



Informe de Terminación de Proyecto

PCR

Nombre del Proyecto: Protección Social FASE I

País: Panamá

Sector/Subsector: Protección Social

Equipo de Proyecto Original: Ferdinando Regalia (RE2/SO2), Jefe de Equipo; María Teresa Traverso, Marie Gaarder, Claudia Uribe, Catherine Fox, Claudia Cox (RE2/SO2); Cristina Landázuri (LEG/OPR); Marcos Robles (SDS/POV); e Isabel Nieves (COF/CPN).

Número de Proyecto: PN-L1007

Número de Préstamo: 1867/OC-PN

Fecha del CRG:

Fecha de Aprobación Final del PCR: Octubre 2014

PCR Equipo: Autor Principal y Miembros: Leonardo Pinzón Enciso (SPH/CPN); Ruth Ann Smith (SPH/CPN); Claudia Peveri (SCL/SPH); Carlos Molano (consultor).





Índice

I. INFORMACIÓN BÁSICA	4
II. EL PROYECTO	4
A. CONTEXTO DEL PROYECTO	4
B. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	7
i. Objetivo(s) del Desarrollo	7
ii. Componentes	8
C. REVISIÓN DE LA CALIDAD DEL DISEÑO (SI APLICA)	8
III. RESULTADOS	8
A. EFECTOS DIRECTOS	8
B. EXTERNALIDADES	11
C. PRODUCTOS.....	11
D. COSTOS DEL PROYECTO	12
IV. IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO	12
A. ANÁLISIS DE LOS FACTORES CRÍTICOS	12
B. DESEMPEÑO DEL PRESTATARIO/AGENCIA EJECUTORA.....	13
C. DESEMPEÑO DEL BANCO	14
V. SOSTENIBILIDAD.....	14
A. ANÁLISIS DE FACTORES CRÍTICOS.....	14
B. RIESGOS POTENCIALES.....	15
C. CAPACIDAD INSTITUCIONAL	15
VI. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	16
A. INFORMACIÓN SOBRE RESULTADOS	16
B. SEGUIMIENTO FUTURO Y EVALUACIÓN Ex-POST	16
VII. LECCIONES APRENDIDAS.....	16

Anexos





Abreviaturas y Acrónimos

AIN-C	Atención Integral de la Niñez en la Comunidad
CAPI	Consejo Asesor de la Primera Infancia
CIRO	Comité Interministerial de la RdO
EEC	Estrategia de Extensión de Cobertura
GI	Giras Institucionales
GOP	Gobierno de Panamá
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censo
MEDUCA	Ministerio de Educación
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MINSA	Ministerio de Salud
OE	Organizaciones Extra Gubernamentales
PAISS	Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud
PSPV	Paquete de Protección en Salud para Poblaciones Vulnerables
POA	Plan Operativo Anual
RUB	Registro Único de Beneficiarios
RdO	Programa Red de Oportunidades
SIG	Sistema de Información Gerencial
TMC	Transferencias Monetarias Condicionadas
TE	Tribunal Electoral
UEAF	Unidad de Enlace Administrativo y Financiero
SIACE	Sistema de Administración de Centros Escolares
SSPS	Secretaría Ejecutiva del Sistema de Protección Social





I. Información Básica

DATOS BÁSICOS (MONTO EN US\$)

NO. PROYECTO: PN-L1007 Prestatario: Gobierno de Panamá Agencia ejecutora (AE): Ministerio de Desarrollo Social –MIDES- Préstamo(s): 1867/OC-PN Sector: Inversión Social Instrumento de préstamo: Préstamo de Inversión Multifase	TITULO: Programa de Protección Social Fase I Fecha aprobación Directorio: 06-jun-2007 Fecha efectividad contrato préstamo: 14-ene-2008 Fecha elegibilidad primer desembolso: 05-mar-2008 I.1.a.1.1 Meses en ejecución * desde aprobación: 87 meses * desde efectividad del contrato: 80 meses Periodos de desembolso Fecha original desembolso final: 14-jul-2013 Fecha actual desembolso final: 14-octubre -2014 Extensión acumulativa (meses): 15 meses Extensión especial (meses): Monto préstamo(s) * Monto original: 20.170.000,00 * Monto actual: 20.170.000,00 * Pari Passu (si aplica): 88,00 I.1.a.1.2 I.1.a.1.3 Desembolsos Monto a la fecha: (%) 100 Costo Total del Proyecto (Estimado Original): 22.940.000,00 Redireccionamiento Este proyecto: - recibió fondos de otro proyecto? [NO] - Envío fondos a otro proyecto? [NO] - N/A [X] <table border="1"> <thead> <tr> <th>De/Para No. Proyecto</th> <th>Para No. Sub-préstamo</th> <th>Monto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>* Monto actual (ajustado para redireccionamiento)</p>	De/Para No. Proyecto	Para No. Sub-préstamo	Monto			
De/Para No. Proyecto	Para No. Sub-préstamo	Monto					

Reducción de Pobreza (PTI): SI
Equidad Social (SEQ): SI
Clasificación ambiental: NINGUNO

I.1.a.1.4

En estado de "Alerta"
Está el proyecto "en alerta" por PAIS: NO
De ser afirmativo, favor indicar razones (Clasificaciones OD, PI, y/o indicadores relevantes de PAIS):

Comentarios de relevancia de la clasificación de alerta de este proyecto (si aplica):

Resumen de la Clasificación de Desempeño

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

II. El Proyecto

a. Contexto del Proyecto

El comportamiento económico de Panamá es inusitado desde finales de la década pasada y su dinámica ha fortalecido e impulsado diferentes sectores de inversión público y privado, entre ellos el social. Datos del



Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) indican que entre los años 2000 y 2006 la economía panameña creció rápidamente a una tasa promedio anual de 4,7%. Sin embargo, su nivel de pobreza general se ubicaba en 38,6% y la pobreza extrema en 17,6%.

La mayor parte de la reducción de la pobreza se presentó en zonas urbanas, ampliando las grandes brechas existentes de desarrollo con la zona rural tanto no indígena como indígena. En 2006 la pobreza extrema urbana fue de 5,7% mientras que la pobreza extrema rural fue de 38,6% (diferencia de 6,7 veces). Con respecto al nivel de pobreza general, la urbana fue de 23,6% y la rural de 64,4% (diferencia de 2,7 veces)¹². Dentro de este contexto de carencias se observan grandes incidencias, como las que recaen sobre la niñez, pues según la Encuesta de Niveles de Vida (ENV) de 2008 el 49,4% de los menores de cinco años viven en situación de pobreza, 24,6% en pobreza extrema, y la totalidad de los niños de ese rango de edad en las áreas indígenas son pobres.

A pesar de la mejora de los ingresos de la población, el cambio fue lento con respecto al incremento del PIB y esta tendencia se relaciona con la alta desigualdad del ingreso. El coeficiente de Gini disminuyó de 57.7 a 55.1 entre 2000 y 2006, lo cual indica que en este período la distribución del ingreso total mejoró. Y que la participación en el ingreso nacional de los dos deciles más altos de ingresos de la población, disminuyó de 60.8% a 58.9%, lo cual significa que los individuos más ricos apropiaron en total menos ingresos, mientras que la participación de los dos deciles más bajos aumentó de 1.7% a 2.5%, es decir que los más pobres apropiaron un 0.8% más de la riqueza total. No obstante estos pequeños cambios, el nivel de desigualdad es muy alto en Panamá pues en 2006 el Gini superó junto con Brasil y Argentina el 52.1 promedio de América Latina

Este despegue económico sobresaliente requirió de una priorización y eficiencia de la inversión social y una institucionalidad que contribuyera a repartir mejor los beneficios entre las diferentes capas de población, y generar bienes y servicios públicos que promuevan el acceso a oportunidades de acumulación de capital humano y a la inclusión. Sin embargo, en Panamá la institucionalidad del sector social es incipiente y dispersa, y los resultados de la implementación de la oferta de servicios en educación, salud y nutrición presentaron entre 2000 y 2006 grandes brechas por zona geográfica y para la población más pobre.

Logros y carencias en salud y nutrición: Las desigualdades de acceso a servicios preventivos de salud y de nutrición siguieron siendo marcadas. Por ejemplo, la ENV de 2008 mostró que dos terceras partes de los niños y niñas indígenas menores de cinco años que tuvieron problemas respiratorios y/o diarrea no acudieron al servicio de salud mientras que por el contrario a nivel nacional más de las dos terceras partes de esta población sí acudieron. Asimismo, y a pesar del incremento en la cobertura de vacunas para este grupo de edad, persistieron brechas de entre 8 y 10 puntos porcentuales entre las áreas indígenas y el promedio nacional (95%). Por otro lado, en el nivel nacional, el 20,6% de estos/as niños/as presentaron desnutrición crónica (baja estatura para la edad) mientras que en la población indígena la incidencia alcanzó el 56,6% cuando en 1997 fue de 48,6%³. La ganancia de peso inadecuada durante el embarazo fue de un 20% en las embarazadas a nivel nacional, y de un 50% en el caso de las comarcas. Como consecuencia, el bajo peso al nacer afectó entre un 14% y 24% de niños/as en las comarcas. En cuanto a mortalidad materna se observó en 2003 que sólo el 33% de los partos en el área indígena fue atendido por personal de salud, deficiencia que incrementó la probabilidad de muertes sobre los nacidos vivos; en 2010 la mortalidad en niños menores de un año fue de 14,2 por cada 1.000 nacidos vivos, cifra que contrasta con la meta de Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) de 6,3% acogida por Panamá para 2015⁴.

