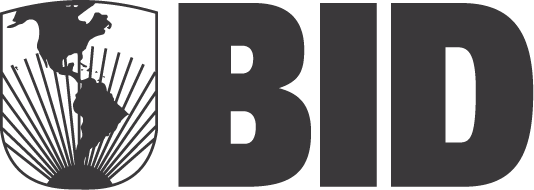
****

**Nota Multisectorial de Inclusión Social de la Población en Pobreza Extrema en Zonas Rurales del Occidente de Honduras**

Agosto 2014

**SCL/SPH:** Pablo Ibarrarán

**EDU/CHO:** Javier Luque

**WSA/CHO:** Max Velásquez

**SPH/CHO:** Hugo Godoy

**SPH/CES:** Maria Deni Sánchez

**SPH/CHO:** Luis Tejerina

**SCL/CGI:** Judith Morrison

**GDI/CHO:** Miriam García

**INE/WSA:** Germán Sturzenegger

**CID/CHO**: Alejandro Quijada

Pedro Martell

Juan de Dios Mattos

**CID/CGU:**

Adela Arreaga

**CID/CID:**

Olga Gómez

Edna Armendáriz

1. **Indicadores Sectoriales Clave**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **POBREZA** |  |  |  |  |
| **Indicador** | **Occidente** | **Resto de Honduras** | **Occidente - Rural** | **Resto Rural** |
| % Pobreza | 75 | 62 | 77 | 66 |
| % Pobreza extrema | 58 | 38 | 65 | 52 |
| % de Población en primer quintil nacional | 31 | 17 | 38 | 29 |
| % de la población beneficiaria del Bono | 23 | 14 | 33 | 21 |
| Ingreso del hogar per capita (L. al mes) | 1874 | 2838 | 1376 | 1808 |
| Ingreso del hogar per capita p25 (L. al mes) | 539 | 840 | 465 | 550 |
| Ingreso del hogar per capita p 50 (L. al mes) | 1028 | 1680 | 825 | 1078 |
| Ingreso del hogar per capita p75 (L. al mes) | 2027 | 3200 | 1470 | 1940 |
| **EDUCACIÓN** |  |  |  |  |
| Tasa de matriculación 6 a 18 años | 66 | 75 | 62 | 66 |
| Tasa de asistencia 6 a 18 años | 66 | 75 | 61 | 65 |
| Tasa de asistencia 6 a 18 años en el primer quintil | 63 | 66 | 61 | 62 |
| % de jóvenes de 13-15 años que completaron el segundo ciclo (6 años de educación) | 74 | 79 | 71 | 73 |
| % de jóvenes de 16-18 años que no completaron el tercer ciclo | 67 | 51 | 75 | 64 |
| % de jóvenes de 16-18 años que no completaron el tercer ciclo y abandonaron la escuela | 57 | 38 | 64 | 53 |
| % de niños de 15 a 18 años en hogares en pobreza extrema que tienen 9 años de educación | 21 | 33 | 16 | 24 |
| Años de educación 18-22 años | 7 | 9 | 6 | 7 |
| Tasa neta de matriculación |  |  |  |  |
| Pre-escolar (5 años) | 76 | 74 | 72 | 68 |
| Primaria (6-11 años) | 72 | 76 | 71 | 73 |
| Tercer Ciclo (12-14 años) | 23 | 26 | 17 | 21 |
| Bachillerato (15-17 años) | 12 | 19 | 8 | 14 |
| **VIVIENDA (% de hogares que cuentan con el atributo)** | | | | |
| Piso de Tierra | 28.16 | 13.79 | 37.81 | 26.61 |
| Alumbrado público | 76.53 | 84.33 | 67 | 67.34 |
| Principal fuente de energía: Electricidad | 5.29 | 20.31 | 1.68 | 5.63 |
| Integrantes del hogar en el exterior | 14.56 | 14.82 | 13.5 | 14.1 |
| Celular | 60.45 | 70.75 | 54.2 | 63.4 |

Fuente: Cálculos propios con base en EPH 2013. El anexo reporta la significancia estadística de las diferencias entre Occidente y el Resto de Honduras.

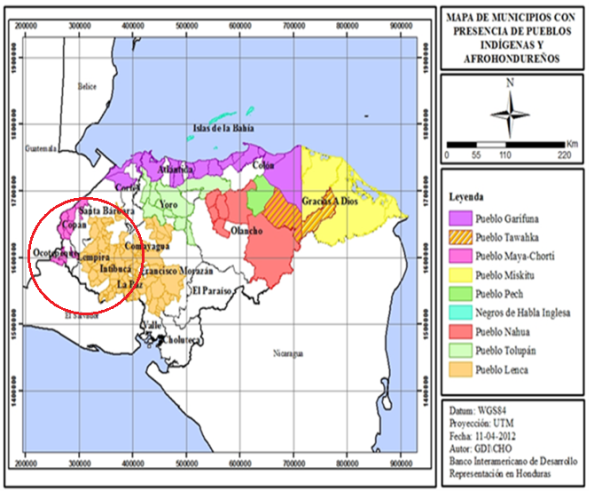
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indicador obtenidos de la ENDESA** | **Copán** | **Intibucá** | **La Paz** | **Lempira** | **Ocotepe-que** | **Sta. Bárbara** | **Occidente** | **No-occidente** | **Nacio-nal** | **Occidente 2005-2006** |
| **Población Total, Porcentaje en el Primer Quintil (Endesa 2011-2012)** | | | | | | | | | |  |
| Población (en miles) | 342 | 234 | 202 | 319 | 138 | 384 | 1,618 | 6,668 | 8,286 | 1,741 |
| Porcentaje en el primer quintil de ingreso | 29 | 53 | 40 | 60 | 22 | 17 | 34 | 16 | 20 |  |
| **Salud (Endesa 2011-2012)** | | | | | | | | | |  |
| Mortalidad materna | 62 | 113 | 112 | 38 | 53 | 44 | 64 | 75 | 73 |  |
| Mortalidad Neonatal (<28 días) | 17 | 21 | 19 | 21 | 13 | 15 | 17 | 18 | 18 | 21 |
| Mortalidad Pos-neonatal (29-365 días) | 8 | 10 | 13 | 10 | 10 | 3 | 8 | 6 | 6 | 14 |
| Mortalidad Pos-infantil (1-5 años) | 11 | 9 | 6 | 5 | 4 | 6 | 7 | 4 | 5 | 14 |
| Desnutrición crónica | 31 | 48 | 39 | 48 | 28 | 27 | 35 | 20 | 23 | 41 |
| Tasa Global de Fecundidad | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| Embarazo y Maternidad en Adolescentes | 33 | 25 | 26 | 30 | 24 | 25 | 28 | 23 | 24 | 25 |
| **Agua, saneamiento e higiene: % de hogares que cumplen con el indicador seleccionado (Endesa 2011-2012)** | | | | | | | | | |  |
| Acceso a agua por tubería | 84 | 83 | 83 | 79 | 82 | 88 | 84 | 86 | 86 | 74 |
| Acceso a agua por pozo/pila pública | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 5 | 4 | 2 |
| Acceso a agua por manantial/arroyo/lago | 12 | 17 | 11 | 17 | 15 | 10 | 13 | 5 | 7 | 20 |
| Agua embotellada como fuente primaria para beber | 36 | 9 | 14 | 9 | 32 | 27 | 23 | 42 | 39 |  |
| Agua a menos de 15 minutos | 94 | 94 | 96 | 94 | 96 | 95 | 95 | 96 | 96 | 92 |
| Saneamiento: Servicio conectado (alcantarillado, fosa) | 39 | 24 | 36 | 25 | 44 | 47 | 37 | 34 | 34 | 23 |
| Saneamiento: Letrina | 38 | 54 | 52 | 41 | 36 | 34 | 40 | 14 | 20 | 43 |
| Saneamiento: Descarga a cuerpo de agua | 6 | 0 | 1 | 2 | 6 | 5 | 4 | 0 | 1 | 1 |
| Saneamiento: No hay servicio /otros | 18 | 23 | 12 | 32 | 14 | 15 | 19 | 7 | 9 | 33 |
| Hogares en que se observó sitio para lavado de manos | 92 | 91 | 97 | 96 | 95 | 95 | 94 | 88 | 90 |  |
| Disponibilidad de agua y jabón | 86 | 81 | 85 | 80 | 89 | 88 | 85 | 89 | 89 |  |

1. **Introducción[[1]](#footnote-2)**

Esta nota propone un enfoque multisectorial para promover la inclusión social de la población en pobreza extrema en zonas rurales del occidente de Honduras. Si bien, como se muestra en la tabla de la sección anterior, los indicadores de pobreza, salud y educación presentan desafíos considerables en todo el país, el abordaje multisectorial enfocado en el occidente rural se sustenta en varias razones. Por un lado, la pobreza es un fenómeno multidimensional, por lo que se requieren intervenciones complementarias y simultáneas para lograr hacerle frente en varias dimensiones de manera paralela y lograr mejoras sostenibles en el bienestar de la población.[[2]](#footnote-3) En el contexto de programas de transferencias monetarias condicionadas (PTMC) como es el caso del Bono Vida Mejor (BVM), hay evidencia que los resultados en términos de promover la acumulación de capital humano son mayores cuando hay inversiones complementarias en la oferta de servicios de salud y educación (Saavedra y García, 2012; Regalia y Castro, 2009; Maluccio et al., 2009). Asimismo, al considerar las restricciones presupuestales que enfrenta el país (el déficit del Gobierno Central en 2013 fue de 7.9% del PIB), es necesario priorizar las inversiones donde tengan mayor impacto en la reducción de la pobreza. En este sentido, debido a los altos costos de realizar una focalización individual en zonas donde la tasa de pobreza es relativamente baja (en especial en zonas urbanas) y a que una parte de las inversiones deben cubrir a toda la población de una aldea o comunidad (como es el caso de los servicios de educación, salud y agua y saneamiento), lo más eficiente es, en una primera instancia, centrar los esfuerzos en territorios con alta densidad de pobreza. De esta manera, la mayoría de los recursos invertidos llegan a los más pobres en cantidad suficiente para impactar en su bienestar y reducir la prevalencia e intensidad de la pobreza.

Tradicionalmente, los departamentos del Occidente de Honduras son los que tienen mayores carencias tanto en pobreza por ingreso como en indicadores de salud, educación y condiciones de la vivienda (incluyendo agua y saneamiento). El Occidente de Honduras incluye a seis de los dieciocho departamentos del país: Copán, Intibucá, La Paz, Lempira, Ocotepeque y Santa Bárbara. Estos departamentos son mayoritariamente rurales (70.5% de la población es rural, frente al 48.8% en el resto del país) y presentan niveles de pobreza extrema considerablemente mayores al resto del país: 63.4% frente a 44.0% (79.2% vs 67.7% en el caso de pobreza total). Para las zonas rurales, la pobreza extrema alcanza 69.8% en occidente, frente a 57.6% en el resto del país. Destaca también que, dentro de Occidente, los departamentos con mayores rezagos son Lempira, Intibucá y La Paz, donde el porcentaje de la población ubicada en el primer quintil de riqueza a nivel nacional es de 60%, 53% y 40% respectivamente. Si bien alrededor de un cuarto de la población rural vive en occidente, un tercio de los pobres extremos rurales vive en dicha zonas. Así pues, la intensidad de la pobreza en Occidente y la necesidad de priorizar por limitaciones presupuestales sustentan la recomendación de priorizar las inversiones en dicha región.

