caribe
APPS	Apoyo al Programa de Protección Social
ARS	Administradoras de Riesgos de Salud
B/C	Beneficios/Costo
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAP	Centros de Atención Primaria o Centro de Primer Nivel
CEP	Comer es Primero
CPN	Centro de Primer Nivel o Centros de Atención Primaria
CR	Cadena de Resultados
DAF	Dirección Administrativa Financiera
DEM	Matriz de Efectividad en el Desarrollo
DTE	Dirección Técnica Ejecutiva
EBP	Estrategia del Banco en el País
EBS	Encuesta de Beneficiarios de Solidaridad
EEPS	Encuesta de Evaluación de Protección Social
GCPS	Gabinete de Coordinación de Protección Social
GRD	Gobierno de República Dominicana
ILAE	Incentivo a la Asistencia Escolar
ICV	Índice de Calidad de Vida
M&E	Monitoreo y Evaluación
MINERD	Ministerio de Educación de República Dominicana
MR	Matriz de Resultados
MSP	Ministerio de Salud Pública
PMEP	Plan de Monitoreo y Evaluación del Proyecto
PMR	Informe de Monitoreo del Progreso, por sus siglas en inglés
PMR	Informe de Monitoreo de Proyecto
POA	Plan Operativo Anual
PROSOLI	Progresando con Solidaridad
PTMC	Programa de Transferencias Monetarias Condicionadas
RAS	Red de Abasto Social
SeNaSa	Seguro Nacional de Salud
SGC	Sistema de Gestión Clínica
SGSS	Sistema de Gestión de los Servicios de Salud
SIUBEN	Sistema Único de Beneficiarios
SMES	Sistema de Monitoreo y Evaluación de Solidaridad
SMES	Sistema de Monitoreo y Evaluación Social
SRS	Sistemas Regionales de Salud
TDC	Teoría de Cambio
TIR	Tasa Interna de Retorno
UTP	Unidad Técnica de Proyecto
VAN	Valor Actual Neto

INFORMACIÓN BÁSICA DEL PROYECTO

NÚMERO DE PROYECTO (S):	DR-L1039; DR-L1044; Y DR-L1047
TÍTULO:	APOYO AL PROGRAMA DE PROTECCIÓN SOCIAL (FASES 1 A 3)
INSTRUMENTO DE PRÉSTAMO:	PRÉSTAMO MULTIFASE
PAÍS:	REPÚBLICA DOMINICANA
PRESTATARIO:	GOBIERNO DE REPÚBLICA DOMINICANA
PRÉSTAMO (S):	INVERSIÓN
SECTOR/SUBSECTOR:	PROTECCIÓN SOCIAL Y SALUD

	FASE 1	FASE 2	FASE 3
FECHA DE APROBACIÓN DIRECTORIO:	8/26/09	10/27/10	11/16/11
FECHA DE EFECTIVIDAD CONTRATO DE PRÉSTAMO:	12/20/09	12/18/10	07/29/12
FECHA DE ELEGIBILIDAD PRIMER DESEMBOLSO:	12/21/09	12/21/10	10/31/12

MONTO PRÉSTAMO (S)

	FASE 1	FASE 2	FASE 3
MONTO ORIGINAL:	US\$70.000.000	US\$100.000.000	US\$80.000.000
MONTO ACTUAL	US\$69.900.000	US\$99.900.000	US\$78.700.000
PARI PASU:	0.00%	0.00%	0.00%
COSTO TOTAL DEL PROYECTO:	US\$69.900.000	US\$99.900.000	US\$78.700.000

MESES DE EJECUCIÓN

	FASE 1	FASE 2	FASE 3
DESDE APROBACIÓN:	33	49	80
DESDE EFECTIVIDAD DEL CONTRATO:	30	47	72

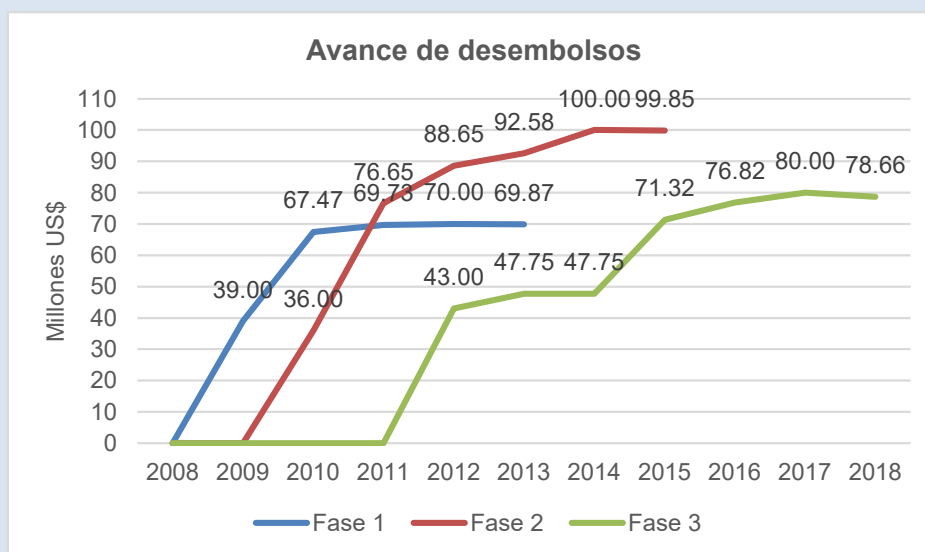
PERIODOS DE DESEMBOLSO

	FASE 1	FASE 2	FASE 3
FECHA ORIGINAL DE DESEMBOLSO FINAL:	06/20/11	12/18/12	07/29/14
FECHA ACTUAL DE DESEMBOLSO FINAL:	06/20/12	12/15/14	07/29/18
EXTENSIÓN ACUMULATIVA (MESES):	12	24	48
EXTENSIÓN ESPECIAL (MESES):	N/A	N/A	24

DESEMBOLSOS

MONTO TOTAL DE DESEMBOLSOS A LA FECHA:	100%	100%	100%
--	------	------	------

GRÁFICA DE DESEMBOLSOS



REDIRECCIONAMIENTO: ESTE PROYECTO:

	FASE 1	FASE 2	FASE 3
¿RECIBIÓ FONDOS DE OTRO PROYECTO?	NO	NO	NO
¿ENVIÓ FONDOS A OTRO PROYECTO?	NO	NO	NO

Calificaciones del desempeño de los proyectos en los PMR:

DR-L1039 FASE 1

No.	Fecha del PMR	Etapas de PMR	Desempeño	Desembolsos reales acumulados (USD millones)
1	Enero-Diciembre 2009	N/A	Satisfactorio	39,000,000.00
2	Enero-Diciembre 2010	N/A	Satisfactorio	67,466,444.26
3	Enero-Diciembre 2011	N/A	Satisfactorio	69,729,821.53
4	Enero-Diciembre 2012	N/A	Satisfactorio	70,000,000.00
5	Enero-Diciembre 2013	N/A	N/A	69,866,102.98

DR-L1044 FASE 2

No.	Fecha del PMR	Etapas de PMR	Desempeño	Desembolsos reales acumulados (USD millones)
1	Enero-Diciembre 2010	N/A	Satisfactorio	36,000,000.00
2	Enero-Diciembre 2011	N/A	Satisfactorio	76,649,602.46
3	Enero-Diciembre 2012	N/A	Satisfactorio	88,650,999.93
4	Enero-Diciembre 2013	Etapas 2	Satisfactorio	92,577,575.88
5	Enero-Diciembre 2014	Etapas 2	Satisfactorio	100,000,000.00
6	Enero-Diciembre 2015	Etapas 3	Satisfactorio	99,850,103.90

DR-L1047 FASE 3

No.	Fecha del PMR	Etapas del PMR	Desempeño	Desembolsos reales acumulados (USD millones)
1	Enero-Diciembre 2011	N/A	N/A	0.00
2	Enero-Diciembre 2012	N/A	N/A	43,000,000.00
3	Enero-Diciembre 2013	Etapas 2	Satisfactorio	47,751,000.00
4	Enero-Diciembre 2014	Etapas 2	Satisfactorio	47,751,000.00
5	Enero-Diciembre 2015	Etapas 2	Satisfactorio	71,323,382.44
6	Enero-Diciembre 2016	Etapas 3	Satisfactorio	76,823,382.44
7	Enero-Diciembre 2017	Etapas 3	Satisfactorio	80,000,000.00
8	Enero-Junio 2018	N/A	N/A	80,000,000.00

METODOLOGÍA DE ANÁLISIS ECONÓMICO EX POST: TASA INTERNA DE RETORNO

METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN EX POST: N/A

CLASIFICACIÓN DE EFECTIVIDAD EN EL DESARROLLO: PARCIALMENTE INSATISFACTORIO. LAS TRES OPERACIONES TIENEN EL MISMO PUNTAJE RELEVANCIA (4), EFECTIVIDAD (1), EFICIENCIA (4) Y SOSTENIBILIDAD (4)

PERSONAL DEL BANCO

FASE 1

POSICIONES	EN PCR	A LA APROBACIÓN
VICEPRESIDENTE VPS	SANTIAGO LEVY	SANTIAGO LEVY
VICEPRESIDENTE VPC	ALEXANDRE MEIRA DA ROSA	ROBERTO VELLUTINI
GERENTE DE PAÍS	VERÓNICA ZAVALA	GINA MONTIEL
GERENTE DE SECTOR	MARCELO CABROL	KEI KAWABATA
JEFE DE DIVISIÓN	FERDINANDO REGALÍA	MICHAEL JACOB
REPRESENTANTE DE PAÍS	MIGUEL CORONADO	MANUEL LABRADO
JEFE DE EQUIPO DE PROYECTO	CAROLINA GONZÁLEZ	MARIO SÁNCHEZ
JEFE DE EQUIPO DEL PCR	CAROLINA GONZÁLEZ	

FASE 2

POSICIONES	EN PCR	A LA APROBACIÓN
VICEPRESIDENTE VPS	SANTIAGO LEVY	SANTIAGO LEVY
VICEPRESIDENTE VPC	ALEXANDRE MEIRA DA ROSA	ROBERTO VELLUTINI
GERENTE DE PAÍS	VERÓNICA ZAVALA	GINA MONTIEL
GERENTE DE SECTOR	MARCELO CABROL	KEI KAWABATA
JEFE DE DIVISIÓN	FERDINANDO REGALÍA	FERDINANDO REGALÍA
REPRESENTANTE DE PAÍS	MIGUEL CORONADO	MANUEL LABRADO
JEFE DE EQUIPO DE PROYECTO	CAROLINA GONZÁLEZ	MARIO SÁNCHEZ
JEFE DE EQUIPO DEL PCR	CAROLINA GONZÁLEZ	

FASE 3

POSICIONES	AL PCR	A LA APROBACIÓN
VICEPRESIDENTE VPS	SANTIAGO LEVY	SANTIAGO LEVY
VICEPRESIDENTE VPC	ALEXANDRE MEIRA DA ROSA	ROBERTO VELLUTINI
GERENTE DE PAÍS	VERÓNICA ZAVALA	GINA MONTIEL
GERENTE DE SECTOR	MARCELO CABROL	KEI KAWABATA
JEFE DE DIVISIÓN	FERDINANDO REGALÍA	FERDINANDO REGALÍA
REPRESENTANTE DE PAÍS	MIGUEL CORONADO	MANUEL LABRADO
JEFE DE EQUIPO DE PROYECTO	CAROLINA GONZÁLEZ	IGNEZ TRISTAO
JEFE DE EQUIPO DEL PCR	CAROLINA GONZÁLEZ	

Tiempo y costos del personal (Fases 1 a 3)

Ciclo de Proyecto de etapa	# de semanas de personal	USD (incluidos los gastos de viaje y asesoría)
Preparación	116	530.610
Supervisión	334	1.614.140
Total	450	2.144.750

* Con base a los planes de supervisión por año de ejecución de las operaciones (DR-L1039, DR-L1044 y DR-L1047) disponibles en convergencia.

OBJETIVO DE DESARROLLO DEL PROGRAMA MULTIFASE:

El objetivo principal del programa es proteger e incrementar la inversión que las familias pobres de la República Dominicana realizan en educación, salud y nutrición.

I. INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Este documento presenta los resultados de un programa multifase con tres operaciones que fueron diseñadas en tres años consecutivos 2009-2011. Durante el diseño de la primera operación en República Dominicana existía una contracción de la economía que amenazaba con incrementar las brechas entre la oferta y demanda de acciones de protección social. Las contracciones económicas habían incrementado la pobreza de manera dramática – así fue el caso entre el 2002 y 2004, en donde la proporción de la población en pobreza pasó del 27,6% en 2002 a 43,4% en 2004¹. La imposibilidad del Gobierno de República Dominicana (GRD) de incrementar el gasto en asistencia social como medida contra cíclica a la crisis económica internacional del 2009 se acentuó, cuando además el gasto social en el país era uno de los más bajos de la Región (7,4% del PIB), prácticamente la mitad del promedio regional².

La crisis por la que pasaba el país acentuaba la demanda por intervenciones para proteger el bienestar de la población, y para promover que los más pobres invirtiesen en sus necesidades de nutrición, salud y educación. Con dicha inversión se pretendía disminuir la probabilidad de romper el ciclo intergeneracional de la pobreza por medios propios. Con escasos recursos y en un contexto económico desfavorable, se presentaba la necesidad de racionalizar y proteger el gasto social e impulsar y mejorar la capacidad y efectividad de aquellos programas de protección social considerados costo-efectivos. El Banco apoyó en la consolidación de programas dispersos sociales como parte de un préstamo de políticas, que incluía la definición de un modelo unificado de transferencias condicionadas y de intervención³. Al inicio del diseño de la primera operación, el Programa de Transferencias Monetarias Condicionadas (PTMC) Solidaridad se consideraba como un programa de protección social costo-efectivo, que desde el 2012 paso a llamarse Progresando con Solidaridad (PROSOLI).

PROSOLI surge de la fusión de dos programas, *Progresando* y *Solidaridad*⁴, mediante el Decreto 488-12 del 21 de agosto de 2012, que además lo reconoce como la principal estrategia de erradicación de pobreza del GRD. El objetivo de la fusión fue el de integrar el modelo de intervención del programa *Progresando* a las transferencias monetarias condicionadas del programa *Solidaridad*. Dicha consolidación aseguraba que las familias beneficiarias del programa de *Solidaridad* recibirían, además: (i) sesiones de acompañamiento socioeducativo a través de Enlaces Familiares (voluntarios); (ii) vinculación con otros programas y servicios públicos; y (iii) otras actividades realizadas por el personal del programa.

El PROSOLI nace como un programa de asistencia social focalizada que forma parte de la red de protección social del GRD, por medio del cual las familias pobres en el país son partícipes de un proceso de desarrollo integral, a través del cumplimiento de corresponsabilidades en salud y educación vinculadas a transferencias monetarias. El objetivo, como es el caso de los PTMC de

¹ Documento préstamo DR-L1039.

² Ibid.

³ El préstamo de políticas DR0150 aprobado en el 2006 y cerrado en el 2009.

⁴ *Solidaridad* fue un programa de transferencias condicionadas (PROSOLI) creado para contrarrestar los efectos de la crisis económica que devastó a República Dominicana en el 2003. El programa formó parte de la Red de Protección Social del gobierno dominicano y facilitó la implementación de transferencias monetarias a distintas poblaciones objetivo a través de la Tarjeta Solidaridad y el ADESS (Administradora de Subsidios Sociales). Asimismo, contribuyó a la “generación de una Red de Abasto Social (pequeños negocios o establecimientos comerciales) en áreas prioritarias de pobreza, a la cual acceden los beneficiarios del programa, asegurando la disponibilidad de inventarios de alimentos de la canasta básica y fortaleciendo los pequeños negocios mediante el aumento de sus ingresos y su inserción en la banca formal.” <https://dds.cepal.org/bpsnc/programa?id=30>.

su tipo, es romper el ciclo vicioso de la transmisión intergeneracional de pobreza en las familias de escasos recursos y con ello erradicar la pobreza en el país. Desde el inicio del multifase las transferencias han tenido ligeros cambios en sus montos, así como la incorporación de nuevas corresponsabilidades^[CGA1]. Actualmente, el programa incluye las siguientes transferencias monetarias con corresponsabilidades.

- i) Comer es Primero (CEP): Condicionado a la asistencia a los servicios de salud para los hogares con niños de 0 a 5 años, mujeres embarazadas y puérperas. Las mujeres embarazadas y los niños menores de dos años, deben tener al menos una atención médica al bimestre y los niños de 2 a 5 años, al menos una al semestre⁵. La transferencia es de RD\$1.000 (US\$19.62) a hogares clasificados en ICV-1 (pobreza extrema) de 14 provincias priorizadas⁶ y RD\$825 (US\$16,18) mensuales que los hogares deben utilizar para la compra de alimentos.
- ii) Incentivo a la Asistencia Escolar (ILAE): Condicionado a la asistencia de los niños a al menos el 80% de las clases efectivas. Éste focaliza a los hogares que tengan niños en edad escolar (5 a 21 años)⁷ con transferencias bimestrales de RD\$600 o US\$11,77 por uno o dos niños, RD\$900 o US\$18 por tres niños y RD\$1.200 o US\$23,54 por cuatro o más estudiantes.
Bono Estudiantil Estudiando Progresando (BEEP): Condicionado a los hogares con miembros en edad escolar (hasta 21 años), que están inscritos y acuden al menos el 80% de las clases efectivas en el grado medio. El esquema implementado a partir del 2019 destina RD\$400 (US\$7.85) a cada miembro inscrito y asistiendo al primer nivel de secundaria, RD\$500 (US\$9.81) al segundo grado de secundaria, RD\$600 (US\$ 11.77) al tercer grado de secundaria; RD\$800 (US\$15.69) al cuarto grado de secundaria, RD\$1,000 (US\$19.62) al quinto grado de secundaria, RD\$1,200 (US\$23.54) al sexto grado de secundaria y RD\$1.400 (US\$27.46) al nivel técnico.

El esquema de ejecución del PROSOLI incorpora la participación de tres entidades principales denominadas el “trípode social”: PROSOLI, Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN) y la Administradora de Subsidios Sociales (ADESS), entidades adscritas al Gabinete de coordinación de la política Social (GCPS). El SIUBEN es un instrumento que promueve la focalización transparente y objetiva de los programas de asistencia social, a través de la identificación y evaluación socioeconómica de potenciales beneficiarios⁸. El SIUBEN asigna a cada hogar un puntaje de índice de calidad de vida y recolecta información a partir de encuestas domiciliarias. El SIUBEN entrega periódicamente el registro de hogares a los programas sociales y éstos utilizan dicha información para seleccionar beneficiarios de acuerdo a sus reglas operativas y presupuestos. Por su parte la ADESS, es la entidad responsable de realizar los pagos por concepto de transferencia a los beneficiarios de PROSOLI y otros programas sociales. Los pagos se realizan de manera mensual para CEP y bimestral para el ILAE, a través de una tarjeta monedero, utilizable dentro de la Red de Abasto Social (RAS), constituida principalmente por almacenes de abastos minoristas, conocida como “colmados”. El ADESS es responsable de coordinar con la red de abasto.

⁵. De acuerdo a los protocolos y al esquema descrito en el reglamento operativo del programa.

⁶ Santo Domingo, Distrito Nacional, Barahona, Azua, El Seibo, Monte Plata, San Cristóbal, Monte Cristi, Santiago, Elías Pina, San Juan, Baoruco, Independencia, Pedernales.

⁷ Antes se consideraban sólo de 1 a 2 niños por hogar de entre 6 y 16 años, inscritos entre el primer y octavo grado de educación básica.

⁸ Creada por disposición del Poder Ejecutivo mediante el decreto número 1073-04 del 31 de agosto del 2004.

Algunos temas que vale la pena resaltar sobre este programa multifase el cual fue implementado desde el 2009 hasta el 2018 son: Primero, el programa puso a disposición recursos al GRD en un contexto desafiante durante una de las mayores crisis económicas del país para proteger la inversión en capital humano en educación, salud y nutrición. Segundo, la continuidad de las tres operaciones contribuyó al fortalecimiento de PROSOLI y del “trípode social” en temas de mejoramiento en el seguimiento y verificación de corresponsabilidades, así como en la actualización del padrón de beneficiarios y potenciales beneficiarios a través de un mejoramiento de las herramientas de focalización del SIUBEN. Tercero, el enfoque de incluir actividades de salud para fortalecer la coordinación con la oferta de servicios de atención primaria en salud a partir de la segunda fase, fue crítico para contribuir a cerrar brechas en el sector. Aun cuando todavía hay mucho camino que recorrer, el Programa presentó avances en la mejora de la calidad de los servicios de salud entregados a beneficiarios de Solidaridad entre los que se destacan:: (i) la creación de un ente gestor encargado de promover la calidad y equidad de los servicios que brindan los prestadores de salud; (ii) puesta en marcha de sistema de capacitación a distancia de recursos humanos del primer nivel; y (iii) habilitación de centros de atención primaria (CAP) donde asisten mayormente beneficiarios de PROSOLI. Cuarto, el PROSOLI puede ser un medio efectivo para expandir la cobertura y adopción de otros servicios gubernamentales importantes (como por ejemplo el Seguro Nacional de Salud) para la red de protección social. Por último, si bien varios de los indicadores propuestos inicialmente no reflejan de forma comprensiva los logros alcanzados por el programa, hoy el PROSOLI es considerado como el principal programa para la reducción de la pobreza en el país. Considerando las inversiones realizadas en transferencias monetarias condicionadas, fortalecimiento institucional, acceso y calidad de servicios, el programa multifase benefició a aproximadamente 825.000 hogares, a casi un millón de niños/as y a 8.000 mujeres embarazadas⁹. Todavía quedan retos para mejorar la sistematización y medición de indicadores de resultados.

La estrategia del programa multifase

El objetivo del programa correspondió con la coyuntura económica que enfrentaba el país, evitando que se incrementara la brecha entre la demanda y la oferta por acciones públicas de protección social. Bajo este contexto, el Banco aprueba en diciembre 2009, lo que sería la primera de tres operaciones del programa multifase de Apoyo al Programa de Protección Social (APPS) con un financiamiento total de US\$250 millones.

Cabe mencionar que, durante el periodo de ejecución del multifase, también se aprobaron dos operaciones de inversión complementarias: la operación DR-L1053 por US\$130 millones que se aprobó en el 2012, y la operación DR-L1059 por US\$100 millones que se aprobó en el 2013¹⁰. Estas operaciones todavía están en fase de ejecución y no forman parte del presente análisis.

El programa multifase, apoyó al GRD en la consolidación de PROSOLI como un programa eficiente que promueve y protege la inversión en capital humano de las familias dominicanas más pobres, incrementando con ello las capacidades de la población pobre dominicana para aumentar la efectividad en términos de reducción la pobreza.

Las tres fases del programa:

Las operaciones multifase tuvieron el objetivo general de proteger e incrementar la inversión que las familias pobres de la República Dominicana realizan en educación, salud y nutrición, con el objetivo último de romper el ciclo vicioso de transmisión intergeneracional de pobreza. En general dichas operaciones se orientaron a:

⁹ Informe de PROSOLI 2018 y construcciones propias a partir de los reportes del PMR.

¹⁰ DR-L1053” Apoyo a la Consolidación del Sistema de Protección Social” y la DR-L1059 “Apoyo al PROSOLI”.

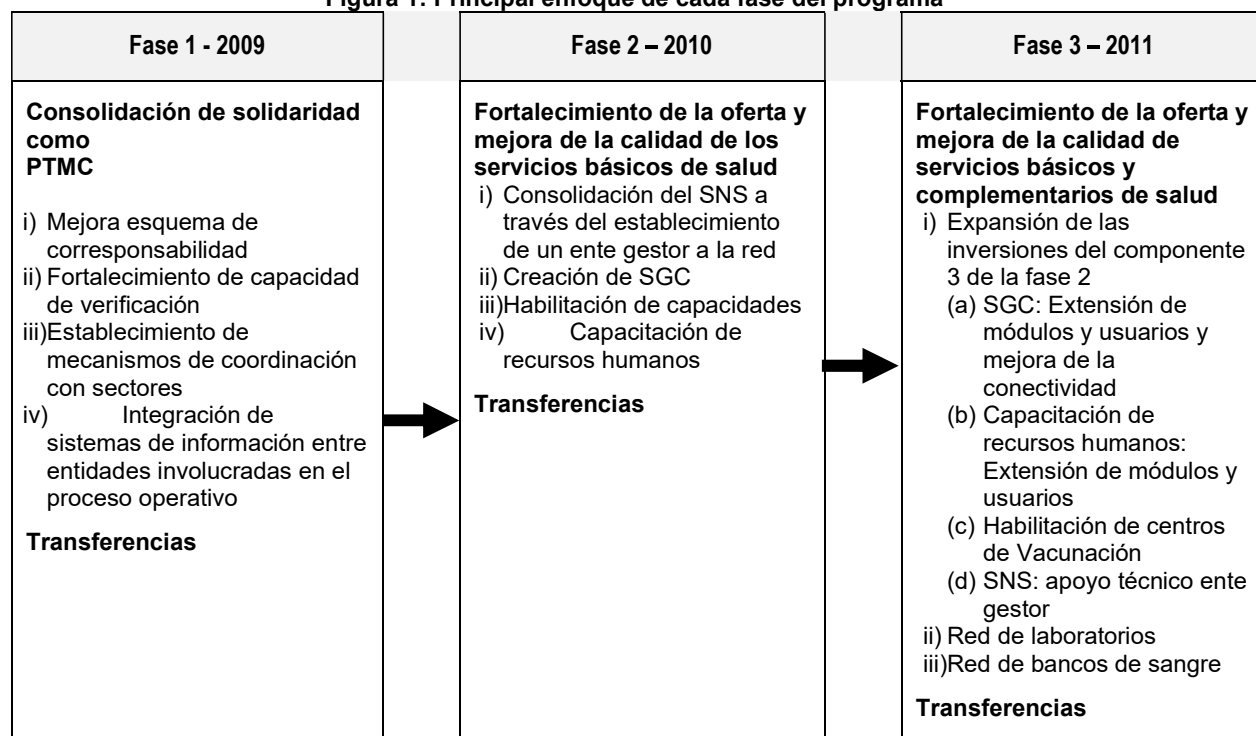
- i) promover la coordinación de los recursos del Estado Dominicano dirigidos a la promoción del capital humano de los hogares más pobres, a fin de incrementar su efectividad;
- ii) viabilizar las condiciones y promover incentivos para que los beneficiarios de Solidaridad tomen decisiones que reditúen en una mayor inversión en su capital humano;
- iii) reducir los costos administrativos de la implementación del ciclo operativo de Solidaridad y;
- iv) generar las condiciones que permitan la mejora continua y promuevan la transparencia de Solidaridad.

Para cumplir con el objetivo general del programa, cada una de las fases incorporó en su Componente 1 el financiamiento de las transferencias condicionadas a las familias más pobres de República Dominicana, con el objetivo de proteger su gasto e **incentivar** la demanda de los servicios de salud, nutrición y educación. Este apoyo representó en cada una de las fases el monto más alto de la inversión, con el 76,1% promedio, o US\$188,9 millones del total de US\$250 millones. Por otro lado, aunque distribuido entre los Componentes 2 y/o 3, dependiendo de la operación, el multifase invirtió un monto también significativo (21,8%) en el fortalecimiento de la capacidad y calidad de los servicios de salud, y en general de las instituciones participantes en el programa de transferencias, mediante la compra de equipo informático y financiamiento de software que proporcionarían rapidez y precisión a las actividades del día a día del programa. El remanente de 2,1% se invirtió en la administración y el monitoreo de las operaciones.

Es importante resaltar que la utilización del modelo multifase como instrumento de financiamiento de una política pública de estado de largo plazo, permitió darle continuidad con mayor facilidad a los acuerdos definidos en la primera fase. La naturaleza del instrumento multifase establece que cada fase debe incluir condiciones (hitos activadores) que permiten la aprobación de las fases subsiguientes, que son explicadas en las siguientes secciones del documento.

A continuación, se presenta en la figura 1 el principal enfoque de las distintas fases del programa, de acuerdo con los documentos del proyecto.

Figura 1: Principal enfoque de cada fase del programa



Fase 1 - 2009	Fase 2 – 2010	Fase 3 – 2011
Objetivos específicos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Iniciar la transición de Solidaridad hacia un programa más eficiente; 2. Fortalecer la capacidad de gestión de los entes ejecutores; y 3. Promocionar la mejora continua y la transparencia del PROSOLI. 	Objetivos específicos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Alcanzar un proceso de verificación de condicionalidades eficiente en el PROSOLI; 2. Incrementar la calidad de los servicios de salud que reciben los beneficiarios de Solidaridad en el primer nivel; y 3. Generar aprendizajes operativos y analíticos que permitan la mejora continua de PROSOLI. 	Objetivos específicos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Continuar apoyando el proceso de consolidación institucional de PROSOLI; 2. Seguir apoyando al sector salud para mejorar el acceso y la calidad de los servicios; y 3. Apoyar el sistema integrado de monitoreo y evaluación.

Primera Fase – Apoyo al Programa de Protección Social (APPS 1) DR-L1039 (2293/OC-DR).

La Fase 1 del APPS multifase inicia su implementación en el 2009. Con un monto total de US\$70 millones, tuvo por objetivo proteger e incrementar la inversión que las familias pobres de República Dominicana realizan en educación, salud y nutrición, y apoyó los siguientes objetivos específicos de la serie multifase: (i) iniciar la transición de Solidaridad hacia un programa más eficiente que pusiera mayor énfasis en promover mejoras en los estados nutricionales y de salud, y en el nivel de escolaridad de sus beneficiarios; (ii) fortalecer la capacidad de gestión de Solidaridad - PROSOLI, SIUBEN y ADESS, en términos de su capacidad de atención oportuna

a beneficiarios, y de su capacidad para generar información relevante a la toma de decisiones de estas entidades, y de los sectores salud y educación; y (iii) promocionar la mejora continua y la transparencia del PROSOLI (BID 2009).