La evidencia presentó grandes brechas en la disponibilidad de la oferta de servicios preventivos de salud y de nutrición entre las áreas rurales indígenas, no indígenas, y las urbanas, a pesar de los avances que se observaron en las áreas indígenas entre 1997 y 2003 en términos de disponibilidad física. Sólo 2,3% de los niños y niñas menores de tres años a nivel nacional recibieron atención en los centros de desarrollo infantil. Por el lado de la demanda, un diagnóstico con comunidades indígenas evidenció que el déficit de pertinencia cultural de los servicios limita el acceso a la oferta de salud aun cuando ésta esté disponible. Asimismo, la consulta también confirmó que los costos directos e indirectos de acudir a los servicios representa una de las

¹ <http://www.mef.gob.pa/es/informes/Documents/Pobreza%20e%20Indigencia%20-%20Marzo%202012.pdf>

² Las líneas de pobreza utilizadas en los informes del Ministerio de Economía y Finanzas son determinadas por umbrales de ingresos desde 2012. El concepto de pobreza extrema o indigencia corresponde a las personas que viven en hogares cuyos ingresos per cápita no superan el valor de la Canasta Básica Alimentaria que se determina en dicho informe. (Dieguez y Alvarado, 2011 y Dieguez y Alvarado, 2012).

³ Encuesta de Niveles de Vida, 2008

⁴ Encuesta de Niveles de Vida, 2008



causas principales de no utilización de los mismos. Esta situación la ratificaron los datos de la ENV 2013, la cual mostró que las barreras económicas que impiden el acceso a la oferta de salud tuvieron una mayor incidencia en las áreas indígenas (cerca de 40%) y entre los pobres extremos (36%) que a nivel nacional (16%)⁵.

En este caso, con el apoyo del Programa Multifase de Transformación Institucional del Sector Salud (1350/OC-PN), el MINSA avanzó en extender y asegurar la estrategia de atención primaria de salud, con enfoque de género para el logro del acceso universal y equitativo de la población nacional con la ampliación de la cobertura del primer nivel de atención, a través del Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud (PAISS) el cual se ha llevado a cabo a través de proveedores privados y también a través de equipos itinerantes del MINSA⁶. Los servicios del PAISS (que contemplaron acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención a la morbilidad) enfatizan la atención a niños/as y mujeres, incluyendo la atención del parto. A pesar de estos logros, era necesario trabajar en la disminución de las brechas persistentes de cobertura en las comarcas indígenas.

Avance y brecha en educación: Si bien Panamá logró en 2003 un alto nivel de alfabetización de la población de 15 y más años de edad (93,1%), el 26% de los pobres extremos no sabe leer ni escribir y en las áreas indígenas es el 40%. En el área urbana la escolaridad promedio entre la población de 25 y más años de edad fue de 10 años de estudio; en el área rural no indígena llega apenas a los seis años y en el área rural indígena es de escasamente tres años de estudios. El 20% de los jóvenes indígenas de 15 a 24 años son analfabetos y las mujeres indígenas registran la mitad de la escolaridad promedio de los hombres⁷. En cuanto a la cobertura neta en educación, la preescolar se duplicó entre 1997 y 2003, especialmente en las áreas rurales no indígenas e indígenas, alcanzando respectivamente el 45% y el 37,2%; en primaria, de acuerdo con la ENV de 2003, la educación primaria registró una cobertura neta elevada de 94,2%, pero en las áreas indígenas dicha cobertura alcanzó solamente el 83,3% sin grandes cambios desde 1997⁸. Con respecto a la educación premedia y media la cobertura neta creció de 50% a 63,2% especialmente en las áreas rurales no indígenas y, pasó de 17,5% a 28,8% en áreas indígenas; a pesar de estos avances, la brecha de cobertura neta de premedia entre el área urbana y las áreas indígenas es del 50%⁹.

Por el lado de la demanda, se sumaron las barreras que enfrentaron los hogares pobres extremos, pues se evidenció que la escasez de recursos no permitió a los hogares cumplir con gastos necesarios para el proceso educativo (por ejemplo para útiles, ropa, transporte), razón principal de la inasistencia o fracaso escolar. Adicionalmente, cuesta más a los pobres que a los no pobres enviar a sus niños/as a la escuela. Otra de las barreras de acceso de los más pobres, en especial de los indígenas, fue la deficiencia en la pertinencia lingüística y cultural de los programas educativos.

Impulso de la política social: Estos resultados de comienzo de década reflejaron las enormes brechas de capital humano, físico y financiero que existen entre pobres extremos y no pobres. Dichas brechas fueron a la vez una de las causas de los patrones desiguales de acumulación de capital humano en hogares pobres extremos y no pobres y por ende de afectación de la tasa potencial de crecimiento económico. Por lo tanto se requirió plantear la necesidad de mantener y orientar mejor y fortalecer la institucionalidad del sector social ante la evidencia internacional de que los incrementos en la desigualdad y los déficits en inversión de capital humano generan barreras para el crecimiento en el mediano y largo plazo. Uno de los grandes desafíos para Panamá era el de aumentar la eficiencia y la focalización del gasto social (uno de los más altos de la Región Latinoamericana y del Caribe en términos de PIB) para poder reforzar el nexo entre patrones sólidos de crecimiento y la reducción sostenible de la pobreza.

Frente a esta problemática condicionante del desarrollo del país, el gobierno venía preparando dentro de una estrategia de protección social un proceso de reordenamiento institucional y creó en el año 2005 el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) en reemplazo del Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la

⁵ Encuesta de Niveles de Vida, 2008.

⁶ La EEC establecía la provisión de un paquete de Protección en Salud para Poblaciones Vulnerables (PSPV) dirigido a poblaciones rurales, y el Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud fortalecido con Atención Integral de la Niñez en la Comunidad (AIN-C), denominado PAISS+N, dirigido a poblaciones en Comarcas Indígenas. La cartera de prestaciones priorizadas (CPP) reúne 15 servicios de promoción, prevención y atención, mediante un esquema de nominalización de la atención de la población beneficiaria. El pago per cápita es el monto que se destina al aseguramiento de la provisión de la CPP para cada beneficiario del Programa.

⁷ Encuesta de Niveles de Vida, 2008.

⁸ Encuesta de Niveles de Vida, 2003; Encuesta de Niveles de Vida, 1997.

⁹ Encuesta de Niveles de Vida, 2008.



Familia. La responsabilidad del nuevo Ministerio sería la de definir y coordinar las políticas sociales en Panamá, asignándole también la gestión de los principales proyectos sociales.

Financiación de la Red de Oportunidades (RdO) y su estrategia de Transferencia Monetarias Condicionadas (TMC): En diciembre de 2005, el Gobierno de Panamá solicitó al Banco Interamericano de Desarrollo y al Banco Mundial el apoyo para estructurar y financiar parte de la operación del Sistema de Protección Social cuyo objetivo sería el de fortalecer el capital humano y reducir la exclusión social y la vulnerabilidad de las familias en pobreza extrema. Durante los primeros meses de 2006, las partes definieron en conjunto una estrategia de implementación de un programa de TMC que exigiera la corresponsabilidad de las familias beneficiarias en promover la asistencia y permanencia escolar y a mejorar su situación de salud y nutrición materna infantil. La intervención tendría en cuenta mecanismos apropiados de priorización, con metodologías y mecanismos participativos en corregimientos dispersos geográficamente con población indígena y afro descendiente, y con mayor índice de marginalidad.