Los indicadores de logro educativo, nutrición y el estado de salud de la población también muestran que el occidente tiene niveles inferiores al promedio nacional, y esto es aún más grave en las zonas rurales (en comparación a zonas rurales del resto de Honduras). Esto se refleja también en la disponibilidad de servicios de agua y saneamiento, que están estrechamente relacionados con los indicadores básicos de salud (Ahuha et al., 2010; Loevinsohn et al., 2014). En educación se observa que la asistencia y logro escolar es más bajo en las zonas rurales de occidente que en el resto de las zonas rurales del país. Por ejemplo, la asistencia de niños de 6 a 18 años es 61% contra 66%, y el promedio de años de escolaridad de los jóvenes de 18 a 22 años es de 6,47 comparado con 7,35. El porcentaje de jóvenes de 16 a 18 años que no completó 9 años de escolaridad y abandonó la escuela es de 65% en áreas rurales de occidente, comparado con 54% en el resto del país y con 38% en zonas urbanas fuera de occidente. En el caso de salud, la desnutrición crónica –que es 20% a nivel nacional, es 35.5% en occidente, alcanzando casi 50% en Intibucá y Lempira. En mortalidad materna también se observa que Intibucá y La Paz tienen valores superiores a 110 muertes por cada 100,000 nacimientos, contra un promedio nacional de 74. Así, también la mortalidad neonatal, pos-neonatal e infantil es mucho mayor en Lempira, La Paz e Intibucá que en el resto del país, con valores de 31, 32 y 31 por mil nacidos vivos respectivamente, mientras que en el resto de Honduras este indicador es de 24. Finalmente, con respecto a agua y saneamiento, si bien la disponibilidad de agua es similar al resto del país, los datos de la EPH muestran que la probabilidad de contar con servicio sanitario es de 80% en zonas rurales de occidente vs 86% en zonas rurales del resto del país, y que de los hogares con servicio sanitario solo el 25% tiene servicio conectado en occidente vs 34% en el resto rural.

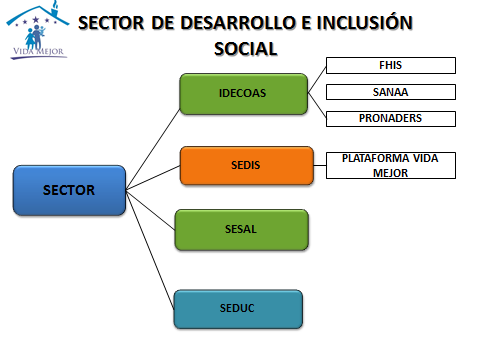
La precaria situación de occidente justifica un enfoque territorial e integral para lograr la inclusión social de la población en pobreza extrema (definida, de acuerdo con el Marco Sectorial de Protección Social y Pobreza, como el logro de la autonomía y acumulación de capital humano, a través de programas que promuevan la acumulación de capital humano y del acceso efectivo a servicios públicos de calidad). Existen problemas en cuanto a la cantidad y calidad de oferta de servicios educativos, de salud y de saneamiento, así como restricciones por el lado de la demanda causados por los altos niveles de pobreza. Esto indica la pertinencia de políticas simultáneas para mejorar la oferta (tanto cobertura como calidad) e incentivar la demanda que permitan incrementar las capacidades y capital humano de la población en pobreza extrema. Dada la composición étnica de la población en occidente, es necesario que las intervenciones tomen en cuenta la pertinencia cultural para lograr el acceso efectivo de los pueblos Lencas (con alta presencia en Lempira, Intibucá y La Paz) y Maya-Chorti (Copán y en menor medida Ocotepeque).

Si bien occidente, y en particular sus áreas rurales, presentan niveles muy altos de pobreza y grandes deficiencias en materia de servicios educativos y de salud, es claro que los problemas son generalizados a todo el país. Por ello, es preciso entender las instituciones y dinámica de los sectores a nivel nacional, para identificar los aspectos claves que son necesarios atender para poder tener un impacto en el occidente, y así contribuir a que el gasto social sea más eficiente. Existen políticas regulatorias y estratégicas que deben tomarse a nivel nacional para poder beneficiar a las poblaciones más pobres del occidente del país. Asimismo, muchos de los problemas de gestión en la provisión de los servicios que inciden en la situación del occidente son comunes a toda Honduras, y por ende deben ser atendidos con una perspectiva nacional. Finalmente, esta nota propone considerar a los servicios de agua y saneamiento debido a que son determinantes para temas de salud, en particular en relación con enfermedades gastrointestinales que afectan a los niños de hogares en pobreza extrema.

El resto de esta nota describe brevemente las instituciones que determinan el funcionar de los sectores, enfatizando las implicaciones para occidente (sección III). La sección IV documenta los avances y retos sectoriales, mientras que la sección V presenta los principales elementos de la Estrategia Vida Mejor (EVM), que es la política del gobierno para lograr la inclusión social, y que tiene especial relevancia para atender los retos en la materia en occidente. La sexta sección presenta las áreas propuestas por el Banco para atender los retos identificados en el marco de la EVM, y la última sección muestra indicadores para medir los resultados de las acciones propuestas.

1. **Marco Legal e Institucional**

**Sector de Desarrollo e Inclusión Social**



A partir del 2005 al 2008 Honduras comenzó una labor para formular una política de protección social (PPS). El primer hito fue la creación de la Secretaria de Desarrollo Social (SDS) como responsable de formular, coordinar, ejecutar y evaluar las políticas públicas en materia social y de reducción de la pobreza. Sin embargo, a diferencia de otros países, la creación de la SDS no se dio en un marco de integración de instituciones y programas relacionados al sector social, sino que surgió como una nueva institución con escaso presupuesto y poca facultad para coordinación de la política social.

Durante el periodo 2010-2014 la SDS transitó por un proceso de continua evolución, modificando su estructura organizativa al mismo tiempo que avanzó parcialmente en el cumplimiento de sus funciones de articulación y evaluación del sector social. Destacan los siguientes avances: la elaboración de una Política de Protección Social, la creación del Registro Único de Beneficiarios (RUB), del Registro de la Oferta Institucional (ROI) y del Sistema Único de Evaluación de Políticas Sociales (SUEPPS), así como la aprobación de la Ley de Protección Social en 2012, que fue la culminación de la labor iniciada en 2005. No obstante, en la mayoría de estos casos si bien se avanzó en la conceptualización, la implementación fue incompleta.

Con relación al PTMC, en 2010 se consolidaron los programas operados por el PRAF, que eran ejecutados a través de ONGs, y se formó un programa nacional en que todas las etapas del ciclo operativo (registro, focalización, prestación de servicios, verificación de corresponsabilidades y pago de transferencias) están a cargo del Gobierno. Así se creó el Bono 10,000, que estuvo adscrito a la Secretaría de la Presidencia y funcionó como ente con autonomía técnica y financiera. En el 2014, con el nuevo gobierno, el Bono cambió de nombre a Bono Vida Mejor, y el PRAF pasó a formar parte la SEDIS, manteniendo (aunque en menor medida) algún grado de autonomía técnica.

A partir del 2014 y como parte del reordenamiento del Poder Ejecutivo, se creó el Gabinete Sectorial de Desarrollo e Inclusión Social (GDIS) como ente rector de la política social. El GDIS coordina, entre otros, a las Secretarías de Estado de Desarrollo e Inclusión Social (SEDIS, antes SDS), Educación (SE) y Salud (SS), así como al Instituto de Desarrollo Comunitario, Agua y Saneamiento (IDECOAS). También se fortalece el rol rector y ejecutor de la SDIS al consolidar instituciones (como el Instituto Nacional de la Juventud, el Programa de Asignación Familiar – PRAF – y la Secretaría de Estado en los Despachos de Pueblos Indígenas y Afrohondureños, entre otras) para racionalizar el gasto de los programas. La creación de un ente rector de la política social y el reordenamiento de los programas para evitar duplicidades ofrecen un gran potencial para fortalecer sinergias y coordinar esfuerzos interinstitucionales enfocados en mejorar la planificación y calidad de la oferta de los servicios sociales.

**Sector de Educación**

Al igual que la SEDIS, la SE con el reordenamiento del Poder Ejecutivo del 2014 fue incluida en el área de coordinación del GDIS. Adicionalmente, la nueva administración creó la Comisión Presidencial por la Calidad de Educación, con el fin de asesorar al presidente con relación a procesos de reforma educativa. La Secretaria de Educación mantiene el rol de ejecutor las políticas del sector.

La Constitución de Honduras en su Capítulo IV: Derechos del Niño, establece el derecho de todo niño de “gozar los beneficios…de la educación” (Artículo 123). La implementación de dicho derecho recae en la Ley Fundamental de Educación (LFE) del 2012. La LFE brinda el marco regulatorio del sector. Establece, entre otras, el concepto de educación básica (un único nivel para los primero 9 grados, incluyendo primaria y los primeros años de secundaria), la obligatoriedad de la educación básica y la paulatina incorporación de la obligatoriedad hasta el nivel medio (12 años de educación), la gratuidad de la educación en los centros educativos oficiales y la educación de calidad; poniendo como actor principal del derecho al educando (niños/as, jóvenes y adultos).

La LFE establece una estructura descentralizada del sector. Así, el manejo de los recursos financieros y humanos se llevarán a cabo de forma descentralizada a nivel departamental, quedando a cargo la administración de los recursos las direcciones departamentales, dentro de su jurisdicción. El proceso de descentralización en el sector educación se viene implementando de forma paulatina. De los cinco departamentos descentralizados a la fecha, tres son de la zona del Occidente (Santa Barbará, Intibucá y Ocotepeque) donde tenían las condiciones y disposición para administrar los recursos, incluyendo el manejo del personal docente.

Para su funcionamiento, la Secretaría de Educación (SE) implementa un diálogo permanente con los donantes externos y la sociedad civil, agrupados en la Mesa Redonda de Donantes en Educación (MERECE) y el Comité Coordinador de Redes Educativas (CONCORDE). Adicionalmente, los Colegios de Profesores tienen una importante participación en el diálogo e implementación de políticas educativas. A nivel local, las municipalidades tienen un rol importante en el sector, dado la recepción de recursos para inversión en el sector. En las zonas rurales el sector privado tiene una participación relativamente pequeña en el sector en educación primaria, principalmente a través de ONGs que ofrecen modalidades flexibles de educación, mismas que en el caso del Instituto Hondureño de Educación por Radio (IHER) y la Fundación Bayán cuentan con reconocimiento oficial. Por otro lado, a nivel nacional asimismo, el rol del sector privado aumenta en los niveles superiores. La provisión de oferta del sector privado corresponde al 8 %, 16% y 22% en primaria, tercer y cuarto ciclo, respectivamente.

**Sector de Salud**

El sistema de salud en Honduras, es segmentado, fragmentado y duplicador de esfuerzos y acciones, conformado por un subsector público y un subsector privado. En el subsector público la Secretaria de Salud ejerce el rol rector y regulador de una forma muy débil y además es el responsable de garantizar la cobertura de un 60% de la población, que no tiene capacidad de pago o de cotizar a un sistema de aseguramiento en salud. Con este fin la Secretaría de Salud, presta los servicios a través de un modelo de gestión centralizado al 80% de su población beneficiaria, y el resto a través de un modelo de gestión descentralizada principalmente de la población pobre del occidente del país. Por otro lado el IHSS cubre el 15% de la población asalariada principalmente de las áreas urbanas a través de una red propia y una red contratada al sector privado. El subsector privado cubre alrededor entre el 5 al 10% de la población a través de una red de servicios de salud que se concentra principalmente en las grandes ciudades y en las cabeceras departamentales; estas últimas de mala calidad ya que la SESAL por su débil rectoría aún no ha implementado el licenciamiento para la habilitación de las unidades de salud. Se estima que el gasto público en salud en Honduras, es de 8.1% del PIB de los cuales el 55% es privado el cual proviene principalmente del bolsillo de las personas de los quintiles más pobres y en la mayoría en medicamentos. Esto indica que aunque existen servicios públicos de salud en casi todo el país el acceso no es efectivo principalmente en la población pobre, teniendo que buscar la solución de sus problemas de salud en el sector privado.