La operación contó con tres componentes: (i) transferencias condicionadas a hogares pobres con el objetivo de proteger el gasto de los hogares beneficiarios de Solidaridad e incentivar su demanda por los servicios públicos en las áreas de salud, nutrición y educación; (ii) fortalecimiento de los sistemas de información institucionales que buscaba fortalecer la capacidad de gestión, operación y atención a beneficiarios del SIUBEN, PROSOLI y ADESS, a través de la mejora e integración de los sistemas informáticos de dichas entidades; y (iii) evaluación de impacto y de innovaciones, con el objetivo de iniciar el proceso de desarrollo del Sistema de Monitoreo y Evaluación Social (SMES), mismo que contribuiría a generar condiciones para la mejora continua y para promocionar la transparencia del PROSOLI.

Al cumplirse las condiciones establecidas (hitos activadores) durante la primera fase, se procedió con la aprobación de la segunda operación o fase 2 del APPS (DR-L1044). Ver resumen de condiciones cumplidas en el [Anexo I](#) del presente documento.

Segunda Fase – (APPS 2) – DR-L1044 (2426/OC-DR).

La segunda fase del APPS mantiene la lógica de la intervención de la fase 1, suministrando estabilidad en la ejecución del PROSOLI, y profundizando el apoyo al sector salud. Así, el APPS 2 tuvo por objetivo: incrementar la capacidad de los miembros más jóvenes de las familias pobres dominicanas, para escapar de la pobreza en la adultez por medios propios, a través del incremento de su acervo de capital humano (salud, nutrición y educación) (BID 2010). La operación tuvo tres objetivos específicos: (i) alcanzar un proceso de verificación de condicionalidades eficiente en el PROSOLI, liderado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Ministerio de Educación de República Dominicana (MINERD), con costos transaccionales menores para estos ministerios; (ii) incrementar la calidad de los servicios de salud que reciben los beneficiarios de Solidaridad en el primer nivel; y (iii) generar aprendizajes operativos y analíticos que permitan la mejora continua de PROSOLI (BID 2010).

Cabe mencionar que a diferencia de la primera fase (APPS 1), el APPS 2 explícitamente incorpora acciones de fortalecimiento de los servicios de salud, cuya demanda es promovida por el PROSOLI, con el objetivo de mejorar la calidad y acceso a estos servicios.

La operación contó con cuatro componentes: (i) transferencias monetarias condicionadas, con el objetivo de incentivar la demanda de los hogares beneficiarios de Solidaridad por los servicios públicos en las áreas de salud, nutrición y educación; (ii) sistemas informáticos, con dos propósitos, por un lado se propuso alcanzar una gestión más eficiente y precisa de la información de las entidades involucradas en el ciclo operativo del PROSOLI, y por el otro lado, se propuso facilitar la generación y análisis de información en el sector salud, que permitiera mejorar su desempeño en términos de la calidad de los servicios que brinda; (iii) calidad de los servicios de salud, con el objetivo de incrementar el acceso y calidad de los servicios de salud del primer nivel a que acceden los beneficiarios del PROSOLI; y (iv) evaluación, con el objetivo de generar información que facilite el proceso continuo de mejora del PROSOLI.

Finalmente, al cumplimiento de las condiciones establecidas (hitos activadores) de la segunda fase, se procedió a la aprobación de la tercera y última operación del programa multifase, APPS 3 (DR-L1047). Ver resumen de condiciones cumplidas en el Anexo II del presente documento.

Tercera Fase – (APPS 3) – DR-L1047 (2623/OC-DR).

La tercera y última fase del APPS continúa la lógica de la intervención iniciada dos años antes con el APPS 1, y mantiene el objetivo de incrementar la capacidad de los miembros más jóvenes de las familias pobres dominicanas para escapar de la pobreza en la adultez por medios propios, a través del incremento de su acervo de capital humano (salud, nutrición y educación). La tercera fase tuvo tres objetivos específicos: (i) continuar apoyando el proceso de consolidación institucional de PROSOLI para desempeñar más eficientemente su labor de protección social, y generar incentivos en sus beneficiarios de acumular un acervo de capital humano para escapar de la pobreza; (ii) seguir apoyando al sector salud para mejorar el acceso y la calidad de los servicios; y (iii) apoyar el sistema integrado de monitoreo y evaluación, a través del cual se busca proveer un flujo continuo de información que retroalimente los ajustes al diseño del PROSOLI (BID 2011).

El APPS 3 incorporó cuatro componentes: (i) transferencias monetarias condicionadas, que como en las operaciones anteriores, tuvo por objetivo proteger el gasto de los hogares beneficiarios de Solidaridad e incentivar su demanda por los servicios públicos en las áreas de salud, nutrición y educación; (ii) fortalecimiento institucional de PROSOLI, con el objetivo de fortalecer al programa en lo que respecta a su capacidad de planificación, supervisión operativa y comunicación con sus beneficiarios; (iii) fortalecimiento de la oferta y mejora de la calidad de los servicios de salud que acceden los beneficiarios de PROSOLI, a través del fortalecimiento de la provisión de los servicios; y (iv) apoyo al sistema integrado de monitoreo y evaluación, con el objetivo de fortalecer el sistema integrado de monitoreo y evaluación recién desarrollado para PROSOLI.

II. DESEMPEÑO DEL PROYECTO

2.1 Relevancia

a. Alineación con las necesidades de desarrollo del país

El diseño y ejecución de las tres operaciones nace de la necesidad del país de proteger el bienestar de la población vulnerable para asegurar la inversión en su capital humano y así aumentar sus posibilidades de salir de la pobreza. El periodo anterior al diseño de la primera operación, el país se encontraba en una fase de contracción económica como consecuencia de la crisis económica internacional, que limitaba el margen del país para incrementar el gasto en asistencia social. En el 2003-2004, el país había enfrentado una de las crisis económicas más fuertes, elevando los índices de pobreza de 27,6% 2002 a 43,4% en 2004. Como consecuencia de esta crisis, si bien para el 2008 la economía había tenido un comportamiento positivo, la pobreza no se había logrado reducir de la manera esperada (35,2% al 2008).

En una situación de contracción económica, se requería hacer más efectivo y eficiente el gasto en asistencia social. Desde el 2002, el país había iniciado un proceso de reformas a la asistencia social que avanzó en la resocialización del gasto, pero aún requería de esfuerzos en el fortalecimiento de los instrumentos de política desarrollados tales como el SIUBEN y el PMTC PROSOLI. Se requería evaluar la pertinencia del modelo utilizado para la categorización de hogares que hacían parte del SIUBEN y en el caso de PROSOLI, se requería con mayor énfasis incrementar su eficiencia como programa de protección social y su coordinación con el sector de salud y educación, para hacer frente a los desafíos para la acumulación de capital humano.

El país enfrentaba una seria problemática en materia de nutrición, salud materna y educación. De un lado, tenía una doble carga de la malnutrición, la desnutrición crónica alcanzaba niveles del 18% en la población más pobre y la obesidad alcanzaba niveles del 6% independiente del

nivel socioeconómico. La mortalidad infantil y materna estaban entre las más altas de la región, 32 por cada 1.000 nacidos vivos y 159 por 100.000 nacidos vivos, respectivamente, entre otras razones por una alta heterogeneidad en el uso de los servicios de cuidado prenatal, la deficiente calidad de los servicios. De otro lado, en educación los retos también eran diversos e implicaban reducir el ingreso tardío a la escuela, la deserción escolar y las altas tasas de repitencia. Se observaba que para la población más pobre, el 83% de los niños de 14 años seguía asistiendo a la escuela, pero en promedio solo habían finalizado 4,7 grados.

Bajo este escenario surge esta operación de crédito multifase con el objetivo general de proteger e incrementar la inversión que las familias pobres de República Dominicana realizan en educación salud y nutrición. El APPS se alineó con la coyuntura económica y las necesidades que prevalecían en el país durante el diseño de las tres fases (APPS 1-3), haciendo frente al incremento de la brecha entre la demanda y la oferta por acciones públicas de protección social.

Los desembolsos de transferencias monetarias asociados al multifase representaban alrededor de la mitad de los desembolsos del Banco para préstamos de inversión entre el 2009-2012. Asimismo, el APPS fue consistente con el primer y segundo eje de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2010–2030, en donde se busca una sociedad con igualdad de derechos y oportunidades, en la que toda la población tiene garantizada una educación, salud y servicios básicos de calidad, y que promueve la reducción progresiva de la pobreza y la desigualdad social. Específicamente, es consistente con las siguientes líneas de acción de la estrategia: (i) 2.2.2.7, de fortalecer el sistema único de registro de beneficiarios de los programas de protección social; y (ii) 2.3.3.3, de reformar la institucionalidad del sistema de protección social para mejorar el sistema de diseño, ejecución, monitoreo y evaluación de las políticas de protección e inclusión de las familias en condición de pobreza y vulnerabilidad, mediante la integración coordinada de las acciones de los diversos niveles de gobierno e instituciones.

La inversión en el sector social enfocada en la reducción de la pobreza y la atención a la desnutrición, mortalidad materno-infantil, calidad en los servicios de salud, asistencia escolar, etc., confirman un vínculo estrecho entre los objetivos del programa multifase y los objetivos estratégicos del país. En particular, se puede mencionar el Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2013-2016, en donde se establecieron los siguientes objetivos: (i) un sistema de protección social efectivo y eficiente para reducir la pobreza, promover el capital humano de las personas, así como la igualdad de oportunidades; (ii) un sector de educación que universalice la cobertura, concretamente la educación inicial y el nivel medio, y que además, garantice un sistema educativo de calidad; y (iii) un sistema de salud con separación de funciones y que provea una atención integral y de calidad para todos.

b. Alineación con los Objetivos Estratégicos del Banco

Durante el periodo correspondiente al APPS, el Banco desarrolló dos estrategias de país a las que las operaciones multifase hacen referencia. La primera fase, se desarrolló durante la vigencia de la Estrategia del Banco con el País (EBP) 2004-2008 (GN-2379) y la segunda y tercera operación, se diseñaron bajo la Estrategia del Banco con el País 2010-2013 (GN-2581). Las tres operaciones estuvieron alineadas con ambas Estrategias del Banco.

La primera fase del programa se alineó con los objetivos del pilar social: (i) la modernización de los instrumentos de focalización y selección de beneficiarios; y (ii) la extensión de cobertura de los servicios de salud colectivos, así como el aumento del acceso a servicios públicos básicos en la zona rural. La operación contribuyó al logro del indicador del porcentaje de personas bajo línea de pobreza cubierto con programas de protección social.

Las fases dos y tres del Programa, se alinearon con los objetivos de la EBP 2010-2013 al contribuir a la mejora de la efectividad y la eficiencia de la Red de Protección Social dominicana.

Por otro lado, el programa multifase se enmarcó en la Estrategia para una Política Social Favorable a la Igualdad y la Productividad del Banco (GN-2588-3).

El periodo de implementación de la tercera y última fase de la serie coincidió con la EBP 2013-2016 (GN-2748). En este sentido, la tercera fase también contribuyó con algunos de los objetivos propuestos para esa estrategia, específicamente con los objetivos de aumentar la efectividad y eficiencia de la red de protección social y de mejorar la calidad de los servicios de salud, la gestión y sostenibilidad financiera del sector. La tercera fase al igual que las dos anteriores, contribuyeron a aliviar las condiciones de pobreza de las familias más vulnerables a través del desarrollo del capital humano y varias de las inversiones realizadas estuvieron enfocadas en mejorar la infraestructura y calidad de los servicios de salud para responder de manera adecuada a la demanda de estos servicios por parte de la población más pobre.

Cabe señalar que durante la implementación de la segunda y tercera fase el Banco también aprobó dos operaciones de inversión en el 2012 y 2013 que también apoyaban al sistema de protección social.

Los indicadores de impacto del programa multifase fueron consistentes con los objetivos estratégicos del Banco. Las operaciones se alinearon con las prioridades del Noveno Aumento General de Recursos del BID (AB-2764) (GCI-9), que buscaban promover entre otros: una política social favorable a la igualdad y a la productividad, que promueve la protección de las familias contra potenciales riesgos y la redistribución eficaz de los ingresos mediante la creación de redes de protección bien articuladas; y la promoción de la igualdad en los resultados de la salud (BID 2010). Asimismo, el Programa multifase se alineó con la actualización de la Estrategia Institucional del BID 2010-2020 (AB3008), específicamente con la reducción de la pobreza y la desigualdad. Las operaciones contribuyeron a las metas corporativas de número de beneficiarios de programas antipobreza, por contar con beneficiarios que recibieron transferencias monetarias condicionadas al cumplimiento de las corresponsabilidad en nutrición, salud y educación.

c. Relevancia del Diseño

La operación de crédito multifase surge con el objetivo general de proteger e incrementar la inversión que las familias pobres de República Dominicana realizan en educación salud y nutrición. Como parte de los objetivos específicos de la serie multifase se encontraban: (i) promover la coordinación de los recursos del Estado Dominicano dirigidos a la promoción del capital humano de los hogares más pobres, a fin de incrementar su efectividad; (ii) viabilizar las condiciones y promover incentivos para que los beneficiarios de PROSOLI tomen decisiones que reditúen en una mayor inversión en su capital humano; (iii) reducir los costos administrativos de la implementación del ciclo operativo de PROSOLI; y (iv) generar las condiciones que permitan la mejora continua y promuevan la transparencia de Solidaridad. Esta operación multifase estuvo apoyada en tres fases:

Primera Fase – Apoyo al Programa de Protección Social (APPS 1) DR-L1039 (2293/OC-DR)

El objetivo general de esta primera fase era proteger e incrementar la inversión que las familias pobres de República Dominicana realizan en educación, salud y nutrición, e incorporó los siguientes objetivos específicos de la serie multifase: (i) iniciar la transición de PROSOLI hacia un programa más eficiente que pusiera mayor énfasis en promover mejoras en los estados nutricionales y de salud, y en el nivel de escolaridad de sus beneficiarios; (ii) fortalecer la capacidad de gestión de SIUBEN, PROSOLI y ADESS, en términos de su capacidad de atención oportuna a beneficiarios, y de su capacidad para generar información relevante a la toma de decisiones de estas entidades y de los sectores salud y educación; y (iii) promocionar la mejora continua y la transparencia del PROSOLI.

Durante su vigencia, la ejecución de la operación contribuyó al cumplimiento de los objetivos propuestos. De esta forma, para alcanzar el primer objetivo estratégico de iniciar la transición de solidaridad hacia un programa con mayor énfasis en la promoción del capital humano, la operación promovió una mejora en los esquemas de las transferencias y una mayor coordinación entre PROSOLI, el MSP y MED. Este nuevo esquema se alineó con los protocolos de salud materno – infantil y de otros miembros del hogar. De igual forma, inició el trabajo para la verificación del cumplimiento de las condicionalidades en salud y educación, previo al pago de las transferencias.

Respecto al segundo objetivo, de fortalecer la capacidad de gestión de PROSOLI y otras instituciones involucradas en su operación para mejorar la atención de los beneficiarios y mejorar el ciclo operativo, el proyecto desarrolló algunos proyectos informativos que buscaban sistematizar y analizar de manera ágil la información compartida entre SIUBEN, ADESS y PROSOLI y el suministro claro y oportuno de información a los beneficiarios de solidaridad sobre sus derechos y obligaciones.

Por último, para el tercer objetivo, que buscaba contribuir a la mejorar continua de PROSOLI a través del levantamiento y análisis de información que permita dar cuenta de su efectividad y pertinencia de las innovaciones realizadas, se logró avanzar en el desarrollo de evaluaciones como la realizada a la RAS¹¹, cuyos resultados ampliaron el proceso de expansión de puntos de pago o comercios minoristas a través de los cuales ADESS realiza la transferencia de recursos a los beneficiarios de solidaridad.

De manera general, el proyecto contribuyó al fortalecimiento de PROSOLI y a fortalecer la estructura de las corresponsabilidades. De igual, forma sentó las bases de varios de los logros de las dos siguientes fases, en especial, en términos de desarrollos informáticos, generación de información y procesamiento de datos. En su matriz de resultados original, el proyecto incluía cuatro indicadores de impacto, principalmente asociados al impacto de PROSOLI en términos de salud, y educación y 11 indicadores de resultado.

Con relación al primer objetivo específico de iniciar la transición de PROSOLI hacia un programa más eficiente que pusiera mayor énfasis en promover mejoras en los estados nutricionales y de salud, y en el nivel de escolaridad de sus beneficiarios, se identificaron siete indicadores de resultados asociados, de los cuales, se alcanzaron las metas propuestas para cuatro indicadores: (i) porcentaje de niños menores de 60 meses en hogares solidaridad a los cuales se monitorea que hayan recibido servicios de promoción de crecimiento; para los siguientes indicadores, el cumplimiento de la meta se verificó a través indicadores proxys; (ii) porcentaje de hogares con niños(as) menores de cinco años que son beneficiarios de CEP que reciben suplementación con micronutrientes; (iii) porcentaje de mujeres embarazadas en hogares solidaridad que hayan recibido suplemento de hierro; y (iv) porcentaje de mujeres embarazadas en hogares solidaridad que reciben control prenatal durante el primer mes del embarazo. No se obtuvo datos sobre el porcentaje de niños mejores de 6 meses en hogares solidaridad que reciben lactancia materna exclusiva ni sobre la sobre el porcentaje de sobreedad para niños menores de 16 años en hogares solidaridad. Respecto al Porcentaje de adultos mayores de 65 años en hogares de solidaridad que asistirán a una cita preventiva de salud en el último mes, no se obtuvo información ya que la actividad fue eliminada de PROSOLI.

Para el segundo objetivo específico, fortalecer la capacidad de gestión de SIUBEN, PROSOLI y ADESS, en términos de su capacidad de atención oportuna a beneficiarios, y de su capacidad para generar información relevante a la toma de decisiones de estas entidades y de los sectores

¹¹ “La RAS, es el conjunto de establecimientos comerciales adheridos al Sistema de Pagos de los Subsidios Sociales (SPSS), que integran la primera red creada en el país, con la finalidad de hacer efectivo el consumo de las subvenciones que otorga el estado Dominicano, a las personas más pobres de la sociedad.”

salud y educación, se identificaron dos indicadores de los cuales sólo se logró la institucionalización de la generación de aprendizajes para mejorar el diseño y operación de solidaridad ya que el segundo indicador, reducción en el precio promedio pagado por los beneficiarios de solidaridad por una canasta de alimentos, estaba sujeto a los resultados de un estudio que no se materializó.

Por último, para el tercer objetivo de promocionar la mejora continua y transparencia del PROSOLI, se puede afirmar que los dos indicadores fueron alcanzados, ya que se logró que a partir de la información administrativa se generara información analítica útil para la toma de decisiones y se lograron reducir los costos administrativos de solidaridad.

Segunda Fase – (APPS 2) – DR-L1044 (2426/OC-DR).

En el proceso de preparación de la segunda fase de la serie multifase, se observaba que la efectividad de PROSOLI dependía tanto de su capacidad para traducir la entrega de transferencias condicionadas en una mayor demanda de servicios sociales de la población más pobre, así como de la respuesta de los servicios para atender estas demandas.

Esta situación se hacía más evidente en el sector de salud, en donde en adición a problemas asociados a la calidad de los servicios, se encontraba que la atención primaria tenía grandes debilidades para responder de manera adecuada a las demandas de la población y pocos centros de salud del primer nivel (CPN) estaban habilitados por el MSP, en especial por falta de insumos. Por ejemplo, el 71% de los CPN no contaba con un médico asistente, y el 41% no cumplía con los estándares de infraestructura, por lo cual, solo un 10,4% de los beneficiarios de solidaridad podía asistir a centros de salud habilitados. También, preocupaba la falta de apego a los protocolos por parte de los profesionales de salud, así como una baja resolutiveidad de la atención primaria.

En este contexto, la segunda fase de la serie del multifase propuso un giro estratégico para trabajar directamente en el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud del primer nivel de atención, cuya demanda es promovida por PROSOLI. Si bien en la primera fase se promovió de manera indirecta este objetivo, el GRD consideró necesario que en esta segunda operación se destinaran recursos para mejorar la calidad de la provisión de servicios de salud en el primer nivel de atención.

La segunda fase continuó alineada con el objetivo general de la serie y agregó un objetivo específico para salud. El objetivo general de esta fase fue incrementar la capacidad de los miembros más jóvenes de las familias pobres dominicanas para escapar de la pobreza en la adultez por medios propios, a través del incremento de su acervo de capital humano (salud, nutrición y educación) y contó con tres objetivos específicos: (i) que PROSOLI alcance un proceso de verificación de condicionalidades eficiente, liderado por el MSP y el Ministerio de Educación (MED), con costos transaccionales menores para estos ministerios; (ii) que la calidad de los servicios de salud que reciben los beneficiarios de Solidaridad en el primer nivel se incremente; y (iii) que se generen aprendizajes operativos y analíticos que permitan la mejora continua de Solidaridad.

Con relación a los objetivos específicos propuestos, la operación obtuvo varios avances. Respecto al objetivo que buscaba que Solidaridad alcanzara un proceso de verificación de condicionalidades eficiente, liderado por el MSP y el MED, con costos transaccionales menores para estos ministerios, el Banco apoyó la creación de un sistema de gestión clínica de los servicios de salud (SGC) del primer nivel, que informatizó la red pública de servicios de salud y generó registros clínicos electrónicos de pacientes en todo el país. En la actualidad, el sistema sigue siendo utilizado como uno de los principales sistemas de información de la atención

primaria. Dicho sistema, recopila parte de la información requerida para la verificación de condicionalidad de salud y nutrición.

Respecto al segundo objetivo específico que establecía que la calidad de los servicios de salud que reciben los beneficiarios de Solidaridad en el primer nivel se incrementa, se avanzó en varios aspectos, entre los que se destacan: (i) la creación de un ente gestor de salud encargado de promover la calidad y equidad de los servicios que brindan los prestadores de salud; (ii) un sistema y programa modular de capacitación a distancia de los recursos humanos del primer nivel de salud (vía WEB) para elevar su conocimiento de las guías y protocolos establecidos para la atención de salud; (iii) la capacitación de por lo menos 50% de los médicos y enfermeras del primer nivel; y (iv) la rehabilitación de 230 CAP donde asisten mayormente los beneficiarios de PROSOLI.

Por último, la operación avanzó en el tercer objetivo estratégico que buscaba generar aprendizajes operativos y analíticos que permitan la mejora continua de Solidaridad, a través de aspectos como la evaluación cualitativa de solidaridad que identificó la necesidad de mejorar la comunicación de Solidaridad con sus beneficiarios. De igual forma, se generó más información a través del apoyo que se dio al levantamiento de dos encuestas de hogares, que permitieron de manera general conocer la situación de la población dominicana por condición socioeconómica.

De manera general, a través de esta operación se logró avanzar en una mayor coordinación intersectorial enfocada a generar una mayor acumulación de capital por parte de la población más pobre, así como avances en el desempeño de PROSOLI. La operación en su matriz de resultados original contempló un total de cuatro indicadores de impacto y 10 de resultado. Los indicadores de impacto, iguales a los establecidos para la primera fase, apuntaban a mejoras en el estado nutricional, salud y educación de la población más pobre.

De los indicadores de resultado, cuatro de ellos se relacionaban con el objetivo de que solidaridad alcance un proceso de verificación de condicionalidades eficiente, liderado por el MSP y el MED, con costos transaccionales menores para estos ministerios. De estos cuatro indicadores, se superó la meta establecida para dos de ellos, en específico el asociado a niños menores de seis años y que reciben la transferencia de salud y nutrición, que cumplen con su esquema de promoción de crecimiento o que reciben una advertencia de suspensión a causa de un primer incumplimiento y al porcentaje de niños menores de seis años y que reciben la transferencia de salud y nutrición, que cumplen con su esquema de promoción de crecimiento o que reciben una advertencia de suspensión a causa de un primer incumplimiento. No se logró recolectar información sobre el cumplimiento de indicadores como: porcentaje de hogares con menores de dos años y que reciben la transferencia de salud y nutrición, que cumplen con su esquema de vacunación o que reciben una advertencia de suspensión a causa de un primer incumplimiento y porcentaje de beneficiarios que reciben la transferencia educativa, que cumplen con asistir al menos 80% de las clases del bimestre o que reciben una advertencia de suspensión a causa de un primer incumplimiento.

Respecto al objetivo dos, sobre que la calidad de los servicios de salud que reciben los beneficiarios de Solidaridad en el primer nivel se incrementa, se definieron cuatro indicadores de resultado. Para el cumplimiento de estos indicadores, se contó con el apoyo adicional de una operación de préstamo suscrita entre el Banco y el MSP en el 2013¹², a través de la cual se logró obtener información para determinar el monto de la capitación al primer nivel de salud. También apoyó con la firma de cinco convenios de desempeño con las SRS a los que se monitorea por indicadores de calidad, aunque la meta eran nueve. De otro lado, si bien se avanzó en actividades que impulsaban el acceso de la población los servicios de salud, así como en la capacitación del personal de salud, no se obtuvo información para dos indicadores: incremento

¹² Fortalecimiento de la Gestión por Resultados del Sector Salud en República Dominicana. DR-L1067.

en el porcentaje de beneficiarios de solidaridad que asiste a UNAPS habilitadas y porcentaje del personal de salud del primer nivel que conoce al menos un 80% de los contenidos de las guías y protocolos de atención materno-infantil.

Por último, para el tercer objetivo a través del cual se buscaba generar aprendizajes operativos y analíticos que permitan la mejora continua de Solidaridad, los dos indicadores propuestos fueron alcanzados, se generaron recomendaciones para fortalecer el diseño y ciclo operativo de PROSOLI y a partir de información administrativa, se generó información analítica para la toma de decisiones.

Tercera Fase – (APPS 3) – DR-L1047 (2623/OC-DR).

En el 2013, dando continuidad a los avances alcanzados a través de la primera y segunda fase de la serie multifase, se contrata la tercera y última operación de la serie. Para esta fecha se observaba que, si bien se habían dado avances, varios de los retos mencionados en el área de protección social, educación y salud persistían. En el caso de PROSOLI se evidenciaba un margen para incrementar la demanda por servicios de salud y educación en la población beneficiaria de Solidaridad. La calidad de los servicios para la población más pobre seguía siendo un reto, por ejemplo, el sólo el 8% de los médicos cumplían con los estándares mínimos de las guías y protocolos para la atención de las embarazadas. Adicionalmente, los déficits de infraestructura y recursos humanos tenían un fuerte impacto en la calidad de los servicios, situación que hacía evidente la necesidad de seguir trabajando con énfasis en el área de salud.

El objetivo general de la tercera fase, consistente con las fases anteriores, fue incrementar la capacidad de los miembros más jóvenes de las familias pobres dominicanas para escapar de la pobreza en la adultez por medios propios, a través del incremento de su acervo de capital humano (salud, nutrición y educación). Esta fase incluyó tres objetivos específicos: (i) continuar apoyando el proceso de consolidación institucional de Solidaridad para desempeñar más eficientemente su labor de protección social, y generar incentivos en sus beneficiarios de acumular un acervo de capital humano para escapar de la pobreza; (ii) seguir apoyando al sector salud para mejorar la calidad de los servicios; y (iii) apoyar el sistema integrado de monitoreo y evaluación, a través del cual se busca proveer un flujo continuo de información que retroalimente los ajustes al diseño del Programa Solidaridad.

En términos de logro de los objetivos propuestos, la operación tuvo varios avances al respecto. Con relación al primer objetivo específico de continuar apoyando el proceso de consolidación institucional de Solidaridad para desempeñar más eficientemente su labor de protección social, y generar incentivos en sus beneficiarios de acumular un acervo de capital humano para escapar de la pobreza, la operación logró entre otros, el desarrollo e implementación de una campaña de comunicación para que los beneficiarios de Solidaridad, conozcan mejor el programa y sus corresponsabilidades; adicionalmente, se logró avanzar con el Sistema de planificación, seguimiento y supervisión efectiva de los enlaces comunitarios implementado, generando una mayor verificación del trabajo realizado con los hogares beneficiarios del proyecto.

Respecto al objetivo de seguir apoyando al sector salud para mejorar la calidad de los servicios, la operación contribuyó de manera significativa al logro de dicho objetivo. Entre los logros alcanzados están: la capacitación del personal de salud en protocolos de atención, rehabilitación de centros de primer nivel de atención y diseño del modelo de atención primaria, así como el fortalecimiento de la red de laboratorios de salud y de sangre incluyendo la construcción del Hemocentro Nacional, aspectos que han contribuido con un mayor acceso y calidad de los servicios de salud, en especial para la población más pobre, que cuenta con la asistencia de un personal de salud más capacitado e instalaciones de salud en condiciones aptas y apropiadas para prestar los servicios.

Por último, sobre el objetivo de apoyar el sistema integrado de monitoreo y evaluación, a través del cual se busca proveer un flujo continuo de información que retroalimente los ajustes al diseño del Programa Solidaridad. Al respecto, se realizaron evaluaciones cualitativas e investigaciones que contribuyeron a la generación de información para fortalecer el diseño de Solidaridad.