En enero de 2007 el Gobierno de Panamá confirmó la solicitud de apoyo financiero por US\$45 millones de los cuales US\$20 millones aportaría el BID para apoyar tanto en el fortalecimiento de las herramientas de gestión, monitoreo, evaluación de impacto y resultados de las RdO así como la articulación de su intervención de forma eficaz a la oferta programática sectorial social en la búsqueda de consolidar la implementación efectiva de las TMC para que las familias más pobres las invirtieran en el capital humano de sus hijos, utilizando en mayor medida los servicios de educación y salud materno infantil. Los recursos financiarían entonces la gestión, monitoreo y evaluación de la RdO para la implementación de la TMC; el fortalecimiento de la oferta de servicios de salud materno-infantil; el acompañamiento y la gestión de la comunicación hacia las familias; y el fortalecimiento institucional de protección social. Por su parte el gobierno financiaría con recursos del presupuesto nacional la totalidad de las transferencias condicionadas, así como las comisiones de las agencias pagadoras, y gran parte de los recursos humanos necesarios para la operación y supervisión de la RdO en su despliegue central y territorial.

b. Descripción del Proyecto

i. Objetivo(s) del Desarrollo

El objetivo del programa fue el de fortalecer la RdO para mejorar las condiciones de vida de los hogares pobres extremos residentes en áreas indígenas, rurales y urbanas marginales del país. El propósito específico del programa fue potenciar el capital humano y social de los hogares beneficiarios de la RdO.

Acorde con la dimensión de tales objetivos, el programa apoyó al prestatario en: (i) mejorar la efectividad del eje de las TMC, a través del fortalecimiento de las herramientas de gestión técnica, operativa y administrativa de la RdO; (ii) promover acciones de acompañamiento y reducción de la exclusión social de los hogares para asegurar el pleno aprovechamiento de los beneficios de la RdO; (iii) incrementar la cobertura y fortalecer la calidad de la oferta de servicios de salud materno-infantil con acciones comunitarias culturalmente pertinentes de promoción del crecimiento y prevención de la desnutrición; y (iv) fortalecer la capacidad de formulación, coordinación operativa, planificación presupuestaria y evaluación estratégica de políticas y programas sociales por parte del GOP, y la rectoría del sector de asistencia y protección social por parte del MIDES.

En esta vía, con la implementación del Programa de TMC el GOP se comprometió a: (i) entregar la TMC bimestralmente a las jefas o jefes de hogares beneficiarios; (ii) brindar y garantizar que la prestación de los servicios de educación estuvieran disponibles para niños, niñas, y adolescentes en edad escolar; (iii) ofrecer servicios de salud primaria y vacunaciones gratuitas a los menores de cinco años, y controles de embarazo; y (iv) facilitar la obtención de los documentos de identidad personal, en coordinación con el Tribunal Electoral. Al recibir esta oferta de servicios las familias se comprometerían a: (i) presentarse a las consultas de control de embarazo; (ii) mantener al día las vacunas de los niños y niñas menores de cinco años; (iii) garantizar la asistencia de los niños y niñas a clases; (iv) asistir a las reuniones de padres y madres de familia en la escuela; y (v) a que un miembro del hogar participara en las capacitaciones para el fortalecimiento productivo y generación de capital social.



ii. Componentes

Componente 1. Gestión, monitoreo y evaluación de la RdO. (US\$9,99 millones, de los cuales el BID aportó US\$3,84 millones). El objetivo fue el de mejorar la efectividad, eficiencia y gobernabilidad de los procesos de gestión de la RdO y asegurar la implementación de un modelo de TMC efectivo mediante el fortalecimiento de herramientas de gestión, monitoreo, evaluación de impacto y de resultados. Subcomponente 1a. Fortalecimiento de la efectividad y eficiencia de la RdO; Subcomponente 1b. Evaluación de impacto y de procesos de las TMC; Subcomponente 1c. Gestión de la RdO; Subcomponente 1d. Fortalecimiento de la gobernabilidad de la RdO; Subcomponente 1e. Auditoría.

Componente 2. Inclusión social (US\$10,59 millones, US\$5,1 millones de financiamiento BID). El objetivo fue promover acciones de inclusión social de los hogares de la RdO que resguarden su diversidad étnica y cultural y contribuyan al pleno aprovechamiento de los beneficios de la RdO. Subcomponente 2a. Apoyo directo a hogares beneficiarios y comunidades; Subcomponente 2b. Estrategia de información, educación y comunicación; Subcomponente 2c. Registro civil (Costo: US\$500 mil).

Componente 3. Fortalecimiento de la oferta de servicios de salud materno-infantil (US\$20,76 millones, US\$10,3 millones de financiamiento BID). El objetivo de este componente fue contribuir a incrementar la cobertura para los servicios preventivos de salud materno-infantil para niños/as de 0 a 5 años y mujeres embarazadas y lactantes en las Comarcas, y mejorar la calidad del servicio con la introducción de actividades culturalmente apropiadas orientadas al cambio de conductas alimentarias y al mejoramiento de prácticas de cuidado infantil en el hogar y comunidad. El financiamiento cubrió la expansión de cobertura del Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud (PAISS) del MINSA por medio de Organizaciones Extra Gubernamentales (OE) y Giras Institucionales (GI) y de la oferta de servicios de promoción y monitoreo del crecimiento y prevención de la desnutrición tipo "Atención Integral de la Niñez en la Comunidad" (AIN-C) en el marco de la provisión del PAISS (PAISS+N). Subcomponente 3a. Fortalecimiento del PAISS con intervenciones comunitarias de promoción del crecimiento y prevención de la desnutrición; Subcomponente 3b. Expansión del paquete PAISS+N por OE; Subcomponente 3c. Expansión del paquete PAISS+N por GI; Subcomponente 3d. Fortalecimiento del MINSA para la supervisión del PAISS+N; Subcomponente 3e. Monitoreo y evaluación.

Componente 4. Fortalecimiento de la capacidad del GOP de diseñar, implementar y monitorear políticas y programas sociales. (US\$5,60 millones, US\$930 mil financiamiento BID-BIRF) Subcomponente 4a. Fortalecimiento de la capacidad de gestión, coordinación y monitoreo del sector social; Subcomponente 4b. Generación de conocimientos para el sector social; Subcomponente 4c. Fortalecimiento de la capacidad del MIDES.

c. Revisión de la Calidad del Diseño (si aplica)

Recogiendo los aprendizajes de diversas experiencias de implementación de TMC en la región, Panamá tuvo un modelo de referencia con objetivos, componentes y actividades delimitadas y claras. Pero a pesar de que el diseño del programa contempló medidas de mitigación frente a las debilidades de la capacidad administrativa y de gestión del sector que se ejecutaron con anterioridad a la firma del préstamo (como el fortalecimiento y reorientación de la RdO), la insuficiencia de compromisos institucionales, los condicionamientos a la ejecución, los retrasos surgidos en los procesos de contratación, y la baja capacidad de gestión y seguimiento de los procesos motivaron el retraso de actividades claves para el funcionamiento de algunos de los componentes como la implementación del Sistema de Información Gerencial-SIG-.

III. Resultados

a. Efectos Directos

La ausencia de una Evaluación de Impacto del Programa dificulta un dictamen respecto al cumplimiento de los objetivos e hitos planteados en el diseño del programa. Sin embargo, la disminución a nivel nacional de la pobreza extrema y el rol de los subsidios no contributivos en esta disminución indican que el programa tuvo éxito en términos de promover la inclusión de los pobres y el desarrollo del capital humano. Los indicadores específicos relacionados a la salud y educación de beneficiarios, tanto como los de fortalecimiento institucional para la gestión de la programa y la inclusión social de los hogares muestran tendencias inferiores a las metas establecidas, cuyos avances y limitantes se explican a continuación.



Indicadores de Impacto: El mejoramiento de las condiciones de vida de los hogares pobres fue medido a través de los cambios en el porcentaje de la incidencia de la pobreza extrema que disminuyó de un 14,8% en 2008 a un 10,4% en 2012. Lo anterior cumple con la meta de 12,20% establecido al inicio del programa¹⁰. Estas cifras se ajustan a las tendencias generales de pobreza en el país, dado que en el mismo período hubo una disminución de pobreza general de 32,7% a 25,8¹¹. La ausencia de una evaluación de impacto del programa imposibilita una relación causal entre el programa y los cambios en pobreza extrema. Sin embargo, la focalización de beneficiarios a los pobres extremos y la respectiva caída de la incidencia en el país muestran avances importantes. Un ejercicio de simulación a partir de la Encuesta de Mercado Laboral de agosto de 2013, soporta el argumento que el programa tuvo impactos en la incidencia de la pobreza extrema, ya que demuestra que en la ausencia de los subsidios no contributivos, uno de los cuales es la RdO, la pobreza extrema en Panamá aumentaría 3,5 puntos porcentuales¹².

Indicadores de Resultados: Como alternativa para determinar el logro de los indicadores de resultado del proyecto se realizó un análisis de las tendencias generales del país y para la población en las comarcas indígenas (donde reside una alta concentración de beneficiarios de la RdO) lo que permitió determinar el efecto para cada indicador (ver Anexo 2).

Resultado 1. Capital Humano y Social de los Hogares Beneficiarios de la RdO potencializado.