En el 2009 la SESAL lanzó el marco político de la reforma el cual ha sido un documento ordenador de la misma; en el 2013 mediante acuerdo ministerial se aprobó el Modelo Nacional de Salud, el cual describe cómo deben de organizarse los servicios y redes de salud, así como una cartera explícita de servicios por nivel de atención a la cual tendría derecho la población con un enfoque por ciclo de vida. Finalmente en el Plan Nacional de Salud 2010-2014 uno de sus objetivos específicos es mejorar el acceso equitativo de la población, a los beneficios de una atención integral en salud, especialmente las de aquellos grupos poblacionales tradicionalmente excluidos por razones de índole económica, cultural, geográfica o de género. Y entre sus metas establece que el 100% de los 104 municipios más pobres del país, cuentan con cobertura total de servicios de salud para su población a través de la modalidad de gestión descentralizada.

Este gobierno ha iniciado la reforma del sector salud y seguridad social, con el fin de alcanzar la cobertura universal de toda la población mediante un modelo de aseguramiento en salud. Esta reforma implica por un lado, la construcción de un sistema integrado de salud, en el que se pretende unificar las fuentes de financiamiento proveniente tanto de los recursos fiscales como de las contribuciones de los patronos y trabajadores afiliados al IHSS. Además de lo anterior implica, la separación de la provisión de servicios tanto de la Secretaria de Salud como del IHSS, y convertir por un lado a la SESAL en un ente netamente rector y al IHSS en una institución aseguradora, los cuales se relacionarían con los gestores/proveedores de servicios de salud a través de mecanismos contractuales que vinculan el financiamiento con el cumplimiento de indicadores de calidad, desempeño y productividad. Como este proceso de reforma está aún en construcción, se desconoce cómo estará al final estructurado el sistema de salud y seguridad social, para lo cual debe de elaborarse una ley que debe de ser aprobado en el Congreso Nacional.

**Sector de Agua y Saneamiento**

El esquema legal e institucional está definido por la Ley Marco del Sector Agua y Saneamiento del 2003: se crearon el Consejo Nacional de Agua y Saneamiento (CONASA) y el Ente Regulador de los Servicios de Agua y Saneamiento (ERSAPS); y se siguen constituyendo y fortalecimiento a prestadores de servicios, a nivel municipal (empresas municipales) y comunitario (juntas de agua). [[3]](#footnote-4) Actualmente, la administración de los servicios en las cabeceras municipales está en manos de los gobiernos municipales mismos, y solamente en 14 de ellas, incluyendo la del Distrito Central, los servicios son gestionados por el SANAA. Recientes disposiciones legales emanadas desde el poder ejecutivo, y orientadas a racionalizar el aparato gubernamental[[4]](#footnote-5); crean el Instituto de Desarrollo Comunitario, Agua y Saneamiento (IDECOAS). Esta nueva dependencia está llamada a contribuir a ejecutar la política social del Gobierno de la República, pero también tiene un mandato de coordinar la acción de las oficinas de gobierno que intervienen en el desarrollo de la infraestructura de agua y saneamiento en Honduras, especialmente en el ámbito rural. Es así que la base institucional del nuevo IDECOAS la forman el Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA), el Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS), y el Programa Nacional de Desarrollo Rural Sostenible (PRONADERS). Permanece por definirse la distribución de funciones entre IDECOAS y el SANAA, sujeto a una interpretación de las leyes que constituyen los dos órganos estatales, la primera producto de un decreto ejecutivo del 2013, y la segunda, de un acto del poder legislativo de 1961.

**Donantes Externos**

Los sectores de asistencia social, educación y salud cuentan con la constante participación de organizaciones de la sociedad civil y de donantes externos. En el caso de transferencias monetarias, el Bono Vida Mejor ha sido cofinanciado por el Banco, el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) y el Banco Mundial (BM). Para el periodo 2010-2014 el BM ha financiado US$52M y el BCIE US$126M. Los Bancos (BID, BM y BCIE) trabajan coordinadamente para armonizar procedimientos y brindar apoyo técnico y financiero al GOH. Por su parte, y en coordinación con los Bancos, la Agencia de Cooperación Internacional del Japón ha establecido un convenio para apoyar a las familias en temas de inclusión financiera, mientras que la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos apoyará en la actualización del padrón de beneficiarios. En educación, los donantes externos tienen una participación importante y están organizados en una Mesa Redonda sectorial, que agrupa tanto a los organismos multilaterales como el BID, el Banco Mundial, el Banco Centro Americano de Integración Económica, la UNICEF y la UNFPA, como a la cooperación externa proveniente de Alemania, Canadá, España, Estados Unidos de América y Japón. Cabe anotar que la zona del occidente tiene presencia de los cooperantes externos en apoyo técnico de UNICEF, GIZ-PROEFA y USAID por medio de su red de ONGs Educación. Finalmente, en el caso de agua y saneamiento, también existe una Mesa de Cooperantes en Agua y Saneamiento que permanece activa, y que sirve para coordinar iniciativas entre agencias y en el diálogo con instancias gubernamentales. De la Mesa han surgido instrumentos útiles como el mapeo de proyectos de Agua y Saneamiento (2012) y la reflexión sobre 10 años de reforma (2013). Las 14 agencias participantes tienen proyectos de inversión y asistencia técnica en todo el territorio nacional; entre dichas agencias destacan el BM, el BCIE, la USAID y la Unión Europea.

1. **Avances y desafíos sectoriales en la zona de occidente**

Como se muestra en los indicadores de la última tabla de la sección I, la región de occidente ha mostrado avances importantes en términos de educación, salud y agua y saneamiento. Comparando la ENDESA 2011-12 con la información del levantamiento 2005-06, se observan avances consistentes en todas las dimensiones. AEstos avances, sin embargo, son insuficientes en términos absolutos y evidencian la necesidad de redoblar esfuerzos, focalizar recursos, y generar sinergias para promover la inclusión social de la población en pobreza extrema en occidente.

BVM. De acuerdo con la EPH2013, en las zonas rurales de occidente habían alrededor de 172,000 familias en pobreza extrema, de las cuales aproximadamente el 38% recibían el BVM. Los datos sobre la cobertura del BVM en occidente con base en la EPH2013 muestran una cobertura de 86,000 hogares, el 75% son pobres extremos, 11% son pobres moderados, y 14% son no-pobres (la cifra del total de hogares para occidente según la EPH2013 es consistente con los datos administrativos, que no permiten la caracterización por condición de pobreza). Aquí el desafío es sencillo de expresar: aumentar la cobertura de familias en pobreza extrema en el BVM, reduciendo en medida de lo posible la filtración hacia pobres moderados y, sobre todo, a no pobres. Asimismo, los resultados de la reciente evaluación de impacto (NORC-ESA, 2013, que incluye los departamentos de occidente), mostró que la tasa de pobreza se redujo en tres puntos porcentuales (p.p.) y el consumo per cápita aumentó en alrededor de 10%; la brecha de pobreza se redujo en 2,6 p.p., y la brecha de pobreza extrema en tres p.p. En educación aumentó la asistencia 6,2 p.p en el segundo ciclo y 4,3 p.p. en el tercer ciclo de la educación básica. Pese a que los efectos en salud y nutrición fueron limitados, entre menores de tres años aumentó en 2,6 el porcentaje de niños cuya última visita al centro de salud fue para control, y en salud materna, hay impactos entre las mujeres en hogares que reciben el bono en salud (12 p.p. en inmunización contra tétanos y de 22 p.p. en controles postparto). También se constata un aumento en la toma de decisiones autónomas de las mujeres respecto al consumo del hogar, si trabaja fuera del hogar, su salud, así como la educación y salud de los hijos.

Por otro lado, se completó una auditoría social con el apoyo del Consejo de la Sociedad Civil (ConSOC), del BID, que reconoce la importancia del BVM, tanto por el apoyo que representa para el consumo de las familias, como por su efecto en motivar el uso de los servicios de salud y educación. La auditoría sugirió mejorar la eficiencia del proceso de pagos, crear instancias de atención al público para resolver quejas y denuncias, promover la transparencia en las certificaciones, acercar y mejorar la calidad los servicios de salud y educación, y focalizar en pobreza extrema rural.

En general, estos resultados muestran avances e indican que el programa está cumpliendo sus objetivos y expectativas de corto plazo. También, permiten identificar espacios de mejora. Tanto en salud como en educación se observó que los impactos son mayores cuando los apoyos están directamente relacionados a conductas individuales. Por ejemplo, en familias con un solo niño de 6 a 18 años, el impacto en asistencia es el doble que el promedio; en salud, los efectos son mayores cuando la familia no es elegible para el bono en educación. Esto sugiere cambiar la estructura de transferencias definiendo un pago diferenciado por niño para que los apoyos estén directamente relacionados a los comportamientos que se busca incentivar. Los hallazgos de la auditoría social resaltan la importancia de fortalecer la oferta de servicios, en particular de salud y en el tercer ciclo de educación básica. Para esto último, esta nota propone un enfoque territorial para garantizar que, comenzando en los municipios con altos niveles de vulnerabilidad, los servicios de atención primaria en salud (a través de la gestión descentralizada) y la oferta de tercer ciclo en educación esté disponible.

*Educación* En los departamentos que conforman el occidente hondureño, el logro educativo de la población es bajo, por la conjunción de problemas de baja demanda y falta de oferta. La población de 18 a 22 años tiene en promedio menos de un año de logro educativo que el resto del país (7.5 años de escolaridad promedio, vs. 8.6 años en el resto de Honduras). Este menor logro educativo se refleja en los menores niveles de ingresos a nivel de hogar de esta población, como se muestra en que el porcentaje de la población de occidente en el primer quintil de ingresos a nivel nacional es de 34%, contra 16% en el resto del país. El bajo logro educativo de la población adulta se refleja en bajo logro educativo de la población joven, generándose un círculo vicioso de bajo logro educativo. Si bien Honduras ha dado importantes avances en la cobertura a nivel primario (matrícula neta de 92%), la matricula neta en nivel pre-básico, como en el tercer ciclo son bajas (74% y 37%). Los retos son mayores en la zona de occidente, donde si bien la cobertura neta en pre-escolar es similar al total nacional (75%), los departamentos de La Paz y Lempira tienen coberturas significativamente menores (64% y 69%). Por otro lado, la cobertura neta en la zona de occidente en el tercer ciclo es aproximadamente 75% de la tasa nacional.

Los retos en materia de calidad educativa son grandes. De acuerdo a los estándares nacionales, un número reducido de estudiantes logra niveles de logro educativo satisfactorio o mejor en lenguaje (38%, 30%, y 35% en tercer, sexto y noveno grado, respectivamente), y en matemáticas (33%, 10%, y 5% en tercer, sexto y noveno grado, respectivamente). [[5]](#footnote-6) Los departamentos de occidente, con la excepción de Ocotepeque y Copan tienen promedios inferiores al total nacional. Los bajos logros del sector educativo en Honduras en general, y en particular en la región de occidente corresponden a la confluencia de una serie de factores, tanto de oferta como demanda.

Para lograr altas tasas de matrícula en las zonas rurales a nivel primario, la oferta educativa se basa en escuelas unidocente o bidocentes multigrado. Si bien existen experiencias de modelos similares con buen desempeño, estos requieren preparación especial y acompañamiento del docente, así como apoyo constante con materiales. Los modelos multigrados no se han empleado para niveles de educación secundaria, dada la necesidad de tener profesores por asignatura característicos de la provisión formal, estrategia que requiere escuelas con una matrícula amplia por grado, niveles difíciles de conseguir en áreas rurales. De forma similar, la provisión de servicios de pre-básica también se ve afectada por la dispersión de la población, dado la dificultad de generar grupos de estudiantes con el tamaño mínimo requerido según las disposiciones legales.