En la matriz de resultados inicial del proyecto, se establecieron un total de 14 indicadores, cuatro de impacto consistentes con lo establecido para las fases anteriores y 11 indicadores de resultado, que buscaban medir el cumplimiento de los objetivos específicos de la siguiente forma:

Para el primer objetivo específico de continuar apoyando el proceso de consolidación institucional de PROSOLI para desempeñar más eficientemente su labor de protección social, y generar incentivos en sus beneficiarios de acumular un acervo de capital humano para escapar de la pobreza, se identificaron 6 indicadores de los cuales dos fueron alcanzados: (i) el seguimiento al cumplimiento de las corresponsabilidades de los hogares ha mejorado; y (ii) el porcentaje de mujeres que llevaron al niño al menos a un control en el centro de salud, esto asociado a factores como un mayor seguimiento de las corresponsabilidades, así como a un mayor conocimiento de la población del programa y de sus corresponsabilidades. No se contó con información cuantitativa para reportar el avance los indicadores asociados al porcentaje de hogares que conocen las corresponsabilidades de solidaridad y el porcentaje de jóvenes entre 16 y 18 años que concluyeron la educación media. Respecto a los indicadores como: (i) mujeres que se les recetó y tomaron vitaminas o micronutrientes en las seis semanas siguientes al parto; (ii) el porcentaje de mujeres que durante su último embarazo tomaron pastillas de ácido fólico, hierro, y vitaminas o suplementos y no pagaron por ellas; y (iii) porcentaje de mujeres con un hijo de 0 a 5 años que acudieron a un control en las seis semanas siguientes al parto, no se obtuvo información al respecto, lo anterior dado que se esperaba que estos indicadores fueran medidos como parte de las encuestas de protección social. Sin embargo, se encontraron errores en la metodología de la encuesta para continuar su implementación. Adicionalmente, al inicio del proyecto el responsable de los indicadores de salud era el MSP, pero en el 2015 como consecuencia de la reforma del sector, la provisión de servicios paso a ser responsabilidad del Servicio Nacional de Salud, que está en proceso de fortalecer sus sistemas de información para reportar la información derivada de la provisión de servicios. Este cambio dificultó la recopilación de indicadores.

El segundo objetivo específico, seguir apoyando al sector salud para mejorar la calidad de los servicios de salud, se asociaba con tres indicadores de los cuales, si bien no se obtuvieron datos cuantitativos por ausencia de registros, la operación trabajo en la rehabilitación de más de 100 centros de primer nivel y en la capacitación de más de 1.000 profesionales de salud en el seguimiento de protocolos. Los indicadores para los que no se cuenta con información son: (i) Incremento en el porcentaje de beneficiarios de Solidaridad que asiste a CAP habilitadas; (ii) Incremento en el porcentaje del personal de salud del primer nivel conoce al menos un 80% de los contenidos de las guías y protocolos de atención materno-infantil; y (iii) Porcentaje de médicos que proveen servicios de salud siguiendo las guías y los protocolos materno – infantil.

Para finalizar el tercer objetivo específico, que buscaba apoyar el sistema integrado de monitoreo y evaluación, a través del cual se busca proveer un flujo continuo de información que retroalimente los ajustes al diseño del PROSOLI, logró la meta establecida para el indicador de generar información para alimentar el sistema de monitoreo y evaluación. Esto se evidenció en el fortalecimiento del área de monitoreo y evaluación y en el procesamiento de las evaluaciones realizadas y resultados obtenidos. El proceso de levantamiento de la línea media de la evaluación de impacto de PROSOLI, que si bien se financió con otros proyectos apoyados por el Banco (DR-L1053 y DR-L1059), fue liderado y conducido por el área de monitoreo y evaluación del GCPS.

Este mismo liderazgo se ha mantenido para evaluaciones como la evaluación del sistema de gestión clínica o de las capacitaciones en salud.

Es importante destacar que si bien la EEPS, identificada desde la fase I como insumo para realizar la evaluación de impacto del Programa, tuvo problemas en su metodología dificultando la realización de una evaluación de impacto como tal, los análisis y estudios realizados a través de la información recolectada en el concurso Conocer+ organizado por el GCPS, el Banco Central y el BID, contribuyeron a través de diversas recomendaciones mejorar la operatividad de PROSOLI y a la incorporación de actividades en el multifase. Por ejemplo, en el caso de esta tercera fase, el estudio sobre el impacto del Programa en el embarazo en adolescentes estableció varios de los lineamientos hacia donde se enfocó el piloto en embarazo en adolescentes, y aunque no fue evaluado, generó información relevante para la formulación del Plan Nacional de Embarazo en Adolescentes, así como herramientas para ser utilizadas con los jóvenes, padres y profesores. De igual forma, PROSOLI ha incorporado actividades para prevenir el embarazo en adolescentes como parte de las actividades propias del Programa y promueve el uso de los servicios de salud a través del aseguramiento con el Seguro Nacional de Salud, como parte de los resultados de los estudios sobre el impacto de Comer es Primero en los gastos catastróficos en salud, recomendaciones cuyo efecto positivo es corroborado en la evaluación intermedia realizada al proyecto.

Lógica Vertical / Teoría de Cambio

La teoría de Cambio implícita en los programas de transferencias monetarias condicionadas, se basa en la promoción de comportamientos que no habrían ocurrido con una transferencia monetaria sin condiciones. Se entregan recursos (las transferencias) a los hogares beneficiarios, que alivian las condiciones de pobreza en el corto plazo; a cambio de evidencia de inversión en capital humano, que genera beneficios a largo plazo (eventualmente ayudando a dejar la pobreza en forma definitiva).

Consistente con la teoría de cambio y de acuerdo con el objetivo general de las operaciones del programa multifase de proteger e incrementar la inversión que las familias pobres de República Dominicana realizan en educación, salud y nutrición. El programa multifase planteó y ejecutó tres grandes ejes de acción en las fases propuestas, manteniendo con ello una lógica de intervención consistente a lo largo del Programa: (i) el financiamiento parcial de las transferencias monetarias condicionadas o **incentivos**; (ii) el fortalecimiento de las capacidades a través de la inversión en sistemas informáticos del Programa, así como de la gestión de las instituciones involucradas en su ejecución - **eficiencia**; y (iii) el mejoramiento de la **calidad** y entrega de los servicios de salud del Programa, con especial énfasis desde la segunda fase.

El financiamiento de transferencias monetarias condicionadas contribuiría a la protección del gasto social de los hogares participantes del PROSOLI, así como a un incremento del número de sus beneficiarios. El cumplimiento de corresponsabilidades, asociado a las transferencias, generaría un aumento o al menos una demanda constante de los servicios públicos de educación, salud y nutrición. Bajo esta teoría del cambio, se esperaba que estos resultados conllevaran a la interrupción de la transmisión intergeneracional de la pobreza entre los beneficiarios del PROSOLI.

Adicionalmente, a efectos de lograr una mayor eficiencia y efectividad en el logro del objetivo final, el programa multifase implementó acciones de fortalecimiento de capacidades de las entidades que hacen parte del trípede social (ADESS, SIUBEN y PROSOLI) y apoyan en la ejecución del PTMC, en particular de sus sistemas de información y de la capacidad de gestión, supervisión, operación y atención de beneficiarios. Estas intervenciones implicarían un

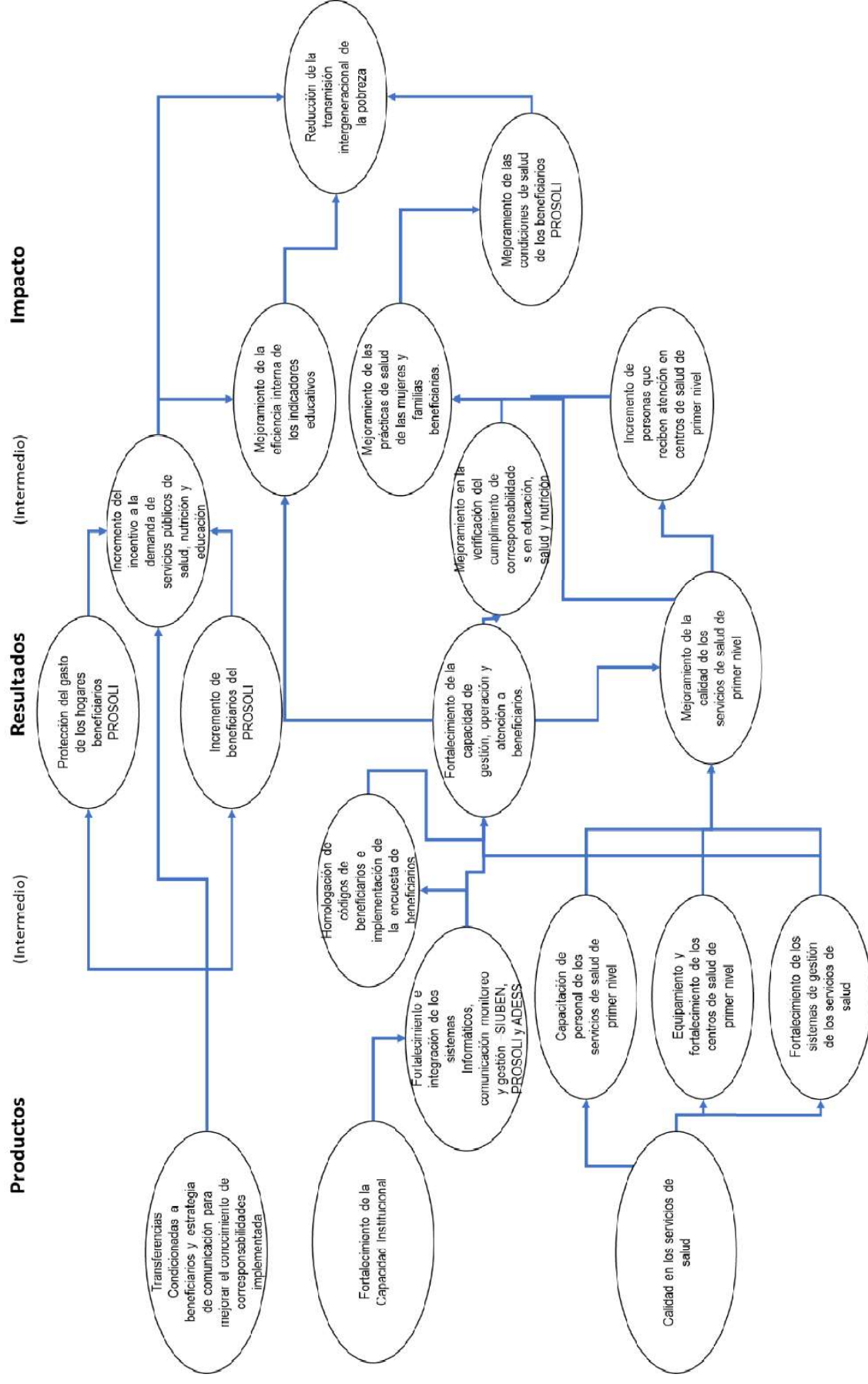
mejoramiento los servicios promovidos por las entidades involucradas en el PTMC y en específico de la capacidad de verificar el cumplimiento de las corresponsabilidades, entre otros. De darse esta cadena de resultados, se esperaba que la operación también contribuyera al objetivo último de disminuir la probabilidad de los jóvenes beneficiarios de ser pobres en su edad adulta, y con ello romper el ciclo intergeneracional de pobreza.

Finalmente, la implementación de acciones de mejora de la calidad de los servicios salud, incluyendo la capacitación de personal y la rehabilitación y equipamiento de los Centros de Primer Nivel (CPN), se esperaba que resultara en un mayor acceso a los servicios, así como en la modificación de las prácticas y comportamientos tanto de la demanda como de la oferta de servicios y, por ende, en el mejoramiento de las condiciones de salud de los beneficiarios del programa. Dichos resultados, se esperaba que también contribuyeran al objetivo común de reducir la pobreza en las familias participantes¹³.

La teoría de cambio expresada en la Figura 2 denota la secuencia de eventos ejecutados con la operación. A partir de la inversión realizada por el Programa, se logró beneficiar a aproximadamente 825.000 hogares, a casi un millón de niños/as y a 8.000 mujeres embarazadas, considerando las inversiones en transferencias y fortalecimiento institucional y del acceso y calidad de los servicios.

¹³ La literatura avala estas expectativas Rawlings & Rubio, 2003; Janvry & Sadoulet, 2006; & Ibarrarán et al., 2017.

Figura 2: Cadena de Resultados según la teoría de cambio del programa multifase



Ajustes a la Matriz de Resultados (MR) durante la implementación del Proyecto

La matriz de resultados original de cada una de las tres fases ha pasado por un proceso de revisión y actualización. La gran mayoría de los cambios son un reflejo de la necesidad de incluir indicadores de mayor relevancia, ya sea por medio de ajustes que brindaban más claridad sobre lo que se pretendía medir o mediante la sustitución de indicadores por aquellos que se consideraron como más apropiados para medir el progreso de las operaciones. Los cambios a las matrices de resultados fueron necesarios, en parte, porque las dos principales fuentes de información (la Encuesta Demográfica y de Salud y la Encuesta de Evaluación de la Protección Social) que alimentarían la mayoría de los indicadores de impacto y resultados fueron descontinuadas.

Se observó, que las matrices de resultados fueron ajustadas en las tres fases, incluyendo cambios en la redacción de los indicadores, eliminaciones de algunos e inclusión de nuevos indicadores. Para la fase 1, la matriz de resultados original incluía cuatro indicadores de impacto y 11 de resultado. De acuerdo con las modificaciones realizadas y reflejadas en la matriz de resultados final del proyecto, se encontraron 18 cambios a los indicadores: 14 a nivel de resultado y cuatro a nivel de impacto.

En la fase 2, la matriz de resultados original incluía cuatro indicadores de impacto y 10 indicadores de resultado, sobre los cuales se observaron 22 cambios la matriz de resultados final, 18 a nivel de resultado y cuatro a nivel de impacto, reduciendo los indicadores en la matriz de resultados final un total de 12 indicadores.

Finalmente, la fase 3, inicialmente tenía cuatro indicadores de impacto y 11 indicadores de resultado. En la matriz de resultados final se observó que se realizaron cinco cambios a indicadores de resultado, reduciendo el número de indicadores de impacto y resultado de 15 a 12.

A pesar de los ajustes y la naturaleza de los cambios, los indicadores no fueron modificados en su alcance y alineación con los objetivos propuestos para las tres fases (APPS-1 a 3). Los cambios hechos en los indicadores de impacto y resultado para cada fase se presentan en la sección “A” del Anexo III, Anexo IV, y Anexo V. En la tabla 1 se presenta un resumen de los indicadores.

Tabla 1: Resumen de los indicadores de resultado e impacto eliminados, según fase

Fase	Eliminados	Explicación
APPS-1		
# Indicadores de Resultado	10	La falta de registros hace difícil determinar con precisión la justificación que dio lugar a la eliminación de 50% los indicadores de resultado. Para el remanente se determinó que la falta de información para medir el progreso del indicador fue determinante en la decisión de sacarlo de la matriz. En algunos casos la eliminación del indicador se asocia a que la Encuesta de Evaluación de la Protección Social no se llevó a cabo, y era la principal fuente de información.
# Indicadores de impacto	1	El indicador se elimina de la sección de Impacto y se reubica en la sección de Resultados de la Matriz de Resultados.
APPS-2		
# Indicadores de Resultado	6	Para algunos indicadores la falta de información para medir el progreso del indicador fue determinante para su eliminación. Para el resto de los indicadores la falta de registros hace difícil determinar con precisión la justificación que dio lugar a su eliminación. En algunos casos la eliminación del indicador se asocia a la falta del levantamiento de la Encuesta de Evaluación de la Protección Social, que no se llevó a cabo y era la principal fuente de información.
# Indicadores de impacto	0	N/A

Fase	Eliminados	Explicación
APPS-3		
# Indicadores de Resultado	3	No se pudo documentar la razón de la eliminación. En algunos la eliminación del indicador se asocia a la falta del levantamiento de la Encuesta de Evaluación de la Protección Social, que no se llevó a cabo y era la principal fuente de información.
# Indicadores de impacto	0	N/A

2.2 Efectividad

a. Objetivos de desarrollo del Programa Multifase.

El objetivo de desarrollo del programa multifase fue el de proteger e incrementar la demanda de servicios de salud, nutrición y educación de los hogares beneficiarios de PROSOLI.

Cada una de las tres fases contó con tres objetivos específicos, como se describió en la sección de relevancia. La tabla 2 muestra un resumen de dichos objetivos específicos para cada fase, con el propósito de presentar una mirada general del proyecto multifase. Una lectura de la tabla 2 indica que los objetivos específicos del proyecto multifase se centraron en las dimensiones de inversión en transferencias, en acceso y calidad de servicios, y en fortalecimiento institucional, con fuerte intervención en los sistemas de información.

El primer objetivo específico para cada fase se refiere a eficiencia del PROSOLI. En la práctica, éste objetivo para cada fase incluyó los indicadores de resultado referidos esencialmente a medidas asociadas al cumplimiento de corresponsabilidades, e indicadores de impacto referidos a mejoras en niveles de educación, salud y nutrición.

En tanto, el común denominador para el segundo objetivo específico en cada fase apunta a la calidad y acceso de los servicios de protección social, con mayor énfasis en los servicios de salud. Por último, el tercer objetivo específico se refiere a mejoras en el fortalecimiento operativo del sistema. Los indicadores para los objetivos dos y tres de cada fase corresponden a indicadores de resultado, y no de impacto.

Tabla 2. Objetivos Específicos por Fase para una Mirada General del proyecto¹⁴

	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Objetivo Específico 1	<i>“...de iniciar la transición de Solidaridad hacia un programa más eficiente...”</i>	<i>...que Solidaridad alcance un proceso de verificación de condicionalidades eficiente...”</i>	<i>...continuar apoyando consolidación de Solidaridad para desempeñar más eficientemente su labor...”</i>
Objetivo Específico 2	<i>...fortalecer la capacidad de gestión (...) y capacidad de atención oportuna...”</i>	<i>...que la calidad de los servicios de salud (...) se incremente...”</i>	<i>...seguir apoyando al sector salud para mejorar la calidad de los servicios...”</i>
Objetivo Específico 3	<i>...promocionar la mejora continua y la transparencia del PROSOLI ...”</i>	<i>...que se generen aprendizajes operativos (para la mejora continua de Solidaridad) ...”</i>	<i>...apoyar el sistema integrado de monitoreo y evaluación...”</i>

b. Resultados Alcanzados

Esta sección está estructurada en dos partes. En la primera parte, se describe de manera general el proyecto multifase, a partir de lo logrado por cada fase, incluyendo un resumen de resultados alcanzados considerando el proyecto completo. En segundo lugar, se describen a detalle los

¹⁴ Tomados de las propuestas de préstamo de cada operación DR-L1033, DR-L1044 y DR-L1047.

resultados alcanzados en cada fase, indicador por indicador con conexión a las respectivas matrices de resultado.

El **APPS 1** del proyecto multifase contribuyó al fortalecimiento de PROSOLI y a fortalecer la estructura de las corresponsabilidades. De igual forma, sentó las bases de varios de los logros de las dos siguientes fases, en especial en términos de desarrollos informáticos, generación de información y procesamiento de datos. Al cumplirse las condiciones (hitos activadores) establecidas por el POD de la primera fase, se dio luz verde para la aprobación de la segunda operación o fase 2 del APPS (DR-L1044)¹⁵.

En la **APPS 2** se avanzó en una mayor coordinación intersectorial, enfocada en generar una mayor acumulación de capital por parte de la población más pobre, así como avances en el desempeño de PROSOLI. La segunda fase, incluyó un involucramiento directo en la promoción del mejoramiento de la calidad de los servicios de salud cuya demanda es promovida por PROSOLI. Si bien en la primera fase se promovió de manera indirecta este objetivo, se consideró necesario un mayor apoyo del Banco en el sector salud, a fin de impactar los aspectos cualitativos del fortalecimiento de la provisión de servicios. La operación cumplió de manera efectiva con los hitos establecidos y de esta forma se pasó a la aprobación de la tercera y última fase de esta serie.

Por último, la **APPS 3** dio continuidad y apuntó a consolidar los avances alcanzados a través de la primera y segunda fase de la serie multifase. La tercera fase buscó incrementar la capacidad de los miembros más jóvenes de las familias pobres dominicanas para escapar de la pobreza en la adultez por medios propios, a través del incremento de su acervo de capital humano (salud, nutrición y educación), consistente con lo establecido para las fases previas.

En total, el programa multifase consideró un total de 32 indicadores de resultado y 12 indicadores de impacto. La Tabla 3 presenta estas cifras y además resume el logro promedio de la sección de efectividad desglosado por fase.

Es importante resaltar que varios de los indicadores propuestos inicialmente no reflejan de manera comprehensiva los logros alcanzados por el proyecto, como se detalla a lo largo del documento. Aun cuando los indicadores no reflejen del todo su efectividad, el Programa tuvo logros que han hecho que hoy PROSOLI sea considerado como el principal programa para la reducción de la pobreza en el país. Considerando las inversiones realizadas en transferencias monetarias condicionadas, fortalecimiento institucional, acceso y calidad de servicios, el programa multifase benefició a aproximadamente 825.000 hogares, a casi un millón de niños/as y a 8.000 mujeres embarazadas¹⁶.

Los bajos porcentajes alcanzados en los indicadores de resultado de los objetivos 1 y 2 de cada fase se explican principalmente por dos razones. Una primera causa tiene que ver con la formulación ex-ante de los indicadores en el contexto de un programa multifase. Por ejemplo, los cuatro indicadores de impacto son los mismos en cada fase, pero el procedimiento de evaluación de efectividad implica medir concluida cada fase. Por ejemplo, el indicador que hace referencia al incremento en la estatura promedio de niños beneficiarios al fin de cada fase, se convierte en una meta muy exigente.

Una segunda razón es la ausencia de valores para indicadores al cierre de las fases. Se establecieron indicadores cuya verificación final no fue viable dado que los sistemas actuales no incluyen esta información en el sector de protección social y salud. Varias de las fuentes de las cuales se esperaba obtener la información para alimentar estos indicadores no se materializaron. Por ejemplo, no se continuó con el levantamiento de la encuesta demográfica y

¹⁵ Ver resumen de condiciones cumplidas en el Anexo I del presente documento.

¹⁶ Informe de PROSOLI 2018 y construcciones propias a partir de los reportes del PMR.

de salud, que fue el insumo para la formulación de la línea de base de varios de los indicadores. De la misma forma, tampoco se continuó con las encuestas de protección social, que estaban indicadas como fuente para la obtención de casi la totalidad de los indicadores.

Este hecho refleja más una exigencia en sistemas de información a lo largo del tiempo y menos una respuesta a la pregunta de si el proyecto logró los beneficios sociales establecidos inicialmente. Por ejemplo, del indicador de estatura infantil, se contó con información para la fase 2 y 3, pero no para la fase 1. Pero ausencia de evidencia no es equivalente a evidencia de ausencia y por lo tanto no implica que el proyecto no haya logrado sus metas, si no que el sistema de información no logró recoger la información requerida por el PCR.

Tabla 3: Resumen, efectividad de las tres fases¹⁷

Fase	Objetivos específicos	Número de indicadores de			% de Logro	Rating	Descripción
		Resultado	Impacto	Proxys			
APPS 1	Objetivo 1	7	4	2	36%	1	Insatisfactorio
	Objetivo 2	2	0	2	50%	1	Insatisfactorio
	Objetivo 3	2	0	0	100%	4	Excelente
	Total	11	4	4	62%	1	Insatisfactorio
APPS 2	Objetivo 1	4	4	0	50%	1	Insatisfactorio
	Objetivo 2	4	0	0	25%	1	Insatisfactorio
	Objetivo 3	2	0	0	100%	4	Excelente
	Total	10	4	0	58%	1	Insatisfactorio
APPS 3	Objetivo 1	7	4	0	45%	1	Insatisfactorio
	Objetivo 2	3	0	0	0%	1	Insatisfactorio
	Objetivo 3	1	0	0	100%	4	Excelente
	Total	11	4	0	48%	1	Insatisfactorio

En la sección B de los anexos III, IV y V, se incluyen las tablas de los logros de las matrices de resultados según cada fase. A continuación, se resumen los principales logros.

APPS 1. Para alcanzar el objetivo de iniciar la transición de PROSOLI hacia un programa con mayor énfasis en la promoción del capital humano, la operación promovió una mejora en los esquemas de las transferencias y una mayor coordinación entre PROSOLI, el MSP y MED. Este nuevo esquema se alineó con los protocolos de salud materno – infantil y de otros miembros del hogar. Esta primera fase inició también el trabajo para la verificación del cumplimiento de las condicionalidades en salud y educación, previo al pago de las transferencias. En esta etapa, el proyecto incluyó cuatro indicadores de impacto, y 11 indicadores de resultado, divididos en los tres objetivos específicos descritos más arriba.

Objetivo específico 1, fase 1. El objetivo específico 1 fue el más importante en términos de indicadores, pues consideró los cuatro indicadores de impacto y siete de resultado. Los cuatro indicadores de impacto fueron los mismos cuatro para cada fase, y se refieren a nutrición, salud (dos indicadores) y educación. En esta fase 1 se logró la meta para el primero, medido como la prevalencia de desnutrición crónica de niños de 0 a 2 años en hogares SIUBEN 1, que bajó de 11,6% a un 8,4%, medido mediante el proxy de porcentaje de niños menores de cinco años con desnutrición crónica Quintil 1. En cuanto a salud, no se contó con información para medir el logro en los dos indicadores en cuestión (porcentaje de niños menores de dos años con esquema de vacunación completa, y estatura de niños y niñas entre un año y medio y menores de cinco años). Por último, el indicador de educación, (niños de entre 14 y 16 años en hogares SIUBEN-1 que

¹⁷ Los promedios de logro para cada fase, corresponden al promedio simple de logro para los indicadores de resultado o impacto. Los indicadores sin información fueron considerados como ceros para el cálculo del promedio de logro dentro de cada fase. En tanto, el promedio total en tanto se calcula ponderando cada fase de igual forma.

terminaron al menos seis grados de educación básica) tampoco se pudo recoger información pertinente.

De los indicadores de resultado se alcanzaron las metas propuestas para tres siete indicadores, que esencialmente se refieren a corresponsabilidades asociadas a las transferencias. En particular, se logró la meta para el porcentaje de niños menores de 60 meses en hogares solidaridad a los cuales se monitorea que hayan recibido servicios de promoción de crecimiento; para otros tres indicadores de porcentaje (de hogares con niños(as) menores de cinco años que son beneficiarios de CEP que reciben suplementación con micronutrientes, y porcentaje de mujeres embarazadas en hogares solidaridad que reciben control prenatal durante el primer mes del embarazo). Se verificó el cumplimiento la meta a través de proxys, atendiendo a las dificultades con indicadores descritas en la subsección previa.

Para los cuatro indicadores de resultado restantes, dados por el porcentaje de niños menores de seis meses en hogares solidaridad que reciben lactancia materna exclusiva, el porcentaje de sobriedad para niños menores de 16 años en hogares solidaridad, porcentaje de mujeres embarazadas en hogares solidaridad que hayan recibido suplemento de hierro y el porcentaje de adultos mayores de 65 años en hogares de solidaridad que asistirán a una cita preventiva de salud en el último mes, no se pudo obtener la información ni tampoco mediante proxys. Adicionalmente, la actividad a medir según el último indicador fue eliminada de PROSOLI.

Objetivo Específico 2, Fase1. El objetivo específico 2 fue pensado en medirse mediante dos indicadores. El indicador de “institucionalización de la generación de aprendizajes para mejorar el diseño y operación de solidaridad” se consideró logrado, pues se realizaron evaluaciones operativas que apoyaron cambios de PROSOLI. Por ejemplo, la evaluación preliminar [realizada a la RAS](#)¹⁸, cuyos resultados ampliaron el proceso de expansión de puntos de pago o comercios minoristas a través de los cuales ADESS, realiza la transferencia de recursos a los beneficiarios de PROSOLI. El mismo estudio recogió información para una línea de base que mediría el efecto sobre un segundo indicador de reducción en el precio promedio pagado por los beneficiarios de solidaridad por una canasta de alimentos. Sin embargo, dicho estudio no se completó debido a la discontinuación de la encuesta pertinente, como se indicó más arriba, y no se midió una línea de seguimiento, por lo que el segundo indicador no fue logrado.

Objetivo Específico 3, Fase 1. Por último, el tercer objetivo específico, de promocionar la mejora continua y transparencia del PROSOLI, consideraba dos indicadores que fueron alcanzados. El primero implicaba que la información administrativa generara información analítica útil para la toma de decisiones. Los datos recogidos por el sistema de verificación de corresponsabilidades han permitido fortalecer el programa y hacer un mejor seguimiento de los beneficiarios, así como de las áreas de mejora en especial en las verificaciones de las corresponsabilidades de salud y educación. De acuerdo a un [informe de medio término](#)¹⁹ solo un 4% de los hogares en la muestra reportaron haber sido sancionados. Adicionalmente, se lograron reducir los costos administrativos de solidaridad, de acuerdo con el reporte de la Dirección de PROSOLI que daba cuenta de una reducción de los gastos administrativos año a año.

APPS 2. Esta segunda fase consideró 10 indicadores de resultado y cuatro indicadores de impacto, nuevamente divididos en tres objetivos específicos.

En consistencia con los resultados para la Fase 1, en esta segunda fase se logró parcialmente el objetivo 1 (asociado a corresponsabilidades e impactos) y el objetivo específico 2 (asociado a calidad de servicios), mientras el objetivo 3 (respecto a mejora y transparencia del sistema) se

¹⁸ “La RAS es el conjunto de establecimientos comerciales adheridos SPSS, que integran la primera red creada en el país, con la finalidad de hacer efectivo el consumo de las subvenciones que otorga el Estado Dominicano, a las personas más pobres de la sociedad.”

¹⁹ Gertler, Garz & Mirabal 2018, y descrito más abajo.

alcanzó completamente. Nuevamente, los logros parciales se explican por la incapacidad del sistema de información de generar indicadores propuestos para medir cambios, y no porque se haya medido un resultado con desempeño debajo de lo esperado. A continuación, se describe el logro de cada objetivo según sus respectivos indicadores asociados.

Objetivo Específico 1, Fase 2. El primer objetivo específico contaba con cuatro indicadores de resultado y cuatro de impacto. De los cuatro indicadores de impacto, se lograron las metas en dos. La prevalencia de desnutrición crónica de niños de 0 a 2 años en hogares SIUBEN 1 bajó de 11.6 a 9.6, (la meta era de 10.44), y se alcanzó 101.1cm de estatura para niños y niñas entre un año y medio y menores de cinco años (cuando la meta era de 99.8cm y la línea base 98.8cm).