En cuanto a la salud materna, referida a controles de salud durante la etapa prenatal para población beneficiaria, los Informes de Ronda del PAISS+N indican que un 69% de las mujeres embarazadas en las comarcas cubiertas por los servicios del MINSA cumplen con los controles prenatales, debajo de la meta pactada para el programa de un 80%. La probabilidad de incumplimiento de este indicador del programa aumenta cuando se considera que en 2013, un 60% de las mujeres embarazadas en las Comarcas Emberá Wounaan y Guna Yala asistieron a los cuatro controles prenatales recomendados, y un 60% indican que los hijos fueron controlados en algún momento después del parto¹³.

En materia de salud infantil se pactó que el programa cumpliría con una disminución de 4% de la prevalencia de desnutrición crónica para niños y niñas menores de dos años, inmunización completa para 94% de los niños menores de un año, y 80% de cobertura de controles prenatales y postnatales adecuadas para embarazadas en las comarcas. Los datos disponibles para la población indígena muestran un aumento en la prevalencia de talla baja desde 1997, llegando a 62,0% en 2008 cuando en 1997 fue de 48,6%¹⁴. Los últimos datos de nutrición infantil en las áreas indígenas recolectados en 2013 como parte de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (SM2015) muestran que la problemática de desnutrición crónica persiste en una muestra representativa para las Comarcas Guna Yala y Emberá Wounaan, con una prevalencia de baja talla para la edad en 57,3% de la población entre 0 y 59 meses¹⁵. Dado que la mayoría de los beneficiarios de la RdO son indígenas en situación de extrema pobreza, y que la tendencia general para esta población muestra un aumento en la prevalencia de desnutrición, hay una alta probabilidad de incumplimiento de este resultado. Con respecto a lograr inmunización completa para 94% de la población beneficiaria menor de 12 meses, según los Informes de Ronda del Ministerio de Salud (MINSA), un 90% de los menores de 12 meses cubierto por los servicios del MINSA contaban con inmunización completa en 2013, por lo cual muestra importantes avances en las coberturas de vacunas. No obstante lo anterior, la inmunización completa en los niños entre 0 y 59 meses para esta población indígena rural apenas alcanzó al 18 por ciento en 2013, cifra que sugiere que la meta no se logra para la población beneficiaria del programa¹⁶.

Por el lado del componente educativo, el programa estableció como metas un aumento en la matrícula neta de preescolar, primaria y premedia de 3%, 2%, y 2% respectivamente para la población beneficiaria de la RdO, y un aumento en la asistencia regular a la escuela primaria de 4% y en la escuela premedia de 3%¹⁷.

¹⁰ <http://www.mef.gob.pa/es/informes/Documents/Pobreza%20e%20Indigencia%20-%20Marzo%202012.pdf>.

¹¹ MEF, con base en las Encuestas del Mercado Laboral de agosto realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC).

¹² Cálculos preliminares del equipo del BID con base en la Encuesta Mercado Laboral Agosto 2013.

¹³ Iniciativa Salud Mesoamérica 2015, Encuesta de Línea de Base 2013, Banco Interamericano de Desarrollo.

¹⁴ ENV 2008; ENV 1997.

¹⁵ Iniciativa Salud Mesoamérica 2015, Encuesta de Línea de Base 2013, Banco Interamericano de Desarrollo.

¹⁶ Iniciativa Salud Mesoamérica 2015, Encuesta de Línea de Base 2013, Banco Interamericano de Desarrollo.

¹⁷ Acorde a MEDUCA los índices de matrícula se incrementaron sustancialmente, en especial en áreas apartadas. Los registros se llenaron manualmente y posteriormente en tablas de Excel por escuela; se tuvieron en cuenta las ausencias a clase teniendo como referencia el tope mínimo y los que no cumplieron fueron amonestados y se dieron reportes al MEDUCA.



El análisis de las tendencias nacionales muestra un aumento en la matrícula preescolar, se mantuvo la matrícula primaria y un aumento leve en la de premedia. Entre 2008 y 2012 se registran los siguientes tendencias al nivel nacional: (i) la matrícula preescolar aumentó 10 puntos porcentuales al pasar de 61,0% a 71% lo cual puede indicar que se cumple con este indicador; (ii) la matrícula primaria se mantuvo como cobertura universal; y (iii) la matrícula premedia aumentó cuatro puntos porcentuales al pasar de 65,2% a 69%¹⁸. Dentro de Panamá, se nota el incremento en la cobertura de preescolar en la mayoría de las regiones aunque varias de ellas tienen niveles bajos, como en Colón. Otras tuvieron aumentos significativos en cobertura entre el 2010 y 2012, como en Coclé, Chiriquí, Herrera y la Comarca Emberá.

Resultado 2: Procesos de Gestión de la RdO efectivos:

El aumento de la efectividad de la gestión de la RdO se midió a través de indicadores relacionados con: (i) aumento de cobertura del programa, en términos de los corregimientos y personas beneficiarios de la RdO; (ii) focalización del programa en los quintiles más pobres, y en las comarcas indígenas de Panamá; y (iii) mejoramiento de la administración del programa, en términos de la verificación de corresponsabilidades para los hogares beneficiarios y el mejoramiento de la eficiencia de los gastos operativos en el proceso de pago de las transferencias monetarias.

Respecto a la efectividad de los procesos de gestión de la RdO, datos administrativos muestran avances significativos en términos del aumento de cobertura del programa. Se logró cobertura para los 621 corregimientos pactados al diseño de la operación, y se expandió la cobertura de 288.903 personas en 2008 a 397.749 beneficiarios en 2014, lo cual permite cumplir la meta de 400.000 personas. Aunque las metas relacionadas con la focalización y la entrega de las TMC se cumplieron, es importante mencionar que para estos indicadores existe una disminución de la concentración de beneficios a los hogares más pobres, ya que en 2008 un 97% de los hogares beneficiarios pertenecían al quintil más pobre mientras que en 2014 la cifra es de 80% (con una meta pactada de 80% al cierre del programa). Similarmente, el porcentaje de hogares beneficiarios en las comarcas—región caracterizada por pobreza extrema—en 2008 era de 68%, mientras que en 2014 es del 67% (meta de 67%). Esto se debe a la expansión rápida de la cobertura del programa y la falta de la debida verificación de elegibilidad de los beneficiarios nuevos. Para mejorar la focalización del programa, se requiere una recertificación de los hogares beneficiarios tanto de áreas urbanas como rurales¹⁹. También se detectan desafíos en materia de sistemas informáticos relacionados con el seguimiento, monitoreo y evaluación del programa, lo cual es esencial para la verificación de corresponsabilidades dentro de un programa de TMC. Aún queda por integrar el módulo de verificación de corresponsabilidades al Sistema de Información Gerencial, por lo cual el equipo del SIG generó un módulo alternativo denominado Sistema de Verificación de Corresponsabilidades (SIVCO), el cual logró capturar información de incumplimientos proveniente de puntos regionales. Según el SIVCO, un 59% de los hogares beneficiarios cumplieron con la corresponsabilidad de educación frente a un 90% de meta.

Resultado 3: Inclusión Social de los Hogares de la RdO

El programa demostró un mejoramiento de la inclusión social de los hogares beneficiarios a través de la introducción de tres actividades complementarias a la TMC: (i) acompañamiento de hogares; (ii) módulos de formación; y (iii) comités de familia. Se logró que un 96% de los 621 corregimientos cubiertos por el programa contaron con al menos un comité de familia, muy cerca a la meta pactada de 100%. Similarmente, un 63% de los hogares beneficiarios recibieron los módulos de formación como parte del programa, lo cual se acerca a la meta de 70%. El acompañamiento de hogares muestra desafíos en términos de cobertura de beneficiarios, ya que solamente un 60% de los hogares beneficiarios cuentan con este servicio, muy abajo de la meta de 100%. El bajo nivel de acompañamiento de hogares beneficiarios se debe a la carencia de promotores de la RdO. En el año 2013 hubo un descenso de 10 puntos porcentuales de los hogares que cuentan con acompañamiento familiar debido a la falta de espacio fiscal para continuar con los contratos y a la finalización del financiamiento proveniente del BID y del Banco Mundial. Sin embargo, a lo largo del programa se detecta un aumento en el porcentaje de beneficiarios que conocen la oferta de servicios y las corresponsabilidades de la RdO, de un 30% en 2008 a 76% en 2013 (meta de 95%).

¹⁸ Departamento de Estadística (2012) "Estadísticas Educativas 2010." Ministerio de Educación de Panamá.

¹⁹ El proceso de recertificación involucra el levantamiento de información del estado socioeconómico de las familias (para el caso de la RdO, vía el Censo de Vulnerabilidad) con el fin de certificar que las condiciones de elegibilidad no han variado por lo cual la familia continúa siendo beneficiaria del programa; en caso contrario la familia es dada de baja.