Por el lado de la demanda, diversos factores influyen para que los estudiantes deserten del sistema educativo antes de culminar sus estudios. Las encuestas de hogares identifican: (i) factores económicos, incluyendo no tener recursos para desplazarse a lugares donde existen escuelas, como necesidad de trabajar para apoyar a la familia, y/o incertidumbre sobre la capacidad de pago de niveles educativos superiores (más costosos); (ii) baja percepción sobre el valor de educación, dado un bajo nivel educativo de los padres que no valoran el potencial de educación, o una percepción de que los contenidos no son relevantes; y (iii) bajos niveles de aprendizaje previos no permiten continuar adecuadamente con los estudios.[[6]](#footnote-7) Cabe anotar que información complementaria identifica la violencia relacionada a la escuela (dentro o en el acceso) como factores importantes en la deserción escolar.[[7]](#footnote-8)

El gobierno, en colaboración con los donantes y la sociedad civil ha implementado métodos alternativos para enfrentar problemas de oferta. A nivel pre-escolar, se ha implementado un modelo de provisión comunitaria, en el que el voluntario (usualmente miembro de la comunidad, joven y/o de bajo nivel educativo) aplica una metodología estructurada llamada Juego y Aprendo. Las evaluaciones muestran un impacto positivo del programa[[8]](#footnote-9). A nivel de Tercer Ciclo, se están implementando metodologías alternativas, las que, de forma similar al modelo de pre-escolar, utilizan un instructor con un método estructurado. Estas metodologías están reconocidas en la LFE. No obstante, la implementación de Tercer Ciclo sin profesores por asignatura puede generar brechas en aprendizaje de los estudiantes. Por ello, es necesario complementar el proceso educativo con el uso de Tecnologías de Información, brindando a los alumnos acceso a contenidos apropiados en todas las asignaturas.

El gobierno ha tomado medidas concretas para mejorar la calidad de la oferta educativa. En el ámbito pedagógico, destacan las evaluaciones a todos los estudiantes entre 1ero y 9no grado, evaluaciones a los docentes con fines de capacitación, elaboración de una estrategia para lograr una provisión efectiva de libros de textos. En el lado administrativo del sector destaca las mejoras del sistema de información de la secretaria mediante plataformas informáticas, mejoras en la distribución de docentes a las escuelas de acuerdo a necesidades.

La introducción de la tecnología ha apoyado con la mejora de los aprendizajes de los alumnos, mejorando el clima escolar. A partir del 2012, el gobierno con el apoyo del Banco ha implementado el programa Educatrachos, dotando de computadores con acceso a internet a más de 50 mil estudiantes, principalmente en comunidades aisladas del territorio Hondureño De acuerdo a evaluaciones independientes del programa, los alumnos han desarrollado habilidades tecnológicas y habrían logrado mejores calificaciones en matemáticas y lenguaje[[9]](#footnote-10).

*Salud* Los indicadores de salud reportados en la sección I muestran avances importantes al comparar los departamentos de occidente en la ENDESA 2011-12 con la ENDESA 2005-06 en cuanto a mortalidad neonatal (que bajó de 20.5 a 17.5 por cada mil nacidos vivos), la mortalidad pos-neonatal (que se redujo de 13.6 a 8) y la desnutrición crónica en menores de 5 años que pasó de 40.65% a 35.5%. El único indicador que muestra un deterioro es el embarazo y maternidad en adolescentes, que aumentó en occidente de 24.7% a 27.9% (cambio similar al observado a nivel nacional).

Estos avances son variados entre los departamentos del occidente del país, por ejemplo, la mortalidad neonatal presentó un descenso importante en los departamentos de La Paz y Copan, de 29 a 19 y de 25 a 17 por mil nacidos vivos respectivamente; probablemente debido al descenso del parto comunitario y al aumento del parto institucional, así como el aumento de cobertura de la atención prenatal y postnatal. En Ocotepeque y Santa Barbara tuvo una baja discreta de 2 puntos; mientras que en Intibucá y Lempira aumentó de 18 a 21 y 19 a 21 respectivamente, que aunque en este último aumentó el parto institucional, el problema de la calidad en la atención del mismo pudo haber incidido en este aumento. Por otro lado la mortalidad postinfantil tuvo un descenso considerado en la mayoría de los departamentos de occidente, a excepción de Intibucá que se mantuvo en 9 por mil nacidos vivos y que aumentó de 3 a 4 por mil nacidos vivos en Ocotepeque a pesar de que es el más bajo del resto de los departamentos. Esto está asociado principalmente a una disminución de la prevalencia de las Enfermedades Diarreicas Agudas, así como a un mayor acceso a los servicios de salud y al aumento del porcentaje de vacunación en niños de 12 a 23 meses, la cual aumentó de un promedio de 79% en el 2006 a 88% en el 2012. La anemia en niños de 6 a 59 meses ha tenido un descenso impresionante, en el que alrededor de 4 de 10 niños de dicha edad padecían de anemia en el 2006 a 2.7 de cada 10 en el 2012, pero aún así continúa siendo un grave problema de salud. La desnutrición crónica también presentó un descenso considerable en Copán y Ocotepeque pero en el resto de los departamentos se mantuvo en niveles elevados, de hecho como promedio 4 de 10 niños menores de 5 años padecen de desnutrición crónica en esos departamentos; principalmente en el departamento de Intibucá y Lempira cuyas tasas de desnutrición ascienden a 48.2% y 47.6% respectivamente (ver cuadro 1).

De lo anterior se deduce que uno de los principales retos en las zonas rurales en Occidente, es mejorar el acceso de la población pobre principalmente del grupo materno infantil, que actualmente está excluida de la atención en salud. Se estima que un alto porcentaje (35%) de la población no tiene acceso a servicios continuos de salud, principalmente la que se encuentra en la zona rural. Los problemas de pobreza y de inaccesibilidad geográfica, así como aspectos culturales constituyen barreras importantes para que la población acceda a los servicios de salud. Garantizar el acceso es el primer paso para enfrentar retos como reducir la mortalidad materna e infantil de estas comunidades cuya tasas son mayores que el promedio nacional, así como reducir la prevalencia de la desnutrición en niños menores de cinco años (se estima que cerca de 5 de cada 10 niños padecen algún grado de desnutrición en los departamentos del occidente del país).

Otros retos son la organización y aumento de cobertura de equipos integrales de atención primaria en salud (EAPS) para el cuidado de la salud de la población principalmente del binomio madre-niño en las comunidades; aumentar la cobertura de la atención prenatal, parto institucional(en estos departamentos es de apenas 62%), puerperio y neonato. Asimismo garantizar la atención de CONE[[10]](#footnote-11) básico, ambulatorio y completo[[11]](#footnote-12) en estas comunidades. También, dada la presencia de pueblos indígenas, destaca la necesidad de brindar servicios culturalmente adecuados. También es necesario garantizar la disponibilidad permanente, suficiente y oportuna de recursos humanos principalmente en las áreas rurales y/o de difícil acceso. El país presenta un círculo vicioso, caracterizado por pobreza, ruralidad, dispersión geográfica, difícil acceso y falta de oferta de servicios de salud; la principal carencia en esta materia es la de los recursos humanos, razón por la que es prioritario diseñar e implementar mecanismos que garanticen la disponibilidad de personal en dichas zonas. Y por último, garantizar el suministro oportuno, suficiente y transparente de los insumos y medicamentos necesarios para la atención a las personas. La dotación de insumos en cantidad y calidad suficiente para satisfacer las necesidades y demandas de la población del país constituye uno de las mayores limitaciones del sistema, lo que en parte de se debe la obsolescencia de los sistemas abastecimiento y suministros empleados y los procesos de adquisición poco transparente que se han presentado en el pasado.

Las implicaciones del proceso de reforma en el sector salud para el occidente del país, es que su implementación mejoraría la cobertura y el acceso de la población a servicios de salud de calidad y por lo tanto se esperaría que mejoren los niveles de salud de la población, mediante la expansión del modelo de gestión descentralizado de primer y segundo nivel[[12]](#footnote-13). Otros de los aspectos, es que también mejoraría la calidad de los servicios, principalmente de la atención de cuidados obstétricos y neonatales.

*Agua y Saneamiento*

Hay un reconocimiento general que las condiciones de agua y saneamiento en el país–fundamentales para consolidar los avances en salud-- han mejorado sustancialmente en los últimos 20 años, como lo demuestran las cifras del Programa de Monitoreo Conjunto (PMC, de OMS/UNICEF) de los ODM, que en su informe más reciente reporta que Honduras ya cumplió con las metas establecidas en cuanto al agua y saneamiento. Según esta fuente de información, en el ámbito rural, se registró un incremento en acceso de hogares a fuente mejorada de agua[[13]](#footnote-14) de 60% a 82% entre 1990 y el 2012; mientras en saneamiento rural, el incremento de hogares a facilidades mejoradas fue de 34% a 74% en el mismo periodo. No obstante estos logros, el país debe hacer un esfuerzo significativo para mejorar la calidad de los servicios en lugares donde ya se ha logrado instalar la infraestructura básica; y hacer un empuje firma hacia la *universalización,* según obligaciones consignadas en el Art. 145 de la Constitución de la Republica. Igualmente, representa un reto asegurar la sostenibilidad técnica y financiera de los prestadores urbanos y rurales existentes, que pasa por asegurar tarifas que cubran por lo menos los costos de operar, mantener y reemplazar los activos con el tiempo; pero también proveer servicios de asistencia técnica que contribuyan a la continuidad de los servicios a la población.

Los retos principales para Occidente están en el saneamiento básico. La ENDESA 2011-12 apunta que el uso de la letrina ocupa un 37% de prevalencia en Santa Bárbara, y hasta un 69% en Lempira. La letrina ha sido una solución importante a los retos de saneamiento in situ en el país en los últimos 40 años, pero sigue siendo una opción tecnológica en la parte inferior de la llamada escalera de saneamiento (*sanitation ladder)*. Por otro lado, en cabeceras departamentales y otras ciudades menores (pob. 2,000-30,000 hab.), la conexión de los hogares a alguna red de alcantarillado o fosa séptica puede no asegurar un correcto tratamiento del tema. En dichas localidades en el Occidente de Honduras, por general, se carece de facilidades de depuración de aguas servidas, y las fosas sépticas no son operadas correctamente, a la vez que no se cuenta con servicios formales de limpieza y vaciado.

La ampliación de servicios en el medio rural del país en gran medida ha venido con oleadas regulares de apoyo financiero y de asistencia técnica, de organismos multilaterales y bilaterales. El BID ha sido una parte importante de apoyo a este esfuerzo nacional, con Programas de Acueductos Rurales desde los años setenta y hasta la actualidad (1979, 1997, 2011). El Programa de Acueductos Rurales de Honduras (GRT-WS-12850-HO) que actualmente se ejecuta, viene a construir sobre programas agresivos desarrollados desde principios del presente siglo, que fueron respuesta al esfuerzo de reconstrucción nacional. El Programa mencionado actualmente ejecuta 19 proyectos en la zona Occidental de Honduras, por un valor de US$ 3.5 Mn, equivalente al 16% del valor del componente de inversión de la donación, fijado en US$ 22 Mn. Además de la infraestructura, se trabaja en la constitución de por lo menos 10 *asociaciones municipales de juntas de agua*, y se ensaya una modalidad de inversión en infraestructura que complementa el trabajo emprendido por ONGs en los departamentos de Occidente.

Los principales retos del sector en el Occidente de Honduras son los siguientes: (i) mejorar la gobernanza del sector, que incluya desarrollar una estrategia y definir metodología para trabajar con las mancomunidades de municipios en la zona, y explicitar el papel del SANAA como proveedor nacional de servicios de asistencia técnica; (ii) lograr la integración con otras iniciativas del sector social- salud, educación y ambiente, pues la estrategia nacional para abordaje de temas de agua y saneamiento rural depende mucho de la denominada metodología ESCASAL (Escuela y Casa Saludable), con trabajo estrecho con las comunidades en temas de salud, educación y ambiente; (iii) aumentar la de coberturas de infraestructura de agua y saneamiento, en particular en el sector fronterizo con El Salvador (La Paz, Intibucá, Lempira y Ocotepeque); y (iv) con base en la experiencia internacional, proveer el seguimiento necesario a las comunidades y sistemas construidos, que contribuya a la sostenibilidad de la infraestructura y los servicios brindados.