En tanto, los indicadores de resultado se relacionaban con el objetivo de que solidaridad alcance un proceso de verificación de condicionalidades eficiente, liderado por el MSP y el MED, con costos transaccionales menores para estos ministerios. Para dos de estos cuatro indicadores de resultado se superó la meta establecida, en específico para el asociado a niño menor de seis años y que reciben la transferencia de salud y nutrición, que cumplen con su esquema de promoción de crecimiento o que reciben una advertencia de suspensión a causa de un primer incumplimiento y para el porcentaje hogares con una mujer que ha sido registrada como embarazada y que reciben la transferencia de salud y nutrición, que cumplen con su protocolo de visitas prenatales o que reciben una advertencia de suspensión a causa de un primer incumplimiento.

Para los restantes dos indicadores de resultado asociados a este primer objetivo específico, de porcentaje de hogares con menores de dos años y que reciben la transferencia de salud y nutrición, que cumplen con su esquema de vacunación o que reciben una advertencia de suspensión a causa de un primer incumplimiento y de porcentaje de beneficiarios que reciben la transferencia educativa que cumplen con asistir al menos 80% de las clases del bimestre o que reciben una advertencia de suspensión a causa de un primer incumplimiento, no se logró recolectar información, dado que el programa no contaba con el detalle de la información en la forma que era solicitado por el indicador.

Objetivo Específico 2, Fase 2. Respecto al segundo objetivo específico, sobre que la calidad de los servicios de salud que reciben los beneficiarios de PROSOLI en el primer nivel se incremente, se definieron cuatro indicadores. Para uno de estos cuatro indicadores se logró la meta con el apoyo de una operación de préstamo entre el Banco y el MSP. En específico, se avanzó en la información para determinar el monto de la capitación al primer nivel de salud, aun cuando no se alcanzó la meta de nueve convenios, posteriormente se avanzó con la firma de cinco convenios, de convenios de desempeño con los Servicios Regionales de Salud (SRS) a los que se monitorea indicadores de calidad.

De otro lado, si bien se avanzó en actividades que impulsaban el acceso de la población los servicios de salud, así como en la capacitación del personal de salud (de acuerdo a los informes semestrales), no se obtuvo información para los indicadores de incremento en el porcentaje de beneficiarios de solidaridad que asiste a UNAPS habilitadas ni porcentaje del personal de salud del primer nivel que conoce al menos un 80% de los contenidos de las guías y protocolos de atención materno-infantil. Esto se debe a que los sistemas existentes no recogen este tipo de indicadores y la fuente de donde se esperaba recoger la información no se materializó.

Objetivo Específico 3, Fase 2. Por último, para el tercer objetivo, a través del cual se buscaba generar aprendizajes operativos y analíticos que permitan la mejora continua de Solidaridad, los dos indicadores propuestos fueron alcanzados. En particular, se generaron recomendaciones para fortalecer el diseño y ciclo operativo de PROSOLI y a partir de información administrativa se generó información analítica para la toma de decisiones, parte de esto se evidencia a través de varias recomendaciones y revisiones periódicas de expertos en el tema, que guiaron el cambio

de la TMC asociada a la matrícula escolar, para la creación de la transferencia Bono Escolar Estudiando Progreso (BEEP).

APPS 3. La tercera fase también conto con tres objetivos específicos, que en su conjunto incluyen 11 indicadores de resultado y cuatro de impacto.

Los resultados logrados en esta tercera fase siguen la narrativa de las dos fases previas. En general, cada vez que hubo información, los indicadores alcanzaron resultados previstos como metas. Sin embargo, en esta tercera fase, la falta de información fue más marcada que para las fases 1 y 2. En términos de objetivos, se lograron parcialmente los objetivos 1 y 2, asociados a corresponsabilidades y calidad de servicios, respectivamente. El tercer objetivo, respecto a monitoreo del sistema, se alcanzó de acuerdo a los datos disponibles. A continuación, se describe el logro de cada objetivo según sus respectivos indicadores asociados.

Objetivo Específico 1, Fase 3. Para el primer objetivo específico de continuar apoyando el proceso de consolidación institucional de Solidaridad para desempeñar más eficientemente su labor de protección social, y generar incentivos en sus beneficiarios de acumular un acervo de capital humano para escapar de la pobreza, se identificaron siete indicadores de resultado y cuatro de impacto.

Los indicadores de impacto alcanzaron las metas en dos de cuatro indicadores propuestos. La prevalencia de desnutrición crónica de niños de 0 a 2 años en hogares SIUBEN 1 bajó de 10,1 a 5,26, cuando la meta era de 9,8 MSP, a través de su programa de investigaciones nutricionales conjuntamente con el PMA. El porcentaje de niños menores de dos años con esquema de vacunación completa se incrementó de 28,5 a 98,8 cuando la meta era de 35. Para los dos indicadores restantes, de estatura de niños se recolectó información pero no se alcanzó la meta y para el indicador de educación, no se pudo encontrar registros.

De los siete indicadores de resultado, tres fueron alcanzados, y para cuatro no se logró recoger información. Los tres indicadores que fueron alcanzados se refieren en particular al seguimiento al cumplimiento de las corresponsabilidades de los hogares, ha mejorado tal y como lo reporta la información provista por la dirección de PROSOLI, el porcentaje de mujeres que llevaron al niño al menos a un control en el centro de salud, porcentaje de mujeres con un hijo de 0 a 5 años que acudieron a un control en las seis semanas siguientes al parto, indicadores medidos como parte de la verificación de las corresponsabilidades que realiza el programa.

Para otros dos indicadores, asociados al porcentaje de hogares que conocen las corresponsabilidades de solidaridad y al porcentaje de jóvenes entre 16 y 18 años que concluyeron la educación media, no se logró recoger información cuantitativa ya que PROSOLI no contaba con los datos correspondientes. Sin embargo, se avanzó en el diseño, creación y colocación a nivel nacional de la campana de comunicación de PROSOLI para garantizar que los beneficiarios conocieran el programa y sus corresponsabilidades.

Para dos indicadores, en específico, el de mujeres que se les recetó y tomaron vitaminas o micronutrientes en las seis semanas siguientes al parto, el porcentaje de mujeres que durante su último embarazo tomaron pastillas de ácido fólico y hierro, y vitaminas o suplementos y no pagaron por ellas, no se obtuvo información. La razón de la falta de registros radica en que se esperaba que estos indicadores fueran medidos como parte de las encuestas de protección social. Sin embargo, después de 2011 se discontinuó la encuesta dado que se encontraron errores en la metodología de implementación.

Adicionalmente, es importante destacar que, para los indicadores de salud, varios de los sistemas de producción de servicios están en fase de construcción. Esta situación, se debe a que al inicio del proyecto el responsable de los indicadores de salud era el MSP, pero en el 2015 como consecuencia de la reforma del sector, la provisión de servicios pasó a ser responsabilidad del Servicio Nacional de Salud, que hasta el día de hoy está en proceso de fortalecer sus sistemas de información para reportar esta información.

Objetivo Específico 2, Fase 3. El segundo objetivo específico, seguir apoyando al sector salud para mejorar la calidad de los servicios de salud, se asociaba con tres indicadores principalmente, porcentaje de beneficiarios de Solidaridad que asiste a CAP habilitadas; incremento en el porcentaje del personal de salud del primer nivel conoce al menos un 80% de los contenidos de las guías y protocolos de atención materno-infantil; y de porcentaje de médicos que proveen servicios de salud siguiendo las guías y los protocolos materno – infantil. De estos indicadores no se logró obtener información dado que ningún sistema del Programa o del área de salud tiene datos al respecto.

Objetivo Específico 3, Fase 3. El tercer objetivo específico se midió usando un indicador de generación de información para alimentar el sistema de monitoreo y evaluación. El cumplimiento de este indicador se evidencia en el fortalecimiento del área de monitoreo y evaluación que ha estado en capacidad de avanzar y conducir con éxito varias investigaciones entre estas la evaluación de impacto experimental de PROSOLI y con base en la misma se ha generado información que ha permitido mejorar la orientación de PROSOLI, así como el procesamiento de las evaluaciones realizadas y resultados obtenidos.

c. Análisis de la Atribución de los Resultados

Esta sección desarrolla una atribución causal de los resultados alcanzados durante el proyecto, basada principalmente en la literatura relacionada, y reforzada con estudios realizados en el marco de la operación.

Durante la documentación del presente PCR, el Banco, en conjunto con el PROSOLI, inició una evaluación de impacto experimental del programa con fondos de otra operación de préstamo, BID (DR-L1059), cuyos resultados se esperan para el segundo semestre del 2019. Dicha operación, que continuó con los esfuerzos iniciados por el multifase -en el 2009- produjo un [informe de medio término](#)²⁰ del cual se pueden inferir algunos logros y atribuirlos a los esfuerzos iniciados con la primera fase del programa.

En particular, dicho informe de medio término²¹, reporta sobre el avance en términos de procesos sobre el diseño aleatorizado que incluye cinco brazos: (i) acompañamiento a los hogares beneficiarios por enlaces voluntarios referidos; (ii) acompañamiento por enlaces voluntarios reclutados por anuncio público; (iii) asistentes sociales remunerados/ acompañamiento semiprofesional; (iv) solo transferencia; y (v) control puro que son los hogares elegibles, pero no beneficiarios del PROSOLI.

²⁰ Gertler, Garz & Mirabal 2018.

²¹ El enlace es responsable de realizar las visitas domiciliarias mensuales a los hogares. El asistente social realiza visitas domiciliarias, pero es un trabajo social remunerado, graduado o estudiante universitario. Para la evaluación intermedia se entrevistaron un total de 2.710 hogares del total de la muestra de la evaluación, que supera los 10.000 hogares.

Otra de la literatura revisada es la [evaluación de un piloto de innovación educativa](#) (Busso y Muller, BID 2012), que buscaba evaluar si en República Dominicana el PMTC de educación ha tenido impacto positivo en la tasa de matrícula y asistencia escolar, utilizando la Encuesta de Evaluación de la Protección Social 2010-2011.

Es importante destacar, que varios de los indicadores de resultado e impacto no se midieron en los documentos mencionados, por tanto, esta sección provee adicionalmente evidencia de literatura relacionada en impactos de transferencias monetarias condicionadas para apoyar la atribución de resultados al proyecto, en línea con la lógica vertical del programa.

Como se presentó en la tabla 2, los objetivos específicos de cada fase estaban alineados entre sí. El objetivo 1 de cada fase se refería a indicadores de impacto y luego a indicadores de resultado, relacionados directamente con cumplimiento de corresponsabilidades. Luego, los objetivos 2 y 3 se relacionaban más con características del sistema, como aumentar el acceso y la calidad de la atención de salud y con indicadores operativos y de sistemas de monitoreo.

A continuación, se describe la atribución en los indicadores de impacto, organizados por tema salud, nutrición y educación. Los indicadores de impacto se refieren a mediciones de los beneficiarios principalmente niños y jóvenes y son esencialmente los mismos para todas las fases. Los niveles de línea base y meta son equivalentes para las APPS 1 y 2, y levemente distintos para la APPS 3, porque fueron medidos con una encuesta distinta (2011 vs 2013). Posteriormente, se describen los indicadores de resultado del objetivo 1 de cada fase, relacionados con corresponsabilidades, a la luz de la evidencia disponible al respecto. Finalmente revisa los indicadores alcanzados para los objetivos 2 y 3.

Indicadores de impacto

Nutrición. Para la APPS 3 la prevalencia de desnutrición crónica de niños de 0 a 2 años en hogares SIUBEN 1 bajó de 10,1 a 5,26, mientras la meta era de 9,8, MSP. Para la fase 1, bajó a 8,4 con igual línea de base y meta (aunque se utilizó un proxy, como se explica en sección de resultados), lo que representa un 28% de reducción. La literatura relacionada señala una reducción de magnitud similar en México, donde logró disminuir en 26%²². Como reportan Filmer y Schady (2010), refiriéndose al trabajo de Gertler, el indicador se refiere a niños en el programa Oportunidades tuvieron una menor probabilidad de anemia durante el primer año. Filmer y Schady (2010) documentan también que en áreas rurales del Ecuador hubo un efecto más importante, aunque medido en niveles de hemoglobina, que es consistente con la reducción encontrada en la fase 3. Por tanto, la literatura relacionada ofrece datos similares de reducción en desnutrición infantil, lo que es sugerente de que resultados son atribuibles al programa.

Salud. Un segundo indicador de impacto transversal a cada fase se refiere al porcentaje de niños menores de 2 años con esquema de vacunación completa. En la APPS 1 no se contó con información para medir el logro. Pero en la APPS 2 se encontró un incremento importante de 46,8 a 79,9 cuando la meta era de 60, mientras en la APPS 3 el incremento fue de 28,5 a 98,8 cuando la meta era de 35. Estos impactos son grandes como para justificarlos en ausencia del proyecto, y por tanto son sugerentes de ser atribuibles. La literatura también ha encontrado impactos importantes, lo que refuerza el punto anterior. Schady y Filmer (2010), reportan que Barham and Maluccio (2008) encontraron impactos grandes en vacunación infantil en Nicaragua,

²² Gertler, 2004.

mientras que en Turquía la fracción de niños menores de seis años con todas las vacunas al día (“full immunization”) fue 14 puntos porcentuales mayor para aquellos que participaron de PTMC.

Otro indicador de salud fue el de estatura de niños y niñas entre un año y medio y menores de cinco años. En las APPS 1 y 2 la línea base y meta fueron las mismas, 98.8 cm y de 99.8 cm respectivamente, mientras en la APPS 3 fue de 101.1 cm con meta de 102.0 cm. Para la APPS 1 no hubo información, mientras para la APPS 2 se alcanzaron 101.1 cm. El incremento de 2.3 cm es relativamente grande aunque no fuera de rango, considerando los hallazgos de tres estudios que revisaron impactos de corto plazo en estatura de niños para el programa Oportunidades en México. Los tres estudios: (Gertler (2004), Rivera et al. (2004), y Behrman y Hoddinott (2005)), encontraron un impacto en altura de alrededor de 1 centímetro en los niños beneficiarios de oportunidades.

Educación. Para los indicadores de impacto en educación, se encontró según el informe de término medio de Geltler, que PROSOLI causó un aumento en la asistencia escolar del 7,5% en los estudiantes de secundaria de hogares moderadamente pobres, beneficiarios del programa, frente a los estudiantes de hogares que no hacen parte del Programa. Adicionalmente, la literatura relacionada refuerza este hallazgo indicando que los PTMC tiene impactos positivos en indicadores educativos, como asistencia escolar. Así lo describen Baird, Ferreira, Özler y Woolcock (2014) en su revisión sistemática de efectos de programas de transferencias condicionadas. Consistentemente, Skoufias y Parker (2001) encontraron que el programa Progreso de México – ahora programa Prospera- incrementó de manera significativa la asistencia escolar de niños y niñas beneficiarios. Behrman, Parker, y Todd (2005) encontraron que el PTMC en México tuvo un impacto positivo en el número de grados adicionales de educación. De Brauw, Gilligan, Hoddinott y Roy (2015) encontraron que el programa de Bolsa Familia de Brasil incrementó significativamente la participación de las niñas en la escuela (8%) y la progresión de grado (10%). Estos resultados de la evaluación de término medio indican que se podrían observar resultados atribuibles en materia de asistencia escolar por la implementación de PROSOLI, aun cuando no se contó con el reporte del indicador dada la ausencia de los registros.

Indicadores de Resultado

A continuación se revisan los indicadores de resultado en los que se alcanzaron los resultados, organizados por objetivo específico del multifase. En particular, se tratan primero los indicadores de resultado logrados del objetivo específico 1 de cada fase (asociado a corresponsabilidades) y luego los indicadores asociados a los objetivos específicos 2 y 3.

Objetivo Específico 1. De los indicadores de mujeres embarazadas en hogares solidaridad que reciben control prenatal (objetivo 1 en la APPS 1), se encontró un incremento porcentual del 39% pasando de 68,2 a 95,1. En la revisión de Glassman et al (2013) sobre el efecto de PTMC sobre resultados en salud materna, se encontró en Honduras un incremento similar, de 18,7 puntos porcentuales (pp) sobre una línea base de 37,9%, lo que representa un 49% de incremento. En tanto, en India el incremento fue de 10,7 pp sobre una base de 53,6 (es decir un 20% de incremento), y en México el aumento fue de 8,1 pp sobre una base de 61,2%, es decir un incremento de 13,2%. Por tanto, la evidencia es sugerente de atribución para el caso del resultado encontrado en República Dominicana.

Este indicador también está en línea con el incremento en otro indicador (objetivo 1 en APPS 2) que midió el porcentaje de hogares con una mujer que ha sido registrada como embarazada, que recibe la transferencia de salud y nutrición, y que cumple con su protocolo de visitas prenatales o que reciben una advertencia de suspensión a causa de un primer incumplimiento. Este indicador estaba relacionado con las corresponsabilidades en salud para las madres y registró un incremento considerable pasando de 0% en línea base a 97,5%. Un incremento relativamente similar, es el porcentaje de mujeres con un hijo de 0 a 5 años que acudieron a un control en las seis semanas siguientes al parto que paso de 44,6% a 99,1%. Estos incrementos tan importantes son de tal magnitud que es difícil aseverar que no son atribuibles al programa. Al mismo tiempo, la literatura también respalda su atribución. Filmer y Schady (2010) realizan una evaluación exhaustiva de efectos de PTMC que indican que los servicios de salud (y educación) se utilizan más gracias a los PTMC (op cit, pág. 20), y en particular para controles para niños. Consistentemente, el objetivo 1 de la APPS 3, el porcentaje de mujeres que llevaron al niño al menos a un control en el centro de salud se incrementó de 56,8 a 99,2. Este incremento es relativamente más importante en términos de magnitud que los encontrados en las evaluaciones revisadas por Filer y Schady (2010). En dicha revisión, los autores reportan impactos en Nicaragua²³ de 13 puntos porcentuales en la probabilidad de que un niño entre 0-3 años fuera llevado a un control durante los últimos 6 meses, e indican que hubo efectos más grandes en Colombia²⁴ y en Honduras²⁵. El análisis de atribución se fortalece con la evidencia del [informe de medio término](#)²⁶, que indica que los hogares beneficiarios llevan a sus hijos a visitas médicas con más frecuencia que los hogares del grupo de control (esto ocurre con magnitud mayor en brazos de tratamiento que tenían enlaces además de las transferencias, pero también ocurre sólo con grupo que recibe transferencias y no enlaces).

Por último, los resultados asociados a los objetivos específicos 2 y 3 de cada fase están directamente relacionados con la implementación del programa, y por lo tanto son de atribución directa al proyecto. El argumento es que, en ausencia del proyecto, no se podría haber mejorado la capacidad operativa de PROSOLI, ni la calidad de sus servicios, porque el programa no hubiese existido. El programa multifase financió diversos estudios relativos a la ejecución y resultados de intervenciones específicas que apoyan este argumento, como es el caso de: (i) la evaluación cualitativa del Impacto del Diplomado de Gestión de Servicios de Salud, para Gerentes de la Red de Prestación de Servicios Públicos de Salud; (ii) la evaluación de la especialidad en atención integral de salud sobre la calidad y la gestión de los servicios en el primer nivel de atención 2017-2018; y (iii) la Evaluación de la [RAS](#) (sistema de pago de transferencias).

d. Resultados imprevistos

Durante el diseño del proyecto multifase se determinó que el requerimiento de documentos de identidad para ingresar al PTMC era un factor de exclusión, para lo cual el GDR gestionó recursos de financiamiento externo²⁷ con el objetivo de dotar de documentos de identidad a 364.000 dominicanos que vivían bajo la línea de pobreza y de pobreza extrema. El proyecto de identidad estableció tres líneas de acción: fortalecimiento institucional de los mecanismos de focalización, dotación de documentos legales de identidad a dominicanos pobres y reforzamiento de los sistemas de monitoreo y evaluación de programas sociales. Dando continuidad a esta

²³ Según estudio de Maluccio y Flores, 2005.

²⁴ Attanasio et al. (2005).

²⁵ Morris, Flores et al., 2004.

²⁶ Gertler, Garz & Mirabal 2018.

²⁷ Préstamo del Banco Mundial por US\$19,4 millones, aprobado en el 2007. (P090010).

actividad el GCPS creó una unidad dentro de su estructura que operó entre el 2009 y el 2012, para ayudar a las familias a obtener sus documentos de identidad y facilitar su ingreso al PROSOLI. Actualmente, PROSOLI a través del acompañamiento familiar apoya a las familias en su proceso de obtención de los documentos de identidad.

Adicionalmente, se identificaron tres resultados positivos catalogados como imprevistos o no planificados derivados de: los incentivos ejecutados en educación vía las transferencias condicionadas; la inversión en la calidad de los procesos y sistemas de información; y la elegibilidad de los beneficiarios.

De acuerdo con los resultados de la evaluación experimental del piloto de educación citado anteriormente²⁸, se encontró que el gasto en libros se incrementó en los hogares de niños/as en los grados 5, 6 y 7 que recibieron un incremento en la transferencia educativa. El estudio concluye que este cambio de comportamiento puede ser reflejo de un mayor esfuerzo por parte de los hogares para que los niños/as tengan buen rendimiento escolar.

Por otro lado, de acuerdo a la dirección del PROSOLI, las inversiones en el mejoramiento de sistemas de información y procesos fueron conducentes a que en el 2014 la institución recibiera la certificación ISO 9001, así como un reconocimiento de la Sociedad Europea para la Investigación de la Calidad y la Sociedad Latinoamericana de la Calidad. La certificación ISO 9001 es el estándar internacional que especifica los requisitos para un sistema de gestión de calidad. En este sentido, las organizaciones que obtienen la certificación utilizan el estándar para demostrar la capacidad que tienen para proporcionar consistentemente productos y servicios que satisfagan al cliente y requisitos reglamentarios.

Aunque no es propiamente un resultado no planificado, vale la pena mencionar que durante la ejecución del Programa se observó un crecimiento de la inscripción de los beneficiarios del PROSOLI en el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa)²⁹. De acuerdo al informe de las Encuesta de Línea Media³⁰, el PROSOLI puede ser un medio efectivo para expandir la cobertura y la adopción de otros servicios gubernamentales que son clave para la red de protección social del país. Si bien la inscripción en el SeNaSa no es una corresponsabilidad o requisito para participar en el PROSOLI, y tampoco es necesaria pues las consultas básicas de salud son gratuitas, el PROSOLI promueve de forma proactiva entre los beneficiarios a través del acompañamiento familiar su registro en el seguro, y el efecto de esta promoción ha sido demostrativo.

2.3 Eficiencia

Análisis Costo Efectividad Ex-post

La valorización de los impactos del programa multifase en comparación a los costos del mismo, se realizó mediante un [Análisis Costo Efectividad](#) (ACE) ex-post para la dimensión de educación

²⁸ Busso y Muller 2012.

²⁹ En la Ley 87-01, el GRD establece que el SeNaSa es la "institución pública autónoma y descentralizada responsable de la administración de riesgos de salud de los afiliados subsidiados, contributivos y contributivo-subsidiados del sector público y de los contributivos del sector privado que la escojan voluntariamente". Entre los objetivos del SeNaSa se encuentran: (i) garantizar a los afiliados servicios de calidad, oportunos y satisfactorios; (ii) administrar los riesgos de salud con eficiencia, equidad y efectividad; (iii) organizar una red nacional de prestadores de servicios de salud con criterios de desconcentración/descentralización; y (iv) contratar y pagar a los prestadores de servicios de salud en la forma y condiciones prescritas por la Ley para las restantes administradoras de riesgos de salud (ARS).

³⁰ Gertler, Garz y Mirabal, 2018.

del PTMC PROSOLI y un análisis de costo eficiencia para la dimensión de salud. El ACE en el componente educativo comparó alternativas del incremento de monto en las transferencias monetarias del componente de educación. En el caso de salud, se comparó el costo de un servicio de salud marginal generado por el programa de transferencias monetarias con el costo de producción de servicios de salud en República Dominicana y para PTMCs en otros países de la región (México y Colombia) para verificar el costo relativo de generar atenciones de salud para los beneficiarios del PTMC PROSOLI. En función de los parámetros y metodología utilizada, y los resultados obtenidos de los análisis, se concluye que los retornos del Programa son positivos. Específicamente, en educación, los cálculos indican que los resultados alcanzados se obtuvieron al 85,7% de las alternativas consideradas. En tanto, en salud, el costo de la visita médica en PTMC se alcanza a un 58% del costo por fuera del PTMC. Ambas cifras sugieren que el programa alcanza una calificación de excelente en términos de costo-efectividad. Para el detalle ver el Anexo III.

Costos del Proyecto

A lo largo de la ejecución de las operaciones, el presupuesto sufrió de ajustes entre categorías de gasto sin embargo, el promedio ponderado del monto de recursos transferidos de todas las operaciones sólo alcanzó el 6,51% del total ejecutado (ver tabla de costos por cada operación y productos en Sección “C” de los anexos III, IV y V respectivamente). La modificación más importante se dio en la tercera fase, en donde se reasignaron US\$12 millones de varios productos del componente de fortalecimiento de la oferta y mejora de la calidad de los servicios de salud y del componente de monitoreo y evaluación para cubrir una ampliación en las transferencias. También se observó que en las tres fases hubo una cancelación parcial de recursos de préstamo que en su totalidad representó menos de 1% total de las tres operaciones.

Tabla 4. Costos del Proyecto

Costos Miles (US\$)	Original (POD)		Revisado		Costo total implementado		Monto Cancelado
	Costo total planeado (US\$)	% del total del proyecto	Costo total revisado (US\$)	% del total del proyecto	Costo total Actual (US\$)	% del total del proyecto	
DR-L1039							\$134
Componente 1: Transferencias condicionadas.	\$65.450	93,5	\$65.458	92.53	\$65.150	93,25	
Componente 2 Fortalecimiento de los sistemas de información	\$4.000	5,7	\$4.583	6.48	\$4.007	5,73	
Componente 3. Evaluación de impacto y de innovaciones	\$450	0,6	\$593	0.84	\$538	0,77%	
Otros costos ejecución	\$100	0,1	\$108	0.15	\$171	0,25	
Total del proyecto	\$70.000	100	\$70.743	100.00	\$69.866	100,00	
DR-L1044							\$150
Componente 1: Transferencias Monetarias Condicionadas.	\$69.000	69.,	\$69.000	69.00	\$69.000	69,10	
Componente 2: Sistemas Informáticos	\$11.600	11,60	\$8.735	8.74	\$12.799	12,82	

Costos Miles (US\$)	Original (POD)		Revisado		Costo total implementado		Monto Cancelado
	Costo total planeado (US\$)	% del total del proyecto	Costo total revisado (US\$)	% del total del proyecto	Costo total Actual (US\$)	% del total del proyecto	
Componente 3: Calidad de los servicios de salud	\$14.200	14,20	\$20.168	20,17	\$15.185	15,21	
Componente 4: Evaluación	\$1.200	1,20	\$1.165	1,17	\$1.698	1,70	
Otros costos ejecución	\$4.000	4,00	\$932	0,93	\$1.168	1,17	
Total del proyecto	\$100.000	100.00	\$100.000	100.00	\$99.850	100,00	
DR-L1047							\$1.337
Componente 1: Transferencias Monetarias Condicionadas	\$42.751	53,44	\$54.773	68.60	\$54.773	69,64	
Componente 2: Fortalecimiento institucional de Solidaridad	\$2.170	2,71	\$2.570	3.22	\$2.191	2,79	
Componente 3: Fortalecimiento de la oferta y mejora de la calidad de los servicios de salud	\$32.09	40.14	\$20.639	25.85	\$19.995	25,42	
Componente 4: Monitoreo y evaluación	\$1.214	1.52	\$452	0.57	\$315	0,40	
Otros costos ejecución	\$1.756	2.20	\$1.405	1.76	\$1.382	1,76	
Total del proyecto	\$80.000	100.00	\$79,839	100.00	\$78.655	100,00	

Es importante anotar que en la operación DR-L1047 se recategorizaron aproximadamente US\$ 12 millones al componente de transferencias monetarias condicionadas, con el fin de acelerar la ejecución del proyecto ya que para mediados del 2015 el proyecto que tenía previsto su cierre para julio 2016, tenía aún un saldo por comprometer de aproximadamente US\$20 millones, debido en parte a las limitaciones de techo presupuestal que tenía el componente de inversión para ser ejecutado. En este sentido, el GCPS acordó con el Ministerio de Hacienda transferir recursos al componente de transferencias condicionadas para que de esta forma el Ministerio garantizara un mayor techo presupuestal, que facilitara la ejecución de las actividades previstas en el componente de inversión. Es importante anotar que esta recategorización facilitó la ejecución de la operación, y contribuyó a garantizar el espacio fiscal correspondiente para que las demás operaciones en ejecución cuenten con el presupuesto correspondiente que les permita su ejecución.

2.4 Sostenibilidad

a. Aspectos Generales de Sostenibilidad

A continuación se discuten los temas relevantes a la sostenibilidad que surgen durante o después del análisis de riesgo inicial realizado para la operación:

Continuidad de las instituciones que conforman el esquema de ejecución del PROSOLI

El SIUBEN es instrumental en el proceso de focalización de beneficiarios, no sólo del PMTC, sino también de otros programas que utilizan e incorporan la focalización en sus procesos de atención a beneficiarios. Sin duda, a lo largo de la implementación del proyecto multifase el SIUBEN así como las instituciones conforman el trípode se han fortalecido, se han establecido roles claros para cada entidad y se les ha garantizado las herramientas que facilitan su trabajo. La existencia del SIUBEN se sustenta en un decreto presidencial y su presupuesto depende del presupuesto general asignado a Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (GCPS). PROSOLI se encuentra en una situación similar. Sin embargo, dada la importancia de PROSOLI así como de las instituciones que hacen parte del trípode, el gobierno ha garantizado su presupuesto para dar continuidad a su funcionamiento.