Resumen del(os) Objetivo(s) de Desarrollo Clasificación (OD):			
<input type="checkbox"/> Muy Probable(MP)	<input type="checkbox"/> Probable (S)	<input checked="" type="checkbox"/> Poco Probable P	<input type="checkbox"/> Improbable (MI)
<p>La ausencia de una Evaluación de Impacto del Programa dificulta un dictamen respecto al cumplimiento de los objetivos e hitos planteados en el diseño del programa. Sin embargo la disminución a nivel nacional de la pobreza extrema y el rol de los subsidios no contributivos²⁰ en esta disminución indican que el programa tuvo éxito en términos de promover la inclusión de los pobres y el desarrollo del capital humano. Haciendo mérito desde su inicio, el programa consiguió en poco tiempo realizar los pagos de las TMC de forma periódica a las poblaciones más pobres apoyando la mejora en la relación ingreso/consumo de las familias, siendo éste uno con los mejores focalizados de la región. El buen desempeño en su focalización es el logro más claro de la RdO, con 70% de los beneficios concentrados en el primer quintil de ingreso.</p> <p>Sin embargo, los indicadores específicos relacionados a la salud, nutrición y educación de beneficiarios, tanto como los de fortalecimiento institucional para la gestión de la programa y la inclusión social de los hogares muestran algunas tendencias inferiores de los hitos establecidos en el diseño del programa. No obstante, no se puede establecer una relación causal entre la programa y los resultados ya que una evaluación directa del mismo está en proceso.</p>			
<p>Estrategia de País: La Estrategia del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en Panamá para el período 2005-2014, en línea con los planes de gobierno, tuvo como objetivo apoyar el crecimiento económico sostenible y la reducción de la pobreza. Incorporó como tema transversal el fortalecimiento de la gobernabilidad y la transparencia. Para lograr el objetivo central se plantearon dos objetivos estratégicos: (i) incrementar la competitividad de la economía; y (ii) desarrollar el capital humano y productivo. Particularmente, la EBP 2010-2014 hizo énfasis en la superación de la brecha urbano-rural y en la integración de las comarcas indígenas.</p>			

b. Externalidades

La RdO ha desarrollado una capacidad operativa y una experiencia a través de la incorporación de hogares en extrema pobreza tanto en las comarcas indígenas con poblaciones dispersas como en las zonas rurales y urbanas. La Red puede potenciar importantes resultados si se garantiza la oferta de educación, salud y nutrición, con calidad. El haber estimulado la implantación paralela de programas para la ampliación de la cobertura en los servicios de salud materno-infantil y de educación inicial, primaria y media en las zonas de cobertura de la Red, que se orientan a cerrar la "brecha" de atención para esta población, requiere de un esfuerzo continuo de apropiación de recursos fiscales y de fortalecimiento de la oferta. Sin embargo, dichos procesos no deben ser entendidos como externalidades, sino como procesos propios del Programa y de las intervenciones orientadas a la superación de la pobreza extrema y acumulación de capital humano. De igual forma, el factor exógeno que determinó en mayor medida el bajo desempeño de algunas actividades claves del proyecto fue el de las bajas asignaciones presupuestales las cuales estuvieron condicionadas por el MEF al nivel de ejecución del proyecto.

c. Productos

Para dar seguimiento al progreso físico de la operación se [definieron productos claves para el cumplimiento de cada componente del programa](#), los cuales se midieron anualmente. Se cumplieron con los productos ligados a la inclusión social de los beneficiarios de la RdO, y al mejoramiento de la oferta de salud materno-infantil; en cambio los productos relacionados al gestión, monitoreo y evaluación del programa, y el fortalecimiento de la capacidad del Gobierno de Panamá de diseñar, implementar y monitorear políticas y programas sociales no se cumplieron por completo.

PROGRESO EN LA IMPLEMENTACION (PI)			
Componentes (Productos)	Indicadores Claves del Producto		
NA	Productos Planeados	NA	Fin de Proyecto
Clasificación: MS, S, PS, MI			Término de Proyecto
Reestructuración. Indique si el proyecto ha sido reestructurado [N/A]			
Resumen del Progreso en la Implementación Clasificación (PI):			
<input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (PS)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)

²⁰ El monto de la transferencia sobre el total de ingresos del hogar superó el 43% siendo una de las más generosa de los países latinoamericanos...



d. Costos del Proyecto

		Presupuesto Original				Presupuesto final			
Categoría de inversión		BID	BM	GOP	Total	BID	BM	GOP	Total
1	Gestión, monitoreo y evaluación	3,84	4,05	2,10	9,99	3.35	4,60	2,10	10,05
2	Inclusión Social	5,10	5,45	0,04	10,59	2.13	2,70	0,04	4,87
3	Fortalecimiento de la oferta de servicios de salud materno-infantil	10,30	9,94	0,52	20,76	14.43	15,70	0,52	30,65
4	Fortalecimiento de la Capacidad del GOP de diseñar, implementar y monitorear políticas sociales	0,93	4,56	0,11	5,60	0.26	1,00	0,11	1,37
Total		20,17	24,00	2,77	46,94	20.17	24,00	2,77	46,94

Explique brevemente diferencias. El costo estimado total del proyecto fue de US\$46,94 millones de los cuales el BID aportó el 43% con US\$20.17 millones, el BM el 51% con US\$23,9% y el Gobierno de Panamá el 6% restante con US\$2,8 millones. Con la baja ejecución de los recursos en los Componentes 1,2 y 4 surgió la motivación para restringir la asignación de cupo presupuestal por lo cual el MIDES trasladó los recursos aprobados hacia el Componente 3 de oferta de servicios de salud del MINSA.

IV. Implementación del Proyecto

a. Análisis de los factores críticos

Componente 1. Gestión, monitoreo y evaluación de la RdO: Se experimentó dificultad con el funcionamiento del Sistema de Información Gerencial, lo cual complicó la verificación de corresponsabilidades de beneficiarios y la administración de las quejas y reclamos. Aún quedan por integrar al SIG los módulos de administración (funcional sin reportes), quejas y reclamos, verificación de corresponsabilidades (funcional eventual) y monitoreo, los cuales no funcionan actualmente y requieren de un financiamiento complementario²¹. La consolidación operativa del SIG afrontó varios inconvenientes que retrasaron su funcionamiento y afectaron su desempeño: incorporar el plantel de especialistas en sistemas de información, poner en marcha un plan de operación integral a nivel provincial, garantizar la transferencia de capacidades de operación al equipo del SIG, y la dependencia operativa de la empresa *Easy Social Systems* (ESS), la cual mantuvo durante el proyecto la exclusividad del manejo de los códigos fuente para el procesamiento y la coordinación del manejo de las inconsistencias en el tratamiento de los datos de pagos.

Se reportaron retrasos en el diseño e implementación de la evaluación de impacto, dado que su diseño se postergó hasta 2010 y en 2012 se realizó el primer levantamiento de datos de línea de base. Igualmente la ausencia de una instancia contraparte para el seguimiento desde el MIDES facilitó que la firma contratada no surtiera a tiempo todos los procesos operativos y productos exigidos. Con recursos de asistencia técnica del BID se conformó un equipo y se contrató posteriormente una profesional con experiencia en la materia para suplir dicha deficiencia. Al cierre del mes de junio 2014 se obtuvo un 91% del tamaño de la muestra acorde con la metodología aprobada, sin embargo se experimentaron retrasos en la medición de impacto de la RdO, debido a complicaciones en la definición de una muestra adecuada para realizar el estudio, y por motivos de mejorar la coordinación entre los equipos de la evaluación a cargo de los análisis cualitativo y cuantitativo para que trabajen de la mano y articulen una propuesta coherente de métodos mixtos para la evaluación.

Componente 2. Inclusión social: Las actividades de difusión por parte de los promotores sociales acerca de las características, operación y condiciones de acceso al programa de TMC, teniendo en cuenta la adaptación de la información acorde con patrones culturales étnicos y culturales de los hogares

²¹ Con la operación de los módulos existentes del SIG se generó la información relevante de los indicadores 9 a 12 y 15 del resultado 2 "Procesos de gestión de la RdO efectivo". Con respecto al cálculo de los indicadores 1 a 6 del resultado 1 "Capital social y humano de los hogares beneficiarios de la RdO potencializado", y el 13 del resultado 2 dependen del levantamiento de información de la Evaluación de Impacto; el 7 y 8 fueron calculados por MINSA y el 14 no pudo medirse por la suspensión del proceso de recertificación dado que era probable que los resultados de bajas e incorporaciones en el padrón de beneficiarios no se podían implementar en un contexto de elecciones, cambio de gobierno y de bajas asignaciones presupuestales para esta actividad.



beneficiarios, así como las jornadas de registro y entrega de tarjetas de identificación con el Tribunal Electoral, facilitaron el acceso a la oferta y el incremento de la cobertura de servicios de educación y salud en corregimientos indígenas rurales y urbanos, promoviendo la inclusión social de poblaciones marginadas dentro de la oferta programática gubernamental y no gubernamental, y generando espacios de participación y auditoría social.