1. **Prioridades del Gobierno**

La estrategia de protección social del nuevo gobierno se prevé hacer operativa mediante la puesta en marcha de la Estrategia Vida Mejor (EVM), basada en la Política de Protección Social (2012) y la Ley Marco de Política Social (2013). La EVM tiene como principios el desarrollo humano, la reducción de las desigualdades y la protección de los sectores más vulnerables. La EVM tiene cinco elementos clave: garantía de ingreso mínimo a las familias más pobres, seguridad alimentaria, vivienda saludable, acceso a educación pre básica y básica (hasta noveno grado), y atención primaria en salud. Esto se complementa con acciones de apoyo a sectores vulnerables (niños en riesgo social, adultos mayores en situación de abandono, y mujeres víctimas de violencia).

En el ámbito de ingreso mínimo, el GOH ha priorizado la atención a familias en pobreza extrema, con la meta de cubrir 400,000 familias a nivel nacional. Se busca fortalecer las estructuras locales y brindar acompañamiento a las familias para que acumulen capacidades y puedan aprovechar oportunidades para superar la pobreza. Asimismo, la EVM ha definido un paquete de intervenciones para la vivienda saludable, que consisten en ecofogones, filtros de agua, techo de zinc, piso de cemento y letrinas. Estos bienes serán otorgados a familias en pobreza extrema, buscando incidir en las condiciones de vida de la población más desaventajada.

En el área educativa, el Plan de Todos para Una Vida Mejor busca mejorar el logro educativo de la población. En esa línea, se busca el cumplimiento de la LFE, tanto en aspectos de cierre de brechas de oferta en pre básica y básica, así como dar pasos para mejorar la calidad de la oferta educativa. Con relación a pre básica, se busca la universalización de la matrícula para niños de 5 años aumentar la tasa de matrícula de 75% a 100%. Avances adicionales en la provisión de servicios de pre escolar requerirán intervenciones que se adecúen a la realidad geográfica de la población. La estrategia del gobierno en esta dirección incluye: (i) mejorar los servicios formales de pre-escolar, en zonas con matrícula estable superior a los 15 niños, (ii) potenciar los pre-escolares comunitarios, mejorando las condiciones de prestación del servicio y opciones futuras para los voluntarios, en zonas con matrícula irregular entre 8 y 15 niños, (iii) creación de un modelo de pre-escolar itinerante, para atender niños en comunidades no cubiertas por los anteriores modelos.

Con relación al tercer ciclo, se busca reducir la brecha entre las zonas rurales de occidente con el resto del país. [[14]](#footnote-15) La estrategia comprende dos dimensiones: (i) mejora de la calidad educativa en todos los niveles[[15]](#footnote-16), (ii) apoyo a la expansión en la oferta[[16]](#footnote-17). El uso de la tecnología es parte central de la estrategia para mejorar la calidad de educación. Se busca reforzar los modelos de provisión de tercer ciclo, sobre todo de modalidades flexibles y multigrados a través del uso de las TIC, otorgando a los estudiantes habilidades del siglo XXI. Estos esfuerzos están incluidos en una amplia estrategia del gobierno para proveer servicios de internet en el territorio nacional.

De acuerdo al Plan Nacional de Salud 2014-2018, entre las prioridades a nivel de salud destaca lograr la cobertura universal de salud promoviendo como estrategia la Atención Primaria en Salud, con énfasis en lograr mejoras en salud materna y de los menores de 5 años, mediante el establecimiento de modelos de gestión para resultados y la descentralización como estrategia para ampliar cobertura y mejorar la transparencia y la eficiencia de los servicios. También existe como objetivo el control de enfermedades crónicas, vectoriales e infecciosas priorizadas.

Estas prioridades se reflejan a nivel de los departamentos de occidente, entre otros, mediante la extensión del modelo de gestión descentralizada a todos los municipios que actualmente no cuentan con este modelo a fin de darle cobertura efectiva a toda la población de occidente con servicios de salud eficientes y de calidad. Además para la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) la prioridad sería la organización en todas las comunidades que comprenden los municipios de los departamentos de occidente los Equipos de Atención Primaria en Salud (EAPS)[[17]](#footnote-18). En la prestación de los servicios y la extensión de cobertura del mismo, se prioriza los Cuidados Obstétricos y Neonatales (CONE) comunitario, básico y completo; la implementación de la estrategia Individuo, Familia y Comunidad (IFC); Planificación Familiar (PF); la implementación del AIN-C; la Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI); en cuanto a la disminución de las enfermedades infecciosas y transmitidas por vectores prevalentes en la zona, se prioriza la vacunación de los niños con el esquema completo y el abordaje colectivo de eliminación de vectores como el dengue; en el abordaje de las enfermedades crónicas se priorizará la atención a través de los gestores descentralizados y los EAPS principalmente a la diabetes e hipertensión.

Por último y como parte de las prioridades, las regiones departamentales deberán desarrollar su capacidad reguladora y su capacidad de monitorear y evaluar los servicios de salud. Para lo que se requiere también que tanto los servicios de salud como las regiones departamentales cuenten con robustos y solidos sistemas de información que mejoren el análisis, la gestión y la toma de decisiones.

Agua y saneamiento aparece explícitamente en el Plan Estratégico de Gobierno 2014-2018[[18]](#footnote-19), en su sección V de Componentes Sectoriales, en apartado sobre Desarrollo e Inclusión Social. Aparece como objetivo: *Ampliar la cobertura de agua y saneamiento básico, para mejorar la calidad de vida de la población, con descentralización ordenada y progresiva*. (p. 25) Se vincula en el mismo documento con declaraciones relacionadas a otros temas y problemáticas sectoriales, como son la salud, el desarrollo de la infraestructura productiva, el desarrollo regional y local, y la modernización del estado. El Plan Nacional de Agua y Saneamiento[[19]](#footnote-20) por su parte retoma los principios, objetivos y estrategias de la Ley de Visión de País y Plan de Nación[[20]](#footnote-21) y da continuidad a la citada ley. Aboga por el desarrollo de la infraestructura, fortalecimiento institucional y una mejora en la prestación de servicios, en el marco de la descentralización y gobernanza a lo interno del sector. Estima que para la atención de las necesidades de infraestructura en localidades situadas en el sector rural se requieren US$ 46 Mn en dos períodos presidenciales/administrativos sucesivos, hasta el 2022[[21]](#footnote-22). Asimismo, en la EVM se mencionan elementos de agua y saneamiento en el paquete básico de vivienda, que incluye filtro de agua y letrina (además de ecofogón, piso y techo)

1. **Lecciones Aprendidas y Propuestas de áreas de acción del Banco en los sectores**

El Banco cuenta con una larga trayectoria de apoyo al sector social. En salud. El Banco apoya esta agenda con dos operaciones para el Fortalecimiento de la Gestión Descentralizada de los Servicios de Salud (2418/BL-HO y 2943/BL-HO). Además, la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (SM2015), enfocada en la población más pobre, contribuye a mejorar el acceso, cobertura y calidad de los servicios de salud y nutrición materna e infantil, mediante la provisión de micronutrientes, mejoras a los servicios de planificación familiar y la implementación de la Atención Integral a la Niñez con base Comunitaria (AIN-C). Finalmente, el Programa de Fortalecimiento de la Red Hospitalaria Materno Infantil (2743/BL-HO) busca ampliar la cobertura y calidad de la atención al parto y la atención obstétrica de emergencia, mediante la implementación del modelo de gestión descentralizada en hospitales.

En educación, las prioridades son avanzar en la implementación de la Ley Fundamental de Educación (LFE) aprobada en 2012 y consolidar las mejoras en la gestión del sistema. Un punto clave de la LFE es aumentar la cobertura de pre-básica y tercer ciclo (7º a 9º) en zonas rurales. El Banco ha brindado apoyo a la expansión de tercer ciclo mediante las operaciones 1069/SF-HO y 1552/SF-HO. Actualmente mediante la cooperación técnica ATN/OC-13428-HO se apoya el desarrollo de una estrategia para la expansión de la oferta de tercer ciclo. Además, la operación de Apoyo a la Red de Protección Social (2937/BL-HO) incluyó un componente para implementar mecanismos flexibles para aumentar la oferta educativa en zonas rurales mediante la contratación del Instituto Hondureño de Educación por Radio (IHER) para la provisión del servicio educativo bajo los lineamientos de la Secretaría de Estado en el Despacho de Educación (SE).

Resultante de este trabajo conjunto con el GOH, se han desprendido diversas lecciones aprendidas que llevan a formular, en consideración con los planes y metas de gobierno, una serie de acciones y áreas de acción donde el Banco podrá seguir consolidando su apoyo en el sector. Destacan las siguientes áreas de acción:

***Estrategia de Intervención del Enfoque Territorial Multisectorial***

Para lograr la efectiva articulación de las intervenciones sectoriales, es necesaria una coordinación efectiva que requiere que el GDIS ejerza su rol rector de manera efectiva. Enfocar los esfuerzos en la región de occidente se justifica tanto porque los rezagos son mayores y por restricciones financieras y operativas. Las intervenciones aquí propuestas contribuirán a la racionalización del aparato estatal y al equilibrio de las cuentas fiscales en el mediano plazo, pues la provisión de servicios de salud y educación se realizará mediante los mecanismos más costo-eficientes que han demostrado resultados positivos en el contexto rural de Honduras, como son las modalidades flexibles para la expansión del tercer ciclo en educación[[22]](#footnote-23) y el uso de gestores descentralizados para fortalecer la atención primaria en salud.[[23]](#footnote-24) Asimismo, en el caso del BVM se focalizarán esfuerzos en la población en pobreza extrema, que es dónde el programa ha demostrado mayores resultados. En el mediano plazo, se promoverá la incorporación progresiva del financiamiento nacional en los programas de asistencia social.

Por ello, es fundamental que el GDIS establezca un ente coordinador de la estrategia de inclusión social, con capacidad de decisión y con un presupuesto suficiente para implementar las intervenciones planteadas. En esta sección se presentan propuestas concretas de intervención sectoriales, las cuales deben coincidir en tiempo y espacio en las áreas priorizadas de acuerdo a un enfoque estratégico para, en el contexto de la política sectorial del GOH, lograr impactar en la inclusión social. Para hacer operativo el enfoque territorial y multisectorial, el Banco recomienda nombrar en el GDIS un responsable por la implementación de las acciones propuestas. La coordinación efectiva requiere planeación/presupuestación conjunta y el establecimiento de metas e hitos así como un sistema de monitoreo y evaluación continua.

El Banco propone intervenciones complementarias a ser implementadas de manera coordinada. Se propone fortalecer el Bono Vida Mejor (BVM) como el principal instrumento de apoyo niveles mínimos de consumo para la población en pobreza extrema, que también promueve la acumulación de capital humano de los menores de edad. Asimismo, para lograr que el aumento en el uso de servicios de educación y salud promovido por el BVM se traduzca en mejoras efectivas en el capital humano (mejores indicadores de salud y educación), y coherentemente con los pilares de la EVM, se propone mejorar el acceso y calidad a la atención primaria en salud mediante el modelo de gestión descentralizada y buscando inversiones complementarias para garantizar soluciones adecuadas de agua y saneamiento (que son condición necesaria para el logro y mantenimiento de los resultados en salud) y a la educación pre-básica y básica mediante esfuerzos para expandir cobertura y fortalecer la calidad. Para conseguir estos objetivos, es necesario garantizar que existe oferta en cantidad y calidad suficiente en salud y educación para que las familias beneficiarias del BVM puedan cumplir sus corresponsabilidades, por lo que se requiere la planificación conjunta para garantizar la oferta, en particular de tercer ciclo de educación básica (mediante esfuerzos para expandir cobertura y fortalecer calidad).