Adicionalmente, cabe mencionar que la unidad de proyectos y personal en las áreas técnicas ha sido financiada desde su inicio con recursos de las operaciones del multifase, contribuyendo al fortalecimiento y generación de capacidades sin embargo, si no se asegura presupuesto a largo plazo hay riesgo de que las intervenciones derivadas del proyecto pierdan el capital humano capacitado.

Sostenibilidad financiera – Financiación de las Transferencias Monetarias Condicionadas

A lo largo de la implementación del multifase se observó que el programa fue creciendo en términos de cobertura hasta beneficiar hoy más de 870,000 hogares. No obstante, es importante tener en cuenta las limitaciones presupuestales que tiene el Programa, en donde las transferencias actualmente son financiadas 100% con recursos nacionales. Por lo que es clave revisar el padrón de beneficiarios a la luz de los resultados del Tercer Estudio Socio Económico de Hogares que está realizando el SIUBEN para reducir los errores de filtración y subcobertura del Programa y así idear una estrategia de salida dando espacio a la entrada de las familias más necesitadas e incluso explorar alternativas para incrementar el monto de las transferencias.

Sostenibilidad técnica - Vigencia de equipo informático

El diseño de la fase 1 del programa incorporó inversiones significativas en el fortalecimiento de la capacidad de gestión, operación y atención a beneficiarios del SIUBEN, Solidaridad y ADESS. Entre otros costos, se apoyó la modernización tecnológica con el fin de facilitar el proceso de desconcentración operativa hacia las regiones, mejorar la calidad y oportunidad de la información y la toma de decisiones. La actualización de la infraestructura tecnológica se ha puesto en riesgo en los últimos años. Si bien el ADESS ha contado con los recursos suficientes para reemplazar e incrementar el número de sus equipos de acuerdo a la demanda de servicios esperada, el SIUBEN sigue operando con los mismos equipos adquiridos hace casi 10 años, lo que pudiera afectar la sostenibilidad de sus operaciones de recolección y procesamiento de data de beneficiarios. Cabe mencionar que el SIUBEN no cuenta con presupuesto o plan de reemplazo de su infraestructura tecnológica y depende de los recursos que préstamos como el multifase le pueden facilitar. De acuerdo a la unidad de tecnología del SIUBEN, se estima la renovación de equipos requerirá una inversión de entre US\$450 y US\$500.000, renovación que ha sido solicitada por el Gobierno para ser financiada a través del préstamo DR-L1053. El ADESS, por su parte, aseguró financiamiento de la ONU para comprar un edificio que alberga un data center con mayor capacidad para almacenar la información de beneficiarios.

Reconocimiento de los Centros de Primer Nivel (CPN) y mantenimiento preventivo

Con el objetivo de mejorar la oferta y la calidad en los servicios de salud, en el marco del APPS-2 y 3 del multifase, se financió la rehabilitación y equipamiento de CPN, quedando pendiente la certificación de las unidades de salud por parte del MSP. Por otro lado, el SNS, como proveedor de servicios desde el 2015, recientemente aprobó un plan de mantenimiento preventivo y

correctivo para los centros y equipos del primer nivel de atención. En este sentido, para garantizar la sostenibilidad de los centros de primer nivel de salud financiados por el multifase, es importante que se asegure la asignación de recursos presupuestarios en SNS para implementar los planes de mantenimiento.

Hemocentro/ Banco de Sangre.

Durante la ejecución de la fase 3 del programa (2012), el GRD solicitó al Banco incluir el financiamiento del primer Banco de Sangre o Hemocentro en el país, como parte de una estrategia que también benefició con recursos del multifase a una red de laboratorios de sangre a lo largo y ancho del país para fortalecer la calidad de sus servicios. La construcción del Hemocentro finalizó en agosto 2018 y se espera que inicie operaciones durante el segundo semestre del año 2019. Actualmente, se encuentra en la fase de contratación y capacitación del personal.

Oferta y calidad de los servicios de educación y salud.

El éxito en el logro de los impactos que un PTMC pueda tener sobre sus beneficiarios dependerá no sólo de la existencia de la oferta de servicios de salud y educación, sino también de su calidad. Desde la concepción del programa multifase, se tenía conocimiento de la falta de oferta y de los retos de calidad necesaria en los sectores de salud y educación, para así darle cumplimiento a las corresponsabilidades³¹. En su momento, se argumentó que las restricciones fiscales en el país impedirían en el corto plazo el fortalecimiento de la oferta en salud y educación, ya por sí deficitaria, para asegurar la oferta de servicios y que estos contasen con insumos que cumplan con estándares mínimos de calidad. A pesar de ello, el gobierno ha incrementado el presupuesto en educación en años recientes al 4% del Producto Interno Bruto del país anualmente, entre otros con el fin de eliminar la doble o triple jornada en los centros educativos. Asimismo, con los préstamos del multifase y el DR-L1053 (aún vigente), se ha contribuido al cierre de la brecha entre la oferta y la demanda de salud. El proceso de mejora de estos servicios ha sido paulatino y a la fecha las partes siguen cuestionando la calidad de la oferta y cobertura. Basado en la evaluación de medio término de la operación DR-L1059, se estima que la calidad efectivamente sigue siendo deficitaria.

Capacitación en Gestión de Servicios de Salud para Gerentes de la Red de Prestación de Servicios Públicos de Salud

De acuerdo con la evaluación cualitativa de los efectos de la capacitación en gestión de servicios de salud para gerentes de la red de prestación de servicios públicos de salud, ejecutada entre 2015 y 2016, existe un alto movimiento / rotación y/o desvinculación del personal ya capacitado (alrededor del 29%, según Medina, 2018). La alta rotación de personal, aunado a la falta de un programa permanente de capacitación, puede poner en riesgo los esfuerzos en mejoras de calidad en el mediano y largo plazo.

b. Salvaguardias Ambientales y Sociales

De acuerdo con la Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias (OP-703) del Banco, las operaciones del multifase se clasificaron como Categoría “C”, por lo que no se requirieron estudios de evaluación ambiental o consultas.

Por su lado, la fase 3 del programa incorporó durante su ejecución la construcción de un Banco de Sangre (hemocentro). Previo a su construcción, el Ministerio de Medio Ambiente llevó a cabo

³¹ BID 2009.

un análisis del impacto en el medioambiente. El análisis concluyó que habría 14 impactos que afectarían los elementos del ambiente, nueve de ellos afectarían de manera negativa, aunque de baja importancia y cinco de manera positiva y de alta importancia. Los efectos positivos impactan directamente el elemento socioeconómico en lo relacionado con la generación de empleo permanente, aumento del flujo de dinero en la zona, una mayor y mejor oferta de sangre disponible a los grupos sociales, principalmente a los más vulnerables. Por su parte, los efectos negativos que generaba el proyecto eran de importancia baja, se siguieron las recomendaciones para minimizar su impacto y estaban asociados a los componentes físicoquímico (suelo, agua), aire y flora. Para mayor detalle del manejo y adecuación ambiental ver el Anexo 6.

III. CRITERIOS NO CENTRALES

3.1 Desempeño del Banco

Planificación en el diseño

Los recursos asociados a las transferencias monetarias se desembolsaron entre 12-18 meses a partir de la aprobación. La implementación de los recursos asociados a adquisiciones, consultorías y temas institucionales tomaron más tiempo del previsto para ser ejecutados, lo que se tradujo en extensiones de plazos de ejecución.

Las extensiones en plazos de ejecución respondieron principalmente a: (i) restricciones o limitaciones de espacio presupuestal para ejecutar el componente líquido de las operaciones; (ii) los tiempos para ejecutar los procesos de licitación de consultorías en concursos internacionales; (iii) factores externos para la aprobación del marco legal del ente gestor del sector salud; (iv) factores de austeridad en el país que afectaron el cronograma inicial de implementación aprobado por el Congreso (riesgo identificado durante el diseño de las tres fases); y (v) restricciones de espacio presupuestal para la ejecución de las actividades asociadas a inversión.

Rehabilitación de los Centros de Primer Nivel (CPN)

Los tiempos de ejecución de la fase 2 y 3 tomaron más tiempo del esperado, entre otras razones por las limitaciones de espacio presupuestal para ejecutar las inversiones. En el caso de las obras en adición a lo mencionado, inicialmente se había contemplado obras menores para la rehabilitación de los CPN sin embargo, la condición de varios CPN requería de una intervención mayor para lograr su rehabilitación, por esta razón y dada la necesidad de contar con el espacio requerido para hacer las obras sin detener la prestación de los servicios de salud, se tuvo que hacer reubicaciones temporales del personal y equipo. De acuerdo con la Unidad de Infraestructura de la Oficina de GCPS y con PROSOLI, la rehabilitación requirió en muchos casos la reubicación temporal del personal y equipo para no irrumpir la continuidad de los servicios de primer nivel. Este proceso de reubicación, que no fue contemplado en el diseño de las operaciones, implicó la búsqueda del lugar adecuado y las mudanzas correspondientes, que tomó en algunos casos hasta 1,5 años por CPN. El levantamiento de los CPN se realizó en el año 2015 y las últimas entregas de centros rehabilitados se llevaron a cabo en el 2018. Derivado de lo anterior, y con el objetivo de acelerar los procesos de rehabilitación y equipamiento, se priorizaron aquellos en mejores condiciones de infraestructura y recursos humanos.

Hemocentro

Es el primer Hemocentro Nacional en el país y buscará garantizar la disponibilidad oportuna y segura de sangre para toda la población dominicana. La construcción de este hemocentro tuvo varios retrasos, entre otros causados por la calidad del suelo que no era la mejor por lo cual se tuvo que trabajar en su mejoramiento y reforzamiento a través de varias capas de cemento cuya

aplicación se vio afectada como consecuencia de las lluvias y huracanes del 2016, de manera tal que la obra finalizó en el 2018. Adicionalmente, dada la poca disponibilidad de equipos médicos en el país, una gran mayoría de los mismos fueron importados, haciendo que los procesos de recepción fueran más extensos.

Relación entre la contraparte y el BID

En varias ocasiones la contraparte expresó la complejidad de las políticas y procedimientos de adquisiciones para lo cual el Banco apoyó a la unidad de proyectos en el entendimiento de las políticas. El personal del PROSOLI, SIUBEN y ADESS destacó el compromiso del Banco durante la implementación del programa y que mostró flexibilidad.

3.2 Desempeño de la Contraparte

Trabajo en equipo

El programa fue ejecutado por la Dirección Técnica Ejecutiva (DTE) y se esperaba fuera asumido por la Dirección Administrativa Financiera (DAF) del GCPS. No obstante, se creó la Unidad Técnica de Proyectos (UTP). El GCPS, por su lado, fue creado mediante el Decreto Presidencial 1082-04, con atributos de ejecución y coordinación. La UTP, cuyo Director cambió en cuatro oportunidades durante la vida del proyecto, se encargó de realizar adquisiciones, contrataciones y pagos a solicitud de la DTE, con la excepción del pago de las transferencias, a cargo de ADESS. El esquema de ejecución se estructura en una modalidad tripartita de operación en donde el SIUBEN, el PROSOLI y el ADESS trabajan en conjunto para identificar, monitorear y otorgar a los beneficiarios las transferencias correspondientes en educación y salud. El esquema de ejecución brinda cualidades importantes cuando se trata de ofrecer transparencia y rendición de cuentas en los procesos de selección, atención y pago a beneficiarios. Sin embargo, de acuerdo con las partes interesadas, incluyendo los especialistas del Banco, los primeros años de ejecución del programa multifase fueron más complejos ya que había procesos que se debían cumplir entre la estructura tripartita y que requerían de mayor claridad. A la realización del presente documento, el trabajo en equipo entre las partes – SIUBEN, PROSOLI y ADESS- ha sido calificado como bueno y productivo, sin embargo, de acuerdo al Banco, aún se ven oportunidades de mejora en el área de planificación, seguimiento y de los productos, de manera que se pueda lograr una mejor asignación y uso de los recursos de los préstamos con el Banco.

Coordinación con Ministerios de línea

Por otro lado, la UTP expresó preocupación por la baja participación o involucramiento de los ministerios de línea (educación y salud), en la ejecución de las actividades del proyecto; en particular, se destaca la elaboración de términos de referencia específicos a su área de experticia y la colaboración en el seguimiento técnico de las consultorías, además de la prioridad asignada a la ejecución de las fases. Este aspecto es importante y nada particular en un esquema de ejecución que ubica a la unidad ejecutora en un ente externo a los Ministerios de línea.

Cambios de gobierno

De acuerdo con la contraparte, los plazos de ejecución también se vieron afectados por el cambio de administración en el 2012 en donde el nuevo gobierno se dio a la tarea de revisar los proyectos y el programa Solidaridad con detenimiento. Asimismo, hubo cambios de personal en las diversas áreas del GCPS que mermaron aun más el avance de las fases, además de las reformas del sector salud, iniciadas la década pasada, que han generado desafíos importantes en las instituciones mismas a la hora de llevarlos a la práctica, pues las actividades asociadas a este sector vieron afectado su ritmo de ejecución y obtención de productos finales.

Gestión del proyecto

El GCPS se ha esforzado por mejorar la eficiencia en la implementación y gestión de los proyectos ejecutados, promoviendo con ello la automatización de procesos y de información relativa a la ejecución de las operaciones. A pesar de lo anterior, durante el presente análisis se identificaron áreas de oportunidad. De acuerdo a la UTP, durante el proceso de formulación y diseño, los técnicos de los ministerios de línea tuvieron un bajo involucramiento, que se tradujo también en una baja participación y coordinación durante la ejecución de las fases, en particular se destaca que el ritmo de ejecución de la UTP no correspondió con el de los Ministerios de Educación y Salud en los procesos de adquisiciones y recolección de datos para monitoreo y la elaboración de informes de progreso (ver sección Desempeño de Contraparte). Lo anterior pudo contribuir también a los retrasos en la ejecución de las tres fases.

La extensión de los plazos de ejecución, fueron comentados en detalle en los apartados de Desempeño del Banco y Desempeño de la Contraparte. En resumen, se concluye que la planificación de los tiempos en el diseño de las operaciones fue subestimada especialmente por el esfuerzo necesario para poner en marcha un nuevo esquema diferente de TMC y los componentes de inversión que requerían colaboración y coordinación entre actores, los procesos de rehabilitación y adquisiciones, y cambios de gobierno, entre muchos otros.

Monitoreo y Evaluación

a. Monitoreo

La matriz de resultados del multifase se basó en la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) para la determinación de la línea de base de los indicadores y se esperaba medir su impacto y resultados a través de la Encuesta de Evaluación de Protección Social (EEPS) sin embargo, las dos encuestas fueron descontinuadas lo que dificultó la recopilación de los indicadores.

Durante la implementación del proyecto hubo vacíos de información que limitaron la medición de los logros de las operaciones. El APPS contó con dos informes finales disponibles 2 y 3 fase enfocados primordialmente a la ejecución financiera y productos, pero no incluyó información sobre resultados.

Por otro lado, durante el diseño de las tres operaciones de este multifase el equipo del Banco apoyó al gobierno a identificar y planificar levantamientos de información para llevar a cabo evaluaciones de procesos/formativas y cuasiexperimentales con el objetivo de documentar los avances en los indicadores de resultado e impacto.

En particular, se destaca que las operaciones planificaron y financiaron la aplicación de la Encuesta de Evaluación de Protección Social (EEPS) como medio para realizar el seguimiento a los indicadores en salud, nutrición y educación, y la realización de estudios de fichas para evaluar los resultados componente de fortalecimiento de la oferta. Sin embargo, si bien la EEPS se llegó a aplicar, el Banco Central de República Dominicana discontinuó el uso de la EEPS después de un par de aplicaciones (2010 y 2011) debido a la imposibilidad de hacer el seguimiento de la muestra (controles), truncando con ello la posibilidad de un análisis seriado. De manera que durante la ejecución del multifase se realizaron evaluaciones y análisis, la gran mayoría de tipo formativo, observando procesos y analizando estadísticas descriptivas.

Finalmente, con respecto a los sistemas de información de país, en el contexto del programa multifase, el SIUBEN fue instrumental en la focalización de los beneficiarios del PROSOLI, contribuyendo también al mantenimiento de datos actualizados de dicho padrón. Actualmente, el SIUBEN se encuentra en proceso de aplicación del 3er Estudio Socioeconómico de Hogares (financiado por el BID por el proyecto DR-L1053 y el Banco Mundial), con el fin de actualizar su padrón de potenciales beneficiarios de programas sociales. Se destaca también el sistema de

información de ADESS, que mantiene una base de datos de millones de beneficiarios que reciben transferencias por parte de la red de protección social del Gobierno, incluyendo el PROSOLI.

b. Evaluación

A lo largo de su ejecución, el proyecto multifase como parte del componente de evaluación, tenía contemplados dos tipos de evaluaciones, evaluaciones cualitativas y/o pilotos para introducir innovaciones en muchos casos asociados a procesos y la evaluación de impacto. A continuación, se detallan las evaluaciones propuestas por cada fase del multifase.

Evaluaciones cualitativas y pilotos para introducir innovaciones estas evaluaciones pretendían en varios casos probar pequeños pilotos para mejorar la operatividad del proyecto o evaluar los procesos implementados. Si bien el multifase contemplo la realización de varias evaluaciones como parte de los hitos de cada proyecto y como parte del cumplimiento de cada objetivo, a continuación, se listan solo aquellas evaluaciones relacionadas específicamente al tema de monitoreo y evaluación.

Tabla 5. Evaluaciones Multifase

Fase	Evaluación propuesta	Realizada o no realizada
Fase I – APPS 1	Evaluación de la calidad de los servicios de salud a través de casos prácticos hipotéticos (viñetas)	Realizada
	Evaluación (piloto) de tres potenciales innovaciones al diseño de Solidaridad: (i) expansión de la oferta de los establecimientos comerciales que aceptan la tarjeta de Solidaridad, para analizar su efecto sobre la cantidad y la calidad del consumo de alimentos y otros bienes, así como el impacto sobre la economía local; (ii) incorporación de TICs como instrumento para mejorar la comunicación del programa con los beneficiarios; y (iii) incorporación de un esquema fortalecido de capacitación comunitaria en temas relacionados con el capital humano.	Realizada
Fase II – APPS II	El primer seguimiento a la EBS (agosto de 2011), con el fin de poder evaluar el impacto de corto plazo de los cambios que el programa está implementando a su ciclo operativo	Realizado
	Estudio de viñetas para evaluar la estrategia de capacitación a distancia para la generación de conocimientos sobre las guías y protocolos de atención al primer nivel y su uso por parte de los profesionales de salud	No Realizada
	Evaluación de cumplimiento de estándares técnicos de los sistemas informáticos financiados con recursos de esta segunda fase del programa	No se dispone de información
	Evaluación cualitativa, que indague sobre los resultados del análisis de la información producida por las EBS	Realizada
Fase III - APPSIII	Análisis cuantitativo y cualitativo del desempeño del SGC, y su uso como instrumento de gestión	Realizado
	Una evaluación de cumplimiento de estándares técnicos de los sistemas de georreferenciación del mapa de oferta de los servicios de salud	No realizada
	Estudio de fichas clínicas para evaluar la generación de conocimientos y prácticas adquiridos con los módulos adicionales del sistema de capacitación virtual (niveles gerenciales y operativos)	Realizado

Fase	Evaluación propuesta	Realizada o no realizada
	Piloto atención de la salud de adolescentes y jóvenes, donde se estaría evaluando la efectividad relativa de diversos niveles de involucramiento de la sociedad civil (ONGs con experiencia en el trabajo con jóvenes) en la implementación de esta intervención, antes de expandirlo a nivel nacional	Se realizó el Piloto, pero no la evaluación.

En el caso de las evaluaciones identificadas para la **primera fase I**, las mismas fueron realizadas y sirvieron como insumo para la toma de decisiones e incluso en el caso de la evaluación para la expansión de la RAS, como se mencionó anteriormente, la misma fue hito activador para la segunda fase. Esta evaluación incluyó dos encuestas: una en hogares y otra en establecimientos y contribuyó a la ampliación de la red. Adicionalmente, se avanzó en la evaluación correspondiente a la incorporación de TICs como instrumento para mejorar la comunicación del Programa con los beneficiarios en este sentido, se buscó identificar la efectividad del envío de mensajes de texto a los hogares de solidaridad para incrementar el conocimiento de las corresponsabilidades de los beneficiarios, así como fomentar el cambio en los valores y actitudes hacia la acumulación del capital humano. Esta evaluación, junto con otros diagnósticos, indicaron la necesidad de seguir trabajando en el desarrollo de estrategias para asegurar el cumplimiento de las corresponsabilidades y motivación hacia el cambio de comportamiento, con lo que en la tercera fase del programa se trabajó en el diseño e implementación de una estrategia de cambio de comunicación dirigida a mejorar el conocimiento de las corresponsabilidades por parte de los hogares.

Respecto a las evaluaciones previstas para la **segunda fase**, financió el primer seguimiento de la Encuesta de Beneficiarios de Solidaridad (EBS) o Encuesta de Evaluación de la Protección Social (EEPS)³². Por su parte, la evaluación de la estrategia de capacitación a distancia no fue realizada dado que los efectos de la capacitación virtual se podrían aproximar mediante la información producida por el SGC que estaba iniciando su proceso de implementación. No obstante, el módulo de capacitación a distancia fue finalizado y verificado su funcionamiento, tal y como lo establecen los hitos activadores de la tercera fase del proyecto y el mismo permitió o facilitó la capacitación en atención primaria que se realizó en la tercera fase. No se dispone de información sobre la evaluación de cumplimiento de estándares técnicos de los sistemas financiados con recursos de la segunda fase del multifase.

Se realizó la evaluación cualitativa de PROSOLI, que también era parte de los hitos activadores de la tercera fase, esta evaluación indicó que algunas familias se encontraban confusas sobre el ciclo de cumplimiento de corresponsabilidades, reflejando la necesidad de trabajar en una estrategia de comunicación de PROSOLI con sus beneficiarios, esta estrategia fue incorporada como parte de las actividades de la Fase III.

Entre las evaluaciones contempladas para la **tercera fase** se encontraban el análisis cuantitativo y cualitativo del desempeño del SGC y su uso como instrumento de gestión, el análisis se realizó identificando oportunidades de mejora del sistema, principalmente para la generación de reportes y requerimientos de información adicional, actualmente el sistema es ampliamente utilizado en el primer nivel de atención para la atención de pacientes no obstante, aún hay desafíos para su utilización y apropiación a nivel nacional. Por su parte la evaluación del cumplimiento de estándares técnicos de los sistemas de georreferenciación del mapa de oferta de servicios de salud no se realizó.

³² En la segunda fase se denominó encuesta de Beneficiarios de Solidaridad, pero en la tercera fase paso a llamarse Encuesta de Evaluación de la Protección Social.

Se realizó la evaluación del diplomado de gestión de servicios de salud para centros especializados y la evaluación de la especialidad en atención integral de salud sobre la calidad y la gestión de los servicios en el primer nivel de atención. Las dos evaluaciones indicando que tanto a niveles gerenciales como operativos se desarrollaron habilidades por ejemplo en el caso de la primera evaluación se contribuyó a una mayor formulación de planes estratégicos e institucionales (POA), definición de marcos estratégicos de los centros (misión, visión y valores) y desarrollo de evaluación bajo el modelo CAF (Marco Común de evaluación) y en el caso del segundo estudio enfocado en el primer nivel de atención se observaron mejoras en el modelo de atención, en especial con las acciones de integración con la comunidad, la promoción de la equidad para la atención de población extranjera, mejora en la coordinación intersectorial en especial en las zonas de mayor riesgo

Por último, el piloto de atención de la salud de adolescentes y jóvenes para evaluar la efectividad relativa de diversos niveles de involucramiento de la sociedad civil en la implementación de la intervención se realizó de manera parcial dado que se avanzó con el piloto, pero no todas las intervenciones propuestas se materializaron en el tiempo establecido y tampoco se contó con un seguimiento sistemático de los datos, lo que dificultó su evaluación. No obstante, la metodología utilizada, así como las lecciones aprendidas del piloto fueron sistematizadas e incorporadas en la actual Estrategia Nacional del GDR para la prevención del Embarazo en Adolescentes.

Evaluación cuasi experimental.

Fase I – Incluía una evaluación de impacto cuantitativa que incluía tres líneas estratégicas:

- Evaluación de impacto ex post de Solidaridad, pretendía identificar los impactos en indicadores de nutrición, salud y educación que el PROSOLI había alcanzado entre el 2005 y 2008. Esta evaluación serviría de base para medir el impacto de los cambios operativos y de diseño que se iban a incorporar en el transcurso del multifase.
- Evaluación de impacto prospectiva. Debido a que se esperaban cambios en el diseño y operación de Solidaridad, el Banco y el GCPS habían acordado la implementación paulatina de los cambios. Esto permitiría que las comunidades donde se irían realizando los cambios fuera seleccionadas de manera aleatoria, a partir de la evaluación de impacto ex post descrita anteriormente.
- Evaluación de innovaciones incluidas en el listado de la Tabla 5.

Fase II, establecía una evaluación para determinar los efectos atribuibles a PROSOLI en el incremento al acceso a servicios de educación y salud y mejora de los resultados en ambos sectores, para este fin, la estrategia metodológica incluía:

- Evaluación retrospectiva: Identificaría los efectos del programa en materia de salud desde el 2004 hasta el 2010. La información para llevar a cabo esta evaluación ex post provendría de la EEPS, de donde se realizaría la selección aleatoria de los hogares objetivo (1.860 hogares de Comer es Primero) y 1.860 hogares que no hacían parte del programa.

Evaluación prospectiva, Buscaba estimar los impactos del programa después de implementados los cambios institucionales acordados en la operación, principalmente las innovaciones educativas y la verificación de las corresponsabilidades. Para ILAE se iba a innovar implementando un esquema de tres montos de transferencias educativas para hogares elegibles de Solidaridad con individuos entre 5 y 21 años y se evaluaría los efectos en la variación del monto de la transferencia sobre el incremento de la demanda por servicios educativos. La línea de base se tomaría de la EBS de donde se realizaría una aleatorización simple. El primer

seguimiento se realizaría al año para identificar los cambios en la asistencia al colegio asociados a los diferentes montos de las transferencias.

Tanto la primera como la segunda fase del multifase contemplaron la realización de una evaluación para establecer los efectos atribuibles a PROSOLI de manera retrospectiva y prospectiva. En este sentido y con el ánimo de dar cumplimiento a las evaluaciones propuestas en dos oportunidades el Banco Central de la República Dominicana levantó los datos a través de la EEPS que se realizó en el 2010³³ y 2011, no fue viable la vinculación de población de la línea de base del proyecto con la población de la evaluación final, entre otras razones por que el modelo utilizado no permitía la trazabilidad del grupo control y la atrición de la última encuesta fue muy alta. No obstante, se hicieron esfuerzos por realizar la evaluación retrospectiva, para lo cual el GCPS, el Banco central de la República Dominicana y el BID promocionaron un concurso a nivel nacional para explotar los levantamientos realizados a través de investigaciones que permitieran mejorar el diseño de políticas públicas en el área social a través de PROSOLI, entre estos estudios se encuentran:

- Evitando los problemas de una evaluación retrospectiva de Comer es Primero en la eficacia de sus condicionantes: evidencia con los datos de la encuesta de evaluación de la Protección Social 2010³⁴: A través de este informe se evalúa la transferencia Comer es Primero y sus condicionalidades, en específico la asistencia a controles prenatales. A pesar de varios análisis, no se logró identificar de manera significativa el impacto en el cumplimiento de las corresponsabilidades es decir, no se observó que los beneficiarios asistieran a más controles prenatales, ni que acudieran más temprano a sus citas prenatales que el grupo control, pero parecía tener un impacto en el bienestar de los beneficiarios a través de su preocupación por su consumo futuro.
- Análisis del gasto catastrófico y empobrecedor en salud de los hogares dominicanos beneficiarios del sistema de subsidios sociales³⁵: A través de este estudio se buscaba evaluar la efectividad de Comer es Primero través de la prevalencia del gasto catastrófico de los hogares que hacen parte de PROSOLI frente a los hogares control, con características similares. El análisis indica que los hogares que hacen parte de Comer es Primero están en una situación relativamente mejor que los hogares control. Lo anterior, debido a que a medida que aumenta el ingreso del hogar, se reduce la prevalencia de gasto catastrófico y es posible que la transferencia de Comer es Primero, mejore la situación de pobreza del hogar y lo haga menos vulnerable. Adicionalmente, se considera que otro aspecto que puede reducir el grado de vulnerabilidad de los hogares que reciben la transferencia es el cumplimiento y monitoreo de las corresponsabilidades, dado que, al cumplir con las consultas prenatales, controles de crecimiento y vacunación, puede evitar la enfermedad de los miembros del hogar y por lo tanto se reduce la probabilidad de incurrir en gastos excesivos en salud. Se observó también una mayor proporción de hogares no beneficiarios que pagaron por la consulta en salud frente a los hogares PROSOLI, que una gran mayoría también estaban afiliados al Seguro Nacional de Salud (SENASA), llevaron los niños a consulta y no pagaron por ella.

³³ Apoyada a través de la cooperación técnica DR-T1052 (ATN/OC-12191-DR) "Incremento en el precio de los alimentos y apoyo a la red de protección social" por US\$750.000.

³⁴ Daniel R. Morales, Ph. D; José M. Alcaráz, Ph.D, Carlos Colrón, MBA. Conocer + Evaluación de la Protección Social 2010.

³⁵ Magdalena Rathe, Natalia Rojas. 2010.