Se registraron 397.749 beneficiarios en la Encuesta de Vulnerabilidad Social pertenecientes a los corregimientos del programa con tarjetas de identificación, lo cual facilita el seguimiento a los beneficiarios del programa y el mejoramiento de su inclusión social. La inclusión social también se promovió a través de la estrategia para la difusión de información sobre la operación del programa, de los beneficiarios indígenas, y la preparación de un informe sobre la cobertura y focalización del programa (pendiente adecuar a patrones culturales y sociales por falta de recursos). El cumplimiento de los productos relacionados a inclusión social de beneficiarios también se refleja en los resultados de mejor inclusión social de hogares beneficiarios, con el cumplimiento de los hitos de cobertura de hogares con módulos de formación, corregimientos con comités de familia, y los avances en lanzar el programa de acompañamiento de hogares. Un 96% de los 621 corregimientos cubiertos por el programa contaron con al menos un comité de familia, un 63% de los hogares beneficiarios recibieron los módulos de formación como parte del programa, y 60% de los hogares beneficiarios cuentan con acompañamiento de hogares (cifra debajo del hito de 100% debido a la falta de promotores sociales en 2013).

Componente 3. Fortalecimiento de la oferta de servicios de salud materno-infantil: intervención efectiva: se muestran avances importantes en los productos del fortalecimiento de la oferta de servicios de salud materno infantil, con la expansión del paquete de atención de servicios de salud más AIN-C a 1.095.131 beneficiarios, la introducción de dos mecanismos de supervisión y auditoría social del PAISS+N por parte del MINSA, y el desarrollo de tres sistemas de monitoreo y evaluación de la provisión del PAISS+N. Se presenta una caída en el cumplimiento de la mayoría de estos indicadores de resultado teniendo en cuenta la irregularidad y la falta de continuidad de los prestadores de salud en las áreas beneficiarias del proyecto: por ejemplo, para 2013, los convenios con los prestadores de la red itinerante se firmaron solo hasta el mes de mayo por decisiones de las altas autoridades del Ministerio de Salud y se tuvo una insuficiente asignación presupuestaria que complicó la provisión adecuada de los servicios de salud a los beneficiarios de la RdO. Restricciones en espacio fiscal en 2011, 2012, 2013 y 2014 han traído consigo retrasos en el pago a prestadores de salud en las áreas donde se desarrolla el proyecto, lo cual trae como consecuencia la discontinuidad de servicios de salud para la población beneficiaria, lo que compromete el objetivo de aumentar el capital humano de los pobres extremos. Persiste un déficit presupuestal en el sector de Salud que compromete la calidad de los servicios ligados a los pagos condicionados, lo cual imposibilita el aumento del capital humano a través de un programa de TMC.

Componente 4. Fortalecimiento de la capacidad del GOP de diseñar, implementar y monitorear políticas y programas sociales: Como parte del programa se desarrolló una estructura organizacional del MIDES que incluye un reglamento de administración que define mandatos y programas del trabajo y se preparó un informe de los mecanismos para mejorar la gobernabilidad de programas sociales. En pocos años, el impulso de desarrollo institucional del sector social se centró de forma importante en la construcción de la estructura central y subnacional del reciente MIDES, sus funciones y las capacidades administrativas y operativas como ente rector de la política social, el cual mantuvo un nivel de coordinación intra e intersectorial y algunos logros en la implementación del Programa TMC de la RdO con el apoyo de la Secretaría Técnica y la Comisión Multisectorial del Gabinete Social. A pesar del gran avance en la creación de una arquitectura institucional nueva, no hubo uno suficiente en la consolidación e integración de herramientas modernas de gestión estratégica, operativa y de información para la implementación de la RdO.

b. Desempeño del Prestatario/Agencia Ejecutora

Los ejecutores del programa fueron MIDES para los Componentes 1, 2 y 4 y MINSA para el Componente 3. El esquema de ejecución de la RdO tuvo un carácter intersectorial por lo que desarrolló intervenciones coordinadas con otras entidades de los niveles de gobierno nacional y subnacional como MEDUCA y el Gabinete Social, máxima instancia de coordinación político estratégica, supervisión y control de la política social en general y de la RdO en particular. Dentro de este contexto de responsabilidades institucionales, el MIDES logró en la etapa de ejecución grandes avances en la implementación administrativa y financiera siguiendo los lineamientos del MO para la ejecución de la RdO y sus anexos. Un logro importante fue el de coordinar adecuadamente con el equipo técnico del MINSA la ejecución de procesos financieros y operativos del



Componente 3. Sin embargo, la falta de margen de acción frente a la fluctuación de la asignación del presupuesto durante el período de duración del proyecto le ha limitado la posibilidad de lograr mayor capacidad gerencial en la toma de decisiones y asumir los compromisos de ejecución de los Componentes 1.2 y 4 del Programa de TMC. A pesar de los inconvenientes presentados los resultados logrados, mirados en conjunto, dan cuenta de un esfuerzo técnico y operativo coordinado y ordenado importante que deja aprendizajes valiosos al MIDES para la implementación de programas sociales que logran cambios sostenibles en el bienestar general de la población con conocimiento y herramientas técnicas, operativas y administrativas.

I.1.a.1.4.1.1 Clasificación del Desempeño del Prestatario/Agencia Ejecutora			
<input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (PS)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)

c. Desempeño del Banco

El equipo coordinador del MIDES calificó como buena la gestión del BID al posibilitar de forma oportuna la asistencia técnica, asesoría, acompañamiento y transmisión de conocimientos para la resolución de problemas y el cumplimiento de los procesos y actividades de los diferentes componentes del programa. La realización de misiones de identificación, orientación, administración y supervisión fue importante para la coordinación y cumplimiento de acuerdos, así como realizar ajustes y cambios operativos. Resaltan de manera especial, el apoyo y el esfuerzo para la consecución y ejecución de recursos, la provisión de personal de apoyo capacitado, el desplazamiento hacia las regiones, y el despliegue de capacidad institucional. Las áreas clave de influencia por parte del BID fueron: (i) apoyo al acuerdo con TE para la cedula de beneficiarios; (ii) aprobación del Manual Operativo de la RdO con responsabilidades asignada a MINSA y MIDES; (iii) reestructuración del préstamo con la transferencia de recursos al MINSA, que posibilitó la ampliación y fortalecimiento de los servicios de salud; (iv) gestión para elaboración del contrato modificatorio que introduce en la expansión del paquete PAISS+N la contratación de EO y gestión de (GI) con pagos per cápita; (v) apoyo al desarrollo de la estrategia de primera infancia como parte de la estrategia de articular esfuerzos coordinados para la implementación de programas sociales basados en la efectividad y la eficiencia del gasto social; (vi) impulso inicial al desarrollo Registro Único de Beneficiarios (RUB)²²; (vii) asesoramiento para el diseño e implementación de la evaluación de impacto; y (viii) gestión en la implementación de servicios de salud con énfasis en comunidades indígenas y con pertinencia cultural.

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

V. Sostenibilidad

a. Análisis de Factores Críticos

1. Con la baja apropiación presupuestal para el programa se presentaron diferencias entre la programación de metas y los costos asociados. La baja asignación presupuestal del MEF desde comienzos de la implementación del proyecto se basó en la lenta ejecución del presupuesto asignado a cada componente. Acorde con el MEF la solicitud de incremento de crédito presupuestario tenía que estar sustentado en un avance de la ejecución del crédito vigente y la culminación de las metodologías/especificaciones técnicas/términos de referencia de consultorías y procesos operativos. Teniendo en cuenta este precedente de baja ejecución, fueron trasladados US\$10 millones desde los Componentes 1.2, y 4 hacia el Componente 3 para el fortalecimiento de la oferta adicional de servicios de salud. Dichas restricciones en las aprobaciones y desembolsos de recursos así como los recortes del cupo fiscal, afectaron las actividades que serían financiadas en cada componente, generando retrasos en su implementación, como las del montaje del SIG, el cual no logró integrar los módulos planeados.
2. En la misma vía, la ausencia de la estructura y gestión del módulo de verificación de corresponsabilidades en salud y educación pudo haber reducido el impacto que se logró con del fortalecimiento parcial de la oferta de servicios y de los recursos invertidos para proveer de los servicios sociales en las zonas más apartadas. Al disminuir el porcentaje de niños de 4 a 17 años de edad que

²² El Registro Único de Beneficiarios (RUB) es un sistema integrado de información social que busca consolidar una base de datos que contenga de manera estructurada y sistematizada información sobre los beneficiarios actuales y potenciales de los programas sociales insertos en la estrategia de protección social, así como de los beneficios que reciben. En el RUB se incorpora información identificadora de los beneficiarios potenciales y/o actuales de los programas considerados, las características socioeconómicas de los hogares y su entorno.



pudieron lograr mayor asistencia a la escuela y obtener mejores resultados escolares, se reduce la posibilidad de que continúen con los eslabones de la cadena de formación, incrementar su conexión con el mercado laboral y mejorar los ingresos del grupo familiar. En salud, al reducir el porcentaje de niños que no reciben atención, aumentan en el presente y hacia futuro las probabilidades de enfermar permanentemente con las efectos negativos que estas conllevan como la inasistencia y el bajo rendimiento escolar, la merma de tiempos para desarrollar su capacidad de aprendizaje y aportar a las labores del hogar, el incremento de gastos extras a las familias; y en general disminuyen las posibilidades de que hacia el futuro puedan desarrollar sus capacidades productivas plenas y de realización personal.