De manera transversal a los temas identificados en esta sección, se encuentran las acciones para fortalecer la dimensión de género de la EVM[[24]](#footnote-25). Los resultados del BVM muestran impactos importantes en aumentos en la capacidad de toma de decisiones de la mujer, y está comprobada la importancia de promover el empoderamiento de la mujer para lograr avances en el desarrollo integral de las comunidades (Duflo, 2012). Por ello, en los tres pilares centrales de esta estrategia (apoyo al ingreso, educación y salud) se incorporan aspectos de género. En el caso del BVM, se enfatizará la importancia del papel de los hombres en el cumplimiento de las corresponsabilidades y del cuidado de los niños, y se enfatizarán temas de salud sexual y reproductiva para hombres y mujeres jóvenes para prevenir el embarazo adolescente, además de continuar –en coordinación con la SESAL, impulsando acciones en el contexto de la Estrategia Individuo, Familia y Comunidad. Asimismo, en educación se adaptará la estrategia de expansión de tercer ciclo para atender los distintos obstáculos a la matriculación que pueda haber según el género. Asimismo, se promoverán intervenciones culturalmente aceptables para los pueblos Lenca y Maya-Chortí que habitan en estas zonas, labor que se facilitará al tener la SEDIS al Departamento de Pueblos Indígenas y Afrohondureños en su estructura.

***Áreas de acción del Banco***

**Apoyo al consumo incentivando la acumulación de capital humano: Bono Vida Mejor**

El Banco ha sido el principal socio estratégico en la implementación del BVM (antes Bono 10,000). En este contexto, y en coordinación con el BM y el BCIE, se ha definido una agenda de mejoras con insumos de las evaluaciones, la auditoría social y el acompañamiento técnico del Banco, para potenciar sus impactos positivos. **Durante el periodo 2015-2018, el Banco propone centrar esfuerzos en la consolidación del BVM mediante la implementación del rediseño del programa poniendo especial énfasis en cubrir a las familias en pobreza extrema en las zonas rurales de los departamentos de occidente.** El GOH ya decidió focalizar el BVM en pobreza extrema, para lo cual se comenzará por dar de baja del programa a la población no-pobre. No obstante, incluso mejorando la focalización del programa (que en términos relativos a otros PTMC de la región alcanza niveles aceptables), para cubrir a las 172,000 familias en pobreza extrema se requiere al menos un padrón de beneficiarios de 200,000 familias en occidente. De esta manera, si hubiera un error de inclusión de 15% y sin error de exclusión se cubriría a toda la población en pobreza extrema. Bajo el nuevo esquema de transferencias acordado con el GOH –que implica transferencias promedio de L.7500 por familia, y asumiendo un costo de administración de 10%, el costo anual de esas 200,000 familias sería de alrededor de USD 78 millones por año.

Los principios centrales del rediseño del BVM, son: (i) focalizar en familias en pobreza extrema, con mayor énfasis en áreas rurales; y conceptualizar un nuevo modelo relevante al entorno en zonas urbanas (ii) implementar un esquema de transferencias con apoyos ligados a corresponsabilidades individuales; (iii) incrementar la eficiencia y frecuencia en la entrega de las transferencias; y (iv) avanzar hacia una desconcentración operativa para mejorar la atención. Estas innovaciones siguen las mejores prácticas de los PTMC en la región (Paes de Souza et al., 2013).

Focalización en pobreza extrema. El GOH ha decidido focalizar el programa en familias en extrema pobreza. En este contexto y para aumentar la eficiencia del gasto social, el Banco apoyará al GOH en diseñar un esquema gradual de transición para centrar la acción del BVM en los pobres extremos y referir a los pobres moderados a otras intervenciones de la EVM. Esto incluirá un proceso de actualización del padrón de beneficiarios en el Registro Único de Beneficiarios (RUB), una campaña de comunicación hacia las familias beneficiarias, y definición de esquemas de salida del BVM en el marco de la EVM.

Nuevo esquema de transferencias que considere pago por niño y ciclo educativo. La evaluación de impacto mostró que cuando es posible ligar la transferencia al cumplimiento de la corresponsabilidad por un miembro específico del hogar, el impacto es mayor. Además de enfatizar que el compromiso familiar es que todos los miembros cumplan con las corresponsabilidades, se adoptará un nuevo esquema de transferencias por niño que incentivará la asistencia escolar al tercer ciclo, que es donde hay mayores brechas de asistencia.

Incrementar la eficiencia y frecuencia de las transferencias. El PRAF desarrolló un mecanismo eficaz para el pago de transferencias con pagos en efectivo en eventos masivos con el Banco Nacional de Desarrollo Agrícola (BANADESA), pero esto representa un alto costo transaccional para las beneficiarias y es de frecuencia irregular. Desde fines de 2012 se han explorado mecanismos alternativos, y en el primer pago de 2014 cerca del 25% de los pagos se realizaron ya sea en agencias BANADESA, en cooperativas rurales de ahorro y crédito, o en sucursales de la banca privada. El Banco ha apoyado este proceso y documentado sus resultados positivos. Se propone consolidar estos esfuerzos, promoviendo el pago mediante el sistema privado bancario para aumentar la frecuencia y regularidad de los pagos, y reducir el tiempo, costo y riesgos de seguridad incurridos por las mujeres para cobrar la transferencia.

Desconcentración operativa del programa. Para fortalecer los procesos comunitarios y mejorar la atención al beneficiario, se tiene previsto llevar a cabo alianzas con los gobiernos locales y establecer puntos de apoyo in situ de tal manera que se promueva la continua actualización de la información del beneficiario, se responda a quejas y denuncias de manera expedita, y se brinden actividades de capacitación a las familias. Esto último se pretende hacer mediante el apoyo de Guías Familiares, los cuales tendrán una relación directa con las familias y ayudarán en la implementación de la EVM a nivel local.

**Mejorar el acceso y calidad a educación pre-básica y básica**

**El Banco buscará cerrar las brechas de educación en zonas rurales de occidente y lograr oferta de calidad hasta tercer ciclo**, el Banco propone una intervención adecuada para las zonas rurales que incluya los diversos niveles educativos para lograr que estudiantes que lleguen preparados a la escuelas con por lo menos un año de educación pre-escolar, que los establecimientos de educación primaria preparen adecuadamente a los estudiantes en el contexto rural de occidente, y que exista una oferta apropiada de servicios de tercer ciclo para el contexto rural de occidente. Adicionalmente, se apoyará el proceso de fortalecimiento institucional del sector.

Apoyo a la mejora de la provisión de servicio educativo en zonas rurales. Se reforzará la capacidad institucional de la Secretaría en la zona de occidente para adecuar su modelo educativo en dichas zonas, realizar un apropiado acompañamiento y supervisión a las escuelas en el contexto rural, y potenciar el modelo de redes escolares existente en la actualidad. Asimismo, esto incluirá el desarrollo de materiales educativos relevantes para esta población, incluyendo elementos de las culturas originarias.

En el ámbito pre-escolar, se apoyará en mejoras de diseño e implementación de modelos relevantes para zonas rurales de occidente, en particular, se buscará reforzar el modelo de pre-escolares comunitarios y el modelo de pre-escolar itinerante. Se apoyará la expansión de la oferta con calidad del nivel pre-escolar. Se trabajará con la Secretaría de Educación para reforzar la pertinencia del currículo en este nivel educativo, así como en la expansión de la oferta en zonas rurales desatendidas. Para ello, se priorizará el empleo de modalidades flexibles, tales como el modelo de CCEPREB.

En el ámbito de tercer ciclo, el Banco propone un enfoque con tres pilares. El primer pilar incluye reforzar la calidad de la educación primaria para lograr reducir la tasa de deserción en dicho nivel y que un mayor número de alumnos estén preparados para entrar en la secundaria. El segundo pilar se enfocará en fortalecer la pertinencia del currículo así como en la expansión de la oferta en zonas rurales desatendidas en el tercer ciclo (7º a 9º grados). Esto último requerirá el uso de modalidades flexibles. Para ello, se han considerado dos posibles modelos de provisión del servicio educativo: (i) instructor presente (en escuelas con 20 o más estudiantes por grado), y, (ii) con instructor remoto con apoyo del profesor de primaria en la escuela (en escuelas con menos de 20 estudiantes de secundaria por grado). El tercer pilar incluye mejorar la capacidad institucional de la Secretaria de Educación para fortalecer modelos rurales en la zona de occidente.

Las intervenciones en estos tres pilares tendrán como ámbito transversal el uso de la tecnología. Se buscará incluir un componente TIC en las intervenciones para mejorar los servicios educativos que se realicen, tanto en el proceso pedagógico como en el proceso de gestión del servicio educativo. En el ámbito pedagógico, el empleo de las TIC apoyará a los jóvenes de comunidades aisladas en el desarrollo de las habilidades del Siglo XXI. En el ámbito de gestión, el uso de las TICs potenciará el uso de los sistemas de información propios de la Secretaría, acercando virtualmente a las escuelas con los niveles administrativos del sistema.

Adicionalmente, el Banco continuará apoyando el reforzamiento institucional del sector. Se apoyará al Sector Educativo en el desarrollo e implementación de normas complementarias a la LFE, incluyendo, la aprobación de reglamentos pendientes, la Ley del Sistema de Evaluación y la Ley de La Participación Ciudadana en el sector. En particular, se apoyará en el reforzamiento de la cultura de evaluación en el sistema educativo.

**Mejorar el acceso y calidad a atención en salud**

**En salud, el Banco propone mejorar el acceso y la calidad de servicios principalmente de la población pobre y excluida de los departamentos de occidente del país, mediante un modelo coherente de financiamiento y provisión de salud, con énfasis en mecanismos de gestión descentralizada para mejorar los resultados en salud materno-infantil y nutrición.** Esto implica:

Implementar el modelo de gestión descentralizada en los municipios del occidente del país, con el fin de aumentar la cobertura y mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud. Este modelo ha permitido la disponibilidad permanente y oportuna del recurso humano de acuerdo a las necesidades de la demanda y ha logrado la integración de los EAPS. Asimismo ha permitido el abastecimiento suficiente y oportuno de medicamentos e insumos críticos en las áreas en donde se ha implementado, debido a que mejora la capacidad de los gerentes en salud y flexibiliza la contratación del recurso humano y la compra y adquisición de medicamentos e insumos. La cobertura del modelo de gestión descentralizada a nivel nacional es de 16.64%, sin embargo en occidente el porcentaje es 40%, llegando a 74% en Lempira, 45% en Copán e Intibucá, 32% en Santa Bárbara y 10% en La Paz y sin presencia en Ocotepeque.

Organizar los Equipos de Atención Primaria en Salud (EAPS) en las comunidades de los diferentes municipios focalizados, a fin de garantizar la continuidad de la atención y el cuidado de la población en riesgo como ser embarazadas, puérpera y neonatos. Implementar la estrategia de Individuo, Familia y Comunidad (IFC) como parte de las responsabilidades de los EAPS, en todos los municipios beneficiados.

Implementar a través de los gestores descentralizados la estrategia de AIN-C, realizando un ajuste a dicha estrategia que viabilice su implementación, con el fin de contribuir a garantizar un adecuado desarrollo de los niños y niñas y disminuir los índices de desnutrición en menores de 5 años. En este sentido, es importante resaltar las implicaciones en materia de salud de contar con soluciones adecuadas de agua y saneamiento (ver información del programa de Agua, Saneamiento y Salud de la OMS http://www.who.int/water\_sanitation\_health/es/).