- Análisis en hogares beneficiarios y elegibles del programa Solidaridad en República Dominicana³⁶: Este estudio también analizaba los efectos de Comer es Primero en el gasto catastrófico en salud. Entre los hallazgos encontrados se resalta que los hogares beneficiarios de comer es primero tienen menos probabilidades de incurrir en gastos catastróficos en salud. El aseguramiento en salud también contribuye a que haya una mayor demanda de servicios de salud así como las corresponsabilidades que establece el programa.
- El embarazo Adolescente en hogares pobres de la República Dominicana³⁷: Teniendo en cuenta algunas limitaciones de los datos, el estudio se orientó a los fines explicativos de la maternidad adolescente en segmentos dominicanos pobres. Al respecto no se encontró asociación del Programa con el embarazo adolescente, dado que Comer es Primero que beneficia a todos los hogares beneficiarios, no incluye aspecto de prevención de embarazo. No obstante, los hogares que reciben Comer es Primero e ILAE, tiene un comportamiento diferente, es probable que ILAE tiene un efecto sobre la postergación del embarazo, dado que la corresponsabilidad de esta transferencia implica asistencia y permanencia escolar. El estudio realizó varias recomendaciones para la prevención del embarazo en adolescentes tales como la exploración de incentivos no monetarios, fortalecimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva, ampliación del ILAE, talleres de orientación integral a los adolescentes. Aspectos que fueron incorporados en el Programa y apoyados por la fase II y III del multifase.

Adicionalmente y aunque se esperaba que los cambios en el proyecto fueran paulatinos, en el 2013 se incorpora la corresponsabilidad asociadas al BEEP como parte de las corresponsabilidades en educación y resultado de algunas de las revisiones y evaluaciones realizadas al Programa. En este sentido y atendiendo a la importancia de realizar la evaluación integral del PROSOLI, en el 2014 se realizan acercamientos con la Universidad de Berkeley para establecer un nuevo diseño de evaluación del impacto del PTMC, con lo que después de varias conversaciones en el 2015 se suscribe un contrato entre la Universidad de Berkeley y el GCPS. Contrato que sería financiado con la operación DR-L1053 y los levantamientos de la evaluación intermedia y final financiados con la operación DR-L1059, teniendo en cuenta que para la fecha las mismas tenían periodos de ejecución más extensos que el préstamo multifase, el cual, a su vez presentaba serios problemas de ejecución del componente de inversión dadas las limitaciones de espacio presupuestal.

Es importante anotar que el plazo para iniciar el levantamiento final de esta evaluación fue extendido a solicitud del GCPS, teniendo en cuenta que PROSOLI establece que al menos deben haber dos años de acompañamiento familiar a las familias a fin de ver si hay algún efecto en las mismas por esta intervención, siendo este uno de los brazos de evaluación del Programa. Se estima que los resultados de la evaluación de impacto de PROSOLI, actualmente en curso, estén listos al finalizar el 2019.

IV. HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES

4.1 Lógica Vertical – Matriz de Resultados

Las Matrices de Resultado (MR) de las tres fases del programa pasaron por diversos cambios durante su ejecución. De acuerdo con un comparativo realizado entre lo aprobado y lo registrado

³⁶ Julio Mieses, Conocer + 2010.

³⁷ Haydeeliz Carrasco Noviembre 2012.

en los PMR correspondientes, las MR tuvieron modificaciones (incluyendo eliminación y adición) en 43 de sus indicadores. A pesar de la falta de registros adecuados en la justificación de dichos cambios, se infiere que el equipo de proyecto del BID y del GCPS acordaron ajustar las Matrices de Resultados a fin de sólo mantener indicadores de los cuales hay información disponible; y que estaban más directamente relacionados con las acciones a ser financiadas. Sin embargo, a pesar del número importante de indicadores que sufrieron ajustes, el presente informe concluye que dichas modificaciones no afectaron la definición y/o metodología de cálculo del remanente de los indicadores y/o el alcance de los objetivos propuestos en la operación.

4.2 Ejecución - Plazo

Por otro lado, se reconoce que la utilización de un programa multifase como instrumento de financiamiento de una política pública de estado de largo plazo, permitió en el corto y mediano plazo darle continuidad con mayor facilidad a las intervenciones definidas en la primera operación por ejemplo, en lo que respecta al Componente 1 de transferencias monetarias condicionadas. Asimismo, se puede argumentar que el uso del multifase redujo los costos de transacción del Gobierno y del Banco en el procesamiento de la segunda y la tercera operación.

Se concluye que el plazo asignado para la implementación de cada fase fue insuficiente para implementar las actividades del programa. Derivado de lo anterior, las tres operaciones pasaron por extensiones amplias de tiempo, incrementando el plazo de ejecución en poco más del doble. Entre las razones de los atrasos se destacaron: (i) la gran envergadura y complejidad de las actividades a realizar; (ii) los tiempos para ejecutar los procesos de licitación de consultorías en concursos internacionales; (iii) factores de austeridad en el país que afectaron el cronograma inicial de implementación aprobado por el Congreso; (iv) los plazos necesarios para las rehabilitaciones y equipamientos de los CPN, que requirieron en muchos casos la reubicación temporal del personal y equipo para no irrumpir la continuidad de los servicios, el diseño de las fases no contempló este proceso; (v) cambio de gobierno y rotación de personal; y (vi) la pobre coordinación y colaboración entre el GCPS y los ministerios de línea, entre otros.

4.3 Experiencia general con la gestión del proyecto

El presente análisis identificó áreas de oportunidad para mejorar la coordinación y colaboración al interior de la UTP y de los ministerios de línea, que de acuerdo a la UTP han tenido un bajo involucramiento desde el diseño de las operaciones y contribuyó a los retrasos en la ejecución de las tres fases. Por ejemplo, el ritmo de ejecución de la UTP no correspondió con el de los Ministerios de Educación y Salud en los procesos de adquisiciones y recolección de datos para monitoreo y la elaboración de informes de progreso (ver sección Desempeño de Contraparte).

4.4 Evaluación de Impacto

A pesar de los avances en los procesos de monitoreo de PROSOLI, así como en la incorporación de diversas recomendaciones derivadas de evaluaciones o pilotos de innovaciones en la operación del Programa, es importante seguir fortaleciendo áreas de Monitoreo y Evaluación del trípode para la recolección y procesamiento sistemático de los datos para facilitar la toma de decisiones. De igual forma, es importante anotar tal y como se mencionó anteriormente, que el Banco, en conjunto con el PROSOLI, desde hace unos años están trabajando en una evaluación de impacto cuasi-experimental del Programa con fondos de las dos operaciones de inversión (DR-L1053 y DR-L1059) que fueron aprobadas posterior a las operaciones del multifase, los resultados de la misma se esperan en el segundo semestre del 2019. Esta evaluación contribuirá

a establecer el impacto de los ajustes e innovaciones realizadas al proyecto con el apoyo del préstamo multifase.

4.5 Asuntos no resueltos

Ninguno.

Tabla 5
Hallazgos y Recomendaciones

Hallazgos	Recomendaciones
<p>Técnico- sectorial</p> <p>Si bien el GCPS cuenta con un sistema de monitoreo apoyado por la tercera fase y también por las operaciones de inversión de protección social del Banco en ejecución, aun le hace falta sistematizar información para que existen reportes de forma más continua. También es necesario que dicho sistema logre tener información consolidada del triángulo social.</p>	<p>a. Asegurar que los datos del SIUBEN sean compartidos con PROSOLI de forma sistemática.</p> <p>b. Garantizar que la información del triángulo sea compartida entre las instituciones que hacen parte del mismo y que las bases de datos se puedan explotar de manera más continua.</p> <p>c. El seguimiento depende de la calidad de información disponible en el país, por lo cual uno de los retos pendientes es asegurar que se cuenten con fuentes de datos sistemáticos y actualizados constantemente, incluyendo sectores como educación, salud y registraduría.</p>
<p>El sistema informático para la verificación de responsabilidades en salud (Sistema de Gestión Clínica) no es utilizado a nivel nacional, y no recopila suficiente información de resultados</p>	<p>Se debe generar mayor apropiación por parte de los servicios de salud del primer nivel de atención sobre el uso del sistema y la explotación de la información. De igual forma se debe trabajar por garantizar servicio de luz continuo y conectividad en todos los centros de primer nivel.</p>
<p>El proyecto incluyó el financiamiento de la construcción y equipamiento de centros de salud del primer nivel de atención que requerían de la elaboración de planes de mantenimiento de la infraestructura y equipamiento. El Servicio Nacional de Salud, responsable de la provisión de servicios de salud, aprobó en abril 2019 un plan de mantenimiento preventivo y correctivo para garantizar la sostenibilidad de todas sus unidades de salud incluyendo infraestructura y equipamiento. Asimismo, ya se ha creado la línea presupuestaria para el mantenimiento en primer nivel de atención, quedando pendiente la asignación de recursos.</p>	<p>i) Que el GRD asigne recursos a la línea presupuestaria de mantenimiento de primer nivel de atención en el siguiente ejercicio presupuestario que inicia en septiembre 2019 y que se logre incluir recursos en dicha línea a futuro.</p> <p>ii) Generar herramientas para el monitoreo de la ejecución del plan de mantenimiento de infraestructura y equipamiento realizado por el SNS.</p> <p>iii) Asegurar la asistencia para la implementación y socialización del plan.</p>

Hallazgos	Recomendaciones
Ejecución – Plazo	
<p>El plazo asignado para la implementación de las operaciones multifase fue subestimado considerando el alcance, así como las limitaciones de espacio presupuestal para ejecutar el componente de inversiones. Si bien era claro que el componente de transferencias se podía implementar rápidamente (que así sucedió en la práctica), los atrasos de la ejecución se dieron en parte por la introducción de elementos nuevos en la forma en el cual el trípode se debía coordinar y en el nuevo esquema de PTMC, así como las restricciones presupuestales. Se presentaron retos de coordinación y colaboración entre el GCPS y los ministerios de línea (Educación y Salud).</p>	<p>Al diseñar operaciones multifase en donde la mayoría de los recursos son para transferencias se debe intentar hacer un plan de fortalecimiento e incluir actividades de inversión que se puedan hacer en un plazo más corto así como garantizar que se cuenta con el espacio fiscal requerido para su implementación oportuna.</p>
<p>El proyecto enfrentó dificultades para la ejecución del componente de inversión debido entre otras razones a las limitaciones de espacio presupuestal para el compromiso y ejecución de los recursos. Esta situación requirió que se transfirieran recursos al componente líquido a fin de acelerar la ejecución y solicitar mayor espacio presupuestal al Ministerio de Hacienda para ejecutar las actividades de inversión que se habían visto rezagadas.</p>	<p>Asegurar que el Banco siga apoyando al GCPS en el diálogo y gestiones requeridas para garantizar con el Ministerio de Hacienda la asignación del espacio presupuestal requerido para ejecutar las operaciones en el tiempo previsto.</p> <p>En el caso de este proyecto, el diálogo fluido con el Ministerio de Hacienda y los acuerdos establecidos en el marco del DR-L1047 contribuyeron a mejorar la ejecución de las operaciones DR-L1053 y DR-L1059 a través de la asignación del espacio presupuestal requerido.</p>
<p>Si bien el desembolso de las TMC se realiza basado en el cumplimiento de resultados revisados por una auditoría técnica recurrente, sería interesante explorar alternativas de financiamiento diferentes para este tipo de proyectos que incluyen transferencias.</p>	<p>Una alternativa a explorar para los proyectos de transferencias monetarias condicionadas podría ser el uso de la modalidad de Préstamos Basados en Resultados.</p>
<p>El esfuerzo realizado a lo largo de la operación en cuanto a las mejoras de los instrumentos de focalización ha permitido llegar a más familias y a las</p>	<p>Es importante continuar trabajando en el diseño y materialización de la estrategia de salida de hogares que ya han superado su condición de pobreza (ICV III e ICV IV) y dar espacio a los hogares pobres (ICV I e</p>

Hallazgos	Recomendaciones
<p>más pobres, de esta forma el Programa ha ido expandiendo su cobertura. Sin embargo, es importante revisar el padrón de beneficiarios para reducir los errores de filtración y subcobertura.</p>	<p>ICV II) que aún no hacen parte del Programa. Esta revisión podría contribuir a liberar un poco de presión en el gasto y quizás evaluar la posibilidad de aumentar el monto de las transferencias para los hogares más pobres.</p>
<p>Experiencia con la gestión del proyecto</p>	
<p>La coordinación y colaboración entre los ministerios de línea y la UTP enfrentó muchos retos desde el diseño de las operaciones y contribuyó a los retrasos en la ejecución de las tres fases.</p>	<p>Se observa la necesidad de proponer mecanismos durante el diseño y ejecución de las operaciones que incentiven la coordinación y participación de las partes interesadas. El nombramiento de puntos focales y la asignación de responsabilidades bajo acuerdos a nivel de gabinete pueden ser algunas de las medidas que promuevan un grado de involucramiento mayor de parte de los ministerios de línea, así como a una mayor apropiación de los productos.</p>
<p>Si bien se lograron alcanzar de manera general los objetivos del proyecto, se presentaron dificultades para medir los indicadores del multifase debido a la discontinuación de sus fuentes primarias.</p>	<p>Para las operaciones que están en cierre o próximas a cerrar es indispensable contar con el apoyo de una persona dedicada a la recolección y medición de los indicadores</p>

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial (2007) "República Dominicana: Programa de inversión en sectores sociales" BM, Washington DC <http://projects.bancomundial.org/P090010/social-sectors-investment-program?lang=es>
- Baird, Sarah; Ferreira, Francisco H.G.; Özler, Berk & Woolcock, Michael (2014) "Conditional, unconditional and everything in between: a systematic review of the effects of cash transfer programmes on schooling outcomes", Journal of Development Effectiveness, 6:1, 1-43, DOI: 10.1080/19439342.2014.890362
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19439342.2014.890362>
- Behrman, Jere; Parker, Susan & Todd, Petra (2005) "Long-Term Impacts of the Oportunidades Conditional Cash Transfer Program on Rural Youth in Mexico" No 122, [Ibero America Institute for Econ. Research \(IAI\) Discussion Papers](http://www2.vwl.wiso.uni-goettingen.de/ibero/working_paper_neu/DB122.pdf) from [Ibero-America Institute for Economic Research](http://www2.vwl.wiso.uni-goettingen.de/ibero/working_paper_neu/DB122.pdf)
http://www2.vwl.wiso.uni-goettingen.de/ibero/working_paper_neu/DB122.pdf
- BID (2009) "Apoyo al Programa de Protección Social Primera Fase – DR-L1039" Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC
- BID (2010) "Apoyo al Programa de Protección Social Segunda Fase – DR-L1044" Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC
- BID (2011) "Apoyo al Programa de Protección Social Segunda Fase – DR-L1047" Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC
- De Brauw, Alan; Gilligan, Daniel O.; Hoddinott, John and Roy, Shalini (2015) "The Impact of Bolsa Familia on Schooling" International Food Policy Research Institute and Cornell University, Washington, USA https://ac.els-cdn.com/S0305750X1500025X/1-s2.0-S0305750X1500025X-main.pdf?_tid=da36f27f-f13e-4971-8932-d0ab4eb89e73&acdnat=1541775530_315642c8dee6aa43c5e64902773f380f
- Dominguez R., Boanerges; García, Carmen & Gómez, Evalina (2016). República Dominicana: Tasa de Retorno de la Educación 2000-2014. Santo Domingo, República Dominicana
- EDUCA 2015 "Informe de Progreso Educativo – Decididos a Mejorar!" Acción Empresarial por la Educación. Santo Domingo, República Dominicana <http://www.educa.org.do/wp-content/uploads/2016/07/Informe-de-Progreso-Educativo.pdf>
- Fiszbein, Ariel & Schady, Norbert (2009) "Conditional Cash Transfers Reducing Present And Future Poverty" The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank https://siteresources.worldbank.org/INTCCT/Resources/5757608-1234228266004/PRR-CCT_web_noembargo.pdf
- Gertler, Paul; Garz, Seth & Mirabal, Justo (2018) "Informe de las Encuestas de Línea Media: Evaluación de Procesos e Impactos de Corto Plazo" Center for Effective Global Action University Of California, Berkeley. USA
- Hack, Maureen & Klein, Nancy & Taylor, H. (1995). "Long-Term Developmental Outcomes of Low Birth Weight Infants." The Future of children / Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation. 5. 176-96. 10.2307/1602514.
- [Ibarrarán, Pablo; Medellín, Nadin; Regalia, Ferdinando; Stampini, Marco; Parodi, Sandro; Tejerina, Luis; Cueva, Pedro; & Vásquez, Madiery](#) (2017) "Así funcionan las transferencias

condicionadas. Buenas prácticas a 20 años de implementación” Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC

- Janvry, Alain and Sadoulet, Elisabeth. 2006 “Making Conditional Cash Transfer Programs More Efficient: Designing for Maximum Effect of the Conditionality” THE WORLD BANK ECONOMIC REVIEW, VOL. 20, NO. 1, pp. 1–29, Oxford University Press. <http://documents.worldbank.org/curated/en/989581468323054456/pdf/775100JRN020060sh0Transfer0Programs.pdf>
- Jere R. Behrman & Susan W. Parker & Petra E. Todd, 2005. "[Long-Term Impacts of the Oportunidades Conditional Cash Transfer Program on Rural Youth in Mexico](#)," [Ibero America Institute for Econ. Research \(IAI\) Discussion Papers](#) 122, Ibero-America Institute for Economic Research.
- Kirkham, Colleen, Harris, Susan, Grzybowski, Stefan. (2005) “Evidence-based prenatal care: Part I. General prenatal care and counseling issues.” University of British Columbia, Faculty of Medicine, Vancouver, British Columbia. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15832534>
- Liu X, Behrman JR, Stein AD, Adair LS, Bhargava SK, et al. (2017) “Prenatal care and child growth and schooling in four low- and medium-income countries.” PLOS ONE 12(2): e0171299. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171299>
- Medina Sánchez, Octavia (2018) “Consultoría para la Evaluación de Impacto del Diplomado de Gestión de Servicios de Salud para Gerentes de la Red de Prestación de Servicios Públicos de Salud” Santo Domingo, República Dominicana
- MSP -Ministerio de Salud Pública (2005) “Determinación del impacto de las vacunas conjugadas (PENTAVALENTE –DPT/HB + Hib-) en las meningitis producidas por el Haemophilus influenzae tipo b en la Republica Dominicana, Informe Final” Santo Domingo, República Dominicana https://www.unicef.org/republicadominicana/IMPACTO_VACUNAS_CONJUGADAS.pdf
- Montenegro, C., & Patrinos, H. (2014). *Comparable Estimates of Returns to Schooling Around the World*. Washington, DC: World Bank.
- National Academy of Sciences (1984) “Preventing Low Birthweight” Committee to Study the Prevention of Low Birthweight Division of Health Promotion and Disease Prevention Institute of Medicine, National Academy Press Washington, D.C. 1985.
- Noonan, Kelly; Corman, Hope; Schwartz-Soicher, Ofira & Reichman Nancy E. (2014) “Effects of Prenatal Care on Child Health at Age 5” Matern Child Health J (2013) 17: 189. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-0966-2>
- Rawlings, Laura B. and Rubio, Gloria M. (2003) “Evaluating the Impact of Conditional Cash Transfer Programs Lessons from Latin America” World Bank Policy Research Working Paper 3119, August 2003 http://www1.worldbank.org/prem/poverty/ie/dime_papers/195.pdf
- Saavedra, Juan E. (2016) “The effects of conditional cash transfer programs on poverty reduction, human capital accumulation and wellbeing” <https://www.un.org/esa/socdev/egms/docs/2016/Poverty-SDGs/JuanSaavedra-paper.pdf>
- Skoufias, Emmanuel y Parker W., Susan (2001) “Conditional Cash Transfers and Their Impact on Child Work and Schooling: Evidence from the Progresa Program in Mexico” International Food Policy Research Institute, Washington, D.C. <http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/16472/1/fc010123.pdf;Conditional>

- Tache, M. C. Lu, V.; Alexander, G. R.; Kotelchuck, M. & Halfon, N. (2003) "Preventing low birth weight: is prenatal care the answer?" *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 13:6, 362-380, DOI: [10.1080/jmf.13.6.362.380](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/jmf.13.6.362.380)
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/jmf.13.6.362.380>
- White, Terry; Nettleman, Lavoie S (1999). "Potential cost savings attributable to influenza vaccination of school-aged children" *PEDIATRICS* . 1999 Jun;103:e73.
https://pdfs.semanticscholar.org/209c/205771159d9cea7ca98b56cb393d7fb75146.pdf?_ga=2.88135455.565231674.1542992273-1362228489.1542992273

Anexo I

Hitos activadores incluidos en la primera fase para la aprobación de la segunda fase

De acuerdo al documento de diseño del proyecto, los hitos condicionantes a la aprobación de la segunda operación eran seis. Todos los hitos fueron cumplidos a satisfacción del Banco. Los mismos tuvieron como objeto generar incentivos adicionales a la coordinación intersectorial y alcanzar aprendizajes operativos sobre el proceso de reformas al diseño de Solidaridad. A continuación, se describen brevemente estos hitos:

- i) **Hito activador 1. “Realización de una evaluación externa que determine el cumplimiento del Manual Operativo”.** El principal propósito de este hito fue incentivar el arranque oportuno del proceso sistemático de verificación de corresponsabilidades en educación y salud³⁸. El GCPS presentó al Banco el Informe de Evaluación del Manual Operativo de Solidaridad, realizado por un consultor externo, y una actualización del proceso de adscripción a los servicios de salud y educación, primera corresponsabilidad de los beneficiarios para ser elegibles para recibir pagos durante el bimestre septiembre-octubre de 2010. Esta información evidenció que se realizó la adscripción a los servicios de educación a 91,5% y a los servicios de salud a 90.1% de los hogares registrados en el Sistema de Información del Programa Solidaridad³⁹. Con respecto a la entrega de micronutrientes, se hizo constar que se contó con dosis de suplementación alimentaria en polvo para poder cubrir a 100% de la población elegible de entre 6 y 36 meses de edad.
- ii) **Hito activador 2. “Evaluación de la RAS finalizada e incorporación de recomendaciones en el diseño de la segunda fase de la operación para ampliar el uso de la transferencia por parte de los beneficiarios a satisfacción del Banco”.** El hecho de que las transferencias sólo sean redimibles en la cadena de colmados habilitados por la RAS presentó dos preocupaciones en su momento: (i) que genere una pérdida de bienestar a los beneficiarios por la falta de flexibilidad en el uso de sus transferencias; y (ii) que genere un incremento en precios a través del poder monopólico local que puede generar la habilitación. El análisis de la RAS se ha concentrado en evaluar su impacto en los precios pagados por los beneficiarios⁴⁰. Se realizó así una evaluación reflexiva de la concentración monopolística generada por la RAS⁴¹. Dicha evaluación sugiere que a raíz de la paulatina expansión de la Red se ha incrementado la competencia entre colmados. De manera congruente con esa conclusión, ADESS inició un proceso de expansión de la RAS.

³⁸ El contrato de préstamo de la primera fase especifica que: “Dicho cumplimiento se evaluará con los siguientes parámetros: en la última fecha de pago previa a la presentación al Directorio del Banco de la segunda operación se verifica: (i) la corresponsabilidad en educación para al menos 90% de los hogares beneficiarios y 70% para salud; y (ii) se entregan micronutrientes a al menos 50% de la población elegible (embarazadas y puerperas, niños y niñas de entre 6 y 60 meses)”.

³⁹ Los hogares que no cumplieron con esta corresponsabilidad aún son elegibles para recibir el pago del bimestre, recibiendo un apercibimiento de que un segundo incumplimiento implica una suspensión de pagos y un tercero la salida del programa.

⁴⁰ Dada la fungibilidad de los recursos transferidos por Solidaridad, el monto relativamente bajo de la transferencia como proporción del ingreso familiar promedio de los beneficiarios (entre 7% y 13%) y el alto porcentaje del gasto de las familias dominicanas que se realiza en los colmados (46% en 2009), no se estima que la pérdida en bienestar por atar la transferencia a que sea usada dentro de la RAS sea significativa per se.

⁴¹ Medida por el Índice Herfindahl-Hirschman, una medida del tamaño de la firma en relación a la industria, como un indicador de la intensidad de la competencia entre firmas.

- iii) **Hito activador 3. “Realización de la evaluación operativa externa de la implementación del Manual de Procesos Transversales.”** El propósito de este hito fue analizar los avances que se han alcanzado para fortalecer la coordinación operativa entre las tres instituciones a cargo del ciclo operativo del programa de transferencias condicionadas (SIUBEN, Solidaridad y ADESS), a fin de hacer más eficientes los procesos que comparten. El GCPS presentó al Banco el Informe de Evaluación del Manual de Procesos Transversales, realizado por un consultor externo. El informe destaca avances en la coordinación de los procesos de actualización del padrón de beneficiarios de Solidaridad, verificación de corresponsabilidades y generación de nómina de pagos.
- iv) **Hito activador 4. “Evaluación de los sistemas informáticos”.** El objetivo de este hito fue determinar la viabilidad de utilizar los sistemas informáticos de Solidaridad, del MSP y MED para establecer un esquema de verificación de corresponsabilidades electrónico. El GCPS envió al Banco el Informe Final sobre Evaluación de Sistemas Informáticos, realizado por un consultor externo. El informe identificó debilidades importantes en los sistemas de las tres instituciones, y por ello la segunda fase del programa continuó fortaleciendo los sistemas informáticos.
- v) **Hito activador 5. “Con el visto bueno previo del Banco, aprobación por parte del Comité Técnico Intersectorial (CTIS) de un esquema alternativo de transferencias educativas y del componente de capacitación comunitaria, a ser evaluados preliminarmente a nivel piloto durante la primera fase del programa, al principio del ciclo escolar 2010-2011”.** El GCPS envió al Banco el Acta de la reunión del CTIS en la que aprueba dos esquemas alternativos de transferencias educativas. Asimismo, presentó una evaluación ex ante de los impactos fiscales y distributivos que se derivarían de implementar cada uno de los esquemas alternativos.
- vi) **Hito activador 6. “Aplicación del procedimiento para asegurar que los fondos apropiados en el Presupuesto de Ingresos y Gastos 2010 destinados a cubrir las brechas de educación, salud y nutrición no se modifiquen y se desembolsen de acuerdo al cronograma de ejecución”.** El Ministerio de Hacienda (MINH) y el GCPS presentaron al Banco un informe sobre la Aplicación de los Procedimientos Presupuestales (“candados”) establecidos por ley para el MSP, MED y GCPS con el objeto de asegurar recursos para cerrar los déficits en insumos básicos en salud, educación y nutrición, respectivamente. Al respecto, el MINH constató que las apropiaciones presupuestarias de referencia no han sido disminuidas y han tenido prioridad en la programación de cuotas de compromiso. Asimismo, señaló que la totalidad de los recursos de estas apropiaciones asignados al GCPS han sido ejecutados, que la totalidad de los recursos disponibles para el MED fueron comprometidos.

Anexo II

Hitos activadores para la preparación de la tercera fase

Los hitos activadores del proceso de aprobación de la tercera fase, acordados con el país bajo el contrato de préstamo 2426/OC-DR de la segunda fase fueron cinco. Todos los hitos fueron cumplidos a satisfacción del Banco. Los mismos tuvieron como objeto generar incentivos adicionales a la coordinación intersectorial y evidenciar avances en aspectos centrales del desempeño de Solidaridad. A continuación se describen brevemente estos hitos.

- i) **Hito activador 1. “El módulo de verificación de corresponsabilidades en salud del Sistema de Gestión de los Servicios de Salud (SGSS) estará en funcionamiento, medido porque al menos se haya realizado un pago a beneficiarios utilizando dicho módulo”.** El SGSS, conocido como Sistema de Gestión Clínica/Sistema de Verificación de Corresponsabilidades (SGC/SIVEC) está finalizado, instalado y en operación en el 100% de los CAP del país.
- ii) **Hito activador 2. “Se habrá iniciado el proceso de habilitación de al menos 230 CAP, de los cuales 126 habrán sido habilitados, lo cual será evidenciado por una certificación de la autoridad del sector salud competente”.** Al respecto, el ministerio llevó a cabo un operativo para la habilitación masiva de CAP.
- iii) **Hito activador 3. “El módulo de capacitación a distancia (del personal de salud) estará finalizado, a ser verificado in situ por un consultor externo”.** El módulo se desarrolló con el acuerdo entre el Gabinete de Coordinación de las Políticas Sociales (GCPS), el MSP y la Universidad Iberoamericana (UNIBE). La evaluación externa realizada, confirmó que el diseño del módulo fue satisfactorio y funciona en el entorno virtual. Asimismo, los usuarios cuentan con material de consulta y un servicio permanente de soporte técnico vía correo electrónico y telefónico.
- iv) **Hito activador 4. “Se habrá finalizado la evaluación cualitativa de Solidaridad, evidenciado por la entrega del informe final de dicha evaluación al Banco”.** La evaluación fue llevada a cabo y los resultados de la dicha evaluación fueron compartidos con el Banco mediante una presentación. Los resultados del estudio apuntan a que algunas familias beneficiarias estaban confusas sobre el ciclo de cumplimiento de corresponsabilidades, lo que evidenció la necesidad de fortalecer la comunicación de Solidaridad con sus beneficiarios, lo cual se incorporó en la fase tres del programa.
- v) **Hito activador 5. “Se habrán apropiado fondos en el Presupuesto de Ingresos y Gastos 2011 destinados a cubrir las brechas de educación, salud y nutrición de acuerdo al plan plurianual acordado durante la primera fase del programa, y estos recursos se estarán desembolsando de acuerdo al cronograma de ejecución”.** El Ministerio de Hacienda elaboró un informe que certificó y evidenció que se hicieron las asignaciones de recursos en el 2011 y que son consistentes con el plan plurianual para el cierre de brechas.