3. La razón principal para que se hayan presentado desajustes en la cadena de resultados es el desfase continuo en la programación, asignación y desembolso presupuestal para el proyecto de TMC de la RdO, que comenzó con el período electoral 2008-2009, con lo cual sobrevino la ralentización en los procesos fiscales hasta la reanudación de pagos en el segundo semestre de 2009. La baja asignación de recursos por parte del MEF hacia los demás componentes mostró sus efectos en 2012 con el bajo desempeño de actividades como acompañamiento familiar, la evaluación de impacto, la integración del SIG y la verificación de corresponsabilidades.

b. Riesgos Potenciales

Desde el comienzo de la operación se habían identificado cuatro principales riesgos: (i) un primer riesgo se asoció con el nivel de coordinación interinstitucional necesario a nivel nacional y subnacional para lograr una eficiente operación de la RdO y vincular la entrega de las TMC con la oferta programática de los servicios de educación y salud de los ministerios. Sin embargo, durante la preparación de la operación del préstamo, dentro del Manual Operativo fueron definidas las responsabilidades institucionales y de los procesos de coordinación, las cuales fueron acordadas por el MINSA (ejecutor de los servicios de salud) y el MIDES; (ii) un segundo riesgo se relacionó con la existencia de los numerosos controles previos que habitualmente realiza el GOP para las contrataciones y pagos los cuales reducirían la agilidad de implementación del programa. Sin embargo, como alternativa se utilizaron los arreglos existentes en el MINSA para la ejecución. No obstante la oportuna decisión de migración de recursos hacia el programa PAISS+N con énfasis en AIN-C, los componentes del MIDES quedaron sin impulso financiero y débiles operativamente, salvo por las actividades de entrega de las TMC financiadas directamente por el GOP; y (iii) el tercer riesgo guardó relación con que el hecho de que el ritmo de ejecución de los componentes del MIDES fuera lento debido a su falta de experiencia en el manejo de operaciones con los bancos, lo cual podría limitar, por lo menos en la etapa de arranque. Para mitigar este riesgo, el programa apoyó el fortalecimiento de la capacidad fiduciaria del MIDES con la creación de la UEAF.

Finalmente, dado que el mandato de la administración terminaría durante el período de inicio de ejecución del programa (2009), existía el riesgo de que durante la transición de gobierno hubiera un retroceso en el esfuerzo por consolidar esta iniciativa de envergadura nacional que sentaría las bases para una racionalización del gasto en asistencia social. Para mitigar este riesgo, el programa apoyaría el fortalecimiento de la gestión de la RdO para mejorar su efectividad, eficacia y transparencia y promovería la presentación de las evaluaciones de impacto y de procesos que deberían ofrecer la evidencia necesaria para la toma de decisiones sobre el futuro de la RdO en la etapa de transición política. El retroceso se presentó precisamente en 2009, época de transición de gobierno, con las bajas asignaciones presupuestales y la cesación de pagos de contrapartida por parte del MEF; coincidió también en este año con el atraso de las actividades de implementación de la evaluación de impacto y la caída en algunos de las cifras de resultado de la RdO. Esta acción por parte del GOP afectó la capacidad de ejecución, el cumplimiento de compromisos adquiridos y los efectos en los resultados de la implementación de actividades en los Componentes 1, 2 y 4.

Cabe anotar que a pesar de la motivación e impulso del BID en la implementación de las evaluaciones de impacto de las intervenciones de la RdO y del MINSA, éstas no fueron un tema prioritario para los decisores del gobierno, por lo cual, y según la experiencia internacional en estos casos, comprueba que es difícil implementar procesos técnicamente sólidos de evaluación plurianual. En el presente documento de PCR se presenta un plan para la finalización de las actividades de evaluación de impacto (ver anexo 4).

c. Capacidad Institucional

La RdO del MIDES está fortalecida al haber avanzado en la puesta en marcha de una estructura operativa y administrativa que ha logrado articular esfuerzos físicos y financieros con otros ministerios como el MINSA y



el MEDUCA dentro del portafolio de programas sociales para entregar las transferencias monetarias a los más pobres y expandir la cobertura de servicios de salud incluyendo a la población que habita en zonas geográficas marginadas y de difícil acceso. Panamá cuenta con un modelo de implementación de TMC y con herramientas técnicas, operativas y administrativas que han posibilitado el incremento del nivel de ingreso de 72.887 hogares pobres conformados por 364.435 personas de nueve provincias y tres comarcas, residentes en 586 corregimientos del país aliviando su situación de gasto y promoviendo el uso de servicios de salud y educación. Los resultados institucionales se evidencian con la generación incipiente de una capacidad institucional que creó e implementó un programa social y un modelo operativo acorde con criterios de focalización y planificación estratégica por resultados (RdO) y que puede articular esfuerzos para ofertar servicios sociales.

Según las observaciones hechas por diferentes coordinadores temáticos de la RdO existe un gran avance en la conexión entre instituciones y actores del sector social con respecto a la característica dispersa desde su inicio; hoy identifican y visibilizan al MIDES con la protección social como parte de una política pública de carácter no contributivo aunque con un panorama limitado en su financiamiento.

Cabe resaltar que, a pesar de que el MIDES, MINSA y MEDUCA pudieron llegar a acuerdos y convenios interadministrativos, éstos no fueron suficientes para priorizar y compartir los objetivos comunes del programa. La débil priorización de las TMC como programa presidencial disminuyó el esfuerzo de colaboración entre la RdO y los demás sectores sociales, los cuales apropiaron el concepto de las TMC sólo como un programa de incentivos monetarios separado del fortalecimiento sostenible de la oferta de servicios de salud y educación y de la labor de monitoreo de las corresponsabilidades. Los escasos resultados en el aumento de dichos servicios es prueba de esto. Es decir, los resultados de la RdO se lograron más en su función redistributiva que en la del estímulo al uso de los servicios sociales.

Clasificación de Sostenibilidad (SO)

☐ Muy Satisfactorio (MS) ☒ Satisfactorio (S) ☐ Poco Satisfactorio (PS) ☐ Muy Insatisfactorio (MI)

VI. Evaluación y Seguimiento

a. Información sobre Resultados

La preparación del programa constituyó un esfuerzo complementario con el BM en el proceso de implementación del programa: mejorar la capacidad de monitoreo y medición de resultados y evaluar el impacto de la Red en el bienestar de las familias, incluyendo las Misiones de preparación y algunas de seguimiento del proyecto fueron realizadas conjuntamente. El programa tuvo un Enfoque Sectorial Amplio, utilizando mecanismos de financiamiento mancomunado entre el BID y el BM para algunos de los subcomponentes y procedimientos fiduciarios uniformes. Como parte de este esfuerzo conjunto, se construyó una sola matriz de indicadores, realizando una nueva redacción, ajustando la definición de algunos indicadores y eliminando otros que ya no eran relevantes para el seguimiento del proyecto. Cabe aclarar que ninguno de los indicadores eliminados tuvo relación con los detonadores del BID de la primera fase. Con este acuerdo mejoró la gestión de monitoreo y seguimiento del programa.

b. Seguimiento Futuro y Evaluación Ex-Post

PLAN DE ACCIÓN PARA EL SEGUIMIENTO FUTURO Y LA EVALUACIÓN EX POST		
	Descripción	Fecha de entrega
Evaluación de Impacto Cualitativa y Cuantitativo- Línea de Base	Informe de los resultados claves de la evaluación de línea de base para los indicadores de impacto de la operación	Diciembre 2014
Dialogo Política de Seguimiento y Evaluación Ex Post	Discusión con autoridades gubernamentales de los hallazgos principales provenientes de los resultados de la encuesta de línea de base	Enero – Marzo 2015
Resultados de la Operación	Análisis de los resultados de la evaluación de impacto para la operación	Diciembre 2015

VII. Lecciones Aprendidas

1. **Definir un marco de lineamientos de largo plazo y de desarrollo de la institucionalidad para la política social.** A pesar de la disposición para el arreglo institucional, no existe en Panamá un



marco regulatorio que oriente y garantice la conexión entre las decisiones de planificación y la programación presupuestal permanente para el desarrollo de políticas sociales y de protección social pertinentes y que sean implementadas con criterios de calidad, eficiencia y efectividad. La experiencia vivida por el programa indica que en el futuro próximo se requiere apoyar de manera paralela el diseño y ejecución del proyecto, y la formulación de este marco para mitigar la exposición de las instituciones como MIDES ante los cambios políticos que generan pérdida de capacidad técnica, operativa y de ejecución. Así mismo, se evita la asignación insuficiente de presupuesto y se promueve que se construyan procesos de formación del recurso humano y capacidad institucional en las instituciones.