Con el fin de mejorar la salud de las madres y los niños y niñas de los departamentos del occidente del país, se propone fortalecer el conjunto básico de servicios entregado a la población objetivo por los gestores contratados bajo el modelo de gestión descentralizada tanto del primer nivel como de los hospitales: (i) Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) en el primer nivel de atención así como la referencia y el traslado de mujeres y recién nacidos a niveles de mayor complejidad en casos de complicaciones obstétricas y neonatales; (ii) el fortalecimiento de la consejería y la entrega de métodos modernos de planificación familiar reversibles y permanentes; y (iii) servicios de nutrición preventiva: comunicación para el cambio de conductas de alimentación y cuidado de niños menores de 24 meses, la entrega de MNP a niños entre 6 y 24 meses y el uso de zinc para el tratamiento de las diarreas en niños de 0 a 5 años.

También se proponen acciones para incrementar y mejorar los servicios de parto institucional y la adopción del modelo de las tres demoras[[25]](#footnote-26), a fin de abordar el problema de mortalidad materna, neonatal e infantil (en su mayoría prevenibles), mismas que están siendo desarrolladas en algunos municipios en el marco de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015. Finalmente, se propone fortalecer la función rectora-reguladora y ordenadora de la red de servicios de salud de las regiones departamentales de salud, principalmente en su nuevo rol de comprador de servicios para garantizar el acceso de la población pobre. En este aspecto una de las acciones fundamentales sería la de brindar autonomía de gestión a los hospitales Tipo I y Tipo II[[26]](#footnote-27) ubicados en estos departamentos y llevar a cabo la integración de las redes de servicio de primer y segundo nivel bajo el modelo de gestión descentralizada

**Agua y saneamiento**

Dada la importancia de contar con soluciones adecuadas de agua y saneamiento para alcanzar y mantener los resultados de salud, sobre todo en relación con enfermedades infecciosas, el Banco también propone acciones complementarias para mejorar en el sector de agua y saneamiento. Estas serían complementarias a las que el Banco ejecuta en la actualidad con el apoyo de financiamiento del Fondo Español de Cooperación para Agua y Saneamiento en América Latina y el Caribe (FECASALC). También la intervención aprovecharía las mejoras que se experimentan en la planificación sectorial en el medio rural, incluyendo el Sistema de Información de Acueductos Rurales (SIASAR) y la metodología mejorada de Escuela y Casa Saludable (ESCASAL).

Líneas de acción concretas incluyen: i) Preparación de una *Estrategia y Plan Sectorial para la Zona*, que fortalezca las capacidades locales y regionales de planificación de obras y servicios, y la regulación técnica, económica y ambiental de los prestadores, urbanos y rurales, ii) Diseño e implementación de estrategias locales y regionales que permitan una mejora sustancial en la calidad del agua para consumo humano, y un sistema que registre estas mejoras y monitoree los cambios en la salud de las poblaciones beneficiarias, iii) Aumento en la cobertura de servicios de agua y saneamiento en 75 comunidades rurales (o 50 sistemas nuevos o rehabilitados), bajo el modelo de intervención mejorado que emplea el país, y iv) Adopción de sistema de apoyo externo que asegure la sostenibilidad de la infraestructura construida y servicios prestados, bajo la política de *universalización* que adoptó el país y los principios de sostenibilidad que emanan de las declaració de política sectorial.[[27]](#footnote-28)

***Riesgos***

Los principales riesgos para implementar una estrategia multisectorial con enfoque territorial como la aquí esbozada son carecer de alguno de los siguientes elementos: disponibilidad de recursos, capacidad de implementación y coordinación institucional, y compromiso político. El primer factor ha sido considerado y precisamente para atender la restricción presupuestal (además de asegurar la capacidad de implementación) es que se propone un enfoque territorial acotado. La capacidad institucional para implementar acciones sectoriales de manera individual ha sido comprobada en los últimos años, por lo que el reto mayor es justamente lograr una implementación coordinada y estructurada de las intervenciones. Para ello, el fortalecimiento y rectoría efectiva del GDIS es fundamental, y el Banco está apoyando con asistencia técnica este proceso. Finalmente, el compromiso político es fundamental. El GOH ha expresado intenciones realistas en cuanto a cobertura de la EVM, y una estrategia territorial como la aquí planteada implica que la priorización limita la capacidad de realizar inversiones en otras zonas del país que también tienen necesidades importantes. No obstante, para lograr mejoras claras en los indicadores es necesario ser consistente con esta estrategia.

Dentro del sector educación, el éxito de la estrategia multisectorial requiere una coordinación adecuada entre las políticas de promoción de la demanda por servicios educativos con la de la creación y mejora de oferta, y un constante monitoreo de los jóvenes no asistiendo a la escuela para identificar causas y soluciones. Adicionalmente, la ampliación de la oferta requiere un trabajo coordinado de la Secretaría de Educación a nivel central con la Dirección Departamental del Sector y el apoyo de los alcaldes locales. En la medida que se implemente la estrategia se buscara que los planes de fortalecimiento institucional potencien esta coordinación. En el caso de salud, los riesgos a cualquier intervención están dados por la fragmentación del sistema de salud y por la incertidumbre alrededor de la implementación del nuevo sistema de salud. La propuesta de fortalecer el modelo de gestión descentralizada en occidente requiere capacidad de supervisión por parte de la Secretaría de Salud y capacidad de gestión de actores locales en los municipios.

Un tema central a ser considerado es la sostenibilidad en el tiempo de los programas, a ser logrado mediante asignaciones suficientes de recursos fiscales de fuentes nacionales y la reducción paulatina en el financiamiento externo para dichos programas. En este sentido, la utilización de los recursos del Fondo de Solidaridad creado en la reforma fiscal del 2013 es un aspecto fundamental. Los riesgos principales asociados al sector agua y saneamiento radican en las dificultades del Estado a nivel nacional de contratar obra, situación que se replica a nivel municipal. Una dificultad estructural la representa el procesos de licenciamiento ambiental, que por su formalidad y rigidez, frecuentemente constituye un obstáculo para el inicio de obras, una vez se cuenta con los requisitos técnicos. Los riesgos indicados pueden ser mitigados apoyándose los eventuales programas en mancomunidades de municipios, asociaciones de juntas y otras formas de organización local/comunitaria, para su implementación. Por otro lado, ONGs con experiencia en el sector pueden ser aliados clave, por su conocimiento local, y su compromiso a largo plazo con las comunidades específicas, y con los grupos organizados. Finalmente, debe adoptarse un mecanismo de licenciamiento ambiental más ágil, expedito, que refleje mejor el hecho que las obras propuestas generalmente son de complejidad técnica bajam y que hacen más bien una contribución a mejorar la calidad ambiental.

1. **Insumos para la Matriz de Resultados de la Estrategia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Prioridad de Gobierno | Sector | Objetivo estratégico del BID | Resultados Esperados | Indicador(es) | Línea de base |
| Incorporar a las familias en pobreza extrema a la Plataforma de Vida Mejor, que consiste en transferencias monetarias condicionadas y el mejoramiento de las viviendas. | Desarrollo e Inclusión Social | Proteger niveles mínimos de consumo en población en pobreza | Incrementar la cobertura de del PTMC en zonas rurales con alta tasa de pobreza extrema | % de hogares en en condición de pobreza extrema en las zonas rurales de occidente que reciben el BVM | 37% (EPH 2013) |
| Proveer servicios educativos con mayor cobertura y calidad. | Educación | Promover la acumulación de capital humano de los menores de hogares en pobreza extrema | Aumentar la tasa de matrícula de tercer ciclo de educación básica (7mo, 8vo y 9no) en zonas rurales de Occidente | % de niños de 12 a 15 años en hogares rurales de occidente que asisten a la escuela | 20.1% (2013) |
|  |  | Aumentar el logro educativo de los estudiantes de occidente | Los aprendizajes son similares entre el occidente y el resto de Honduras. | Diferencia en puntaje promedio en pruebas de matemáticas y lenguaje entre Occidente y resto del país. | 3.2 (Mat-2013.)  2.8 (Esp – 2013) |
| Mejorar el acceso equitativo de la población, a los beneficios de una atención integral en salud, especialmente las de aquellos grupos poblacionales tradicional-mente excluidos por razones de índole económica, cultural, geográfica o de género. | Salud | Mejorar los indicadores de salud de los niños menores de 5 años  Mejorar el acceso a servicios materno-neonatales de las poblaciones pobres del area rural | Reducir el % de desnutrición crónica en niños entre 18 y 30 meses.  Reducir la tasa de mortalidad infantil.  Disminuir la tasa de mortalidad neonatal  Disminuir la mortalidad materna | Tasa de desnutrición crónica en menores de 5 años en el occidente del país.  Tasa de Mortalidad infantil  Tasa de Mortalidad Neonatal  Tasa de Mortalidad Materna | 35% (2011/12)  26.6 (Promedio de la Tasa en departamentos de occidente ENDESA 2011/12)  17.6 (Promedio de la Tasa en departamentos de occidente ENDESA 2011/12)  70.3 (Promedio de departamentos de occidente. Estudio RAMOS) |
| Ampliar la cobertura y calidad de agua potable y saneamiento básico, para mejorar la calidad de vida de la población; con descentralización ordenada y progresiva | Agua y saneamiento | Apoyar en la expansión de la cobertura de agua y saneamiento, ampliar y recuperar la infraestructura deteriorada. | Aumento en la cobertura de agua y saneamiento rural | % de hogares que obtienen servicio de agua por tubería (pública o privada).  % de hogares con saneamiento por servicio conectado (Alcantarillado, fosa) o letrina | 85% (2011-12)  77% (2011-12) |

1. **Bibliografía y Referencias**

Ahuja, A., Kremer, M., y Zwane, A. P. (2010). Providing Safe Water: Evidence from Randomized Evaluations. *Annual Review of Resource Economics*, *2*(1), 237–256. doi:10.1146/annurev.resource.012809.103919

FOSDEH. (2014). Análisis de la Pobreza en Honduras. Obtenido en http://www.fosdeh.com/archivos/documentos/Publicaciones/Libros/determinantes\_pobreza.pdf

Instituto Nacional de Estadística (2013). Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

Instituto Nacional de Estadística (2013). Encuesta Permanente de Hogares.

Loevinsohn, M., Mehta, L., Cuming, K., Nicol, A., Cumming, O., y Ensink, J. H. J. (2014). The cost of a knowledge silo: a systematic re-review of water, sanitation and hygiene interventions. *Health Policy and Planning*, 1–15. doi:10.1093/heapol/czu039

Maluccio, J. A., Murphy, A., y Regalía, F. (2009). Does Supply Matter? Initial Supply Conditions and the Effectiveness of Conditional Cash Transfers for Grade Progression in Nicaragua. *Middlebury College Economics Discussion Paper*, (No.0908).

NORC-ESA (2013). Evaluación de Impacto del Programa Bono 10,000.

Paes-Sousa, R., Regalía, F., y Stampini, M. (2013). Conditions for Success in Implementing CCT Programs: Lessons for Asia from Latin America and the Caribbean. *Banco Inter-Americano de Desarrollo. Nota de Política*, (IDB-PB-192). Obtenido en <http://www10.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2013/11990.pdf>

Regalía, F., y Castro, L. (2009). Nicaragua: Combining Demand- and Supply-Side Incentives. In R. Eichler & R. Levine (Eds.), *Performance Incentives for Global Health: Potential and Pitfalls*. Washington DC, Estados Unidos: Brookings Institution Press. Obtenido en <http://www.multicountrypbfnetwork.org/11_CGD_Eichler_Levine-Ch11.pdf>

Saavedra, J., y Garcia, S. (2012). Impacts of Conditional Cash Transfer Programs on Educational Outcomes in Developing Countries. *RAND Corporation. Working Papers*, (WR-921-1). Obtenido en <http://www.rand.org/pubs/working_papers/WR921-1.html>

Secretaría de Salud (2014). Plan Nacional de Salud 2014-2018.