Anexo III
Fase I del Programa DR-L1039

Sección “A” - Relevancia –
Tabla Ajustes a la Matriz de Resultados de la Fase I (en aprobación elegibilidad+60 días y al cierre del proyecto)

No.	Indicador	Aprobado			Elegibilidad + 60 d			Cierre de Proyecto			Comentarios
		Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (A)	
Impacto											
Mejora en los indicadores de estado nutricional infantil, de salud materna e infantil y de terminalidad escolar para la población beneficiaria de Solidaridad.											
1.1	Prevalencia de desnutrición crónica de niños(as) de 0-2 años en hogares Solidaridad.	Porcentaje	11.60	10.44	Porcentaje	11.60	10.44	Porcentaje	10.60	0	La línea de base se actualizó del año 2009 (11.60%) al 2010 (10.60%). El proyecto se aprueba en el 2010. El indicador inicial era Prevalencia de desnutrición crónica de 0 – 2 años en hogares SIUBEN -1. Para efecto del PCR se midió con un proxy Porcentaje de niños menores de cinco años con desnutrición cónica Quintil 1 alcanzando 8.4.
1.2	Estatura promedio de niños y niñas en los rangos de 36 a 60 meses en hogares Solidaridad	Centímetros	98.8	99.8	Centímetros	98.8	99.8	Centímetros	99.3	0	La línea de base se actualizó del año 2009 (98.8 cm) al 2010 (99.3 cm). El proyecto se aprueba en el 2010. El iniciador inicial era estatura promedio de niños y niñas en los tangeros de 36 a 60 meses en hogares SIUBEN -1
1.3	Porcentaje de niños(as)	Porcentaje	46.80	60	Porcentaje	46.80%	60%	N/A	N/A	N/A	Parámetro se ajusta y se reubica en la

No.	Indicador	Aprobado		Elegibilidad + 60 d		Cierre de Proyecto			Comentarios
		Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (P)	Unidad de Medida	
	menores de 2 años en hogares SIUBEN-1 con esquema de vacunación completo.								sección de Resultados de la Matriz. Ver cambio en la sección de resultados de esta tabla.
1.4	Porcentaje de niños(as) de entre 14 y 16 años en hogares Solidaridad que terminaron al menos 6 grados de educación básica.	Porcentaje	38.9	48.50	Porcentaje	38.9	48.50	Porcentaje	La línea de base se actualizó del año 2009 (38.9%) al 2010 (18.38%). El proyecto se aprueba en el 2010. Se entiende que la justificación en el ajuste de la EOP (p) al cierre se derivó del ajuste en la línea de base. El indicador inicial era Porcentaje de niños(as) de entre 14 y 16 años en hogares SIUBEN -1 que terminaron al menos 6 grados de educación básica, para este indicador no se contó con información disponible.
Resultado									
Componente 1: Transferencias monetarias con corresponsabilidades									
1.1	Porcentaje de hogares con niños(as) menores de 5 años que son beneficiarios de CEP que reciben suplementación	Porcentaje	0.00%	50.00%	Porcentaje	0.00%	50.00%	N/A	N/A
									Eliminado.

No.	Indicador	Aprobado			Elegibilidad + 60 d			Cierre de Proyecto			Comentarios
		Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (A)	
	con micronutrientes.										
1.2	Porcentaje de niños < 6 meses en hogares Solidaridad que reciben lactancia materna exclusiva.	Porcentaje	8.00	16.00	Porcentaje	8.00	16.00	N/A	N/A	N/A	Eliminado.
1.3	Porcentaje de niños menores de 60 meses en hogares Solidaridad a los cuales se monitorea que hayan recibido servicios de promoción de crecimiento.	Porcentaje	0.00	80.00	Porcentaje	0.00	80.00	N/A	N/A	N/A	Eliminado. Sin embargo, según información provista por Programa el indicador alcanzo un 93.7.
1.4	Reducción en el precio promedio pagado por los beneficiarios de Solidaridad por una canasta de alimentos.	No determinado a la aprobación del POD	No determinado a la aprobación del POD	No determinado a la aprobación del POD	No determinado a la aprobación del POD	No determinado a la aprobación del POD	No determinado a la aprobación del POD	N/A	N/A	N/A	Eliminado. Justificación señala que no se pudo medir porque el piloto de la RAS que iba proveer la información no se realizó.
1.5	Porcentaje de mujeres embarazadas en hogares Solidaridad que recibieron suplemento de hierro.	Porcentaje	81.30	85.00	Porcentaje	81.30	85.00	N/A	N/A	N/A	Eliminado. La información recogida por PROSOLI a través del sistema no cuenta con esta información y el programa no entrega el hierro.
1.6	Porcentaje de mujeres embarazadas	Porcentaje	68.20	70.00	Porcentaje	68.20	70.00	Porcentaje	68.30	71.20	Justificación del ajuste en la redacción se debe a

No.	Indicador	Aprobado			Elegibilidad + 60 d			Cierre de Proyecto			Comentarios
		Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (A)	
	en hogares Solidaridad que reciben control prenatal durante los primeros tres meses del último embarazo.										que no se cuenta con información del 1er mes, se cuenta con información sobre el primer control prenatal.
1.7	Porcentaje de adultos mayores de 65 años en hogares Solidaridad que asistirán a una cita preventiva de salud en el último mes.	Porcentaje	1.10	N/A (Se esperaba tener logros en las fases posteriores del programa)	Porcentaje	1.10	N/A (Se esperaba tener logros en las fases posteriores del programa)	N/A	N/A	N/A	Eliminado. La corresponsabilidad fue eliminada.
1.8	Prevalencia de sobreedad (2 años o más respecto a la edad ideal para el grado) para niños(as) menores de 16 en hogares Solidaridad.	Porcentaje	45	(No determinado a la aprobación del POD)	Porcentaje	45	(No determinado a la aprobación del POD)	N/A	N/A	N/A	Eliminado. El programa al inicio sólo midió el ILAE, y no la sobreedad. Este aspecto no se midió. A partir del 2013, el programa tuvo un cambio y se incorporó la corresponsabilidad adicional del BEEP a partir de esta fecha se mide la sobreedad.
1.9	Niños(as) entre 12 y 60 meses en hogares beneficiarios de Solidaridad con esquema completo de vacunación.	Porcentaje	46.80	60.00	Porcentaje	46.80	60.00	Porcentaje	26.10	40.30	Parámetro se ajusta para incluir a niños de entre los 12 y 60 meses, en lugar de aquellos menores de dos años. Asimismo se reubica de la sección de impacto a

No.	Indicador	Aprobado			Elegibilidad + 60 d			Cierre de Proyecto			Comentarios
		Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (A)	
											la sección de Resultados de la Matriz. No se explica el cambio o movimiento. Los ajustes a la línea de base y meta se entienden se deriva del cambio de la población objetivo.
1.10	Deserción intra-anual para los matriculados en el 7o. y 8o grado de educación básica de la población beneficiaria del ILAE.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Porcentaje	4.81%	3.11	El indicador se incorporó después de la aprobación de la operación. Aunque no se encontró la justificación de su inclusión, se entiende la relevancia de medir los efectos de los programas de PTMC en indicadores de eficiencia interna en educación.
Componente 2: Fortalecimiento institucional, mejora de la gestión y atención a beneficiarios											
2.1	A partir de la información administrativa se genera información analítica útil para la toma de decisiones	Informe	Flujo lento, riesgoso, y fragmentado de información de protección social	Acceso fluido, seguro e integral de información entre entidades de PS.	Informe	Flujo lento, riesgoso, y fragmentado de información de protección social	Acceso fluido, seguro e integral de información entre entidades de PS.	N/A	N/A	N/A	Eliminado.
2.2	Costos administrativos de Solidaridad	Porcentaje	19	19	Porcentaje	19	19	N/A	N/A	N/A	Eliminado. Sin embargo, según datos suministrados por el GCPS los costos administrativos del

No.	Indicador	Aprobado			Elegibilidad + 60 d			Cierre de Proyecto			Comentarios
		Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (A)	
											programa disminuyeron.
2.3	La dirección del programa Solidaridad da seguimiento a sus indicadores de proceso, producto y resultados, basado en el Sistema Informático del Programa de Protección Social y las evaluaciones operativas y de impacto.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Reporte	1.00 (da seguimiento con el sistema informático)	1.00 (da seguimiento con el sistema informático)	Nueva incorporación.
Componente 3: Evaluaciones de impacto y de innovaciones											
3.1	Se institucionaliza la generación de aprendizajes para mejorar el diseño y operación de Solidaridad	Reporte	Solo hay evaluaciones de percepciones de Solidaridad	N/A	Reporte	Solo hay evaluaciones de percepciones de Solidaridad	N/A	N/A	N/A	N/A	Eliminado. Pero se evidencio el cumplimiento del mismo.

**Sección “B” - Relevancia –
Tabla de logros alcanzados - Fase I**

Impacto/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de Base	Año de Línea de Base	Metas y Resultados Alcanzados	% logrado (sobre meta original)	Medio de Verificación
Objetivo específico 1: Iniciar la transición de Solidaridad hacia un programa más eficiente que pusiera mayor énfasis en promover mejoras en los estados nutricionales y de salud, y en el nivel de escolaridad de sus beneficiarios						
Prevalencia de desnutrición crónica de niños(as) de 0-2 años en hogares	Porcentaje	10.60%	2010	P	0	Línea de Base: Encuesta de Evaluación de la Protección Social, 2010 Meta: Encuesta de Evaluación de la Protección Social, 2011 El indicador inicial era Prevalencia de desnutrición crónica de 0 – 2 años en hogares SIUBEN - 1. Para efecto del PCR se midió con un proxy Porcentaje de niños menores de cinco años con desnutrición crónica Quintil 1 alcanzando 8,4, según datos ENDESA 2013.
				P(a)		
				A		
Estatura promedio de niños y niñas en los rangos de 36 a 60 meses en hogares	Centímetros	99.3 cm	2010	P	0	Línea de Base: Encuesta de Evaluación de la Protección Social, 2010 Meta: Encuesta de Evaluación de la Protección Social, 2011.
				P(a)		
				A		
	Porcentaje	18.38%	2010	P	1,580.43%	

Impacto/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de Base	Año de Línea de Base	Metas y Resultados Alcanzados		% logrado (sobre meta original)	Medio de Verificación
				P(a)	19.30		
Niños(as) entre 14 y 16 años en hogares Solidaridad que terminaron al menos 6 grados de educación básica.				A	32.92		Línea de Base: Encuesta de Evaluación de la Protección Social, 2010 Meta: Encuesta de Evaluación de la Protección Social, 2011 El indicador inicial era Porcentaje de niños(as) de entre 14 y 16 años en hogares SIUBEN -1 que terminaron al menos 6 grados de educación básica, para este indicador no se contó con información disponible.
Niños(as) entre 12 y 60 meses en hogares beneficiarios de Solidaridad con esquema completo de vacunación.	porcentaje	26.10%	2010	P		322.72%	Línea de Base: Encuesta de Evaluación de la Protección Social, 2010 El indicador inicial era porcentaje de niños (as) menores de dos años en hogares SIUBEN -1 con esquema de vacunación completo. Para este indicador no se contó con información.
				P(a)	30.50		
Mujeres beneficiarias de Solidaridad que fueron al primer control prenatal durante los primeros tres meses del último embarazo.	Porcentaje	68.30	2010	A	71.20	26%	Línea de Base: Encuesta de Evaluación de la Protección Social, 2010 El indicador inicial era porcentaje de mujeres embarazadas en hogares solidaridad que reciben control prenatal durante el primer mes de embarazo, para el cual no se tuvo información, pero se utilizó un proxy para su medición, porcentaje de mujeres embarazadas en hogares solidaridad que reciben control prenatal.
				P	79.45		
Deserción intra-anual para los matriculados en el 7o. y 8o grado de educación básica de la población beneficiaria del ILAE.	Porcentaje	4.81	2010	P		93.9%	Línea de Base: Encuesta de Evaluación de la Protección Social, 2010.
Objetivo Específico 3: Promocionar la mejora continua y la transparencia del PROSOLI							
La dirección del programa Solidaridad da seguimiento a sus indicadores de proceso, producto y resultados, basado en el Sistema Informático del Programa de Protección Social y las evaluaciones operativas y de impacto.	Binario	0.00	2009	P		100%	Evaluación de Sistemas y de Procesos en 2011.
				P(a)	1.00		
				A	1.00		

Producto/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de Base	Año de Línea de Base	Metas y Resultados Alcanzados		% logrado (sobre meta original)	Medio de Verificación
				P			
Personas de hogares beneficiarios de Solidaridad que reciben transferencias condicionadas a la asistencia escolar regular y al cumplimiento de un protocolo de acciones de salud preventiva financiadas con recursos del proyecto.	Beneficiarios (#)	N/A	N/A	P		100%	No indicado
				P(a)	1,041,085		
				A	1,041,085		
Sistema de información gerencial del Programa de Protección Social en funcionamiento	Sistema	N/A	N/A	P		0%	No indicado
				P(a)	0		
				A	0		
Sistema de comunicación entre las entidades del Programa de Protección Social y sus beneficiarios basado en TICs en funcionamiento	Sistema	N/A	N/A	P		0%	No indicado
				P(a)	0		
				A	0		
Departamentos informáticos de las entidades que conforman el Programa de Protección Social (Solidaridad, SIUBEN, ADESS) certificadas (COBIT).	certificado	N/A	N/A	P		0%	No indicado
				P(a)	0		
				A	0		
Unificación de datos	proyecto	N/A	N/A	P		100%	No indicado
				P(a)	1		
				A	1		
Gestión electrónica de documentos	sistema	N/A	N/A	P		100%	No indicado
				P(a)	1		
				A	1		
Plataforma de interoperabilidad entre los sistemas de Solidaridad, el Sistema único de Identificación de Beneficiarios (SIUBEN) y la ADESS implementada.	plataforma	N/A	N/A	P		100%	No indicado
				P(a)	1		
				A	1		
	Evaluación	N/A	N/A	P		100%	No indicado

Producto/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de Base	Año de Línea de Base	Metas y Resultados Alcanzados		% logrado (sobre meta original)	Medio de Verificación
Evaluación de la RAS (sistema de pago de transferencias) finalizada.				P(a)	1		
				A	1		
Diseño de la Encuesta de Beneficiarios de Solidaridad 2010 finalizado.	Encuesta	N/A	N/A	P		100%	No indicado
				P(a)	1		
				A	1		
Homologación códigos de beneficiarios entre el Programa Solidaridad y el MED	Homologación	N/A	N/A	P		100%	No indicado
				P(a)	1		
				A	1		

**Sección “C”- Eficiencia –
Tabla 3, Costos del Programa – Fase I**

Componente #. 1: Transferencias monetarias condicionadas							
Producto		Unidad de medida	2009	2010	2011	2012	Componente revisado costo
1.1	Personas de hogares beneficiarios de Solidaridad que reciben transferencias condicionadas a la asistencia escolar regular y al cumplimiento de un protocolo de acciones de salud preventiva financiadas con recursos del proyecto.	Beneficiarios (#)	P				65,458,343.2
			P(a)	24,000,000	40,450,000	0	65,458,343.2
			A	24,000,000	41,458,343.2	0	65,458,343.2
Componente #.2: Fortalecimiento del Sistema informático del Programa de Protección Social							
Producto		Unidad de medida	2009	2010	2011	2012	Componente revisado costo
2.1	Sistema de información gerencial del Programa de Protección Social en funcionamiento	Sistema	P				4,583,256
		P(a)	0	396,000	216,000		180,000
		A	0	180,000	0	0	180,000
Producto		Unidad de medida	2009	2010	2011	2012	EOP 2012
2.2	Sistema de comunicación entre las entidades del Programa de Protección Social y sus beneficiarios basado en TICs en funcionamiento	Sistema	P				
		P(a)	0	568,000	418,000		150,000
		A	0	150,000	0	0	150,000
Producto		Unidad de medida	2009	2010	2011	2012	EOP 2012
2.3	Departamentos informáticos de las entidades que conforman el Programa de Protección Social (Solidaridad, SIUBEN, ADESS) certificadas (COBIT).	certificado	P				
		P(a)	0	2,411,000	1,917,000		3,591,256
		A	0	809,101	2,782,155	0	3,591,256

Producto		Unidad de medida		2009	2010	2011	2012	EOP 2012
2.4	Unificación de datos	proyecto	P					
			P(a)				59,235.44	82,000
			A	0	0	0	82,000	82,000
Producto		Unidad de medida		2009	2010	2011	2012	EOP 2012
2.5	Gestión electrónica de documentos	sistema	P					
			P(a)				424,826	447,000
			A	0	0	0	447,000	447,000
Producto		Unidad de medida		2009	2010	2011	2012	EOP 2012
2.6	Plataforma de interoperabilidad entre los sistemas de Solidaridad, el Sistema único de Identificación de Beneficiarios (SIUBEN) y la ADESS implementada.	plataforma	P					
			P(a)				85,594.2	133,000
			A	0	0	0	133,000	133,000
Componente #.3: Evaluación de innovaciones y resultados								
Componente revisado monto								
593,000								
Producto		Unidad de medida		2009	2010	2011	2012	EOP 2012
3.1	Evaluación de la RAS (sistema de pago de transferencias) finalizada.	Evaluación	P					
			P(a)	0	200,000	328,000	70,000	328,000
			A	0	0	128,000	200,000	328,000
Producto		Unidad de medida		2009	2010	2011	2012	EOP 2012
3.2	Diseño de la Encuesta de Beneficiarios de Solidaridad 2010 finalizado.	Encuesta	P					
			P(a)	0	250,000	0		59,000
			A	0	59,000	0	0	59,000
Producto		Unidad de medida		2009	2010	2011	2012	EOP 2012
3.3	Homologación códigos de beneficiarios entre el Programa Solidaridad y el MED	Homologación	P					
			P(a)	0	49,000	262,000		206,000
			A	0	50,000	156,000	0	206,000

Otros costos

	Producto				2009	2010	2011	2012	Costo	
	Gastos de administración				P					
					P(a)	0	70,000	57,455		85,000
					A	0	73,000	12,000		85,000
	Auditoría				P					
					P(a)	0	0	23,000		23,000
					A	0	0	23,000		23,000

Costo total

	Producto				2009	2010	2011	2012	Costo
	Costo Total	P							
		P(a)			24,000,000	44,394,000	3,221,455	639,655.64	70,742,599.2
		A			24,000,000	42,779,444.2	3,101,155	862,000	70,742,599.2

Anexo IV: Fase II del Programa DR-L1044

**Sección “A”- Relevancia –
Tabla Ajustes a la Matriz de Resultados de la - Fase II (en aprobación elegibilidad+60 días y al cierre del proyecto)**

No.	Indicador	Aprobado		Elegibilidad + 60 d		Cierre de Proyecto		Comentarios
		Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (A)	
Impacto								
Niños y niñas beneficiarios de Solidaridad con menor probabilidad de ser pobres crónicos en la adultez								
1.1	Prevalencia de desnutrición crónica de niños(as) de 0-2 años en hogares beneficiarios de Solidaridad disminuida	Porcentaje	11.6	10.44	Porcentaje	11.6	9.6	Se ajusta el indicador para medir a los beneficiarios de Solidaridad y se actualizan la línea de base y meta para reflejar los datos más recientes. El indicador inicial era prevalencia de desnutrición crónica de niños (as) de 0-2 años en hogares SIUBEN-1.
1.2	Estatura promedio de niños y niñas en los rangos de 36 a 60 meses en hogares beneficiarios de Solidaridad	Centímetros	98.8	99.8	Centímetros	99.3	100.3	Se ajusta el indicador para medir a los beneficiarios de Solidaridad y se actualizan la línea de base y meta para reflejar los datos más recientes. El indicador inicial era estatura promedio de niños y niñas en los rangos de 36 a 60 meses en hogares SIBUEN -1
1.3	Niños(as) de entre 18 y 60 meses en hogares beneficiarios de Solidaridad con esquema de vacunación completa	Porcentaje	46.8	60	Porcentaje	26.1	35.56	Se ajusta el indicador para medir a los beneficiarios de Solidaridad, se modifica el rango de edad en la y se actualizan la línea de base (46.80% en 2007 a 26.10% en 2010) y meta para reflejar los datos más recientes. El indicador inicial era porcentaje de niños (as) menores de dos años en hogares SIUBEN -1 con esquema de vacunación completo, pero no se encontró información al respecto.

No.	Indicador	Aprobado		Elegibilidad + 60 d		Cierre de Proyecto			Comentarios
		Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (P)	Unidad de Medida	
1.4	Niños(as) de entre 14 y 16 años en hogares Solidarios que terminaron al menos 6 grados de educación básica	Porcentaje	38.9	48,5	Porcentaje	38.9	48,5	Porcentaje	Se ajusta el indicador para medir a los beneficiarios de Solidaridad y se actualizan la línea de base (38,90% en 2007 a 18,39% en 2010) y meta para reflejar los datos más recientes.
Resultado									
Componente 1: Transferencias Monetarias Condicionadas									
1.1	Porcentaje de hogares con al menos un niño menor de 6 años y que reciben la transferencia de salud y nutrición, que cumplen con su esquema de promoción de crecimiento o que reciben una advertencia de suspensión a causa de un primer incumplimiento.	Porcentaje	0	75	Porcentaje	0	75	N/A	El indicador se elimina y se sustituye por otro con el objetivo de lograr mayor precisión en la medición del parámetro.
1.2	Porcentaje de hogares con una mujer que ha sido registrada como embarazada y que reciben la transferencia de salud y nutrición, que cumplen con su protocolo de visitas prenatales o que reciben una advertencia de suspensión a causa de un primer incumplimiento.	Porcentaje	0	75	Porcentaje	0	75	N/A	El indicador se elimina y se sustituye por otro con el objetivo de lograr mayor precisión en la medición del parámetro. Sin embargo, para la medición el Programa a través de la verificación de responsabilidades de PROSOLI indica que se alcanzó el 97,5%
1.3	Porcentaje de hogares con menores de 2 años y que reciben la transferencia de salud	Porcentaje	0	75	Porcentaje	0	75	N/A	El indicador se elimina y se sustituye por otro con el objetivo de lograr mayor precisión en la medición del parámetro.

No.	Indicador	Aprobado			Elegibilidad + 60 d			Cierre de Proyecto			Comentarios
		Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (A)	
	y nutrición, que cumplen con su esquema de vacunación o que reciben una advertencia de suspensión a causa de un primer incumplimiento.										
1.4	Porcentaje de beneficiarios que reciben la transferencia educativa que cumplen con asistir al menos 80% de las clases del bimestre o que reciben una advertencia de suspensión a causa de un primer incumplimiento.	Porcentaje	0	95	Porcentaje	0	95	N/A	N/A	N/A	El indicador se elimina y se sustituye por otro con el objetivo de lograr mayor precisión en la medición del parámetro.
1.5	Diferencia entre beneficiarios de Solidaridad y no beneficiarios en el porcentaje de niños menores de 5 años que fueron llevados al centro de salud para sus controles (exámenes médicos para que lo midan, pesen y vacunen).	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Porcentaje	-7.4	-2.4	Nueva incorporación. Se entiende es para precisar la medición del resultado esperado.
1.6	Diferencia entre beneficiarios de Solidaridad y no beneficiarios en el porcentaje de mujeres embarazadas que tuvieron al menos un monitoreo prenatal durante el primer trimestre de embarazo.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Porcentaje	0.48	2.08	Nueva incorporación. Se entiende es para precisar la medición del resultado esperado.

No.	Indicador	Aprobado			Elegibilidad + 60 d			Cierre de Proyecto			Comentarios
		Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (A)	
1.7	Diferencia entre beneficiarios de Solidaridad y no beneficiarios el porcentaje de niños entre 12 y 60 meses que cuentan con el esquema de vacunación completo para la edad.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Porcentaje	0.27	10.60	Nueva incorporación. Se entiende es para precisar la medición del resultado esperado.
1.8	Diferencia entre beneficiarios de Solidaridad y no beneficiarios en el porcentaje de niños y jóvenes de entre 6 y 18 años de edad que se inscribieron y culminaron el año escolar	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Porcentaje	-1,28	1.5	Nueva incorporación. Se entiende es para precisar la medición del resultado esperado.
Componente 2: Sistemas Informáticos											
2.1	A partir de la información administrativa se genera información analítica útil para la toma de decisiones.	Reporte	Flujo lento, riesgosos o, y fragmentado de información de protección social.	Acceso fluido, seguro e integral de información entre entidades de PS.	Reporte	Flujo lento, riesgosos o, y fragmentado de información de protección social.	Acceso fluido, seguro e integral de información entre entidades de PS.	N/A	N/A	N/A	Eliminado. Sin embargo, se dio por cumplido dados los avances del programa en el uso de la información.
2.2	Se cuenta con información para determinar el monto de la capitación al primer nivel de salud	Reporte	Presupuesto transferido a UNAPs por inercia histórica	Convenios de desempeño con los SRS en función a capitación realista	Reporte	Presupuesto transferido a UNAPs por inercia histórica	Convenios de desempeño con los SRS en función a capitación realista	N/A	N/A	N/A	Eliminado. Sin embargo, se logró la meta con el apoyo de una operación de préstamo entre el Banco y el MSP

No.	Indicador	Aprobado			Elegibilidad + 60 d			Cierre de Proyecto			Comentarios
		Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (A)	
2.3	Número de Regiones de Salud (son 9 en todo el país) que operan bajo Convenios de Gestión que incluyen metas de calidad y cuyos parámetros de costos son estimados con información generada directamente por los centros de salud	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Número	0	0	Nueva incorporación.
2.4	Centros de salud que cumplen con las normas de habilitación y que atienden a beneficiarios de Solidaridad aumentado.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Porcentaje	10.00	50.00	Nueva incorporación. La misma responde a la necesidad de cumplir con las normas de habilitación.
2.5	Personal de salud del Primer Nivel que recibieron entrenamiento financiado por el proyecto y que atiende a beneficiarios de Solidaridad que conocen al menos un 60% de los contenidos de las guías y protocolos de atención materno-infantil	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Porcentaje	8.00%	50.00%	Nueva incorporación. La misma responde a la necesidad de medir el progreso en el entrenamiento de personal médico.
2.6	Número de personas que reciben atención en CAPS habilitados	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Personas	382,500	682,500	Nueva incorporación. Que pudo responder a la necesidad de medir el impacto de los CAP.
Componente 3: Calidad de los Servicios de Salud											
3.1	Incremento en el porcentaje de beneficiarios de Solidaridad que asiste a UNAPs habilitadas.	Porcentaje	10	20	Porcentaje	10	20	N/A	N/A	N/A	Eliminado. No se tenía información disponible para medir el parámetro.
3.2	Incremento en el porcentaje del personal de salud del	Porcentaje	8% en materno,	22	Porcentaje	8% en materno,	22	N/A	N/A	N/A	Eliminado.

No.	Indicador	Aprobado			Elegibilidad + 60 d			Cierre de Proyecto			Comentarios
		Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (A)	
	Primer Nivel que conoce al menos un 80% de los contenidos de las guías y protocolos de atención materno-infantil		0% en infantil			, 0% en infantil					
3.3	Número de convenios de desempeño con las SRS a los que se monitorea indicadores de calidad	Convenios	0	9	Convenios	0	9	N/A	N/A	N/A	Eliminado.
Componente 4: Evaluación											
4.1	Se generan recomendaciones para fortalecer el diseño y ciclo operativo de Solidaridad	Reporte	0	9	Reporte	0	9	N/A	N/A	N/A	Eliminado.

**Sección “B” - Relevancia –
Tabla 2 logros alcanzados - Fase II**

Impacto/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de Base ⁴²	Año de Línea de Base	Metas y Resultados Alcanzados		% logrado (sobre meta original)	Medio de Verificación
Objetivo 1: que Solidaridad alcance un proceso de verificación de condicionalidades eficiente, liderado por el MSP y el MED, con costos transaccionales menores para estos ministerios							
Prevalencia de desnutrición crónica de niños(as) de 0-2 años en hogares	Porcentaje	10.60%	2010	P	7.30	30.30%	Línea de Base: Encuesta de Evaluación de la Protección Social, 2010 Meta: Encuesta de Evaluación de la Protección Social, 2011
				P(a)	9.60		
				A	9.60		
Estatura promedio de niños y niñas en los rangos de 36 a 60 meses en hogares	Centímetros	99.3 cm	2010	P	101.36	48.54%	Línea de Base: Encuesta de Evaluación de la Protección Social, 2010 Meta: Encuesta de Evaluación de la Protección Social, 2011
				P(a)	100.30		
				A	100.30		
Niños(as) de entre 18 y 60 meses en hogares beneficiarios de Solidaridad con esquema de vacunación completa	Porcentaje	26.10	2010	P	38.80	82.36%	Línea de Base: Encuesta de Evaluación de la Protección Social, 2010 Meta: Encuesta de Evaluación de la Protección Social, 2011
				P(a)	35.56		
				A	35.56		
Niños(as) entre 14 y 16 años en hogares Solidaridad que terminaron al menos 6 grados de educación básica.	Porcentaje	18.38%	2010	P	20.22	100%	Línea de Base: Encuesta de Evaluación de la Protección Social, 2010 Meta: Encuesta de Evaluación de la Protección Social, 2011
				P(a)	20.22		
				A	20.22		

⁴² Corresponde a la línea de base reportada en el PMR del proyecto. La línea de base de la matriz inicial fueron estimaciones propias del equipo con base en la Encuesta demográfica y de Salud 2007.