2. **Reflexionar en futuras intervenciones acerca del impacto en la utilización de los servicios:** La experiencia internacional muestra que existe un mayor impacto sobre la utilización de servicios en aquellos países donde la apropiación del concepto que la TMC no es solamente un programa de incentivos, sino que conlleva un fortalecimiento adecuado de la oferta de servicios y un monitoreo estricto de las corresponsabilidades. Lo anterior difícilmente se pudo lograr con acuerdos inter-pares (MIDES, MEDUCA, MINSA), sino sólo donde ha existido un fuerte mandato de las autoridades máximas (presidencia y ministerios sectoriales) unido a un monitoreo de las asignaciones y ejecución presupuestaria (para transferencias y acciones de fortalecimiento de la oferta) por parte de las autoridades hacendarias.
3. **Promover el conocimiento del sector social.** Teniendo en cuenta que el plan de investigación y conocimiento para el sector social no fue desarrollado a cabalidad, y que en la medida en que exista un acervo de datos, información y conocimiento de la política pública social mejorará la aprehensión de la sociedad civil con respecto a su formulación, gestión y efectividad, se requieren contemplar planes de acción para la generación, gestión y divulgación del conocimiento de los proyectos sociales: un plan de gestión estadística y documental que centralice la recopilación, tratamiento y análisis de datos e información; y un plan de aprehensión y difusión conocimiento del sector social.
4. **Activar la coordinación interinstitucional a través del Gabinete Social:** Actualmente el Gabinete Social mantiene la tarea normativa de coordinación interinstitucional para incentivar la colocación de los servicios en las áreas focalizadas y, por ende, incide permanentemente en áreas como la planificación, asignación presupuestal y asignación de recursos humanos. Se requiere aprovechar la coordinación interinstitucional alcanzada para articular actividades, proyectos, programas, planes y presupuestos dentro de un marco de protocolos acordados que definan y delimiten las competencias de cada institución y los mínimos de atención acorde con sus recursos y necesidades como sistema integrado. Como ejemplo, durante 2013 la plataforma tecnológica del programa RdO siguió apoyando la implementación y estandarización de otros programas que oferta el MIDES como 120 a los 65, SENAPAN y Ángel Guardián, los cuales entregaron subsidios a beneficiarios en lugares de difícil acceso, con recursos económicos programados para la Red.
5. **Reforzar la coordinación intersectorial para la provisión de salud y educación:** El marco operativo del préstamo ofreció las pautas para la coordinación entre el MIDES y el MINSA para la movilización de servicios de salud a los hogares beneficiarios; no fue así para el caso del sector educativo con MEDUCA. Sin embargo, se lograron con ambas entidades acuerdos de coordinación operativa y técnica mediante la suscripción de convenios interadministrativos. Queda como lección fortalecer el diálogo intersectorial institucional de una forma continua, y actualizar los convenios para coordinar los protocolos de la provisión de servicios con la incorporación de rutas críticas de acción.
6. **Construir el proyecto con componentes bien definidos y metas realistas.** La definición de componentes y subcomponentes para la operación del proyecto fue importante para delimitar los objetivos y las actividades a financiar, y construir indicadores desagregados de insumo, producto y resultados desagregados por lo que puede hacer más visible la relación en la cadena de lógica vertical. Las metas deben plantearse acorde con el nivel de desarrollo institucional del país y con la necesidad de creación y consolidación de procesos y resultados institucionales según el horizonte de tiempo para evitar desfases y subestimaciones en los datos, y con relación a los logros como referencia para la toma de decisiones administrativas y operativas.
7. **Mejorar la capacidad gerencial y evitar la ejecución lenta.** La baja capacidad gerencial y técnica del MIDES, así como la lenta ejecución desde comienzos del proyecto determinaron que a futuro se redujeran las partidas para los componentes 1, 2 y 4 de la RdO, lo cual afectó considerablemente el



desarrollo de las actividades y su alcance sobre el cumplimiento de las metas de monitoreo, inclusión social y fortalecimiento del sector social. Se requiere adelantar un plan de capacitación técnica de alto nivel en el manejo de herramientas informáticas, estadísticas y de gestión de proyectos dirigido a todos los funcionarios del MIDES y fortalecer las áreas en las que se han generado aprendizajes y conocimiento.

8. **Priorizar la gestión del SIG:** Se logró con el SIG un nivel mínimo de información para toma de decisiones a pesar de los inconvenientes de financiación para implementar completamente los módulos. Sin embargo, las deficiencias operativas y de gestión, presentadas en la coordinación con los ministerios para resolver problemas técnicos determinantes en el avance del monitoreo y evaluación de resultados del proyecto, requieren de una armonización conceptual, metodológica, funcional y operativa que dé soporte a una plataforma de información dentro del SIG que integre las diversas fuentes.
9. **Replicar los mecanismos de pagos de las transferencias:** Una buena práctica del programa fue el pago de las transferencias con mecanismos alternativos mediante el acceso tanto a las oficinas del sistema bancario a dispensadores ATM móviles con toma de huella como al registro biométrico móvil para el cual se utilizan *touchbooks* las cuales reemplazan las planillas y emiten reportes automáticos en los corregimientos donde no se puede llevar el dispensador. Este desempeño técnico, administrativo y operativo ha servido también para ampliar la cobertura y reducir los costos de entrega de subsidios por desplazamiento en áreas rurales dispersas y en comarcas indígenas de programas sociales del MIDES como 100 a los 70, Ángel Guardián, y el de SENAPAN BFA.
10. **Tomar ejemplo de la adaptación de actividades con pertinencia cultural.** Una de las estrategias de ampliación de la cobertura y calidad de la oferta de salud (PAISS) fue incorporar la pertinencia cultural en los servicios hacia las comunidades indígenas (AIN-C) a través de equipos técnicos y de asistencia que siguieron protocolos de comunicación, capacitación y formación en servicios materno-infantil para niños/as de 0 a 5 años, y mujeres embarazadas y lactantes en las comarcas. Las actividades incluyeron la promoción del crecimiento y prevención de la desnutrición, orientada al cambio de conductas alimentarias y al aumento de prácticas de cuidado infantil en el hogar y comunidad con una visión intercultural, así como a la incorporación de aspectos que mejoraran la aceptabilidad de los servicios en las comarcas. Sin embargo, esta estrategia no se cumplió dentro del componente de acompañamiento familiar de la RdO por falta de programación presupuestal. Cabe resaltar que en un país con un contexto social, étnico y cultural diverso se necesitan construir estrategias adecuadas de intervención y de comunicación social para potenciar los resultados.
11. **Redefinir el componente de acompañamiento familiar para la dinámica comunitaria y auditoría social:** A pesar de ser una actividad de enlace entre el Estado y la población que puede contribuir a la difusión y al mayor aprovechamiento, apropiación, seguimiento y auditoría en el uso y mejora de los servicios de salud y educación, el acompañamiento familiar careció de un modelo de implementación sostenible. Se requiere construir un marco lógico y una ruta de acción para los promotores que incluya esquemas de capacitación, modelo de acompañamiento, supervisión y fortalecimiento de la participación comunitaria pertinentes asociados a la ruta crítica del programa y que garanticen un mínimo de productos evaluables alrededor del buen uso de las transferencias y del cumplimiento de las corresponsabilidades de los hogares beneficiarios.
12. **Sistema de monitoreo y evaluación.** El programa no logró garantizar el funcionamiento adecuado de un sistema integrado de monitoreo y evaluación que permitiera generar reportes y alertas periódicas y de calidad dentro del marco de gestión por resultados. El módulo diseñado para contribuir a este proceso desde el SIG no fue implementado y no existió una coordinación consolidada que garantizara la consonancia entre ejecución de recursos, resultados y logro de objetivos para todo el proyecto en su conjunto. Se necesita establecer una unidad sólida, con autonomía y funciones permanentes de seguimiento y análisis a los planes de acción tanto a nivel central, como regional, y una metodología de monitoreo que viabilice la rendición de cuentas oportuna y completa, así como implementar mecanismos de auditoría social a través de comités de beneficiarios y de resolución de conflictos.

Anexos

1. [Acta Taller de Cierre](#)
2. [Indicadores de Resultado](#)
3. [Indicadores de Producto](#)
4. [Plan de Acción para el Análisis de Impacto de la Operación](#)