1. **Anexo**

Se muestran las diferencias y su significancia estadística entre Occidente y Resto de Honduras, en general y para zonas rurales, para los indicadores de la sección I calculados con la EPH 2013. En el caso de los indicadores calculados con la ENDESA, la publicación no reporta los errores estándar por lo que no se pudo computar la significancia estadística.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Indicador | Occidente v. Resto de Ho | | Occidente - Rural v. Resto rural | |
| Pobreza | t | P-value | t | P-value |
| % Pobreza | 10.14 | 0.0000 | 6.4 | 0.0000 |
| % Pobreza extrema | 13.47 | 0.0000 | 7.09 | 0.0000 |
| % de Población en primer quintil nacional | 10 | 0.0000 | 4.87 | 0.0000 |
| % de la población beneficiaria del Bono | 7.49 | 0.0000 | 6.74 | 0.0000 |
| Ingreso del hogar per capita (L. al mes) | -6.49 | 0.0000 | -2.9 | 0.0040 |
| Ingreso del hogar per capita p25 (L. al mes) | -8.82 | 0.0000 | -3.23 | 0.0010 |
| Ingreso del hogar per capita p 50 (L. al mes) | -11.56 | 0.0000 | -5.22 | 0.0000 |
| Ingreso del hogar per capita p75 (L. al mes) | -10.43 | 0.0000 | -5.13 | 0.0000 |
| EDUCACIÓN | t | P-value | t | P-value |
| Tasa de matriculación 6 a 18 años | -8 | 0.0000 | -3.09 | 0.0020 |
| Tasa de asistencia 6 a 18 años | -7.86 | 0.0000 | -2.94 | 0.0030 |
| Tasa de asistencia 6 a 18 años en el primer quintil | -1.54 | 0.1230 | -0.5 | 0.6190 |
| % de jóvenes de 13-15 años que completaron el segundo ciclo (6 años de educación) | -2.46 | 0.0140 | -2.41 | 0.0160 |
| % de jóvenes de 16-18 años que no completaron 3er ciclo | 6.5 | 0.0000 | 3.76 | 0.0000 |
| % de jóvenes de 16-18 años que no completaron el tercer ciclo y abandonaron la escuela | 7.22 | 0.0000 | 3.63 | 0.0000 |
| % de niños de 15 a 18 años en hogares en pobreza extrema que tienen 9 años de educación | -4.84 | 0.0000 | -3.21 | 0.0010 |
| Años de educación 18-22 años | -7.06 | 0.0000 | -4.04 | 0.0000 |
| Tasa neta de matriculación: |  |  |  |  |
| Pre-escolar (5 años) | 0.34 | 0.7370 | 0.73 | 0.4640 |
| Primaria (6-11 años) | -2.24 | 0.0250 | -1.17 | 0.2440 |
| Tercer Ciclo (12-14 años) | -5.89 | 0.0000 | -3.23 | 0.0010 |
| Bachillerato (15-17 años) | -5.58 | 0.0000 | 1.8 | 0.0720 |
| VIVIENDA (% de hogares que cuentan con el atributo) | | | | |
| Piso de Tierra | 22.25 | 0.0000 | 12.02 | 0.0000 |
| Alumbrado público | -11.23 | 0.0000 | 1.77 | 0.0770 |
| Principal fuente de energía: Electricidad | -39.47 | 0.0000 | -11.55 | 0.0000 |
| Celular | 11.42 | 0.0000 | 5.63 | 0.0000 |

1. Las principales fuentes de información para esta nota son la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDESA 2011-2012 y la Encuesta Permanente de Hogares 2013 (EPH 2013) [↑](#footnote-ref-2)
2. Sobre el tema de multidimensionalidad de la pobreza, se recomienda ver el trabajo de *Oxford Poverty and Human Development Initiative*, que ha estado trabajando con las autoridades de Honduras sobre estos temas. [↑](#footnote-ref-3)
3. En el país co-existen varios modelos de prestación, incluyendo una concesión a una empresa privada, por 30 años, en San Pedro Sula. Igualmente empresas municipales organizadas en torno a principios corporativos, como en Puerto Cortes, Choloma, Siguatepeque y Comayagua. [↑](#footnote-ref-4)
4. Decretos Ejecutivos PCM-001-2014, PCM-013-2014 [↑](#footnote-ref-5)
5. Resultados provenientes de la muestra controlada proceso de evaluación 2013. Esta muestra fue monitoreada por el proyecto MIDE-USAID. [↑](#footnote-ref-6)
6. Los desertores del sistema educativo enumeran tanto factores de pobreza como de falta de interés como el motivo tras el abandono de la escuela. La EPH describe los principales factores que afectan la deserción escolar por grupo de edad. Dentro del grupo 12 a 14 años (estudiantes potencialmente atendiendo el tercer ciclo) y el grupo 15 a 17 años, la falta de recursos y el escaso interés son los motivos principales de deserción escolar. Cabe anotar que si bien el porcentaje que señala como motivo No hay Centro es relativamente bajo, esto refleja que los hogares priorizan para indicar como motivo de inasistencia la necesidad de recursos para enviar a los jóvenes a escuelas en otros pueblos o preferentemente en las cabeceras municipales [↑](#footnote-ref-7)
7. Ver Gavin (2013). [↑](#footnote-ref-8)
8. Luque (2014) presenta una evaluación quasi-experimental del programa Juego y Aprendo en zonas rurales de Honduras. En las diversas habilidades evaluadas, los alumnos bajo el programa logran avanzar el equivalente a un año de desarrollo adicional versus a los que no asisten al prescolar. [↑](#footnote-ref-9)
9. Existen dos evaluaciones del programa. Una realizada por la Secretaria de la Presidencia y otra realizada por el área tecnológica de la secretaria de Educación (independiente del proyecto Educatrachos). [↑](#footnote-ref-10)
10. CONE: Cuidados Obstétricos y Neonatales. [↑](#footnote-ref-11)
11. Cone básico es a nivel comunitario; Cone ambulatorio a nivel de los centros de salud y clínicas materno infantil; y Cone completo en Hospitales. [↑](#footnote-ref-12)
12. Primer nivel son los servicios ambulatorios (centros de salud y Clínicas Materno Infantiles); Segundo nivel significa los servicios hospitalarios. [↑](#footnote-ref-13)
13. Las definiciones del PMC no necesariamente corresponden a las que utilizan gobiernos nacionales para determinar coberturas de los servicios. El PMC define *acceso a una fuente mejorada*, como “una que por la naturaleza de su construcción y utilización adecuada, protege la fuente de contaminación externa, particularmente de materia fecal”. Por otro lado, *saneamiento mejorado* lo constituye una “facilidad sanitaria que separa excretas del contacto humano”., [↑](#footnote-ref-14)
14. La brecha es multidimensional. Por ejemplo, en tasas de matrícula en tercer ciclo de la población entre 12 y 15 años es de 60, 27 y 20 por ciento en zonas urbanas, zonas rurales fuera del occidente y zonas rurales en occidente, respectivamente. La tasa de graduación de tercer ciclo en la población de 15 a 18 años 56, 36 y 27 por ciento, en zonas urbanas, zonas rurales fuera del occidente y zonas rurales en occidente, respectivamente. [↑](#footnote-ref-15)
15. El gobierno, empleando las herramientas en la LFE: (i) mejorara el sistema de evaluación, tanto de alumnos como docentes, de forma que guie los procesos de capacitación y acompañamiento; (ii) continuará fortaleciendo los modelos rurales, en particular en el establecimiento redes educativas que permitan superar condiciones de aislamiento propias de esas áreas geográficas, incluyendo procesos de acompañamiento docentes; (iii) el sistema de gestión escolar será fortalecido para permitir un uso más eficiente de los recursos en el sector; (iv) la secretaria de educación apoyara directamente el proceso de formación docente. [↑](#footnote-ref-16)
16. Al igual que en el caso de pre-escolar, se busca generar modelos que respondan a la realidad geográfica de los estudiantes, incluyéndose tres modelos: (i) reforzamiento y creación de Centros de Educación Básica, los que tienen matricula adecuada para tener docentes por materia, (ii) Modelos de modalidades flexibles, en los que la matricula no permite tener docentes por materia, pero permite tener grupos por grado, (iii) Modelos multigrado para secundaria. [↑](#footnote-ref-17)
17. Los EAPS son equipos de salud compuestos por un médico, una auxiliar de enfermería y un promotor, a los que se les adscribe una población de 3,000 habitantes para el cuidado de salud de las personas, brindándoles servicios de promoción, prevención y atención en salud. Con mapeo de las poblaciones en riesgo (embarazadas, puérperas, neonatos etc.) y realizando visitas domiciliarias a dichas poblaciones. [↑](#footnote-ref-18)
18. Gobierno de Honduras/Coordinación General de Gobierno, *Plan Estratégico de Gobierno 2014-2018, Tegucigalpa, abril del 2014.* [↑](#footnote-ref-19)
19. Consejo Nacional de Agua y Saneamiento, Propuesta de *Plan Nacional de Agua y Saneamiento (PLANASA)*. abril 2014 [↑](#footnote-ref-20)
20. Congreso Nacional, Decreto 286-2009, Ley de Visión de País/Plan de Nación [↑](#footnote-ref-21)
21. Pag. 55 [↑](#footnote-ref-22)
22. El Préstamo de Apoyo al Tercer Ciclo Educativo brindo lecciones importantes en cuanto a la problemática de la oferta en áreas rurales, fue el pionero en impulsar el ciclo completo básico y desarrollo una serie de materiales educativos que son usados en la curricular nacional. Asimismo, el Banco ha venido apoyando el fortalecimiento del tercer ciclo educativo mediante operaciones tales como HOL1087 y asistencia técnica brindando resultados positivos. [↑](#footnote-ref-23)
23. Con Apoyo del Préstamo de la Gestión Descentralizada de Salud 2418/BL-HO y la HO-G1001 (SM2015) el Banco ha venido apoyando la entrega de servicios básicos de salud a la población más vulnerable. Resultado de esto son la mejora en los indicadores de salud de la población tales como aumento del parto institucional, mejora en los niveles nutricionales de los niños, aumento en los controles post natales y pre natales, entre otros. Dentro de las lecciones aprendidas destaca la importancia de los convenios con gestores locales (mancomunidades), capacitación a nivel local, mejora en los sistemas informáticos, apoyo en actividades de monitoreo y supervisión, fomento de la coordinación interinstitucional, entre otros. [↑](#footnote-ref-24)
24. Con Apoyo del Préstamo de Apoyo a la Red de Protección Social HOL1071 el Banco comenzó a incorporar acciones específicas de género que incluían actividades de capacitación a las parejas, responsabilidad compartida, entre otros. Durante la implementación se han vislumbrado lecciones aprendidas en la mejora operativa así como la importancia de la participación de actores locales sectoriales, la coordinación intersectorial con institutos tales como el Instituto Nacional de la Mujer (INAM) y el seguimiento por parte de la SEDIS. [↑](#footnote-ref-25)
25. Con base en estudios de redes sociales y del problema de mortalidad materna y neonatal, Honduras incorporó la estrategia de las tres demoras, la primera demora consiste en aquellos aspectos que retrasan la toma decisión de parte de la mujer y su familia para buscar ayuda en caso de peligro; la segunda demora consiste en la búsqueda de la ayuda o sea el proceso de movilizarse hasta llegar al lugar de la atención y la tercer demora ocurre en el momento de la atención en los servicios de salud. [↑](#footnote-ref-26)
26. [↑](#footnote-ref-27)
27. CONASA, Política de Agua y Saneamiento de Honduras, Tegucigalpa, 2013. [↑](#footnote-ref-28)