Resultado/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de Base	Año de Línea de Base	Metas y Resultados Alcanzados			% logrado (sobre meta original)	Medio de Verificación
Diferencia entre beneficiarios de Solidaridad y no beneficiarios en el porcentaje de niños menores de cinco años que fueron llevados al centro de salud para sus controles (exámenes médicos para que lo midan, pesen y vacunen).	porcentaje	-7.40	2010	P		0.00	153.00%	Línea de Base: Encuesta de Evaluación de la Protección Social, 2010
				P(a)		2.74		
				A		-0.27		
Diferencia entre beneficiarios de Solidaridad y no beneficiarios en el porcentaje de mujeres embarazadas que tuvieron al menos un monitoreo prenatal durante el primer trimestre de embarazo.	Porcentaje	0.48	2010	P		10.00	-30.00%	Línea de Base: Encuesta de Evaluación de la Protección Social, 2010
				P(a)		2.08		
				A		0.00		
Diferencia entre beneficiarios de Solidaridad y no beneficiarios el porcentaje de niños entre 12 y 60 meses que cuentan con el esquema de vacunación completo para la edad.	Porcentaje	0.27	2010	P		4.00	43.65%	Línea de Base: Encuesta de Evaluación de la Protección Social, 2010
				P(a)		10.60		
				A		4.78		
Diferencia entre beneficiarios de Solidaridad y no beneficiarios en el porcentaje de niños y jóvenes de entre 6 y 18 años de edad que se inscribieron y culminaron el año escolar	Porcentaje	-1.28	2010	P		10.00	46.04%	Evaluación de Sistemas y de Procesos en 2011.
				P(a)		1.50		
				A		0.00		
Objetivo 2: que la calidad de los servicios de salud que reciben los beneficiarios de Solidaridad en el primer nivel se incremente								
Número de Regiones de Salud (son 9 en todo el país) que operan bajo Convenios de Gestión que incluyen metas de calidad y cuyos parámetros de costos son estimados con información generada directamente por los centros de salud.	Porcentaje	0.00	2010	P		9.00	0%	Convenios de gestión con las regionales de salud.
				P(a)		9.00		
				A		0		
Centros de salud que cumplen con las normas de habilitación y que atienden a beneficiarios de Solidaridad aumentado.	Porcentaje	10.00	2010	P		50.00	30%	Reporte de la Dirección de Habilitación del MSP
				P(a)		50.00		
				A		21.80		
Personal de salud del Primer Nivel que recibieron entrenamiento financiado por el proyecto y que atiende a beneficiarios de Solidaridad que conocen al menos un 60% de los contenidos de las guías y protocolos de atención materno-infantil	Porcentaje	8.00	2009	P		50.00	12,38%	Reporte de la firma contratada para dar la capacitación.
				P(a)		50.00		
				A		13.20		
Número de personas que reciben atención en CAPS habilitados.	Beneficiarios (#)	382,500.00	2011	P			0%	No disponible
				P(a)		682,500.00		
				A		0.00		

Producto/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de Base	Año de Línea de Base	Metas y Resultados Alcanzados			% logrado (sobre meta original)	Medio de Verificación
Personas que reciben transferencias condicionadas al cumplimiento de las responsabilidades en nutrición, salud y educación con recursos del componente.	Beneficiaries (#)	N/A	N/A	P	408,344		100%	No indicado
				P(a)	981,070			
				A	981,070			
Sistema de Gestión de los Servicios de Salud fortalecido	Sistema	N/A	N/A	P	1		100%	No indicado
				P(a)	2			
				A	2			
Sistema de Verificación Electrónica de Condionalidades interconectado con el Sistema de Gestión de los Servicios de Salud	Sistema	N/A	N/A	P	1		100%	No indicado
				P(a)	1			
				A	1			
Sistema Informático de Protección Social fortalecido	Sistema	N/A	N/A	P	1		100%	No indicado
				P(a)	1			
				A	1			
Centros públicos de tercer nivel de atención de servicios de salud habilitados	Centros de salud	N/A	N/A	P	0		100%	No indicado
				P(a)	15			
				A	15			
Médicos y enfermeras del primer nivel de atención de salud capacitados en las Guías y Protocolos de Salud para el dicho nivel a través del Sistema Modular de Capacitación a Distancia.	Médicos y enfermeras	N/A	N/A	P	2,700		100%	No indicado
				P(a)	355			
				A	355			
Centros públicos de salud de primer nivel de atención equipados (incluido en la lista de insumos mínimos necesarios para lograr la habilitación del MSP.	Centros de salud	N/A	N/A	P	230		100%	No indicado
				P(a)	281			
				A	281			
Desarrollo organizacional y operativo de un Ente Gestor, descentralizado del MSP terminado	Ente Gestor	N/A	N/A	P	1		0%	No indicado
				P(a)	0			
				A	0			
Sistema de Gestión Clínica Ampliado	Sistema	N/A	N/A	P	0		100%	No indicado

Producto/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de Base	Año de Línea de Base	Metas y Resultados Alcanzados			% logrado (sobre meta original)	Medio de Verificación
				P(a)		1		
Informes técnicos de evaluación de impacto de corto plazo de las innovaciones de Solidaridad validados en un proceso de revisión de pares.	Estudios	N/A	N/A	A		1	100%	No indicado
				P		7		
				P(a)		7		
				A		7		
Informe técnico de evaluación de la aplicación de las Guías y Protocolos de salud por parte de médicos y enfermeras del primer nivel de atención (viñetas), validado en un proceso de revisión de pares.	Informes técnicos	N/A	N/A	P		1	0%	No indicado
				P(a)		0		
				A		0		
				P		1		
Informe de evaluación del cumplimiento del Reglamento Operativo del Ente Gestor de los Servicios de Salud validado por la Dirección General de Redes del MSP.	Informes técnicos	N/A	N/A	P(a)		0	0%	No indicado
				A		0		
				P		1		
				P(a)		0		
Informe técnico de la evaluación experimental para analizar el impacto de los esquemas piloto de transferencia educativa realizado	Informe técnico	N/A	N/A	P		1	100%	No indicado
				P(a)		1		
				A		1		
				P		1		

Sección “C”- Eficiencia
Tabla 3, Costos del Programa – Fase II

Componente #r.1: Transferencias monetarias condicionadas

Producto		Unidad de medida	2010	2011	2012	2013	2014	2015	EOP 2014
1.1	Personas que reciben transferencias condicionadas al cumplimiento de las responsabilidades en nutrición, salud y educación con recursos del componente.	Beneficiarias (#)	P	15,000,000	39,665,000	14,335,000			69,000,000
			P(a)	15,000,000	39,665,000	2,000,000	300,000	0	69,000,000
			A	15,000,000	52,000,000	1,700,000	300,000	0	69,000,000

Componente revisado costo
69,000,000

Componente #.2: Sistemas informáticos

Componente #.2: Sistemas Informáticos										Componente revisado costo								
Producto										Unidad de medida	2010	2011	2012	2013	2014	2015	EOP 2014	
2.1	Sistema de Gestión de los Servicios de Salud fortalecido									Sistema	P	1,850,000	3,106,000	2,603,500			7,559,500	
											P(a)	1,850,000	3,106,000		500,000		0	4,162,000
											A	1,850,000	1,700,000	384,000	228,000	0	0	4,162,000
Producto										Unidad de medida	2010	2011	2012	2013	2014	2015	EOP 2014	
2.2	Sistema de Verificación Electrónica de Condicionalidades interconectado con el Sistema de Gestión de los Servicios de Salud									Sistema	P		200,000	0			200,000	
											P(a)		200,000	100,000			0	1,020,252.99
											A	0	100,000	591,000	0	329,252.99	0	1,020,252.99
Producto										Unidad de medida	2010	2011	2012	2013	2014	2015	EOP 2014	
2.3	Sistema Informático de Protección Social fortalecido									Sistema	P		3,539,000	455,000			3,994,000	
											P(a)		3,539,000	6,500,000	1,000,000		0	3,553,000
											A	0	303,000	2,500,000	750,000	0	0	3,553,000

Componente revisado costo
8,735,252.99

Componente #.3: Calidad de los servicios de salud

Componente #.3: Calidad de los servicios de salud										Componente revisado costo	
Producto			Unidad de medida	2010	2011	2012	2013	2014	2015	20,168,190.05	
3.1	Centros públicos de tercer nivel de atención de servicios de salud habilitados	Centros de salud	P								0
			P(a)					4,000,000	0	3,742,103.31	
			A	0	0	0	0	3,742,103.31	0	3,742,103.31	
Producto			Unidad de medida	2010	2011	2012	2013	2014	2015	EOP 2014	
3.2	Médicos y enfermeras del primer nivel de atención de salud capacitados en las Guías y Protocolos de Salud para el dicho nivel a través del Sistema Modular de Capacitación a Distancia.	Médicos y enfermeras	P		540,000	2,286,000					2,826,000
			P(a)		540,000	500,000				0	367,500
			A	0	177,500	190,000	0	0	0	367,500	

Componente revisado costo
20,168,190.05

Producto		Unidad de medida	2010	2011	2012	2013	2014	2015	EOP 2014	
3.3	Centros públicos de salud de primer nivel de atención equipados (Incluido en la lista de insumos mínimos necesarios para lograr la habilitación del MSP.	P		2,000,000	7,650,000				9,650,000	
		P(a)		2,000,000	2,143,053		8,470,200	0	8,371,586.74	
		A	0	400,500	8,800	0	7,962,286.74	0	8,371,586.74	
Producto		Unidad de medida	2010	2011	2012	2013	2014	2015	EOP 2014	
3.4	Desarrollo organizacional y operativo de un Ente Gestor, descentralizado del MSP terminado	P		940,500	230,000				1,170,500	
		P(a)		940,500				0	0	
		A	0	0	0	0	0	0	0	
Producto		Unidad de medida	2010	2011	2012	2013	2014	2015	EOP 2014	
3.5	Sistema de Gestión Clínica Ampliado	P							0	
		P(a)			5,503,712	1,600,000			0	7,687,000
		A	0	0	5,448,000	2,239,000	0	0	7,687,000	

Componente #.4: Evaluación										Componente revisado costo			
Producto		Unidad de medida	2010	2011	2012	2013	2014	2015	EOP 2014				
4.1	Informes técnicos de evaluación de impacto de corto plazo de las innovaciones de Solidaridad validados en un proceso de revisión de pares.	P		900,000	0				900,000				
		P(a)		900,000	900,000				1,135,000				
		A	0	1,135,000	0	0	0	0	1,135,000				
Producto		Unidad de medida	2010	2011	2012	2013	2014	2015	EOP 2014				
4.1	Informe de evaluación del cumplimiento de estándares técnicos de las inversiones informáticas del programa validado por las instituciones beneficiarias (entidades del Programa de Protección Social, Ministerios de Salud Pública y Educación).	P		0	45,000				45,000				
		P(a)		0	45,000								
		A	0	0	0	0	0	0	0				
Producto		Unidad de medida	2010	2011	2012	2013	2014	2015	EOP 2014				
4.2	Informe técnico de evaluación de la aplicación de las Guías y Protocolos de salud por parte de médicos y enfermeras del primer nivel de atención (vínetas), validado en un proceso de revisión de pares.	P		0	305,000				305,000				
		P(a)		0	305,000				0				
		A	0	0	0	0	0	0	0				
Producto		Unidad de medida	2010	2011	2012	2013	2014	2015	EOP 2014				
4.3	Informe de evaluación del cumplimiento del Reglamento Operativo del Ente Gestor de los Servicios de Salud validado por la Dirección General de Redes del MSP.	P		0	50,000				50,000				
		P(a)		0	50,000			0	0				
		A	0	0	0	0	0	0	0				

Producto		Unidad de medida		2010	2011	2012	2013	2014	2015	EOP 2014
4.4	Informe técnico de la evaluación experimental para analizar el impacto de los esquemas piloto de transferencia educativa realizado	Informe técnico	P		0	0				0
			P(a)		0	100,000			0	30,000
			A	0	0	30,000	0	0	0	30,000

Otros costos

Producto	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Costo
Auditoría Financiera	P	35,000	40,000				75,000
	P(a)	35,000				0	0
	A	0			0	0	0
Gastos de administración	P	425,000	500,000				925,000
	P(a)	425,000				0	731,556.96
	A	295,000			436,556.96	0	731,556.96
Auditoría recurrente para la verificación del cumplimiento de corresponsabilidades	P	300,000					300,000
	P(a)	300,000					200,000
	A	200,000			0	0	200,000
Gastos con imprevistos	P	0	3,000,000				3,000,000
	P(a)	0				0	0
	A	0			0	0	0

Costo Total

Producto	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Costo
Costo Total	P	16,850,000	51,650,500	31,499,500			100,000,000
	P(a)	16,850,000	51,650,500	18,146,765	3,400,000	12,470,200	100,000,000
	A	16,850,000	56,311,000	10,851,800	3,517,000	12,470,200	100,000,000

Anexo V: Fase III del Programa DR-L1047

**Sección “A” - Relevancia –
Tabla 1, Ajustes a la Matriz de Resultados de la - Fase III (en aprobación elegibilidad+60 días y al cierre del proyecto)**

No.	Indicador	Aprobado			Elegibilidad + 60 d			Cierre de Proyecto			Comentarios
		Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (A)	
Impacto											
Niños y niñas beneficiarios de Solidaridad con menor probabilidad de ser pobres crónicos en la adultez											
NO HUBO CAMBIOS A ESTE NIVEL											
Resultados											
Componente 1 Transferencias Condicionadas											
1.1	Porcentaje de jóvenes pobres entre 16 y 18 años que concluyeron educación media	Reporte	12%	20%							Eliminado.
Componente 2 Fortalecimiento institucional de solidaridad											
2.1	El seguimiento al cumplimiento de las responsabilidades de los hogares ha mejorado	Reporte	Planificación subóptima y bajo nivel de seguimiento	Planificación óptima y alto nivel de seguimiento							Eliminado.
Componente 3 Fortalecimiento de la oferta y mejora de la calidad de los servicios de salud											
3.1	Porcentaje de beneficiarios de Solidaridad que asiste a UNAPs habilitadas	Porcentaje	10	23	Porcentaje	10	23	Porcentaje	21.8	0	Justificación del ajuste de la línea de base y meta no fue determinado
3.2	Porcentaje del personal de salud del primer nivel que conoce al menos un 80% de los contenidos de las guías y protocolos de atención materno-infantil	Porcentaje	8	60	Porcentaje	8	60	Porcentaje	13.2	0	Justificación del ajuste de la meta no fue determinado

No.	Indicador	Aprobado			Elegibilidad + 60 d			Cierre de Proyecto			Comentarios
		Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (P)	Unidad de Medida	Línea de Base	EOP (A)	
Componente 4 Apoyo al sistema integrado de monitoreo y evaluación											
4.1	Se genera información para alimentar el sistema de monitoreo y evaluación	Reporte	N/A	Recomendaciones de las evaluaciones							Eliminado.

Sección “B”- Relevancia
Tabla 2, logros alcanzados - Fase III

Impacto/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de Base	Año de Línea de Base	Metas y Resultados Alcanzados	% logrado (sobre meta original)	Medio de Verificación
Objetivo específico 1: Continuar apoyando el proceso de consolidación institucional de Solidaridad para desempeñar más eficientemente su labor de protección social, y generar incentivos en sus beneficiarios de acumular un acervo de capital humano para escapar de la pobreza						
Prevalencia de desnutrición crónica de niños(as) de 0-2 años en hogares beneficiarios de Solidaridad	Porcentaje	10.10	2011	P	9.80	MSP, a través de su programa de investigaciones nutricionales conjuntamente con el PMA, y con financiamiento de la Agencia Internacional de Energía Atómica (AIEA).
				P(a)	9.80	
				A	5.26	
Estatura promedio de niños y niñas en los rangos de 36 a 60 meses en hogares beneficiarios de Solidaridad	Centímetros	101.10	2011	P	102.00	EEPS 2012, EEPS 2013 Evaluación del Estado Nutricional y Seguridad Alimentaria en una muestra representativa de beneficiarios y no beneficiarios del Programa “Progresando con Solidaridad” república Dominicana, 2017.
				P(a)	102.00	
				A	91.80	
Niños(as) de entre 18 y 60 meses en hogares beneficiarios de Solidaridad con esquema de vacunación completa	Porcentaje	28.50	2011	P	35.00	EEPS 2012, EEPS 2013
				P(a)	35.00	
				A	98.8	
	Porcentaje	73.93	2011	P	76.00	EEPS 2012, EEPS 2013

Impacto/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de Base	Año de Línea de Base	Metas y Resultados Alcanzados			% logrado (sobre meta original)	Medio de Verificación
Niños(as) de entre 14 y 16 años en hogares Solidaridad que terminaron al menos seis grados de educación básica				P(a)	76.00			
				A	0			
				P	69.00			
Porcentaje de mujeres que llevaron al niño al menos a un control en el centro de salud	Porcentaje	56.80	2011	P(a)	69.00		347.54%	Tomado de la verificación de corresponsabilidades de niños de 0 a 5 años
				A	99.20			
				P	55.00			
Porcentaje de mujeres que se les recetó y tomaron vitaminas o micronutrientes en las seis semanas siguientes al parto	Porcentaje	44.00	2011	P(a)	55.00		No disponible pues no es parte de las condicionalidades	EEPS 2012, EEPS 2013
				A	0			
				P	55.00			
Porcentaje de mujeres con un hijo de 0 a 5 años que acudieron a un control en las seis semanas siguientes al parto	Porcentaje	44.60	2011	P(a)	55.00		524.03%	Verificación de corresponsabilidades
				A	99.10			
				P	20.00			
Porcentaje de mujeres que durante su último embarazo tomaron pastillas de ácido fólico, hierro y vitaminas o suplementos y no pagaron por ellas	Porcentaje	10.80	2011	P(a)	20.00		No disponible pues no es parte de las condicionalidades	EEPS 2012, EEPS 2013
				A	0			
				P	90.00			
Proporción de hogares que conocen las corresponsabilidades de Solidaridad	Porcentaje	10.80	2011	P(a)	90.00		No disponible	EEPS 2012, EEPS 2013
				A	0			
				Objetivo específico 2: Niños (as) de entre 18 y 60 meses en hogares beneficiarios de solidaridad con esquema de vacunación				
Porcentaje de beneficiarios de Solidaridad que asiste a UNAPs habilitadas	Porcentaje	21.80	2011	P	55.00		186.14%	Informes Semestrales. Dato administrativo 2017
				P(a)	55.00			
				A	83.60			

Impacto/Indicador	Unidad de Medida	Valor de Línea de Base	Año de Línea de Base	Metas y Resultados Alcanzados			% logrado (sobre meta original)	Medio de Verificación
Porcentaje de médicos que proveen servicios de salud siguiendo las guías y protocolos de atención materno-infantil	Porcentaje	8.00	2011	P	50.00		No disponible	Informes Semestrales
				P(a)	50.00			
				A	0			
Porcentaje del personal de salud del primer nivel que conoce al menos un 80% de los contenidos de las guías y protocolos de atención materno-infantil	Porcentaje	13.20	2011	P	60.00		No disponible	Informes Semestrales
				P(a)	60.00			
				A	0			

Producto	Unidad de Medida	Valor de Línea de base	Año de línea de base	Metas y alcance real			% Alcanzado	Medios de verificación
Transferencias condicionadas								
1.1 Número de personas que reciben transferencias monetarias condicionadas al cumplimiento de las responsabilidades en nutrición, salud y educación.	Beneficiarios (#)	N/A	N/A	P	755,938.2		100%	Verificación de responsabilidades
				P(a)	915,714.6			
				A	915,714.,6			
Fortalecimiento institucional de Solidaridad								
2.1 Estrategia de comunicación dirigida a mejorar el conocimiento de las responsabilidades implementada	Estrategia	N/A	N/A	P	1		100%	Datos administrativos
				P(a)	1			
				A	1			
2.2 Sistema automatizado de planificación, seguimiento y supervisión efectiva de los enlaces comunitarios implementado	Sistema	N/A	N/A	P	1		100%	Datos administrativos
				P(a)	1			
				A	1			
2.3 Enlaces Familiares de PROSOLI Fortalecidos	Estrategia de motivación	N/A	N/A	P	0		100%	Datos administrativos
				P(a)	1			
				A	1			

Producto	Unidad de Medida	Valor de Línea de base	Año de línea de base	Metas y alcance real			% Alcanzado	Medios de verificación
2.4 Estrategia para el cambio de comportamiento de la ciudadanía en violencia de pareja diseñada	Contratos	N/A	N/A	P	0	100%	Datos administrativos	
				P(a)	1			
				A	1			
2.5 Estudio del Programa Progresando Avanzando realizado	Estudios	N/A	N/A	P	0	0%	Datos administrativos	
				P(a)	1			
				A	0			
2.6 Taller de inclusión social realizado	Taller	N/A	N/A	P	0	100%	Datos administrativos	
				P(a)	1			
				A	1			
Fortalecimiento de la oferta y mejora de la calidad de los servicios de salud								
3.1 Personal del nivel gerencial y de coordinación de los Sistemas Regionales de Salud (SRS) capacitado en Sistemas de Gestión	Personas	N/A	N/A	P	240	100%	Datos administrativos	
				P(a)	230			
				A	230			
3.2 Personal del primer nivel de atención capacitados en protocolos	Personas	N/A	N/A	P	1,545	100%	Datos administrativos	
				P(a)	1,056			
				P	1,056			
3.3 CAP con déficits en equipamientos médicos cubiertos	CAP	N/A	N/A	P	100	100%	Datos administrativos	
				P(a)	99			
				A	99			
3.4 CAP con infraestructura rehabilitada	CAP	N/A	N/A	P	100	100%	Datos administrativos	
				P(a)	100			
				A	100			
3.5 Modelo de atención primaria diseñado	Implementación	N/A	N/A	P	1	100%	Datos administrativos	
				P(a)	1			
				A	1			
3.6 Banco Nacional de Sangre fortalecido	Banco de Sangre	N/A	N/A	P	1	100%	Datos administrativos	
				P(a)	0			
				A	1			
3.7 Intervención de prevención del embarazo adolescente implementado	Intervención	N/A	N/A	P	1	100%	Datos administrativos	
				P(a)	0			
				A	1			
3.8 Personal de atención (Enfermeras) del nivel primario capacitado en sistemas de gestión en salud	Personas	N/A	N/A	P	1	100%	Datos administrativos	
				P(a)	1			
				A	1			

Producto	Unidad de Medida	Valor de Línea de base	Año de línea de base	Metas y alcance real		% Alcanzado	Medios de verificación
				P	1		
3.9 Sistema de Gestión Clínica Ampliado	Materiales	N/A	N/A	P(a)	0	0%	Datos administrativos
				A	0		
				P	0		
3.10 Programa Ampliado de Inmunizaciones difundido	Sistema	N/A	N/A	P(a)	1	100%	Datos administrativos
				A	1		
				P	1		
4.1 Evaluación del sistema de gestión clínica realizada	Evaluación	N/A	N/A	P(a)	1	100%	Datos administrativos
				A	1		
				P	1		
4.2 Evaluación del sistema georreferenciado del mapa de oferta de servicios de salud realizada	Evaluación	N/A	N/A	P(a)	0	0%	Datos administrativos
				A	0		
				P	1		
4.3 Evaluación de la capacitación de niveles gerenciales de los Sistemas Regionales de Salud realizada	Evaluación	N/A	N/A	P(a)	1	100%	Datos administrativos
				A	1		
				P	1		
4.4 Evaluación de la implementación del diplomado a nivel nacional realizada	Evaluación	N/A	N/A	P(a)	1	100%	Datos administrativos
				A	1		
				P	1		
4.5 Evaluación del Plan Piloto de intervención de la prevención del embarazo realizada	Evaluación	N/A	N/A	P(a)	0	0%	Datos administrativos
				A	0		
				P	0		
4.6 Investigación sobre fracaso de los negocios emprendidos por mujeres	Contratación	N/A	N/A	P(a)	1	100%	Datos administrativos
				A	1		
				P	0		
4.7 Taller de evaluación de proyectos pilotos en América Latina y el Caribe realizado	Taller	N/A	N/A	P(a)	1	100%	Datos administrativos
				A	1		
				P	0		
4.8 Sistematización PMTC realizado	Documento	N/A	N/A	P(a)	1	100%	Datos administrativos
				A	1		
				P	1		

Sección “C”- Eficiencia
Tabla 3, Costos del Programa – Fase III

Componente #r. 1: Transferencias condicionadas											Componente revisado costo
Producto		Unidad de medida	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	EOP 2018	
1.1	Número de personas que reciben transferencias monetarias condicionadas al cumplimiento de las responsabilidades en nutrición, salud y educación.										
		P	42,751,000	4,750,000						47,501,000	
		P(a)	42,751,000	4,750,000		0	12,022,515.36			54,772,515.36	
		A	38,000,000	4,750,000	0	0	12,022,515.16	0	0	54,772,515.16	

Componente #.2: Fortalecimiento institucional de Solidaridad										Componente revisado costo
Producto										2,570,458.87
	Unidad de medida		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	EOP 2018
2.1	Estrategia de comunicación dirigida a mejorar el conocimiento de las corresponsabilidades implementada	P	20,000	10,000						30,000
		P(a)	20,000	10,000		113,001	446,854.01	489,243.34	196,338	1,023,702.03
		A	20,000	0	30,314.44	53,298.55	269,895.5	453,855.54	34,338	861,702.03

Producto	Unidad de medida	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
2.2 Sistema automatizado de planificación, seguimiento y supervisión efectiva de los enlaces comunitarios implementado	P	20,000	0	500,000						
	P(a)	20,000	0		525,000	11,987.39	74,546.11	328,564.1		
	A	20,000	0	0	65,207.36	0	66,985.38	21,785.83		

Producto	Unidad de medida	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
2.3 Enlaces Familiares de PROSOLI Fortalecidos	P									
	P(a)							431,000		
	A	0	0	0	0	0	0	595,498.55		

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Milestone	Adquisición de materiales de trabajo para los enlaces familiares	Materiales	P									
			P(a)									
		A										
	Contratación de consultoría para el diseño e implementación del programa motivacional dirigido al personal de enlaces familiares voluntarios	Contrato	P									
			P(a)									
		A										
Producto		Unidad de medida		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	EOP 2018	
2.4	Estrategia para el cambio de comportamiento de la ciudadanía en violencia de pareja diseñada	Contratos	P								0	
			P(a)							415,000	415,000	
		A		0	0	0	0	0	329,206.62	329,206.62		

Componente #r.3: Fortalecimiento de la oferta y mejora de la calidad de los servicios de salud

Componente revisado costo
20,639,327.66

Producto	Unidad de medida	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	EOP 2018
3.1	Personal del nivel gerencial y de coordinación de los Sistemas Regionales de Salud (SRS)		1,000,000						1,000,000
	P		1,000,000	347,000	171,150	0	0	0	575,768.99
	A	0	0	347,000	228,768.99	0	0	0	575,768.99

Producto	Unidad de medida	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	EOP 2018
3.2	Personal del primer nivel de atención capacitados en protocolos			473,000					473,000
	P			275,000	10,000	49,048.76	0	0	392,956.72
	A	0	0	275,000	117,956.72	0	0	0	392,956.72

Producto	Unidad de medida	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	EOP 2018
3.3	CAP con déficits en equipamientos médicos cubiertos		4,000,000						4,000,000
	P		4,000,000		1,900,000	3,179,360.4	2,185,624.09	539,074.77	1,908,988.19
	A	0	0	0	650,867.44	48,508.47	670,537.51	562,289.97	1,932,203.39

Producto	Unidad de medida	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	EOP 2018
3.4	CAP con infraestructura rehabilitada			8,791,680					8,791,680
	P				1,973,475.04	4,368,206.82	1,841,967.04	116,623.78	8,140,910.04
	A	0	0	0	3,194,583.98	3,487,125.02	1,342,577.26	113,416.22	8,137,702.48

Producto	Unidad de medida	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	EOP 2018
3.5	Modelo de atención primaria diseñado			3,259,320					3,438,878
	P	179,558		500,000	1,730,677.68	1,540,466.37	790,639.03	0	2,874,219.24
	A	179,558	0	51,761	723,856.54	1,308,619.43	789,982.27	0	2,874,219.24

Producto	Unidad de medida	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	EOP 2018
3.6	Laboratorios del Primer Nivel de Atención Fortalecidos			2,772,100					3,009,100
	P	237,000	0			0			0
	A	237,000	0	0	0	0	0	0	0

Producto		Unidad de medida	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	EOP 2018
3.6	Banco Nacional de Sangre fortalecido	P			3,722,125					3,722,125
		P(a)			155,000	500,000	2,325,546	4,987,865.73	3,135,263.44	6,003,819.68
		A	0	0	105,135.04	7,803.69	1,480,199.64	1,275,417.87	2,520,152.35	5,388,708.59

Producto		Unidad de medida	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	EOP 2018
3.7	Ente Gestor de los servicios de salud consolidado	P			2,964,656					2,964,656
		P(a)				0	0			0
		A	0	0	0	0	0	0	0	0

Producto		Unidad de medida	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	EOP 2018
3.7	Intervención de prevención del embarazo adolescente implementado	P			250,000					250,000
		P(a)			250,000	271,000	468,322.46	226,109.46	112,883.93	407,712.83
		A	0	0	64,674.17	119,389.51	94,326.86	16,438.36	105,593.25	400,422.15

Producto		Unidad de medida	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	EOP 2018
3.8	Personal de atención (Enfermeras) del nivel primario capacitado en sistemas de gestión en salud	P		1,457,220						1,457,220
		P(a)		1,457,220		0	0	0	0	45,477
		A	0	45,477	0	0	0	0	0	45,477

Producto		Unidad de medida	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	EOP 2018
3.9	Sistema de Gestión Clínica Ampliado	P	1,006,633		0					1,006,633
		P(a)	1,006,633				0	0	0	201,837.97
		A	0	0	168,759.4	33,078.57	0	0	0	201,837.97

Producto		Unidad de medida	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	EOP 2018
		P								0

Otros costos

Producto		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Costo
Auditoría Financiera y Gastos Administrativos	P		555,708						555,708
	P(a)		555,708	27,000	350,000	148,458.45	31,390.23	22,087.97	687,498.02
	A		64,509	47,829.16	392,945.08	117,068.22	43,058.59	33,413.26	698,823.31
Consultorías y adquisiciones varias	P								0
	P(a)			475,000	0	0		65,000	507,393.1
	A			442,393.1	0	0	0	31,083.25	473,476.35
Auditoría recurrente	P	200,000							200,000
	P(a)	200,000			0	0		0	209,865.21
	A	200,000		9,865.21	0	0	0	0	209,865.21

Costo Total

Producto	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Costo
Costo Total	P	45,464,191	11,802,928	22,732,881				80,000,000
	P(a)	45,464,191	11,802,928	2,029,000	7,574,303.72	10,749,144.1	5,941,802.87	79,839,381.54
	A	38,290,000	4,859,986	1,542,731.5 2	5,598,284.51	4,671,696.4	4,757,396.61	78,655,439.45

Anexo VI: Análisis ambiental



4. Impactos
hemocentro.pdf